

中医基础理论课程教学中践行 以学生为中心教学理念刍议[※]

——培养“信中医、爱中医、用中医”的中医人

梁媛 聂娅 李定祥

(湖南中医药大学中医基础理论学科, 湖南 长沙 410208)

摘要: 本文从“以学生为中心”的教学理念出发, 结合中医基础理论的课程特点和对授课对象的学情分析, 提出在中医基础理论的课程教学过程中, 通过“树立学生对中医学的信心——信中医”“培养学生对学中医的兴趣——爱中医”“引导学生形成中医思维——用中医”三个方面来践行“以学生为中心”的教学理念。使学生能够较快地掌握中医学的思维方法和基础知识, 正确引导学生进入中医学的殿堂。

关键词: 中医基础理论; 以学生为中心; 信中医; 爱中医; 用中医; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.001

文章编号:1672-2779(2018)-24-0001-03

Discussion on the Practice of Student Centered Teaching Concept in the Teaching of Basic Theory of Traditional Chinese Medicine

—Training Traditional Chinese Medicine Students Who Believe in, Love and Use Traditional Chinese Medicine

LIANG Yuan, NIE Ya, LI Dingxiang

(Basic Theory of TCM Discipline, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: This text starting from the "student centered" teaching philosophy, combined with the characteristics of the basic theory of Chinese medicine and the analysis of students' learning situation. It is pointed out that the teaching concept of "student-centered" should be practiced from the following three aspects in the teaching process of "basic theory of Chinese medicine". Establishing students' confidence in traditional Chinese medicine-believe in traditional Chinese medicine, cultivating students' interest in learning traditional Chinese medicine-loving traditional Chinese medicine, guiding students to form Chinese medicine thinking-using traditional Chinese medicine. So that students can quickly grasp the thinking methods and basic knowledge of traditional Chinese medicine, correctly guide students into the world of traditional Chinese medicine.

Keywords: basic theory of traditional Chinese medicine; student-centered; believe in TCM; loving TCM; using TCM; talent training

1 中医基础理论的课程特点

中医基础理论课程(以下简称“中基”)是中医学的入门课和基础课,是研究和学习中医学其他课程的基础。其思维模式受到古代哲学思想的深刻影响,其理论基础主要来源于《黄帝内经》,文意古奥,医理独特,其内容具有深度、难度与广度并存的特点。

2 以学生为中心理念下的学情分析

“以学生为中心”,即以学生的学习和发展为中心,实现从以“教”为中心向以“学”为中心转变,从而提高学生的学习质量,使学生在知识、能力和素质上获得全面提升^[1]。“以学生为中心”的教学理念下要求教师在课前对学生进行必要的学情分析。中基的授课对象是大一新生,他们对中医不甚了解,兴趣不高。其知识结构主要是中学阶段所建立的数、理、化知识,而与中医相关的中国古代哲学及医学知识则较缺乏;

在思维方式上,已习惯于逻辑思维方式,较少体悟到整体、意象等中医学的思辨性思维;在学习风格上,乐于在生动活泼、平等开放、充满时代气息的课堂环境中学习。

3 以学生为中心教学理念在中基教学中的应用

通过以上对中基授课对象的知识基础、认知特点和学习风格的学情分析,结合中基的课程特点,笔者认为,“以学生为中心”的教学理念在中基课程教学中的应用,应从以下三个方面实现,即“树立学生对中医学的信心——信中医”“培养学生对学中医的兴趣——爱中医”“引导学生形成中医思维——用中医”。

3.1 树立学生对中医学的信心——信中医 正所谓“好的开始是成功的一半”。重视第一堂课,在正式开始课程内容授课前,首先结合学生生活中的事例,如感冒喝生姜汤,八宝粥里的薏米、红小豆,熬汤里的枸杞,做鱼的紫苏,是什么原因?唤起学生的主动学习意识,使学生看到中医理论的实用性,激发学生对中医的正确认知、热爱及学习中医的兴趣。随后通过介绍中医

※ 基金项目:湖南中医药大学青年教师科研基金项目【No. 99820001-207】;湖南中医药大学本科教学改革研究项目【No. 1022-0001002241】;湖南中医药大学校级科研基金项目【No.7】

在国内外的发展现状与前景,例如国家现在对中医药事业发展的重视,针灸、中医、中药在国际上掀起的中医热潮,中医在治疗SARS、禽流感等新发恶性传染病和一些疑难杂症方面的优势等,使学生从学习中医的第一堂课起,就树立学习、继承、发扬中医学的信心。在讲授“绪论”中中医学理论体系的形成与发展时,可以重点介绍大家都比较熟悉的著名医家如华佗、张仲景、扁鹊等的经典医案。通过绪论的学习,让学生了解中医、相信中医、热爱中医,有兴趣有信心去学好中医^[2]。

3.2 培养学生对学中医的兴趣——爱中医 孔子云:“知之者不如好之者,好之者不如乐之者”。兴趣是一种无形的动力,在学习过程中,兴趣能使更加积极主动,获取学习中的乐趣,并能在学习过程中不断体验成功的愉悦。那么,如何在中基课程的教学培养学生主动学习中医的兴趣呢?笔者认为,可以通过综合运用以下多种教学方法来实现。

3.2.1 启发引导式教学法 启发引导式教学法,是根据教学目的、内容、学生的知识水平和认知规律,运用各种教学手段,采用启发引导办法传授知识、培养能力,使学生积极主动地学习,其主要功能是调动学生的学习积极性,提高其学习兴趣。如在讲授比较抽象难懂的五行学说的内容时,通过启发引导学生观察思考日常生活中木、火、土、金、水之间的关系,列举日常生活中的事例“斧头伐木,但是木头也可能崩了斧子”“木生火,水灭火”,引导学生学习五行的相生、相克、制化的正常关系,以及相乘、相侮、母子相及的异常关系,提高学生的学习兴趣和参与度,加深学生的理解,有利于内容的掌握。

3.2.2 情境教学法 情境教学法,是指在教学过程中,教师有目的地引入或创设以形象为主体的生动具体的场景。如组织学生自编自演情景剧、模拟门诊、制作访谈节目、翻转课堂自我展示等,从而帮助学生理解知识点,激发学习兴趣^[3]。如在讲授人体之神的基本概念这个难点时,可以模拟医生接诊病人时的场景,病人从进入诊室起医生不用对他进行问诊,就能首先通过“望神”对病人的整体情况有一个大致直观的了解。又如在讲解瘀血致病的症状特点时,引导带领学生进入日常生活中自己磕碰受伤后的真实情境,通过回忆自己受伤局部的颜色、形态、感觉等的变化,来帮助学生理解并记忆瘀血导致的疼痛、肿块、出血、色紫绀等症状特点。通过这种情景教学方法的运用,激发学生的学习兴趣,提升学习效果。

3.2.3 文学典故案例教学法 医学教育强调其实践性,案例提供了真实与逼真的情境,对于培养学生理论联系实际的能力非常有益^[4]。由于本课程的授课对象是医学零基础的大一新生,如果直接给出临床案例,学生

理解起来会有困难,这样反而会事倍功半。因此,选择合适的案例就显得尤为重要。我国古典文学故事典故既形象生动,又通俗易懂,且为学生所熟知。如果能巧妙借鉴古典文学中与医学相关的典故、情节,将古典文学故事作为案例引入课堂教学中,加以引申,这样既能赋深奥的理论于浅显有趣的故事中,使学生易于理解,又能将传统文化融入中基教学,增加趣味性,激发学生对于中医的学习兴趣^[4]。如在讲解七情内伤的内容时,可引入范进中举而发狂、诸葛亮三气周瑜、林黛玉豆蔻年华香消玉殒等文学典故案例;又如,可以用《三国演义》中张飞睡中露睛的案例,来趣味讲解脾在体合肉的知识。

3.3 引导学生形成中医思维——用中医 “授人以鱼,不如授人以渔”,中基课程不仅是传授中医基本理论知识,更重要的是帮助学生构建中医思维,思维方式比知识更重要是教育的共识^[5]。中医学的思维方式,属于原创思维,是植根于中国传统文化、体现中医药本质与特色、相对稳定的思维模式和方法^[6]。主要体现为整体思维、取象比类思维、辨证思维、中和思维等。在中基课程的教学,应将中医思维方法与中医基本理论融合,渗透到各个教学环节中^[7]。

例如,从绪论的中医整体观,到藏象学说的以五脏为中心的脏腑之间的生理功能联系和病理影响,再到病机和防治原则中的整体调治,教师在授课过程中,要不断引导学生回顾、总结,体会中医整体思维观。又如,哲学思想中事物阴阳、五行属性的划分,藏象学说中脏腑的功能特性,病因学说中六淫各自的性质和致病特点,都充分体现了中医取象比类思维的运用。再如,在讲授阴阳学说中的“阴平阳秘”、五行学说中的“五行制化”、藏象学说中的脏腑功能的协调平衡、调整阴阳治则中的“谨察阴阳所在而调之,以平为期”等内容时,应在知识传授中顺势强调其中所体现的中医中和思维。

4 结语

中基作为中医学的入门课程,不仅是传授中医学的基本概念、基本知识、基本原理,更是开启中医志趣、培养中医思维的关键课程。针对本课程授课对象,学习中医的专业思想不明确、不牢固、不坚定之现状,笔者本着“以学生为中心”的教学理念,着眼于学生主动“学”的过程,通过优化教学设计,激发学生的学习兴趣 and 积极性,训练学生的中医思维能力,使学生能够系统掌握中医学基础知识、基本概念,培养学生对于中医药文化、理论的认同感,让学生信中医、爱中医、用中医,培养学生良好的医德,从而正确引领学生进入中医学的殿堂。

参考文献

[1]梁媛,聂娅,李定祥.“以学生为中心”理念下的中医基础理论教学改革探

- 索[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(14):29-31.
[2]黄琼.中医基础理论绪论教学心得[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(6):18-20.
[3]崔姗姗,梁鹤.教育国际化背景下的中医基础理论教学改革与实践[J].中医教育,2016,35(1):13-15.
[4]王琳.古典文学案例教学法在中医基础理论七情内伤教学中的应用[J].中医药管理杂志,2017,25(4):29-31.

- [5]梁鹤,崔姗姗,李艳坤.重视中医基础理论教学中的中医思维培养[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(3):9-11.
[6]郑洪新.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社,2016:13.
[7]徐玉锦,金玉,李京玉,等.论中医基础理论教学与中医思维的培养[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(15):32-34.

(本文编辑:李海燕 本文校对:黎鹏程 收稿日期:2018-08-21)

证素辨证在中医临床教学中的应用※

张双伟 张竞之 刘彬 王蔚琳 梁文*

(广州医科大学附属第二医院中医教研室,广东 广州 510260)

摘要:辨证论治是中医诊疗理论体系的一大特色,辨证是论治的前提和依据,是临床诊疗的开始和关键所在,更是提高中医临床诊疗水平的重要环节。但是在临床辨证过程中,由于病情千变万化、证候复杂多样,导致证名互不统一、辨证易生多歧,影响了辨证论治的继承和传授。证素辨证是在传统中医理论指导下确立的辨证思维模式,其通过病位证素和病性证素确定病变的病理本质,根据证素的变化确定不同的证名,用有限的证素统领繁杂的证候和证名。证素辨证符合实际、便于学习,应用于中医临床教学,将有利于学生辨证能力和方法的提升。

关键词:辨证;证素;临床教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.002

文章编号:1672-2779(2018)-24-0003-03

The Application of Syndrome Differentiation in the Clinical Teaching of Traditional Chinese Medicine

ZHANG Shuangwei, ZHANG Jingzhi, LIU Bin, WANG Weilin, LIANG Wen

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

Abstract: Syndrome differentiation and treatment is one major feature of the theoretical system of TCM diagnosis and treatment. Syndrome differentiation is the premise and basis of treatment, the beginning and key of clinical diagnosis and treatment, and also an important link to improve the level of clinical diagnosis and treatment of TCM. However, in the process of clinical syndrome differentiation, due to the changeable state of illness, complex and diverse syndromes, leading to inconsistent syndrome names, syndrome differentiation prone to divergence, the inheritance and teaching of syndrome differentiation and treatment was affected. Syndrome element differentiation is a dialectical thinking mode established under the guidance of traditional Chinese medicine theory. It determines the pathological nature of the lesion through the syndrome elements of disease location and disease nature, determines different syndrome names according to the changes of syndrome elements, and leads complicated syndrome and syndrome names with limited syndrome elements. Syndrome differentiation is practical and easy to learn. It will be helpful for students to improve their ability and methods of syndrome differentiation in clinical teaching of TCM.

Keywords: syndrome differentiation; syndrome element; clinical teaching

辨证论治是中医诊断和治疗疾病的重要手段,也是中医诊疗理论体系的一大特色。辨证论治分为辨证和论治两个阶段,辨证是根据四诊所收集的资料,通过分析、综合,辨清疾病的病因、性质、部位,以及邪正之间的关系,概括、判断为某种证;论治,则是根据辨证的结果,确定相应的治疗方法。辨证是确定治疗方法的前提和依据,是临床诊疗的开始和关键所在,更是提高中医临床诊疗水平的重要环节。“方从法出,法依证立”,没有准确的辨证,必然会导致立法、用方的错误^[1],正如《临证指南医案》指出:“医道在乎识证、立法、用方,此为三大关键,一有草率,不堪司命。然三者之中,识证尤为紧要。”因此,在中医临床教学中应加强学生辨证能力和方法的培养。

1 证素辨证在临床教学中应用的意义

传统医学经过几千年的发展,辨证的理论和方法错

综复杂,有八纲辨证、脏腑辨证、病因与气血精液辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证等多种辨证归类方法。这些辨证方法都是古人从不同的角度对人体生理病理本质的认识,但偏重一隅,需相互补充。

中医辨证是在医学实践基础上的经验总结,既有客观实在性,又有主观思辨性。人体是一个复杂的系统,临床症状、体征的变化和疾病的证型之间存在着非线性的关系。中医辨证,主要是凭借医生四诊收集的病理信息,从疾病的表现并结合病人体质、环境、发病经过及治疗效果对生理、病理进行逻辑推理。由于疾病的外在表现不固定,再加上体质、环境等方面的干扰,病理表现更为复杂,根据医生的经验判断,主观因素较多,规范性不强,随意性较大,使得临床上两位医生诊疗同一个患者时,得出不同证型结论的现象比比皆是,从而影响了辨证论治的继承和传授,以临床经验作为辨证论治手段的模式,要通过长期的经验和知识的积累,在临床教学中很难发挥效果。

证素辨证是依据临床证候,辨别出病位、病性证

※ 基金项目:广东省科技厅科技计划资助项目[No.2016A020215167]

* 通讯作者:33119812@qq.com

素,然后由证素组合成证名^[2]。根据病变本质,将证候归纳为具体证素单元,如肺肾气虚证的病位证素是“肺”“肾”,病性证素是“气虚”。证素单元是疾病现象的本质反应,是以具体存在的症状、体征为判断依据的,不是理论的抽象或主观的判断。因此,证素辨证具有一定的客观规律性,便于操作,易于掌握,在临床教学中可执简驭繁,起到较好的教学效果。

2 证、证候、证素的区别与联系

“证”是中医学特有的概念,是对疾病过程中所处一定阶段的病位、病因病性及病势等所作的病理概括,是疾病在演变过程中各种病理因素在体质、自然环境、社会心理等因素和多种矛盾综合作用于机体的整体反应。“证”不是若干症状简单的堆砌或组合,而是具有高度的概括性和机动性。钱学森曾指出:“中医辨证论治的‘证’,用系统科学的语言来说,就是功能状态。辨证是指辨别病人的功能状态,然后开药,用药物使病人从不正常的病态调整到正常的功能状态,也就是健康的功能状态^[3]。”

“证候”是在致病因素作用下,机体不同部位、层次发生相应病理、生理变化引起整体反应状态的临床表现特征的理论概括,是机体在疾病发生发展过程中某一阶段出现的互相关联的症状、体征、舌象、脉象的组合,即“证”的临床表现情状,包括症状、体征、舌象、脉象等的特征,称之为“证候”。“证候”是“证”的外候,是可以观察到的随时变化的症状、体征、舌象、脉象等临床信息^[4]。如“肺肾阴虚”不是证候,而“咳嗽痰少,声音嘶哑,腰膝酸软,形体消瘦,口燥咽干,骨蒸潮热,盗汗,颧红,舌红,少苔,脉细数”才是“肺肾阴虚证”的证候,赵氏^[5]指出:“证是证候的病机概括,证候是证的外在表现,两者是现象与本质的关系”。

“证素”是与生理、病理相关联,以病机学说为基础,并能由可测量和观察到的症状、体征等信息集合的概括^[6],通过对证候的辨识而确定病理本质,是辨证所要辨别出的心、脾、肺等病位和气虚、血瘀、亡阳等病性的最小单元,是构成证的基本要素,具有不可分的特征。证素是客观存在的反映,是证候信息群中某些具体症状、体征信息的表达,不是理论的抽象。证素之间是有机联系的,在临床实际中,某些证素总是与另一些证素共存共见。

证候是现象,证素是本质。证素不是指症状、体征等的临床表现,但每一个证素都有相应的特征证候,证素的确定,都必须以特定的证候作为依据,即以症为据,从症辨证^[2]。辨证的对象是“证”,辨证的依据是“证候”,证的组成要素是“证素”。

3 证素辨证在中医临床教学中的应用

无论是八纲辨证、脏腑辨证,还是六经辨证、卫

气营血辨证等辨证方法,其实质均是对疾病病位和病性的辨别,即对证的基本要素“证素”的辨别。可见,证素辨证是在传统辨证方法下的继承和提升,使主观抽象的辨证过程易于规范可操。

临床上常见的证名,都是由病位证素和病性证素组合而成,如心肺气虚证由病位证素“心”“肺”和病性证素“气虚”组成,寒滞肝脉证由病位证素“肝”和病性证素“寒滞”组成等。一个完整、规范的证名,一般应当有病位证素和病性证素,不能只有病位而无病性,或只有病性而无病位。

3.1 病位证素 病位证素是证素辨证的重要组成部分,只有将寒热、虚实、气血变化等病理变化落实到某个病位,临床用药治疗才能有明确的靶点,有的放矢。中医病位不同于西医所指的内脏、器官、血管、神经、皮肤等仅具有空间、形态意义的部位,还包括了功能性的位置^[7]。如《素问·至真要大论》指出“诸风掉眩,皆属于肝;诸寒收引,皆属于肾;诸气膹郁,皆属于肺;诸湿肿满,皆属于脾……”,即是指脏腑的功能定位。因此,中医的病位是时空性病位和功能性病位的集合。

同时,病位证素存在单一病位证素和复合病位证素之分。单一病位证素是单一脏腑、组织、器官出现功能失调所表现于外的客观征象,如出现“心悸,头晕,失眠多梦,健忘,舌色淡,脉细弱”等症状和体征,可以定为单一病位证素为“心”。但是,人体是一个有机联系的整体,各脏腑、组织、器官之间在生理上既分工负责,当发生病变时,它们在病理上又相互影响,出现复合病位证素,如肝经气火上逆犯肺,而使肺失清肃所出现的“胸胁灼痛,头胀头晕,急躁易怒,面红目赤,咳嗽阵阵,舌红苔黄,脉弦数”的症状,则为复合病位证素“肝”和“肺”。因此,在临床教学中,病位证素的辨别,不可执泥于具体病位的归属,需要结合病因病机的动态变化综合判断。

3.2 病性证素 在辨别病位证素的同时,还应对病性证素进行判断,如实证中有寒、热、痰、瘀的不同,虚证中有气、血、阴、阳的区别,只有确定病性证素,才能为立法处方提供依据。

证候是疾病的外在表现,而非病变的本质,但对病性证素的确定,都要以证候为依据,进而结合八纲辨证、气血津液辨证等传统辨证方法综合判断。如从面唇青紫,舌质暗,可知病性证素为“瘀血”;从畏寒肢冷,下肢浮肿,舌淡胖可知病性证素为“阳虚”等。由于病理过程的复杂性,病性证素也存在复合证素的情形,如“气虚血瘀”“气阴两虚心血瘀阻”等均为复合病性证素。在临床教学中,要引导学生以症为据,全面收集证候,从症辨证,确定病性证素。

3.3 证素辨证中证名的确定 病位证素和病性证素是辨证的核心,一个完整的证名是病位证素和病性证素结

合。由于疾病的病位证素、病性证素均具有单一或复合性，它们之间组合形成的证名就存在着复杂的关系。证名要求既能反映病人证候本质，具有高度概括性，还应是规范的中医术语^[6]。证名可为单证素或多证素的组合，如病位证素为“心”，病性证素为“血瘀”，对应证名为“心脉瘀阻证”；也可多证素的组合，如病位证素为“心”“肾”，病性证素为“气虚”“阴虚”，则对应证名为“心肾气阴两虚证”。证名是对机体病理反应的整体概括，既要精炼规范，又要准确全面，在临床教学中，要引导学生在中医学理论的指导下，灵活准确地将病位证素和病性证素归纳为完整的规范证名。

4 小结

疾病的过程，是正邪双方在体内不断斗争的过程，临床上病情千变万化、证候复杂多样、证名互不统一、辨证易生多歧，但辨证的本质无非是对疾病病位、病性的辨别，抓住病位证素和病性证素，便抓住了病变

当前的病理本质。证素辨证是在传统中医理论指导下确立的辨证思维模式，根据证候作出证素判断，根据证素的变化确定不同的证名，用有限的证素统领无限的证候和证名，这种辨证思维模式既符合辨证实际，又便于学习，容易掌握，应用于中医临床教学，将有利于学生辨证能力和方法的提升。

参考文献

- [1]王阶,吴荣,周雪忠.基于支持向量机的名老中医治疗冠心病证候要素研究[J].北京中医药大学学报,2008,31(8):540-543.
- [2]朱文峰.证素辨证学[M].北京:人民卫生出版社,2008:11.
- [3]钱学森.论人体科学与现代科技[M].上海:上海交通大学出版社,1998:12.
- [4]陈士奎.关于“证”及“证候”等概念规范化运用问题的讨论[J].中国中西医结合杂志,2012,32(10):1301-1304.
- [5]赵国平.证与证候论[J].山西中医,1990,6(2):6.
- [6]衷敬柏,王阶,赵宜军.辨证方法及证候要素印证组合研究[J].北京中医药大学学报,2006,29(4):221-224.
- [7]薛立松,殷鑫.中医辨病位浅述[J].大家健康,2013,7(11):61.
- [8]毕颖斐,毛静远.对中医证候要素定量评价与方证对应的思考[J].中华中医药杂志,2012,27(8):1994-1997.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张竞之 收稿日期:2018-09-28)

PBCL 教学法在药物制剂专业 中药制剂专论教学中的应用※

贾永艳 徐翠珊 祝侠丽 田效志* 关延彬 周 宁

(河南中医药大学药学院,河南 郑州 450046)

摘要: PBCL 教学法是以问题为基础的教学方法和基于团队学习的教学方法相结合的混合教学方法,它能提高学生的学习兴趣 and 积极性,培养学生自主获取知识的能力。笔者在中药制剂专论教学中,将课程分成多个单元,在传统讲授基础上,从当前中药制剂发展现状出发,以学生作为课堂的主体,以问题为导向,组织小组协作学习。实施 PBCL 教学法后学生学习积极性提高,学习主动,课堂发言踊跃,并能学以致用。教学中教师积极备课,全程跟进,及时发现并解决学生学习中存在的问题,收到较好的教学效果。

关键词: PBCL 教学法; 中药制剂专论; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.003

文章编号:1672-2779(2018)-24-0005-03

The Application of PBCL Teaching Method in the Teaching of "Chinese Medicine Preparation Monograph" in the Pharmaceutical Preparation Specialty

JIA Yongyan, XU Cuishan, ZHU Xiali, TIAN Xiaozhi*, GUAN Yanbin, ZHOU Ning

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

Abstract: PBCL teaching method is a mixed teaching method which combines problem-based teaching method with team-based learning method. It can improve students' interest and enthusiasm in learning and cultivate students' ability to acquire knowledge independently. In the teaching of Chinese medicine preparation monograph, the author divides the curriculum into several units. On the basis of traditional teaching, proceeding from the current situation of Chinese medicine preparation development, students are taken as the main body of the classroom and problem-oriented and group cooperative learning is organized. After the application of PBCL teaching method, students' learning enthusiasm, learning initiative, classroom speaking enthusiastically, and can learn in order to practice. In teaching, teachers actively prepare lessons, follow up the whole course, find out and solve the problems existing in students' study in time, and receive better teaching effect.

Keywords: PBCL teaching method; Chinese medicine preparation monograph; teaching reform

PBCL 教学法即基于问题解决的团队学习方法 (problem-based cooperative learning, PBCL), 是基于问

题的学习 (problem based learning, PBL) 和基于团队的学习 (team-based learning, TBL) 相结合的混合教学方法。PBL 教学法即“基于问题式学习”, 起源于 20 世纪 50 年代的西方医学教育, 现已成为国际上较为流行的教学方法, 上世纪 80 年代中期我国一些医学院校开始试

※ 基金项目: 河南中医药大学教学研究立项 [No.2017YJX009]

* 通讯作者: 1564998828@qq.com

行^[12]。TBL教学法是2002年Larry K Michaelson提出的一种有助于促进学习者团队协作精神的新型教学模式,其形式多样,主要以团队协作为基础,是以教师讲授和学生讨论相结合的一种教学方法^[1]。传统的讲授式教学法,是以教师为主体,以讲课为中心,采取灌输式教学,填鸭式教学,教学方法呆板枯燥,课堂气氛沉闷。PBCL教学法提高了学生的综合能力与团队意识,学生带着问题去学习、思考,充分表达自己的观点,在讨论中加深对问题的理解,培养和提高学生分析问题及解决问题、查阅文献、归纳总结的能力。

我校药物制剂专业设置于2000年,2001年首届招生,2015年实现一本招生,学制四年,开设课程涉及主干学科为药学、化学、生物学。现为河南省特色专业、河南省专业综合改革试点专业。致力于培养具备药物制剂的基本理论、基本知识和基本技能,具有良好的科学素养、自主获取知识和应用知识的能力,能在医药科研院所、药物制剂生产和流通企业、医疗卫生机构、药品检验和药品监管等领域从事药物制剂的设计、研究、生产、质量控制、技术改造和应用、管理等方面工作的应用型和复合型人才。在课程设置上,除开设药剂学、生物药剂学与药物动力学、药用高分子材料学等课程外,为突出中医药特色,引入中医药思维,依托我校丰富的中医药教育基础资源,开设中医药基础、中药饮片工艺学、中药制剂专论等课程,培养具有中医药知识的专业人才。中药制剂专论是以中医药理论为指导,运用现代科学技术,研究中药制剂的生产技术、质量控制的一门综合性应用技术科学,与药剂学既具有共性又有区别,共性在于均对常规剂型的制备工艺、质量控制进行详尽论述,具有与生产和临床紧密联系的实践性,不同点在于中药制剂专论强调在中医药理论指导下进行中药制剂的研究、生产与质量控制。如果按照传统的授课方式,一方面学时不足,另一方面课程内容多有重复,难以调动学生的学习积极性。为此,笔者认真研究课程教学大纲,明晰教学目的,以中药传统、特色剂型为主,侧重于剂型的选择、处方中饮片的前处理、辅料的选择等相关内容的学习,结合实际案例如目前社会对中药制剂特别是中药注射剂出现的诸多不良反应,产生的负面消息较多,多方位阐述中药制剂的优势与存在的不足,与未来需要解决的问题。调动学生学习的主动性、积极性和创造性,使课堂教学充满活力。我们尝试在中药制剂专论的部分章节教学中采用了PBCL教学法,收到了较好的教学效果。

1 构建中药制剂专论PBCL教学法模式

实践证明,PBL教学法由教师先提出问题,学生

在查阅资料、讨论交流中,找出问题存在的原因以及解决方法,有效调动了学生的学习兴趣,增强了学生的求知欲,但该教学方法亦存在弊端即知识碎片化、教学缺乏系统性,尤其在基本理论、基础知识的教学中的应用效果欠佳。TBL教学法强调清楚学习目标的课前及课上的学习,通过课上不同的测验方式及作业,实现学生主动学习、讨论式学习和互学互教的拓展性学习,TBL教学法以团队协作为基础,提高了学生团队合作和人际交往等综合能力。TBL教学法的不足在于,占用学生较多课余时间、对师资要求较高等。TBL教学法与PBL教学法,具有很好的互补性,可以收到较好的学习效果。就中药制剂专论而言,课程在第7学期开设,学生已对高分子材料学、药剂学、药剂学实验进行了系统学习,对基础知识及相关理论掌握较好,中药制剂专论虽然有很多全新的内容,但与药剂学又有着密切联系,比较适于PBCL教学法。教学中以问题作为课堂的中心,开展小组讨论式的教学,具体过程为:教师提出问题→学生分组,小组内学习、讨论→小组间讨论→教师归纳总结。学生5~6人为一个小组,每小组选一位同学做组长,进行分工,学生利用网络、期刊、相关专著等查阅相关资料,教师组织全体学生课堂讨论,老师进行最后总结,学生修改作业,上交作业。对评价方式进行改革,不进行闭卷考试,课程成绩由形成性成绩组成,包括考勤、学生作业、课堂发言。

2 PBCL教学法实施过程

将课程分为多个单元,分层次,依次递进开展教学。

第一单元:中药制剂前处理。学生前期已较为系统学习了天然药物化学,对天然药物中有效物质的结构、性质、提取、分离有一定认识,中药制剂专论课程在此基础上结合传统中医药理论,中药制剂剂型的发展过程,系统讲解中药制剂的原料,中药制剂作用基础,中药制剂中如何进行提取、精制,以及各类参数的优选原则,并以葛根芩连汤——葛根芩连片为例,对处方中黄芩、黄连的提取方法、溶剂选择进行讲授。

第二单元:粉体学在中药制剂研究生产中的应用。物料的粉体学性质(流动性、可压性、吸湿性等)在固体制剂的生产与质量控制中作用巨大,因此如何让学生将所学习的相关知识用于中药固体制剂的研究中是本单元的重点。目前粉体改性是中药制剂研究的热点,研究表明,通过对药物粉体粒子进行相关的表面设计与功能设计可以使药物粉体表现出良好的流动性,通过对原料药粒径、加入顺序、比例等因素的调整可以掩盖不良的气味、增溶、降低吸潮性等目的^[4]。如,分散片是一类吸水后迅速崩解并均匀分散的片剂,快速崩解是该剂型的



优势,但中药分散片存在崩解迟缓的弊端,有研究表明,中药提取物的油性、黏性特点阻塞分散片的毛细孔道,导致水分不能快速渗透进入片芯,进而崩解迟缓,增强分散片的吸水性是解决崩解迟缓的关键^[5]。

第三单元:中药传统剂型。丸、散、膏、丹、汤剂等中药传统剂型,历史悠久,在中华民族的繁衍发展中发挥了巨大作用,特别是丸剂、外用膏剂目前应用依然广泛。丸剂种类繁多,除传统的水丸、蜜丸外,浓缩丸、滴丸是中药新药研究的热点剂型。外用膏剂中膏药特别是黑膏药在中医外科、骨科的治疗中药效卓绝,其后续剂型贴膏剂即橡胶贴膏剂、凝胶贴膏剂市场占有率不断攀升,契合中医内病外治的观点。笔者采用PBCL教学法讲授丸剂、外用膏剂、酊剂。教师依据教学大纲、教学目标,联系临床、生产、市场,教学情景设计,提出问题。利用文本、图形、图像、动画、视频、音频等多种素材资源及网络资源,让学生全面学习剂型的历史沿革、发展,制备工艺、质量控制等知识,提出问题如:(1)以丹参滴丸、复方丹参片为例阐述丸剂的发展趋势;(2)以15版药典收载品种狗皮膏为例阐述黑膏药发展及改良问题;(3)以藿香正气水为例,探索中药剂型改革存在的问题;(4)凝胶贴膏剂、橡胶贴膏剂生产及应用方面存在的问题。将剂型的选择、制剂生产、临床应用、科研选题等内容紧密的联系,激发学生学习愿望。

第四单元:中药现代剂型。中药现代剂型包括片剂、胶囊剂、注射剂等借鉴药剂学相关剂型形成,既保留原有剂型的特点,又具有中药剂型自身特点,特别是当前中药注射剂不良反应频现、中药注射剂临床应用“受限”的敏感时期,如何正确评价、科学研发成为学生普遍关注的问题。课程选择不同组成的注射剂,如:以有效成分为原料的灯盏花素注射剂、以有效部位为原料的血塞通注射剂、以提取物为原料的清开灵注射剂,对中药注射剂的选方、制备工艺、质量控制等方面进行讲解。让学生辩证认识当前存在的问题,增强改进当前状况的使命感。特别对以薏苡仁为原料的康莱特注射液,是我国首家上市销售的植物抗肿瘤注射剂,对中晚期肿瘤患者具有一定的抗癌病质和止痛作用,已成功完成美国Ⅱ期临床试验,获得美国FDA批准,正式进入Ⅲ期临床试验,成为首个在美国本土进入Ⅲ期临床的中药注射剂。进行全面深入的介绍,阐明虽然目前中药注射剂的市场份额缩水,但找对方向,做好品种培育工作,仍有很好的前景,增强同学开发中药注射剂的信心。提出问题如:(1)以双黄连注射剂为例阐述中药注射剂的发展趋势;(2)鱼腥草注射剂的现状。

第五单元:中药新技术新剂型。随着相关学科的发展,药剂学的新技术、新剂型在中药制剂中的应用越来越多,特别是固体分散技术、包合技术、脂质体技术等技术的应用,新制剂不断涌现,如缓控释制剂、靶向制剂等。包合技术多用于中药制剂中,将挥发油采用饱和水溶液法、研磨法包合,以提高药物的稳定性,且包封率高,稳定好。固体分散技术则多用于难溶性药物以提高其溶解度,如采用熔融法,以PEG-6000、泊洛沙姆为载体制备葛根素的固体分散体,其溶解度显著提高,为口服制剂研发奠定基础^[6]。结合自身科研讲解脉冲制剂、渗透泵制剂、纳米乳、原为凝胶等新剂型在中药制剂研究中的应用,如复方芎七脉冲片,释药机制为S型的溶蚀过程,且体外累积释放率模型为Logistic模型。制得的复方芎七脉冲片释药时滞为4小时,不同成分累积释放率均达到90%以上,达到脉冲制剂的释药标准^[7]。

3 PBCL 教学法运用的体会

对中药制剂专论课程实行PBCL教学法,笔者认为PBCL教学法与传统教学法(LBL)相结合的教学方法有助于学生将所学课程融会贯通,具有批判思维,提高解决具体问题的能力。第7学期即大四第一学期,是考研复习的关键时期,以往同学翘课严重,学习积极性不高,如何提高学生的学习热情是困扰后期专业课教师的难题。课程实施PBCL教学法后学生出勤率提高,学习主动,课堂发言踊跃,真正做到“授人以渔”。对教师而言,实施PBCL教学法也对任课教师提出了更高的要求,教师需要查阅大量资料,提高自身的业务水平,设想授课中可能出现的各种问题,做好预案。

PBCL教学法在国内外教学中已大量采用并取得成效,得到业界首肯,是高校的教学改革的一种新思路。在后续教学中,我们将依据药物制剂专业的教学目标,结合课程的具体内容及学生的特点,深入开展教学改革,为我国药学事业的发展作出贡献。

参考文献

- [1]刘强,周煌,史玲,等.基于PBCL的有机化学翻转课堂混合教学模式探索[J].广州化工,2017,45(21):174-176.
- [2]贾永艳,祝侠丽,黄海英,等.PBL教学法在《中药药剂学》教学中的应用[J].中国西部科技,2012,11(3):81-82.
- [3]于述伟,王玉孝.LBL、PBL、TBL教学法在医学教学中的综合应用[J].中国高等医学教育,2011(5):100-102.
- [4]张芳.粉体改性技术在中药分散片中的创新研究——以感咳双清分散片[D].成都:成都中医药大学,2015:3.
- [5]韩雪,李剑,韩丽,等.以姜黄清脂分散片为模型药物研究吸水性在中药分散片崩解过程中的关键作用再验证[J].中草药,2016,47(7):1112-1117.
- [6]周毅生,贾永艳,申小清,等.葛根素固体分散体的制备及其体外研究[J].中国药学杂志,2003,38(1):42-44.
- [7]马盼盼,陈书慧,田效志,等.复方芎七脉冲片的制备工艺研究[J].中草药,2017,48(16):3327-3332.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘改枝 收稿日期:2018-08-24)

以学生为中心的教育理念 在中医内科学临床实践教学中的运用※

王 萌 黄晓燕 梁 雪 陈 然 杨成宁 刘 莉

(广西中医药大学第一临床医学院脾胃二区, 广西 南宁 530023)

摘 要: 中医内科学临床实践教学是每一名医学实习生走向工作岗位的必备课程, 但由于临床工作繁忙, 部分老师的临床实践教学流于形式化, 长时间不改进教学方法, 导致部分学生对此课程兴趣不高。我院在教学改革之路上不断创新, 探索出以学生为中心的新的教学实践过程, 受到学生喜爱。

关键词: 以学生为中心; 中医内科学; 临床实践

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.004

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0008-02

The Application of Student-centered Education Concept in the Clinical Practice Teaching of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

WANG Meng, HUANG Xiaoyan, LIANG Xue, CHEN Ran, YANG Chengning, LIU Li

(Ward Two of Spleen-Stomach, the First School of Clinical Medicine, Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Guangxi, Nanjing 530023, China)

Abstract: Clinical practice teaching of TCM internal medicine is a necessary course for every medical intern. However, due to the busy clinical work, some teachers' clinical practice teaching is formalized, and they have not improved their teaching methods for a long time, resulting in some students not interested in this course. On the road of teaching reform, our college has been constantly innovating and exploring a new practice teaching process centered on students, which is loved by students.

Keywords: student-centered; internal medicine of traditional Chinese medicine; clinical practice teaching

中医内科学是中医基础理论联系临床实践的桥梁课程^[1], 在中医学中占有重要的学术地位, 既是重要的专业主干课, 又是学生打好临床基础, 构建中医学辨证思维体系, 成长为一名合格的中医医师的必备学科。因此, 如何提高中医内科学的教学质量, 搭建好学生的中医内科学知识结构与框架, 培养和提高学生的临床思维能力, 成为临床教师亟待解决的问题。临床医学是一门实践性很强的科学, 对于临床技能、职业态度行为、将所学习的医学基础知识转化为临床工作中的能力等都需要通过临床实践阶段才能逐步得到锻炼和提高。临床实践带教作为连接医学生与临床医师的桥梁具有至关重要的地位。本研究重在“以学生为中心”教学理念指导下, 既要巩固学生们的医学基础知识, 又要生动活泼地掌握临床技能并积累经验, 培养临床沟通技巧, 使同学们逐渐成为一名合格的临床医生。

1 以学生为中心的内涵建设是时代发展的迫切需求

随着互联网的普及, 信息技术的大力发展, 目前国内教育教学涌现了一批新的思潮, 无论在教学理念、教学模式、教学方法上都有长足进展, 1998年世界首届高等教育大会宣言将“以学生为中心”作为高等教育的新视角和新模式, 而后PBL、CBL、翻转课堂、微课程、慕课、对分课堂等如雨后春笋般出现在大众的视野。长期传统的填鸭式教育模式让学生学会了听, 忘记了说, 学会了记, 忘记了质疑, 而现在“以学生为中心”的教育改革则从学生出发, 分析学生的所需所

想, 从要我学改变成我要学, 加强其主导意识, 激发其兴趣及创新意识, 从根本上改变了学生不会学, 死记硬背的老路子。而老师也成为教育教学的研究人员, 从学生的角度出发, 关心他们的知识结构、兴趣特点、学习风格等, 认真科学地审视和反思教学实践过程中的各种问题^[2]。《朱子全书·论学》篇云: “小立课程, 大作功夫。”教学改革对教师提出了更高的要求, 教学模式的改变要求教师重新制定教学目标, 更新资料贮备, 拟定教案, 创新性做好教学设计, 并有针对性地制定符合教育新模式的测评手段, 在通过与学生的互动过程中不断改进教学方法, 不畏困难, 从而找到符合本专科最适宜的教育新模式。王敬等^[3]对比国内外学生学习效果时发现, 我国学生基础知识比国外学生要扎实, 考试成绩名列前茅, 也就是艾伦·布鲁姆教育目标分类系统^[4]最低级的两个层次——识记和理解, 而国外教师经常提出一些非常前沿且实际的问题, 让学生去寻找答案, 不少学生能够发挥其创新性和思维拓展性, 实现了艾伦·布鲁姆教育目标分类系统的最高级——创造。沈阳化工大学校长李志义曾于2014年指出: 深化课堂教学改革, 需要实现四个转变——从灌输课堂向对话课堂转变, 从封闭课堂向开放课堂转变, 从知识课堂向能力课堂转变, 从句号课堂向问号课堂转变。知识与能力并重, 是我国教学改革的发展方向。

乔琳等^[5]研究认为 SDSR 四阶段教学模式, 包括自学 (self-study)、讨论 (discussion)、总结 (summary)、探索 (research) 四个阶段的教学组织模式, 与传统见习教学模式相比, 实验组的实践技能和期末理论考试

※ 基金项目: 广西中医药大学校级教育改革项目【No.2017C56】

成绩都有明显提高,2组成绩差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。肖璇^[6]认为“以学生为中心”的教育理念不仅可以发挥医学生的主观能动性,还可以建和谐的师生关系,提高学生综合素养。孟陆亮^[7]认为传统教学应以“传授知识为主”向现代教学以“培养能力为主”进行转变,必须建立与之相适应的具有动态性的考试考核制度。第一,注重过程性考核,第二,注重能力和素质的考核,在考试内容上应当融合理论、实践、技能三个方面,三者并重;第三,考核方法灵活多样,突出“以学生为中心”。

2 以学生为中心开展中医内科学临床实践教学

2.1 导言 通过设问、讲故事、情境教学、案例式教学等引入临床实践的主题。学生以学为本,可是天天学,学各种学问,怎样才能让他们记忆深刻并激发其主动学习的兴趣呢?对比枯燥的照本宣科,设问可以吸引同学们的注意力,讲最近发生的故事、事例等可以让同学们产生共情;情境教学则让同学们身临其境,很快地投入到临床实践的课程中来;案例式教学能吸引同学们的注意力,启发同学们思考,带着问题去探究、去学习。一个故事有个精彩的开头往往能先声夺人,成功地留住观众,一堂精彩的课程有个有代入感的导言也可以激发同学们学习的兴趣和对此课程的喜爱。

2.1 复习相关基础知识 参与中医内科学临床实践活动的学生为医学院校高年级学生,已系统学习过各科知识,但有的科目由于时间长会出现遗忘现象,教师在开展实践教学前利用1~2 min对基础理论知识、问诊要点、体格检查等进行回顾,有利于学生更主动地参与到教学实践环节。通过临床实践带教,发现同学们有很多是愿意积极参与课堂讨论的,可是有的怕回答出错,有的基础知识不牢固,回忆不起知识点,于是很多人在提问环节常常保持沉默,更愿意选择老师满堂灌的讲课方式。目前我们进行教学改革,以学生为中心,分析了以往教学环节的不足之处,增加了复习相关基础知识的环节,提出问题供同学们分析,并通过学生的回答找到他们知识的薄弱点进行巩固,这样既增强了师生的互动性,也提高了学生的参与度,使其能更好地融入课堂教学。

2.3 利用微课进行重点教学环节的讲解 微课^[8]以微视频为核心,包含与教学相配套的“微教案”“微课件”等支持性、扩展性资源,从而形成一个半结构化、网页化、开放性、情景性的资源动态生成与交互教学应用环境。微视频录制的是教学内容的精华部分,可以是教学实践难点的讲解、可以是核心概念的解析、可以是病案分析等,它图文并茂,贯彻以学生为中心的教学理念,“短、小、精、活”,能集中学生的注意力,激发其学习兴趣。

目前新版的中医内科学加入了一些现代医学相关

内容,导致教师教学时在病名关联、生理病理上容易更多地讲解西医内容,而忽视了中医临床思维模式。而微课是教师提前准备的,可在微教案的基础上加入中医经典理论探讨、中医名人故事、中医理法方药的难点辨析或脉象辨析等内容。在中医内科学的临床实践教学环节强调中医理论体系的完整性,要求同学们具备中医临床思维能力与中医临床技能,这是培养中医事业接班人的必由之路。中医微课加入实践教学环节,既让同学们在短时间内收获本节课的重点、难点内容,也开拓了思维,并可以在微视频后进行探究式讨论,增强师生互动性。

2.4 进阶作业 根据学生的学情分析及上课时提出的兴趣点、疑难点、困惑点,制定合理的具有发散性思维的课后作业,一方面加深对所学知识的理解,另一方面增加学生的主观能动性,调动其积极性,开放性地探求知识。

2.5 课程评价 将微课引入课堂,生动活泼,在吸引学生注意力的同时能传授与疾病相关的更多知识点,在课后的调查问卷中,同学们均对此种教学方式表示喜欢,并希望能进一步应用于课前预习设问及课后作业布置。微课中的微视频短小,利于保存,知识含金量高,学生下课后拷贝回去可以反复观看,方便复习,也更能加深其对疾病的认识。

中医内科学传统教育模式都是偏重对知识的学习、理解、积累与掌握,属于“死记硬背”的应试教育,改进教学方法,将微课带入课堂,是进行素质教育的新举措,能促进学生应用能力和创新精神培养。兴趣是最好的老师,微课将教学重点难点、PPT课件、视频结合起来,让学生耳目一新,让学生在观看微视频的过程中敏锐地寻找知识点,发现问题并解决问题,既把握了教学重点,又有利于学生自主探索相关知识。随着新的教学模式、教学方法的不断探索,使抽象的知识具体化,在培养学生学习兴趣的同时提高其临床辨证思维实践能力是中医内科学实践课教学的关键目标所在。

参考文献

- [1]李胜涛,张怡,王飞,等.基于“以学生为中心”的教育理念创新中医内科学教学模式的探索与实践[J].时珍国医国药,2016,27(11):2770-2772.
- [2]贾颜.“以学生为中心”的教师教学发展模式构建[J].吉林医药学院学报,2018,39(1):74-75.
- [3]王敬,慧卿,程林松.“以学生为中心”教学改革的思考与启示[J].教育培训,2017(3):67-69.
- [4]张燕,黄荣怀.教育目标分类学2001版对我国教学改革的启示[J].中国电化教育,2005(7):16-20.
- [5]乔琳,刘昌,刘钊,等.“以学生为中心”SDSR模式在临床见习教学中的研究[J].中国高等医学教育,2016(8):70-71.
- [6]肖璇.“以学生为中心”教育理念在医科大学教学管理中的效果[J].中国当代医药,2017,24(27):121-123.
- [7]孟陆亮.“以学生为中心”的考试方法改革设想[J].甘肃中医,2011,24(3):70-71.
- [8]杨雪,郑明常.微课概念辨析及意义探讨[J].中医教育,2018,37(1):13-15.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郑超伟 收稿日期:2018-08-31)

基于微视频的推拿手法学教学实践研究※

黄毅勇 王立 曾鸿鹄 颜志浪 付芳*

(江西中医药大学科技学院, 江西 南昌 330004)

摘要:目的 探究基于微视频的课堂教学方法在推拿手法学课程教学实践中的应用。方法 以江西中医药大学科技学院2014级针灸推拿学专业的2个班级学生为研究对象,分别在2个班的推拿手法学课堂中施予普通的传统教学方法(对照组)和基于微视频的教学方法(试验组),对2个班的期末考试成绩进行数据统计分析,并对开展微视频教学方法的班级进行满意度调查。结果 试验组学生的期末考试成绩(含理论知识笔试和实践技能操作考核)高于对照组, $P < 0.05$, 差异有统计学意义; 问卷调查显示, 试验组学生对基于微视频的课堂教学方法总体满意程度评分为92分。结论 在推拿手法学课程教学中应用基于微视频的课堂教学方法, 可提高学生的学习自主性、积极性, 并提高学生的理论知识成绩和技能操作水平。

关键词: 推拿手法学; 教学方法改革; 微视频

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.005

文章编号:1672-2779(2018)-24-0010-02

Research on Teaching Practice of "Massage Manipulation" Based on Micro Video

HUANG Yiyong, WANG Li, ZENG Hongjun, YAN Zhilang, FU Fang*

(College of Science and Technology, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

Abstract: **Objective** To explore the application of micro-video-based classroom teaching methods in the teaching practice of massage manipulation. **Methods** Two classes of students of acupuncture and moxibustion in the department of science and technology of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine were selected as the research objects. They were applied to the ordinary traditional teaching methods (control group) and micro-based in the two classes of "massage law". The teaching method of the video (experimental group), the statistical analysis of the final exam scores of the two classes, and the satisfaction survey of the classes that carry out the micro-video teaching method were made. **Results** The final test scores of the experimental group (including the theoretical knowledge written test and practical skills operation test) were higher than those of the control group $P < 0.05$, and the difference was statistically significant. The questionnaire survey showed that the experimental group students were generally satisfied with the micro-video-based classroom teaching method. The degree score was 92 points. **Conclusion** The application of micro-video-based classroom teaching methods in the teaching of massage techniques can improve students' autonomy and enthusiasm, and improve students' theoretical knowledge and skill level.

Keywords: massage manipulation; teaching method reform; micro video

推拿手法学是针灸推拿学专业的主干课程,是一门非常注重实践技能操作的临床课程,对于针灸推拿专业的学生来说,其在校推拿手法技能的获得主要是通过该门课程的课堂实践教学来完成,因此该门课程的教学效果的好坏将直接对学生的专业临床能力产生影响,甚至影响到学生的就业和工作。因此,推拿手法学的教学质量在针灸推拿学专业的技能培养中有着无比重要的作用^[1]。该门课程的传统教学方法是在课堂中老师先进行推拿手法学理论知识的讲授,接着进行手法操作演示和训练。这种教学方法有一大缺点,就是学生被动接受知识,缺乏课堂前后的有效互动,每名学生对手法的理解不一样,训练也有差别,造成学生对专业技能学而不精的困境^[2]。基于微视频的实践教学方法,能过有效地增加学习的互动性和自主性,改变了传统课堂教学模式,有效提高了教学效果,是新兴地翻转课堂和微课等新型教学模式的重要组成部分^[3]。本研究课题将微视频应用在推拿手法学的教学实践中,取得了

不错的效果,现将研究总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以江西中医药大学科技学院2014级针灸推拿专业本科(1)班、(2)班2个班的学生为研究对象,(1)班为基于微视频教学方法组(试验组)89人,其中男36人,女53人,平均年龄21.72岁;(2)班为传统课堂教学方法组(对照组)87人,其中男28人,女59人,平均年龄21.47岁。2组学生的基本资料比较,差异无显著统计学意义,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 实施方法 对照组采用常规传统课堂教学方法,按照推拿手法学课程大纲进行授课,总学时数为88,其中50个理论课时,38个实践课时。理论学时在教室中完成,主要分为教师PPT讲授、手法操作演示及学生练习等环节,38个实践课时在实训室完成,主要分老师手法操作要领详解、学生训练及老师指导等三部分。试验组按预先设定好的微视频教学方法进行,主要包含4部分。(1)教师据于课程教学大纲的要求,拍摄和制作出高质量的推拿手法学微视频,分门别类,有计划地通过网络(微信、QQ群等手机APP)进行推送,并在课前、课后密切关注学生对微视频的学习动态;(2)学生根据班级实际情况自行组建本课程的学习小组(大部分学生按寝

※ 基金项目:江西省普通高等教育教学改革研究课题【No. jxjg-15-40-2】

* 通讯作者:363799433@qq.com

室为单位组建小组),设小组长1名,负责组织微视频的学习和讨论,以及监督小组成员学习、向老师反馈学习情况,为课堂教学做好充分准备;(3)课堂教学,教师对大家学习微视频的情况进行分析、总结和点拨,要求各小组推荐1名同学上讲台进行手法讲解和演示,其他同学可以自由提问、讨论,然后授课教师进行指导教学,提高大家学习手法技能操作的准确性和规范性。最后,各小组根据老师的指导重新制定学习计划,改进手法技能的操作练习,同时教师负责汇总课堂中学生突出的问题,并对教学视频进行改进或添加补充说明;(4)教师通过手机APP重新发布改进后的微视频,各小组重新组织学习和练习。

1.2.2 评价指标

1.2.2.1 理论知识笔试 学期末2个班同时进行理论知识笔试,笔试采用难度系数相当,题型设计及笔试内容完全一致的标准化试卷,考试时间为120 min,满分为100分。

1.2.2.2 实践技能操作考核 除了理论知识笔试外,学生还要参加实践技能操作考核。实践技能操作考核包含3个项目,一是手法操作演示考核,学生在统一制作的米袋上向监考老师进行手法操作演示,由3位监考教师按教材规定的手法动作要领给学生的操作打分;二是真人体验考核,由学生在3位监考老师身上进行同一手法操作,监考老师根据真实体验给学生打分;三是问答环节,监考老师根据学生手法演示及真人体验向学生提问手法操作运用的动作要领、注意事项及适应症,按照教材标准给学生回答的打分。每个项目的成绩由三位老师打分的平均分算出,3个项目的成绩之和计为实践技能操作考核的最终成绩。

1.2.2.3 微视频教学效果调查 自制调查问卷,问卷主要包括对本学期开展的微视频教学方法的看法、哪些内容适合微视频教学方法、微视频教学的局限性及接受程度、满意度及不足等内容,从基于微视频课堂教学方法的接受程度、学习主动性、临床能力提升和教学效果等4个方面的满意度进行评分,每个项25分,总分为100分,评分越高,说明满意度越高。该问卷只针对试验组的学生进行,老师先解释本次调查问卷的细目并说明调查的目的,然后组织学生采用无记名方式填写问卷。

1.3 统计学方法 得出数据后用SPSS 21.0软件开展统计分析。计数资料以频数表示,2组间对比以 χ^2 检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,先进行方差齐性检验,方差齐用 t 检验,不齐时用校正 t 检验。检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 理论知识笔试和实践技能考核结果 试验组学生的理论知识笔试和实践技能考核成绩均高于对照组, $P < 0.05$,差异有统计学意义。见表1。

表1 2组学生理论知识笔试和实践技能考核成绩对比

($\bar{x} \pm s$,分)

组别	人数	理论知识笔试	手法操作演示	手法真人体验	教师问答
试验组	89	83.57±6.74	85.77±4.94	86.16±5.16	86.97±5.22
对照组	87	75.14±8.88	80.48±7.13	81.81±7.63	80.25±7.51
t 值		-7.22	-5.84	-6.08	-6.29
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 微视频教学效果调查结果 学期末向试验组学生发放了微视频教学效果调查问卷,现场组织填写并回收。调查结果显示,学生对微视频教学方法的平均满意度为92分,其中接受程度23.8分,学习自主性22.2分,学习效果22.7分,临床操作能力23.3分。被调查学生认为基于微视频的课堂教学方法把学生当作教学主体,可以有效地发挥自己的主观能动性,灵活地安排自我学习,同时也提高了自己发现问题、提出问题、分析问题和解决问题的能力,在自我探究性的学习中真正达到了学习目的。由此可见,微视频教学方法调动了学生积极性,让课堂教学活动更为丰富多彩,形成了适合学生探究、协作和研究性学习的教学氛围。

3 小结

在本次研究中试验组的理论笔试和技能考核成绩均高于对照组,这说明基于微视频的课堂教学方法有助于学生加强推拿手法理论的掌握和技能操作水平的提高。微视频教学方法授课形式更加丰富多彩,改变了传统课堂“填鸭式”枯燥无味的教学形式,注重培养学生的探究性、协作性和创造性,能让学生充分地利用各种碎片化的时间进行学习和巩固,体现了以学生为主体地位的教育理念;学生可以反复观看手法操作视频,领悟动作要领,能提高手法操作的准确性,为将来应用于临床实践打下基础。同时,该教学方法也有助于提升教师队伍的教学水平和团队协作能力。教师作为学生学习的重要合作伙伴,其首先应具备高深厚的专业知识及丰富的教学经验,把握教学规律,才能落实好基于微视频的课堂教学方法的实施。微视频的拍摄和制作更是团队智慧的结晶,是教学团队每一位成员共同努力的结果,整个教学活动像是教师们共同导演的一部“好戏”,教师在强调“以学生为主体”的基础上,把学生当主角,自身则像是个导演,每位教师从知识的传授者化身为学习的引导者和参与者,这也是教师能力和才华最大限度的发挥^[4]。

参考文献

- [1]孙爱英.推拿手法学实践教学环节的改革与评价[J].贵阳中医学院学报,2012,34(1):28-31.
- [2]孙爱英,刘珍,蒋立群.推拿手法学实践教学现状调查与分析[J].广西中医学院学报,2010,13(2):98-100.
- [3]范福兰,张屹,白清玉,等.基于交互式微视频教学资源教学模式的应用效果分析[J].现代教育技术,2012(6):24-28.
- [4]郑军,王以宁,王凯玲,等.微型学习视频的设计研究[J].中国电化教育,2012(4):21-24.

(本文编辑:李海燕 本文校对:彭胜男 收稿日期:2018-09-04)

基于互联网+CBL教学模式的 中医骨伤科学教学应用研究※

赵长伟¹ 张郑瑶² 周晓玲^{1*} 徐婧瑶¹ 崔镇海¹

(1 长春中医药大学附属医院骨科中心, 吉林 长春 130021;

2 大连理工大学生命与医药学院, 辽宁 盘锦 124221)

摘要: 中医骨伤科学是中医五年制本科专业必修课程, 根据普通高等院校的培养方案与目标, 本科教学中要求学生具备扎实的理论知识, 熟练的动手能力。为了探求“互联网+CBL”教学模式在中医骨伤科学教学中的应用价值, 对长春中医药大学2个班级学生进行教学实践, 通过问卷调查和访谈, 分析开展此教学模式的效果, 为提高教学效果与教学改革提供依据。

关键词: 互联网+CBL; 教学模式; 中医骨伤科学; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.006

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0012-03

Research of Teaching Mode in Orthopedics and Traumatology of Traditional Chinese Medicine Based on Internet + CBL

ZHAO Changwei¹, ZHANG Zhengyao², ZHOU Xiaoling¹, XU Jingyao¹, CUI Zhenhai¹

(1. Orthopedics Center, The Affiliated Hospital to Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China;

2. School of Life Science and Medicine, Dalian University of Technology, Liaoning Province, Panjin 124221, China)

Abstract: The orthopedics and traumatology of TCM is a compulsory course for undergraduates majoring in five-year undergraduate courses in Chinese medicine. According to the training plan and goals of ordinary colleges and universities, undergraduate teaching requires students to have solid theoretical knowledge and skilled hands-on skills. In order to explore the application value of the "Internet + CBL" teaching model in TCM bone orbit science teaching, the teaching practice of two classes of students of Changchun University of Chinese Medicine was conducted through questionnaires and interviews. Analyze the effect of this teaching model to provide basis for improving teaching effectiveness and teaching reform.

Keywords: Internet+CBL; teaching mode; orthopedics and traumatology of TCM; teaching reform

中医药创新发展规划纲要(2006—2020年)指出:“加强中医药学科建设和人才成才规律的研究, 培养传承型和创新型人才。中医骨伤科学对于临床教学的要求比较高, 教学质量的优劣直接影响医学生毕业质量, 根据不同学习阶段、不同教学模式的切换点, 对于进行理论和实践教学阶段至关重要。我校中医骨伤科学课程为国家级精品课程与精品资源共享课程, 为校级、省级、国家级的重点学科, 有着国医大师、中华骨伤名师领衔、指导下发展的教学队伍, 具有高水平的学术底蕴和医疗成就, 每年都承担大量本科、研究生的中医骨伤科学的教学工作, 有着丰富的教学经验。为了进一步提高教学水平与质量, 适应现代化“互联网+”教育手段, 通过“互联网+CBL”教学模式的结合, 进行教学实践应用, 获得了显著的教学效果, 现简要介绍如下。

1 中医骨伤科学的教学特点与传统方式

中医骨伤科学包涵了理论与临床操作实践知识, 为一门中西医充分结合的临床课程。其中医骨伤的发展情况、定义、发病机制、专科诊治方法、特殊的治疗手法、固定方法、中医药特色治疗、练功疗法等内容

丰富。随着社会科学技术的发展, 理念的逐渐创新, 中医骨伤科已形成独特的理论体系与治疗方式, 涵盖了多学科的知识, 融合了包括解剖结构、人体生物力学、生物材料、放射科学与技术以及现代手术等领域, 从而促进了该学科诊疗技术水平的发展。在当前中医发展整体形势下, 本科生的教学模式理念的创新至关重要。

学生在学习骨伤科疾病时, 需要从多角度了解、掌握知识, 且具备良好的动手能力。在中医骨伤教学中, 根据学校教学大纲要求, 重视学生理论知识的学习与掌握, 并常常在某个疾病讲解的开端, 首先对于疾病局部的正常生理解剖结构分析, 并介绍传统中医与现代医学对于疾病的认识, 以及中医治疗方法与理论, 例如中医特色骨伤疗法——骨折与脱位手法整复、小夹板固定、中药的辨证三期分治等, 同时还需要注重对于现代医学知识传授, 利用现代医学理论、检查手段(如: 影像学检查)、治疗手段(现代医学的手术技巧与内固定, 如骨折手术方式、钢板内固定、髓内针固定), 做到优势互补, 发挥传统中医与现代医学结合的优势。需要学生既要牢固掌握与传承中医诊治特色, 又要掌握现代医学检查仪器的使用 and 手术技巧。使学生与目前中医骨伤科学诊疗方式接轨, 了解医学技术与理念的发展成果, 为打造全面高层次中医骨伤科学人才提供条件。

2 “互联网+CBL”教学与现代教育方式相结合

在现代教育中, 极为重视学生教学质量与效果。

※ 基金项目: 吉林省教育科学“十三五”规划课题[No.GH170307, GH170308]; 吉林省高等教育教学改革研究课题

* 通讯作者: 14461580@qq.com



一个学生掌握知识的程度与过程,是由浅入深、由低到高的认识与接受,然而学生对于知识的渴求,也随着知识量的增加不断增强,教师的教学方式就有了越来越高的要求,怎样提高教学质量与培养优秀学生成为了院校的急需解决的问题,也是适应新时代创建优质教育的有效途径。从本学科教学实际情况来看,从我学科的具体实际出发,获取较好的教学模式方式,是提高教育教学质量的必要发展条件。我们结合自身学科特点与优势,适应新时代的理念与科技发展,创造良好的授课方式具有重要作用。能够利用现代化教学手段,增强学生的外部刺激,增强学生的学习方法与兴趣,是高素质的教师队伍必备的条件。打破传统的教学模式,提高学生学习兴趣,使其从被动学习转为主动接受,发挥出学生自身素养,使其灵活掌握基础理论知识,鼓励其动手能力。

2017年教育部办公厅关于印发《2017年教育信息化工作要点》中的工作思路中就提出以“构建网络化、数字化、个性化、终身化的教育体系,建设“人人皆学、处处能学、时时可学”的学习型社会,培养大批创新人才”为发展方向,核心目标基本实现具备条件的学校互联网全覆盖、网络教学环境全覆盖,因此“互联网+”时代的教育变革迫在眉睫,互联网平台是学生学习的多元化平台,学生通过移动网络终端、计算机网络,教师可通过制作教学PPT、视频、图片、语音或手机APP,线上线下指导学生共同完成学习目标。“互联网+”为各个领域充分利用的一种模式,将传统的模式与飞速发展的互联网结合,成为了现代教育与社会关注的焦点。应用“互联网+”的教育模式,能够充分注重学生本身的差异性,以及对于本学科知识的关注与需求度,提升学生自主学习能力,充分体现学生学习的自主性和灵活性。在学习过程中,可将传统课堂式教学中未解决的问题,根据实际情况,利用老师与学生的碎片时间,来巩固学习内容、加快学习进程,且学习地点不受限制,以群体在线互动(如微信、QQ),并且通过音频、视频、文字、图片等方式,在任何地点,限定的时间进行学习。并且通过在线互动提问与解答,解决受时间、地点限制的课堂教学以外的问题或不懂内容,亦可通过多次的痕迹浏览,学习内容、掌握和巩固知识,从而激发学习性质,提高学习兴趣与效率。

CBL(case-based learning)以案例为基础的教学模式^[1-2],通过典型案例分析及讨论的教学模式,巩固学习的知识点与技能的教学方法,以典型案例为主导,临床问题为基础,学生主动学习为主体,教师指导为辅助的小组讨论式教学。CBL能够充分发挥学生自主学习能力,以临床典型案例为切入点,将现代教学思维与临床教学模式的结合。通过临床典型案例为引导,更贴近实践,激发学生自我挑战获得知识点答案的热

情,发挥对于掌握的基础理论知识的运用能力,通过临床典型分析和问题解答,牢固掌握主要知识点,培养临床疾病的初步判断思维能力。

为了社会发展需要,与时俱进,将中医骨伤科的教学理念提高新的层次,把握信息化教学的时代脉搏。我们尝试了“互联网+CBL”的教学结合模式,通过优势互补,在线临床视频典型案例教学,注重学生的自身专业基础知识巩固,全方位提升学生的自身学习素养,增强自学能力、理解能力,增加干预探索的信心,获得了满意的教学效果与教学质量。

3 互联网+CBL教学模式在中医骨伤科的教学实践

3.1 教学素材与构思 中医骨伤科学对于动手能力要求较强,手法复位与小夹板固定为本课程的优势,多在临床实训室及临床实践学习中示范,实践有限,如在对于常见桡骨远端骨折手法治疗时,需根据骨折的分型进行手法复位,且操作时各有特点,在文字讲解的情况下学生极易混淆或记不清,良好的素材构建,通过视频、多角度图片,就可很清晰地将每个环节与注意事项讲解给学生,让学生很容易熟悉和掌握,取得理想的效果。为有效地将“互联网+CBL教学模式相结合,课件素材是课程的核心基础,更好地详细介绍骨伤科疾病的病因病机和诊断治疗,使其实践与理论紧密结合,尤其一些典型的病例素材,如损伤后导致的肿胀、畸形、皮肤瘀青,以及手法整复和固定的过程、各种骨科疾病的影像学检查等临床信息照片或录像的收集,并从易懂易学的角度筛选素材,使很多复杂临床知识与技术操作,通过图片、简短的视频、动画等素材有效的解答使学生理解并掌握知识^[3]。

3.2 教学实施过程 在准备阶段,要求学生通过自主学习掌握典型案例的基本知识,收集相关资料,对提出问题与诊疗结果进行分析,通过互联网形式小组讨论,不断的阅资料、修正观点,分析过程与结论,统一问题与答案。制作成多媒体课件,进行在线答疑。

在实施阶段,在线开始讨论,首先由各组组长发表自己观点,其他组员更正或补充,教师再根据每个小组与组长的临床思维能力、资料整理能力、表达能力等全面评价后进行评分。教师适当引导和启发有争议的问题,避免学生偏离主要方向。最后,由教师进行整理分析,全面解答,并提出解决问题方式、方法与意见。

3.3 教学效果调查问卷与分析 2017学年选定中西医结合专业两个班级为教学实验对象,课程结束后发放一份简要的问卷调查,学生针对教学方式的认知和需求、对“互联网+CBL”教学模式的认知、对目前通过“互联网+CBL教学模式所获得的学习效果进行作答,采用(很好、一般、差)评价方式。本科学学生数96人,回收有效问卷

96份。从问卷结果统计分析,学生对于这种教学模式认知度较高,该项超过85%学生认为很好;从对知识的掌握程度方面认为好的学生达到90%以上;在熟练技术操作方面80%学生掌握较好,对学生有较程度的帮助。从问卷来看,增加了学生与老师沟通学习的机会,提高了学生学习的热情,且自主学习意愿更加强烈。

4 讨论

中医骨伤科学为中医教学中的重要学科之一,是充分体现我国中医药治疗特色的必修课程之一。现代教学技术与手段,为当前形势下中医骨伤科学教育教学改革的重要举措,是培养高素质中医骨伤人才的必要条件。我学科在中医骨伤科学教育教学模式改革中,不断探索与研究,并且在现代社会飞速发展的大背景下,逐步

转变教学理念与思想,掌握新时代学生思想的脉搏,“因时、因地、因人”施教,融入现代信息技术与中医教育体质,逐步舍弃缺陷,保留优势,不断创新发展,为推动中医高端人才培养发展提供教育模式新形态。

参考文献

- [1]Williams B. Case-based learning-a review of the literature: is there scope for this educational paradigm in prehospital education? [J].Emer Med J, 2005, 22(8):577-581.
- [2]Srinivasan M, Wilkes M, Stevenson F, et al. Comparing problem-based learning with case-based learning: Effects of a major curricular shift at two institutions[J]. Acad Med, 2007, 82(1):74-82.
- [3]王正,刘安平,王峰,等.中医骨伤科学多媒体教学的研究与实践[J].中医教育, 2012, 31(4):84-85.
- [4]俸志斌,廖小波.多媒体在中医骨伤学教学中的应用探讨[J].广西中医学院学报, 2005, 8(2):141-142.

(本文编辑:李海燕 本文校对:聂金娜 收稿日期:2018-06-29)

基于科研应用能力的卫生统计学课程 SPOC 混合教学模式的探讨[※]

魏歆然¹ 朱旭² 陈书² 裴芸² 邓思思² 魏高文^{2*}

(1 湖南中医药大学第一附属医院针灸科, 湖南 长沙 410007;

2 湖南中医药大学中西医结合学院, 湖南 长沙 410208)

摘要:目的 论证卫生统计学教学中SPOC与线下教学相结合的混合教学模式对学生科研应用能力的影响。方法 以2016年春季中西医结合专业4个五年制本科班为对象,分为2个教学班,采用单纯随机法确定其中1个教学班为试验组即SPOC混合教学组,共97人,另1个教学班为对照组即单纯线下教学组,共95人,比较两种教学模式学生科研应用能力的差异。结果 SPOC混合教学法与传统的单纯线下教学法比较,更能激发学生的学习热情,提高学生学习的积极主动性,有利于提高学生科研应用能力,受到学生欢迎($P=0.000$)。结论 在卫生统计学教学中应用SPOC混合教学法,可以提高学生学习的积极主动性,有利于提高学生科研应用能力。

关键词: SPOC; 混合教学; 线下教学; 科研应用能力; 卫生统计学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.007

文章编号:1672-2779(2018)-24-0014-03

Discussion on SPOC Mixed Teaching Model of Health Statistics Course Based on the Scientific Research Application Ability of Students

WEI Xinran¹, ZHU Xu², CHEN Shu², PEI Yun², DENG Sisi², WEI Gaowen^{2*}

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, the First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China;

2. College of Integrated Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: **Objective** To demonstrate the influence of the mixed teaching model of SPOC and offline teaching on the students' scientific research application ability in the teaching of "health statistics". **Methods** Four five-year undergraduate courses of integrated traditional Chinese and western medicine in spring 2016 were divided into two teaching classes. One of them was identified as experimental group (SPOC mixed teaching group) with 97 students by random method. The other class was the control group (95 students). The difference of students' ability of scientific research was compared between the two teaching modes. **Results** Compared with the traditional simple offline teaching method, the SPOC hybrid teaching method can stimulate students' learning fever. **Conclusion** The application of SPOC mixed teaching method in the teaching of Health Statistics can improve the students' learning initiative and the ability of scientific research application.

Keywords: SPOC; mixed teaching method; line teaching method; scientific research application ability; health statistics

卫生统计学类课程的教学目的主要在于培养学生的逻辑思维和解决分析问题的能力,为临床实践和科研工

作奠定基础^[1],但由于该课程概念多、公式多、计算量大,系统掌握难度较大,理解应用困难,再加上医学生的高等数学知识比较薄弱,使得该课程成了目前各医药院校师生普遍公认的难教、难学、难通过考试的课程之一^[2-3]。传统的教学模式只注重孤立地讲解理论和作业练习的缺陷,学生没有主动积极地参与,极不利于对其

※ 基金项目:湖南省普通高等学校教学改革研究立项项目[No. 2017-200];湖南中医药大学精品在线开放课程培育项目[No. 2018007]

* 通讯作者:407423581@qq.com

理解,更谈不上灵活应用^[4-5]。SPOC是Small Private On-line Course的缩写,即“小规模私有在线课程”,为针对个人某项需要而制作的慕课MOOC (Massive Open On-line Course),即“大规模在线开放课程”的优化与浓缩版^[6-7]。为论证卫生统计学教学中SPOC与线下教学相结合的混合教学模式科研应用能力的影响,我们在2016年春季的教学过程中,开展SPOC与线下教学相结合的混合教学模式,取得了初步成果,现将结果报告于下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我校卫生统计学课程属于专业选修课,2016年春季中西医结合专业共有4个五年制本科班开设卫生统计学,分为2个教学班,采用单纯随机法确定其中1个教学班为试验组即SPOC混合教学组,共97人,另1个教学班为对照组即单纯线下教学组,共95人,教材均为全国中医药行业十二五规划《卫生统计学》,同一教师实施教学,2个教学班的学生年龄、性别、其他学科成绩等基线条件均衡可比 ($P>0.05$)。

1.2 教学方法 (1) 试验组:采用SPOC混合教学法,基本教学模式是“先学后教,以学定教”,利用尔雅通识课学习平台建立卫生统计学网络学习课程 (<http://i.mooc.hnucm.edu.cn/space/index.shtml>),教师预先将相关班级的学生花名册录入建立学习班级,学生免费注册加入学习,课前完成“前置学习—反馈分析—总结提升”三个环节,即学生通过前置学习掌握基础知识,并完成相关练习,教师通过对习题的分析了解学生的学习进展、发现学生的学习障碍,并根据这些反馈分析的结果来设计课堂讨论和讲解活动,从而达到“答疑解惑”和引导学生总结提升的目标;(2) 对照组:采用单纯线下的传统教学法,利用多媒体课件进行传统的课堂教学,指导学生课堂练习统计软件以师生互动、答疑解惑等。

1.3 效果评价方法 (1) 科研思路与方法课程成绩评定法:科研思路与方法课程较在卫生统计学的后一个学期学习,根据不同班级学生科研思路与方法课程成绩的比较,分析两种教学模式下学生的科研思维能力和统计应用能力的影响,推断卫生统计学教学中SPOC与线下教学相结合的混合教学模式对学生科研应用能力的影响;(2) 问卷调查法:学期结束后只对学生进行不计名的问卷调查,让学生对教学模式进行评价,当场回收全部问卷。

1.4 统计学方法 采用Excel 建立数据库进行数据管理,采用SPSS 21.0进行数据统计分析, $P\leq 0.05$ 为差异有统计学意义。学生成绩为计量资料,2组间比较满足正态性、方差齐性时采用 t 检验,否则采用秩和检验;问卷调查结果为等级资料,采用Mann-Whitney U检验^[8]。

2 结果

2.1 SPOC混合教学模式的构建 以应用能力为导向,精

选卫生统计学教学内容,本着“知其然,知其所以然”的指导思想,突出“通俗易懂、精致实用、学生好学、教师好用”的优势。从3个模块展开,由浅入深、由简单到复杂,以资料和设计为导向,比较系统地介绍统计方法的应用。本课程依托超星泛雅平台建立《卫生统计学》网络公开课,课前完成“前置学习—反馈分析—总结提升”三个环节,即学生通过前置学习掌握基础知识,并完成相关练习,定时发布教学课件、目前发布任务点89个,上传教学微视频时长共计515.2 min,随堂测试、随堂讨论、单元测试及期末考试等内容,每轮开课主讲教师、教学助教和平台运行服务团队全程参与线上讨论、答疑等活动,确保各项教学活动完整、有效,按计划实施。教师通过对习题的分析了解学生的学习进展、发现学生的学习障碍,并根据这些反馈分析的结果来设计课堂讨论和讲解活动,将授课、互动、答疑、作业、考试等教学形式融为一体,重在引导学生从科研应用的角度思考问题,从而达到“答疑解惑”和引导学生总结提升的目标。如计量资料的统计分析,打破传统的学科导向的教学模式,将参数统计与非参数统计结合起来学习,这样有利于培养学生在科研应用中的统计应用能力,以计量资料单变量统计推断思路为例,学习思路如图1所示。

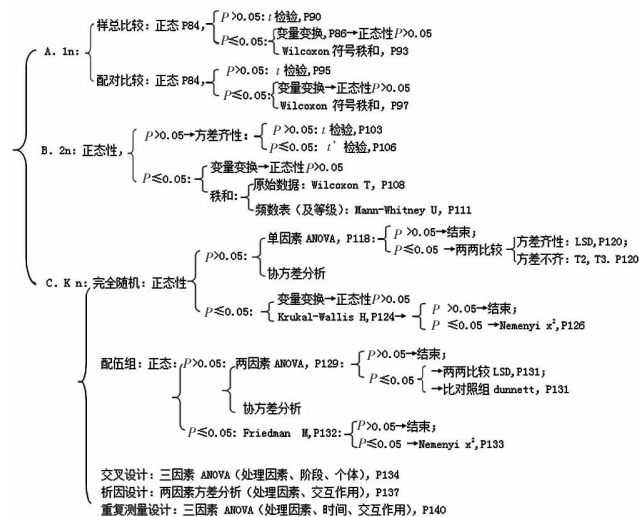


图1 计量资料单变量统计推断思路

2.2 学生成绩分析 2组学生科研思路与方法期评成绩均满足正态性 (试验组 $P=0.206$, 对照组 $P=0.291$), 2组方差齐性检验 $F=1.057$, $P=0.305$, 方差齐性, 经 t 检验, $t=8.209$, $P=0.000$, 差异有高度统计学意义, 结果如表1所示。

表1 2组学生科研思路与方法期评成绩比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	人数	评分
试验组	97	84.95±7.43 [*]
对照组	95	74.64±8.08

注:与对照组比较, $^*P<0.05$

2.2 学生评价 2组学生自我评价卫生统计学教学对自己科研创新思维能力、信息整合能力、发现问题能力、

表2 学生对科研能力提升的评价

(人数)

组别	人数	科研能力	创新思维能力	信息整合能力	发现问题能力	分析问题能力	团队协作能力
试验组	97	不大	5	7	2	1	3
		较大	61	64	53	38	70
		很大	31	24	42	58	24
对照组	95	不大	22	26	24	18	21
		较大	55	60	57	64	53
		很大	18	9	14	53	21
Mann-Whitney U值			3474.500	3178.000	2172.500	2173.000	3830.500
P 值			0.001	0.000	0.000	0.000	0.018

分析问题能力、团队协作能力等的影响,并对教学的整体满意度进行综合评价(由于“非常不满”选项人数为0,没有纳入表3),2组间差异均有高度统计学意义,结果如表2~3所示。

表3 学生对两种教学方法的满意度评价 (人数)

组别	人数	比较不满	一般	比较满意	非常满意	合计
试验组	97	5	28	34	30	97*
对照组	95	12	45	31	7	95

注:与对照组比较, Mann-Whitney U=3009.000, *P=0.000, 差异有高度统计学意义

3 讨论

SPOC混合教学法的理论依据是认知负荷理论(Cognitive Load Theory, CLT)和关联主义(connectivism)学习理论^[9-10]。从认知负荷的视角分析国内教学的现状,存在一些较为普遍的问题^[11-12]:教学内容简单、教学组织单一的课堂,认知负荷过低,造成教学时间浪费;教学单元内容艰涩、知识点繁多的课堂,认知负荷过高,阻碍学习者的知识建构活动,教学进行十几分钟后学生注意力涣散。针对MOOC线上线下相结合的多种教学方法综合应用,加强师生间、生生间的互动,减少学习时的孤单感,不断提高课堂教学效能,解决MOOC的“开放”与“不设先修条件”造成的“高注册率-低完成率”问题,帮助学生多视角认识分析问题,实现探索性、研究性、参与性学习,通过案例教学、以问题为中心等教学方法的综合应用,培养学习者在线学习、泛在学习和混合学习的能力,让学习者学会自主学习,掌握探究学习的方法,增强学习者运用信息技术分析、解决问题的能力。教学的理想模式是学习者可以灵活自主地针对某些具有较大学习价值的重难点、要点知识进行满负荷学习,而所花费的时间不多。因此,微课的“短小精悍”很好地解决了学习者的问题,把教材内容进行碎片化、情景化、重组整合(统称为“微课化”),把复杂的教学内容制作成可融合于课堂、可移动地服务于开放教育和终身教育的视频单元,这也就是越来越多研究者探索微课

融合于正规与非正规教育的原因。

本课题组的研究结果表明, SPOC混合教学法与传统的单纯线下教学法比较,更能激发学生的学习热情,提高学生学习的积极主动性,受到学生欢迎,从而改善课堂教学效果、提高教学质量,有利于提高学生科研应用能力。

参考文献

- [1]郭映花,邢永华,杨惠莲,等.《医学统计学》MOOC教学改革效果调查分析[J].河南预防医学杂志,2018,29(5):332-333,344.
- [2]魏高文,邓常青,魏歆然,等.构建以科研应用能力为本位的医学统计学课堂教学模式[J].湖南医药大学学报,2010,30(8):46-48.
- [3]Liu Yanmei. Chinese Higher Education Reform Under the Wave of MOOC [J]. Higher Education of Social Science, 2015, 9(3):23-27.
- [4]裴芸,魏高文,魏歆然,等.构建以科研应用能力为本位的医学统计学成绩综合评价体系[J].中国高等医学教育,2012,26(6):28-29.
- [5]李宗秀,侯媛丹.概率统计课程教学模式改革的实践与思考[J].黑龙江科学,2018,9(8):28-29.
- [6]Fox, A, Patterson, D. A, Ilson, R. Software Engineering Curriculum Technology Transfer: Lessons Learned from MOOCs and SPOCs[R]. UC Berkeley Technical Report, 2014.
- [7]Armando Fox. From MOOCs to SPOCs[J]. Communications of the ACM, 2013 (12): 38-40.
- [8]魏高文.卫生统计学[M].北京:中国中医药出版社,2018:5.
- [9]CHAIC S, DENG F, TSAIPS, et al. Assessing multidimensional students perceptions of twenty-first-century learning practices[J]. Asia pacific education review, 2015, 16(3):389-39.
- [10]Li SY. The development and characteristics of the MOOC at home and abroad[J]. Primary and Middle School Educational Technology, 2014, 16(9): 21-23.
- [11]魏高文,魏歆然,陈书欢,等.中西医结合专业《卫生统计学》SPOC混合教学模式的应用[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(23):14-15.
- [12]胡钦太,林晓凡,郭鲤.面向高等教育创新人才核心素质培养的慕课应用模式研究——基于中国24个地区1449份样本的调查分析[J].网络教育,2018,15(6):61-66.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张伟 收稿日期:2018-08-14)

孙光荣胸痹汤

生晒参 10 g, 生北芪 15 g, 紫丹参 10 g, 麦门冬 15 g, 法半夏 6 g, 广陈皮 6 g, 五味子 3 g, 灵磁石 10 g, 生甘草 5 g。

主治胸痹。适用于气虚胸闷、心悸心烦、汗多口渴、津少痰稠、舌绛苔黄、脉涩等症。

——温伟波、杨建宇摘编自《国医大师孙光荣教授中和医派临床经验集》

系统教学法在药理学教学中的应用※

周俊俊 王 丽 吕 莉 高东雁 姚继红*

(大连医科大学药理学教研室, 辽宁 大连 116044)

摘要: 药理学是医学各专业学生的主干课程之一, 亦是链接基础医学和临床医学、中医学、药学、护理学等学科的桥梁课程。为保证学生能够全面掌握药理学教学内容, 促进理论教学与临床实践相结合, 改善药理学教学过程中理论和临床实践脱节等问题, 本文在药理学教学中引入系统教学法, 以期通过教师和学生的协同学习, 最大程度激发学生学习兴趣, 提高药理学教学质量。

关键词: 系统教学法; 药理学; 课程整合; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.008

文章编号:1672-2779(2018)-24-0017-03

The Application of Systematic Teaching Method in Pharmacology Teaching

ZHOU Junjun, WANG Li, LYU Li, GAO Dongyan, YAO Jihong

(Department of Pharmacology, Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116044, China)

Abstract: Pharmacology is one of the main courses of medical students, and it is also a bridge course linking basic medicine and clinical medicine, traditional Chinese medicine, pharmacy, nursing and other disciplines. In order to ensure that students can fully grasp the teaching content of pharmacology, promote the combination of theoretical teaching and clinical practice, and improve the disconnection between theory and clinical practice in the process of pharmacology teaching, this paper introduces systematic teaching method in pharmacology teaching. It is hoped that through the collaborative learning of teachers and students, the interest of students in learning will be stimulated to the greatest extent, and the quality of pharmacology teaching will be improved.

Keywords: systematic teaching method; pharmacology; curriculum integration

在我国医学生培养的过程中, 通常都是以传统的各门课程为基础开展教学, 经历由基础医学课程→桥梁课程→专业课程顺序进行。这种培养程序虽然取得的效果是肯定的, 但也存在一定的不足, 如前后课程知识点缺乏连贯性、学科间纵向横向联系不紧密等, 导致学生在学习过程中不能形成一个完整的知识体系, 造成学生难以适应当前快速发展的医学教育和社会医疗需求。系统教学法就是把教学内容或知识点作为一个有机整体开展教学, 其中每个教学环节都是整体的一部分, 每个教学内容或知识点都是一个完整的知识体系。在药理学教学中, 尝试如何开展系统医学教育, 促进各课程教学内容相互渗透、相互联系, 不仅有助于学生全面掌握药理学的基本知识, 满足临床药学服务的需求, 而且能够超越传统的医学教育方法, 促进医学教育质量的提高, 适应日益发展的医学理论知识要求。

1 在药理学教学中应用系统教学法的意义

药理学作为临床药专业学生必修的课程, 是学习其他基础医学和临床医学课程的基础^[1], 几乎所有与医药有关的专业都要学习药理学。同时, 药理学也是一门实践性强、综合性高的课程, 对专业知识的综合应用及分析能力要求很高, 教学内容涵盖了基础医学、

药学及临床医学等课程内容, 知识量大, 重点难点多, 药理作用机制复杂深奥, 不易理解, 很难达到理想的教学效果, 因此选择适宜的教学方法至关重要。现代医学教育注重培养学生学习的主观能动性、实践操作性及知识体系的整体性, 教师在此教学过程中占有十分重要的地位。如何充分调动学生学习的积极性, 构建知识体系相对完整的医学课程; 如何利用现有的教学手段和信息化资源平台整合目前的课程教学内容, 最大限度地发掘学生学习兴趣, 培养学生创新能力, 将是未来医学教育发展的主要方向。因此, 将系统教学法应用于药理学教学中, 从系统医学知识的整体观进行药理学内容的讲授, 将各个层次的知识点有机结合, 串联为一个完整的课程内容, 这将有助于学生全面掌握教学内容, 对各种药物的药理作用、临床应用及不良反应等的理解更加深刻, 更能培养学生的综合分析及实践能力, 从而进一步激发学生学习医学知识的兴趣, 对整个药理学课程的教学效果提升具有积极的推动作用。

2 系统教学法应用于药理学教学中的课堂设计

2.1 教师课前准备 系统教学法对教师的要求很高, 教师不仅要掌握药理学方面的知识, 还得熟悉许多基础课程(生理学、生物化学、解剖学、组织与胚胎学等)和临床课程(诊断学、内科学、外科学、儿科学、妇产科学等)等的知识。教师上课前必须将授课内容进行认真分析, 根据内容补充有关学科的知识。例如要进行抗高血压药内容的备课, 首先教师要查阅生理学知识, 熟悉血压形成机制、影响血压的因素及正常的血压值; 之

※ 基金项目: 辽宁省教育评价协会第二届教学改革与教育质量评价研究项目【No.PJHYB17036】; 大连医科大学教学改革研究项目【No.DYXL16059, DYXL16057】

* 通讯作者: yaojihong65@hotmail.com

后还要查阅病理学、病理生理学和内科学等课程内容熟悉高血压的定义、发病原因、病理变化及分型等；再次就是根据这些临床特点选择合适的抗高血压药物；最后要通过药理学知识来分析为何选择这些药物及在用药过程中会出现哪些不良反应和预防措施等。

2.2 学生课前准备 系统教学法要求学生不再以传统的教学方法逐门课程依次学习，而是要围绕每次上课的主题进行多门学科的综合学习。学生在上课之前要提前预习相关的基础知识和临床知识等，并且要查阅一定的文献资料，这样有备而来，不至于上课时听不懂教师讲授的内容或前后知识连贯不畅。例如要预习抗心律失常药物章节内容，学生要先查阅解剖学和生理学内容，掌握心脏的构成和心脏电生理，了解心肌的工作原理；然后查阅病理学及病理生理学书籍，熟悉心律失常形成机制、病理变化和分型；最后利用药理学的知识，综合临床表现选用相应的药物进行治疗，并对所用药物的不良反应充分了解，做好防治措施等。

2.3 课堂实施 把药理学教学过程当做一个系统，要求教师和学生共同参与，在上课前已经让其做了充分准备，那么在如何在课程中实施系统教学法呢？（1）教师在讲授过程中，做好每个知识点都讲到是不现实的，也是不可能的，教师应抓住授课的关键知识点，通过对知识点的掌控，引导学生学习，调动学生的求知欲望和学习动力。（2）注重培养学生知识的完整性，使其能够围绕某一医学问题或药物进行系统学习和掌握，使各门课程中的碎片知识点连接为一个完整的体系。（3）引导学生自发学习，课前选择相应学科知识点预习，上课时组间进行讨论和答辩。每次在上药理学课前，教师下发学习提纲，提出本次课的教学目的和要求，学生根据提纲和教学目的在课堂上展开小组间的讨论或辩论，教师巡场指导，启发和训练学生解决问题、分析问题的能力，重点收集学生难以辨清的疑问进行集体解答。（4）课后督促学生对本次内容进行梳理和吸收，强化课程内容的记忆。由于系统学习法所涵盖的教学内容多，知识点复杂，学生很难在较短的时间内完全掌握，因此必须督促学生课后梳理知识点，强化记忆，融会贯通，系统掌握本次教学内容。

3 如何在药理学教学中应用系统教学法

大连医科大学作为卓越医生教育培养计划试点高校之一，为适应当前高等医学教育实现“以器官系统为中心”的医学教育课程模式改革的需要，突出知识的整体性，培养和提高医学生综合应用医学知识解决问题的能力，在试点班进行系统教学法的引入，本文重点以神经系统为例介绍。

3.1 教材编排和制定 神经系统药理学是药理学中重要的组成部分。系统整合教材在系统教学中占有重要地位。本教材整合了药理学、组织与胚胎学、生理学、

病理学和病理生理学课程中的神经部分内容，主要由神经系统的功能基础篇和神经系统疾病基础和治疗篇组成。神经系统的功能基础篇包括神经系统的感觉功能、运动功能和内脏运动调节功能、脑的高级功能、脑屏障的结构和功能、神经发生等。神经系统疾病基础及治疗篇由神经系统的病理学、脑功能不全和神经系统药理学组成。教材编排符合系统整合大纲要求，并经过学校教学主管部门认定执行。

3.2 教学环节的实施 系统教学法要求围绕一个知识内容，在学生掌握一定的基础医学知识的基础上，进入以器官系统为中心的学习^[2]。人类神经系统是人体结构和功能中最为复杂的系统。近年来，为了提高药理学课堂教学质量，我们引入系统教学法，并将以问题为基础的学习（problem-based learning, PBL）与临床实际病例的讨论式教学模式有机结合起来^[3]。教师把搜集到的具有代表性的真实案例应用到讲授涉及的药物中，通过以案例为导向，在教师的指导下，启发学生运用药理学基础理论知识，分析、解决案例中的问题，提高学生解决实际问题的能力。具体系统教学法教学实施是首先教师依据系统整合的教材，将神经系统按照正常结构及功能、神经系统常见疾病以及治疗药物的顺序进行理论授课。使学生对神经系统有一个全面认识。然后再以10人为1个小组，在教师的协助和引导下，围绕一个具体案例进行实践。如目前我们选用中枢性镇痛药止痛治疗的案例，启发学生课前准备、课中讨论、课后总结，共设计6学时教学安排，其中2学时为学生阅读病例、提出问题、课后查阅资料，剩余4学时用于学生对所提问的问题讨论，教师点评，整个教学过程中充分发挥学生的主观能动性，培养学生分析问题、解决问题的能力。

3.3 系统教学法教学效果评价 对我校采用系统教学法讲授药理学课程的2016级临床专业试点班学生的教学效果进行了初步评价（主要是进行期末药理学理论考试试卷分析）。理论试卷卷面分数总分80分，其中含客观题45分，主观题35分。试卷统计结果显示：总分最高分77.5分，优秀率（得分率为90%以上）为10%，及格率98.3%；客观题最高分为满分45分，优秀率（得分率为90%以上）为30%，及格率98.3%；主观题最高分为33.5分，优秀率（得分率为90%以上）为13.3%，及格率96.7%。优秀率和及格率与同期未进行系统教学法试点改革的班级比较显著升高。由此结果我们可以看出，系统教学法的引入显著调动了试点班学生学习的积极性，优秀率和及格率大幅提升，达到较为理想的学习效果。在对学生的问卷调查中，学生普遍反映系统教学后有利于所学知识的整合，更好地培养了整体意识，为后续临床阶段的学习奠定了扎实的理论基础。

3.4 系统教学法的课外拓展 开展第二课堂，利用课余

时间进行临床实践活动,有利于培养学生的自主学习能力^[1],提高系统教学效果,加深认识。“第二课堂”本着自主的原则,可以开展多种形式的活动。例如在实践中可以尝试以下几个方面:(1)组织学生去医院参观学习。通过开展1~2次实地考察,让学生们了解当前各个系统药物在临床上的实际使用情况及药物在临床使用中常见的不良反应回馈。使课堂上枯燥乏味的学习变成生动形象的实践。(2)在学生中开展药理学知识竞赛活动。以开展竞赛活动的形式,强化学生记忆在课堂上学习的药物知识,变被动学习为主动学习。增加学习的趣味性。(3)在学生群体中,招募对药理学科学研究有兴趣的学生进入实验室,了解药物的研发及新药的药理学评价实验等。在此过程中,可培养学生查阅文献、实验操作、课题设计等科研能力。

药理学作为医药学专业的核心课程之一,是一门专业性、实践性很强的课程。传统的药理学教学方式已经不能完全满足目前快速发展的医学教育,为有效提高学生的药理学专业知识,将系统教学法引入药理学课程教学中,将基础医学知识和临床实践内容有机结合,多方面、多途径优化教学方法,不断提高学生的专业素养和临床技能,确保对医学知识的全面系统掌握。

参考文献

- [1]刘亚敏,吴宿慧,王灿,等.浅谈药理学教学与临床实践相结合的必要性[J].中国校外教育(下旬刊),2014(2):93.
- [2]吴丹,孙贺,张春庆.医学课程整合与课程组建设的思考[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(12):37-38.
- [3]梁宇,初阳,姜明燕.临床药理学 PBL 教学实践中教师的定位与授课技巧[J].中国高等医学教育,2015(1):89-90.
- [4]覃容欣,张波,周维英,等.药理学“第二课堂”活动的创新与实践[J].四川生理科学杂志,2017,39(2):104-105.

(本文编辑:李海燕 本文校对:唐泽耀 收稿日期:2018-08-31)

翻转课堂教学模式在针灸学病症教学中的实践[※]

洒玉萍 武娟 李永平 赵艳霞 王树林 吴萍

(青海大学医学院,青海 西宁 810001)

摘要:翻转课堂教学模式是近几年来教育界同行逐渐倡导使用的一种教学方法,本文通过阐明翻转课堂模式引入针灸学教学的可行性和必要性、针灸学病症教学中翻转课堂模式的构建以及将翻转课堂教学方法引入到《针灸学》内科病症教学中的实践,初步探讨其在教学过程中的作用,以期对针灸学的教学方法改革探索更合适、更有效的途径,为社会输送合格的中医针灸人才打下坚实基础。

关键词:翻转课堂;教学模式;针灸学;内科病症教学;教学实践

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.009

文章编号:1672-2779(2018)-24-0019-03

The Practice of Flipped Classroom Teaching Mode in the Teaching of Disease and Syndrome in Science of Acupuncture and Moxibustion

SA Yuping, WU Juan, LI Yongping, ZHAO Yanxia, WANG Shulin, WU Ping

(Medical College, Qinghai University, Qinghai Province, Xining 810001, China)

Abstract: Flipped classroom is a teaching method advocated by educators in recent years. By clarifying the feasibility and necessity, construction of flipping classroom model in disease and syndrome teaching of acupuncture and moxibustion, and practice of the mode, the purpose is to explore a more suitable and effective way for the reform of the teaching methods of Acupuncture and Moxibustion, to convey qualified acupuncture and moxibustion talents for the society.

Keywords: flipped classroom; teaching model; science of acupuncture and moxibustion; teaching of disease and syndrome in internal medicine; teaching practice

随着互联网+时代的到来,年轻人普遍喜爱手机上网,微信更是他们钟爱的社交平台。互联网、微信不受时空的限制,随时随地将学习的理念变成现实;作为知识传授的重新集成与传播方式的重大转变的慕课、微课等的网络教学,也已成为撬动我国高等教育变革的重要方式与手段^[1],这些都为传统针灸学教学改革提供了技术平台、支持和教学资源,推动了翻转课堂模式应用于针灸教学。本文将这种教学理念尝试应用于针灸学“治疗各论”的内科病症教学实践中,以期为

针灸学的教学方法改革探索更合适、更有效的途径,为社会输送合格的中医针灸人才打下坚实基础。

1 翻转课堂教学模式引入针灸学教学的可行性和必要性

翻转课堂主要以建构主义和掌握学习理论为指导,是由“Flipped Classroom”翻译过来的,以现代教育技术为依托,从教学设计到教学视频的录制、自主学习、协作学习、教学评价等方面都是对传统教学的颠覆^[2]。在美国引起轰动始于2011年萨尔曼·可汗(Salman·Khan)创建了基于视频的公开课,被美国《经济学家》杂志报道,引发一场(OER)开放教育资源运动^[3]。它颠覆了传统的“课上老师讲授,课后完成作业”的教学模式,翻转了教学角色,使学生成为主动内化知识的自主学习者,实现了知识传授和知识内化教学顺序的翻转;使学

※ 基金项目:第四批全国中医(临床基础)优秀人才研修项目[No.国家中医药人教发[2017]24号];青海大学医学院教育教学研究项目[No.qyjg-210503];青海大学教育教学研究项目[No.JY161722]

生由原来被动的接受方转变为主动参与者,更好地实现“因材施教”。翻转课堂作为一种教学方式,强调了师生间的互动和便于实现个性化教学^[6],学生可以按照自己的学习情况在观看教师的视频讲解和教师提供的教学资源时,提出问题并记录问题,通过互联网、图书馆、检索资料,通过微信等平台与同学、老师展开交流。

针灸作为一种自然疗法,是中医药文化的重要组成部分,是中华民族的瑰宝,是中国优秀传统文化的重要组成部分,它以其显著的疗效和诊疗方法,越来越多的受到国际社会的关注和认可。与之相关的针灸学课程,不仅是一门理论课,更是一门涉及临床多学科的实践课,是对实践性有着很强要求的课程。其中教材下篇的针灸治疗章节更是学生将前面所学经络腧穴和刺灸法等知识运用于实践、从理论向临床过渡的重要篇章。该部分的内容与中医学基础课程,中医内科学,中医妇、儿、外科学等课程密切联系、相互渗透。此部分教学,对学生临床综合思维能力和解决临床实际问题的能力要求高,正因如此很大程度上决定了学生学习的效果和今后从事针灸临床工作能力的强弱。这门课是我校中医专业大四学生的一门必修课程。

尽管近年来在《针灸学》治疗章节内、妇、外等各科病症的教学中,引入了情景教学、病案讨论等多种教学方法,在一定程度上激发了学生学习的主动性和积极性,改善了教学质量。但传统的授课方式没有发生大的改变,仍然是课堂上教师讲授、课后学生完成作业为主。学生们总是等着老师讲授,被动地接受知识^[7],自主学习能力较差(尤其是西部院校这点更为突出),往往在考试前一两周才开始死记硬背这门课的重点内容。就病症这部分而言,对所讲病症的治法、主穴、配穴等内容,也才开始复习背诵以应付考试;加之近年来课时的大幅调减(以前是90学时,现在只有64学时),教学内容随之压缩,使老师与学生交流、对学生指导的时间进一步减少,结果是学生只会考试不会治病;此外,由于国内现阶段医疗环境不佳^[8],使医学生在病人身上学习技能操作越来越困难,因而临床病症实践教学也多流于形式。因此学生的学习能力、实践能力以及创新能力的培养,中医临床思维训练和实践教学仍是当前针灸学教学中的薄弱环节,是造成学生走上工作岗位后容易出现难以胜任实际工作的症结。

而翻转课堂教学模式从初衷讲能很好解决上述许多问题,因此,我们认为将“翻转课堂模式”的教学理念引入到针灸学内科病症的教学中,能进一步调动学生学习的主动性、积极性、创造性,以期提高他们的针灸临床综合思维能力和解决临床实际问题的能力,毕业后能更快胜任工作岗位,能为社会输送合格的中医针灸人才打下坚实基础。

2 针灸学病症教学中翻转课堂模式的构建

针灸学在我校大四学生中开设,学生已完成了中

医学基础、中医内科学的学习。此时针对内科病症的针灸学教学,如按部就班地进行课堂讲授灌输式教学方式,则很难调动学生学习的积极性。因此,根据翻转课堂模式的教学理念,在已有文献研究和多种教学法实践经验的基础上,结合针灸学课程的特点,以病案为抓手,突出提高学生临床综合思维能力和解决临床实际问题的能力为目标,参照张春梅等^[9]的教学翻转策略,构建针灸学内科病症翻转课堂教学模式。

教学方案设计如下:(1)搜集、整理教学资料 and 制作教学微视频:合理选择具有实用性、系统性及先进性的教学资源,结合PPT课件,自行制作微视频,编写翻转课堂教案。根据教学大纲要求,对病症的教学目标和教学内容制作微视频,视频文件包括如下内容,供学生课前学习讨论:本病症的教学目标(掌握、熟悉、了解三个层次)、病症概述(包含病症概念和病因病机)、辨证分型和针灸治疗(重点是基本治疗-治法、主穴、配穴、方义和操作)的讲解、思考题、病案分析等。关于思考题和病案分析紧紧围绕本节课涉及病症,要明确其概念、病因病机、辨证分型、诊断与鉴别诊断,进而掌握针灸治疗。这些内容既有新的知识点,又是前期所学知识的再现。

(2)课前学习:由授课教师提前告知学生下次授课内容,在课堂授课前5~7天把将要学习的相应章节的教学微视频、教学PPT、相关拓展资料和小组讨论病例等通过微信平台推送给学生供学生自学、参考和讨论,明确课前学习任务。让学生利用自己或学校的网络提前观看授课内容,之后根据自学知识与技能,参考拓展资料,对学习任务进行解答,完成学习,同时进入自己所属小组针对病例与教师或同学展开分析、讨论。通过学习记录、微信平台的交流等,让授课教师比较清楚地了解学生的学习情况和学习效果,从而及时调整教案,确定课堂教学的问题及指导内容。

(3)课堂学习:课堂上,将学生事先分成小组,每组4~6人,课堂授课前以小组为单位将学习的成果进行汇报,教师对每位学生的讨论发言进行反馈,总结小组讨论情况。并根据期间暴露出来的问题准备本部分内容课堂重点讲解和梳理。之后,可以根据课前病案讨论的内容,让学生在课堂上进行模拟和针灸治疗,教师在旁进行指导。这既活跃了课堂气氛,也检验了学生课前的学习效果,帮助学生巩固了知识。最后教师对该节内容进行梳理和总结,并布置课后作业。总之课堂学习以病例与课程内容密切相关的问题为先导,以学生小组讨论和实践操作为主要教学形式,从而培养学生临床综合思维能力和解决临床实际问题的能力。

(4)课后学习:通过课后作业,以小组的形式收集近五年来关于这个病症的临床研究,完成一篇综述,并在规定时间内交给授课教师。另一方面,教师还可以

表1 翻转课堂实施后调查问卷分析

[人数(%)]

调查项目	14中医全科班			14中西医结合班		
	肯定	中立	否定	肯定	中立	否定
平时课前会预习	12(32.4)	—	25(67.6)	13(31.0)	—	29(69.0)
喜欢翻转课堂模式和氛围	24(64.9)	13(35.1)	—	35(83.3)	—	7(16.7)
希望继续开展翻转课堂教学活动	29(78.4)	2(5.4)	6(16.2)	35(85.8)	1(2.4)	5(11.8)
提高了查找、收集信息的能力	19(51.3)	4(8.2)	14(37.8)	29(69.0)	13(31.0)	—
提高了分类整理信息的能力	24(64.9)	12(32.4)	1(2.7)	22(52.4)	19(45.2)	1(2.4)
提高了信息分享能力	28(75.2)	8(21.6)	1(2.7)	35(83.3)	6(14.3)	1(2.4)
提高了交流协作能力	24(64.9)	12(32.4)	1(2.7)	32(76.2)	9(21.4)	1(2.4)
提高了分析问题、解决问题能力	25(67.6)	9(32.4)	—	29(70.7)	12(29.3)	—

通过微信平台,及时推送与本单元内容相关的扩展学习资源,延伸学习。强化学生已有的知识,增进学生之间的团队合作与交流,培养学生文献收集、查阅、整理的能力。

(5)考核评价:通过学生是否完成课前问题学习及学习笔记,课堂上是否参与讨论并发言、针对课堂所给病案是否正确写出针灸处方并能够实践操作,以及每个病症教学任务结束之后的测验等考核学生的参与度,再根据各小组完成的临床研究综述的情况分别给小组各成员加相应分值。并计入总成绩。

3 翻转课堂教学模式在针灸学内科病症教学中的实践

教学改革立项后,对中医专业开设针灸学课程教学的班级进行翻转课堂的尝试,内容以针灸学教学大纲中的内科病症中的重点病症为主,主要涉及头痛、痹症、不寐、面瘫等。为客观评价翻转课堂的效果,对参与翻转课堂教学的2个班级共81名学生进行了调查问卷,共收回有效问卷79份,见表1。通过对调查问卷分析,发现:(1)两个班超过半数的学生喜欢翻转课堂这种教学方式和氛围(分别是64.9%和83.3%)并希望继续开展这种教学活动(78.4%和85.8%);(2)超过一半的学生认为翻转课堂提高他们查找资料收集信息的能力(分别是51.3%和69%)和分类整理信息的能力(分别是64.9%和52.4%);(3)完全同意和基本同意翻转课堂有利于提高协作交流能力(64.9%和76.2%)和信息分享能力(75.2%和83.3%);(4)超过半数同学认为提高了他们分析问题、解决问题的能力(67.6%和70.7%);(5)此外,学生访谈结果认为,翻转课堂教学活动提高了自主学习能力;还认为实施中内容不宜过难、任务不宜过多、视频不宜过长(分析认为这与学生平时没有预习习惯有很大关系,问卷发现有超过65%以上的学生在课前没有预习习惯)。

4 结语

教学实践中发现,翻转课堂教学模式使学生的主体地位大大增强,具有学生参与度较高、激发兴趣、提升能力等优势,特别是针对病案讨论后的临床操作部分是学生最感兴趣的环节,但还需要设计明确并细化;同时也有准备过程繁琐、部分学生不适应、学生负担较大的问题。相对于传统课堂上通过点名等方式

提高学生到课堂率的方法,那么翻转课堂可以使学生不仅身在课堂,更能让学生心在课堂。因此,我们认为学生的参与度是翻转课堂模式实施的一个重要指标。

翻转课堂在针灸学内科病症教学中的实施,通过课前病案讨论和课堂上病案针灸治疗的方法为提高学生针灸实践能力提供了新的教学思路及方法。此外,翻转课堂教学模式提升了教师特别是青年教师的教学能力和水平,同时也促进了教学资源的充分利用和深入挖掘。

当然,翻转课堂教学模式引入针灸学的教学后,也带来一些问题:(1)师资问题。授课教师不仅要具备专业的学科知识外,还要具备一定的信息素养和现代教育技术能力,录制精炼而专业的教学视频,不仅需要教师进行再培训,而且初期需要教师大量时间和精力投入;(2)教学资源的使用问题,虽然授课教师自制了部分相关的教学视频,仅靠这些教学视频是不够的。那么如何在众多繁杂的资料中合理选择具有实用性、系统性及先进性的教学资源以及如何自行制作合格的微视频、编写合格的翻转课堂教案,需要我们进一步思考;(3)翻转课堂教学实践中,虽然教师主观上很重视学生的参与度,但如何有效地调动学生的参与和考察学生的参与度,同样为教师提出了难题。

在国家高度重视发展中医药及针灸疗法国际交流日趋频繁的今天,针灸学教学应该引起相当足够的重视。针灸学的教师也应打破传统教学模式的局限,借助互联网、微信平台等,借用翻转课堂等教学理念,探索适合针灸学教学的新方法、新模式,为临床输送合格的中医针灸人才打下坚实基础。

参考文献

- [1]张彩霞,龙泳伶,徐大量,等.开展中医药 MOOC 建设的有效途径与举措[J].医学教育研究与实践,2017,25(2):168-170.
- [2]张剑平,熊才平.信息技术与课程整合[M].杭州:浙江大学出版社,2006:22-41.
- [3]邹景平.翻转课堂的起源与成功[J].中国远程教育,2012(14):81-82.
- [4]张金磊,王颖,张宝辉.翻转课堂教学模式研究[J].远程教育杂志,2012(4):46-51.
- [5]何克抗.从“翻转课堂”的本质,看“翻转课堂”在我国未来发展[J].电化教育研究,2014,255(4):5-16.
- [6]罗文浩,吴小冉,韩忠宇,等.论新时期青年医师毕业后医学继续教育的发展[J].医学教育研究与实践,2017,25(5):680-682.
- [7]张春梅,金昌德.翻转教学设计在急救护理学教学中的应用研究[J].中华护理教育,2015,12(4):259-236.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张广梅 收稿日期:2018-09-04)

PBL 教学联合翻转课堂中医学教学中的应用※

刘光颖 李晓晨 张 杰*

(中国医科大学附属第一医院中医科, 辽宁 沈阳 110000)

摘要: 中医学的教学是西医院校的难点之一, 本文提出应用PBL教学联合翻转课堂教学方法应用于中医学教学中。以问题为导向的教学方法联合高质量的网络学习资源平台为基础的翻转课堂, 可以提高学生学习的兴趣, 培养学生自主学习能力, 提高发现和解决问题能力, 更好地将中医学应用于临床实际中去, 同时也促进教师的教学水平, 提高教学质量。本研究探讨了在中医学教学中应用PBL和翻转课堂的目的和效果, 为中医学教学改革提供新思路。

关键词: 教学方法; 中医学; 翻转课堂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.010

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0022-03

The Application of PBL Teaching Combined with Flipped Classroom in the Teaching of Traditional Chinese Medicine

LIU Guangying, LI Xiaochen, ZHANG Jie*

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: The teaching of traditional Chinese medicine is one of the difficulties in the Western hospital. This paper proposes the application of PBL teaching combined with the flip classroom teaching method in the teaching of Chinese medicine. The problem-oriented teaching method combined with the high-quality online learning resource platform-based flipped classroom can improve students' interest in learning, cultivate students' self-learning ability, improve their ability to discover and solve problems, and better apply Chinese medicine to clinical practice. In practice, it also promotes the teaching level of teachers and improves the quality of teaching. This study explores the purpose and effect of applying PBL and flipped classrooms in TCM teaching, and provides new ideas for TCM teaching reform.

Keywords: teaching methods; traditional Chinese medicine; flipped classroom

中医学是目前高等西医院校的必修课程之一, 也是教学科目中的难点之一, 由于中西医学的思维方式、理论体系存在较大差异, 对大部分西医院校医学生来说, 中医学的理论思想是很难理解的, 在临床实践中更是很难灵活运用。随着《“十三五”发展规划》的发行和实施, 国家越来越鼓励中西医学互相学习, 互相补充, 协调发展, 这也对西医院校的中医学教学提出了更高的要求。在传统的理论教学中, 教师单纯的宣教课本上的理论知识, 对学生而言枯燥乏味又难以融会贯通, 近年来多媒体技术、案例教学法等全新教学法的运用, 一定程度上增强了学生的学习兴趣, 但是仍是“讲授-接受”的教学模式。为学生更好地学习中医学, 提高教学质量, 调动学生学习的兴趣和主动性, 因此引入PBL教学方法联合翻转课堂的教学模式进行授课。

1 PBL与翻转课堂的含义

PBL教学法, 即以问题为导向的教学方法 (problem-based learning, PBL), 是在教师的参与和指导下, 学生以小组讨论的形式, 围绕某一复杂的基于实际问题的专题或病例进行问题的提出、讨论和学习的过程。在医学院校教学中, 是利用病例, 激发医学生在一个真实的情境中对问题展开探究, 在探究过程中, 提高认识和解决

临床问题的能力。PBL教学的核心是以问题为中心, 学生为主体, 更强调提高学习能力, 更注重团队写作精神的培养和沟通技巧的掌握。近年来, PBL教学模式广泛应用于医学教育中^[1-2], 但是单独应用缺乏对纸质教材掌握的全面性和系统性, 往往不能达到预期效果^[3-5], 因此在医学教学中, 还需要联合其他教学方法。

翻转课堂最早起源于美国^[6], 2011年由萨尔曼·可汗 (Salman Khan) 在TED大会上将这种全新的教学方式命名为“翻转课堂” (the Flipped Classroom), 就是将“老师白天在教室上课, 学生晚上回家做作业”的教学结构进行翻转, 构建“学生白天在教室完成知识吸收与内化过程, 晚上回家学习新知识”的教学结构。教学模式由传统的“课堂讲解+课后巩固练习”转变为“课前自主学习+课堂深度互动”的新模式。这样学生先学, 教师后教, 在课前预先学习老师指定的相关网络视频或者多媒体资源, 学生自学完成后将相关难点通过邮箱等方式反馈给老师, 然后在课堂上老师将学生反馈的难点加以阐述, 使得课堂上的总结引导更具有针对性, 从而提高学习效率。目前网络慕课资源、精品课资源丰富, 为翻转课堂的实施提供了极为便利的条件^[7-8]。

PBL教学模式和翻转课堂的结合, 两者取长补短, 让学生可以更好地提取知识脉络, 激发学生自主学习的兴趣, 同时又兼顾知识的系统性和全面性。

2 西医院校中医学教学现状

中医学是祖国传统文化的伟大瑰宝, 在我国流传至今已有几千年历史, 在国际上享有盛名。但目前西

※ 基金项目: 中华医学会医学教育分会中国高等教育学会医学教育专业委员会医学教育研究立项课题【No.2016B-ZY010】

* 通讯作者: zhangjie945@126.com



医学先进技术的冲击下,中医学已经从古时候的主流医学的角色转换到了以康复、保健、养生为主要作用的医学手段,但在医疗过程中仍有不可替代的作用,也是学生日后临床工作和生活中必不可少的组成部分。

因此,中医学是目前大多数西医学院校的必修课程,例如在中国医科大学,临床医学专业(五年制、七年制)、护理学专业、国际留学生班等中医学均为考试课程,但由于中医学课程具有浓厚的传统文化特色,而非中医专业的学生的文化背景、知识结构相差甚远,需要学生实现传统与现代、东方与西方之间的思维转变,而让学生理解和接受中医理论和中医思想,是目前教学的主要目的和难点,也是教学质量的体现,这需要解决学生的文化、知识差异所造成的思维障碍。只有让学生主动参与中医的思维过程,教师才能了解到中医学的教学难点,并针对此做出教学改革。

基于以上,我们将PBL教学以及翻转课堂的方法引入中医学教学中。PBL教学与翻转课堂的目的是一致的,都是基于培养西医学生的传统医学思维模式,激发学生对传统医学的浓厚学习兴趣,培养学生的学习能力和解决实际问题能力。不同于传统教学模式的以教师教授为主要教学模式,讲较为枯燥的中医学理论以文字的形式灌输给学生,学生被动理解,当做考试重点死记硬背,这种“填鸭式”教育更为不适合文化背景和思维模式都不同于传统医学的西医院校学生。而PBL授课联合翻转课堂的教学方法恰恰相反,学生课前主动学习,课上结合实际案例分析,由教师引导学生先学,先思考,让学生更好地理解和认识中医学的理论体系和思维模式,为日后临床工作打下基础。

3 PBL联合翻转课堂在中医学教学中的实施

中医学教学包括中医基础理论、中药学、方剂学、针灸学、各家学说等章节,内容繁杂而理论系统统一。教师根据中医学教学大纲,选择辨证论治这一章节进行教学方式改革,本节课是中医学课程的重点和难点,学好本节课对日后临证辨病尤为重要。辨证论治的重点是八纲辨证和脏腑辨证,其中,由于八纲辨证中医证候形象而相对更好理解,学生往往可以掌握;而要学好脏腑辨证要则以掌握藏象知识为基础方能触类旁通,所以脏腑辨证也是本节课的难点之一,要求学生有扎实的理论基础。由于本节课的实践性较强,故将PBL教学模式联合翻转课堂的教学模式应用在本章节的教学过程中。

3.1 课前准备 传统的授课模式为学生打下理论基础,从而保证能在翻转课堂中实现能力的培养。现有的中医学慕课资源和精品公开课能够保证高质量的翻转课堂的实施。首先授课教师指导学生对照教材的内容,自学网络资源中的辨证论治一章节,重点学习八纲辨证中阴阳辨证、表里辨证、寒热辨证、虚实辨证的鉴别诊断和脏腑辨证中的肝风内动证、心脉痹阻证、湿

热蕴脾证、痰热壅肺证、肾精不足证,对于脏腑辨证难以理解的内容,可以复习藏象中五脏的生理功能及特点。学生自学后将本章节中不懂、不明白的问题汇总,由班级负责人以邮件的形式发给授课老师。授课老师再根据学生的学习能力,准备两到三个典型的病例,准备课上讨论。目的是为了让把学到的知识应用到临床辨证中去,学生在分析病例的过程中,自然再回到书本再度深入学习理论知识,使得学生认知程度更深,记忆更牢固。

对于对中医特殊感兴趣的同学,授课教师还可以提供给学生一些中医经典的网络视频授课内容,以拓展知识。还可以根据学生的学习能力,灵活调整学习内容,逐渐培养学生坚持阅读的习惯,独立学习以及时间规划的能力。

3.2 PBL联合翻转课堂教学 授课教师首先回答学生在课前学习中所遇到的问题和难题,参照教学大纲要求的重点和难点对问题进行解答,在对理论知识的重点和难点内容进行再次讲解和强调。然后,进行课堂互动,针对辨证论治内容中难点部分,由学生提问,教师回答,再由教师提问,学生回答,使更为熟练的理解并且掌握辨证论治的理论内容。

然后进行PBL课堂教学,将学生分成不同小组,针对预先准备好的病例以及问题进行讨论。预先准备好的病例要真实、典型,涵盖本节课的重点知识点,学生通过本节课学习能够初步获得正确结论等特点。讨论的内容主要包括病例中医病名、辨证分型、辨证要点,教师提出问题进行鉴别诊断。组内的同学可以每人负责一个问题,并且互相补充发言,使讨论的内容更加完整,对于由不同意见的其他小组,可以进行辩论,要表达出自己的观点有什么不同以及理论依据。每个病例讨论结束后,教师也参与发言与讨论,并进行总结,与同学达到共鸣。在整个教学过程中,要保持良好的教学氛围,推动课堂进展,讨论的实践安排要得当,保证教学进度。课程结束前,再次由学生提问,对本节课的重点难点内容是否存疑,最后由教师进行本节课总结,结合实际病例,强调重点内容,使得学生不但对理论知识掌握更加扎实牢固,也能够大大提高学习中医的积极性,在良好的学习分为中拓展学习思路,构建知识网络,解决临床问题。

3.3 课后复习 教师根据授课效果以及教学大纲所要求的重点、难点内容,将知识点和考点及时上传至网络平台,进一步巩固学习效果。

4 PBL联合翻转课堂在中医院教学中实施的评估

PBL教学及翻转课堂更注重学生的自学能力、独立思考能力和解决实际问题能力的培养。有效教学的实现包括三方面,即明确教学目标、引发学生学习意向和兴趣、采用学生易于理解和接受的教学方式^[9]。学

习效果评价包括学生辨证论治知识考核、临床案例分析等多方面评估综合能力,综合能力更包括课前学习自主性和病例讨论中的发言表现等。

同时建立全面、客观、科学、准确的评估体系。评估内容包括问卷调查、考试和教师座谈。问卷调查旨在评价学生的多种能力,包括自主学习能力、发现和解决问题能力、表达沟通能力、团队合作能力等。教师根据调查问卷反馈意见及时明确教学中存在的问题,并对教学方法进行一定的修改。考试的目的在于了解学生对知识的掌握情况,侧面不同程度反映教师教学水平。座谈是通过教师与学生代表沟通,采用PBL联合翻转课堂的方法,提高学生学习兴趣和自学能力,更好地发挥学习自主性。许多同学认为这种授课方法可以提高他们学习中医的兴趣和课堂分析能力,也能够更好地将中医学应用到实践中去,例如,通过辨证论治的学习,让西医学生更好地知道了连花清瘟胶囊是治疗肺热感冒而不是所有感冒,因为中医治病需要先辨证方能论治。

但在教学过程中,我们也发现一些问题,需要及时改进:①网络学习资源要依据教学大纲制作,教学大纲更改后要同步更新网络资源,要制作内容凝练、重点突出的精品视频;②新的教学法通常是青年教师开展,存在经验不足等缺陷,而年长有经验的教师对新型教学方法并不熟悉,因此,要将新老教师团结合

作,互补不足,共同完成教学任务,提高教学质量。

5 小结

在西医院校中医学教学中开展PBL教学法联合翻转课堂教学方法,以优质的网络共享资源为学习和交流的平台,以实际、典型病例进行课堂讨论作为提高学生综合分析能力的方式,使中医学教学不再枯燥乏味,提高学生学习中医的兴趣和发现问题、解决问题能力,培养学生自主学习能力,也促进教师教学水平提高,为进一步优化中医学教学改革提供了新思路。

参考文献

- [1]朱燕雪.PBL教学法在妇产科护生带教中的应用效果评价[J].中国高等医学教育,2016,30(3):93-94.
- [2]梁栋,尤伟,薛焕洲.PBL联合CBL教学法在乳腺外科教学中的应用[J].医药论坛杂志,2016,37(3):46-47.
- [3]王博玉,柏金秀,安娜.PBL、CBL联合多媒体教学法在儿科见习教学中的应用[J].河北医药,2018(7):1090-1093,1098.
- [4]丁一,封小娜,任丹君,等.PBL联合TBL教学模式在《新药临床研究》教学中的应用[J].中国药师,2018(3):547-549.
- [5]李旋,牛璐,许丽,等.翻转课堂联合PBL教学模式对护生自主学习能力的提升[J].中华现代护理杂志,2018(7):856-859.
- [6]See S,Conry JM. Flip My Class! A faculty development demonstration of a flipped-classroom[J]. Currents in Pharmacy Teaching & Learning,2014,6(4):585-588.
- [7]惠亚娟.翻转课堂在高职高专临床护理教学中的应用效果评价[J].中国继续医学教育,2017,9(2):16-19.
- [8]钱亚芹,张晓东.“MOOC+翻转课堂”对地方高校教学改革的启发[J].改革与开放,2018(1):54-56.
- [9]黄婉怡,范萍,张佛明.传承中医理念实现中医学课程有效教学[J].中医教育,2013,32(3):33-34.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张 杨 收稿日期:2018-09-18)

留学生中医妇科学课堂教学的点滴体会

贾 静

(北京中医药大学第三附属医院妇科,北京 100029)

摘要:随着中医药逐渐被世界认可,来华学习中医的留学生与日俱增,但由于留学生在语言能力、文化背景、学习经历、个人素质等方面的差异和中医药学本身的特点及中国教育体制的因素,导致留学生在中医妇科学过程中普遍存在对中医理论的理解不够深入、难以学以致用等问题。为了提高中医留学生的教学质量,笔者在日常中医妇科学课堂教学过程中运用隐性分层教学法、形象教学法、混合式教学法等多种教学方法及手段,取得较好效果。

关键词:留学生;中医妇科学;教学方法;文化交流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.011

文章编号:1672-2779(2018)-24-0024-03

Experience on Classroom Teaching of Gynecology of Traditional Chinese Medicine for Foreign Students

JIA Jing

(Gynecology Department, the Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: As traditional Chinese medicine is gradually recognized by the world people, the students who come to China to learn TCM are increasing. But there are some differences in language ability, cultural background, learning experience, personal qualities, the characteristics of TCM and Chinese education system. These factors lead to the lack of deep understanding of TCM theories when learning gynecology of TCM. It is difficult to apply it. In order to improve the teaching quality of foreign students, the author uses a variety of teaching methods and means, such as hidden stratified teaching method, image teaching method and mixed teaching method in the classroom teaching about gynecology of TCM.

