

LBL 结合 CBL 教学模式 在神经病学临床规培带教中的应用※

王伟民 刘志勇* 孟毅 常学辉 张娟 赵彩燕

(河南中医药大学第二临床医学院, 河南 郑州 450002)

摘要:目的 探讨传统讲授式教学(LBL)结合小组讨论式教学(CBL)教学模式在神经病学临床规培学员中的应用效果。方法 对 LBL 与 CBL 教学优势和不足、LBL 教学实施、CBL 教学实施及培训效果等多方面的探讨。结果与结论 LBL 与 CBL 教学法进行优化结合,应用于神经病学规培生的临床带教,取得了良好的教学效果。不断加强规培生教育的理念,根据学科的实际状况,注重创新,采取多种教学形式,多层次、多方位的教学策略,积极探索规培生教育的新方法,为规培生教育培训提供新的思路。

关键词:神经病学;LBL 教学法;CBL 教学法;规培生培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.001

文章编号:1672-2779(2019)-01-0001-03

The Application of LBL Combined with CBL Teaching Model in the Teaching of Clinical Regulation of Neurology

WANG Weimin, LIU Zhiyong, MENG Yi, CHANG Xuehui, ZHANG Juan, ZHAO Caiyan

(Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: Objective To explore the application effect of LBL combined with CBL in the clinical training model of neurology. **Methods** By analyzing the LBL and CBL teaching advantages, LBL teaching implementation, CBL teaching implementation and training effects and other aspects of the discussion. **Results And Conclusion** The optimized combination of LBL and CBL teaching methods was applied to the clinical teaching of neuropsychological training in the doctoral students and achieved good teaching Results. The training of doctors and students will continue to strengthen the concept of education for the students of disciplines and disciplines, focus on innovation according to the actual conditions of the disciplines, adopt multiple teaching methods, and adopt multi-level and multi-directional teaching strategies to actively explore new methods for the training of students in the discipline and training, which provide new ideas for training and training of doctors.

Keywords: neurology; LBL teaching methods; CBL teaching methods; standardized training for resident physicians

住院医师标准化培训(以下简称规范培训)是医学教育的重要组成部分,也是培养优秀医师的有效途径。它是巩固基础医学理论,掌握基本医学技能,加强专业教育的重要组成部分。该法规的目标是为临床医生提供良好的职业道德,扎实的医学理论知识和各级医疗机构的临床技能,并独立和规范该专业常见疾病的诊断和治疗^[1]。由于监管和培训过程是培养合格临床医生的必由之路,近年来,国内外对住培和住培工作的管理模式和管理路径的研究正在广泛开展^[2-5]。

2014 年以来,我国住院医师的标准化培训进入了全面发展阶段。如果没有对学科学生进行质量培训,那么他们的质量远远低于要求的水平,这不利于临床工作的开展^[6]。实施住院医师标准化培训是我国医疗卫生人才

发展战略的重要组成部分。目的是培养具扎实全面的医学知识和适应各级医疗机构的临床技能,并能独立进行常见疾病的诊断和规范治疗。也是推动医疗体制改革,促进健康发展的基本任务之一。

河南中医药大学第二临床医学院接收了来自河南省不同地市级医院的规培生,接受规培的医师已完成 5 年系统的医学教育,且在神经内科的培训时间是 2 个月^[7],按照规培内容及安排,脑病科是中医内科当中重要科室之一,其与内科等其他临床学科有着显著的不同,是一门专业性极强的临床学科,因此是广大医学生认为最难学的一门临床学科。如何提高规培生对神经病学知识和技能的学习一直是我们探索的方向。脑病系是重要的规培轮转科室之一,其中,脑病科为主要组成部分,对于规培生的脑病培训目标主要是:重点掌握脑梗死发病机制、临床表现及防治、脑出血发病机制及止血治疗;抗凝药物的选择、进展及临床应用;格林-巴利综合征的诊断和治疗;不明原因发热的诊断与鉴别诊断;学生在规培过程中因时间不同能够碰到的病例有很大的随机

※ 基金项目:河南省教育科学“十三五”规划重点课题【No.(2016)-JKGHA-0024】;河南中医药大学教育教学改革研究立项项目【No.2017JX29】

* 通讯作者:lzy2007668@163.com

性。此外,由于规培生毕业于不同医学院校,医学基础掌握参差不齐,部分学生在临床实习阶段因为对神经疾病困惑及考研等问题并没有很好的实习,这些都对规培生的神经病学临床带教带来了一定的难度。近2年来,针对“病例随机性和神经学基础薄弱”的问题,采用LBL结合CBL的教学模式,为改进学科神经病学临床教学提供了积极有益的探索。

LBL (lecture-based learning) 这是一种具有普及性和直接性的教学方法,有利于传授系统知识,提高教学效率。但是,很难发挥学生的主动性、培养实践能力和学生的适应能力。CBL (case-based learning) 教学方法是通过特殊情况的分析和研究,通过阅读、分析、思考和相互讨论,教会学生独立思考、解决和处理实际问题的能力。王晋平等^[8]观察显示,通过CBL教学,学生可以提高临床思维、表达能力和团队合作能力,增强医患沟通能力,为今后的工作打下基础。随着技术的飞速发展,多媒体的应用得到了越来越多人的认可,谢波^[9]、李一梅^[10]两位教授一致认为在培养学生的过程中,掌握每个人的长短板,并实施一对一的咨询,以确保每个学生的临床医疗水平得到提高。

1 LBL与CBL教学法的优势与不足分析

河南中医药大学第二临床医学院是河南中医药大学附属教学医院,2015年即开始实施住院医师规范化培训工作,在过去的3年里,我科一直负责我院学生的临床教学工作。由于是医院监管,大部分住院医师从学校毕业,并有良好的医学基础,我科常驻医生主要关注“管理病人”,缺乏统一的教学模式和效果评价。随着规培生数量的增加、来源的不同、医学基础的不平衡以及医疗环境的复杂性,“管理患者”的教学模式在教学实践中得到了突出体现,许多学生也表示他们忙于临床工作,但收入却减少了。为了提高临床教学质量,让学科学生学到知识和提高临床思维能力,解决“病例随机化,神经病学基础薄弱”的问题,我们的教学小组逐步探索了一套LBL结合CBL的教学模式。

2 LBL教学法的实施

目前,我校为学生采用轮训制,每组5~8人。每组训练2个月,即在一定时间内对常见神经系统疾病的诊断和治疗进行研究,学生在轮换过程中所见的疾病也可能不同。因此,在规培生来到我们科后,根据规定计划,首先进行了培训,教学秘书将学生分配给每位老师,每周LBL都由具有丰富临床经验的教授和副教授授课。结合多媒体教学,介绍神经疾病的基本知识和诊疗原则,特别是重要但不常见的神经系统疾病,使规培生对神经系统疾病有全面的了解,丰富了神经病学知识,弥补了随机性带来的不足。每2周举行一次科室之间学术会议,主要讲授神经病学诊断和治疗的新进展及相关指南。在