Keywords: foreign students; gynecology of TCM; teaching methods; cultural exchange

中医学不仅是中华民族灿烂文化的重要组成部分,也是发源于我国的少数学科领域之一,是我国贡献于人类的宝贵遗产。目前,中医药已越来越受到世界各

国的重视,越来越多的留学人员选择来到中国学习中医,中医留学生教育也具有了相当的规模。据国家中医药管理局统计,每年约1.3万名留学生来华学习中医



药。但是由于留学生言语问题、文化背景、素质层次等差距原因,给留学生中医教学带来了很多困难,为了保证留学生教育质量,国内各中医院校也在不断摸索更为科学合理的培养模式。中医妇科学作为一门中医临床课程,以中医基本理论、中医诊断学、中药学、方剂学等为基本理论基础,是从中医基础走向中医临床的一门重要课程。作为一名中医妇科临床医生,同时担负着我校中医留学生中医妇科学的课堂教学任务,为了提高教学质量,在实际教学工作中总结了一些教学经验,以下为我的点滴心得。

1 隐性分层教学

来华学习中医的留学生来自不同的国家,因其社会背景、学习经历、教育模式等方面存在很多差异,自身素质参差不齐,语言程度不一,学习动机、兴趣不尽相同,所以接受中医知识的快慢也不同。而目前的课堂教学仍是以讲座式教学法为主,这种课堂统一讲授的教学方式很难适应每个学生的特点,难易程度也不能满足每个学生的水平。满堂灌的讲课方式可能会造成一部分同学“吃不了”,而一些同学“吃不饱”的现象。为了解决这个问题,可以采用隐性分层教学法。分层教学,也称分级教学,是以学生客观存在的差异为前提,把学生科学地分成若干个水平相近的群体加以区别对待,采用不同的教育资源、教学手段或教学模式及方法等,使各类学生在“最近的发展区”得到最充分的发展^[1]。分层教学充分体现了“教育以人为本”“因材施教”的教育观念。隐性分层教学则是以一个自然班为单位,教师采用内在的尺度,综合考虑学生原有基础、智力特点、兴趣爱好、学习潜力等具体情况,“暗中”把水平相当、某些方面相类似的学生归结为一个个“层次”,通过一定时间的观察、测试和综合考虑,教师在心底里将学生们分成优、中、差3个层次^[2]。隐性分层教学最主要的特征是保留了原有的教学建制,使学生在同一个班级中进行学习,避免了等级划分、贴标签等现象,有利于提升学生的自信心,促进学生自主学习^[3]。

在课程开始之前,先对学生做一次问卷调查,问卷内容包括个人基本情况、语言程度、学习兴趣、学习动机等。个人情况如年龄、国籍、学习经历;语言程度包括能否说流利的汉语、能否用汉语交流等;学习兴趣分别非常感兴趣、一般、不感兴趣,了解学生对中医学感兴趣的程度;学习动机则需要学生认真填写,比如只是了解中国文化,或是今后回国后从事中医临床事业,或只是为了取得学历、今后不从事中医临床等等。同时进行妇科相关知识测试,测试内容包括中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学的内容,可以了解学科相关专业基础知识,了解学生的学情。根据问卷调查和学科相关知识测试,将学生分成

优(A)、中(B)、差(C)3个层次。A组学生汉语基础知识较扎实,沟通良好,中医基础知识扎实,可以轻松掌握课堂教学内容,学习动机明确;B组学生有一定的汉语基础,中医基础较薄弱,基本可以理解课堂教学内容,学习动机较强;C组学生汉语基础差,中医基础薄弱,不能完全掌握课堂教学内容,没有明确的学习动机。根据学生的分层情况,做好充分的教学设计,制定不同层次的教学目标,教学过程注意对学习内容进行分层,课堂提问、课后作业设置也要分层。比如痛经的教学,对于C组的学生只需掌握疾病的定义、辨证分型及治法、方药名称;对于B组学生要求掌握疾病的定义、主要病机、辨证分型、治法、方药及组成;对于A组学生则要求除了掌握以上知识点,还要熟悉疾病的诊断及鉴别诊断,了解疾病的历史沿革,并阅读相关疾病的古代医籍。这样分层制定教学目标,并在教学过程中兼顾各层次学生情况进行分层提问、布置作业,既可以尊重学生的个体差异,提升学生对中医妇科学学习的自信心,还能满足各个层次学生的需求,培养学生的学习兴趣,最终达到提高成绩的目的。崔霞等^[4]将隐性教学法应用于中医儿科学的教学,并对其效果进行评价,结果证实应用隐性教学法的班级成绩优于传统教学方法的班级。

2 形象教学法

由于中医教材中经典引用多,文字简练难懂,古文比较多,相对枯燥,对于没有中国文化背景的留学生来说,尤其是语言能力较差的留学生来说,理解和掌握教材难度很大,甚至会逐渐使学生失去学习兴趣。语言成为留学生在中医药学方面进一步发展的重要障碍。如何使留学生理解并掌握晦涩难懂的中医知识是中医留学生教学中非常棘手也是非常重要的问题。乐毅敏等^[5]在大量中医留学生教学工作中摸索总结出一套“形象教学法”,取得了很好的效果。在中医妇科学课题教学过程中应用“形象教学法”也是非常必要的。

首先,需要注意语速,尽量放慢语速,使留学生能有时间充分理解我们的语言,因为每个学生的语言程度不一,尽可能照顾语言能力差的一些学生;要用通俗易懂的现代汉语解释晦涩难懂的知识点,尽可能形象生动,可以用比喻的方法加深理解。比如在讲解“肝旺克脾”的发病机理时,可以将其比喻成跷跷板,相对平衡,一方高则另一方低,肝的一方高(即肝强)则脾的一方就低(即脾弱),脾虚不能运化水湿,聚湿成痰而发病,等等。

其次,我们充分借助多种教学工具,比如幻灯片、视频、图片等电教手段,进行多媒体教学,另外还可以使用挂图、模型等教具,使教学内容变得直观生动丰富。如我们可以找一些带下病的图片展示疾病

的临床表现,动画视频演义异位妊娠的发病过程及机理等等,这些都可以增加学生对疾病的直观认识,使抽象的疾病变得立体生动,有助于与中医妇科临床教学衔接。

再次,我们可以采用图表式、比较式、归纳式等方法讲解知识点。比如,可以采用制作流程图的方式讲解疾病的病因病机,用图表的形式讲解疾病的鉴别诊断,用归纳列表形式讲解疾病的辨证分型等,甚至可以运用思维导图的方式总结某一个疾病的全部内容。总之,将知识点分解、归纳成各种图表的形式加以讲解,可以加深学生对疾病定义、病因病机、辨证分型的理解,较文字叙述更为直观。

3 混合式教学

传统的讲座式教学法(lecture-based learning, LBL)^[6],是以教师为中心,教师“满堂灌”,学生“填鸭式”接受的被动教学法。这种教学方法很难激发学生的学习兴趣,学习效果差,但中医知识理论抽象、系统性强,如果没有教师的讲解和剖析,学生很难完全理解,所以目前中医妇科学教学仍沿用传统的讲座式教学为主。如何发挥LBL教学的优势,同时弥补其教学中的缺陷和不足,笔者在中医妇科学课堂教学中采用LBL教学与案例式教学法(case-based learning, CBL)^[7]、基于团队的学习法(team-based learning, TBL)^[8]等多种形式的教学方法相结合的混合式教学法,运用多种教学方法、手段,使中医妇科学课堂教学形式丰富多彩,这样可以扬长避短,使学生由被动接受转变为主动学习。

案例式教学是指以案例作为教学材料,结合教学主题,通过讨论问答等师生互动的教学过程,让学生了解与教学主题相关的概念或理论,并培养学生高层次能力的教学方法^[9]。团队学习是起源于商学院的教学模式,近年来越来越多地应用到医学教学中^[10]。TBL以学习小组为基础,主要分成3个学习阶段:第一阶段:课外准备时间,该阶段由教师分配给学生预习内容;第二阶段:小组共同学习阶段;第三阶段:同一小组成员共同解决复杂的临床问题阶段^[11]。

将CBL、TBL融入传统的LBL教学中,取长补短,激发学生的学习积极能动性。在中医妇科学教学中引入案例教学法,选择医案精心设计教学内容,设计问题引导学生自主学习,课堂教学师生讨论讲评结合。由于留学生中医学术功底相对较浅,教学中医案宜选择现代临床医案来实施案例教学,而非历代中医名家医案著作中的名方验案,以便于学生在教学中能充分理解作为案例的医案内涵。上课前一周将医案发给学生,学生独立研读医案,自学相关疾病的章节内容,对疾病的定义、病因病机及辨证治疗有初步了解,根据教科书的内容作出自己的辨证施治过程。课堂上将

此医案作为导入,激发同学们的学习好奇心与临证热情,让学生带着问题学习本章节内容,讲授课堂内容时结合启发式教学、点拨式教学,充分采用提问、答疑、讨论的方法,使课堂气氛生动活泼,课堂内容讲授完后,同学们自由结成小组,一般3~4组为宜,分组讨论医案,学生们在讨论中交换观点、交流想法,相互补充,最终对病案得出一致的辨证治疗方案,然后每组选一名代表阐述本组讨论结果,最后由教师进行点评,进一步剖析病案的诊断、治疗过程及预后转归,结合临床对该疾病诊疗做出总结。实践表明这种混合式教学方法能够有效地提高留学生对中医妇科学的学习兴趣和能力。

总之,中医留学生存在语言能力、教育经历、文化背景、综合素质等多方面的差异,普遍存在对中医理论的理解不够深入、不能融会贯通、学以致用用的问题。因此,在中医妇科学的课堂教学中要动用教学机智,创造教学艺术,使用多种教学方法,采取通俗易懂的方式,将复杂的中医妇科学知识展现给外国留学生,激发留学生学习中医妇科学的兴趣。以上为笔者在实际留学生中医妇科学课堂教学中的点滴体会,经教学评价取得了较好的效果,供从事中医留学生教学的老师参考借鉴,以期提高中医留学生的中医课堂教学质量,培养中医药学人才,满足全球的中药医疗服务,对外宣传中医药学,让中医走出国门、走向全世界。

参考文献

- [1]吕丽珊,任扬,何高大.分层教学在大学英语教学中的实施[J].教育探索,2012,254(8):72-73.
- [2]张育.隐性分层教学在大学英语课堂上的应用[J].外语教学与研究,2012(56):77-78.
- [3]温孝梅.尊重学生个体差异实施隐性分层教学[J].黑河教育,2016(11):32-33.
- [4]崔霞,张雯,于文静.谈隐形分层教学在中医儿科学留学生教学中的应用[J].中医教育,2017,36(6):68-70.
- [5]乐毅敏,齐南.“形象教学法”在中医留学生教学中的应用[J].江西中医学院学报,2000,3(12):117-118.
- [6]Padmanabha TS, Manu G, Madhav K Savkar, et al. Student's perception towards learning medical sciences: problem based learning versus lecture based learning methods[J]. International Journal of Basic & Clinical Pharmacology, 2016, 5(2):411-415.
- [7]Limin Wei, Jianfeng Ma, Yihuai Pan, et al. Effects of CBL mode to residency training doctor of pediatric dentistry for making diagnosis and treatment plan[J]. Journal of Chemical and Pharmaceutical Research, 2014, 6(5):393-397.
- [8]Danielle M. Millera, Karen Khalilb, Olivia Iskarosa, et al. Professional and pre-professional pharmacy students' perceptions of team based learning (TBL) at a private research-intensive university[J]. Currents in Pharmacy Teaching and Learning, 2017, 9(4):666-670.
- [9]邹丽敏.案例教学的教育价值及教学流程探讨[J].无锡教育学院学报,2004,24(2):39.
- [10]Michaelsen L, Richards B. Drawing conclusions from the team-learning literature in health-sciences education: a commentary [J]. Teach Learn Med, 2005, 17(1):85-88.
- [11]Thompson BM, Schneider VF, Haidet P, et al. Factors influencing implementation of team-based learning in health sciences education[J]. Acad Med, 2007, 82(10 Suppl):S53-S56.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李云波 收稿日期:2018-10-30)

高等中医药教育人才培养模式改革思路分析

谢媛

(广州中医药大学马克思主义学院, 广东 广州 510006)

摘要: 高等中医药教育是国内教育中的重要组成部分, 主要为医药卫生行业提供专业技术人才, 满足岗位需求, 促进中医药事业发展。在高等中医药教育过程中, 人才培养是重要教育目标, 对国内中医药卫生事业发展具有重要影响。虽然近年来中医药教育人才培养已经取得一定研究成果, 但与当前医药卫生行业需要仍然存在差距。因此, 有必要对高等中医药教育人才培养模式进行改革创新, 为医药服务机构提供专业性人才。本文首先对高等中医药教育人才培养现状、目标进行分析, 然后进行人才培养改革思路探索。

关键词: 中医药教育; 高等教育; 人才培养; 教育改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.012

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0027-03

Analysis on the Reform of Education Talent Cultivation Model in Higher Chinese Medicine

XIE Ai

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

Abstract: Higher TCM education is an important part of education in China, mainly providing professional and technical talents for the pharmaceutical and health industry to meet the post needs and promote the development of TCM. In the process of education of higher Chinese medicine, talent cultivation is an important education goal, which has a significant impact on the development of Chinese medical and health undertakings. Although some research achievements have been made in TCM education talent cultivation in recent years, there is still a gap with the current medical and health industry. Therefore, it is necessary to reform and innovate the talent cultivation model of higher TCM education to provide professional talents for medical service institutions. This paper first analyzes the current situation and objectives of talent cultivation in higher TCM education, and then probes into the reform of talent cultivation.

Keywords: Chinese medicine education; higher education; personnel training; teaching reform

人才培养是国内教育中的主要教学目标, 对市场经济发展具有一定推动作用。高等中医药教育目的主要为医药卫生行业提供专业人才, 提高医药服务机构专业水平, 为广大病患提高优质服务。从高等中医药教育人才培养模式来看, 传统教育模式已经无法满足当前市场需要。新时期, 高等中医药教育人才培养模式必须改革, 以适应当前人才市场发展需要。

1 高等中医药教育人才培养现状

在高等中医药教育人才培养过程中, 多数中医药院校依然以学历为发展目标, 加强中医药专业学生理论知识教育, 缺少学生实践能力与创新思维能力的培养。例如在中医药成人教育方面, 高校主要采取应试教育手段, 为成人学生获得毕业证书提供机遇。虽然学生已经拥有高等教育毕业证书, 但本身知识结构与实践能力等并没有得到改善。多数中医药单位在人才招聘过程中比较重视学历、能力等因素, 这就导致中医药教育培养出来的人才和社会发展需要不相符。在中医药教育课程设置方面, 高等教育院校课程内容缺少针对性, 多数课程设计都是照搬普通高等教育。在中医药教育发展方面, 需要与地方医药事业与经济结合, 对市场、行政资源进行整合, 从而获得预期效果^[1]。但在人才培养方面, 中医药院校缺少合作意识, 人才培养资源有效。

在中医药教材建设方面, 高等院校编制的教材内

容比较复杂, 虽然教材内容比较完整, 但却缺少特色、精炼。当前社会对中医药人才需求逐渐多元化, 在高等中医药教育人才培养过程中必须重视教材层次划分, 培养出具有特色的专业性人才, 满足中医药机构人才需要。然而当前中医药教材品种较少, 部分专业课程甚至只有一两种教材可供选择。从教材版本来看, 很多教材内容都是重复的, 教材编作者、出版社与名称等都一样, 编制内容有很多雷同部分。自新入新时期开始, 中医药教材便已经更新了3次, 几乎每5年就进行一次教材更换, 因此教材版本更换时间较早。在教材更换过程中, 需要投入很多的人力、物力等资源。相对于其他学科教材而言, 中医药教材具有创新和继承特点。由于临床医疗改革创新速度较慢, 因此在教材版本更新时多数以从教材层次、数量与类别等为主, 相关医疗技术、理论与创新等内容大同小异, 材料更换作用较小。在中医药人才培养改革过程中, 多数院校缺少对教材建设的足够重视, 而是将更多精力投入到科研等方面, 导致教材建设项目资金有限, 难以激励教师。在教师职称评定方面, 教材所占比例很小, 对教师职称评定造成的影响并不大, 导致部分高水平教师缺乏教材编制兴趣与积极性。

在高等中医药教育人才培养方面, 部分院校依然存在工作经验不足现象, 这对中医药人才培养管理工作开展可能会造成一定阻碍。当前医院管理制度和高

等中医药院校管理具有较大差异,院校制定出来的人才培养方案可能与医院需要存在较大差异问题。在中医药教育人才培养地基建设过程中,部分高等院校缺少市场调查,制定出来的管理制度、培养模式与管理平台等可能不够完善。在高等中医药教育人才培养管理过程中,部分管理人员可能会存在推诿责任现象,导致实际问题不能及时解决,扩大问题影响范围。在中医药专业人才培养管理过程中,高等院校制定出来的培训计划可能和医院专业性质存在矛盾,相关培训管理不够规范。

2 高等中医药教育培养目标

中医药院校是培养传统医学继承人的重要阵地,对中医药事业发展具有一定影响^[2]。从教育管理角度来看,高等中医药教育人才培养能够促进市场经济发展,利用专业性人才提高中医药卫生机构服务质量,符合国内教育战略发展目标。随着高等中医药教育人才培养规模的逐渐扩大,人才培养现状问题将会越来越突出,因此高等院校在人才培养过程中必须明确培养目标,培养出符合市场发展需求的中医药专业人才。在高等中医药教育人才培养方面,可以分为服务操作类、经营管理类与技术生产类专业人才。中医药教育具有较强的指向性,需要高等院校在人才培养过程中以学生就业为导向,根据医药卫生机构岗位需要提供各种类型专业人才。在中医药教育人才培养过程中,不仅需要对学生专业理论进行培养,还要培养学生岗位适应能力,促进学生综合素质全面发展。在中医药教育人才培养模式建设过程中,高等院校必须明确教育定位与教育目标,符合中医药岗位人才需要。国内地域范围比较广泛,不同区域内中医药人才需要也不一样。例如在城市区域开展中医药人才培养时,各中医药机构对岗位人才要求相对较高。虽然一些偏远地区医疗机构岗位人才要求不高,但人才缺口量很大,难以在各层级医疗卫生单位中普及专业人才。因此,在中医药人才培养过程中,院校需要根据区域内经济发展状况与人才需要情况进行不同专业课程设置。比如在偏远地区中医药人才培养方面,需要以技术生产与服务操作类型为主,扩大专业人才培养规模。

3 人才培养改革思路

3.1 创新中医药教学模式 高等院校在中医药人才培养过程中必须改革教学模式,利用现代科技技术进行教学模式创新。新时期互联网+为高等中医药人才教育提供新的发展机遇,有利于改变院校学习形态。在中医药专业课程教学过程中,高等院校可以通过互联网+教育模式建立学习共同体,开展课程资源网站、教学平台与微课等。比如在课程资源网站教学模式应用方面,高等院校可以通过爱课程过着国家精品课程进行中医药人才集中培养。相对于传统中医药教学模式而言,

网络教育模式已经突破时空限制,教师可以根据学生需求与市场发展情况提供多样化学习方式。平台代表公共课程平台,有机化学、人体解剖生理学与基础化学等都属于中医药职基础课程教育内容^[3]。在师生互动交流过程中,教师可以与学生在线交流,通过微博、微信与网络平台等进行中医药专业问题讨论。在网络模式教学过程中,教师可以将各种资源集合起来,对课程教育内容进行提炼,使教学内容更加丰富,帮助学生解答各种疑难问题。在实践课程教学环节中,教师可以通过网络教育模式开展虚拟工厂、实验室与车间等,为中医药专业学生实践学习提供活动场所,弥补高等院校实践教学缺陷。在中医药教学模式创新管理过程中,高等院校可以对网络课程教学管理系统进行开发应用,为学生学习专业知识提供便利。

3.2 创新中医药教材 在中医药教材创新管理过程中,高等院校必须重视教材建设工作,加大教材建设资金投入力度,编制出具有地方特色的高水平教材内容,提高教师教材编写积极性。首先,高等院校需要建立教材建设队伍,提高中医药教材编写质量。高等院校可以邀请老教授与专家等参与教材建设工作,调动中青年教师教材编写工作积极性,发展教材建设后备力量。在中医药教材编写过程中,应增加教材种类,为学生学习提供各种类型辅助教材。例如在实践与理论教材编写过程中,可以编辑实验课类型教材,在学生专业能力开拓方面,可以编辑现代研究方法进展等。在全球化文化范围逐渐扩大过程中,中医药传统教学材料已经难以满足现代中医药教育发展需求。在纸板教材编辑的同时,高等院校还应该重视网络视频教材、音像教材与视听教材等,丰富学生中医药教材类型。在中医药教材形式设计方面,可以提供图形、文字与符号等内容,明确教材印刷标准,确保图形等材料清晰可见,具有可读性。在中医药教材内容编辑方面,应结合专业课程设置调整教材内容,在教材中融入部门新的教学内容,将高等院校人才培养特色与教材作用有效发挥出来。

3.3 完善中医药人才培养基地 在高等中医药教育人才培养基地完善过程中,必须加强基地平台创新建设,以适应现代医院人才发展需要。在基地平台创新建设过程中,高等院校可以与中医药机构展开合作,在医疗企业支持下建立基地平台,将各种教育资源融入平台中。在地基平台创新建设方面,高等院校可以获取政府支持,由政府部门提供专项资金,地方医院、管理部门等可以持续投入项目建设资金,逐步完善相关科研成果、仪器设备等。在实践教学地基建设方面,校企合作属于关键环节,有利于高校与企业资源融合,提高学生综合素质^[4]。为促进高等中医药教育人才培养工作顺利开展,高等院校必须对人才培养制度进行完

善。在人才培养制度完善过程中,高等院校需要根据人才培养现状与合作单位发展情况进行具体管理措施制定。在中医药人才培养过程中,必须明确合作双方义务与权利。其中高等院校主要负责专业学生组织工作,在课程教学过程中提供理论知识;合作企业主要负责地基人才培养工作;中医药人才考核、相关科研项目开发应用则需要高校与企业共同参与管理。

3.4 优化中医药课程体系 在中医药课程体系优化改革过程中,必须结合高等院校人才培养目标定位,设置出符合医疗机构发展需要的课程体系。在中医药课程体系优化方面,首先需要建立好模板化课程选课平台,为中医药学生提供实践课程、基础课程与专业课程等。在课程设置过程中,必须对中医药学生需要进行了解,为学生提供职业资格考试、专业能力拓展与职业知识等课程内容。不同课程设置原则不一样,比如专业课程更加偏向中医药理论教学,基础课程重视专业理论实践运用。课程体系优化需要以激发学生积极性为设置目标,为学生中医药专业岗位竞争奠定坚实基础。在中医药人才培养模式探索过程中,高等院校可以根据企业岗位需要开展订单培养模式,促进中医药专业学生、学校与企业共同发展。在订单培养模式运用过程中,高等中医药院校必须明确人才培养目标,对学生岗位适应能力进行培养,通过企业资源进行学生实践能力培养,弥补高校资源缺陷。在订单培养模式中,

高等中医药院校可以为合作企业定点输送专业对口人才,弥补企业人才不足缺陷,提高学生就业率。在高等中医药人才培养过程中,高等院校需要重视学生选择,根据学生需求和市场职业需要进行个性化培养模式探索,实现学生职业梦想。个性化培养模式在西方国家应用比例相对较高,国内高校在中医药人才培养模式探索过程中可以借鉴西方国家人才培养经验。

4 结语

综上所述,人才培养是高等中医药院校教育目标之一,对现代医院人才发展具有重要价值作用。在中医药人才培养方面,国内高等院校培养资源有限、培养理念、模式等比较传统,最终培养结果可能与企业预期存在一定差距。在中医药人才培养模式改革过程中,高等院校必须拥有明确培养目标,从学生、企业等角度进行课程体系优化、教材创新建设与教学模式创新等,从而提高学生综合素质,适应企业岗位发展需求。

参考文献

- [1]季春元,黄振元,杨友谊,等.深化中医药职业教育产教融合的对策研究[J].中国药业,2016,25(6):16-18.
- [2]贺金亮,白赞,张斌仁,等.论中医药院校低年级学生职业教育的方式及对中医药人才培养的意义[J].广西中医药大学学报,2014,17(S1):59-60.
- [3]马波,赵宝林,刘宏,等.基于现代职业教育体系视角下高职中药类专业群人才培养模式改革[J].包头医学院学报,2016,32(4):160-161.
- [4]叶青,杨延云,吴芳兰,等.基于“校企合作、人才共育”的实践教学基地建设研究与实践——以江西中医药大学生物医学工程专业为例[J].江西中医药大学学报,2016,28(4):84-86,97.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李悦书 收稿日期:2018-09-19)

中西医结合皮肤性病科临床带教工作体会

刘萍

(江西省中西医结合医院皮肤科,江西 南昌 330003)

摘要:临床带教工作,任重道远。中西医结合皮肤性病科临床带教工作要注重专业知识与操作技术能力培养,必须与人文教育相结合,与时俱进,结合专科国内外近期发展情况不断探索,积极改进带教方法,形成一具有专科特色及高效发展的教育模式,从而培养出德才兼备的临床实用型人才。

关键词:皮肤性病科;中西医结合;临床带教

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.013

文章编号:1672-2779(2018)-24-0029-03

Experience in the Clinical Teaching of Dermatology and Venereal Diseases of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

LIU Ping

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

Abstract: Clinical teaching is a long way to go. The clinical teaching of dermatology and venereology of integrated traditional Chinese and Western medicine should pay attention to the cultivation of professional knowledge and operational skills. It must be combined with humanistic education, keep pace with the times, explore and improve the teaching methods actively in combination with the recent development at home and abroad, and form an educational model with specialty characteristics and efficient development so as to cultivate students. We should cultivate clinical practical talents with both ability and integrity.

Keywords: dermatology and venereal diseases; integrated traditional Chinese and Western medicine; clinical teaching

中西医结合皮肤性病科包括皮肤病学和性病学,二者都是临床医学的重要内容,是研究皮肤及附属器和各种与之相关疾病的一门二级学科。在中西医结合

临床带教过程中,相对于内、外、妇、儿等主体学科,教学分配时间有限。而皮肤性病科是一门涉及面广、整体性强的临床应用学科,其专业性较强,内容极其

复杂抽象,且直观性更强于其他专业要求。科学统计,皮肤病及性病约5000种左右,病种繁多,同时它与其他临床专科疾病息息相关,故皮肤性病专业比其他专科,在学习上增加了更多技术难点。也因此,作为中西医结合皮肤性病科带教老师,我们将如何在有限的时间内,让医学生高质量掌握学习皮肤病学的特点及常见多发病的诊治。笔者就中西医结合皮肤性病学专科特点,结合多年临床带教经验,不断探索和总结,浅谈带教工作体会。

1 制定带教计划 保证教学质量

作者医院系国家首批中医住院医师、中医类别全科医生规范化培养基地、省级住院(专科)医师规范化培训基地。皮肤性病科作为省级临床重点专科,规培任务首当其冲,且承担不同层次学生的带教任务,如规培生、实习生、进修生、转岗培训等。医学生基础不同,临床水平参差不齐。如进修生的教育背景、具备的知识水平、临床工作年限和业务技能差异较大,其进修期间的学习目的、要求和学习内容扩展深度都不相同。所以在带教工作开展之前,我们会制定个性化带教计划,这一计划严格按照临床带教大纲,结合医学生个人特点、专业知识、技术操作能力等指标制定。采取一对一教学,门诊—病房—门诊顺序安排,从而让医学生逐步进入门诊专科基础知识阶段、病房深入系统学习阶段及门诊再次巩固提高阶段^[1]。让理论联系实际,再从实践中寻找理论,让医学生真正掌握专科内容,继而高质量完成临床带教工作。

2 坚持入科教育 培养专业思维

2.1 岗前培训 入科医学生必须岗前培训,由科室带教秘书讲解科室历史发展、专科特色、工作制度及工作流程等,让学生尽快熟悉科室环境,要求学生遵守科室制度,注重在医德医风、专业知识、技能操作、医患沟通、职业道德等方面教育,从而培养医学生的专业思维模式。

2.2 夯实专业基础知识 扎实的临床理论知识基础决定临床思维。皮肤性病学是一门形态科学,基础知识涉及解剖、生理学、生化学、病理学、微生物学、免疫学、分子生物学、病因学、诊断学、药理学、理疗学、美容学、中医学等诸多领域^[2],它最大特点就是直观性极强,即皮肤病大多以皮损表现作为直接诊断。因此,作为初学者,必须熟悉掌握皮损的部位、形态、特点及其鉴别要点;而最基础的就属皮损表现,共18种,其中原发性皮损8种,包括斑疹、斑块、丘疹、风团、水疱和大疱、脓疱、结节、囊肿;继发性皮损10种,包括糜烂、溃疡、鳞屑、浸渍、裂隙、瘢痕、萎缩、

痂、抓痕、苔藓样变。此外,某些皮肤病好发一定部位,如扁平疣好发于面部和手背;寻常痤疮好发于面部和胸背部;单纯疱疹好发于黏膜与皮肤交界处等。而某一部位也可常见为几种皮肤病侵犯,如头部多发脂溢性皮炎、银屑病、头癣、各种脱发、脓疱疮等;面部多发痤疮、扁平疣、雀斑、黄褐斑等;颈部多发神经性皮炎、花斑癣等;唇部多发单纯疱疹、血管性水肿等。故本学科动态变化极强,不同皮肤病在不同发病阶段,相同发病阶段的不同发病部位特点不一,因此医学生要学好皮肤病,诊断的基础与关键就在于区别原发皮损和继发皮损,并且掌握各种疾病的动态变化特点。这也是临床医学生较难掌握和花时间学习、累及经验的地方。那么,我们临床带教的目的就是要抓住专科特点,让学生大量阅览皮损图片,在视觉上提高熟悉度,将复杂的问题简单化,抽象的问题形象化,直观的问题深入化,更深一步认识和理解疾病,从而在临床工作中得以实践。

2.3 个人防护及职业暴露 皮肤性病学中学科分支——性传播疾病(STD)在我国呈现日益上升的趋势,其中获得性免疫缺乏综合征(AIDS)、梅毒等传播也逐年增加,传播人群由高危人群逐步转向普通人群。在皮肤性病诊疗过程中,医学生经常接触患者的血液、汗液或精液等体液。如在职业防护教育薄弱,各项操作不熟练,对职业暴露的防护措施采取不当等,都可能会因此而感染到相关的疾病。为了降低医学生职业暴露事件的发生,提高自我保护意识,保障其在临床操作过程中的职业安全。我认为,对医学生进行个人防护教育,预防职业暴露学习尤为重要^[3]。

3 重视临床教学 注重实践培养

教学医院必须重视教学查房,利用现有临床资源,使学生对皮肤常见病及疑难病有系统的了解和掌握,从而规范诊疗操作,同时应注重学生病历书写规范,使医学生逐步形成独立的临床思维模式,为将来临床工作打好基石。教学查房,全科医学生全程参与,首先,由主管同学床旁汇报病例、进行专科体检,整个汇报过程要求学生中西医诊疗思路清晰,学术用词到位。其汇报内容包括该病例的主诉、现病史、专科检查及辅助检查等,明确病例特点,提出中西医诊断、鉴别诊断、诊疗计划以及诊疗过程中遇到的问题、希望解决的棘手问题。第二步,由带教老师进一步补充,针对学生汇报过程不足之处、学生在诊疗过程中遇到的问题提出临床理论依据,深入教学。最后由科主任对此次临床教学意义、病例特点、要点以及重要的阳性指标做出总结,并指出该病例国内外相关近期发展

情况。我们必须重视临床教学工作,明确临床教学意义所在,每次教学查房,必须围绕相关疾病的诊断思路、中西医病因病理、治疗等,对病例的掌握点、难点详细讲解,注重实践培养,让学生掌握专业基础知识同时,临床能力也得到充分地锻炼^[4]。

4 开展专题讲座 重视专业教育

皮肤性病学,相对于内、外、妇、儿等主体学科,在校教学分配时间较短,故学生们对皮肤科的熟悉程度不高。同时生源大多非皮肤性病科专业,尤其是中西医结合皮肤性病专业。为了让同学们尽快进入角色,开展专题讲座,重视专业教育尤为重要。根据教学计划安排,我们结合专科特点,循序渐进,每周开设一次教学专题讲座,首先从专业基础知识入手,其内容包括中西医结合皮肤性病学专科疾病特点、专科用药规范、专科病历书写规范以及医院感染、个人防护及职业暴露等,逐步过渡到专科系统讲述,如专科专病、典型病例、危重皮肤病以及系统疾病皮肤表现等,让学生更全面地掌握中西医结合皮肤性病专业基础知识及临床技能。同时讲述系统疾病皮肤表现,让学生了解皮肤病与系统疾病之间的关系与交织,让学生们获得专科疾病系统而规范的临床专业知识,从而更系统化,指导现在以及将来的临床实践,形成一独立系统的临床思维模式。

5 运用网络平台 注重多媒体教学

随着“互联网+”时代的深入发展,全民信息化的改变也更为明显。国家教育发展研究中心原副主任周满生曾在2017年12月11日举办的“一带一路——教育的新机遇”教育家年会上作出《互联网+全民信息化时代学生创新能力的培养》主题报告,指出我们现在已经进入了“互联网+全民信息化”的时代,新的产业革命变革,对学生能力培养产生重要影响。同时帮助学生确立新的探索性的学习方式,引导学生尽早进入科学研究领域,把学生的学习和科学探索紧密结合起来,高度重视培养学生的批判性思维能力,提高研究和解决问题的兴趣。那么皮肤性病学形态学特点非常突出,它的教学重点主要是皮损表现,利用相关皮损的影像资料可以让临床教学更加形象化、具体化。为了让学生们对中西医结合皮肤性病学提高学习兴趣,我们收集典型皮损图片、治疗前后对比图片等影像资料^[5],展开丰富多彩的多媒体教学、利用“微信”“大医精诚”等网络平台,从幻灯片展示,到分享大量教学照片、文字、视频、网页、文献、会议信息等^[6],让医学生随时通过网络全方位系统学习。同时利用网络平台的便捷性,师生间可“一对一”“一对多”实时互动,对

专科疾病的重点、难点针对性辅导,从而提高学生们对专科疾病理解的准确性和学习的效率。

6 掌握沟通技巧 化解医患纠纷

优秀的医生就必须具备良好的医患沟通能力。就目前医疗环境,医患关系高度紧张,医生被患者误解、辱骂,甚至殴打,屡见不鲜,医生从业如履薄冰。只要涉及到医患关系,其报道必将成为新闻媒体的热搜,可谓全国敏感话题。两会期间,国家卫生和计划生育委员会主任李斌曾做客新华网和中国政府网《部长之声》,就医患关系提出正面回答,医患互惠、相辅相成,医患之间应该是朋友,应该互相理解。所以我们在临床带教过程中,必须传递正能量,不忘初心,牢记使命。作为医疗人员,人类健康的使者,一切以人民健康为重。加强与患者间的沟通尤为重要,医生应耐心聆听患者需求,理解和关怀患者,尽职尽责为患者服务,增强责任安全意识,努力防范和控制医疗责任事故。为医疗环境零污染、医患关系零距离,共同努力,创造一个和谐的医患关系。

7 结语

中西医结合皮肤性病科临床带教工作,任重道远。学科性质决定了学科特点及发展,中西医结合皮肤性病学临床带教工作要注重专业知识与操作技术能力培养,必须与人文教育相结合,与时俱进,结合专科国内外近期发展情况不断探索,积极改进带教方法,形成一具有专科特色及高效发展的教育模式,从而培养出德才兼备的临床实用型人才。

参考文献

- [1]卓纳,韩建文,于希军,等.皮肤科住院医师规范化培训的体会[J].内蒙古医科大学学报,2017,39(S1):169-171.
- [2]冯燕艳,王燕.在皮肤科教学中培养医学生临床思维能力的研究[J].实用皮肤病学杂志,2014,7(2):136-137.
- [3]王寿翠,魏武洪,吴晓英,等.皮肤性病科实习生职业防护调查及干预措施研究[J].现代医药卫生,2017,33(4):627-629.
- [4]李向峰,吕伟刚.浅谈中西医结合儿科临床带教体会[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(19):17-19.
- [5]周冬梅.中医皮肤科教学的点滴体会[J].实用皮肤病性杂志,2013,6(2):110-112.
- [6]张弛,张思平.微信平台在皮肤性病科教学中的应用[J].安徽医药,2017,21(5):970-972.

(本文编辑:李海燕 本文校对:宋淑华 收稿日期:2018-09-05)

中醫美歲

翻转课堂在中西医结合妇产科学见习带教中的探讨

吴阳¹ 雷磊^{2*}

(1 湖南中医药大学博士研究生2017级,湖南 长沙 410208;

2 湖南中医药大学中西医结合学院,湖南 长沙 410208)

摘要: 临床见习是医学生将单纯的理论知识过渡到临床实践的重要过程,在中西医结合妇产科学的见习带教过程中,存在着学生见习缺乏主动性、个体化差异大、缺乏个人的临床思路、中西医侧重点偏颇等诸多问题。随着网络的普及,翻转课堂在中西医结合妇产科临床见习带教中的优势突显,能够提高见习课的整体效果。

关键词: 中西医结合妇产科学; 见习; 翻转课堂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.014

文章编号:1672-2779(2018)-24-0032-02

Discussion on the Flipped Classroom in the Practice Teaching of Gynecology and Obstetrics of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

WU Yang¹, LEI Lei²

(1. Grade 2017 PHD Candidate, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

2. College of Combined Traditional Chinese and Western Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: Clinical probation is an important process for medical students to transition from pure theoretical knowledge to clinical practice. There are many problems in the process of probation teaching in obstetrics and gynecology of integrated traditional Chinese medicine and Western medicine, such as lack of initiative, great individual differences, lack of personal clinical thinking, and bias of emphasis between Chinese and Western medicine. With the popularization of the network, the advantages of flipped classroom in the clinical teaching of obstetrics and gynecology combined with traditional Chinese medicine are prominent, which can improve the overall effect of the internship.

Keywords: gynecology and obstetrics of integrated traditional Chinese and western medicine; probation; flipped classroom

中西医结合妇产科学是运用中、西医学基础理论,相互借鉴和补充认识妇女生殖系统的解剖、生理、病理特点,研究与妇女经、带、胎、产和解剖生理有关的特有疾病的病因病理、临床表现、诊断与鉴别、辨证规律和防治方法,以及计划生育、优生优育和妇女保健的一门临床医学学科。临床见习是一名医学生将单纯的理论知识学习过渡到临床实践的重要过程,是医学教育的重要环节,影响着今后临床实习的质量^[1]。

翻转课堂又称为“颠倒课堂”,是指重新调整课堂内外的时间,将学习的决定权从教师转移给学生,教师不再占用课堂的时间来讲授信息,需要学生在课前通过看视频讲座、阅读电子书、查找相关文献、在网络上与别的同学交流完成自主学习;在课后,学生自主规划学习内容、学习节奏、风格和呈现知识的方式,教师则采用讲授法和协作法来满足学生的需要和促成他们的个性化学习,其目标是为了让学生通过实践获得更真实的学习^[2]。而互联网的快速发展以及网络的普及,让“翻转课堂”教学模式得到了更充分的发展。

1 传统模式下临床见习的不足

目前,在教学外部环境和教学内部环境不断变化的情况下,传统的临床见习带教基本采用的“分组-问诊-总结-讨论”模式,或者是以老师为中心进行病例介绍的模式,均出现了诸多问题,影响着见习带教的质量。我们就中西医结合妇产科学为例,进行分析总结。

1.1 学生见习的目的性不强 缺乏主动性 虽然每一次的见习都有相应的教学计划,但实际带教的内容有所差异。例如在中西医结合妇产科学规定的关于“计划生育”的见习计划中,实际的见习带教可以以见人工流产为主,亦可以讲授避孕原理的基本知识,学生在见习之前虽然有一个大致方向,但却没有明确的目的性,不清楚课前预习的侧重点在哪里,往往都是在到达见习地点、开始见习时才被告知见习的主要内容——可能是曾经理论课上的知识,也可能是曾经未讲授过的新内容,因此见习之初并没有很强的目的性,只能被老师“牵着鼻子走”,而且大多数教师采用传统的灌输式教学、大量重复理论课内容,缺乏主观能动性。

1.2 见习效果收效甚微 个体化差异大 中西医结合妇产科因临床病例及患者配合度低等限制性原因,见习基本采用分组的方法,每组4~5人,甚至6~7人,每组选

* 通讯作者:leilei1398@sina.com

组长,每一次问诊基本都是由组长主要问诊,其他学生进行简要补充,然后归纳总结进行完整的病历汇报。在这一过程中,我们发现每一次见习主要问诊的都是固定的几位学生,而当临时换成该组其他学生问诊时就变得不知所措,一堂见习课下来,除了少数几位学生掌握了病历问诊的方法外,大多数学生收效甚微,个体化差异大,虽然见习后遇到的问题可以在课后马上找老师解决,可在之后复习中遇到的问题则不能及时反馈。

1.3 按部就班询问病史 未能形成自己的临床思路 在见习问诊病例的过程中,学生基本能按照现病史、既往史、月经婚育史、个人史、家族史的顺序按部就班地问诊,但在中西医结合妇产科学的见习中我们发现,当遇上单独某一类疾病时,学生询问、总结的差异性比较大。例如在问诊先兆流产病史时,腰酸、腹痛、小腹下坠等伴随症状会遗漏,在问诊月经婚育史时,怀孕次数、人流引产史会有遗漏。学生在问诊某一类疾病并未形成自己的临床思路。

1.4 中西医见习带教侧重点有所偏颇 在中西医结合妇产科学的临床见习中,老师的见习带教、学生的汇报病例基本都是以西医为主,例如在不孕症的见习课中,学生对于不孕症的西医概念掌握良好,但什么是“全不产”、“断续”等中医概念就哑口无言了,对于不孕症的辨证论治也少有涉及甚至未涉及中医的理、法、方、药,长此以往不利于中西医结合妇产科学中医临床思路的形成。

2 翻转课堂下临床见习的优势

随着互联网的普及,以及手机、电脑等设备的普遍应用,翻转课堂能够弥补见习带教过程中的诸多不足,将课前预习、课内吸收、课后复习的教学模式更加的清晰、直观、精准^[9]。

2.1 重新构建见习流程 通常情况下,学生通过教师和学生、学生和学生之间的互动来实现“信息传递”,在课后由学生自己来完成“吸收内化”,“翻转课堂”对学生的见习过程进行了重构。例如在见习产前检查这一课之前,老师可以通过QQ群、微信群等信息手段将见习的主要内容、需要掌握的知识点提前告知学生,让学生课前就明确本次见习的目的,提前掌握每次产检的目的及产检内容,在见习课堂上才能做到思路清晰、有的放矢,加之见习课中老师的辅导及学生之间的相互讨论,就能将产检的时间框架轴吸收内化、深刻于脑海之中。

2.2 教学内容清晰明确 在见习课之前,学生通过网络平台,得到见习课的主要内容,增强学生的主观能动性。例如对于胎心音听诊这一部分的内容,通过课前预习,学生可以掌握胎心音的正常范围,并通过QQ、微信课堂等网络平台查找相关慕课资源,对于听诊的

位置、胎心音的节律有一定认识,对见习课程有了一个明确的基本框架,在见习课中通过微格教学法^[4],利用手机摄像功能将学生模拟听诊的全过程拍摄下来,然后回放,找出学生学习胎心音听诊中的不足并加以修正,以此激发学生的学习意识,提高他们的学习兴趣,加深了他们对胎心音听诊的认识和理解。不仅如此,还能对课前未消化的知识点能够消化,对课前预习不理解的内容也能在见习课上及时解决。

2.3 课后反馈方便快捷 翻转课堂的普及,不仅仅是对课前及课时教育模式的改善,亦是缩短了课后复习、反馈的时间。利用网络科技,学生可以在平台上进行讨论、总结,教师也能及时了解学生对知识的掌握程度,并利用碎片时间及时解答问题。见习遇到的病例都是个案,不一定具有特异性,见习课上教授的内容不一定全面,教师既可以利用网络平台对知识点进行补充说明,也可以上传一些相关的短小视频,方便学生对知识点的理解和掌握。例如在讲授受精过程这一知识点时,利用生动的视频讲解更能让学生理解受精全过程。教师还可以针对本堂课的知识出一份问卷,学生通过扫描二维码的形式完成课后作业,课后作业的成绩可以直接通过二维码所设立的平台计算答题情况,方便教师更高效地统计每一位学生对知识的掌握情况,相比于传统的纸质版作业,这样的方式更易操作,且方便快捷。

2.4 做到真正的中西医结合 一堂传统的见习课下来,学生对某一类疾病的认识大多是局限地记住某个重要的关键点,大多为西医部分,而中医的理、法、方、药却没有完整的思路,通过翻转课堂,可将中西医结合妇产科学的某类相关疾病的病因病机、辨证分型阐述明白,让学生在锻炼西医诊疗思路的同时,也训练了中医的诊断思路,做到真正的中西医结合。

3 结语

临床见习是医学理论应用于临床实践的起点,翻转课堂能够弥补传统见习中的诸多不足,使见习过程更加生动、形象,增加了同学见习过程中的主观能动性,夯实了学生的临床能力,也方便教师时时掌握学生对见习课程的理解和建议,无论从教师角度,还是学生角度出发,都将提高见习的整体效果。

参考文献

- [1]吴自余,王林贵,李强.泌尿外科临床见习教学经验体会[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(42):185-187.
- [2]McNally B. et al. Flipped classroom experience: student preferences and flip strategy in a higher education context[J]. Higher Education, 2017(2).
- [3]张宪立.信息技术在翻转课堂中的应用[J].电子技术与软件工程,2018,7(14):254.
- [4]张勤,张宝玲,文刚,等.微格教学法在临床医学教育中应用与思考[J].中国高等医学教育,2013(7):74-75.

(本文编辑:李海燕 本文校对:雷磊 收稿日期:2018-09-04)

Mini-CEX 对医学生临床技能影响的对比研究[※]

葛文姝 邓跃毅*

(上海中医药大学附属龙华医院肾内科, 上海 200032)

摘要:目的 观察Mini-CEX在医学生中的应用。方法 收集2017年1月—12月肾内科轮转医学生共20名(其中男8名,女12名),平均年龄21岁,轮转2个月。入科后先进行minicex考核,记录成绩;之后进行培训,培训4周后再次考核并比较2组间临床判断、体格检查。结果 2组间各项能力均有统计学差异($P < 0.05$)。结论 Mini-CEX能够有效提高学生的临床技巧。

关键词: Mini-CEX; 实习医师; 肾内科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.015

文章编号:1672-2779(2018)-24-0034-02

Comparative Study on the Effect of Mini-CEX on Clinical Skills of Medical Students

GE Wenshu, DENG Yueyi

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

Abstract: **Objective** To observe the application of Mini-CEX in medical students. **Methods** From January 2017 to December, there were 20 rotary medical students of kidney medicine (8 male, 12 female), average age 21 years old, rotate for 2 months. Every 4 weeks after the examination and comparison between the two groups of clinical judgment, physical examination was carried out. **Results** There were statistically significant differences between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Mini-CEX can effectively improve the students' clinical skills.

Keywords: Mini-CEX; intern; nephrology

传统中医内科学的教学注重理论知识的传授,以病证、治疗经验的教学为主,很少启发学生的自主思维能力,因而经常在教学中出现理论与临床实践脱节的现象,这种传统教学方法具有局限性,学生处于被动接受状态,存在自主学习能力较差,学生积极性不高等问题。教师在教学过程中往往出现力不从心,不了解学生掌握知识情况等。Mini-CEX (mini Clinical Evaluation Exercise)^[1] 是美国内科医学会 (American Board of Internal Medicine, ABIM) 用来评价住院医师临床技能并且具有教学功能的考评和教学工具,在国外已应用于医学生及住院医师的培训和轮转考核。Mini-CEX评估能够有效地让学生占据临床实践的主体地位,对实习学生的临床判断能力和自主学习水平有积极影响。从实习带教医生的角度来看,Mini-CEX能够提升临床教学的积极影响力,提高医学生的人文关怀缺失意识。我院开始Mini-CEX考核已有数年,目前已广泛运用于医学生、住院医师规范化培训、专科医师规范化培训之中,通过数年实践已初具成效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2017年1月—2017年12月肾内科轮转医学生共20名,其中男8名,女12名;平均年龄21岁;每人共轮转2个月。入科后先进行Mini-CEX考核,记录

成绩;之后进行培训,培训4周后再次考核并比较2组间临床判断、体格检查。

1.2 研究内容 根据Mini-CEX量表从7个方面进行评价:面谈技巧、体格检查、专业素质、临床判断、沟通能力、组织效能、整体表现;每个项目分3个等级:1~3分为待提高,4~6分为合格,7~9分为优秀。我们取临床判断、体格检查两方面和临床运用相关的进行研究对比。受试者均在日常临床工作的情况下进行考核,医疗行为结束后再告知受试者,并填写测试表格,时间为20~30 min,其中15~20 min为考核时间,其它为临床带教医生打分用时。Mini-CEX在临床教学中往往侧重于多方面、人文等的综合评分,由实习医师对患者或选择的病例进行临床模拟问诊、体检、诊断,带教老师在对实习学生与患者的沟通和交流进行观看后,进行10 min左右的点评与建议,之后再对Mini-CEX考核表进行评分。除此之外,带教老师通过考核结果了解到学生薄弱环节并在之后的临床教学过程中有针对性地加强该方面的教学,待学生出科之前再次用Mini-CEX测评。在Mini-CEX的评分方面,由总带教老师亲自担任考核指导组长,保证研究评分中的评分公开、公平性,保证整个评价过程科学、有效、真实。指导小组成员由2位带教医生为主体,具体对该次实习学生的临床实践、理论学习、人文关怀等进行教学。在评分开始前必须由考核指导组长对组内2位带教医生进行Mini-CEX相关的指导学习,使带教医生能够对Mini-CEX评分的内容、涵盖方面以及评分要点等把握清晰^[2]。

※ 基金项目:中国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

1.3 统计学方法 采用SPSS 16.0统计软件,进行卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表1 2组医学生前后成绩对比 ($\bar{x} \pm s$,分)

	体格检查	临床判断
入科初次考试	3.65	4.78
4周后考试	4.98	6.93
P	<0.05	<0.05

由表1可知, $P < 0.05$ 。医学生参与Mini-CEX对于临床技能有明显提高。

首次与出科2次考核结果来看,实习医师从体格检查、临床判断、面谈技巧均有显著分值提高($P < 0.05$),每个单项平均分都提高1分以上。78%医学生表示在Mini-CEX考核之前虽然进行过问诊、体格检查系统培训,但是临床遇到真实患者时仍会有紧张、不知所措的情况,通过系统培训及初次Mini-CEX考核,84%医学生了解了临床收治病人时的要点和要求,并有一部分在收治患者过程中有了一定的临床内科思维。另外65%医学生表示通过Mini-CEX考评会更加重视临床与患者沟通过程中的说话方式、技巧,注重人文关怀。

3 讨论

上海中医药大学作为全国首家参与规范化临床培训的试点大学一直致力于如何更好地培养优秀医学人才。大学有7家附属医院,而龙华医院为附属医院之中综合实力相对较强的医院,从建校至今一直承担教学工作,每年都有大量医学生、进修医师、研究生、规培医师从医院出站,为各家医院输送优秀中医人才。丁氏流派属孟河医派四大家之一,丁甘仁是其代表人物,丁甘仁学成后曾经先后在武进孟河以及无锡、苏州行医,后来从苏州到上海,不久即名震沪上,播誉四方,为培养人才而开设中医专门学校,传人遍布国内外,上海龙华医院肾病科创始人徐嵩年教授就为丁氏传人。龙华医院肾病科在数十年的临床实践中,对徐嵩年教授的内科学术思想进行提炼与升华,并结合陈以平教授的学术经验,形成优势病种的诊疗方案,发扬丁氏内科学在肾脏病领域中的特长。龙华医院肾病科现为国家中医药管理局肾病重点专科及肾病综合征协作分组组长、国家药品临床试验机构中医内科肾病专业、上海市中医特色专科(中医肾病专科)、上海中医药大学优势学科、上海中医药大学中医临床优势专科、上海市中医临床优势专科。已有国家中医药管理局中医肾病病理三级科研实验室。目前科室共有病床112张,血透机60台,年门诊量超过11万人次,是龙华医院3个重点科室之一,同时是国内中医肾病界唯一在JASN、KI、AJKD上均有论文发表的单位。在国内外发表论文300余篇,获得国内外20余项专项课题支持。2016年获得国家科学技术进步一等奖及上海市科学技术进步一

等奖。经历数十年临床教学带教工作,教学经验丰富。目前科室开展多项教学探索和实践工作改善教学质量。

传统教学模式以老师教授学生听课为主,而Mini-CEX主要是以学生实践为主,事后老师再指出其不足之处,教师不再是传统模式下的“传道者”,而是“医学生知识构建的促进者”。本研究也对进行入组的医学生进行问卷调查,78%医学生表示在Mini-CEX考核之前虽然进行过问诊、体格检查系统培训,但是临床遇到真实患者时仍会有紧张、不知所措的情况,通过系统培训及初次Mini-CEX考核,84%医学生了解了临床收治病人时的要点和要求,并有一部分学生在收治患者过程中有了一定的临床内科思维。另外65%医学生表示通过Mini-CEX考评会更加重视临床与患者沟通过程中的说话方式、技巧,注重人文关怀。

Mini-CEX^[3]是美国内科医学会发展并推荐的一种评价住院医师临床能力的测评工具。包括观察和评价医师的知识、技能、对患者态度、人文关怀和带教医师及时反馈。美国医学教育部门认为住院医师的应该掌握六大核心能力:患者照顾、医学知识、基于实践的学习和提高、人际关系与沟通技巧、职业精神、在医疗系统中的执业能力。Mini-CEX教学方法围绕这6项能力设定了7项评价目标,分别为:(1)医疗面谈技能(Medical Interviewing Skills)。(2)体格检查技能(Physical Examination Skills)。(3)专业态度(Humanistic Qualities/Professionalism)。(4)临床判断(Clinical Judgment)。(5)沟通技能(Counseling Skills)。(6)组织效能(Organization/Efficiency)。(7)整体临床胜任能力(Overall Clinical Competence)。Mini-CEX以7项评估项目为指引,有别于只重视采集病史、体格和理化检查、诊断、治疗的传统临床培训和评估模式,更加注重人文关怀,能深入患者的心理甚至家庭的各个层面,能够促成和谐的医患关系,不仅有助于提高医疗服务质量,更能减少医疗纠纷的发生。

在如今医患矛盾日益加重的今天,对医学生的培训和教学比以往更加严峻,许多医学生失去很多临床实践的机会,因此,如何更有效而不影响正常临床医疗工作的教学方法会更加受到教师和学生们的欢迎。Mini-CEX作为美国一项比较成熟的考评方法,从多角度、各方面考评学生,让学生认识到临床技能和沟通技巧的不足,从而更好地教学相长,值得推广。

参考文献

- [1]Norcini JJ,Blank LL,Arnold GK,et al.The Mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise):a preliminary investigation[J].Ann Intern Med,1995(123):795-799.
- [2]张姐.以 Mini-CEX 为基础的主治医师查房模式在内分泌科的实践[J].继续医学教育,2015,29(3):12-13.
- [3]Weller J M, Jolly B, Misur M P, et al. Mini-clinical evaluation exercise in anaesthesia training[J].Br J Anaesth,2009,102(5):633-641.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈万佳 收稿日期:2018-08-14)

中医住院医师规范化培训中 ICU 科的实践与探索[※]

郭楠¹ 刘丽杰^{2*} 孔令博¹ 聂里红² 王玫² 张永涛² 田鲜美² 贾红荣³ 孙丽丽³

(1 北京中医药大学东直门医院ICU, 北京 100700; 2 北京中医药大学东直门医院西医内科教研室, 北京 100700;
3 北京中医药大学东直门医院护理部, 北京 100700)

摘要: 住院医师规范化培训是医学生毕业后教育的重要组成部分。为培训学员掌握临床常见急危重症的处理技能, 东直门医院ICU科在承担住院医师规范化培训工作中, 不断总结带教经验, 形成了一套具有ICU诊疗特色的培训体系, 为制定ICU住院医师规范化培训标准打下基础。

关键词: 中医住院医师; 规范化培训; ICU

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.016

文章编号:1672-2779(2018)-24-0036-03

Practice and Exploration of ICU Training in Standardized Training of Traditional Chinese Medicine Resident Doctors

GUO Nan¹, LIU Lijie^{2*}, KONG Lingbo¹, NIE Lihong², WANG Mei², ZHANG Yongtao², TIAN Xianmei², JIA Hongrong³, SUN Lili³

(1. Department of ICU, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China;

2. Department of Medical Science and Research of Western Medicine, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China;

3 Nursing Department, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700), China

Abstract: Resident standardized training is an important part of postgraduate education for medical students. In order to train the students to master the skills of clinical frequent emergency and severe treatment, ICU in Dongzhimen hospital, in the course of the standardized training of resident doctors, constantly summarizes the teaching experience, and forms a set of training system with the characteristics of ICU diagnosis and treatment, which lays the foundation for the formulation of standardized training standards for the ICU resident.

Keywords: traditional Chinese medicine resident doctors; standardized training; ICU

住院医师规范化培训是医学毕业生完成学校教育之后, 在经过认定的培训基地以住院医师身份接受的、以提高临床能力为主的系统、规范化培训, 是医学生毕业后医学教育的重要组成部分^[1]。中医住院医师规范化培训是培养中医临床医师的重要方法和环节, 是进行中医医院临床队伍建设的基础^[2]。我院作为北京市中医住院医师规范化培训基地, 承担了重要的规培工作, 院内各级领导及相关科室均非常重视规培医师基础知识的巩固和临床实践能力的培养, 除大内科、外科、妇科、儿科等科室外, 还非常重视规培学员对常见急危重症的及时识别与正确处置的培养, 我们认为掌握常见急危重症的处理技能是临床医师必须的基本能力, 对保证患者安全至关重要。《北京市中医住院医师规范化标准(试行)》中也明确要求, 要通过规范化培训使中医住院医师能独立承担临床常见病、多发病及某些疑难危重症的诊疗工作^[3]。重症医学科(ICU)集中了全院的危重患者, 针对这些患者的监护治疗措施也主要在ICU集中实施^[4], 因此, 是培训住院医师处置危重病能力的重要科室。通过ICU培训, 可以使中医规培学员进一步了解重症医学的基本理论、基本技能,

建立重症医学临床思辨能力, 培养综合分析、准确判断、果断执行的能力^[5]。

我院ICU科自2012年开展中医住院医师规范化培训以来, 结合规范化培训要求和以往教学经验, 不断改革创新, 形成了一套相对完备、行之有效的培训体系。现将我们的工作介绍如下。

1 突出“一”个特色

急危重症救治中注意发挥中医药特色优势。我院ICU科自成立以来, 在姜良铎、刘清泉等名老中医专家的带领指导下, 一直坚持中医药在急危重症患者救治过程中的运用研究, 形成有鲜明特色的中医急危重症救治方案。我们的研究发现, 中医药在一些急危重症救治中具有不可替代的良好作用, 尤其在救治耐药菌感染、胃肠功能障碍、肾功能衰竭患者中收效明显, 脓毒症的中医疗治更加体现出我科的中医特色优势。

为加强规培学员的中医理念, 培训中我们坚持:
(1) 名老中医定期教学查房制度, 通过名老中医的查房教学, 培养规培学员正确的临床中医思维, 要求规培学员在每次查房后整理名老中医诊治思路, 书写跟师查房体会;
(2) 要求规培学员对所管病人每日辨证, 病情变化实时辨证, 一日一总结, 尤其对病情变化快的患者, 督促他们用心体会危重症患者的辨病辨证特点, 加深认识;
(3) 每周开展一次具有科室特点的中

※ 基金项目:北京中医药大学校级课题[No.2016-DZM111-ZY013]

* 通讯作者:liulijie1335@163.com



医讲座,介绍科室特色,重点介绍中医在脓毒症、耐药菌、危重症患者胃肠营养等方面的学术讲座;(4)利用我科保留的经典病案,每两周举办一次以规培学员参加为主的中医病案大讨论,激(启)发规培学员运用中医思维方法诊治急危重症的热情。

2 把握“两”个重点

把握ICU病人“急”和“重”两个重点,培养中医规培学员处理急危重症的思维模式。“急”指ICU的病人病情变化迅速、凶险,要求具有随时迅速判断病情的能力;“重”指ICU病人病情危重、复杂,经常涉及多系统、多学科,要求具有高水平的综合判断能力,从千丝万缕中抓住诊治线索。为培养规培学员对危重症及病情的识别能力,迅速把握急危重症的诊治要点,我科针对临床常见急危重症、结合中医住院医师规培大纲要求,编写了《常见急危重症诊治要点》手册,放置于医生办公室,供规培学员随时学习查阅,要求规培学员在我科轮转的两周内学习完毕,为强化学员掌握学习内容,我们在出科考试中针对《常见急危重症诊治要点》进行考核。

为使学习更加生动,我科还定期专人搜集科内典型病例,建立了ICU病案库。针对病案库中的资料,每周对规培学员进行一次病例讨论。为增强讨论效果,我们在病例讨论前一周将相关病案资料发放给规培学员,要求他们事先查找资料对病例先行进行诊治分析。科内病例大讨论时,我们采取以规培学员发言为主的办法,教师针对学员发言进行指导,引导规培学员一步步深入思考,培养他们的独立分析和判断能力。

3 培养“三”种能力

与特殊病人医患沟通能力,辅助检查运用与判读能力,常用急救设备使用与急诊操作能力。

3.1 与特殊病人医患沟通能力 随着社会的持续进步,患者的自我意识、法律意识不断增强,对于医疗服务的要求越来越高,医患关系日益紧张。医师与患者及患者家属的良好沟通能力是施展医疗手段、避免医疗纠纷、保证医疗安全、医师自我保护的重要且应具备的能力^[2]。重症医学科收治的患者病情危重,涉及多个系统,累及器官多,病情复杂。而为避免院内感染、方便救治和患者休息,家属往往不能陪护患者,医患沟通成为家属了解病情的重要途径。及时有效的沟通不但能够帮助患者家属了解患者病情,同时也可了解患者家属的心理状态、家庭关系,从而最大限度地保证患者治疗的进行,减少医疗纠纷的发生^[4]。为培养规培学员的沟通能力,我院在学员入科前进行了医患沟通课程培训,我们科内也对规培学员进行针对ICU患者

的医患关系沟通培训。在临床工作中,要求规培学员参加上级医师与患者家属的沟通谈话,亲身体验沟通方法,了解沟通技巧。之后,师生之间探讨此次医患沟通的特点,总结沟通经验。对相对简单的沟通问题,放手交规培学员进行,教师旁听补充,锻炼他们的医患沟通能力。出科前,通过教师模拟病人家属,对规培医师医患沟通能力进行考核。

3.2 辅助检查运用与判读能力 ICU患者病情变化快,及时有针对性选择辅助检查和对辅助检查结果的正确判读,对判断病情、制定治疗方案至关重要,掌握并正确分析运用生命体征监测、呼吸监测(包括血气分析),以及循环监测(如血流动力学监测)等,可及早发现、处理患者的各种危机情况,挽救患者生命。对室颤、急性心肌梗死、室性心动过速、频发室早等突发心电图的及时识别,对高钾血症、DIC的检测指标等的正确判断,对急危重症的评估都具有重要意义。因此,我们要求规培学员上班期间对科内所有病人的辅助检查结果要进行及时分析,教师对学员分析结果进行评价、指导。为使规培学员掌握常见急危重症检查的使用和结果判读,我科和西医内科教研室联合建立了辅助检查判读病案库,并对规培学员教学相关内容出科考试。

3.3 急救设备使用及急诊操作能力 ICU是除急诊外,应用急救设备、急诊操作技术最为集中的科室。ICU相对封闭和完善的急救环境,也有利于规培学员进行相应的操作培训。为使学员尽快掌握相关急救设备和急诊操作,我们在学员入科时对他们进行集中培训,重点讲解常用ICU仪器设备使用,如监护仪、呼吸机、心电图机、超声机、输液泵、微量泵、床旁血滤机等的使用,要求学员掌握常用急救设备使用的适应症、禁忌症,熟悉呼吸机模式选择及参数调整等,并掌握胸腔穿刺、腹腔穿刺、气管插管等技术。对这些操作技术,要求学员先通过模拟实训考试后才可跟随老师实际操作,提高学员动手能力。

总之,随着医学的发展进步,对医生的要求也在逐步提高,现代的中医师不再仅仅靠“望闻问切”来诊断疾病,尤其像ICU这种病情复杂的病人,培养具有全面胜任能力的中医师是中医住院医师规范化培训的目标。东直门医院ICU也一直在进行这方面的积极探索,通过对规培学员的随机调查,发现大部分学员对我科目前的规培体系是认可的。通过ICU规培,学员在危重症的识别和诊治方面能力得到明显提高,为其规培后的临床工作打下了基础。但由于规培学员在ICU轮转时间短以及病房病种的限制等,现实培训的效果与目标仍存在一定差距,今后,我们将根据规培和临床

的需求,不断对增加规培内容,梳理流程,完善ICU规培体系,制定能体现ICU特色的规培中医规培手册,提高学员处置疑难危重病证的能力。

参考文献

- [1]国家卫生计生委等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见[S].国卫科教发[2013]56号,2013.
[2]汪蕾,蔡联.北京市中医住院医师规范化培训探讨[J].中医教育,2015,34

(1):78-80.

- [3]北京市中医管理局.北京市中医住院医师规范化培训标准(试行)[S].京中医科字[2012]167号,2012.
[4]石秦东,李昊,高兰,等.住院医师规范化培训中重症医学培训的内容及方法探讨[J].中华医学教育探索杂志,2017,16(6):601-603.
[5]李彤.轮转重症医学科住院医师培训效果的观察[J].医学信息,2013,26(2):76-77.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张宇 收稿日期:2018-09-04)

中医国际学术会议译前准备的方式与作用[※]

石 径 陈 锋* 方廷钰

(北京中医药大学人文学院,北京 100029)

摘要: 中医国际学术会议中的源语因信息密度极高,对同传译员的听力与分析精力、语言产出精力、短期记忆精力都提出了额外需求。译前准备应以降低各项工作精力为导向。长期准备主要通过构建中医知识体系、在知识场中熟悉术语、积累中医笔译经验、熟读中医经典来降低源语的陌生度,减轻听辨压力,支撑译员灵活产出译语;会前准备是面向具体会议的更有针对性的集中准备,目的在于提前掌握传译难点,寻找对策,降低语言产出精力负荷。

关键词: 中医国际学术会议;同声传译;精力分配模型;译前准备

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.017

文章编号:1672-2779(2018)-24-0038-04

Ways and Functions of Preparation for Traditional Chinese Medicine International Academic Conferences

SHI Jing, CHEN Feng, FANG Tingyu

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

Abstract: Traditional Chinese medicine international academic conferences, with high density of information in the source speech, require extra effort in the SI interpreter's listening and analysis effort, speech production effort and short-term memory effort. Preparation for the SI task of this particular context should be guided by the goal of lowering the interpreter's working efforts. It can be classified into long-term preparation and pre-conference preparation. For the former, the interpreter should acquire TCM knowledge comprehensively, familiarize herself with special terms and classical TCM works, and accumulate TCM translation experience in order to reduce the stress in Listening and Analysis Effort and to support herself with greater flexibility of target speech production. In the latter, the interpreter, by focusing on specific SI tasks, is able to predict and tackle difficulties in advance and hence reduce her Speech Production Effort.

Keywords: TCM international academic conferences; simultaneous interpreting; effort model; preparation

同声传译是目前海内外中医国际学术会议普遍采用的口译形式。中医的文本翻译难度本就不小^[1],同声传译这一特殊形式又给该主题的翻译工作带来了新的挑战。高质量的译前准备是保障会议口译成功的基础^[2]。会议题材不同,译前准备工作亦有所区别^[3]。本文试探讨中医国际学术会议译前准备的达成方式与作用。

1 中医国际学术会议同传特点

1.1 源语信息密度高 口译界普遍认同高信息密度是诱发问题的一大来源^[4]。中医国际学术会议中源语信息密度较高^[5],体现在三方面:(1)该语境中的源语具有极强的学科专业性。数字、术语、列举、专有名词等因其包含的冗余成分少而需要译员投入更多的注意力。(2)即兴发言的概率较低,发言者通常宣读或背诵事先准备的文本材料^[6]。发言常脱胎于参会学术论文,书

面语特征凸显,冗余成分更少。(3)源语具备中医主题文本特点——文字时间跨度大、涉及学科多、不同于生物医学又与生物医学相关^[7],也是提升源语信息密度的要素。

1.2 译员精力负荷重 口译学家丹尼尔吉尔在上世纪70年代提出“精力分配模型”,将同声传译(Simultaneous Interpreting)的工作过程看做是包含四种“精力”的模式:听力和分析精力(Listening and Analysis Effort: L)、语言产出精力(Speech Production Effort: P)、短期记忆精力(Short-Term Memory Effort: M)与协调精力(Coordination Effort: C)。其中前三项为主要工作精力。同声传译的工作过程可用公式表示为:SI=L+P+M+C^[8]。

中医国际学术会议中,同传译员的三项主要工作精力受到如下影响:

听力和分析精力:源语的中医学科专业性与学术语篇特征决定译员在理解源语方面需消耗更多精力,无稿同传时更为明显。听辨是产出译语的基础,一旦失误,几乎无法避免译语质量下降的后果。

※ 基金项目:北京中医药大学校级科研项目(青年教师项目)【No. 2017-JYB-JS-049】

* 通讯作者:1186070428@qq.com



语言产出精力：面对陌生专业术语，译员产出译语有障碍；其次，中医术语的英译需较多语言来表述，译员难以跟上发言节奏。第三，目的语文化与源语文化差异巨大，译员有时需调整译语表达。

短期记忆精力：学术发言出现长句、复杂句式的概率更高，易对短期记忆精力产生额外压力。另外，文言引文、陌生信息等也加大了该项精力负荷。

可见，该语境中，译员各项认知处理负荷飙升，工作精力供不应求的风险极大，易导致漏译、误译，甚至译语中断、传译失败。通过译前准备来缓解精力损耗大有必要。

2 译前准备的方式

中医国际学术会议的源语特殊，仅靠数周甚至数天时间“临阵磨枪”难以达成充分的译前准备。有效降低各项精力需求需长时间、多方面积累。本文依据时间将其分为长期准备与会前准备，内容各有侧重。

2.1 长期准备

2.1.1 构建中医知识体系 译员听辨精力透支的主因在于源语的专业性，解决方法是降低或消除源语的陌生感。如译员的知识储备能达到可准确推理发言内容的程度则更为理想。懂医理是对中医同传译员的基本要求。目前国内的同传译员很少有中医教育背景，中医学科体系博大精深，形成有专业水准的中医学科知识体系必然是一项长期工程。活跃在中医领域的同传译员可借助中医类高等院校的教学资源，积极投入自身培训。

2.1.2 在知识场中熟悉术语 中医术语门类庞杂、数目繁多、内涵丰富，仅靠死记硬背术语及英译效果欠佳。术语作为语言代码只给我们提供一个语言信息场，还必须把这个代码转化为言语信息场和知识信息场，因为翻译是在言语信息场和知识信息场中进行的知识传递^[9]。该语境中，术语并非简单罗列，而是由理论、逻辑与知识所支撑。译员需长期积累，才能一步步从识别中医术语跨越到理解中医术语、熟悉中医术语、预测中医术语。

2.1.3 积累中医笔译经验 能够胜任中医国际学术会议同声传译的译员，往往积累了丰富的中医笔译经验。同传译员应将中医主题的笔译纳入平日基本训练，积极参与中医相关的口笔译工作，在翻译实践中提升中医英译熟练度。长期的中医笔译实践是口译员查漏补缺的有效手段，可为会议同传打下坚实基础。在笔译中深度熟悉中医词汇英译，反复加深记忆，才能在同传实践中信手拈来，扩大译语选择的空间。

2.1.4 熟读中医经典 文言文简意赅，与现代中文差异显著，可谓是同传的极端不利情况。中医学术发言中，文言引用并不罕见，就连常见的中医用语也带有半文半白的特征。李照国教授在《谈谈中医英语翻译研究

者的基本素养》一文中提出中医翻译研究者首先需具有良好的中国古典文化修养^[10]。这一要求对同传译员同样适用。熟读中医经典可以降低源语中文言引用的陌生感，降低听力与分析精力和短期记忆精力的耗损，减轻译员心理压力，也便于译员抓住要点提纲挈领地传译。

长期准备还包括同声传译技能的巩固，适用于各类主题的同传任务，在此不作赘述。

2.2 会前准备 长期准备的要义在于降低源语的整体陌生感，减轻译员在听辨方面的压力；会前准备则针对具体会议口译任务，旨在大幅降低译员的语言产出精力负荷。

2.2.1 学习会议资料 中医国际学术会议涉及的会议资料包括会议主题及分论坛主题、会议日程、发言人名单及背景资料、发言主题、部分发言的PPT和提纲、部分会议论文摘要或全文。提供完整讲稿的可能性较小，译员需通过PPT、论文摘要等材料熟悉发言人背景和发言核心内容。还可尽量取得同一学术会议的往届资料以扩充资源。译员还应熟悉该会议的常见发言结构，如实证类医学报告通常以“背景及目的介绍—实验—数据与分析—结论”的步骤来进行。

2.2.2 构建术语可译词库 中医学科分支很多，译员难以对所有术语的对应译语烂熟于心。接到会议任务后，有必要根据议题在脑中构建活跃的术语可译词库。如笔者准备“世界针灸学术大会”同传任务时，就专门熟悉巩固了针灸学科的几百个术语及其对应英译。形成记忆对应之后，这些“可译词”的存在大大减轻了译员的工作^[11]。尤其是学术语篇中的关键词，第一眼虽令人生畏，但多次重复后反而能缓解译员的工作紧张程度。

2.2.3 了解目的语听众 同是中医学术会议，目的语听众构成却可能相差甚远。如若目的语听众均有多年在中国学习或研究中医的经历，对某些常见中医概念可以大胆音译；若目的语听众构成较复杂，有听众不了解中医，则需考虑采用接受度更高的译语。例如“心属火”，在前一种情境中可译成“*xin pertains to fire*”；在后一种情境中则需释意为“*the heart is attributed to the fire element in the Five Element Theory*”。

2.2.4 咨询现场专家 有时译员会因知识或资料欠缺而不可避免地碰到问题。比如有些发言人对中医主题的跨文化交流已有自己的想法，甚至会在发言中提及关键概念的英文表述。若译员和发言人的译法有出入，易引起目的语听众困惑。因此，会前准备中可将问题记录下来，会议间隙请教现场专家，这样不仅能避免误解，还能通过交流提前预知内容，降低语言产出精力。

3 译前准备的作用

充分全面的译前准备能多角度地提升同传译语质量。本节译例选自近年举办的中医国际学术会议或中医学术讲座,原译存在不同程度的失误,改译由具备多年中医口笔译经验的专家完成。分析两版译语差异可见译前准备的作用在以下两方面尤为突出。

3.1 有助于推测源语 会前准备帮助译员获知部分发言主旨及大纲;而长期准备则有助于译员推理源语的医理、术语等,可有效缓解听辨压力,及时组织译语。

例1:源语:总观三焦,膈以上为上焦,包括心与肺;横膈以下到脐为中焦,包括脾与胃;脐以下至二阴为下焦,包括肝、肾、大小肠、膀胱、女子胞等。其中肝脏,按其部位来说,应划归中焦,但因它与肾关系密切,故将肝和肾一同划归下焦。

原译: The three burners in general, above the diaphragm is the upper burner, containing the heart and lungs. From the diaphragm down to the navel is the middle burner, containing the spleen and stomach. From below the navel to the two yins is the lower burner. The liver, according to its location should be in the middle burner, but... it can be in the lower burner because of kidney.

改译: The upper burner covers area above the diaphragm, containing the heart and lungs. The middle burner covers from the diaphragm down to the navel, containing spleen and stomach. The lower burner covers organs beneath the navel, containing liver, kidneys, intestines, etc. Liver is located in the middle burner, but classified into the lower burner in function.

分析:例1是对中医特色概念“三焦”的简单介绍。原译译员中医知识储备不足,较为被动,听清才敢译。译语无法脱离源语外壳,也不太符合英文习惯句法,最后一句还造成了信息丢失。事后译员回顾该语段传译时,认为如果自己事前了解“三焦”的知识,则可在听到“膈以上为上焦”时预测出即将分述三焦的位置与构成,将有限的注意力分配给语言产出。

改进后的译语把主语换成“the upper burner”“the middle burner”“the lower burner”,相同结构便于听者理解。源语最后一句对肝脏与三焦的解释也属基本中医知识,中医专家指出该句无需依照字面表征传译,只需提炼出重点信息“肝在功能上划归下焦”即可。改进后的译语不仅语义清楚,还缩短了译语产出和源语发布的时间差。例1的改译也佐证,在专业信息密度越高时,专业领域背景知识越有助于脱离源语语言外壳,进行自由表达。

3.2 有助于简约译语 中医表达高度凝练,尤其是四字格中医术语信息密度极高。译员需简化译语表达,以免滞后。这必须建立在良好的中医知识素养和丰富的

中医英译经验基础上。

例2:源语:中医认为感冒多为正气不充,外邪乘机侵袭肺卫、阻滞太阳经脉,致使肺失宣素、营卫失调、卫表不固所致。

原译: TCM believes the cold is a result from insufficient healthy *qi*, and the external pathogens can attack the lungs...some channels are obstructed and ...irregular defense.

改译: TCM holds that common cold is usually due to lack of healthy *qi*, failure of the lung to disperse, disharmony of *ying* and *wei*, and failure of the *wei* system to defend body surface.

分析:40余字中接连出现“肺失宣素”“卫表不固”等七八个四字格中医术语,译员的语言产出精力负荷飙升。原译使用了英语动词“attack”与“obstruct”,使得“外邪乘机侵袭肺卫”“阻滞太阳经脉”在译语中形成了两个独立的英文句子,拉长了译语产出时间,导致跟不上发言节奏,漏译误译严重。其次,原译“the external pathogens can attack the lungs”与“some channels are obstructed”因主语不同,听起来毫无联系,并与前一句“cold is a result from ...”割裂开来。该译员中医翻译经验不足,过度依赖源语中术语的字面意思,忽略了句子层面的表达。

方廷钰教授提出,对密集出现的四字格中医术语,应有意识地优先选用名词短语来传译,好处在于表达简约、语义突出、且便于构建合乎语法规则的译语语句。例2的改译将“正气不充”译为由“lack”引导的名词短语,“外邪乘机侵袭肺卫,阻滞太阳经脉”译为由“failure”引导的名词短语,“营卫失调”译为由“disharmony”引导的名词短语,“卫表不固”译为由“failure”引导的名词短语,四个名词短语与“cold is usually due to”连接,一气呵成。改译“failure of the lung to disperse”还将“外邪侵袭导致阻滞经脉”这一源语中的逻辑联系在译语中显化,便于听者领会;简约的表达又减轻了译员的译语产出精力,实为佳译。

4 结语

“准备越充足,理解和表达就越容易到位。”^[12]这在中医国际学术会议同传的译前准备中尤为恰当。该语境的源语特殊,仅凭同传技能难以胜任。中医口译员与笔译员一样,应首先学中医、懂中医。只有在知识场中,术语才有意义,才能译者轻松、听者明了。通过长期准备,方可构建中医知识体系,降低源语陌生感。中医知识和笔译经验为同传中整合语义、灵活释意提供了支撑条件,译员在产出译语时能更主动、更准确。有了长期准备的基础,译员进行会前准备时方能更加从容,有的放矢,提前思考对策。总之,译前准备从多方面助力于提升同传译语质量,是保障中医

国际学术会议交流不可或缺的环节。

参考文献

- [1]李照国.中医英语翻译研究[M].上海:上海三联书店,2013:44.
- [2]王建华.口译心理学[M].北京:外文出版社,2013:160-162.
- [3]楼诗嘉,禹一奇.会议口译中译员的译前准备研究[J].疯狂英语(理论版),2017(3):150-151.
- [4]孙海琴.源语专业信息密度对同声传译“脱离源语语言外壳”程度的影响——一项基于口译释意理论的实证研究[D].上海:上海外国语大学,2012:43.
- [5]王洁华.中医名词术语英译中的信息密度与翻译策略和方法[J].中国中西医结合杂志,2010,30(1):91-93.
- [6]Chernov. Ghelly V. Inference and Anticipation in Simultaneous Interpreting[M].

- Shanghai: Shanghai Foreign Language Education Press, 2011:18.
- [7]施蕴中.论中医药国际会议文献英文翻译和审校[J].上海科技翻译,2003(4):21-25.
 - [8]Daniel Gile. Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training[M]. Shanghai: Shanghai Foreign Language Education Press, 2011:156.
 - [9]何克勇.论科技英语口译中专业术语与专业知识的关系——专业术语译前准备的个案研究[J].现代机械,2000(3):70-72.
 - [10]李照国.中医英语翻译研究[M].上海:上海三联书店,2013:44.
 - [11]塞莱斯柯维奇[法].口译技艺——即席口译与同声传译经验谈[M].上海:上海翻译出版公司,1991:89.
 - [12]刘和平.译前准备与口译质量——口译实验课的启示[J].语文学刊(高教外文版),2007(2):73-76.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈姗姗 收稿日期:2018-08-14)

中医药论文摘要常见错误例析

赵允南 毛逸斐 胡春雨*

(山东中医药大学学报编辑部, 山东 济南 250355)

摘要:在中医药论文的编辑加工过程中,针对摘要普遍存在的写作问题,分别从摘要与引言雷同、不能客观真实反映论文要点内容、未使用第三人称论述及表述形式不规范四个方面,选取典型实例,并加以评论、分析、修正,最后指出了摘要写作需要重视的问题。

关键词:中医药论文;摘要;常见错误;例析

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.018

文章编号:1672-2779(2018)-24-0041-03

Analysis of Common Mistakes in Abstracts Writing of Traditional Chinese Medicine Thesis

ZHAO Yunnan, MAO Yifei, HU Chunyu

(Editorial Department in Journal, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China)

Abstract: This thesis focuses on common mistakes in abstract writing which have been found in the Chinese medicine paper editing process. These mistakes are typical examples taken from abstracts of Chinese medicine papers. They have been summarized from following four fields: the summary and the introduction are copied each other; the essential idea of the paper cannot be objectively reflected; the third person statement is not used; and the expression is not formally standardized. This thesis points out that the abstract writing needs to be paid great attention through commenting, analyzing and revising these common mistakes in abstract writing.

Keywords: traditional Chinese medicine thesis; abstracts; common mistakes

摘要,是中医药论文不可或缺的必要组成部分,它是一篇论文的缩影,通过对摘要信息的阅读,读者即使不阅读全文,也能获取必要的信息,从而确定是否有必要阅读全文。同时,它因以高度概括的形式展示全文,从而利于计算机检索、存贮信息。摘要要有独立性、完整性和自明性特点,它应该准确如实地反映论文的研究内容及取得的最新研究成果,应使用规范的名词术语,且需结构严谨、层次分明^[1]。但是我们在中医药论文的编辑加工过程中,发现每期摘要中都存在着普遍性问题,修改率达90%以上,有的无实质内容、有的与引言雷同、有的甚至所述内容与正文内容不一致,现将中医药论文摘要常见错误总结如下。

1 摘要常见类型

摘要根据内容表现形式,可分为报道性摘要、指示性摘要和报道-指示性摘要三种。

1.1 报道性摘要 也称结构式摘要,由美国麦克马斯特大学(McMaster University) R.Bran.Haynes于1987年在《内科学纪事(Annals of Internal Medicine)》首倡^[2]。国内学者对其不断探讨和改进,使其更条理清晰,格式规范,一般由目的、方法、结果、结论四部分组成。此种摘要形式,内容信息量大,反映论文内容更准确、具体,在有限的字数内向读者提供论文中全部创新内容和尽可能多的定性或定量信息,便于计算机检索,便于初学者模仿。篇幅以300~500字为宜,一般临床研究、中药研究、实验研究栏目多采用。

1.2 指示性摘要 也称简明摘要,以简洁的语言报道研究的基本内容,无定量性描述,它可使读者有对论文一个轮廓性的了解,能很快鉴别出论文是否为自己所需。篇幅以100~150字左右为宜。综述、临证经验类论文多采用。

1.3 报道-指示性摘要 这种摘要内容简洁清晰,论文中具有较高信息价值的部分,如研究的主要内容或取得

* 通讯作者:editorhu@126.com

的主要成就以报道性摘要的形式表述,其他内容则采用指示性摘要来表述。篇幅以150~200字为宜,学术探讨、文献研究栏目多采用。

2 错误例析

2.1 与引言雷同 摘要是一篇完整的短文,可以独立于论文之外而存在。但是投稿文章中常见摘要与引言雷同的错误。在摘要中,作者将本该是引言中论述的研究背景意义、研究现状、当前研究过程中存在的问题、本研究拟解决的问题等,当作摘要来写。这样写成之后,有的论文就出现了没有引言部分而直接论述正文研究内容的错误表述现状,会让读者感到课题研究的展开没有依据;或者再将所写的摘要内容在引言部分重复论述,以强调论文研究的必要性,但却使文章研究内容重复,逻辑混乱。

例:“红楼梦养生浅析”^[3]。

原文:中医学与古典文学都是中国传统文化的精华,两者之间相互影响相互融合,从古典经典文学中发掘中医学的内容,即是从古代人们的生活中探讨养生、保健、治疗疾病等相关内容,红楼梦是一部历史、生活、文化等诸多方面的百科全书,其中也从各个不同的方面探讨了养生保健内容。

评析:以上内容从中医与古典文学的共同特性入手,引出了为什么要论述红楼梦养生保健内容的原因,介绍的是论文写作立论依据,偏重对研究背景的介绍,完全是引言所要表述的内容,不是摘要。通过阅读论文全文,将其修改为如下内容:

改:发掘了《红楼梦》有关养生保健的内容,依据具体章回所述事例,分别从外感六淫、戾气、饮食失宜、七情内伤、劳逸失度五方面论述古人养生及预防疾病的方法。

2.2 不能客观真实 摘要的编写首先应该客观、真实地将论文内容的要点概述出来,即使脱离原文独立使用,读者也可以从中了解论文的主要信息。忌用“治法最优”“值得推广应用”“填补空白”等措词,不要对原文中的新理论、新方法与新发现进行解释或说明,切忌妄加评论、随意引申或自我评价。

例:浅论王执中《针灸资生经》对灸法的贡献^[4]。

原文:南宋著名针灸学家王执中所著的《针灸资生经》对灸法的载述独见其长,书中详细记载了有关灸法体位的选择,壮数的多少,艾炷的大小,施灸的顺序及点艾火等艾灸的技术问题;同时除记载直接灸的灸疗方法外,还记载了隔盐灸、隔蒜灸、隔巴豆灸等的间接灸疗法,以及天灸、竹茹灸、鼠粪灸等的非艾灸的灸疗方法;而且创新形成王氏临床灸疗特色,即通过发灸疮、洗灸疮、贴灸疮等方式来进行的灸后调护。该书对灸法的收录和运用广博,而且实用,对后世灸疗学的发展作出了很大的贡献。

评析:这个摘要中“载述独见其长”“收录和运用广博”“作出了很大的贡献”等语句,对王执中著《针灸资生经》的作用与意义有过度的评价,缺乏客观性。

改:采用文献梳理方式,详细介绍了王执中所著《针灸资生经》中灸法的技术问题,隔盐灸、隔蒜灸、隔巴豆灸等间接灸疗法,天灸、竹茹灸、鼠粪灸等的非艾灸的灸疗方法以及通过发灸疮、洗灸疮、贴灸疮等方式来进行灸后调护。

2.3 未使用第三人称论述 摘要的定义明确指出,不能加注释和评论,如果要用第一、第二人称,那么自我介绍和评论显然是不能避免的。因此,摘要的写作要用第三人称。摘要中如冠以“本文”“本实验”“本研究”“笔者”“作者”等主语,应将其修改为“报道了……现状”“研究了……内容”“进行了……调查”等表述方式,以标明一次文献的性质和主题。采用第三人称,也利于读者阅读、供情报人员和计算机采集信息。

例:柴胡加龙骨牡蛎汤治疗抑郁症研究进展^[5]。

原文:柴胡加龙骨牡蛎汤源自张仲景《伤寒论》,现代医学研究其有很好的抗抑郁作用。本文搜集并总结近10年有关柴胡加龙骨牡蛎汤的临床研究、实验研究及相关药物研究的文献资料,以期临床运用该方剂治疗抑郁疾患提供依据,为临床医师提供参考。

评析:此文在摘要中因使用了“本文”一词,在论述过程中就难免写出评价性的语言,这不符合摘要简明性与概括性原则,将摘要着墨于一些无关紧要的语句中,且有画蛇添足之嫌。

改:从临床研究、实验研究及药物研究等方面综述了近10年柴胡加龙骨牡蛎汤治疗抑郁疾患的研究进展,并针对其不足之处进行了展望。

2.4 表述形式不规范 国际标准化组织以及我国国家标准规定,摘要一般不用图表、化学结构式和非公知公用的符号和术语,也不宜引用正文中图、表、公式和参考文献的序号,如采用非标准的术语、缩写词和符号等,均应在第一次出现时予以说明。摘要的内容要尽可能避免与标题和前言在用词上明显的重复。另外,切忌罗列目次、或各个段落的标题来代替摘要。

例:隔药灸脐法对脾虚型肠易激综合征患者脑肠肽的影响^[6]。

原文:目的:探讨隔药灸脐法对脾虚型肠易激综合征血清脑肠肽含量的影响。方法:210例确诊患者以3:3:2的比例,随机分为隔药灸脐组,隔淀粉灸脐组和西药组,治疗1个疗程。治疗前后采用酶标免疫吸附测定法检测患者血清P物质、血管活性肠肽和5-羟色胺的含量。结果:治疗后隔药灸脐组血清SP、VIP和5-HT含量均显著下降,与治疗前比较(下转第69页)

大柴胡汤治疗肥胖2型糖尿病102例临床观察※

李丽萍 张会琴 高颜华 陈宏伟 王久玉 刘朋松

(河北省保定市中医院内分泌科, 河北 保定 071000)

摘要:目的 观察大柴胡汤加味治疗肥胖2型糖尿病的临床疗效。方法 选取笔者所在医院收治的102例肥胖2型糖尿病肝胃郁热证患者,随机分为治疗组和对照组,治疗组予大柴胡汤加味(由北柴胡、黄芩、枳实、生大黄、黄连、白芍、知母、干姜等组成)治疗,每日1剂;对照组予二甲双胍每日0.75 g,观察2组患者症状及实验室指标变化情况。结果 2组治疗后空腹血糖、餐后2 h血糖、糖化血红蛋白、体重指数均明显下降,与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组总有效率80.65%,对照组总有效率83.87%,2组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 大柴胡汤加味治疗肥胖2型糖尿病肝胃郁热证疗效与二甲双胍相当。

关键词: 2型糖尿病;肝胃郁热型;大柴胡汤;消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.019

文章编号:1672-2779(2018)-24-0043-03

Clinical Observation on Dachaihu Decoction in Treating Obese Type 2 Diabetes Mellitus for 102 Cases

LI Liping, ZHANG Huiqin, GAO Yanhua, CHEN Hongwei, WANG Jiuyu, LIU Pengsong

(Department of Endocrinology, Baoding Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Baoding 071000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of dachaihu decoction on obese type 2 diabetes mellitus. **Methods** 102 cases of obese type 2 diabetes patients with liver-stomach depression heat syndrome were randomly divided into treatment group and control group. the treatment group was treated with Dachaihu decoction (composed of Bupleurum chinense DC., scutellaria baicalensis DC., immature bitter orange, rhubarb, coptis chinensis DC., white peony root, Anemarrhena asphodeloides Bge., dried ginger, etc.), one dose per day; The control group was given metformin 0.75 g daily, and the symptoms and laboratory indicators of the two groups were observed. **Results** fasting blood glucose, 2 h postprandial blood glucose, glycosylated hemoglobin and body mass index were significantly decreased in the two groups after treatment ($P < 0.05$). The total effective rate was 80.65% in the treatment group and 83.87% in the control group. There was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Dachaihu decoction has the same curative effect as metformin in the treatment of obesity type 2 diabetes mellitus with liver-stomach depression and heat syndrome.

Keywords: type 2 diabetes; liver and stomach stagnation heat type; Dachaihu decoction; consumptive thirst

糖尿病(diabetes mellitus, DM)是一组由多病因引起的以慢性高血糖为特征的代谢性疾病,是由于胰岛素分泌和(或)作用缺陷所引起。近年来,经济飞速发展,人民生活水平提高,某些不健康的饮食习惯、活动量的减少、人口老龄化的到来等因素促使我国糖尿病患者持续增加,并且有年轻化的趋势,糖尿病及其并发症给家庭和社会都带来沉重的经济负担^[1]。目前在世界范围内,糖尿病发病率和糖尿病患者数量急剧上升,据国际糖尿病联盟(IDF)统计:2011年全世界糖尿病患者数已达3.66亿,较2010年的2.85亿增加近30%。在中国,除了运用西医手段治疗糖尿病外,还可以选择中医辨证治疗,且大量临床实践证实,中药复方的药效成分多途径、多靶点直接或间接地作用于人体不同的病理、生理过程,从而产生综合效应,作用温和、安全,副作用少,能明显改善患者生存质量,延缓病情进展,可通过综合调理达到降糖目的^[2]。笔者在临床工作中采用大柴胡汤加味治疗肥胖2型糖尿病肝胃郁热证患者,疗效明显,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 102例观察对象均为2013年6月—2015年6月我院门诊或住院患者,按随机数字表法分为2组,治疗组51例,男性31例,女性20例;平均年龄52.8岁;病程0.3~5年。对照组51例,男性33例,女性18例;平均年龄43.6岁;病程0.5~5年。2组病例性别、年龄、病程、血糖水平经统计学分析均无显著差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)均符合1999年WHO 2型糖尿病诊断标准^[3]; (2)病程0~5年; (3)年龄25~65岁; (4)腰围:男 ≥ 90 cm、女 ≥ 80 cm; (5)空腹血糖 > 7.0 mmol/L且 < 13.9 mmol/L,或餐后2小时血糖 > 11.1 mmol/L,入组前未经过规范的降糖治疗; (6)中医辨证属肝胃郁热证,症见心烦易怒,口干口苦,形体肥胖,胸胁脘腹胀满,嗝气,大便秘结,或见多食易饥,舌质红,脉弦数。

1.3 排除标准 (1)近一个月内有糖尿病酮症、酮症酸中毒及严重感染者; (2)有严重心、肺、肝、肾、脑等并发症或合并其他严重性疾病者; (3)血压未经控制或控制后收缩压 ≥ 160 mmHg或(和)舒张压 ≥ 100 mmHg者; (4)妊娠、准备妊娠或哺乳期妇女; (5)精神病

※ 基金项目:河北省中医药管理局河北省名中医李丽萍传承工作室项目[No.冀中医药[2018]9号]

患者；(6) 过敏体质者；(7) 已知对低血糖无感觉者；(8) 以糖尿病并发症为主症者。

1.4 治疗方法

1.4.1 基础治疗 饮食治疗：根据患者的身高、体重和职业计算每天所需的总热量，鼓励患者多进食富含纤维素的食物。运动治疗：以中等强度的有氧运动为宜，每次运动时间不少于30 min，年龄较大者（55岁以上）以中等速度散步为主，每次不少于40 min。监测血糖。12周为1个疗程。

1.4.2 治疗组 大柴胡汤加味，处方：北柴胡10 g，黄芩15 g，枳实15 g，生大黄8 g，黄连15 g，白芍15 g，知母15 g，干姜3 g。随症加减：口干多饮，多食易饥明显者加葛根、天花粉；大便不爽、舌苔黄腻、脉滑者加清半夏、瓜蒌仁。水煎服，每日1剂，早晚饭前服用。

1.4.3 对照组 二甲双胍胶囊（北京圣永制药有限公司，批号13070001、14030106、15030107，0.25 g×24），每次0.25 g，每日3次，三餐前口服。

1.5 观察指标 观察2组患者治疗12周后糖化血红蛋白（HbA1c）、空腹血糖（FPG）、餐后2 h血糖（2hPG）、体重指数（BMI）水平。观察中医临床疗效，应用《22个专业95个病种中医诊疗方案》中关于消渴病的证候积分评价表对治疗后患者临床症状改善情况进行评价。临床痊愈：证候积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：证候积分减少 $\geq 70\%$ ；有效：证候积分减少 $\geq 30\%$ ；无效：证候积分减少不足30%^[4]。总有效率=临床痊愈率+显效率+有效率。

1.6 统计学方法 采用SPSS 13.0软件处理数据，进行统计分析。各项计量资料以均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，治疗前后比较采用配对 t 检验。计数资料以 n （%）表示，采用卡方检验。所有假设检验方法均以 $P<0.05$ 为显著性水准。

2 结果

2.1 观察指标比较 如表1所示，治疗组治疗12周后FPG、2hPG、HbA1c、BMI明显降低，治疗前后差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。对照组治疗12周后FPG、2hPG、HbA1c、BMI明显降低，治疗前后差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。治疗后治疗组与对照组2组间FPG、2hPG、HbA1c、BMI差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

表1 2组治疗前后观察指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	FPG(mmol/L)				2hPG(mmol/L)			
		治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	51	8.43 $\pm$ 1.74	6.91 $\pm$ 1.72*	4.44	0.00	13.37 $\pm$ 2.56	10.43 $\pm$ 2.83*	5.50	0.00
对照组	51	8.57 $\pm$ 1.56	6.69 $\pm$ 1.85*	5.55	0.00	12.96 $\pm$ 1.78	10.29 $\pm$ 2.47*	6.26	0.00
组别	例数	HbA1c(%)				BMI(kg/m ²)			
		治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	51	7.38 $\pm$ 1.04	6.54 $\pm$ 1.26*	3.68	0.00	27.35 $\pm$ 1.75	25.73 $\pm$ 1.69*	4.76	0.00
对照组	51	7.56 $\pm$ 1.27	6.38 $\pm$ 1.01*	5.19	0.00	27.18 $\pm$ 1.84	25.98 $\pm$ 1.92*	3.30	0.00

注：与治疗前比较，* $P<0.05$

2.2 临床症状改善情况比较 经过12周的治疗后，2组患者症状均明显改善。治疗组：痊愈5例，显效20例，有效17例，无效9例，总有效率82.35%。对照组：痊愈4例，显效21例，有效18例，无效8例，总有效率84.31%。如表2所示，治疗组与对照组间治疗后总有效率差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

表2 2组临床症状改善情况比较 [例(%)]

组别	例数	总有效率	无效率
治疗组	51	42(82.35)	9(17.65)
对照组	51	43(84.31)	8(15.69)
χ^2 值		0.07	
P 值		0.79	

3 讨论

现代研究发现，多数2型糖尿病患者均合并有代谢综合征的其他表现如血脂异常、体重增加等^[5]，约60%的患者存在肥胖或者超重^[6]，2型糖尿病属于中医消渴病范畴，主要由于过食油腻，久坐少动，精神过度紧张而致病。古人对此早有记载，在《素问·奇病论篇》曾提到：“此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上逆，转为消渴”。过食肥甘厚味，损伤脾胃，而致脾运呆滞，胃气阻滞而致中满，郁久化热。张景岳云：“肥者，味厚助阳，故能生热；甘者，性缓不散，故能留中。热留不去，久必伤阴，其气上溢，故转变为消渴之病。”正说明了郁热与中满直接关系到2型糖尿病的发生、发展。现代人生活节奏加快，工作压力过大，而致精神过度紧张，也与糖尿病的发病密切相关，临床发现，不少糖尿病患者发病前都有不同程度的精神创伤，糖尿病患者普遍存在焦虑、抑郁情绪，其结论已被研究肯定^[7]。古人对此亦有阐述，《灵枢·本藏》：“肝脆善病消瘵易伤”，即从内因方面说明了消渴与肝的关系，肝郁犯胃，胃阴被伤，胃热炽盛，消谷善饥，临床表现出心烦易怒，口干口苦，形体肥胖，胸胁脘腹胀满，嗝气，大便秘结等。全小林用大柴胡汤加减治疗收到较好的降糖效果^[8]，故选用辛开苦降通腑泄热的大柴胡汤治疗2型糖尿病。

大柴胡汤出自张仲景《伤寒杂病论》，原方组成：柴胡八两，大黄二两，枳实四枚，半夏半升，黄芩三两，芍药三两，大枣十二枚，生姜五两。本方系小柴胡汤去补中之人参、甘草，加泻下之大黄、枳实、芍药而成，具有调畅枢机，通腑泄热之功^[9]。方中以柴胡、黄芩、疏泄少阳肝胆郁热，又合承气之功，以大黄、枳实清泄胃肠实热，通腑降气，主治少阳阳明合病，清泄肝胆胃肠郁热。同时合入半夏泻心汤之旨，以黄芩、黄连、干姜、半夏辛开苦降、斡旋气机，专为土壅木郁、中焦大气不转而设，纵观全方，具有清泄肝胃郁热、燮理中焦、恢复大气运转之功^[10]。诸药共用，能达清热化痰，开结降浊之功，故疗效显著。

此次研究结果显示,治疗12周后,治疗组前后对比,空腹血糖、餐后2 h血糖、糖化血红蛋白、体重指数的变化均具有统计学差异 ($P<0.05$),治疗组与对照组对比,无明显统计学差异 ($P>0.05$),本研究结果说明,采用清热化痰、开结降浊法,用大柴胡汤加减治疗2型糖尿病肝胃郁热者,能有效降低空腹及餐后血糖、减轻体重,其治疗效果与0.75 g/d剂量的二甲双胍相当,安全而有效。临床运用辨病与辨证相结合的方法,指导选方用药,用于糖尿病的治疗,疗效比较明显,中药治疗糖尿病是行之有效的治疗手段。

参考文献

[1]唐玲,陈兴宝,陈慧云,等.中国城市2型糖尿病及其并发症的经济负担[J].中国卫生经济,2013,12(22):21-23.

[2]全小林.糖尿病中医防治指南解读[M].北京:中国中医药出版社,2010:6-35.

[3]WHO.Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus [M]. Geneva:World Health Organization,1999:58-59.

[4]卫生部疾病控制司,中华医学会糖尿病学分会.中国糖尿病防治指南[M].北京:中国医药科技出版社,2004:25.

[5]李光伟.2型糖尿病治疗目标新认识[J].中华医学信息导报,2005,20(6):18.

[6]冯勤,李志.肥胖的成因、相关疾病及减肥[J].医学与哲学(临床决策论坛版),2006,27(5):65-69.

[7]赵建民,赵占宏,陈红梅.古代中医对抑郁症的认识[J].国医论坛,2006,2(21):49.

[8]柳红芳,全小林,朴信映.肝胃郁热证在消渴病治疗中的辨识[J].中国中医基础医学杂志,2002,8(3):65-67.

[9]门纯德.名方广用[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1990.

[10]全小林.糖络杂论[M].北京:科学出版社,2010:265.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王改仙 收稿日期:2018-08-09)

补肾化瘀法治疗宫腔粘连术后 及其对局部 TGF- β 1 和 CTGF 表达的影响^{*}

王 莉¹ 张家瑜²

(1 南京市中医院妇科,江苏 南京 210001; 2 南京中医药大学研究生院,江苏 南京 210029)

摘要:目的 观察总结补肾化瘀法用于宫腔粘连术后治疗的临床疗效,并探讨其对子宫内转化生长因子- β 1 (TGF- β 1)和结缔组织生长因子(CTGF)水平的影响。方法 将120例符合病例纳入标准的患者按1:1:1的比例随机分为试验组、对照A组、对照B组,每组各40例。3组患者均行宫腔粘连分离术。术后治疗:试验组予补肾化瘀方口服;对照A组予雌孕激素序贯治疗;对照B组宫内放置节育环治疗。疗程均为3个月经周期。结果 总体疗效及中医证候评分试验组明显优于对照组;3组治疗后子宫内TGF- β 1和CTGF的表达均较治疗前下降,试验组下降明显优于对照组。结论 补肾化瘀法用于宫腔粘连术后患者的治疗效果显著,其作用机理与子宫内TGF- β 1和CTGF水平表达的降低相关。

关键词: 补肾化瘀法;宫腔粘连;转化生长因子- β 1;结缔组织生长因子;月经不调

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.020

文章编号:1672-2779(2018)-24-0045-03

The Effect of Nourishing Kidney and Dissipating Blood Stasis Therapy in Treating Intrauterine Adhesions and on Expression of TGF- β 1 and CTGF

WANG Li¹, ZHANG Jiayu²

(1. Gynecology Department, Nanjing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210001, China;

2. Graduate School, Nanjing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210001, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of using nourishing kidney and dissipating blood stasis to treat intrauterine adhesions and to discuss the expression of TGF- β 1 and CTGF of using this method. **Methods** A total of 120 patients were randomly selected and divided into one experimental group and two control groups, each group has 40 patients. They are all treated by transcervical resection of adhesion. After surgery, the experimental group is treated by using herbal medicine to nourish kidney and dissipate blood stasis while one control group is treated by using estrogen-progestin and the other control group is treated by IUD. They are all treated for 3 periods. **Results** The experimental group is better than that of the control group with a statistically significant difference in total efficiency and the influence on the expression of TGF- β 1 and CTGF. **Conclusion** The effect of using nourishing kidney and dissipating blood stasis to treat intrauterine adhesions is remarkable. The mechanism is related to the decrease of the expression of TGF- β 1 and CTGF in the endometrium.

Keywords: nourishing kidney and dissipating blood stasis therapy; intrauterine adhesions; TGF- β 1; CTGF; irregular menstruation

宫腔粘连 (intrauterine adhesions, IUA) 又称Asherman综合症,其发病机理为子宫内膜受损,导致子宫

壁间相互粘连。中医学并没有“宫腔粘连”这一病名,现代中医根据本病主要发病症状将其归属于“月经过少”“闭经”“不孕症”等范畴。

西医多采用宫腔镜下粘连分离结合激素口服或宫内置环治疗本病,但疗后常易反复发作,最终导致闭

^{*} 基金项目:江苏省南京市卫生和计划生育委员会基金资助项目
[No.YKK15120]

经、不孕症等，给患者带来巨大的身心伤害，故而术后寻求有效安全、副作用小、复发率低的治疗方法迫在眉睫。

我们在中医理论的指导下，结合临床经验总结，认为本病病位在胞宫，病机乃肾虚为本，血瘀为标，属本虚标实之证；采用经验方一补肾化瘀方口服治疗宫腔粘连术后患者，疗效显著。同时，通过查阅文献发现子宫内膜中转化生长因子- $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$) 及结缔组织生长因子 (CTGF) 水平的表达与本病产生具有密切相关性，故对此进行了相关机理的探讨。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月—2017年12月就诊于南京市中医院妇科患者，共120例，按1:1:1的比例随机分为3组，即试验组、对照A组、对照B组，每组各40例。年龄18~45岁，平均年龄为 (27±14) 岁；病程3~24个月，平均病程为 (15.2±4.5) 个月；宫腔操作次数1~4次，平均宫腔操作次数为 (2.1±0.5) 次。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 参照国家卫生部颁发的2002年版《中药新药临床研究指导原则》及普通高等教育“十二五”国家级规划教材《中医妇科学》的相关内容定制。

1.2.2 西医诊断依据 参照《妇科内镜学》(2001年版)、《妇产科学》(八版) 有关内容制定。

1.3 纳入标准 符合中医诊断和西医诊断标准的患者；在知情同意下签署知情同意书的患者。

1.4 治疗方法 治疗前患者均行宫腔镜下宫腔粘连分离术。

1.4.1 试验组 术后第2天开始服用中药补肾化瘀方(颗粒剂)，每日1剂，连续服药3个月经周期。补肾化瘀方组成：炙鳖甲10 g，紫河车6 g，菟丝子10 g，川牛膝10 g，赤芍10 g，莪术10 g，紫丹参10 g，桃仁10 g，红花10 g，地龙10 g，生苡仁10 g，蒲公英10 g，制香附12 g。

1.4.2 对照A组 术后第2天开始口服戊酸雌二醇(补佳乐) 3片/次，3次/d (法国拜耳医药保健有限公司生产，国药准字：J20080036。规格：1 mg/片)；第14天加用地屈孕酮(达芙通) 20 mg/d (荷兰生产，苏威制药有限公司包装，国药准字：H20090470。规格：10 mg/片)；联合服用10 d后停药，有月经者于出血第5天开始服下一周期药物，无月经者停药7 d后开始服下一周期药物。

1.4.3 对照B组 术后宫腔内放置金属节育环1枚。

3组患者均连续治疗3个月经周期，对照B组治疗3个月于宫腔镜下取出金属节育环。治疗3个月经周期

后进行疗效判定。

1.5 观察指标

1.5.1 总疗效判定 根据月经周期、经量、经色及经质的改善情况分痊愈、显效、有效和无效。

1.5.2 中医证候评分 参照中医诊断标准拟定证候评分表。

1.5.3 TGF- $\beta 1$ 和CTGF检测 治疗前后取子宫内膜组织，本院中心实验室对标本采用酶联免疫吸附法进行测定。试剂盒：TGF- $\beta 1$ (厂商：美国RD公司，货号：DB100B)；CTGF (厂商：美国Abbexa公司，货号：abx575790)。

1.6 统计学方法 采用SPSS 19.0进行统计分析，计数资料和等级资料以率或者构成比表示，行 χ^2 检验或者秩和检验；计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，行 t 检验。

2 结果

2.1 临床总疗效比较 经卡方检验，治疗组总有效率优于2个对照组。总有效率= (痊愈+显效+有效) 例数/例数。

表1 总体疗效 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	30(75.0)	6(15.0)	2(5.0)	2(5.0)	38(95.0)
对照A组	40	27(67.5)	3(7.5)	2(5.0)	8(20.0)	32(80.0)
对照B组	40	20(50.0)	2(5.0)	1(2.5)	17(42.5)	23(57.5)

2.2 中医证候评分比较 治疗前3组患者中医证候评分差异无统计学意义；治疗后治疗组中医证候评分改善优于对照组，差异有显著统计学意义；对照A组与对照B组中医证候评分改善差异无统计学意义。

表2 证候评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	自身比较P值	组间比较(疗前)P值	组间比较(疗后)P值
治疗组	40	24.58±4.09	3.93±2.20	<0.001	>0.05	P1<0.001
对照A组	40	25.25±4.98	11.98±4.08	<0.001	>0.05	P2<0.001
对照B组	40	25.48±4.70	12.10±3.69	<0.001	>0.05	P3 0.89

注：P1：试验组与对照A组比较；P2：试验组与对照B组比较；P3：对照A组与对照B组比较

2.3 子宫内膜组织TGF- $\beta 1$ 及CTGF水平比较 治疗前3组患者TGF- $\beta 1$ 及CTGF数值间差异无统计学意义；治疗后3组患者TGF- $\beta 1$ 及CTGF数值均较治疗前有明显下降，组间比较：治疗组与对照A组间差异无统计学意义，治疗组、对照A组疗后数值下降均优于对照B组。

3 讨论

3.1 中医病机—肾虚为本 血瘀为标 中医学认为，月经的来潮与肾中精气的充盛密切相关，肾中精气盛，方能派生天癸，从而任脉通、冲脉盛，协调作用于胞宫，

表3 治疗前后TGF- β 1、CTGF比较

($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	例数	TGF- β 1					CTGF				
		治疗前	治疗后	自身比较P	组间比较P (治疗前)	组间比较P (治疗后)	治疗前	治疗后	自身比较P	组间比较P (治疗前)	组间比较P (治疗后)
治疗组	40	2173.31 $\pm$ 1025.23	1688.39 $\pm$ 732.23	<0.001	>0.05	P1>0.05	546.10 $\pm$ 151.77	429.35 $\pm$ 155.83	<0.001	>0.05	P1>0.05
对照A组	40	2176.59 $\pm$ 783.56	1761.00 $\pm$ 703.31	<0.001	>0.05	P2<0.05	544.83 $\pm$ 1172.93	424.09 $\pm$ 166.97	<0.001	>0.05	P2<0.05
对照B组	40	2234.34 $\pm$ 945.93	2146.49 $\pm$ 990.07	0.001	>0.05	P3<0.05	574.27 $\pm$ 160.91	525.57 $\pm$ 169.26	0.001	>0.05	P3<0.05

注:P1:试验组与对照A组比较;P2:试验组与对照B组比较;P3:对照A组与对照B组比较

使得子宫内膜正常生长,月经按期来潮。本病多由宫腔手术操作所致,术中金属器械一方面直接损伤子宫内膜,一方面损伤胞宫、胞脉,致肾-天癸-冲任-胞宫轴功能失衡,肾精受损,冲任气血亏虚,导致已损伤的子宫内膜无法修复及新的子宫内膜生长受限,最终发为月经过少、闭经、不孕等;另宫腔操作中的金刃刀具损伤胞宫、胞脉,导致血溢脉外,因肾虚血行无力,使离经之血不能速去,留而化瘀,阻于胞宫胞络,表现为闭经、痛经等;同时血瘀日久必耗伤肾之精气,加重病情。由此可见,肾虚者必血瘀,血瘀日久必肾虚,二者互相作用,使得本病缠绵难愈,易于复发。综上,本病主要病机乃肾虚血瘀,本虚标实。

3.2 中医治疗原则及方药分析 根据本病主要病机乃肾虚血瘀,采用补肾化瘀法治疗本病,方选“补肾化瘀方”。方中鳖甲、紫河车滋补肾精;川牛膝补肝肾兼以活血化瘀;菟丝子温补肾阳;紫丹参活血调经,祛瘀止痛;赤芍、桃仁、红花、莪术、地龙活血化瘀通络;蒲公英清热解毒;生苡仁化湿健脾;制香附疏肝解郁,调经止痛。全方通补兼施,使肾精充足,任通冲盛,瘀血得去,新血得生,月事以时下,氤氲之时相交,方能自然受孕。目前药理学研究亦表明滋肾类中药具有类激素作用,具有抗纤维化形成的作用,可促使子宫内膜及腺体增殖,并且使受损的子宫内膜得到修复,从而预防粘连的再次发生;活血化瘀类药具有改善微循环的作用,改善子宫内膜缺血症状,有利于内膜的修复,从而改善宫腔粘连症状^[1-3]。

3.3 转化生长因子 β 1和结缔组织生长因子与本病发生的相关性 宫腔粘连的发病研究机制尚不明确,近年基于精准医学理念的深入、研究者对于IUA发病机制的探究慢慢聚焦到分子层面。在研究过程中发现,有些细胞因子在损伤的子宫内膜修复过程中相互作用,促进组织纤维化的产生,最终导致IUA的发生。转化生长因子 β 1和结缔组织生长因子^[4]是参与组织纤维化的主要生长因子。TGF- β 1是具有调节细胞生长、分化的一类多功能的细胞因子,在创伤愈合、胚胎发育、细胞外基质(extracellular matrix, ECM)形成、骨的重建、免疫

调节等过程中发挥重要作用^[5]。在创伤中TGF- β 1的表达增加,从而增加创伤中胶原纤维蛋白和炎性细胞的数量^[6]。CTGF是一种在纤维化疾病中发挥重要作用的生长因子^[7]。TGF- β 1可以特异性地诱导CTGF的表达。而CTGF具有TGF- β 1的一些生物学活性和部分生物学功能,如刺激成纤维细胞的增值,促进胶原及其他ECM的表达等在组织器官纤维化的发生中起重要作用^[8]。刘琳琳等^[9]研究发现中重度IUA形成可能与子宫内膜腺上皮细胞TGF- β 1和CTGF的过度表达有关。

本研究即是在此理论基础上,通过观察治疗前后转化生长因子 β 1和结缔组织生长因子的改变来探讨补肾化瘀法在治疗本病中的相关作用机理。

3.4 结论 补肾化瘀法在治疗本病中疗效确切,其作用机理为:(1)通过补肾使得肾精充足,天癸至,冲任二脉通盛,胞宫正常发挥其藏泻功能,使经水能按期而至;通过化瘀使胞宫胞络旧血得祛,新血得生,气血通畅,促进子宫内膜的修复和再生;(2)通过降低宫腔内膜TGF- β 1和CTGF因子的水平,从而达到治疗和预防宫腔粘连再形成的作用;(3)相比于口服激素类药物或采用宫内节育环的治疗方法,本方法疗效显著,副作用小,易于被患者所接受,适于临床推广运用。

参考文献

- [1]马清钧,王淑玲.临床实用中药学[M].南昌:江西科学技术出版社,2002:508-509.
- [2]秦琴琴.温阳益气化瘀法治疗气虚血瘀型盆腔炎性疾病后遗症临床研究[D].南宁:广西中医药大学,2011.
- [3]侯爱贞,王利平,杜鹏,等.补肾活血汤治疗卵巢早衰临床研究[J].河南中医,2014,34(2):314-316
- [4]潘晓娟,张晓.过氧化物酶增殖物激活受体 γ 在间质性肺疾病中的作用[J].中华临床免疫和变态反应杂志,2011,5(4):324-327.
- [5]IHNN. Pathogenesis of fibrosis: role of TGF-beta and CTGF[J]. Cuur Opin Rheumatol, 2002, 14(5):681-685.
- [6]SANTIAGO B.GUTIERREZ-CANASI, DOTOR J, et al. Topical application of a peptide inhibitor of transforming growth factor-beta ameliorates bleomycin induced skin fibrosis[J]. J Invest Dermatol, 2005, 25(3):450-455.
- [7]LEASK A, HOLMER A, ABRAHAM D J. connective tissue growth factor: a new and important player in the pathogenesis of fibrosis[J]. Cuur Rheumatology, 2002, 4(2):136-148.
- [8]BEDDY D, WATSON R W, FITZPATRICK J M. et al. increased vascular endothelial growth factor production in fibrosis isolated from structure in patient with crohn's disease[J]. Br J surg. 2004, 91(1):72-77.
- [9]刘琳琳,刘玉环,蒋东桥,等.CTGF和TGF- β 1的表达与宫腔粘连形成的相关性[J].山东医药,2012,52(12):17-19.

(本文编辑:李海燕 本文校对:黄海梅 收稿日期:2018-09-21)

COPD 患者中医体质 与肥胖、血凝、血脂、吸烟指数的相关性研究

叶玲¹ 林小妹²

(1 福建中医药大学附属人民医院呼吸科, 福建 福州 350003; 2 福建中医药大学研究生部, 福建 福州 350003)

摘要:目的 探究慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者中医体质与肥胖、血凝、血脂、吸烟指数的关联。方法 随机抽取福建省人民医院呼吸科门诊及住院125例稳定期COPD患者,测定其体质类型,测量BMI、吸烟指数及实验室相关结果,并进行统计学分析各体质与指标的关系。结果 COPD患者体质类型以阳虚质、气虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质为主;痰湿质、湿热质与BMI正相关,阳虚质、气虚质与BMI呈负相关($P<0.05$);痰湿质、湿热质与总胆固醇、甘油三酯呈正相关($P<0.05$);血瘀质与FIB、D-二聚体有关($P<0.05$);阳虚质、气虚质、阴虚质与吸烟指数相关($P<0.05$)。结论 肥胖、血凝、血脂等指标异常及吸烟指数均为构成COPD体质的危险因素。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;中医体质;肥胖;血凝;血脂;吸烟;咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.021

文章编号:1672-2779(2018)-24-0048-03

Study on the Correlation between Traditional Chinese Medicine Constitution and Obesity, Blood Coagulation, Blood Lipids and Smoking Index in Patients with COPD

YE Ling¹, LIN Xiaomei²

(1. Department of Respiration, the Affiliated People's Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Graduate School, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: **Objective** To explore the relationship between TCM constitution and obesity, blood coagulation, blood lipids and smoking index in patients with COPD. **Methods** A total of 125 patients with stable COPD were enrolled in the respiratory department of Fujian Provincial People's Hospital. The body types were measured, BMI, smoking index and laboratory related results were measured. The relationship between physical fitness and indicators was analyzed statistically. **Results** The physical types of patients with COPD were mainly yang deficiency, qi deficiency, phlegm dampness, damp heat and blood stasis; phlegm and dampness and damp heat were positively correlated with BMI, and yang deficiency and qi deficiency were negatively correlated with BMI ($P<0.05$), phlegm-dampness and moist heat were positively correlated with total cholesterol and triglyceride ($P<0.05$), blood sputum was associated with FIB and D-dimer ($P<0.05$), yang deficiency and qi deficiency Yin deficiency was associated with smoking index ($P<0.05$). **Conclusion** Obesity, blood coagulation, blood lipids and other abnormal indicators and smoking index are risk factors for the formation of COPD.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; TCM constitution; obesity; blood coagulation; blood lipids and smoking; cough and dyspnea

近年来,体质类型与慢性病的关系引起了越来越多学者的重视,因此做了深入研究,认为体质类型及影响因素与高血压、糖尿病、肿瘤、冠心病等慢性疾病发生发展存在密不可分的关联。目前对于慢性阻塞性肺疾病(COPD)与中医体质研究也逐渐成为热点,但是实验室指标与体质的相关性报道仍偏少。本文探讨COPD体质与肥胖、血脂及凝血功能的关系,为制定COPD的个体化治疗方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从2016年11月—2018年5月,问卷调查福建省人民医院呼吸科住院及门诊的就诊患者,填写《中医体质分类与判定表》,筛选125例符合COPD纳入标准患者,并分析。男116例,女9例;年龄40岁以上。

1.2 诊断标准 暴露于吸烟和/或环境职业污染和生物燃料等危险因素的历史。主要症状是慢性咳嗽、咳痰、和(或)呼吸困难、肺气肿等体征,肺功能测定示存在不完全可逆气流受限(吸入支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC<70\%$,排除其他疾病后可诊断为COPD)。

参照《2017 GOLD慢性阻塞性肺疾病全球倡议:COPD诊断、治疗与预防全球策略(中文版)》。

1.3 体质判定标准 2009年6月中华中医药学会拟定《中医体质分类与判定表》,包括阳虚质、阴虚质、气虚质、痰湿质、湿热质、平和质、气郁质、血瘀质及特禀质九种体质。

1.4 肥胖指标判定标准 中国人体质指数(BMI)分类尺度,如下:低体重($BMI<18.5$),正常体重($18.5\leq BMI<24$),超重($24\leq BMI<28$),肥胖($BMI\geq 28$)。一般情况包括:性别、年龄、身高、体重,BMI计算公式:体重(kg)/身高(m^2)。

1.5 检测指标 检测稳定期外周血中的D-二聚体、FIB、总胆固醇、甘油三酯。

1.6 统计学方法 采用SPSS 20软件录入,全部数据由软件导出后进行统计分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示;多组间比较,样本符合正态分布,方差齐则采用F检验;采用Kruskal Wallis H检验不满足方差分析条件,采用卡方检验和Spearman秩相关检验对计数资料进行比较。

以上检验水平均为双侧检验, $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 肥胖指标

2.1.1 肥胖指标 在125例COPD患者中低体重以阳虚质、气虚质为主, 肥胖见于痰湿质和湿热质。见表1。

表1 不同体质指数COPD中医体质类型分布 [例(%)]

体质类型	低体重 (BMI<18.5)	正常体重 (18.5≤BMI<24)	超重 (24≤BMI<28)	肥胖 (BMI≥28)
阳虚质	16(47)	17(26)	7(37)	0(0)
阴虚质	0(0)	8(12)	0(0)	0(0)
气虚质	7(20)	20(30)	4(21)	0(0)
痰湿质	0(0)	7(10)	0(0)	4(67)
湿热质	1(3)	3(5)	4(21)	2(33)
平和质	2(6)	6(9)	0(0)	0(0)
气郁质	2(6)	2(3)	0(0)	0(0)
血瘀质	5(15)	3(5)	4(21)	0(0)
特禀质	1(3)	0(0)	0(0)	0(0)
合计	34(100)	66(100)	19(100)	6(100)

2.1.2 体质与BMI的关系 阴虚质8例、平和质8例、气郁质4例、特禀质1例, 考虑以上四种体质例数不足, 会出现误差, 所以选择其他5种体质进行统计学分析。BMI经正态检验后 $P<0.05$, 不符合正态分布, 为等级资料予Spearman相关分析。结果示痰湿质、湿热质与BMI正相关, 阳虚质、气虚质与BMI呈负相关。见表2。

表2 各体质与BMI的关系

体质类型	例数	r	P
阳虚质	40	-0.251	0.012
气虚质	31	-0.150	0.042
痰湿质	11	0.243	0.000*
湿热质	10	0.042	0.091
血瘀质	12	0.273	0.39

2.2 体质与实验室指标的关系

2.2.1 体质与血脂指标的关系 经正态性检验, 存在 $P<0.05$, 不符正态分布, 用Spearman等级相关分析, 痰湿质、湿热质与胆固醇、甘油三酯正相关, 阳虚质、气虚质与胆固醇、甘油三酯负相关。见表3~5。

表3 各体质与TC相关关系

体质类型	例数	r	P
阳虚质	40	-0.097	0.048
气虚质	31	-0.585	0.033
痰湿质	11	0.238**	0.008
湿热质	10	0.194	0.027
血瘀质	12	0.204	0.115

表4 各体质与TG相关关系

体质类型	例数	r	P
阳虚质	40	-0.057	0.026
气虚质	31	-0.648	0.009
痰湿质	11	0.768	0.027
湿热质	10	0.371	0.019
血瘀质	12	0.817	0.538

表5 各体质间TG、TC的关系 ($\bar{x}\pm s$)

体质类型	例数	TG	TC
阳虚质	40	4.53±0.20	0.92±0.07
阴虚质	8	4.25±0.23	1.06±0.10
气虚质	31	4.96±0.21	1.05±0.10
痰湿质	11	3.84±0.19	1.24±0.13
湿热质	10	4.90±0.15	1.06±0.09
平和质	8	4.65±0.09	0.96±0.13
气郁质	4	5.58±0.45	0.86±0.04
血瘀质	12	4.78±0.35	1.04±0.06
F 值		13.539	11.049
P 值		0.006	0.013

2.2.2 体质与血凝指标的关系 各组进行正态检验, $P<0.05$, 不符合正态分布, 故用K-W检验, 得出血瘀质 $P<0.05$, 有统计学差异。资料不存在正态性, 用Spearman等级相关分析, 血瘀质与FIB、D-2聚体正相关。见表6~8。

表6 各体质与FIB相关关系

体质类型	例数	r	P
阳虚质	40	0.450	0.339
气虚质	31	0.370	0.064
痰湿质	11	0.441	0.640
湿热质	10	0.004	0.230
血瘀质	12	0.228*	0.000*

表7 各体质与D-2聚体相关关系

体质类型	例数	r	P
阳虚质	40	0.081	0.405
气虚质	31	0.767	0.230
痰湿质	11	0.515	0.901
湿热质	10	0.844	0.157
血瘀质	12	0.390	0.005

表8 各体质间FIB、D-2聚体的关系 ($\bar{x}\pm s$)

体质类型	例数	TG	TC
阳虚质	40	4.16±0.20	0.75±0.09
阴虚质	8	4.28±0.25	0.74±0.16
气虚质	31	4.71±0.23	0.63±0.08
痰湿质	11	3.74±0.46	0.53±0.13
湿热质	10	4.44±0.29	0.65±0.08
平和质	8	5.76±0.89	0.49±0.13
气郁质	4	5.62±0.75	0.41±0.14
血瘀质	12	5.48±0.54	1.28±0.22
F 值		11.737	14.175
P 值		0.011	0.000*

2.6 体质与吸烟指数的关系 经检验 $P<0.05$, 资料不符正态分布, 用Spearman等级相关分析, 阳虚质、阴虚质、气虚质与吸烟指数有关系, 有统计学差异, $P<0.05$ 。见表9。

表9 体质与吸烟指数的关系

体质类型	例数	r	P
阳虚质	40	0.485	0.047
阴虚质	8	0.716	0.013
气虚质	31	0.527	0.044
痰湿质	11	0.084	0.172
湿热质	10	0.571	0.131
平和质	8	0.371	0.520
血瘀质	12	0.542	0.281

3 讨论

3.1 体质与肥胖指标 本研究显示: COPD人群常见体质为阳虚质、气虚质、血瘀质、痰湿质、湿热质。夏海瑛等^[1]查阅大量相关文献亦发现慢阻肺患者常见体质包括阳虚质、气虚质、血瘀质、痰湿质。该结论与陈伟涛等^[2]结果相似,同时研究指出体质受体重指数、年龄等影响。研究显示,低体重者以阳虚质、气虚质为主,痰湿质、湿热质与肥胖有关联,有统计学差异。辛海等^[3]提出体重过低与阳虚质有关,毕建璐等^[4]发现气虚质存在能量代谢异常。气虚质者喜甘甜,弥补了能量不足,因此气虚质体重过低数量较阳虚质少。其中阳虚质所占比例最大(27.2%),可能与本地气候有关系,王莉等^[5]研究发现环境因素中日照时数和温度对体质变化有主导作用。福建地处沿海,纬度低,降雨量丰富,日照时数较少,寒冷和湿气明显^[6],因此福州地区主要体质为平和质、阳虚质、气虚质、湿热质,与本研究结果类似。COPD归属中医“肺胀、喘证”范畴,以肺、脾、肾虚为主。《素问》云:“人受气于谷,谷入于胃,以传于肺,五脏六腑皆以受气”,《景岳全书》曰:“凡脾气稍弱,阳气素不强,一有所伤,未免即致泄泻”,脾肾阳虚则运化功能减退,水谷之气不能由脾散精,上传于肺,下输膀胱,精微不藏而泄,水谷精微流失,出现营养不良,故阳虚质低体重明显。现代研究表明^[7],阳虚质存在肠道菌群失调,同时出现能量代谢、脂代谢等紊乱。有文献报道,低BMI是COPD的危险因素,郝娥娥等^[8]研究分析出BMI越低,COPD病情越重。因此,可通过改善体重来调护体质,预防或延缓COPD出现骨骼肌萎缩,预后不良。

3.2 体质与血脂 本研究显示: 阳虚质、气虚质与胆固醇、甘油三酯负相关,痰湿质、湿热质与胆固醇、甘油三酯正相关, $P<0.05$ 。龚春梅等^[9]调研发现BMI与胆固醇、甘油三酯呈正相关。前面提到BMI越低,COPD越重;同时若BMI高于正常,肺功能也随之恶化。Erick等^[10]认为肥胖可危害肺功能。肥胖造成胸腔内脂肪组织变多,引发肺顺应性下降,呼吸容量缩小,肺功能进一步下降。由上可知,在摄取营养提高BMI的同时,要注意胆固醇、甘油三酯的水平。

3.3 体质与血凝 本研究显示: 血瘀质与FIB、D-二聚体

存在正相关, $P<0.05$ 。COPD晚期可发生低氧血症、高碳酸血症和继发性红细胞增多症,可导致高黏血症;高碳酸血症损伤血管内皮细胞促进凝血因子释放,激活凝血系统。此外,气道内炎症因子可反复刺激启动凝血纤溶系统,凝血功能改变,机体处于血液高凝状态。FIB、D-2聚体是形成血栓关键危险因素,郅燕等^[11]认为,血栓前状态越明显,病情越重。因此定期复查FIB、D-二聚体对于评估COPD病情程度及预后很有必要。在此基础上,FIB和D-二聚体在一定程度上可指示血瘀质存在。

3.4 体质与吸烟指数 本研究发现阳虚质、气虚质、阴虚质与吸烟指数存在相关性, $P<0.05$ ^[12]。吸烟是COPD最主要危险因素,激活气道内氧化应激和炎症反应,二者相互作用,使COPD进展。目前,现有的数据表明,吸烟者患者COPD的概率显著高于非吸烟者,吸烟对COPD的归因风险为20%~70%。有学者认为^[13],COPD人群即使已戒烟,但是气管内炎症因子并未随之减轻或消失,提示可能已改变表观遗传学。调查显示^[14]长期吸烟的人体质会发生改变,形成气虚质、阳虚质、阴虚质,与本研究的结果相合。因此戒烟对于调整偏颇体质是必须的。

研究发现COPD患者存在BMI、血脂、血凝等指标的异常及吸烟这些危险因素,从而形成偏颇体质,导致COPD发生。同时这些危险因素都是客观存在,可调控,因此调理偏颇体质成为可能性。临床中可控制危险因素发生,通过改变生活方式或中药等途径及时干预,避免COPD体质形成,达到“治未病”和“既病防变”。

参考文献

- [1]夏海瑛,钟红卫.慢性阻塞性肺疾病中医体质研究概况[J].西南医科大学学报,2017,40(6):608-609.
- [2]陈伟涛,张红,苏连华,等.慢性阻塞性肺疾病稳定期患者中医体质特点的临床研究[J].现代中医临床,2018,25(2):7-10.
- [3]辛海,吴剑坤,金玫,等.1350例社区慢性病人群的体型与中医体质分布特点[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1719-1721.
- [4]毕建璐,严美花,陈洁瑜,等.补中益气丸干预健康气虚质人群的血浆代谢组学研究[J].重庆医科大学学报,2014,39(8):1124-1127.
- [5]王莉,胡精超.健康中国背景下我国各省国民体质影响因素空间异质性[J].武汉体育学院学报,2017,51(2):5-11,30.
- [6]陈雪珍.福州地区中医体质类型调查分析[J].延安大学学报(医学科学版),2013,11(4):72-74.
- [7]李英帅,黄腾杰,李玲瑞,等.阳虚质肠道菌群与宿主代谢共变化机制研究[J].中华中医药学刊,2015,33(7):1568-1570.
- [8]郝娥娥,关键,许西琳,等.新疆维吾尔族慢性阻塞性肺病患者疾病严重程度与体重指数的相关性分析[J].现代生物医学进展,2016,16(1):95-98.
- [9]龚春梅,孙仕强,周继昌,等.3235例健康体检者体质指数与血压血脂血糖及尿酸的相关分析[J].中国慢性病预防与控制,2015,23(11):839-842.
- [10]Erick Forno, Yueh-Ying Han, James Mullen, et al. Overweight, Obesity, and Lung Function in Children and Adults-A Meta-analysis[J]. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 2018, 6(2):570-581.
- [11]郅燕,杜立平.不同程度慢阻肺稳定期患者血栓前状态的临床研究[J].临床肺科杂志,2018,23(2):327-329.
- [12]孔令雯(综述),董竞成(审校).氧化应激致蛋白修饰在慢性阻塞性肺病发生发展中的作用[J].医学研究生学报,2014,(9):968-972.
- [13]呼吸系统疾病研究专题·栏目介绍[J].川北医学院学报,2017,32(3):315.
- [14]冉丕鑫.慢性阻塞性肺疾病的患病危险因素及其预防[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(2):141-143.

(本文编辑:李海燕 本文校对:徐顺贵 收稿日期:2018-09-07)

补肾强督祛寒汤治疗强直性脊柱炎的临床观察

王春苹¹ 阎小萍^{2*}

(1 北京同仁堂中医医院内科, 北京 100051; 2 中日友好医院中医风湿病科, 北京 100029)

摘要:目的 观察补肾强督祛寒汤治疗强直性脊柱炎的临床疗效与安全性。方法 入选2015年1月—2017年12月在北京同仁堂中医医院门诊接受治疗的170例强直性脊柱炎患者, 随机将患者分成治疗组和对照组, 每组85例, 治疗组给予中药汤剂补肾强督祛寒汤治疗, 30 d为1个疗程, 持续治疗3个疗程。对照组给予柳氮磺吡啶肠溶片, 1 g/次, 3次/天, 30 d为1个疗程, 持续治疗3个疗程。比较2组治疗前后强直性脊柱炎功能指数(BASFI)、Bath强直性脊柱炎疾病活动指数(BASDAI)和脊柱痛, 观察2组治疗前后体征变化情况, 并检测患者血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)水平。结果 与治疗前比较, 2组治疗后BASFI、BASDAI、脊柱痛均显著下降, 差异有统计学意义($P<0.05$), 且治疗组治疗后上述指标评分均明显低于对照组治疗后($P<0.05$)。治疗后, 2组枕墙距、指地距均短于治疗前($P<0.05$), 胸廓活动度、脊柱活动度、Schober试验均明显大于治疗前($P<0.05$), 但组间差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后2组患者ESR、CRP均较治疗前显著下降, 差异有高度统计学意义($P<0.01$)。2组治疗后ESR、CRP水平比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 补肾强督祛寒汤治疗强直性脊柱炎的临床疗效确切, 其能明显改善患者的临床症状、体征, 且安全可靠, 值得临床推广应用。

关键词: 强直性脊柱炎; 补肾强督祛寒汤; 临床观察; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.022

文章编号:1672-2779(2018)-24-0051-04

Clinical Observation of Bushen Qiangdu Quhan Decoction in the Treatment of Ankylosing Spondylitis

WANG Chunping¹, YAN Xiaoping²

(1. Beijing Tongren Tang Traditional Chinese Medicine Hospital, Beijing 100051, China;

2. China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy and safety of Bushen Qiangdu Quhan decoction in the treatment of ankylosing spondylitis. **Methods** 170 cases of severe direct spondylitis in the outpatient of Beijing Tongren Tang traditional Chinese Medicine Hospital of Beijing January 2015 to December 2017 were randomly divided into the treatment group and the control group randomly. Each group was treated with 85 cases. The treatment group was treated with Bushen Qiangdu Quhan decoction. The treatment group was treated with 30d for 1 courses and continued treatment for 3 courses. The control group was given sulfasalazine enteric-coated tablets, 1g/ time, 3 times / day, 30 days for 1 courses, continuous treatment for 3 courses. The function index of ankylosing spondylitis (BASFI), Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI) and spinal pain were compared between the two groups before and after treatment. The changes of physical signs before and after treatment in two groups were observed, and the level of ESR and CRP (C reaction protein) was detected. **Results** compared with before treatment, BASFI, BASDAI and spinal pain in the two groups were significantly decreased after treatment, and the difference was statistically significant ($P<0.05$), and the scores of the above indexes in the treatment group were significantly lower than those of the control group ($P<0.05$). After treatment, the two groups of occipital wall distance and finger distance were shorter than those before treatment ($P<0.05$ or $P<0.01$), and the thoracic activity, spinal activity and Schober test were significantly higher than those before treatment ($P<0.05$), but there was no significant difference between the groups ($P>0.05$). After treatment, ESR and CRP in the two groups decreased significantly compared with those before treatment, and the difference was statistically significant ($P<0.01$). There was no significant difference in the levels of ESR and CRP between the two groups after treatment ($P>0.05$). **Conclusion** The clinical effect of Bushen Qiangdu Quhan decoction in the treatment of ankylosing spondylitis is accurate. It can obviously improve the clinical symptoms of the patients, and it is safe and reliable. It is worthy of clinical application.

Keywords: ankylosing spondylitis; Bushen Qiangdu Quhan decoction; clinical observation; arthromyodynia

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种慢性炎症进行性疾病, 其病因不明, 与感染、免疫和遗传因素有关。主要侵犯骶髂关节、脊柱骨突、脊柱旁软组织及外周关节, 并可伴发关节外表现。临床主要表现为腰、背、颈、臀、髋部疼痛以及关节肿痛, 严重者可发生脊柱畸形和关节强直。由于本病发病原因不明, 西医尚缺乏有效的治疗手段, 早诊断和

早治疗有助于改善AS患者的预后, 提高患者的生活质量, 减少致残率^[1-2]。阎小萍教授根据多年的临床经验总结运用补肾强督祛寒汤加减治疗AS, 取得了较好的临床疗效, 本研究采用补肾通督祛寒汤治疗强直性脊柱炎, 观察其临床疗效和安全性, 现将结果总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均为2015年1月—2017年12月在北京同仁堂中医医院门诊接受治疗, 资料完整且坚持

* 通讯作者: yanxiaoping1688@126.com

服药超过3个月的AS确诊患者,共170例。按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组85例,治疗组男性56例,女性29例;男女比例约为1.9:1;年龄16~71岁,平均36.47岁,其中20~50岁者70例,占82.3%。对照组男性49例,女性36例,年龄19~56岁,平均32.5岁。病程最短3个月,最长20年,其中病程1~5年的患者有62人,占总人数的72.9%。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合美国风湿病协会1984年修订的纽约标准中关于AS的诊断标准^[2]、同时符合2009年ASAS提出的中轴型脊柱关节病分类标准^[3],以及2010年ASAS提出的外周型脊柱关节病分类标准^[4-5]; (2)符合国家中医药管理局“十一五”重点专科中大楼(AS)的全国临床验证方案确定的相关诊断标准^[6]及2002年《中药新药临床研究指导原则》^[7],结合焦树德教授和阎小萍教授多年临床经验,综合拟定而成创建的大楼辨证分型标准,证属肾虚督寒证,症见颈项前倾、胸椎后突严重佝偻、腰膝酸软疼痛、晨僵、髋膝踝关节等不同程度肿胀疼痛,遇寒加重;舌胖苔薄白,脉沉细数^[6-7];治疗超过3个月; (3)研究前行骶髂关节CT、双髋关节MRI、病变膝、踝关节超声证实关节腔积液或炎症的外周型脊柱关节炎的病人^[4]; (4)性别不限,年龄16~75岁; (5)无严重心、肝、肾等脏器功能受损。

1.3 排除标准 (1)存在严重心、脑、肝、肾等疾病,以及造血系统疾病者; (2)关节已发生严重畸形,功能丧失; (3)合并其他脊柱关节疾病或风湿病的患者; (4)妊娠或哺乳期妇女; (5)患有神经、精神类疾病,无法配合治疗者。

1.4 治疗方法 治疗组给予中药汤剂补肾强督祛寒汤治疗,方药组成如下:狗脊30 g,鹿角片10 g,骨碎补20 g,补骨脂15 g,杜仲30 g,续断30 g,桑寄生30 g,桂枝12 g,白芍10 g,羌活12 g,独活10 g,防风12 g,仙灵脾15 g,海风藤20 g,海桐皮15 g,炮山甲10 g,熟地黄12 g,淫羊藿9 g,牛膝15 g,以补肾壮督、祛风散寒、强壮筋骨、通利关节为法,每日1剂,水煎取汁400 mL,分2次服,30 d为1个疗程,持续治疗3个疗程后观察疗效。

对照组给予柳氮磺吡啶肠溶片(商品名:信谊,上海信谊天平药业有限公司生产,国药准字H31020557,0.25 g/片),1 g/次,3次/d,1个月为1个疗程,持续3个疗程。

1.5 观察指标 患者治疗前行骶髂关节CT片、双髋关节MRI及病变的脊柱X光片检查,并检测人类白细胞相容性抗原(HLA-B27),血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)、血常规、肝肾功能等指标。每治疗1个疗程,复查静脉血常规、ESR、CRP和肝肾功能;治疗1年后,复查骶髂关节加病变部位的脊柱X线片,并复查静脉ESR、CRP、血常规及肝肾功能。

1.6 疗效评价标准 采用国际通用的评定指标:强直性脊柱炎功能指数(BASFI)用来评价患者的综合功能,此量表分10个问题,每个问题0~10分,最高分100分,得分越高,功能越差^[10]。强直性脊柱炎疾病活动指数(BASDAI)量表分5个问题,每个问题0~10分,得分越高,功能越差^[11]。脊柱痛采用视觉模拟评分法(VAS),由患者自行评价,0~10分,评分越高,疼痛程度越重^[12]。采用纽约标准^[2]分析骶髂关节X线片以评价骶髂关节炎的程度。观察2组治疗前后体征变化情况,主要包括枕墙距、指地距、胸廓活动度、脊柱活动度、Schober试验等一系列指标。中医症候积分按无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)计分,得分越高,病情越重^[13]。分别采用免疫荧光双抗夹心法检测C反应蛋白水平和魏氏法检测血沉。

1.7 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组强直性脊柱炎患者治疗前后实验室指标ESR、CRP比较 治疗后2组患者ESR、CRP均明显下降,与治疗前比较,差异有显著统计学意义($P<0.01$)。2组治疗后ESR、CRP水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 2组强直性脊柱炎患者治疗前后实验室检查指标比较
($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	ESR(mm/hr)	CRP(mg/L)
对照组	85	治疗前	31.35±4.68	24.53±10.57
		治疗后	13.40±4.49**	8.60±6.38**
治疗组	85	治疗前	43.69±8.36	29.39±16.64
		治疗后	11.16±4.51**	4.05±4.64**

注:本组治疗前后比较,** $P<0.01$

2.2 2组强直性脊柱炎患者治疗前后BASFI、BASDAI和脊柱痛、中医症候积分比较 与本组治疗前比较,各组治疗后BASFI、BASDAI和脊柱痛指标、中医症候积分显著下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗后各指标评分均较对照组明显下降,差异有统计学意义。

义 ($P<0.05$)。见表2。

表2 2组治疗前后BASFI、DASDAI、脊柱痛
及中医症候积分评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	BASFI	BASDAI	脊柱痛	中医症候积分
对照组	85	治疗前	6.95±1.81	36.91±8.45	6.4±1.72	37.35±11.36
		治疗后	2.60±1.36*	11.93±3.33*	2.74±1.01*	24.57±9.62*
治疗组	85	治疗前	6.21±1.82	39.19±7.04	9.29±1.10	39.12±12.53
		治疗后	0.96±0.96**	4.69±4.04**	1.20±1.24**	20.67±7.83**

注:本组治疗前后比较,* $P<0.05$;治疗后与对照组比较,** $P<0.05$;
BASFI:Bath强直性脊柱炎功能指数;BASDAI:Bath强直性脊柱炎疾病活动指数

2.3 强直性脊柱炎患者治疗前后体征变化情况比较 治疗后,2组枕墙距、指地距均短于治疗前,差异有统计学意义 ($P<0.05$ 、 $P<0.01$),但2组治疗后枕墙距和指地距比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。此外2组治疗后胸廓活动度、脊柱活动度、Schober 试验均明显大于治疗前,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。2组治疗后胸廓活动度、脊柱活动度、Schober 试验比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表3。

表3 强直性脊柱炎患者治疗前后体征变化情况比较
($\bar{x}\pm s$,cm)

组别	例数	时间	枕墙距	指地距	胸廓活动度
对照组	85	治疗前	4.08±0.93	35.58±8.10	1.66±0.46
		治疗后	0.99±0.66*	15.15±6.16*	3.38±2.87*
治疗组	85	治疗前	4.01±1.13	36.24±7.27	1.64±0.60
		治疗后	0.60±0.63**	14.00±6.00**	3.24±0.63**

组别	例数	时间	脊柱活动度(°)	Schober
对照组	85	治疗前	36.99±5.66	2.45±1.00
		治疗后	47.22±2.79*	5.03±0.37*
治疗组	85	治疗前	36.08±8.95	2.88±0.89
		治疗后	47.96±4.76**	5.98±1.25**

注:本组治疗前后比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

2.4 安全性分析 在接受补肾强督祛寒汤治疗的85例AS患者中,其中30例在治疗后1周至2周内出现骶髂关节、腰骶部及膝关节肿痛加重,继续服药后,疼痛、肿胀明显减轻。治疗过程中每1个月复查血常规、肝肾功能、血沉、C反应蛋白等安全指标,无病例出现肝肾功能异常和周围血象的改变。对照组中口服柳氮磺吡啶肠溶片治疗的85例中,患者均出现尿黄,嘱其多饮水后缓解;有32例出现恶心、欲呕吐症状,嘱其随餐服用,24例症状缓解,其中8例因不能耐受其药物不良反应3月后停用,改为中草药治疗。

3 讨论

AS 是一种以中轴关节和肌腱韧带附着点的慢性炎症为主的全身性疾病,以炎性腰痛、肌腱端炎、外周关节炎和关节外表现为特点。主要累及骶髂关节、

脊柱及四肢关节,表现为关节和关节周围组织、韧带、椎间盘的钙化,椎间关节和四肢关节滑膜的增生,最终发展为骨性强直。目前临床对于AS缺乏有效的治疗药物,西医主要采用非甾体抗炎镇痛药、柳氮磺胺嘧啶、甲氨蝶呤、糖皮质激素以及生物制剂等药物,副作用大,患者难以耐受。柳氮磺胺嘧啶是一种慢作用抗风湿药,临床用于强直性脊柱炎可缓解病情,其不仅疗效好,而且安全性较高,是强直性脊柱炎首选的基础治疗药物。柳氮磺胺嘧啶是水杨酸与磺胺嘧啶的偶氮化合物,具有抗菌、抗风湿和免疫抑制作用。在肠道内被该处细菌分解为磺胺嘧啶(SP)与5-氨基水杨酸(5-ASA)。SP有微弱的抗菌作用,它在药物分子中主要起载体作用,阻止5-ASA在胃和十二指肠部位吸收,仅在肠道碱性条件下,肠道微生物使重氮键破裂而释出有效成分。其机制目前认为主要是5-ASA与大肠壁结缔组织络合后较长时间停留在肠壁组织中起到抗菌消炎和免疫抑制作用,减少大肠杆菌和梭状芽胞杆菌,同时抑制肠前列腺素的合成(溃疡性结肠炎患者前列腺素增加)以及其他炎症介质(白三烯)的合成。其抗风湿作用为柳氮磺胺嘧啶能抑制白细胞游动,降低蛋白溶解酶活性,抑制多种细胞因子如白细胞介素(IL)-6、IL-1 α 、IL-1 β 、肿瘤坏死因子(TNF)等。该药可改善AS关节疼痛、肿胀和发僵,抗炎作用好,可减缓关节破坏的进程,对外周关节病变疗效好,可降低血清IgA水平。从而抑制AS的免疫过程,抑制免疫炎性反应,缓解病情^[14-15]。

从中医学理论分析,焦树德^[16]提出“大倮”概念,阎小萍教授根据多年的临床经验,亦认为AS归属于“大倮”较为恰当,其病因病机主要是肾督阳气不足或因风寒湿热诸邪(尤其是寒湿偏重者)深侵肾督而致。如《素问·生气通天论篇》曰:“阳气者,精则养神,柔则养筋,开阖不得,寒气从之,乃生大倮。”《素问·脉要精微论篇》曰:“背者胸中之府,背曲肩随,府将坏矣。腰者肾之府,轻摇不能,行则倮附,筋将备矣。”《诸病源候论·背倮候》篇曰:“肝主筋而藏血,血为阴,气为阳。阳气精则养神,柔则养筋,阴阳和同则气血调适,共相荣养也,邪不能伤。若虚则受风,风寒搏于脊脊之筋,冷则挛急,故令背倮。”《诸病源候论·腰痛不得俯仰候》篇曰:“肾主腰脚,而在三阳、十二经、八脉,有贯肾络于腰脊者,劳损于肾,动伤经络,又为风冷所侵,血气搏击,故腰痛也。阳病者,不能俯,阴病者,不能仰,阴阳俱受邪气者,故令腰痛而不能俯仰。”《医学衷中参西录》

曰：“凡人之腰痛，皆脊梁处作痛，此实督脉主之……肾虚者，其督脉必虚，是以腰疼。”

综观以上阐述，可知此病的发病是因“阳气开阖不得，寒气从之”。督脉为人身阳气之海，督一身之阳；腰为肾府又与足太阳相表里，故而肾督两虚，寒邪最易入侵，寒邪入侵肾督，阳气不得开阖，寒气从之，寒邪乘虚而入，深侵肾督，乃生大痼。可见肾督阳虚是本病的内因，寒邪入侵是其外因，内外合邪，阳气不化，寒邪内盛，影响筋骨的荣养润泽，而致脊柱伛偻，乃形成大痼之病^[7]。AS临床证型较多，而肾虚督寒证最为常见，故本研究以肾虚督寒证的治疗方法为研究目的。AS——肾虚督寒证当治以温肾强督、祛寒通络、通利关节之法，故在治疗中，老师常以补肾强督祛寒汤加减治疗，本方中狗脊补肝肾、入督脉、强筋骨、利俯仰；熟地补肾填精；淫羊藿温肾壮阳、除冷风劳气；鹿角主入督脉，补肾督之阳、强骨、壮腰膝，配合羌活、独活等散风祛湿之品，使腰间气机通畅、滞邪不存；骨碎补祛骨风、疗骨痿、活瘀坚肾；桑寄生、杜仲补肝肾、强筋健骨，直达下部；牛膝活血益肾；炙山甲散瘀、通经、活络。本方在治疗中随症加减，如寒甚痛重不宜者加制川乌3g，草乌3g，七厘散1/3管随汤药冲服；畏寒重伴脊背冷痛不舒者加炙麻黄6g，干姜9g；关节沉痛僵伴肿胀，舌苔白厚腻者，去熟地，加生薏苡仁30g，炒白芥子6g；大便溏稀者去川牛膝加白术12g，补骨脂20g；久病外周踝、膝、髌关节僵直不能行走或腰脊坚硬如石者，加透骨草12g，伸筋草30g，泽兰15g；午后潮热明显者加青蒿10g，炙鳖甲30g，银柴胡12g，胡黄连9g，地骨皮10g；咽干、咽痛加元参12g，知母15g，板兰根15g；关节红肿疼痛，僵硬，屈伸不利者，加忍冬藤30g，生薏苡仁30g，白僵蚕9g，生石膏20g，赤芍12g，络石藤30g，知母15g，炒黄柏10g；对于外周关节肿痛兼有积液，活动受限甚者加茯苓20g，猪苓20g，泽兰15g，泽泻15g，车前子10g，经此加减治疗患者双髌关节积液消失，膝、踝关节肿胀疼痛明显减轻，疗效明显。全方共奏补肾强督、散寒通络之效^[17-18]。

本研究结果显示，各组治疗后BASFI、BASDAI、脊柱痛积分指标及中医症候积分均较前显著下降（ $P<0.05$ ），且治疗组治疗后上述指标评分均明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。本研究结果提示，补肾强督祛寒汤能明显改善患者的临床症状，减轻患者的脊柱疼痛，缓解病情，且效果明显优于柳氮磺吡啶。本研究结果中，2组治疗后枕墙距、指地距均短于治疗前，胸廓活动度、脊柱活动度、Schober试验均明显大于治疗前，且治疗

组治疗后枕墙距、胸廓活动度、脊柱活动度均低于对照组，说明补肾强督祛寒汤可明显改善患者的关节活动，缓解腰背脊柱疼痛及晨僵。同时，2组患者治疗后ESR、CRP水平较治疗前显著改善（ $P<0.01$ ），说明补肾强督祛寒汤对于减轻AS患者炎症反应的效果是肯定的，有利于控制疾病的进展。

AS的发病机制十分复杂，属疑难病，目前西医西药尚缺乏满意的治疗方法。本研究在阎小萍教授补肾强督的学术思想指导下，通过对170例AS活动期患者进行对照研究，采用国际通用的指标评价效果，证实了补肾强督祛寒汤治疗AS，可改善患者临床症状和体征，改善患者的躯体功能，并能减少外周关节的积液，缓解肿胀疼痛症状，减轻患者的致残率。其作用机制可能与调节患者的免疫功能，降低ESR和CRP，改善关节的骨质破坏有关。总之，补肾强督祛寒汤对于AS患者具有明确的疗效，且安全可靠，值得临床推广^[19]。

参考文献

- [1]中华医学会风湿病学会.强直性脊柱炎诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2010,14(8):557-559.
- [2]Vander Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: A proposal for medication of the New York criteria[J]. Arthritis Rheum, 1984, 27(4):361-368.
- [3]Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of Spondylo Arthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis[J]. Ann Rheum Dis, 2009, 68(Suppl II):ii1-ii44.
- [4]Braun J, Van den Berg R, Baraliakos X, et al. 2010 update of ASAS/EULAR Recommendations for the management of ankylosing spondylitis[J]. Ann Rheum Dis, 2011, 70(6):896-904.
- [5]Rudwaleit M, Van der Heijde D, Landewe R, et al. The Assessment of Spondylo Arthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general[J]. Ann Rheum Dis, 2011, 70(1): 25-31.
- [6]国家中医药管理局医政司.22个专业 95个病种中医诊疗方案[M].北京:中国中医药出版社,2011:255-259.
- [7]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社, 2002:85-86.
- [8]阎小萍,张恒,翁习生.常见风湿病及相关骨科疾病中西医结合诊治[M].北京:人民卫生出版社,2015:81-91.
- [9]张英泽,阎小萍.补肾强督方治疗强直性脊柱炎肾虚督寒血瘀证的临床研究[J].北京中医药大学学报,2007,30(12):857-860.
- [10]Calin A, Garrett S, Whitelock, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis; the development of Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index[J]. Rheumatol, 1994, 21(12):2281-2285.
- [11]Garrett S, Jenkinson Tr, Kennedy LG, et al. A new approach to defining Disease status in ankylosing spondylitis: the Bath As disease activity Index[J]. J Rheumatol, 1994, 21(12):2286-2291.
- [12]李坤鹏,黄烽.强直性脊柱炎:一种被忽视的全身性疾病[J].中华内科杂志,2015,54(21):1727-1729.
- [13]阎小萍.强直性脊柱炎[M].北京:中国医药科技出版社,2004:95-96.
- [14]陈慕芝,孙学斌,段红妍,等.依那西普与柳氮磺吡啶治疗强直性脊柱炎的效果[J].中国医药导报,2015,12(7):82-85.
- [15]Calin A. Ankylosing spondylitis[J]. Medicine, 2006, 34(10):396-400.
- [16]焦树德.“大痼”刍议[J].北京:中国中医药信息杂志,2000,7(6).
- [17]王昊,阎小萍,孔维萍,等.补肾强督方加减治疗强直性脊柱炎的临床研究[J].中国中医急症,2013,22(5):738-740.
- [18]阎小萍.焦树德治疗强直性脊柱炎经验[J].中医杂志,1994,35(7):407.
- [19]彭德桂.补肾强督治法治疗强直性脊柱炎临床观察[D].广东:广州中医药大学,2010:1-62.

(本文编辑:李海燕 本文校对:贾清华 收稿日期:2018-08-28)

亚健康状态分型与中医体质类型之间的对应关系研究

罗菡子

(江西省九江市第一人民医院体检科, 江西 九江 332000)

摘要:目的 研究亚健康状态分型与中医体质类型之间的具体对应关系。方法 采用整群抽样法, 从2017年1月—2018年3月来我院体检的人群中, 将1576例亚健康状态人群按照情况不同分为躯体亚健康、心理亚健康、社会适应亚健康三种形态。观察不同分型与中医体质类型之间的相关性。结果 本组1576例亚健康状态三分型人群中, 心理亚健康人数占比最高, 达到50.25%; 在亚健康状态七分类人群中, 失眠与焦虑人数占比最高, 分别占26.60%、19.35%; 在中医体质方面, 平和质与气郁质所占人群最高, 分别为17.32%、14.78%。结论 当前体检人群中, 亚健康状态人数分布存在差异, 而亚健康状态的不同分型与中医体质类型之间有一定的具体对应关系, 气郁质是当前社会亚健康状态的重要危险因素。

关键词: 亚健康; 中医体质; 对应关系

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.023

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0055-03

Study on the Correspondence Relationship between Sub-health State Classification and Traditional Chinese Medicine Constitution Type

LUO Hanzhi

(Physical Examination Department, the First People's Hospital of Jiujiang, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

Abstract: **Objective** To study the correlation of sub-health types with TCM constitution classifications. **Methods** Through the cluster sampling methods, 1576 sub-health people checked from January 2017 to March 2018 in our hospital were selected and classified into physical sub-health group, psychological sub-health group and social adaptation-associated sub-health group. The correlation of different sub-health types with TCM constitution classifications was analyzed. **Results** The psychological sub-health rate was highest (50.25%); according to its sub-health types, the rate of insomnia and anxiety was highest (26.60% vs. 19.35%); according to its TCM constitution, the rate of gentle and Qi-depression constitution was highest (17.32% vs. 14.78%). **Conclusion** During the physical examination process, the sub-health people are statistically distributed; the different sub-health types are certainly correlated with TCM constitution classification. In the case, the qi-depression constitution is the risk factor of the sub-health status in the society.

Keywords: sub-health; TCM constitution; correspondence relationship

亚健康状态又称为“第三状态”, 其介于健康与疾病之间, 若未及时采取控制, 将逐渐发展为疾病状态^[1], 近年来随着国民生活水平的不断提高, 社会各界的压力也在明显加大, 亚健康状态已受到越来越多人的重视。目前体质与健康与疾病之间的密切关系已得到大量学者研究证实^[2], 但有部分人认为, 中医体质与亚健康存在一定观念, 对亚健康的发展发展具有重要影响。本研究通过实际样本调查, 深入分析亚健康状态分型与中医体质类型之间的相关性, 旨在为临床改善亚健康状态提供干预思路, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用整群抽样法, 将2017年1月—2018年3月来我院体检诊断为1576例亚健康状态人群作为此次调查对象, 在这1576例亚健康人群中, 男性864例, 女性712例; 年龄21~59岁, 平均(40.12±5.34)岁; 青年(18~34岁)526例, 中青年(35~44岁)618例, 中年(45~59岁)432例, 按照情况不同分为躯体亚健康303例、心理亚健康792例、社会适应亚健康481例。

1.2 纳入标准 (1) 符合《亚健康中医临床研究指导原则(试行)》标准; (2) 当前机体状态正常, 未对其

生活造成影响; (3) 年龄≤60岁; (4) 认知功能正常, 自愿接受调查并配合完成者。

1.3 排除标准 (1) 合并严重心肝肾等脏器功能异常者; (2) 近期有重大明确的手术治疗情况; (3) 出现明显疾病身心状态受损严重者; (4) 拒绝合作者。

1.4 研究方法 采用现场发放调查问卷的方式, 由经过专业培训的护理人员发放已编号《亚健康与中医体质调查问卷》, 此问卷共分为3个部分, 包括一般情况、亚健康状态测定、中医体质量表, 其中一般情况包含调查对象的基本信息及近期生活习惯、健康状况, 亚健康状态三分型按照《亚健康中医临床研究指导原则(试行)》进行判定; 体质分类辨识的判断标准按照中华中医药学会公布的《中医体质分类与判定表》^[3]。

1.5 统计学方法 采用SPSS 19.0 软件进行数据统计分析。计量数据资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 计数资料以百分比表示, 即[例(%)]。采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示数据差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 亚健康状态三分型及体质类型分布情况 本组1576例亚健康状态人群中, 心理亚健康人数占比最高, 达

表1 亚健康状态三分型及体质类型分布情况

[例(%)]

分型	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	瘀血质	痰湿质	湿热质	气郁质	特禀质	合计
躯体亚健康	45(14.85)	32(10.56)	21(6.93)	28(9.24)	25(8.25)	33(10.89)	40(13.20)	43(14.19)	36(11.88)	303(19.23)
心理亚健康	133(16.79)	88(11.11)	87(10.98)	71(8.96)	86(10.86)	84(10.61)	80(10.10)	101(12.75)	62(7.83)	792(50.25)
社会适应亚健康	95(19.75)	51(10.60)	45(9.36)	40(8.32)	46(9.56)	38(7.90)	45(9.36)	89(18.50)	32(6.65)	481(30.52)
合计	273(17.32)	171(10.85)	153(9.71)	139(8.82)	157(9.96)	155(9.84)	165(10.47)	233(14.78)	130(8.25)	1576

表2 亚健康状态七分类及体质类型分布情况

[例(%)]

分型	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	瘀血质	痰湿质	湿热质	气郁质	特禀质	合计
疲劳	45(15.36)	32(10.92)	21(7.17)	28(9.56)	25(8.53)	33(11.26)	30(10.24)	43(14.68)	36(12.29)	293(18.59)
失眠	63(16.94)	58(15.59)	37(9.87)	31(8.33)	36(9.68)	24(6.45)	40(10.75)	61(16.40)	22(7.83)	372(23.60)
焦虑	68(22.30)	21(6.89)	35(11.48)	32(10.49)	29(9.51)	30(9.84)	21(6.89)	49(16.07)	20(6.56)	305(19.35)
疼痛	26(14.44)	10(5.56)	20(11.11)	18(10.00)	21(11.67)	20(11.11)	22(12.22)	28(15.56)	15(8.33)	180(11.42)
健忘	31(16.76)	27(14.59)	16(8.65)	15(8.11)	16(8.65)	21(11.35)	19(10.27)	23(12.43)	17(9.19)	185(11.74)
抑郁	15(11.45)	11(8.40)	14(10.69)	10(7.63)	18(13.74)	13(9.92)	15(11.45)	22(16.79)	13(9.92)	131(8.31)
便秘	25(20.83)	12(10.00)	10(8.33)	15(12.50)	12(10.00)	14(11.67)	18(15.00)	7(5.83)	7(5.83)	120(7.61)
合计	273(17.32)	171(10.85)	153(9.71)	139(8.82)	157(9.96)	155(9.84)	165(10.47)	233(14.78)	130(8.25)	1576

到50.25%；在中医体质方面，平和质与气郁质所占人群最高，分别为17.32%、14.78%，详情见表1。

2.2 亚健康七分类在不同体质类型人群的分布情况 本组1576例亚健康状态七分类人群中，失眠与焦虑人数占比最高，分别占26.60%、19.35%，详情见表2。

3 讨论

亚健康虽逐渐受到社会各界的日益关注，但医学领域其研究多偏向西医理论，存在诸多问题，因此，研究目标转向传统医学，从中医理论角度去理解亚健康^[4-6]。由于亚健康在多器官系统中经常有异常，所以身体的整体特征得到反映，这是机体各种系统总体失衡和功能障碍的表现，而不是局部变化，这恰好与中医的“整体观”相吻合，与人的体质密切相关，体质是先天性遗传和获得性获得形成的形态结构，生理功能和心理状态的内在稳定，相对稳定的个体特征^[7-8]。不同的体质可能有不同的发病倾向，体质倾向使人们对致病因素或疾病有不同的易感性^[9]。

本研究通过对1576例亚健康人群的分型与体质类型之间的相关性进行深入研究，由本文表1可知：心理亚健康人数占比最高，达到50.25%；在亚健康状态七分类人群中，失眠与焦虑人数占比最高，分别占26.60%、19.35%，其中疲劳亚健康与气虚质、痰湿质联系较为密切；失眠亚健康与阳虚质联系较为密切；焦虑亚健康与气郁质联系较为密切；疼痛亚健康与平和质、特禀质联系较为密切；健忘亚健康与平和质、特禀质联系较为密切；抑郁亚健康与气郁质联系较为密切；便秘亚健康与阴虚质联系较为密切；在中医体质方面，以平和质与气郁质所占人群最高，分别为17.32%、14.78%。由此可见，本次所选对象普遍属于

焦虑状态，中医体质表现为平和质与气郁质，可能与我国经济水平的升高，人们的生活节奏加快、整个社会的生存竞争日趋激烈有关^[10-11]。所以我们有必要从健康角度去关心患者，根据每位患者的实际状况制定相应的健康管理对策，可从以下几点着手干预：①社会心理干预：鼓励患者积极调适，学会自我控制自己的情绪，保持良好的心态、体态，生活要有张有弛，劳逸结合，主动交友，循序渐进地适应和改变环境；②行为干预：错误的饮食习惯引起体质变异，形成亚健康的重要因素，因此需要指导患者一定要注意膳食平衡，科学合理地进食，日常生活中应以植物性食物为主，辅以动物性食物，同时要克服吸烟、酗酒、熬夜等不良生活习惯，增加体育锻炼，增强脏腑的活动能力。③改善生活环境：随着各种先进仪器的使用，如空调、冰箱、显示等，使全球变暖、臭氧洞扩大，也是导致人们体质变异、亚健康状态的一项重要因素，因此，在改善自身行为习惯的同时也要保护周围环境，回归自然和绿色革命。然而生存环境的改善，是一项长期艰苦的工程，需要全人类的共同努力。

综上所述，亚健康状态与体质之间关系甚密。但尽管体质理论为亚健康状态研究提供了重要的理论依据和指导，仍有一些亟待解决的问题：体质分型模式的不统一以及正常体质与病理体质的分度使得亚健康状态的分型出现分歧；亚健康状态的机理尚需深入研究，其与病理体质互通之处有待进一步研究验证，进而为从体质入手研究亚健康状态提供科学依据。

参考文献

- [1]欧爱华,麦润汝,原嘉民,等.亚健康状态分型与中医体质类型相关性的对应分析[J].广东医学,2012,33(1):11-14.
- [2]郭海燕,尹超群,庞莉,等.龙岗区教师亚健康与中医体质相关性分析[J].

- 中国民族民间医药, 2016, 25(10):144-145.
- [3] ZYXH/1157-009. 中医体质分类与判定[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2009.
- [4] 王国玮, 高飞, 李健, 等. 671例体检者中医体质分类与亚健康相关性研究[J]. 北京中医药, 2011, 30(3):198-200.
- [5] 区俊文, 张剑锋, 张玲霞, 等. 广州市番禺区公务员亚健康人群中中医体质类型与心理状况的相关性[J]. 广东医学, 2017, 38(13):2060-2062.
- [6] 周浩, 朱佳玲, 张欣悦, 等. 亚健康阳虚体质人群三焦及相关经穴温度的红外热图[J]. 广东医学, 2017, 38(11):1654-1656.
- [7] 夏晓莉, 蔡鑫桂, 赖伟兰, 等. 代谢综合征患者中医体质分析[J]. 广州中

- 药大学学报, 2017, 12(6):793-797.
- [8] 田梦菲, 陈涤平, 李文林, 等. 肥胖与中医体质类型相关性的研究进展[J]. 广东医学, 2018, 3(1):60-62.
- [9] 唐颖, 黄军英, 马英. 社区失眠症患者中医体质及证型分析[J]. 国际护理学杂志, 2015, 4(2):169-170, 171.
- [10] 孙娜, 辛宝, 郭亚收, 等. 高血压病患者中医体质类型与生活习惯相关性分析[J]. 国际中医中药杂志, 2017, 20(10):878-882.
- [11] 张小芳, 李志月, 莫辛欣, 等. 老年人体质研究浅析[J]. 当代护士(上旬刊), 2017, 6(3):13-16.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邹梦非 收稿日期:2018-08-28)

辨证治疗胃肠功能紊乱症的临床观察

吴泽林

(烟台市福山区人民医院中医科, 山东 烟台 265500)

摘要: 目的 分析中医辨证治疗胃肠功能紊乱症的临床观察。方法 选择2016年1月—2018年1月本院收治的120例胃肠功能紊乱患者并分成2组, 对照组60例采取常规用药治疗, 试验组60例使用中医辨证治疗, 对比2组患者治疗后的临床疗效; 对2组的生活质量及护理满意度进行对比。结果 试验组治疗后临床总有效率为86.66%, 高于对照组75.00% ($P < 0.05$); 试验组生活质量及护理满意度评分为 (88.66 ± 15.24) 分、 (85.68 ± 12.29) 分, 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 使用中医辨证治疗胃肠功能紊乱患者临床疗效显著, 还能改善患者生活质量及护理满意度, 值得临床推广使用。

关键词: 辨证论治; 胃肠功能紊乱症; 临床观察

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.024

文章编号:1672-2779(2018)-24-0057-02

Clinical Observation on the Treatment of Gastrointestinal Dysfunction Based on Syndrome Differentiation

WU Zelin

(Department of Traditional Chinese Medicine, People's Hospital of Fushan District, Shandong Province, Yantai 265500, China)

Abstract: **Objective** To analyze the clinical observation of TCM syndrome differentiation in the treatment of gastrointestinal disorders. **Methods** From January 2016 to January 2018, 120 patients with gastrointestinal dysfunction were enrolled in the hospital and divided into two groups. 60 patients in the control group were treated with conventional medication, and 60 patients in the experimental group were treated with TCM syndrome differentiation. Post-clinical efficacy; comparison of quality of life and satisfaction of care between the two groups was compared. **Results** The total effective rate of the experimental group was 86.66%, which was higher than that of the control group (75.00%) ($P < 0.05$). The quality of life and nursing satisfaction score of the experimental group were (88.66 ± 15.24) and (85.68 ± 12.29) points. The score was higher than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The clinical efficacy of TCM syndrome differentiation in the treatment of patients with gastrointestinal dysfunction is significant, and it can improve the quality of life and satisfaction of patients. It is worthy of clinical promotion.

Keywords: treatment based on syndrome differentiation; gastrointestinal dysfunction; clinical observation

胃肠功能紊乱症是临床中较为常见的一类疾病, 而发病的主要部位多以胃、小肠、大肠、食管等。同时因长期患病会致使患者发生胃肠功能紊乱, 容易出现失眠、健忘、头痛等症状, 严重影响了患者的生活质量^[1]。本研究对本院2016年1月—2018年1月收治的120例胃肠功能紊乱患者采取的不同治疗方案回顾性分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年1月—2018年1月本院收治的120例胃肠功能紊乱患者临床资料, 将患者分为2组。对照组60例, 男32例, 女28例; 年龄23~56岁, 平均年龄35.28岁; 病程2~6年, 平均病程 (3.15 ± 1.07) 年。试验组60例, 男26例, 女34例; 年龄22~57岁, 平均年龄35.19岁; 病程2~6年, 平均病程 (3.27 ± 1.09) 年。2组的一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有

可比性。

1.2 纳入标准 全部患者均出现上腹部疼痛、餐后有饱胀感或有上腹灼热等症状; 排便次数不规律; 粪便性状有异常。

1.3 排除标准 有严重的肝肾功能不全、心肺疾病; 有精神病、糖尿病等病史。

1.4 治疗方法 对照组以多塞平、培菲康和谷维素联合使用, 多塞平(国药准字H37020797, 山东仁和堂药业有限公司)口服, 分2次使用, 中午服12.5 mg, 睡前服25 mg; 培菲康(国药准字S10950032, 上海信谊药厂有限公司)分早晚2次服用, 3粒/次; 谷维素(国药准字H37022480, 济宁市安康制药有限责任公司)分早中晚3次服用, 40 mg/次, 且可以根据患者病情变化, 以上3种药物在使用过程中能适当调整药量。试验组采用中医辨证治疗, 具体措施如下: 以中药内服及温针灸为

治疗方案,中药处方包括有:党参15 g,麦芽15 g,茯苓15 g,白术15 g,槟榔12 g,厚朴12 g,姜半夏12 g,广木香6 g,干姜5 g,将诸药水煎口服使用,1剂/d,可分2次服用。温针灸治疗方法:取足三里穴、中脘穴、气海穴、阴陵泉穴、公孙穴、内关穴,垂直进针0.15~1 cm,患者出现酸胀感即可,1次/d,4星期为1个疗程。

1.5 观察指标和评定标准 对比2组患者治疗后的临床疗效。痊愈:患者经治疗后恶心呕吐等临床表现全部消失,肠胃功能已恢复正常;显效:患者经治疗后恶心呕吐等临床表现明显改善,肠胃功能已基本恢复;有效:患者经治疗后恶心呕吐等临床表现有效改善;无效:患者经治疗后各项临床症状没有改善,甚至病情加重^[2]。对比2组患者治疗后生活质量及护理满意度。

1.6 统计学方法 采用SPSS 13.0软件进行数据分析,以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,组间、组内比较行 t 检验;以百分比 (%) 表示计数资料,组间比较行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效对比 试验组临床总有效率高于对照组 ($P < 0.05$),详见表1。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	60	25(41.66)	20(33.33)	15(25.00)	45(75.00)
试验组	60	30(50.00)	22(36.66)	8(13.33)	52(86.66) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

2.2 2组生活质量及护理满意度对比 试验组生活质量及护理满意度均明显高于对照组 ($P < 0.05$),详见表2。

表2 2组生活质量、护理满意度对比 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	生活质量	护理满意度
对照组	60	73.52±14.93	75.25±11.67
试验组	60	88.66±15.24 ^a	85.68±12.29 ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

胃肠功能紊乱多发于青壮年及腹部手术后的患者。且该疾病发病率高,起病多数缓慢,病程较长,多连续性或反复性发作,对患者的生活和工作造成严重影响^[3]。为探讨中医辨证治疗胃肠功能紊乱症的临床疗效,本研究针对本院收治的120例胃肠功能紊乱患者的临床资料进行分析。

本研究结果显示:试验组患者临床总有效率高于对照组;试验组治疗后患者生活质量及护理满意度均明显高于对照组,表明胃肠功能紊乱患者使用中医辨

证治疗疗效显著,能够提高患者生活质量及护理满意度。分析原因:以往临床治疗胃肠功能紊乱患者,传统西医通常给予患者使用镇静安眠或缓痉止痛等药物,并使用X线、内镜检查等方式治疗,但副作用及治疗反复性大,临床疗效不佳。近些年来,临床逐渐使用中医治疗胃肠功能紊乱患者,临床疗效显著^[4]。中医学认为是由于胃受肝郁及郁动肝气等引起胃肠功能紊乱症,因此需要对胃降逆、调节情志和疏肝解郁等进行重点治疗,并根据患者病情变化对药量适当调整,从而提高临床疗效^[5-6]。通常患者如果出现肝之实证表现,多伴有肝气郁结,此时治疗重点是疏肝消郁,建议使用半夏、柴胡、厚朴、茯苓、陈皮和香附等多种中药材进行治疗,并根据病情发展对药量适当调整;患者如果出现肝之虚证表现,多伴有肝阴虚,治疗重点是护肝益阴,建议使用加减一贯煎方法;患者如果出现脾之实证表现,多伴有气滞,治疗重点是顺气解滞,建议使用枳实、木香、香附和郁金等不同中药材进行治疗,并根据病情发展对药量适当调整;患者如果出现脾之虚证表现,多伴有脾胃气虚,治疗重点是养气健脾,建议使用四君子汤或香附六君子汤等方法治疗。同时对患者的足三里、中脘、气海等穴位实施针刺治疗以疏通腑肠气机,有效改善胃肠功能,有利于患者机体功能的恢复^[7-8]。因此,使用中医辨证治疗胃肠功能紊乱症能够有效改善患者临床症状,提高临床疗效和临床满意度。受外部环境及样本例数等因素制约,关于中医辨证治疗胃肠功能紊乱症的临床观察,有待临床进一步研究予以分析补充。

综上所述,中医辨证治疗胃肠功能紊乱症的临床疗效显著,可提高患者生活质量及护理满意度,值得临床推广与使用。

参考文献

- [1]李晓宇.中医辨证论治治疗脾胃气虚型功能性消化不良的可行性研究[J].中医临床研究,2016,5(36):64-65.
- [2]柳秀真.中医对脾胃气虚型功能性消化不良疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,7(15):117-118.
- [3]肖志芳,肖自幼,李国娟,等.枸橼酸莫沙必利胶囊联合针灸治疗2型糖尿病胃肠功能紊乱疗效观察[J].医学理论与实践,2015,28(24):3354-3355.
- [4]申桂莲.糖尿病胃肠功能紊乱性腹泻患者运用自拟升阳止泻汤联合中药热奄包的临床疗效观察[J].山西医药杂志,2015,44(8):913-915.
- [5]徐树岭,马忠金,韩旭.参苓胃消胶囊治疗胃肠功能紊乱30例疗效观察[J].中国中医药科技,2015,22(4):440-441.
- [6]李红波,王小琴,熊飞,等.隔姜灸配合穴位按摩治疗腹膜透析患者胃肠功能紊乱的临床观察[J].湖北中医杂志,2015,37(6):64-65.
- [7]刘一苇,王爱霞,郑余银,等.体表胃起搏及电针治疗脊髓损伤胃肠功能紊乱患者的临床观察和护理[J].温州医科大学学报,2015,45(2):149-151.
- [8]刘一苇,郑余银,高勇,等.电针联合体表胃起搏治疗脊髓损伤患者胃肠功能紊乱的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(3):205-209.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杨淑贞 收稿日期:2018-08-08)

急性痛风湿热浊瘀互结复合病机形成的理论探讨※

丁宇康¹ 喻建平¹ 万丽玲² 莫丽莎¹ 罗红梅¹

(1 江西中医药大学附属医院风湿病科, 江西 南昌 330006;

2 江西中医药大学附属医院肺病科, 江西 南昌330006)

摘要: 痛风是单钠尿酸盐结晶引起的, 侵犯关节、结缔组织、内脏引起功能异常的一种代谢性疾病, 是嘌呤代谢紊乱, 尿酸产生过多、排泄减少, 出现高尿酸血症, 急性期以单关节的红肿热痛为主, 后期出现关节破坏、甚至关节畸形, 内脏损害以心、脑、肾为主。本文对急性痛风湿热浊瘀互结复合病机形成作一理论探讨, 认为多种病理因素相互杂合为其病变特点, 湿浊瘀结于肢体经脉骨节为急性发作的关键病机, 透邪通络、分清其胶结之势为治疗急性痛风大法; 三焦水道失调、精微物质布散失职, 腠理、经脉、骨节形成湿浊瘀结为其发病途径。

关键词: 痛风; 复合病机; 湿浊瘀结; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.025

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0059-02

Theoretical Discussion on the Formation of Complex Pathogenesis of Acute Gout with Dampness-heat, Turbidity and Blood Stasis

DING Yukang¹, YU Jianping¹, WAN Liling², MO Lisha¹, LUO Hongmei¹

(1. Department of Rheumatology, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Department of Pulmonary Diseases, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: Gout is a metabolic disease caused by the crystallization of monosodium urate, which invades joints, connective tissue and internal organs and causes abnormal function. It is a metabolic disorder of purine, resulting in excessive uric acid production, reduced excretion and hyperuricemia. At the acute stage, it is mainly caused by red swelling and hot pain of the single joint, and at the later stage, it is caused by joint destruction and even joint deformity, and internal organs are mainly damaged by heart, brain and kidney. This article makes a theoretical discussion on the formation of the complex pathogenesis of damp-heat turbidity and blood stasis in acute gout. It is believed that the combination of various pathological factors is its pathological characteristics, that the binding of dampness-heat turbidity and blood stasis to the joints of the meridians of the limbs is the key pathogenesis of acute attack, and that the treatment of acute gout is to penetrate evil and unblock collaterals and eliminates its binding potential. The cause of the disease is the imbalance of the triple energizer channel, the dispersion of subtle substances and dereliction of duty, and the formation of damp heat, turbidity and blood stasis and cementation in the abdomen, meridians and joints.

Keywords: gout; compound pathogenesis; dampness-heat turbidity and blood stasis; arthromyodynia

痛风是单钠尿酸盐 (Monosodium urate, MSU) 沉积在关节腔所致的晶体关节病, 是因为嘌呤代谢紊乱, 导致尿酸产生过多、排泄减少, 引起高尿酸血症, 急性期多表现为单个关节的红肿热痛, 后期出现关节破坏、甚至关节畸形, 内脏损害多以心、脑、肾为主, 以肾功能损害、高脂血症、高血压病、糖尿病、脑梗死、动脉硬化、冠心病多见^[1-3]。

历代中医文献对痛风的多种病理因素复合为病有所描述: 《证治汇补》认为: “痛风是因为首先气血亏损, 再出现湿痰浊血, 停留经络、四肢、腰背等, 因为其走痛攻刺, 像风之善动因此称为痛风。” 《医方集宜》认为: “痛风有多种致病因素: 痰、风热、湿热、血虚”。《本草纲目》也认为: “痛风有风、寒、湿、热、痰、血虚、污血等多种致病因素。” 从以上历

代医家文献描述中得知, 痛风病位基本以肢体骨节经脉为主, 致病因素有外邪、内邪, 内外邪气相搏为病, 多病因复合夹杂、虚实夹杂, 且因其所处时代、饮食、起居、生活环境、先天禀赋、体质等诸多因素所致其病变的多样性, 但是事物矛盾始终有其主要方面, 欲伏其所主者, 必先其所因, 笔者试从急性痛风湿热浊瘀互结复合病机的形成作一理论探讨如下:

1 多种病理因素复合为病为其特点

复合病机指多种病理因素如风、寒、湿、热、燥、火、痰、水、饮、浊、瘀、毒、气郁、气结、血结等彼此兼夹、转化、杂合致病, 可出现几种病因、多病位的复合为病, 表现为极为复杂的致病特点, 一旦形成这种复杂的病机, 那么其治疗过程就会相当复杂, 并非针对其某一种病因病机的治疗就能解决问题的^[4]。

2 湿浊瘀结互结病机形成的因素及病变脏腑脾胃三焦

2.1 脾胃纳化失常为湿浊形成的首要关口 《素问·经脉别论》^[4] 认为饮、食在人体的正常消化吸收首先经

※ 基金项目: 江西省卫计委中医药科研基金课题[No.2016B091]; 江西省卫计委中医药科技计划基金课题[No.20185315]

过胃,饮食入胃,其水谷精微,经过脾胃的受纳运化,肝的疏泄,肺的通调,心的输布才能转输全身各部位,一旦上述某个环节出现病理性改变,不能及时化水谷生精微物质,反生湿、痰、水、饮随其通道流注经络、骨节、血脉,滞气钝血,郁而化热、化火生百病。《医权初编》^[9]认为饮食必须经过脾胃运化,且虚实都可以导致脾胃受损,那么脾胃一旦受损,饮、食、药物等不能吸收运化,反生湿、痰、水、饮之邪流注肢体骨节经脉为病,轻者数日减轻,重者缠绵难愈。

2.2 三焦水道失调、精微物质布散失职,腠理、经脉、骨节形成湿热浊瘀胶结为其发病途径 《灵枢·营卫生会》^[6]对于三焦的功能早有描述,认为三焦在水液、精微物质的代谢转输为人体需要的营、卫、气、血、津、精、液生理物质过程中起着举足轻重的作用,《灵枢·五癯津液别》^[6]认为水谷入口,津液通过三焦之道路,并且由三焦之腠理组织出其营卫之气,温煦营养肌肉、皮肤。《素问·灵兰秘典论》^[4]《难经·三十一难》^[7]都认为三焦是水、谷之道路,一旦水谷精气转化异常、津液代谢异常反生湿痰浊饮,循三焦布散而流注分布在肌肉、皮肤、骨节形成湿、痰、浊、瘀、热等胶结之邪气痹阻肢体骨节经脉,那么就形成了我们临床上所见的关节肿胀疼痛,红肿热痛,甚至痛风石、关节畸形等。

3 外感六淫、劳倦、外伤、七情等为诱因,湿热浊瘀为主因

虽其主因为湿、热、浊、瘀,但仍有其主中之主,湿邪久稽,酿生浊邪,郁而生热,灼津为痰,以致湿浊痰热交混如油入面,胶结不解,滞气钝血,由气入血络,与血胶结,形成湿热浊瘀胶结的多因夹杂的复杂病机,此时的当以分消其血分胶结之邪从气分而解,来源于气分者以气分为主,但是亦有邪气来源于血分,发于血分,血分再影响气分,出现气血同病,如素体血分痰热瘀、湿热瘀、瘀热等,气分邪气再与血分之邪相互结合,亦可形成湿热浊瘀胶结之势,那么此时治疗就必须气血同治,还必须以血分为主,此时如稍感外邪、劳倦、外伤等即可出现内邪与外邪相搏之势,出现本病的急性发作,但外感邪气稍纵即逝,病机关键仍以湿热浊瘀胶结固结为主。正如吴又可《温疫论》^[8]所言主客交混夹杂,胶结难解。

4 湿热浊瘀胶结于肢体经脉骨节为关键病机,透邪通络、分消其胶结之势为治疗急性痛风大法

《灵枢·刺节真邪》^[6]详细的阐述邪气伤人由皮毛、腠理、经脉、筋骨、血脉依次传变,由浅入深、由表

入里、相互搏结为病,可见邪之中人,非定而不变,虽然此病临床表现为肢体经脉骨节病变为主,以实为主,但也会由气入血、因实致虚、虚实夹杂,但急性期湿热浊瘀痹阻肢体经脉、腠理、骨节可以呈反复缠绵、持续发作,因湿浊秽污之邪,重浊、粘腻、腐蚀、胶结难解,滞气钝血,与气血相合为病,湿热相合本为难治,加之多种病因复合夹杂,故其病程较长、且易反复,久延则由气入血,波及肌肉、筋、骨、血脉等组织,引起肌肉、筋脉、骨的肿胀、挛缩乏力、关节肿大畸形、静脉迂曲等。

5 讨论

痛风虽然是反复发作性的、后期可致残的疾病,但是它的形成也是慢慢积累的过程,如其在无症状高尿酸血症期多没有关节疼痛的表现,中医分析其病因病机多以湿浊内蕴为主,但是一旦体内湿浊积累到一定程度,甚至湿浊由气入络,与气血胶结在一起,滞气钝血,湿、热、浊、瘀多种病理因素杂合为病,已经形成正邪胶结之势,形成急性发作,那么此时的治疗就需要把握其关键病机湿热浊瘀胶结于肢体关节经脉,如能在急性期分解其湿、热、浊、瘀胶结之势,去除其胶结之邪,防其由表入里、由实致虚、由经入脏之势,那么痛风的间歇期、慢性期也就没那么容易形成,当然平素的饮食、生活起居、情志、劳逸等也是至关重要的因素。

参考文献

- [1]中华医学会风湿病学分会.2016中国痛风诊疗指南[J].浙江医学,2017,39(21):1823-1832.
- [2]中华医学会风湿病学分会.原发性痛风诊疗指南(草案)[J].中华风湿病学杂志,2004,8(3):178-181.
- [3]叶放,周学平,吴勉华,等.周仲瑛教授“复合病机论”探析[J].南京中医药大学学报,2010,26(4):241-244.
- [4]田代华.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005,8.
- [5]裘庆元.珍本医书集成[M].北京:中国医药科技出版社,2016,7.
- [6]田代华,刘更生.灵枢经[M].北京:人民卫生出版社,2005,8.
- [7]苏颖,李霞.难经译释[M].上海:上海科学技术出版社,2016,1.
- [8]吴又可.温疫论[M].天津:天津科学技术出版社,2003,5.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胡健 收稿日期:2018-11-07)

黄连中药材与中药饮片鉴别专用术语

鸡爪黄连:专指味连,多分枝成簇状,形同鸡爪,又叫鸡爪连。

过桥:特指黄连根茎部分细长的节间(中耕培土过浅所致)如桥悬两岸,又称谓“过江枝”“蚂蜂腰”。

凤尾连:特指野黄连的叶片单叶形如传说中的凤凰的尾羽。

——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.

扶阳法治疗慢性心力衰竭

王云川 赵薇 杨勇 许有恩

(云南省保山市中医医院急诊科, 云南 保山 678000)

摘要: 慢性心力衰竭(简称“心衰”, CHF)为各种心脏病导致心功能不全的综合征, 是一种复杂的临床症状群。绝大多数情况下是指心肌收缩力下降使心排血量不能满足机体代谢需要, 器官、组织血液灌注不足, 同时出现肺循环和(或)体循环淤血的表现, 主要表现为呼吸困难、疲乏、液体潴留。在治疗CHF时当注重扶阳气。重视阳气的思想在历代中医经典著作中多有体现, 从《黄帝内经》、《伤寒杂病论》, 再到温补学派、扶阳学派。慢性心衰扶阳之法包括温阳、通阳、潜阳, 同时佐以“引降”“纳归”“酸敛”“调中”“反佐”。

关键词: 慢性心力衰竭; 阳气; 扶阳; 温阳; 通阳; 潜阳; 虚劳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.026

文章编号:1672-2779(2018)-24-0061-02

Strengthening Yang-qi Therapy in the Treatment of Chronic Heart Failure

WANG Yunchuan, ZHAO Wei, YANG Yong, XU Youen

(Emergency Department, Baoshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Baoshan 678000, China)

Abstract: Chronic cardiac failure (be called for short "CHF") is a variety of heart disease lead to cardiac insufficiency syndrome, is complex Clinical symptom cluster. This disease can appear pulmonary circulation and (or) systemic congestion. Its clinical manifestations include dyspnea, fatigue, and fluid retention. When treating CHF, we should lay emphasis on strengthening yang-qi. Laying emphasis on yang-qi is embodied in the classics of traditional Chinese medicine, form *Huangdi Neijing*, *Treatise on Cold Damage* to warming-recuperation school and strengthening-yang school. The method of strengthening yang-qi include warming yang, activating yang and suppressing yang, when we treat CHF, with therapeutic methods "Yinjiang", "Guina", "Suanlian", "Tiaozhong" and "Fanzuo" at the same time.

Keywords: chronic cardiac failure; yang-qi; strengthening yang-qi; warming yang; activating yang; suppressing yang; consumptive disease

慢性心力衰竭(简称“心衰”, CHF)为各种心脏病导致心功能不全的综合征, 是一种复杂的临床症状群, 绝大多数情况下是指心肌收缩力下降使心排血量不能满足机体代谢需要, 器官、组织血液灌注不足, 同时出现肺循环和(或)体循环瘀血的表现, 主要表现为呼吸困难、疲乏、液体潴留。据我国50家医院住院病历调查, 心衰住院率只占同期心血管病的20%, 但病死率占40%, 严重病人存活不到1年, 对人民健康危害甚大, 预后差, 年死亡率达15%~50%^[1]。因此, 有效地治疗慢性心衰, 降低病死率和再住院率并提高患者的生活质量是目前十分重大的医疗卫生问题^[2]。

重视阳气的思想在历代中医经典著作中多有体现。《素问·生气通天论》说:“阳气者, 若天与日, 失其所则折寿而不彰”。说明阳气在人生中何其重要, 比作天与日, 贯穿始终。《伤寒杂病论》中的“急温之”和少阴病、厥阴病的预后转归的重要因素是阳气的盛衰和胃气的有无。还有人做过统计, 在《伤寒杂病论》中明显谈到阳气的损伤的条文基本上是二分之一, 在有记载的112个方子中, 运用辛温热药的处方共有85个。112个方子中有85个方子都是辛温热药组, 占7成, 从这其中就可以看出损阳伤正的病理和证治在张仲景的论述当中是十分突出的^[3]。温补学派薛立斋、赵献可、张景岳、李中梓等医家对阳气十分重视。张景岳在《类经图翼·大宝论》中提出“阳非有

余, 阴本不足”, 并说“天之大宝只此一丸红日; 人之大宝只此一息真阳”。李中梓认为“物不伏于阴而生于阳, 譬如春夏生而秋冬杀也。又如向日之草木易荣; 潜阴之花卉善萎也。故气血俱要, 补气在补血之先; 阴阳并需, 而阳在滋阴之上”(《医宗必读·水火阴阳论》)。扶阳学派郑钦安及其弟子卢铸之认为治病当重在温扶阳气, 治病立法在于以火消阴的治疗原则。强调“以火消阴”, 阳光一照则阴霾自灭的同时, 还认为扶阳则精血津液自生而脏腑及周身各部均能得其润养^[4]。其《医理真传》中创制的补坎益离丹, 治疗心阳衰败。当代名老中医李可在《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》中谈到, 命门为真火, 真火运行循行十二经络, 五脏六腑得以气化, 生命则活泼生气。如果命门火衰, 诸病峰起^[5]。扶阳附子, 辛以润之, 致津液, 通气化, 可使肾中五液蒸腾敷布, 阳生阴长, 此即阳中求阴生化无穷之理。卢崇汉在《扶阳讲记》中谈到人生立命在于以火立极, 实际上也就是以阳立极, 治病立法在于以火消阴, 实际上就是以温热药消阴^[6]。

慢性心衰扶阳之法包括温阳、通阳、潜阳。温阳法是通过指温扶阳气的治法。人体阳气可分为上中下三部, 即上焦心肺之阳, 中焦脾胃之阳, 下焦肾命之阳。下部之阳气为人体之根, 人身立命全在坎中一阳。通过温阳, 体内的水湿、痰饮、瘀血等阴邪可消。温阳是以温元阳, 也就是肾阳为重点, 代表方为四逆汤。

同时结合临床上患者的表现,也可选择温中、上之阳,如小建中汤、人参汤。因为长期元阳不足会影响气血的生化,因此温阳法常与补益气血的药物相配合。通阳法是使阳气宣通,适用于气机不畅者。有形和无形之邪容易阻滞气机,郁遏阳气,此时当选用通阳法,为消除郁遏阳气之因,常和散结导滞、活血化瘀药、利水渗湿药相结合,通阳法药物选择多选辛散微温之品,代表方有四逆散、苓桂剂。潜阳法是通过温阳药与潜镇药相配合,如潜阳封髓丹。温阳以治阳虚之本,潜镇以治浮阳之标。此乃引龙潜海,意在引龙雷之火归于命门。此法适用于阴火不安其位,以至虚阳上浮之症。很多慢性心衰患者出现烦躁、心神不守等情况是肾中真阳上浮,此乃元阳随群阴上腾,下部无阳,不能统纳之故。法宜潜阳,从而达到坎离各安其位,天下太平,心痛得愈。

扶阳的同时会佐以“引降”“纳归”“酸敛”“调中”“反佐”。“引降”即引火下行,代表药如牛膝、泽泻、茯苓、车前子等;与扶阳配以“酸敛”,使收敛元阳,下归其宅,代表药有五味子、乌梅、白芍、山萸肉;“纳归”就是以砂仁为代表的纳气归肾的方法,如封髓丹和潜阳丹都是以砂仁为主药;“调中”是通过陈皮、半夏、干姜、小茴香等具有行中焦之气或是辛开苦降的药物组合,中焦通调,扶阳药才能进入下焦,补命门真火;“反佐”就是治疗阴盛格阳的寒病,用热药的时候加一点凉药,以防拒药不受,比如白通加猪胆汁汤里的猪胆汁和童便。如正所谓“阴不可盛,以平为度,阳不患多,其要在秘”。

案 患者罗某,男,52岁。因“双下肢浮肿气促4天,加重1月余”为主诉于2008年5月25日就诊。患者纳呆,腹胀,眠差,大便不成形,稍微活动即感严重气促,喘坐呼吸,夜间阵发性呼吸困难,舌淡暗,苔白腻,面色黧黑,唇紫绀,脉沉。西医诊断为慢性心衰,长期服用抗心衰西药,但始终气促明显,双下肢严重浮肿。给予真武汤合五苓散加减治疗:白芍15 g,炒白术15 g,制附子15 g(先煎1 h),干姜9 g,法半夏9 g,甘草9 g,猪苓15 g,泽泻15 g,茯苓皮30 g,桂枝15 g。患者服上药7剂后,觉气促有减轻。嘱再服用7剂。至6月9日就诊,患者已无气促,双下肢轻度水肿,面色亦不似从前暗黑,大便偏硬。因此处方:白芍15 g,生白术15 g,制附子15 g(先煎1 h),干姜9 g,半夏9 g,甘草9 g,猪苓15 g,泽泻15 g,茯苓皮30 g,桂枝15 g,麦冬15 g,当归10 g。6月23日患者诸症改善,唯倦怠、大便仍硬、时口干,舌暗红、苔黄腻,脉象较之前有力。在上方基础上加玉竹15 g,沙参15 g。历时3个月。

诸症大大减轻,复诊于西医,大为惊叹^[6]。

按:患者久病阳虚,肾阳衰微,阳虚水泛,则发水肿;水气上凌心肺,则气促、夜间呼吸困难;阳虚则血行瘀滞,故见面色晦暗,唇紫舌暗;火不暖土、脾阳不运、寒湿内生,则纳呆,腹胀,大便不成形。故治以温阳法,并且佐以利水通阳,故方选真武汤合五苓散加减。人身立命全在坎中一阳,故用附子、干姜温肾元之阳,可消体内的寒湿和瘀血并温脾阳,补心阳。心阳不足固有直补其心阳,而补坎者以火之根在下。以肾为水火之脏,真火上腾必载水上交于心,心肾相交,则水火既济。真火旺则君火自旺,心阳不足即愈。太阴属于中焦,为坎离心肾水火交通之要塞,宜通而不宜滞,宜温而不宜寒,寒凝滞塞,水火不交,否结诸证生矣。故用白术健脾利湿,干姜温脾化湿,扶助后天之本。半夏除燥湿化痰之外,与干姜相配伍,辛开苦降,还可以调其气机,防止因中焦的阻滞使温阳药物不能下达而在上为患。扶阳学派的处方中常见术、草、姜,都是解决脾胃问题的。调理中焦,目的是为纳下做准备。中焦通畅以后再用四逆辈等扶阳药则能直入其本,防止其在上为患,郑钦安认为四逆很重要的一点就是迎阳归舍,使真阳回到本位上,起到它的根本作用。茯苓皮、猪苓、泽泻、桂枝、白术为五苓散,可利水渗湿,通阳化气,凌心射肺之水饮得以蠲除,喘促自平。并且茯苓、泽泻等利水渗湿药还可引药(火)下行。患者因阳虚而生瘀血,故治疗时当配合活血化瘀药。故7剂治疗后,患者觉气促有减轻;再服7剂,上述症状基本消失。辛温燥热之药容易伤阴津,水退口干,大便偏硬,阴分不足当于阳中求阴,所以在扶阳调中,利水通阳的基础上,加入沙参、麦冬、玉竹益阴敛阳,刚柔相济,可防燥热伤阴之弊。加当归既可养血调血,还可引药入血分。本案根据患者阳气不足,水饮瘀血内停的身体情况,合理运用扶阳思想,将通阳、温阳之法用于方中,并佐以调中、引降、渗利之法。

参考文献

- [1]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭治疗建议[J].中华心血管病杂志,2002,30(1):7-23.
- [2]王贤汉,毛静远,张富亮,等.195例心力衰竭出院患者的随访分析[J].中华中医药杂志,2012(7):1770-1772.
- [3]李新,刘景峰.扶阳学派治疗冠心病的文献研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2015.
- [4]李可.李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M].太原:山西科学技术出版社,2006:55.
- [5]卢崇汉.扶阳讲记[M].北京:中国中医药出版社,2011:2.
- [6]赵诚.遇疑难屡起沉病依附子——奚九一教授临床应用附子经验采撷[A].中华中医药学会周围血管病分会第三次学术大会论文集[C].2010:136-137.

(本文编辑:李海燕 本文校对:丁丽芳 收稿日期:2018-09-25)

从道家矛盾观论脾阴

胡济源

(安徽中医药大学第一临床医学院, 安徽 合肥 230038)

摘要: 道家思想与理论与中医息息相通, 且对中医有深远的影响。脾脏是人体内的五脏之一, 脾胃学说作为中医各家学说的重要部分, 脾阳被历代医家详论并在临床治疗中得到医家的重视, 但脾阴确常常被临床忽视。因此, 文章从中医的起源——古代哲学的道家思想的矛盾观入手, 从道家的矛盾观与脾阴的内涵, 对立统一的矛盾观与脾阴的生理病理以及“相互为用、制约”的矛盾观与脾阴临床治疗三方面探讨其对中医脾阴理论的影响, 对于指导临床实践, 具有重要意义。

关键词: 道家; 矛盾观; 脾阴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.027

文章编号:1672-2779(2018)-24-0063-02

Discussion on Spleen Yin from "Contradiction View" of Taoism

HU Jiyuan

(First School of Clinical Medicine, Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Province, Hefei 230038, China)

Abstract: The theory and understands of traditional Chinese medicine and Taoist thoughts and Taoism are interlinked and has a far-reaching effect of TCM. Spleen as one of the five internal organs in the body, the spleen and stomach theory as an important part of TCM doctrine and spleen Yang was past dynasties doctor detailed theory and the acknowledgement of receiving attention in clinical treatment, but the spleen Yin is often ignored by clinical. Therefore, from the origin of ancient Chinese philosophy of traditional Chinese medicine's view of contradiction of Taoist thought, the contradiction of the Taoist view and the connotation of the spleen Yin; It is of great significance to explore the effects of the contradictory and unified view of opposites, the physiological pathology of spleen yin, the contradictory view of mutual restriction and the clinical treatment of spleen yin on the theory of spleen yin in traditional Chinese medicine.

Keywords: Taoism; contradiction view; spleen yin

在中国传统文化中, 道家对中医有深远的影响。道家的思想与理论与中医息息相通。古代许多名医如孙思邈、葛洪、陶弘景等均为道医, 脾脏作为人体内的五脏之一, 脾胃学说是中医各家学说的重要部分, 历代医家详谈脾阳, 尤其是李东垣之《脾胃论》之后, 对脾阳虚证的认识更日趋详备, 而对脾阴虚证论述相对较少, 至今未形成一套系统的理论。脾阴的临床治疗用药方面常常被医者忽视, 因此, 文章从道家思想入手, 探讨“矛盾观”对中医脾阴理论的影响, 对于指导临床实践具有重要意义。

1 道家的矛盾观与脾阴的内涵

道家认为, 矛盾存在于一切事物之中, 矛盾无处不在, 无时不有。而道家矛盾的观点被中医学所吸纳, 更是应用到中医学阴阳学说的基础理论中, 认为阴阳是对自然界相互关联的某些事物或现象对立双方的概括, 即含有对立统一的内涵, 是矛盾观在中医学阴阳理论中的一种体现。阴与阳可以代表两个相互对立的事物, 又可用以分析同一事物内部所存在的相互对立的两个方面, 也同时反证了矛盾观的存在。

《素问·生气通天论篇》论述“阳气者, 若天与日, 失其所, 则折寿而不彰”之后, 历代对于脾阳作为脾的运化功能及在运化活动过程中起温煦作用十分重视, 尤其是李东垣之《脾胃论》之后, 对脾阳虚证的认识更日趋详备。也使得后世医家临证更偏重脾阳, 而忽视脾阴。

但是从道家矛盾观分析脾脏, 可以推出脾阴对于脾阳来说, 是矛盾的两个方面, 脾脏作为同一事物内部所存在的相互对立的两个方面同等重要, 两者相互依存而存在。倘若无脾之阴则无从谈及脾之阳。无脾阴的生理功能就无脾阳的生理功能。脾阴虽不像脾阳一样形成一套系统的理论, 但也散见医家论述。元·朱丹溪在其《局方发挥》第一次提出了脾阴概念, 云: “脾土之阴受伤, 转输之官失职”^[1], 清代医家吴澄也云: “脾经须分脾阴。”因此对于脾脏来说, 内经虽无脾阴概念, 但脾存在并影响脾脏生理功能、脾阴损伤后病理表现的发生是客观存在的。从道家矛盾观分析脾阴的内涵; 应属阴, 为脾脏的阴液, 通过水谷精微物质所化生的“营血津液”而起到濡润脾脏、成形和制约阳热功能的阴液物质。它和脾阳相辅相成, 协调运动, 共同完成脾脏的运化、升清和统血功能。《内经》中有关的篇章也说明了脾阴的内涵。如《灵枢·本神篇》曰: “脾藏营”; 《灵枢·营卫生会篇》曰: “营出于中焦” “营者, 阴血也”; 《素问·五运行大论篇》曰: “其性静兼, 其德为濡”; 《素问·平人气象论篇》曰: “藏真濡于脾”, 《素问·玉机真脏论篇》曰: “脾脉者, 土也, 孤脏以灌四旁”。

2 对立统一的矛盾观与脾阴的生理病理

道家的矛盾观认为, 矛盾双方既相互对立又高度统一。“有无相生, 难易相成, 长短相形, 高下相倾, 音声相合, 前后相随, 恒也”^[2] 是老子对于矛盾最经典

的诠释。老子认识到自然界中万事万物都存在着矛盾：善良与丑恶、存在与消灭都是相互对立且依存的。在人体中也亦然。

脾阴脾阳有具有统一性，表现在脾阴和脾阳相辅相成，协调运动，共同完成脾脏的运化、升清和统血功能。《素问·灵兰秘典论篇》中云：“脾胃者，仓廪之官，五味出焉。”故脾脏被称为“仓廪之官”，主运化，人身气血津液的生化，其功能有赖于脾胃的运化水谷精微的功能。故脾胃又称为“后天之本”“气血生化之源”。同时《灵枢》云：“脾藏营。”我们可以得出：脾阴当为水谷精微物质所化生的“营血”“津液”等，可濡润脾脏，它和脾阳相辅相成，协调运动，共同完成脾脏的运化、升清和统血功能。换句话说脾阴指脾脏的形质、而脾阳表现为脾脏的功能。清·唐容川在《血证论·男女异同论》中提到：“脾阳不足，水谷固不化；脾阴不足，水谷仍不化也。譬如釜中煮饭，釜底无火固不熟，釜中无水亦不能熟也。”^[2]非常形象地说明脾阴脾阳矛盾统一性的表现在于共同决定人体的运化功能。

脾阴与脾阳的对立，表现二者功能的差异上。脾阳生理功能表现在运化水谷、运化水液、升运清阳、温煦四肢肌肉等功能，如果脾阳虚，可见食欲不振、腹部胀满喜温喜按、大便溏泄、四肢不温或者四肢浮肿，或痰湿内生，或水湿停滞等表现的小便清长或者不利、妇女白带多而清稀、面色发黄、神疲乏力、舌头胖大、舌苔发白一系列症状。

脾阴生理功能表现濡润脾脏、成形和制约脾阳功能的阴液物质。如果脾阴不足除不思饮食之外，还可见到食后腹胀夜甚，脘腹灼痛，口唇干燥，干呕呃逆，大便干结或溏泄，形体消瘦，舌红苔剥，脉细或细数等濡润功能不足的表现。这些病理表现可以在历代医家论述中散见。如《灵枢·五邪》曰：“邪在脾胃，则病肌肉痛。阳气有余，阴气不足，则热中善饥”，明确指出脾胃阴气不足，则出现肌痛、四肢不营、善饥等症状。明代医学家缪仲淳曰：“若脾虚，渐成腹胀，夜剧昼静，病属于阴，当补脾阴”；清·林佩琴说：“脾胃阴虚，则不饥不食”；清·薛雪道：“脾阴虚则便溏”；清·吴鞠通在《温病条辨》中谓：“啾，脾阴病也，泄而腹满者，脾阴病重也”；现代名医蒲辅周的《蒲辅周医疗经验》中明言：“脾阴虚，手足烦热。口干不欲饮，烦满，不思食”；张锡纯称“脾脉原主和缓，脉数者必是脾阴受伤。”这些记载从不同角度阐述了脾阴不足的病理表现。

3 “相互为用、相互制约”的矛盾观与脾阴临床治疗

老子不仅认识到矛盾，他还看到矛盾双方并不是静止不动的，而是向各自相反的方向转化。他说“反者道之动”，即所有的事物都是处在变化发展中的，没

有永恒不变的东西，且事物的这一发展过程都是朝着自己的相反方向循环反复的。矛盾作为一个统一体的矛盾双方，它们既对立又统一，既相互为用又相互制约。中医基础理论中的阴阳学说沿袭了这一哲学思想。阴阳相互为用、又相互制约从而维持着相对动态平衡，这是进行正常生命活动的基本条件。脾脏中的阴阳亦然，脾阴和脾阳相互依存、相互为用、相互制约，共同产生生理作用，完成脾脏的运化、升清、统血的功能。

根据《素问·五脏生成篇》中“脾欲甘”及《素问·刺法论篇》中“欲令脾实……宜甘宜淡”，唐容川总结提出了“甘寒益胃阴、甘淡实脾阴”观点。甘淡法治疗脾阴虚证已经被后世医家接受。甘能补之不足，补易生湿，淡可渗之且不滋腻。甘淡法有寓补于泻，补而不腻的功效。选方用药以平补为贵。常用药有山药、薏苡仁、白扁豆、茯苓等补而不燥、滋而不腻之品。甘淡治疗脾阴虚在具体应用时，莫不集育阴与健脾同用，这体现道家矛盾双方在一定条件下相互转化的思想。如治疗脾阴虚证候的基础方药——喻昌辉的益脾方，体现了甘淡扶脾、养阴和营的特点。再如中和理阴汤（人参、燕窝、山药、扁豆、莲肉、老米）。方中燕窝大补脾胃之阴而不腻；原方之所以用人参、山药通过补脾气，治疗脾脏之运化功能生津血从而转化为脾阴，加以莲肉、扁豆、老米养胃，配合成方，共奏补气健脾，滋养脾阴之功。另有缪希雍的资生丸、《慎柔五书》的慎柔养真汤，均是在滋补脾阴的同时，加入补益脾气药之品如党参、白术等。可见益气养阴是治疗脾阴虚证的常用治法，这一治法体现了从阳引阴治疗脾阴虚证的治疗法度，正是脾阴和脾阳这一矛盾双方相互依存、相互为用道家思想的具体体现。

脾居中宫，脾胃为后天之本，执中央以运四旁。脾在生理上的功能是升清和运化水谷。清·唐容川于《血证论》云：“脾润则长养脏腑。”脾阴内则濡润脏腑四旁，外则散精于四肢。脾阴与脾气（阳）相辅相成，共同完成脾主运化、升清、统血的功能。因此临床上，单纯脾阴虚证较为少见，多与他脏阴虚兼见，如脾肾阴虚、脾肺阴虚、脾胃阴虚等。在治疗时，他脏阴虚可从脾阴论治。如养肝阴、养肺阴、滋肾阴、养心阴的同时加上养脾阴之药可以增强疗效。

医道同源，道家对立统一、相互为用、相互制约矛盾观的哲学思想，无论对于脾阴在内涵方面还是在临床治疗方面，都可以汲取其丰富的养分，以促进我们深刻领悟脾阴实质，指导临床应用，从而促进中医疗效的进一步提高。

参考文献

- [1]汤一新,熊维美.脾阴学说源流述略[J].陕西中医,1987,8(7):316-317.
- [2]老子.道德经[M].合肥:安徽人民出版社,2006:29,60,148.

(本文编辑:李海燕 本文校对:柳红芳 收稿日期:2018-08-21)

《黄帝内经》中情志与五脏对应关系及器质性改变

刘全书 丰雪 刘旭初*

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

摘要:“情志学说”广泛地应用于中医理论的方方面面,五脏化五行,分金木水火土,对应了忧怒思喜思。然而,对五脏与五情对应关系的机理,后世缺乏系统的分析。作者通过研究《素问》中的相关内容及《灵枢经》中篇目的原文,找到了怒喜思悲恐分别对应肝心肺脾肾的依据和机理,并从该机理中可以看出,器质性的变化在情志与五脏对应关系中占有重要地位,即情志的产生,改变和影响了五脏的器质,而五脏的器质本身又决定了容易产生什么情感。这与后世重功能轻器质的思潮不同。

关键词: 五脏; 情志; 器质性; 黄帝内经

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.028

文章编号:1672-2779(2018)-24-0065-02

The Correspondence between Emotions and Five Zang Viscera in *Huangdi Neijing* and Its Qualitative Changes

LIU Tongshu, FENG Xue, LIU Xuchu

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

Abstract: The "emotional doctrine" has been widely used in the theory of traditional Chinese medicine. Correspondence the five elements are related to five viscera and emotions. They interact on each other both in functionality and material basis. However the later ages were short of systematic analyzing of the correspondence. The author studies the relevant contents of *Suwen* and *Lingshu Jing*, found the mechanism and gist, which shows much importance to the organic disease, and shows great difference from the later age's ideological trend.

Keywords: five zang viscera; emotions; organic disease; *Huangdi Neijing*

《黄帝内经》以五行为基,将五脏与五情对应,五脏的形态结构可影响情志,情志过极亦可使五脏发生器质性改变。后世多言其功能性关系而少言器质性相因,《黄帝内经》明言其形态结构与情志互因本质。作者通过研究《素问》中的相关内容及《灵枢经》中篇目的原文,找到了怒喜思悲恐分别对应肝心肺脾肾的依据和机理,并从该机理中可以看出,器质性的变化在情志与五脏对应关系中占有重要地位,这与后世重功能轻器质的思潮不同。

情志活动是以脏腑气化为基础,即脏腑精气升降出入及其生克制化作用,是各种情志活动生成及相互影响的生理基础^[1]。《素问·天元纪大论篇》谓:“天有四时五行,以生长收藏,以生寒暑燥湿风;人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐。”心主喜,肺主忧,肝主怒,脾主思,肾主恐。大喜伤心,多忧伤肺,大怒伤肝,多思伤脾,多恐伤肾。五脏的结构形态决定了其功能作用和与情志相互影响的物质基础,其器质性变化与五情所感密切相关^[2]。

1 《黄帝内经》中情志与五脏的对应关系

《素问·阴阳应象大论篇》曰:“人有五脏,化五气,以生喜怒悲忧恐。”心主喜,肺主忧,肝主怒,脾主思,肾主恐。大喜伤心,多忧伤肺,大怒伤肝,多思伤脾,多恐伤肾。这个对应关系被中医界所公认,然而对为何如此对应,尚缺乏系统的阐述。

1.1 肝主怒 大怒伤肝 怒是精气宣泄的方式和表现^[3]。

《灵枢·论勇》篇言:“……其肝大以坚,其胆满以傍,怒则气盛而胸张,肝举而胆横,眦裂而目扬,毛起而面苍,此勇士之由然者也……肝系缓,其胆不满而纵,肠胃挺,胁下空,虽方大怒,气不能满其胸,肝肺虽举,气衰复下,故不能久怒,此怯士之所由然者也。”《素问·举痛论篇》言:“怒则气上,甚则呕血及飧泄,故气上矣。”言明人在发怒时气有向上的趋势,肝胆会随之气上而发生形态结构的改变。即肝胆会随着发怒而上举,胆会由纵向改为横向。详细论说了肝胆的形态在怒的情志下会发生改变,其形态结构决定了其与怒气的相互影响^[4]。故而怒通过使肝上举而伤害肝。

1.2 心主喜 大喜伤心 《素问·举痛论篇》曰:“喜则气和志达,荣卫通利,故气缓矣。”喜是精气亢奋,适度气缓,心旷神怡,缓过度则心气耗散^[5]。《素问·藏气法时论篇》云:“心苦缓,急食酸以收之。”喜则气缓实为喜则心气缓。故而喜悦过度会使心气过缓,而心苦缓,故大喜伤心^[6]。《灵枢·口问》篇云:“忧思则心系急,心系急则气道约,约则不利,故太息以伸出之。”同理,人在笑时会起到类似于太息的作用,舒缓拘急的心系^[7],忧思为肺之志,喜为心之志,人喜时缓其心气克服忧思,而在五行上,心属火,肺属金,正对应了火克金的五行生化规律。故而适度喜悦可以舒缓拘急的心系,有类似于太息的功效,排遣肺所对应的情感,即悲忧,过度喜悦会使心系大缓,而心苦缓喜急,大喜则心气过缓而损伤心脏,

1.3 肺主忧 多忧伤肺 悲忧是精气收敛^[8]。肺为华盖,宣发肃降为其本职,大悲则精气收敛,宣降失司^[9]。《灵枢·口问》篇言:“悲则心系急,肺布叶举,而上焦不

* 通讯作者:296553610@qq.com

通,荣卫不散,热气在中,故气消矣。”大悲则百脉拘急,肺叶高举而不张,宣发肃降失职。《灵枢·营卫生会》载:“帝曰:愿闻营卫之所行,皆何道从来?岐伯答曰:营出中焦,卫出下焦。”现在上焦不通,卫气不能出,而营气又上注于肺脉,故营卫皆不能散。郁热在内,荣卫消矣。在悲伤的情况下,会出现肺叶高举而不张,即肺脏形态结构发生了相应变化。卫气在上焦,营气在中焦,肺通过呼吸以行营卫之气,只有肺叶不断地进行升发肃降的运动,才能正常行使主气司呼吸的权能。现肺叶高举而不降,呼吸功能受到影响,运行营卫的功能受阻,营卫之气欲从上中焦而出却出不得,亦不能正常运行,故而积聚,出现气消的情况。是故悲忧通过使肺叶高举损伤肺脏。

1.4 肾主恐 大恐伤肾 恐是精气沉降^[10]。《灵枢·口问》篇云:“恐则精却,却则上焦闭,闭则气还,还则下焦胀,故气不行矣。”肾主闭藏,主藏精。天癸为其肾精所生,由《素问·上古天真论》中“二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”知肾精具有物质性,具有其本身的形态结构和生理特性。与恐之情志对应而受其影响。《灵枢·本神》第八曰:“恐惧而不解则伤精,精伤则骨酸痿厥,精时自下。是故五脏主藏精者也,不可伤,伤则失守而阴虚;阴虚则无气,无气则死矣。”恐惧使肾藏精受到伤害^[11]。《素问·上古天真论篇》曰:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之,故五藏盛乃能泻。”即人在恐惧的情况下会出现精从体内脱失的现象,精脱失以后会造成上焦阻塞,从而使本应从上焦而出的卫气还于下焦,则下焦胀。《灵枢·本神》中提到“肾藏精,精舍志,肾气虚则厥,实则胀”即是此意。故而恐惧通过精流失损害肾脏,也即是通过损害肾脏中所藏得物质损害肾脏。

1.5 脾主思 大思伤脾 《灵枢·口问》篇:“思则心有所存,神有所归,正气留而不行,故气结矣。”思是精气氤氲,思则气结。气结即为气不舒,与气缓相反^[12]。《素问·藏气法时论篇》曰:“脾欲缓,急食甘以缓之,用苦泻之,甘补之。”脾为气机升降之枢纽,升清降浊,气结则正气留而不行,思则气结,气结为气不缓,与脾欲缓相悖,脾将发生功能性和器质性变化^[13]。《灵枢·大惑论》第八十章曰:“其肠胃小,皮肤滑以缓,分肉解利,卫气之留于阳也久,故少瞑焉。”再次说明消化系统喜缓不喜结。消化系统皮肤缓,才能使气更好地舒张运行。过度思虑使皮肤急结,能损害消化系统的功能^[14]。总之,脾脏以缓为美,脾缓则功能正常,思虑会影响到脾缓。即,思虑通过使气急结,从而使气不再缓和,进而伤害脾脏。

2 五脏形态结构决定功能

上面第一部分主要论述了情志如何影响五脏器质,而五脏器质如何决定情志和功能将在接下来论及。《灵枢·本藏》有“五脏皆小者,少病,苦忧心,大愁

扰;五脏皆大者,缓于事,难使以扰。五脏皆高者,好高举措;五脏皆下者,好出人下。五脏皆坚者,无病;五脏皆脆者,不离于病。五脏皆端正者,和利得人心;五脏皆偏倾者,邪心而善盗,不可以为人平,反复言语也。”器官、组织结构偏倾会影响人体情志。《灵枢·本藏》篇言:“五脏者,所以参天地,副阴阳,而运四时,化五节者也;五脏者,固有小大、高下、坚脆、端正、偏倾者……”其器质本有不同。

如《灵枢·本藏》篇所言:“肺小,则少饮,不病喘喝;肺大则多饮,善病胸痹、喉痹、逆气。肺高,则上气,肩息咳;肺下则居贲迫肺,善胁下痛。肺坚则不病,咳上气;肺脆,则苦病消痹易伤。肺端正,则和利难伤;肺偏倾,则胸偏痛也。”“肝小则脏安,无胁下之病;肝大则逼胃迫咽,迫咽则苦膈中,且胁下痛。肝高,则上支贲切,胁挽为息贲;肝下则逼胃胁下空,胁下空则易受邪。肝坚则藏安难伤;肝脆则善病消痹,易伤。肝端正,则和利难伤;肝偏倾,则胁下痛也。”“肾小,则脏安难伤;肾大,则善病腰痛,不可以俯仰,易伤以邪。肾高,则苦背脊痛,不可以俯仰;肾下则腰尻痛,不可以俯仰,为狐疝。肾坚,则不病腰背痛;肾脆,则善病消痹,易伤。肾端正,则和利难伤;肾偏倾,则苦腰尻痛也。”此皆表明脏腑之器质与其功能密切相关。

综上所述,作者通过研究《素问》中的相关内容及《灵枢经》中篇目的原文,找到了怒喜思悲恐分别对应肝心肺脾肾的依据,解释了五脏与情志一一对应的机理,同时阐述了器质性问题在中医理论中的应用。从中可以看出,器质性的变化在情志与五脏对应关系中占有重要地位,异于后世重功能轻器质的思潮。

参考文献

- [1]张慧,柳红良,赵志付.古代情志致病理论在中医心身疾病诊治中的应用[J].中华中医药杂志,2015,30(3):652-654.
- [2]杨凤珍,烟建华.《黄帝内经》神志理论论要[J].中华中医药杂志,2017,32(6):2408-2411.
- [3]刘自健,李敬林.浅谈“怒”与消渴病[J].湖南中医杂志,2014,30(1):103-104.
- [4]胡静平.怒伤肝在指导肝病治疗中的作用与疗效[A].《临床心身疾病杂志》2015年12月研讨会综合刊[C].2015:1.
- [5]邱友文.“喜伤心”析疑[J].湖北中医杂志,1982(3):33-34.
- [6]聂绍通.论情志致病因素——“喜”[J].中外医疗,2009,28(20):115.
- [7]严萍.陈美华主任对《内经》心之苦欲补泻的理论认识[J].福建中医药,2015,46(6):64.
- [8]向勇,王春林,董有康,等.从“肺主治节,忧伤肺”探讨焦虑、忧郁对骨关节疾病的影响[J].环球中医药,2018,11(1):82-83.
- [9]吴昊.基于四时八节调查及心理学实验的悲伤情绪中医辨证研究[D].北京:北京中医药大学,2014.
- [10]方信盛.中医七情“恐”之文献研究[D].北京:北京中医药大学,2012.
- [11]谷忠悦,关怀玉.“恐伤肾”在心身疾病演变过程中的意义[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(6):113-114.
- [12]牛学恩,任璐璐,闫明.从“思则气结”论治抑郁症[J].中医学报,2015,30(6):841-842.
- [13]杨丽,王彩霞.《黄帝内经》脾藏意主思的研究[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(9):1152-1154.
- [14]唐学游.谈情志之变与脾郁[J].山西中医,1988(6):6-7.
- [15]周少林.“七情致病”说[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(10):71-72.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱秀敏 收稿日期:2018-08-14)

温启宗教授二术汤治疗痤疮经验※

曹彩云¹ 周改兰¹ 李娜² 刘明荣¹ 李晓庆¹

(1 呼和浩特市蒙医中医医院脾胃病科, 内蒙古 呼和浩特 010030;

2 内蒙古自治区中医医院皮肤科, 内蒙古 呼和浩特 010000)

摘要: 痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病, 具有一定的损容性, 发病率高, 以青少年为多见。温启宗老师在临床中常从脾胃论治痤疮, 治疗以健脾利湿、清热解毒为大法, 并结合现代药理用药, 选方自拟加味二术汤, 取得良好效果。本文从痤疮发病的病因病机、加味二术汤的组方原理、加减化裁等方面进行介绍, 并附典型医案1例加以印证。

关键词: 温启宗; 加味二术汤; 临证经验; 痤疮

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.029

文章编号:1672-2779(2018)-24-0067-03

Experience of Professor Wen Qizong in Treating Acne with Erzhu Decoction

CAO Caiyun¹, ZHOU Gailan¹, LI Na², LIU Mingrong¹, LI Xiaoqing¹

(1. Department of Spleen-Stomach Disease, Hohhot Mongolian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia, Hohhot 010030, China;

2. Department of Dermatology, the Inner Mongolia Autonomous Region Hospital of Traditional Chinese Medicine,

Inner Mongolia, Hohhot 010000, China)

Abstract: Acne is a chronic inflammatory skin disease involving the sebaceous glands of the hair follicles. It has a certain degree of disfigurement and high incidence, and is common among teenagers. Teacher Wen Qizong often treated acne from the spleen and stomach in clinical practice. The treatment was based on invigorating the spleen and eliminating dampness, clearing away heat and detoxification, and combined with modern pharmacology by self-made modified Erzhu decoction with good results. This article introduces the pathogenesis of acne, the principle of the prescription of modified Erzhu decoction, the modification, and gives a typical case to prove it.

Keywords: Wen Qizong; modified Erzhu decoction; clinical experience; acne

痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病, 具有一定的损容性, 各年龄段均可患病, 但以青少年发病率较高。皮损好发于面颊、额部、上胸背部及肩部。临床常以粉刺、炎性丘疹、表浅脓疱、结节、囊肿及瘢痕等为主要症状。皮损常对称分布, 女性常在月经前后加重。中医学称本病为“粉刺”或“肺风粉刺”。西医认为本病的发病与雄激素、皮脂分泌增加、毛囊皮脂腺开口处过度角化和痤疮丙酸杆菌感染等因素有关, 部分还与遗传、免疫和内分泌等因素有关^[1-2]。

温启宗老师是国家级名中医, 全国第五批、第六批师承指导老师, 内蒙古自治区第二批师承指导老师, 他治学严谨, 临证经验丰富, 对皮肤病的治疗有独到见解, 多从脾胃论治。临床常用自拟二术汤治疗痤疮, 疗效显著, 兹将其这一治疗经验作以介绍。

1 病因病机

中医学早在《素问·生气通天论篇》提出:“汗出见湿, 乃生痤疮……劳汗当风, 寒薄为皴, 郁乃痤”。后世医家对此病的病因病机论述颇多, 如《医宗金鉴·外科心法要诀·肺风粉刺》篇载:“此证由肺经血热而成, 每发于面鼻, 起碎疙瘩, 形如黍屑, 色赤肿痛,

破出白粉汁……”。《万病回春》亦有“肺风粉刺, 上焦火热也”。《外科正宗》篇载“肺风属肺热, 粉刺、酒皰鼻、酒刺属脾经。皆由血热郁滞不散。又有好饮者, 胃中糟粕之味, 熏蒸肺脏而成。”^[3]《圣济总录》篇载:“亦有缘醉酒露卧, 及饮酒未解以冷水洗濯而得之。”《肘后备急方》篇载:“年少气充, 面生皰疮。”根据历代医家论述, 中医认识痤疮的历史源远流长, 战国时期至清代, 对痤疮病因病机的认识逐步深入。从寒热论, 该病属热邪为患; 从气血论, 与血分关系密切^[4]。于好发年龄而言, 青年人, 气血旺盛, 血热内蕴而易生痤疮^[5]。

由于现代人饮食习惯及生活节奏的变化, 现常认为痤疮的发病或因于素体阳热偏盛, 肺经蕴热, 复感风邪, 风性炎上, 熏蒸面部; 或过食辛辣肥甘厚味, 助湿化热, 湿热互结, 循经上蒸颜面, 郁于肌表; 或情绪不畅, 郁而化火, 上壅面部肌肤; 或长期暴饮暴食, 脾失健运, 脾虚致中焦运化失司, 湿浊内生, 郁久化热, 灼津为痰, 湿热浊痰互结致瘀血阻滞, 故而发病。亦有认为本病由于肝肾阴虚、冲任不调^[6]而发病。

温师根据多年临床经验, 提出本病的病因为湿、热、瘀血, 有兼夹寒、风、虚、郁的不同。他认为此病在脏腑为脾胃湿热内蕴, 在经络为阳明郁热。涉及的主要脏腑是脾胃, 与肺肝肾相关。临床常见肺经风

※ 基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家温启宗传承工作室项目[No.[2012] 149 号]

热、脾胃湿热、脾虚湿热夹瘀三型，但因现代人使用化妆品及皮肤外用较多，就诊时已多方用药，故临床常见虚实夹杂，相兼为病。治疗以健脾利湿、清热解毒为大法。

2 温师自拟二术汤方义探析及加减化裁

2.1 方义探析 基本方：苍术、白术、茵陈、白花蛇舌草、马齿苋、徐长卿、甘草。方中苍术味厚气薄，为阴中阳也，可升可降，在经络归阳明、太阳，在脏腑归脾、胃、肝经，能燥湿健脾，散风解郁。东垣谓其“别有雄壮上行之气，能除湿下安太阴，使邪气不传入脾也。”现代药理研究苍术具有抗炎、抗菌、抗病毒、调节消化系统功能等作用^[7]。白术味厚气薄，归脾胃经，为阴中阳也，有健脾益气，燥湿利水的作用，《别录》载其“能消痰水，逐皮间风水结肿。”《本草经疏》篇载：“术，其气芳烈，其味甘浓，其性纯阳，为除风痹之上药，安脾胃之神品。又主大风在身面上，风为阳邪，发于阳部，故能主之。”《本草汇言》载其“为扶植脾胃、散湿除痹、消食除痞之要药。”脾虚不健，术能补之，胃虚不纳，术能助之。现代药理研究白术有增强脾胃功能、调节胃肠运动、利尿、调节免疫系统、抗菌、抗炎等作用^[8]。然白术守而不走，苍术走而不守，故白术善补，苍术善行；白术补脾，苍术运脾。且苍术较白术气重而体沉，能通泄阳明之湿，二者相兼而用，可健脾祛湿，使湿去而不留邪，共为君药。两药用量1:1，最大可用至20 g。茵陈有清热利湿退黄、疗疮火诸毒之功能，能治湿热在阳明、太阴之病。现代药理研究茵陈有镇痛消炎、抗病原微生物、免疫调节等作用^[9]。白花蛇舌草功长于清热解毒、活血消肿、利湿退黄，现代药理研究认为其有免疫调节、抗炎抗菌等作用^[10]。两药苦寒，能燥湿除热利水，湿热去，则诸症自退矣。两药同为臣药，助君药加强祛湿解毒之力，药量最多可用至30 g。马齿苋味酸，性颇滑利，有清热解毒、凉血消肿的作用，现代药理研究认为马齿苋具备广谱性抗菌药理作用及抗击人体细胞组织衰老的作用^[11]。徐长卿味辛，性温，有祛风除湿、行气活血、去痛止痒的作用，现代研究其有免疫调节、抗炎、抗病毒、抗过敏及镇静镇痛等作用^[12]。两者相配可加强祛风清热除湿的作用，合而为佐。马齿苋可用至30 g，徐长卿常用量10 g。甘草其性守而不走，能和中缓急、解毒，现代研究认为其有肾上腺皮质激素样作用、抗衰老作用、抑菌、抗炎、调节机体免疫、抗病毒、抗过敏等作用^[13]。能入脾胃使诸药相协，共为力而不争，为使药，用量可至10 g。诸药合用，共奏健脾利湿、清热解毒之功。温师临床常结合现代药理研究用药，自拟二术汤方诸药相配有很好的抗菌消炎、调节胃肠功能及调节免疫功能，对痤疮的愈合疗效确切。

2.2 加减化裁 痤疮皮疹色红，伴便秘、心烦者，可加大黄、桑白皮、栀子；皮肤结节色暗者加当归、川芎、赤芍、生地；皮肤结节大且质硬者，可加三棱、莪术、夏枯草、浙贝母；皮肤痒甚者，加蝉蜕、乌梢蛇、蒺藜；热盛伴疼痛明显者加黄芩、虎杖、蒲公英、鱼腥草、金银花、连翘；有脓头伴渗出多者加土茯苓、薏苡仁、苦参；脓疱多者加金银花、连翘、紫花地丁、水牛角、皂角刺；经前加重者加益母草、泽兰叶；病程久，皮损轻者，加黄芪、防风；皮疹色暗，经久难愈，兼纳差便溏者，加人参、茯苓。

3 验案举例

患者，王某，男，27岁，初诊时间：2016年12月12日。主诉：反复颜面部起疹3年余，加重半年。该患者3年前无明显诱因出现颜面部皮疹，以前额、两颊为甚，反复发作，曾治疗（具体药物不详），可缓解，但易反复。近3月生活不规律，常食辛辣，加班熬夜，自觉上症明显加重，遂来求诊。刻下症：颜面部满布红色丘疹，粉刺结节较大，质硬，有脓头，痛痒著，颜面部脂溢较重，纳、寐可，大便秘结，小便平，舌质暗红、苔黄腻厚，脉涩。中医辨证为脾虚湿热内蕴，瘀毒阻滞。治以健脾利湿，清热解毒，活血化瘀。处方：苍术20 g，生白术20 g，白花蛇舌草30 g，茵陈30 g，甘草10 g，马齿苋30 g，徐长卿10 g（后下），虎杖30 g，蒲公英30 g，鱼腥草30 g，金银花30 g，连翘20 g，当归30 g，川芎10 g，赤芍20 g，生地黄20 g，栀子10 g，牡丹皮10 g，大黄10 g（后下），桑白皮10 g，秦艽10 g，蝉蜕15 g，三棱10 g，莪术10 g，白芥子10 g。10剂水煎服，日1剂。嘱其勿食辛辣及鱼腥发物，忌熬夜，放松心情。

二诊：患者颜面部丘疹较前有所减轻，面部结节较大，色红质硬，痛痒较前有所缓解，大便正常，舌质偏红、苔黄腻，脉涩，上方大黄减至5 g，加白芷10 g，防风10 g，陈皮10 g，皂角刺10 g以祛风解毒，15剂，水煎服，日1剂。

三诊：患者面部红色丘疹已明显缓解，痛痒减半，面部结节颜色转淡，舌质淡红、苔薄白腻，脉涩，上方加忍冬藤20 g，败酱草30 g以解毒，15剂，水煎服，日1剂。

四诊：患者面部丘疹已不显，面部结节较前减小，质硬，痛痒已显减，二便平，舌苔薄白，脉涩。上方去白芥子，15剂，水煎服，日1剂。

五诊：患者面部结节明显减小，质硬，痛痒不显，舌苔薄白，脉弦，上方加水牛角20 g（先煎）以清热凉血，15剂，水煎服，日1剂。

六诊：患者结节见平，余无不适，舌脉平，上方去大黄、桑白皮，15剂，水煎服，日1剂以巩固治疗，随访1年未发。

按：患者青年男性，阳热偏盛，常食辛辣，兼之熬夜，使脾胃积热受损，湿热内蕴，火热夹湿，循阳明经上熏，壅于头面部，日久致脾虚，湿热瘀血之邪阻于肌肤而发病。本案患者病本起于中焦，传化失常，而方中苍术为足阳明经药，其气味辛烈，升阳而开郁，强胃健脾，发谷之气，能径入诸药，疏泄阳明之湿，通行敛涩。白术之苦以补燥气之不足，其味甘以泻火而益元气。加诸多清热解毒药配辛温之白芥子利气燥痰、散结消肿，并防寒药物伤胃；加蝉蜕以祛风止痒；加秦艽以祛风除湿，且现代研究认为秦艽具有抗炎、镇痛、解热等作用，能调节中枢神经系统及免疫系统^[14]，温师在治疗多种皮肤病中使用此药。方中苦寒之大黄不可久用，起效即减量。患者病程久，瘀血重，瘀血不去则新血不生，故方中加当归、川芎、赤芍、生地、三棱、莪术以破血行气，活血化瘀。诸药合用，清热祛湿、活血解毒之力大增。风盛则火炽，白芷为头面之药，可去手阳明经风邪，防风辛温升浮，除风胜湿，故二诊于原方中加白芷、防风，温师在临床中祛风药常配合活血药使用，可散风而活血，血活则风散。三诊患者痛痒减轻，原方加忍冬藤以解毒通络，加败酱草以破瘀排脓，且现代研究认为败酱草有抑菌、抗病毒、抗炎、保肝利胆、镇痛及抗疲劳作用，对胃肠道有双向调节作用^[15]，此药在各种皮肤病后期的治疗中被广泛使用。同时温师认为在皮肤病的治疗及恢复过程中，患者合理规律的生活习惯非常重要，勿熬夜，饮食清淡，忌食鱼腥及辛辣等发物。

参考文献

- [1]张学军.皮肤性病学[M].7版.北京:人民卫生出版,2008:175.
- [2]陈德宇.中西医结合皮肤性病学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2012:320-321.
- [3]蓝海冰,徐萍萍,徐跃容,等.陈彤云教授治疗痤疮经验总结[J].中国美容医学,2018,27(2):137.
- [4]李秀玉,王晓静,腰向颖.痤疮中医理论溯源[J].中医临床研究,2013,5(7):1-2.
- [5]潘纯,戴慎.痤疮源流探析[J].现代中西医结合杂志,2011,20(30):3845-3846.
- [6]梁黎慧,曹毅.曹毅从肝肾阴虚论治痤疮经验[J].浙江中医杂志,2015,50(5):319.
- [7]邓爱平,李颖,吴志涛,等.苍术化学成分和药理的研究进展[J].中国中药杂志,2016,41(21):3904-3913.
- [8]王涵,杨娜,谭静,等.白术化学成分、药理作用及临床应用的研究进展[J].甘肃医药,2018,37(1):24.
- [9]章林平,孙倩,王威,等.茵陈有效成分的药理作用及其临床应用的研究进展[J].抗感染药学,2014,11(1):28-29.
- [10]杨天赐.白花蛇舌草的化学成分与药理作用研究进展[J].亚太传统医药,2012,8(11):168.
- [11]冯彦.马齿苋的药理作用及营养保健作用[J].中医临床研究,2017,9(3):117.
- [12]姜雪,孙森凤,任俊洁,等.徐长卿药理作用及临床应用研究进展[J].化工时刊,2017,31(6):38.
- [13]姜雪,孙森凤,王悦,等.甘草药理作用研究进展[J].化工时刊,2017,31(7):25-27.
- [14]蔡秋生,张志红,高慧琴.秦艽药理作用及临床应用研究进展[J].甘肃中医学院学报,2010,27(6):55-58.
- [15]陈淑玲,韩亮.败酱草的现代研究进展[J].广东药科大学学报,2017,33(6):818-819.

(本文编辑:李海燕 本文校对:黄震洲 收稿日期:2018-08-21)

(上接第42页)有显著性差异($P<0.05$),但各组间治疗后比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:隔药灸脐可通过降低IBS患者血清SP、VIP和5-HT含量,发挥治疗作用。

评析：此摘要对首次出现的医学名词,如肠易激综合征、血清P物质、血管活性肠肽和5-羟色胺等,没有将其英文缩写IBS、SP、VIP、5-HT于相应位置标明,但在结果中却使用了缩写,对于不熟悉本专业的人来讲,易于造成阅读上的困难。

改：目的：探讨隔药灸脐法对脾虚型肠易激综合征（IBS）血清脑肠肽含量的影响。方法：210例确诊患者以3:3:2的比例，随机分为隔药灸脐组（75例），隔淀粉灸脐组（75例）和西药组（60例），治疗1个疗程（4周）。治疗前后采用酶标免疫吸附测定法（ELISA）检测患者血清P物质（SP）、血管活性肠肽（VIP）和5-羟色胺（5-HT）的含量。结果：治疗后隔药灸脐组血清SP、VIP和5-HT含量均显著下降，与治疗前比较有显著性差异（ $P<0.05$ ），但各组间治疗后比较无显著性差异（ $P>0.05$ ）。结论：隔药灸脐可通过降低IBS患者血清

SP、VIP和5-HT含量，发挥治疗作用。

3 小结

中医药论文摘要是论文的核心与窗口，它文字简练、内容丰富、是指导医护人员快捷浏览、索取资料、判断文献的基本内容是否与自己的研究相关的工具。所以，作者要重视摘要的写作。摘要一般是在论文写作完成后再写，作者需要严格遵循摘要编写的国家标准和规范，将自己论文的目的、方法、结果和结论反复推敲和斟酌，理清论文的细节，找出其中有代表性的数据，尽量采用定量表达，才能准确地论述出论文中的核心内容，凝炼出高质量的摘要。

参考文献

- [1]陈浩元.科技书刊标准化 18 讲[M].北京:北京师范大学出版社,1998:73.
- [2]钱寿初.从传统摘要到结构式摘要[J].编辑学报,1990,2(1):56-60.
- [3]赵奉茹.红楼梦养生浅析[J].针推论坛,2013,1(1):5-7.
- [4]张兴镇.浅谈王执中《针灸资生经》对灸法的贡献[J].针推论坛,2013,1(1):16-18.
- [5]崔笑玉,李文涛.柴胡加龙骨牡蛎汤抗抑郁作用研究进展[J].山东中医杂志,2015,34(3):238-240.
- [6]刘骁,郭刚,马玉侠,等.隔药灸脐法对脾虚型肠易激综合征患者脑肠肽的影响[J].山东中医药大学学报,2013,37(4):289-291.

(本文编辑:李海燕 本文校对:成建军 收稿日期:2018-08-28)

吴清明教授从肝论治顽固性失眠的临床经验

权国昌¹ 刘 恋² 刘惠君¹ 尹程琳¹ 吴清明^{2*}

(1 湖南中医药大学研究生院, 湖南 长沙 410208; 2 湖南中医药大学第二附属医院脑病科, 湖南 长沙 410005)

摘要: 总结吴清明教授从肝论治顽固性失眠的临证经验。吴教授认为, 随着当下社会人们的生活压力变得空前巨大, 精神心理因素目前已成为引起顽固性失眠久治不愈的重要原因, 郁怒伤肝, 肝失疏泄, 肝郁气滞, 气血阴阳不和是其病机关键所在。临证时从“情志致病”出发, 以疏肝解郁为先, 根据本病后期多痰、多瘀、多火(热)、多虚的不同特点, 分别治以活血化瘀、祛湿化痰、清肝泻火、滋阴清热、疏肝健脾养血, 以使邪去神安, 阴血得复, 阳气交于阴而能寐矣。

关键词: 顽固性失眠; 肝郁; 从肝论治; 疏肝解郁; 名医经验; 吴清明

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.030

文章编号:1672-2779(2018)-24-0070-03

Clinical Experience of Professor Wu Qingming in Treating Refractory Insomnia from the Liver

QUAN Guochang¹, LIU Lian², LIU Huijun¹, YIN Chenglin¹, WU Qingming²

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

2. Department of Encephalopathy, the Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410005, China)

Abstract: Clinical experience of Professor Wu Qingming in treating refractory insomnia from the liver was summarized. Professor Wu believes that as the life pressure of people in the present society has become unprecedented, mental and psychological factors have become an important cause of persistent insomnia, which is the key to the pathogenesis of the disease. In the presence of "emotion disease", it is first to remove stagnation of liver and relieve depression. According to the different characteristics of phlegm, multi blood stasis, multi fire (heat) and multi deficiency in the later period of the disease, it is treated with blood activating and removing stasis, removing dampness and eliminating phlegm, clearing liver and reducing fire, nourishing yin and clearing heat and nourishing the spleen and nourishing the spleen to nourish the spleen and nourish the blood, so as to make evil deity, yin blood get complex, yang qi turn to yin and sleep.

Keywords: intractable insomnia; liver depression; treatment from the liver; dispersing stagnated liver qi for relieving qi stagnation; experience of famous doctor; Wu Qingming

顽固性失眠(慢性失眠),是指患者尽管有合适的睡眠机会和睡眠环境,但依旧出现至少3个月且每周不少于3次的频繁而持续的入睡困难和(或)睡眠维持困难,同时伴有日间功能损害的一种重症睡眠障碍^[1]。本病往往病因复杂,病程迁延,难以速愈,严重影响了患者的身心健康及生活质量,并增加了如交通事故等的意外风险。目前,在本病的治疗上,现代医学主要以传统镇静安眠药治疗为主,但长期服用此类药物所带来的成瘾性、白天嗜睡等不良反应,也同样成为了一种负担及社会医疗问题;而祖国传统医学,因其疗效确切、毒副作用小及治疗方法丰富等特点,已受到了越来越多人的关注。

导师吴清明教授,系湖南中医药大学第二附属医院针灸推拿康复科、脑病科主任,国家优秀中医临床人才,全国第六批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事中医临床、教学及科研工作已30余载,临床上擅于运用中药、针灸治疗脑病,尤其是对顽固性失眠的治疗颇有见解。笔者有幸跟师侍诊,深感其治疗顽固性失眠的临床疗效显著,经整理总结,现将导师吴清明教授治疗顽固性失眠的经验简单介绍如下。

1 病因病机

失眠,又称“不寐”。中医学认为,本病的病机总属营卫不和,阴阳失交。《灵枢·口问》曰:“阳气尽,阴气盛,则目瞑;阴气尽,而阳气盛,则寤矣。”说明人体阴阳之气的消长变化,产生了睡眠与觉醒的不同生理活动。阴主静,阳主动;阳气衰,阴气盛,则发生睡眠;阳气盛,阴气衰,则产生觉醒。《灵枢·大惑论》又曰:“夫卫气者,昼日常行于阳,夜行于阴,故阳气尽则卧,阴气尽则寤。”营气营养于内,属阴;卫气温护于外,属阳。白天人体阳气充盛,人寤而活动;夜间自然界的阴气渐盛,营气运营于脉内,卫气入于里,与营气阴阳相会,人卧而睡眠休息。因此,人体的睡眠和觉醒,是营卫之气正常循行所决定的。睡眠为阴,觉醒为阳,只有阴阳相互依存,相互协调,人体才能拥有正常的睡眠节律。若人体营卫之气循行失常,卫气不得入于阴,阴阳失交,或因阴虚不能敛阳,或由阳盛不能入于阴,则神魂妄行而不寐^[2]。

至于顽固性失眠,导师吴清明教授根据多年来的临证经验认为,精神心理因素目前已成为引起顽固性失眠久治不愈的重要原因。近年来,随着当下社会生活节奏的日益加快、竞争的激烈、人际关系的紧张,人们的心理负担也随之加重,在这种情况下,人们不免心生焦虑烦躁等不良情绪,若这种长时间不良情绪的刺激

* 通讯作者: qmwu6789@163.com



得不到有效的宣泄,就会引起人体脏腑气血阴阳的变化,进而引起顽固性失眠^[3]。本病初起多因烦躁恼怒不得解,肝失疏泄,肝郁气滞,日久气机失调,气血津液运行障碍而成肝郁血瘀及肝郁痰扰之证,更有甚者肝郁化热化火,伤及阴血,而见心肝血虚之证,阴虚阳无所制,阳不交于阴,心肝火旺,病情虚实夹杂,不寐顽疾由此而生。正如《症因脉治·内伤不得卧》云:“肝火不得卧之因,或因恼怒伤肝,肝气郁滞;或尽力谋虑,肝血所伤。肝藏血,阳火扰动血室,则夜不宁矣。”^[4]因此,郁怒伤肝,肝气郁结,气血阴阳失和是顽固性失眠的病机关键。其病理性质当责之虚实两端,实为痰、瘀、火、热为患,上扰神魂,神魂不宁,则生不寐顽疾,虚为心肝血虚,神魂失其所养而不寐。

2 从肝论治顽固性失眠的辨证用药经验

2.1 疏肝理气 化痰祛瘀 肝主疏泄而畅达气机,若肝气失疏,气机不畅,日久则气血津液运行障碍,或气滞血瘀,或津停为痰,痰瘀为患进而影响睡眠。因此,顽固性失眠的治疗,当疏肝不忘祛邪,邪去神安则可寐矣。

2.1.1 肝郁血瘀型 顽固性失眠患者,初则多因情志抑郁伤肝而起,肝之疏泄,气机郁结,则气血运行不畅。因气为血之帅,气行则血行,气滞则血行不畅,故日久必致气滞血瘀,瘀血内停,血气不和,神魂失养而不寐,故可见烦扰不寐,伴头痛、胸胁痛,妇女经行不畅,面色晦暗,夜不成寐。舌多暗紫,舌下脉络屈曲,脉弦细而涩。遵《内经》“疏其血气,另其条达”,导师多以血府逐瘀汤合百合安神汤以疏肝解郁、活血安神。是方以桃红四物汤以活血化瘀为君,四逆散疏肝理气为臣;枳壳、桔梗一升一降,调畅气机,牛膝导血下行,更以百合50 g,酸枣仁30 g,夜交藤30 g,琥珀6 g以安神,使得气血调和,肝气调达,瘀去郁散,神魂自安。正如王清任《医林改错》所云:“夜不能睡,用养血安神药治之不效者,此方若神。”

2.1.2 肝(胆)郁痰扰型 若郁怒伤肝,肝失疏泄之职,气机郁滞,气不行水,则津液停聚为痰湿,痰湿郁久化热,上扰心神则不寐;另肝胆互为表里,胆主少阳春升之气,内寄相火,胆气冲和,则能上养心火,神魂安而能寐。胆主决断,为清净之府,若谋事当断不断,迟疑不决,思虑太过,则胆气失于升发,少阳枢机不利,胆气可郁而化火,炼液为痰,痰火扰心则失眠。症见:心烦不寐,头晕,胸闷,恶心欲呕,口苦咽干,舌红、苔黄腻,脉滑数。导师多以小柴胡汤合温胆汤加味以疏利肝胆,化痰解郁。

2.2 疏肝养血 滋阴清热 肝主藏血而舍魂,肝郁日久,化热化火,上扰心神,则心烦而不寐;火热为甚,阴血暗耗,血虚则魂无所附而不得卧。清·唐容川《血证论》言:“肝病不寐者,肝藏魂,人寤则魂游于目,寐则魂返于肝。若阳浮于外,魂不入于肝,则不寐,其证并不

烦躁,清睡而不得寐,宜敛其阳魂,使入于肝。”

2.2.1 肝郁化火型 肝为刚脏,主升主动,易动不易静,或因情志抑郁不得解,初则肝郁气滞,日久气郁化热化火,或大怒伤肝,肝气亢逆而发肝火,肝火冲扰神魂,魂不安而不寐。症见:失眠,烦躁易怒,目赤口苦,口渴喜饮,胁肋痛,耳鸣、咽痛,小便黄赤,大便秘结,舌边尖红、苔黄或干腻,脉弦数。导师多以柴桂龙牧汤合百合地黄汤加减,以疏解少阳气机,滋阴清热安神^[5]。

2.2.2 肝郁血虚型 肝主藏血而舍魂,喜条达而恶抑郁,情志不畅,肝木失于条达,横克脾土,脾胃受损,气血生化乏源,则成肝郁血虚(脾虚)之证;若肝郁日久,火热日盛,阴血暗耗,则成肝郁血虚有热之证。症见:入睡困难,头晕目涩,心烦意乱,颊赤口干,纳差,大便可不成形,舌红、苔薄黄,脉弦虚数。导师多以丹栀逍遥散加减以疏肝清热,养血安神。若肝血亏虚有热,虚烦不寐,症见虚烦失眠,心悸不安,头晕目眩,咽干口燥,舌红,脉弦细者,导师则多以柴桂龙牧汤合酸枣仁汤加减疏肝清热除烦,养血安神。

3 验案举隅

刘某,男,43岁,2017年5月13日初诊。主诉:失眠10年,加重1月。患者于10年前因工作压力大而出现入睡困难,每晚只睡4~5 h,期间曾多次在外院服用中药治疗(具体用药不详)未见明显改善,近1月来,患者入睡困难加剧,每晚只睡1~2 h,甚则通宵不寐,为求诊治,遂来我科就诊,刻下症见:入睡困难,甚则通宵难以入睡,伴有白天神疲,稍头昏,心烦不安,平素性急易怒,食纳可,口干口苦,大便偏干,小便黄。舌暗红、苔黄,脉弦细。诊断:顽固性失眠。辨证:肝郁血虚有热。处方:小柴胡汤合百合地黄汤、酸枣仁汤加减,药物组成:柴胡10 g,法半夏10 g,黄芩10 g,党参15 g,百合50 g,生地黄10 g,郁金10 g,酸枣仁30 g,川芎10 g,知母10 g,茯苓10 g,白芍30 g,琥珀6 g,甘草6 g,7剂,水煎服,日1剂,午休及晚睡前服。

2017年5月21日2诊。服上方后睡眠有所改善,仍入睡困难,每晚可睡四五个小时,白天疲倦有所改善,无头昏,食纳可,口干口苦较前减轻,大便可,小便黄。舌黯、苔薄黄,脉弦细。处方:柴胡10 g,法半夏10 g,黄芩6 g,党参15 g,百合50 g,生地黄10 g,酸枣仁30 g,川芎10 g,白芍30 g,桂枝6 g,生龙骨15 g,生牡蛎15 g,夜交藤15 g,甘草6 g,7剂,水煎服,日1剂,午休及晚睡前服。服药后入睡困难明显好转,守方继进7付而愈。并嘱其日后正确面对压力,从容平和地对待工作及生活,注意劳逸结合,养成良好的睡眠习惯。

按: 本例患者因工作压力过大,心生焦虑抑郁,久不得解,影响肝之疏泄,肝郁气滞,气郁日久则化热化火,上扰神魂,神魂不安故而不寐,加之患者长

期失眠久治不愈,心理负担沉重,加剧了情志变化,使得肝郁化火愈加突出,火热为甚,阴血暗耗,血虚魂无所附,故生不寐顽疾。初诊时考虑患者肝郁血虚有热,故方选小柴胡汤合百合地黄汤、酸枣仁汤加减以和解少阳气机,滋阴清热,养血安神。药证相合,故二诊时夜寐略安,然已伤之血不能速复,故原方减黄芩用量为6g,加桂枝6g合白芍以调和营卫,并加生龙骨、生牡蛎各15g以使上浮之火得以速潜以镇静安神,另改琥珀为夜交藤15g以调和阴阳,安神。在中药内服治疗的同时,施以心理疏导,让患者正确认识睡眠,释放压力,以减轻情志对睡眠的进一步影响。

4 总结

顽固性失眠是临床上常见的一种重症睡眠障碍,也是最为常见的一种心理生理疾病。近年来,随着社会的飞速发展,人们所面临的生存压力变得空前巨大。面对日益紧张的人际关系、激烈的竞争,精神心理因素目前已成为顽固性失眠诊疗中最突出的影响因素。当下社会,由于人们的心理负担普遍过重,因此不免心生焦虑烦躁或不满情绪,这种长时间不良情绪刺激日久不解,就会出现人体脏腑气血阴阳失和,阳不交于阴,从而会引起失眠顽疾。肝主疏泄而调节人体的气机与情志,本病初起每以情志变化为主因,后

期多因失眠久治不效,过分关注、担忧睡眠质量而心生焦虑烦躁,由此而成恶性循环加剧了情志逆乱及脏腑气血失和,使得失眠愈加顽固。因此,导师吴清明教授临证时多从“情志致病”出发,抓住顽固性失眠“肝郁”的本质,以“疏肝解郁”为先,并根据本病后期多瘀、多痰、多火(热)、多虚的不同特点,分别治以活血化瘀、祛湿化痰、清肝泻火、滋阴清热、疏肝健脾养血,以使邪去神安,阳气交于阴而能寐矣;此外,在运用中医中药治疗失眠的同时,根据《内经》“法于阴阳,和于术数……恬淡虚无,真气存之,精神内守,病安从来”之旨,导师在临证时注重对患者的规律作息的指导及心理上的疏导,以使患者心情舒畅,打破因情志因素形成的顽固性失眠迁延难愈的恶性循环。

参考文献

- [1]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组.中国成人失眠诊断与治疗指南(2017版)[J].中华神经科杂志,2018(5):324-335.
- [2]刘艳娇,高荣林.中医睡眠医学[M].北京:人民卫生出版社,2003:54-56.
- [3]齐向华,腾晶.烦躁焦虑状态辨治析要:现代中医心理视角下的烦躁焦虑状态理论及实践[M].北京:人民军医出版社,2014:40-41.
- [4]高新彦,廖成荣.失眠症中医诊疗经验集[M].西安:西安交通大学出版社,2016:151.
- [5]谢瑶,肖靛宜,王凌燕,等.吴清明运用仲景“和”法治疗肝郁气滞型失眠经验[J].湖南中医杂志,2016,32(9):17-18.