此期间,有一个热烈的讨论,临床经验丰富的教授回答学生的问题,达到于轻松愉快的氛围中学习的目的。

3 CBL教学的实施

规培生入科后,每组2人,分管3~5位患者,每位患者都是一个很好的案例,以老师为指导,针对每个具体案例进行设定。同时,每天被教导的学生将被要求管理患者,采用“让我们放眼”的管理模式,并根据自我评估的变化制定治疗方案,充分发挥学生的主观能动性。具体实施步骤如下:(1)案例为主。大多数病例是我科常见疾病,如格林-巴利综合征、脑梗死、脑出血等常见疾病,让学生从了解案例开始,而不是从理论开始;(2)以问题为基础。首先,我们设计了几个主要问题,包括发病机制、诊断点、鉴别诊断和治疗方案。问题设计从浅到深。例如:格林-巴利综合征患者的发病原因是什么?鉴别诊断是什么?哪些辅助检查需要改进?目前的临床治疗计划是否合理?患者的预后如何?如何在出院后治疗和管理患者?与患者及其家人交谈应该涉及什么?等等,监管学生讨论这些问题;(3)归类和总结。纪律严明的学生将根据疾病对患者进行训练阶段的分类,并总结患者的临床特征,发病机制和治疗原则。(4)对于罕见和疑难病例,学生将首先审查病历,通过PPT总结和报告病历,留出时间,查阅相关书籍和文献,介绍病例的相关概念,相关疾病的新进展,以及提出诊断和鉴别诊断。疑难问题可以在整个学科中讨论,主要目的是让学生提高临床思维能力,从案例学习中完善自己。

4 规培效果评价

规培生出科前进行教学效果评价,通过笔试、病历书写、临床技能考核及问卷调查等方式综合评估。在笔试中,90%以上的规培生得分达到88分以上,掌握了常见神经系统疾病的发病机制、临床表现、治疗和预后,达到了培养目标,而医疗记录也符合规范要求。问卷调查显示,97%的学生认为LBL结合CBL方法不仅丰富了神经病学的理论知识,而且提高了自学能力。临床技能评估表明,90%的学生有能力运用神经学知识解决临床实际问题,并独立思考临床实际问题。

目前,医患关系相对紧张,患者的自我保护意识逐步加强,规培生在校期间通过学习加深对基础知识的认知仍然很难,只有经过标准化的培训,才能理论结合实际,通过典型的案例来了解疾病的相关情况。

LBL和CBL结合应用于神经病学的临床教学,并通过典型案例,使基本知识和临床知识相结合,力求利用两种教学方法,相互借鉴,提高临床教学效果。

经过3年多的不断探索,我科将LBL和CBL教学方法有机地结合起来,并将其应用于神经病学发展学科的临床教学中。它取得了良好的教学效果,受到了广大

规培生的一致好评。

在未来的临床教学中,我科将定期评估和反馈教师的教学效果,督促临床教学教师及时调整和改进临床教学方法,更好地培养独立、并能以标准化的方式、正确处理常见临床问题、今后能够处理复杂临床问题的医生。

参考文献

- [1] 国家卫生计生委.住院医师规范化培训内容与标准(试行)[Z].国卫科教发[2013]第56号.
- [2] 陈倩,潘志刚,王天浩,等.中山医院全科住院医师规范化培训的实践研究[J].中华全科医师杂志,2015,14(1):9-14.
- [3] 邓晓涛,周诚.住院医师培训中外对比研究[J].放射学实践,2014,28(6):610-612.
- [4] 高心妍,沙尔望,林红霞,等.住院医师规范化培训现状探讨[J].齐

齐哈尔滨医学院学报,2015,36(2):258-259.

- [5] 郭华,章文清,李声华,等.江西省全科住院医师规范化培训模式与管理路径的研究[J].中国全科医学,2015,18(1):72-76.
- [6] 刘华武,李芳,莫尔,等.加快“规培生”培养步伐提高临床医师水平的重要性[J].中国培训,2015,24(14):131.
- [7] 彭苏.加快“规培生”培养步伐提高我省临床医师水平[N].贵州政协报,2013-06-21(A2).
- [8] 王晋平,唐农,古联,等.CBL教学法在神经内科临床教学中的应用体会[J].卫生职业教育,2016,34(1):57-58.
- [9] 谢波,缪李丽,李一梅,等.全科医师规范化培训中人文素质培养的探索[J].中华全科医学,2011,9(1):135-136.
- [10] 李一梅,陈力,缪李丽,等.全科医师规范化培训的探索与实践[J].中国医药导报,2012,9(25):157-159.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵彦青 收稿日期:2018-09-03)

药学专业开放性实验教学探析[※]

晋海军¹ 王海霞²

(1 贵阳中医学院实验中心,贵州 贵阳 550025;2 贵阳中医学院人文与管理学院,贵州 贵阳 550025)

摘要:为适应社会发展,满足医药企业对创新性药学人才的需求,医药院校急需整合药学专业各基础实验,开展开放式实验教学。本文分析了当前药学专业开展开放性实验的目的、意义、存在的主要问题、如何实施药学开放性实验教学等内容,这对医药院校更好的开展药学专业开放性实验教学具有一定的借鉴与指导意义。

关键词:药学;开放性实验教学;创新能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.002

文章编号:1672-2779(2019)-01-0003-03

Analysis of Open Experimental Teaching in Pharmacy

JIN Haijun¹, WANG Haixia²

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

2. College of Humanities and Management, Guiyang University of Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550025, China)

Abstract: In order to adapt to social development and meet the needs of pharmaceutical enterprises for innovative pharmacy talents, medical colleges urgently need to integrate basic experiments in pharmacy and conduct open experimental teaching. This paper analyzes the purpose, the main problems and the implementation of the open experiment teaching of pharmacy, which will be of reference and guidance for the pharmaceutical colleges and universities to carry out the open experiment teaching of pharmaceutical specialty.

Keywords: pharmacy; open experiment; innovative ability

近几年,随着知识产权保护及创新意识的加强,制药企业不得不加大创新新药的研制力度,因而创新型药学专业人才的市场需求日益增加^[1]。为满足医药行业的发展需要,医药院校急需调整人才培养机制,培养满足社会需求的实践创新型人才。但重理论,轻实践仍是当前高等医药院校普遍存在的现象,多数高校药学专业实验课程90%以上为验证性及综合性实验,设计性实验不足10%,大部分实验内容近五年都没有多大变化^[2]。如今科学研究发展迅速,现有实验教学水平明显跟不上科

学发展,导致学生的实践及创新能力不能得到更好培养。开展药学专业开放性实验教学改革,加强药学学生创新意识和能力培养已成为医药院校药学专业人才培养的重要目标之一。

1 药学开放性实验教学的目的是意义

药学专业实验课覆盖面广,包含药物化学、生药学、药物分析、药剂学等多门实验课程。在传统的实验教学过程,这些实验课程是各自独立的,联系不紧密,存在实验分散、重复和缺乏系统性的问题;教师完全按照教学大纲安排展开教学,实验准备、实验具体操作及学时数全由教师控制,学生完全处于被动接受知识的地位,这些严重影响学生实践创新能力的发展^[3]。随着社会的发展,医药企业对创新型复合型药学专业的人才的需求日益迫切,医药院校的药学实验教学改革也势在必行。

※ 基金项目:贵州省科技计划项目【No.黔科合LH字[2016]7117】;贵州省国内一流建设学科(中药学)【No.GNYL[2017]008号】;贵阳中医学院药学实验教学中心一流平台建设项目【No.黔教高发[2017]158号】;贵阳中医学院博士基金项目【No.043160005】

药学专业开放性实验教学即以学生为主体,教师为指导,利用灵活多变的教学方法和现代教学管理手段激发学生对药学实验的兴趣,让学生独立选择实验题目、自拟实验方案、独立开展实验操作,开展跨学科的综合型、研究型实验教学^[4]。通过这种开放性实验教学,可以整合多个学科相关实验内容,实现以学生自我训练为主的教学模式,充分调动学生学习的主动性,锻炼学生分析问题、解决问题的能力,培养学生的综合设计能力、团队协作精神及勇于创新意识,这对提高学生的创新实践能力和科学探索精神具有十分重要的意义^[5]。

2 高校药学专业开放性实验实施过程中存在的主要问题

如今我国的一些医药类高校药学专业相继开设了开放性实验,但在具体实施过程中还是存在一些问题,具体如下。

2.1 学校对药学开放性实验不够重视 许多高校对开放性实验教学认识不足,药学专业实验教学的政策制定、人员配备、经费投入及设施完善往往只注重第一课堂的基础实验教学,而开放性实验课常被边缘化;高校中对开放性实验起管理与指导作用的部门是学校的共青团、学生处等组织,而这些部门的主要职能是对学生进行思想政治教育,应将开放性实验纳入学校系统性的教学计划体系进行管理;缺乏专业的开放性实验平台,很多学生在做综合性开放实验时,往往要跑多个教研室的实验室^[6]。

2.2 学生参与药学开放性实验的积极性不高 由于学校缺乏对药学开放性实验课的专业引导,很多学生不理解什么是开放性实验课,特别是一些大一、大二的低年级学生甚至认为参加开放性实验会挤占他们的学习时间,会影响他们的学习成绩。

2.3 药学开放性实验管理制度不完善 一些高校虽然开设了药学开放性实验课,但是管理制度不完善。例如学生如何申请开展开放性实验,开展开放性实验要遵守哪些管理制度,教师如何指导学生进行开放性实验等等。

3 药学开放性实验教学的实施

针对目前高校药学专业开放性实验实施过程中出现的问题,建议今后开放性实验实施过程中能做好以下几点。

3.1 建立完善的药学专业开放性实验教学管理体系 开放性实验教学过程中,存在实验内容的开放性、实验时间的不确定性、教师和学生团队专业差异等情况,会给实验管理带来一定困难。为保障药学专业开放性实验教学的顺利开展,需建立一个健全开放的实验教学管理体系及管理制度。包括:学生实验申请管理制度、实验室工作人员守则、教学管理制度、仪器设备使用及管理制度、实验室申请流程、卫生管理制度等等,这些管理制度可以使开放性实验教学变得合理化、规范化,让各项工作有章可循^[7]。

3.2 加大经费投入,设立开放实验专项基金 开放性实验进行过程中,实验材料购买、仪器设备的维护、常规器

械的损耗、新设备的添置都需要一定的教学经费,学校要设立专门用于开放性实验的专项基金。

3.3 药学专业开放性实验教学内容的设定 确立药学专业开放性实验教学内容,我们要考虑做好以下几点:(1)整合药物化学、生药学、药物分析、药剂学等多门药学类实验课程,优化实验室现有资源,增加学科间融合,开设的开放性实验内容最好能将多个学科实验内容融合在一起;(2)开放性实验内容可与老师们的科研课题结合起来,这样可使学生尽早接触到本专业前沿领域的研究,培养学生的科研兴趣,提高其创新实践能力;(3)设立的开放性实验内容要有层次性,低年级和高年级本科生都有可以做的开放性实验,例如,低年级本科生可以做某种药用植物有效成分的提取、分离及鉴定,高年级本科生可以做药物制剂质量标准的研究和制订;(4)开放性实验主要是为培养学生的创新能力及实践能力,不以获得优异科研成果为目的,要避免:题目过大、过深;实验步骤繁琐,占用学生过多课余时间;(5)实验内容确定过程中,要充分发挥教师的主导作用,老师要认真审核确定开放性实验教学的题目及内容。

3.4 整个实验过程要具备开放性 确定开放性实验的题目后,后续整个实验的操作过程也必须是开放性的,要充分发挥学生的主体地位。从前期实验文献资料的收集整理、实验过程的设计、实验操作到实验结果分析,让学生自己面对问题、分析问题和解决问题,实验过程必须是开放的。但此种开放必须在教师指导下进行,教师需对文献资料的查询收集、实验仪器设备的使用、实验技术路线等过程给出指导或培训。对实验数据的处理及结果分析,要启发、引导学生通过对结果数据的分析归纳,得出结论。

3.5 开放实验时间 对于大多数的综合性、设计性开放性实验,实验时间往往较长。因此,学生实验时间要开放,不得限制学生入室及离室时间,学生可根据自己实际情况进行实验。

3.6 制定激励机制 为激励教师和学生参与药学开放性实验,学校要制定相关激励机制。对于教师而言,开放性实验实际是增加了教师的工作量,周末、节假日及寒暑假教师可能需要到实验室监督、指导学生实验,学校要制定参与开放性实验教学的教师工作量考核管理办法,在年终绩效考核及评优等工作中应认可教师指导学生开放性实验的工作情况。对于学生而言,为鼓励学生参与药学开放性实验,对参与开放性实验的学生要给予一定的学分,对实验过程中表现优秀的学生要给予一定奖励。

3.7 建立药学开放性实验教学评价体系 药学专业开放性实验教学评价体系包括对教师教学过程及学生学习过程的评价。对教师教学过程的评价,主要是学生对参与开放性实验教学的老师在整个实验过程中应起到监督、指导、启发等作用进行打分评价。对学生学习过程的评价,

教师可根据学生综合表现从基本实验技能及创新性实验能力两方面展开评价^[8]。基本实验技能指学生掌握药学专业基础实验方法和撰写实验报告的能力;创新性实验能力指学生在实验设计、实验操作、实验结果分析过程中体现出来的新思路及勇于探究科学问题的能力^[9]。

总之,药学专业开放性实验主要是为适应当前医药行业发展需要,帮助学生培养其创新实践能力而开设。但在开放性实验实施过程中还存在一些问题,只有勇于正视这些问题,加大药学专业开放性实验改革力度,才能培养出适应社会发展的高素质药学专业人才。

参考文献

- [1] 王琳,付志锋.药类专业课程开放式实验教学的探索[J].基础医学教育,2013,15(10):952-953.
- [2] 姚旭,郑自通,郭玉,等.开放性实验教学在药类专业实践教学中的探

索[J].广东化工,2017,44(6):181,186.