(本文编辑:李海燕 本文校对:姚雯 收稿日期:2018-08-08)

陆执中主任治疗肩周炎经验介绍

陆巍

(江西省九江市第一人民医院骨科,江西 九江 332000)

摘要:陆执中,骨科副主任中医师,江西省名中医。陆老认为肩周炎属于自愈性自限性疾病,是疼痛-活动受限-加重的疼痛这一恶性循环的结果,治疗上是通过打破这一恶性循环,建立活动-疼痛减轻-活动范围增大这一良性循环,最终康复。手法、针刺、中药作为有效的治疗手段,治疗师应做到准确、到位、有效,同时随着医学进步我们要学习新的理论提高对疾病的认识,从而造福一方百姓。

关键词:陆执中;肩周炎;名老中医

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.031

文章编号:1672-2779(2018)-24-0072-03

Introduction on the Experience of Chief Lu Zhizhong in Treating Scapulohumeral Periarthritis

LU Wei

(Department of Orthopedics and Traumatology, Jiujiang First People's Hospital, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

Abstract: Lu Zhizhong, deputy director of orthopaedics and traumatology, is a famous Chinese medicine practitioner in Jiangxi province. Professor Lu believed that periarthritis of shoulder is self-healing and self-limited disease, and it is the result of the vicious circle of pain-limited activity-aggravated pain. The treatment is to break the vicious circle, establish the benign circle of activity-pain relief-enlarged range of motion, and eventually recover. Manipulation, acupuncture, Chinese medicine as an effective means of treatment, therapists should be accurate, in place, effective, at the same time with the progress of medical science, we should learn new theories to improve understanding of the disease, so as to benefit the patient.

Keywords: Lu Zhizhong; scapulohumeral periarthritis; famous veteran doctor of traditional Chinese medicine

陆执中,骨科副主任中医师,江西省名中医,出身于中医骨科世家,自幼随父陆宝凤(江西名老中医,骨科专家)学习中医骨科,从事临床工作50

余年,对骨科疑难征处理有独到之处,尤其在中西医结合治疗颈椎病、肩周炎、慢性腰腿痛方面进行了有益的探索和研究,积累了丰富的经验。本文将对其治



疗肩周炎的言传身教做一简要介绍。

肩周炎又称漏风肩、五十肩、肩凝症等,属于痹症。人体气血虚弱、正气不足,受风寒湿邪所侵导致经络受阻,气血运行不畅,经筋受损,不通则痛,活动受限。是由肩关节内外的慢性损伤性炎症,引起不同程度的疼痛和活动障碍。本病好发于40岁以上、50岁左右者。肩周炎的保守治疗方法包括物理治疗、止痛剂、非甾体类抗炎药、类固醇注射、针灸等。所有治疗方法的目都是为了减轻疼痛症状并改善关节的活动^[1]。陆老临症必详询病史,认真体检,参阅辅助检查,并指出肩周炎是疼痛-活动受限-加重的疼痛这一恶性循环的结果,治疗的关键是打破这一恶性循环,建立活动-疼痛减轻-活动范围增大这一良性循环,最终康复。治疗上除整体观念和辨证论治还强调综合治疗,中西相长,内外同治,外治手法充分考虑患者耐受程度,治练结合。

1 方法

1.1 内服方药 羌活15 g,威灵仙15 g,黄芪20 g,当归15 g,川芎10 g,姜黄10 g,桂枝10 g,白芍15 g,甘草6 g。疼痛较重加乳香、没药各6 g。有肿胀瘀血者加红花、桃仁各10 g。水煎服,日服1剂,每日2次。方中羌活、桂枝祛风散寒、温经通络,当归活血兼能补益气血,威灵仙行气,一般老年人气血虚弱,故加黄芪,川芎、白芍活血行气,柔肝止痛。

老年人气血虚弱,肩周炎是以关节凝滞为主要症状,行气活血、祛风散寒^[2]。

1.2 针刺 肩井、天宗、肩髃、肩髃、肩贞,得气后平补平泻,留针20分钟。

1.3 局部注射 曲安耐德10 mg加利多卡因2 mL,取结节间沟和肩峰下滑囊分别注射,每周1次。

1.4 手法治疗 (1)放松肩关节周围肌肉,斜方肌、菱形肌、肩胛内、斜方肌以及三角肌、肱二头肌、三头肌等,手法以揉、按、摩擦为主,由轻到重,由浅入深;(2)点穴依次点按中府、肩井、天宗、肩髃、肩髃、肩贞、曲池;(3)弹拨手法,在筋节,条索处及二头肌长、短腱、冈上肌处施以弹拨、理筋手法,注意手法轻柔稳定,勿超出患者能耐受程度;(4)摇法,最大限度活动肩关节,注意保护关节,动作缓慢,活动范围由小到大;(5)牵拉,由前伸逐渐到上举,内收以及后伸后旋,可反复做牵拉,放松动作,加用上肢牵抖手法,注意力量控制,勿超出患者耐受程度;(6)放松手法,掌揉肩关节周围肌肉,牵抖上肢,治疗结束。

1.5 锻炼 上举、内收、后伸后旋三个方向,均以指尖所能达到最远处为评价点,要求患者每天2次,每次均

要求能摸到最大范围处,持续时间约30分钟。

2 认识

陆老对于肩周炎不但有传统中医的扎实基础,也对西医的新进展很关注。

传统中医认为肩周炎的病因病机属“痹症”的范畴。概况起来引起肩周炎的病因可分为内因和外因,内因为年老体虚,或久病体虚,肝肾不足,肢体筋脉失养,或气血亏虚,腠理疏松,外邪乘虚而入。《济生方痹》指出:“皆因体虚,腠理空疏,受风寒湿气而成痹也”。此外,劳损也是一个重要致病因素,《内经·痹》载:“久坐伤肉,久立伤骨,久卧伤气,久行伤筋”。清代的王清任《医林改错》有“淤血致痹”之说,慢性劳损致局部血运滞涩,筋脉不通畅,损伤筋脉,不通则痛。唐代蔺道人《仙授理伤续断秘方》言:“损后中风,手足痿痹,不能举动,筋骨乖张,挛缩不伸”。外因则受风寒湿邪发为风寒湿痹。《素问·痹论》中明确指出风寒湿邪三气侵入人体导致痹症。《素问·痿论》:“宗筋主束骨而利机关”。肩关节受风寒湿外邪所侵袭易致经过肩部经脉及其络属的经筋发生病变。

传统中医治疗方法很多,如中药口服、外敷,针灸、推拿、小针刀等。其中针灸治疗易于掌握,操作简单,疗效确切,被广泛应用于临床。肩周炎推拿为中医传统治疗的重要部分,古籍和相关文献中记载甚多,如《五十二病方》中记载了较多的运用推拿治疗疾病,包括内科、外科、儿科、伤科的病症等。

现代西医根据原发性肩周炎症状的演变,将其分为3个时期:(1)疼痛期,表现为肩周围疼痛逐渐加重,持续约2.5~9个月;(2)僵硬期,肩关节的疼痛渐缓,而以肩关节活动度逐步降低为特点,包括肩外旋、内旋、外展的主、被动活动度全面下降,持续4~12个月;(3)缓解期,肩关节主、被动活动度逐步恢复,持续5~26个月。肩周炎的特点有自限性,未经治疗的患者经过12~42个月,平均30个月的病程,病情可得到恢复,但不能完全恢复正常者仍占约60%的病例,患肩的主、被活动度仍低于健侧关节^[3]。

2.1 发病机制 肩周炎的发病机制尚无明确定论。Pointud等^[4]发现免疫缺陷病毒感染患者在使用蛋白酶抑制剂时可能与肩周炎的发病有关。Hutchinson等^[5]发现未手术胃癌患者使用合成的基质金属蛋白酶抑制剂时可能诱发类Dupuytren挛缩样疾病或肩周炎,据此提示肩周炎的发病中基质金属蛋白酶的变化可能具有重要意义。另外有发现肩周炎的临床表现与反射性交感神经营养不良类疾病,如Sudeck综合征有相似之处,放射性同位素骨扫描二者的病变区域都有同位素摄取增加,肱骨头部进行性骨量减少^[6-7]。因此有学者认为

原发性肩周炎可能是“反射性交感神经营养不良”疾病的一种^[8],并使用降钙素进行治疗,疗效较为满意^[9]。Bunker等^[10]发现,原发性肩周炎患者关节囊有成纤维细胞增生,并无炎症和滑膜受损,与手掌腱膜Dupuytren挛缩病理表现一致;所以判断原发性肩周炎属于“Dupuytren挛缩样疾病”。

Smith等^[11]发现,原发性肩周炎中合并Dupuytren挛缩的患病率是普通人群中的8.7倍。

2.2 功能解剖和组织病理学 肩肱关节头大盂小,关节囊附着于关节盂周围边缘,下止于肱骨解剖颈处。前部有盂肱韧带,可分为上、中、下三束,对肩关节前部起加强作用。肩关节囊外有冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛下肌腱包绕而形成肩袖。喙突和肱二头肌长头腱穿过冈上肌腱和肩胛下肌腱之间的肩袖间隙,其中喙肱韧带起加强作用。喙肱韧带起于喙突根部,前止于肩关节囊前方,外止于肱骨大小结节,深层与上盂肱韧带形成复合体。正常情况下肩关节囊较松弛,在下方腋窝部有袋状皱褶。随着肩关节的活动,关节囊和韧带交替紧张和松弛,以稳定肩肱关系,限制关节过度位移。正常肩关节腔可以容纳15~18 mL的液体,而肩周炎病例中,关节腔容量大多小于10 mL,甚至低于5~6 mL^[12]。

由于肩周炎最为典型的表现是肩外展、外旋受限,喙肱韧带又是限制肩外旋的主要因素,因此推测喙肱韧带位于肩袖间隙处的病变是肩周炎的原发病灶^[13]。这一假设为后来的研究所证实。Mengiardi等^[14]在肩周炎病例中,经MRI检查证实,喙肱韧带和肩袖间隙处均发现关节囊明显增厚。Omari等^[15]提出手术松解喙肱韧带是治疗肩周炎的有效手段,术中发现呈束带状增厚挛缩的喙肱韧带,细胞学检查为肌成纤维细胞、增生的成纤维细胞和Ⅲ型胶原。Kilian等^[16]在对肩周炎病例关节镜检时取材活检,并无肩关节囊的明显粘连被发现,大量成纤维细胞增生、血管壁增厚存在于肩袖间隙处的关节囊组织内,透射电镜下也未发现明显炎症改变,肩袖间隙处的关节囊胶大量原纤维增粗、排列紊乱、扭曲。Bunker等^[17]发现肩周炎病例中关节囊明显增厚,滑膜增厚、充血,患侧关节囊呈慢性纤维化变化,有肌成纤维细胞和成纤维细胞增多,并分泌胶原Ⅰ型和Ⅲ型沉积而致关节囊增厚。Emig等^[18]在MRI研究中发现肩周炎健、患侧关节囊厚度有显著性差别,并认为厚度超过4 mm的关节囊,对于诊断肩周炎有一定的特异度和敏感度。

3 结语

陆老临症必详询病史,认真体检,参阅辅助检查,全面了解患者,做到诊断明确、治疗明确,他指

出针灸、推拿、中药是传统中医的有效治疗方法,但治疗时务必做到用药准确、针刺取穴准确,手法到位。同时也分析肩周炎的关节粘连提法并不准确,其病变属于关节囊及囊外,而非关节内粘连,这是手法治疗、关节松解的基础。穴位注射的选择因肩关节囊壁增厚挛缩,穿刺不易成功,因此选择肩峰下滑囊及肱二头肌长短腱处的结节间沟,实践证实疗效确切。手法治疗时应先读片,避免患者因骨性结构异常,关节撞击等而产生的医源性损伤,治疗时充分考虑患者的耐受,不可因疼痛刺激引起心脑血管病神经系统的应急而增加医疗风险。锻炼医嘱也制定得很详细,做到患者可执行,效果可检验。如此才可以达到治愈疾病的目的。因肩周炎属于自愈性自限性疾病,是疼痛-活动受限-加重的疼痛这一恶性循环的结果,治疗上通过是打破这一恶性循环,建立活动-疼痛减轻-活动范围增大这一良性循环,最终康复。无需扩大治疗,增加医疗负担。

参考文献

- [1]南登崑.康复医学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2005:278-82.
- [2]张佛明,郭长青.条口穴用于肩关节周围炎治疗的起源初探[J].时珍国医国药,2006,17(9):1797-1798.
- [3]Pearsall A W, Speer K P. Frozen Shoulder syndrome [J]. Med Sci Sports Exerc, 1998, 30(4 suppl):s33-s39.
- [4]陈疾忤,陈世益.肩周炎研究进展[J].国外医学骨科学分册,2005,26(2):95.
- [5]Hutchinson J W, Tierney G M, Parsons. S I, et al. Dupuytren's disease and frozen shoulder induced by treatment with a matrix metalloproteinase inhibitor[J]. Bone Joint Surg Br, 1998, 80(5):907-908.
- [6]Okamura K, Ozaki J. Bone mineral density of the shoulder joint in frozen shoulder[J]. Arch Orthop Trauma surg, 1999, 119(7-8):363-367.
- [7]Leppala J, Kannus P, Sievanen H, et al. Development and prevention of frozen shoulder after aneurysm surgery[J]. Bone, 1998, 22(6):691-694.
- [8]Muller L P, Muller L A, Happ J, et al. Frozen shoulder: a sympathetic dystrophy[J]. Arch Orthop Trauma Surg, 2000, 120(1-2):84-87.
- [9]Waldburger M, Meier J L, Gobelet C. The frozen shoulder diagnosis and treatment[J]. Clin Rheumatol, 1992, 11(3):364-368.
- [10]Bunker T D, Anthony P P. The pathology of frozen shoulder. A Dupuytren like disease[J]. Bone Joint surg Br, 1995, 77(5):677-683.
- [11]Smith SP, Devaraj VS, Bunker TD. The association between frozen shoulder and Dupuytren's disease[J]. Shoulder Elbow Surg, 2001, 10(2):149-151.
- [12]Shaffer B, Tihone J E, Kerlan R K. Frozen shoulder. A long-term follow-up[J]. Bone Joint Surg Am, 1992, 74(5):738-746.
- [13]Jost B, Koch P P, Gerber C. The subscapularis: anatomy, injury, and imaging[J]. Shoulder Elbow Surg, 2000, 9(4):336-341.
- [14]Mengiardi B, Pfirrmann CW, Gerber C, et al. Frozen Shoulder: MR Arthrographic Findings[J]. Radiology, 2004, 233(2):486-492.
- [15]Omari A, Bunker T D. Open surgical release for frozen shoulder: surgical findings and results of the release[J]. Shoulder Elbow Surg, 2001, 10(4):353-357.
- [16]Kilian O, Kriegsmann J, Berghauer K, et al. The frozen shoulder. Arthroscopy, histological findings and transmission electron microscopy imaging [J]. Chirurg, 2001, 72(11):1303-1308.
- [17]Bunker T D, Reilly J, Baird K S, et al. Expression of growth factors, cytokines and matrix metalloproteinases in frozen shoulder[J]. Bone Joint Surg Br, 2000, 82(5):768-773.
- [18]Emig E W, Schweitzer, Me, Karasick D, et al. Adhesive capsulitis of the shoulder: MR diagnosis[J]. Am J Roentgenol, 1995, 164(6):1457-1459.

(本文编辑:李海燕 本文校对:方念陶 收稿日期:2018-09-28)

李向荣教授治疗痹症的临床经验

黄杰¹ 李向荣^{2*}

(1 湖南中医药大学第二中医临床学院, 湖南 长沙 410208;

2 湖南中医药大学第二附属医院脑病科, 湖南 长沙 410005)

摘要: 痹症泛指以肌肉、关节、筋骨等处的疼痛、酸楚、重着、麻木、灼热、屈伸不利, 甚至关节肿大变形等为主要临床表现的病症。李向荣教授临床上治疗痹症疗效显著, 认为本病主要因正气亏虚, 感受外邪所致, 病位在肌肉、经络、关节, 与肝、脾、肾关系密切, 治疗上以祛风散寒除湿, 补益肝肾为基本治则, 在遣方用药上有独到经验, 并强调应注意日常调护。

关键词: 李向荣; 独活寄生汤; 痹症; 临床经验; 肩周炎; 腰间盘突出症; 膝骨关节炎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.032

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0075-02

Clinical Experience of Professor Li Xiangrong in Treating Arthralgia

HUANG Jie¹, LI Xiangrong²

(1. The Second Clinical College of Traditional Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

2. Encephalopathy Department, the Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410005, China)

Abstract: Arthralgia refers to pain, soreness, heaviness, numbness, burning, unfavorable flexion and extension, and even joint swelling and deformation as the main clinical manifestations. Professor Li Xiangrong has remarkable curative effect in treating arthralgia syndrome in clinic. He believes that the main cause of the disease is deficiency of vital energy and feeling external pathogens. The location of the disease is closely related to the muscles, meridians, joints, liver, spleen and kidney. In the treatment, the basic principle is to dispel wind, disperse cold and remove dampness, and tonify the liver and kidney. And emphasize regular care.

Keywords: Li Xiangrong, Duhuo Jisheng decoction; arthralgia; clinical experience; scapulohumeral periarthritis; protrusion of lumbar disc; osteoarthritis of knee

李向荣教授系中医内科专业, 主任医师、教授, 硕士研究生导师, 行医30余年, 中西医理论知识扎实, 临床经验丰富。笔者有幸跟随老师学习, 现将老师运用独活寄生汤治疗痹症的临床经验做一总结。

人体肌表经络遭受外邪侵袭后, 气血运行不畅, 而引起筋骨、肌肉、关节、肢体等处疼痛、酸楚、重着、麻木、关节肿大和屈伸不利等, 统称为痹症^[1]。临床上多见于颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出症、膝关节炎骨性关节炎等病。

1 痹症的病因病机

1.1 风寒湿邪 《素问·痹论篇》曰:“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。”早在先秦两汉时期, 古人就已经对痹症的病因病机与风、寒、湿邪有关。张仲景认为“风寒湿”中“湿邪”为痹症的主要病因。《金匮要略》云:“太阳病, 关节疼痛而烦, 脉沉而细者, 此名湿痹。”指出湿邪累积关节筋骨, 继而出现疼痛、烦躁等症状。

1.2 痰瘀阻滞 风寒湿邪入侵, 气血运行受阻, 使血脉凝滞, 导致产生瘀血。而痰的产生, 一是外感湿邪, 日久不除, 湿聚成痰; 二是饮食不节, 脾失健运, 水湿不化, 聚湿成痰; 三是痹症迁延不愈, 正虚邪恋, 津凝为痰, 停积日久不除, 导致气血瘀滞, 形成痰瘀互结的严重痹症, 关节肿大, 甚至强直畸形^[2]。

1.3 正气亏虚 正气是人体抵抗疾病的能力, 《内经》认为“正气存内, 邪不可干”“邪之所凑, 其气必虚”。可见, 正气不足是痹症发生的内在因素。人体先

天禀赋不足, 则脏腑功能低下, 《灵枢·五变》中就指出“粗理而肉不坚者, 善病痹”。痹证日久病在筋骨, 肝肾亏虚, 筋骨失养, 腠理空虚, 易感受风寒湿邪。

2 辨证论治

李向荣教授认为痹症多由正气亏虚, 风寒湿邪侵袭所致, 治疗上以祛风散寒除湿, 补益肝肾为主, 常用独活寄生汤加减, 使用独活、桑寄生、桂枝、川芎、白芍、党参、秦艽、细辛、茯苓、海风藤、威灵仙、乌梢蛇、薏苡仁、黄柏、杜仲、川乌、附片、豨莶草等药。独活、细辛、防风、秦艽、桂枝祛风寒湿邪, 桑寄生、杜仲、牛膝补肝肾、强筋骨, 当归、川芎、白芍养血和血, 党参、茯苓、甘草健脾益气。疼痛较剧, 可加川乌, 寒邪偏盛, 可加附子, 湿邪偏胜, 可加薏苡仁、海风藤、威灵仙, 正虚不甚, 可去人参、地黄。李向荣教授在治疗时也强调患者平时应注意局部防寒保暖, 适当锻炼, 预防感冒。

3 典型医案

3.1 肩周炎 赵某, 男, 58岁, 初诊2018年6月17日。患者1年前逐渐出现双肩关节疼痛, 肩关节外展、上举、后伸受限, 天气变化时症状明显, 纳可, 夜寐差, 小便黄, 大便正常。舌淡红苔黄腻, 脉沉细。血压: 120/80 mmHg。治法以祛风散寒除湿, 补益肝肾为主。处方: 羌活10 g, 桑寄生20 g, 桂枝10 g, 川芎10 g, 白芍20 g, 党参20 g, 黄芪30 g, 秦艽10 g, 细辛3 g, 杜仲10 g, 狗脊10 g, 威灵仙10 g, 海风藤10 g, 苍术10 g, 黄柏10 g, 薏苡仁60 g, 茯苓20 g。服药7剂后诉上症较前稍好转。遂继予上方7剂, 患者诉肩关节疼痛明显减轻, 肩关节活动范围较前增大, 小便已正常,

* 通讯作者: txmm819@sohu.com

遂去黄柏、苍术，继服7剂后患者诉肩关节疼痛基本消失，活动范围已大致正常。

按：本案患者年老肝肾不足、气血亏虚，腠理疏松，风寒湿邪乘虚而入，邪滞经络，气血凝滞发为肩痹。治法以祛风散寒除湿，补益肝肾为主。方中羌活、桂枝、秦艽、威灵仙、海风藤、薏苡仁、细辛祛风散寒除湿，川芎、白芍、党参、黄芪益气养血，细辛止痛，桑寄生、杜仲、狗脊补益肝肾，黄柏、苍术清利下焦湿热。李向荣教授认为川芎用至10~15 g，白芍用至20~30 g止痛功效更好，患者小便色黄，舌苔黄腻有明显湿热之象，故加黄柏、苍术，重用薏苡仁至60 g以加强祛湿之功。痹症患者多有痰湿、血瘀阻滞经络，当归、熟地过于滋腻，易阻滞气机，不利于经络疏通，除非确有血虚之证，一般不用。

3.2 腰椎间盘突出症 陈某，男，39岁，初诊2018年3月25日。患者5天前无明显诱因出现左侧腰痛，坐起时加重，夜间疼痛明显，无下肢放射痛，在外院行腰椎CT示：L4/5椎间盘突出。舌暗苔薄白脉弦滑，查体：L4/5椎旁左侧压痛，左下肢直腿抬高试验（+）。处方：独活10 g，桑寄生20 g，桂枝10 g，川芎15 g，白芍20 g，当归15 g，秦艽10 g，党参20 g，细辛3 g，牛膝20 g，杜仲10 g，威灵仙10 g，海风藤10 g，乌梢蛇5 g，薏苡仁60 g，川乌5 g（先煎）。服药7剂后患者觉腰痛稍减轻，腰腿部活动仍受限，故在原方基础上加黄柏5 g，稀莪草10 g，继服7剂。再诊时患者诉活动后腰痛较前稍有加重，且服药后全身皮肤瘙痒，故去乌梢蛇，加制附片5 g（先煎）。服上方后腰痛基本消失，未再觉瘙痒，嘱其继服上方7剂以巩固疗效。

按：腰椎间盘突出症是临床常见病，主要表现为腰痛、下肢放射痛，严重者甚至会出现明显的神经功能障碍。中医统归为“腰痛”或“痹症”，多由感受寒湿、跌扑损伤及肾虚所致，尤以寒湿引起的腰痛居多，寒湿腰痛多因劳累汗出后，衣着湿冷，当风受寒，或久居湿处，淋雨涉水，寒湿之邪客于经络，气血阻滞，经络不通而致腰痛。李向荣教授在初诊时以散寒除湿，温经通络为主。方中独活为君药，善除久痹，且性善下行，以祛下焦及筋骨间风寒湿邪。臣以细辛、秦艽、威灵仙、海风藤、乌梢蛇及辛热之川乌共祛风寒湿邪，佐以桑寄生、杜仲、牛膝等补肝肾强筋骨，当归、川芎养血和血，桂枝、白芍通络除痹，党参、薏苡仁健脾去湿。二诊时患者诉腰腿部活动受限，故加黄柏、稀莪草除湿止痹。三诊时患者诉服药后全身瘙痒，考虑是由乌梢蛇引起的过敏反应，遂在原方基础上去乌梢蛇，加附片以散寒止痛巩固疗效。

3.3 膝骨关节炎 尹某，男，68岁，初诊2018年5月20日。患者2月前出现左膝关节疼痛，外院X片示：左膝关节骨质增生。局部肿胀，灼热感，膝关节屈伸时疼痛明显，口感，纳寐可，二便调。舌暗，苔薄白，脉沉细。处方：桑寄生20 g，桂枝10 g，党参20 g，茯苓

15 g，川芎15 g，白芍20 g，秦艽10 g，细辛3 g，牛膝20 g，杜仲10 g，续断10 g，薏苡仁90 g，苍术10 g，黄柏10 g，威灵仙10 g，乌梢蛇5 g。服药7剂后疼痛如前，但肿胀较前减轻，大便偏稀，2~3次/天，在原方基础上将黄柏减至5 g，薏苡仁减至60 g。继服7剂后患者觉膝关节肿痛明显好转，灼热感减轻，遂嘱其继服上方14剂以巩固疗效，服药后膝关节肿痛基本消失。

按：膝骨关节炎是一种以退行性病理改变为基础的疾患。多见于中老年人群，其症状多表现为膝盖红肿痛、上下楼梯痛、坐起立行时膝部酸痛不适等。膝骨关节炎的中医病因病机是先天禀赋不足，或劳作虚损，或脏腑、气血功能失调及外邪侵入、外伤久积所致^[1]。本案患者以虚为主，治以除湿通络，补益肝肾，患者年老、疼痛日久，故加续断以加强补肾之功，而局部有红肿热痛等表现，故加黄柏、薏苡仁、苍术以清热利湿。

4 结语

痹症主要指因风、寒、湿等外邪侵入人体，闭阻经络而导致气血运行不畅的病症。主要表现为肌肉、筋骨、关节等部位的酸痛或麻木、重着、屈伸不利，甚至关节肿大。李向荣教授认为本病主要因正气亏虚，感受外邪所致。一方面由于正气不足，腠理不固，风寒湿热之邪乘虚而入，痹阻于肌肉、骨节、经络之间，正气受阻，气血运行不畅，不通则痛，发为痹症。另一方面饮食失节，体虚劳倦，起居异常，以及汗出当风等，也可导致风寒湿等外邪乘虚而入，痹阻血脉经络之间，脉道运行不畅，气血运行不通，从而产生痹痛^[4]。治疗上以祛风散寒除湿、补益肝肾为主。

在遣方用药上，李教授有自己独到的经验。对于风寒湿重者，可加用海风藤、威灵仙、乌梢蛇以加强祛风湿通经络之功效，也可酌情加用川乌。而经过多年临床使用，川芎常用至10~15 g，白芍用至20~30 g。方中合用加味二妙散，以加强祛湿之功，薏苡仁可用至60~90 g，酌情加用黄柏。教授认为痹症日久，患者多有痰湿、血瘀，一般不用当归、熟地，以免滋腻阻滞气机，不利于经络疏通。方中秦艽一药，可在开方时另包，因为少数患者在服药后出现腹泻，多与秦艽有关。如腹泻不甚，可继续服用，大部分病人在继续服药过程中腹泻会减轻或缓解，如腹泻较重，大便呈水样，且量多，则可去秦艽不用。最后痹症多为慢性病，病程缠绵日久，易反复发作，故在接诊病人时应嘱患者树立信心，耐心服药，坚持治疗，在日常生活中应注意局部防寒保暖，适当锻炼身体，预防感冒的发生，以防痹症再发。

参考文献

- [1]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 2, 463.
- [2]范天睿. 从“痰”论治痹症[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(12): 67-69.
- [3]余庆阳, 黄巍. 膝骨关节炎从痹论治的病因与证候探讨[J]. 风湿病与关节炎, 2015, 4(3): 40-43.
- [4]杨丽萍, 张江华, 杨剑, 等. 痹证的病因病机及证型研究现状[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008(8): 68-70.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 张 鹏 收稿日期: 2018-08-21)

麦粒灸临床应用初探[※]

范萍¹ 张学丽^{2*} 刘颖²

(1 北京市朝阳区潘家园第二社区卫生服务中心针灸科, 北京 100021;

2 北京中医药大学东直门医院针灸科, 北京 100700)

摘要: 本人的师承导师张学丽主任医师在治疗一些疑难杂病中运用针刺配合麦粒灸, 取得很好的疗效。特别是在单纯针刺效果不佳的情况, 导师针灸临床上常根据四诊合参配合麦粒灸, 常常可取得速效。本文介绍了运用麦粒灸治疗皮肤病、痹证、面肌痉挛的经验。文中以带状疱疹后遗神经痛、半月板损伤、面肌痉挛为例介绍如何在针灸临床中应用麦粒灸。

关键词: 麦粒灸; 临床应用; 张学丽; 皮肤病; 痹证; 面肌痉挛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.033

文章编号:1672-2779(2018)-24-0077-03

Discussion on the Clinical Application of Moxibustion with Seed-sized Moxa Cone

FAN Ping¹, ZHANG Xueli^{2*}, LIU Ying³

(1. Acupuncture Department, Panjiayuan Secondary Community Health Service Center, Beijing 100021, China;

2. Acupuncture Department, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract: Chief Physician Zhang Xueli, my tutor of master-apprentice system, treats some miscellaneous diseases by using acupuncture combined with granule moxibustion in Clinic, which had been shown great efficacy. Especially in conditions when it turned out an unsatisfactory result with simple acupuncture. In the clinical of acupuncture and moxibustion, my tutor based on four diagnostic methods combined with moxibustion can often get quick effect. In this article, according to the synthesis of the four diagnostic methods, we summarized the clinical experience in treating dermatosis, arthromyodynia and hemifacial spasm by using granule moxibustion. And introduce how to cure the diseases with this method in clinic, giving some examples as post herpetic neuralgia, meniscus injury and hemifacial spasm.

Keywords: moxibustion with seed-sized moxa cone; clinical application, Zhang Xueli; Skin disease; arthromyodynia; hemifacial spasm

临床工作日久, 困惑越多, 临床上总有一些患者, 其症状明确是针灸适应症, 但针刺治疗一段时间, 效果不甚明显或反复发作, 正值困惑之时, 恰逢跟张学丽导师出诊, 发现导师门诊对一些疑难杂病多予艾灸, 收效甚显, 惊喜之时也让我陷入深思。现在的针灸临床医师往往只知针刺, 而忽视灸法, 故对很多疾病只针而不灸, 有时收效甚微。然古代医生早已重视这个问题, 早在两千多年的《灵枢·官能》中就有“针所不为, 灸之所宜”^{[1][43]}记载。《医学入门》载“凡病药之不及, 针所不到, 必须灸之”^[2]。可见古代人们对于灸法理解很深, 反观现代人们对灸法的重视和应用远不如前, 值得我们深思。麦粒灸是众多灸法中极具特色的一种, 虽属于直接灸范畴, 但不引起化脓和形成灸疮, 具有艾炷小, 刺激强, 时间短, 收效快, 不遗瘢痕等特点。

麦粒灸, 是将金艾绒 (是指用三年陈艾叶制成纯度达到25:1以上的艾绒, 其颜色为黄色、金黄色,

这种绒就称为金艾绒, 也叫极品艾绒) 做成半个米粒大小之三棱形艾炷, 作用于身体之特殊敏感点及相应部位, 为了防止艾炷滚落, 可以在灸处涂抹约0.8 mm的护肤霜, 使艾柱易于粘附, 保护皮肤又不影响温热的传导。用线香点燃艾炷顶端, 至燃烧尽再换另一炷, 一般3~5壮即可。本人在导师指导下在临床中进行麦粒灸治疗一些顽疾, 取得很好的效果, 特介绍如下。

1 皮肤病

案 初诊: 患者李某, 女, 60岁, 因右大腿后侧正中及臀部刺痛持续发作半年余于2017年4月20日就诊。病史: 患者2016年7月1日右侧臀部出现散在红色丘疹, 伴疼痛, 3日后腰骶、右大腿后侧正中、小腿后侧相继出现水疱, 成簇, 伴充血, 底部红晕, 水疱清亮, 疼痛严重影响生活及睡眠, 就诊多家医院, 曾予喷昔洛韦乳膏外用, 泛昔洛韦片内服及输液治疗 (具体用药不详), 中药内服, 针灸连续治疗9个月, 但仍皮损暗红且硬, 疼痛难耐。为求进一步治疗遂至我卫生中心针灸科就诊。刻下症见: 右大腿后侧正中及腰骶部有散在色素沉着及点片状瘢痕, 伴严重后遗神经痛, 刺痛明显, 穿衣时皮肤刺痛不敢触碰衣物, 坐位时皮肤

※ 基金项目: 北京市朝阳区中医药专家下基层暨学术经验继承工程【No.2013-368】

* 通讯作者: zhangxueli9@hotmail.com

不敢触碰椅子，入睡困难，整夜右腿伸屈困难，无法安放，严重影响生活。纳可，眠差，二便调。舌红、苔黄腻，脉滑数。诊断为带状疱疹后遗神经痛。

治疗：患者左侧卧位，取双侧曲池、支沟、合谷、太冲；右侧腰4、腰5、骶1夹脊，环跳、阴陵泉、昆仑。曲池、太冲行毫针捻转泻法，余穴均行毫针捻转平补平泻法。在皮损局部选取瘢痕较深的点、触碰时刺痛明显的点、触摸时有点状结节的点作为施灸点，每处麦粒灸3壮，具体方法如前所述，每周1次。

三诊：患者于2017年5月4日复诊。自诉施灸1次后即觉刺痛明显减轻，疼痛如仙人掌扎皮肤时的针扎样疼痛，穿衣时皮肤虽有针扎样疼痛但可忍受，敢触碰衣物，坐位时皮肤虽然疼痛但可以触碰，卧位时右腿可伸直，自觉皮肤处有3个点仍压痛明显。触诊皮损局部时疼痛明显减轻，可忍触碰，点状结节点较前减少，故针灸选穴治疗同前。

五诊：患者于2017年5月18日复诊。自诉疼痛减轻明显，偶有刺痛，现可以坐火车长途游玩，睡眠情况明显改善，可以入睡，睡眠时右腿可以自如安放，虽偶有疼痛，基本不影响睡眠，甚喜。故治疗同前，麦粒灸部位明显减少。

后患者又治疗2次，患者症状基本缓解，日常生活恢复常态而停止治疗。3月后随访症状无反复。

按：四诊合参患者证属实热。且患者来我处就诊前已行多次针刺治疗，效果不显著，考虑单纯针刺祛邪力量不足，故考虑麦粒灸配合针刺。曲池清泻热毒；支沟为手少阳三焦经穴，阴陵泉为足太阴脾经合穴，两穴相配清泻三焦邪热；合谷与太冲相配开“四关”行气止痛；根据疼痛循行部位及“经脉所过，主治所及”的理论选取L4、L5、S1夹脊、环跳、昆仑调畅经络气血。前世医家多认为热病不可用灸法，然《灸绳·热证可灸赋》载：“虚热用灸，元气周流；实热用灸，郁结能廖；表热可灸，发汗宜谋；里热可灸，导引称优。热能就燥，寒以温酬。火郁宜发，早有嘉猷。”^[3]可见艾灸不仅可以用于虚证，同样可以用于实热之证。《素问·六元正纪大论篇》曰“火郁发之。”^[4]热证用灸，为同气相求，引郁热而发之。取患者疼痛局部施灸，以热引热，则疼痛可止。亦如《素问·至真要大论篇》中“正治”“反治”，即以热治热，以寒治寒，从其气而达之。

2 痹证

案 初诊：患者董某，女，68岁，因右膝关节间断性疼痛肿胀近1年于2017年5月11日就诊。病史：患者1

年前出现右膝疼痛，拍MRI诊断为“半月板二度损伤，右膝关节积液”。曾先后就诊多家医院行中药外敷、封闭、针灸等治疗，症状未有好转且有加重。为求进一步治疗，遂来我科就诊。刻下症见：右膝关节内侧肿胀疼痛，爬楼梯时明显加重，疼痛难忍，基本无法步行爬楼梯，休息后稍缓解，慢速行走半小时后右膝疼痛出现，行走600米需停下休息3次，严重影响日常生活。纳眠可，二便正常。舌体胖大、色暗淡、苔白腻，脉沉滑。诊断为痹证（寒湿阻滞）。

治疗：患者仰卧位，取中脘、天枢、气海，双侧：合谷、太冲、血海、阴陵泉、足三里、三阴交、阳陵泉；诸穴均行毫针捻转平补平泻法。触诊右膝肿胀部位条索状、肌肉拘紧处、压痛明显点（曲泉穴附近，髌骨内侧、股四头肌肌腱起点附近），实施麦粒灸3壮。

二诊：患者于2017年5月18日复诊。患者自诉治疗一次后即觉右膝关节肿胀疼痛较前减轻，行走1200米后中间只需休息1次。触诊患侧膝关节肿胀处，肿胀较前缓解，皮下条索状物粗细较前变细，肌肉的拘紧感较前缓解。故继续同前治疗。施灸部位触诊同前。

五诊：患者于2017年6月8日复诊。对比患者两侧膝关节，基本无异，右膝关节肿胀缓解明显，患者自诉行走1200米基本不用休息，右膝关节肌肉的拘紧感也不甚明显，触诊患侧膝关节压痛明显减轻，爬楼梯膝关节虽疼痛但可忍受，慢速行走半小时疼痛不会加重。故继续同前治疗，治疗3次后，右膝关节肿胀疼痛基本消失，不做剧烈运动基本不影响日常生活。4月后随访患者，右膝关节疼痛未作。

按：合谷与太冲配合“开四关”而止痛；中脘、气海、天枢俗称四门穴，中脘为胃之募穴、气海为任脉腧穴，为“育之原”，天枢为大肠募穴，三穴合用可健脾益胃，充养气血生化之源，则经络气血顺畅，通则不痛，疼痛得解。足三里、阴陵泉、血海为足阳明与足太阴经腧穴，即补则可益气养血，泻则可除湿化痰；阳陵泉位于膝部，为筋之会穴，可疏筋通络止痛；三阴交为肝脾肾三经交会穴，通调三经。痹症日久，迁延不愈，日久可出现瘀血痹阻和肝肾亏虚症状，加之患者年老，体质虚弱，对其患病局部施灸既可祛寒湿又可壮阳温通经络而滑利关节。正如《异法方宜论》载：“藏寒生满病，其治宜灸炳”^[4]。《灵枢·刺节真邪篇》载：“脉中之血，凝而留之，弗之火调，弗能取之”^[1]，故血瘀疼痛等症用艾灸往往立竿见影。虽艾炷小，但刺激强，火热力可透过皮肤直达病所，使邪祛病除。



3 面肌痉挛

案 初诊：患者奎某某，男，68岁，因右侧面肌痉挛反复发作6年，加重1周于2017年10月19日就诊。病史：患者6年前无明显诱因出现右侧面肌痉挛，遂至某院针灸科就诊，诊断为“面肌痉挛”，给予针刺治疗及口服天丹通络胶囊，间断治疗半年余，痉挛基本缓解，受凉或劳累后症状仍会反复，但较前减轻。近1周因受凉症状加重，患者为求进一步治疗遂来我卫生中心针灸科。刻下症见：右侧面部痉挛，右眼睑痉挛尤甚，面部有紧皱感，严重时右侧面部呈持续性抽搐，眼裂变小，甚或睁眼不能，受凉、紧张及用眼劳累后症状加重，休息后可稍缓解。严重时影响睡眠，无法入睡，影响正常的工作生活。纳可，眠差，二便调，舌体胖大伴舌颤，舌淡苔薄白，脉弦。诊断为面肌痉挛（风寒阻络）。

治疗：患者仰卧位，选取百会、中脘、气海，双侧风池、合谷、足三里、阳陵泉、太冲、三阴交、膝关节以下肝经上压痛点1~2个。中脘、气海行毫针捻转补法，膝关节以下肝经上压痛点行毫针捻转泻法，余穴均行毫针捻转平补平泻法。

二诊：患者于2017年10月26日复诊。患者自诉针刺治疗结束当时，即觉右侧面部舒适感，痉挛也有缓解，但是第2天症状如前。考虑患者面部受风或寒后加重，因为寒邪侵袭所致，故选取痉挛严重局部（右侧眉毛上方、右眼下眼睑颧髁附近、右嘴角附近）实施隔姜灸3壮，再配合远端针刺（选穴同前）。每周1次，连续治疗3次。

五诊：患者于2017年11月16日复诊。3次隔姜灸治疗后，患者自诉面部痉挛较前缓解，眼裂稍变大，持续性抽搐程度缓解，但症状时好时坏，睡觉欠佳。考虑是否与隔姜灸热力不及有关，麦粒灸热力更能直达病所，故选取麦粒灸配合远端针刺。按压右侧面部，选取部位按压后痉挛减轻处为施灸部位（下眼睑部位、颧髁穴附近、太阳穴附近、率谷穴附近、鼻翼旁），麦粒灸灸3壮。施灸后即觉右眼睁大，面部抽搐明显减轻，自诉面部紧皱感基本消失。

后患者继续麦粒灸配合远端针刺，1周1次，3次治疗后患者右侧面部痉挛明显缓解，右眼眼裂变大，双眼裂大小基本相同，偶有抽搐但持续时间明显缩短，不再影响睡眠，日常生活如常。

按：本病属于面部经筋出现筋急的病变，证属寒阻经络型。导师针刺面肌痉挛时以选取远端穴位为主，不在痉挛局部针刺，避免不适当的刺激而使抽搐加

重。百会为诸阳之会，安神定志；合谷属手阳明多气多血之经，“面口合谷收”，通行面部气血；肝经的循行“……上入颞颥，连目系，上出额，与督脉会于巅”，太冲肝经原穴，肝经为宗筋之会，用之熄风止痉；风池祛风而止痉；中脘、气海、足三里、三阴交可补脾胃、生气血而旺后天之本；阳陵泉为筋之会穴，主治经筋病证，取“筋会”而止痉挛；肝经膝以下压痛点，肝经经气结聚，故刺之疏通肝经气血，使肝经气血通畅，筋脉得以濡养，痉挛自解。患者受凉或劳累后症状加重，寒邪收引，寒为邪，经络闭阻，而艾灸疗法深具温经通络、祛湿散寒的作用，可用于治疗寒凝湿滞、经络闭阻引起的各种病症，取其“以阳制阴”之意，可收事半功倍之效。麦粒灸痉挛局部，可疏通局部气血，缓解拘急的筋脉，则面部紧皱感可除，即觉面部“松解”了，麦粒灸艾炷虽小，但刺激强，时间短，收效快，故治疗后即可收到立竿见影的效果。

综上所述，麦粒灸在临床应用广泛，但很多临床工作者仅将灸法局限于疏风解表、温经散寒、活血化瘀、升阳举陷作用，认为“急性病宜针，慢性病宜灸”，这些往往局限了灸法的应用，阻碍了灸法的发展。《医学入门》曾记载“寒热虚实，皆可灸之。”^[2]可见灸法的应用之广，在临床上只要我们辨证准确，施灸方法得当，往往会收效显著。而且麦粒灸有其独特之处，其艾炷小，刺激强，时间短，收效快，不遗瘢痕，且操作简单，值得我们临床工作者深入研究，发掘其更广泛的临床作用。

参考文献

- [1]灵枢经[M].北京：人民卫生出版社，2005：143，149.
 - [2]医学入门[M].天津：天津科学技术出版社，1999：272.
 - [3]灸绳[M].青岛出版社，2009：179.
 - [4]黄帝内经素问[M].北京：人民卫生出版社，2005：24，174.
- （本文编辑：李海燕 本文校对：陈爱玲 收稿日期：2018-09-07）

真心痛，旦发夕死，夕发旦死。急用猪心煎汤，去渣，煎肉桂、附子、干姜以治之，以死中求活，亦竟有得治者。此外有九种心痛，治医者不可不知也。

一曰食，宜青皮丸。二曰饮，宜小胃丹、胃苓汤、三花神佑丸。三曰风，宜羌活、荆芥等。四曰寒，宜术附汤、归脾汤加干姜、肉桂、菖蒲，五积散，桂枝四七汤，神效散。五曰热，宜金铃子散、翦红丸、大承气汤、清中汤。六曰悸，宜辰砂妙香散，加味四七汤。七曰血，宜手拈散，四物汤加桃仁、穿山甲、桂心、蓬术、降香。八曰虫，宜妙应丸或翦红丸。九曰疰，宜苏合香丸、神保丸、神圣复气汤，草豆蔻丸，清热解郁汤，诃子散，复元通气散，金铃子散。

——于峥、杨建宇摘编自《恽铁樵临证基础讲义》（民国名中医临证教学讲义选粹丛书）

柴胡理中汤治疗失眠症体会※

范丽娜¹ 张鹏鹏²

(1 山西中医药大学针灸推拿学院, 山西 晋中 030619; 2 山西省人民医院中医科, 山西 太原 030024)

摘要: 柴胡理中汤是门九章教授多年临床实践而总结的经验方, 与小柴胡汤具有一脉相承的关系, 在小柴胡汤基础上加白术、茯苓、片姜黄组成, 针对饮食所伤、情志失调而设, 主治脾虚湿盛, 肝胃不和之证, 应用范围广泛, 几乎涵盖了临床各科。在治疗卒中后失眠、尿毒症透析患者的失眠以及长期皮肤病引起的失眠等神经系统疾病时效果显著。柴胡理中汤通过健脾化湿, 和胃疏肝达到阴阳调和的目的, 对于病机复杂的疾病, 可以通过联合方组来治疗。

关键词: 柴胡理中汤; 失眠; 脾虚湿盛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.034

文章编号:1672-2779(2018)-24-0080-02

Experience of Chaihu Lizhong Decoction in Treating Insomnia

FAN Lina¹, ZHANG Pengpeng²

(1. School of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Shanxi University of Chinese Medicine, Shanxi Province, Jinzhong 030619, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province People's Hospital, Shanxi Province, Taiyuan 030024, China)

Abstract: Chaihu Lizhong decoction is a experience prescription of clinical practice and conclusion of Professor Men Jiuzhang, which has a close relationship with Xiaochaihu decoction, on the basis of which adds *Atractylodes macrocephala*, *Poria cocos* and *rhizoma curcumae longae* concisa, against eating injuries, emotional disorders, treating spleen deficiency and dampness, syndrome of liver and stomach disharmony. Its application scope is widespread, almost covers the clinical departments. It is effective in treating nervous system diseases such as insomnia after stroke, insomnia caused by uremia dialysis patients and insomnia caused by long-term skin diseases. Chaihu Lizhong decoction achieves the goal of harmonizing yin and yang by strengthening spleen and removing dampness, and it can be treated by combined prescription group for diseases with complicated pathogenesis.

Keywords: Chaihu Lizhong decoction; insomnia; spleen deficiency and dampness

柴胡理中汤是门九章教授多年临床实践而总结的经验方, 与小柴胡汤具有一脉相承的关系, 在小柴胡汤基础上加白术、茯苓、片姜黄组成, 针对饮食所伤、情志失调而设, 主治脾虚湿盛, 肝胃不和之证, 应用范围广泛, 几乎涵盖了临床各科。笔者在临床中用于治疗失眠症有较好疗效, 现报道如下。

1 卒中后失眠

赵某, 女, 59岁, 农民, 2018年3月17日初诊。患者1年前因“言语不清、右侧肢体无力1天”于我院就诊, 经核磁共振检查诊断为“急性期脑梗死”, 给予对症治疗3周后好转出院。患者出院后, 继续行包括药物治疗在内的二级预防及肢体功能康复训练。半年前, 患者逐渐开始夜间入睡困难, 睡后易醒, 每日夜间入睡时间3~4 h, 多梦, 无原因的自行哭笑, 白天精神萎靡, 急躁易怒, 纳差, 口干, 舌红、有瘀点、苔厚腻, 脉弦细。查体: 神清语利, 左侧肌力正常, 右侧肌力4+级。西医诊断: 脑梗死 失眠。中医诊断: 不寐, 胆胃不和。治宜和胃利胆, 方用柴胡理中汤加减治疗。处方: 柴胡6 g, 黄芩6 g, 姜半夏9 g, 党参9 g, 炒白术12 g, 茯苓15 g, 片姜黄6 g, 远志6 g, 夏枯草15 g, 炙甘草6 g。7剂, 水煎服, 每日1剂。

二诊夜间入睡可, 睡眠时间仍然维持在3~4 h, 多梦, 乏力, 纳差, 舌红, 苔腻, 脉弦细。处方: 柴

胡6 g, 黄芩6 g, 姜半夏9 g, 党参9 g, 炒白术15 g, 茯苓15 g, 片姜黄6 g, 远志6 g, 怀牛膝10 g, 夏枯草20 g, 炙甘草6 g。7剂, 水煎服, 每日1剂。

三诊精神可, 纳可, 夜间睡眠时间5~6 h, 睡眠质量尚可, 仍有轻度焦虑易怒, 舌红, 苔腻, 脉细。嘱二诊方再服7剂。随访至今未见复发。

按: 失眠是脑卒中病人常见的伴随症^[1], 发病率较高, 却易被忽视, 可导致患者生活质量下降, 不仅妨碍神经功能恢复, 还会诱发脑卒中的再发生。中医来说, 中风的基本病机为阴阳失调、气血逆乱, 气血衰少是致病之本, 病理性质为本虚标实。人之寤寐由心神所控, 气血为滋养心神的物质基础, 可见中风和不寐有共同的病理基础, 在治疗上有殊途同归之意。柴胡理中汤针对脾胃虚弱, 湿邪内盛, 肝胃不和引起的诸证均可治疗, 尤其是本案半夏、夏枯草的相伍顺应了天地间阴阳盛衰的自然规律, 暗合了人体营卫循行的节律, 正如《医学秘旨》记载: 盖半夏得阴而生, 夏枯草得阳而长, 是阴阳配合之妙也。

2 长期血液透析失眠

焦某, 男, 57岁, 农民。2017年10月12日初诊。2年前在我院确诊为慢性肾功能衰竭(尿毒症期), 后转诊当地县医院规律血液透析1年余。3月前, 患者开始出现夜间入睡困难, 甚至彻夜不眠, 且睡后易惊醒, 多梦, 白天精神倦怠, 乏力, 不思饮食, 口苦, 干呕, 皮肤瘙痒, 双下肢及双足稍肿, 按压(+), 大便稀溏,

※ 基金项目: 山西省卫生和计划生育委员会科研课题[No.2017028]

小便频数,有泡沫,舌质淡、苔腻,脉沉弱。西医诊断:慢性肾功能衰竭、失眠。中医诊断:不寐,心脾两虚,肝胃不和。治宜健脾益气,养心安神。方用柴胡理中汤加减治疗。处方:柴胡6 g,黄芩6 g,姜半夏9 g,党参9 g,生白术15 g,茯苓15 g,桂枝9 g,片姜黄6 g,炙甘草6 g,生姜3片,红枣4枚。7剂,水煎,每日1剂,早晚分服。

二诊:服用上方后精神和食欲好转,仍觉乏力,口苦,夜间入睡困难,多梦易醒,舌淡苔白,脉细弱。处方:柴胡6 g,黄芩6 g,姜半夏9 g,党参9 g,炒白术15 g,茯苓15 g,桂枝9 g,片姜黄6 g,远志6 g,牛膝6 g,炙甘草6 g,生姜3片,红枣4枚。14剂,水煎,每日1剂,早晚分服。

三诊:患者精神可,心悸,入睡时间约10分钟,夜间可入睡4小时左右,双下肢未见水肿,大便成形,每日2~3次,夜尿多,舌淡苔白,脉细。处方:柴胡6 g,黄芩6 g,姜半夏9 g,党参9 g,炒白术15 g,茯苓15 g,片姜黄6 g,远志6 g,牛膝6 g,炙甘草6 g,生姜3片,红枣4枚。14剂,水煎,每两日1剂,每日晚饭前温服。电话随访半年睡眠可,目前仍在规律透析中。

按:血液透析患者经过长时间的透析后,会出现不同程度的失眠,也是常见的并发症之一,直接影响到患者血压、心理负担、生活质量,还会增加心血管疾病的发生率。西医研究表明失眠的原因与患者微炎症状态^[2]有关。中医认为失眠病位在心,但涉及多个脏腑,血液透析患者血离经脉,日久则耗伤元气精血,波及脾胃而影响受纳水谷和运化精微功能,一方面不能正常化生血液,心血虚,心失所养;另一方面湿邪内生,若加之情志不畅,肝气犯胃,则脾虚湿盛,肝胃不和而失眠。故用柴胡理中汤健脾和胃,养心安神,一诊时双下肢水肿,大便稀溏,脉沉细,用桂枝意在温阳;二诊时用远志、牛膝相伍增强安神之力;三诊时阳气渐复,改为每两日一剂,每日晚饭前温服,目的是既要依靠患者自身机能的恢复来扶正抗邪,又可以减轻慢性病患者长期服药的痛苦,保证能够坚持服药,具有实用性。

3 顽固性皮炎继发失眠

刘某,女,51岁,教师。2017年11月3日初诊。主诉:颜面红斑3年余,加重伴失眠半年。患者于3年前开始出现面部红斑,自觉灼热紧绷,瘙痒,平时口服左西替利嗪片和外用炉甘石洗剂治疗,病情反复。近半年来,患者因工作压力大面部红斑面积扩大,出现皮损,伴有乏力、纳差,胸憋痛、心悸、烦躁、失眠,二便正常,舌淡苔白腻,脉细数。当地医院以“更年

期病”给予疏肝解郁治疗,效果欠佳。山西省人民医院行动态心电图及影像学检查,未见双肺及心脏的器质性病变。曾口服艾司唑仑、黛力新治疗,因畏惧药物副作用而自行停药。西医诊断:颜面部皮炎,心血管神经症。中医诊断:瘾疹,气阴两虚、痰湿瘀阻。治宜健脾养阴、燥湿化痰。给予芪元汤和柴胡理中汤两方加减治疗,交替服用。第一方:黄芪30 g,玄参15 g,金银花15 g,当归12 g,丹参18 g,防风10 g,夏枯草20 g,浙贝母9 g,甘草6 g;第二方:柴胡6 g,党参9 g,姜半夏9 g,黄芩6 g,炒白术12 g,茯苓15 g,片姜黄6 g,淡豆豉9 g,栀子6 g,炙甘草6 g,生姜3片,红枣4枚。两方各6剂,水煎,每日1剂,轮流交替温服。

二诊:患者面部红斑及皮损面积减小,瘙痒缓解,面部紧绷灼热感未缓解,未诉胸憋痛,纳可,睡眠未见明显改善,焦虑,夜间仍有多梦,舌淡苔白腻,脉细。第一方:黄芪20 g,玄参15 g,金银花15 g,当归9 g,藿香12 g,佩兰12 g,防风10 g,甘草6 g;第二方:柴胡6 g,党参9 g,姜半夏9 g,黄芩6 g,炒白术12 g,茯苓15 g,片姜黄6 g,牛膝9 g,远志6 g,炙甘草6 g,生姜3片,红枣4枚。两方各6剂,水煎,每日1剂,轮流交替温服。

三诊:患者面部红斑基本消退,心悸减少,口干,夜间可入睡4小时左右,舌淡苔白,脉沉缓。继续给予柴胡理中汤:柴胡6 g,党参9 g,姜半夏9 g,黄芩6 g,炒白术12 g,茯苓15 g,片姜黄6 g,枳实6 g,陈皮6 g,炙甘草6 g,生姜3片,红枣4枚。10剂,水煎,2日1剂,每日晚饭前温服。随访至今面部皮炎未复发,睡眠可。

按:目前不良的生活方式可以导致脾胃运化功能受损,气血生化乏源,脾失健运,脾虚湿停,日久化热,热损阴津,形成气阴两虚之势,遇到诱发病因则发为皮炎;胃气阻滞,痰湿内生,气机不利,扰动心神,出现乏力、胸憋痛、心悸、纳差等症状,总体为本虚标实之证。在本病的治疗中,用到了门纯德教授的联合方组思想,以方为单位,一次性地分别处以两首、三首甚或多首方剂,交替轮服,或循序服用^[3],避免了面面俱到,似是而非的大杂方。以芪元汤和柴胡理中汤两方加减交替服用,一方祛邪,一方守正,同时每个单方中亦是标本兼治,各司其职,共奏益气养阴解毒,健脾燥湿化痰之效,直达病所,殊途同归。

参考文献

- [1]钱海舟,张洪.卒中后睡眠障碍相关危险因素的Meta分析[J].中国卒中杂志,2013,8(8):622-630.
- [2]徐航.血液灌流联合血液透析对维持性血液透析患者微炎症状态的影响[J].护理实践与研究,2012,9(10):40-41.
- [3]门九章.门氏中医临床实录[M].北京:人民卫生出版社,2017:111.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张永康 收稿日期:2018-11-09)

实验研究 EXPERIMENTAL STUDY

槟榔单次及多次服用兴奋作用比较研究※

陈光宇^{1,2} 瞿昊宇^{1,2} 何 群¹ 罗丽华³ 李路丹² 谢梦洲^{1,2*}

(1 湖南省药食同源功能性食品工程技术研究中心, 湖南 长沙 410208;

2 湖南中医药大学中医诊断研究所, 湖南 长沙 410208; 3 湖南口味王集团有限责任公司, 湖南 益阳 413000)

摘要:目的 比较口味王和成天下槟榔、口味王精制青果服用槟榔、即溶咖啡饮品、红牛维生素功能饮料等四种产品兴奋作用的特性和差别, 为广大消费者选择槟榔产品提供依据。方法 测定4种产品单次及多次服用对小鼠自主活动次数的影响。结果 单次服用下, 口味王精制青果服用槟榔组小鼠自主活动次数最高, 多次服用下: 口味王和成天下槟榔组小鼠自主活动次数最高。结论 单次服用下, 口味王精制青果服用槟榔兴奋作用最强, 多次服用下, 口味王和成天下槟榔兴奋作用最强。2种槟榔的兴奋作用比即溶咖啡饮品、红牛维生素功能饮料更强。

关键词: 口味王和成天下槟榔; 口味王精制青果服用槟榔; 即溶咖啡饮品; 红牛维生素功能饮料; 小鼠自主活动次数; 中药药理; 槟榔

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.035

文章编号:1672-2779(2018)-24-0082-03

Comparative Study on Excitatory Effect of Single or Multi Doses of Areca Catechu

CHEN Guangyu^{1,2}, QU Haoyu^{1,2}, HE Qun², LUO Lihua³, LI Ludan², XIE Mengzhou^{1,2*}

(1. Engineering Center of Medicinal and Edible Functional Food, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

2. Institute of TCM Diagnostics, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

3. The King of Taste Group Company with Limited Liability in Hunan Province, Hunan Province, Yiyang 413000, China)

Abstract: Objective To compare the characteristics and difference of the excitatory effect of four kinds of products of Areca Catechu of HeChenTianXia of the King of Taste, Edible Areca Catechu of JinZhiQingGuo of the King of Taste, Instant Coffee of Beverage, Red Bull Vitamin Functional Beverages, in order to provide the basis for consumers to select and edible products of Areca Catechu.

Methods The effect of single doses or multi doses of four kinds of products on mouse's independent active number of times was measured. **Results** The mouse's independent active number of times of Edible Areca Catechu of JinZhiQingGuo of the King of Taste is the highest in the aspect of single doses, while Areca Catechu of HeChenTianXia of the King of Taste is the highest in the aspect of multi doses. **Conclusion** The excitatory effect of Edible Areca Catechu of JinZhiQingGuo of the King of Taste is the strongest in the aspect of single doses, while Areca Catechu of HeChenTianXia of the King of Taste is the strongest in the aspect of multi doses. The excitatory effect of both two kinds of product of Edible Areca Catechu is stronger than Instant Coffee of Beverage and Red Bull Vitamin Functional Beverages.

Keywords: Areca Catechu of HeChenTianXia of the King of Taste; Edible Areca Catechu of JinZhiQingGuo of the King of Taste; instant coffee of beverage; red bull vitamin functional beverages; mouse's independent active number of times; Chinese medicine pharmacology; Areca Catechu

槟榔为棕榈科植物槟榔 (Areca Catechu L.) 的干燥成熟种子, 含生物碱0.3%~0.6%, 以槟榔碱为主(0.1%~0.5%)。长期的临床实践证明, 槟榔具有健胃消食、行气利水、杀虫泻下、利湿除疳等功效。近年来, 研究发现槟榔具有较好的兴奋作用^[1-4], 特别是口味王和成天下槟榔及口味王精制青果服用槟榔, 备受消费者喜爱和青睐^[5-8]。但口味王和成天下槟榔、口味王精制青果服用槟榔的兴奋作用与经典的、公认的、兴奋作用最好的即溶咖啡饮料和红牛维生素功能饮料究竟

有何区别? 口味王和成天下槟榔、口味王精制青果服用槟榔单次(短期)与多次(长期)兴奋作用有何区别? 口味王和成天下槟榔、口味王精制青果服用槟榔兴奋作用的特色是什么? 皆不清楚。故本实验通过观察并寻找4种产品单次及多次服用兴奋作用(小鼠自主活动次数)与服用时间的相关性, 为广大消费者进一步深入了解、选择和服用口味王和成天下槟榔及口味王精制青果槟榔提供依据。

1 实验材料

1.1 受试物样品 口味王和成天下槟榔、口味王精制青果服用槟榔、即溶咖啡饮料、红牛维生素功能饮料皆由湖南口味王集团有限责任公司提供; 蒸馏水本部门自制。

※ 基金项目: 湖南中医药大学校企合作科研项目【No.(2017)产学研合字第022号】

* 通讯作者: 1173511369@qq.com

1.2 实验动物 SPF级ICR小鼠50只, 雄雌各半, 从湖南斯莱克景达实验动物有限公司购进, 小鼠在SPF级动物室喂养, 空调恒温(25±2)℃, 相对湿度40%~60%, 照明时间随同自然变化; 全价颗粒饲料从实验动物专用饲料厂家购进。

1.3 仪器设备 YLS-1A多功能小鼠自主活动记录仪(山东医学科学院设备站产品); YAZD-3/5/10/10不锈钢电热蒸馏水器(温州标诺仪器有限公司)、KM-250 DE中文液晶台式超声波清洗器(昆山美美超声仪器有限公司); YP-B50001电子天平(上海光正医疗仪器有限公司)、RHP-400型高速多功能粉碎机(浙江永康市荣浩工贸有限公司)。

1.4 造模试剂 0.4%戊巴比妥钠, 用重蒸馏水配制(临用现配)。

1.5 统计学方法 所用软件为DPS v9.50标准版, 具体统计学方法为数学建模。

2 实验方法与结果

2.1 动物分组 健康成年SPF级ICR小鼠, 一级, 体质量18~22 g, 由湖南斯莱克景达实验动物有限公司提供, 动物许可证号: SCXK(湘)2016-0002; 动物质量合格证号: 43004700038539; 实验单位使用许可证编号: SYXK(湘)2013-0005, 小鼠50只, 雄雌各半, 随机分成5组, 每组10只, 分别为口味王和成天下槟榔组、口味王精制青果槟榔组、咖啡饮料阳性对照组、红牛维生素功能饮料阳性对照组、蒸馏水空白对照组。

2.2 给药剂量 口味王和成天下槟榔、口味王精制青果槟榔皆制成提取浓缩液, 灌胃量0.1 mL/10 g; 给予样品液体积为10 mL/kg; 即溶咖啡饮料制成液体, 灌胃量0.1 mL/10 g; 给予样品液体积为10 mL/kg; 红牛维生素功能饮料原液, 灌胃量0.1 mL/10 g; 给予样品液体积为10 mL/kg; 纯化水灌胃量10 mL/kg。

2.3 4种样品灌胃液体的制备方法

2.3.1 口味王和成天下槟榔、口味王精制青果槟榔 取10只小鼠单次灌胃用量的口味王和成天下槟榔及口味王精制青果槟榔产品, 分别粉碎成丝状粗粉, 分别超声提取2次, 第1次超声提取加50倍量蒸馏水超声提取60 min, 过滤, 滤渣第2次超声提取加40倍量蒸馏水超声提取40 min, 过滤, 滤渣弃去, 合并2次提取液, 滤液50℃分别浓缩成灌胃用浓度。

2.3.2 即溶咖啡饮料 取10只小鼠单次灌胃用量的即溶咖啡饮品15 g, 加278 mL 95℃蒸馏水, 保温下不断搅拌30 min, 冷至室温, 调成灌胃用浓度。

2.3.3 红牛维生素功能饮料 取红牛维生素功能饮料原液。

2.4 槟榔等5组样品单次(短期)服用兴奋作用观察

小鼠灌胃给予样品液后测定10 min时(0~10 min)小鼠自主活动次数Y值、累积30 min后, 再测定10 min内(累积30 min~累积40 min)小鼠自主活动次数Y值, 记录各次测定结果, 见表1, 以Y平均值作直方图, 见图1。

表1 槟榔等5组样品单次(短期)服用兴奋作用每段测定结果 (n=10)

样品名称	Y(±s)		Y平均值95%置信区间	
	0~10 min	30~40 min	0~10 min	30~40 min
和成天下槟榔(A)	231±16.5	204±13.9	216~246	192~216
精制青果槟榔(B)	276±19.3	242±12.3	259~293	231~253
即溶咖啡饮品(C)	238±20.8	264±11.8	220~256	254~274
红牛维生素功能饮料(D)	231±18.7	159±12.5	214~248	148~170
蒸馏水(E)	162±17.2	148±11.6	147~177	138~158

注: Y: 小鼠自主活动次数, $t_{\alpha, v}=2.821, \alpha=0.05, v=9$

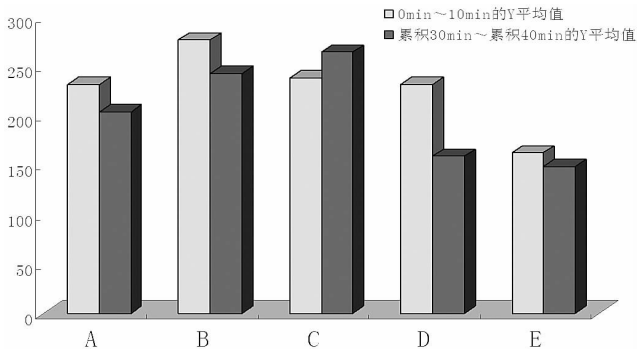


图1 槟榔等5组样品单次(短期)服用兴奋作用Y平均值直方图

由表1、图1结果可知, 95%置信区间重叠, 差别无统计意义, 小鼠灌胃给予样品液后10 min时(0~10 min)Y值由大到小排序为: 口味王精制青果槟榔>口味王和成天下槟榔≈即溶咖啡饮品≈红牛维生素功能饮料>蒸馏水(类似于给药前小鼠自主活动次数); 小鼠灌胃给予样品液后累积30 min~累积40 min时Y值由大到小排序为: 即溶咖啡饮品>口味王精制青果槟榔>口味王和成天下槟榔>红牛维生素功能饮料≈蒸馏水; 口味王精制青果槟榔、即溶咖啡饮品兴奋作用皆较强(95%可信区间重叠, 差别无统计学意义), 但口味王精制青果槟榔兴奋作用10 min内兴奋作用最佳, 即溶咖啡饮品30~40 min内兴奋作用最佳; 口味王和成天下槟榔、口味王精制青果槟榔和红牛维生素功能饮料10 min内Y值优于30~40 min内Y值; 即溶咖啡饮品30 min内Y值优于10 min内Y值。

2.5 槟榔等5组样品多次(长期)服用兴奋作用观察 小鼠连续灌胃给予样品液7 d, 于末次给予样品液后30 min时记录10 min内小鼠的自主活动次数, 将原始数据首先进行异常值检验, 舍去异常值, 再进行正态性检验, 满足正态性($P>0.05$), 最后进行方差齐性检验, 即溶咖啡饮品偏差较大, 导致5组间方差不齐, 故只能采用95%置信区间重叠法统计分析, 实验过程中, 各种因

素导致小鼠死亡,所以动物数不一致,结果见表2。

表2 槟榔等5组样品多次(长期)服用兴奋作用测定结果

样品名称	Y ($\bar{x} \pm s$)	Y平均值95% 置信区间	只数	$t_{0.05}$
口味王和成天下槟榔	280±6.7	274~286	9	2.896
口味王精制青果槟榔	265±7.3	258~272	9	2.896
即溶咖啡饮品	267±6.5	261~273	10	2.821
红牛维生素功能饮料	264±8.1	256~272	9	2.896
蒸馏水(空白)	205±8.6	197~213	9	2.896

注:Y:小鼠自主活动次数, $\alpha=0.05$, $v=n-1$

由表2结果可知,95%置信区间重叠,差别无统计学意义,故口味王精制青果槟榔、即溶咖啡饮品、红牛维生素功能饮料兴奋作用(Y平均值)相同,口味王和成天下槟榔与口味王精制青果槟榔、即溶咖啡饮品、红牛维生素功能饮料兴奋作用(Y平均值)差别有统计学意义,所以槟榔等5组样品多次(长期)服用兴奋作用(Y平均值)排序为:口味王和成天下槟榔>口味王精制青果槟榔≈即溶咖啡饮品≈红牛维生素功能饮料>蒸馏水。

2.6 槟榔等5组样品对小鼠戊巴比妥钠睡眠潜伏期及睡眠持续时间的影响 小鼠连续灌胃给予样品液7 d,于末次给予样品液后30 min时,各小鼠腹腔注射戊巴比妥钠20 mg/kg,观察小鼠的睡眠潜伏期及睡眠持续时间(从注射戊巴比妥钠到翻正反射消失所需时间为睡眠潜伏期,从翻正反射消失到其恢复的时间为睡眠持续时间),记录结果,采用95%可信区间重叠法计算误差,见表3。

表3 槟榔等5组样品多次(长期)服用兴奋作用测定结果($\bar{x} \pm s$)

样品名称	睡眠潜伏期(min)	睡眠持续时间(min)	只数	$t_{0.05}$
口味王和成天下槟榔	6.30±0.39(5.89~6.71)	17.00±2.45(14.40~19.60)	8	2.998
口味王精制青果槟榔	5.39±0.41(4.96~5.82)	31.25±3.37(27.68~34.82)	8	2.998
即溶咖啡饮品	雄性未睡眠;雌性3.904	雄性未睡眠;雌性睡不醒	9	2.896
红牛维生素功能饮料	5.17±0.42(4.72~5.62)	42.80±2.34(40.32~45.28)	8	2.998
蒸馏水(空白)	3.86±0.43(3.40~4.32)	48.25±2.51(45.59~50.91)	8	2.998

由表3结果可知如下情况:(1)各组睡眠潜伏期:口味王和成天下槟榔与口味王精制青果槟榔、红牛功能饮料95%可信区间未重叠,差别有统计学意义,口味王精制青果槟榔与红牛维生素功能饮料95%可信区间重叠,差别无统计意义,口味王和成天下槟榔、口味王精制青果槟榔、红牛维生素功能饮料与蒸馏水95%可信区间未重叠,差别有统计学意义,故各组睡眠潜伏期由长到短为:口味王和成天下槟榔>口味王精制青果槟榔≈红牛功能饮料>蒸馏水。

(2)各组睡眠持续时间:各组95%可信区间皆未重叠,差别皆有统计学意义,故各组睡眠持续时间由

短到长为:口味王和成天下槟榔>口味王精制青果槟榔>红牛功能饮料>蒸馏水。

(3)即溶咖啡饮品小鼠雄雌差别太大,睡眠潜伏期:雄性未睡眠;雌性与蒸馏水相当(3.904 min);睡眠持续时间:雄性未睡眠;雌性睡不醒。

3 小结与讨论

3.1 给药剂量的确定 预实验中对小鼠灌胃剂量进行了探索,研究了3个剂量,即人体服用剂量、人体服用二分之一剂量、人体服用四分之一剂量,发现口味王和成天下槟榔与口味王精制青果槟榔采用人体服用四分之一剂量时兴奋作用最佳,剂量增加反而兴奋作用下降;而即溶咖啡饮品和红牛功能饮料采用人体服用二分之一剂量时兴奋作用最佳,剂量减少兴奋作用下降。

3.2 测定时间的确定 文献^[1]中系小鼠每天灌胃1次,连续给药7 d后30 min时测定10 min内小鼠自主活动次数,预试中发现,每种样品小鼠自主活动次数最大值的时间不同,同一样品不同时间测定的小鼠自主活动次数差别也很大,故不同样品设几个时间测定小鼠自主活动次数才能得到客观、公正的可比性结果。

3.3 给药剂型的分析 口味王和成天下槟榔、口味王精制青果槟榔、红牛维生素功能饮料3种样品灌胃液体为溶液型液体药剂,因而兴奋作用起效快,而即溶咖啡饮品系混悬液,内容物有一个溶出过程,所以兴奋作用起效慢。

3.4 单次与多次的意义 单次反映短期服用的兴奋作用效果,多次反映长期服用的兴奋作用效果,在第2次服用时第1次服用的样品尚未出全排除体外,有一定量的蓄积,连续服用后兴奋作用达到稳态,测定误差减少;不同时间段测得的结果差别较大,单次测得的结果不能作为判断各样品兴奋作用的优劣。本实验统计分析采用95%可信区间重叠法进行比较,比完全随机 t 检验法更加直观、清晰、一目了然,特别适用于多组样本相互之间的比较分析,值得推广。

参考文献

- [1]蒋志,陈其城,曹立幸,等.槟榔及其活性物质的研究进展[J].中国中药杂志,2013,38(11):1684-1687.
- [2]刘东林,王小莹,杨冰,等.槟榔药理毒理研究进展[J].中国中药杂志,2013,38(14):2273-2275.
- [3]肖冰梅,肖嫩群,彭买姣,等.槟榔碱提神效果及急性毒性作用研究[J].中国当代医药,2013,20(20):14-16.
- [4]张春江,吕飞杰,陶海腾.槟榔活性成分及其功能作用的研究进展[J].中国食物与营养,2008,14(6):50-53.
- [5]本刊编辑部.“槟”“芒”相遇 双剑合璧 湖南卫视携手槟榔领跑者口味王打响新春营销第一炮[J].声屏世界·广告人,2017,31(4):90-94.
- [6]年富海.军民携手共建实现共创双赢[N].益阳日报,2010-08-09(06).
- [7]于伟慧,陈循静.口味王的槟榔“三嚼”[N].海南日报,2011-06-06(01).
- [8]于伟慧.万宁赴湘促销售 3.8 亿订单破解槟榔鲜果销售难题[N].海南日报,2013-9-12(10).

(本文编辑:张文娟 本文校对:何群 收稿日期:2018-08-14)

消痰降脂胶囊对高脂饮食诱导的高脂血症兔模型的降脂作用及相关机制研究

龙俊科 赵水平*

(中南大学湘雅二医院心内科, 湖南 长沙 410011)

摘要:目的 观察消痰降脂胶囊对实验性高脂血症形成的影响及机制研究。方法 雄性新西兰兔40只,以普通饲料喂养观察1周后随机分为5组,即正常对照组、模型组、阿托伐他汀组、消痰降脂胶囊组以及联合给药组。连续给药10周后,采集血样、肝脏以及小肠。检测血脂四项以及血清中LDL-R、APB100、SREBP2、PCSK9,肝脏中HMGCR、PPAR- γ 、LPL、MTP以及小肠NPC1L1。结果 连续给药10周后,与模型组比较,各给药组的TC和LDL-c水平均显著降低($P<0.05$),与阿托伐他汀组相比,消痰降脂胶囊组的TC、TG、HDL-c以及LDL-c水平均无显著性差异($P>0.05$);同时,与阿托伐他汀组相比,联合给药组的TC以及LDL-c显著性降低($P<0.05$);相比于模型组,消痰降脂胶囊组的NPC1L1、HMGCR水平显著性降低($P<0.05$),LPL、LDLR、PPAR- γ 水平显著性增加($P<0.05$),而MTP、Apo-B100、PCSK9、SREBP-2未见显著性变化($P>0.05$);与模型组相比,阿托伐他汀组的HMGCR、Apo-B100水平显著性降低($P<0.05$),PCSK9、PPAR- γ 、SREBP-2水平显著性升高($P<0.05$),而NPC1L1、LPL、MTP水平未见显著性变化($P>0.05$);与模型组相比,联合给药组的NPC1L1、HMGCR、Apo-B100显著性降低($P<0.05$),LPL、LDLR、PPAR- γ 、SREBP-2显著性升高($P<0.05$),而PCSK9以及MTP均未见显著性变化。结论 消痰降脂胶囊与阿托伐他汀均可以显著性地预防高血脂形成,且药效相当;消痰降脂胶囊通过对相关酶或者脂质代谢受体的调控,抑制小肠中的胆固醇吸收以及肝脏细胞内胆固醇合成,并加强血液中甘油三酯水解等药理作用,最终发挥高血脂的预防作用。同时,消痰降脂胶囊与阿托伐他汀联用的降脂作用显著优于消痰降脂胶囊或阿托伐他汀单用,提示两者具有一定的协同降脂作用。

关键词: 高脂血症; 消痰降脂胶囊; 阿托伐他汀; 药物靶点; 复方药理研究; 中成药疗法; 实验研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.036

文章编号:1672-2779(2018)-24-0085-05

The Pharmacological Research of Xiaoyu Jiangzhi Capsule on the Prevention of Hyperlipidemia in Rabbits and Related Mechanism

LONG Junke, ZHAO Shuiping

(Department of Cardiac Internal Medicine, The Second Xiangya Hospital, Central South University, Hunan Province, Changsha 410011, China)

Abstract: **Objective** To investigate the influence of Xiaoyu Jiangzhi capsule on the prevention of hyperlipidemia. **Methods** Forty male the New Zealand rabbits were stratified five groups according to their serum total cholesterol (TC) levels: normal control group, hyperlipidemia model group, atorvastatin group (treated with 2 mg/kg atorvastatin), Xiaoyujiangzhi capsule groups (treated with 100 mg/kg Xiaoyu Jiangzhi capsule) and combined group (treated with both 2 mg/kg atorvastatin and 100 mg/kg Xiaoyu Jiangzhi capsule). Each treatment group was administered continuously for 10 weeks, i.e., from the 2nd to 12th week. From the 2nd week, all rabbits were daily fed with high-fat diet in addition to the normal control group. In 12th week, serum TC, triglycerides (TG), high density lipoprotein in cholesterol (HDL-c) and low density lipoprotein in cholesterol (LDL-c) were detected. Besides, contents of low density lipoprotein receptor (LDLR), Apo lipoprotein B100 (Apo-B100), sterol regulatory element-binding protein 2 (SREBP2), proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9) in serum, 3-Hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A reductase (HMGCR), peroxidase proliferator activator receptor (PPAR- γ), lipoprotein lipase (LPL), microsomal triglyceride transfer protein (MTP) in liver and Niemann-Pick C1 like 1 protein (NPC1L1) in small intestine were also measured. **Results** after 12 weeks being fed with fat high-fat diet continuously, all rabbits in treatments groups may form hyperlipidemia, compared with the normal control groups. After 10 weeks treatment, the serum levels of LDL-C and TC were significantly increased ($P<0.05$) in other three groups, compared with the control group. There was no significant difference of serum TC, TG, HDL- and LDL-c level between atorvastatin group and Xiaoyu Jiangzhi capsule groups ($P>0.05$). Meanwhile, compared with the atorvastatin group, serum TC and LDL-c in combined group were reduced significantly ($P<0.05$). Compared with the model group, the levels of NPC1L1 and HMGCR in Xiaoyu Jiangzhi capsule groups were reduced significantly ($P<0.05$). In contrast, the level of LPL, LDLR and PPAR- γ in Xiaoyu Jiangzhi capsule groups were increased significantly ($P<0.05$), compared with the model group. No significant change of the level of MTP, Apo-B100, PCSK9 and SREBP-2 were observed between the Xiaoyu Jiangzhi capsule groups and the model group ($P>0.05$). **Conclusion** Xiaoyu Jiangzhi Capsule can inhibit the formation of hyperlipidemia due to pharmacological effects on the regulation of endogenous lipid synthesis, exogenous lipid absorption and bile acid absorption, plasma lipoprotein metabolism and lipid metabolism. **Keywords:** hyperlipidemia; blood lipids; rabbits; Xiaoyu Jiangzhi capsule; Atorvastatin; drug target; compound pharmacological study; therapy of Chinese patent drug; experimental research

消痰降脂胶囊是由丹参和山楂提取物组成的复方中药,于2006年取得新药证书。由丹参水溶性总酚酸

和山楂总三萜酸2个有效成分,按一定比例混合组成。丹参近千年来广泛应用于治疗心血管疾病。丹参水溶性总酚酸是从丹参中提取的各种酚酸类化合物的总和,是丹参主要的有效部位,其成分有:丹参素,迷迭香

* 通讯作者:xyzhaosp@sina.com

酸,紫草酸,原紫草酸、丹参酚酸A、B等,早期的药理实验充分证明了丹参的某些提取物具有明确的降低血脂作用^[1]。山楂是蔷薇科山楂属的植物,为我国的特产果树。山楂干燥成熟的果实,具有消食、健胃、行气、散瘀、化浊、降脂等作用,尤其是在消化系统、心脑血管系统、血脂调节、糖代谢等方面均具有较强的药理作用^[2]。前期的研究表明,消痰降脂胶囊可显著降低高脂血症动物血脂水平,具有明显的治疗作用^[3]。本研究从预防的角度出发,通过高脂血症兔模型,观察消痰降脂胶囊预防给药对高脂血症形成的影响以及药理作用机制,包括对胆固醇吸收、胆固醇合成、甘油三酯合成、脂蛋白代谢、脂代谢调控受体等靶点的作用。

1 材料与方法

1.1 实验动物 新西兰兔,8周,雄性,40只,体质量2.0~2.5 kg,由长沙天勤生物有限公司提供,生产许可证号:SCXK(湘)-2014-0010,合格证号:43006700880329;动物自由摄食、饮水;基础饲料与高脂饲料分别由上海福贝宠物用品有限公司以及北京科澳协力有限公司提供;动物饲养温度为23~26℃,相对湿度为50%~60%。

1.2 药品与试剂 消痰降脂胶囊(0.25 g/粒,贵阳新天药业股份有限公司生产提供,国药准字:Z20060427,批号:150502),阿托伐他汀片(20 mg/片,辉瑞制药有限公司生产,国药准字:H20051407),生理盐水配制成各使用浓度。血清甘油三酯(triglycerides, TG)、总胆固醇(total cholesterol, TC)、高密度脂蛋白胆固醇(high density lipoprotein in cholesterol, HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein in cholesterol, LDL-c)测试盒均为日本和光纯药工业株式会社(wako)产品。酶联免疫法(Enzyme linked immunosorbent assays, ELISA)测定兔血清、肝脏以及小肠中相关蛋白或蛋白受体含量;ELISA试剂盒由上海酶连生物科技有限公司提供;组织匀浆液使用BCA法进行蛋白定量,所用试剂盒由上海碧云天生物科技有限公司提供。

1.3 主要仪器 脱色摇床(江苏海门其林医用仪器厂),全自动酶标仪(Thermo Fisher公司),手持式匀浆机(杭州米欧仪器有限公司)等、TGL16M 低温离心机(中国)、CD1200 全自动生化分析仪(美国)。

1.4 动物造模、分组与给药 健康雄性新西兰兔40只,以普通饲料喂养观察1周后进入实验,记录体质量和进行基线血脂分析。随机选为5组,即正常组、模型组、阿托伐他汀组、消痰降脂胶囊组以及联合给药组,每组8只。其中正常组每日予以120 g/d的基础饲料喂养,其余各组以高脂饲料120 g/d喂养至第12周。从第2周开始,进行药物干预,其中正常组与模型组每日予以30 mL生

理盐水灌胃,阿托伐他汀组每日灌胃给予2 mg/kg阿托伐他汀,消痰降脂胶囊组每日灌胃给予100 mg/kg消痰降脂胶囊,联合给药组则同时给予2 mg/kg的阿托伐他汀以及100 mg/kg的消痰降脂胶囊,连续给药10周,采集血样,肝脏以及小肠。

1.5 检测指标与方法

1.5.1 体质量 给药前(0周)和第8周以及第12周时称取各组新西兰兔的体质量。

1.5.2 血脂水平 采血前,动物均已禁食不禁水12 h以上。第0周时耳缘静脉采血;第12周时,以戊巴比妥100 mg/kg耳缘静脉深度麻醉后,股动脉采血。血样在室温自然凝固,低温离心(4℃,3000 r/min,离心10 min),分离血清,采用全自动生化仪配以相应的试剂盒,检测血清TC、TG、HDL-c以及LDL-c。

1.5.3 血清相关蛋白酶活性 类似于血脂水平检测,采血前动物均已禁食不禁水12 h以上。第12周时,以戊巴比妥100 mg/kg耳缘静脉深度麻醉后,股动脉采血。血样在室温自然凝固,低温离心(4℃,3000 r/min,离心10 min),分离血清,使用ELISA法测定血清LDL-R、Apo-B100、SREBP2以及PCSK9活性。

1.5.4 肝脏相关蛋白酶活性 第12周时,以戊巴比妥100 mg/kg耳缘静脉深度麻醉后,取肝组织液氮冻存备用;临用前,按照每10 mg组织加100 μL的PBS进行组织匀浆;取匀浆液上清,使用BCA法进行蛋白定量,随后使用ELISA法测定匀浆液中HMGCoA、PPAR-γ、LPL以及MTP含量。

1.5.5 小肠相关蛋白酶活性 第12周时,以戊巴比妥100 mg/kg耳缘静脉深度麻醉后,取小肠组织液氮冻存备用;临用前,按照每10 mg组织加100 μL的PBS进行组织匀浆;取匀浆液上清,使用BCA法进行蛋白定量,随后使用ELISA法测定NPC1L1含量。

1.6 统计学方法 数据均使用SPSS 21进行统计分析,以均数±标准差表示。对数据进行正态性检验,常规方差分析后post hoc两两比较(方差齐则LSD检验,方差不齐则Dunnett's检验)。双侧检验, $P<0.05$ 视为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 各组实验兔体质量呈生理性增长,各组体质量在开始时(0周)、第8周和第12周,组间无显著差异($P>0.05$)。

2.2 各组血脂指标比较 给药前10周,各组各项血脂指标均无明显差异($P>0.05$),见表1、2。第12周检测结果发现,与正常组相比,各组TC、TG以及LDL-c均显著升高($P<0.001$),提示高血脂造模成功;第12周,与模型组比较,各给药组的TC和LDL-c水平均显著降低($P<0.05$),说明消痰降脂胶囊与阿托伐他汀均可以显著性地预防高血脂形成。第12周,与阿托伐他汀组相

比, 消痰降脂胶囊组TC、TG、HDL-c以及LDL-c水平均无显著性差异 ($P>0.05$), 提示在临床剂量下, 阿托伐他汀与消痰降脂胶囊的预防降脂药效相当; 同时, 与阿托伐他汀组相比, 第12周, 联合给药组的TC以及LDL-c显著性降低 ($P<0.05$), 见表2。实验结果提示, 相比于阿托伐他汀单用, 消痰降脂胶囊联合用药可进一步加强预防新西兰兔的高血脂形成。

表1 给药前(0周)血脂基础水平 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

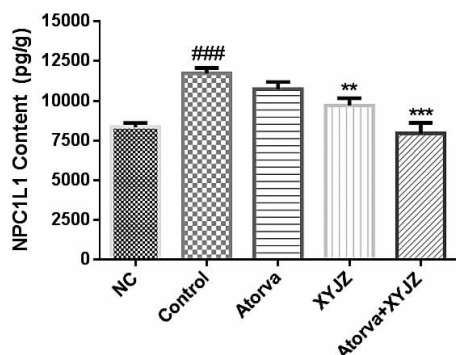
组别	TC	TG	LDL-c	HDL-c
正常对照组	1.44±0.23	1.14±0.19	0.66±0.17	0.43±0.08
模型对照组	1.49±0.13	0.39±0.07	0.52±0.11	0.68±0.06
阿托伐他汀组	1.98±0.42	0.72±0.16	0.89±0.37	0.74±0.07
消痰降脂胶囊组	1.80±0.22	0.67±0.18	0.75±0.15	0.74±0.13
联合给药组	1.77±0.40	0.51±0.16	0.77±0.30	0.80±0.05

表2 给药10周后血脂水平 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

组别	TC	TG	LDL-c	HDL-c
正常对照组	1.54±0.44	0.34±0.06	0.63±0.25	0.85±0.30
模型对照组	40.61±2.55 ^{###}	0.73±0.15 [*]	37.94±5.10 ^{###}	2.89±0.43 ^{##}
阿托伐他汀组	20.20±1.42 ^{***}	0.80±0.27	16.65±1.45 ^{**}	1.15±0.09 ^{**}
消痰降脂胶囊组	24.48±3.36 ^{**}	1.10±0.19	16.38±2.65 ^{**}	1.48±0.31 [*]
联合给药组	14.79±1.16 ^{***§}	0.29±0.05	10.79±0.94 ^{**§}	0.55±0.26 [*]

注: 第12周(即给药10周后)与正常组相比, ^{###} $P<0.001$; 第12周, 与正常组相比, ^{##} $P<0.01$; 第12周, 与正常组相比, ^{*} $P<0.05$; 第12周与模型组相比, ^{***} $P<0.001$; 第12周与模型组相比, ^{**} $P<0.01$; 第12周与模型组相比, ^{*} $P<0.05$; 与阿托伐他汀组相比, [§] $P<0.05$

2.3 胆固醇吸收相关酶活性 如图1所示, 与正常组(8350.7±259.1) pg/g相比, 模型组动物小肠组织中胆固醇吸收相关NPC1L1蛋白含量 [(11727.8±356.5) pg/g] 显著升高 ($P<0.001$); 相比于模型组, 各给药组动物小肠组织中的NPC1L1蛋白含量均有所降低, 其中消痰降脂胶囊组 [(9717.6±455.8) pg/g] 以及联合给药组 [(7951±668.9) pg/g] 均有显著性差异 [(9717.6±455.8) vs. (11727.8±356.5), $P<0.01$; (7951±668.9) vs. (11727.8±356.5), $P<0.001$]。

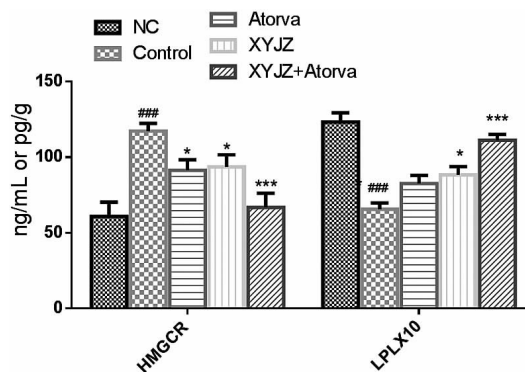


注: NC正常组; Control模型组; Atorva阿托伐他汀组; XYJZ消痰降脂胶囊组; Atorva+XYJZ联合给药组。图中数据为平均值±标准误; 与正常组相比, ^{###} $P<0.001$; 与模型组相比, ^{***} $P<0.001$; 与模型组相比, ^{**} $P<0.01$

图1 各组新西兰大白兔小肠中NPC1L1蛋白含量

2.4 胆固醇和甘油三酯合成以及水解相关酶活性 如图2

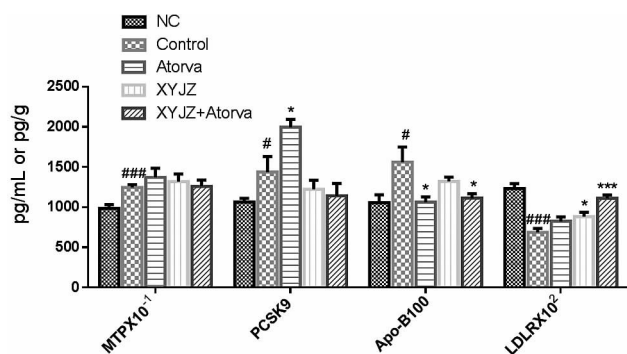
所示, 与正常对照组 (60.77±9.60) pg/g相比, 模型组动物肝组织中胆固醇合成相关的HMGCR蛋白含量 [(117.21±5.05) pg/g] 显著升高 ($P<0.001$); 与模型组 [(117.21±5.05) pg/g] 相比, 阿托伐他汀组 [(91.25±7.05) pg/g]、消痰降脂胶囊组 [(93.56±7.99) pg/g] 以及联合给药组 [(66.82±9.40) pg/g] 的动物肝脏HMGCR蛋白含量均显著性降低 ($P<0.01$ 、 $P<0.05$ 以及 $P<0.001$); 与正常组 [(6.87±0.47) ng/mL] 相比, 高脂饮食喂养的模型组 [(12.32±0.62) ng/mL] 血清中LPL显著性降低 ($P<0.001$); 与模型组 [(6.87±0.47) ng/mL] 相比, 各给药组动物的血清LPL水平均有所增加, 其中消痰降脂胶囊组 [(8.83±0.55) ng/mL] 以及联合给药组 [(11.12±0.39) ng/mL] 具有显著性差异 ($P<0.05$ 以及 $P<0.001$)。



注: NC正常组; Control模型组; Atorva阿托伐他汀组; XYJZ消痰降脂胶囊组; Atorva+XYJZ联合给药组。图中数据为平均值±标准误; 与正常组相比, ^{###} $P<0.001$; 与模型组相比, ^{***} $P<0.001$; 与模型组相比, ^{**} $P<0.01$; 与模型组相比, ^{*} $P<0.05$

图2 各组新西兰大白兔体内HMGCR以及LPL蛋白含量

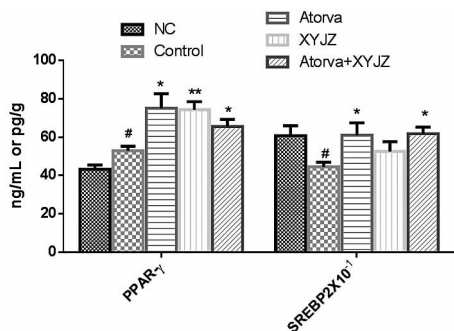
2.5 脂蛋白代谢相关酶活性 如图3所示, 与正常组的血清 [PCSK9 (1064.02±45.81) pg/mL]、Apo-B100 [(1055.37±99.94) pg/mL] 以及肝脏MTP [(1439.47±191.70) pg/g] 相比, 高脂饮食喂养的模型组动物血清PCSK9 [(1439.47±191.70) pg/mL]、Apo-B100 [(1560.89±187.73) pg/mL] 以及肝脏MTP [(9870.54±457.44) pg/g] 的含量均显著性升高 ($P<0.05$); 与模型组相比, 各给药组动物肝脏中MTP含量均无显著性变化 ($P>0.05$)。对于血清PCSK9含量而言, 与模型组 [(1439.47±191.70) pg/mL] 相比, 除阿托伐他汀组呈显著性升高外 [(1996.67±96.64) pg/mL], $P<0.05$, 其他给药组同样无显著性的变化 ($P>0.05$); 对于血清Apo-B100, 与模型组 [(1560.89±187.73) pg/mL] 相比, 各给药组均有所下降, 其中阿托伐他汀组 [(1063.39±66.50) pg/mL] 以及联合给药组 [(1113.67±54.31) pg/mL] 具有显著性差异 ($P<0.05$); 对于血清LDLR, 相比于正常组, 模型组动物呈显著性降低 ($P<0.001$), 而经过药物连续干预10周后, 与模型组相比, 血清LDLR水平均有所增加, 其中消痰降脂胶囊组以及联合给药组具有显著性差异 ($P<0.05$ 以及 $P<0.001$)。



注:NC正常组;Control模型组;Atorva阿托伐他汀组;XYJZ消痰降脂胶囊组;Atorva+XYJZ联合给药组。图中数据为平均值 $\pm$ 标准误;与正常组相比,### $P<0.001$;与正常组相比,* $P<0.05$;与模型组相比,* $P<0.05$

图3 各组新西兰大白兔体内MTP、PCSK9、LDLR、Apo-B100含量

2.6 脂质代谢间接或直接调控相关受体活性 如图4所示,与正常对照组的血清PPAR- γ [(43.28 $\pm$ 2.21) ng/mL]以及肝脏相比SREBP-2 [(607.86 $\pm$ 52.89) pg/g]模型组动物的血清PPAR- γ [(52.92 $\pm$ 2.41) ng/mL]以及肝脏SREBP-2 [(445.18 $\pm$ 24.72) pg/g]分别呈现显著性升高与降低 ($P<0.05$)。相比于模型组,各给药组动物的血清PPAR- γ 水平均呈显著性升高 ($P<0.05$);相比于模型组,各给药肝脏SREBP-2水平有所增加,其中阿托伐他汀组以及联合给药组均具有显著性差异 ($P<0.05$)。



注:NC正常组;Control模型组;Atorva阿托伐他汀组;XYJZ消痰降脂胶囊组;Atorva+XYJZ联合给药组。图中数据为平均值 $\pm$ 标准误;与正常组相比,### $P<0.001$;与正常组相比,* $P<0.05$;与模型组相比,* $P<0.05$

图4 各组新西兰大白兔体内PPAR- γ 以及SREBP2含量

3 讨论

血脂水平检测结果说明消痰降脂胶囊与阿托伐他汀均可以显著性的预防高脂形成,且在临床剂量下,阿托伐他汀与消痰降脂胶囊药效相当;同时,相比于阿托伐他汀单用,与消痰降脂胶囊联合用药可进一步强化预防新西兰兔的高血脂形成。实验结果,提示消痰降脂胶囊与阿托伐他汀在预防高血脂的形成上具有一定的协同作用,且可能存在不同的作用机制;人体内的脂质来源包括吸收外源性脂质以及自身合成。HMGCR、鲨烯合酶、羊毛甾醇合酶等参与了体内胆固醇合成,其中HMGCR是合成胆固醇的限速酶^[4]。本研究结果表明,类似于阿托伐他汀,消痰降脂胶囊类可以

直接通过抑制HMGCR的活性,从而抑制内源性的胆固醇合成,发挥高血脂的预防作用。

LPL为TG水解酶,参与了血液循环系统以及内源性的TG代谢,在富含TG的脂蛋白如极低密度脂蛋白(very low-density lipoprotein, VLDL)以及乳糜微粒(Chylomicron, CM)的分解及HDL的形成中发挥关键作用。LPL活性降低或表达缺陷可导致CM及VLDL降解障碍,引起高TG及低HDL水平,最终诱发形成高脂血症^[5]。本实验研究表明,不同于阿托伐他汀,消痰降脂胶囊可以通过提高LPL的活性,降低TC及TG的含量,进而发挥降脂作用。消痰降脂胶囊对LPL的活性影响可能与其主要成分之一山楂提取物的药理作用有关。张曼等^[6]同样报道了山楂可影响高脂血症小鼠血脂的形成以及脂蛋白酯酶和肝酯酶活性,结论与本研究结果基本一致。另一方面,本实验结果也说明了LPL活性降低可能是高脂血症的发病机制之一,增强LPL活性可能是治疗高脂血症的一个有效途径;本研究结果提示消痰降脂胶囊预防高脂血症的形成可能与提高LPL酶的活性有关。

胆固醇不仅可以自身合成,也可以来源于食物。NPC1L1是一种跨膜蛋白,主要表达在肝细胞和空肠上皮细胞上。NPC1L1参与了体内胆固醇的吸收、重吸收以及胆酸的分泌。有研究表明,小鼠的NPC1L1基因被敲除后,其血浆中TC含量减少了近86%^[7]。不仅如此,NPC1L1还与参与了胆汁酸中TC的重吸收,研究发现肝细胞中的NPC1L1表达升高时,胆汁中TC含量下降而血浆中TC水平将上升^[8]。NPC1L1由于其在胆固醇的吸收和重吸收中的重大药理作用,已成为降低血浆TC药物开发的重要靶点。本研究发现,动物经高脂饮食喂养后小肠NPC1L1水平显著性增加,与蒙广星等^[9]的研究结果基本一致。更值得注意的是,不同于阿托伐他汀,动物经消痰降脂胶囊预防给药后,体内的NPC1L1的活性显著性下降,提示消痰降脂胶囊可能通过抑制NPC1L1的活性,影响胆固醇吸收、胆酸的分泌和重吸收,从而降低血浆胆固醇水平,发挥高血脂的预防与治疗作用。

参与血浆中转运、脂蛋白分泌、消除等体内代谢过程有关的酶或蛋白主要有MTP、PCSK9、ApoB100等,通过改变它们的活性或功能可调节HDL浓度^[10];MTP作为脂质转运蛋白与VLDL以及载脂蛋白B(ApoB)的形成与组装密切相关,其主要分布在肝细胞内质网以及小肠细胞上。研究表明,MTP抑制剂可降低LDLR缺陷导致的高脂血症兔子血浆中VLDL和LDL含量^[11]。因此,MTP被认为是调节血脂的重要靶点。本研究发现高脂饲料诱导喂养一段时间后,动物体内的MTP水平显著性升高,与文献报道基本一致,但无论阿托伐

他汀、消痰降脂胶囊还是药物联用,动物体内的MTP水平均没有显著性的变化,提示消痰降脂胶囊的发挥降脂药效可能不是直接作用于MTP的表达。

ApoB包括Apo B48以及Apo B100是形成CM、LDL等必须条件,在维持此类脂蛋白的功能中发挥重要的理化作用。血浆中ApoB的水平与TC的含量呈正向相关性,ApoB水平的高低可间接地反映出TC的含量。有研究证明,通过抑制ApoB的活性或者表达,可显著性的降低血浆中TC水平^[12]。本研究发现,高脂喂养后,动物肝组织中的ApoB100显著性的提高,而消痰降脂胶囊药物干预后,ApoB100水平则显著性的下降,提示消痰降脂胶囊具有调节载脂蛋白代谢的作用,这可能与消痰降脂胶囊中的丹参提取物的药理活性有关,本文的研究与闵连秋等的临床研究结果也颇为相似^[13]。

与apoB-100相似,PCSK9在脂代谢方面同样也发挥着重要的生理作用。研究表明,PCSK9基因突变或多态性可以导致动脉粥样硬化心血管疾病(arteriosclerotic cardiovascular disease, ASCVD)风险升高。人体内LDL-c的清除与代谢依赖于LDL颗粒与LDLR的结合效率。当LDL-c被清除后,LDLR从LDL颗粒中被释放出来,会再次循环至肝细胞表面重新参与LDL-c的清除。在上述过程中,由肝细胞分泌的PCSK9会进入血液循环中,从而与LDLR结合,形成“PCSK9-LDLR”复合体。该复合体诱导LDLR进入溶酶体中被降解,使血浆中LDLR的含量或浓度降低,使得LDL-c的清除效率受限,最终导致LDL-c的水平升高。有趣的是,本文的研究结果提示:相比于模型组,阿托伐他汀组动物体内的LDLR和PCSK9的水平被同时上调,而后者则潜在地限制了阿托伐他汀降低LDL-c浓度的药理作用,这一现象被称为他汀药物的“矛盾效应”或“6%效应”其原因可能是由于他汀类药物抑制细胞内HMGCR的活性,抑制细胞内胆固醇的合成,当细胞内胆固醇水平降低至某一水平时,固醇调节素结合蛋白2(SREBP-2)被激活^[14]。本研究提示,相比于模型组,阿托伐他汀给药10周后,兔子肝脏中SREBP-2的水平显著性升高,被激活的SREBP-2进一步上调了LDLR,PCSK9和HMGCR的表达。同时,本研究发现,消痰降脂胶囊不同于阿托伐他汀,尽管药物干预给药10周,组织中HMGCR的水平显著性降低,但SREBP-2以及PCSK9却未发现显著性升高,说明消痰降脂胶囊对HMGCR的抑制作用,但尚不足以激活SREBP-2信号通路,不会进一步导致PCSK9上调,从而避免产生类似他汀药物的“矛盾效应”,这可能是消痰降脂胶囊与阿托伐他汀在降脂药理作用上的本质区别之一。

过氧化物酶体增生激活受体(包括PPAR- α 、PPAR- γ 以及PPAR- β/δ 三种亚型)在脂质代谢的整体调

控中具有重要作用。研究发现PPAR γ 被激活后,可以促进巨噬细胞的胆固醇外排,抑制泡沫细胞形成;同时,PPAR γ 还具有抑制炎症因子、促进巨噬细胞凋亡、抑制内皮素的释放等作用,使血管扩张、改善血管张力发挥其抗AS的作用继而减轻斑块的形成,可能对AS的防治具有重要意义^[15]。本研究发现,消痰降脂胶囊预防给药10周,可以显著性提高动物体内PPAR γ 的表达,提示其抗AS形成作用,与前期的研究基本一致。

4 结论

消痰降脂胶囊与阿托伐他汀均可以显著性地预防高血脂形成,且在临床剂量下,阿托伐他汀与消痰降脂胶囊的预防降脂药效相当;相比于阿托伐他汀单用,与消痰降脂胶囊联合用药可进一步加强预防新西兰兔的高血脂形成;消痰降脂胶囊的降脂作用是多靶点的,包括LDL-R、HMG-CoA还原酶、NPC1L1、PPAR- γ 、LPL等,通过对相关酶或者脂质代谢受体的调控,抑制小肠中的胆固醇吸收以及肝脏细胞内胆固醇合成,并加强血液中甘油三酯水解等药理作用;消痰降脂胶囊与阿托伐他汀的降脂药理机制既有相似之处,也有不同之处;其不同在于,消痰降脂胶囊的细胞内胆固醇合成抑制作用不会激活SREBP2信号通路,不会因此产生类似于他汀的降脂“矛盾效应”。

参考文献

- [1]覃仁安,罗佳波,黄竹英,等.复方丹参片实验研究及临床应用概况[J].中医杂志,2004,45(6):470-472.
- [2]王玲,吴军林,吴清平.山楂降血脂作用和机理研究进展[J].食品科学,2015,36(15):245-248.
- [3]刘莹,李瑞霞,张杰.丹参山楂提取物预防大鼠高脂血症形成的药理研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(11):1276-1278.
- [4]Rozman D, Monostory K. Perspectives of the non-statin hypolipidemic agents[J]. Pharmacol Ther, 2010, 127(1): 19-40.
- [5]顾彬,赵迎春.脂蛋白脂酶的调控与功能及其致动脉粥样硬化机制的研究新进展[J].中国动脉硬化杂志,2014,22(3):309-314.
- [6]张曼.山楂对高脂血症小鼠血脂及脂蛋白酯酶和肝酯酶的影响[J].贵阳中医学院学报,2012,34(2):167-168.
- [7]Philippe L, Bertrand C, Fleur L, et al. Role of bile acids and bile acid receptors in metabolic regulation[J]. Physiol Rev, 2009, 89(1): 147-191.
- [8]Sudhop T, Lü tjohann D, von Bergmann K. Sterol transporters: targets of natural sterols and new lipid lowering drugs[J]. Pharmacol Ther, 2005, 105(3): 333-341.
- [9]蒙广星,袁强,王毅军.高脂饮食大鼠肝脏脂肪性变及NPC1L1基因表达的变化[J].第四军医大学学报,2009,30(23):2794-2797.
- [10]阮文臣,张天宁,李佳.抗高脂血症:新靶点与新药研发[J].药学进展,2017,41(1):56-64.
- [11]Niot I, Poirier H T, Besnard P. Intestinal absorption of long-chain fatty acids: evidence and uncertainties[J]. Prog Lipid Res, 2009, 48(2): 101-115.
- [12]Ricotta D N, Frishman W. Mipomersen: a safe and effective antisense therapy adjunct to statins in patients with hypercholesterolemia[J]. Cardiol Rev, 2012, 20(2): 90-95.
- [13]闵连秋,党立颖,马维艳,等.复方丹参注射液治疗急性脑梗死的疗效及其作用机理探讨[J].中国中西医结合杂志,2002,22(5):353-355.
- [14]张伟,周冰洋,郭远林.PCSK9与降脂药研究进展[J].中国新药杂志,2017,26(9):1016-1023.
- [15]严士海,李七一,卢征涛,等.脑络通颗粒对动脉粥样硬化小鼠血管组织NF- κ B、PPAR- γ 的影响[J].中医杂志,2014,55(12):1047-1050.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张杰 收稿日期:2018-08-10)

不同炮制方法对升麻中异阿魏酸含量的影响

李爱珍

(江西省黎川县人民医院药剂科, 江西 黎川 344600)

摘要:目的 探讨不同炮制方法对升麻中异阿魏酸含量的影响。方法 选取同批次购进的升麻为试药, 采用不同炮制方法对其进行加工, 采用反相高效液相色谱法 (High Performance Liquid Chromatography, HPLC) 测定升麻生品和升麻炭、醋升麻、酒升麻等三种升麻炮制品中异阿魏酸含量。结果 升麻生品中异阿魏酸含量 < 酒升麻 < 醋升麻 < 升麻炭。结论 不同炮制方法会对升麻中异阿魏酸含量产生影响。

关键词: 升麻; 异阿魏酸; 炮制方法; 中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.037

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0090-02

Effects of Different Processing Methods on the Content of Isoferulic Acid in Rhizoma Cohosh

LI Aizhen

(Pharmacy Department, Lichuan People's Hospital, Jiangxi Province, Lichuan 344600, China)

Abstract: Objective To explore the effects of different processing methods on the content of ISO ferulic acid in Rhizoma cohosh.

Methods The cohosh of the same batch was selected as the trial medicine, and the different processing methods were used to process it. The high performance liquid chromatography (HPLC) was used to determine the content of isoferulic acid in the three kinds of cohosh products of cohosh and cohosh, cohosh cohosh and liquor cohosh. **Results** The content of isoferulic acid in cider was lower than that of cissin. **Conclusion** Different processing methods can affect the content of ISO ferulic acid in Rhizoma cohosh.

Keywords: Rhizoma cohosh; isoferulic acid; processing method; chemistry of Chinese materia medica

升麻别名龙眼根、窟窿牙根和周麻, 属毛茛科植物大三叶升麻、兴安升麻或升麻的干燥根茎, 归于肺、脾、胃、大肠经, 有发表透疹、清热解毒、升阳举陷的功效, 常用于治疗头痛寒热、喉痛、口疮、子宫下坠等病症。异阿魏酸作为升麻的主要活性成分, 有消炎、止痛、退热的效用, 以往医者常以异阿魏酸含量评定升麻质量及药效, 随着临床研究深入, 医者发现不同炮制方法会影响升麻中异阿魏酸含量进而影响药物功效及临床治疗效果^[1-2]。本文运用HPLC法测定不同炮制方法对升麻中异阿魏酸含量的影响, 进而为后续临床用药提供参考。

1 仪器与药品

1.1 仪器 安捷伦1260 II 高效液相色谱仪, 安捷伦四元泵1200系列, 紫外吸收检测器Agilent1100, 高效液相色谱柱温箱, 安捷伦色谱柱ZORBAX Eclipse Plus C18, 中草药高速粉碎机RT-02B, Precisa 321XJ 系列电子天平。

1.2 药品 本次研究所用升麻样品从上海扶生实业有限公司购进, 3种炮制品均选用同批次升麻样品所制; 选择上海士锋生物科技有限公司生产的异阿魏酸 (产品型号: B100054; CAS号: 537-73-5; 规格: 标准品, 98%; 包装20 mg) 作为对照品; 同时购进甲醇和乙腈作为色谱纯。

2 实验方法

2.1 不同炮制方法 酒升麻和醋升麻样品炮制方法相同, 具体操作如下: 分别选取2份100 g升麻样品将其放置于不同陶瓷锅内, 精取20 mL米醋和黄酒缓慢倒入陶瓷

锅内搅拌均匀后封盖静置4 h, 之后将配制的天麻放于炒锅内小火炒干取出晾凉备用。

升麻炭制作: 取100 g升麻样品放于炒锅内大火炒至升麻表面焦黑, 洒水后待火星燃尽取出晒干备用。所有炮制工作均由同一工作人员完成, 分别炮制2份酒升麻、醋升麻及升麻炭, 以保证后续操作的科学性及严谨性。

2.2 对照品及供试品溶液制作 对照品溶液制备: 精取异阿魏酸1 mg将其放于量瓶内加入适量10%乙醇混合配制19.64 $\mu\text{g/mL}$ 对照品溶液待用。

供试品溶液制备: 精取0.5 g升麻粉末加入25 mL 10%乙醇静置于锥形瓶内塞紧瓶塞后称重, 加热2.5 h自然冷却后称重, 并添加少许乙醇以补充加热及冷却失去的溶液, 过滤出溶液中的天麻后备用。

2.3 色谱条件 色谱柱: 选用Diamonsil C18 (150 mm $\times$ 4.60 mm, 5 μm); 流动相: 乙腈-0.01%磷酸溶液 (13: 87); 流速: 1.0 mL $\cdot\text{min}^{-1}$; 柱温: 25 $^{\circ}\text{C}$; 检测波长: 315 nm; 理论塔板数: 5000。

2.4 线性关系、精密度、稳定性及重复性考察 线性关系: 精取对照品5、15、30 μL , 运用色谱条件测定异阿魏酸含量并绘制标准曲线, 通过分析面积和异阿魏酸浓度测定线性回归关系, 进而分析峰面积与药物浓度的关系, 本次研究结果显示异阿魏酸含量在0.098~0.982 μg 呈线性关系。

精密度: 精取5 μg 对照品连续测定5次, 计算发现RSD=0.27% ($n=5$), 即具有良好精密度。

稳定性: 精取5 μg 供试品立即测定峰面积并于1、

3、6、12 h再次测定峰面积,发现 $RSD=2.00\%$ ($n=4$),证实供试品均具有良好稳定性,可用于后续研究。

重复性:分别精取5份5 μg 升麻样品严格按照供试品溶液制备方法配制溶液并测定所制样品溶液中异阿魏酸含量,实践发现所制备供试品溶液平均异阿魏酸含量为2.79 $\mu\text{g}/\text{mg}$, $RSD=1.70\%$ ($n=5$),证实制作供试品溶液具有良好重复性。

2.5 回收率实验 分别选取3份已测定异阿魏酸含量的20 mg升麻炭、20 mg醋升麻、20 mg酒升麻,按照供试品溶液制备方法制作供试品,制备完成后分别取10 μL 样品测定溶液内含有异阿魏酸含量,与对照品溶液内异阿魏酸含量对比计算回收率发现其回收率分别为99.6%, $RSD=1.90\%$ ($n=3$); 101.2%, $RSD=1.93\%$ ($n=3$); 100.5%, $RSD=1.91\%$ ($n=3$)。

2.6 样品中异阿魏酸含量测定 精取10 μL 对照品和供试品溶液运用安捷伦1260 II 高效液相色谱仪于相同色谱条件下测定对照品和供试品溶液中异阿魏酸含量。本次研究所有测定结果均一式两份,以保证研究的科学性及其可行性。

3 结果

实验结果发现,升麻生品中异阿魏酸测定含量为0.24%,酒升麻中异阿魏酸测定含量0.27%,醋升麻中异阿魏酸测定含量0.31%,升麻炭中异阿魏酸测定含量为0.41%,即阿魏酸含量升麻生品<酒升麻<醋升麻<升麻炭。

4 讨论

升麻始载于《名医别录》,作为临床常用中药材,根据产地分布可分为关升麻、兴安升麻、川升麻,多于秋季采挖根茎,去除泥沙,晒至八九成干后去须根即可用于临床医疗。研究发现,升麻中含有有机酸类、三萜类及呋喃色原酮类等物质,异阿魏酸作为升麻中有机酸重要组成部分,其含量直接影响升麻药物活性,近年有学者研究发现不同炮制方法直接影响升麻制品中异阿魏酸含量及其药物功效,笔者分析升麻生品、酒升麻、醋升麻和升麻炭中异阿魏酸含量发现,升麻生品<酒升麻<醋升麻<升麻炭,即升麻炭中异阿魏酸含量最高,而升麻生品中异阿魏酸含量最低,证实不同炮制方法会影响异阿魏酸含量。

升麻可有效抗击结核杆菌、金黄色葡萄球菌、卡他球菌,升麻提取物有解热、抗炎、镇痛、抗惊厥、抑制血小板聚集的功效,同时可抑制氯乙酰胆碱、组织胺和氯化钡诱发的肠管痉挛,降低血压,减缓心率,该药中含有的异阿魏酸在抗炎、解毒、镇痛中具有良好效用,实验发现异阿魏酸多以化合物形式存在,在炮制过程中易水解,进而影响药物中异阿魏酸含量。异阿魏酸别名3-羟基-4-甲氧基肉桂酸,作为无色晶体,多从毛茛科植物三大升麻、兴安升麻、升麻干燥根茎

中提取所得,需避光低温保存,若长期暴露于空气中会降低药物含量,同时该品具有良好降血糖效果,当前医者提炼该药物并将其应用于糖尿病患者的治疗中,取得良好疗效。

HPLC法较之传统液相色谱法简便易操作且具有良好的稳定性,笔者借助反相高效液相色谱法可快速测定样品中异阿魏酸含量,有学者指出HPLC法分离测定药物含量仅需30 min即可,可有效缩短测定时间,获取准确数据^[3]。马桂娟^[4]用固相萃取HPLC法测定保健食品中阿魏酸含量,以最大程度发挥其简便、高效、便捷、精准的优势。李洋^[5]运用反相高效液相色谱法测定不同炮制方法对升麻中异阿魏酸含量的影响,证实不同炮制方法会影响升麻样品中异阿魏酸含量。总之,不同炮制方法会影响升麻中异阿魏酸含量。

参考文献

- [1]郭佩贤,陈玉娥,黄亮,等.高效液相色谱法测定升麻提取液中异阿魏酸含量[J].日用化学科学,2018,41(2):18-19,29.
- [2]Kargozar R, Azizi H, Salari R. A review of effective herbal medicines in controlling menopausal symptoms[J]. Electron Physician. 2017,9(11):5826-5833.
- [3]赵岳,李广辉.高效液相色谱法同时测定清眩片中欧前胡素、异欧前胡素和阿魏酸的含量[J].北方药学,2017,14(12):2-4.
- [4]马桂娟,朱燕燕.固相萃取 HPLC 法测定保健食品中的阿魏酸含量[J].吉林农业,2017(18):66-67.
- [5]李洋,肖薇,李璐珊,等.不同炮制方法对升麻中异阿魏酸含量的影响[J].中国中医药信息杂志,2015,22(2):93-95.

(本文编辑:张文娟 本文校对:艾俊平 收稿日期:2018-08-10)

张仲景应用吴茱萸情况

张仲景用吴茱萸汤方共4方。用量最大为两升,最小剂量一两。现今常用剂量2~5 g,仲景在汤方吴茱萸后均注明“洗”。《奇效良方》解释为“水洗去毒”,《长沙药解》“热水洗数次用”,《本草求真》曰“泡去苦烈汁用”。

吴茱萸汤(《伤寒论》方)吴茱萸一升,人参三两,生姜六两,大枣十二枚。功能:温肝暖胃,降逆止呕。治疗阳明胃寒,食谷欲呕,胃脘作痛,吞酸嘈杂,少阴吐利,手足厥冷,烦躁欲死,厥阴头痛,干呕吐涎等。

温经汤(《金匮要略》方)当归、阿胶、芍药、川芎、桂枝、丹皮、人参、甘草、干姜各二两,半夏、麦冬各一升,吴茱萸三两。功能:温经养血,活血调经。治疗瘀血阻滞,致经水淋漓不止,暮即发热,少腹里急,腹满,手掌烦热,唇干燥;妇人少腹寒,久不受胎,或月水过多,及至期不来等。

当归四逆加吴茱萸生姜汤(《伤寒论》方)当归、芍药、桂枝、通草各三两,细辛、甘草各二两,大枣十五枚,吴茱萸一升,生姜半斤。治疗内有久寒,手足厥寒,脉细欲绝,及受寒腹痛,痛经等症。

《金匮要略》在杂疗方第二十三:救猝死客忤死还魂汤主之方下,又方(无方名):韭根一把,乌梅二七个,吴茱萸半升。右(上)三味,以水一斗煮汁,以病人带内中,三沸,滓浮者生,沉者死。煮取三升,去滓(渣)分饮之。

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

临床鉴习 CLINICAL GUIDING
LEARNING

五行音乐疗法配合穴位按摩在耳鸣患者中的应用观察

罗 燕

(湖北省荆门市中医院耳鼻咽喉头颈外科, 湖北 荆门 448000)

摘要:目的 比较常规西药与五行音乐疗法配合穴位按摩治疗虚性耳鸣患者的临床疗效。方法 将140例虚性耳鸣患者按随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组各70例, 对照组给予常规药物治疗及护理, 治疗组在其基础上进行五行音乐及穴位按摩进行治疗。2组患者分别在治疗前后进行疗效评定。结果 治疗组总有效率优于对照组 ($P<0.05$)。治疗后2组THI分值均下降 ($P<0.05$), 但治疗组下降更明显 ($P<0.01$), 差异具有统计学意义。结论 五行音乐疗法配合穴位按摩治疗耳鸣患者具有较好的临床疗效, 不仅提高了患者耳鸣的治愈率, 更能改善其生活质量。

关键词: 五行音乐; 穴位按摩; 耳鸣; 音乐治疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.038

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0092-02

Observation on the Application of Five-element Music Therapy Combined with Acupoint Massage in Tinnitus Patients

LUO Yan

(Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Jingmen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hubei Province, Jingmen 448000, China)

Abstract: Objective To compare the clinical efficacy of traditional Western medicine and five-element music therapy combined with acupoint massage in treating patients with virtual tinnitus. **Methods** 140 patients with virtual tinnitus were randomly divided into treatment group and control group according to the numerical table method, with 70 cases in each group. The control group was given conventional drug treatment and nursing, and the treatment group was based on five elements of music and acupoint massage for treatment. The two groups of patients were evaluated before and after the treatment. **Results** The total efficiency of treatment group was better than that of control group ($P<0.05$). The THI score decreased in both groups after treatment ($P<0.05$), but in the treatment group, the decline was more pronounced ($P<0.01$). The difference is statistically significant. **Conclusion** The five-element music therapy combined with acupoint massage has a better clinical effect on tinnitus patients, not only improve the cure rate of tinnitus patients, but also improve their quality of life.