- [3] 李娜.浅析药理学实验教学改革[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(7):20-21.
- [4] 罗红斌,姚宏,林新华.药学专业开放式实验教学初探[J].福建医科大学学报(社会科学版),2008,9(1):34-37.
- [5] 王萍.中药学专业人才培养中开设综合性、设计性和开放性实验教学初探[J].黑龙江科技信息,2014,15(32):127.
- [6] 陈丽娟.高等药学专业第二课堂人才培养模式的探索[J].中国保健营养,2012,22(4):579-580.
- [7] 徐曾春,胡平.开放式实验教学与创新性人才培养[J].中国大学教学,2015,37(10):82-85.
- [8] 王集会,毛近隆.药学院学生第二课堂与实践创新能力培养[J].湖南中医杂志,2015,31(12):127-129.
- [9] 刘文龙,范诗琪,朱俊平,等.药类专业理论与实验教学模式的改革研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(10):9-10.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李 军 收稿日期:2018-09-07)

中医药教学中应用思维导图的研究与实践^{*}

刘 怡 杨策凯 程卫东

(南方医科大学中医药学院中药方剂教研室,广东 广州 510515)

摘 要:中医药基本理论体系庞大,知识点繁多,对初学者来说不易掌握,帮助学生有效记忆、加深理解,成为广大中医药教育工作者亟待解决的问题。思维导图作为高效的学习方法,越来越多的应用于各个领域,通过查阅相关文献,总结目前思维导图在中医药教学中的应用概况,并结合本教研室在中药学、方剂学教学中的实践与探索,探析运用思维导图的优势和局限性。

关键词:思维导图;中医药教学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.003

文章编号:1672-2779(2019)-01-0005-03

Research and Practice of Applying Mind Map in the Chinese Medicine Teaching

LIU Yi, YANG Cekai, CHEN Weidong

(College of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangdong Province, Guangzhou 510515, China)

Abstract: The basic theory system of traditional Chinese medicine is huge and has a wide range of knowledge. It is not easy for beginners to master it. It is an urgent problem for Chinese medicine educators to help students to remember and deepen their understanding. As an efficient learning method, mind map is more and more applied in various fields. Through consulting relevant literature, this paper summarizes the general situation of the application of thinking map in the teaching of traditional Chinese medicine, and combines the practice and exploration of Chinese materia medica and Formulas of traditional Chinese medicine in the teaching department, and analyzes the advantages and limitations of the use of thinking map.

Keywords: mind map; Chinese medicine teaching; teaching reform

中医药是中华民族五千年历史中的瑰宝,其独特的知识体系囊括大量知识和基本理论,对于深受现代文明熏陶的初学者来说不易理解,繁多冗杂的知识点又为记忆增加了困难,如何培养学生的兴趣并牢固记忆,是亟需广大中医药教育工作者解决的问题。而思维导图是已在多个领域被证实的高效记忆方法,为解决这些难题带

来希望。我国部分学者自2000年以来已将其引入课堂,并采取不同的方式加以运用。本文通过总结相关文献,分析目前专家学者在中医药教育领域应用思维导图的概况,结合本人教学实践,为如何更好应用思维导图作进一步的探索与讨论。

1 应用思维导图的优势

众所周知,由于中医药知识体系庞大,各学科之间具有相对独立性,导致知识碎片化,与此同时,为数众多的术语进一步增添了记忆的难度,因此高效的记忆学习法成为广大中医药教育工作者关注的热点之一。思维

^{*} 基金项目:广东省本科高校教学质量与教学改革工程建设项目[No.2017-214];南方医科大学校级大学生创新创业训练计划项目[No.201712121197]

导图是一种新兴的记忆方法,产生之初便风靡全球,并相继用于国外的教育领域,出现了不少的成功案例。其经典范例即20世纪70年代美国波音公司设计波音747飞机时使用思维导图,成功把原本需要耗时6年多才能完成的工程缩短为6个月,并为此节省1100万美金经费。英国政府已经将其作为中小学生的必修科目。改革开放以来,随着对外学术交流的拓展,思维导图作为一种广受推崇的记忆方法,在金融、管理界等领域率先应用。思维导图之所以成功,其原因在于它顺应大脑的思维模式,通过将外界信息转变为类似于神经元网络的知识结构,使得大脑能更容易接受知识输入;同时,思维导图将枯燥的知识形象化,调动两个大脑半球的潜能,加强认知程度和记忆强度。

2 在中医药教学中应用思维导图的研究现状

目前,在中医药教学中应用思维导图尚处于萌芽阶段,并未作为常规的教学方法在全国各大中医院校推行,部分学者实验性地将其引入课堂,取得了不错的成效。思维导图现已应用于针灸学、中医经典教学、中药学、方剂学等知识体系较为庞大的专业课教学中。

2.1 将思维导图应用于针灸课堂 湖南中医药大学刘密等^[1]认为针灸学是一门综合性很强的临床-基础“桥梁课程”,涉及经络腧穴、刺灸技能、针灸临床运用等知识体系,循序渐进、交叉渗入的知识很多,要求学习者必须系统地、规范地掌握与整合。然而由于知识过于零散,不容易驾驭,出现无法灵活运用情况,运用思维导图进行教学,既有助于学生构建知识框架,提高学习效率,又有利于教师引领教学,但必须遵循正确的使用方法,否则只会事倍功半。思维导图是把一长串枯燥信息转变为彩色的,易记忆的,规律的图画,为了达到更好的效果,就必须尽可能减少文字使用,词语长度控制在3~5个字内,同时各部分要用曲线连接,因为大脑的思维模式抗拒直线。

2.2 将思维导图运用于中药教学 南京医科大学张前德等^[2]认为中药知识体系里用词高度概括,不同章节的药物却可能出现相似的功效主治,容易混淆,给记忆带来很大难度,思维导图与神经元模型有异曲同工之妙,科学遵循了人脑的自然思维模式,使得中药的教学工作更加清晰明了。

江西中医药大学黄小方等^[3]以点名诗记忆各论,思维导图记忆各药,构建基于思维导图和漫画的中药功效快速记忆法。他们通过性状联想法,药名联想法,类比分入法,功效联想法等多种方法绘制思维导图,以药物功效为核心,遵循认知学习规律,结合中医思维将思维导图形象化,使得学生更加容易接受。

2.3 将思维导图应用于方剂学课堂 广州中医药大学的汪玉梅等^[4]认为现代中医培养的是应用型人才,意味着必须

具备完备方剂学知识,其繁杂性要求教师需选取更加高效的教学方法,思维导图就是个很好的选择。他们以半夏泻心汤为例应用思维导图进行教学活动,发现它在教师用于课前准备时可以整理思路,易于归纳,避免重复,在课上应用,与板书结合,能更有效引导学生参与,课后也能方便学生复习,同时让其发现自身知识体系的漏洞。

赵黎^[5]在观摩北京中医药大学谢鸣教授授课后认为,方剂学“方证相关”,内在逻辑性强的特点使得其适用思维导图:一方面,思维导图可以促进教师教学水平提高,提升逻辑和形象思维能力;另一方面,它能引导学生整合建构完整的知识结构。

2.4 将思维导图应用于中医英语教学 黑龙江中医药大学的贾锐等^[6]选取两水平无差距的自然班,以调查问卷方式进行调研,分析利用思维导图和传统教学教授中医英语的效果差距,实验结果证明采用思维导图的班相对于对照组对中医英语兴趣明显增加,成绩上升幅度大,印证了思维导图相对于传统教学方法的优势。

北京中医药大学是接受外国留学生最多的中医院校之一,对中医英语教学研究多年,该大学的吴晓丹和张林^[7]发现,在该领域应用思维导图对讲授人的知识储备量,逻辑思维能力,课堂驾驭能力要求较高,是使用思维导图不利之处;但它能同化已学知识,激发学生探索欲,提高学生自主学习能力,瑕不掩瑜,在未来尚有很大的发展空间。

2.5 将思维导图应用于中医经典教学 湖南中医药大学的李鑫辉等^[8]认为中医经典是中医的理论功底,但其内容枯燥晦涩,且现今师生缺乏沟通;中西医理论不同,难以联系知识点,进一步加大学习难度。而应用思维导图有利于打破这个僵局,它使得教师能掌握所授内容,突破教学重难点,找到其内在联系;其有序、层层递进的逻辑方式,可以帮助学生适应中医的辨证思维过程,也使得学生能够充分梳理知识,完善知识体系,分解知识点,降低学习难度。

黑龙江中医药大学的刘春红等^[9]在比较了师承教育和现代课堂教育的优劣后,认为思维导图作为一种独特的教学方法,既可应用于临床,又能够与其教学方法有机结合,辅助教学,通过让学生独立制作思维导图,达到掌握中医学习方法、提高自学能力、梳理知识结构、增加思维记忆的目的,在一定程度上克服课堂教育的不足,对中医药教育具有重大意义。

3 思维导图应用于教学的实践与探索

笔者所在学校连续多年开设关于思维导图的本科生选修课,新教师入职培训专题讲座,继续教育培训也有相关内容。思维导图越来越多的运用于教师辅助教学,学生预习、复习,部分老师还将成果发表教改论文、出版书籍,思维导图已成为深受师生欢迎的学习方法之一。

笔者所在教研室负责教授中药学、方剂学两门专业基础课,与其他衔接课程联系紧密,重要性毋庸置疑。但这两门课知识密度强、记忆量大,内容较枯燥,不易掌握。在教学过程中,发现学生在学习中存在许多问题:不是靠死记硬背就是靠刷题,既浪费时间,学习效率又不高;知识点易混淆、遗忘快,考试往往难以取得好成绩;进入临床后知识薄弱环节凸显,影响业务水平发挥。

因此,在总结吸取其他同行经验的基础上,近几年也开始逐步将思维导图引入教学,并尝试更多元化的探索。

首先,老师在备课时,运用思维导图梳理知识点,理清重点难点知识,更好把握教学内容。课堂上改变以往传统板书形式,通过不同线条、图形、颜色将复杂的相关知识点与关键词采用思维导图展现,还创新性的加入音频、视频,播放动态思维导图 PPT,增强感官记忆。所有知识一目了然,不仅可以吸引学生注意力,提高学习兴趣,而且可以强化重点,并引导学生发散思维,加强思考和探索。

其次,通过教师的初步介绍,鼓励学生亲手制作符合自己记忆习惯的思维导图。课前用于新知识的预习,预设疑问展开思考,可充分调动自主学习积极性;课后用于已学内容的复习,巩固重点,查疑补漏,可有效内化新知识;考前用于总结复习,将复杂的知识点一一梳理,构建完整知识结构,条理清晰易于理解,化繁为简便于记忆,同时也有利于发现知识盲点,有针对性的复习,提高学习效率,巩固学习效果。整个过程中老师仅给予简单的提示和必要的引导,最终实现以学生为主体的教学模式。

最后,开展丰富多彩的探索性课外活动。部分学生经过一段时间接触和使用思维导图,渐渐形成了良好的学习习惯,尝试将其运用于更多学科;有些学生自发组织成立了课外小组,定期开展讨论活动,展示作品,分享学习经验;有些学生在考研复习中应用思维导图取得了良好成绩后制作问卷调查,为阐明思维导图的优势提供数据支持;有些同学将自己制作的漫画思维导图作品分享到微信公众号,或结合思维导图自制中药科普小视频,都深受好评;还有学生基于思维导图申请了大学生创新创业项目,希望将思维导图开发成产品。这些举措都极大推动了思维导图在学生中的广泛应用,形成良好学习氛围。同学们具有创意和想象力的多元化活动,大大丰富了思维导图在中医药教学中的应用空间。

4 讨论

包括笔者在内的越来越多的教师都肯定了思维导图对于中医药教学的作用,具体来说分为两方面:在理论上思维导图能使得零碎的知识系统化,并建构起类似于人脑的记忆体系,更加有利于记忆知识。在实践中,对

于教师,课前能帮助备课时理清思路,课中能展示思路,增加学生参与度;对学生而言,课前绘图有助于预习,课中与教师讲课内容对照可自我评价知识体系漏洞,课后复习便利。

当然,于此同时,笔者认为思维导图也存在一定的局限性,值得思考今后如何更加有效的应用于教学工作中。

首先,将思维导图应用到课堂上并围绕它展开,要求教师做大量的前期准备工作,同时也对教师本身的授课能力有很高要求,这就对它的运用和推广造成了障碍。因此,教师要把握好教材整体的谋篇布局,梳理清楚知识的关联性、异同点,吃透难点重点,熟悉本课程与上下衔接课程之间的联系,构建清晰的知识网络体系。与此同时,还应提高逻辑思维和形象思维能力,以及对美的鉴赏和展示能力,生动形象的语言表达能力。通过这样的教学实践将极大有利于教师业务水平的提高。

其次,单一采取思维导图不可取,必须注意与其他教学方法有机结合。以方剂学为例,通过背诵方歌记忆是最为传统的学习方式,方歌是现成的,拿来即可用,对于习惯机械记忆的大多数学生是最习以为常的方式。反观思维导图,初学者制作思维导图本身就需要耗费更多时间,配图和用词习惯会对不同的学生造成不同的影响,专人专图才能使效果最大化。还可以将思维导图与 PBL、CBL 等多种教学方式有机结合起来,取各方法之长,毕竟每种手段都有其局限性。

总之,教师应合理利用思维导图,一方面提高自身业务水平,另一方面启发和鼓励根据个人实际情况选择多元化的适合自己的学习记忆方法。

参考文献

- [1] 刘密,张国山,潘思安,等. 思维导图在《针灸学》教学中的应用[J]. 时珍国医国药,2015,26(11):2779-2781.
- [2] 张前德,林青. 中药教学中的思维导图应用探讨[A]. 全国中西医结合临床教学工作研讨会论文集[C]. 北京:中国中西医结合学会教育工作委员会,中国中西结合学会,2010:122-124.
- [3] 黄小方,欧阳辉,陈露希,等. 基于思维导图与漫画的中药功效快速记忆法构建[J]. 时珍国医国药,2016,27(9):2274-2278.
- [4] 汪玉梅,张翠仙,古翠花. 关于在方剂学教学中应用思维导图的思考[J]. 中医教育,2016,35(3):84-85.
- [5] 赵黎. 思维导图与概念图在方剂学教学中的运用[J]. 环球中医药,2016,9(11):1416-1419.
- [6] 贾锐,刘明. 利用思维导图的中医英语学习效果及其分析[J]. 海外英语,2013,4(8):1-2,4.
- [7] 吴晓丹, Silvia Del Conte, 张林. 思维导图法在中医方剂学英语教学中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(10):13-14.
- [8] 李鑫辉,徐玛丽. 浅析思维导图在中医经典教学中的运用与优势[J]. 中国校外教育(下月刊),2017(11):89-90.
- [9] 刘春红,高恩宇,朱峰. 思维导图在中医经典教学中的作用和优势[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(5):86-88.