Keywords: five-element music; acupoint compressing; tinnitus; music therapy

2014年, 美国耳鼻喉基金会曾在《耳鸣临床应用指南》中对耳鸣予以定义: the perception of sound when there is no external source of the sound^[1], 即无外界声源时所能感知的声音。根据我国目前的相关资料显示, 成人耳鸣发生率大约为10%~15%^[2]。据此估算我国至少有4000多万人遭受耳鸣的困扰^[3]。耳鸣是临床上较为常见的一种主诉症状, 部分患者可因耳鸣产生睡眠障碍、抑郁等诸多的不适和困扰, 严重影响患者的生活质量。为此, 我科在给予常规药物(营养神经、改善微循环等)治疗的基础上, 联合五行音乐疗法及穴位按摩治疗耳鸣, 效果满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院耳鼻喉科在2015年11月—2017年10月收治的共140例虚性耳鸣患者, 并将这140例符合中西医诊断标准的患者按随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组各70例。其中男54例, 女86例; 年龄18~79岁, 平均(23.59±77.50)岁; 病程最短1个月, 最长8年, 平均病程(3.38±2.57)年; 均为单侧耳鸣。2组患者在性别、年龄、病程等方面经统计学分析, 无显著性差异 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 虚性耳鸣西医诊断参照《2012年耳鸣专家共识及解读》中特发性耳鸣的诊断标准^[4], 中医诊断

参考《中医病症诊断疗效标准》中“耳聋”的诊断标准^[5]而自拟虚性耳鸣(或肾精亏损, 或气血亏虚两型)及实性耳鸣(或痰火郁结, 或气滞血瘀两型)。

1.3 纳入标准 ①符合耳鸣西医诊断标准, 中医辨证为虚性耳鸣(或肾精亏损, 或气血亏虚)者。②自愿同意参加本研究, 能按要求完成治疗, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①有精神病史。②智力、人格障碍者。③孕妇及哺乳期妇女。④由外伤、肿瘤及其他疾病引起耳鸣者。⑤中医辨证为实性(或痰火郁结, 或气滞血瘀)者。

1.5 治疗方法

1.5.1 常规药物治疗方法 即给予改善循环、营养神经等药物静脉输注。改善循环药物, 选用牡丹江友搏药业生产的疏血通针剂2 mL/支。营养神经药物, 选用福安药业集团(湖北人民制药有限公司)生产的甲钴胺针剂0.5 mg/支。上述2种药物按常规剂量行静脉滴注, 1 d 1次, 7 d 1个疗程, 治疗4个疗程后评定疗效。护理方法: ①病房环境安静, 避免噪音刺激, 保持心情愉快。②嘱患者清淡且富有营养饮食, 避免辛辣等刺激性食物。

1.5.2 五行音乐疗法 依据中华医学会音响出版社出版的《中医五行音乐》, 对治疗组的所有患者, 按五音对

应五脏对应的原理,从中选取对应的治疗乐曲。肾开窍于耳,耳的病变在脏为肾,肾对应五音为“羽”。羽音,相当于简谱中的“6”。“羽”调的乐曲特点是有如“水”之特性,柔润清纯,苍凉凄切。其代表曲目有《梅花三弄》《二泉映月》《梁祝》等。针对治疗组患者发病的特点,最佳推荐曲目为《梅花三弄》,这是因为这首曲子很好地运用了五行相生的原理(金生水),把属于“金”性质的商音和属于“水”性质的羽音巧妙搭配、舒缓合宜,并赋予音乐的节奏,有利于肾精的生成与输布。同时还要掌握好最佳治疗时间,最佳推荐时间为每天上午7:00~11:00。在患者静脉输液的同时,让患者享受“羽”音的治疗,控制音量以其感到舒适为宜,7 d为1个疗程,共干预4个疗程。

1.5.3 穴位按摩法 选取听会、听宫、翳风、耳门、合谷等穴。嘱患者静脉输液完成后,排空大小便,躺在床上,心情放松,两腿自然分开与两肩同宽。护士洗净双手,认真核对后对上述穴位进行补法的手法按摩,注意力度的把握,避免着凉,7 d 1个疗程,共治疗4个疗程。

所有患者至少在医院进行1个疗程的干预措施,其余疗程可在院外进行,但尽量在院内进行。如患者在院外进行,护士应将患者适宜的五行音乐下载至其手机内,教会其听取方法。同时应教会穴位按摩的部位、时间及方法。由责任护士负责跟踪患者实施及恢复情况,并做好记录。

1.6 评价指标 疗效评定标准参照全国中医耳鼻咽喉科学术研讨会上通过的《耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准》(2007年)进行^[9]。治愈:耳鸣症状及伴随症状完全消失;显效:耳鸣程度降低2个级别以上(包括2个级别);有效:耳鸣程度降低1个级别;无效:耳鸣程度无改变。

采用耳鸣残疾评估量表^[7](tinnitus handicap inventory, THI),依据患者治疗前后生活质量的改变,该量表包括功能性评分、情感评分及严重性评分3个亚组,通过25个项目评分综合评估耳鸣对患者生活、身体功能及情绪反应的影响,满分总计100分。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效比较 由表1可知:治疗组患者有效率为95.7%,对照组患者有效率为78.6%,2组疗效差异有统计学意义($P<0.05$),提示治疗组优于对照组。

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
治疗组	70	14	23	30	3	67(95.7)*
对照组	70	8	14	33	15	55(78.6)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组患者THI比较 由表2可知:2组患者经治疗后THI总评分与治疗前均呈下降趋势,说明2种方法治疗耳鸣有效,但五行音乐疗法配合穴位按摩疗效更佳($P<0.01$)。

表2 2组患者治疗前后THI量表评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	70	41.52±6.35	31.28±6.26*
对照组	70	38.63±8.89	33.48±5.36*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.01$

3 讨论

“五音疗疾”最先在《黄帝内经》中提出,并运用于临床,迄今已有两千多年的历史。中医学认为,音乐同药物一样具有五行的归属,这样就通过五行的关系,把五音同五脏有机地联系起来。合理的五音,其曲调与人体五脏六腑之气产生共鸣,可使人心情愉悦,进而使人精神内守,百病不生,诸病自愈。现代心理学认为,音乐可影响人的情绪,进而影响人的身体。当人们聆听音乐,音乐的频率与人的生理指标(如心率、心律、呼吸、血压、脉搏等)相契合时,就会产生生理共振,以达振奋精神、鼓动血脉、影响新陈代谢、通畅心脉的作用,从而达到防病治病的目的。穴位按摩也是中医学重要组成部分,它是以经络腧穴学说为基础,以手法为主要施治手段,作用于人体,通过刺激人体特定穴位,激发人体经络之气,以达通经活络、调整人体机能,从而达到驱邪扶正、平衡阴阳、延年益寿之目的的一项技术操作。

本研究将五行音乐疗法与穴位按摩相结合治疗虚性耳鸣,一方面,通过五音疗疾法原理,让患者聆听“羽”调式或“商羽”调式的乐曲,有利于金水相生及肾精的生成与输布,肾精足则耳鸣消。另一方面,通过穴位按摩的作用,选取特定的穴位,运用进补的手法,以“通”为补,补肾活络。上述诸法相结合,使人心静平和,肾精充足,耳窍畅通,故可延缓、减轻甚至治愈耳鸣。本结果显示,五行音乐疗法配合穴位按摩能明显提高耳鸣的治愈率,尤其能降低THI的评分,让患者睡眠得以明显改善,心情愉悦,减轻患者的精神负担和经济压力,提高了患者的生活质量。

这种方法无痛苦、无毒副作用、经济实惠,患者接受度高,可更大范围开展,具有良好的社会、经济效益,值得推广。

参考文献

- [1]Tunkel D E, Bauer C A, Sun G H, et al. Clinical practice guideline: tinnitus[J]. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2014, 151: S1.
- [2]贺璐,王国鹏,彭哲,等(译).耳鸣临床应用指南[J].听力学及言语疾病杂志, 2015, 23(2): 116-139.
- [3]徐霞,卜行宽.耳鸣的流行病学研究[J].中华耳科学杂志, 2005, 3(2): 136-139.
- [4]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会耳科专业组.2012 耳鸣专家共识及解读[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47(9): 709-712.
- [5]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准[S].北京:中国中医药出版社, 2012: 103.
- [6]世界中医药学会联合会中医耳鼻咽喉口腔专业标准审定委员会,中华中医药学会耳鼻咽喉科分会.耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准[J].世界中医药, 2008, 3(2): 71.
- [7]孟照莉,郑芸,王凯,等.推荐一种耳鸣主观评估量表[J].听力学及言语疾病杂志, 2007, 15(4): 325-327.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杨华晖 收稿日期:2018-08-21)

半夏厚朴汤联合葛根芩连汤 治疗慢性咽喉炎的临床效果

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 探讨加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎的效果, 为临床提供数据参考。方法 选取2017年4月—2018年4月接受治疗的92例慢性咽喉炎患者为研究对象, 根据随机数字表法, 按照就诊次序将研究对象分为观察组和对照组, 各46例, 观察组采用加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗, 对照组单独采用葛根芩连汤治疗, 对比2组治疗效果。结果 治疗前, 观察组的中医证候积分与对照组比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 观察组的主症积分与次症积分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组患者的治疗总有效率为95.65%, 对照组为82.61%, 观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 临床治疗慢性咽喉炎采用加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤的临床治疗效果显著, 有重要临床意义。

关键词: 半夏厚朴汤; 葛根芩连汤; 慢性咽喉炎; 梅核气

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.039

文章编号:1672-2779(2018)-24-0094-02

The Clinical Effect of Banxia Houpu Decoction Combined with Gegen Qinlian Decoction in Treating Chronic Pharyngitis

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 investigate the effect of modified Banxia Houpu decoction combined with Gegen Qinlian decoction on chronic pharyngitis, and to provide data for clinical reference. **Methods** A total of 92 patients with chronic pharyngitis who were treated in our department from April 2017 to April 2018 were enrolled. According to the random number method, the subjects were divided into observation group and control group according to the order of treatment, with 46 cases in each group. The observation group was treated with modified Banxia Houpu decoction combined with Gegen Qinlian decoction, and the control group was treated with Gegen Qinlian decoction alone. The therapeutic effect was compared. **Results** Before treatment, the TCM syndrome scores of the observation group were not significantly different from those of the control group ($P>0.05$). After treatment, the scores of the main symptoms and the secondary syndrome of the observation group were lower than the control group. The difference was statistically significant ($P<0.05$). The total effective rate of treatment in the observation group was 95.65%, and the total effective rate in the control group was 82.61%. The observation group was higher than the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The clinical treatment of chronic pharyngitis with the modified Banxia Houpu decoction combined with Gegen Qinlian decoction has significant clinical significance.

Keywords: Banxia Houpu decoction; Gegen Qinlian decoction; chronic pharyngitis; globus hystericus

慢性咽喉炎是临床较为常见的咽部神经官能症, 归属中医的“梅核”“梅核风”“喉节”等范畴。该疾病患者临床症状表现为咽部不适、刺激性干咳、声嘶、咽部分泌物增多等, 重者伴有恶心呕吐、咽喉部黏膜弥漫性充血等症状, 由于患者咽喉部发病, 常引发进食困难、食欲不佳, 对患者的正常生活造成较大的影响^[1]。在此, 本文探讨加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎的临床疗效, 具体讨论过程如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取2017年4月—2018年4月在我科接受治疗的92例患者作为研究对象, 均确诊为慢性咽喉炎。根据随机数字法, 按照就诊次序将研究对象平均分为观察组(46例)和对照组(46例)。其中, 观察组年龄23~53岁, 平均年龄(37.51±1.14)岁; 病程最短2个月, 最长7年, 平均病程(2.92±0.68)年。对照组年龄24~54岁, 平均年龄(38.52±1.12)岁; 病程最短3个月, 最长7年, 平均病程(2.81±0.72)年。2组患者年龄、病程等基础信息比较, 无显著差异 ($P>$

0.05), 可对比分析。

1.2 治疗方法 对照组单独采用葛根芩连汤治疗, 方药组成为: 葛根20 g, 黄芩15 g, 黄连10 g, 炙甘草6 g。200 mL水煎服, 每日1剂, 分3次服用。1个月为1个疗程。

观察组在对照组基础上, 采用加减半夏厚朴汤治疗, 方药组成为: 姜半夏15 g, 厚朴15 g, 茯苓10 g, 生姜5 g, 干苏叶10 g, 郁金15 g, 柴胡20 g, 香附15 g, 炙甘草6 g。200 mL水煎服, 每日1剂, 分3次服用。并根据患者实际病情, 适当加减用药, 如患者暖气、胸闷加鸡内金10 g, 神曲10 g, 山楂10 g, 代赭石15 g; 如患者月经不调或量少、有血块加当归10 g, 丹参10 g; 如患者食滞胃脘加陈皮10 g, 山楂10 g; 如患者性情急躁加栀子10 g, 牡丹皮10 g。1个月为1个疗程。

1.3 观察指标及疗效判定标准 根据中医证候量表对2组患者进行治疗效果评定, 量表内容包括患者咽喉不适、烦躁程度、胸胁胀痛程度、饮食等进行积分, 症状由轻至重依次记为0分、2分、4分、6分, 其中得分≥7分, 表示诊断成立; 得分7~14分, 表示轻度; 得分15~

22分,表示中度;得分 ≥ 23 分,表示重度;证候积分=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。^[2]

根据中医证候疗效判定标准,将疗效分为4个级别:痊愈、显效、有效及无效。慢性咽喉炎经治疗后,痊愈者,临床症状消失或基本消失,且证候积分减少 $\geq 95\%$;经治疗后显效者,症状明显减少,且证候积分减少70%~95%;经治疗后有效者,症状减少,证候积分减少30%~75%;治疗后无效者,症状无减少或者稍有减少,证候积分减少 $< 30\%$ 。治疗总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

1.4 统计学方法 根据SPSS 19.0统计学软件进行数据分析处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,数据比较采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者中医证候积分对比 治疗前,观察组的中医证候积分与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组的主症积分与次症积分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 2组患者中医证候积分对比 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	主症积分		次症积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	3.02 $\pm$ 0.68	0.63 $\pm$ 0.12	12.28 $\pm$ 3.19	7.19 $\pm$ 2.01
对照组	46	3.21 $\pm$ 0.47	1.15 $\pm$ 0.33	12.36 $\pm$ 2.38	8.91 $\pm$ 2.37
t 值		1.559	10.044	0.136	3.754
P 值		0.061	0.000	0.446	0.000

2.2 2组患者临床疗效对比 观察组患者的治疗总有效率为95.65%,对照组为82.61%,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 2组患者疗效对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	46	24(52.17)	15(32.61)	5(10.87)	2(4.35)	44(95.65)
对照组	46	18(39.13)	11(23.91)	9(19.57)	8(17.39)	38(82.61)
χ^2 值						4.039
P 值						0.044

3 讨论

慢性咽喉炎属于五官科常见的疾病,其病程长、易反复,常见的治病因素有过量饮酒、过度吸烟、有害气体刺激等。中医学认为,慢性咽喉炎的病因主要为情志郁结、痰饮阻滞中上焦,临床症状主要为患者咽喉部出现异物感、胸膈疼痛、呃逆、嗝气、腹部胀满等。患者肝气不舒、郁结于内,导致脾气失于健运,脾运化失司,而聚集湿气,形成痰饮内停,在中上焦蕴结,最终导致机体血行不畅、痰火内生,以致扰乱心神发为慢性咽喉炎或患者七情郁结,扰乱肝的疏泄功能,导致肝气上逆、上犯咽喉,同时肝气上犯于卫表,肺失宣肃,痰饮凝结于喉间,而致慢性咽喉炎^[3]。

慢性咽喉炎在中医治疗上一般以化痰解郁、行气降逆为原则。葛根芩连汤在临床上应用较为广泛,常用于治疗的症有身热下利,胸脘烦热,口干作渴,喘而汗出,舌红苔黄,脉数等,在临床上应用较为广泛^[4]。方中黄芩味苦、性平,归属手太阴肺经、手阳明大肠经、足太阳膀胱经以及足少阳胆经,可以清热燥湿、泻火解毒;黄连药性苦寒,归属手少阴心经,可以清热燥湿、厚肠止痢;葛根味甘、性平,归属足阳明胃经、手阳明大肠经,可以解肌发表、升阳透疹;甘草味甘、性平,归属手少阴心经、足太阴脾经,可以补脾益气、润肺止咳、缓急止痛、缓和药性,诸药合用,以达燥湿化痰、行气解郁之功效。

半夏厚朴汤为《金匱要略》中经典方剂^[5]。本试验根据患者实际病情加减用药,方中半夏性味辛、平,归属手太阴肺经、足太阴脾经、足阳明胃经,可以燥湿化痰、降逆和胃;厚朴味苦、性温,归属足厥阴肝经、手少阴心经,可以行气解郁、燥湿化滞;茯苓味苦、性平,归属手太阴肺经、足太阴脾经,可以祛湿化痰;紫苏叶味甘、辛、性温,入手太阴肺经和足太阴脾经,可以通阳化气;柴胡味苦、性平,归属足少阳胆经,可以清解少阳邪热;郁金味辛苦、性温,归属手少阴心经、手太阴肺经,可以开胸理气、解心肝郁热;香附味甘、性微寒,归属手太阴肺经、足太阴脾经、足厥阴肝经,可以疏肝理气、调经止痛;甘草调和诸药。

试验分析表明,治疗前,观察组的中医证候积分与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组的主症积分与次症积分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎虽然对患者症状有所改善,但是效果不明显,而加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗可以发挥最大疗效。

观察组患者的治疗总有效率为95.65%,对照组为82.61%,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎有明显优势。

综上所述,针对慢性咽喉炎患者,加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎效果显著,值得临床推广使用。

参考文献

- [1]陈婉兰.半夏厚朴汤加减治疗慢性咽喉炎的临床观察[J].北方药学,2016,13(1):81.
- [2]王剑.加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎的疗效观察[J].医学信息,2018,31(4):139-140.
- [3]胡少争,景朝丽,董韶昱,等.半夏厚朴汤加减在慢性咽喉炎患者治疗中的效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(21):51-52.
- [4]刘东杰.半夏厚朴汤加减联合葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎的效果评价[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(4):59-60.
- [5]张青川.加减半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎75例[J].中国药业,2016,25(10):85-87.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张辉 收稿日期:2018-07-31)

归脾丸内服配合推拿治疗心脾两虚型失眠的临床观察

田乃佳

(解放军第306医院中医科, 北京 100101)

摘要:目的 观察归脾丸内服配合推拿治疗心脾两虚型失眠的临床疗效。方法 根据纳入和排除标准, 选取失眠患者80例, 随机分为治疗组和对照组。治疗组采用口服归脾丸和推拿治疗。对照组仅采用口服归脾丸治疗。结果 治疗组总有效率90.0%; 对照组总有效率77.5%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 归脾丸内服结合推拿治疗心脾两虚型失眠的临床疗效可靠, 优于单纯口服归脾丸疗效。

关键词: 归脾丸; 推拿; 失眠; 心脾两虚; 中成药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.040

文章编号:1672-2779(2018)-24-0096-02

Clinical Observation on the Oral Administration of Guipi Pills Combined with Massage in Treating Insomnia Caused by Deficiency of both Heart and Spleen

TIAN Naijia

(Department of Traditional Chinese Medicine, 306 Hospital of the People's Liberation Army, Beijing 100101, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of oral administration of Guipi pills and massage for insomnia of deficiency of both heart and spleen. **Methods** 80 insomnia cases were selected according to the inclusion and exclusion criteria and were randomly divided into treatment group and control group. The treatment group was treated with Guipi pills and massage, while the control group took Guipi pills alone. **Results** The total effective rate of the treatment group was 90%, while that of the control group was 77.5%, showing a statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** The clinical efficacy of oral administration of Guipi pills and massage for insomnia of heart-spleen deficiency is reliable and better than that of orally taking Guipi pills alone.

Keywords: Guipi pills; massage; insomnia; deficiency of both heart and spleen; therapy of Chinese patent drug

失眠是一种经常不能获得正常睡眠的疾病, 不仅表现在睡眠时间的不足, 而且睡眠质量下降, 次日感觉乏力倦怠、头晕、头痛等不适。随着生活工作节奏的加快, 失眠的发病率正在逐年上升, WHO的一项研究表明, 全球大约有27%遭受失眠病症的困扰^[1]。失眠对健康危害较大, 会使患者疲劳, 脑功能退化加快, 进而影响智力, 使患者敏感度降低, 甚至分析能力及记忆力丧失^[2]。

失眠的治疗措施主要包括药物治疗和非药物治疗。非药物治疗主要是心理行为治疗, 针对失眠的有效心理行为治疗方法主要是认知行为治疗 (CBT-I)。目前国内能够从事心理行为治疗的专业资源相对匮乏, 具有这方面专业资质认证的人员不多, 单纯采用CBT-I也会面临依从性问题, 所以药物仍然占据失眠治疗的主导地位, 助眠类药物虽有一定疗效, 但长期服用副作用较大, 易产生耐受性、成瘾性。相比之下, 中医学治疗手段具有疗效可靠稳定, 几乎无副作用的优势。故积极探索失眠的中医传统疗法, 具有极大的临床意义。笔者在临床工作中运用归脾丸内服配合推拿治疗心脾两虚型失眠, 疗效满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究共纳入患者80例, 均为2016年8月—2017年3月就诊于中国人民解放军第306医院中医科门诊的失眠患者。随机分为治疗组和对照组。治疗组男性12例, 女性28例; 年龄19~75岁, 平均45.6岁;

病程最短3个月, 最长10年。对照组男性11例, 女性29例; 年龄20~73岁, 平均44.7岁; 病程最短5个月, 最长12年。经统计分析, 2组患者在年龄、性别、病程等方面均无统计学差异, 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD-3)》^[3]非器质性失眠诊断标准制定: ①几乎以失眠为唯一症状, 其他症状继发于失眠, 如睡眠不深、易醒、多梦、早醒、醒后不易再睡, 醒后不适感、疲乏或白天困倦; ②上述症状至少每周发生3次, 至少持续1个月以上; ③失眠引起显著的苦恼或妨碍社会功能; ④排除其他疾病引起的继发性失眠。

1.2.2 中医证候分类标准 依据《中医病证诊断疗效标准》^[4]中有关“不寐”心脾两虚型辨证分型标准: 主症: 多梦易醒, 心悸健忘。兼症: 头晕目眩, 纳呆, 腹胀, 便溏, 胸闷。舌苔、脉象: 舌淡, 苔薄白, 脉细弱或滑。需主症具备, 兼有1项以上兼症, 且舌脉符合。

1.3 纳入标准 ①符合以上西医诊断标准和中医证候分类标准的患者。②年龄18~80岁, 性别不限。③本人知情同意, 自愿接受治疗并签署知情同意书。④停用助眠类西药2周以上。

1.4 排除标准 ①不符合诊断标准及纳入标准者。②合并心脑血管疾病及其它系统严重疾病、原发精神疾病的患者。③患者配合程度差。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用口服归脾丸(九芝堂股份公司生产,国药准字Z43020464)和推拿治疗:①口服归脾丸,每次9g,每日2次。连服2周为1个疗程。②推拿治疗:在患者头面部、腹部及背部操作,具体操作如下:(1)头部。患者仰卧位,医者双手拇指分推患者前额、眉弓至太阳3~5遍。再用拿法施于头部两侧10遍左右。双手拇指依次点按印堂、太阳、率谷、百会穴,力度以酸胀为度,每穴约1min。上述操作以患者有轻松舒适感为宜。(2)腹部。患者仰卧,医生运用掌摩法摩腹部5min左右,顺时针方向操作各半;指按法施于中脘、双侧天枢、气海、关元各1min,手法宜深透,以患者感到酸胀为度。(3)背部。患者取俯卧位。医生运用掌根直推法推背部督脉及两侧太阳经10次左右,手法要深沉有力;双手拇指按揉双侧心俞、脾俞、胃俞、肾俞,每穴1min左右,以局部酸、痛、胀为度;双掌拍法轻轻叩击背部两侧太阳经半分钟,结束治疗。推拿治疗每周治疗5次(周一至周五治疗),2周为1疗程。

1.5.2 对照组 仅口服归脾丸,药物、服用剂量、次数、疗程同治疗组。

1.6 疗效评定标准 ①治愈:睡眠基本正常,伴有症状消失;②好转:睡眠时间较前延长,伴有症状改善;③无效:症状无改善。

2 结果

治疗组治愈20例,好转16例,无效4例,总有效率90%;对照组治愈17例,好转14例,无效9例,总有效率77.5%。经统计分析,2组差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组(见表1)。

表1 2组临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率
治疗组	40	20	16	4	36(90.0)
对照组	40	17	14	9	31(77.5)

3 讨论

失眠当归属于中医学“不寐”“不得眠”范畴。中医学认为失眠的基本病机是阴盛阳衰,阴阳失和,正如《灵枢·口问》所说:“阳气尽,阴气盛,则目瞑;阴气尽而阳气盛,则寤矣。”明代名医吴瑭的《温病条辨·下焦篇》中说:“阳入于阴则寐,阳出于阴则寤”。失眠的病位主要在心,与肝脾肾密切相关,因心主神明,神安则得眠,神不安则不得卧。

阴阳气血来源,由水谷精微所化,上奉于心,心神得养则安。若肝郁化火或痰热内扰,神不得安以实证为主,心脾两虚,气血生化不足,或心胆气虚、心肾不交,水火不济,心神不得营养,神不安宁,多属

虚症。故失眠的中医辨证分型主要有心肾不交、心脾两虚、心胆气虚、肝火扰心、痰火扰心等,临床研究表明心脾两虚型失眠是临床上最常见的证型。故临床研究心脾两虚型失眠的有效治疗方法具有重要意义。

心脾两虚证失眠因思虑过度、劳伤心脾、气血亏虚所致。心主神,心神依赖血液濡养方能清明,而气血化生之源在脾,《灵枢·决气》曰:“中焦受气取汁,变化而赤是为血”,脾胃为后天之本,水谷之海,功能正常则摄入的饮食水谷得到运化吸收,气血化生有来源,心血得养,心神得安,反之则饮食水谷不能充分运化吸收,气血生化乏源。可见此证型失眠是以脾虚为核心,气血亏虚为基础,心神失养为表。故本研究选取治疗心脾两虚经典古方—归脾丸。归脾丸处方来源于宋·严用和《济生方》“归脾汤”,原方无当归、远志,据薛立斋《校注妇人良方》补入。《中华人民共和国药典》1985年版开始收载。归脾丸由党参、麸炒白术、黄芪、甘草(蜜炙)、茯苓、制远志、炒酸枣仁、龙眼肉、当归、木香、大枣组成。归脾丸方中以人参、黄芪、白术、甘草、大枣大队甘温之品补脾益气以生血为主,使气旺而血生;当归、龙眼肉补血养心,茯苓、酸枣仁、远志宁心安神治标。木香醒脾理气,促进脾胃运化功能,使全方补而不滞,为本方画龙点睛之笔。全方共奏益气补血,健脾养心之功,为治疗心脾两虚失眠之良方,且为中成药制剂,方便患者服用。现代临床研究证实归脾丸对失眠有良好的疗效,既可改善失眠烦躁症状,又可防治疲乏嗜睡之弊。

外治之法选择推拿在头、腹、背部操作。在头面部推拿可以直接改善头部供血,安神定志,使患者产生舒适愉悦的感觉,往往可以诱发睡眠状态。在腹部操作可以调节脾胃功能,促进饮食水谷的运化吸收,使气血生化有源,心神营养充分。在背部主要在心俞、脾俞、胃俞、肾俞这四个背俞穴进行刺激,背俞穴是脏腑之气输注于背部的反应点,是治疗脏腑疾病的重要选穴,此研究为心脾两虚型失眠,故选取以上四穴,可以调节心脾脏腑功能,达到健脾和胃,安神镇静作用。内外治疗手段结合,疗效可靠,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1]Taylor D J, Lichstein K L, Durrence H H. Insomnia as a health risk factor[J]. Behav sleep med, 2003, 1 (4): 227-247.
- [2]王湘庆,郎森.睡眠障碍与认知功能损害[J].中国全科医学, 2006, 9(8): 613-616.
- [3]失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组.失眠定义、诊断及药物治疗专家共识(草案)[J].中华神经科杂志, 2006, 39(2): 141-143.
- [4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社, 1994: 107.
- [5]张泽金,王均宁.归脾汤治疗失眠的机制[J].山东中医药大学学报, 2009, 33 (1): 24-25.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王光涛 收稿日期:2018-08-31)

疏肝和胃及清热燥湿法治疗痞满36例临床观察

徐春娟¹ 肖莉² 王慧敏²

(1 江西中医药大学健康养生研究所, 江西 南昌 330006;

2 江西中医药大学硕士研究生2017级, 江西 南昌 330006)

摘要:目的 观察疏肝和胃及清热燥湿法治疗痞满36例临床疗效。方法 将66例中医辨证为肝胃不和、脾胃湿热型痞满患者按照随机数字表法分为2组: 观察组36例, 对照组30例。观察组用自拟消痞汤治疗, 对照组用枸橼酸莫沙必利分散片治疗, 均以4周为1个疗程。结果 观察组临床痊愈20例, 显效9例, 有效5例, 无效2例, 总有效率为94.6%; 对照组临床痊愈10例, 显效6例, 有效7例, 无效7例, 总有效率为76.7%。经统计学处理, 2组疗效差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 疏肝和胃、清热燥湿法对肝胃不和、胃湿热型痞满有较好的疗效, 值得推广。

关键词: 痞满; 疏肝和胃法; 清热燥湿法; 中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.041

文章编号:1672-2779(2018)-24-0098-02

Clinical Observation on Smoothing Liver-Stomach and Clearing Away Heat and Drying Dampness in Treating Distention and Fullness for 36 Cases

XU Chunjuan¹, XIAO Li², WANG Huimin²

(1. Institute of Health Preservation of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2Grade 2017 of Graduate, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of smoothing liver-stomach and clearing away heat and drying dampness in treating distention and fullness. **Methods** 66 cases with liver-stomach disharmony and spleen-stomach dampness-heat type were divided into observation group of 36 cases and control group of 30 cases according to random number table. The observation group was treated with Xiaopi decoction, and the control group with Mosapride Citrate Dispersible tablets. The treatment course of both groups was 4 weeks. **Results** In the observation, 20 cases were recovered, 9 cases were markedly effective, 5 cases were effective, 2 cases were ineffective, and the total effective rate was 94.6%. In the control group, 10 cases were cured, 6 cases were markedly effective, 7 cases were effective, 7 cases were ineffective, and the total effective rate was 76.7%. After statistical analysis, the curative effect of the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The methods of soothing liver-stomach, clearing away heat and drying dampness has better curative effect on type of liver-stomach disharmony and spleen-stomach dampness-heat in treating distention and fullness, and is worth popularizing.

Keywords: distention and fullness; smoothing liver-stomach; clearing away heat and drying dampness; therapy of TCM

痞满是指患者自觉胃脘部痞塞、胀满或胀痛不适, 伴有食少纳呆、嗳气、大便稀溏或排便不爽等主要临床表现的常见胃肠病症。古文字学“痞”通“否”(pǐ)。“否”最早见于《易经》否卦。“否”“泰”是周易两个卦名。否卦是六十四卦之第十二卦。“天地否”意指不交不通。否卦, 阐释由安泰到混乱, 由通畅到闭塞。天地相交、通顺叫“泰”; 不相交、不通顺叫“否”。如后来出现了成语“否极泰来”。《素问·六元正气大论篇》也指出:“地气腾, 天气否隔”。“满”本义是充盈、充满。《说文解字》曰:“满, 盈溢也。”引申为充塞、塞滞、蓄积。《素问·五脏别论》谓:“六腑者……故食而不能满也。”痞满在《内经》中称之为“否”“满”“否塞”和“否膈”等。《伤寒论》中称“心下痞”。实际上, 痞满包括功能性消化不良、慢性萎缩性胃炎、慢性非萎缩性胃炎、胃下垂等现代疾病。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年5月—2018年5月在江西中医药大学姚荷生中医门诊部就诊, 符合肝胃不和、脾胃湿热型痞满诊断标准的痞满患者共66例。按照随机数

字表法分为2组: 观察组36例, 男20例, 女16例。对照组30例, 男16例, 女14例。66例中原发病有慢性萎缩性胃炎10例, 慢性非萎缩性胃炎26例, 功能性消化不良30例。2组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 中医诊断标准: 依据国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材《中医内科学》(第3版)^[1]:(1) 临床以胃脘痞塞, 满闷不舒为主症, 按之柔软, 压之不痛, 望无胀形;(2) 常伴有胸膈满闷, 饮食减少, 得食则胀, 嗳气则舒等症;(3) 多由饮食、情志、起居、寒温等因素诱发;(4) 胃镜、X线钡餐检查、胃肠动力检测、B超、CT检查均有助于痞满的诊断。中医辨证标准: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中肝胃不和证与脾胃湿热证拟定。主症: 脘腹痞满, 食少纳呆, 口干口苦, 舌红苔黄腻。次症: 身重困倦, 恶心呕吐, 大便不爽, 小便短黄, 脉滑。上述症状中, 主症必备, 合并次症中2项以上即可确诊。

1.3 纳入标准 年龄18~70岁, 符合上述诊断标准中中医肝胃不和或(和)脾胃湿热者。

1.4 排除标准 体检发现肿瘤, 严重溃疡、胃黏膜糜烂

等器质性病变，食管器质性病变，合并有心、脑血管疾病，肝、肾、肺、造血系统等原发性疾病，精神病患者以及过敏体质者。

1.5 治疗方法 治疗组采用自拟消痞汤加减。组方：柴胡9 g，炒白芍10 g，炒白术10 g，炒苍术10 g，姜半夏9 g，姜厚朴10 g，炒枳壳10 g，蒲公英15 g，炒薏苡仁15 g，黄连6 g，大腹皮10 g，茯苓15 g，桔梗10 g。湿热重者加黄芩9 g、茵陈15 g、栀子9 g；肝郁重者加醋郁金9 g、川楝子9 g、佛手10 g；纳呆加炒麦芽15 g、炒建曲15 g；烧心、反酸为主加炒栀子12 g、瓦楞子15 g、海螵蛸15 g；便秘者加生地黄15 g、火麻仁30 g；失眠者茯苓改换为茯神，加酸枣仁15 g、夜交藤20 g、合欢皮12 g。对照组采用枸橼酸莫沙必利分散片治疗，5 mg/次，每天3次。2组均治疗4周为1个疗程，治疗期间停用其他消化系统疾病治疗药物。

1.6 疗效观察 疗效标准主要症状疗效评价参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[2]。临床控制：疗程结束后，症状消失；显效：疗程结束后，症状分级减少2级；有效：疗程结束后，症状分级减少1级；无效：达不到上述标准者。

1.7 统计学方法 应用统计学软件SPSS 20.0行数据分析，计量资料比较采用 t 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 治疗组总有效率明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 2组治疗后临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
观察组	36	20(55.6)	9(25.0)	5(13.9)	2(5.6)	34(94.4)*
对照组	30	10(33.3)	6(20.0)	7(23.3)	7(23.3)	23(76.7)

注：与对照组比较，* $P < 0.05$

2.2 典型医案 欧阳某，女，59岁。2017年3月29日初诊主诉：脘腹胀满、烧心、嘈杂反复发作20余年，复发半个月。现病史：患者近20余年来常因情绪、饮食等因素而致腹胀、烧心、嘈杂发作。近期因同学聚会就餐后复发。刻下症：脘腹部胀满不适，胃脘烧心、嘈杂，小腹隐痛、压痛，矢气则舒。面稍浮肿，咽部不适有痰，理疗后明显好转。头重，纳可，大便成形，每日1次，偶有不尽感，小便正常。脉细弦、尺脉沉。舌偏暗、苔薄黄根部厚腻。有过敏性哮喘病、抑郁症病史。西医诊断：慢性胃炎。中医诊断：痞满。辨证为肝胃不和、湿热内蕴；治以疏肝和胃，清热燥湿为法。方用自拟消痞汤加减：柴胡9 g，炒白芍10 g，炒白术10 g，炒苍术10 g，姜厚朴10 g，炒枳壳10 g，蒲公英20 g，炒薏苡仁15 g，黄连6 g，大腹皮10 g，土茯苓15 g，桔梗10 g。7剂。

4月5日二诊：服药后脘腹胀满、烧心、嘈杂好转，

脐周及小腹隐痛、压痛。晨起眼睑稍肿，说话及情绪激动后头不自主摇动。上方去姜厚朴、苍术、炒薏苡仁，加姜半夏10 g、葛根10 g，大血藤10 g，延胡索15 g，莱菔子10 g。7剂。

4月12日三诊：服药后脘腹胀满、烧心、嘈杂好转，脐周及小腹隐痛、压痛明显减轻。上方去莱菔子10 g，加炒苍术10 g。10剂后，脘腹胀满、烧心、嘈杂、脐周痛基本消除。

3 讨论

脾胃为后天之本，气血生化之源。脾主升清，胃主降浊。《素问·阴阳应象大论篇》：“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。”“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生瞋胀。”脘腹胀满、嘈杂为典型的清浊相干之症，责之于升降失和，与五脏相关。通常情况下，清升浊降，每循其道，发挥正常功能作用。但在病理情况下，清浊升降的正常活动遭到破坏，这时清阳不升，浊阴不降，甚或反其道而行之。这种清浊升降的紊乱即称为清浊相干。所有肠胃疾病的发生机理均可责之清浊失常^[3]。脾胃虽为人体气机升降之枢，但肝气疏泄在其中充当着重要角色。疏泄太过，肝气横逆犯胃；疏泄不及则肝郁气滞，均可影响胃失和降而产生腹胀、烧心、嘈杂等证。

本方以柴胡疏肝解郁，白术健脾燥湿为君；白芍柔肝止痛，蒲公英、黄连清热祛湿，苍术、半夏辛苦降，枳壳行气止痛，延胡索、大血藤活血通络，莱菔子、薏苡仁消食健脾，更用葛根一味，升阳通络，共为臣药。全方疏肝和胃，清热祛湿，活血通络，使胃气通调，静谧安宁，从而腹胀除，嘈杂除，烧心缓解而病愈。

在痞满证的治疗中，胃肠动力药有较确切的疗效，但同时存在一定的毒副作用^[4]。中医药治疗痞满有其优势和特点，如柴胡疏肝汤加减治疗肝胃不和型痞满^[5]、黄连温胆汤加减治疗脾胃湿热型痞满^[6]等都取得很好疗效。本研究以自拟除痞汤疏肝和胃，清热利湿，通治肝胃不和、脾胃湿热型痞满证，根据两型之兼夹及偏重，灵活辨证加减，治疗痞满，疗效确切，值得在基层和农村医院临床推广。

参考文献

- [1]薛博瑜,吴伟.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2016:163.
- [2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:134-139.
- [3]陈荣,欧阳琦.试论“清浊”相干[J].云南中医学院学报,1983,6(3):1-3.
- [4]贾秋颖.中医药治疗痞满证的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2007,2(11):655-656.
- [5]桑希河.柴胡疏肝汤加减治疗痞满证 80 例[J].中医临床研究 2018,10(9):3-4.
- [6]贾晓东,鱼涛.黄连温胆汤加减治疗脾胃湿热型痞满的临床疗效[J].临床医学研究与实践,2018,3(9):107-108.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王河宝 收稿日期:2018-09-06)

萆薢消痛饮治疗急性痛风性关节炎的临床观察

张哲旗¹ 张文举² 杨 豪³

(1 河南中医药大学硕士研究生2016级, 河南 郑州 450046; 2 河南中医药大学护理学院, 河南 郑州 450046;
3 河南省中医院骨伤诊疗中心, 河南 郑州 450002)

摘要:目的 观察萆薢消痛饮治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法 将符合纳入标准的52例患者随机分为治疗组和对照组, 其中治疗组26例运用萆薢消痛饮汤剂口服治疗, 对照组26例运用依托考昔片配合四妙丸口服治疗, 2组患者均治疗7d后对其临床疗效进行观察。结果 治疗组26例患者, 临床治愈14例, 好转10例, 无效2例, 总有效率92%。对照组26例患者, 临床治愈10例, 好转11例, 无效5例, 总有效率81%。治疗组26例患者肝功能、肾功能治疗期间均未出现异常, 胃肠道未见不良反应。对照组26例患者肝功能、肾功能治疗期间均未出现异常, 胃肠道出现不良反应者1例。结论 萆薢消痛饮治疗急性痛风性关节炎疗效良好, 副作用少, 值得推广。

关键词: 急性痛风性关节炎; 萆薢消痛饮; 中医疗法; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.042

文章编号:1672-2779(2018)-24-0100-02

Clinical Observation on Bixie Xiaotong Drink in Treating Acute Gouty Arthritis

ZHANG Zheqi¹, ZHANG Wenju², YANG Hao³

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Nursing College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

3. Orthopedics and Traumatology Diagnosis and Treatment Center, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical curative effect of Bixie Xiaotong drink in the treatment of acute gouty arthritis. **Methods** 52 patients who met the inclusion criteria were randomly divided into treatment group and control group. Among them, 26 cases in the treatment group were treated with Bixie Xiaotong drink orally. And 26 in the control group, the patients were treated with Etoricoxib tablets combined with Simiao pills. The two groups of patients were treated with 7d and their clinical efficacy was observed. **Results** Of the 26 patients in the treatment group, 14 were cured, 10 were improved, 2 were ineffective, and the total effective rate was 92%. In the control group, 26 cases were cured, 10 cases were cured, 11 cases were improved, 5 cases were ineffective, the total effective rate was 81%. In the treatment group, there were no abnormalities in liver function and renal function during the treatment period, and no adverse reactions occurred in the gastrointestinal tract in 26 patients. In the control group, 26 patients had no abnormal liver function and renal function during treatment, and 1 case had adverse reactions in gastrointestinal tract.

Conclusion Bixie Xiaotong drink is effective in treating acute gouty arthritis with few side effects and is worthy of promotion.

Keywords: acute gouty arthritis; Bixie Xiaotong drink; therapy of TCM; arthromyodynia

急性痛风性关节炎是指嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少而引起血尿酸浓度过高从而导致尿酸结晶析出沉积于关节进而引起一系列症状的一组临床综合征^[1]。临床多见于40岁以上男性, 女性则多在更年期后发病, 且该疾病多伴有肥胖、Ⅱ型糖尿病、高脂血症及高血压病等^[2]。急性痛风性关节炎多侵犯单个关节, 尤以单侧第1跖趾关节最为常见, 受累关节常呈现暗红色, 明显肿胀、局部发热等体征并伴随撕裂样、刀割样或咬蚀样疼痛症状, 其疼痛症状多突发于午夜或清晨。近年来随着国人生活水平改善, 饮食结构的调整, 急性痛风性关节炎的发病率逐年升高, 并成为风湿骨病临床上一种常见疾病。导师杨豪教授从医数十载, 临床上运用萆薢消痛饮治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎取得了良好的疗效, 值得临床推广借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年9月—2018年4月就诊于河南省中医院骨伤诊疗中心门诊52例患者, 根据就诊顺序结合随机数字量表分为治疗组及对照组, 每组各26例。所有患者皆表现为单侧第1跖趾关节红肿疼痛, 活动受限。治疗组: 男24例, 女2例; 首次发病19例, 多次发

病7例。对照组: 男25例, 女1例; 首次发作20例, 多次发作6例。2组患者一般资料相比, 差别无统计学意义 ($P>0.05$), 具备可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参考1977年ACR急性痛风性关节炎分类标准^[3], 如下: Ⅰ关节液中有特异性尿酸盐结晶, 或Ⅱ用化学方法或偏振光显微镜证实痛风石中含尿酸盐结晶, 或Ⅲ具备以下12项中6项: (1) 急性关节炎发作>1次; (2) 炎症反应在1d内达到高峰; (3) 单关节炎发作; (4) 可见关节发红; (5) 第一跖趾关节疼痛或肿胀; (6) 单侧第一跖趾关节受累; (7) 单侧跗骨关节受累; (8) 可疑痛风石; (9) 高尿酸血症; (10) 不对称关节内肿胀; (11) 无骨侵蚀的皮质下囊肿; (12) 关节炎发作时关节液微生物培养阴性。

中医诊断标准则参考《中医病证诊断疗效标准》中有关湿热蕴结型痹证的标准^[4]: 下肢小关节急发红肿热痛, 疼痛拒按, 痛似刀割难以忍受, 触之局部有灼热感, 得凉则减, 遇热加重, 昼轻夜重, 伴发热口渴, 心烦不安, 小便黄, 舌红、苔黄腻, 脉滑数。

1.3 治疗方法 对照组给予依托考昔片(安康信, Frosst Iberica SA, 国药准字: J20130133), 60 mg, 2次/d,

口服；四妙丸（吉林紫鑫药业股份有限公司，国药准字：Z22024960），1次6 g，2次/d，口服。

治疗组给予口服萆薢消痛饮，方药：萆薢30 g，防己10 g，土茯苓30 g，丹参30 g，当归10 g，白术15 g，玉米须10 g，泽泻30 g，薏苡仁10 g，石菖蒲30 g，乌药10 g，炒僵蚕10 g，醋延胡索30 g，甘草10 g。上药每日1剂，水煎300 mL，分早晚2次口服。

以上2组治疗皆持续7 d，治疗期间嘱患者清淡饮食，大量饮水，禁食鱼蟹等海鲜、动物内脏及肉汤等嘌呤含量较高的食物。

1.4 观察指标 参考《中医病证诊断疗效标准》^[4] 评定。痊愈：关节红肿疼痛消失，局部无明显异常，活动自如，实验室指标降到正常范围。好转：关节红肿热痛减轻，实验室指标下降，但未到正常范围。无效：关节红肿热痛症状改善不明显，活动受限，实验室指标未下降或下降不明显。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效比较 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	总有效率
治疗组	26	14	10	2	24(92)
对照组	26	10	11	5	21(81)

注：与对照组比较，*P<0.05

2.2 2组患者不良反应 2组患者治疗前、治疗阶段及治疗后肝功能与肾功能检测结果显示，治疗组肝、肾功能出现异常者0例，对照组肝、肾功能出现异常者0例。2组患者治疗前、治疗阶段及治疗后胃肠道不良反应观察结果显示，治疗组未出现胃肠道不良反应，对照组治疗期间1例患者出现胃肠道不良反应，给予对症处理后，症状改善。

3 讨论

当今医学认为急性痛风性关节炎属代谢性的风湿类疾病，是痛风中的急性发作阶段^[5]。急性痛风性关节炎多为血中尿酸含量过高，过多的尿酸析出尿酸盐结晶沉积在关节所引起的炎症反应，主要表现为局部关节及周围软组织的剧烈疼痛、肿胀、局部发热、皮肤发红，以及关节活动受限等症体征^[6]。该病呈逐年上升之势，男性患者多于女性患者，比例约为20:1^[7]。传统观念认为，其急性发作暂不予降尿酸处理^[8]。其治疗目标则为快速且温和地终止急性发作，预防关节炎迁延反复进而导致痛风石的形成或者出现关节变形。临床上通常运用秋水仙碱、非甾体类抗炎药及糖皮质激素等抗炎药快速缓解疼痛以对症治疗。然而秋水仙碱对于胃肠道、肾脏及骨髓皆有较大的毒副作用，如常引起恶心、呕吐、腹泻、腹痛等不良胃肠反应，肾脏损害则可见血尿、少尿，对骨髓有直接抑制作用、引起粒

细胞缺乏、再生障碍性贫血。非甾体类抗炎药的长期应用对胃肠道、神经系统及血液系统会造成不同程度的损害，并且少数特殊体质者也会出现皮疹、血管神经性水肿、哮喘等过敏反应。糖皮质激素的大量运用同样会引起人体的严重不适，如造成心血管系统并发症、消化系统并发症、白内障和青光眼及骨质疏松及椎骨压迫性骨折等常见的并发症。鉴于以上药物临床运用时出现较多的不良反应，因而进一步的临床研究及中医中药的发掘则势不可少。

中医学则将痛风归属于“痹证”“白虎病”“历节风”等范畴。《丹溪心法·痛风》曾指出“痛风者，昼静而夜发，发时彻骨酸痛，痛有常处。”认为其病机为脾虚失运，湿浊内阻，又嗜食膏粱厚味、醇酒肥甘，或过度劳累、情志所伤则进一步内耗正气，损伤脾胃，脾运日趋减弱，久之湿浊为患，蕴结生热，留滞体内，流注骨节，闭阻气血，气血不通故而作痛^[9]。传统医家认为徒清热则湿不退，徒祛湿则热愈炽，治宜以清热利湿泻浊、活血化瘀止痛为基本治疗原则，选方萆薢消痛饮。萆薢消痛饮药用萆薢、土茯苓利湿化浊、通利关节兼解瘀毒而为君，现代中药药理研究表明，土茯苓、萆薢能降低血尿酸并解除尿酸所致疼痛^[10]，药用白术、泽泻、玉米须、防己、薏苡仁化湿利水是为臣，其中白术兼以补脾，脾运则湿解，防己、薏苡仁又可通痹止痛兼清瘀热，石菖蒲化湿、健脾胃以助君臣，丹参、当归活血散瘀、清中兼补，延胡索活血行气止痛，僵蚕散结止痛，乌药行气止痛兼温补防上药寒凉太过，上六味共为佐药，甘草调和诸药为使药。本方清泻中兼有补益，补泻兼施，祛邪不伤其正，扶正不助其邪，既解其标，又治其本，诸药共奏祛湿、化瘀、通络、利关节之功效。通过运用萆薢消痛饮治疗急性痛风性关节炎，疗效良好，不良反应较少，患者乐于接受，值得临床推广应用。

参考文献

- [1]中华医学会风湿病学分会.原发性痛风诊断和治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2011,15(6):410-413.
- [2]张奉春,栗占国.内科学.风湿免疫科分册[M].北京:人民卫生出版社,2015:182-183.
- [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,1994:204.
- [4]国家中医药管理局.ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [5]刘松波,刘宪民,王琪,等.关节镜在膝痛性痛风性关节炎诊治中的临床应用分析[J].中国矫形外科杂志,2011,19(23):1950-1953.
- [6]李建平,马余鸿,马艳华,等.薏苡仁化湿丸治疗湿热痹阻型痛风性关节炎的临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2017,34(4):500-503.
- [7]灏珠.实用内科学[M].10版.北京:人民卫生出版社,1999.
- [8]王新立,杨豪,任博文.萆薢消痛汤治疗急性痛风性关节炎临床研究[J].中医学报,2015,30(12):1833-1835.
- [9]朱婉华,张爱红,顾冬梅,等.痛风性关节炎中医证候分布规律探讨[J].中医杂志,2012,53(19):1667-1670.
- [10]邱侠,张剑勇,于丽,等.痛风泰颗粒对痛风患者外周血 IL-1 β 、IL-8 的影响[J].河南中医,2009,29(5):460-462.

(本文编辑:张文娟 本文校对:黄俊卿 收稿日期:2018-08-21)

沙参麦冬汤治疗晚期肺癌的价值研究

查红群¹ 邹红² 曾灵芝³

(1 九江市第一人民医院药剂科, 江西 九江 332000; 2 九江市第一人民医院中药房, 江西 九江 332000;
3 九江市第一人民医院肿瘤科, 江西 九江 332000)

摘要:目的 分析晚期肺癌应用沙参麦冬汤加减治疗的临床价值。方法 选取2016年1月—2017年12月收治的70例晚期肺癌患者为研究对象, 摸球法分组, 对照组35例应用GP方案治疗, 研究组35例在对照组基础上联合沙参麦冬汤加减治疗, 比较2组患者的总有效率、不良反应发生率及治疗后生活质量评分。结果 研究组患者不良反应发生率为2.86%, 低于对照组17.14%, 差异有统计学意义 ($\chi^2=3.968, P<0.05$), 治疗前疼痛评分、生活质量评分比较, 无统计学差异 ($P>0.05$), 治疗后, 研究组患者治疗后生活质量评分 (92.4 ± 3.7) 分比对照组 (90.1 ± 2.6) 分高, 疼痛评分 (3.2 ± 0.4) 分低于对照组 (4.6 ± 0.7) 分, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 晚期肺癌患者应用沙参麦冬汤加减治疗, 患者临床疼痛症状改善显著, 不良反应少, 提高了患者生活质量, 具有推广价值。

关键词: 沙参麦冬汤; 晚期肺癌; 生活质量评分; 肺积

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.043

文章编号:1672-2779(2018)-24-0102-02

Study on the Value of Modified Shashen Maidong Decoction in the Treatment of Advanced Lung Cancer

CHA Hongqun¹, ZOU Hong², ZENG Lingzhi³

(1. Pharmacy Department, Jiujiang First People's Hospital, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China;

2. Dispensary of Traditional Chinese Medicine, Jiujiang First People's Hospital, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China;

3. Oncology Department, Jiujiang First People's Hospital, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

Abstract: **Objective** To analyze the clinical value of modified Shashen Maidong decoction in the treatment of advanced lung cancer. **Methods** Seventy patients with advanced lung cancer admitted to our hospital from January 2016 to December 2017 were divided into two groups. The control group (35 cases) was treated with GP regimen. The study group (35 cases) was treated with Shashen Maidong decoction on the basis of the control group. The total effective rate, incidence of adverse reactions and quality of life after treatment were compared between the two groups. **Results** The incidence of adverse reactions in the study group was 2.86%, which was lower than 17.14% in the control group. The difference was statistically significant ($X^2 = 3.968, P < 0.05$). There was no significant difference in pain score and quality of life score before treatment ($P > 0.05$). After treatment, the scores of QOL in the study group (92.4 ± 3.7) were higher than those in the control group (90.1 ± 2.6), and the pain score (3.2 ± 0.4) was lower than that in the control group (4.6 ± 0.7). The difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Modified Shashen Maidong decoction in the treatment of advanced lung cancer can significantly improve the clinical pain symptoms, has fewer adverse reactions, improve the quality of life of patients with value of promotion.

Keywords: Shashen Maidong decoction; advanced lung cancer; scores of quality of life; pulmonary retention

肺癌是肿瘤科常见疾病, 发病率、病死率均较高。目前, 肺癌的病因尚未明确, 临床调查发现, 肺癌的发生可能与吸烟、环境因素、遗传因素等有直接关系^[1]。肺癌患者临床表现极其复杂, 早期症状较为轻微, 随着病情的加重, 会出现咳嗽、胸闷、发热等多种症状。当肺癌患者就诊时, 大部分患者多已处于晚期, 已错过了手术治疗的佳时间, 临床多应用化疗法延长患者的生存时间^[2]。但放、化疗治疗的副作用大, 对患者危害严重, 随着中医学的发展, 根据中医辨证论治治疗在临床中取得显著疗效。本次研究对70例晚期肺癌患者资料分析, 探究沙参麦冬汤加减治疗晚期肺癌的临床疗效, 现对治疗效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年12月我院收治的70例晚期肺癌患者摸球法分组, 对照组35例, 研究组35例。对照组: 男性19例, 女性16例; 年龄57~79岁, 平均年龄 (61.7 ± 2.6) 岁; 病理分期: TNM分期Ⅱ期8例, Ⅲ期12例, Ⅳ期15例; 病程1~3年, 平均病程 (1.5 ± 0.1) 年。研究组: 男性21例, 女性14例; 年龄

55~82岁, 平均年龄 (64.1 ± 2.5) 岁; 病程1~3年, 平均病程 (2.0 ± 0.4) 年。参与研究患者的临床资料数据用统计学软件分析, 无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 研究方法 对照组患者应用GP方案治疗, 即第1天、第8天静脉滴注1250 mg/m²注射用盐酸吉西他滨 (生产企业: 江苏豪森药业集团有限公司; 批准文号: 国药准字H20030104), 第1~3天予以75 mg/m²顺铂静脉滴注 (生产单位: 江苏豪森药业集团有限公司; 批准文号: 国药准字H20040813) 或者奈达铂50 mg/m² (生产单位: 先声药业; 批准文号: 国药准字H20030884), 21 d为1个疗程, 连续治疗3个疗程。

研究组患者在对照组基础上联合沙参麦冬汤加减治疗, 沙参麦冬汤方剂如下: 生黄芪、白花蛇舌草、石见穿各30 g, 天花粉、北沙参各10 g, 麦冬、玉竹各10 g, 山楂、桑叶各10 g, 生甘草6 g, 伴有咳嗽患者, 加用桔梗、浙贝母各10 g, 伴有胸水患者, 加用茯苓、葶苈子各10 g, 伴有胸痛患者, 加用延胡索、郁金各10 g, 伴有咯血患者, 加用白及、藕节炭各10 g。加水500 mL对煎服, 去渣留汁, 患者空腹早晚各用1次, 8周为1个

疗程,共3个疗程。

1.3 观察指标及评估标准 指标:疼痛评分、并发症发生率、治疗后生活质量评分等为本次研究的观察指标。

评估标准:(1)疼痛评分:用VAS(视觉模拟评分)对患者疼痛症状进行评估,总分10分,0分为无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~9分为重度疼痛,10分则表示剧烈疼痛,分数越低,患者疼痛症状改善越好。(2)生活质量评分:用生活质量自评量表(QOL)对患者的生活质量进行评估,该量表总分100分,患者生活质量改善效果好,则综合项目评分高^[3]。

1.4 统计学方法 数据处理采用SPSS 24.0统计学软件,数据划分为计量资料、计数资料,并分别用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)、率(%)表示,分别行 t 检验、 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者不良反应发生率对比 研究组患者不良反应发生率为2.86%,低于对照组17.14%,差异有统计学意义($\chi^2=3.968$, $P < 0.05$),见表1。

表1 不良反应发生率对比 [例(%)]

组别	例数	口干	呕吐	头晕	发生率
对照组	35	3(8.57)	2(5.71)	1(2.86)	6(17.14)
研究组	35	1(2.86)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.86)
χ^2 值					3.968
P 值					0.046

2.2 治疗前后患者疼痛评分及生活质量评分对比 治疗前疼痛评分、生活质量评分比较,无统计学差异($P > 0.05$);治疗后,研究组患者治疗后生活质量评分比对照组高,疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 患者疼痛评分、生活质量评分治疗前后比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	疼痛评分		生活质量评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	35	6.5±1.2	4.6±0.7	68.7±10.3	90.1±2.6
研究组	35	6.6±1.3	3.2±0.4	70.1±9.8	92.4±3.7
t 值		0.344	10.273	0.583	3.009
P 值		0.739	0.000	0.562	0.004

3 讨论

肺癌是临床多发性恶性肿瘤之一,由于患者早期无典型症状,易忽视病情,导致患者在临床就诊后多为肺癌晚期,延误了最佳的治疗时机。对晚期肺癌患者采取早期诊断、早期治疗,对患者预后、转归具有重要的意义。因此,选取合适的治疗方法,对改善患者生活质量具有十分关键的作用。

由于肺癌患者确诊时多处于晚期,手术治疗不能解决问题,需要实施化学治疗,但化疗对患者的毒副

作用大,使患者生活质量显著下降,此外,很多患者对化疗耐受性差,不能坚持,最终放弃治疗,影响临床的整体疗效,因此,选取一种患者耐受性好,毒副作用小的治疗方案,是临床面临的重大问题。从中医角度对肺癌分析,属于“肺积”“咯血”范畴,正如《难经》中指出“肺之积,在右肋下,覆大如杯,喘息奔溢”。此外,张仲景(明代)也曾认为劳咳、声哑,或者喘息急促的患者,则为肺脏问题,是死亡的重要高危因素。肺癌的病因是由痰湿、邪毒等外邪在机体气虚、阴阳失调的状态下乘机侵入,导致肺失宣降、血行受阻,最终津聚形成痰,久而久之,形成肺部积块^[4]。《医宗必读》中曾指出“积之成也,正气不足而后邪气踞之”,进一步说明了肺癌形成的原因也是由邪气入侵,久积导致。晚期肺癌属于全身性疾病,临床以滋阴、清热、益气、补肺、化痰为主要治疗原则。沙参麦冬汤具有调和阴阳、补充气血的作用,其中延胡索具有活血、行气、止痛的作用,玉竹、天花粉具有生津的作用,桑叶具有轻宣燥热的作用,沙参、麦冬具有滋养肺胃的作用,白花蛇舌草具有清热解毒、止痛的功效,方剂成分中的药物联合应用可以起到清热解毒、滋阴、生津等功效。相关研究报道,晚期肺癌应用沙参麦冬汤加减治疗,可以全面兼顾肺癌中的“瘀”“虚”“痰”等特点,同时加减治疗,具有化痰、祛瘀、养阴的功效,疗效显著,生活质量与治疗前比较,改善明显^[5]。研究结果分析,研究组治疗后疼痛评分低于对照组,生活质量评分均比对照组高,不良反应发生率低于对照组,说明在化疗的基础上应用沙参麦冬汤加减治疗,可以缓解患者疼痛症状,减轻化疗药物的毒副作用,改善了患者的生活质量,对患者的预后有极大的促进,其原因是,该方剂中以补为重,以通为辅,通中兼利,达到驱邪扶正、清热化痰、解毒、益气等功效,可以达到抑制肿瘤的目的。此外,对于晚期肺癌患者,在对患者积极治疗的同时,还需要加强患者的护理干预,最大程度减轻化疗的毒副作用,防止其复发,延长其生存期。

综上所述,晚期肺癌应用沙参麦冬汤加减治疗,疼痛症状减轻明显,不良反应少,生活质量好,治疗方法值得临床推广应用。

参考文献

- [1]付振梵,蒋士卿.六君子汤结合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(9):84-85.
- [2]陈丽娟,俞瑛,高广辉.沙参麦冬汤对胸腔镜下早中期肺癌根治术后患者生活质量及生存期的影响[J].中医药导报,2016,22(9):41-43.
- [3]赵娜.沙参麦冬汤加减治疗晚期肺癌临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2017,36(4):44.
- [4]陈小荆,黄海波,袁乐平.沙参麦冬汤合泻白散联合西药治疗小儿支原体肺炎的效果[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(20):85-86.
- [5]赵飞,杨焕新,许颂霄.加减沙参麦冬汤联合化疗治疗非小细胞肺癌伴的临床应用效果观察[J].中国地方病防治杂志,2017,32(9):1038,1044.

(本文编辑:张文娟 本文校对:周海红 收稿日期:2018-09-05)

清利活血益气法内服外敷治疗盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液临床疗效观察

胡海燕 孙玉华

(黑龙江省人口和计划生育科学研究院, 黑龙江 哈尔滨 150020)

摘要:目的 观察中药内服外敷治疗盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液的临床疗效。方法 以2016年8月—2018年6月接收的80例盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液患者为例,分为对照组和研究组,2组各为40例,对照组接受常规的西药治疗,研究组进行中药内服外敷治疗。对比2组的临床疗效。结果 治疗后,研究组平均盆腔积液量明显低于对照组,且治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 中药内服外敷治疗盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液有利于减少患者的盆腔积液量,提高临床疗效。

关键词: 中药;内服;外敷;盆腔炎性疾病;盆腔积液;带下病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.044

文章编号:1672-2779(2018)-24-0104-02

Observation on the Clinical Effect of Oral Administration and External Application of Invigorating Blood and Invigorating Qi Method in the Treatment of Pelvic Inflammatory Disease Sequelae Complicated with Pelvic Effusion

HU Haiyan, SUN Yuhua

(Heilongjiang Academy of Population and Family Planning Science, Heilongjiang Province, Harbin 150020, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of oral administration and external application of Chinese herbs in the treatment of pelvic inflammatory disease sequelae complicated with pelvic effusion. **Methods** 80 patients with pelvic inflammatory disease sequela and pelvic fluid received from our hospital from August 2016 to June 2018 were divided into the control group and the study group. The two groups had 40 patients. The control group received routine western medicine. The study group was treated with oral administration and external application of Chinese herbs. The clinical efficacy of the two groups was compared. **Results** After treatment, the average pelvic fluid volume in the study group was significantly lower than that in the control group, and the treatment efficiency of the study group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The oral administration and external application of Chinese herbs in the treatment of pelvic inflammatory disease sequelae complicated with pelvic effusion is beneficial to reduce the amount of pelvic fluid in patients and improve clinical efficacy.

Keywords: Chinese herbs; oral administration; external application; pelvic inflammatory disease; pelvic fluid; leukorrheal diseases

盆腔炎性疾病属于感染性疾病,是常见的女性生殖器官疾病^[1],会累及其卵巢、输卵管、盆腔腹膜、子宫内膜等器官^[2-3]。病情初期患者会出现腹痛、腰痛的症状,但由于病痛程度较轻,往往会被患者忽视,从而得不到及时治疗,导致患者病情恶化,严重影响患者生活质量^[4]。近来研究^[5-6]表明,20~35岁是该疾病高发年龄段,但是其发病机制目前尚不清楚,仍需进一步研究。本文旨在观察中药内服外敷治疗盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液的临床疗效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2016年8月—2018年6月接收的盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液患者80例,分为对照组(40例)和研究组(40例),研究组年龄20~49岁,平均年龄为(36.33±9.27)岁;病程3.5~24个月,平均(13.02±1.17)个月;积液量15~38 mL,平均(25.31±1.06) mL。对照组年龄21~50岁,平均年龄为(37.62±10.70)岁;病程3~24个月,平均(10.62±1.18)个月;积液量15~36 mL,平均(24.24±0.98) mL。2组年龄、病程、积液量等资料比较,差异无统计学意义($P>$

0.05),可进行比较。

1.2 治疗方法 对照组静脉滴注250 mL左氧氟沙星注射液(国药准字:H20103435,苏州天马医药集团天吉生物制药有限公司)与100 mL奥硝唑氯化钠注射液(国药准字:H20060399,四川科伦药业股份有限公司),均为1次/d,疗程为7 d。研究组进行中药内服外敷治疗,方药组成:白芍、当归、赤芍、香附、丹参、续断、川芎、青皮、茯苓、路路通各10 g,黄芪、党参各15 g,炮山甲、甘草各5 g。若患者舌淡白或腰部严重酸痛,加以桂枝、炒小茴香各5 g,吴茱萸、灯盏花、细辛各10 g;对于纳差者加山楂15 g、炒白术10 g;若患者带下量多、异味则将桂枝去除,加泽泻10 g、泽泻兰10 g、薏苡仁15 g;若患者夜间盗汗、胸闷或失眠头疼,加蓝布正、夜交藤、麦冬、沙参各15 g,百合10 g;若患者出现严重的小腹胀痛,加柴胡、陈皮各10 g。用水煎服,分别于早晚进行服用,每晚加热药渣后用布包对小腹进行热敷直到药渣冷却方可取下。所有患者开始治疗的时间均为第1和第2个月经周期的第5天,每次连续治疗时间为7 d,

于第3个月经周期的第7天进行复查。

1.3 观察指标与疗效判定标准 对比2组治疗后的盆腔积液量。同时比较2组的治疗效果,疗效判定标准^[7]:患者的盆腔积液完全消失,腰酸、小腹胀痛或下坠等症状消失为治愈;盆腔积液减少,腰酸、小腹胀痛或下坠等症状改善为显效;与以上标准不符则为无效。有效率等于治愈率和显效率之和。

1.4 统计学方法 数据均采用SPSS 19.0软件包进行处理,计量单位以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验;例计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2组盆腔积液量对比 治疗后,研究组盆腔积液量为4~18 mL,平均 (10.18 ± 0.83) mL,对照组为7~35 mL,平均 (16.28 ± 1.66) mL。研究组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

2.2 2组治疗效果对比 研究组治愈28例,显效10例,无效2例,有效率95.00%;对照组治愈16例,显效12例,无效12例,有效率70.00%。研究组明显高于对照组 ($P < 0.05$)。(见表1)

表1 2组治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率
研究组	40	28	10	2	38(95)
对照组	40	16	12	12	28(70)

3 讨论

盆腔炎性疾病后遗症具有起病缓慢与隐蔽的特点,且临床表现不一,长时间的慢性炎症刺激导致炎症反应的发生,从而使盆腔内不同组织炎性液体的渗出量增加^[8-9]。本次研究结果显示:研究组盆腔积液量明显低于对照组,治疗有效率明显高于对照组。表明盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液患者应用中药内服外敷治疗可以有效减少盆腔积液量,提升临床疗效。常规的西药治疗虽具有一定的效果,但是对于患者来说,该疾病病程较长且容易反复发作,长期使用抗生素会导致患者产生耐药性^[10]。随着当代西方医学的不断发展,临床对于大多数疾病急性期的治疗通常以西药作为首选,但相对于部分慢性疾病来说,中医治疗的疗效显著,且患者的接受度高,逐渐被推广^[11]。在中医学中,盆腔积液通常被归于“痛经”“带下”“腰痛”“妇人腹痛”等范畴^[12],主要病因为气血虚弱凝滞胞脉、湿热内阻等。患者体内存在湿、热、瘀,气血通行不顺畅,气机升降不稳,“不通则痛”而发病。因而该病的治疗原则为清热利湿、

活血化瘀、益气。本次研究的中药方中党参、黄芪可扶正益气,有助于驱邪;赤芍可止痛散瘀、凉血清热;当归、川芎与丹参可止痛、活血化瘀;香附和青皮可行气止痛;茯苓可化湿健脾;甘草和芍药可柔肝缓急止痛;续断、穿山甲和路路通可止痛化瘀,通利血脉;当归、白芍对提高患者的机体免疫力和减低炎症症状发展具有一定的促进作用^[13]。此病本为虚,标为热、湿、瘀,瘀则不通,不通则会引发疼痛,依照整体辨证,祛邪的同时进行扶正,补泻皆施,使患者局部的血液循环加快,盆腔局部炎性积液加快吸收与消散,有利于实现“通则不痛”的治疗目的^[14]。采用局部外敷疗法,可使药物直接作用于病变部位,通过皮肤直接渗透和吸收,可循经入络,改善盆腔血液循环,促进组织修复,降低毛细血管通透性,减少渗出,抑制结缔组织增生,加强炎性物的软化吸收。内外合治,使药力直达病所,促进炎症的消散^[15]。综上所述,给予盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液患者中药内服外敷治疗可以有效减少其盆腔积液量,提高临床疗效,研究具有临床实用价值。

参考文献

- [1]吕波.盆腔炎汤保留灌肠配合小剂量氟罗沙星治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(58):11645.
- [2]李洁.针灸结合中药外敷治疗寒湿瘀阻型盆腔炎性疾病后遗症临床观察[J].广西中医药大学学报,2018,21(2):65-67.
- [3]刘桂香,熊娟,俞瑞琥.中药内服外敷治疗盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液临床疗效观察[J].中国药事,2018,32(2):283-286.
- [4]谢小林.自拟盆腔炎汤口服与保留灌肠治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察[J].四川医学,2015,36(12):1680-1682.
- [5]朱莉红,陆麟,黄九,等.中西药联合治疗146例慢性盆腔炎的临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2016,31(22):4701-4703.
- [6]罗慧琴,夏群伟.个体化健康教育对慢性盆腔炎患者健康知识水平及满意度的影响[J].中国妇幼保健,2016,31(11):2280-2282.
- [7]黄文玲,徐彩,于妍妍,等.中药外敷结合情志护理治疗盆腔炎性疾病中的观察[J].贵州医药,2018,42(2):252-253.
- [8]陈瑶,姜晓春,杨鉴冰,等.盆腔消炎联合盆腔灌注治疗盆腔炎性疾病后遗症疗效研究[J].中国妇幼保健研究,2018,29(2):233-237.
- [9]朱明群.中药外敷加理疗联合抗生素及中成药治疗盆腔炎性疾病57例疗效分析[J].中国社区医师,2017,33(9):88-90.
- [10]吴志琴.盆腔炎汤保留灌肠配合头孢呋辛治疗慢性盆腔炎疗效分析[J].中外医疗,2018,37(5):185-187.
- [11]李蓉.中药外敷+康妇炎灌肠+物理治疗盆腔炎性疾病后遗症63例临床疗效观察[J].科学咨询(科技·管理),2017,18(4):52.
- [12]叶仙英,杨春波,叶秦时.宫外孕术后盆腔炎炎采用中药内服外敷治疗的效果[J].中国医药科学,2016,6(11):69-71.
- [13]冯伟,马建文,吕瑞凤.中西医结合疗法治疗慢性盆腔炎的临床效果及对炎症相关因子和血液流变学的影响[J].中国医药导报,2017,8(14):151-153.
- [14]孙玉霞,夏阳.中药内服联合保留灌肠为主治疗盆腔炎性疾病后遗症40例疗效观察[J].河北中医,2014,36(1):42-43.
- [15]傅捷,夏阳.少腹逐瘀汤内服外敷治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2014,21(14):1513-1514.

(本文编辑:张文娟 本文校对:高 岚 收稿日期:2018-08-09)

镇惊散脐疗联合三字经派推拿治疗小儿夜啼临床观察

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 观察镇惊散联合三字经派推拿疗法治疗小儿夜啼的临床疗效。方法 将86例患儿随机分为治疗组43例, 对照组43例, 治疗组予以镇惊散脐疗联合三字经派推拿疗法治疗, 对照组予以口服琥珀抱龙胶囊。2组治疗以1周为1个疗程。结果 治疗组总有效率为97.7%, 对照组总有效率为74.4%, 2组比较, 治疗组疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 镇惊散联合三字经派推拿疗法治疗小儿夜啼, 疗效显著, 优于口服琥珀抱龙胶囊。

关键词:镇惊散; 三字经派推拿; 小儿夜啼; 琥珀抱龙胶囊; 外治法; 脐疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.045

文章编号:1672-2779(2018)-24-0106-02

Clinical Observation on Zhenjing Powder Umbilical Therapy Combined with Three Characters Tuina in Treating Infantile Night Crying

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 Zhenjing powder combined with three-character Tuina therapy in the treatment of infantile night crying. **Methods** 86 cases of infantile night crying patients were randomly divided into treatment group ($n = 43$) and control group ($n = 43$). The treatment group received Zhenjing powder combined with three-character Tuina therapy. The control group received Hupo Baolong capsule. The two groups were treated one week as a course of treatment. **Results** The total effective rate in the treatment group and the control group was 97.7% and 74.4% respectively. Compared with the control group, the curative effect of the treatment group was significantly better than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Zhenjing powder combined with three-character massage therapy in the treatment of infantile night crying is more effective than that of the Hupo Baolong capsule.

Keywords: Zhenjing powder; three characters Tuina; infantile night crying; Hupo Baolong capsule; external therapy; umbilical therapy

小儿夜啼是儿科常见病, 主要见于婴幼儿。患儿白天饮食睡眠如常, 入夜则啼哭, 有时定时啼哭, 甚至通宵达旦, 中医称之为夜啼^[1]。西医认为佝偻病为常见原因, 给予检验微量元素及维生素D指标, 有些患儿有所缺乏, 但大部分患儿检验指标为正常, 给予补充维生素D及钙剂, 不见好转, 有些家长长期给予补充钙剂, 仍不见好转, 影响患儿睡眠健康, 给家长带来严重的心理负担。临床中发现这些患儿牛奶摄入量足够, 且都常规补充鱼肝油, 无缺钙表现。一直找不到解决小儿夜啼的好方法。为此, 我院儿科自2014年—2018年, 采用镇惊散联合三字经派推拿治疗小儿夜啼, 疗效显著, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 86例患儿均来自2017年1月—2018年5月在牡丹江市中医医院儿科就诊的夜啼患儿。将全部患儿随机分为2组, 其中治疗组43例, 男21例, 女22例; 年龄最小6个月, 最大3岁, 平均21个月; 年龄3~6个月20例, 6~12个月15例, 1~3岁8例; 病程1周以内10例, 1~2周11例, 2~4周12例, 4周以上10例。对照组43例, 男20例, 女23例; 年龄最小8个月, 最大3岁, 平均22

个月; 年龄3~6个月21例, 6~12个月14例, 1~3岁8例; 病程1周以内11例, 1~2周10例, 2~4周11例, 4周以上11例。2组患儿性别、年龄、病程等比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医儿科学》制定^[2]: (1) 白天饮食睡眠如常; (2) 入夜则啼哭, 有时定时啼哭, 甚至通宵达旦。

1.3 排除标准 排除患儿由其他疾病或饥饿、寒冷、尿布潮湿、缺乏安抚等引起的夜间啼哭。

1.4 治疗方法 治疗组采用镇惊散联合三字经派推拿疗法治疗。镇惊散敷脐法: 朱砂3 g, 茯神9 g, 远志9 g, 龙齿9 g, 琥珀5 g, 胆南星6 g, 僵蚕6 g, 郁金6 g, 甘草3 g, 石菖蒲5 g, 黄连5 g, 灯心草5 g。上药加工粉碎成细末, 敷脐时取适量粉末, 用凉茶水调匀, 置脐贴上敷于脐部即可。每次4~6 h, 轻者1~3次, 重者3~6次。三字经推拿^[3]: 平肝10 min, 清补脾10 min, 运八卦10 min, 清心经5 min, 捣揉小天心2 min。捏脊疗法: 在脊背的正中从长强至大椎, 用拇指指腹与食指、中指挟持肌肤, 互相协调捻动, 运用捏提捻推四法, 边捏提捻边向大椎推移, 重复5遍。1 d 1次, 一般3~5次。对照组口服琥珀抱龙胶囊 (太极集团重庆桐君阁药厂 z-20025193), 1次1粒, 1日2次。2组治疗以1周为1个疗程。

* 通讯作者: 13604536438@163.com

1.5 疗效评价标准 治疗1个疗程后,按照国家中医药管理局1994年制定的《中医病证诊断疗效标准》评定疗效。显效:小儿夜间啼哭基本消失,睡眠安;有效:小儿夜间啼哭较前减轻或次数减少,睡眠改善;无效:症状无明显好转。

1.6 统计学方法 所得数据采用SPSS 19.0统计学软件进行处理,等级资料采用秩和检验,计数资料采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组总有效率为97.7%,对照组总有效率为74.4%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1:

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	43	26	16	1	42(97.7)*
对照组	43	18	14	11	32(74.4)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

夜啼是婴儿时期常见的睡眠障碍之一,多见于1岁以内婴幼儿,表现为入夜啼哭不安,时哭时止,少则数日,多则经月。西医将夜啼分为生理性原因和病理性原因,生理性如婴儿饥饿、口渴、尿布潮湿、衣着过紧以及闷热、寒冷等,病理性如鼻塞、肠道寄生虫、佝偻病、急腹症等。还有一些无明显上述表现而夜啼,归入夜惊及睡眠不安等心理、情绪、行为异常类疾病。西医在治疗小儿夜啼方面,没有有效方法和药物,而中医在本病的病因病机诊断治疗上有明确论述,认识清楚,治疗效佳,解决了临床实际问题。中医认为小儿“肝常有余”“心常有余”易见心火上炎,下行小肠,致口疮,尿赤。肝脾不调,多见夜啼易惊,便稀色绿,或带泡沫^[4]。夜啼是小儿常见的一种睡眠障碍,指小儿夜晚啼哭过于频繁,多见于3岁以内的幼儿^[5]。现代医学认为惊吓是由于小儿神经系统发育不完善,对外界的突然刺激不能做出正常反应而引起^[6]。我院采用镇惊散联合三字经派推拿疗法治疗,疗效显著。晋代葛洪《肘后备急方·治卒腹痛方》篇:“拈取其脊骨皮,深取痛引之,从龟尾至顶乃止,未愈更为之”的描述,是目前捏脊疗法的最早记录。捏脊疗法通过捏提等法作用于督脉、足太阳膀胱经。由于督脉总督诸阳,膀胱经又为脏腑背俞穴所在,所以捏脊疗法有疏通经络、调整阴阳、调理脏腑等作用。从而起到安神定惊、健脾和胃之功效。小儿推拿疗法治疗小儿夜啼历史悠久,明代《小儿推拿经》即有推拿治疗夜啼的记载,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。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。三字经流派小儿推拿传承百年,凭借用穴少、独穴治疗、手法简单、见效更快的特点,成为国内小儿推拿第一大派。清心经、平肝能镇惊除烦,宁心安神;小天心主治惊风抽搐;运八卦调理气机;采用镇惊散方敷脐疗法,此方系黑龙江省名中医洪丽军教授研制,用以治疗小儿夜啼。方中朱砂、茯神、远志、龙齿、琥珀、镇惊安神;胆南星、僵蚕、郁金、石菖蒲、化痰开窍;黄连清心泄热;灯心草有清心降火的作用,对于小儿心火内盛引起的夜啼较为适用^[7]。甘草调和药性。研究表明,远志提取物、皂苷类和糖酯类化合物均有抗痴呆和脑保护活性,远志皂苷可以促进神经干细胞的增殖,远志中的糖酯也具有脑保护活性^[8]。石菖蒲的现代药理作用有镇静、抗惊厥、抗心律失常、益智健脑(促进学习记忆)、抗抑郁等作用^[9]。敷脐疗法是中医外治法范围。脐部又称神厥穴,在任脉上,任脉乃阴脉之海,与督脉互为表里,共同调理人体的诸经诸脉。脐部的皮下无脂肪组织,脐周的血管丰富,有利于镇惊散的渗透和吸收,而起到镇静安神之功效。小儿“体禀少阳”,乃纯阳之体,为病实多虚少^[10]。心主神明,心血不足,神明失养,神无所主,暴受惊恐,则生夜啼^[11]。夜啼是儿科常见病,引起夜啼的原因中,惊吓是一个非常常见的因素^[12]。本次研究证实镇惊散敷脐联合三字经推拿治疗小儿夜啼总有效率明显优于对照组,为临床提供一种新的治疗小儿夜啼的方法。我们采用镇惊散联合三字经派推拿疗法治疗小儿夜啼,疗效可靠,且操作简便,安全,无痛苦,免去口服药物痛苦及副作用。符合中医适宜技术“简、便、廉、验”的要求。

参考文献

- [1]王蔚华,鄢素琪,汤建桥.小儿康颗粒治疗婴幼儿夜啼临床观察[J].中医药导报,2016,22(12):82-84.
- [2]马融,韩新民.中医儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:114.
- [3]李先晓,王鹏.李德修三字经派小儿推拿[M].青岛:青岛出版社,2015:168-169.
- [4]苏建功,李洪霞.小儿惊风方[J].中国民间疗法,2016,24(9):66.
- [5]孙亚威.灸百会穴治小儿夜啼[J].中国民间疗法,2013,21(12):91.
- [6]丛莉莹,史晓东.推拿疗法治疗小儿惊吓症[J].中国民间疗法,2014;22(9):17.
- [7]陈清容.灯心草猪肉汤治疗小儿夜啼[J].中国民间疗法,2014,22(2):87.
- [8]刘大伟,康利平,马百平.远志化学及药理作用研究进展[J].国际药学研究杂志,2012,39(1):32-36.
- [9]陈新俊,程黎晖.石菖蒲的药理作用和临床应用探讨[J].中草药,2007,38(5):1-3.
- [10]李艳艳,李冉,孙燕红.醒脾养儿颗粒联合梅花针治疗小儿夜啼脾虚中寒型疗效观察[J].中国中西医结合儿科学,2016,8(3):309-311.
- [11]陈斐斐,徐辉甫,肖飞,等.龙牡壮骨颗粒治疗婴幼儿夜啼40例[J].世界中医药,2016,11(5):831.
- [12]王琳,田端亮.推拿配合中药内服治疗小儿惊吓夜啼35例[J].山东中医杂志,2015,34(12):934-935.

(本文编辑:张文娟 本文校对:殷齐辉 收稿日期:2018-08-14)

桑苧汤治疗慢性支气管炎痰热郁肺证疗效观察

邓晓升

(江西省南城县中医院内科, 江西 南城 344700)

摘要:目的 分析桑苧汤治疗慢性支气管炎痰热郁肺证的临床效果。方法 随机抽取2017年1月—2018年6月收治的慢性支气管炎痰热郁肺证患者52例,按照随机双盲法分为2组,对照组26例,常规西药治疗;观察组26例,桑苧汤治疗;对比2组患者治疗效果。结果 临床疗效:观察组治疗总有效率为100%,高于对照组的73.08%,差异有统计学意义 ($P<0.05$);中医证候积分:观察组治疗后中医证候积分低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);咳嗽消失时间、平喘时间及肺部啰音消失时间:观察组短于对照组 ($P<0.05$)。结论 桑苧汤治疗慢性支气管炎痰热郁肺证,获得让患者满意的效果。

关键词: 经方;桑苧汤;慢性支气管炎;痰热郁肺证;咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.046

文章编号:1672-2779(2018)-24-0108-03

Observation on the Curative Effect of Sangqin Decoction in Treating Chronic Bronchitis with Phlegm Heat Stagnation and Lung Syndrome

DENG Xiaosheng

(Department of Traditional Chinese Medicine, Nancheng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nancheng 344700, China)

Abstract; Objective To analyze the clinical effect of Sangqin decoction in treating chronic bronchitis with phlegm heat and stagnation of lung syndrome. **Methods** 52 cases of chronic bronchitis with phlegm-heat stagnation syndrome were randomly selected from January 2017 to June 2018 in our hospital. They were divided into two groups according to random double-blind method. 26 cases in the control group were treated with conventional Western medicine, and 26 cases in the observation group were treated with Sangqin decoction. The therapeutic effects of the two groups were compared. **Results** The total effective rate in the observation group was 100%, which was higher than 73.08% in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The score of TCM symptoms in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The disappearance time of cough, the time of relieving asthma and the disappearance of lung rales of the observation group was shorter than the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Sangqin decoction is effective in treating chronic bronchitis with phlegm heat stagnation and lung syndrome.

Keywords: classical prescription; Sangqin decoction; chronic bronchitis; phlegm heat stagnation of lung syndrome; cough

慢性支气管炎发病率高,病情反复发作,以咳嗽、咳痰、喘息为主,经久不愈,极易并发肺源性心脏病等病症;而且长期抗菌药物反复应用,极易出现耐药性,影响患者治疗效果。在祖国中医学方面,慢性支气管炎属“咳嗽”、“痰饮”范畴,中医治疗时,多根据病症类型施治。痰热郁肺证是慢性支气管炎常见证型,在治疗时,宜清热化痰、泄肺除壅^[1]。桑苧汤以桑白皮、黄芩为君药,具清肺泻热功效;黄芩有清热解毒之功。笔者就根据多年临床经验,针对慢性支气管炎痰热郁肺证发生机制,采取我院采取自拟桑苧汤治疗,取得让人满意效果。笔者通过本次报告,对慢性支气管炎痰热郁肺证患者采取桑苧汤治疗,分析其效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取我院2017年1月—2018年6月收治的慢性支气管炎痰热郁肺证患者52例,随机双盲法分为两组。对照组26例,男15例,女11例;年龄40~72岁,平均年龄(58.26±5.47)岁;病程1~18年,平均病程(6.29±2.42)年。观察组26例,男16例,女10例;年龄40~75岁,平均年龄(60.13±5.58)岁;病程1~18

年,平均病程(6.37±2.58)年。两组患者的年龄、病程及性别等资料差异并无统计学意义 ($P>0.05$),可进行对比。

1.2 纳入标准 (1) 患者符合中华医学会慢性支气管炎诊断标准;符合《中药新药临床研究指导原则》^[2]中痰热郁肺证;(2) 患者精神正常,认知良好,无智力障碍,能自主配合研究;(3) 患者入组前未服用祛痰、镇咳药物;(4) 患者对研究知情,签署了知情同意书;(5) 本次研究符合医院医学伦理委员会审批标准。

1.3 排除标准 (1) 肺结核、肺脓肿、支气管哮喘、支气管扩张、心功能不全等患者;(2) 急性气管-支气管炎;(3) 因结核、肿瘤、真菌、过敏、免疫及刺激性气体等因素导致的慢性咳嗽、喘息;(4) 心脑血管疾病、肝肾功能障碍、凝血机制异常患者;(5) 精神障碍、认知异常者;(6) 妊娠期、哺乳期女性;(7) 药物过敏证;(8) 中途退出研究者。

1.4 治疗方法 对照组予以患者常规西医治疗。氨溴索(河北爱尔海泰制药有限公司,国药准字H20133090) 30 mg+生理盐水20 mL,静注, Bid。出现胸闷、喘息,

给予生理盐水2 mL+布地奈德1 mg雾化吸入每天1次，雾化后清水漱口。

观察组予以患者在常规西医治疗基础上，联合桑芩汤治疗，基本方：桑白皮15 g，桑叶15 g，芦根15 g，黄芩18 g，地龙10 g，僵蚕10 g，沙参9 g，麦冬9 g，杏仁9 g，桔梗3 g，炙麻黄6 g，甘草6 g；上述药方每日一剂，用水煎煮，取药汁300 mL，分早晚两次服用。患者连续用药14天。

1.5 观察指标 对两组患者密切观察，（1）按照《中药新药临床研究指导原则》评价患者中医症候积分变化，包括主症（咳嗽、气喘、咳痰），计0、3、6、9分；次要症状（喘息、便秘、胸闷、身热、口干苦），计0、1分。分数越高，患者中医症候症状越严重。（2）临床疗效：临床控制：患者咳嗽、喘息、咯痰等症状消失，实验室指标恢复正常水平；显效：患者咳嗽、喘息、咯痰等症状明显减轻，肺部湿啰音减轻，实验室指标改善明显；有效：患者咳嗽、喘息、咯痰等症状减轻，肺部湿啰音减轻，实验室检查结果基本改善；无效：患者各症状无变化或加重，实验室检查结果未改善^[3]。（3）观察两组患者咳嗽消失时间、平喘时间及肺部啰音消失时间。

1.6 统计学方法 采取SPSS 20.0统计学软件包处理本次研究内相关数据。对呈均数标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示的计量数据，行独立配对 t 检验；计数数据以百分比率（%）表示，行卡方 χ^2 检验， $P < 0.05$ 时，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组治疗总有效率为100%，高于对照组的73.08%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组患者治疗临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
观察组	26	14	7	5	0	100.00
对照组	26	5	8	6	7	73.08
χ^2 值						5.943
P 值						0.015

2.2 中医症候积分 两组治疗前中医症候积分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），患者治疗后中医症候积分降低，观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组患者治疗前后中医症候积分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	26	25.71 $\pm$ 2.58	3.59 $\pm$ 0.72
对照组	26	26.03 $\pm$ 2.64	8.42 $\pm$ 1.26
t 值		0.442	17.006
P 值		0.330	0.000

2.3 症状恢复时间 观察组咳嗽消失时间、平喘时间及肺部啰音消失时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 两组患者症状恢复时间比较（ $\bar{x} \pm s$ ，d）

组别	例数	咳嗽消失时间	平喘时间	肺部啰音消失时间
观察组	26	3.71 $\pm$ 1.69	3.52 $\pm$ 1.34	3.92 $\pm$ 1.48
对照组	26	5.38 $\pm$ 1.52	5.32 $\pm$ 1.67	5.83 $\pm$ 1.52
t 值		3.743	4.287	4.591
P 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

慢性支气管炎患者的发病过程是由多因素共同作用所致，机体在感染病毒、细菌、支原体后，在免疫、季节、免疫、有害物质等因素共同作用下导致。目前常规西医治疗慢性支气管炎，多采取吸氧、抗感染、增强机体免疫力等方法，但效果欠佳，复发率较高。

在祖国医学方面，慢性支气管炎属“咳嗽”、“痰饮”范畴，机体素体虚弱，肺、脾、肾等三脏功能失调，致该病发生。痰热郁肺证是慢性支气管炎的常见证型，该病为本虚标实之证，并见正虚与邪实，“痰”、“火”为主要病理因素。因外邪侵肺，郁久化热，热伤肺津，炼液为痰；或外邪侵表，肺气壅滞，郁久化痰，日久化热，痰热互结，致肺络壅滞^[4]。因此对慢性支气管炎痰热郁肺证患者，宜清热解郁、宣肺泄热、除湿化痰。

本次研究采取桑芩汤治疗，方中桑白皮、黄芩为君药，具清肺泻热功效；黄芩有清热解毒之功；桑叶清肺散热，疏风润燥，平肝凉血；芦根清热生津；沙参滋阴生津，宣肺化痰，清热和胃；麦冬养阴生津，润肺止咳；杏仁止咳平喘，润肠通便；桔梗宣肺化痰，利咽排脓；炙麻黄疏风散邪，发汗解表，平喘止咳；地龙有清热熄风、通经活络、清肺平喘之功；僵蚕息风止痉，祛风止痛，化痰散结；甘草补脾益气，清热解毒，祛痰止咳，并可调和诸药功效，增强药效，因此桑芩汤全方共奏清热解毒、宣肺泄热、除湿化痰之功效。

本次研究内，观察组治疗总有效率为100%，高于对照组的73.08%，治疗后中医症候积分低于对照组，咳嗽消失时间、平喘时间及肺部啰音消失时间短于对照组（ $P < 0.05$ ）。因此对慢性支气管炎痰热郁肺证患者，采取桑芩汤治疗，其药物之功可明显提高患者治疗效果，减轻患者咳嗽、气喘、咳痰等症状，促使患者症状较快恢复，具较高应用效果。

在现代药理研究中，桑白皮具桑根酮-G、桑根酮-O成分，有抗炎、抗菌作用；桑叶中桑叶醇提取物，具抗菌作用；黄芩可调节机体免疫力，抗炎、抗菌及抗

病毒。因此桑芩汤的应用,能有效缓解患者临床症状,降低气道炎症反应,具显著作用。

总而言之,桑芩汤治疗慢性支气管炎痰热郁肺证,能提高患者治疗效果,具较高应用价值,值得临床推广并应用。

参考文献

[1]吴细英,李洪晓.100例慢性支气管炎中西医结合治疗与护理[J].中国中

医药现代远程教育,2013,11(23):121-122.

[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].中国医药科技出版社,2002:1-200.

[3]朱婴.桑芩汤治疗慢性支气管炎痰热郁肺证[J].长春中医药大学学报,2018,34(1):111-113.

[4]姜芊竹,张琪,邓立梅.清热化痰肃肺止咳法治疗慢性支气管炎急性发作期痰热郁肺证疗效观察[J].陕西中医,2017,38(9):1172-1173.

[5]段志涛.桑白皮有效部位工艺、质控及药效学研究[D].广州中医药大学,2013.

(本文编辑:张文娟 本文校对:丁应发 收稿日期:2018-09-21)

柔肝息风汤治疗风阳上扰型颈性眩晕的临床观察

杨 岫 李金学

(北京市昌平区中西医结合医院骨伤诊疗中心,北京 102208)

摘要:目的 观察与验证李金学教授柔肝息风汤治疗风阳上扰型颈性眩晕的临床疗效。方法 将58例确诊为风阳上扰型颈性眩晕的患者随机分为试验组、对照组。脱落3例,试验组28例,采用口服柔肝息风汤治疗;对照组27例,口服西比灵治疗,观察治疗前后疗效、眩晕评估积分、颈部疼痛(VAS评分)、症状体征积分等。结果 试验组和对照组有效率分别为92.86%和81.48%,2组差异无统计学意义($P>0.05$),但试验组在眩晕评估积分、症状体征积分、颈部疼痛改善方面优于对照组($P<0.05$)。结论 柔肝息风汤治疗风阳上扰型颈性眩晕疗效可靠,可有效改善眩晕、疼痛及其它症状,无毒副作用,值得推广。

关键词:颈性眩晕;柔肝息风;中医药疗法;风阳上扰

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.047

文章编号:1672-2779(2018)-24-0110-03

Clinical Observation on Rougan Xifeng decoction in Treating Cervical Vertigo of Endogenous Wind Invading Upward Type

YANG Shan, LI Jinxue

(Orthopedics and Traumatology Diagnosis and Treatment Center, Changping District Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 102208, China)

Abstract: **Objective** To observe and validation the clinical effect of softening liver for calming endogenous wind therapy in treating vertigo of endogenous wind invading upward type. **Methods** 58 patients who were diagnosed as cervical vertigo of endogenous wind invading upward type were randomly divided into the experimental group and control group. Fall off in 3 patients. In the experimental group, 28 cases were treated with Rougan Xifeng decoction. In the control group, 27 cases were treated with Xibiling. After two weeks, the curative effect, score of vertigo, VAS, symptomatic integral were observed. **Results** The effective rate of the experimental group and the control group was 92.86% and 81.48%, and there had no significant difference ($P>0.05$). The evaluation score of vertigo, VAS and symptomatic integral of the experimental group was significantly better than that of the control group, and there had statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** The curative effect of softening liver for calming endogenous wind therapy in treating vertigo of endogenous wind invading upward type is reliable, it can effectively improve dizziness, pain and other symptoms, without obvious side effects, and is worthy promoting.

Keywords: cervical vertigo; softening liver for calming endogenous wind; therapy of TCM; Xibiling; endogenous wind invading upward

颈性眩晕(cervical vertigo, CV)是指由于椎动脉颅外段受到颈部病变的影响导致血流障碍而引起的眩晕综合征^[1]。属中医“眩晕”范畴。颈性眩晕以往被定义为中老年常见疾病^[2]。而近年来随着社会的进步和发展,其发病率呈逐年上升,但发病年龄却在逐年下降。临床上越来越多的保守疗法逐渐应用于该病。恩师望京医院李金学教授对于该病的治疗从肝立论,以柔肝息风汤治疗取得较好疗效。经对2016年12月—2018年3月在我院门诊应用柔肝息风汤治疗的风阳上扰型颈椎病28例患者与口服西比灵治疗的27例患者进行对照观察,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源于我院骨伤诊疗中心门诊,选择符合研究入选标准风阳上扰型颈性眩晕患者58例,应用Fisher RA随机数字表分为试验组(30例)和对照组(28例)。治疗中脱落3例。试验组2例,对照组1例。试验组共计完成28例,其中男性12例,女性16例;年龄25~49岁,平均42岁;病程最短2 d,最长4年,平均19个月。对照组共计完成27例,其中男性9例,女性18例;年龄27~51岁,平均45岁;病程最短4 d,最长5年,平均17个月。2组经一般资料统计学处理分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《颈椎病诊治与康复指南》《颈椎部的诊断与非手术治疗》中椎动脉型颈椎病的诊断标准^[3-4]。并参考《中药新药临床研究指导原则》^[5]：①符合颈椎病诊断标准；②眩晕，伴见恶心、耳鸣、视物不清等症状；③反复发作或颈部活动诱发；④中医辨证为风阳上扰型：眩晕，突然跌扑，视物模糊，头痛，急躁多怒，口干，舌质红少苔，脉弦细。⑤体征：旋颈试验阳性或叩顶试验阳性。

1.3 纳入标准 ①符合上述中西医诊断标准；②年龄25~55岁；③病程小于或等于5年；④签署知情同意书，自愿作为受试对象接受治疗者；⑤如果已经接受过其他治疗，经过1周以上的洗脱期者。

1.4 排除标准 ①年龄在25岁以下，55岁以上者，及妊娠、哺乳期妇女；②高血压、眼源性、耳源性眩晕者；③体位性低血压者；④疑似或确诊颈椎、颅脑或椎管内肿瘤者；⑤合并有严重的心血管、肝、肾、造血系统等疾病者；⑥精神疾病患者；⑦不愿意接受研究者。

1.5 中止与退出标准 ①入选后未完成治疗者；②治疗后出现严重反应或病情显著加重者；③治疗期间因不可测事件影响试验进行者。试验过程中患者满足上述条件中任何一条即可中止。

1.6 治疗方法

1.6.1 试验组 给予中药“柔肝息风汤”（李金学经验方）。基本药物组成：天麻12 g，钩藤12 g，葛根12 g，黄芩8 g，白芷10 g，延胡索10 g，菊花8 g，防风6 g，当归12 g，川芎10 g，白芍10 g，炒枣仁25 g。由我院药剂科煎制。每日1剂，分2份服用，早晚分服，连服2周。

1.6.2 对照组 口服西比灵（盐酸氟桂利嗪胶囊）（西安杨森制药有限公司，生产批号：171215842）5 mg/次，睡前1次，服用2周。

1.7 观察指标 ①颈部疼痛测定：采用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale/Score，简称VAS）进行评定，检测患者治疗前后颈部疼痛症状改善情况。②眩晕评估积分量表：参考《椎动脉型颈椎病功能评定量表初步建立》^[6]，分值越高，病情越重。③症状、体征积分量表：参考《颈椎病功能评定量表》^[7]，总分24分，积分越高，病情越重。④疗效评价标准：参照《中新药治疗椎动脉型颈椎病的临床指导原则（试行）》^[8]。分为疗效控制、临床控制、显效、有效、无效五部分。

1.8 统计学方法 计数资料采用例数、百分数、中位数描述。计数资料用卡方检验，计量资料采用 t 检验。所

有数据采用SPSS 13.0统计软件进行统计学分析，以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 患者年龄、性别、病程、治疗前症状体积分，治疗前眩晕程度积分、治疗前VAS经统计分析均无显著差异（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

2.2 总体疗效比较 疗程结束后，试验组有效率为92.86%，对照组有效率为81.48%。2组均无不良反应发生。经 χ^2 检验， $\chi^2 = 2.784$ ， $P > 0.05$ ，差异无统计学意义。试验组显效患者明显多于对照组。见表1。

表1 2组总体疗效比较 [例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
试验组	28	3(10.71)	12(42.86)	11(39.29)	2(7.14)	92.86
对照组	27	1(3.70)	6(22.22)	15(55.56)	5(18.52)	81.48

2.3 治疗前后眩晕积分比较 试验组治疗前后眩晕积分比较， t 检验结果提示， $t = 12.371$ ， $P < 0.01$ ，对照组 $t = 5.935$ ， $P < 0.01$ ，整个疗程结束后，试验组、对照组治疗前后眩晕积分差值进行比较， t 检验结果提示 $t = 2.391$ ， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义，说明试验组（口服柔肝息风汤）治疗风阳上扰型颈椎病所致眩晕的疗效要优于对照组（口服西比灵）。具体见表2。

表2 2组治疗前后眩晕程度总积分改善情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
试验组	28	18.32 $\pm$ 2.25 [▲]	7.92 $\pm$ 2.84 [▲]	10.52 $\pm$ 3.13 [■]
对照组	27	17.84 $\pm$ 3.98 [*]	11.38 $\pm$ 3.56 [*]	6.61 $\pm$ 4.17 [■]

注：[▲] $t = 12.371$ ，[▲] $P < 0.01$ ；^{*} $t = 5.935$ ，^{*} $P < 0.01$ ；[■] $t = 2.391$ ，[■] $P < 0.05$

2.4 治疗前后疼痛VAS评分比较 试验组治疗前后疼痛VAS评分比较， t 检验结果提示， $t = 11.947$ ， $P < 0.01$ 。对照组 $t = 8.185$ ， $P < 0.01$ 。在整个疗程结束后，试验组、对照组治疗前后疼痛VAS评分差值比较， $t = 2.714$ ， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义，说明试验组（口服柔肝息风汤）治疗风阳上扰型颈椎病颈肩疼痛的疗效要优于对照组（口服西比灵）。具体见表3。

表3 2组治疗前后疼痛程度(VAS)改善情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
试验组	28	6.02 $\pm$ 1.38 [▲]	3.83 $\pm$ 1.02 [▲]	2.94 $\pm$ 1.36 [■]
对照组	27	5.85 $\pm$ 1.96 [*]	3.64 $\pm$ 1.13 [*]	2.17 $\pm$ 1.25 [■]

注：[▲] $t = 11.947$ ，[▲] $P < 0.01$ ；^{*} $t = 8.185$ ，^{*} $P < 0.01$ ；[■] $t = 2.714$ ，[■] $P < 0.05$

2.5 治疗前后症状体征积分比较 试验组治疗前后症状、体征积分比较， t 检验结果提示， $t = 13.554$ ， $P < 0.01$ 。对照组 $t = 9.053$ ， $P < 0.01$ 。在整个疗程结束后，试验组、对照组症状、体征积分差值比较， t 检验结果提

示, $t=3.113$, $P<0.05$, 差异具有统计学意义, 说明试验组(口服柔肝息风汤)治疗风阳上扰型颈椎病症状、体征积分要优于对照组(口服西比灵)。具体见表4。

表4 2组治疗前后症状、体征积分改善情况 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
试验组	28	17.95 $\pm$ 2.64 [▲]	6.97 $\pm$ 2.16 [▲]	11.39 $\pm$ 2.21 [■]
对照组	27	17.18 $\pm$ 3.55 [*]	10.37 $\pm$ 3.08 [*]	6.97 $\pm$ 3.26 [■]

注: [▲] $t=13.554$, [▲] $P<0.01$; ^{*} $t=9.053$, ^{*} $P<0.01$; [■] $t=3.113$, [■] $P<0.05$

3 讨论

颈性眩晕一直是临床治疗的一个难点。难在病因繁杂, 治疗难效。多年来, 临床及基础研究者实践探索提出机械压迫学说、颈交感神经受刺激学说、血液流变学变化学说、体液因子学说等观点。由于能够引起颈性眩晕的疾病较多, 又涉及神内、眼科、骨科等多学科, 加之专业限制, 纵向深入研究有限, 且颈性眩晕主观症状多, 阳性体征少, 难以复制模型, 因而深入研究很难取得大幅度进展^[9]。

研究发现, 颈性眩晕女性患者多于男性患者, 长期伏案工作者居多^[10]。本研究结果亦支持这一结论。另一方面, 在对所有参与试验的患者行颈椎平片检查过程中发现, 45.2%的患者存在颈椎失稳, 于泽生等^[11]研究认为, 颈椎失稳是导致颈性眩晕最主要的病机。近年来颈性眩晕患者呈现逐渐年轻化趋势, 与当下人们的生活、工作习惯关系密切。长期伏案工作、睡眠姿势不正确、过劳、体位改变等诱因可直接挤压椎动脉, 人为地加剧椎基底动脉狭窄程度而发生眩晕。Frankel^[12]研究亦支持这一论断。

眩晕首见《内经》, 称为“眩冒”, 提出本病的病因病机与外邪、肝风及体质虚弱有关。其属肝所主, 与肾虚、血虚、邪中等多因素有关。《素问·至真要大论篇》云: “诸风掉眩, 皆属于肝。”, 中医各家历来治疗眩晕多不离肝。《素问·五运行大论篇》则曰: “东方生风, 风生木, ……肝生筋, 肝主目, 其在天为风, 在地为木”, 肝木旺盛, 风气鼓扬, 上袭清窍, 头晕目眩, 而肝为刚脏, 体阴用阳, 极易伤阴化火, 阴虚则易生风。加之今时之人, 夜半不眠, 耗液伤津, 压力缠身, 动则易急, 凡此总总, 叠加累积, 而成眩晕之疾。李金学教授在临证中充分考虑到颈性眩晕的年龄特点、时代特点、病机特点, 辨证论治, 以柔肝息风之法调理风阳上扰之病患。柔肝息风汤以天麻、钩藤平肝息风降逆, 黄芩、菊花清热泻火, 以使肝经之热、阴虚之热不上扰, 葛根为治疗颈项痛要药, 通络解痉, 舒缓经脉, 且有生津升清之效。当归补血活

血且行血, 川芎能“去一切风, 调一切气”, 当归、川芎同用“治气神验”。当归、白芍、菊花又皆能养阴柔肝, 延胡索既能行血中之气, 又能行气中之血, 祛风亦可调颈痛。白芷即都梁丸, 用之治诸风眩晕, 头痛眶痛。防风一味, 轻清去实, 祛风解表且止痛止痉。炒枣仁宁心安神、养心补肝, 调气必调神, 神宁气自平。诸药合用, 而共达柔肝息风止眩之效。

从本文结果来看, 李金学教授柔肝息风法可有效改善风阳上扰型颈性眩晕患者眩晕、疼痛及其它各项症状, 疗效肯定, 且无毒副作用, 临床值得推广。

参考文献

- [1]薛爽, 王国相. 什么是颈性眩晕[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1999, 9(5): 297-300.
 - [2]王峰, 张佐伦, 刘立成, 等. 颈性眩晕的病因及其治疗[J]. 中国矫形外科杂志, 2002, 9(2): 149-151.
 - [3]中国康复医学会颈椎病专业委员会. 颈椎病诊治与康复指南[S]. 北京: 中国康复医学会, 2010: 8.
 - [4]张卫华. 颈椎病的诊断与非手术治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005: 189.
 - [5]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S]. 北京: 中华人民共和国卫生部, 1993: 24-26.
 - [6]魏毅, 梁伟雄, 蔡业峰. 椎动脉型颈椎病功能评定量表初步建立[J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(7): 410-412.
 - [7]王晓红, 丁明甫, 何成奇, 等. 颈椎病颈椎功能评定表[J]. 华西医学, 2003, 18(1): 35-36.
 - [8]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 346.
 - [9]李鹏, 江蓉星. 颈性眩晕的中西医结合治疗现状与进展[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(1): 70-72.
 - [10]林庆光, 赵新建, 冯宗权. 颈性眩晕及其手术治疗机制的探讨(附23例分析)[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1998, 8(5): 249-251.
 - [11]于泽生, 刘忠军, 党耕町, 等. 颈椎不稳在交感型颈椎病发病中的作用(英文)[J]. 中华外科杂志, 2002, 40(12): 881-883.
 - [12]Soto V A, Aantos P S, Vaamonde L P, et al. The usefulness of craniocor-pography in the diagnosis of patients with dizziness and increasing muscle tension in the neck[J]. Aeta Otorrinolaringol Esp, 2001, 52(5): 398-403.
 - [13]周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 297.
- (本文编辑: 张文娟 本文校对: 苏永强 收稿日期: 2018-08-14)

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

中西医结合治疗更年期功能性子宫出血 110 例 临床观察分析

李少华

(江西省乐安县人民医院妇科, 江西 乐安 344300)

摘要:目的 研究中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的临床效果。方法 选取2015年1月—2017年8月收治的更年期功能性子宫出血患者110例,随机分为对照组50例和试验组60例。对照组使用常规西医治疗,试验组在对照组治疗基础上,采用补肾益气固冲汤治疗。比较2组治疗总有效率,治疗前后子宫内膜厚度,治疗后月经各项指标。结果 试验组治疗总有效率为95.00%,高于对照组的76.00%,数据差异显著($\chi^2=8.3600$, $P=0.0038$)。治疗前2组子宫内膜厚度无显著差异($P>0.05$),治疗后试验组子宫内膜厚度小于对照组,数据差异显著($P<0.05$)。试验组治疗后月经各项指标优于对照组,数据差异显著($P<0.05$)。结论 中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的效果较好,能有效改善患者的月经情况,临床价值较高。

关键词: 中西医结合疗法;更年期;功能性子宫出血;补肾益气固冲汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.048

文章编号:1672-2779(2018)-24-0113-02

Clinical Observation and Analysis on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Climacteric Functional Uterine Bleeding for 110 Cases

LI Shaohua

(Gynecology Department, Lean People's Hospital, Jiangxi Province, Lean 344300, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical effect of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of climacteric dysfunctional uterine bleeding. **Methods** 110 patients with climacteric functional uterine bleeding from January 2015 to August 2017 were randomly divided into control group (50 cases) and experimental group (60 cases). The control group was treated with conventional western medicine, while the experimental group was treated with integrated traditional Chinese and Western medicine. The total effective rate, the endometrial thickness before and after treatment and the menstrual indexes after treatment were compared between the two groups. **Results** The total effective rate in the experimental group was 95.00%, which was higher than 76.00% in the control group. The difference was significant ($X^2 = 8.3600$, $P = 0.0038$). There was no significant difference in endometrial thickness between the two groups before treatment ($P > 0.05$). The endometrial thickness of the experimental group was smaller than that of the control group after treatment ($P < 0.05$). The indexes of menstruation in the experimental group were better than those in the control group, and the difference was significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of climacteric dysfunctional uterine bleeding is effective, which can effectively improve the menstrual status of patients, and is of high clinical value.

Keywords: therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; climacteric; dysfunctional uterine bleeding; Bushen Yiqi Guchong decoction

功能性子宫出血是一种常见的妇科疾病,其是指因神经内分泌系统功能失调所导致的异常子宫出血。临床上一一般将功能性子宫出血分为无排卵型、排卵型和排卵期三种类型,其中更年期功能性子宫出血属于无排卵型,主要是40岁以上至绝经前后妇女发生的功能性子宫出血^[1]。正常月经周期有赖于中枢神经系统的控制,下丘脑-垂体-卵巢性腺轴系统相互调节及制约,在性腺轴的正常调节受到干扰后,患者将会发生功能性子宫出血。本研究对中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的临床效果进行分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月—2017年8月我院收治的功能性子宫出血患者110例,随机分为对照组50例和试验组60例。所有患者均经过临床诊断为功能性子宫出血,且患者均对本研究知情。对照组患者年龄41~54岁,平均(46.28±2.15)岁;病程1~14个月,平均(6.52±1.68)个月。试验组患者年龄40~54岁,平均

(46.37±2.23)岁,病程1~13个月,平均(6.28±1.75)个月。2组基本资料比较, $P>0.05$,有可比性。

1.2 纳入标准 所有患者年龄均40~55岁;所有患者月经周期紊乱超过半个月;所有患者均在入院前1个月内未接受其它治疗;所有患者均能积极配合医护人员完成治疗。

1.3 排除标准 排除其它原因导致的子宫异常出血;排除患者中存在心脑血管疾病和肝肾等重要脏器功能障碍的情况;排除患者中存在精神障碍性疾病的情况;排除患者中入院后不能遵医嘱完成治疗的情况。

1.4 治疗方法 对照组采用常规西医治疗方式,在患者刮宫后第5天起,让其按照1 mg/次,1次/d的标准口服戊酸雌二醇,连续治疗21 d为1个疗程(拜耳医药保健有限公司广州分公司生产;批准文号:国药准字J20171038);刮宫后第12天加口服醋酸甲羟孕酮(浙江仙琚制药股份有限公司生产;批准文号:国药准字H33020715) 8 mg/次,1次/d,连续治疗7 d为1个疗程;连续治疗3个月。

试验组采用中西医结合治疗,其中西医用药方法与对照组相同,在此基础上使用中药补肾益气固冲汤进行治疗,其中方药组成为白芍、茜草各12 g,阿胶、菟丝子、续断、炒白术、熟地黄各15 g,煅牡蛎18 g,海螵蛸、黄芪、党参各20 g,山萸肉30 g。根据患者的病情合理进行药物加减,其中主要是在患者有瘀血情况时加三七粉,将药物加水煎煮后取汁,分早晚2次于饭后温服,每日1剂,连续治疗2周为1个疗程,连续治疗3个月。

1.5 评价指标 评价2组治疗效果,测定患者治疗前后的子宫内膜厚度,并对患者的月经情况进行观察。疗效判定标准为:治疗后患者的月经基本恢复正常,出血基本消失为显效;治疗后患者的月经量减少,经期时间和月经周期缩短,临床症状有所改善为有效;治疗后患者的出血情况无明显变化甚至病情加重为无效。子宫内膜厚度分别与患者治疗前与停药后2 d时测定,月经情况观察主要是对患者月经量、月经经期时间和月经周期时间进行观察。

1.6 统计学方法 使用SPSS 22.0统计学软件处理数据,计数资料与计量资料以百分率和 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,用 χ^2 检验和 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者疗效比较 根据表1统计结果,试验组治疗总有效率为95.00%,高于对照组的76.00%,数据差异显著($\chi^2 = 8.3600$, $P = 0.0038$)。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	60	34(56.67)	23(38.33)	3(5.00)	95.00
对照组	50	24(48.00)	14(28.00)	12(24.00)	76.00
χ^2 值					8.3600
P 值					0.0038

2.2 2组子宫内膜厚度比较 表2显示,治疗前2组子宫内膜厚度无显著差异($P > 0.05$),治疗后试验组子宫内膜厚度小于对照组,数据差异显著($P < 0.05$)。

表2 2组子宫内膜厚度比较 $(\bar{x} \pm s, \text{mm})$

组别	例数	治疗前	治疗后
试验组	60	12.81 $\pm$ 2.14	6.54 $\pm$ 0.72
对照组	50	12.93 $\pm$ 2.20	7.65 $\pm$ 0.81
t 值		0.1253	3.2239
P 值		0.9017	0.0047

2.3 2组患者月经情况比较 分析表3数据可知,试验组治疗后月经各项指标优于对照组,数据差异显著($P < 0.05$)。

表3 患者月经情况 $(\bar{x} \pm s, \text{d})$

组别	例数	月经量(mL)	月经经期	月经周期
试验组	60	47.25 $\pm$ 5.18	5.96 $\pm$ 0.94	27.33 $\pm$ 3.15
对照组	50	53.49 $\pm$ 4.62	10.12 $\pm$ 1.08	35.28 $\pm$ 4.16
t 值		2.8429	9.1879	4.8179
P 值		0.0108	0.0000	0.0001

3 讨论

更年期功能性子宫出血是更年期妇女常见的疾病,其主要是因为患者子宫内膜萎缩脱落后难以恢复,加上患者生育功能减退,子宫排卵功能逐渐丧失,孕酮无法发挥正常作用,最终导致患者发生异常出血的情况^[1]。患者发病后的临床症状以出血为主,其出血不具有规律性,月经失调且长期紊乱,出血量少时甚至可持续数月时间,出血量多可导致患者发生贫血的情况^[2]。患者发病后不仅会导致身体正常运行受到影响,还会导致其变得情绪不稳,严重影响其正常生活。

西医对更年期功能性子宫出血的治疗主要是采用药物治疗方式,让患者服用醋酸甲羟孕酮和戊酸雌二醇等药物,通过补充激素的方式让患者的子宫内膜增生得到抑制,并让患者的排卵得到促进,从而改善患者的临床症状^[3]。但西医药物治疗后患者的不良反应较多,并且其对患者临床症状的改善及对月经的调节作用有限,不利于患者生活质量的提升。中医学认为更年期功能性子宫出血主要是因为脾肾亏虚和冲脉不固等所致,因此在对其进行治疗时宜采用补肾益气固冲的方式^[4]。补肾益气固冲汤是中医治疗更年期功能性子宫不调的常见方药,其方药中党参、白术健脾补血,黄芪补气固表,海螵蛸收敛止血、涩精止带,熟地黄补血养阴、填精益髓,续断补肝肾、调血脉,菟丝子补益肝肾,阿胶滋阴补血,茜草祛瘀通经,白芍补血敛阴,煅牡蛎收敛固涩,山萸肉补益肝肾,诸药合用起到补肾益气固冲的功效,让患者的病情得到有效改善^[5]。

本研究对中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的临床效果进行分析,试验组治疗总有效率高于对照组,数据差异显著($P < 0.05$)。治疗前2组子宫内膜厚度无显著差异($P > 0.05$),治疗后试验组子宫内膜厚度小于对照组,数据差异显著($P < 0.05$)。试验组治疗后月经各项指标优于对照组,数据差异显著($P < 0.05$)。综上,中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的临床效果显著,能有效改善患者的临床症状,值得推广应用。

参考文献

- [1]梁竹会,田利玲.中西医结合治疗150例更年期功能性子宫出血的临床观察[J].临床医药研究与实践,2017,2(18):122-123.
- [2]吴茜.中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的疗效观察[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(2):109-110.
- [3]王丽娟,刘海霞,兰君.中西医结合治疗更年期功能性子宫出血53例[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(21):83-85.
- [4]刘秀艳,梅冬艳,谷娜.中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的临床观察[J].中国医药导刊,2016,18(10):983-984,987.
- [5]武可心.探讨中西医结合治疗98例更年期功能性子宫出血的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(83):121-122.
- [6]吴红展.冲止崩汤联合去氧孕烯炔雌醇片治疗围绝经期功能性子宫出血疗效观察[J].新中医,2015,47(5):175-176.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘灿清 收稿日期:2018-09-04)

补中益气汤联合西医疗法治疗卒中相关性肺炎临床研究

吕汉华

(广西壮族自治区苍梧县人民医院中医科, 广西 苍梧 543100)

摘要:目的 观察补中益气汤加味联合西医疗法治疗卒中相关性肺炎的临床疗效。方法 将78名卒中相关性肺炎随机分成治疗组与对照组各39例。对照组采用西医治疗, 治疗组在对照组西医治疗基础上加用补中益气汤加味治疗, 2组疗程均为14 d。观察比较2组的临床疗效。血清学指标C-反应蛋白 (CRP)、白细胞计数(MBC)、不良反应发生情况。结果 治疗后, 治疗组愈显率94.9%, 高于对照组的79.5%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组的血清学指标C-反应蛋白 (CRP)、白细胞计数 (WBC) 改善幅度优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。2组患者均未发生不良反应。结论 应用补中益气汤加味联合西医疗法治疗卒中相关性肺炎更有效改善血清指标, 提高临床疗效, 未发生不良反应。

关键词: 卒中相关性肺炎; 气虚痰浊; 中西医结合疗法; 补中益气汤; 血清指标; 临床疗效; 中风; 咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.049

文章编号:1672-2779(2018)-24-0115-03

Clinical Study on Buzhong Yiqi Decoction Combined with Western Medicine in Treating Stroke-associated Pneumonia

LYU Hanhua

(Department of Traditional Chinese Medicine, Cangwu People's Hospital of Zhuang Autonomous Region, Guangxi Province, Cangwu 543100, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of Buzhong Yiqi decoction combined with Western medicine in the treatment of stroke-associated pneumonia. **Methods** 78 stroke associated pneumonia were randomly divided into treatment group and control group, with 39 cases in each group. The control group was treated with western medicine, and the treatment group was treated with Buzhong Yiqi decoction on the basis of western medicine treatment in the control group. The course of treatment was 14 days. The clinical efficacy of the two groups, serological indicators C-reactive protein (CRP), white blood cell count (MBC), adverse reactions occurred were observed and compared. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group was 94.9%, which was higher than that of the control group (79.5%). The difference was statistically significant ($P < 0.05$). The serum of the treatment group was C-reactive protein (CRP). The improvement of white blood cell count (WBC) was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.01$). No adverse reactions occurred in either group. **Conclusion** The application of Buzhong Yiqi decoction and Western medicine in the treatment of stroke-associated pneumonia is more effective in improving serum index and clinical efficacy without adverse reactions.

Keywords: stroke-associated pneumonia; qi deficiency and turbidity; therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; Buzhong Yiqi decoction; serum index; clinical effect; stroke; cough

卒中相关性肺炎 (SAP) 是指脑卒中患者在急性期和后遗症期并发的肺部感染。SAP一旦发生, 对脑卒中患者的治疗和恢复都会产生负影响^[1], 尽管目前西医诊治SAP已有规范的共识^[2], 但该病的控制在临床上仍不理想, 在长期的临床工作中发现, 此类患者多与中医肺脾有密切关系, 笔者遵循此共识西医治疗的同时, 给予补中益气汤加味治疗SAP, 收到满意的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年5月—2017年6月本科收治的SAP患者78例, 随机分为治疗组和对照组各39例。治疗组男24例, 女15例; 年龄42~79岁, 平均年龄 (64±8.3) 岁; 出血性卒中并肺炎20例, 缺血性卒中并肺炎19例; 基础病及并发症: 伴有吞咽障碍24例, 瘫痪22例, 失语16例; 高血压17例, 高脂血症10例。对照组男25例, 女14例; 年龄40~77岁, 平均 (63.6±8.1) 岁; 缺血性卒中并肺炎17例, 出血性卒中并肺炎22例, 基础病及并发症: 伴有吞咽障碍27例, 瘫痪21例, 失语18例; 高血压11例, 高脂血症12例。2组病情、年龄、性别、体征、病程等经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《卒中相关性肺炎诊治中国专家共识》^[2] 中的相关性的诊断标准。卒中发生后胸部影像学检查发现新出现或进展性肺部浸润性病变, 同时合并2个以上临床感染症状: ①发热, 体温 $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$; ②新出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸系统疾病症状加重, 伴或不伴胸痛; ③肺实变体征, 和 (或) 湿啰音; ④外周血白细胞计数 (WBC) $\geq 10 \times 10^9/\text{L}$ 或 $4 \times 10^9/\text{L}$, 伴或不伴核左移。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[3] 中咳嗽肺气虚弱证: 咳声无力, 日重夜轻, 单咳, 或间歇咳嗽, 痰量少稀, 恶风自汗, 舌淡苔白, 脉细弱。

1.4 排除标准 有慢性阻塞性肺疾病; 支气管扩张, 肺结核, 肺肿瘤, 肺不张等肺部疾病患者; 自身免疫性疾病, 糖尿病患者; 合并有严重心血管病, 肝肾功能及造血系统等疾病患者; 胃食管反流疾病患者; 精神病患者; 依从性较差、对本组研究所有药物过敏者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 根据2010年《卒中相关性肺炎诊治中国专家共识》^[2] 给予西医治疗: 积极治疗原发性疾病; 根

据细菌培养及药敏检测结果联合经验性应用抗感染治疗,持续低流量吸氧、雾化吸入、化痰、扩张气道,神志不清或吞咽障碍者鼻饲,纠正电解质紊乱等治疗。

1.5.2 治疗组 在对照组西医治疗基础上给予补中益气汤加味治疗,处方:黄芪20 g,当归8 g,陈皮5 g,柴胡5 g,升麻5 g,白术15 g,党参15 g,炙甘草5 g,紫菀10 g,款冬花10 g,百部10 g。辨证加减:痰湿蕴肺者,痰多稠厚,苔白腻者,加法半夏10 g,厚朴5 g,苏子10 g;寒饮伏肺者,痰稀苔白,加干姜8 g,细辛3 g,五味子3 g;痰热郁热,痰稠色黄,加鱼腥草15 g,金养根15 g,胆南胆5 g;大便热结者加大黄10 g(后下),瓜蒌仁10 g(打);大便溏烂者,加炒扁豆20 g,莲子肉15 g,炮干姜8 g。每日1剂,加水煎至300 mL。分上、下午温服或鼻饲,连服14 d。

2组均于以14 d为1个疗程,治疗1个疗程后观察疗效。

1.6 观察指标 ①比较2组临床疗效。②比较2组治疗前后血清学指标C-反应蛋白(CRP)、白细胞计数(WBC)变化。③比较2组胸部CT治疗前后变化。

1.7 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]标准拟定。治愈:症状、体征完全消失,实验室检查客观指标正常,胸部CT示肺部病灶消失,痰培养阴性;显效:症状、体征明显改善,客观指标恢复正常或者基本正常;肺部影像学检查显示炎症病灶大部分吸收;有效:症状、体征有所改善,客观指标较前下降,肺部影像学检查结果显示部分改善;无效:症状、体征无改善,实验室检查无变化,肺部影像学检查显示炎症病灶无明显吸收或加重。

1.8 统计学方法 采用SPSS 10.0统计学软件进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)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 见表1。治疗组愈显率94.9%,对照组愈显率79.5%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

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
治疗组	39	29	8	2	0	37(94.9)
对照组	39	20	11	5	3	31(79.5)
χ^2 值						4.129
P值						<0.05

2.2 2组血清指标比较 见表2。治疗前,2组CRP、WBC水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组血清学指标CRP、WBC均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P < 0.01$),治疗后治疗组的血清学指标与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组血清指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP(mg/L)		WBC($\times 10^9/L$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	39	135.1 $\pm$ 25.5	43.6 $\pm$ 9.4 ^①	19.6 $\pm$ 5.4	7.2 $\pm$ 2.2 ^①
对照组	39	133.6 $\pm$ 26.7	70.9 $\pm$ 12.7 ^①	19.45 $\pm$ 5.3	11.5 $\pm$ 3.1 ^①

注:与同组治疗前比较,^① $P < 0.01$

2.3 不良反应 治疗过程中,2组均未观察到药物对肝、肾功能,血液系统有异常影响。

3 讨论

脑卒中后出现多种并发症,SAP是卒中后常见的并发症之一,造成卒中患者死亡的主要原因并非脑卒中本身,而是脑卒中并发症,SAP是卒中死亡的主要危险因素。目前西医可通过集束化护理,鼻饲和使用抗生素等手段治疗,可有效减少SAP,但是由于抗生素的滥用等因素,细菌性耐药增强,真菌感染,混合感染的发生。中西医结合治疗成了提高治疗效果的新趋势。

SAP属中医学“咳嗽”“喘证”范畴。卒中后长期卧床发生肺部感染患者临床上多见精神疲倦,咳嗽气短,面色无华,痰量稀薄,恶风自汗,舌质淡,苔白或厚,脉细弱等。一派气虚痰浊之象。究其病因,此类患者因卒中后肢体功能活动障碍,长期卧床,久卧伤气,加之抗生素更广泛应用伤阳耗气,导致肺脾气虚,肺气虚,不能通调水道,脾气虚不能运化水谷精微,则津聚为痰,痰阻于肺。因此基本病机为气虚痰浊,并贯穿病程始终,病位以肺脾二脏为主。故治疗SAP当从脾肺入手,治宜培土生金,扶正固本,以健脾益气,补肺化痰为法。

补中益气汤源自李东垣的《脾胃论》,主要作用健脾益气,补益后天脾胃,本方用黄芪、党参、白术、炙甘草合用起到补益元气的作用;当归养血和营,活血化瘀;陈皮理气和胃,化痰;升麻、柴胡则起到升阳,举陷的作用。诸药合用共奏健脾益气,补肺化痰,扶正固本之功^[4],正好与SAP的病机相符合。临床辨证加减更精准。研究表明,补中益气汤能增强机体免疫力,降低气道炎性反应,对肺炎球菌等细菌均具有抑制作用,可促进血液循环及扩张血管^[5]。

现代药理研究显示^[6],补中益气汤可增强患者的免疫功能,提高机体的免疫能力,同时亦能增强脑组织的抗缺氧能力,减低脑组织的耗氧。有研究显示^[7],补中益气汤可通过增强机体组织细胞的活性,促进机体的代谢和蛋白质的表达,从而起到改善或消除患者虚证的作用。

本研究结果显示:治疗组总有效率(94.9%)高于对照组(79.5%)($P < 0.05$),治疗后治疗组的血清学指标C-反应蛋白(CRP)白细胞计数(WBC)改善幅度与对照组比较,治疗组优于对照组($P < 0.01$)。2组

患者均未发生不良反应。提示采用西医综合治疗基础上给予补气益气汤加味治疗SAP,更有效改善血清指标,提高临床疗效,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]徐伟,李辉萍,宋治.卒中并发下呼吸道感染的危险因素分析[J].中国卒中杂志,2008,3(4):255-258.
[2]卒中相关性肺炎诊治中国专家共识组.卒中相关性肺炎诊治中国专家共识[J].中华内科杂志,2010,49(12):1075-1078.