(本文编辑:张文娟 本文校对:华 玥 收稿日期:2018-07-02)

中医教学医院中重症医学临床教学的探索[※]

石 怡 陈 伟* 孔庆寅 木其尔 孟令鹏 孙 鑫

(上海中医药大学附属龙华医院重症医学科,上海 200032)

摘 要:重症医学的发展是一所医院医疗技术的体现,重症监护室(ICU)的临床教学存在较大难度,而且中医院校的学生接触危重症的机会更少。作为中医教学医院,ICU承担着更多的重任:在教学实践中不断提高现代医学技术水平的同时,不忘发扬传承中医药优势与特色。通过阶段目标模式结合模块分组模式运用到ICU的临床教学工作中,探索适用于中医教学医院重症临床的教学模式。

关键词:中医教学医院;重症医学;临床教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.004

文章编号:1672-2779(2019)-01-0008-03

Research on Clinical Teaching of Critical Care Medicine in Hospital of Traditional Chinese Medicine Clinical Teaching

SHI Yi, CHEN Wei, KONG Qingyin, MU qier, MENG Lingpeng, SUN Xin

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

Abstract: The development of critical care medicine is the embodiment of medical technology in a hospital. The clinical teaching of ICU is difficult, and students in TCM colleges have less chance of exposure to critical diseases. As a TCM clinical teaching hospital, ICU bears more and more important responsibilities. In teaching practice, while constantly improving the level of modern medical technology, we will not forget to carry forward the advantages and characteristics of traditional Chinese medicine. This paper applies two models (Phase target model and module grouping model) to the clinical teaching work of ICU to explore the teaching mode suitable for the severe clinical treatment in TCM teaching hospitals.

Keywords: hospital of TCM clinical teaching; critical care medicine; clinical teaching

重症医学(critical care medicine, CCM)是现代医学的重要组成部分,重症监护室(ICU)是医院危重病人集中管理的处所,是重症医学的实践基地,这里应用最先进的诊断和监测技术,对病情进行连续、动态和定量的观察;通过有效的干预措施,对危重病人进行积极的治疗,从而大大地提高了危重病人救治的成功率。危重病患者的特殊性,注定了其病情的复杂性、整体性,也提高了对实习医学生的要求。诊断与治疗时必须改变既往培养医学生的那种孤立的心血管系统、呼吸系统或血液系统的思维。危重病医学的快速发展,要求在临床教学中补充危重病医学基础,追踪理论构建、药物研究、仪器应用的发展前沿。

然而目前国内的现状是,绝大多数的西医院校未设立“重症医学”的独立科目,而中医院校的学生接触重症医学和危重病的机会则更少,所以对于中医院校的学生而言,ICU是个陌生而且复杂的医疗环境,常会使医学生感到恐惧和焦虑,导致了教学质量不佳。作为中医教学医院,其中ICU承担着更多的重任,不断提高现代医学技术水平的同时,不忘发扬传承中医药优势与特色,因此ICU的临床带教工作就显得尤为重要。

近年来我科通过对硕士研究生、博士研究生、规范化培训住院医师、专科培训住院医师在ICU的临床实习

教学的实践探索,对教学过程中遇到的问题进行认真分析,并采取针对性的措施,改变教学理念,提高和改善师资配备,制定完善的教学计划,在教学上不断改革突破,致力于取得更好的临床教学效果。

1 内容与实施

第一次进入我院ICU轮科的医学生及住院规培医师,虽然其学历均为硕士或博士研究生,但在基础学习过程中,几乎没有涉及过重症医学的专科知识,面对各种各样的仪器设备又缺乏操作训练,由鉴别诊断、支持治疗到操作实践这样的大跨度的知识涉及面^[1],令他们在抱有浓厚兴趣的同时,可能会产生一定的畏难情绪。立足我院实际情况,轮转时间有限,仅有1~2个月的时间,故运用阶段目标式和模块分组式开展教学工作。

1.1 阶段目标模式 第一阶段(了解和熟悉阶段):入科后第1周内:根据科室自身特点,制订我科《ICU入科培训手册》,内容包括ICU简介、ICU团队、ICU入科须知、ICU基本工作制度及ICU出科考核制度等,并每年进行1次适时更新和完善。

在学生入科后的1天内由本科室住院医师统一进行系统培训,以促使大家尽快了解和熟悉ICU工作特点和流程。入科第1周:在对ICU有了初步的了解,根据自身特点制订各自的学习计划书,从而开始在ICU的目标化学习。

此外,在学生入科后让学生参与到最基础的常规事务中,以尽快融入科室工作。

※ 基金项目:上海中医药大学课程建设项目[No.教学633]

* 通讯作者:cwdoctor@163.com

第二阶段（基本技能培训阶段）：入科第 2 周及以后：在学生基本掌握了 ICU 的工作流程后，开始针对性地进行急危重症基本救治技能的培训。内容涵盖：洗手规范、腹腔穿刺抽液术、胸腔穿刺抽液术、骨髓穿刺术、心肺复苏技术、气管插管等多方面。每周 2~3 项，由科室四位副主任医师分别负责专项实操培训。对于专业性更强的操作技能，如血流动力学检测、深静脉置管、血液进化技术等仅作介绍了解。

第三阶段（病例讨论提高阶段）：入科第 3 周及以后：在学生对 ICU 的主要病种和临床特点有了较多的感性认识后，开始问题引导式专题讨论教学，可以采用疑难病例、危重病例、死亡病例讨论形式或是教学查房形式，从临床实际病例出发，采用专科知识点讲评、病例讨论和小组病例讨论等多种模式自由组合^[2-3]。

1.2 模块分组模式 模块分组式带教分为人文知识模块和专业知识模块两大部分^[4]。

人文知识模块主要在进入 ICU 最初的 2 周内开展，开展形式为午间小讲课，内容涉及人文关怀、职业道德素养、医患沟通。ICU 收治的患者大多非常危重，随时需要抢救，而且没有家属陪同，24 h 仪器的声响无法正常休息睡眠，且 ICU 是一个相对封闭的环境，很多患者异常紧张、恐惧，特别是在 ICU 停留时间长的患者，经常发生谵妄、躁狂、抑郁等 ICU 精神异常综合征或是幽闭恐惧症。这就需要对医学生的爱伤观念和职业道德教育，在临床带教时，务必要严肃，不能在患者面前谈笑风生；培养医学生高度的责任心和同情心，要主动和患者及其家属沟通，鼓励安慰患者战胜疾病，即使是比较糟糕的病情也得注意有艺术地委婉地表达，同时要表达清楚疾病的危重性以及预后，取得患者及其家属的信任。此外，还要加强对患者的关心和爱护，比如行 CRRT 时要注意给患者保暖，配合护理人员做好生活护理，病情危重时密切观察病情，这些都是医学生必备的基本职业素质。

专业知识模块有八大部分组成，是针对 ICU 的主要工作内容进行分解，进行理论讲解和临床传授，包括：容量监测技术及血管活性药物的使用、器官支持治疗和替代治疗技术、镇静镇痛、抗感染治疗、重症患者营养支持治疗、侵入性操作技术、对重症护理工作的认识、中医药在危重中的应用^[4]。其中，中医药在危重病中的应用体现了我院作为中医医院的特色，ICU 所具有的理论系统、科研方法、信息来源等方面的基础知识得到良好的发展，为中医药的应用开辟了更新更广阔的前景。目前，我科在治疗危重病中，结合相应的中医药治疗得出了一定经验，如在重症肺炎、感染性休克、重症胰腺炎等疾病的治疗中均发挥了中医药特色，传承适用于危重症的中医思维模式，包括整体观和证候整合性等，这些也作为专业知识模块的重要组成部分，运用于临床

教学中，为培训对象开拓了危重病治疗的新思路。

2 评价机制

2.1 出科考核 根据 ICU 的科室特点，采取动态性评估和静态评估相结合，考核内容分为 3 部分：综合表现评估、出科理论考核和出科床旁考核，占比值为 3:4:3。所有考核完成后形成最后总分，并对学生进行具体的反馈。其中综合表现评估由负责的带教教师进行评分，主要从学习态度、查房表现和平时工作 3 方面进行总体评价，占总分的 30%；出科理论考核采取闭卷考核，时间 2 h，考核内容包含知识点问答题和临床实践题两部分，其中又充分考虑各考生不同的专业和基础，分别设计了必答题和选答题，占分 40%；出科床旁考核采取现场考核法，4 位带教对 4 组学生进行交叉考核，随机抽取所主管床位的病人进行考核，完全随机应景命题，考题 3 道，分别为病例汇报题、临床思维题和操作技能题，各占 10 分，主要考查学生对主管病人病情的熟悉程度、基本临床思维的能力和基本操作技能的掌握情况，占总分的 30%。70 分及以上为合格，85 分及以上为优秀。

考核情况如下，自 2017 年 10 月—2018 年 6 月共计 8 个月内，将阶段目标模式结合模块分组模式运用到 ICU 的临床教学工作中，培训轮转学生共计 52 人，其中硕士研究生 16 人，博士研究生 10 人，住院医师 26 人。接受以上两种模式教学的学生，学习成绩普遍较好。出科考核评估合格者 52 人，其中优秀 30 人，合格率 100%，优秀率为 57.7%。等待积累一定的原始数据后，将根据不同轮科时间、不同学历层次、不同轮科需求的医学生或轮科医生的完成情况，进行定期分析、持续改进。

2.2 反馈 制订《ICU 轮训学习模式教学意见反馈表》，在轮训结束前一周发给学生填写，以调查两种模式教学过程中反馈好的方面和待提高、完善的方面，从而促进 ICU 教学工作的不断改进。调查及反馈意见表问卷不记名填写，主要调查学生对本科室的教学方法、知识全面性、教学重点突出、理论结合实践这几个方面的满意度^[5]。具体结果见表 1。

表 1 学生对教学满意度评价结果 [n=52, 例(%)]

	满意	一般	不满意
教学方法	48(92.3)	4(7.7)	0(0.0)
知识全面性	40(76.9)	12(23.1)	0(0.0)
教学重点突出	39(75.0)	13(25.0)	0(0.0)
理论与临床结合	35(67.3)	27(32.7)	0(0.0)

3 讨论

在以往的中医医院临床带教工作中，重症医学科的教学往往不受重视，且存在较大难度，本研究立足于 ICU 的临床工作，运用阶段目标和模块分组模式的教学，为培训对象提供一个全面掌握 ICU 基本知识及技术的有利契机。

阶段目标模式中，在学习现代医学大量技能的同时，使得培训对象学习到课本中中医内科学较少涉及的危急重

症,并让培训对象对此基本有全面地掌握与深入的了解。模块分组模式中,除了专业知识还涉及具有一定的现实意义的人文知识模块,使得文化传统对教学方法发挥辅助和补偿作用^[6]。在当今的医患环境之下,ICU面临着更加尖锐的问题,如何更好地诠释人文关怀?如何提升自我职业道德素养?如何把握好与家属、患者的沟通等直接关系到治疗能否更为有效地开展。在ICU轮转期间,学习良好的沟通技能对于未来的白衣天使们也是大有裨益的。而专业知识模块整合了实用的西医诊疗危重病技术与中医诊疗危重病特色,让中医教学医院的学生在接触、了解原本陌生的重症医学同时,融合传统中医思维去探索并不古老的重症医学。

以上是对中医教学医院中重症医学临床教学的一次探索,可以看到运用阶段目标和模块分组模式教学的学生出科考核结果较为理想,同时,学生对这两种教学模式的满意度达到了92.3%,而且大部分学生认为学到的知识较全面、教学重点突出、理论知识能与临床实践相

结合。虽然数据量有待完善、经验有所欠缺,但仍希望能够不断推动重症医学教学工作的进步与发展,持续探索适用于中医教学医院的教学模式。

参考文献

- [1] 陈伟焘,赵馥,叶金. 提纲式、任务式教学法融合的重症医学临床教学模式[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(10):58-59.
- [2] 颜芳,张敏州,郭力恒,等. 分阶段目标管理法在综合性ICU临床教学中的运用[J]. 医学教育探索, 2010, 9(2):216-219.
- [3] 何斌,毛燕飞,阮正上. ICU临床带教的实践探索与创新[J]. 新课程研究(中旬刊), 2015, 10(3):42-43.
- [4] 张振辉,温艺超,熊旭明. 重症医学科研究生模块式教学体会[J]. 卫生职业教育, 2016, 34(5):54-55.
- [5] 谢银均,李华,陈文玉,等. 阶梯式教学法在ICU临床带教中的应用[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(1):100-101.
- [6] 吕红日. 教学方法的有效性思考——欧美日主要发达国家二十世纪七十年代以来教学方法变革的历程与启示[J]. 当代教育科学, 2010, 25(22):45-49.

(本文编辑:张文娟 本文校对:吴晓莉 收稿日期:2018-08-29)

基于本科生导师制培养针灸推拿专业学生创新思维及科研能力的思路[※]

张小卿 吴景东 张志星 苏 汝

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110847)

摘要:大学生创新思维与实践能力的培养是当前我国高等教育推进素质教育的核心课题。针对目前本科生创新思维能力的不足与科研能力培养质量不高的实际问题,以中医院校针灸推拿学专业为例,在本科生导师制教学过程中,为培养学生的科研创新能力,从影响科研创新能力的因素、培养经验、教育教学改革等方面,探讨如何快速高效提升针灸推拿本科生的科研创新意识,培养其独立的创新思维和科研实践能力。

关键词: 针灸推拿;本科生;创新思维;科研能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.005

文章编号:1672-2779(2019)-01-0010-03

The Thinking of Cultivation of Innovative Thinking and Scientific Research Ability of Students Majoring in Acupuncture and Massage Based on Undergraduate Tutorial System

ZHANG Xiaoqing, WU Jingdong, ZHANG Zhixing, SU Zhuang

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

Abstract: The cultivation of innovative thinking and practical ability of college students is the core subject of promoting quality education in China's higher education. In view of the shortage of Undergraduates' innovative thinking ability and the low quality of scientific research ability training, taking the specialty of acupuncture and massage in colleges of traditional Chinese medicine as an example. In the teaching process of undergraduate tutor system, in order to cultivate students' scientific research innovation ability, from the factors that influence scientific research innovation ability such as training experience, education and teaching reform, this paper discusses how to improve the scientific research innovation consciousness of acupuncture and moxibustion and massage undergraduates quickly and efficiently, and cultivate their independent innovative thinking and scientific research practice ability.