- [3]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:54-58.
[4]朱红梅,苏宝林.补中益气汤双向调节作用的探讨[J].中医药学报,2010,38(6):45-47.
[5]邢文山.补中益气汤临床应用[J].实用医技杂志,2015,22(2):200-201.
[6]杜维民.补中益气汤加味治疗脑分水岭梗死40例临床疗效观察[J].中医临床研究,2012,4(23):97-98.
[7]蔡永强.补中益气汤加味联合阿托伐他汀治疗脑梗塞并高血脂的疗效观察及其对血液流变学的影响[J].中国中医药科技,2016,23(1):71-72.
(本文编辑:张文娟 本文校对:杨 锋 收稿日期:2018-08-21)

贯龙合剂联合右佐匹克隆 治疗肝郁化火型围绝经期失眠症临床研究

陈燕芬 卢 军* 张伯涛 林仰锦 林云奇

(普宁市中医医院内科,广东 普宁 515300)

摘要:目的 观察贯龙合剂联合右佐匹克隆治疗肝郁化火型围绝经期失眠症的效果。方法 选取2016年7月—2018年6月共52例肝郁化火型围绝经期失眠症患者作为研究对象,按随机数字表法,分为观察组和对照组各26例。对照组采用右佐匹克隆治疗,观察组采用贯龙合剂联合右佐匹克隆治疗,比较2组患者治疗前后的甲功五项(TSH、T₄、T₃)、性激素六项(FSH、LH、E₂、PRG)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)。结果 观察组患者E₂、PRG水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);TSH、T₃、LH水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);T₄、FSH水平低于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组患者PSQI低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 贯龙合剂联合右佐匹克隆治疗肝郁化火型围绝经期失眠症具有良好的临床疗效。

关键词:贯龙合剂;右佐匹克隆;肝郁化火证;围绝经期;失眠症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.050

文章编号:1672-2779(2018)-24-0117-03

Clinical Study of Guanlong Mixture and Eszopiclone in Treating Perimenopausal Insomnia of Liver Stagnation Transforming into Fire

CHEN Yanfen, LU Jun, ZHANG Botao, LIN Yangjin, LIN Yunqi

(Department of Internal Medicine, Puning Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Puning 515300, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of Guanlong mixture combined with Eszopiclone on the type of liver stagnation transforming into fire of perimenopausal insomnia. **Methods** A total of 52 cases of liver stagnation transforming into fire of perimenopausal insomnia were selected from Puning hospital of traditional Chinese medicine during July 2016 to December 2018 as the study subjects. According to the random number table method, they were divided into observation group and control group. Every group had 26 cases. The control group was treated with Eszopiclone, and the observation group was treated with Guanlong mixture combined with Eszopiclone. The TSH, T₄, T₃, FSH, LH, E₂, PRG and the PSQI of the two groups were compared. **Results** The improvement of the E₂ and PRG of the observation group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The TSH, T₃ and LH levels of the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The T₄ and FSH levels of the observation group was also lower than the control group, but the difference was not statistically significant ($P>0.05$). The PSQI of the observation group was lower than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Guanlong mixture combined with Eszopiclone has a good clinical effect on the type of liver stagnation transforming into fire of perimenopausal insomnia.

Keywords: Guanlong mixture; Eszopiclone; liver stagnation transforming into fire; perimenopausal period; insomnia

失眠症(insomnia)是以频繁而持续的入睡困难和(或)睡眠维持困难并导致睡眠感不满意为特征的睡眠障碍^[1]。失眠症在成人中的发病率为10%~15%^[2],其中女性患者多于男性患者,女男比例为1.7:1^[3],特别是在中老年人群中较多,高达70%^[4]。失眠症患者一般病程较长、呈渐进性加重^[5];围绝经期失眠症患者更是由于性激素水平下降加重自主神经功能紊乱^[6],严重损害患者的身心健康。笔者采用贯龙合剂联合右佐匹克隆治

疗肝郁化火型围绝经期失眠症取得较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本试验所有病例均来源于2015年7月—2017年12月我院内科、妇科门诊符合失眠症诊断标准的围绝经期女性患者,共52例。按就诊顺序编号,并按随机数字表法分为观察组和对照组各26例。对照组年龄45~53岁,平均年龄(48.31±2.45)岁;失眠病史0.5~7年,平均(3.14±2.01)年。观察组年龄45~54岁,平均年龄(49.04±2.91)岁;失眠病史0.5~7.5年,平均

* 通讯作者:doctorlujun@qq.com

(3.17±2.10)年。2组患者在年龄、失眠病史等基本资料方面差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 (1) 西医诊断标准: 参照《国际疾病及相关健康问题统计分类》第10版^[7], 出现下列临床特征:

①主诉或是入睡困难, 或难以维持睡眠, 或睡眠质量差; ②这种睡眠紊乱每周至少发生3次并持续1个月; ③日夜专注于失眠, 过分担心失眠的后果; ④睡眠量和/或质的不满意引起了明显的苦恼/影响了社会及职业功能。

(2) 中医辨证标准: 参照国家中医药管理局不寐协作组制定的《不寐(非器质性失眠症)中医诊疗方案(试行)》^[8]中肝郁化火证辨证: 突发失眠, 性情急躁易怒, 不易入睡或入睡后多梦惊醒, 胸胁胀闷, 善太息, 口苦咽干, 头晕头胀, 目赤耳鸣, 便秘溲赤, 舌质红苔黄, 脉弦数。

1.3 纳入标准 ①符合失眠症西医诊断标准; ②符合肝郁化火证辨证; ③围绝经期女性(年龄45~55岁); ④自愿参加并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①精神分裂症及焦虑症导致的睡眠障碍患者; ②近2个月服用过镇静催眠药物者; ③严重肝、肾功能不全或合并有心、肝、肾和血液系统原发疾病者; ④临床医生认为不适宜参加本研究的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予右佐匹克隆片2 mg(江苏天士力帝益药业有限公司, 国药准字H20090209), 每晚睡前服用。

1.5.2 观察组 在对照组右佐匹克隆治疗的基础上接受贯龙合剂治疗。贯龙合剂组成: 生地黄30 g, 枸杞子20 g, 当归20 g, 麦冬15 g, 北沙参15 g, 川楝子10 g, 龙胆15 g, 黄芩10 g, 栀子10 g。每天1剂, 加水1000 mL, 煎至300 mL, 早晚饭后分2次温服, 每次150 mL。

1.5.3 疗程 2个月为1个疗程。分别于治疗前后进行主要症状和体征及睡眠质量的评价及记录, 治疗前后检查甲功五项、性激素六项、血尿常规、肝肾功能, 并记录不良反应。

1.6 观察指标 治疗前后匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI); 甲功五项: 促甲状腺激素(TSH)、甲状腺素(T_4)、三碘甲状腺原氨酸(T_3); 性激素六项: 促卵泡生成素(FSH)、促黄体生成素(LH)、雌二醇(E_2)、孕酮(PRG);

1.6 安全性指标 ①血常规: 血红蛋白(HGB)、白细胞计数(WBC)、血小板(PLT); ②尿分析: 尿蛋白(PRO)、红细胞(ERY); ③肝功能: 谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST); ④肾功能: 肌酐(Cr)、尿素氮(BUN)。

1.7 疗效评价 采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)作为失眠症患者的睡眠质量评分指标^[9]。参与计分的18个自评条目组成睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍7个成分。18个自评条目按0~3等级计分, 累积各成分得分即为PSQI总分, 总分范围为0~21分, 得分越高表示睡眠质量越差。

1.8 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行数据统计学处理。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 治疗前后比较采用配对样本 t 检验, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料采用率或构成比表示, 组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后甲状腺功能水平比较 治疗前, 2组患者血清TSH、 T_4 、 T_3 水平差异无统计学意义($P>0.05$)。对照组治疗后, T_3 下降明显, 差异有统计学意义($P<0.05$); TSH、 T_4 有所下降, 差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组治疗后, TSH、 T_4 、 T_3 均下降明显, 差异有统计学意义($P<0.05$)。与对照组治疗后比较, 观察组治疗后TSH、 T_3 下降更为明显, 差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表1。

表1 2组患者甲状腺功能水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TSH(mIU/L)	$T_4(\mu g/dL)$	$T_3(ng/mL)$
对照组	26	治疗前	3.18±0.98	8.17±1.67	1.31±0.32
		治疗后	2.75±0.98	7.38±1.86	1.08±0.26 [▲]
观察组	26	治疗前	3.19±0.96	8.18±1.56	1.30±0.35
		治疗后	2.21±0.92 ^{▲■}	6.65±1.65 [▲]	0.90±0.23 ^{▲■}

注: 与同组治疗前比较, [▲] $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, [■] $P<0.05$

2.2 2组患者治疗前后卵巢功能水平比较 治疗前, 2组患者血清FSH、LH、 E_2 、PRG水平差异无统计学意义($P>0.05$)。对照组治疗后, FSH、LH有所下降, E_2 、PRG有所上升, 差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组治疗后, FSH、LH下降明显, E_2 、PRG上升明显, 差异有统计学意义($P<0.05$)。与对照组治疗后比较, 观察组治疗后LH下降更为明显, E_2 、PRG上升更加明显, 差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

表2 2组患者卵巢功能水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FSH(mIU/mL)	LH(mIU/mL)	$E_2(ng/mL)$	PRG(ng/mL)
对照组	26	治疗前	22.30±12.96	12.63±6.66	36.48±16.50	0.28±0.10
		治疗后	17.77±8.65	10.85±5.47	39.42±13.95	0.31±0.10
观察组	26	治疗前	22.27±12.85	12.64±6.07	36.45±19.32	0.27±0.10
		治疗后	14.06±7.56 [▲]	6.58±2.76 ^{▲■}	55.96±11.30 ^{▲■}	0.43±0.12 ^{▲■}

注: 与同组治疗前比较, [▲] $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, [■] $P<0.05$

2.3 2组患者治疗前后PSQI比较 治疗前,2组患者PSQI差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后,2组患者PSQI明显降低,差异均有统计学意义 ($P<0.05$);观察组PSQI明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表3。

表3 2组患者PSQI比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率
对照组	26	治疗前	2.46±0.51	2.42±0.50	2.38±0.50	2.58±0.50
		治疗后	1.58±0.50 [▲]	1.54±0.50 [▲]	1.31±0.47 [▲]	1.46±0.51 [▲]
观察组	26	治疗前	2.50±0.51	2.38±0.50	2.42±0.50	2.62±0.50
		治疗后	0.77±0.65 [■]	0.85±0.54 [■]	0.81±0.85 [■]	0.69±0.74 [■]
组别	例数	时间	睡眠障碍	日间功能障碍	总分	
对照组	26	治疗前	2.35±0.49	2.27±0.45	17.46±1.39	
		治疗后	1.35±0.49 [▲]	1.31±0.47 [▲]	11.54±1.24 [▲]	
观察组	26	治疗前	2.38±0.50	2.23±0.43	17.54±1.48	
		治疗后	0.54±0.65 [■]	0.65±0.69 [■]	7.31±2.06 [■]	

注:与同组治疗前比较,▲ $P<0.05$;与对照组治疗后比较,■ $P<0.05$

2.4 不良反应 观察期间,2组患者均未发现有严重的不良反应。在治疗过程中,对照组与观察组分别有4例与3例出现轻微头痛,另分别有3例与2例出现恶心、消化不良等胃肠道反应,给予对症治疗后缓解。观察过程中监测血、尿常规和肝、肾功能等安全性指标均无明显改变。

3 讨论

围绝经期失眠症发病机制尚不明确^[10],研究表明围绝经期雌激素、孕激素变化最明显,雌激素变化是最早的也是最敏感的^[11]。由于卵巢功能的衰退,起初雌激素水平有所下降;但由于下丘脑-垂体-卵巢轴(HPO轴)的反馈作用,使雌激素会代偿性出现升高;随着卵巢功能的进一步衰退,卵巢中卵泡耗竭,进入持续性的雌激素水平低下时期。

睡眠-觉醒周期调节涉及多中枢、多系统协调整合的复杂生理过程^[12],研究表明神经递质γ-氨基丁酸是维持正常睡眠的主要物质^[13],γ-氨基丁酸对垂体促甲状腺激素和促肾上腺皮质激素等有抑制作用。中枢神经通过下丘脑-垂体-甲状腺轴(HPT轴)和下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA轴)等神经内分泌调节轴调节睡眠。

贯龙合剂是由一贯煎和龙胆泻肝汤加减合剂而成。一贯煎滋肾疏肝,龙胆泻肝汤疏肝泻火,二者一滋一泻,共奏滋肾疏肝、泻火安神之功效。现代药理研究报道一贯煎具有类雌激素样作用^[14],可减缓围绝经期卵巢功能衰退,促进卵巢分泌雌激素、孕激素,负反馈调节FSH、LH分泌,调节下丘脑垂体分泌功能,改善

自主神经功能紊乱。龙胆泻肝汤广泛应用于临床,范围覆盖神经系统、内分泌系统等八大系统,通过调节免疫、抗炎镇痛、抗氧化等作用,清泻人体各系统肝火炎之病症^[15]。

本研究结果显示:贯龙合剂联合右佐匹克隆能明显降低血清TSH、T₄、T₃水平 ($P<0.05$),通过调节HPT轴改善睡眠;并能显著促进卵巢分泌E₂、PRG水平 ($P<0.05$),负反馈抑制垂体分泌FSH、LH水平,通过调节HPO轴改善围绝经期综合征症状;显著降低PSQI ($P<0.05$),改善睡眠质量。

综上所述,贯龙合剂针对围绝经期失眠症肾虚肝郁的核心病机^[16],以滋肾疏肝、泻火安神为法治疗肝郁化火型围绝经期失眠症,通过调节HPO轴和HPT轴,改善卵巢和甲状腺功能,联合右佐匹克隆能有效改善患者睡眠质量,值得临床推广使用。

参考文献

- [1]刘帅,张斌.《中国失眠障碍诊断和治疗指南》解读[J].中国现代神经疾病杂志,2017,17(9):633-638.
- [2]Jessica C. Levenson, Daniel B. Kay, Daniel J. Buysse. The Pathophysiology of Insomnia[J]. Chest, 2015, 147(4): 1179-1192.
- [3]Massimiliano de Zambotti, Ian M. Colrain, Fiona C. Baker. Interaction between Reproductive Hormones and Physiological Sleep in Women[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2015, 100(4): 1426-1433.
- [4]Nalaka S. Gooneratne, Michael V. Vitiello. Sleep In Older Adults: Normative Changes, Sleep Disorders, and Treatment Options[J]. Clin Geriatr Med, 2014, 30(3): 591-627.
- [5]Melynda D. Casement, Kelly M. Harrington, Mark W. Miller, et al. Associations between Pittsburgh Sleep Quality Index Factors and Health Outcomes in Women with Posttraumatic Stress Disorder[J]. Sleep Med, 2012, 13(6): 752-758.
- [6]李世勇,陈少玫.围绝经期妇女失眠症的中医药研究进展[J].现代中医药, 2014, 34(1): 99-103.
- [7]Ronald C. Kessler, Catherine Coulouvrat, Goeran Hajak, et al. Reliability and Validity of the Brief Insomnia Questionnaire in the America Insomnia Survey[J]. Sleep, 2010, 33(11): 1539-1549.
- [8]汪卫东,洪兰,刘艳娇,等.不寐(非器质性失眠症)中医诊疗方案(试行)[J].世界睡眠医学杂志, 2015, 2(1): 14-18.
- [9]Stephanie A. Sassoon, Massimiliano de Zambotti, Ian M. Colrain, et al. Association between personality traits and DSM-IV diagnosis of insomnia in perimenopausal women: Insomnia and personality in perimenopause[J]. Menopause, 2014, 21(6): 602-611.
- [10]李红,陈莹,龚碧娇,等.围绝经期非器质性失眠妇女肝郁分级与雌激素受体α、β、GPR30的相关性研究[J].广州中医药大学学报, 2018, 35(1): 6-13.
- [11]张荣利,沈洁,沈梅红.基于雌激素探讨艾灸预防围绝经期亚健康状态的可行性[J].长春中医药大学学报, 2017, 33(2): 263-265.
- [12]黎发根,李绍旦,杨明会.中医药治疗失眠症作用机理研究进展[J].环球中医药, 2012, 5(7): 543-546.
- [13]张景行,章功良.睡眠-觉醒机制研究概况[J].中国现代神经疾病杂志, 2006, 6(1): 11-16.
- [14]叶玉枝,王昕,白云,等.中药一贯煎制剂对卵巢早衰大鼠血清中E₂、FSH、β-EP水平的影响[J].中华中医药学刊, 2017, 35(8): 2098-2101.
- [15]冯梅,钟志兵,周欣欣.近五年龙胆泻肝汤临床应用研究概况[J].亚太传统医药, 2016, 12(16): 90-92.
- [16]贺微,刘爱玲.围绝经期焦虑症的中医病机研究[J].新疆中医药, 2017, 35(2): 1-3.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王启芬 收稿日期:2018-08-31)

通心络胶囊联合美托洛尔治疗冠心病心绞痛的疗效探讨

潘启民

(辽宁省鞍山市第三医院重症监护病房, 辽宁 鞍山 114031)

摘要:目的 探究通心络胶囊联合美托洛尔治疗冠心病心绞痛的疗效。方法 本次研究对象选自2016年3月—2017年8月收治的90例冠心病心绞痛患者, 随机分为对照组和观察组2组, 每组各45例患者。对照组予以美托洛尔治疗, 观察组予以美托洛尔联合通心络胶囊治疗, 比较2组患者疗效及血脂水平。结果 观察组的总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$); 观察组患者的心绞痛发作次数显著少于对照组, 心绞痛持续时间显著短于对照组 ($P<0.05$); 观察组患者的TC、TG、LDL-C水平均显著低于对照组, HDL-C水平显著高于对照组 ($P<0.05$)。结论 通心络胶囊联合美托洛尔治疗冠心病心绞痛的疗效显著, 且可以改善患者的血脂水平。

关键词: 冠心病心绞痛; 美托洛尔; 通心络胶囊; 血脂水平; 胸痹; 中成药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.051

文章编号:1672-2779(2018)-24-0120-02

Discussion on the Curative Effect of Tongxinluo Capsule Combined with Metoprolol in Treating Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

PAN Qimin

(ICU, the Third Hospital of Anshan, Liaoning Province, Anshan 114031, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of Tongxinluo capsule combined with metoprolol on angina pectoris of coronary heart disease. **Methods** 90 patients with coronary heart disease in our hospital from March 2016 to August 2017 were selected as the research subjects. They were randomly divided into the control group and the observation group, with 45 patients in each group. The control group was treated with metoprolol, and the observation group was treated with metoprolol combined with Tongxinluo capsule. The curative effect and blood lipid level of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). The number of angina pectoris attacks in the observation group was less than that in the control group, and the duration of angina pectoris was significantly shorter than that of the control group ($P<0.05$). The levels of TC, TG and LDL-C in the observation group were lower than the control group, and the HDL-C level was higher in the observation group than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Tongxinluo capsule combined with metoprolol is effective in coronary heart disease, and improve the level of blood lipid in patients.

Keywords: angina pectoris of coronary heart disease; metoprolol; Tongxinluo capsule; blood lipid level; chest discomfort; therapy of Chinese patent drug

冠心病为临床常见心血管疾病, 主要由冠状动脉粥样硬化引起^[1], 患者常出现心肌缺血、血氧状况。冠心病心绞痛患者的病情危急, 容易出现心肌梗死、猝死, 严重威胁患者生命安全。为探究通心络胶囊联合美托洛尔治疗冠心病心绞痛的疗效及对血脂水平的影响, 对我院收治的90例冠心病心绞痛患者进行了本次研究, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究对象选自我院2016年3月—2017年8月收治的90例冠心病心绞痛患者, 随机分为对照组和观察组2组, 每组各45例患者。对照组男24例, 女21例; 年龄65~80岁, 平均年龄(75.82±6.51)岁; 病程最短7个月, 最长11年, 平均病程(5.50±1.41)年; 疾病类型: 30例不稳定型心绞痛, 15例稳定型心绞痛; 心绞痛分级: 6例Ⅰ级, 29例Ⅱ级, 10例Ⅲ级。观察组男25例, 女20例; 年龄63~83岁, 平均年龄(76.12±6.28)岁; 病程最短9个月, 最长10年, 平均病程(5.87±1.51)年; 疾病类型: 29例不稳定型心绞痛, 16例稳定型心绞痛; 心绞痛分级: 7例Ⅰ级、27例Ⅱ级、11例Ⅲ级。2组患者一般资料无明显差异, 差异无统计

学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 所有患者符合冠心病心绞痛诊断标准^[2]。

1.3 排除标准 (1) 严重心衰、心律失常、心肌梗死、房室传导阻滞、心功能不全者; (2) 肝肾功能不全者; (3) 精神疾病、呼吸系统疾病、全身性免疫性疾病者。

1.4 治疗方法 对照组: 予以美托洛尔(倍他乐克, 阿斯利康制药有限公司, 国药准字H32025391, 规格25 mg/片)治疗, 倍他乐克用法用量: 每天50~100 mg, 分2次口服; 28 d为1个疗程, 治疗3个疗程。

观察组: 予以美托洛尔联合通心络胶囊(石家庄以岭药业股份有限公司, 国药准字Z19980015, 规格0.26 g/粒, 30粒/盒)治疗, 在对照组治疗的基础上增加通心络胶囊治疗。通心络胶囊用法用量: 每日口服3次, 每次2~4粒; 28 d为1个疗程, 治疗3个疗程。

1.5 判断指标 统计2组患者治疗后的总有效率、心绞痛发作次数、心绞痛持续时间、血脂水平变化, 临床疗效判定标准如下: 将临床疗效分为显效、有效、无效3级, 显效: 患者心绞痛症状消失, 心绞痛发作次数减少80%以上, 心电图恢复正常, 各项血脂指标显著改

善。有效：心绞痛症状基本消失，心绞痛发作次数减少50%~80%，心电图基本恢复但未达正常水平，各项血脂指标有改善。无效：心绞痛症状未改善，心绞痛发作次数减少低于50%甚至增加，心电图未恢复正常，各项血脂指标未改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ ^[3]。血脂水平包括：总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白(LDL-C)、高密度脂蛋白(HDL-C)。

1.6 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行处理和分析，总有效率为计数资料，采用 χ^2 检验；心绞痛发作次数、心绞痛持续时间、血脂水平为计量资料，采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。如 $P < 0.05$ ，则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者总有效率对比 本次研究，观察组显效32例，有效10例，无效3例。对照组显效25例，有效8例，无效12例。观察组的总有效率为93.33%，显著高于对照组的73.33%，差异有统计学意义($\chi^2=6.4800$, $P=0.011 < 0.05$)。

2.2 2组患者心绞痛发作次数及持续时间对比 观察组心绞痛发作次数显著少于对照组，心绞痛持续时间显著短于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组患者治疗后心绞痛发作次数及持续时间比较
($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心绞痛发作次数(次/周)	心绞痛持续时间(min/次)
对照组	45	10.01 $\pm$ 1.50	5.04 $\pm$ 1.03
观察组	45	5.98 $\pm$ 1.15	3.01 $\pm$ 0.72
t值		14.5767	10.9716
P值		0.0000	0.0000

2.3 2组患者血脂水平对比 观察组患者的TC、TG、LDL-C水平均显著低于对照组，HDL-C水平显著高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组患者治疗后血脂水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	TC	TG	LDL-C	HDL-C
对照组	45	5.81 $\pm$ 0.31	2.43 $\pm$ 0.22	3.56 $\pm$ 0.43	1.58 $\pm$ 0.25
观察组	45	4.98 $\pm$ 0.23	1.91 $\pm$ 0.17	2.93 $\pm$ 0.28	1.93 $\pm$ 0.32
t值		14.6655	12.7939	8.3001	6.1385
P值		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

冠心病主要是由于冠状动脉粥样硬化、管腔内膜增生和狭窄而引起患者出现心肌缺血缺氧的病理状态，经常性胸闷和阵发性心绞痛是冠心病的典型临床表现^[4]。如果冠心病患者的这种急剧性心肌缺血缺氧症状得不到及时纠正和治疗，则病情发展迅速，可能出现心衰、心律失常等严重并发症，甚至直接出

现心源性猝死。

目前，临床上针对冠心病心绞痛的治疗以及纠正患者心肌缺血缺氧为主要原则，如通过增加冠状分支动脉供血量、改善微循环、提高心肌耐缺氧能力等治疗方法可以有效预防心衰、心肌梗死、心律失常、猝死等危重病症的发生。美托洛尔常用于临床抗心绞痛，是一种 β 受体阻断剂。该药物可结合心肌 β_1 受体从而抑制甚至阻断儿茶酚胺及交感神经兴奋的作用，降低心率、减少心肌耗氧，提高心肌耐缺氧能力。但是由于 β 受体阻断剂不能直接改善患者心肌血供及血流动力学指标，还需要结合其他改善心肌缺血症状的药物。冠心病心绞痛属于中医学“胸痹”范畴，中医学理论表示冠心病的病因病机以气虚血瘀为主，尤其是老年患者正气虚损，痰饮及瘀血等病理产物阻滞血脉，久而久之形成气血不畅，不通则痛，随之便出现心悸、胸闷、胸痛等症状。对于冠心病心绞痛的治疗，中医采取活血化瘀及益气止痛的治法治则。通心络胶囊是具有益气活血、通络止痛等功效的中成药，其主要成分有人参、水蛭、全蝎、土鳖虫、蜈蚣、蝉蜕、檀香、降香、赤芍、酸枣仁、乳香、冰片。临床药理实验表示，通心络胶囊可以有效改善心肌供血，减轻急性心肌缺血症状，可以提高心脏泵血功能，增加冠脉血流量、扩张冠脉血管、缓解血管痉挛、缩小心肌缺血及心肌梗死范围、抑制动脉粥样硬化。此外，通心络胶囊还可以降血脂、降低血黏度，抑制炎症因子ICAM-1表达、血小板凝聚和血栓形成，从而改善气血运行到达治疗目的。

本次研究结果显示，观察组的总有效率高高于对照组，观察组患者的心绞痛发作次数显著少于对照组，心绞痛持续时间显著短于对照组，观察组患者的TC、TG、LDL-C水平均显著低于对照组，HDL-C水平显著高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。由此可知，美托洛尔联合通心络胶囊治疗冠心病心绞痛的疗效更加显著，同时使得患者的血脂水平恢复正常。

参考文献

- [1]周倩.通心络胶囊对老年冠心病心绞痛的疗效及安全性[J].医学美容(中旬刊),2013,21(1):29-30.
- [2]张玉玺.曲美他嗪联合通心络胶囊治疗冠心病心绞痛伴血脂异常的疗效观察[J].河南医学研究,2017,26(3):537-538.
- [3]高俊杰.通心络及稳心颗粒联合倍他乐克治疗冠心病心绞痛临床疗效研究[J].中国实用医药,2017,12(30):113-115.
- [4]姜海东.倍他乐克联合通心络胶囊治疗冠心病心绞痛临床研究[J].安徽医药,2013,17(8):1392-1393.

(本文编辑:张文娟 本文校对:付旭明 收稿日期:2018-08-09)

针推启学 ACUPUNCTURE AND
MASSAGE GUIDING LEARNING

中国穴位埋线疗法系列讲座(89)

杨氏3A+疗法“颈五针”埋线针刀
治疗颈源性高血压临床体会※米甲龙¹ 杨才德^{2*}

(1 甘肃省庆阳市西峰区温泉卫生院针灸科, 甘肃 庆阳 745000;

2 兰州大学第一附属医院东岗院区中西医结合科, 甘肃 兰州 730020)

摘要:目的 观察临床中运用杨氏3A+疗法,“颈五针”在治疗颈源性高血压的临床疗效。方法 采用杨氏3A+疗法“颈五针”治疗58例颈源性高血压患者,1个疗程后,观察临床疗效。结果 治愈46例,显效8例,好转2例,无效2例,愈显率93.1%。结论 杨氏3A+疗法“颈五针”治疗颈源性高血压效果明显,值得临床借鉴和推广使用。

关键词: 颈源性高血压; 颈五针; 杨氏3A+疗法; 埋线; 针刀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.052

文章编号:1672-2779(2018)-24-0122-03

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (89)

The Clinical Experience on Yang's 3A+ Therapy at "Jingwuzhen" in the Treatment of Cervical Hypertension

MI Jialong¹, YANG Caide^{2*}

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Wenquan Health Center of Xifeng County in Qingyang City,

Gansu Province, Qingyang 745000, China;

2. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Yang's 3A+ therapy at "jingwuzhen" in the treatment of cervical hypertension. **Methods** Fifty-eight patients with cervical hypertension were treated with Yang's 3A+ therapy at "jingwuzhen". After a course of treatment, the clinical curative effect was observed. **Results** 46 cases were cured, 8 cases markedly improved, 2 cases improved, 2 cases ineffective, and the total effective rate was 93.1%. **Conclusion** Yang's 3A+ therapy at "jingwuzhen" in the treatment of cervical hypertension has obvious effect on treating cervical hypertension and is worthy of clinical reference and promotion.

Keywords: cervical hypertension; jingwuzhen; Yang 3a+ therapy; embedding thread; acupotomy

(上接第23期)

颈源性高血压是由于颈椎骨质增生、颈椎退行性病变、椎体不稳、寰枢关节半脱位、颈椎椎间盘突出等原因,继发性的血压上升,出现头痛、头晕、心慌、失眠、头昏沉等症状,有的出现眼干眼涩、耳鸣耳聋、心慌胸闷等症状。多见于椎动脉型和交感神经型颈椎病^[1-2],其临床表现:高血压患者约是低血压的10倍左右,而中老年人的高血压者,有83%合并颈椎病^[3-6]。有资料显示,颈椎的失索、寰枢关节失索或半脱位,所致高血压的发生率分别为46%、44%^[7]。本文通过运用,杨氏3A+疗法的“颈五针”套餐,进行埋线针刀治疗,临床疗效满意,现将其总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有患者病例,均来于2016年8月—

2018年3月,我院门诊及住院病例,共58例,均为颈椎病合并有高血压,颈椎病、高血压诊断均符合《中医病证诊断疗效标准》^[8]《中国高血压防治指南(2010年版)》,并排除继发性高血压、冠心病、血液病、糖尿病、颅脑病变及肾病等,58例患者均伴有不同程度的头疼、头昏、头晕、恶心、耳鸣耳聋、失眠、胸闷心慌、肩背部疼痛僵硬等症状;其中男性12例,女性46例;年龄42~68岁,平均年龄55岁;病程最短6个月,最长20余年;颈椎X线、CT、MRI片示:生理曲度变直、颈椎关节增生6例,伴或不伴颈椎间盘膨出或突出52例。

1.2 临床表现 本文观察的颈源性高血压的患者,具有颈椎病、高血压病的临床表现,除外根据临床观察总结以下几点症状表现:

①大部分患者的血压变化多出现在颈部症状之后,如落枕、长时间低头等因素引起,拍片检查为颈椎病,患者出现以颈部僵硬疼痛,一侧为主,随后出现头痛、头晕,测量血压时往往血压增高,随服用降压药物时

※ 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



降压效果不理想,当颈部症状逐渐缓解后,血压逐渐平稳正常。

②由颈椎病引起的高血压患者,对降压药的敏感度不高,个别患者降压药联合运用时,降压效果不理想,检查颈椎片示:颈椎间盘膨出、突出、颈椎骨质增生、项韧带钙化等。

③临床中有少部分患者长期血压偏低,在出现颈部症状时,血压不稳,忽高忽低,通过颈部对症治疗,血压逐渐平稳,且逐渐有增高趋势,做颈椎检查发现几乎全部为颈椎病。

1.3 治疗方法 运用杨氏3A+疗法“颈五针”治疗。

“颈五针”定点:颈中点:位于正中线第四、五颈椎棘突之间的一点。关节柱点:位于第四、五颈椎棘突旁开约2 cm处各一点。

针具的选择:所用针具,是采用兰州大学第一医院,杨才德教授所发明的埋线针刀,选4.5 cm长,7#埋线针刀。

操作方法^[9]:患者采取俯卧位且头前屈,双手背垫额,保持头颈部稳定不活动,且充分暴露操作部位皮肤,操作者坐于患者的头部前方,先戴检查手套检查,用黑色定点笔定点,定点完毕后术区消毒,操作者换戴一次性无菌手术手套,并铺无菌洞巾;操作者用左手拇指,再次定点并按压住皮肤,右手拇指食指持埋线针刀,随后右手中指和无名指指端,支于所操作点旁边,将埋线针刀的开口斜面,朝左手拇指方向,使刀口线与脊柱纵轴相平行,刀体于皮肤表面切线垂直,抵住皮肤快速刺入,缓慢推进,直达骨面,稍提起刀体,退出少许,即行纵行切割,横行疏通操作,切开4~6下,有硬结者,可多切割几刀,如刀下出现松动感后,即可缓慢出刀,并按压刀眼片刻,观察不出血时,再用无菌贴贴敷,嘱患者休息片刻,术后3日内少食辛辣刺激性食物,同时保持刀口干燥清洁,术毕。

平均每5~7天1次,4次为1个疗程,治疗1个疗程后观察。

2 结果

2.1 颈椎病的疗效参照标准 参照《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-001.9-94)。

2.2 高血压的疗效标准 参照《中国高血压防治指南(2010年版)》。

2.3 治疗结果 临床完全治愈:在不服用任何中西药物的情况下,血压维持稳定状态,数值测量在正常范围内,一般情况下,治疗应及时,治疗越及时效果越明

显,临床上可完全治愈,很多的高血压患者,血压达到正常水平,不用再服用降压药物。明显疗效:再不服用任何中西药物的情况下,血压可维持稳定,数值测量在正常范围内,偶有血压增高,经过休息或做颈部治疗后,血压很快维持在正常范围。好转:在经过治疗后,高血压好转,维持稳定状态,数值测量接近正常范围高线,虽然不能完全停药降压药物,但服用药量明显减少。本组58例患者,治愈46例,显效8例,好转2例,无效2例,愈显率93.1%。

3 讨论

颈椎病在祖国传统医学中属“筋痹”“骨痹”“项痹”“颈肩痛”“肩背痛”“头痛”“眩晕”等范畴。其主要的发病机制是风寒湿邪客于筋脉,留于关节,气血失之于和,久而久之,瘀血痰湿阻于经络,或因肝肾不足,或因气血亏虚,不能濡养经脉,导致经络阻滞不通,不通则痛,不荣则痛。其病变部位在筋、在骨、在经脉,病变以虚实夹杂,以实为多。

颈椎病又称颈椎综合征,是颈椎骨关节炎、增生性颈椎炎、颈神经根综合征、颈椎间盘突出症的总称,是一种以退行性病理改变为基础的疾病。主要是由于颈椎长期劳损、骨质增生,或椎间盘突出、韧带增厚,致使颈椎脊髓、神经根或椎动脉等受压,出现的一系列功能障碍的临床综合征。主要表现为颈椎关节失稳、松动;髓核突出或脱出;骨刺形成;韧带肥厚和继发的椎管狭窄等,刺激或压迫了邻近的神经根、脊髓、椎动脉及颈部交感神经等组织,引起的一系列症状和体征。颈椎病可分为:颈型颈椎病、神经根型颈椎病、脊髓型颈椎病、椎动脉型颈椎病、交感神经型颈椎病、混合型颈椎病。

其临床表现主要有:颈背疼痛、上肢无力、手指发麻、下肢乏力、行走困难、头晕、恶心、呕吐,甚至视物模糊、心动过速及吞咽困难等。颈椎病的临床症状与病变部位、组织受累程度及个体差异有一定关系。①神经根型颈椎病:具有较典型的根性症状(麻木、疼痛),且范围与颈脊神经所支配的区域相一致。②脊髓型颈椎病:临床上出现颈脊髓损害的表现。③椎动脉型颈椎病:有猝倒发作,并伴有颈性眩晕,旋颈试验阳性。X线片显示节段性不稳定或枢椎关节骨质增生。多伴有交感神经症状。④交感神经型颈椎病:临床表现为头晕、眼花、耳鸣、手麻、心动过速、心前区疼痛等一系列交感神经症状,X线片颈椎有失稳或退变。⑤颈型颈椎病:是指具有头、肩、

颈、臂的疼痛及相应的压痛点，X线片上没有椎间隙狭窄等明显的退行性改变，但可以有颈椎生理曲线的改变，椎体间不稳定及轻度骨质增生等变化。⑥混合型颈椎病是指颈椎间盘及椎间关节退变及其继发改变，压迫或刺激了相邻的脊髓、神经根、椎动脉、交感神经等两种或两种以上相关结构，引起的一系列相应的临床表现。

颈椎的活动度是我们人体脊柱活动度最大的关节部位，颈椎椎间关节的方向都接近水平位置，容易发生脱位、滑脱和交锁等情况，再加上人体直立时候。头部的负荷不均衡，受力不平衡，颈椎的生理性负荷比较大，而且现代随着人们的生活水平的提高，经济科技水平的飞跃发展，电脑办公、手机、电视等等长期头部前倾等增多，导致颈椎受损程度增大，经过几年的临床总结观察，在常见疾病中占大部分，由此可见颈椎是最容易受到损伤的关键部位之一，一旦受损后，严重影响人们的生存，近年来随着心脑血管病的高发，高血压占主要地位，而其中由于颈椎受损后，导致血压升高，此类可归为颈源性高血压，其表现具有隐匿性，大部分无明显的颈椎症状，表现为单纯性血压增高，服用降压药物治疗效果较差，同时血压水平多以中度最为常见，临床症状常表现为头晕、头疼、头昏沉、头胀闷不适、失眠、情绪波动比较大等一系列为主要症状的血压增高。而患者急性发作时常常比较突然，同时会伴有颈项强痛不适、脖子僵硬、上臂及肩背部疼痛麻木、耳鸣、体力下降、视物模糊不清、有时出现眉棱骨疼痛、恶心、呕吐、心悸、胸闷等各种症状，都是颈椎病的相关症状，但在临床中大部分患者的颈椎病临床症状表现不典型，仅头疼头晕伴血压升高，查颈椎CT、X线片、MRI等，颈椎形态明显异常，出现生理曲度变直、反弓等异常征象，椎间盘突出、骨质增生、颈椎脊髓受压等等相关改变。

颈源性高血压的发生常常与人们的工作生活习惯关系密切，长时间的坐、立大大加重了颈部的负荷，使支撑人体头部的颈部压力增大，导致颈部的骨骼、颈椎、颈部肌肉组织及椎间组织发生损伤，出现增生、僵硬、钙化、黏连、变形、滑脱，以及周围的肌肉组织，产生炎症、水肿、痉挛等一系列的临床反应，进而造成颈部脊髓、椎动脉、脊神经受压、交感神经受刺激引起脑缺血、神经性头痛、神经功能紊乱等一系列因素，都可引起血压增高，而同时这些诸多因素都可出现在中老年性高血压患者的身上。

颈源性高血压多由于脊柱力学不平衡而致肌力失

衡，关节轻度位移，继发性血压上升，当因生活工作因素致颈部肌肉劳损、僵硬及韧带钙化，牵拉压迫椎动脉及刺激颈交感神经，使其紧张、兴奋性增高，直接导致了血压升高。运用杨氏3A+疗法之系列套餐“颈五针”为主，“颈五针”中的五个点为术点，其中所定的“关节柱点”四点的埋线针刀治疗后，能有效的解决脊柱力学的不平衡，缓解周围痉挛的肌肉组织，减轻对椎动脉及交感神经的压迫牵拉刺激，同时具有调节气血运行，疏通经络等作用，增加脑供血，改变症状，“颈中点”是第四五颈椎棘突之间一点，此点为疼痛点，多数患者此处为硬节，疏通松解后可以有效缓解颈部肌肉组织韧带僵硬钙化，减轻对周围神经血管的卡压，同时也纠正了颈椎小关节的紊乱，大大缓解了对椎动脉及交感神经的刺激，使血压恢复正常。

本文是选用治疗工具，是杨才德发明的一项国家专利工具，它既可以埋线操作也可以进行针刀松解治疗，即埋线针刀，埋线针刀既具备了针灸的治疗作用，又有针刀的松解作用，两者合二为一，具有调节脏腑阴阳平衡、疏通经络调和气血、补虚泻实、调节机体免疫功能等作用，本文采用针刀疗法剥离松解病变部位的组织，解除病变组织的黏连、紧张，有效的缓解了局部肌肉组织的痉挛，促进局部血液循环，受压的神经得到恢复、局部水肿的组织及无菌性炎症的吸收等，从而达到治疗疾病的目的。通过运用杨氏埋线针刀疗法之“颈五针”，治疗颈源性高血压的临床疗效观察表明，杨氏3A+的“颈五针”，在治疗颈源性高血压具有见效快，安全系数高，降压效果明显且经济实惠、操作方便、患者痛苦小易接受等特点，因此具有很好的临床推广价值。

参考文献

- [1]张碧珍.老年高血压病使用苯磺酸氨氯地平治疗疗效分析[J].医学研究通讯,2005,34(11):79.
- [2]何柳,李国乾,赵子翔.通化市80例颈性高血压患者临床观察分析[J].中国保健营养,2012,22(4):415.
- [3]郑胜明,张海芬,范炳华.颈性高血压研究概况[J].中医正骨,2011,23(4):33-35,39.
- [4]唐勇,李健,唐圣印,等.颈椎病导致血压异常的临床表现与治疗[J].社区医学杂志,2010,8(12):18-19.
- [5]马奎云.颈源性疾病诊断治疗学[M].郑州:河南科学技术出版社,2005:400-401.
- [6]莫瑞嘉.高血压合并颈椎病的临床X线特点[J].临床荟萃,2001,16(9):424.
- [7]包春宇,刘兆强.颈源性高血压的认识与治疗[J].中国疗养医学,2010,19(4):333-334.
- [8]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,2014:6.
- [9]杨才德.星状神经节埋线治百病[M].北京:中国中医药出版社,2017:199-210.

(本文编辑:张文娟 本文校对:南会妮 收稿日期:2018-11-02)

(未完待续)

合谷穴抗痉挛针法治疗中风后手痉挛的即刻效应研究※

王 军 侯惠斌

(黑龙江省大庆市中医医院康复科, 黑龙江 大庆 163311)

摘要:目的 观察针刺合谷穴治疗中风后手痉挛的即刻效应的主客观指标。方法 选取在本院接受治疗的中风病手痉挛患者, 选取时间段2014年7月—2014年12月, 病例数共计为60例。通过随机数字法对其进行分组, 平均分成对照组和观察组各30例。对照组仅接受普通针刺法, 观察组接受抗痉挛针法治疗。2组患者均观察针刺后的即时效果, 分析治疗后的效果差异。结果 治疗后观察组患者的总体治疗有效率显著高于对照组, 在Asworth评级和表面肌电均方根值方面, 治疗前2组不存在显著差异 ($P>0.05$), 而治疗后观察组Asworth评级及表面肌电均方根值均优于对照组 ($P<0.05$)。结论 抗痉挛针法对手痉挛的即时效果优于普通针刺法。

关键词: 中风; 手痉挛; 针灸; 表面肌电; 即刻效应

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.053

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0125-03

Study on the Immediate Effect of Hegu (LI4) Antispasmodic Acupuncture in Treating Hand Spasm after Stroke

WANG Jun, HOU Huibin

(Rehabilitation Department, Daqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Daqing 163311, China)

Abstract: **Objective** To observe the subjective and objective indicators of the immediate effect of acupuncture at Hegu (LI4) on hand spasm after stroke. **Methods** 60 cases of hand spasm with apoplexy were selected from July 2014 to December 2014. They were divided into the control group and the observation group by random number method. The control group was treated with acupuncture only, while the observation group was treated with antispasmodic acupuncture. The immediate effect after acupuncture was observed in both groups, and the difference after treatment was analyzed. **Results** The overall treatment efficiency of patients in the observation group after treatment was significantly higher than that in the control group. There was no significant difference between the two groups before treatment ($P>0.05$) in terms of Asworth rating and surgically emg root mean value, while the Asworth rating and surgically emg root mean value were both superior to the control group after treatment ($P<0.05$). **Conclusion** The immediate effect of antispasmodic acupuncture is better than that of ordinary acupuncture.

Keywords: stroke; hand cramps; acupuncture; surface myoelectricity; immediate effect

近年来中风病在我国呈高发趋势, 致死致残率高。随着医疗技术的发展, 众多中风病患者得以挽救生命, 但随之而来的问题是中风后出现各种功能障碍, 使患者生存及生活质量下降, 是威胁我国国民健康的严重疾病。中风后最容易出现的是患侧肢体肌张力增高, 出现痉挛状态, 是医学界的一大难题。因此治疗中风后痉挛成为从事康复治疗的医师、治疗师研究的重点工作。治疗方法百家争鸣, 其中针刺治疗中风后痉挛受到了医师的特殊喜爱。现代医学药物治疗中风后痉挛有一定效果, 但也伴随副作用, 严重者可能影响患者康复的日常治疗及生活。中医针刺治疗中风病着眼于患者的整体与局部, 取得了较好的疗效, 但对于中风后痉挛状态也有众多医家进行临床观察研究, 但观察指标大多为主观评判, 缺乏客观指标的对比。表面肌电均方根值可以客观地记录人体肌张力的变化, 此次临床观察采用抗痉挛手法针刺合谷穴治疗中风后手痉挛, 并采用表面肌电中均方根值的客观指标进行临床观察, 以期得到较好的治疗中风后手痉挛的方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取在大庆市中医医院康复科住院的脑卒中后手痉挛患者, 选取时间段2014年7月—2014年12

月, 按照纳入标准选取病例数共计为60例。通过随机数字表法对其进行分组, 平均分成对照组和观察组各30例。对照组中男21例, 女9例; 年龄45~75岁, 平均年龄为 (61.32 ± 2.41) 岁; 改良Asworth分级 I 级12例、II 级9例、III 级9。观察组中男23例, 女7例; 年龄48~77岁, 平均年龄为 (62.87 ± 1.77) 岁; 改良Asworth分级 I 级10例、II 级11例、III 级9例。组间患者的基础资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 符合1995年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管病诊断要点》中脑梗死和脑出血的诊断标准^[1]。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准, 并经头颅CT或MRI确诊; ②年龄为45~80岁, 病程在3个月内, 病情稳定, 生命指征平稳; ③认知功能正常, 可接受针刺治疗与表面肌电测定的患者; ④言语功能大致正常, 可以满足沟通交流; ⑤已明确由脑卒中引起的上肢痉挛, 痉挛程度按照改良Ashworth分级^[2], 选取痉挛在 I + 级、II 级、III 级者; ⑥签署知情同意书, 愿意参加本次试验者。

1.4 排除标准 ①大面积脑梗死或者脑出血患者; ②处在急性期或者病情重或者病情不稳定者; ③伴有意识障碍或严重认知障碍或者语言障碍者; ④有心、肝、肺、肾系统合并症者, 糖尿病或有严重出血倾向的患

※ 基金项目: 黑龙江省中医药中青年科技攻关项目[No.ZQG-071]

者；⑤存在引发肌张力升高的其他疾患者；⑥近期进行肉毒素注射或者服用具有镇静作用的中西药及肌松药者。

1.5 方法

1.5.1 针刺方法 选穴：合谷穴（患侧）。

观察组：抗痉挛针法：常规操作将针灸针刺入合谷穴后，针尖朝向第二掌骨骨间肌方向，并施行提插捻转强刺激手法，并使患侧食指出现不自主抽动现象3次为度。

对照组：常规操作将针灸针刺入合谷穴后，小幅度提插捻转至得气为止。

常规操作：在针刺局部常规消毒后，使用国产0.25×40 mm一次性无菌毫针，行无菌性针刺术，针刺达到肌肉层，直刺入0.5寸左右。然后根据患者分组继续相应针刺手法。

1.5.2 评测方法 痉挛分级采用改良Asworth量表，表面肌电仪使用加拿大产Flexcomp 10通道表面肌电仪，使用原机自带数据分析系统，并选取均方根值（RMS）作为评价肌张力的数据。

1.5.3 评测程序 治疗前、后进行肌张力的评价及表面肌电测定。

①先进行改良Asworth分级量表评测。②改良Asworth分级评测完后让患者平卧位休息30 min，上肢自然放松平放在床面上，准备好后将Flexcomp表面肌电图开机，清洁测试区域皮肤（包括备皮和75%酒精脱脂），将Ag/AgCl电极片放置并贴敷于患侧上肢掌长肌肌腹对应的皮肤上，正极在上侧，负极在下侧。使用单通道开放式表面肌电采集方案进行检测，先观测实时肌电RMS基线20 s，待基线平稳后进行一次完整测量程序。测量结束后行针刺手法，手法结束后拔针并立即进行第2次表面肌电测量程序（不静卧休息30 min）。③表面肌电测量结束后再进行第二次改良Asworth分级量表评测。

1.6 统计学方法 将采集到的改良Asworth分级评分及表面肌电均方根值（RMS）结果经由SPSS 19.0进行数据统计学分析，每组治疗前后使用 t 检验，组间进行卡方检验。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后RMS比较 治疗前2组患者的RMS无显著差异（ $P>0.05$ ），而治疗后2组RMS均显著下降（ $P<0.05$ ），而且观察组RMS下降显著优于对照组（ $P<0.05$ ）。详情见表1。

表1 治疗前后2组患者RMS比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	61.43±19.71	34.43±13.03
对照组	30	60.09±18.11	47.23±15.43
P 值		>0.05	<0.05

2.2 2组治疗前后总体有效率比较 有效率评定以Asworth分级为标准，降1级为有效，降2级为显效，无变化者为无效。治疗后2组有效率比较，观察组总体有效率也显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。详见表2。

表2 2组患者治疗总体有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	9	19	2	28(93.33)
对照组	30	4	21	5	25(83.33)
t 值					4.963
P 值					<0.05

3 讨论

《灵枢·九针十二原》云：“刺之要，气至而有效”。从以上的临床观察中我们可以明确看出，抗痉挛针法可以取得明显临床效果及客观数据的改善，从中我们也可以得出千百年来前贤总结出来的经验，即“气至病所”是针刺取得显著疗效的关键，提示我们在针灸临床工作中不但要注重针刺得气，更要达到“气至病所”。

《素问·痿论篇》：“论言治痿独取阳明者，何也？歧伯曰：阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利机关也。冲脉者，经脉之海，主渗灌溪谷，与阳明和于宗筋，阴阳总宗筋之会，会于气街，而阳明为长，皆属带脉，而络于督脉。”合谷穴，属手阳明大肠经，为原穴，具有通经活络止痛，镇静安神，平肝熄风的功效。通过针刺合谷穴，既可达到通络熄风作用，又可补原气，调节气机，充分发挥针刺的双相调节作用，在中风早期和后遗症期均可应用。其穴位在手背，第1、2掌骨间，当第2掌骨桡侧的中点处。针刺后依次经过皮肤、皮下组织、浅筋膜、深筋膜、肌层。浅层有手背经脉网桡侧半，桡神经浅支，深层有第一骨间背侧肌、拇收肌横头^[3]。

中风后痉挛的产生，是由于上位神经元的运动抑制作用缺失，导致下运动神经元兴奋性增高，出现肌张力增高，肢体呈现痉挛状态。针刺合谷穴能产生缓解手痉挛的即刻效应的机理，我们通过查阅资料并分析认为其在于当针刺合谷穴行抗痉挛手法使患者产生食指不自主抽动时，是刺激了患侧骨间肌的肌腹，使其产生了一个瞬间的快速牵张反射，并且这个反射反馈至同侧同一脊髓水平的后角神经元，产生一个即时的抑制信号并反馈到同一个肌节的痉挛肌群（指屈肌群），使局部肌肉肌张力下降，从而达到了痉挛缓解的效果。手部针刺产生的即刻效应，也可以对手部的康复训练打下良好的基础^[4]。而且根据我们的另一组临床观察，应用抗痉挛手法针刺合谷穴不仅能够取得明显即时效果，经过一个周期的治疗，对痉挛状态的缓解

也有长期效果^[5]。

参考文献

- [1]中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
[2]王茂斌.脑卒中的康复治疗[M].北京:中国科学技术出版社,2006:110.
[3]崔怀瑞,杨新东,徐向党,等.合谷穴的局部解剖研究[J].针灸临床杂志,

2006,22(4):35-37.

- [4]王利春,王志勇,康西忠,等.不同针刺方法对中风患者手痉挛影响的对比研究[J].中国针灸,2008,28(7):503-506.
[5]王军,王铁刚,王顺,等.针刺合谷穴治疗中风手痉挛60例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(5):69-70.

(本文编辑:张文娟 本文校对:侯惠斌 收稿日期:2018-10-16)

火针结合压力衣治疗单纯性下肢静脉曲张的临床对照研究※

陈 红

(赣南医学院第一附属医院康复医学科,江西 赣州 341000)

摘要:目的 探讨火针结合压力衣治疗单纯性下肢静脉曲张的临床疗效。方法 将2012年12月—2014年6月就诊的单纯性下肢静脉曲张患者60例纳入研究并依据随机数字表法分组,对照组30例予以压力衣单一治疗,观察组30例予以火针联合压力衣治疗。比较2组患者治疗前后下肢静脉功能CEAP临床分级;下肢功能损害程度评分;治疗总有效率。结果 2组治疗后CEAP分级与治疗前相比,差异显著($P<0.05$),观察组C0~C2所占比例明显高于对照组($P<0.05$);2组治疗后下肢功能损害程度评分以低分为主($P<0.05$),观察组0~1分患者人数较对照组更多($P<0.05$);观察组总有效率为93.3%,明显较对照组46.7%的总有效率高($P<0.05$)。结论 火针结合压力衣治疗单纯性下肢静脉曲张临床疗效显著,能改善患肢麻木等临床症状,减少复发,防治并发症,适合一定的临床推广。

关键词:单纯性下肢静脉曲张;火针;压力衣

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.054

文章编号:1672-2779(2018)-24-0127-03

Clinical Control Study on Fire Needle and Pressure Suit in the Treatment of Simple Varicose Veins of Lower Extremities

CHEN Hong

(Department of Rehabilitation Medicine, the First Affiliated Hospital of Gannan Medical College, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of fire needle combined with pressure suit in the treatment of simple varicose veins of lower extremity. **Methods** 60 cases of simple lower extremity varicosity in our hospital from December 2012 to June 2014 were studied and grouped according to random data table. 30 cases in the control group were treated with pressure clothes single treatment, and 30 cases in the observation group were treated with fire needle combined with pressure clothing. The clinical grading of lower extremity venous function, the degree of lower extremity function impairment and the total effective rate were compared between the two groups before and after treatment. **Results** The difference of CEAP grade between the two groups was significantly higher than that before treatment ($P<0.05$), and the proportion of C0~C2 in the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). The lower limb function damage score of the two groups was mainly low ($P<0.05$), and the number of 0~1 points in the observation group was more than that of the control group ($P<0.05$), and the observation group was always effective. The total effective rate of the observation group was 93.3%, which was significantly higher than 46.7% in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of fire needle and pressure clothing is effective in treating simple varicose veins of lower extremity. It can improve the clinical symptoms such as limb numbness, reduce recurrence and prevent complications. It is suitable for a certain clinical application.

Keywords: simple varicose veins of lower extremity; fire needle; pressure suit

单纯性下肢静脉曲张在下肢负重人群中发病率高,为临床常见疾病之一,多因下肢静脉瓣膜损伤,导致静脉血液反流,远端血液滞阻^[1]。初期患肢无症状,慢性发展可自觉麻木不利、酸软肿胀、极易出现疲劳感和沉重感,下肢浅静脉有变形、膨隆、扩大,甚至蜷曲成团等病变,严重时可出现足靴区皮肤色素沉着、破溃出血、溃疡形成、血栓性静脉炎等^[2]。

目前临床上针对单纯性下肢静脉曲张的治疗以手术方式为主,但并发症和不良反应较多,且术后复发

率高。非手术治疗主要采用弹力袜及硬化剂注射疗法等,对于症状较重的患者疗效欠佳。因此,一些新型绿色疗法开始应用于该领域的治疗。火针疗法具有软坚散结,行气活血,改善静脉循环的作用;压力衣可减轻静脉曲张,消除水肿,降低患肢坠胀感^[3]。本研究通过随机对照试验比较治疗后CEAP临床分级,下肢功能损害程度评分,总有效率等指标,客观评价火针结合压力衣治疗单纯性下肢静脉曲张的临床疗效,有着一定的临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2012年12月—2014年6月于我院康复

※ 基金项目:江西省赣州市指导性科技计划项目[No.GZ2012S51]

科及血管外科就诊单纯性下肢静脉曲张的60例患者作为本次研究对象,并签署知情同意书。通过随机数据表法对其进行随机分组。对照组男16例,女14例;年龄18~65岁,平均(45.5±9.3)岁;病程3~60个月,平均(36.9±5.6)个月。观察组男15例,女15例;年龄21~63岁,平均(44.7±8.6)岁;病程4~57个月,平均(34.9±4.8)个月。将观察组与对照组的上述情况进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 ①典型表现:浅静脉怒张、蜷曲,下肢麻木、酸胀,久立或行走后加重,严重者足靴区皮肤色素沉着,溃疡出血糜烂,经久不愈;②体征检查:深静脉通畅试验阳性,大隐静脉瓣膜功能试验阳性,交通静脉瓣膜功能试验阳性;③影像学检查:下肢静脉超声检查,静脉造影检查判断下肢静脉功能情况^[4]。

1.3 纳入标准 ①符合上述有关单纯性下肢静脉曲张的诊断标准;②年龄为18~65岁,病程≥3个月,性别不限;③治疗前CEAP分级≥C1级;④皮肤活动性溃疡者溃疡面积≤5 cm;⑤无严重并发症,无火针禁忌证者。

1.4 排除标准 ①不符合单纯性下肢静脉曲张的诊断标准;②年龄<18岁或者>65岁,病程<3个月者;③患心脑血管、肝、肾、造血系统等严重并发症,或合并感染、糖尿病、精神病、恶性肿瘤、免疫性疾病;或妊娠期、哺乳期妇女;④治疗前CEAP分级中有C0级患者或皮肤溃疡面积>5 cm;⑤不同意接受火针及压力衣治法,不愿意签署知情同意书,或治疗期间退出者;⑥纳入后发生不良反应、病情恶化等情况将予以剔除。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 采用压力衣治疗:(1)选用标准:压力衣(赣南医学院第一附属医院康复工程师制作),根据下肢具体病变部位选择不同的长度,根据下肢静脉曲张的程度选择不同的强度(压力范围15~60 mmHg);(2)操作方法:把压力衣向外翻到脚踝部,从脚尖开始依次将压力衣套入至脚跟,然后向踝部和小腿部慢慢展开,最后用掌力将压力衣往上传送,直至完全穿上,无不适感。患者每日起床前需穿好压力衣,严格按照规定时长穿戴,睡前从顶部开始平稳缓慢地脱下压力衣;(3)疗程:每日穿戴8~12 h,1周为1个疗程,治疗共计4个疗程;(4)注意事项:治疗过程中因人而异,适当地调整压力衣的压力强度,有不良反应及时到医院处理;压力衣每天都需认真清洗,自然晾干。

1.5.2 观察组 采用火针结合压力衣治疗:(1)火针治疗:①器材:选用细火针和中粗火针2种规格的针具(贺氏特制盘龙火针);②操作方法:患者采用立位或

坐靠位,充分暴露静脉曲张部位。术者对针刺皮肤及针具进行常规消毒,而后在针刺皮肤上涂一层薄的万花油。点燃酒精灯,将火针置于火焰上烧至白亮,用围刺法在曲张部位(包括溃疡面)周围快针点刺,深度以0.01~0.05寸为度,针刺间以1~1.5 cm为宜,针刺五针至数十针不等。然后选择静脉曲张最明显的2~5处,以中粗火针,快针点刺,令瘀血尽出,自然止血,用碘伏擦干血渍后再搽一层万花油;③疗程:1周1次,1次为1个疗程,治疗共计4个疗程;④注意事项:若治疗过程中遇到晕针、断针等情况时要立即停止针刺操作,对症处理。(2)压力衣治疗:压力衣的选用、穿戴方法、疗程均与对照组相同,另需注意,在进行火针治疗时要临时脱下压力衣,操作完毕后立即穿回。

1.6 观察指标

1.6.1 体征检查 深静脉通畅试验检查,大隐静脉瓣膜功能试验检查,交通静脉瓣膜功能试验检查。

1.6.2 实验室检查 下肢静脉超声检查,静脉造影检查,血、尿、大便常规检查。

1.6.3 下肢静脉功能CEAP临床分级 分为C0~C6级。C0:有症状而无静脉病体征;C1:毛细血管扩张,网状静脉;C2:浅静脉曲张;C3:静脉性水肿;C4:皮肤改变(色素沉着、湿疹、脂质硬皮症、白色萎缩);C5:皮肤改变加已愈合溃疡;C6:皮肤改变且活动期溃疡。

1.6.4 下肢功能损害程度评分 分为0~3分。①0分:下肢无症状,无功能损害;②1分:有症状,但无功能损害且不需弹性织物支持治疗;③2分:有症状,在弹性织物支持下可保持正常工作;④3分:有症状,需弹性织物支持且不能正常工作。

1.7 临床疗效综合评定 采用尼莫地平法计算总有效率。

①治愈:临床症状和体征几乎全部消失。②好转:静脉曲张明显减轻,走路或站立时坠胀感不明显。③无效:症状和体征无明显改善。

1.8 统计学方法 使用统计学软件SPSS 12.0统计试验数据:计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验, $P<0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后下肢静脉功能CEAP临床分级比较 由表1可见,比较2组受试者治疗前CEAP的分级情况,差异无统计学意义($P>0.05$)。比较2组受试者治疗后CEAP的分级情况,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后CEAP级别中C0~C2级患者人数明显多于对照组,C3~C6级患者人数明显少于对照组,差异显著($P<0.05$)。

表1 2组治疗前后CEAP临床分级比较 ($\bar{x} \pm s$, 个)

组别	例数	时间	C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
观察组	30	治疗前	0	3	7	7	8	3	2
		治疗后	5 [#]	10 ^{#△}	10 ^{#△}	3 ^{#△}	2 ^{#△}	0 ^{#△}	0 ^{#△}
对照组	30	治疗前	0	3	6	8	8	3	2
		治疗后	1 [#]	6 [#]	8 [#]	6 [#]	6 [#]	2 [#]	1 [#]

注:与治疗前比较,[#] $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.2 2组治疗前后下肢功能损害程度评分比较 由表2可见,2组受试者治疗前下肢功能损害程度评分差异无统计学意义 ($P>0.05$),治疗后均有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组治疗后0~1分患者人数较对照组更多,差异显著 ($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后下肢功能损害程度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 个)

组别	例数	时间	0分	1分	2分	3分
观察组	30	治疗前	2	7	15	6
		治疗后	8 ^{#△}	14 ^{#△}	7 ^{#△}	1 ^{#△}
对照组	30	治疗前	2	8	14	6
		治疗后	4 [#]	11 [#]	11 [#]	4 [#]

注:与治疗前比较,[#] $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.3 2组临床疗效综合评定比较 由表3可见,观察组总有效率为93.3%,对照组为46.7%,2组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$),说明观察组总有效率优于对照组。

表3 2组临床疗效综合评定比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
观察组	30	8(26.7)	20(66.7)	2(6.7)	28(93.3) [#]
对照组	30	3(10)	11(36.7)	16(53.3)	14(46.7)

注:与对照组比较,[#] $P<0.05$

3 讨论

单纯性下肢静脉曲张是血管外科常见的一类疾患,因下肢动脉瓣膜关闭不全等损伤引起血液动力学改变,使下肢浅静脉压力增加,进而浅静脉和毛细血管扩张,血液循环发生障碍,出现下肢麻木不仁、乏力胀酸,色素沉着、破溃出血、溃疡、血栓性静脉炎等临床表现^[5]。该病出现在下肢负重人群中,多见于因工作性质久坐或久立者,患者普遍较为年轻,患病后对工作、生活会产生较大的负面影响。单纯性下肢静脉曲张重在预防,临床上还未出现疗效理想的特异性治疗方法,一旦患病就会迁延难愈。目前该病的治疗主要以手术为主,但存在皮肤灼伤、切口感染、淋巴瘘、炎症反应、皮下血肿、皮下硬结、肢体麻木及影响美观等并发症和不良反应,且术后复发率也较高;非手术治疗主要采用压力衣、弹力袜及硬化剂注射疗法等,对于症状较重的患者疗效欠佳,复发率高,且硬化剂注射疗法会导致深静脉血栓形成和肺栓塞的危险^[6]。因此需

要一种颇具疗效、创伤面小、并发症及不良反应少、复发率低、不影响美观、易于推广,能同时应用于治疗和预防单纯性下肢静脉曲张双重效果的治疗方法。

中医认为单纯性下肢静脉曲张是由于肾气不足,下肢脉络瘀阻不通,气血运行不畅,复感湿热之邪,而致肢体肿胀生疮的一类病症,主要的病因病机为血壅、血凝、血燥^[7]。针灸是中医宝库中的精髓,其中火针具有激发经气、振奋阳气、升阳举陷、通达气血、调整脏腑功能的作用,常用于寒证,表里证,实证或虚实夹杂证,如湿疹、溃疡、水肿、感染炎症等疾病的治疗^[8]。为探究火针结合压力衣治疗单纯性下肢静脉曲张的临床疗效,我们进行了与压力衣单一疗法的对照试验,得出了以下的结论:与治疗前相比,2组受试者治疗后CEAP的分级中C0~C2级患者均增多,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),说明火针和压力衣都能减轻症状;治疗后观察组与对照组相比,CEAP级别中C0~C2级患者人数明显更多,C3~C6级患者人数明显更少,差异有统计学意义 ($P<0.05$) 说明火针结合压力衣的联合疗法比压力衣的单一疗法疗效更佳,静脉曲张、皮肤色素沉着、水肿、溃疡等症状均有改善,趋于康复。治疗后2组受试者下肢功能损害程度评分与治疗前相比,分数均呈下降趋势,差异有统计学意义 ($P<0.05$),说明火针和压力衣都能促进下肢功能的恢复;观察组治疗后评分0~1分患者人数较对照组更多,差异显著 ($P<0.05$),说明火针结合压力衣更能恢复下肢的症状和功能。比较2组总有效率,观察组为93.3%,对照组为46.7%,差异有统计学意义 ($P<0.05$),说明观察组总有效率优于对照组,疗效更好。综上所述,火针结合压力衣治疗单纯性下肢静脉曲张临床疗效显著,能有效治疗和预防并发症,不良反应小,操作简便,值得临床推广和运用。

参考文献

- [1]谭最.下肢静脉曲张的诊疗分析[J].临床外科杂志,2016,24(8):580-583.
- [2]安李云.中西医结合治疗慢性下肢静脉功能不全的临床疗效观察[D].北京:北京中医药大学,2012.
- [3]代铁柱,李增鸣,熊玉倩.针刺配合火针治疗单纯性下肢静脉曲张的疗效观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(10):1140-1142.
- [4]王健伟,王敏,李丽雅,等.下肢静脉造影在下肢静脉曲张中的应用价值[J].医疗卫生装备,2016,37(4):88-90.
- [5]程雪桦,王小平.原发性下肢静脉曲张合并血栓性浅静脉炎的中西医结合治疗[J].世界中医药,2018,13(2):499-503.
- [6]陆岩.探讨严重单纯性下肢静脉曲张的临床治疗方法疗效及并发症[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(49):26-27.
- [7]王朝歌,赵晖,曹建春,等.单纯性下肢静脉曲张中医辨证分型与大隐静脉超声观察指标的相关性研究[J].现代中医临床,2015,22(1):40-43.
- [8]邹小勋,胡琼,郭松涛,等.刺血疗法结合针刺治疗单纯性下肢静脉曲张21例[J].湖北中医杂志,2016,38(1):68-70.

(本文编辑:张文娟 本文校对:唐卫东 收稿日期:2018-09-04)

热敏灸结合宫调式音乐 治疗脾胃虚弱型肠易激综合症的疗效观察※

蒋永萍 肖艳梅 梁鑫

(江西中医药大学附属医院针灸二科, 江西 南昌 330000)

摘要:目的 探讨热敏灸结合宫调式音乐治疗脾胃虚弱型肠易激综合征 (IBS) 的临床疗效。方法 选取2016年9月—2017年12月住院的80例IBS患者作为研究对象, 按随机数字表法分为2组, 热敏灸组口服西药和热敏灸治疗, 音乐组在此基础上行宫调式音乐治疗, 2组均治疗3个疗程, 1个疗程10 d, 疗程间间隔1 d, 治疗后比较2组患者主要临床症状和疗效差异, 并于治疗前, 治疗1、3个疗程后采用焦虑自评量表 (SAS) 评估2组患者心理状态。结果 治疗后音乐组患者主要临床症状改善更明显, 与治疗前比较, 有显著性差异 ($P<0.01$); 音乐组的总有效率达97.56%, 热敏灸组仅为76.92%, 2组比较有显著差异 ($P<0.05$); 与热敏灸组比较, 音乐组患者焦虑状态恢复更良好, 2组比较有显著差异 ($P<0.05$)。结论 对于脾胃虚弱型IBS患者而言, 应用热敏灸结合宫调式音乐治疗, 能有效改善患者主要临床症状, 缓解患者焦虑的心理状态, 有效率高, 值得进一步推广。

关键词: IBS; 热敏灸; 宫调式音乐疗法; 疗效分析; 心理状态

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.055

文章编号:1672-2779(2018)-24-0130-03

Observation on the Curative Effect of Heat Sensitive Moxibustion Combined with Palace Music in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome with Deficiency of both Spleen and Stomach

JIANG Yongping, XIAO Yanmei, LIANG Xin

(Department of Acupuncture and Moxibustion, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330000, China)

Abstract: Objective To explore the clinical efficacy of heat sensitive moxibustion combined with Gong tune music in the treatment of irritable bowel syndrome with spleen stomach deficiency. **Methods** 80 cases of IBS patients hospitalized from September 2016 to December 2017 were selected as the subjects and divided into two groups according to the random number table method. The heat sensitive moxibustion group was treated with western medicine and hot sensitive moxibustion. The music group was treated with musical therapy on the basis of the music group. The two groups were treated with 3 courses of treatment, 1 course of treatment for 10 days, interval between the course of treatment, and the comparison after treatment was made. The main clinical symptoms and curative effects of the two groups were different. Before treatment, after 1 or 3 courses of treatment, the mental state of the two groups was assessed with the Self-rating Anxiety Scale (SAS). **Results** The improvement of the main clinical symptoms of the patients after the treatment was more obvious comparing with before the treatment ($P<0.01$). The total effective rate of the music group was 97.56%, total effective rate of the heat sensitive moxibustion group was only 76.92%, and the two groups had significant differences ($P<0.05$). Compared with the thermal moxibustion group, the anxiety state of the music group recovered better, and there were significant differences between the two groups ($P<0.05$). **Conclusion** For the patients with spleen and stomach irritable bowel syndrome, the use of thermosensitive moxibustion combined with palace style music therapy can effectively improve the main clinical symptoms and relieve the psychological state of the patient's anxiety, which is highly effective and worthy of further promotion.

Keywords: irritable bowel syndrome; heat sensitive moxibustion; palace music therapy; curative effect analysis; psychological state

脾胃虚弱是导致肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 的主要原因, IBS为无器质性疾病 (细菌学、形态学以及生化代谢指标等异常), 有着持续存在但间歇发作的特征, 主要临床症状为腹部不适、腹泻、便秘等。IBS在世界普通人群中的发病率高达9%~25%, 成为一种全球性胃肠功能紊乱疾病, 虽对患者的生命不造成威胁, 但对患者的生存质量造成严重影响, 也给家庭和社会造成了巨大的精神和经济负担^[1-2]。对IBS的治疗, 现代医学尚没有一种药物或单一疗法对病人完全有效, 从近5年文献来看, 中医药对IBS具有良好的疗效, 尤其是热敏灸更取得了可观的成绩。为了完善热敏灸的综合治疗, 扩展热敏灸的综合应用, 提出

了热敏灸结合宫调式音乐治疗脾胃虚弱型肠易激综合征的思路, 本研究主要观察两者结合治疗IBS的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年9月—2017年12月于我院住院的80例IBS患者作为研究对象, 80例患者中, 男21例, 女59例; 年龄18~50岁, 平均 (31.48±2.31) 岁; 病程2~6个月, 平均 (3.65±0.71) 个月。按随机数字表法分为2组, 热敏灸组39例, 音乐组41例, 2组患者性别、年龄、病程、疾病程度等一般情况无显著差异, $P>0.05$, 患者家属知情并已签署知情同意书。

1.2 纳入标准 ①经专业临床医生诊断为IBS; ②经胃肠镜检查胃肠黏膜正常; ③年龄在18~50岁的自愿患者。

1.3 排除标准 ①患有肠道器质性病变; ②进行过消化

※ 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研课题项目[No.2016B087]

道手术；③治疗前应用影响胃肠道功能的药物。

1.4 治疗方法 热敏灸组：口服西药和热敏灸治疗，治疗3个疗程，1个疗程10 d，疗程间间隔1 d，疗程结束后统计疗效。口服马来酸曲美布汀胶囊（商品名：瑞健，生产商：山西安特生物制药股份有限公司；批号：国药准字H20040713；规格：0.1 g/粒）治疗，用法：0.2 g/次，3次/1 d。热敏灸治疗：①探查热敏腧穴：命门、关元、腹部、大肠俞、腰骶部、足三里、小腿外侧的天枢等穴区及其附近是本病热敏腧穴多出现处，艾条悬灸后，患者常出现表面不热深部热，局部不热远部热，传热，扩热，透热，施灸部位或远离施灸部位有麻、胀、酸、痛等非热感，只要出现上述灸感就表明腧穴已热敏化，标记热敏腧穴。②操作：在已探查腧穴区，每次取2个腧穴进行施灸，先行回旋灸温热局部气血，继以雀啄灸增强敏化，循经往返灸激发经气，再施温和灸发动感传、开通经络。③施灸剂量与时间：最佳剂量与时间因人而异，以每穴完成热敏态转化为消敏态为准，1次/d，材料：采用2级精艾绒艾条，规格为22 mm（直径）×120 mm（长度），院内制剂。

音乐组：在口服西药和热敏灸治疗的基础上，结合宫调式音乐治疗：闭上双眼，使患者处于一个舒适的姿势，播放音乐，以柔和、缓慢的语言指导患者完成各部位肌肉的松弛动作，患者将被诱导处于一种极度放松状态，仿佛置身于大自然当中，音乐结束后，睁开双眼，深呼吸。1次/1 d，疗程同西药组。

1.5 观察指标 ①根据中华中医药学会脾胃病专业委员会制定的症状分级标准，观察治疗前后患者腹部不适、排便次数、大便性状等，分为4级：0分：无任何不适症状；2分：轻微症状，可轻松忍受；4分：有较重症状，但仍可忍耐；6分：有严重症状，完全无法忍受。治疗结束后，记录2组患者治疗前后的症状总积分并进行疗效评估。②SAS评分，采用4级评分法，从没有时间到所有时间，4、3、2、1为正向评分，1、2、3、4为反向评分，正向评分有15个条目，反向评分有5个条目，将各个项目得分相加乘以1.25后取整数部分即得标准分，50~60分为轻度焦虑，61~70分为中度焦虑，>70分为重度焦虑，得分越高，焦虑越严重。

1.6 疗效评定标准 疗效指数（TI）采用尼莫地平法计算，疗效指数TI=[（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前积分]×100%。①治愈：疗效指数≥95%，肠道功能正常，症状基本消失；②显效：70%≤疗效指数<95%，粪便性状接近正常，排便次数减少，症状明显改善；③进步：30%≤疗效指数<70%，粪便性状接近正常，排便次数大体减少，症状有所好转；④无效：疗效指数<30%，症状无改善甚至加重。

1.7 统计学方法 采用Excel进行数据录入，SPSS 20.0进行数据分析， $\alpha=0.05$ 为检验水准，计数资料用百分比

表示，采用 χ^2 检验临床疗效，主要临床症状评分、SAS评分采用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验。

2 结果

2.1 治疗后2组患者主要临床症状评分比较 治疗前2组患者的主要临床症状评分均无差异（ $P>0.05$ ），治疗后2组患者评分均下降，热敏灸组患者评分与治疗前比较，存在显著性差异（ $P<0.05$ ）音乐组患者评分与治疗前比较，存在更为显著的差异（ $P<0.01$ ），见表1。

表1 治疗后2组患者主要临床症状评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	时间	腹部不适	排便次数	大便性状	总积分
热敏灸组	39	治疗前	5.52±1.12	5.76±1.07	5.61±1.14	17.33±2.96
		治疗后	3.31±0.77 [*]	3.50±0.83 [*]	3.47±0.89 [*]	11.04±2.17 [*]
音乐组	41	治疗前	5.49±1.20	5.74±1.16	5.54±1.09	17.18±2.67
		治疗后	0.62±0.39 [△]	0.78±0.31 [△]	0.45±0.24 [△]	3.54±1.01 [△]

注：与治疗前比较^{*} $P<0.05$ ，[△] $P<0.01$

2.2 治疗后2组患者临床疗效比较 治疗后音乐组的总有效率为97.56%（40/41）显著高于热敏灸组的76.92%（30/39），2组比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 治疗后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
热敏灸组	39	10(25.64)	14(35.90)	6(15.38)	9(23.08)	30(76.92)
音乐组	41	15(36.59)	18(43.90)	7(17.07)	1(2.44)	40(97.56)
χ^2 值						7.783
P 值						<0.05

2.3 2组患者SAS评分比较 治疗前2组患者的SAS评分均无差异（ $P>0.05$ ），治疗后评分均下降，音乐组降低更明显，2组比较存在显著性差异（ $P<0.05$ ），说明音乐组对患者焦虑缓解更有效，见表1。

表3 2组患者SAS评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	治疗前	治疗1疗程后	治疗3疗程后
热敏灸组	39	65.21±4.97	59.62±4.43	51.70±3.58
音乐组	41	64.79±4.82	51.36±4.12	42.59±3.24
χ^2 值		0.681	7.402	8.104
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

IBS患者的主要临床症状为腹部不适、稀便以及排便频繁等症状，并且常伴有焦虑、抑郁以及难以入睡等问题，严重影响患者的生活质量，有较高患病率，暂无特效药物，目前热敏灸是常用的治疗方法，是一种“简、便、验、廉”的承古创新型医疗保健技术，该技术因不用针、不接触人体，无害、无副作用，效果显著，其以经络理论为指导，使用艾条温和热敏腧穴，促进经气运行，激发经络感传，以使气至病所^[3-4]。但热敏灸治疗IBS的疗效机制不是很明确，其机制研究仍存在巨大空间与价值，需在深度及广度上进行完善^[5]。本研究表1、表2可知，对于IBS的治疗，单一使用热敏灸存在一定的局限性，其改善患者主要临床不良症状

的效果有限,且仅应用热敏灸治疗IBS总有效率为76.92%,联合音乐治疗总有效率达97.56,疗效明显提高。

音乐治疗逐渐应用于临床,是一种现代化的治疗方法,其主要应用音乐学、医学和心理学的知识作为辅助治疗提高临床疗效,不直接发挥治疗作用,在临床实践中,采取音乐治疗后,明显感觉患者身心更积极愉悦,对于IBS患者甚至是所有疾病患者而言,常常伴有焦虑不安、烦躁抑郁的心情,音乐治疗的根本就是心情上缓解病痛^[6-7]。本研究音乐组41例患者应用宫调式音乐治疗,39例热敏灸组患者只应用热敏灸和西药治疗,治疗前2组患者的SAS评分无显著性差异,治疗结束后均有所降低,但应用宫调式音乐治疗的患者,心理状态恢复更好,患者的重度焦虑症状完全好转,生活质量和睡眠质量有所改善,热敏灸组患者仍有轻度的焦虑症状。

本研究中,热敏灸联合宫调式音乐治疗脾胃虚弱型IBS可以有效缓解患者腹痛、腹胀、腹部不适、腹泻以及排便频繁的不良症状。而且根据中医理论指导的热敏灸疗法,注重整体观念,几乎无不良反应和并发

症,安全性高^[8]。配合疗效确切,操作简便,依从性好的音乐治疗,心理焦虑症状完全缓解,总有效率近乎100%。综上所述,对于脾胃虚弱型IBS患者而言,应用热敏灸结合宫调式音乐治疗,能有效改善患者主要临床症状,缓解患者焦虑的心理状态,有效率高,值得进一步推广,也为接下来完善热敏灸的综合治疗,扩展热敏灸的综合应用奠定一定的基础。

参考文献

- [1]张声生,魏玮,杨俭勤.肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(18):1614-1620.
- [2]苏强,冯丽丽,钱薇,等.膻穴热敏灸悬灸辅助治疗腹泻型肠易激综合征效果观察[J].山东医药,2017,57(10):49-51.
- [3]孙令军,杨文,郭彦层,等.膻穴热敏灸悬灸治疗腹泻型肠易激综合征临床研究[J].广州中医药大学学报,2016,33(3):338-341.
- [4]王静.补中益气颗粒联合曲美布汀治疗脾胃虚弱证腹泻型肠易激综合征的疗效观察[J].现代药物与临床,2017,32(02):284-288.
- [5]余炳贤.热敏灸治疗腹泻型肠易激综合征(脾胃阳虚型)的临床观察[D].广州:广州中医药大学,2016.
- [6]卞彩茹.热敏灸疗法治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[J].中医临床研究,2017,9(29):53-54.
- [7]王茜,余安胜.热敏灸治疗肠易激综合征的研究进展与展望[J].上海中医药杂志,2017,51(S1):253-256.
- [8]付勇,章海凤,熊俊,等.热敏灸治疗腹泻型肠易激综合征不同灸位的临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2014,29(2):517-519.

(本文编辑:张文娟 本文校对:黄长军 收稿日期:2018-08-09)

从《针灸大成》探析灸法调护

黄 瑞

(广东省中医院针灸科,广东 广州 510120)

摘要:灸法由于操作简便、疗效良好,越来越被广泛地运用于多种疾病的治疗中,并逐渐成为中医护理特色技术的一个重要项目。但目前对于灸法后的调护仍缺乏重视,未能突出护理技术在这种传统疗法的重要性。因此本文以《针灸大成》为基础,分析其中与灸法相关的论述及医案记载,探讨古人灸法的调护特点,以期丰富现代艾灸疗法的内涵,并为中医护理提供一定的参考。

关键词:灸法;护理;针灸大成;灸疮;饮食;情志;起居

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.056

文章编号:1672-2779(2018)-24-0132-03

Analysis of the Nursing of Moxibustion on *Zhenjiu Dacheng*

HUANG Rui

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Guangdong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510120, China)

Abstract: Moxibustion is more and more widely used in the treatment of various diseases due to its simple operation and good curative effect. However, there is still a lack of attention to the post-moxibustion care, which fails to highlight the importance of nursing techniques in this traditional therapy. Therefore, this paper, based on the great achievements of acupuncture and moxibustion, analyzes the related discourses and medical records of moxibustion, and discusses the characteristics of moxibustion in ancient times, in order to enrich the connotation of modern moxibustion therapy and provide some reference for the nursing of traditional Chinese medicine.

Keywords: moxibustion; nursing; *Zhenjiu Dacheng*; post-moxibustion sore; diet; sentiment; living

灸法是针灸治疗的重要组成部分,在临床上常常取得良好的治疗效果。中医学强调“医养结合”,因此,这些良好效果的取得,除了灸法种类选取得当、操作规范之外,灸法施行过程及之后的调护也是至关重要的。如杨氏指出^{[1][42]}：“不知恬养，虽灸何益？故因灸而反致害者，此也”。艾灸后的调护，包括调节和护

理两大部分。调节，指灸量的调节；护理，包括灸疮护理、饮食护理、情志护理和起居护理。以上这些调护内容，对艾灸的临床疗效提高具有不可或缺的重要影响。但目前灸法临床却容易忽略对患者的调护，甚至在一定程度上对其疗效产生了负影响。如何在施灸后进行调护，是我们护理人员要运用好艾灸技术所必



须重视的问题。故今就《针灸大成》中有关灸法调护的内容进行整理归纳如下,以期在目前艾灸的临床应用提供参考,提高艾灸临床疗效。

1 灸量调节

关于艾灸的施行,与口服药物一样,需要达到一定的“药效浓度”,也就“艾灸热量”才可以起到良好的临床效果。艾灸热量,即灸量的调节是保证艾灸疗效的重要环节之一^[2]。刘兰英等^[3]认为,决定灸量的因素包括以下几个方面^[3]:艾柱的大小、艾柱的壮数、艾灸的时间及艾灸的频次。如马氏^[4]探讨不同灸量灸法对溃疡性结肠炎(UC)大鼠结肠黏膜屏障的保护和修复作用,根据施灸壮数,将大鼠分为3壮、6壮、9壮3个治疗组,艾柱模具直径为6 mm、高度8 mm、重量50 mg。结果提示,施灸壮数越多,光镜和电镜下显示溃疡处黏膜修复越明显。而朱英等^[5]分别用大艾柱(艾柱高1 cm、柱底直径1 cm)和小艾柱(艾柱高0.5 cm、柱底直径0.5 cm)治疗2组原发性痛经患者,通过对比2组疗效,提示大艾柱组对疼痛症状的改善优于小艾柱组。但是,如何调节灸量?即决定艾灸热量大小的重要依据是什么?杨氏认为,是疾病的病情轻重,如《针灸大成·壮数多少》指出^{[1]421}“唯以病之轻重而增损之”。这种病情为核心的灸量调节理念,在杨氏的灸法医案可有多处体现。一如^{[1]430}“公子箕川公长爱忽患惊风”医案,患者“势甚危笃”“灸中冲、印堂、合谷等穴各数十壮,方作声”。在《针灸甲乙经》中记载^[6],中冲“灸一壮”,合谷“灸三壮”;《针灸大成·经外奇穴》^{[1]334}言印堂“灸五壮”。但此案杨氏对此三穴施灸达数十壮,患者“方作声”,在案后更总结指出“若依古法而止灸三五壮,岂能得愈?是当量其病势之轻重而已”。再如“甲戌夏,员外熊可山公患痢兼吐血不止”医案^{[1]424},其“脉气将危绝”,杨氏为之“急针气海,更灸至五十壮”,病人才苏醒过来。而对于病势久缓的病人,杨氏则选用较少壮数,增加艾灸疗程以保证疗效,如“甲戌岁,观政田春野公乃翁患脾胃之疾”医案^{[1]432},杨氏认为“公之疾,非一朝所致”,以中脘、食仓“每穴各灸九壮”,使得灸疮发出而逐渐病愈。但是,杨氏所依据的病势轻重除了疾病的缓急之外,还包括疾病的表里病位。如“辛未夏,刑部王念颐公患咽噎之疾”,病位在“肺膈”之里,非“药饵所能愈”,遂取足三里,“更灸数十壮,徐徐调之而痊”。^{[1]424}可推知,对于在里病症,如果灸量不足,就难以渗透入内、直达病所。

因此,灸量的调节,就是依据疾病的缓急、表里,通过艾灸壮数的增加,或艾条悬灸的时间延长,或增加艾灸频次、疗程,结合患者可耐受的热感阈值,达到保证艾灸温热刺激量的目的,从而发挥艾灸最大临床疗效。因此,艾灸的过程中我们必须注意疾病的辨证及与患者的沟通,关注患者对于艾灸温度的感受,

以准确把握灸量。

2 灸疮护理

灸疮,是艾灸刺激后,在皮肤上形成水肿或水泡,进而引起的无菌性化脓创口。古人认为灸疗需要发灸疮,疮出则疾病易愈。如《针灸资生经·治灸疮》云^[7]“凡著艾得疮发所患即瘥,不得疮发其疾不愈。”现代临床研究则提示^[8-9],灸疮这一无菌性化脓的形成,增加穴位局部的疼痛感、渗透感等,并促使病原体聚集于该创口,从而激活大量的防御细胞,形成细胞之间及神经体液的信息传递。这种信息传递又可成为一种新的刺激,激发人体免疫功能,最终达到治疗疾病或(和)保健的目的。而灸疮的愈合过程,即这种新刺激持续存在的过程,也就成为艾灸持续发挥临床疗效的优势。如同样在“甲戌岁,观政田春野公乃翁患脾胃之疾”医案^{[1]423},提到中脘、食仓“每穴各灸九壮”,令“疮发渐愈”。灸疮发出后,艾灸疗效得以维持。

但灸后如何发灸疮?在《针灸大成》中提出了多种方法^{[1]422}:如履底(即鞋底)灸热后外熨施灸处,赤皮葱煨熟、拍烂后热熨十余遍,生麻油外涂,皂角煮水外洗等等。其目的均在灸后注意保持施灸处的热量,用辛散宣发的办法通过肌表的艾疮而将病邪向外祛除。如若灸疮不发,杨氏则认为这是由于“血气衰不发”^{[1]422}。这又需服用四物汤或羊肉等,滋养患者气血以助发灸疮。但对不能发灸疮的病人,何时滋补气血是有时间要求的,不可随意施行,如杨氏在《灸后调摄法》中指出:“鲜鱼鸡羊,虽能发火,止可施于初灸,十数日之内,不可加于半月之后”。^{[1]356}在灸后初期,补益气血方可助灸疮发出。距离施灸时间过长,艾灸的刺激作用逐渐减退,则再补益气血也不能起到协助灸疮发出的作用。

促发灸疮后,如何进行护理?《针灸大成·洗灸疮》中指出^{[1]423},可用赤皮葱、薄荷煎水温洗疮面周围皮肤,使风邪于疮口而出,加强疗效;如灸疮结痂后,可用桃枝青嫩皮煎水温洗,防止风邪侵犯;如灸疮出现黑烂,则用胡荽煎水外洗;如果灸疮疼痛不可忍,则以黄连煎水外洗。在《本草纲目》中对上述药物的功效分别有详细记载:如葱“主发散……通表达里”^{[10]1582}、薄荷“辛能发散”^{[10]917},两者均有祛风解表之效;桃枝能治“辟疫疔”^{[10]1749},可祛外邪;胡荽“补筋脉”^{[10]1630};黄连主治“热气”^{[10]773},可治热病疼痛。可见,灸疮发后应注意预防风邪从灸疮侵犯人体,同时注意促进灸疮愈合。药理文献研究也提示^[11-15],大葱、薄荷、黄连均具有抗菌活性,其中薄荷及黄连还有抗病毒、抗真菌作用;而桃枝则有抗炎作用,胡荽除了抗病毒外,还可促进溃疡修复。这些药物的使用,起到促进灸疮修复,预防感染的效果。

3 饮食护理

古代医家对饮食护理非常推崇,认为针药是以治病,饮食是为养身。如《素问·脏气法时论篇第二十二》云:“毒药攻邪,五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气。”^{[16][49]}杨氏继承了《内经》的思想,重视灸后的饮食护理,提出“灸后不可就饮茶,恐解火气;及食,恐滞经气……至于生冷瓜果,亦宜忌之。”^[1423]《中药大辞典》指出^[17],茶叶“苦、甘、凉”,能够降泻火气。因此,灸后饮茶容易降低艾火的疗效。而生冷瓜果亦性偏寒凉,也是应该纳入灸后饮食禁忌的。杨氏认为,灸后应该以清淡养胃的饮食为主,不可过食肥甘厚腻之品,即“食茹淡养胃之物,使气血通流,艾火逐出病气。若过厚毒味,酗醉,致生痰涎,阻滞病气矣”。^[1423]何谓过厚毒味?杨氏并没一一列举,参考古人论述^[7,18]可知,多为“猪、鱼、热面、生酒”或“醋、蒜、荞麦、羊肉”等辛辣温热之物。此外,杨氏还指出,灸后亦应注意避免“大饥、大饱”。饥饱过度、饮食失节,容易导致脾胃损伤,中土失于运化,使得灸阳失去中轴转运、不能通达全身。因此,灸法施治后,必须对患者进行饮食护理宣教,避免进食生冷寒凉或肥厚毒腻之品,应以清淡养胃的药食为主,同时避免饮食失节。

4 情志护理

杨氏认为,灸后的情志护理同样重要,要求患者“宜入室静卧……平心定气,凡百俱要宽解”^[1423],避免因七情引动病机而致疾病复发。同样在“甲戌夏,员外熊可山公患痢兼吐血不止”医案中^[1424],杨氏嘱咐患者“饮食后不可多怒气,以保和其本,否则正气乖而肝气盛,致脾土受克,可计日而复矣。”在这个医案中,杨氏认为主要病因为脾土不足,因此艾灸后特意叮嘱患者不可多怒,怒则肝气偏盛、木旺克土,使得脾土受克、失于运化,则疾病难愈。这种灸后的情志护理,其理论依据重在五脏主五志的生克关系,即肺主悲、肾主恐、木主怒、心主喜、脾主思。“平心定气”,使五脏情志不至于过旺,令五脏气机平和,则相生不息、疾病易愈。特别是由于情志因素所致疾病,或与情志因素关系密切的疾病,如失眠、抑郁等等,行灸后更要叮嘱患者放松心情,调和精神,以巩固艾灸的疗效。正如《素问·上古天真论篇》云:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来。”^[1423]情志护理不但是灸法调护的重要组成部分,在其他疾病的护理中也应予以重视。

5 起居护理

在灸后的起居护理方面,杨氏特别提出“房劳”禁忌,认为“灸后令人阳盛,当稍息以自保养,不可纵欲”,应“远人事,远色欲”。^[1415,423]灸疗后,体内阳气偏盛,如果不禁房事,则令阴精耗损过度,虚阳内

扰,容易损伤精神血脉。而精神受损,又使得阳气失于统摄;血脉损伤,则经脉中气血运行不畅,艾热之阳气不能通达,郁滞于局部,变生阳邪,反而对灸法的疗效造成负面影响。此外,艾灸后还需注意避免“受热、冒寒”。艾灸刺激肌肤后,局部温热的刺激使得玄府(毛孔)打开,这时如果骤然冒受寒热外邪,则邪气易从施灸之处侵袭人体,出现因灸治病的不良现象。

此外,灸量过大时也有可能导导致经气壅滞,或者口干舌燥等火邪上扰的症状。这些症状的出现,容易使得患者不能继续使用艾灸疗法。对此,杨氏在《取膏肓穴法》则给出了解决方法:“灸至百壮、千壮,灸后觉气壅盛,可灸气海及足三里,泻火实下。”^[1415]气海位于下腹丹田处,能够引火归元,避免火邪上扰;足三里为足阳明胃经的合穴,五行属性为土,土能伏火。故对于灸后容易胸闷气滞、火邪上扰的患者,可在灸后给予艾灸气海或足三里以收全功。

综上所述,灸法虽然适用于多种病种,但是也有其应用的禁忌病症及调护要求。刺激量的把控、灸疮护理、饮食护理、情志指导、起居护理等等,构成了灸法调护的重要内容,对灸法的临床疗效有着明显的影响。因此,我们在灸法施行过程中,应该重视灸法的护理,提高并巩固灸法的临床疗效。

参考文献

- [1]明·杨继洲.针灸大成[M].北京:人民卫生出版社,2006:334,415,421,422-424,430,432.
- [2]王桂英,王耀帅,王玲玲.艾灸疗法中灸感、灸温、灸量与灸效关系[J].中医杂志,2015,56(17):1519-1521.
- [3]刘兰英,雷玉婷,王和生.浅谈对艾灸灸量的认识[J].中国针灸,2015,35(11):1140-1142.
- [4]马铁明,韩洋.不同灸量对溃疡性结肠炎大鼠结肠上皮形态学及血清中炎性细胞因子、结肠组织中炎性细胞信号转导通路的影响[J].针刺研究,2014,39(1):20-26.
- [5]朱英,姬乐,田芙蓉.隔药灸治疗原发性痛经临床观察[J].针灸临床杂志,2010,26(7):36-38.
- [6]晋·皇甫谧.针灸甲乙经[M].北京:人民卫生出版社,2006:86,88.
- [7]宋·王执中.针灸资生经[M].北京:人民卫生出版社,2007:103-104.
- [8]沙建梅,邓筱娟,邵志赤.灸促发对化痰灸治疗支气管哮喘疗效的影响[J].中国针灸,2012,32(4):305-308.
- [9]柳伟婷.灸疮的形成与调护[J].中医临床杂志,2018,30(6):1038-1040.
- [10]明·李时珍.本草纲目[M].北京:人民卫生出版社,2017:773,917,1582,1630,1749.
- [11]田晓庆,于法常,王瑞,等.大葱现代药理药效研究[J].中国果菜,2016,36(10):29-33.
- [12]沈梅芳,李小萌,单琪媛.薄荷化学成分与药理作用研究新进展[J].中华中医药学刊,2012,30(7):1484-1487.
- [13]蒋霞.桃树根提取物对大鼠非细菌性前列腺炎的药理作用及抗炎机制研究[D].南宁:广西医科大学,2003.
- [14]许玉芬,陈燕惠,杨尚庞.天胡荽属植物的化学成分及其药理作用综述[J].福建热作科技,2013,38(3):59-61.
- [15]余园媛,王伯初,彭亮,等.黄连的药理研究进展[J].重庆大学学报(自然科学版),2006,29(2):107-111.
- [16]黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:3,149.
- [17]江苏新医学院.中药大辞典[M].上海:上海科学技术出版社,1977:1602-1603.
- [18]孙忠年.《千金方》灸疗要略[J].针灸临床杂志,1993,2(3):102-107.

(本文编辑:张文娟 本文校对:谢煜 收稿日期:2018-08-24)

少商针刺放血配合耳穴埋籽 对急乳蛾疼痛护理的临床效果观察

夏 旭

(江苏省中医院耳鼻喉科, 江苏 南京 210029)

摘要:目的 观察少商针刺放血配合耳穴埋籽对急乳蛾疼痛护理的临床疗效。方法 选择40例急乳蛾患者, 随机分为2组, 每组20例, 常规治疗组采用常规对症处理; 少商针刺放血+耳穴埋籽组在常规对症处理基础上采用双侧少商穴针刺放血并耳穴埋籽咽喉、肾上腺、神门、交感等穴位。结果 少商针刺放血+耳穴埋籽组对疼痛的缓解作用明显优于常规治疗组 ($P<0.01$), 说明少商针刺放血+耳穴埋籽对疼痛具有明显的缓解作用, 且作用持久, 无副作用。结论 少商针刺放血+耳穴埋籽治疗可缓解急乳蛾疼痛的症状, 且作用持久。

关键词: 少商穴; 针刺放血; 耳穴埋籽; 急乳蛾; 疼痛; 护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.057

文章编号:1672-2779(2018)-24-0135-02

Observation on the Clinical Effect of Pain Nursing Care of Acute Tonsillitis with Shaoshang (L11) Acupuncture Bloodletting and Auricular Acupoint Pressing

XIA Xu

(Department of ENT, Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Shaoshang (L11) acupuncture bleeding combined with auricular acupoint pressing on acute tonsillitis. **Methods** 40 patients with acute tonsillitis were randomly divided into two groups, with 20 cases in each group. The routine treatment group was treated with routine symptomatic treatment, and the Shaoshang bleeding plus ear acupoint embedding seeds group used bilateral Shaoshang (L11) acupuncture to prick bloodletting and ear acupoints to bury seed throat, adrenal gland, Shenmen, sympathetic acupoints, etc. on the basis of routine symptomatic treatment. **Results** The relieving effect of Shaoshang acupuncture bleeding and ear acupoint seed embedding group on pain was obviously better than that of routine treatment group ($P < 0.01$), indicating that Shaoshang acupuncture bleeding and ear acupoint seed embedding has obvious relieving effect on pain, and the effect is lasting without side effects. **Conclusion** Acupuncture bleeding and auricular acupoint pressing therapy can relieve the symptoms of acute tonsillitis pain, and the effect is lasting.

Keywords: Shaoshang (L11); acupuncture and bloodletting therapy; auricular acupoint pressing; acute tonsillitis; pain; nursing

急乳蛾是一种以咽喉疼痛或异物感不适, 喉核红肿, 表面有黄白脓点为特征的病证^[1], 往往伴有程度不等的咽黏膜和其他淋巴组织炎症, 是一种常见的咽部疾病^[2]。中医认为此病多由肺胃热壅, 风热外袭所致。我科2017年4月—2018年4月针对急乳蛾引起的咽部疼痛进行了少商针刺放血配合耳穴埋籽治疗, 取得了满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017年4月—2018年4月入住我科的急乳蛾住院患者40例, 随机将40例患者分为常规治疗组、少商针刺放血+耳穴埋籽组, 每组各20例。常规治疗组中男11例, 女9例; 年龄11~42岁, 平均年龄31岁。少商针刺放血+耳穴埋籽组中男10例, 女10例; 年龄13~45岁, 平均年龄29岁。2组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医耳鼻喉科病证诊断疗效标准》。

1.3 纳入标准 ①年龄在11~50岁; ②起病急, 病程在2 d内; ③疼痛剧烈, NRS疼痛评分量表 ≥ 4 分。

1.4 排除标准 ①发热 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 或伴发肺炎和支气管炎。

②未服用止痛药物。③本次发病后, 已使用其他中、西药物或方法治疗急乳蛾者。④年龄在10岁以下或60岁以上者, 妊娠期、哺乳期妇女。⑤患有严重的器质性疾病, 或影响其生存的严重疾病。⑥皮肤有感染、溃疡、瘢痕的患者。

1.5 治疗方法 2组均进行常规治疗护理, 包括生命体征监测、病情观察、遵医嘱给药、进行相关疾病内容健康教育。常规治疗组予以普米克雾化吸入及抗生素静滴治疗; 少商针刺放血+耳穴埋籽组, 在常规治疗基础上采取针刺少商穴放血+耳穴埋籽治疗。

少商针刺放血+耳穴埋籽: 针刺放血取穴(少商): 少商: 拇指末节桡侧指甲根角旁0.1寸, 具有清热利咽、清肺理气的功效。操作方法: ①患者取半卧位, 护士将患者拇指根部向指端推挤8~10次, 再用75%酒精棉签消毒少商穴, 以三棱针在双侧少商穴快速点刺约0.2~0.3 cm深, 每穴挤出5~10滴血液(一般以将紫黑色的血液挤尽为宜, 无需局限于滴数), 干棉签按压, 每日1次, 连续3 d。②操作过程中注意观察患者病情变化、面色、汗出等情况, 如有不适, 暂停操作。

耳穴埋籽治疗: 取穴: 咽喉(在耳屏内侧面的上1/2

表1 2组患者疼痛评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后2 h	治疗后6 h	治疗后12 h	治疗后24 h	治疗后48 h
常规治疗组	20	7.50±1.20	5.35±1.75	4.90±1.85	4.30±1.85	4.10±1.70	4.20±1.40
少商针刺放血+耳穴埋籽	20	7.61±1.11	2.81±1.15*	2.45±1.01*	2.41±1.02*	2.52±1.12*	2.31±1.09*

注:与常规治疗组比较,* $P < 0.01$

中点处,与外耳道口相对,与屏尖穴平齐)、肾上腺(在耳屏外侧面下1/2处,隆起的尖端)、神门(三角窝的外1/3处,对耳轮上、下脚交叉之前)、交感(耳轮下脚的末端与耳轮内侧交界处)。操作:①患者取坐位,一手持耳廓后上方,另一手持探棒由上而下在选定的范围内用均匀力量探压寻找穴位,选定后,用75%酒精消毒整个耳廓皮肤,用镊子夹取带有王不留行籽的胶布贴于所选穴位,用拇、食指指腹一边按压一边询问患者的感受,以患者有疼痛或胀痛能忍受为度。②操作结束后,嘱患者每日自行按压2~3次,临睡前按压5~10次,以微微发红为宜,勿用力按揉。保持耳部干燥,潮湿脱落及时更换,3 d后将籽取下。

1.6 注意事项 ①对病人要耐心细致地解释,消除患者的紧张恐惧心理。②注意针刺部位要严格消毒,以防感染。操作过程中一旦出现晕针现象,立即扶病人平卧,饮温糖水,并注意观察面色,脉象,血压。③治疗结束后嘱患者饮温开水200 mL,休息15~20 min,嘱2 h内勿洗浴。

1.7 评价方法 以NRS数字疼痛量表对患者咽喉疼痛程度进行分析统计。

1.8 统计学方法 数据采用SPSS 19.0 统计学软件进行统计描述,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

少商针刺放血+耳穴埋籽组在少商针刺放血+耳穴埋籽治疗后2~48 h对疼痛的缓解作用明显优于常规治疗组($P < 0.01$),说明少商针刺放血+耳穴埋籽治疗对疼痛具有明显的缓解作用,且作用时间较长(治疗后1~48 h)。见表1。

3 讨论

急乳蛾,发病急,病情危重,喉部红肿疼痛。《诸病源候论·咽喉疮候论》篇曰:“咽喉者,脾胃之候也。由脾、胃热,其气上冲咽喉,所以生疮。其疮或白头,或赤根,皆由夹热所致。”《重楼玉钥》载:“此症由肺经积热,受风邪凝结,感时而发,致生咽喉之旁,状如蚕蛾。”证型多以实热证为主,依“热则疾之,盛则泻之”治之。少商为手太阴肺经的井穴,《黄帝内经》曰:“病在藏者取之井”。又因肺经经脉起于中焦,下络大肠,环循胃口。故点刺少商放血,能清肺疏卫,清胃泻火,清利咽喉。刺血疗法具有良好的清热泻火,疏通经络,调畅气机,祛除瘀滞的作

用^[3]。《素问·针解》篇:“菀陈则除之者,出恶血也。”现代机理研究表明^[4],针刺放血能排瘀降黏改善微循环,使血液、淋巴液循环通畅,免疫细胞吞噬作用和运输作用加强,局部细胞因子和炎症介质加快清除,清除肿胀,减轻疼痛。故点刺少商放血可迅速减轻咽喉肿痛。当然,针刺放血要严格把握点刺的深度,过深会加剧患者的不适感和恐惧心理,也会伤及血管。点刺放血所出的血液由深变浅时即表明瘀血已排净,提示1次治疗结束。

中医学认为,耳为“宗脉之所聚”,虽为局部器官,但它相当于一个倒置的人体,五脏六腑各有其功能定位,十二经脉皆与之有直接或间接的关系,身体不适时,往往会在耳廓的相关穴区出现反应,刺激这些相应的反应点及穴位可起到防病治病的作用。耳穴埋籽镇痛的原理从中医学阐述可通畅经络,疏通气血,通则不通,以达到镇痛之目的。耳穴埋籽中所选取的四个穴位,其中咽喉穴,性平,专于清宣通利,故有清热散风,宣肺祛痰、消痰散结通络利咽之功。肾上腺穴,性平,有清解升清,调经镇痛,益心宣肺,消痰散结,祛风止痒的功能。神门穴,本穴因有地部孔隙与心经体内经脉相通,气性同心经气血之本性,为人之神气,主治心痛、心烦、惊悸、怔忡、健忘、失眠、癫狂痫、晕车等心与神志病证,高血压、胸痛。交感穴,性平,有清热养心,行气降逆,调经止痛,利水解毒之功效。故按压咽喉、肾上腺、神门、交感等耳部穴位能够在止痛的基础上更好地调理机体功能。

本次研究将少商针刺放血疗法和耳穴埋籽两种方法相结合与常规治疗方法比较,结果在少商针刺放血+耳穴埋籽治疗后从1~48 h对疼痛的缓解作用明显优于常规治疗组($P < 0.01$),说明少商针刺放血+耳穴埋籽治疗对疼痛具有明显的缓解作用,且作用较长(治疗后1~48 h)。1~6 h对疼痛具有缓解作用,但在治疗后2 h疼痛缓解作用最强,且作用持久。

参考文献

- [1]戴新娟.中医护理常规[M].南京:东南大学出版社,2014:157-158.
- [2]孔维佳.8年制及7年制临床医学等专业教材·耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2010:356-357.
- [3]曹树琦,蔡卫根.《黄帝内经》刺血疗法概述[J].中华中医药杂志,2014,29(1):230-234.
- [4]张建斌,王玲玲,张从正.刺络放血的理论和实践[J].中国针灸,2001,21(4):247-249.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王芳 收稿日期:2018-08-21)

人本管理在护理管理中的临床应用效果观察

胡庭香

(江西省赣州市人民医院神经外科, 江西 赣州 341000)

摘要:目的 研究人本管理在护理管理中的应用效果。方法 从住院部2016年4月—2018年4月接受护理的患者中选择100例,根据接受护理的不同方式分为试验组和对照组,试验组采用应用人本管理后的护理模式,对照组采用以往常规的护理模式,对2组的护理效果进行分析对比。结果 2组的护理满意度、医生反馈和患者生活质量对比均有显著差异。结论 采用人本管理模式应用于临床护理管理能够更好地提高护理效果,提升护理质量。

关键词:人本管理;护理管理;临床应用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.058

文章编号:1672-2779(2018)-24-0137-02

Observation on the Clinical Application of Humanistic Management in Nursing Management

HU Tingxiang

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

Abstract: **Objective** To study the application effect of humanistic management in nursing management. **Methods** 100 patients were selected from the hospital of our hospital from April 2016 to April 2018. According to the different ways of receiving nursing, they were divided into the experimental group and the control group. The experimental group adopted the nursing mode after the application of human based management. The control group adopted the conventional nursing model and analyzed the nursing effect of the two groups. **Results** There were significant differences in nursing satisfaction, doctor feedback and quality of life between the two groups. **Conclusion** The application of humanistic management mode in clinical nursing management can better improve the nursing effect and improve the quality of nursing.

Keywords: humanistic management; nursing management; clinical application

护理作为一种配合医生治疗的辅助行为,需以患者为中心点,及时了解每一位患者的具体病情,做好疾病的缓解和预防^[1]。高效的护理模式可以使患者得到更好的治疗保障,对提高患者的疾病知识了解和治疗依从性有重要作用。因此,临床需对护理管理模式进行探讨,不断创新完善。为了研究人本管理在护理管理中的应用效果,本院在100例患者中进行了临床试验,取得了一定的成效,具体方法及结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年4月—2018年4月的100例患者为研究对象,患者均在我院的住院部接受治疗和护理,根据患者接受的护理模式将患者分成试验组和对照组。其中,试验组有患者53例,男女比例为28:25;年龄29~83岁,平均年龄为(56.85±6.92)岁。对照组有患者47例。男女比例为26:21;年龄27~80岁,平均年龄为(54.76±7.39)岁。2组患者的性别、年龄情况对比不存在显著差异($P>0.05$),试验均衡性较好。入选的100例患者均经过医生与病患本人或其家属针对试验内容和方法做详细沟通,签署知情同意书后才纳入研究范畴,试验内容经过医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 患者为本院住院部神经外科住院病人,研究内容经过本人或家属同意,能够进行正常的沟通交流,可以清晰地表达个人意愿,无精神病史。

1.3 排除标准 病情较重,长期处于昏迷或半昏迷,无法明确地表达个人的思想和感受的病患、有精神疾病或精神障碍不能自主思考的病患和对本次研究内容不能够理解和支持的病患不予纳入。

1.4 研究方法

1.4.1 人员选择 在本院神经外科医护人员中选择业务能力强、学习能力强者作为本次试验的参与人员。人员学历均在大学专科以上,有较为丰富的工作经验。每个病区保证选出6~8名护理人员,将人员进行合理配备分组,由科室负责人担任小组组长,在全院形成系统的人本管理体系。

1.4.2 人本管理培训与考核 引进人本管理的理念,制定人本管理培训方案,对小组成员进行培训,培训内容包括人本管理的概念和意义、其他医院人本管理的模式和方法、人本管理的相关案例学习、培养提高护理素质和能力、组织学习本科室先进的护理技术和知识,使人本管理的理念深入人心,激发护理人员提升优质护理的动力。所有成员均需通过院方的理论考试与业务考核方可上岗。在进入工作后,也要进行不定期的考核,对护理人员的护理技能和理论知识进行完善。

1.4.3 态度礼仪培训 为了提高护理的质量,有效地拉近医患距离,需对小组成员进行工作态度和礼仪的培训,树立良好的服务理念,护理人员在面对患者时应面带微笑,举止得体,注意医护人员的形象,并

耐心地对待每一位病人,使得病人疑问得到解答、病痛得到缓解、心情得到舒缓。同时,良好的团体服务也能够使住院病人感受到温暖和舒适。

1.4.4 鼓励学习 医学的进步需要不断的学习和与时俱进,因而,在强化院内培训的同时,应当鼓励和支持小组人员注重个人学习,补齐短板,并鼓励成员参加继续教育学习。不断的提高个人的知识素养和业务能力,提升整体护理水平。

1.4.5 定期院内交流 由于每个人的经验和知识掌握情况不同,因此,在院内定期开展学术探讨交流会,各科室的负责人和经验丰富的护理人员轮流对个人的心得和经验进行分享,取长补短。

1.4.6 建立人本管理档案 人本管理不仅是对病患的一种人性化的护理理念,也是一种更加注重个人价值和个性发展的管理概念。在人本管理系统中建立我院医护人员的人本管理档案,对护理人员的工作能力、家庭情况和优势特长进行整理建档,根据因材施教的原则,更加合理地安排护理人员在人本管理中所承担的角色和任务,合理的优化资源的配置,并听取护理人员的想法,根据个人意愿对工作进行分工,从而激发护理小组的工作热情,提升护理质量。

1.4.7 建立病患档案 在实施人本管理模式后,对接受护理的病患建立人本管理档案,档案中不仅要详细记录患者的用药情况、恢复情况和心理状态等,也要及时对护理的效果进行反馈。病患档案可以帮助护理人员更好地落实人本管理理念,也是护理工作的痕迹,便于工作人员自己的交流交接和护理差错的根源查找。同时可以落实护理职责到个人,对提高护理质量有推动作用。

1.5 观察指标

1.5.1 护理满意度 采用本院自制的考核问卷对护理人员的护理满意度进行评定,问卷对接受护理的病患发放,由病患本人或其家属填写,包括护理态度、解疑答问、心理疏导等方面,满分100分。60分以下为不满意,60~80分为基本满意,80分以上为满意。

1.5.2 医生反馈评分 向与相关护理人员配合工作的医生发放问卷表,医生对护理人员的工作能力、业务水平、处理突发情况的能力、护理技能等进行打分,满分100分。

1.5.3 患者生活质量评定 对2组接受不同护理方法的患者进行生活质量测评,采用生存质量测定量表对患者的生理功能、心理功能、认知功能、社会功能4个维度进行评定,满分100分。

1.6 统计学方法 本研究所涉及的数据以SPSS 17.0处理,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 来表示,实施 t 检验;计数资料用百分数来表示,实施卡方检验。 $P < 0.05$ 时差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者护理满意度比较 对2组患者进行评定后,护理满意度对比采用卡方检验,结果差异存在统计学意义, $P < 0.05$ 。见表1。

表1 2组患者对护理的满意度对比 [例(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	护理满意度
试验组	53	41	11	1	52(98.11)
对照组	47	26	14	7	40(85.11)
χ^2 值					5.7258
P 值					0.0167

2.2 对护理人员的医生反馈评分和病人生活质量评分 对评分后的数据进行处理,将2组数据对比,实验组与对照组的医生反馈评分和病人生活质量评分均存在显著差异, $P < 0.05$,存在统计学意义,详见表2。

表2 2组医生反馈质量评分分析 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	医生反馈评分	病人生活质量评分
试验组	53	89.54 $\pm$ 3.44	76.29 $\pm$ 6.08
对照组	47	82.67 $\pm$ 4.82	70.83 $\pm$ 5.37
t 值		8.2714	4.7329
P 值		0.0000	0.0000

3 讨论

医学治病救人的成功不仅要凭借高超的医术,对病人的护理也在整个治疗和康复环节起着重要作用,病人接受护理的时间往往和接受治疗的时间不相上下,因此在医疗卫生事业中,除了不断探索完善医疗技术,也要不断地创新护理方法。

人本管理是近年来新兴起的一种以人为本的管理方式,是通过将参与人员的潜能进行挖掘,通过激励、培训等方法调动员工的积极性使得集体朝着和谐、宽容的方向发展的一种管理制度^[2]。近年来,在消化科、产科以及康复科均有相关的应用人本管理的报道^[3-5],报道表示采用人本管理进行护理管理能够对护理质量和患者的康复状态起到重要的促进作用。为了更好地探讨人本管理在护理管理中的应用,作者在本院范围内展开了相关的试验,结果证明,采用护理管理的患者其护理满意度较高、生活质量较好,具有一定的优势。

综上所述,人本管理在医院护理管理中起着一定的积极作用,值得应用。

参考文献

- [1]姜志华.人本管理思想在现代医院护理管理中的应用[J].人力资源管理,2017,12(6):275-276.
- [2]杜秀娟.“人本”理念在护理管理中的运用体会分析[J].中外女性健康研究,2017,25(9):174,176.
- [3]王丹,孙雪榕,徐雪莹.产科护理管理中的人本理念应用分析[J].中国继续医学教育,2016,8(1):219-220.
- [4]李琳.人本原理在消化内科护理管理中的应用[J].中国卫生产业,2015,12(19):89-91.
- [5]丛素兰.人本原理在康复科护理管理中的应用效果[J].中国当代医药,2018,25(9):136-138.

(本文编辑:张文娟 本文校对:廖新艺 收稿日期:2018-09-04)

中药热奄包外敷结合护理干预 对结肠癌患者术后胃肠功能的影响

李艳春

(江西省肿瘤医院肿瘤科, 江西 南昌 330029)

摘要:目的 探讨中药热奄包外敷结合护理干预对结肠癌患者术后胃肠功能的影响。方法 选取2016年2月—2017年8月收治的结肠癌术患者92例,根据随机数表法分为2组,各46例。术后,给予对照组患者常规药物治疗及常规护理,在此基础上,给予观察组患者中药热奄包外敷联合护理干预,对比2组患者术后胃肠功能恢复情况及术后胃液引流量。结果 观察组肠鸣音恢复时间、肠功能恢复时间、首次排气时间及首次排便时间均较对照组短,差异有统计学意义 ($P<0.05$);术后第1 d、2 d 2组患者胃液引流量对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$);术后第3 d,2组患者胃液引流量均减少,且观察组较对照组少,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 中药热奄包外敷结合护理干预可有效改善结肠癌患者术后胃肠功能,减少胃液引流量,促进患者恢复。

关键词: 结肠癌;中药热奄包外敷;护理干预;胃肠功能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.059

文章编号:1672-2779(2018)-24-0139-03

Effect of External Application of Chinese Medicine Hot-compression Combined with Nursing Intervention on Gastrointestinal Function of Colon Cancer Patients after Operation

LI Yanchun

(Department of Oncology, Jiangxi Cancer Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330029, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of external application of Chinese medicine hot-compression combined with nursing intervention on gastrointestinal function of colon cancer patients after operation. **Methods** From February 2016 to August 2017, 92 patients with colon cancer were selected and divided into two groups according to the random number table, and each group had 46 cases. After the operation, the patients in the control group were treated with conventional medicine and routine nursing. On this basis, the patients in the observation group were treated with the combination of external application of Chinese medicine hot-compression and nursing intervention. The recovery of gastrointestinal function and the flow rate of gastric juice after operation were compared between the two groups. **Results** The recovery time of the enteric sound, the recovery time of intestinal function, the first exhaust time and the first defecation time were shorter than the control group ($P<0.05$). There was no significant difference between the two groups after the operation ($P>0.05$), and the flow rate of gastric juice in group 3D and two patients after operation. All of them were reduced, and the observation group was less than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** External application of Chinese medicine hot-compression combined with nursing intervention can effectively improve gastrointestinal function, reduce gastric juice drainage, and promote the recovery of patients with colon cancer.

Keywords: colon cancer; external application of Chinese medicine hot-compression; nursing intervention; gastrointestinal function

结肠癌是临床上较为常见的胃肠道恶性肿瘤,主要发生于结肠部位,位于直肠与乙状结肠交界处^[1]。结肠癌术后,因解剖关系发生改变,且受到手术及麻醉药物刺激、切口疼痛等因素的影响,进而对胃肠道功能造成影响,患者常出现肠鸣音消失或减弱、停止排气排便等现象,患者常伴有呕吐、腹胀等表现,对患者的生理及心理均造成严重影响^[2]。本研究主要通过对结肠癌患者术后实施中药热奄包外敷结合护理干预,探讨其对患者术后胃肠功能的影响。具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年2月—2017年8月本院收治的结肠癌术患者92例,根据随机数表法分为2组,各46例。观察组男29例,女17例;年龄36~78岁,平均(56.34±9.26)岁;手术类型:乙状结肠切除11例,左半结肠切除6例,右半结肠切除25例,横结肠切除4例。对照组男28例,女18例;年龄37~77岁,平均(56.12±9.08)岁;手术类型:乙状结肠切除9例,左半结肠切

除6例,右半结肠切除25例,横结肠切除6例。2组一般资料对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$),有可比性。本研究经我院伦理委员会审批同意。

1.2 纳入标准 ①所有患者均符合结肠癌诊断标准^[3];②年龄<80岁;③患者及家属均对本研究知情,且签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并严重的心、肝、肾等功能异常者;②精神障碍;③复发性结肠癌;④依从性较差者。

1.4 护理方法 术后,给予对照组患者常规药物治疗及常规护理,包括补充营养盐液、禁食、胃肠减压、抗生素治疗、早期活动等,确保患者休息充足,保持皮肤清洁,病房内维持适宜的温湿度,定期开窗换气;密切监测患者各项生命体征,出现异常情况及时采取治疗措施。在此基础上,给予观察组患者中药热奄包外敷联合护理干预,具体方法如下: (1) 中药热奄包外敷。①制作中药热奄包,包括大血藤50 g,吴茱萸、炒枳壳、大黄、厚朴各30 g,用透气的布包裹;②将泡

好后的药包隔水蒸约30 min, 温度需 $>90^{\circ}\text{C}$; ③取出热药包后放置于不易透热的透明塑料胶纸中, 包裹好后迅速放置于距离患者10~20 cm的热敷部位处, 并用大单包裹, 形成密闭空间, 使药包散发的蒸汽充分作用于脐周; 腹部外敷需于术后6 h开始, 每次30 min, 每天2次。(2) 护理干预。①健康宣教。根据患者不同恢复时期进行宣教, 合理安排宣教时间, 可通过健康手册、视频、讲座等不同形式进行宣教, 宣教内容主要包括结肠癌相关知识、术后护理、注意事项等, 使患者充分认识到护理的重要性。同时, 还应加强对患者家属的宣教, 使其参与到护理工作当中。②心理护理。术后, 患者因受到疼痛、呕吐、腹胀等影响, 常产生焦虑、抑郁、烦躁等负面情绪, 护理人员应及时进行心理疏导, 对于部分情绪过激的患者可进行心理治疗, 并告知患者负面心理会对后期康复造成影响, 使患者以积极的态度面对疾病, 提升患者配合度。③饮食护理。术后12 h, 可给予患者饮水, 饮水量约50 mL, 间隔2 h后, 可再次饮水, 若无异常情况, 则可将胃管拔除。患者应进食高蛋白、高热量、易消化、低钠的食物, 多进食新鲜的水果蔬菜, 多饮水, 补充维生素、蛋白质, 维持酸碱度与水电解质平衡, 避免进食奶、豆浆等食物, 防止发生胀气。④术后早期活动。术后可每隔2 h为患者翻一次身, 防止出现压疮; 术后6 h为患者按摩四肢及腹部, 避免出现肌肉萎缩, 按摩腹部时应避开切口, 速度适中, 根据患者腹胀情况, 每次按摩15~30 min, 每天2~3次; 术后24~72 h可为患者进行抬臀运动, 使其仰卧于病床上, 双膝屈曲, 双脚放置于床上, 双手支撑创面, 将臀部向上抬高约10 cm, 持续3~5 s后缓慢放下; 体质较好的患者可于术后36 h下床活动, 可在家人帮助下缓慢走动。

1.5 观察指标 对比2组患者术后胃肠功能恢复情况及术后胃液引流量, 胃肠功能恢复指标包括肠鸣音恢复时间、肠功能恢复时间、首次排气时间及首次排便时间。

1.6 统计学方法 用SPSS 20.0软件处理数据, 计数资料用 χ^2 检验, 以百分数表示; 计量资料用 t 检验, 以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示; 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠功能恢复情况 观察组肠鸣音恢复时间、肠功能恢复时间、首次排气时间及首次排便时间均较对照组短, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者术后胃肠功能恢复情况对比 ($\bar{x}\pm s, \text{h}$)

组别	例数	肠鸣音 恢复时间	肠功能 恢复时间	首次排气 时间	首次排便
观察组	46	24.63 $\pm$ 5.42	34.76 $\pm$ 5.24	41.82 $\pm$ 6.57	62.35 $\pm$ 8.97
对照组	46	33.59 $\pm$ 6.28	42.05 $\pm$ 6.49	52.06 $\pm$ 8.43	81.64 $\pm$ 9.74
t 值		7.326	5.928	6.498	9.881
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 术后胃液引流量 术后第1 d、2 d 2组患者胃液引流量对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 术后第3 d, 2组患者胃液引流量均减少, 且观察组较对照组少, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表2。

表2 2组患者术后胃液引流量对比 ($\bar{x}\pm s, \text{mL}$)

组别	例数	第1 d	第2 d	第3 d
观察组	46	1463.57 $\pm$ 432.94	769.55 $\pm$ 215.38	158.64 $\pm$ 62.73
对照组	46	1504.89 $\pm$ 518.43	826.74 $\pm$ 285.69	648.45 $\pm$ 272.19
t 值		0.415	1.084	11.893
P 值		0.679	0.281	0.000

3 讨论

结直肠术会在一定程度上影响患者胃肠功能, 患者需实施禁食、胃肠减压等干预, 直至胃肠功能恢复, 待胃肠功能恢复后, 患者可尽早进食, 减少补液量, 加快全面康复进程。因此, 如何快速恢复胃肠功能是患者术后全面康复的关键^[4]。中医认为, 腹部手术致气血虚弱, 胃失降浊, 脾失升清, 传化失司, 进而致水湿食停滞^[5]。六腑以通为用, 不通则痞满胀痛, 属“腹胀”“痞满”等范畴, 进而出现呕吐、腹胀、腹痛等症^[6]。

目前, 临床上常采用禁食、胃肠减压、早期活动等方式对腹部术后胃肠功能障碍者进行干预, 西医常采用口服药、静脉药等, 中医常采用穴位按摩、针灸、口服中药等。但中西治疗还受到病情、禁食、胃肠减压等多种因素限制, 无法达到理想效果。本研究结果显示, 观察组肠鸣音恢复时间、肠功能恢复时间、首次排气时间及首次排便时间均较对照组短, 术后第3天, 观察组胃液引流量较对照组少, 表明中药热奄包外敷结合护理干预对结肠癌患者术后胃肠功能的影响显著。中药热奄包中的大血藤具有败毒散瘀、通络活血等功效; 吴茱萸具有暖脾胃、通经络等功效; 炒枳壳具有消胀行滞、理气宽中等功效; 大黄具有解毒消痈、祛瘀泻火、清湿热等功效; 厚朴具有下气除满、消积导滞、平胃宽中等功效; 诸药合用, 共同起到宽肠理气、导滞通下、化瘀行气等作用^[7]。现代药理指出^[8], 中药热奄包中的吴茱萸还具有促进肠内积气排出、镇痛止呕、增进食欲等作用。本研究主要利用中药热奄包的辛温走窜、理气温经的功效, 在热力作用下, 通过中药透过脐周皮肤及肌肉纹理直达脏腑经脉, 调节气血阴阳, 有效促进肠道蠕动, 进而促进胃肠功能恢复。此外, 护理干预通过健康宣教、心理护理、饮食护理、术后早期活动等, 提升患者对自身疾病的认知, 提升患者积极性, 进一步加快患者肠内积气排出, 缩短胃肠功能恢复时间^[9]。公凤霞等^[10]研究指出, 结肠癌切除术后早期康复护理可有效促进胃肠功能恢复, 缩短患者下床时间, 利于患者尽快康复。

综上所述, 中药热奄包外敷结合护理干预可有效

改善结肠癌患者术后胃肠功能,减少胃液引流量,促进患者恢复。

参考文献

- [1]江蕾,崔岩,苏燕.综合护理干预对早期结肠癌患者术后胃肠功能的恢复及疼痛评分的影响分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(8):113-115.
- [2]袁三英,韩爱华,刘静梅,等.体位康复训练对腹腔镜结肠癌患者术后胃肠功能与并发症的影响[J].中国医药导报,2017,14(19):174-177.
- [3]朱雄增.胃肠道癌前病变和癌的WHO诊断标准[J].中华病理学杂志,2003,32(2):168-169.
- [4]张丽华,叶平江,王佳.快速康复护理对结肠癌患者术后恢复及降低医疗费用的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(13):1552-1555.
- [5]李洁.中医护理干预对大肠癌术后患者胃肠功能恢复的影响研究[J].安

徽医药,2014,18(1):179-180.

- [6]李志发,陈戎,吴小兵.中药排气饮配合吴茱萸热熨对微创结肠癌术后胃肠功能恢复及免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(9):984-986.
- [7]申桂莲.糖尿病胃肠功能紊乱性腹泻患者运用自拟升阳止泻汤联合中药热奄包的临床疗效观察[J].山西医药杂志,2015,44(8):913-915.
- [8]傅友雯,王玉玲,于向阳.吴茱萸热熨对腹腔镜结肠癌术后胃肠功能恢复的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2017,23(6):649-650.
- [9]江蕾,崔岩,苏燕.综合护理干预对早期结肠癌患者术后胃肠功能的恢复及疼痛评分的影响分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(8):113-115.
- [10]公凤霞,陈立茹,吕艳婷,等.结肠癌切除术后早期康复护理对患者胃肠功能恢复的作用[J].现代医学,2017,45(10):1508-1510.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张春华 收稿日期:2018-08-24)

中西医结合护理在妊娠糖尿病患者围产期中的效果分析

钟桂林

(江西省靖安县妇幼保健院妇产科,江西 靖安 330600)

摘要:目的 探究中西医结合护理在妊娠糖尿病患者围产期中的效果。方法 回顾分析2016年9月—2017年9月收治的妊娠糖尿病围产期患者88例,以随机数字表法均分为2组,各44例。对照组采用常规护理,观察组采用中西医结合护理,观察对比组间妊娠不良事件发生率及护理满意度差异。结果 观察组妊娠不良事件发生率为2.27%,低于对照组,存在统计学差异($P < 0.05$);观察组患者护理满意度为97.73%,高于对照组,存在统计学差异($P < 0.05$)。结论 中西医结合护理应用于妊娠糖尿病患者围产期护理中,可降低妊娠不良事件发生率,提升患者护理满意度。

关键词:中西医结合护理;妊娠;糖尿病;围产期;消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.060

文章编号:1672-2779(2018)-24-0141-03

Analysis on the Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing in the Perinatal Period of Gestational Diabetes Mellitus

ZHONG Guilin

(Department of Obstetrics and Gynecology, Jing'an Maternal and Child Health Care Hospital, Jiangxi Province, Jing'an 330600, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine in the perinatal period of gestational diabetes mellitus. **Methods** 88 cases of gestational diabetes mellitus during perinatal period from September 2016 to September 2017 in our hospital were retrospectively analyzed. They were divided into two groups equally by random table method, with 44 cases in each group. The control group was given routine nursing, while the observation group was given integrated traditional Chinese and Western medicine nursing. The incidence of adverse pregnancy events and the difference of nursing satisfaction between the two groups were observed. **Results** The incidence of adverse pregnancy events in the observation group was 2.27%, which was lower than that in the control group ($P < 0.05$), the satisfaction rate of the observation group was 97.73%, which was higher than that in the control group, and there was a statistical difference ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing in perinatal care of gestational diabetes mellitus patients can reduce the incidence of adverse pregnancy events and improve patient satisfaction with nursing.

Keywords: integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; gestational diabetes mellitus; pregnancy; diabetes; perinatal; consumptive thirst

《灵枢·五变》^[1]曰:“肝气郁结,怒气上逆,胸中蓄积血气逆流,多渴多饮多洩也”。故中医护理可从疏肝理气、舒缓郁结的情志护理方面着手。从西医角度讲,妊娠糖尿病与妊娠期机体分泌有着密切的相关性,其也与基因缺失、胎盘抗胰岛素等因素有关。故西医护理可从药物护理着手。但妊娠期产妇使用药物需慎重,故可辅助运动+饮食控制维持血糖平衡。故为妊娠糖尿病产妇开展围生期中西医结合护理,可通过情志护理、饮食护理、运动护理、药物护理4个方面着手。本文选取44例妊娠期糖尿病患者,以中西医结合方式对其开展护理,具体内容现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2016年9月—2017年9月收治的88例妊娠糖尿病围产期患者,随机分为2组,各44例。观察组体质量65~73 kg,平均体质量(69.7±5.9) kg;对照组体质量64~76 kg,平均体质量(69.9±6.1) kg。本研究所有患者及家属对研究相关事项有全面了解,系自愿参与,已签署知情同意书。2组患者一般资料经对比,存在可比性, $P > 0.05$ 。

1.2 纳入标准 纳入符合WHO《妊娠糖尿病诊断标准》;无凝血障碍;无心肺衰竭产妇。

1.3 排除标准 排除存在呼吸功能障碍;系统性疾病;

一般资料不全患者。

1.4 方法

1.4.1 对照组 实施常规护理。为所有产妇开展常规清洁护理和体位指导。保证产妇病房通风,防止产妇感冒。于产妇围生期加强对产妇的护理关注度,定期为产妇开展常规查体。

1.4.2 观察组 实施中西医结合护理。

1.4.2.1 情志护理 妊娠妇女常因担心胎儿而忧思过度,影响正常身体代谢,致使脾胃失调,血糖升高。《灵枢·本神》中说:“肝气虚则恐,实则怒”“心气虚则悲,实则笑不休”。而《医学衷中参西录》中所述,脾气不能消解则易造成肺部壅堵,继而津液减少,水道不畅,导致小便无节。故针对糖尿病妊娠期妇女,需辅助情志护理。为妊娠妇女介绍妊娠糖尿病相关知识,鼓励产妇以乐观心态面对疾病。帮助产妇调和心态,保证生命指标的稳定。

1.4.2.2 饮食护理 《逐月养胎法》有云,孕妇饮食要精熟,醉美受御,无食腥辛。孙思邈在《千金要方·食治》中说:“不知食宜者,不足以存生也。”又指出:“夫在身所以多疾此皆由……饮食不节故也。”故为孕妇合理搭配饮食,控制食量,可降低产妇不良事件发生率。依照产妇饮食情况进行热量计算,控制热量摄入,防止产后高血糖事件出现。《千金方》曾说:“大凡水肿病难治,瘥后持须慎于口味,又复病水入多嗜食康,所以些病难愈也。故饮食护理也需叮嘱患者提高饮食关注度,勿食禁忌之物。为产妇控制饮食的同时,也要注重胎儿的健康状况。故应该合理搭配膳食,坚持少食多餐原则。

1.4.2.3 运动护理 妊娠糖尿病患者随着胎儿增大,行动受限。故一些产妇开始减少运动量,故血糖升高。华佗曾提出,血脉流动,病不得生。故叮嘱妊娠糖尿病孕妇适当增加运动,可提升免疫力,保持血糖稳定。也可根据自身喜好,选择散步等运动。坚持餐后步行,时间以半小时为宜。运动之中需防止低血糖出现。

1.4.2.4 药物护理 叮嘱妊娠期糖尿病产妇不可盲目用药,要谨遵医嘱。因降糖药物对于胎儿损伤较大,故不应使用。叮嘱产妇可以饮食控制和运动相结合,保证降糖效果。如血糖仍不能够控制,可采用胰岛素注射方式降糖。但孕妇使用后易出现低血糖等症状,故注射完可立即食用糖果、巧克力等高热量食物。

1.4.2.5 产前护理 严格监控胎儿的生命体征,并及时为产妇开展吸氧护理。指导产妇正确计算胎动次数,并谨遵医嘱为产妇开展胰岛素护理。及时对产妇血糖情

况进行检测,保证产妇住院期间的低脂饮食。鼓励产妇多进食蔬菜水果,并及时对其不良生活习惯进行纠正。

1.4.2.6 产时护理 新生儿娩出后及时帮助产妇和新生儿检查血糖,并在新生儿出生24 h内对其血糖情况进行复查。如若必须,可为新生儿开展适量葡萄糖水补充血糖。指导产妇正确哺乳,提升新生儿进食效果。如遇高危儿,可及时对新生儿进行处理,并给予其所需保暖和吸氧护理。

1.4.2.7 产后护理 及时保证新生儿血糖稳定,如新生儿血糖波动较大可增加葡萄糖水。将新生儿血糖控制在2.2 mmol/L以上,并对新生儿开展严密监测。防止并发症的产生,避免新生儿糖尿病发病的可能。叮嘱产妇坚持母乳喂养,并严格监控产妇血糖情况。

1.5 评价指标 观察对比组间妊娠不良事件发生率与护理满意度差异。

满意度评价标准^[2]:依照满意度调查量表评定满意情况。调查表包括医务人员态度、护理质量、疼痛感、环境情况、降糖效果情况五方面组成。共10题,10分/题。总分100分,分数越高,满意情况越好。非常满意为分数 ≥ 90 分,满意为分数60~89分,不满意为分数 ≤ 59 分。满意度=(非常满意例数+满意例数)/各组例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法 以SPSS 21.0统计数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验。计数资料以率(%)表示,行 χ^2 检验。如 $P < 0.05$ 则数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组妊娠不良事件对比 观察组妊娠不良事件发生率低于对照组,存在统计学差异, $P < 0.05$ 。见表1。

表1 2组患者妊娠不良事件调查分析 [例(%)]

组别	例数	妊娠高血压	巨大儿	新生儿低血糖	低体重儿	妊娠不良事件发生率
对照组	44	2(4.55)	1(2.27)	3(6.82)	3(6.82)	9(20.45)
观察组	44	0(0)	0(0)	0(0)	1(2.27)	1(2.27)
t 值						7.221
P 值						0.007

2.2 2组护理满意度对比 观察组非常满意例数为29例,满意例数为14例,满意度明显高于对照组,统计学差异明显, $P < 0.05$ 。见表2。

表2 2组患者护理满意度调查分析 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	44	19(43.18)	18(40.91)	7(15.91)	37(84.09)
观察组	44	29(65.91)	14(31.82)	1(2.27)	43(97.73)
χ^2 值					4.950
P 值					0.026

3 讨论

妊娠糖尿病患者围产期状况严重影响母婴结局,故加强妊娠糖尿病患者围产期护理十分重要。因妊娠糖尿病患者存在代谢异常,血糖水平较高等症状,故应及时以护理方式帮助其控制血糖,降低妊娠不良事件发生率^[3]。

从中医学角度讲,妊娠糖尿病中医证型表现为肾气虚证,阴气两虚,肾阴虚证,心肾不交,心肾阴虚。故中医强调以饮食、运动、情志等多种因素滋补肾虚,消除消渴之症。从西医角度讲,妊娠糖尿病患者妊娠期间需控制血糖,防止产妇和新生儿不良结果的产生。故中医和西医在妊娠糖尿病产妇临床护理之中,存在分歧各有特点。但随着社会的发展,中西医结合治疗疾病成为趋势。故本文立足于中西医结合护理角度,开展中西医结合护理模式为妊娠糖尿病患者开展护理,力求更好地保证产妇和新生儿健康。中西医结合护理是将中医护理和西医护理融合为一体的护理模式,其具有互补性。中医护理强调“天人合一”,强调局部与整体的协调性,更加注重人体的调理^[4]。西医护理强调的是辅助治疗,更加注重用药护理。故将中西医结合,可发挥其所长,为患者开展优质的护理。本次中西医护理共分为七个方面,即情志护理、饮食护理、运动护理和药物护理、产前护理、产时护理、产后护理。情志护理是中医护理模式,其可为产妇开展疏导,缓解产妇情志郁结的状态。从西医护理观之,情志护理与心理护理模式相同,都可缓解患者压抑等心理问题。饮食护理可保证产妇血糖稳定,防止伤及胎儿。因产妇围生期用药会对胎儿产生影响,易增加胎儿畸形率,故常通过饮食护理控制产妇血糖,缓解产妇病情程度。运动护理可通过运动指导增加产妇运动量,提升产妇免疫力。还可通过运动排汗,促进代谢,改善产妇疾病状态。药物护理可降低产妇用药,规避产妇盲目用药行为。产前护理可保证产妇和新生儿的生命体征稳定,降低不良结局发生率。产时护理可提升产妇生产效果,避免产妇生产途中出现事故。产后护理可提升产妇和新生儿的健康监护,保证产妇和新生儿血糖的稳定。产后护理作为重要的护理环节,需加强关注。产后护理可降低产妇和新生儿的并发症,保证新生儿的健康成长,故产后护理效果较为理想。故以上七种护理模式结合起来,有助于提升妊娠糖尿病产妇围产期护理效果,保证产妇健康。该种护理模式与常规护理相比,护理内容更为丰富,护理细节更为精准。李晓萍^[5]在《中西医结合护理应用于妊娠糖尿病患者围产期的临床观察》中,

针对中西医结合护理模式的效果进行了探究。其分组对比后,证实了中西医结合护理模式效果好于常规护理。所得结论与本文一致,增加了本文的参考价值。在本次试验开展中,发现了本院护理人员护理责任心不强。故本院于试验后开展了护理培训,提升了护理人员的责任心与护理效率。但在为新生儿和产妇开展临床护理中,也需加强以下事件的关注。1) 加强对护理人员的培训。提升护理人员的护理技能和护理理念认知,保证护理工作落到实处。2) 合理排班。保证护理人员能够得到充分休息,提高工作效率。指导护理人员通过休息缓解工作压力,以便为患者提供优质的护理服务。第三,提高护理人员待遇。提升护理人员的待遇可使临床护理工作效果得到提升,保证护理效果对患者生产起到积极的促进作用。故经以上事件的关注,可保证临床护理工作落实到位,提升临床护理的效果。

综上所述,中西医结合护理在妊娠糖尿病患者围产期护理中应用,可减少妊娠不良事件,提升患者护理工作认可度,临床应用价值较高。

参考文献

- [1]黄庆慧,魏雅萍.护理干预在妊娠糖尿病患者围产期护理中的应用分析[J].糖尿病新世界,2016,19(19):141-142.
- [2]刘倩.中西医结合护理在社区妊娠期糖尿病患者中的效果观察[J].光明中医,2016,31(24):3665-3667.
- [3]张娟,殷梅英.个体化护理干预在妊娠期糖尿病患者围产期中应用价值分析[J].中外医学研究,2016,14(35):125-127.
- [4]张小琴,杨姗姗.中西医结合护理在老年糖尿病患者中的应用及效果分析[J].糖尿病新世界,2017,20(14):163-164.
- [5]张艳,徐惠英,惠兰.个体化护理干预在妊娠合并糖尿病患者围产期中的应用及焦虑情况分析[J].国际护理学杂志,2016,35(1):60-63.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李春常 收稿日期:2018-09-06)

古代文献方剂中人参、党参的称谓问题

在古代,由于人参道地在山西上党,故有上党参之称谓,造成古代所有含人参汤方,如人参健脾丸、人参养荣丸、人参固本丸、人参再造丸、人参建中丸、人参养胃汤等,众多含人参汤方中之“人参”,是指五加科“上党人参”还是指桔梗科“上党人参”。虽然有的含人参汤方中使用党参并无不妥,但是对“经方”“经药”的应用与研读无有什么偏颇,要保证《经方》用药精准,亦应实事求是加以研读和更正。上海对人参再造丸、人参养荣丸、人参健脾丸等方,使用党参投料已达百年之久,现已更名为党参再造丸、党参养荣丸、党参健脾丸等。

——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。

中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响

邹金仙

(江西省黎川县人民医院妇产科, 江西 黎川 344600)

摘要:目的 分析中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响。方法 选取2016年1月—2017年6月行剖宫产手术的60例产妇, 随机分为2组, 各30例。研究组行中西医结合护理干预, 对照组行常规护理, 比较2组产妇泌乳时间、泌乳量及精神状态。结果 研究组泌乳时间早于对照组、泌乳量多于对照组、焦虑(SAS)和抑郁(SDS)评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 剖宫产产妇行中西医结合护理干预可促进乳汁分泌、增加泌乳量、缓解负面情绪, 可临床应用。

关键词: 剖宫产; 产妇; 乳汁分泌; 中西医结合护理; 常规护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.061

文章编号:1672-2779(2018)-24-0144-02

Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Intervention on Milk Secretion in Cesarean Section

ZOU Jinxian

(Department of Obstetrics and Gynecology, Lichuan People's Hospital, Jiangxi Province, Fuzhou 344600, China)

Abstract: **Objective** To analyze the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing intervention on the secretion of lactation in cesarean section. **Methods** 60 parturients who came to our hospital from January 2016 to June 2017 for cesarean section were randomly divided into two groups, and each group had 30 cases. The study group received nursing intervention of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing, while the control group received routine nursing. The lactation time, lactation volume and mental state of the two groups were compared. **Results** The lactation time of the study group was earlier than that of the control group, the lactation volume was more than that of the control group, the scores of anxiety (SAS) and depression (SDS) were lower than those of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The nursing intervention of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing for cesarean section women can promote milk secretion, increase milk production, alleviate negative emotions, and can be widely used in clinic.

Keywords: cesarean section; parturient; milk secretion; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; routine nursing

母乳作为婴儿成长最安全、自然、完整的天然食物, 富含婴儿成长所需的所有营养物质和抗体, 当下母乳喂养已被世界卫生组织和联合国儿童基金会列为科学育儿行列, 母乳中富含的脂肪不仅能给婴儿提供身体所需热量, 还可满足其脑部发育需求, 钙、磷和免疫球蛋白不仅能促进婴儿成长发育还可防治慢性疾病、促进消化, 在婴幼儿成长发育中发挥着不可替代的作用^[1]。近年来随着民众生育观念改变及医疗技术完善, 多数产妇选择剖宫产, 大量资料显示剖宫产产妇产后泌乳时间将推迟且泌乳量会减少, 无法满足新生儿正常需求, 为促进产妇泌乳, 规避乳量不足问题, 医者推出护理干预, 本文就中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响进行研究, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从2016年1月—2017年6月我院收治的剖宫产产妇中选取60例作为研究对象, 随机分为2组, 每组30例。本研究经医学伦理委员会审核通过, 所有入选对象均签署知情同意书。研究组年龄21~37岁, 平均(28.4±2.1)岁; 孕周37~42周, 平均(39.4±0.3)周; 体质量52~67 kg, 平均(59.6±2.4) kg。对照组年龄22~

36岁, 平均(28.3±2.4)岁; 孕周38~42周, 平均(39.5±0.4)周; 体质量53~70 kg, 平均(60.1±2.3) kg。2组基本资料差异有统计学意义($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 纳入标准 单胎; 剖宫产; 初产。

1.3 排除标准 不愿母乳喂养; 乳腺疾病; 中途退出研究; 精神交流障碍及依从性差者。

1.4 研究方法 对照组行常规护理, 为产妇普及哺乳知识, 均衡饮食(软食、热饮、汤类饮食), 给予乳房护理(喂奶前指导产妇洗手、用温开水清洗乳房和乳头、佩戴适宜乳罩), 注意监护谨防乳头内陷/皲裂。

研究组行中西医结合护理, ①麻醉失效后产妇多伴有疼痛感, 调整舒适体位, 术后6 h内去枕保持平卧位, 6 h后取半卧位或自由体位, 辅助翻身, 改善胃肠道功能同时松弛腹肌减轻疼痛感, 必要时给予镇痛药, 为病患讲解哺乳知识及母乳喂养的优势, 当前部分产妇因担忧影响身材放弃母乳喂养, 告知产妇哺乳可消耗母体热量(腹部、腿部、臀部、脸部)辅之乳房按摩保证乳管通畅, 促进乳汁分泌, 可行穴位按摩, 取乳中穴、乳根穴, 热敷乳房3~5 min, 一手固定乳房, 另一手依据乳腺分布位置由根部向乳头以螺旋形按摩至全乳, 由乳房根部用手指向乳房推行, 由根部向乳

头挤压按摩。②初产妇对生产和哺乳知识均不甚了解,产妇因手术损耗身体加之婴儿哭闹常手足无措,分发健康手册,亲自指导哺乳(一手拇指与其余四指分别放于乳房上下方,托起呈锥形使母婴紧密相贴,哺乳时身体略微前倾,放松身心)。③给予饮食指导,可食中药食疗汤——通草鲫鱼汤,以泻肺、利小便、下乳汁。④催乳方剂,气血虚弱型服通乳丹[人参30 g,当归60 g(酒洗),木通0.9 g,桔梗0.9 g,麦冬15 g(去心),黄芪30 g]水煎服、早晚温服;肝气郁滞型选下乳涌泉散(当归15 g,川芎15 g,白芍15 g,生地黄15 g,漏芦15 g,桔梗15 g,天花粉15 g,白芷15 g,通草15 g,柴胡15 g,穿山甲15 g,甘草10 g)水煎服、早晚温服,此外产妇可服催乳饮(王不留行12 g,茯苓9 g,当归9 g,党参9 g,甘草6 g,木香9 g,黄芪15 g,通草6 g,川芎6 g)和催乳汤(黄芪24 g,熟地黄24 g,枸杞子6 g,人参15 g,当归15 g,川芎6 g,通草6 g)水煎服,早晚温服。

1.5 观察指标 比较2组产妇泌乳时间和泌乳量;运用SAS焦虑量化自评表和SDS抑郁量化自评表评估产妇护理前后精神状态,分值越高证明负面情绪越严重。

1.6 统计学方法 本文涉及所有数据均使用统计学软件SPSS 20.0进行处理,分别用($\bar{x} \pm s$)、(%)表示计量和计数资料,行 t 检验,分析组间差异,若 $P < 0.05$,则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 泌乳时间和泌乳量 研究组产妇泌乳时间早于对照组,泌乳量多于对照组,组间数据对比有统计学意义($P < 0.05$),详细数据见表1。

表1 2组产妇泌乳时间和泌乳量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	泌乳时间(h)	泌乳量(mL/d)
研究组	30	28.5±3.6	1156.5±125.5
对照组	30	37.5±3.9	879.5±110.5
t 值		9.288	9.073
P 值		0.000	0.000

2.2 SAS和SDS评分 干预前,两组产妇SAS和SDS评分比较相比差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,研究组SAS和SDS评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 2组SAS和SDS评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	30	62.3±4.9	28.6±3.2	63.4±4.6	28.6±3.7
对照组	30	63.8±4.2	31.6±3.8	64.1±4.2	31.8±4.1
t 值		1.273	3.308	0.616	3.174
P 值		0.104	0.001	0.270	0.001

3 讨论

当前多数产妇为减少分娩疼痛选剖宫产,但该手术创伤大、出血多、术后恢复慢且常伴有并发症,不仅影响母体营养状态和身心健康,同时还会引发初乳分泌障碍和乳量减少问题,削弱其哺乳信心,影响新生儿健康成长,为帮助产妇正常哺乳,医院多通过护理干预指导其科学就诊,剖宫产病患术后护理涉及对症治疗、饮食指导、环境干预、康复锻炼、哺乳指导及乳房护理多项内容,但多侧重于基础治疗,护理内容过于笼统,无法满足产妇个性化需求。中医以辨证施治为治疗原则,根据产妇体质、病症调整用药,药效温和稳定且无毒副作用,产妇服用中医汤药或行食疗不仅能外治疾病改善乳汁分泌问题还可重建体内平衡,增强机体抗病能力以抵抗外邪入侵,强身健体^[2-3]。此外,辅之穴位按摩不仅能理气活血、舒筋通络,还可促进毛细血管扩张,加快血流速度,改善局部血液循环,促进乳汁分泌与排出,效果显著,也有学者在研究中指出剖宫产产妇按摩乳房还可疏肝健脾、活血化瘀、安神补气,促进器官代谢,具有极佳推广前景^[4]。本次研究结果显示:研究组产妇泌乳时间短于对照组,泌乳量多于对照组,焦虑抑郁评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),即剖宫产产妇行中西医结合护理可有效缓解负面情绪,改善泌乳分泌问题,疗效更为理想,也有学者在研究中指出母乳喂养还可改善体内循环,促进子宫收缩,防治产后出血问题,因此医者应加大宣教力度,指导病患正确哺乳,保证婴儿成长所需营养,减少病菌入侵机会,增进母子感情。总之,中西医结合护理可促进剖宫产产妇初乳分泌,缓解负面情绪,利于新生儿健康成长^[5-8],可推广应用。

参考文献

- [1]高耀秀.中西医结合护理对剖宫产产妇术后乳汁分泌的影响[J].实用中医药杂志,2016,32(12):1247-1247.
- [2]王敏,王雪华.中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响分析[J].中国当代医药,2017,24(33):171-173.
- [3]衡丽娜.中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响[J].河北中医,2016,38(2):289-291.
- [4]吕文琴.中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响研究进展[J].内蒙古中医药,2017,36(14):137-138.
- [5]高耀秀.中西医结合护理对剖宫产产妇术后乳汁分泌的影响[J].实用中医药杂志,2016,32(12):1247.
- [6]柳爱兰.中西医结合护理对剖宫产产妇术后乳汁分泌的影响[J].护理实践与研究,2016,13(5):73-75.
- [7]衡丽娜.中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响[J].河北中医,2016,38(2):289-291.
- [8]王建春.中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响[J].新中医,2015,47(1):234-235.

(本文编辑:张文娟 本文校对:阚秀兰 收稿日期:2018-09-04)

耳穴压豆改善眩晕患者头痛头晕症状中的 护理效果观察

冯欢

(九江市中医医院心血管内科, 江西 九江 332000)

摘要:目的 探讨耳穴压豆对眩晕患者头痛头晕症状的改善效果。方法 回顾性分析2016年4月—2018年3月治疗的56例眩晕患者病例资料, 将2016年4月—2017年3月采取常规护理干预的28例患者资料组成对照组, 2017年4月—2018年3月采取耳穴压豆护理干预的28例患者资料组成观察组。比较2组患者头痛头晕症状并对患者日常生活活动能力评分。结果 与对照组相比, 观察组患者头痛头晕症状较轻, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预后2组日常生活活动能力评分均有所提高, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 将耳穴压豆法应用于眩晕症患者临床护理中可有效改善其头痛头晕症状及日常生活活动能力, 有利于提高临床治疗效果。

关键词: 眩晕; 耳穴压豆; 头痛头晕; 日常生活活动能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.062

文章编号:1672-2779(2018)-24-0146-02

Observation on the Nursing Effect of Auricular Acupoint Pressing on Improving Headache and Dizziness in Vertigo Patients

FENG Huan

(Vasculocardiology Department, Jiujiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of auricular point pressing on improving headache and dizziness in vertigo patients. **Methods** the data of 56 cases of vertigo cases treated in our hospital from April 2016 to March 2018 were analyzed retrospectively and 28 cases of routine nursing intervention in March April 2016 -2017 were composed of the control group. In March April 2017, 28 cases of the patients were composed of 28 cases of nursing intervention. Headache and dizziness symptoms and activities of daily living were compared between the two groups. **Results** Compared with the control group, the symptoms of headache and dizziness in the observation group were lighter and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After intervention, the scores of daily living ability of the two groups were improved, and the observation group was higher than the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of auricular point PEA method to clinical nursing of vertigo patients can effectively improve the symptoms of headache and dizziness and the ability of daily living, which is helpful to improve the effect of clinical treatment.

Keywords: vertigo; auricular point pressing; headache and dizziness; activities of daily living

在眩晕症发作时, 患者常感到天旋地转, 甚至出现循环缺血、自律神经失调症状, 且在急性发作时还将对患者日常生活及工作造成严重影响^[1]。目前对于该疾病发病机制尚未明确, 可能与贫血、动脉硬化、颈椎病、用眼过度等有较大相关性, 若未及时采取有效治疗措施, 还将进一步导致思维下降、半身不遂、头痛痴呆、中风偏瘫等, 故需引起临床高度重视^[2]。为有效促进眩晕患者相关症状的好转, 本研究将耳穴压豆应用于临床护理工作中, 且效果较为明显。具体信息如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2016年4月—2018年3月在我院治疗的56例眩晕患者病例资料, 将2016年4月—2017年3月采取常规护理干预的28例患者资料分为对照组, 2017年4月—2018年3月采取耳穴压豆护理干预的28例患者资料分为观察组。观察组男15例, 女13例; 年龄41~70岁, 平均 (56.34 ± 2.19) 岁; 病程最短2 h, 最长10 d, 平均 (3.98 ± 1.24) d。对照组男16例,

女12例; 年龄39~70岁, 平均 (56.31 ± 2.24) 岁; 病程最短3 h, 最长10 d, 平均 (4.05 ± 1.23) d。2组患者一般资料相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可对比性。

1.2 纳入标准 ①符合《中药新药临床研究指导原则》^[3]中关于眩晕症诊断标准, 即头晕目眩、视物有明显旋转感, 甚至晕倒, 同时可伴有头痛、目胀、肢体震颤、耳鸣、失眠、性情急躁、舌红、苔黄、脉弦滑症状; ②无严重、心、肝、肾及血液系统疾病。

1.3 排除标准 ①因小脑出血及脑动脉硬化所致的眩晕患者; ②因骨折、肿瘤及颈椎脱位所致的眩晕患者; ③精神障碍且无法积极配合治疗者; ④双耳耳廓内皮肤受损者。

1.4 护理方法 2组均给予环境护理、饮食指导、病情监测等常规护理干预, 具体内容: ①确保病房内安静清洁, 适当减少探视与陪护, 使患者能够得到充分的睡眠及休息; ②要求患者饮食以富含多种维生素及营养物质为主, 戒饮酒, 忌暴饮暴食; ③加强对患者生命

体征的监测,以减少不良事件的发生,并针对患者情绪变化给予针对性心理疏导,从而减轻患者内心压力。除上述干预外,观察组加以联合耳穴压豆法治疗,步骤如下:选取皮质下、肝、枕、额、肾及神门主要穴位,在局部进行常规消毒处理,使用0.6×0.6 cm胶布在耳穴部位固定王不留行籽,按压5~10 min,每隔3 d更换1次,对双耳进行交替贴压,对于头晕症状较为严重者可在对侧耳穴同时压豆,以提高临床疗效。

1.5 观察指标 ①参照《中药新药临床研究指导原则》中规定的疗效标准,制作眩晕症头晕头痛程度分级标准,其中头晕头痛症状轻微或头部有昏沉感但无景物及自身旋转、晃动感,且能够正常工作及生活为轻度;头痛头晕症状减轻,可感到轻微景物及自身旋转、晃动感,虽能够坚持工作,但仍受到一定影响为中度;头痛头晕症状明显,常伴有景物及自身旋转、晃动感,生活、工作均可受到较大影响为重度。②分别于干预前、干预1周后采用日常生活活动能力Barthel指数(BI)量表对2组患者大便、小便、洗澡、穿衣、上下楼梯等症状进行评定对比,总分为100分,生活活动能力与分值呈正比。

1.6 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间用非独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验,等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 头痛头晕症状 与对照组相比,观察组患者头痛头晕症状较轻,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者头痛头晕症状改善情况对比 [例(%)]

组别	例数	轻度	中度	重度
对照组	28	11(39.29)	9(32.14)	8(28.57)
观察组	28	20(71.43)	7(25.00)	1(3.57)
Z值		2.734		
P值		0.006		

2.2 日常生活活动能力 干预前2组患者日常生活活动能力相比,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后2组日常生活活动能力评分均有所提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者日常生活活动能力评分对比 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后	t值	P值
对照组	28	37.42±5.61	48.24±7.09	8.028	0.000
观察组	28	37.47±5.60	61.38±7.55	17.063	0.000
t值		0.033	6.713		
P值		0.974	0.000		

3 讨论

目前,西医认为眩晕与脑供血不足、情绪抑郁、颈椎病、前庭系统病变等密切相关,临床多以药物治疗为主,但效果欠佳^[4]。而在中医治疗中,刺激耳部穴位方式因具有调节躯体内脏功能、镇静镇痛作用,现已被广泛应用于各种疾病所致的眩晕症中,其中以耳穴压豆法最为常见,能够通过调节阴阳平衡及脏腑气血功能,从而达到缓解眩晕症状的目的^[5]。

中医学认为,眩晕症属“眩运”“眩冒”范畴,其发病机制主要为风、火、痰、瘀扰乱清空,或气血亏虚、髓海不足、清窍失养所致,故临床治疗常以补益精血、行气活血、疏通经络为主要原则^[6]。本研究结果显示,与对照组相比,观察组患者头痛头晕症状较轻,日常生活活动能力评分高于对照组,表明耳穴压豆法在眩晕症患者临床护理应用中效果显著,可进一步促进其头痛头晕症状的好转,并有效提高患者日常生活活动能力。耳穴不仅为疾病的反应点,同时也是疾病治疗点,故根据相应部位及脏腑经络辨证实施耳穴压豆法治疗,可起到良好的刺激与疏通经络作用;同时肝藏血、肾藏精、肝肾同源,精血互生能够有效调节内分泌功能。其中肝穴可疏肝利胆、清头明目;肾穴具有益肾降火、强腰壮骨的功效;枕穴具有调节前庭系统功能的作用;皮质下穴则可镇静安神与醒脑开窍;神门穴能够清热解毒、镇痛祛风等^[7]。总而言之,对眩晕症患者实施耳穴压豆法治疗可有效促进耳部血液循环,同时达到开窍醒神、止晕定眩、提升气血的效果,有利于加快疾病的好转^[8]。

综上所述,在临床护理基础上加以联合中医耳穴压豆法治疗能够有效促进眩晕症患者头痛、头晕等症状的好转,且可有效提高其日常生活活动能力,临床应用效果显著。

参考文献

- [1]滕德凤.耳压联合药枕干预肝阳上亢眩晕症30例临床观察[J].江苏中医药,2015,47(12):65-66.
- [2]魏秀花,王波,张茉莉,等.中药热熨联合耳穴压豆及辨证施护对颈性眩晕治疗效果的影响[J].西部中医药,2016,29(8):135-136.
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:392.
- [4]刘胜荣.耳穴疗法联合经络按摩仪治疗眩晕45例临床疗效观察[J].护理研究,2018,32(4):623-624.
- [5]赵海玲,李建强,庄靖卿,等.中医特色护理在颈源性眩晕伴焦虑、抑郁病人中的应用[J].护理研究,2017,31(2):221-223.
- [6]李倩.综合护理对眩晕患者情绪的影响[J].北京医学,2017,39(8):866-867.
- [7]黎建青,姚文凤,梁巧梅,等.中药熨疗联合物理治疗护理措施应用于后循环缺血性眩晕的效果观察[J].广西医科大学学报,2018,35(1):131-133.
- [8]张平,章耀华,杨华清,等.综合康复护理模式在颈性眩晕患者中的应用研究[J].北京医学,2017,39(8):856-858.

(本文编辑:张文娟 本文校对:黎余余 收稿日期:2018-08-24)

中西医结合护理在腹腔镜胆囊切除术的应用

何小芳

(江西省乐安县人民医院外科, 江西 乐安 344300)

摘要:目的 研究中西医结合护理在腹腔镜胆囊切除术中的应用效果。方法 回顾性分析2013年1月—2013年12月收治的50例胆囊结石行腹腔镜胆囊切除术的患者, 随机分为2组, 对照组25例实施西医快速康复外科护理, 试验组25例实施中西医结合护理。比较2组患者首次排气时间和住院时间, 并对2组满意度进行比较。结果 试验组患者的首次排气时间早于对照组, 住院时间少于对照组, 数据对比 $P < 0.05$ 。试验组护理满意度高于对照组, 数据对比 $P < 0.05$ 。结论 中西医结合护理在腹腔镜胆囊切除术中的应用能有效促使患者恢复速度的提升, 临床价值较高。

关键词: 中西医结合护理; 腹腔镜胆囊切除术; 术后恢复

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.063

文章编号:1672-2779(2018)-24-0148-02

The Application of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing in Laparoscopic Cholecystectomy

HE Xiaofang

(Department of Surgery, Le'an People's Hospital, Jiangxi Province, Le'an 344300, China)

Abstract: **Objective** To study the application effect of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing in laparoscopic cholecystectomy. **Methods** A retrospective analysis of 50 cases of cholelithiasis treated by laparoscopic cholecystectomy in our hospital from January 2013 to December 2013 were randomly divided into control group 25 cases of rapid rehabilitation surgery nursing, experimental group 25 cases of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing. The first exhaust time and hospital stay were compared between the two groups, and the satisfaction of the two groups was compared. **Results** The first exhaust time of the experimental group was earlier than that of the control group, and the hospitalization time was less than that of the control group. The data were compared with $P < 0.05$. The nursing satisfaction of the experimental group was higher than that of the control group, and the data were compared $P < 0.05$. **Conclusion** The application of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing in laparoscopic cholecystectomy can effectively promote the recovery rate of patients with high clinical value.

Keywords: integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; laparoscopic cholecystectomy; postoperative recovery

胆囊结石是临床上常见的胆囊疾病, 其临床治疗通常以腹腔镜胆囊切除术完成, 能有效改善患者的临床症状。但根据临床实践, 腹腔镜胆囊切除术后患者的恢复较慢, 并且容易受到各种因素的影响, 其中引流管的使用、长时间卧床、术后脏器功能障碍和手术应激等, 均可导致患者术后恢复速度减缓^[1]。因此需要在患者手术后给予其有效的护理措施, 促使其术后恢复速度的提升。西医对腹腔镜胆囊切除术患者的护理通常以快速康复外科护理为主, 但其临床应用效果有限。本研究对中西医结合护理在腹腔镜胆囊切除术中的应用效果进行分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院2013年1月—2013年12月收治的50例行腹腔镜胆囊切除患者资料, 采取随机分组的方法, 分成对照组25例和试验组25例。对照组男6例, 女19例; 年龄24~80岁, 平均 (51.64 ± 7.62) 岁; 胆囊结石24例, 胆囊息肉1例。试验组男6例, 女19例; 年龄18~79岁, 平均 (52.33 ± 7.85) 岁; 胆囊结石23例, 胆囊息肉1例, 萎缩性胆囊炎1例。2组基本资料比较, $P > 0.05$, 有可比性。

1.2 护理方法 对照组实施西医快速康复外科护理, 术前1 d为患者介绍快速康复外科护理理念, 并为其讲解

快速康复外科护理与常规护理的不同, 强调其优点。术前指导患者禁食6 h, 禁食后术前2 h口服1500 mL糖水, 禁饮2 h; 手术时将室内温度控制在25℃左右, 做好患者的保暖措施, 必要时使用加热毯以防止患者受凉, 腹腔冲洗液温度应保持在40℃左右, 确保患者术中体温控制在37℃左右。术中注意精细操作, 根据情况放置引流管, 在可以不用引流管时尽量不用; 术后给予患者充分止痛处理, 在患者感觉到明显疼痛时给予镇痛药物注射以缓解其疼痛程度。鼓励患者在术后及早进行活动, 手术当天于病床上活动上肢, 术后1 d让其下床活动。改变传统术后禁食要求, 早期进食, 术后6 h给予患者40 mL温开水少量多次引用, 未出现腹胀的情况下给予患者米汤, 术后2 d开始给予患者半流质食物, 之后逐渐增加至低脂普食。

试验组采用中西医结合护理方法, 即在对照组基础上实施中医护理。术前1 d给予患者100 mL大承气汤口服, 每次服用50 mL, 分2次完成。术后密切观察患者生命体征变化情况, 麻醉清醒后对患者的体位进行合理调整, 以促使其舒适度的提升。术后患者肠胃功能恢复后, 根据其恢复情况为其准备相应的饮食, 其中可为患者准备薏苡仁粥和陈皮粥等, 起到祛湿健脾和疏肝理气的功效。在患者术后伴有呕吐症状的情况

时,可给予其清淡的饮食,如茉莉花茶和佛手瘦肉粥等。术后给予患者耳穴贴压护理,其中主要是在手术后4 h进行耳穴贴压并对患者耳廓进行消毒处理,于穴位上贴药籽并用手指轻轻按压5~10 min,在患者感觉到局部酸胀时停止,每隔2 h为患者实施1次按压。两耳交替实施按压。另外还要在术后给予患者按摩护理,主要是选取患者合谷、内关和足三里等穴位进行按摩,按摩时力度应从轻到重逐渐增加,在患者感觉到局部酸胀后停止按摩,每次穴位按摩的时间控制在3 min左右,每天给予患者2次按摩护理。护理人员还可以根据实际情况给予患者足浴护理,使用当归、厚朴、桃仁、大黄和红花制成的足浴药液,每次20 mL药物加入热水中,让患者在睡前进行足浴,并在足浴时用力搓动双脚,足浴的时间控制在30 min以上。

1.3 评价指标 统计2组患者首次排气时间和住院时间,调查2组患者的护理满意度。满意度调查用自制量表完成,满分为100分,分数越高代表满意度越高,根据评分高低将满意度划分为非常满意(≥90分)、基本满意(60~89分)和不满意(<60分)3个等级。

1.4 统计学方法 使用SPSS 22.0软件处理数据,计数资料与计量资料分别以百分率(%) 和($\bar{x} \pm s$)表示,分别用 χ^2 检验和 t 检验, $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组术后恢复情况比较 根据对表1数据的分析,试验组患者首次排气时间早于对照组,住院时间少于对照组,组间差异显著($P < 0.05$)。

表1 2组恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排气时间(h)	住院时间(d)
试验组	25	16.25±5.49	5.04±1.73
对照组	25	24.18±4.26	7.36±1.62
t 值		3.6087	3.0954
P 值		0.0020	0.0062

2.2 2组护理满意度比较 由表2数据统计结果可知,试验组护理满意度高于对照组,组间差异显著($P < 0.05$)。

表2 2组护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
试验组	25	16(64.00)	8(32.00)	1(4.00)	24(96.00)
对照组	25	12(48.00)	7(28.00)	6(24.00)	19(76.00)
χ^2 值					4.1528
P 值					0.0415

3 讨论

腹腔镜胆囊切除术是临床上用于胆囊结石治疗的常见手术,其对患者造成的创伤较小且手术时间较短,患者手术后的恢复速度较快,对缩短患者住院时间及降低其住院费用有很大帮助^[2]。但根据临床实践,患者

实施腹腔镜胆囊切除术后容易出现胆管损伤、血管损伤、肠损伤、腹腔内出血和皮下气肿等并发症,导致其术后恢复受到影响,并且可能对患者的治疗效果造成影响^[3]。因此,在患者实施腹腔镜胆囊切除术的过程中需要给予有效的护理措施,降低患者术后并发症发生率,促使其术后尽快恢复。

西医对腹腔镜胆囊切除术患者的护理以快速康复外科护理为主,其主要是在快速康复外科理念的指导下完成对患者的护理。根据临床实践,快速康复外科护理是将麻醉学、疼痛控制及微创手术方式等新技术与传统护理相结合的一种方式,其对于降低患者术后应激反应及并发症发生率,缩短患者的住院时间有很大帮助^[4]。其主要是通过通过对围术期病理生理学反应的控制,让患者的术后康复速度得到提升。其中术前有效的健康宣教能让患者的参与度和配合度得到提升,术中保温能有效减少患者出血和感染等并发症,术后充分止痛、饮食干预和尽早活动能促使患者身体机能的恢复^[5]。

相关研究表明,在使用快速康复外科护理的基础上给予腹腔镜胆囊切除术患者实施中医护理时,能有效促使其术后恢复速度的提升。其中中医护理的实施主要是在术前给予患者大承气汤调理肠胃;术后根据中医辨证方式给予患者祛湿健脾和疏肝理气的饮食,患者出现呕吐时给予中医膳食调节肠胃功能;给予患者耳穴贴压以起到疏肝利胆排石的作用;给予患者中医手法穴位按摩以起到疏肝解郁和舒筋活络的作用;结合足浴行气活血以促使患者恢复速度的提升^[6]。

本研究对中西医结合护理在腹腔镜胆囊切除术中的应用效果进行分析,试验组患者首次排气时间早于对照组,住院时间少于对照组,数据对比 $P < 0.05$ 。试验组护理满意度高于对照组,数据对比 $P < 0.05$ 。综上所述,中西医结合护理在腹腔镜胆囊切除术中的应用效果显著,能有效促使患者术后恢复速度的提升,值得推广应用。

参考文献

- [1]宋莉影,刘爽.中西医结合加速康复护理在腹腔镜胆囊切除术围术期的应用[J].中国中西医结合外科杂志,2017,23(6):651-653.
- [2]王心露.中西医结合护理腹腔镜胆囊切除术患者的围术期临床应用体会[J].内蒙古中医药,2017,36(18):176-177.
- [3]戴蒙,刘艳梅,刘波,等.快速康复外科护理联合中医护理技术在腹腔镜胆囊切除术围术期的应用研究进展[J].山西医药杂志,2017,46(15):1827-1829.
- [4]郝青,刘玮,闫玉洁,等.中西医结合预防老年腹腔镜胆囊切除术患者术后下肢静脉血栓的临床研究[J].陕西中医,2016,37(7):884-885.
- [5]李辉,刘贵长,蔡选琨.中西医结合疗法对腹腔镜胆囊切除术预后的影响[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(2):88-90.
- [6]曹莉.中西医结合快速康复外科理念在腹腔镜胆囊切除术后护理中的应用分析[J].四川中医,2015,33(5):169-171.

(本文编辑:张文娟 本文校对:郭四英 收稿日期:2018-09-04)

中医药对体质量影响的概述※

张振宇 李璐* 李琼华 吕雪英 龚轶欣 杨丹

(昆明市官渡区金马街道社区卫生服务中心中医科, 云南 昆明 650216)

摘要: 身体质量指数 (BMI) 判断身体健康状况的重要标志之一, 人体的胖瘦与饮食、运动、遗传、精神、胰岛素水平等多种因素相关, 中医在长期的医疗实践中, 经过不断的探索和总结, 在调节体质量方面积累了丰富的临证经验。本文收集了近年来有关中医药对体质量影响的文献资料, 从减肥和增重两个方面分别进行综述, 初步揭示了中医学的辨证施治的调平治疗观对体质量具有双向调节作用。

关键词: 调节体质量; 中医药治疗; 综述; 针灸; 推拿; 耳穴; 埋线

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.064

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0150-03

Summary of Influence of Traditional Chinese Medicine on Weight

ZHANG Zhenyu, LI Lu, LI Qionghua, LYU Xueying, GONG Yixin, YANG Dan

(Department of Traditional Chinese Medicine, Kunming Jinma Street Community Health Service Center, Yunnan Province, Kunming 650216, China)

Abstract: Body mass index (BMI) is one of the important indicators to judge the health of the body. Obesity is associated with many factors, such as diet, exercise, heredity, spirituality, insulin levels, etc. In the long-term medical practice, TCM has accumulated rich clinical experience in regulating body weight through continuous exploration and summary. This paper collected the literature about the influence of traditional Chinese medicine on body weight in recent years, summarized it from two aspects of weight loss and weight gain, and preliminarily revealed that the dialectical leveling treatment view of TCM has a bidirectional regulating effect on body weight.

Keywords: regulating weight; therapy of traditional Chinese medicine; review; acupuncture and moxibustion; massage; auricular point; catgut embedding

爱美之心人皆有之, 过胖或过瘦既不利于健康又不能给人以健美感。中医中药在长期临床实践中遵循辨证论治、以平为期的原则, 对调节体质量有确切效果, 现将中医中药近年相关研究和治疗概况综述如下。

1 中药组方对体质量的影响

组方用药是中医临床治疗的主要形式和手段, 其配伍原则遵循辨证论治理论从而达到治疗目标。

1.1 减轻体质量 杨广文等^[1]以大柴胡汤治疗肥胖 (柴胡、黄芩、郁金、山楂、半夏、丹参、芍药、大黄、大枣、枳实、生姜)。该方清脏腑之热以改善胃纳亢进, 又理气祛痰浊, 临床治疗总有效率为93.3%; 乐智勇^[2]研究证实泽泻汤有降脂作用, 并初步得出其降脂机制可能与调节脏腑平衡有关, 调和脏腑使机体恢复正常脂质代谢从而降低血脂; 唐红等^[3]研究表明荷丹片 (荷叶、丹参、补骨脂、番泻叶、山楂) 可调节脂质代谢, 又对减重有疗效, 治疗到16周疗效明显且治疗中无明显不良反应。

1.2 增加体质量 蒋益泽等^[4]用自拟增肥益康丸 (酸枣仁、党参等8味中药组成) 治疗消瘦, 总有效率85.5%, 本方运脾和胃、养血助阴、增肥治瘦, 突破现代中药书籍对酸枣仁功能归纳的局限; 王薇等^[5]自拟疏肝开胃汤 (柴胡9 g, 芍药12 g, 制香附9 g, 沙参12 g, 石斛12 g, 当归9 g, 白术9 g, 茯神12 g, 佛手9 g, 玫瑰花12 g, 鸡内金9 g, 炒谷芽9 g, 炒麦芽9 g, 焦山楂9 g, 砂仁6 g, 甘草3 g) 治疗青少年神经性厌食症15例, 体质量增

加3.8~10.4 kg; 胡思源等^[6]用健儿厌食康颗粒 (由山药、鸡内金、薏苡仁、莲子、茯苓、大枣等10味药食两用之中药制成) 治疗小儿厌食脾虚食滞证118例, 全方补脾益气、消食健胃、增进乳食, 有补则不滞, 消不伐脾之效, 治疗4周后有效率为90.68%; 张雪荣等^[7]采用龙牡壮骨颗粒 (药物组成有炒白术、山药、党参、黄芪、麦冬、制龟甲、醋制五味子、煅龙骨、煅牡蛎、茯苓、大枣、甘草、乳酸钙、炒鸡内金、维生素D₂、葡萄糖酸钙等, 是健民药业集团股份有限公司生产的中药复方制剂) 治疗小儿厌食症脾胃虚弱型49例, 疗程8周, 体质量的增加较治疗前有显著统计学意义 ($P < 0.01$)。

2 针灸对体质量的影响

中医经络学说是中医最基本和最核心理论之一, 通过针刺腧穴以通经络、和气血、调阴阳, 使机体产生双重良性调整作用而达到治疗目的。

2.1 减轻体质量 袁锦虹等^[8]治疗单纯性肥胖患者, 针刺内庭、三阴交、足三里、曲池等穴, 临床治疗总有效率为76.28%; 周利平等^[9]取水分、中脘、下脘、关元、大横、阴交、滑肉门、外陵、腹结等穴, 以电针刺激, 治疗后其体质量、腰围、BMI及WHR明显降低。

2.2 增加体质量 《灵枢·逆顺肥瘦》篇: “年质壮大, 血气充盈, 肤革坚固, 因加以邪, 刺此者, 深而留之, 此肥人也。”

姚氏^[10]针刺四缝穴配合叩刺双侧脾俞、胃俞、肝俞及双侧足三里, 治疗厌食消瘦30例总有效率96.6%。

3 推拿

在人体体表的特定部位施以手法治疗以调节机体

※ 基金项目: 云南省昆明市卫计委科研项目【No.2017-03-02-002】

* 通讯作者: 1162177382@qq.com



生理、病理状况,达到治疗目的。

3.1 减轻体质量 李慧梅等^[11]临床治疗肥胖摩腹后拇指点按关元、中脘、天枢、曲池、合谷、丰隆、胃俞等穴,治疗2个疗程后体质量减轻4~9.6 kg;张新丽等^[12]以神阙穴为中心顺时针摩腹3~5分钟,使局部有温热感,再点按关元、气海、天枢等各1分钟后揉捏双侧腹直肌,使产生酸胀感,临床治疗35例总有效率达到91.42%。

3.2 增加体质量 尤卓等^[13]以摩腹法治疗小儿形体消瘦,面色无华疳积证36例,手法包括揉板门、补脾经、推四横纹、分腹阴阳、揉天枢、中脘,按揉足三里等。疗程2周,总有效率94.44%。钟森等^[14]捏脊治疗配合四君子合剂(太极集团重庆桐君阁药厂有限公司,主要成分为党参、炒白术、茯苓、生姜、大枣、蜜炙甘草),以捏脊为重点,自长强由下向上推捏至大椎,结束后以双手拇指向外侧揉按大肠俞、脾俞、胃俞,连续6 d为1个疗程,间隔3 d后进行第2个疗程,4个疗程后治疗总有效率为90.9%。

4 耳穴

《灵枢·口问》篇曰:“耳为宗脉之所聚,”通过耳压直接按摩耳穴中脾、胃、肝等脏器,以达到调平治疗目的。

4.1 减轻体质量 黄茶熙等^[15]耳穴加体针治疗肥胖,取脾、三焦、内分泌、交感等耳穴,以王不留行贴压,临床观察到耳穴结合体针与单用体针相比,患儿体质量及其腰围、臀围减重情况更明显。崔淑华等^[16]认为耳穴贴压能畅气机,健脾胃,化湿浊,临床治疗儿童单纯性肥胖中97例总有效率为83.5%。

4.2 增加体质量 高氏^[17]用耳穴贴压王不留行籽的方法治疗小儿厌食症68例,取双侧脾、胃、饥点、交感、皮质下、神门、大肠,有运脾、和胃、益气之效。脾得运化升清,胃得受纳腐熟,大、小肠分清泌浊,而使疾愈。

5 中药敷贴

将中药加工后敷于体表特定穴位,药物通过肌表入经络、循血脉以疏经通络、补脾益胃。穴位贴敷同时具备中药及穴位治疗疾病的双重优势。

5.1 减轻体质量 尹丽雨等^[18]以药贴治疗肥胖(制天南星、三棱、莪术、大黄、冰片),取中脘、气海、水道、关元、大横等穴。药贴中制天南星燥湿化痰,三棱、莪术行气消积,大黄破滞导泻,再以冰片促药物透皮吸收。3个疗程后穴贴组的总有效率86.0%,针刺组的总有效率为84.5%;高颖等^[19]用艾络康减肥穴贴治疗单纯性肥胖(吴茱萸、陈皮、法半夏、大黄、鸡内金、山楂、木香、三七、血竭、莪术),取中脘、天枢、足三里、关元、丰隆等穴,穴位相配健脾利湿、化痰消脂、通调肠胃。治疗30天后患者体质量下降8.4 kg,腰围下降了6.8 cm,差异具有统计学意义($P<0.05$)。朱玉等^[20]针灸结合穴位贴敷治疗单纯性肥胖。治疗组针刺后以药物贴敷(苍术、白术、猪苓、茯苓、泽泻各15 g,吴茱萸10 g)于神阙、中脘、气海、脾俞)药贴每次留置3小时,隔日1

次。针灸结合穴位敷贴治疗总有效率为97.5%,对照组服用西布曲明总有效率为70.7%,且不良反应比例高。而针刺组仅有7例(约8.8%)出现口干。

5.2 增加体质量 高世泉等^[21]用穴位贴敷治疗小儿厌食症37例,药用喜食散(党参、白术、炒麦芽、木香、肉桂、神曲、山楂、黄芩、淮山药,各药按等量碾粉)贴敷神阙、中脘、气海、关元等穴。睡前敷药。3天后取下,间隔4天再敷,连敷3次为1疗程,总有效率97.30%;李巧香^[22]治疗小儿厌食症,在对照组(常规内服沙棘干乳剂)治疗的基础上加用中药(党参、白术、茯苓、吴茱萸、炒麦芽、神曲、苍术、丁香、肉桂、砂仁、炒莱菔子,上述药物混合研粉,每次取15~20 g,用米醋和少许凡士林调成药泥)行穴位敷贴治疗,选神阙、中脘、脾俞、胃俞等穴,4~6小时后取下。每天换药1次,10天为1个疗程。观察2个疗程,总有效率为95.12%。

6 穴位埋线

埋线治疗安全省时且作用更持久,更易被患者所接受并易于坚持。

6.1 减轻体质量 赵文^[23]临床治疗单纯性肥胖症脾虚湿盛型,选石门、天枢等穴位埋线,穴位埋线组和针刺组总有效率分别为87.18%、83.33%,随访发现穴位埋线组远期疗效明显优于对照组;沈巍等^[24]研究发现穴位埋线结合电针的总有效率为80.00%,而针刺总有效率为67.67%,说明穴位埋线配合针刺疗效明显优于针刺治疗;叶煜婉等^[25]以穴位埋线治疗肥胖,取中脘、大横、天枢、足三里、丰隆,每次埋线间隔15天,1次为1个疗程,6个疗程后治疗总有效率为94.05%。

6.2 增加体质量 孙氏^[26]用穴位埋线治疗单纯性消瘦25例,取穴:胃俞、脾俞、中脘、气海、关元、足三里、三阴交,胃火亢盛型加内庭点刺,以清胃火;脾肾阳虚型加肾俞埋线,以培肾固本,总有效率为84%。李柄楠等^[27]治疗肥胖(取穴:肺俞、心俞、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、天枢、中脘、足三里),每隔15 d治疗1次,6次为1个疗程,疗程间隔1个月,治疗2个疗程后评定疗效埋线治疗单纯性消瘦30例,总有效率为90%。

7 小结

中医中药既能减肥,又可增重。《素问·调经论》篇:“阴阳匀平,以充其形,九候若一,命曰平人。”辨证论治是中医的理论精华,中医学的调平治疗观具有双向调节治疗的作用,因此,无论减肥还是增重,中医药方法都有指导性和实践性,需在临床上进一步继承、发扬、创新,取得新成果。

参考文献

- [1]杨广文.大柴胡汤配合针灸治疗实性肥胖30例的效果观察[J].内蒙古中医药,2017,36(20):14.
- [2]乐智勇.泽泻汤降血脂作用机理研究[D].武汉:湖北中医药大学,2012.
- [3]唐红,葛芳芳,宋秀玲.荷丹片对超重或肥胖患者体重、血脂影响的临床研究[J].辽宁中医杂志,2011,38(7):1391-1392.
- [4]蒋益泽,高子平.增肥益康丸治疗消瘦120例[J].成都中医药大学学报,1995,18(4):23-24.
- [5]王薇,宋艳春.自拟疏肝开胃汤青少年神经性厌食症15例[J].实用中医药杂志,2016,32(1):31-32.

- [6]胡思源,马融.健儿厌食康颗粒治疗小儿厌食脾虚食滞证 118 例[J].中华中医药杂志,2007,13(3):73-74.
- [7]张雪荣,邓丽华.龙牡壮骨颗粒治疗小儿厌食症(脾胃虚弱)的临床研究[J].世界中医药,2016,11(7):1245-1246.
- [8]袁锦虹,徐斌,刘志诚,等.针刺减肥的体重变化[J].上海针灸杂志,2005,24(5):3-5.
- [9]周利平,谭明红.电针治疗腹型肥胖 63 例[J].福建中医药,2017,48(5):18-20.
- [10]姚光潮.针刺配合叩刺治疗厌食 30 例[J].上海针灸杂志,2006,25(5):30.
- [11]李慧梅,于娟.推拿点穴治疗脾虚湿阻型单纯性肥胖 67 例临床观察[J].山东中医药大学学报,2010,34(6):508-509.
- [12]张新丽,熊芳丽.腰腹群针法结合推拿治疗单纯性肥胖 35 例临床观察[J].云南中医中药杂志,2012,33(9):47-48.
- [13]尤卓,关睿谦.摩腹法在积滞伤脾型小儿疳积证治疗中的临床应用观察[J].中医药学报,2016,44(3):139-141.
- [14]钟森,石来军.四君子合剂结合捏脊治疗脾虚型小儿厌食的临床观察[J].中医药导报,2016,22(17):81-83.
- [15]黄崇熙.耳穴贴压加体针治疗单纯性肥胖疗效的临床观察[J].成都中医药大学学报,2011,34(1):19-21.
- [16]崔淑华,李光耀,邢燕军,等.耳穴贴压治疗儿童单纯性肥胖 97 例疗效观察[J].国际中医中药杂志,2010,32(1):66-67.
- [17]高继新.耳穴贴压不留行治疗小儿厌食 68 例[J].现代中医药,2006,26(5):49.
- [18]尹丽丽,李艳慧,王澍欣.穴位贴敷治疗单纯性肥胖疗效观察[J].中国针灸,2008,28(6):402-404.
- [19]高颖,徐峰,刘畅,等.艾络康减肥穴贴治疗单纯性肥胖症患者的临床观察[J].上海针灸杂志,2015,34(1):90-91.
- [20]朱玉,张福侠,李柏,等.电热针加穴位贴敷治疗单纯性肥胖症疗效观察[J].中国针灸,2010,30(2):103-106.
- [21]高世泉,殷旭,刘贵云.穴位贴敷治疗小儿厌食症 70 例[J].中医外治杂志,2005,14(5):16-17.
- [22]李巧香.中药穴位敷贴治疗小儿厌食症 41 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2009,25(2):39-40.
- [23]赵文.穴位埋线法治疗单纯性肥胖症脾虚湿盛型的临床研究[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(18):255-256.
- [24]沈巍,丘龙,谢芸,等.俞募配穴埋线治疗单纯性肥胖的临床观察[J].针灸临床杂志,2012,28(8):6-7.
- [25]叶煜婉,方园园,朱双益.穴位埋线治疗单纯性肥胖症 84 例临床疗效观察[J].中西医结合研究,2012,4(3):143-144.
- [26]孙玲琳.穴位埋线法治疗单纯性消瘦 25 例[J].中国中医药科技,2013,20(4):364.
- [27]李柄楠,张海杰.穴位埋线治疗单纯性消瘦 30 例[J].中国民间疗法,2016,24(5):25-26.

(本文编辑:张文娟 本文校对:普勇斌 收稿日期:2018-08-24)

中医药治疗原发性肝癌 TACE 栓塞综合征的研究进展※

彭孟云 朱晓宁 汪 静*

(西南医科大学附属中医医院肝胆病科, 四川 泸州 646000)

摘要: 肝动脉介入化疗栓塞术(TACE)是我国中晚期肝癌患者的首选治疗方案,但术后常出现栓塞综合征,增加了患者的痛苦。中医药具有改善TACE栓塞综合征的临床症状、减毒增效的作用。本文将综述中医药治疗原发性肝癌TACE栓塞综合征的文献研究,促进中医药治疗TACE栓塞综合征的推广应用。

关键词: 原发性肝癌;介入化疗栓塞术;中医药疗法;栓塞综合征;综述;积聚

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.065

文章编号:1672-2779(2018)-24-0152-03

Research Progress on Chinese Medicine in Treating TACE Embolism Syndrome of Primary Liver Cancer

PENG Mengyun, ZHU Xiaoning, WANG Jing*

(Hepatobiliary Department, the Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine of Southwest Medical University, Sichuan Province, Luzhou 646000, China)

Abstract: Transarterial chemoembolization (TACE) is the preferred treatment for patients with advanced primary liver cancer in China, but this treatment easily results in embolism syndrome, which increases the pain of patients. Traditional Chinese medicine has the effect of alleviating the clinical symptoms of embolism syndrome, reducing toxicity and increasing efficiency. This article will review the literature researches on the traditional Chinese medicine treatment of embolic syndrome, and promote the development of traditional Chinese medicine in the treatment of embolic syndrome after TACE.

Keywords: primary liver cancer; transarterial chemoembolization; therapy of traditional Chinese medicine; embolism syndrome; review; accumulation

原发性肝癌是世界范围内常见的恶性肿瘤之一,2018年国际癌症研究显示全球每年约有841000例新发的原发性肝癌,发病率占第七位,其中约有782000例患者死亡,死亡率排第三位^[1]。而我国作为肝病大国,每年新发肝癌病例占全球总数的一半以上,新增病例和死亡人数均占世界首位,其中约70%~80%的肝癌发现时已处于中晚期,失去外科手术治疗时机,因此肝动脉介入化疗栓塞术(transarterial chemoembolization, TACE)成为我国中晚期肝癌患者的首选治疗方案,但超过90%的患者经TACE治疗后出现以发热、疼痛、恶心呕吐及肝功能减退等为主要表现的栓塞综合征。

原发性肝癌经TACE治疗后肿瘤局部和癌周正常肝组织缺血坏死,释放致热原入血从而导致发热。肿瘤组

织缺血坏死,局部组织炎性水肿,导致肝包膜紧张,进而引起疼痛,瘤体位于肝脏边缘时疼痛较明显。而TACE治疗使用的化疗药物常引起以恶心呕吐为主要表现的胃肠道反应。刘磊等^[2]分析120例原发性肝癌TACE术后并发症,发现术后并发症的发病率从高到低分别是发热(72.5%)、恶心呕吐(68.33%)、腹痛(53.33%)、肝功能损害(44.17%)、骨髓抑制(7.5%)、肾功能损害(5%)、穿刺部位出血或血肿(4.17%)及消化道出血(0.83%)。章毅^[3]分析90例肝癌行TACE治疗患者,发现术后并发症发生率从高到低分别是发热(76.95%)、恶心呕吐(69.54%)、腹痛(56.79%),肾功能损伤、穿刺部分渗血、感染、血栓形成及上消化道出血发生率较低。斯韬等^[4]对312例原发性肝癌介入术后患者进行回顾性分析,发现经血管介入栓塞术恶心呕吐的发生率为55.13%,发热发生率为52.56%,严重影响患者的生活质量、延长住院时间和远期生存率。西医常采用非甾体抗炎药、抗生

※ 基金项目:四川省科技厅项目【No.2017050】

* 通讯作者:lywj68@126.com

素、止呕药及止痛药等对症治疗,而中医药治疗原发性肝癌不仅可以减轻西医治疗的不良反应,还可以提高临床效果,起到减毒增效的作用,具有广阔的应用前景。

1 辨证分型

中医常将肝癌归属于“癥瘕”“积聚”“黄疸”“臌胀”等范畴。《圣济总录》曰“瘤之为义,留滞而不去也。气血流行不失其常,则形体和平,无或余赘,及郁结壅塞,则乘虚投隙,瘤所以生”。侯凤刚等^[9]分析1949—2002年的肝癌中医文献,发现肝癌的常见证型依次为气滞血瘀型、肝郁脾虚型、肝肾阴虚型、肝胆湿热型及肝气郁结型。而化疗药物和栓塞剂被认为是有形之邪,邪毒侵袭机体,壅塞中焦,致肝失疏泄,横逆乘脾,脾失健运,郁而化热,热毒内生,进而出现发热、恶心呕吐、腹痛等症状。斯韬等^[10]分析312例原发性肝癌介入术后患者,发现肝癌介入术后肝气郁滞证及湿热证较介入术前明显增加,脾虚证及阴虚证较介入术前明显减少。李永健等^[11]分析400例肝癌患者中医证候,发现介入术后阴虚、湿热、湿阻和热毒证型明显增多,其中以湿、热为特点。冯明辉等^[12]认为肝癌TACE治疗后栓塞综合征多属气阴两虚、痰瘀互结之候,可兼有夹湿、夹热、夹瘀之象。曾普华等^[13]通过中医证型的研究认为肝癌介入后病机突出了“湿热内蕴”的特点。

2 中医药内治TACE栓塞综合征

《医宗必读·积聚》曰“积之成也,正气不足而后邪气居之。”全国名老中医孙同郊教授认为正气亏虚是肝癌发生发展的根本,癌毒内生是肝癌发生发展的关键,而TACE治疗属药石攻伐,易损伤脾胃,致热毒内蕴加重,故治疗应当以清热解毒为主。陈学武等^[14]研究显示龙胆泻肝汤能显著降低原发性肝癌TACE术后栓塞后综合征严重程度,肝功能水平及甲胎蛋白水平均较单纯西药治疗组明显降低,中医证候积分明显降低,临床疗效显著。钱朱萍等^[15]按照“热者寒之”治则自拟清热解毒方防治中晚期原发性肝癌TACE栓塞综合征,结果显示清热解毒方能显著降低AST、ALT、TBIL水平,缓解TACE治疗后发热及肝区疼痛症状,改善患者生存质量。李瑾等^[16]采用新癪片治疗原发性肝癌TACE治疗后腹痛患者,发现新癪片对TACE后I、II级疼痛疗效显著。喻晖及吴岩等^[12-13]均采用白虎汤治疗原发性肝癌TACE治疗后发热症状,结果显示白虎汤能提高患者的免疫保护功能,抑制术后患者血清CRP水平升高,显著改善患者发热症状。陈文真等^[14]根据肝癌栓塞术后综合征脾虚兼瘀热挟湿的病机,以健脾利湿、化痰解毒为治法自拟肝乐方,结果显示肝乐方可抑制TACE治疗后白介素-6(IL-6)的产生及肝脏局部炎症反应,从而缓解肝区疼痛、发热等症状,减轻肝细胞的损伤,防治肝癌栓塞术后综合征。唐秋媛等^[17]自拟癌痛消方联合TACE治疗中晚期肝癌患者,结果显示癌痛消方联合TACE治疗能显著改善患者肝功能、凝血功能及免疫功能,缓解腹痛、发热、恶心等术后不良反应,从而改善

患者生活质量。鉴于肝动脉介入化疗栓塞术主要用于中晚期原发性肝癌的治疗,此时机体癌毒浸淫,正气日益亏虚,强调整体调治、扶正祛邪的治疗理念,正如《医宗必读·积聚》提出“初中末之三法不可不讲也。初者,病邪初起,正气尚强……末者,病魔经久,受病渐久,邪气侵袭,正气消残,则任受补”,强调扶正治疗的重要性。李金昌等^[18]采用参苓白术散合平胃散治疗中晚期原发性肝癌患者栓塞术后综合征,研究结果显示参苓白术散合平胃散在止痛、减轻恶心呕吐程度及发热程度方面均有较好疗效。张红等^[17]研究结果显示柴芍六君子加味可减轻TACE术后发热、恶心呕吐及腹痛的严重程度,改善TACE治疗后引起的肝功能损伤。吴峰^[19]采用补中益气汤治疗原发性肝癌TACE术后综合征,结果显示补中益气汤可改善患者肝功能,提高机体对化疗的耐受性,降低化疗栓塞后的毒副作用,增强机体免疫力,提高临床疗效,延长生存期。

3 中医药外治TACE栓塞综合征

《医学源流论》曰“使药性从皮肤入腠理,通经贯络,较之服药尤有力,此致妙之法也”。中医外治法包含药膏外敷、穴位敷贴、针灸等,将药物直接作用于相应部位或穴位,通过皮肤和黏膜表面吸收,避免了内服药物造成的胃肠道反应及其他毒副作用,药效直达病所,具有不良反应少,起效快,维持时间长等特点。林宜圣等^[20]采用双柏油膏治疗肝癌TACE术后肝区疼痛患者,结果显示双柏油治疗组与西药止痛组疗效相近,但双柏油治疗组完全缓解率和明显缓解率略高于对照组。郝淑芳等^[21]研究结果显示四黄水蜜外敷联合三阶梯止痛疗效高于单纯的三阶梯止痛,且不良反应发生率明显降低。隆晓江等^[22]采用王不留行籽耳穴贴敷治疗肝癌介入术后出现的顽固性呃逆,可以持久抑制膈肌兴奋,达到止呃镇逆的效果,总有效率高达85.71%。莫春梅等^[23]选用全国名老中医荣远明教授的验方敷和备化方联合雷火灸治疗原发性肝癌介入术后综合征,发现敷和备化方联合雷火灸疗法能有效改善患者发热、恶心呕吐、腹胀、黄疸及胁痛等症状,降低AST、ALT、ALP、AFP及VEGF水平,具有提高机体对化疗的耐受性,降低化疗栓塞后的毒副作用,抑制肿瘤新生血管形成的作用。

4 小结

肝动脉介入化疗栓塞术具有安全性高、可重复性高、疗效明显等优点,是中晚期原发性肝癌的主要治疗方式,对于抑制肿瘤生长、提高患者远期生存率疗效显著,但介入治疗后的栓塞综合征严重影响患者的生活质量及治疗信心。中医药基于“扶正祛邪”治则采用中药口服、穴位敷贴、针灸等多种方式治疗原发性肝癌介入术后栓塞综合征,具有减毒增效的重要作用。但是目前中医药治疗原发性肝癌介入术后栓塞综合征的高质量研究较少,相关作用机制亦不明确,缺乏统一的诊疗方案或指南,不利于中医药治疗原发性肝癌介入术后栓塞综合征的推广应用。在今后的研究中,可加强大样本、多中心、双盲的

临床随机对照研究,加强相关作用机制的研究,形成统一规范的诊疗方案或指南,为中医药治疗原发性肝癌介入术后栓塞综合征提供科学的理论基础,促进其推广应用。

参考文献

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries[J]. CA Cancer J, 2018;3:31.
- [2] 刘磊,唐超峰,卢震辉,等.120例原发性肝癌 TACE 术后并发症的临床分析[J].宁夏医科大学学报,2014,36(4):433-435.
- [3] 章毅.原发性肝癌 TACE 术相关并发症与处理[J].中国医药指南,2008,6(21):87-88.
- [4] 斯韬,宁雪坚,冯献斌,等.312例原发性肝癌患者血管介入栓塞化疗前后中医证候研究[J].中医杂志,2015,56(19):1678-1681.
- [5] 侯凤刚,凌昌全,沈旭波,等.原发性肝癌中医证型分布文献简析[J].中医杂志,2004,45(11):876-877.
- [6] 李永健,方肇勤,唐辰龙,等.介入与手术切除治疗后对原发性肝癌中医证的对比研究[J].中医药学刊,2003,21(4):504.
- [7] 冯明辉,庞杰.中药干预肝癌介入术后栓塞综合征近期疗效观察[J].长春中医药大学学报,2010,26(4):499-500.
- [8] 曾普华,刘伟胜,潘敏,等.原发性肝癌围血管介入期中医证候演变规律初探[J].湖南中医药大学学报,2008,28(3):54-56.
- [9] 陈学武,姜靖雯,林福煌.龙胆泻肝汤治疗原发性肝癌 TACE 术后栓塞综合征的疗效观察[J].南京中医药大学学报,2016,32(3):224-228.
- [10] 钱朱萍,谢国群,郭晓冬,等.清热解毒方联合西医常规疗法防治中晚期原发性肝癌经导管动脉化疗栓塞术后综合征的临床研究[J].上海中医药

杂志,2012,46(2):35-37.

- [11] 李瑾,俞超芹,陈喆,等.新癬片治疗原发性肝癌 TACE 术后腹痛 46 例[J].成都中医药大学学报,2002,25(4):19-20.
- [12] 喻晖,乔樵,张财明,等.白虎汤治疗原发性肝癌 TACE 术后患者的临床疗效及预后的影响研究[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(11):850-854.
- [13] 吴岩,孙彩凤,崔禹.中药治疗原发性肝癌患者化疗后发热的临床疗效及其对 CRP 的影响[J].四川中医,2015,33(7):57-58.
- [14] 陈文真,杨清蓉,罗建文,等.肝乐方治疗肝癌栓塞后综合征 30 例[J].福建中医药,2015,46(4):14-15.
- [15] 唐秋媛,韦艾凌,潘哲,等.癌痛消方联合肝动脉栓塞化疗治疗中晚期肝癌患者的临床疗效观察[J].时珍国医国药,2015,26(4):906-908.
- [16] 李金昌,刘平庄,罗溢昌,等.参苓白术散合平胃散防治肝癌栓塞术后综合征的临床观察[J].中医药导报,2014,20(6):69-70.
- [17] 张红,王艳云,张志芳,等.柴芍六君子汤加味防治肝郁脾虚型肝癌介入化疗栓塞术后综合征临床观察[J].湖南中医药大学学报,2007,27(6):55-57.
- [18] 吴峰.补中益气汤在原发性肝癌患者 TACE 术后的应用[J].世界中西医结合杂志,2008,3(4):203.
- [19] 林圣宜,王芳军,鲁琳,等.外敷双柏油膏在肝癌 TACE 术后肝区疼痛的疗效观察[J].中医临床研究,2011,3(13):21-22.
- [20] 郝淑芳,常钢,孟凡喆,等.四黄水蜜外敷联合三阶梯止痛治疗肝癌介入栓塞后腹痛的临床观察[J].中药材,2008,32(8):1289-1290.
- [21] 隆晓江.耳穴贴敷对 35 例肝癌介入治疗后顽固性呃逆的疗效观察[J].中国中医急症,2014,23(1):149-150.
- [22] 莫春梅,荣震,吕建林,等.敷和化方联合雷火灸治疗原发性肝癌介入术后综合征 40 例临床观察[J].时珍国医国药,2014,25(2):378-379.

(本文编辑:张文娟 本文校对:姚伟 收稿日期:2018-10-16)

胸闷变异性哮喘的临床诊治进展

贾广枝¹ 张炜² 张涛³

(1 河南中医药大学第一附属医院儿科研究生,河南 郑州 450000;

2 南阳市张仲景医院副院长儿科,河南 南阳 473007; 3 驻马店市第一人民医院新生儿科,河南 驻马店 463000)

摘要: 胸闷变异性哮喘 (chest tightness variant asthma, CTVA) 是以胸闷为唯一的临床表现,而无喘息、气急、咳嗽等典型的哮喘表现,通常,临床中 CTVA 患者辗转就诊于心内科、神经科、呼吸科、中医科就诊,长期多处求医未能明确诊断,常被误诊为“心脏疾病”或“心因性疾病”,治疗后无明显改善,长期误诊漏诊将导致肺功能严重受损,大量时间和金钱被浪费,严重影响患儿的健康成长。本文将对 CTVA 的中西医病机、诊断、治疗及病情检测评估进行综述研究,旨在提高对 CTVA 的认识,为临床治疗提供理论参考。

关键词: 胸闷变异性哮喘; 病机; 诊断; 治疗; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.066

文章编号:1672-2779(2018)-24-0154-03

Progress on Clinical Diagnosis and Treatment of Chest Tightness Variant Asthma

JIA Guangzhi¹, ZHANG Wei², ZHANG Tao³

(1. Graduate of Pediatrics, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Pediatrics Department, Vice President of Zhangzhongjing Hospital of Nanyang, Henan Province, Nanyang 473007, China;

3. Neonatology Department, the First People's Hospital of Zhumadian, Henan Province, Zhumadian 463000, China)

Abstract: Chest tightness variant asthma (CTVA) is the only clinical manifestation of chest tightness, and there are no typical asthmatic manifestations such as wheezing, shortness of breath, cough, and typical pathological features of asthma, effective for inhaled corticosteroids (ICS) or ICS plus long-acting B2 receptor agonists. Usually, patients with CTVA in the clinic are referred to the Department of Cardiology, Neurology, Respiratory Medicine, and Traditional Chinese Medicine. Many patients have not been diagnosed for a long time. They are often misdiagnosed as "heart disease" or "cardiac disease". There is no obvious improvement after the long-term misdiagnosis and missed diagnosis will lead to serious damage to lung function, and a lot of time and money is wasted, which seriously affects the healthy growth of children. This article will review the pathogenesis of Chinese and Western medicine, diagnosis, treatment and condition assessment of chest tightness and asthma, aiming to improve the understanding of CTVA and provide a theoretical reference for clinical treatment.

Keywords: chest tightness variant asthma; pathogenesis; diagnosis; treatment; review

胸闷变异性哮喘 (chest tightness variant asthma, CTVA) 是以胸闷为唯一的临床表现,而无喘息、气急、咳嗽等典型的哮喘表现,肺部听诊无哮鸣音,但具有气道高反应性和可逆性气流受限以及典型的哮喘病理特征,对吸入性皮质类固醇 (ICS) 或 ICS 加长效 β_2 受体

激动剂治疗有效。虽然“胸闷是哮喘的唯一症状”在 40 年前已被 Farr 等人提及,但是 CTVA 是我国学者沈华浩教授、李雯教授及其团队经过研究探讨,发现并命名的国际上另一种哮喘临床类型^[1],CTVA 主要以胸闷为主,可发生于任何年龄,该类型哮喘临床症状不典型,

增加了临床诊断难度,且病程较长,反复发作,如不积极治疗,可发展成为典型哮喘,若治疗不当会严重影响患儿身体健康。因此,我们积极探究该病的发病机理、诊断标准,及时给予正规治疗,具有重要的临床意义。

1 胸闷变异性哮喘西医发病机理

关于CTVA的发病机理文献叙述较少,学者们大多倾向于杨睿、牟林茂等人主张的气道壁炎症学说,即哮喘患者之所以出现喘息、气急等症状,是由于气道平滑肌出现明显的痉挛,而咳嗽症状则是由于气道黏膜充血水肿导致,当气道平滑肌痉挛不显著或仅有轻微痉挛时,可只表现为胸闷症状,此时气道壁的炎症是已经存在的,只是此时气道的病理生理改变是轻微、隐约的,尚未出现明显的痉挛及黏膜充血水肿,但足以因呼吸功能障碍而引发胸闷^[2-3]。

2 胸闷变异性哮喘的中医病机探讨

薛汉荣教授^[4]认为CTVA病位主要在肺,同时涉及肝和胃,气机郁滞是其主要病机,“肺气郁闭,肝气失疏,胃气失和”是胸闷变异性哮喘之根本机理;金延强等^[5]学者认为“肝郁气滞、枢机不利”是本病发作的重要病机之一;史锁芳教授^[6]认为本病以胸闷憋气为特征,属于中医学“肺痹”范畴,病位主要在胸肺(气管),也可累及咽喉、食道、胃脘及两胁,病理性质多属实证、或虚实夹杂,基本病机为“痰浊内踞,胸阳失展,肺气郁痹”;严桂珍教授^[7]则根据CTVA患者以“胸闷”为主要表现这一症状,中医命名其为“胸闷”,病机为“气机不畅,阻滞胸肺”,除与肺脏密切相关外,还与脾、肝、肾、心诸脏有密切关系。

3 胸闷变异性哮喘临床诊断标准及鉴别诊断

3.1 CTVA诊断标准 包括:(1)胸闷持续或反复发作 ≥ 8 周,且以胸闷为唯一或主要临床表现,无喘息、气急、慢性咳嗽等典型哮喘的症状;(2)胸闷发作时肺部听诊无哮鸣音;(3)胸部X线和(或)胸部CT无明显器质性改变;(4)支气管激发试验阳性、支气管舒张试验阳性[规定为吸入支气管舒张剂后,第1秒用力呼气容积(FEV_1)增加 $>12\%$ 且 FEV_1 增加绝对值 >200 mL)、1周平均呼气流量峰值(PEF)日变异率(至少连续7天每天PEF昼夜变异率之和除以7) $\geq 10\%$ 、PEF周变异率[(两周内最高PEF值-最低的PEF值)/(两周内最高PEF值+最低的PEF) $\times 0.5$] $\times 100\%$]大于20%,应至少符合1项;(5)平喘药物、支气管舒张剂、糖皮质激素治疗有效;(6)排除心血管、消化、神经精神等疾病引起的胸闷^[3,6,8]。

3.2 鉴别诊断 (1)心血管系统疾病,应在心脏听诊的基础上及时完善心肌酶、24小时动态心电图、心脏彩超、冠脉CTA、冠脉造影等检查以鉴别;(2)呼吸系统疾病,如肺栓塞,患者有咳血、胸痛等表现,有下肢静脉血栓等原发病,强化CT或肺动脉造影可以明确诊断;(3)消化系统疾病,以胃食管反流最为常见,临床可表现为胃灼热和泛酸,吞咽疼痛、困难,以及声音

嘶哑、咽部不适等,伴或不伴反流症状,可伴有消化性溃疡的病史。当反流物吸入呼吸道时亦可发生咳嗽、胸闷、哮喘等症状,并常于夜间发生。可通过完善钡餐、内镜、核素胃食管反流检查、食管PH监测、食管测压、酸诱发试验等来确诊,其中食管PH监测是诊断的金指标;(4)精神系统疾病如焦虑症,患者表现为经常或持续的无明确对象和固定内容的恐惧或提心吊胆,伴自主神经症状或运动性不安,焦虑自评量表可协助诊断及评估病情严重程度,且抗焦虑治疗、转移注意力治疗等有效;(5)其他疾病如纵隔肿瘤、肿大淋巴结、甲状腺及血管环压迫气管,也可致胸闷逐渐加重,可通过完善胸片或CT等相关检查以鉴别诊断^[3,9-10]。

4 胸闷变异性哮喘治疗综述

4.1 西医治疗 (1)吸入糖皮质激素加长效 β_2 受体激动剂联合制剂为哮喘指南推荐CTVA一线治疗方案,赵九艳学者研究即指出氟替卡松沙美特罗粉吸入剂可快速有效改善CTVA的胸闷症状并改善患者肺功能;(2)当患者的 FEV_1 < 正常预计值的80%时,则建议联合应用白三烯调节剂(如孟鲁司特钠);(3)可给予茶碱类药物、抗变应性药物等;(4)部分患者也可给予抗焦虑药物辅助治疗^[9-11]。

4.2 中医药治疗 中医对于CTVA的治疗基于中医理论,中医运用辨证论治体系有其独特优势。其在治疗中的经验较丰富,治疗效果比较满意。曹邦卿^[12]学者认为疏利气机是CTVA的主要治法,治疗应当从宣降肺气、疏理肝气、和降胃气等方面着手。宣降肺气方用三拗汤之类;疏理肝气方用小柴胡汤之类;和降胃气方用旋复代赭汤之类。涂木生等^[13]学者根据CTVA最突出的表现是胸闷,治疗以疏肝解郁为主,方用逍遥散合甘麦大枣汤加减。张伟教授^[14]从“肺主悲”的角度对CTVA合并抑郁症进行探讨,灵活运用宣肺、清肺、降肺、润肺等药物以宣利肺气,通畅气机,常用药物如苏叶、麦冬、桔梗、紫菀、百合等,以治肺为主,同时考虑从心、肝、脾、肾相关来积极治疗郁证,除药物治疗之外,结合“以情胜情”及针刺的治疗方法,临床采用让患者兴奋的方法而达到缓解、治疗患者焦虑忧伤的目的,针刺常用穴位有百会、印堂、合谷、太冲、神门等。金延强学者把调畅气机、疏肝理肺作为本病的基本治则。他认为CTVA临床常见证型以肝郁气滞、肝火犯肺、肝阴血虚为主。肝郁气滞可选用柴胡疏肝散、小柴胡汤加减、四逆散加减以达到疏肝解郁,宣肺理气的效果;肝火犯肺治疗上选用黛蛤散合泻白散加减或龙胆泻肝汤加减以平肝降火,泻肺宁金;肝阴血虚治疗上选用四物汤合一贯煎加减或逍遥散加减以达养血柔肝之功。杨睿等^[15]亦非常重视疏肝理肺、调畅气机,临床中常应用四逆散、柴胡疏肝散、泻白散等方加减,同时配合玫瑰花、郁金、川楝子等疏肝行气解郁以增强调畅情志之力。史锁芳教授^[14]认为“开泄宣痹法”是治疗本病的基本大法,开泄者,即开宣肺气,泄浊驱邪,使气机调畅的一种治法,宣痹者,是指使肺气宣通,胸

阳振奋,痰阻气痹即可消除之意。痰气痹阻者治当调气化痰、开泄宣痹,方选瓜蒌薤白半夏汤合升降散加减;胸阳不振证者治当温通胸阳,宽胸开痹,方选麻黄附子细辛汤、枳实薤白桂枝汤、四逆散加减;痰浊痹阻治以化痰泄浊、开泄肃肺,方用二陈汤、苇茎汤、瓜蒌薤白半夏汤加减;痰瘀痹阻证治以化痰祛瘀、开泄宣痹,方用上焦宣痹汤、瓜蒌薤白枳实汤合丹参饮加减。

5 胸闷变异性哮喘病情检测评估

5.1 呼出气一氧化氮监测 刘涛等^[16]学者研究发现在CTVA患者的病情监测评估中应用呼出气一氧化氮,可对患者治疗情况进行有效的评估,应用价值高。

5.2 肺功能 临床上常用FEV₁和PEF数值来诊断和评估哮喘,从而根据监测的结果及时有效地调整治疗药物

5.3 哮喘控制测试(ACT)评分 AVT可作为哮喘控制状况的监测指标,患者可自我评价,简单方便可靠,并得到认可,可随时与大夫沟通病情^[10]。

6 结语

综上所述,CTVA病程长,临床症状不典型,医师误诊率高,且随着病情的迁延症状不断加重,对患者身心均会造成严重损害。但是,我们相信,随着医学技术的不断发展,医师对CTVA重视度的提高,针对本病的治疗将越来越规范,避免CTVA发展为典型哮喘。

参考文献

- [1] Shen H, Hua W, Wang P, et al. A new phenotype of asthma: chest tightness as the sole presenting manifestation[J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2013, 111(3): 226-227.
- [2] Hyde DM, Hamid Q, Irvin CG. Anatomy, pathology, and physiology of the tracheobronchial tree: emphasis on the distal airways [J]. J Allergy Clin Immunol, 2009, 124(6): 72-77.
- [3] 杨睿, 牟林茂. 儿童胸闷变异性哮喘 1 例报告[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(24): 210-211.
- [4] 曹邦卿, 薛汉荣. 疏利气机法治疗胸闷变异性哮喘的探讨[J]. 中医药通报, 2014, 13(5): 40-41.
- [5] 金延强, 张伟. 从肝肺相关论治胸闷变异性哮喘[J]. 成都中医药大学学报, 2015, 38(3): 66-68.
- [6] 臧焕焕. 开泄宣痹法治疗胸闷变异性哮喘(痰阻气痹证)的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2017.
- [7] 张晶, 卢峰. 严桂珍教授治疗胸闷变异性哮喘的经验[J]. 广西中医药大学学报, 2016, 19(4): 35-36.
- [8] 华雯, 李雯, 沈华浩. 特殊类型哮喘的诊治[J]. 诊断学理论与实践, 2016, 15(3): 218-221.
- [9] 赵晖, 赵年坤. 不典型哮喘的诊治现状[J]. 黑龙江医学, 2018, 42(3): 287-289.
- [10] 廖莹, 杜军保. 小儿胸闷的临床诊断思路[J]. 中国医刊, 2010, 45(2): 16-17.
- [11] 赵九艳. 氟替卡松沙美特罗吸入剂治疗胸闷变异性哮喘的临床观察[J]. 健康前沿, 2018, 27(3): 201.
- [12] 陈木生, 何军, 丁兆辉. 1 例疏肝解郁法治疗胸闷变异性哮喘[J]. 饮食保健, 2017, 4(28): 121.
- [13] 刘娜, 张伟. 从“肺主悲”探讨胸闷变异性哮喘合并抑郁症[J]. 山东中医杂志, 2016, 35(5): 377-380.
- [14] 王灵甫, 史锁芳. 史锁芳教授辨治胸闷变异性哮喘经验采撷[J]. 中国中医急症, 2016, 25(7): 1307-1308, 1338.
- [15] 臧焕焕, 尹硕森, 史锁芳. 史锁芳教授治疗胸闷变异性哮喘验案举隅[J]. 四川中医, 2016, 34(11): 131-133.
- [16] 刘涛, 林庆艳, 崔晓媛, 等. 呼出气一氧化氮监测评估胸闷变异性哮喘患者病情的临床应用价值[J]. 医疗装备, 2015, 28(16): 12-13.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 张涛 收稿日期: 2018-08-31)

虫类药为佐治疗慢性萎缩性胃炎

周丽平

(浦口区中医院消化内科, 江苏 南京 211800)

摘要: 慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是临床常见病、多发病, 与胃癌的发生密切相关。中医学认为 CAG 可归属于“痞满”“胃痛”“嘈杂”等病范畴, 主要病位在胃, 多见虚实夹杂之症, 缠绵难愈。该文发现临床上治疗 CAG 时佐用少量虫类药, 即利用虫类药物之偏性, 恢复人体之机能, 可明显改善 CAG 患者胃脘疼痛、胀满不舒等症状及内镜下病理组织学分级等。但临床上, 部分医者考虑虫类药的毒性、刺激性及过敏反应等, 对虫类药在 CAG 的治疗中使用颇少, 该文秉持使用虫类药时“祛邪而不伤正, 效捷而不强悍”的原则, 将从通络剔邪、祛湿毒、止痛抗癌方面论述, 以希为临床上 CAG 使用虫类药提供些许借鉴。

关键词: 虫类药; 慢性萎缩性胃炎; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.067

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0156-03

Insect Drugs in the Adjuvant Treatment of Chronic Atrophic Gastritis

ZHOU Liping

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

Abstract: Chronic atrophic gastritis is a common and frequently occurring disease, which is closely related to the occurrence of gastric cancer. Traditional Chinese medicine believes that CAG can be classified as "Fuman", "stomachache", "noise" and other diseases, the main location of the disease is in the stomach, often see mixed disease of deficiency and excess, lingering difficult to heal. It was found that the use of a small amount of insect drugs in the clinical treatment of CAG, i. e. the biased nature of insect drugs, can significantly improve the symptoms of epigastric pain, fullness and discomfort in CAG patients and endoscopic pathological grading. But in clinic, some doctors consider the toxicity, irritation and allergic reaction of insect drugs, so insect drugs are seldom used in the treatment of chronic atrophic gastritis. In this article, we should uphold the principle of "eliminating evil but not injuring the right, being effective and not vigorous" when using insect drugs. This article will discuss from the aspects of dredging collaterals and eliminating pathogens, removing dampness and toxins, analgesia and anticancer, hoping to provide some reference for clinical CAG using insect drugs.

Keywords: insect drugs; chronic atrophic gastritis; review

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是消化系统的常见病、多发病, 可伴或不伴有肠上皮化生 (intestinal metaplasia, IM, 简称“肠化”)、异型增生

(dysplasia, Dys)。现代医学认为 CAG 与幽门螺杆菌感染、胆汁反流、药物刺激、遗传因素等有关。CAG 病程较长, 与胃癌密切相关, 一般演变过程为浅表性胃炎-萎



缩性胃炎-肠上皮化生-异型增生-胃癌,临床上中老年患者高发,有证据表明CAG的发生与年龄呈正相关^[1],需注意未病先防,既病防变。CAG临床主要表现为胃脘痞胀,满闷不适,疼痛,嗳气等,《灵枢·邪气脏腑病形》篇曰:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛”,可归属于中医学“痞满”“胃痛”“嘈杂”等病范畴,病因主要有外感邪气、内伤饮食、禀赋不足、情志失和、脏腑功能失调等。病机为脾胃运化失常,气滞、湿(痰)阻、热毒、血瘀等病理产物蓄积,胃体失于濡养,内镜下可见黏膜腺体萎缩、组织增生、黏膜颗粒或结节样改变。本病初期实多虚少,后期以虚为主,临床常表现为本虚标实、虚实夹杂之证变。CAG主要证型有:肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证(脾胃虚寒证)、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证^[2]。中医中药在改善CAG患者的临床症状、内镜下病理组织学分级等已取得一定的临床疗效。该文发现酌情使用味少量小之虫类药物为佐助治疗CAG,即利用虫类药物之偏性,恢复人体之机能,可显著提高临床疗效。现代医学研究亦表明虫类药物具有免疫调节、镇静镇痛、抗炎、抗风湿、抗过敏、抗肿瘤等作用。但临床上部分医者考虑虫类药的毒性、刺激性及过敏反应等,对虫类药物在CAG的治疗中使用颇少,该文将从以下几点具体论述,为临床上恰当合理使用虫类药物治疗CAG提供些许借鉴,正如徐灵胎^[3]在《医学源流论》中言:“虽甘草、人参,误用致害,皆毒药之类也”。

1 通络剔邪

虫类药物是动物类药的同义词,为血肉有情之物,《神农本草经》中记载60余种动物药,李时珍《本草纲目》中收载动物药460余种,如全蝎、僵蚕、蚯蚓、蜜蜂、斑蝥、鼠妇、龟甲、鳖甲、蛇蜕、牡蛎等,其中乌梢蛇、蕲蛇性温通络走窜,土鳖虫、穿山甲长于破血消癥。临床常用方如大黄酒虫丸、抵当汤、止痉散、大活络丹、乌龙丸等。

CAG病位主要在胃,与肝脾密切相关,临床上可见痞满之候,以虚实夹杂之症多见。隋巢元方《诸病源候论·诸痞候》曰:“诸痞者,荣卫不和,阴阳隔绝,腑脏痞塞而不宣通,故谓之痞”。明代张景岳在《景岳全书·杂证谟·痞满》亦指出“痞者,痞塞不开之谓;满者,胀满不行之谓”。胃以通为用,对于痞症的治疗,用药宜酌加辛散温通之药,以调和气血,疏通壅塞,消散郁滞,祛邪外出。正如张景岳云:“实痞实满者,可散可消;虚痞虚满者,非大加温补不可”,清代林佩琴《类证治裁》认为“伤寒之痞,从外之内,故宜苦泄;杂病之痞,从内之外,故宜辛散”。腑以通为用,通则不痛,虫类药性味多辛平或甘温,喜攻逐走窜,通经达络,搜剔疏利^[4],可明显改善CAG患者痞满、胃脘部疼痛等不适。

CAG病程较长,缠绵难愈,多因中焦受损,脾胃运化失常,日久入络,本虚标实,甚至癌变。《灵枢·营卫生会》篇云:“中焦受气取汁,变化而赤是谓血”,《灵枢·卫气失常》云曰:“血气之输,输于诸络”,《灵枢·

百病始生》说:“温气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣”。清代叶天士亦云:“初为气结在经,久则血伤入络,辄仗蠕动之物,松透病根”,提出“久病入络,久痛入络”,治疗上则强调病久者使用虫类药的重要性,认为“久则邪正混处其间,草本不能见效,当虫蚁疏逐,以搜剔络中混处之邪”,唐容川亦在《本草问答》中云:“动物之功利,尤甚于植物,以其动物之本性能行,而且具有攻性”,虫类确为血肉之质,动跃攻冲,深入络道,搜剔疏拔,除络中伏邪。临床上对于CAG的治疗可适当加入温散通络之虫类药,如淡全蝎、蜈蚣、白花蛇、乌梢蛇等,可起到良好的效果。

2 祛湿毒

CAG的发生与幽门螺杆菌感染密切相关,现代医学认为幽门螺杆菌是人为宿主的病原菌。1994年世界卫生组织/国际癌症研究机构将幽门螺杆菌列为“胃癌一级致癌因子”。目前中医学根据幽门螺杆菌感染所引起的病症特点,多将幽门螺杆菌纳入湿热毒邪范畴^[5-6],如吴耀南等^[7]将幽门螺杆菌归属于中医湿热之邪,周正华等^[8]亦认为幽门螺杆菌为湿阻。湿毒侵入人体,可损伤皮肉、筋骨、五脏六腑,使气血运行不畅,郁久而成痰成瘀,唐容川《血证论》曰:“旧血不去,则新血断然不生”。临床常用祛湿药主要功效包括利水渗湿、芳香化湿,用药如茯苓、车前子、茵陈、佩兰、砂仁等。但湿毒之多邪夹杂痰、瘀,一般的祛湿药难以将湿毒有效拔出,笔者根据临床经验,发现在运用祛湿药的基础上,酌加1~2味虫类药物可活血祛瘀、助顽痰温化,《医学衷中参西录》评价蜈蚣曰:“蜈蚣,走窜之力最速,内而脏腑,外而经络,凡气血凝聚之处,皆能开之……”,现代医学有研究表明蜈蚣可抑菌、消炎、抗凝。

3 止痛抗癌

结合临床实践,笔者观察到在CAG的治疗中使用频率较高的虫类药物,如乌梢蛇、僵蚕、穿山甲、鳖甲等,此类药物可明显改善CAG患者胃脘疼痛、胀满不舒等症状及内镜下病理组织学分级等。

乌梢蛇作为药用始载于宋代《开宝本草》,具有祛风除湿、通络、止痉的功效,用于治疗风湿顽痹、麻木拘挛、半身不遂等症^[9]。现有文献报道其含有氨基酸、蛋白质和核苷类成分^[10-11],具有镇静、抗惊、镇痛、抗炎作用。

僵蚕,味咸,性平,归肝、肺、胃经,味咸能软坚散结,辛能行,能入络搜邪。现代药理学从僵蚕中发现了多种化学成分,主要有蛋白质^[12]、多肽、氨基酸、核苷、挥发油、有机酸和衍生物等,多项试验表明僵蚕可促进微循环^[13]、抗癌^[14]、抗菌^[15]、增强免疫等。

穿山甲性咸微寒,归肝、胃经,可活血、通经、消肿。《本草纲目》曰:“穿山甲,味淡性平,气腥而窜,无微不至,故能宣通脏腑,贯彻经络,透达关窍,凡血凝血聚为病,皆能开之。”穿山甲含有多多种氨基酸和微量元素,可镇痛^[16]、抗炎^[17]、抗癌^[18]等,对CAG亦有一定疗效^[19]。

鳖甲性甘、咸,微寒,可滋阴、软坚散结,《神农本

草经》曰：“主心腹癥瘕坚积，寒热，去痞息肉……”鳖甲中主要含动物胶、角蛋白、碘质、维生素D、磷酸钙、碳酸钙、多种氨基酸等，可抗癌^[20]、增强免疫^[21]等。

4 峻药缓投

部分虫类药物毒性、刺激性较大，临床上应避免使用或慎用，如蟾酥、斑蝥、麝香、蛇毒等。虫类药物的使用需防攻伐太过伤及人体正气，正如《素问·五常政大论》所述：“大毒治病十去其六，常毒治病十去其七，小毒治病十去其八，无毒治病十去其九……无使过之伤其正也”，临床上应严格控制剂量，超大剂量使用虫类药物有可能会引起中毒^[22]，如在水煎内服的情况下，全蝎超过30 g，蜈蚣超过15 g，地龙超过60 g，水蛭超过15 g等。对于虫类药物剂型的控制，以丸剂较为安全，叶天士提倡“宿邪宜缓攻”“欲其缓化，则用丸药，取丸以缓之之意”。另外虫类药物含有较多的动物异体蛋白质，虽然对机体的补益调整有其特殊作用^[23]，但临床上可出现皮肤瘙痒、红疹、头痛、呕吐等过敏反应，一旦出现上述情况应立即停药，及时服用抗过敏药。

参考文献

- [1]房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2013,18(1):24-36.
- [2]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[J].中医杂志,2010,51(8):749-753.
- [3]清·徐灵胎.医学源流论[M].北京:中国中医药出版社,2008:38.
- [4]朱良春,李俊德.朱良春虫类药的应[M].北京:人民卫生出版社,2011:4,86.
- [5]宋琳琳,姜力,朱婷婷,等.幽门螺杆菌根除效果与中医证型相关性研究[J].中国中医药信息杂志,2013,20(12):7-9.
- [6]潘慧人,黄深荣,邹铭斐.600例幽门螺杆菌感染者中医体质分析[J].中

- 临床研究,2014,6(4):20-21.
- [7]吴耀南,黄敦煌.厦门地区慢性浅表性胃炎的中医证型与发病季节及HP感染的关系探讨[J].光明中医,2009,24(12):2234-2235.
- [8]周正华,杨强,陈大权.清胃合剂治疗幽门螺杆菌感染相关胃病湿热壅滞型的临床研究[J].中华中医药杂志,2006,21(8):504-505.
- [9]国家药典委员会.中华人民共和国药典[S].北京:中国医药科技出版社,2015:78.
- [10]郑艳青,王艳敏.乌梢蛇的化学成分及分析方法研究进展[J].中国药业,2006,15(21):59-60.
- [11]张阳,吴宏丽,李峰,等.HPLC法测定商品乌梢蛇中核苷类成分的含量[J].辽宁中医杂志,2008,35(4):581-582.
- [12]李冬生,王金华,胡征,等.白僵蚕主要化学成分及其挥发油的分析[J].化学与生物工程,2003,20(6):22-24.
- [13]Wang J D, Narui T, Kurata H, et al. Hematological studies on naturally occurring substances. II. Effects of animal crude drugs on blood coagulation and fibrinolysis systems [J]. Chem Pharm Bull, 1989, 37(8):2236.
- [14]Jiang X, Zhang Z, Chen Y, et al. Structural elucidation and in vitro antitumor activity of a novel oligosaccharide from Bombyx batryticatus[J]. Carbohydr Polym, 2014, 103(1):434-441.
- [15]项林平,柴卫利,王珏,等.僵蚕抑菌活性成分的提取及其对大肠杆菌的抑制作用[J].西北农林科技大学学报:自然科学版,2010,38(3):150.
- [16]辛军.穿山甲止癌性疼痛[J].中医杂志,2002,43(2):94-95.
- [17]吴珊.穿山甲鳞甲乙醇提取物镇痛抗炎作用及其机制的实验研究[D].南宁:广西医科大学,2012:14-40.
- [18]谢新生,张秀丽,赵家军,等.穿山甲煎液诱导 HL-60 细胞凋亡的研究[J].浙江中西医结合杂志,2001,11(8):477-479.
- [19]吴坚,李靖.国医大师朱良春舒胃散方[J].光明中医,2012,27(4):811.
- [20]钱丽娟,许沈华,陈旭峰,等.鳖甲浸出液对人肠癌细胞(HR-8348)的毒性作用研究[J].中国肿瘤临床,1995,22(2):146-149.
- [21]凌笑梅,刘娅,张娅婕,等.鳖甲提取对 S180 肿瘤细胞的杀伤作用[J].长春中医药大学学报,1995,11(3):45.
- [22]金甦.五种常用有毒虫类中药的毒性及解救方法[J].甘肃中医,2003,16(8):39-42.
- [23]朱良春.益肾壮督治其本,虫蚁搜剔治其标[J].江苏中医药,2008,40(1):2-3.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘 剑 收稿日期:2018-09-03)

黄连解毒汤的现代临床研究进展

李 雅

(香港浸会大学中医药学院, 香港 999077)

摘要: 通过阅读大量黄连解毒汤在各科中运用的临床研究资料,对黄连解毒汤的方药组成和临床治疗数据进行总结和分

析,发现黄连解毒汤的临床应用逐渐得到拓展,并且疗效显著。黄连解毒汤依据中医学理论知识,将其清热解毒的功效得

以发挥,使得黄连解毒汤可以医治许多种疾病。因此,对近十年的关于黄连解毒汤临床应用的相关文献作一综述。

关键词: 黄连解毒汤; 临床研究; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.24.068

文章编号: 1672-2779(2018)-24-0158-03

The Modern Clinical Research Progress of Huanglian Jiedu Decoction

LI Ya

(School of Chinese medicine, Hong Kong Baptist University, Hong Kong 999077, China)

Abstract: Through reading a large number of clinical research data of Huanglian Jiedu decoction in various branches, summing up and analyzing drug composition and clinical data of Huanglian Jiedu decoction. It was found that the clinical application of Huanglian Jiedu decoction gradually expanded and the curative effect was remarkable. According to the theory of traditional Chinese medicine, Huanglian Jiedu decoction exerts its effect of clearing away heat and toxic material. Because Huanglian Jiedu decoction has this function, making Huanglian Jiedu Decoction can cure many diseases. Therefore, the relevant literature in recent ten years is reviewed.

Keywords: Huanglian Jiedu decoction; clinical research; review

黄连解毒汤出自唐代王焘所著的《外台秘要》，黄连解毒汤是清热解毒的经典方剂^[1]。黄连解毒汤的组成是黄芩、黄连、黄柏、栀子四味中药材，它具有清热解毒的功效，在传统医学中治疗三焦

火毒症效果甚佳；在现代临床研究中，黄连解毒汤被广泛应用于各科，对于许多疾病治疗起到了显著效果。因此，将该方剂近十年的临床研究情况作一综述。



1 治疗2型糖尿病

张丽丽^[2]将74例病人运用随机平行对照方法随机分为2组。对照组服用二甲双胍,每次0.5 g,1日2次或者每次0.85 g,1日1次。当最大剂量大于每日2 g并且小于每日2.55 g或每次0.85 g时,根据实际情况,每周增加0.5 g,或每2周增加0.85 g,1日3次。阿卡波糖起始剂量为每次50 mg,每日3次,根据实际情况逐渐增至每次0.1 g,每日3次。治疗组37例病人服用黄连解毒汤,规格为每袋100 mL,每次1袋,1天2次。其余治疗方法同对照组一样。连续治疗4周为1个疗程。疗程结束后显示治疗组显效20例,有效15例,无效2例,总有效率为94.59%;对照组显效18例,有效11例,无效8例,总有效率为78.38%。治疗组疗效优于对照组 ($P<0.05$)。说明黄连解毒汤治疗热盛伤津型2型糖尿病疗效显著。

2 治疗老年性痴呆

陈国华等^[3]用黄连解毒汤治疗心肝火旺型老年痴呆,其中治疗组服用黄连解毒汤,每日1剂,分3次服用;对照组患者口服脑复康片,每次0.8 g,每日3次。2组均以3个月为1个疗程。1疗程结束后测定结果为治疗组在治疗后的治疗效果明显高于治疗前,并且优于对照组。说明黄连解毒汤在治疗心肝火旺型老年痴呆方面有显著疗效。

3 治疗颈动脉斑块

李淑玲等^[4]筛选出患有颈动脉斑块并且符合治疗标准的患者80例,随机将患者分为治疗组和对照组,2组人数各为40例。治疗组口服黄连解毒汤,1次150 mL,每日2次;对照组口服血脂康胶囊每次2粒,每日2次。通过检测患者颈动脉彩超IMT值,Crouse积分评价疗效标准,对比2组患者的临床治疗效果,得到结论黄连解毒汤可有效治疗颈动脉斑块,对临床实践有重要指导意义。

4 治疗缺血性中风

李鹏等^[5]将缺血性中风的患者随机分配为治疗组和对照组,2组患者分别为50例。对照组患者给予尼克林和复方丹参液静脉点滴注射,并且进行低能量氦氛激光血管内照射;治疗组在对照组治疗基础上增加黄连解毒汤加味方口服。结果治疗组36例基本治愈,显效6例,有效4例,总有效46例;对照组基本治愈28例,显效3例,有效8例,总有效39例,对照组治疗总有效率为78.0%。因此治疗组治疗效果高于对照组 ($P<0.05$)。表明黄连解毒汤对于治疗缺血性中风效果颇佳。

5 治疗急性感染性心内膜炎

梁北钦^[6]治疗急性感染性心内膜炎,该病患者以随机的形式被分为治疗组和对照组,各组均以49例患者组成。2组患者均予以孢替唑钠静脉滴注和吸氧等基础治疗,治疗组另增加黄连解毒汤合五味消毒饮服用,疗程均为1个月。结果治疗组的治疗有效率明显高于对照组。

6 治疗慢性肾衰竭

赵淑敏^[7]治疗的80例慢性肾衰竭氮质血症期患者以治疗方法不同分为对照组和观察组,2组各40例。观察组用加味黄连解毒汤灌肠治疗,对照组用西医方法治疗。结果观察组的有效率为92.5%,对照组的有效率为80%,效果优于对照组 ($P<0.05$)。说明运用黄连解毒汤治疗慢性肾衰竭氮质血症期有很好的效果,是一种值得广泛运用的治疗方法。

7 治疗急性百草枯中毒

彭亮^[8]用还原型谷胱甘肽联合黄连解毒汤的方法对医用大白鼠做实验,实验中对照组和观察组2组大白鼠均用百草枯灌胃,待中毒后观察组用还原型谷胱甘肽(GSH)联合黄连解毒汤的方法治疗,对照组只用GSH治疗。结果显示为观察组的治疗效果比对照组明显有效,说明黄连解毒汤在治疗急性百草枯中毒方面有一定作用,值得我们深入探究。

8 治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡

张亚妮等^[9]治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡,该病120例患者被随机分为治疗组和对照组,2组患者各为60例。观察组用西药和加味黄连解毒汤治疗,对照组仅用西药这一种方法进行治疗。结果观察组治疗总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$),观察组治疗后的血清C反应蛋白、白细胞介素-6水平均显著低于对照组 ($P<0.05$)。说明黄连解毒汤对于治疗幽门螺旋杆菌性胃溃疡有积极作用,并且抗炎杀菌效果显著。

9 治疗湿疹

付银峰^[10]用黄连解毒汤治疗湿热型湿疹,180例湿热型湿疹患者被随机分为对照组和研究组,每组湿热型湿疹患者均为90例。对照组用盐酸西替利嗪片治疗,研究组在对照组基础上用消风散合黄连解毒汤治疗,对比2组治疗效果以及生活质量,经统计学分析研究组治疗有效率高于对照组 ($P<0.05$);治疗前2组IFN- γ 、IL-4水平比较,差异无统计学意义 (均 $P>0.05$),治疗后对照组高于研究组 ($P<0.05$);治疗前对照组和研究组生活质量评分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),治疗后研究组的生活质量优于对照组

($P<0.05$)。表明消风散合黄连解毒汤治疗湿热型湿疹有明显效果。

10 治疗重症肛周脓肿

李杰^[11]治疗重症肛周脓肿,患者被随机分为治疗组及观察组,2组重症肛周脓肿患者各为24例。2组患者均用手术作为常规治疗手段,治疗组另增加黄连解毒汤服用。结果治疗组总有效率91.7%,观察组总有效率75%,治疗组的疗效优于观察组($P<0.05$)。说明黄连解毒汤对重症肛周脓肿的治疗有很显著的效果。

11 治疗急性盆腔炎

陈同芳^[12]运用黄连解毒汤治疗急性盆腔炎,将186例急性盆腔炎患者随机均分为治疗组和对照组。治疗组运用黄连解毒汤煎服合并中药封包治疗,对照组运用克林霉素注射液和奥硝唑注射液静脉注射治疗。结果在疗程2周结束后,治疗组的治愈率为88.76%,治疗有效率为100%。对照组治愈率为87.64%,治疗有效率为100%。治愈率和治疗有效率无显著性差异($P>0.05$)。治疗2个月后对患者进行随访,治疗组的复发率为1.12%,对照组复发率为3.37%,差异有统计学意义($P<0.05$)。通过统计学方法计算,可以看出黄连解毒汤对于急性盆腔炎的治疗有明显效果,并且很好地减少了盆腔炎的复发,值得推广。

12 治疗小儿高热

高龙艳^[13]治疗小儿高热,筛选110例患病儿童作为研究对象,并且随机把高热患儿分成治疗组和对照组,每组分别为55例。治疗组用黄连解毒汤煎服,对照组用西医抗生素治疗。疗程4天后根据退热时间为判断疗效的指标,结果为治疗组的有效率是94.55%,对照组的有效率为92.93%,2组差异无统计学意义($P>0.05$),说明用黄连解毒汤这种治疗方法与抗生素治疗的疗效无明显差异。因此,为了减少抗生素的滥用和降低门诊输液率,单用黄连解毒汤治疗小儿发热这种治疗方法值得推广。

13 治疗下肢丹毒

李宏宇^[14]治疗下肢丹毒,将治疗丹毒的门诊患者随机分为对照组和治疗组,每组患者各30人。对照病人口服阿莫西林胶囊并且外用氧氟沙星凝胶涂患处。治疗组患者口服黄连解毒汤并且用青敷膏外敷患处。2组均设置7天为1个疗程,2个疗程后测定治疗结果。经统计学分析,治疗组的痊愈率为90%,对照组的治愈率为63.3%。差异具有显著性($P<0.05$)。治疗组有18例的治愈时间小于或等于7天,7例的治愈时间为8~10

天,2例的治愈时间为11~14天。对照组有6例的治愈时间小于或等于7天,8例的治愈时间为8~10天,5例的治愈时间为11~14天。差异有显著性($P<0.05$)。因此,这些治疗数据说明黄连解毒汤对于下肢丹毒这一疾病的治疗具有治疗迅速、治愈率高的优点。运用黄连解毒汤的中医疗法值得在治疗中推广。

黄连解毒汤是清热解毒的代表方剂。主要治疗口干舌燥、大热癫狂、神昏谵语、语言错乱,精神亢奋不眠、湿热下利、湿热黄疸、甚则发斑衄血等症。该方中用黄连为君药清心泻火,主要清泄上中焦火毒。把黄芩当做臣药,主要清上焦火毒。用黄柏泄下焦火毒为佐药。用栀子清利三焦的火毒,亦为佐药。黄连解毒汤清热泻火解毒功效显著,是治疗火热邪毒症的首选。黄连解毒汤在现代药理研究中不仅具有消炎抗菌的作用,还有降压、止血、改善慢性脑缺血的作用^[15]。在现代临床运用中它被广泛用于治疗各种疾病,尤其是急性感染性疾病方面。各临床学科多运用此方治疗不同疾病,在内外妇儿外科等领域得到了好评,说明黄连解毒汤值得被广泛推广,今后随着对此方的研究深入,希望其治疗领域得到更多拓展。

参考文献

- [1]张慕慧,张丽,刘晶,等.黄连解毒汤系列制剂临床应用研究[J].吉林中医药,2016,36(11):1181-1184.
- [2]张丽丽.黄连解毒汤联合西药治疗热盛伤津初发2型糖尿病随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2017,31(11):34-37.
- [3]陈国华,单萍,邱昕.黄连解毒汤治疗老年性痴呆(心肝火旺型)临床研究[J].中国中医急症,2007,16(4):386-387.
- [4]李淑玲,马春,杨丽华.黄连解毒汤治疗颈动脉斑块的临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(15):96-98.
- [5]李鹏,张小雪.黄连解毒汤治疗缺血性中风50例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(18):55-56.
- [6]梁北钦.黄连解毒汤合五味消毒饮加减治疗急性感染性心内膜炎(AIE)的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(19):81,85.
- [7]赵淑敏.观察加味黄连解毒汤灌肠用于慢性肾衰竭氮质血症期患者的疗效[J].现代医学与健康研究,2018,2(5):183.
- [8]彭亮.还原型谷胱甘肽联合黄连解毒汤对急性百草枯中毒治疗作用的实验研究[J].中国社区医师,2017,33(11):5-7.
- [9]张亚妮,雷剑虹.加味黄连解毒汤治疗幽门螺旋杆菌阳性胃溃疡疗效及对血清炎症因子水平影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(29):3270-3271.
- [10]付银锋.消风散合黄连解毒汤治疗湿疹效果观察[J].社区医学杂志,2018,16(2):19-23.
- [11]李杰.黄连解毒汤治疗重症肛周脓肿的临床疗效[J].临床合理用药,2014,7(12):129-130.
- [12]陈同芳.黄连解毒汤内服结合中药封包治疗急性盆腔炎的临床疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(81):145,159.
- [13]高龙艳.黄连解毒汤治疗小儿高热的临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(90):101.
- [14]李宏宇.黄连解毒汤配合青敷膏治疗下肢丹毒30例临床观察[J].江苏中医药,2010,42(12):32.
- [15]周本宏,罗顺德,蔡鸿生.黄连解毒汤的药理及临床应用研究进展[J].中成药,1991,13(11):38-39.

(本文编辑:张文娟 本文校对:邓德英 收稿日期:2018-08-31)

2018年第16卷 总目次

第1期

翻转课堂在中西医结合神经病学临床教学中的应用	施 扬(1)
温病学课程参与式教学改革初探	闫 昕(3)
比较法在中药鉴定学教学中的应用	于京平(6)
经络腧穴学混合教学中融入临床技能的探索	关兆华(8)
基于“以赛促改”微格教学法在推拿手法训练中的应用研究	王 琦(10)
科研反哺教学在中药学教学中的实施	郝二伟(13)
中医老年病科临床带教体会	凌 燕(15)
药物化学理论课教学方法探讨	杨家强(17)
以学生为中心的中药药剂学实验教学改革探微	王红芳(19)
加强青年教师教学基本功探究 ——以经络腧穴学课程为例	马 原(22)
信息化教学设计在高职中药炮制课程中的实践	李绍林(24)
中医院校医学检验学专业组织学与胚胎学课程教学改革探索	张 娜(27)
论经方医学在当代中医师承教育中的优势	董正平(30)
中医基础理论课堂练习与测试网页简介	杨胜利(33)
以培养学生自主学习能力为主的针灸学教学方法观察与体会	周 钰(35)
三明治教学法在中药炮制学教学中的应用	宋艺君(37)
联想法在医院门诊中药房实习带教中的应用	华成坤(39)
中医药院校提高医学免疫学教学效果和思考	侯殿东(43)
中医诊断实训考试模式的构建	简维雄(45)
九站式 OSCE 在西医院校中医学专业临床技能考试中的应用	林海燕(47)
基于“以生为本”的非中药专业中药鉴定技术分类分层教学研究	沈湛云(49)
中医规培医生急诊带教难点及心得	谭美春(51)
医学专业实习生在药房实习的带教模式的思考	陈木水(53)
中医儿科学题库建设与应用分析	单海军(56)
中医药高等院校“双一流”建设战略研究	樊程程(58)
孙氏小儿咳嗽方治疗风燥型小儿支气管炎的临床观察	刘应科(61)
六味温心颗粒对慢性心力衰竭患者近期疗效及血浆 BNP、AngII 浓度影响	陈跃飞(63)
康复训练的时间窗对缺血性脑卒中患者运动功能恢复的影响	彭夏红(66)
中医治未病思想在 2 型糖尿病患者血糖管理中的应用	刘跃平(69)
从中医五脏论血管性痴呆的病机	郭 清(71)
《伤寒论》少阴病篇治水法对中医药治疗糖尿病肾病的启发	黄培龙(73)
从玄府膜理论治慢性皮肤病	都佳蕊(75)
恶性胸腔积液从肝论治	邢靖晨(77)
张文红中西医结合治疗围绝经期功血经验总结	樊亚妮(79)
邵蕾教授辨治妇科疾病临证经验撷萃	赵晨玲(82)

四妙勇安汤治疗宫颈术后下肢水肿临床经验	黄 丽(84)
张翥教授诊治水肿的经验	卢小蓓(86)
安神中药的临床应用举隅	杨金禄(89)
中药治疗慢性肾小管间质性肾炎验案一则	韩世辉(91)
近代山西民间社团对中医发展的贡献	王 蓓(93)
桃红四物汤加失笑散治疗子宫内腺息肉的临床心得	黄文玲(95)
金水相生法治疗外感久咳浅析	苗蓓亮(97)
当归补血汤对大鼠心肌缺血再灌注损伤的保护作用	吴 伟(99)
不同干燥方法对铁皮石斛闪式提取物多糖含量的影响	钱桂敏(101)
氨茶碱药物代谢动力学实验研究	李 霖(103)
安坤种子丸对卵巢储备功能下降闭经 FSH、LH、E ₂ 、AMH 的影响	刘迎萍(106)
风湿汤内服治疗膝关节骨性关节炎的疗效及对 IL-1、IL-6 表达水平的影响	李 奎(108)
巨刺法结合补阳还五汤治疗缺血性中风偏瘫 70 例	刘绍梅(110)
温肾清心汤治疗小儿遗尿 68 例	麻建辉(112)
丹参并喜药妥涂抹结合远红外线照射对血液透析患者自体动静脉内瘘功能的影响	李 玫(113)
中西医结合治疗冠心病心绞痛 90 例	王立江(115)
中国穴位埋线疗法系列讲座(66) 杨氏 3A+“膈五针”埋线针刀治疗膝痛症临床观察	吴统玲(117)
三伏贴对支气管哮喘慢性持续期患者 T 淋巴细胞和肺功能变化的影响	刘 阳(119)
穴位注射疗法治疗脑瘫患儿腰肌无力临床观察	姚献花(122)
针药结合治疗及护理多囊卵巢综合征 32 例	黄丽丽(124)
胆胀中医护理方案在腹腔镜胆囊切除患者的应用效果	金 巍(127)
中医辨证结合临床路径护理干预小儿腹泻的临床研究	黎冬梅(129)
艾灸结合拔罐联合优质护理治疗瘀气滞型腰椎间盘突出症的临床研究	闵翠兰(131)
三联序贯法在老年膝骨性关节炎患者中的护理应用	谢玉娜(133)
中西医结合护理干预对急性缺血性脑卒中患者预后的改善作用	刘美青(135)
信息化管理在优质护理服务中的应用分析	冷从玉(137)
佛教音乐联合中药外敷缓解中度癌痛患者的临床观察	席倩岚(139)
老年骨折中医情志护理的临床观察	周茂琴(141)
肝硬化晚期患者穴位按摩及舒适护理的临床观察	张 旭(143)
外泌体在中医证候研究中的应用	焦海燕(145)
中西医结合专业发展方向浅析	薛崇祥(148)
中药红花抗脑缺血损伤作用机制的研究进展	刘 飞(151)
标准化病人在中医领域教学考核中应用的研究进展	于宗良(154)
多档位便携针灸进针器的研制	王宪贝(158)

第2期

中西医结合神经病学临床教学的体会	施 扬(1)
案例教学法结合 Sandwich 教学法在伤寒论教学中的应用与探讨	徐笋晶(4)
提升中医药院校研究生综合实践能力的研究	李庆海(6)
启发式教学在象思维培养中的应用	丁宝刚(10)
对加强和改进高等中医药院校安全教育课程建设的思考	陈 晔(12)
药学专业开设生物工程概论课程设置及教学实践	冯蓓蕾(15)
思维导图在八纲辨证教学中的应用	王 静(17)
RBL 教学法在针灸临床课教学的应用	荆 泰(20)
老年医学科全科医师规范化培训探讨	马巧亚(22)
以大健康产业为契机培养临床思维与信息服务能力突出的中药学人才	陶 丽(24)
住院医师规范化培训中医经典教学的实践和思考	冯蓓蕾(27)
内窥镜影像系统联合形象思维在中医耳鼻喉教学中的应用	祝晓宇(29)
基于药性与功效关联性解析的临床中药学教学内容改革研究	常惟智(31)
中药制剂分析教学改革研究进展	阎 鸿(33)
西医院校中医教学的现状与教学方法的探讨	霍宏颖(36)
浅谈妇产科临床带教问题的对策	李 潇(38)
学生助讲的教学模式在腧穴学中的应用	奥晓静(40)
档案编研工作促进医院文化建设的探索与实践	彭雪琴(42)
小儿肺咳颗粒治疗婴幼儿急性支气管炎 98 例	钱向明(44)
活血通脉治疗输卵管阻塞不孕症 51 例	王振卿(46)
加味黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病周围神经病变的临床观察	李 娜(48)
老年慢性阻塞性肺疾病急性期合并肺结核感染的治疗方法及其临床观察	孙 卫(50)
《血证论》中血上干证学术思想初探	刘 宇(52)
托里透脓汤治疗冠心病缺血型 ST 段的临床分析	牛振华(55)
甘草泻心汤治疗肿瘤化疗后消化道反应的临床观察	于 慧(57)
天麻钩藤饮倍用天麻治疗高血压病临床观察	袁乐平(59)
中医药美容常用经方及机理探讨	张 业(61)
张锡纯固冲汤治疗血崩证的学验探讨	陈玲名(63)
壮母益子——姜丽娟教授治疗滑胎学术思想	张翼雯(66)
于凯成教授益肾通络法治疗冠心病心律失常的经验总结	马 春(68)
大柴胡汤治疗肥胖病机理探讨	周 珊(70)
冉青珍主任医师运用归脾汤治疗产后恶露不绝经验	陈燕妮(72)
高继宁教授经方治疗慢性肾衰经验总结	赵 彤(74)

凌霞教授治疗原发性痛经的经验总结

- 井思静(76)
- 《老老恒言》的情志养生观 范新六(78)
- 行气化痰法治疗癌性疼痛 吴 芃(80)
- 糖尿病肾病的中医病机及用药 韩世辉(82)
- 炎症性肠病与中医健脾治则 江 山(84)
- 麻黄连翘赤小豆汤治疗高尿酸血症临床经验 黄 丽(86)
- 甘草泻心汤治疗化疗后口腔溃疡的应用 底迎亚(88)
- 柴胡疏肝散对抑郁症大鼠行为学及旷场实验的影响 吴晓玲(90)
- HPLC法快速筛查抗痛风类中成药非法添加的6种化学药品 龙玉琼(93)
- 消毒调血方治疗脓毒症疗效观察及对炎症因子的影响 王 毅(96)
- 小半夏汤配合隔姜灸治疗老年糖尿病性胃轻瘫30例 杨胜男(99)
- 银屑病患者辨证治疗效果及对血清 t-IgE、ECP 的变化研究 戴媛媛(101)
- 黄芪半夏汤治疗慢性支气管炎急性加重期(痰湿蕴肺型)的临床研究 邓蓉燕(103)
- 养阴清肺方联合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌30例 戴 惠(105)
- 中药浴足对慢性阻塞性肺疾病患者睡眠状态的影响 熊 浪(108)
- 针刺结合奥替溴铵片治疗便秘型肠易激综合征30例 何 磊(110)
- 仙贯合剂联合克龄蒙片治疗肝肾郁型卵巢早衰27例 卢 军(112)
- 中国穴位埋线疗法系列讲座(67)
- 俞募合配穴位埋线对高脂血症患者总胆固醇及三酰甘油的影响 杨才德(115)
- 牵引下正骨推拿配合热敏灸治疗神经根型颈椎病临床研究 赖春柏(118)
- 艾灸治疗老寒腿的机理与临床应用 张 驰(121)
- 混元灸联合穴位埋线治疗单纯性肥胖症临床研究 吕明芳(123)
- 足三里穴位贴敷联合穴位按摩内关穴对化疗所致呕吐的临床护理 叶佩娟(125)
- 中医药治疗术后消化不良的护理体会 李又梅(127)
- 中医护理120例老年失眠症患者 江月贞(129)
- 中医适宜技术联合集束化护理对脑卒中患者呼吸机相关性肺炎的防护作用 张凤蕊(131)
- 1例大面积接触性皮炎的中医整体护理体会 胡素琴(133)
- 穴位按摩配合情志护理在脑卒中偏瘫患者中的应用 吴晓飞(135)
- 中医情志护理在改善直肠癌化疗患者情绪状态中的效果分析 何志慧(137)
- 化痰祛瘀汤及中医护理治疗慢性支气管炎的临床观察 赵 嘉(139)
- 中医特色护理对慢性重型肝炎的临床分析 田冰冰(141)
- 中医定向透药辅助治疗小儿支气管肺炎的护理体会 刘爱英(143)
- 耳穴埋豆结合情志护理对眩晕患者的临床分析 吕 鑫(144)
- 中医药治疗冠心病合并颈动脉粥样硬化的研究进展 谢婷婷(146)
- 药食兼用桔梗的引种栽培研究进展 蒋 桃(148)
- HIF-1 α 在子宫内膜异位症发病中的作用及中医药研究进展 曹 颖(152)
- 慢性肾小球肾炎病理与中医辨证相关性的研究 晋中恒(156)
- 针灸治疗带状疱疹的研究进展 刘 宁(III)

第3期

男科学临床研究生带教的经验体会

- 李 勤(1)
- 障碍性路径教学法在内科学教学应用的效果研究 邹 迪(3)
- 诊断学实验课教学中PBL教学法与传统教学法相结合的探索 李 娟(5)
- 贯彻以学生为中心的教学理念提升中医儿科学教学质量 郭亦男(7)
- 中药学专业方剂学麻黄汤案例教学设计 章容贵(9)
- “识药-炮制-性效”融合式教学法在中药学教学中的应用 郝 蕾(12)
- 基于慕课平台的翻转课堂在病理学教学改革中的应用 高爱社(14)
- 课堂体验视角下PAD课堂的应用研究 以中医基础理论教学为例
- 孙 鑫(16)
- 基于“教-练-赛-考”立体式形成性评价系统的经络腧穴教学研究新探 洪嘉婧(18)
- 中药房带教中医类实习生的体会 韦 玮(20)
- 浅谈《道德经》对中医药院校免疫学与病原生物学教学效果的探究 马艳娇(23)
- CBS联合PBL教学法在中医儿科学系疾病教学中的应用 段晓征(25)
- PBL教学法在医学类本科班中妇科学学习的实践 李 潇(27)
- 医学生物技术教学特色与提高实践能力的改革思路 肖建勇(29)
- 中医院校生化与分子生物学实验室的安全管理 沈继朵(30)
- 临床主带教老师核心能力培养体系的构建与应用研究 全小明(33)
- 基于学生视角的中医药院校大学英语教学改革调查研究 孔祥国(35)
- 基于学情分析的针灸学信息化教学策略 刘 霞(38)
- 医院干部廉政档案管理问题及对策 彭雪琴(40)
- 银屑病复发的诱发因素的病例对照研究 宋 军(42)
- 基于盱江医学文化资源保护与开发的调查研究 傅 斌(44)
- 宁夏回族聚居区回族常用养生保健方法的研究 刘 阳(46)
- 黄芪消渴汤治疗糖尿病肾病临床研究 李 娜(49)
- 芪蒯强心胶囊对冠心病合并心衰患者相关血清因子水平及心功能影响研究 韩林林(51)
- 下肢动脉硬化闭塞症肱动脉血管内皮功能、内膜-中层厚度与中医证型的相关性研究 宋福晨(53)
- 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗肿瘤化疗后并发抑郁症的临床分析 于 慧(55)
- 和血明目片联合激光方案治疗糖尿病视网膜病变的临床观察 李颖颖(57)
- 围绝经期失眠症患者中医体质与中医证型相关性研究 陈燕芬(59)
- 皇甫谧不仕缘由考 孙 远(63)
- 《伤寒杂论》在肿瘤治疗中的应用浅析 张超一(65)
- 马纯政教授治疗肺癌经验浅谈 袁 苗(68)
- 张振贤教授治疗病毒性心肌炎伴左心室扩大案例分析 王小梅(70)
- 赵杰主任医师治疗糖尿病经验举隅 赵利婷(72)
- 胡晓华教授治疗卵巢早衰的经验总结 吴少卿(74)
- 杨氏脉象曲线及其临床意义 黄 伟(76)

从何首乌的正确应用谈中医临床药学的发展

- 武嫣斐(78)
- 重症扩张型心肌病医案1例 苏世豪(80)
- 桑枝多糖对糖尿病小鼠肾脏的保护作用 李永智(83)
- 地黄饮子汤对急性脑缺血大鼠的影响及机制 孙伟楠(85)
- 金黄膏配合玉红粉外敷治疗下肢骨折张力性水疱的临床研究 李润春(87)
- 基于中医经筋理论运用放散状冲击波治疗慢性跟腱炎63例 庄 威(89)
- 热毒宁注射液对小儿病毒性心肌炎临床疗效、心肌酶学指标及安全性的影响 尚 巍(92)
- 比伐芦定应用于冠状动脉慢性完全闭塞性病变患者PCI临床效果及安全性的研究 孔令东(94)
- 胃肠安丸对功能性消化不良患者的临床观察 林仙花(98)
- 提肛运动联合祛毒洗剂坐浴治疗嵌顿痔30例 邱晓年(100)
- 补阳还五汤联合梅花针叩刺及拔罐治疗PHN临床观察 杨娅男(102)
- 疏肝解郁汤治疗冠心病合并抑郁的临床研究 潘 栋(104)
- 治未病思想指导慢性肝病护理初探 田冰冰(106)
- 生化汤联合甲氨喋呤在早期异位妊娠治疗中的临床研究 曹雯娜(108)
- 小柴胡汤联合乳果糖治疗功能性便秘伴抑郁的临床观察 赵智勇(111)
- 中国穴位埋线疗法系列讲座(68)
- 穴位埋线等中医药治疗过敏性鼻炎新进展 杨才德(113)
- 隔物灸型中医灸疗器具的设计与临床应用 曹佳男(116)
- 艾灸百会穴对抑郁症患者疗效及血清5-羟色胺的影响 潘洪峰(118)
- 穴位压豆联合中频脉冲电治疗脑卒中早期偏瘫 谢 红(120)
- 针灸治疗肩周炎机理探讨 高 丹(122)
- 护理风险管理在新生儿窒息复苏中的应用价值 童智洪(124)
- 消肿降白汤治疗急性肾炎的护理与临床分析 孙 颖(126)
- 清毒百炎消联合穴位手法按摩治疗急性乳腺炎的护理研究 陈霖泉(128)
- 中药熏洗联合百多邦软膏治疗新生儿脓疱疮的临床研究 马秋艳(130)
- 喘证中医护理方案对老年慢性阻塞性肺的临床分析 景 洋(132)
- 综合护理管理在蓝光照射治疗新生儿黄疸患儿治疗中的效果 赵玉婷(134)
- 中医辨证护理对肝癌患者生活质量的影响分析 李禹其(136)
- 绿色养生疗法艾灸的研究进展 王 晨(138)
- 反流性食管炎的中医研究进展 邵 亮(140)
- 中医药治疗糖尿病周围神经病变的研究进展 秦晓彤(142)
- 铁皮石斛的药理研究新进展 黄小鸥(145)
- 中医联合疗法治疗卒中后抑郁的网状Meta分析 李少维(148)
- 穴位疗法治疗糖尿病及其并发症的现代研究进展 陈 震(151)
- 中医药治疗寒湿腰痛研究进展 陈佳星(155)
- 抽动秽语综合征与颈椎损伤的关系探讨 程少民(158)

第4期

- 微课联合Sandwich教学法实现护理专业学生从课堂到临床的过渡 嵇瑞瑛(1)
- 新时期预防医学实践教学改革探索 苏 雄(5)

传承岐黄 任重道远

——中医发展之我见 朱光海(27)

张清林(8)

中西医整合思维模式下胸穴解剖学的教学特点

阎卉芳(11)

生药学实验混合式教学模式探析

李海燕(14)

五位一体教育教学质量保障体系运行实践

——长春中医药大学针灸推拿学院实践技能人才培养

刘明军(16)

中医药大学大学生岗位胜任力提高探讨

路永坤(19)

基于混合学习理念的翻转课堂教学模式在中医护理学教学中的应用

梁小利(21)

523 精神与青蒿素发明

刘霁堂(24)

关于提升青年教师教学能力的思考

全 岩(27)

定性研究与定量研究相结合模式开展中医课程评价初探

李诗旻(30)

欧美实践教学法对我国应用型医学人才培养模式的启示

刘惠敏(34)

中医本科生内经选读考试成绩影响因素分析

丁晓洁(37)

以高校内部质量保障体系建设为核心的本科教学工作审核评估实践研究

许南阳(40)

针灸学课程兴趣驱动-实践贯通-强化能力教学模式的实施及效果

刘 琼(42)

中医院校康复治疗学专业人才培养模式的探索

石 瑜(44)

创新医院文化建设载体的实践与思考

——以思想政治工作为例

张东瑛(47)

中医药科研实验室的安全管理探讨

陈丽娟(49)

体质调节法在痰湿质缺血性中风患者二级预防中的临床研究

肖科全(52)

系统论解读疾病认识身体智慧

张 艳(54)

卵巢早衰患者中医体质分类与中医证型相关性研究

卢 军(57)

谈春夏养阳秋冬养阴

张亚萌(61)

从调畅气机论治功能性便秘

张 晓(63)

王洪京应用健脾益气温中类对药治疗脾胃病的临床经验

刘 青(65)

杜长海从肝论治反流性食管炎经验

杨天翼(67)

冯兴华治疗瘀血痹学术思想

马桂琴(68)

赵杰主任临证运用干姜治疗抑郁症摘要

赵明瑜(70)

李坤寅辨治子宫内异位症痛经经验总结

李亚希(72)

吕海江运用息风法治疗疑难眼病案举隅

沈瑞翔(74)

调和肝脾、燥湿解毒法治疗宫颈高危型 HPV 感染探析

戴 宁(76)

上下相资汤验案 2 则

王锦锦(78)

荨麻疹中医病因病机认识

杨娅男(80)

论“谷病”与“胰腺病”的临床意义

季清华(82)

寰枢关节整复术与“异病同治”

程少民(87)

三七川归颗粒水溶性成分提取及成型工艺研究

王萍萍(90)

益母草药材中盐酸水苏碱的含量测定

陈 茜(94)

六君子汤加味对慢性阻塞性肺疾病稳定期肺脾气虚证患者的临床观察

涂思义(96)

手法配合威灵骨刺膏治疗第三腰椎横突综合症的临床观察

谭福柱(99)

补肾壮骨膏治疗老年性骨质疏松症 84 例

徐祖旺(102)

凉血四物汤联合医学护肤品治疗继发性面部毛细血管扩张症的临床观察

肖 巍(104)

中医疏肝潜阳法治疗耳亢合并房颤的临床分析

赵 丽(106)

天麻钩藤汤对缺血性眩晕的临床疗效及血液流变学指标的影响

郭 莉(110)

益气养阴法联合 TP 方案治疗乳腺癌术后的临床观察

王飞雪(112)

中医外治法联合卡泊三醇软膏治疗老年静止期银屑病临床观察

王晓红(114)

中国穴位埋线疗法系列讲座(69)

枢椎棘突综合征诊断标准

芦文娟(117)

通体灸疗对健康成人血液流变学的影响

刘 霞(120)

针灸推拿联合超短波治疗肩周炎 100 例

高 丹(123)

半夏止吐方穴位贴敷缓解结肠癌术后胃肠道化疗反应 70 例

武寒飞(125)

针推并用治疗颈源性高血压 60 例

郭昭昭(127)

中医综合疗法保守治疗脊髓型颈椎病 18 例

赖春柏(129)

针刺治疗中风后遗症偏瘫 53 例

李双秋(131)

耳穴压豆配合艾灸治疗慢性支气管炎 30 例

曾笑影(133)

中药足浴联合穴位贴敷提高胃癌患者术前睡眠质量

刘 冰(135)

中医护理干预在心肌梗死患者中的应用价值

张传美(137)

合并睡眠障碍的稳定期慢性心衰患者中医护理的疗效分析

景 洋(139)

综合中医护理干预治疗产后乳汁分泌不足的研究

程华丽(141)

四磨汤口服液联合综合护理对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复影响

王 乐(142)

中医外治法预防痔病术后尿潴留的研究进展

肖 深(144)

左归丸治疗老年疾病的研究进展

杨振博(146)

原发性痛经的中医外治法研究进展

宋蓉杰(149)

心脏康复治疗与预防心血管疾病的研究进展

宋晓丹(151)

甲状腺疾病在恶性肿瘤患者中的分布特点

宋博辉(153)

中医药治疗血管神经性头痛的研究进展

刘会芳(156)

附片及其配伍治疗虚寒病症的文献研究

李树华(Ⅲ)

第 5 期

基于医养结合背景的中医药教育改革策略

张 洋(1)

高等学校教学督导中督导与被督导者的关系

常学辉(3)

翻转课堂教学模式在中医体质学教学中的应用

王 济(5)

中药学综合实验课程教学的探索与思考

张科卫(10)

形成性评价在中药商品学教学中的探索与应用

张 芳(12)

医校协同育人深化中医师承教育的实践与体会

——以三峡大学中医医院为例

任剑峡(14)

多种教学模式在医药院校物理教学中的应用

高清河(16)

构建中医院校临床实训教学团队的思考

李孟魁(18)

5+3 教育模式在中医妇科人才培养中的思考

谢 源(20)

提高中药拉丁语教学质量的方法探讨

郑梦迪(22)

康复评定学课程教学模式改革与探索

田 辉(24)

基于多学科合作模式的中医学教学改革思路与实践

彭海燕(30)

构建形成性评测模式全面提升针灸学教学质量

王淑娟(33)

中西医结合临床医学专业课程建设的探索与实践

王 铃(35)

高等农业院校中药学课程教学改革与实践

贾贤慧(37)

医学院校中医学教学和考核方式改革探索

袁振忠(39)

从慕课到微课——网络视频教学发展的现状及对策

刘 畅(41)

基于卓越医生本科培养

——中医诊断学四诊技能实训课程建设与实践

张 锁(44)

改革实验室管理体制 促进高素质人才培养

代 妮(46)

结合电子病历指导规培医师中医内科病历书写的体会

唐 璐(48)

弘扬仲景文化 实施以文育人工程

——河南中医药大学的探索与实践

朱建光(52)

综合医院中西医结合研究生培养及管理模式探讨

曹丽君(54)

论医学科学精神与人文精神的融合

章茂森(56)

仙方活命饮治疗早期肛周脓肿的 Meta 分析

朱光容(58)

攻下法治疗肝硬化的思路探讨

邱晓年(61)

柴瓜消结汤治疗乳腺增生的临床研究

武寒飞(63)

中西医结合治疗鼻窦炎临床分析

闫福龙(65)

同型半胱氨酸水平与中医虚实证型的关系探讨

王岳青(67)

奔豚气与癰痈痰气并治的治疗思路

朱锦如(70)

从桂枝汤探讨干燥综合征的治疗

黄海珍(72)

浅谈对异病同治的理解及应用

安东阳(74)

刘志龙教授治疗 2 型糖尿病的中医临床艺术

黎崇裕(76)

王松龄教授治疗缺血型颅底异常血管网病的思路

王浩艺(78)

卢跃卿教授治疗慢性肾衰竭经验拾萃

贾丽娜(80)

《谢映庐医案》应用经方医案特色探析

田传玺(82)

黄芪桂枝五物汤临床应用心得

张 义(84)

小青龙汤治疗寒饮内停型肠易激综合征医案 2 则

赵弼彰(86)

金银花中绿原酸成份的提取方法分析研究

陈 茜(88)

RP-HPLC 法测定红要子中大黄素的含量

宋若冰(90)

新加芍草汤结合康复训练治疗脑卒中后肌痉挛的临床疗效

刘呈艳(92)

清脑平肝饮治疗肝阳上亢型高血压的临床研究

寇 焯(95)

宣肺化痰法治疗咳嗽变异性哮喘的临床观察

韩 迪(97)

黄芪丹参汤治疗脑梗死恢复期的临床疗效及炎症因子水平的影响

姜德远(99)

丹参川芎汤对冠心病伴心绞痛患者血清 hs-CRP 及 IL-18 水平的影响

刘 岩(101)

复方中药对糖尿病合并骨质疏松的临床观察

徐颖博(103)

温阳降浊汤治疗糖尿病肾病临床观察

赵 丽(106)

补脑息风止痉汤治疗帕金森病的临床观察

郭 莉(108)

内外侧入路术联合活血止痛洗剂治疗复杂胫骨平台骨折的临床观察	张祥华(110)
中药联合奥美拉唑治疗幽门螺杆菌的临床观察	喻永明(112)
中国穴位埋线疗法系列讲座(70)	
埋线针刀股骨小转子松解术及其临床意义	杜 豪(114)
背部推拿法结合针刺治疗亚健康状态失眠的临床观察	周祥华(116)
推拿针刺结合腰部核心肌群锻炼对老年腰椎退行性骨关节炎疗效及生命质量影响	占茂林(119)
针灸联合中医康复训练治疗脑卒中吞咽障碍临床观察	闫爱国(122)
针灸治疗膝骨性关节炎临床分析	李双秋(124)
独灸关元穴效应探析	张二伟(126)
中医护理对妇科肿瘤术后患者心理的影响	郝子涵(129)
中医护理在子宫肌瘤手术患者围术期的应用研究	胡寿涓(131)
中医特色护理干预经雷火灸治疗的腰痛临床分析	曲甜甜(133)
中西医结合临床干预肺结核及护理的观察	裴 育(135)
中医情志护理在急诊女性患者中的应用效果研究	杨建红(137)
中西医结合护理对泌尿外科手术后疼痛的影响研究	范雪梅(139)
NLRs 炎症在肺感染性疾病中的作用机制研究	夏金焯(141)
康莱特注射液对非小细胞肺癌的作用及机制研究进展	闫纪蓉(145)
老年人心理健康评估研究进展	梁小利(147)
参附注射液治疗脓毒症心肌抑制的研究进展	杨 莉(149)
中医药治疗 2 型糖尿病脂代谢异常的临床研究进展	徐 亚(151)
高脂血症与痰湿质的相关性研究进展	谭 玉(155)
夏枯草药理作用与临床应用研究进展	姚 洋(157)

第 6 期

中医学专业选修课程结构调整的实践与探索	崔轶凡(1)
仲景学术思想在研究生中医临床思维能力培养中的运用	张建伟(3)
中医美容人才培养及教育教学改革的探讨	张小卿(6)
微课结合 PBL 教学法在中医骨伤科学教学中的研究与应用	邓 伟(8)
能力与素质相结合的中药学专业研究生培养路径探索	钟凌云(10)
构建伤寒论课程复合教学模式的研究	朱 辉(14)
移动交流平台在临床教学应用的探讨	刘作良(16)
中医基础理论绪论教学心得	黄 琼(18)
提高规培生职业价值感的教学体会	张 楠(21)
开展儿童中医药启蒙教育的重要性	马思佳(23)
以问题为导向的模拟门诊教学法对提高规培医师接诊能力效果观察	王世强(26)
英语护理专业病理学互动式双语教学应用实践	陈 芳(28)
利用微课开展中医诊断学自主学习模式的实践与思考	凌耀军(30)
提高中医院校研究生教育水平的思考	韩永梅(32)
PBL 教学法在研究生中医妇科中的应用评价	王占利(34)

如何利用互联网推动中医传承	陈秀香(37)
中国医学史课程教学模式改革和实践探索	孟永亮(42)
温病学考试成绩分析	马登高(44)
中医院校诊断学体格检查教学中的问题及对策	李孟魁(46)
学科与专科建设在综合医院中医药工作中的重要作用	曹丽君(48)
中医高等人才培养模式探析	赵 娜(51)
中医药健康服务中心建设的问题和思路	陈燕溪(53)
多措并举 推行以文化人工程 ——河南中医药大学探索与实践	朱建光(55)
苏敬、王焘医学教育思想对当前医学教育的启示	倪昊翔(58)
中医古籍整理的思考	蒋鹏飞(62)
基于数据挖掘的慢性阻塞性肺疾病急性加重期中医临床用药规律探讨	李秀丽(64)
延边地区肠易激综合征中医证候分布研究	王晓欧(67)
三伏贴治疗慢性支气管炎临床观察及机理探讨	王梅生(69)
天王补心丹源流的若干问题探疑	熊延熙(71)
基于古典医籍及临床经验探讨中医痞满	田明健(74)
从肺肾论治水肿的临床经验	和 菲(76)
姜丽娟教授运用桂枝茯苓丸在妇科的临床运用	姜 广(78)
王振亮教授经方辨治类风湿性关节炎经验	赵婷婷(81)
王永霞教授治疗双心病的临证经验	李玉瑶(83)
郑福增教授益肾疏肝法治疗更年期膝骨性关节炎的临证经验	李红旗(86)
卢跃卿教授运用济生肾气丸治疗特发性水肿经验总结	刘 涵(88)
中西医结合神经病学 Midnights 原则临床思维探索	施 杨(90)
韩捷教授分期辨证治疗溃疡性结肠炎经验	韩婷芬(93)
牡蛎散中黄芪、牡蛎药的配伍作用	叶 潇(96)
响应面分析法优化酶提取土茯苓多糖工艺	郑朝阳(99)
玉竹配方颗粒质量标准的研究	杨学芳(103)
调畅心阳、厚肠补土法治疗腹泻型肠易激综合征 60 例	邱 健(106)
化湿解毒法治疗慢性原发性血小板减少性紫癜湿热血毒证的临床研究	汪 莉(110)
龙倍散联合五子衍宗丸治疗小儿功能性遗尿的临床观察	刘世玲(112)
舒筋散熏洗治疗早中期膝关节骨性关节炎的临床分析	岳瑞卿(114)
益气活血汤对脑卒中恢复期肢体功能与运动的影响	郭 莉(116)
消癥丸治疗乳腺增生病临床观察	王建刚(118)
宣痹汤合三妙散配合常规西药治疗类风湿关节炎湿热痹阻证的临床分析	汪少琼(121)
活血化瘀法联合西药治疗慢性盆腔炎的疗效及对炎症因子的影响	陈凤英(123)
中西医结合治疗风热蕴肤型玫瑰糠疹临床观察	相 勇(125)
中国穴位埋线疗法系列讲座(71)	
星状神经节为主理线对高血压病患者 Ang II、ALD 的影响	高敬辉(127)
温针灸腰部夹脊穴治疗寒湿型腰椎间盘突出症 40 例	何青荣(130)
俞募配穴针灸治疗 CFS 的效果及对患者免疫水平的影响	李双秋(132)

小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射联合中药外敷治疗膝骨关节炎	张 卓(135)
椎针结合推拿治疗肝颈脾弱型痉挛性脑瘫 60 例	李赵荣(137)
针刀镜治疗早中期膝关节畸形的疗效评价	袁凤祥(140)
中药热敷包联合耳穴压豆对晚期肺癌患者疼痛评分、睡眠质量及生活质量的影响	饶菊芳(142)
前列腺增生术后的中医护理应用的研究	赵 越(144)
中西医结合护理干预对盆腔炎性疾病后遗症患者的观察	李付娟(146)
盆底中医护理在高龄产妇产后应用	张淑梅(148)
快速康复外科理念的妇科围手术期中医护理应用效果分析	范 雪(150)
刮痧疗法治疗肺系疾病研究近况	王丽娜(152)
中药标本馆数字化研究进展	袁林祥(154)
葶苈子及其复方对腹水治疗作用的研究进展	郭文亭(157)
母儿 ABO 血型不合的中西医结合治疗研究概况	肖文英(III)

第 7 期

基于网络教学平台的伤寒论混合式教学模式探索	刘国华(1)
中药炮制技术课程线上线下新型混合教学模式探析	蔡红蝶(3)
中医类高等学校专业教育与创新创业教育融合机制探析	张 剑(5)
传统文化对医学生人文素养的教育意义	肖建国(9)
中医脑病科专业型研究生培养模式探讨	张燕平(11)
移动网络云班课形式的 TBL-EBM 教学模式的构建——以高职高专医药经营类实训课程为例	张 平(13)
高校中药学专业师资队伍水平提升策略分析	李焱娟(17)
综合评价在影像学教学中的应用	刘连生(19)
病理生理学案例教学法结合角色扮演法的应用	李 娜(22)
自主学习+微课在伤寒论课程教学中的运用与评价	李赛美(24)
现代学徒制背景下温病学有效教学与实践研究	李鑫辉(28)
皮肤激光美容医学教学探讨	朱 珂(30)
以重点学科为依托培养本科科研创新能力的探索 ——以湖南中医药大学中西医结合专业为例	吴若霞(32)
以临床技能培养为导向的中医护理学教学改革探索	邹 颖(34)
高职高专临床医学专业社区卫生与保健课程设置满意度调查分析	王慧霞(36)
医学生创新创业实践活动影响因素分析	盛泽虎(38)
提高中医住院医师规范化培训质量的思考	李 潇(41)
从中医角度论述隔药饼灸与动脉粥样硬化的关系	刘 涛(43)
中医药茶对老年 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白指标的影响	文素利(46)
试论方、剂和方剂的英译	郭添枫(49)
六阴经“经气”性质的探讨	刘全书(54)
芩翘口服液治疗儿童疱疹性咽峡炎临床观察	潘凤琪(56)
中医综合康复疗法对桡骨远端骨折的预后影响	宋媛媛(58)

中风中经络5种分型CT与MRI的影像学特点研究	吴扬州(61)
基于肝主筋探讨慢传输型便秘的防治	鲍新坤(63)
《医林改错》的学术价值	马培锋(65)
崔公让治疗紧张性头痛临证经验	刘伟迪(67)
张振贤治疗慢性疲劳综合征临床思路	吴梓堇(69)
刘爱民运用疏肝法治疗皮肤病案举隅	赵帅东(72)
中和医派杨建宇运用麻黄附子细辛汤经验	陆锦锐(74)
赵敏运用酸枣仁汤治疗失眠临床经验	李丹(76)
何泽教授从肝论治甲亢之临床经验探析	韩雪梅(78)
胡小芳运用苏木红藤败酱汤联合穴位注射治疗慢性盆腔炎的经验总结	安迪(81)
高萍治疗慢性再生障碍性贫血的经验总结	王栋(83)
王付运用乌头汤经验探索	钱兆丰(86)
明雪涛的中药组方论述	陈希瑞(89)
电针“长强”穴对缺血缺氧脑损伤大鼠行为学的影响	黄倩茹(91)
少腹逐瘀汤对子宫内异位症模型大鼠异位内膜HIF-1 α 表达的影响	曹颖(94)
家蚕蛻提物对MIN6细胞增殖及凋亡的影响	赵淑飞(97)
响应面法优化竹叶黄酮的提取工艺	曹婧(99)
桃红四物汤治疗膝骨性关节炎关节术后肢体肿胀的临床观察	刘敏(102)
血糖康足浴治疗糖尿病周围神经病变的社区疗效评价	于雪飞(105)
不同中医证型肠梗阻CT的影像特点研究	单双(107)
优值率牵引配合中药熏蒸治疗颈源性高血压60例	徐弘洲(109)
滋阴祛浊汤治疗糖尿病酮症临床观察	王雷芳(111)
关节止痛散联合经络导平治疗膝骨性关节炎急性疼痛发作期78例	郭燕蓉(114)
便秘中医治疗的临床实践与思考	吴锋(116)
补中益气汤结合RPH治疗直肠黏膜内脱垂临床观察	赵希明(119)
康艾注射液联合TP方案对晚期卵巢癌免疫功能的影响	毛文娟(121)
中国穴位埋线疗法系列讲座(72)	
杨氏3A+疗法“眩五针”治疗颈性眩晕临床观察	方朝敏(124)
针灸特色模块教案在临床教学中的应用	王玉莹(127)
美式整脊与针刺联合治疗颈型颈椎病的临床观察	康道家(129)
针刺结合鼠神经生长因子治疗小儿面神经炎的临床观察	曲笛(131)
牵引配合中药塌渍治疗腰椎压缩性骨折的32例	宋聚才(134)
艾灸联合金黄膏治疗PICC所致机械性静脉炎的临床观察	汤玲(136)
针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病及对椎动脉血流状态的影响	朱小燕(138)
中药塌渍配合微波照射治疗四肢长骨干骨闭合性骨折早期肿胀的效果	周小兰(140)
中西医结合护理改善泌尿系结石患者急性疼痛的影响	张爱春(142)
中医穴位按摩结合心理干预对白内障患者的治疗依从性及满意度的影响	刘艳琦(144)
足三里按摩护理对泌尿外科术后患者生活质量的影响	赵越(146)
Roy适应模式护理对PBC患者情绪的影响观察	邱彩梅(148)

优质护理模式联合中医健康教育手册在外科门诊中的应用	于丽晗(151)
中医情志护理联合护理路径在CHD护理中的应用	左亚秋(153)
基于中国知网的《临证指南医案》研究概况分析	徐克一(155)
中医药治疗慢性阻塞性肺疾病气道黏液高分泌的研究进展	梅晓峰(158)

第8期

以症求因的中医神志病学案例式教学实践初探	赵永厚(1)
基于BOPPPS模型的康复医学概论微课教学设计——以康复治疗学为例	张淑慧(3)
中药炮制学PBL教学案例库的构建	夏荃(5)
学生分组讨论学习模式在药理学教学中的应用	陶小军(7)
中医师承教育的发展与当代创新	阮红芬(9)
培养怀疑精神 实现以学生为中心的教育理念	申琪(12)
数字化教学在中西医结合内科学教学中的应用	肖玉洁(14)
高等中医院校心肺复苏情景式实训的研究与实践	王威(16)
探究式学习法在伤寒论案例实践教学中的运用	李赛美(18)
慕课在药膳学中的应用与实践	梁伟(20)
微视频在刺灸法操作教学中的应用	何颖(22)
形成性评价在中国医学史教学中的应用	刘琼(26)
虚拟仿真实验系统在预防医学实验教学中的应用	吕慧慧(29)
中医皮肤科移动教学探索分析	闫英(31)
教学查房在临床带教中的应用	韩永梅(34)
提高中医康复学硕士研究生科研能力的探索	郭健(36)
神经康复学引入影像-技术分节教学的高效性	刘玉丽(38)
慕课背景下重点学科师资队伍建设的探讨	霍勤(40)
高职院校有关中药检验的实验教学改革	徐璐娜(42)
以App为载体的中医药文化传播模式分析	王露凝(44)
益气活血方药治疗血管性痴呆的Meta分析	易亚乔(47)
功能性便秘病因及体质学研究	陈熹(52)
自闭症儿童家庭实施亲职教育的需求和长效机制探究	王伦(55)
五禽戏在心脏康复中的应用	边汝涛(59)
中药临床合理用药的安全性及应对方法分析	于洪波(61)
从气络病变探讨特发性肺间质纤维化的治疗	王春榆(63)
《本草纲目》导读》评介	张震之(65)
冯志海治疗亚甲炎早期经验总结	李昕欣(69)
官洪涛治疗阿尔茨海默病经验总结	李芹(71)
王祥麒培土生金法之甘平、甘凉、甘温治疗肺癌经验	李佳(73)
王松龄治疗痰热扰神失眠的经验	赵景州(75)
张丽玲治疗哮喘经验探析	王飞(77)
胡小芳补肾活血方治疗卵巢储备功能低下经验	朱香颖(80)
阴阳形气俱不足 勿取针而调以甘药探微	纪越(82)
化肝煎治疗肝郁化火病证的运用	王星晨(84)
点按阿是穴致晕针样反应1例	马培锋(86)
远志和蜜远志对小鼠胃肠的急性毒性作用	王瑞(88)
肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝模型大鼠血清Leptin表达的影响	隋晓丹(90)
银翘散为主治疗风热证白疔临床观察	李牧(92)
血府逐瘀汤合六君子汤治疗冠心病心绞痛临床观察	吴长玉(94)
脉血康胶囊治疗冠心病心绞痛心血瘀阻型的临床研究	张丽丽(96)
理气消瘤方干预对乳腺癌术后5年复发率影响	张存华(99)
百令胶囊对Graves病患者临床分析	熊珍贵(101)
中药配合针灸治疗肩周炎临床观察	庄红(103)
药膳干预糖尿病前期气虚质60例	黄慧(105)
藿香正气口服液联合诺氟沙星治疗AGE分析	马艳(107)
中西医结合治疗慢性盆腔炎的临床观察	于文亮(109)
推拿结合功法锻炼治疗腰椎间盘突出症的临床观察	李守栋(111)
中频脉冲联合耳穴埋豆促进泌尿系结石排石临床研究	甘双敏(113)
雷火灸治疗血栓性外痔的临床观察	闫成秋(115)
超声引导下颈部夹脊穴PGLA埋植治疗神经根型颈椎病临床观察	孙文善(117)
中国穴位埋线疗法系列讲座(73)	
杨氏3+疗法“胖五针”穴位埋线治疗单纯性肥胖临床观察	金芝萍(120)
穴位贴敷联合离子导入治疗支气管炎的临床观察	巫大平(122)
针灸联合推拿治疗腰椎间盘突出症50例	杨洪滨(124)
龙氏正骨推拿治疗椎动脉型颈椎病的临床观察	袁建(126)
温针灸治疗膝骨性关节炎的临床观察	吴明娟(128)
辨证推拿治疗小儿暑热病66例的临床体会	王彦军(130)
家庭访视护理对老年高血压患者服药遵从行为、社会支持的影响	佟冬雪(132)
化痰行气法配合护理干预治疗反流性食管炎痰气郁结证的临床观察	徐润鸿(134)
中西医结合治疗泌尿系结石护理与体会	汪一童(136)
情志护理配合传统疗法对腰椎间盘突出症的临床观察	吴丽娟(138)
自制艾条支架行艾灸的临床观察	朱玉梅(140)
肠内泵营养联合中医早期护理预防脑卒中患者吸入性肺炎的作用	王丹(142)
中西医结合治疗与护理干预首发精神分裂症的疗效	丁欢(144)
茯苓导水汤联合护理治疗卵巢过度刺激综合征脾肾两虚证临床分析	罗萍(146)
情志护理联合协同护理在高血压患者中的应用	左亚秋(148)
穴位贴敷疗法联合耳穴埋豆治疗冠心病的综合护理分析	张晓宇(150)
基于脑-肠-菌轴阐述针刺与肠易激综合征的关系	刘涛(152)
钙质沉积与房颤发生机制的相关性研究	汤阳(155)

胃癌患者化疗前后的中医研究

朱萌萌(Ⅲ)

第9期

案例教学法与标准化病人结合教学模式临床研究 陈永华(1)
大健康理念在天然药物化学教学中的渗透与应用 杨长水(3)
循证医学教学法在中医内科临床教学中的应用研究 王燕(6)
结构化临床见习模式在儿科教学中的研究与实践 朱浩宇(8)
师生课堂互动的教学设计

——以灸法课为例 王亚南(10)
中医骨伤3D打印手法复位教学模型的质量控制 赵文韬(13)
基于案例式PBL的对分课堂

——中医妇科学教学改革的新模式 王景叶(16)
中医院校分子生物学检验技术教学改革探讨 宋军营(18)
临床医学专业中医学教学实践与探索

..... 翟佳丽(20)
中医耳鼻咽喉科学临床技能实验教学中批判性思维的培养 申琪(22)
儿童抽动障碍课堂教学设计 张桂菊(24)
医学院校医德教育实施途径的探讨

..... 肖玉洁(26)
PBL教学模式在中医骨伤科临床教学中的应用 周驰(28)
提高医学检验人才检验水平和创新能力的改革思路 肖建勇(30)
临床药理学立体化教学改革后教学医院药师压力源分析 王伟(32)
依托病理生理学教学平台增强护理专业学生循证护理意识 张立民(34)
如何激发学生学习中医理论的兴趣

——通过落枕医案初探留学生针灸学的全英教学 何颖(37)
医护合作培训对耳鼻喉科护士专业能力的影响 朱锦玲(40)
中医医院肿瘤科规范化培训小讲课设置的思考 施俊(42)
基于现代名老中医经验的感冒病因病机及证素规律研究 卞晴晴(45)
针刺治疗不孕症临床研究的Meta分析 刘涛(48)
基于调补肾气理论对益心气补肾精法改善认知功能作用机制的研究 马琳(52)
中西医结合康复治疗对慢性阻塞性肺炎预后的影响 关晓宁(54)
中药处方分析在中药调剂中的价值分析 于洪波(58)
心理干预、认知疗法联合辨证治疗更年期功血的临床研究 方琴(60)
开心片治疗ACS对ERK1/2MAPK信号通路的影响 张瑞(62)
从六经病欲解时浅议经前期综合征的中医治疗思路 曹东东(65)
《伤寒论》辨治心理障碍概述 吕梦奕(67)
膏灸灸探赜 张二伟(70)
功能性消化不良从肝论治 崔倩倩(72)
刍议黄海波“管病”经验 黄震洲(75)
赵振昌治疗肾性血尿的经验 杨瑞军(77)
苏云教授治疗脾胃阳虚型便秘经验总结 孙雅鹏(79)
孙晓娜辨证治疗幽门螺杆菌感染相关性胃炎经验 王春辉(81)
张磊疏利涤浊法治疗癌症验案二则 王晨星(83)
胡小芳运用补肾活血法治疗未破裂卵泡黄素化综合征的经验总结 王瑞(85)
李雪瑞辨治偏头痛临床经验总结 张美军(87)

王振涛运用瓜蒌薤白半夏汤疗胸痹心痛经验

杨令(89)
卢跃卿辨治IgA肾病经验 贾剑威(91)
凉血止血和滋补肝肾法治疗紫癜性肾炎 邱家琪(93)
刺血疗法治疗丹毒1例 马培峰(95)
柴胡加龙骨牡蛎汤及合方治疗更年期综合征心法 刘少颖(97)
肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝模型大鼠肝脏组织PPAR α 表达的影响 隋晓丹(99)
黄芩经不同方式处理黄芩苷保留量的差异 陈茜(101)
分时辨治消渴病82例临床分析 王刚(104)
中药炮制方法对其临床疗效影响的研究 刘德华(106)
中草药浸泡治疗CapeOX化疗相关性手足综合征的临床观察 毛文娟(108)
活血利湿汤治疗下肢动脉硬化闭塞症40例 张静云(110)
糖肾平汤配合针灸治疗早期糖尿病肾病41例 林竟鹏(112)
攻坚散联合乳腺治疗仪治疗乳腺增生症100例 杨春雷(115)
人工虫草制剂结合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗哮喘的临床观察 张福迪(117)
中西医结合治疗糖尿病周围神经病变临床观察 褚威(120)
电针康泉、率谷穴治疗脑卒中后运动性失语的临床研究 郑约保(122)
揸针治疗胞轮振跳35例临床观察 曹兴伟(124)
自发热包隔药灸对小儿慢性腹泻患者分泌型免疫球蛋白A及细胞免疫水平的影响 周小斌(126)
中国穴位埋线疗法系列讲座(74)
穴位埋线等中医药治疗荨麻疹的研究进展 马婷雪(129)
针灸联合舒血宁注射液治疗脑梗死的临床观察 李琳(132)
针灸治疗小儿面瘫的临床观察 庄红(134)
中药热敷灸结合针刺治疗面瘫临床观察 梁瑞丽(136)
“嘘”字诀对气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期镇痛效果的护理观察 李敏(138)
中药外敷联合红外线治疗麻痹性肠梗阻疗效及护理研究 陈艳(140)
中药热敷配合穴位按摩护理小儿泌尿外科排尿功能障碍的疗效 罗丽(142)
微信平台健康宣教在急性心肌梗死介入手术中的应用 佟冬雪(144)
中医护理经输尿管软镜下钬激光碎石术后疼痛的效果研究 钟婉露(146)
中医护理管理中特色护理质量评价的应用 肖莉芬(148)
冬病夏治穴位贴敷及护理干预慢阻肺的临床观察 张明利(150)
从中西医结合角度建立类风湿关节炎的细胞和动物模型 薛崇祥(152)
中西医结合治疗慢性硬膜下水肿的研究现状 梁袁赫(156)
尿酸性肾病的中医药治疗及研究进展 李坤皓(158)

第10期

中医学专业“线下-线上-门诊”经方师承模式的探索 董正平(1)
应用病案与疾病视频提升中医内科学教学质量的研究 李燕梅(3)
传统中医药理论与现代应用融合的中药学教学改革探索 邓雪(6)
预防医学专业妇幼保健学教学内容需求调查 牛丽薇(8)

角色互换结合微课在针灸学教学中的应用

张志星(10)
翻转课堂理念下中医临床基础专业实践课教学方法研究 张萌(13)
西医院校中医学本科专业针灸学系列课程教学改革 李胜(15)
应用型中药炮制人才培养模式实践教学探索 鞠成国(17)
以学生为中心教育理念背景下中医临床课程教学的思考 林法财(20)
提高中药炮制技术实验课堂的教学改革与体会 杨海玲(22)
开展中医药文化进小学校园活动的体会 以广西中医药大学医学会展中心活动为例 宁小清(24)
信息化教学设计在中医食疗药膳课程中的应用 以“夏季药膳饮料的制作”为例 王桐(27)
三明治教学法在小儿腹泻教学中的应用 曾妍(29)
OSCE模式在临床实习教学中的应用 李杨(31)
高校优秀教学团队建设浅析 石文英(33)
科研夏令营——医学本科生科研思维能力培养的新模式 岳育民(35)
基于医改背景中药学专业培养方案的研究 雷志丹(37)
疾病预防与控制管理现状评价及改革策略 连妍洁(41)
北京市民应用中医药养老的现状与建议 吉军(43)
中药饮片质量的影响因素及质量控制研究 丁双(46)
基于负压性肺水肿研究探讨 陈志祥(48)
急性脑血栓采用中医治疗的可行性以及临床效果 王蕾(52)
三七皂苷联合阿司匹林治疗脑梗死120例临床分析 陈丽(54)
患者入院前排便姿势及排便状况与疾病发病的关系探讨 王立柱(56)
经方辨治特发性水肿临床体会 窦荣浩(59)
是动则病的探讨 刘全书(61)
马继伟运用麻黄连翘赤小豆汤治疗尿毒症皮肤瘙痒临床心得 董磊鹏(63)
黄海波诊治宫病经验采菁 黄震洲(65)
赵国荣治疗小儿重度脂肪肝脂肪变性医案一则 唐菲(67)
庞玉琴论治崩漏的经验 张文(69)
李合国治疗慢性萎缩性胃炎经验 史省伟(71)
黄宁对引火归元的理解及临床应用 林元理(73)
邵梦扬治疗肝癌经验拾萃 吕默哈(75)
胡玉荃治疗子宫腺肌病验案2则 王庆阁(77)
胡晓华治疗痰湿型多囊卵巢综合征不孕症的经验总结 王廷丽(79)
大肠癌的病因病机分析及预防养生思路 孔展(82)
中西医结合治疗Vogt-小柳原田综合征2例及病案分析 安瑞丽(84)
中药材微生命活动的预防 黄新兰(87)
浅谈中医治疗心理应激性心肌缺血 张晓青(89)
ATP及P2X7受体在三伏灸治疗支气管哮喘的作用机制研究 陈铭(91)
伤科紫草油微生物限度检查方法的验证 赵毛香(94)
氯化两面针碱肠吸收研究 赵森(96)
复方青黛散治疗膝骨关节炎的临床观察 方月龙(98)

消痰止痛散联合肋骨固定带治疗闭合性肋骨骨折的临床观察	姜世龙(100)
中药薰洗在膝骨痹风寒湿型患者中的疗效评价	梁小娴(102)
喘可治注射液调配中药穴位贴敷治疗肺胀病的临床观察	涂长英(104)
西黄胶囊外用治疗蜂蜇伤 52 例临床观察	赵慧忠(106)
螺旋 CT 多平面重建技术在肠梗阻中医证候分型中的应用	吴扬州(108)
丹红注射液联合巴曲酶对短暂性脑缺血发作患者的临床分析	郭 升(110)
暖肝煎联合化疗治疗直肠癌术后患者的临床观察	陈金红(112)
基于红外热像技术探讨六字诀对人体督脉的影响	潘晓华(115)
穴位按摩配合拉玛泽呼吸法对产妇产前分娩的影响	甘小利(117)
超声引导下精确定位针刺深度电针膈腧穴治疗顽固性呃逆	刘 映(120)
中国穴位埋线疗法系列讲座(75)	
杨氏 3+埋线针刀特色疗法整体观念治疗方式初探	王双平(123)
针刺推拿联合治疗肩周炎临床观察	张 瑀(126)
针刺攒竹及天鼎穴为主治疗顽固性呃逆 30 例	李伟洪(128)
针刀配合康复训练对顽固性网球肘的临床观察	胡振国(130)
小儿泌尿外科 FTS 护理联合情志护理的应用	罗 丽(133)
康复护理干预对电针治疗周围性面瘫的影响观察	史伟娜(136)
中医护理对咳嗽变异性哮喘患者生活质量的影响	赫 妍(139)
中医护理质量指标管理效果研究	张 芹(141)
冠心病 PCI 术后胸痛中西医结合辨证护理的研究	宋春晓(143)
中医调控炎症因子治疗代谢综合征的研究进展	刘丞豪(145)
神秘果化学成分和生物活性研究进展	陈 琪(149)
中药离子导入治疗盆腔炎症性疾病后遗症临床应用进展	周佳佳(153)
中医药调节胰岛 β 细胞自噬的研究进展	林 育(156)
帕金森病轻度认知功能障碍的中西医研究进展	丁 鑫(158)

第 11 期

提高视障生方剂学教学质量的探讨	林海燕(1)
高职高专刺灸法实训教学教改实践	王艳杰(3)
经典方剂临床应用研究与解析在方剂学实践教学中的应用	乔 铁(5)
经络腧穴学探究式教学法结合传统文化的应用	许安萍(7)
实验针灸学研究性实验教学模式初探	张志星(9)
慕课理念及 PBL 教学法在中医儿科学教学中的应用	王明明(11)
PBL 教学法在中医院校泌尿外科临床实习中的应用	黄 坚(14)
实验针灸学双语教学初探	黄 娟(16)
LBL 联合情景教学法在神经内科学教学中的探索	薛 红(18)
SBAR 标准沟通模式在儿科护生带教中的应用研究	哈海霞(20)
儿童风湿免疫专科护理工作手册在临床培训中的应用效果评价	王君君(22)

病理科研兴趣小组——低年级医学本科生新学习模式探索	刘沐琳(24)
药学服务新模式下的处方点评	谢扬帆(26)
我国护理专业中高职衔接一体化课程设置存在问题及对策	王红艳(28)
中医经典课程在全科医学定向培养中的重要作用	周 雯(30)
药理学本科生物学教学综合改革方案的探讨	陈彩云(32)
践行融入“临川文化+工匠精神”的医院管理模式	章猛高(34)
心内科研究生临床教学查房方法探讨	麻京豫(36)
某院 2017 年中药饮片处方点评分析	罗红成(39)
中医妇科学实习生中医思维能力的培养	赵 帅(41)
清热解毒法对颈动脉粥样硬化患者 Hs-CRP、LDL-C 的影响	何 武(43)
疏肝健脾法论治反流性食管炎经验浅析	隋晓丹(45)
补气活血通络方治疗缺血性中风的临床观察	王美姣(47)
钼靶 X 线在乳腺增生病辨证分型中的价值	房丹凤(50)
基于病案数据挖掘的中医临床理论重建初探	马思佳(52)
X 线及 MRI 肩周炎患者影像特征与辨证分型的关系	单 双(55)
浅析三和解法治疗恶性肿瘤	卢亚品(57)
《傅青主女科》肾中水火旺盛月经先期的理论探讨	樊聪俐(60)
黄海波教授诊治卵病经验采菁	黄震洲(62)
丁象宸从《内经》理论应用苦参治疗不寐经验初探	马永剑(64)
赵玉庸教授治疗慢性肾脏病经验	赵 政(66)
马纯政教授中医治疗脑瘤的经验	刘亚南(68)
傅金英教授治疗产后身痛的经验总结	王小莎(70)
张怀亮教授从风论治眩晕的经验总结	胡柯洋(72)
邱英明主任医师标本兼治治疗糖尿病的中医辨证思路	林霓鹏(74)
医源于巫：以秦医缓和、扁鹊为中心的考察	程 佩(76)
柴胡加龙骨牡蛎汤临床应用举隅	郭佳莹(78)
从《孙子兵法·虚实篇》看中医虚实病证	王 彬(80)
中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘经验探讨	邓泽坤(83)
通过总挥发油和细辛脂素含量比较野生辽细辛与栽培辽细辛的质量	陆 杨(85)
青皮枳实枳壳香橼鉴别	张付轩(87)
酸枣仁复方胶囊总皂苷提取工艺优化的研究	罗其昌(89)
济川煎联合艾灸治疗脾肾阳虚型老年功能性便秘的临床观察	李金龙(92)
润燥止痒胶囊联合 NB-UVB 照射治疗成人特应性皮炎的临床观察	王海亮(94)
丹参注射液联合脂必泰对 NAFLD 血流变影响	王亚磊(96)
中医治疗难治性肾病综合征临床观察	张胜利(98)
清金化痰汤治疗老年社区获得性肺炎 32 例	韩秋盈(100)
补阳还五汤结合穴位贴敷治疗中风后偏瘫 30 例	苏锦华(102)
皮肤针叩刺联合痰热清注射液治疗隐翅虫皮炎 30 例	刘 萍(104)

奇正消痛贴膏治疗急性踝关节扭伤的临床观察	屈明磊(106)
得宝松穴位注射治疗变应性鼻炎的临床分析	李 奇(108)
宣窍健脾配方颗粒治疗小儿风热壅窍型耳胀临床观察	邵丽郡(110)
宁甲片联合糖皮质激素治疗亚甲炎临床分析	张耀庭(113)
针灸推拿联合西药治疗抑郁症的临床观察	雷 洋(115)
中国穴位埋线疗法系列讲座(76)	
中西医结合治疗高血压的研究进展	高敬辉(117)
头针结合悬吊训练治疗中风后偏瘫的临床观察	徐 磊(121)
耳穴埋籽联合雾化缓解低温等离子扁桃术后疼痛的效果	杨礼丽(123)
针刺运动疗法对痉挛型脑瘫患儿建立立位平衡的临床观察	罗 琼(125)
耳穴压豆治疗高血压 30 例	刘 燕(127)
子午流注法耳穴贴压在泌尿系结石疼痛中的临床应用	王丽萍(129)
环境的湿度调控对痰湿阻滞型膝关节骨性关节炎疼痛护理的影响	刘 萍(131)
中医护理对乳腺癌患者癌因性疲乏的干预效果	田 莉(133)
痔瘘熏洗剂联合光子治疗仪对低位肛周脓肿术后临床观察及护理	李 丹(135)
经皮肾镜取石术后应用中医护理的康复效果研究	钟婉露(137)
肝癌介入手术后中医护理的影响研究	王晓燕(139)
肠黏膜机械屏障与肠易激综合征的关系	刘 霞(141)
近视性弱视研究概况	邓秀芳(144)
人布氏杆菌病的治疗研究进展	王栋才(147)
中医对痛风认识的进展	范黎明(149)
心脏神经症中医证候分布规律的研究	程 伟(152)
阳和汤治疗恶性肿瘤的临床应用与实验研究进展	姚嘉良(156)
中医治疗肥胖 2 型糖尿病的研究进展	郭萌萌(158)

第 12 期

“一带一路”视域下泰州中医药文化对外传播研究	孙羽灵(1)
头脑风暴讨论式教学法在中医基础理论课程中的运用	崔家鹏(5)
中药炮制学实验教学改革思路和方法探索	刘 立(7)
辅助教学手段在药用植物学教学中的应用	林 莺(10)
基于体裁分析的中医药高校学术英语写作教学模式研究	叶 青(12)
标准化病人在中医内科学教学中的应用	李济同(16)
改良 Sandwich 教学法在方剂学教学中的应用	曹秋实(18)
中医诊断学情景模拟教学法的应用	杨 珂(20)
中医院校诊断学 PBL 教学模式的探讨	郑 星(22)
腧穴学教学方法探讨	李 季(24)
PBL 联合探究式教学模式在心电图教学中的效果评估	何小莲(26)
医院门诊药房实习生带教体会	申伟培(28)
中医院校附属医院中医师承教育模式探索与思考	利锦忠(31)
传承发展中医药事业 中医护生培养问题探析	费景兰(33)

中医英语课程必要性及课程设置的问卷调查分析	袁东超(35)
医学课程整合与课程组建设的思考	吴丹(37)
宫毅治痔临证经验与诊治指南相结合的规范化培训研究	周愉(39)
医教协同背景下中医专业学位独立设置的特点	马靖(42)
“一带一路”战略下中药制药专业实践教学模式的构建	王秀丽(44)
多种教学法综合运用推动中医院校生理学教学改革	刘海梅(46)
新形势下医学本科生如何有效地临床实习	李潇(48)
新时期中医学教师教学能力提升的前导动力	吕凌(50)
药学专业生理学课程教学与考核的探究	王媛(52)
皖南地区居民中医养生保健知识获取途径的调查分析	汪洋(55)
六味解毒饮治疗儿童风热感冒 165 例临床观察	胡香玉(57)
中西医结合疗法对支原体肺炎患儿免疫功能的影响	陈丽丽(59)
基于 CN-DRGs 酒精性肝炎 DRGs 的中成药应用	任真(61)
前胡止咳散改善 CVA 患者血清嗜酸粒细胞、呼出气一氧化氮的临床观察	马培慧(64)
妇科病调肝治疗的相关研究	许瑾(66)
中医五行和五脏的演进过程及相互关系的探析	王艺霖(68)
李兰同病异治法治疗绝经综合征经验	张宇(71)
黄海波从湿热瘀滞治输卵管阻塞性不孕经验采菁	黄震洲(73)
张秀华运用大柴胡汤治疗小儿发热验案举隅	宾亚飞(75)
彭静山的针灸独特疗法	奥晓静(77)
冯志海从肝论治汗证思想浅析	陈旭(79)
刘向哲治疗抗 NMDA 受体脑炎的临床经验	刘伟丽(81)
王晓燕运用和法治疗外感发热验案	何洁鑫(84)
辨证认识癌痛患者阿片类药物相关性便秘的中医病机	马永剑(86)
小柴胡汤在肝郁脾虚型乳腺癌中的应用	李艳华(88)
中医分期论治崩漏漏议	郭利仙(90)
乌梅丸治疗厥阴头痛体会	李相儒(92)
电针运动区对 MCAO 大鼠大脑皮质及血清内 NGF 和 VEGF 表达的影响	马英(94)
清热解毒法体外抑菌作用的实验研究	邹文(97)
葛根素磷脂复合物干混悬剂的制备及质量控制	王颖(99)
比伐芦定对 ApoE 基因敲除小鼠动脉粥样硬化的影响	孔令东(103)
中药熏洗加红宝膏外用治疗膝骨性关节炎的临床研究	杨瑞璐(106)
股四头肌功能训练治疗膝关节骨性关节炎的临床观察	连晓文(108)
清脂汤对 2 型糖尿病合并高脂血症的影响	李业伟(110)
金乌骨通胶囊对膝骨关节炎患者疗效及血清 IL-1、IL-6、TNF- α 影响	陶阳(112)
中药熏洗坐浴改善肛肠术后创面水肿疼痛的临床观察	李金龙(114)
甘草泻心汤合清胃散治疗疱疹性龈口炎湿热蕴毒证临床观察	杨东新(116)
小陷胸汤治疗痰热壅肺证社区获得性肺炎临床观察	王凯丽(118)
定坤丹治疗排卵障碍性不孕症的临床观察	黄日亮(120)

MRI 动态增强扫描在乳腺癌辨证分型中的应用	房丹凤(122)
炙甘草汤联合复方丹参滴丸治疗冠心病室性早搏的临床观察	郑海霞(124)
抗悻 1 号联合辅酶 Q10 治疗小儿病毒性心肌炎的效果	梁巍(126)
中西医结合辨治系统性红斑狼疮临床分析	王雷芳(128)
中国穴位埋线疗法系列讲座(77)	
杨氏 3+ 疗法“推五针”埋线针刀治疗后循环缺血性眩晕临床观察	周勇(130)
推拿配合悬吊训练治疗第三腰椎横突综合征的临床研究	聂怀利(133)
穴位敷贴配合灸法治疗糖尿病足的临床观察	杨岚清(135)
长蛇灸治疗脾肾阳虚型更年期综合征临床观察	余希婧(138)
肺炎喘嗽中医特色护理方案应用研究	杨洋(140)
中医慢病护理管理在高血压患者中的应用	林丽莎(142)
针灸联合情志护理对幽闭恐惧症核磁共振检查的依从性研究	丁欢(144)
中药热奄包外敷护理 ICU 机械通气患者腹胀的研究	胡彩珍(146)
中医湿敷法护理新生儿红臀的研究	黄玲(148)
易筋经对类风湿性关节炎患者患肢功能影响的研究进展	杨巧菊(150)
溶栓通脉胶囊治疗原发性高血压患者颈动脉硬化化的研究进展	谷雪军(153)
中西医结合治疗异位妊娠作用机理的研究进展	孙冬莉(155)
中医药联合放化疗治疗食管癌临床研究进展	陈佳星(158)

第 13 期

有效反馈法在中医内科临床见习中的应用研究	张然(1)
中医学专业方剂学实践教学体系的建构	林海燕(3)
田建辉主任医师提高中医临床专业研究生素质之初探	董昌盛(6)
浅谈针灸医案学教学目的	朱世超(10)
基于中医术语规范化的中医英语教学探讨	崔家鹏(12)
开放式实验教学模式在中医药院校病理学中的应用	尹淦阳(14)
基于艾宾浩斯记忆曲线的方剂学教学改革	朱亮(16)
分专业开展讲座式教学在西医院校中医学教学中的应用	吴小慧(20)
浅谈如何避免伤寒论教学与前期课程简单重复	郭旭峰(22)
对分课堂教学模式对高等教育的影响	郝海霞(24)
中医学在西医院校中教学的几点思考	周兴洲(26)
三阴病案例分析教学模式在临床肠梗阻教学中的应用	周坚(28)
医学高职高专生物化学微课程联合 PBL 教学的应用	杨睿(30)
三阴治教学法在脑卒中教学中的应用	陈吉珊(33)
形成性评价在中医体质学教学中的实践探讨	王济(35)
中医英语课程学生学习行为的问卷调查分析	袁东超(38)
Journal Club 在临床医学八年制科研素养培养中的作用	徐海伟(40)
莱斯特评估包在中医全科医师社区培训中的应用	范新六(42)
高职院校中药学专业药物化学课程教学改革探索	张迪(45)

中医儿科学青年教师教学能力培养的实践探索	刘卓勋(47)
基于功效应用为核心的中医专业中药饮片实训的探索与实践	谢治深(50)
构建中医内科肿瘤方向专业学位硕士研究生培养新体系	张娟(52)
小儿积滞中成药数据挖掘及许尤佳教授“儿为虚寒”理论分析	欧阳桐茵(54)
当归四逆汤联合硝苯地平片治疗雷诺病的 Meta 分析	黄萍萍(57)
参芪地黄汤治疗气阴两虚型糖尿病肾病临床观察	郭逢源(60)
中医治未病在社区公共卫生服务中医药健康管理服务中的应用	刘玫(62)
丹红注射液对于高血压的脂代谢调控作用研究	谭明琴(64)
中医“和”法治疗肿瘤的重要性	任路平(67)
小柴胡汤及加減方剂治疗偏头痛探析	曹江鹏(69)
中医治疗肾性骨病临证体会	王晓蒙(71)
王晓燕治疗小儿抽动障碍验案荟萃	何洁鑫(74)
蔡长福经方诊治肺癌学术经验	白玉忠(77)
王檀治疗感冒经验总结	刘继民(79)
孙晓娜用半夏泻心汤治疗溃疡性结肠炎的经验	王宁(82)
丁樱教授中药联合激素治疗小儿免疫性血小板减少症经验采撷	代彦林(84)
柴胡桂枝汤妇科临床应用举隅	吴芸芳(86)
肩痛的手法治疗经验	李长文(89)
乳酸菌发酵条件下葛根抗氧化能力研究	刘晓莹(92)
针刺大陵穴对大鼠踝部软组织损伤血液流变的影响	涂国卿(95)
高效液相色谱法测定头痛宁胶囊中天麻素的含量	苑博(97)
参芪平喘颗粒治疗慢性肺源性心脏病的临床研究	孙琮(100)
独活寄生汤配合温阳药物治疗肾阳亏虚型腰椎间盘突出症的临床研究	谢宏哲(103)
木香顺气散治疗肝气郁滞型咽异感症临床观察	黄伟慧(105)
中药坐浴治疗外阴鳞状上皮增生的临床观察	赵春梅(107)
龙氏治脊疗法治疗颈源性高血压病 21 例	谢宏纲(110)
生大黄粉穴位贴敷预防骨科卧床患者便秘的临床观察	李芹(112)
活血补气祛湿汤治疗盆腔炎合并盆腔积液的临床观察	黄日亮(114)
苦参注射液联合扶正抗癌类中药治疗晚期肺癌的临床观察	方丽丽(116)
小柴胡汤治疗胆汁反流性胃炎的临床观察	宋鹏阳(118)
中西医结合治疗慢性肾脏病 3~4 期临床观察	陈辉(120)
角膜缘干细胞移植联合中药治疗翼状胬肉的临床观察	李淑琴(122)
中西医结合治疗高脂血症急性胰腺炎临床观察	杨亮(124)
中国穴位埋线疗法系列讲座(78)	
杨氏 3+ 疗法“胃五针”穴位埋线治疗功能性消化不良临床观察	赵晶(126)
梅花针、拔罐、新癪片药粉外敷联合治疗带状疱疹的临床观察	陈智华(128)
雷火灸治疗膝骨关节炎的研究发展	刘依(130)
针灸在治疗妇科疾病中的临床应用	金力(133)
针刺联合穴位贴敷治疗阿尔茨海默病的临床观察	朱海芳(135)

盆底肌训练联合中药熨烫干预中风排便障碍患 者的护理观察	孙巍巍(138)
耳穴压豆在肝癌 TACE 护理中的应用	王芳(140)
中医护理干预对心肌梗死患者便秘及焦虑的影 响研究	李晓琳(142)
中西医护理法在小儿病毒性心肌炎护理中的应 用分析	刘冰(144)
中医护理干预应用于新生儿黄疸的效果分析	黄玲(146)
近10年中医血瘀体质研究进展	王飞(148)
中医外治法治疗慢性前列腺炎的研究进展	陈晓文(151)
扶正类中药抗肿瘤作用的机制及研究进展	屈帅勇(155)
无烟艾灸的研究进展	安东阳(158)

第14期

循证医学模式在中医内科临床教学中的应用	聂双丽(1)
中医基础理论教学开展形成性评价的心得	张志敏(3)
基于PBL的翻转课堂模式在高专病理学教学中 的应用	周瑶(5)
PBL联合CBL教学法在中医泌尿男科实习带教 中的应用研究	潘振亮(8)
基于THEOL平台病理学混合式教学在中医学专 业中的应用	姚琦(10)
应用型本科高校制药工程原理与设备课程改革 的研究与实践	杨俊杰(12)
中医院校规范化培训制度下中医妇科实践教学 思路探讨	储继军(14)
高职临床专业中医学课程的信息化教学手段的 探索	侯辰阳(16)
糖尿病眼底病变筛查并中医治疗临床教学体会	张跃红(18)
多发性硬化病的中西医结合临床教学探讨	于顾然(20)
军医院校针灸人才培养实践与探讨	曾贵刚(22)
CBL在内科学教学中的应用探讨	蒋文婷(24)
翻转课堂与PBL教学融合模式在中药炮制教学 中的应用	赵启苗(26)
中医基础理论课程问卷调查分析	崔家鹏(28)
发挥传帮带的优良传统 促进青年教师快速成长	王小荣(30)
计算机问诊技能训练与考核系统的研究现状与 展望	胡亮亮(32)
以专业能力培养为导向对中药专业药学教学 的思考	张志芳(35)
PBL教学模式对中医学基础课程的适应性影响	张冰冰(37)
高职院校中药专业人才培养模式探析	陈群(39)
以学生为中心的中医基础理论教学改革探索	梁媛(41)
临床学习环境对护理本科生实习满意度的影响 研究	林晓霞(43)
中医规培医师在超声科轮转中常见问题的分析 与建议	潘竞霞(45)
中药配方颗粒剂处方自动化调剂时间的分析	胡翠云(48)
补益肝肾法治原发性骨质疏松症的临床研究	王佳辰(50)
转化医学在中医治疗盆腔炎性疾病研究中的应 用	林亚平(52)
熬夜对大学生耳穴阳性反应点影响的研究	王梅杰(54)
朱砂合理应用及临床安全性的分析	潘永(56)

中医辨证治疗胃食管反流病的临床观察	姜入铭(58)
医学生临床实习前焦虑状态调查	王妮妮(60)
虚实夹杂临证小议	李威(63)
《内经》闭经证治初探	刘蓉(65)
王育勤教授从痹论治周围性面瘫经验总结	王建超(68)
杨质秀教授治疗感冒后咳嗽经验	张君成(70)
孙晓娜教授中西医结合辨证治疗功能性消化不 良	栗宁(72)
王檀教授治疗感冒后咳嗽经验总结	刘继民(74)
女性情志失调所致疾病探析	何改丽(77)
两次单纯型流感后咳嗽验体会	宋连会(79)
从脾论治眼肌型重症肌无力探析	苏锦华(81)
民间老中医蔡长福诊治“谷疸病”与“胰腺病”的 临床经验	何乃举(83)
天龙组方对肾虚证 COPD 大鼠肺功能及炎症因 子的作用	周海祥(87)
茛菪药材中茛菪酰胺高效液相色谱研究	贾贵清(90)
侧脑室注射 EGB 761 对 MCAO 大鼠神经细胞凋 亡的影响	孙灵芝(93)
桂枝人参汤合肾气丸治疗慢性心力衰竭阳虚血 瘀水停证 40 例	王可文(97)
木丹颗粒治疗糖尿病并自主神经病变的临床疗 效及机制探讨	叶翔(100)
双苓退膜方治疗肝硬化腹水的临床观察	吴秀霞(104)
加味滋水清肝饮治疗绝经后失眠的临床观察	韩霞(107)
中药封包疗法联合针灸治疗混合型颈椎病的临 床观察	黎雯(110)
中药保留灌肠治疗盆腔炎性疾病后遗症的临床 研究	刘金凤(112)
四君子汤合止咳散治疗脾肺气虚型感冒后咳嗽 的临床观察	任瑞璐(114)
生化汤促进剖宫产术后子宫复旧的临床观察	余竹平(116)
黄芪汤治疗冠心病合并左心功能不全 40 例	张雯雯(118)
清热祛湿散结合玻璃酸钠治疗湿热内蕴型膝关 节滑膜炎 60 例	谢寒(120)
健脾祛湿解毒法联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎 黏膜愈合的影响	朱叶珊(122)
乳消 3 号合他莫昔芬治疗乳腺增生伴子宫肌 瘤的临床观察	刘琛(124)
小建中配方颗粒联合曲美布汀片治疗腹泻型肠 易激综合征	葛秉宜(127)
中西医结合治疗指间关节侧副韧带闭合性撕脱 伤的效果	田会军(130)
中国穴位埋线疗法系列讲座(79)	
杨氏 3+疗法“经五针”穴位埋线治疗原发性 痛经临床观察	高敬辉(132)
消肿贴冷敷治疗踝关节骨折 L-H 分型围术期肿 胀 20 例	卢小丽(134)
灸疗研究进展及新型灸疗法	吴金宗(136)
腕踝针配合中药塌渍治疗神经根型颈椎病的临 床观察	苗金丽(139)
针灸在治疗类风湿关节炎中的临床应用	金力(141)
营养支持在急危重症中的应用	于婉君(143)
优质护理管理在消化性溃疡患者治疗期间的应 用	罗萍(145)
中药熏洗治疗新生儿脓疱疮的临床护理	汤蕊霞(147)
产后抑郁证中医情志护理的临床观察	高丹(149)

下肢丹毒实施中医临床护理路径的临床观察	周芝(151)
中医护理心力衰竭的临床研究	宋薇(153)
中药特色技术的起承转合	陈宏伟(155)
葡萄膜炎近 10 年病因及治疗的研究进展	李梦霞(158)

第15期

四段式教学模式在针灸学教学中的探索	陈易(1)
针灸治疗学教学中自主学习与传统教学的实践 比较	张雯(3)
大专院校中药化学课程理论教学体会	孙媛(6)
多种教学方法在生理学教学中的整合应用	朱璨(9)
中医诊断学双语教学困境及教学模式探索	李修阳(11)
中医院校外科无菌术的教学体会	赵润璞(14)
天然药物化学的教学实践与体会	赵焕新(16)
微课在高职药物分析信息化教学中的应用	张海红(18)
多元融合实践教学模式在中医美容学教学中的 应用	李佳凝(21)
思维导图构建在药剂学实验教学中的应用研究	李瑞娟(23)
药用植物学课程中微课模式的设计与探索	高长久(26)
心内科研究生师承教育方法的思考	张晶晶(28)
“科研反哺教学”在中医体质学课堂教学中应 用	李英帅(30)
课程整合在医学图像处理教学中的探索	肖寒(32)
PBL 教学法在儿科学教学中的探讨	李冰(34)
“互联网+”背景下中医药与细胞生物学翻转课 堂模式探索	孙铮(37)
中医养生学科建设模式的思考	许瑾(39)
PBL 教学模式在康复临床教学实践中的应用及 评价方式研究	梁永瑛(41)
河南中医药健康养生小镇建设中的文化内涵提 升	张慧(44)
——以豫西百草园为例	
慕课在中医院校研究生思政课程教学中的应 用	赵琛(48)
银花感冒合剂治疗儿童急性上呼吸道感染 150 例临床研究	胡香玉(51)
2014 年 10 月—2017 年 9 月我院门诊中药配 方颗粒的使用情况分析	熊立(53)
八段锦研究态势的文献计量学研究	郁静(56)
活血止痛汤治疗妇科痛经急症临床分析	张艳丽(59)
中药师干预对中药临床合理应用的影响	潘永(61)
浅谈“飞经走气”之青龙摆尾	罗明(63)
桂枝汤加重镇安神药组方治疗人工荨麻疹浅析	莫兴群(65)
孙中林主任医师运用体外培育牛黄经验	闫旭(68)
李真教授用半夏泻心汤治疗痤疮的临床经验	宁少华(71)
孟泳教授治疗慢性咳嗽经验拾萃	贺启萌(73)
张建伟教授从脾肾论治蛋白尿的经验	宋卫丽(75)
老中医蔡长福小青龙汤治疗咳嗽病学术经验	白玉忠(77)
浅谈恶性肿瘤病因病机之正虚癌毒	屈帅勇(79)

化痰滋阴中药治疗复发性霉菌性阴道炎	王 静(81)
血尿方联合来氟米特治疗紫癜性肾炎血尿经验浅析	邢楠楠(83)
内外结合治疗复发性流产的理论探讨及临床治验	沈 华(86)
车前五苓散治疗恶性肿瘤水液代谢异常疾病	刘芳芳(88)
中西医结合治疗慢性肺炎临床研究并医案1则	李东方(90)
大陵穴对大鼠踝部损伤成纤维细胞修复的影响	涂国卿(92)
粉葛中淀粉含量与葛根素含量的相关性研究	赵婧文(95)
肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝大鼠肝组织TNF- α 表达的影响	隋晓丹(97)
痛风颗粒提取工艺研究	李庆杰(99)
通气散外敷治疗膝骨关节炎40例临床观察	孟 君(102)
血府逐瘀汤治疗稳定型心绞痛的临床疗效评价及安全性分析	安 娜(104)
麝香保心丸在高通气综合征中的临床应用	李军军(106)
五行散佐治痛风性关节炎90例临床研究	查迪旭(109)
复方丹参注射液治疗慢性肺心病36例	王子燕(112)
艾灸对稳定型心绞痛患者血管内皮细胞功能的影响	胡欣妍(114)
骨宁煎联合中药外敷治疗胫骨骨折术后患者的临床观察	张 琼(116)
中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死临床分析	王志相(118)
中西医结合治疗胫骨骨折的临床观察	田会军(120)
益气养阴消痰通络方结合胰岛素治疗糖尿病视网膜病变临床观察	褚 威(122)
中国穴位埋线疗法系列讲座(80)	
三点一线式蝶腭神经节埋线治疗变应性鼻炎	杨永兵(124)
推拿治疗小儿过敏性鼻炎临床研究进展	张 驰(126)
火针联合推拿治疗肱骨外上髁炎的临床观察	李 玮(129)
针灸治疗颈椎病的临床观察	金 力(131)
眼针联合醒脑开窍针刺治疗急性脑梗死探讨	赵厚勇(133)
穴位按摩配合拔罐对产后乳房胀痛的改善之研究	高 丹(135)
肿瘤化疗后中医护理对胃肠道反应的改善之研究	田 莉(137)
中医护理管理运用护理质量评价的意义分析	王海燕(139)
心肌梗死患者应用中医护理的价值研究	王 岩(141)
穴位治疗晕动病的现状综述	包 宇(143)
辨证施治血管性痴呆研究进展与思考	周流畅(146)
中医药治疗骨质疏松症的研究进展	王佳辰(149)
中医药治疗慢性前列腺炎研究进展	陈晓文(151)
糖尿病前期的治疗研究进展	王文娜(156)
中医适宜技术对糖尿病周围神经病变的作用效果研究进展	汤 娜(158)

第16期

中医硕士研究生细胞培养教学的探索与思考	柴艺汇(1)
“寻根、拓展、例证”三法在“中医学基础”教学中培育学生文化自信初探	杨 扬(3)
PBL结合人文教学在生药学课程中的应用与效果分析	牟玲丽(5)

PBL在针灸临床带教中的应用	张婉瑜(8)
PBL教学结合多样化考核在中草药理学选修课教学中的应用	吴 娇(10)
医学院传染病教学中的人文教育	江明洁(13)
华佗是怎么死的? ——谈医古文教学中的文本细读	赵东丽(16)
临床病理讨论法在病理学实验教学中的实践与探索	张秋菊(18)
中国医学史课程实践体验式教学法训练项目的设计	梁润英(20)
中医学优势浅谈	吉 罕(22)
湿疹的床边一体化教学设计	肖红丽(25)
护理教学中床边护理的应用价值分析	郝雪然(28)
西医院校基于实用中医教学的思考和体会	叶 敏(30)
中医妇科临床中的SOAP教学方法分析	崔明华(32)
校企合作模式下高职类中药专业问病荐药技能培养	花 慧(34)
思政教育融入中医专业教育的实践与研究 ——以针灸学为例	张允芝(36)
药剂专业本科毕业论文设计	祝侠丽(38)
提升高等院校教育科研管理水平的思考	史冰洁(40)
护理青年教师顶岗实践工作积极性问题分析及建议	黄伟坚(42)
护患沟通技巧对门诊注射室工作满意度的影响	刘艳红(45)
补肾接骨汤对四肢骨折后疼痛肿胀症状及骨折愈合的影响	全文学(47)
高危儿筛查法在儿童保健门诊的应用	黄才英(49)
《伤寒论》关节疼痛的护理	鹿 灿(51)
从“勿令九窍闭塞”探讨张仲景通腑思想的应用	盛国法(53)
王国方主任运用四逆散治疗乳癌的经验	马继恒(55)
方玉甫教授潜阳封髓丹治疗痤疮经验	马洋洋(57)
陈树泉柴胡桂枝姜汤治疗下肢水肿经验	王丽霞(59)
傅金英教授中医治疗宫内组织残留经验介绍	郭 森(62)
气机通降在辨治心力衰竭中的意义	付 达(64)
合用经方治疗眩晕症举隅	张 霞(67)
石膏和方解石的鉴定	卢红委(69)
爱罗咳嗽宁对COPD大鼠细胞因子(IL-4、IL-12、INF- γ)的影响	王 祎(72)
天麻超微粉胶囊的制备工艺研究	王诗鹭(75)
HPLC法同时测定胃康灵胶囊中芍药苷和甘草次酸含量	龙玉琼(78)
高效液相色谱法测定头痛宁胶囊中天麻素含量的不确定度评定	苑 博(80)
温心阳养肝血治疗冠心病并失眠症的临床观察	陈勤善(83)
补肾通痹法治疗原发性骨质疏松症的临床观察	杨 月(86)
平心定悸汤治疗气阴两虚证快速性心律失常的临床研究	杨廷勇(89)
银杏叶提取物对糖尿病视网膜病变的临床观察	李 华(91)
补阳还五汤治疗气虚血瘀证慢性肾小球肾炎的研究	汪明亮(93)
辨证治疗单纯疱疹角膜炎48例	邹新权(95)
中医特色治疗对下肢创伤骨折术后康复的效果	胡雨珠(97)
针药复合麻醉对老年术后早期认知功能与炎症	

细胞因子水平的影响	王洪南(99)
五味消毒饮在下肢骨折术后肿胀中的应用	周发汉(101)
中药周期疗法治疗卵巢早衰的临床观察	潘 永(103)
中医药联合阿片类药物治疗癌痛	马 超(105)
黄芪建中汤联合改良外剥内扎治疗环状混合痔38例	刘卫华(107)
苏黄止咳汤联合孟鲁斯特钠治疗风盛挛急型咳嗽变异性哮喘60例	王 璐(109)
海南南药穴位敷贴联合艾灸治疗膝骨性关节炎气滞血瘀证的临床观察	刘洪波(111)
筋针疗法配合手法治疗气滞血瘀型膝关节僵硬43例	邓小玲(113)
电针腰夹脊穴结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛临床研究	张安邦(116)
认知训练结合针灸治疗脑卒中认知障碍的临床疗效时效性观察	罗银星(118)
中国穴位埋线疗法系列讲座(81)	
埋线疗法及其治疗颈椎病的临床观察	梁建军(120)
雷火灸法改善气虚血瘀证痛性糖尿病周围神经病变的疼痛临床观察	汤 娜(122)
平乐平脊疗法治疗青少年特发性脊柱侧弯60例	徐弘洲(124)
针刺配合关节松动术治疗肩周炎的临床探讨	杨慧文(127)
老年髋部骨折中医护理研究的现状与思考	张留巧(129)
中医情志护理改善PICU患儿家属心理的作用分析	王珊珊(133)
急性阑尾炎患者护理中应用护理管理的临床分析	邹 君(135)
中西医结合护理老年股骨颈骨折患者的应用	乔 娇(137)
中西医结合康复护理在人工全髋关节置换术后患者中的应用	何百花(139)
针灸对机体代谢组学的影响机制探讨及差异性比较	张 驰(141)
心脏神经官能症常用方剂分类综述	包 宇(144)
我国动物药本草考证研究进展	肖洪贺(147)
人脸识别技术在中医药临床试验中的应用	刘 智(151)
髂腰肌与脊柱退行性病变相关性研究	张 荣(154)
针刺治疗青少年近视的临床研究综述	丁英霞(156)
早期胃癌筛查指标的研究进展	席小霞(158)

第17期

中医学传承的探析和思考	董 峰(1)
通识教育视域下的中医药院校入学教育探索 ——以新媒体平台实践为例	韩雅俊(3)
对分课堂教学理念应用于中医术语学人才培养的实践探索	倪 菲(5)
医学研究生转化医学理念的培养策略	李 晋(8)
医学细胞生物学课程翻转课堂教学的效果分析	李 华(10)
微课在中医诊断学教学中的思索	何 磊(13)
研究MDT模式在肿瘤科中西医结合类别临床规培教学中的优势	高志隼(15)
中医诊断学舌诊实验课教学实践之体会	马丽娜·阿新拜(17)
中医本科临床课程一体化教学模式的探索与实践	高锦彪(19)
加强实验室建设对于提高学生科研创新能力的意义与思考	姜 姗(22)

PBL+TBL 联合教学模式在药物化学教学中的运用	杨家强(24)
思政教育融入针灸专业课程教育探析	李明月(26)
医学院校临床实践教学现状与对策分析	徐丽伟(28)
推进式教学法在中医内科临床教学中的应用体会	唐爱华(30)
多元化教学模式在妇产科教学中的应用浅析	李 潇(32)
健康教育在妇女保健中的作用研究	张 娟(34)
喻昌《医门法律》医德思想及其养成	钟礼韬(36)
以中医执业医师分阶段考试为导向的中医诊断学实践技能课程构建	于晓飞(39)
新疆中医人才培养模式构建的研究	顾仁艳(41)
整合医学模式下中药模拟药房的建设与思考	谢 伟(43)
中国医学史形成性考核方式探讨与实践	田艳霞(45)
学术期刊中《黄帝内经》书名英译版本探析	泰元刚(47)
基于 Blackboard 在线教学管理平台下构建层次化教学模式的探讨	——以中医基础理论课程为例
董秀娟(50)	
关于提高儿科住院医师医患沟通能力的思考	岳冬梅(52)
中医学专业预防医学课程设置的满意度和评价性调查	苏志刚(54)
中医梦诊在神经衰弱症中的应用初探	李 选(56)
近几年半夏在我院临床应用情况分析	郑明井(58)
坤泰胶囊治疗卵巢早衰 50 例临床观察	王冬芹(61)
参苓白术散加减治疗功能性消化不良脾虚气滞证临床研究	李 佳(63)
浅析梦境在中医辨证中的临床应用	徐小梦(65)
“脑为元神之府”对深层心理学的贡献	刘 宏(67)
刘志龙临证特色管窥	黎崇裕(70)
吴伟温阳活血利水法治疗心力衰竭经验初探	王士超(73)
刘鸿恩辨病以虚为重的思想源流探析	莫 为(77)
马纯政治疗胃癌经验浅谈	冯保荣(79)
浅谈补中益气汤治疗皮肤病	邓碧云(81)
小柴胡汤治疗产后郁冒的探讨	龚红红(83)
不同方法炮制人中黄与甘草镇痛抗炎镇咳药理作用的比较研究	夏云岭(85)
电针对认知障碍大鼠督脉红外温度的影响	萨喆燕(88)
肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝大鼠胰岛素抵抗的影响	隋晓丹(91)
不同三叶青提取物体外抗肿瘤细胞作用研究	邱模昌(93)
肾气丸在脑梗塞二级预防中的临床研究	李锐争(96)
宣上畅中渗下法治疗痰湿质慢性支气管炎临床分析	孙素华(98)
内服肾炎 4 号方联合中药保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭的临床观察	张时文(101)
真武汤合当归芍药散治疗原发性肾病综合征的临床分析	刘 阳(104)
丹栀逍遥散治疗广泛性焦虑症(障碍)肝郁化火型临床研究	施 丹(106)
中医综合治疗颈肩腰腿痛的临床分析	邹红顺(108)
清热解郁法治疗反流性食管炎患者睡眠障碍临	

床研究	周文博(110)
抗衰老经汤治疗卵巢早衰性月经过少 40 例	黄日亮(112)
混合痔术后应用复方荆芥熏洗剂的临床观察	刘良东(114)
逍遥散加生物反馈对慢性功能性便秘伴焦虑抑郁的临床观察	刘经州(116)
中西医结合治疗糖尿病气阴两虚型临床观察	舒光辉(119)
冬病夏治穴位贴敷对哮喘稳定期患者 Th1/Th2 平衡的影响	李建红(121)
针灸结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛 60 例	张安邦(123)
壮药酊联合手指点穴治疗气虚血瘀型中风恢复期 37 例	潘小凤(125)
中国穴位埋线疗法系列讲座(82)	应用“眠五针”穴位埋线治疗失眠临床观察
陈娟娟(127)	
温针灸联合透明质酸钠注射治疗骨关节炎的临床分析	田会军(129)
胃复安穴位注射足三里防治肺癌化疗后胃肠反应的临床观察	丁丽萍(131)
针刀联合吡罗西康贴片治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床观察	马苏杰(133)
火龙灸联合穴位贴敷辅助治疗肾阳虚型水肿的临床观察	王 燕(135)
护理电子病历应用现状及应对策略分析	田曙光(138)
中西医结合护理在急性心肌梗死恢复期病人中的应用	梁海华(141)
中西医结合护理对腹部术后胃肠功能紊乱的影响	周带红(143)
补肾活血中药干预多囊卵巢综合征致不孕症的 Meta 分析	徐丽芳(145)
中医治疗汗证研究概况	陈 旭(148)
《外科正宗》消风散治疗皮肤病研究进展	王海亮(151)
中医治疗糖尿病肾病的进展	朱丽娜(154)
动物类中药鉴定技术研究进展	许 燕(156)

第 18 期

新时代背景下课堂教学的思考	纪永升(1)
中华优秀传统文化之中医特色文化对大学生核心价值观的影响	——以北京中医药大学为例
宋 萌(3)	
中医药文化传播和中医翻译研究	——以中医翻译名家魏迺杰为例
周义斌(5)	
基础营养学实验课程教学探索	朱明明(7)
增强现实技术在中医学教育中的应用研究	王 青(9)
从“三个导向”论中医内科学临床教学发展思路	史佳宁(12)
中医院校研究生免疫学教学模式探讨	侯殿东(14)
不同毕业去向的中医学本科生实习带教模式的探讨	陈兴华(16)
中医全科医师规范化培训的体会与思考	樊国园(18)
临床案例讨论结合 PBL 教学法在危重症学科护理带教中的应用	蒋旭萍(21)
西医院校中医学之辨证体系教学中存在的问题与对策	李晓晨(23)
基于自主学习理念的中医外科学后期临床能力培养新模式构建与实践	李杰辉(26)
PBL 教学法结合标准化病人在诊断学教学中的应用探索	朱国华(28)
对现代针灸科研的几点反思	周丽莉(30)
中医院住培医生临床实践能力提升的教学模式	

研究	常立萍(32)
全国药品类专业《医药数理统计》教材修订的思考	侯丽英(34)
“双一流”背景下构建康复治疗学专业人才多元化培养模式	谭 洁(36)
TBL 教学法在高职高专院校内科学教学中的应用	陈喜军(39)
中西医结合执业医师综合笔试成绩的多维度分析	姚小东(41)
益气活血解毒法治疗不稳定型心绞痛 52 例疗效分析	董 峰(44)
2 型糖尿病六经辨证分型及与生化指标相关性研究	卢伟斌(46)
中医治疗三踝骨折的效果分析	马 朝(49)
多囊卵巢综合征肥胖患者中医体质特点探析	张 丽(51)
化疗对Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者中医证型影响的研究	骆嘉俊(53)
病因病机及生化检验项目在肝硬化诊断中的作用	宋明慧(55)
以太极阴阳试析阴陵泉在《针灸大成》中的应用	姜 琦(57)
中医五志为病在中国古典文学名著中的案例	刘 宏(59)
黄海波运用小柴胡变通饮经验浅谈	黄震洲(62)
牛学恩临证诊疗臌胀病经验	郭亚楠(64)
癌毒理论研究及其对癌辨证施治的指导	霍 达(66)
读《裴永清医案医话》	刘铭君(69)
克罗恩病大鼠模型制备最佳 TNBS 与乙醇浓度的筛选实验	张 驰(72)
葛明胶囊总黄酮含量测定	潘东明(76)
原子吸收分光光度法测定牛黄解毒丸中雄黄的含量	贡庆欣(78)
黄芪桂枝五物汤联合温针灸治疗奥沙利铂神经毒性的临床观察	苏碧莹(81)
四君子汤对反复呼吸道感染的大脑患儿免疫功能的影响	黄 洋(83)
加味补阳还五汤治疗缺血性脑卒中后抑郁症的临床观察	应 鑫(86)
清热除湿汤与皮炎汤治疗面部脂溢性皮炎的临床疗效评价	吕景晶(88)
养阴清肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病疗效及其对肺功能的影响	王宏伟(91)
固冲汤治疗脾虚型崩漏的疗效评价	江 南(93)
肺脾肾论治在小儿哮喘治疗中对肺功能、炎性因子的影响	刘玉凤(95)
针药结合治疗阿片类药物相关性便秘临床观察	马永剑(98)
宣上畅中渗下法联合抗生素治疗痰湿质盆腔炎疗效分析	刘青菊(100)
中西医结合治疗肝硬化腹水的效果分析	潘瑜凡(103)
祛白汤联合消白酊治疗白癜风的疗效观察	王 莉(105)
坤泰联合芬吗通在早发性卵巢功能不全不孕患者中的应用	胡艳梅(107)
电针八髎穴联合生物反馈治疗出口梗阻型便秘疗效观察	刘经州(110)
中国穴位埋线疗法系列讲座(83)	颈中神经节配合天突穴埋线治疗慢喉痹临床观察
蔡志梅(113)	
针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效	张 平(115)
颈椎病实施中医推拿治疗法的临床效果观察	徐 兵(117)
白芥子不同配比三伏灸对支气管哮喘的临床观察	金海鹏(119)
捏脊联合艾灸治疗糖尿病胃轻瘫 52 例临床疗效观察	张义军(124)

宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗胸腔积液的临床护理分析	魏莉瑛(127)
SOX 方案联合参芪扶正注射液治疗老年晚期胃癌的临床分析及护理体会	刘海棠(130)
中西医结合护理干预促进剖宫产产妇乳汁分泌的效果	俞红兰(132)
中西医结合护理慢性心衰的价值观察	陈华香(134)
腰椎间盘突出术后耳穴镇痛的护理疗效	叶丽英(136)
中医分期辨证治疗乳腺癌研究进展	伍睿昕(139)
坤宝制剂治疗更年期综合症的循证药理学评价研究	黎红(143)
心肌细胞自噬在慢性心力衰竭中的作用及中医药的干预研究	任培华(145)
老年抑郁与脑内单胺类神经递质关系的研究进展	李显(148)
国内针灸治疗鼻窦炎疗效评价方法的应用近况	张圣宏(152)
溃疡性结肠炎中医治则治法的最新进展	杨建宇(155)
经期延长中西医治疗进展	满玉晶(158)

第19期

网络小说视域下中医药文化传播研究	张永坤(1)
本科生细胞培养课程的教学探索	高小玲(5)
案例教学法在中医护理技能综合实训的实践探索	覃勤(7)
翻转课堂在中医临床基础研究生专业实践课中的应用	张萌(9)
搭建人文教育平台促进中医临床研究生职业能力发展 ——以社会实践体系为例	丁亮(12)
以培养本科生创新思维和能力为目标的教学模式的思考	阮慧(14)
分子生物学常用技术操作课程在中医院校的教学方法探索	吴耀松(16)
中药学课程授课现状 & 改革探讨	唐建红(18)
Mini-CEX 在急诊科临床实习带教中的应用	方俊锋(20)
西医院校中成药教学的体会	徐晶钰(23)
多维度教学模式在针灸临床规培带教中的应用	张宾(25)
结合临床带教经验对针灸治疗学授课的思考与改变	周传龙(27)
AR 技术应用在中医药教育中的可行性探讨	万倩茹(29)
新时代下医科生创新教育的新途径	滕辉(32)
医学交互式教学及其评价标准初探	陈广鸿(34)
中西结合全科医学专业学生中医经典课程教改的探索	周雯(37)
以培养中医药思维为导向的本科中药学类专业建设	赵文昌(39)
基于持续改进理念的神经病学规培优化研究	李瑞红(41)
中医专业专科医师急诊岗前培训重点难点分析	刘诗怡(43)
基于 HIS 系统对部队医院进行临床数据管理的 SWOT 分析	张建峰(46)
中医住院医师规范化培训常见问题与对策	王彦华(48)
阴虚证、水肿证、阴虚水肿证中医动物模型的造模方法及评价	徐文峰(51)
新疆维汉族大学生心理健康与中医体质关系研	

究	何春辉(54)
天麻钩藤饮治疗 H 型高血压的疗效及其对血流变学的影响	王宏伟(56)
天津某老年大学学员高血压状况及影响因素分析	原晋湘(58)
葶苈大枣汤合桂枝茯苓丸治疗 AECOPD 加重期痰浊瘀肺证临床分析	程正良(61)
基于吐纳法讨论肺康复	叶平(64)
张仲景多元化辨证思维研究进展	盛国法(66)
黄海波诊治输卵管阻塞性不孕症经验浅谈	黄震洲(69)
刘鸿恩生平及学术特色探析	莫为(71)
刘长玉从瘀辨治胸痹经验举隅	陈天明(73)
秉承 523 精神倾力打造我国青蒿抗疟科技高地 ——广州中医药大学抗疟团队成长之路	李燕君(76)
针刺联合中药治疗干燥综合征验案 1 则	王俊丽(79)
二陈汤对 COPD 模型大鼠肺组织 AQP5 基因表达的影响及意义	张森(82)
苏木对糖尿病大鼠血管内皮细胞自噬相关蛋白表达的影响	佟晓哲(86)
中药口服配合灌肠治疗气滞血瘀型慢性盆腔炎的临床观察	杨新鸣(89)
中药制剂结合现代康复治疗膝关节损伤后关节功能障碍的临床研究	程凌(92)
尿毒清汤治疗早期氮质血症的临床研究	喻永锋(94)
黄芪益母汤治疗慢性肾病蛋白尿的临床观察	杨琳(96)
中医外治法联合红外线治疗肛肠病术后创面的临床观察	周国华(98)
通窍活络化痰逐瘀汤治疗缺血性脑卒中的临床分析	应鑫(100)
蠲痹汤治疗膝骨性关节炎的临床观察	黄娟(102)
三联疗法治疗膝骨性关节炎的临床观察	吴天林(104)
中药补肾序贯疗法治疗卵巢功能减退临床分析	张平(106)
红藤饮联合氧氟沙星治疗盆腔炎的临床观察	江南(108)
膈下逐瘀汤联合肝病治疗仪治疗乙肝肝硬化临床观察	侯敬泉(110)
中西医结合治疗急性缺血性脑卒中患者神经功能缺损的影响分析	何清平(112)
复方生发酊联合 308 准分子激光治疗斑秃的临床观察	吕景晶(114)
中西医结合治疗急性缺血性脑卒中的临床研究	孙隆(116)
中国穴位埋线疗法系列讲座(84) 针灸推拿配合揞针治疗颈源性头痛的临床观察	朱晓玲(118)
电针公孙、内关穴治疗消化系统急性腹痛疗效评价	侯敬泉(120)
热敏灸干预小儿反复呼吸道感染非急性期的临床研究	黄四碧(123)
穴位贴敷对乙肝患者 HAMD 指数影响的观察	白增华(125)
电针配合康复训练治疗腰椎间盘突出症的临床观察	刘兴平(127)
贺氏火针配合委中放血治疗单纯性下肢静脉曲张临床观察	陈凤业(129)
推拿联合穴位贴敷敷贴护理应用于小儿肺炎咳嗽的效果研究	田腊玉(132)
三伏贴、三九贴治疗小儿哮喘的疗效及对 IgG、IgA、IgM 的影响	刘玉凤(134)
全程健康教育模式在糖尿病护理管理中的效果观察	毛芳(137)

中西联合护理路径在小儿感染性腹泻治疗中的效果评价	王玲(139)
中西医结合用于防治妇产科压疮的护理要点初探	张文恺(148)
温阳法治疗膜性肾病的研究与应用	李霞(143)
电针治疗失神经肌萎缩机制研究进展	钟声(146)
中药在创面愈合中促创面生长因子表达的研究进展	张文恺(148)
全面优质护理在剖宫产产妇中的应用价值探讨	周灵虹(151)
中医护理干预对急性心肌梗死患者不良情绪及 SAS 评分的影响	张博泉(153)
轻度认知功能障碍的康复训练研究综述	王玲(155)
开窍法治疗中风病研究进展	王开成(157)

第20期

基于汗出机理梳理《中医诊断学》问汗内容	于晓飞(1)
中小学中医药文化综合实践活动课程体系建设探讨 ——以北京宏志中学“杏林实验班”为例	熊益亮(4)
略论中医药文化对外传播中的话语权	谢粤湘(6)
案例教学在研究生课程中医耳鼻喉科典籍选中的应用	郑东海(9)
创设课外学习情境 丰富中医基础理论教学	李艳坤(11)
浅议中医基础理论课程中合作学习的基本特点	骆殊(14)
针灸临床技能实训课程教学的思考与设计	郑倩华(16)
基于科系结合培养模式的医学检验技术专业教学体会	何敏(18)
烧伤科护理实习生的带教体会及效果评价	肖玉琴(21)
以能力为导向的生理教学探究	李育(23)
西医院校的中医辨证论治教学思考	徐晶钰(25)
专业导师教育制度下中医“卓越医师”培养模式构建与实践探讨	董秀娟(27)
关于肿瘤专业研究生学习动机及相关认知现状问卷调查	赵远红(29)
标准化病人对提高医学生医患沟通能力培养的研究	殷霁虹(32)
基于“三三合一”实践教学模式培养中医预防保健研究生的探索	成雅(34)
中医院校创新创业人才培养途径研究	田原(36)
西医院校护理学本科专业开设《中医护理学》课程的必要性分析	王亮(39)
基于“双一流”背景试论针灸学科“五位一体”建设模式	王东岩(41)
中医养老护理人才培养模式初探	刘建军(43)
中医高等院校校训内容研究	张继静(45)
Mini-CEX 在呼吸科住院医师规范化培训中的应用	王聪慧(49)
中医优势病种广东共识——消渴病(2 型糖尿病)	刘树林(51)
四妙消痹汤治疗类风湿关节炎 53 例临床观察	王爽(55)
文化为土 中医植根 ——从文化自信看中医发展	陈力(57)
一贯煎联合复方甘草酸苷片治疗抗结核药物所致肝损伤疗效观察	闫嘉亮(60)

益肾健脾活血汤治疗原发性肾病综合征临床观察	杨琳(62)
从中医扶阳试论养生	陈艳林(64)
再谈生理序论	唐奇(72)
——《黄帝内经》辨证理论三探	王董屹(66)
论《脾胃论》中“风能胜湿”与“淡渗利湿”之运用	杨艳红(70)
李兰教授运用分消走泄法治湿热病临证经验	唐奇(72)
张玉琴教授治疗糖尿病性胃轻瘫临证经验	刘剑明(75)
黄德弘教授三期分经辨治周围神经病临证经验	翁映虹(77)
基于儒家思想解读信息素养	窦学俊(80)
经方治疗泌尿系结石临证经验	孙宁宁(83)
刘怀民教授治疗恶性纤维组织细胞瘤术后肺转移1例	王嵩(85)
定痛方治疗癌痛案举隅	王振强(87)
不同提取方式的五倍子对两种临床分离耐药菌的体外抑制作用研究	耿少辉(89)
针刺大鼠肺俞穴对脊神经电幅度和传导时间的影响	刘玉丽(92)
西黄丸含药血清对大肠癌细胞干性标志物表达的影响	孔婧妍(95)
中药保留灌肠治疗大肠黑变病42例临床观察	周国华(97)
茵栀黄口服液治疗足月新生儿黄疸45例	黎冬梅(99)
活血补肾方联合耳穴贴压治疗肾虚血瘀型不孕症的临床观察	陈莉莉(101)
坤泰胶囊对围绝经期轻中度焦虑症患者汉密尔顿焦虑量表因子分的影响	杨戈(104)
小青龙汤联合膀胱经姜疗辨证治疗外寒内饮型肺胀40例	曾长林(107)
血府逐瘀汤联合针刺治疗外伤性视神经损伤的临床观察	田歌(109)
黄芪生脉饮治疗病毒性心肌炎恢复期临床疗效观察	欧阳河泉(111)
四物汤加减治疗痛经/月经不调45例	项颖(113)
补肾活血方联合曲安奈德治疗腰椎间盘突出42例临床观察	陈黎兵(115)
中西医结合治疗重症心力衰竭临床观察	陈锐(118)
一贯煎加味结合玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症30例	毕潜龙(120)
中国穴位埋线疗法系列讲座(85)	
星状神经节作用机制——高血压调节机制的研究	王双平(122)
热敏灸配合补中益气汤治疗胃下垂临床观察	刘皓月(125)
理筋疗法联合针灸治疗小儿脑性瘫痪痉挛型临床观察	曲笛(127)
小针刀配合手法松解治疗肱骨近端骨折术后肩关节粘连的临床观察	廖俊杰(129)
穴位按摩联合穴位贴敷治疗喘证的临床观察	曾笑影(131)
微信平台在康复期脑卒中患者延续性护理中的应用	邹惠华(133)
中医综合疗法干预对产后缺乳患者的预防效果评价	危福兰(136)
中医综合疗法干预辅助治疗溃疡性结肠炎临床观察	李波(138)
姜蓉穴位贴敷治疗妊娠剧烈呕吐的临床观察	秦新荣(140)
穴位按摩配合抚触疏解局麻患者术中焦虑的效果评价	刘晓雨(142)
中医产后乳房按摩催乳效果评价	张会娜(144)

中西医结合护理对辅助治疗小儿腹泻临床观察	杨丽红(146)
中西医结合护理促产后子宫复旧的效果观察	叶艳花(148)
中医临床护理路径对乳腺癌术后患者生活质量的影响	邱春媚(150)
活性生物多肽对皮肤抗衰老作用的研究进展	王琦(152)
脑卒中继发癫痫的影响因素及护理的研究进展	罗玉杰(155)
药用型和食用型桔梗定向选育的研究进展	蒋桃(158)

第21期

文化强国视域下中医药文化软实力提升路径研究	张洪雷(1)
高等中医院校“双创”类治未病保健人才培养教学模式的研究	蔡嘉洛(4)
中医学基础模块化教学改革初探	赵颖(8)
基于提升课程认同感和授课水平的中医学课程督导	刘鸣昊(11)
中医医院外科住院医师文字书写能力规范化培训的思考	徐强(13)
基于现代文献的中医诊断学课程教学方法研究	杜彩凤(15)
非医专业针灸学教学设计的思考与初探	庄艺(18)
分泌性中耳炎的说课方案设计	范靖莹(21)
批判性思维在中医院校心电图教学中的培养	谢慧文(23)
信息技术支撑下中医诊断学的教与学	杨艳秋(26)
人性化教学模式应用于妇产科护理带教中的效果研究	王维娜(28)
以问题为基础的教学模式在妇产科临床带教中的应用	王慧霞(30)
形成性评价与PBL相结合在中医肿瘤学教学中的应用和探索	肖志刚(32)
MBBS留学生妇产科临床实习全英文教学体会	栗娜(34)
微信公众号的翻转课堂联合TBL病理学教学模式的构建	刘杨(37)
从师资队伍建设和中医拔尖人才的培养	张国民(39)
中医院校教师教育技术培训知识库的建设探索	吴学会(42)
双一流背景下高校实验技术人员队伍建设的思考	姜娜(45)
预防医学专业毒理学基础课程设置满意度调查与分析	苏志刚(48)
区域性上下联动建立慢性肾脏病中医健康管理模式的探讨	张南南(50)
妇产科逐步递进带教模式的应用分析	樊蓉(53)
桃红四物汤结合闭合撬拨复位空心钉内固定术治疗跟骨骨折的临床研究	戴军(55)
足浴联合穴位贴敷在小儿风寒感冒中的疗效评价	唐建玉(58)
小儿复方鸡内金咀嚼片联合枸橼酸莫沙必利分散片治疗小儿功能性消化不良	张志强(60)
建国后中药学史文献概览及有关问题刍议	辛海量(62)
中医阴阳理论与孙子兵法原理对比研究	李娜(65)
哮喘火论	刘继民(67)
李郑生主任医师运用健脾疏肝法治肝崩漏经验	王玉玲(70)

刘汶教授养血活血方治疗乙型肝炎硬化的临床研究	李慧哲(72)
李吉彦治疗溃疡性结肠炎验案1则	李薇(77)
当归拈痛汤在皮肤科的应用	李晓红(81)
中医药治疗隐匿性肝硬化验案1则	徐国良(83)
刘培民应用化肝煎治疗肝胃不和型胃癌经验	邢祎蕾(85)
颈椎热敷药枕中挥发油成分的GC-MS法分析	蔡树河(87)
AQP2、 γ -ENaC、NHE3在阴虚水肿证大鼠肾脏的表达改变及意义	徐文峰(89)
潜阳封髓丹治疗慢性肺源性心脏病的临床探析	吴慧毅(92)
参香温肺汤联合背部走罐在COPD稳定期的临床观察	黎昌茂(95)
加味牵正散与热敏灸联合应用在周围性面瘫患者中的效果	杨志伟(97)
加味升阳益胃汤治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察	梁志涛(99)
潜阳封髓丹合五皮五藤饮治疗慢性湿疹临床观察	石瑛(102)
便利贴治疗长期卧床骨折患者便秘临床观察	黄丽君(105)
独活寄生汤方结合小针刀松解术治疗股骨头坏死的临床观察	廖俊杰(107)
小柴胡汤合麻杏石甘汤治疗小儿肺炎痰热闭肺型的临床研究	王增玲(109)
复方茵陈蒿汤治疗慢性重型肝炎的临床研究	兰佳(111)
柴胡加龙骨牡蛎汤在乳腺癌并发抑郁中的应用	杨扬(113)
中西医结合治疗湿热瘀阻型毒蛇毒临床观察	李文豪(115)
温胆汤联合依那普利片治疗H型高血压(痰浊内蕴型)的临床观察	吴蕾(117)
补阳还五汤联合神经生长因子治疗老年脑梗死的临床观察	于硕(120)
清胰汤联合复方丹参注射液、生长抑素治疗急性胰腺炎的临床观察	甘颖(122)
傅青主癆症方联合西药治疗肺结核的临床观察	闫嘉亮(124)
中国穴位埋线疗法系列讲座(86)	
星状神经节作用机制——对疼痛的调节机制的研究	刘建军(126)
针灸治疗炎症性肠病疗效的Meta分析	王国园(128)
隔姜灸对恶性肿瘤患者化疗后白细胞减少的防治	龚艳青(131)
贝尔面瘫患者急性期头面部穴位红外热像图研究	申斌(134)
眼周穴位针刺治疗干眼症的临床研究	姜尚(136)
针灸治疗周围性面瘫急性期的临床研究	陈琴(139)
银质针导热治疗颈源性头痛的临床观察及安全性分析	魏辉(141)
中医护理联合耳穴压豆法在骨科术前护理中的应用	张黎(143)
前置胎盘患者护理中应用个性化护理带教的效果分析	曾银花(145)
热敏灸联合综合护理在膝关节骨性关节炎中的应用分析	孟瑾(147)
中西医结合护理用于小儿高热惊厥中的效果评价	刘义秀(150)
中西医结合护理干预手足口病的临床研究	杨丽红(152)
粘连性肠梗阻的中西医结合优化护理分析	吴文清(154)

达英-35 联合中医治疗 PCOS 疗效的 Meta 分析	史 薇(156)
慢性萎缩性胃炎动物模型研究进展	刘福花(Ⅲ)

第 22 期

强化中医学生中药教育的必要性	韩光磊(1)
Seminar 教学模式在中医外科临床专业研究生中的应用	张 玥(3)
中西医结合专业中医内科学教学举例——胃痛	刘鸣昊(5)
微信支持下的混合式学习设计与探究	王立国(8)
PBL 教学法在中医基础理论课程中应用的优势、困境与对策	程 静(12)
温病学微信公众平台建设探析	李彩云(14)
PAD 对分模式在中医院校病理学实验 PBL 教学改革中的应用	张亚楠(16)
方剂学课程自主学习体系的构建	张延武(18)
多维课堂教学模式提升高校教学质量作用探析	钱海兵(20)
微课在中医药院校生理学教学中的应用	王 玲(23)
现代文化视角下儒医的使命	葛 林(25)
迷你临床演练评估在中医临床教学中的应用	林燕玉(27)
中医院校超声影像学专业实习带教体会	蔡丽珊(29)
上海市静安区 25 家医疗机构中药饮片管理工作督察现状与分析	王培珍(31)
第四次全国中药资源普查对药用植物学教学改革促进的研究	林 莺(34)
以有效教学为目的的中医内科学对分课堂教学改革探索——以脾胃肝胆病证为例	胡鑫才(36)
将科研融入医学免疫学教学的探索与研究	蒋丽娜(40)
高校职能视角下护理专任教师临床实践模式分析	王 丽(42)
平台-模块-特色模式构建康复治疗学本科课程体系的研究与实践	李艳茹(44)
中医皮肤科住院医师规范化培训中的问题及对策探讨	王海亮(46)
中药生产企业质量管理中对中药材供应商的管理	殷鹏程(48)
重庆地区女大学生原发性痛经与运气、体质及生活习惯的关联分析	李 震(51)
株洲市家长对小儿发热知识认知及健康教育需求的调查研究	莫玲岚(54)
《黄帝内经》五音疗法治疗失眠的疗效评价	张文韬(56)
香砂六君子汤治疗虚寒型慢性胃炎的效果及对中医证候评分的影响	范云万(59)
开窍法治疗急性缺血性中风中经络型的临床疗效观察	王开成(61)
益气生津活血汤治疗原发性干燥综合症的临床效果	王 爽(64)
从后世各家医案探讨《内经》教学方法	汤巧玲(66)
便秘以津液论	陈志强(68)
尹常健治疗肝病失眠经验选介	张 永(70)
黄永生治疗阵发性房颤验案	贾云洛(72)
顾武军临床证治经验	凌 云(74)
翟文生治疗激素撤减阶段复发的小儿肾病综合	

征的经验	肖黎明(76)
毫火针治疗唇部单纯疱疹验案两则	田 进(78)
百病生于气在中下焦疾病治疗中的应用体会	盛晓茜(80)
胃不和则卧不安理论在推拿治疗小儿夜啼中的应用	邓陈英(82)
夏至草乙醇提取物对人结肠癌 HCT-116 细胞增殖及凋亡的影响	方慧瑾(84)
基于 IKK β /NF- κ B 信号通路探讨丹紫康膝冲剂对大鼠膝关节炎症的影响	唐 琦(86)
改进的 CTAB 法提取 32 种中药破壁饮片 DNA 及物种鉴定	王 艳(89)
灵龟八法配合认知行为治疗脑卒中后抑郁的临床观察	王莉红(92)
三才配穴诊治乳腺良性疾病效果评价	程丽萍(95)
中药破壁饮片治疗下肢骨折术后的应用临床分析	廖 强(98)
化浊和胃散结汤对中晚期食管癌术后化疗的疗效以及生活质量的影响观察	白 龙(100)
穴位贴敷联合大青龙汤治疗小儿哮喘外寒内热证的临床分析	王增玲(102)
中医药治疗先兆流产 40 例临床体会	孙冬莉(104)
活血化瘀法辅助治疗顽固性心衰的临床研究	吴 艳(106)
独活寄生汤对膝骨性关节炎患者疼痛指数及生活质量的影响	吴丽珍(109)
八珍汤联合化疗治疗中晚期肺癌的临床价值	杨 扬(111)
中医定向透药疗法对减轻骨折后肢体肿胀的临床观察	钟喜艳(113)
竹叶石膏汤联合放疗治疗中晚期食管癌的临床观察	翟祁瑞(115)
苦参汤坐浴联合扶严宁乳膏外用治疗慢性肛周湿疹的临床观察	黄红根(117)
中西医结合治疗烧伤脓毒症 50 例临床观察	张立辉(119)
中西医结合治疗妊娠期乙肝的疗效观察	吴昊鹏(122)
穴位注射减轻非小细胞肺癌化疗后副反应的临床观察	张宝昕(124)
中西医结合康复治疗对脑卒中偏瘫痉挛状态的影响	孙光虎(126)
中国穴位埋线疗法系列讲座(87)	
应用星状神经节理线为主治疗颈椎病的临床研究	任永祥(128)
热敏灸与电针治疗风寒湿型肩关节周围炎的临床观察	冯赵慧子(131)
穴位贴敷配合艾灸治疗过敏性鼻炎的临床观察	李志明(133)
自身诱导法结合头针对脑卒中患者手功能及日常生活能力的影响	张景景(135)
小针刀配合中药治疗神经根型颈椎病的临床观察	黄勇勇(138)
经皮穴位电刺激联合膀胱功能训练对脊髓损伤后神经源性膀胱排尿功能的影响	钟 诚(140)
中医基础护理配合热敏灸预防腰椎间盘突出症全麻术后恶心呕吐的临床研究	邹 芳(143)
高血压脑出血患者应用中医护理防治肺部感染的效果研究	姜海碧(145)
艾灸阴交穴位加饮食调护预防恶露不绝的效果观察	袁 苑(147)
中西医结合护理输尿管结石的临床观察	刘素梅(149)
艾灸膻中等穴配合负压吸乳器对产后泌乳的干预效果研究	罗继珍(151)

中西医结合治疗慢性重度盆腔炎的疗效观察及护理体会	杨海花(153)
哮喘六味合剂及其组成抗哮喘作用研究进展	杨帆平(155)
中医药在体外受精——胚胎移植技术中的分期应用	胡海燕(Ⅲ)

第 23 期

中医骨伤科学教学研究与思考	茹 军(1)
基于术语规范化的黄帝内经教学设想	杨茗茜(3)
互动式教学在刮痧疗法公共选修课中的应用	虞跃跃(5)
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(7)
PBL 教学法在中医内科学带教中的应用	赵 艺(9)
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(12)
中医内科学教学中的策略与互动设计	刘鸣昊(14)
中医望诊图片素材库的建设与应用	李 静(16)
不同教学法的运用对形成性评价效果的影响分析	章 莹(19)
参与式教学法在护理专业病理学教学中的应用	孙银辉(21)
中药传承班中药调剂章节教学探析	贾永艳(23)
西医院校留学生的中医安全英授课方法探讨	王蔚琳(26)
中医诊断学实训课教学模式的探索与思考	柴艺汇(28)
新媒体时代北京中医对外传播研究	刘 平(30)
中药学专业人才培养模式的研究	林 莺(33)
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(35)
中医药高等教育网络意识形态阵地建设	王 一(37)
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(40)
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(42)
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(45)
文化自信视野下中医文化的传承与发展路径探析	朱嘉丽(47)
胃复春治疗胃癌前病变疗效的系统评价	陈 璇(50)
《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(54)
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(57)
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(59)
《难经》五输穴及主治作用的英译对比研究	梁家甜(61)
《伤寒论》之呃逆治则探析	周丽平(63)
女医谈允贤及其临证经验探析	王艺霖(66)
徐嵩年教授治疗慢性尿路感染经验举隅	葛文妹(68)
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(70)
李丽萍主任医师治疗糖尿病胃轻瘫验案举隅	周 铭(73)
田金洲教授治疗帕金森便秘的临证经验	胡 皓(75)

诸云龙教授治疗膝关节骨性关节炎经验之谈	许治国(78)
慢性咳嗽不明原因干咳的证候特殊性	黄婉怡(81)
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(83)
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(85)
人参二醇皂苷保护内毒素血症小鼠肾脏的机制研究	付双(87)
黄柏煎剂的抗炎和抗菌作用研究	李文裕(90)
金杏降压方治疗肝阳上亢型高血压的疗效观察	方君(92)
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(94)
小儿捏脊治疗小儿功能性便秘的临床观察	游秘秘(96)
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(98)
速泻停糖浆联合推拿治疗小儿秋季腹泻	程春华(100)
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(102)
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(104)
非药物疗法治疗妇科腹腔镜术后恶心呕吐的应用	古润连(106)
针刺配合玉屏苍耳汤治疗过敏性鼻炎的临床研究	吴航(108)
中药离子导入综合治疗胃倾倒综合征临床观察	黄捷平(110)
银杏叶片治疗老年突发性耳聋的近远期疗效观察	崔相国(112)
中西医结合治疗腰椎间盘突出症的临床效果分析	李维科(115)
穿玉消炎片联合雾化吸入治疗急性慢性咽喉炎的应用效果观察	侯寿尧(117)
复合超声导药联合甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎临床观察	薛丽丽(120)
中西医结合治疗踝关节骨折的临床观察	刘盛飞(122)
中西医结合治疗慢性乙型肝炎的有效性 & 安全性	黄志武(124)
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(126)
膻穴热敏化治疗气虚型功能性便秘的疗效评价	邓永文(129)
温针灸联合蠲痹汤对膝关节关节炎的临床疗效评价研究	湛凌燕(131)
悬吊运动训练治疗腰三横突综合症的临床研究	杜敏(134)
刃针结合热敏灸治疗肩周炎的临床观察	张铭金(136)
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(138)
护患微管理在输尿管皮造口延续性护理中的应用	陈和珍(140)
中医康复护理在小儿脑瘫流涎治疗中的应用	韩晗(142)
中医特色护理技术在临床应用中的体会	钟水辉(144)
中医护理对妇产科患者术后腹胀的疗效观察	黄江虹(147)
中西医结合护理对产后缺乳的护理效果观察	刘嫣(149)
针刺诱导骨髓间充质干细胞分化的研究进展	符梦彬(151)

芍药汤的临床应用及实验研究进展	万明民(154)
冠心病合并焦虑抑郁的研究进展	刁雅静(157)

第24期

中医基础理论课程教学中践行以学生为中心教学理念刍议 ——培养“信中医、爱中医、用中医”的中医人	梁媛(1)
证素辨证在中医临床教学中的应用	张双伟(3)
PBCL 教学法在药物制剂专业中药制剂专论教学中的应用	贾永艳(5)
以学生为中心的教育理念在中医内科学临床实践教学中的运用	王萌(8)
基于微视频的推拿手法学教学实践研究	黄毅勇(10)
基于互联网+CBL 教学模式的中医骨伤科学教学应用研究	赵长伟(12)
基于科研应用能力的卫生统计学课程 SPOC 混合教学模式的探讨	魏敬然(14)
系统教学法在药理学教学中的应用	周俊俊(17)
翻转课堂教学模式在针灸学病症教学中的实践	冯玉萍(19)
PBL 教学联合翻转课堂中医教学中的应用	刘光颖(22)
留学生中医妇科学课堂教学的点滴体会	贾静(24)
高等中医药教育人才培养模式改革思路分析	谢媛(27)
中西医结合皮肤科病科临床带教工作体会	刘萍(29)
翻转课堂在中西医结合妇产科学见习带教中的探讨	吴阳(32)
Mini-CEX 对医学生临床技能影响的对比研究	葛文妹(34)
中医住院医师规范化培训中 ICU 科的实践与探索	郭楠(36)
中医国际学术会议译前准备的方式与作用	石径(38)
中医药论文摘要常见错误例析	赵允南(41)
大柴胡汤治疗肥胖 2 型糖尿病 102 例临床观察	李丽萍(43)
补肾化痰法治疗宫腔粘连术后及其对局部 TGF- β 1 和 CTGF 表达的影响	王莉(45)
COPD 患者中医体质与肥胖、血脂、吸烟指数的相关性研究	叶玲(48)
补肾强督祛寒汤治疗强直性脊柱炎的临床观察	王春革(51)
亚健康状态分型与中医体质类型之间的对应关系研究	罗茜子(55)
辨证治疗胃肠功能紊乱症的临床观察	吴泽林(57)
急性痛风湿热浊瘀互结复合病机形成的理论探讨	丁宇康(59)
扶阳法治治疗慢性心力衰竭	王云川(61)
从道家矛盾观论脾阴	胡济源(63)
《黄帝内经》中情志与五脏对应关系及器质性改变	刘全书(65)
温启宗教授二术汤治疗痤疮经验	曹彩云(67)
吴清明教授从肝论治顽固性失眠的临床经验	权国昌(70)
陆执中主任治疗肩周炎经验介绍	陆巍(72)
李向荣教授治疗痹症的临床经验	黄杰(75)
麦粒灸临床应用初探	范萍(77)

柴胡理中汤治疗失眠症体会	范丽娜(80)
槟榔单次及多次服用兴奋作用比较研究	陈光宇(82)
消痰降脂胶囊对高脂饮食诱导的高脂血症兔模型的降脂作用及相关机制研究	龙俊科(85)
不同炮制方法对升麻中异阿魏酸含量的影响	李爱珍(90)
五行音乐疗法配合穴位按摩在耳鸣患者中的应用观察	罗燕(92)
半夏厚朴汤联合葛根芩连汤治疗慢性咽喉炎的临床效果	吴航(94)
归脾丸内服配合推拿治疗心脾两虚型失眠的临床观察	田乃佳(96)
疏肝和胃及清热燥湿法治疗痞满 36 例临床观察	徐春娟(98)
革藓消痛饮治疗急性痛风性关节炎的临床观察	张哲旗(100)
沙参麦冬汤治疗晚期肺癌的价值研究	查红群(102)
清利活血益气法内服外敷治疗盆腔炎性疾病后遗症合并盆腔积液临床疗效观察	胡海燕(104)
镇惊散肝汤联合三字经派推拿治疗小儿夜啼临床观察	程春华(106)
桑苈汤治疗慢性支气管炎痰热郁肺证疗效观察	邓晓升(108)
柔肝息风汤治疗风阳上扰型颈性眩晕的临床观察	杨岫(110)
中西医结合治疗更年期功能性子宫出血 110 例临床观察分析	李少华(113)
补中益气汤联合西医疗法治疗卒中相关性肺炎临床研究	吕汉华(115)
贯龙合剂联合右佐匹克隆治疗肝郁化火型围绝经期失眠症临床研究	陈燕芬(117)
通心络胶囊联合美托洛尔治疗冠心病心绞痛的疗效探讨	潘启民(120)
中国穴位埋线疗法系列讲座(89)	
杨氏 3A+疗法“颈五针”埋线针刀治疗颈源性高血压临床体会	米甲龙(122)
合谷穴抗痉挛针法治疗中风后手痉挛的即刻效应研究	王军(125)
火针结合压力衣治疗单纯性下肢静脉曲张的临床对照研究	陈红(127)
热敏灸结合宫调式音乐治疗脾胃虚弱型肠易激综合症的疗效观察	蒋永泽(130)
从《针灸大成》探析灸法调护	黄瑞(132)
少商针刺放血配合耳穴埋籽对急乳蛾疼痛护理的临床效果观察	夏旭(135)
人本管理在护理管理中的临床应用效果观察	胡庭香(137)
中药热奄包外敷结合护理干预对结肠癌患者术后胃肠功能的影响	李艳春(139)
中西医结合护理在妊娠糖尿病患者围产期中的效果分析	钟桂林(141)
中西医结合护理干预对剖宫产产妇乳汁分泌的影响	邹金仙(144)
耳穴压豆改善眩晕患者头痛头晕症状中的护理效果观察	冯欢(146)
中西医结合护理在腹腔镜胆囊切除术中的应用	何小芳(148)
中医药对体质量影响的概述	张振宇(150)
中医药治疗原发性肝癌 TACE 栓塞综合征的研究进展	彭孟云(152)
胸闷变异性哮喘的临床诊治进展	贾广枝(154)
虫类药为佐治疗慢性萎缩性胃炎	周丽平(156)
黄连解毒汤的现代临床研究进展	李雅(158)