Keywords: acupuncture and massage; undergraduates; innovative thinking; scientific research ability

大学生是衡量社会核心竞争力的中坚力量,而具有较强专业知识储备的、国际化的、具有一定创新能力的

“当代大学生和研究生”更是改革开放的成果之一。2016年5月,国家主席习近平在全国科技创新大会上明确提出“为建设世界科技强国而奋斗”的目标。因此,在全国范围内扩大本科生招生规模的情况下如何有效提升本科生的创新思维能力与科研能力是一个重要且急需解决

※ 基金项目:辽宁省教育厅教学研究项目[No.JG16DB268];辽宁中医药大学教学研究项目[No.LNZYJG2018022]

的问题^[1]。

本科生科研意识的缺乏和创新思维能力的不足会让他们主观愿意或客观上不得不停留在“被动接受知识”的层面，且会造成创新思维及科研能力的匮乏。对大学生创新思维及科研能力的培养进行研究，有利于大学生创新思维意识的形成，提高大学生的科研实践能力。明确中医院校对大学生科研创新能力培养的定位，促进其转变教育观念，改革人才培养模式，使得中医院校积极地为营造良好的科研创新氛围。

1 本科生创新思维及科研能力的培养现状

我国的高等教育早期只注重本科生专业能力的培养，“十二五”以来，特别是2014年9月在夏季达沃斯论坛上李克强总理提出，要在960万平方公里土地上掀起“大众创业”“草根创业”的新浪潮，形成“万众创新”“人人创新”的新态势。此后创新创业教育作为各大院校人才培养目标的基础手段和重要措施，越来越受到高校的重视，对科研和创新能力的要求越来越紧迫^[2]。而实际上，我国对本科生创新思维和科研能力的培养尚未形成完整的体系，在校本科生创新意识淡薄，创新思维匮乏；只有少部分学生跟随教师参与科研课题，而且参与科研活动的积极性不高，独立承担科研课题能力不足，只是依附于教师从事课题的日常工作。因此，如何加强培养大学生良好的学习态度、将创新创业能力培养融入专业教育中，加强科研思维和自主创业能力，培养适应社会发展需要的复合应用型人才，是高等院校教育面临的新型重大课题。

2 影响本科生创新思维及科研能力的因素

围绕影响中医院校针灸推拿专业大学生科研创新能力的因素，从学生个体、学校培养和指导教师三个方面展开研究。学生个体方面^[3]，从创新思维、创新技能、创新实践等角度出发，了解到学生的创新思维还停留在“被动式思维”模式中。针灸推拿专业的本科生在学习专业知识时，一味的被动接受知识，不会质疑所学内容的权威性，固化思维，导致创新思维匮乏，创新技能基础较差；在科研选题上缺乏主动性，固化的思维使开展的科研课题单一、重复，没有新意。同时对针灸推拿方向课题研究的科研方法和规范了解不足。

在学校层面，从课程开设、制度管理、创新氛围的角度出发，了解到中医院校跨专业课程设置较少，与针灸推拿专业相关的科研活动较少，缺少专业人士去统筹规划科研活动的开展。同时，对于本科生的科研创新活动^[4]，学校缺少对其鼓励的政策，没有形成良好的规章制度，导致学生缺乏对科研创新活动的热情及积极性。除此之外，高等院校对于介绍科研活动开展方法，如何选题，如何操作等课程开设较少，使一些具有创新思维

的学生，止步于想象，缺乏实践，导致原有的创新思维逐渐被磨灭。

指导教师方面，高等院校虽然有强大的教学团队，丰富的教学资源，但是却缺少可以承担带领学生发散创新思维、引领学生做课题研究的指导教师资源^[5]。指导教师资源的贫乏，使高等院校的创新科研活动氛围不浓，学生对其热情锐减，使培养学生创新思维的道路受到阻碍。

指导教师的资源短缺、学校相应的奖励政策没有完善、学生的积极性锐减等都将是影响本科生创新思维及科研能力的重要因素。

3 针对性的进行教育教学改革

教育教学改革是高等院校对学生各种能力培养的最基本要求。针对中医院校对于针灸推拿专业本科生创新思维及科研能力的培养，可以从课程改革和大学生创新创业活动两方面入手，让学生具备创新思维，并且使科研能力也有所提高。下面，针对这两方面进行更进一步的探讨。

3.1 从课程改革入手 以中医院校针灸推拿专业学生必修课实验针灸学为例，近年来，我院进行实验针灸学课程改革，将教学目标定位为培养本科生的创新思维，提高科研能力，并借助课程教学内容的优势，取得了一定的进展。

实验针灸学的教学内容主要是总结多年来国内外针灸经络研究结果，以往的教学，侧重点在于让学生了解当下针灸研究的最新动态和发展趋势，学习并掌握针灸作用机理研究的基本理论和基本观点，教学以教师为主体，学生是被动的学习和机械的记忆，部分同学认为对将来从事临床指导意义不大，因此学习积极性较差。我们经过一系列的教学研究活动，认为本课程除了掌握针灸学研究动态外，重点应该在于通过学习针灸学科学研究的基本程序、方法和技巧，提升学生科研素养，提高从事科学研究必备的能力，例如，如何进行科研设计？如何进行中英文文献检索？如何撰写论文？使之成为学生必备的技能，使学生学会独立思考，使其具有创新思维及分析和解决问题的能力，为将来进一步开展针灸科学研究打下坚实基础。我们采取PBL、翻转课堂等多种教学方法对学生创新能力、综合素质进行培养，学生由被动学习变为主动学习，学习积极性大大提升，提升了学习能力同时期末考试成绩也大幅提高。

此外，提高学生动手能力也是培养创新创业和科研能力的重要环节^[6]，因此，实验教学非常重要，在进行教学计划时，教师尽量压缩理论课时，增加实验课的学时，并且增添一些实验设备，基本保证3~5人一套实验设备，让每个学生都有动手的机会，改变了

原先一些学生只站在老师身边而没有进行实际操作演练的状况,提高学生的主动性、积极性。通过日常实验课的学习,从而提高本科生科研能力和创新思维。以往的实验课在内容上只是对理论的验证,缺乏创新性,在实验方法上也只是模仿,学生始终处于被动的模式。因此,我们在选取实验课内容时,应增加综合性和设计性很强的实验课内容。通过综合系统的分析一个知识点内容或病例,培养学生思考问题的逻辑性,以全面性、发散性的思维提出问题探讨问题,从而提高针灸推拿专业本科生创新思维。我们在实验课中专门增加了创新性实验内容,学生在学习科研方法的内容后,对临床上感兴趣的问题自己选题,教师引导学生选择可设计的知识点,指导学生从不同机能状态、穴位特异性、刺激方法、针刺强度、针刺时机等几个方面进行设计,使学生形成发散性思考,通过文献检索确定实验方案,交给老师进行审阅,再进行分组讨论,选出最佳方案,最后学生根据自己所设计的方案完成实验,写出实验报告,实验不拘泥于基础研究,根据实验室条件也可进行临床研究。这样,不但提高了学生的科研兴趣,还培养了学生独立思考、系统的运用所学知识、创新思维等科研创新所需的能力^[7]。同时,在实验教学中,针对学生动手能力弱的缺陷,还应加强科研方法和技能训练等教学内容,开设辅助课程并安排综合性实验,进行知识、能力、素质的综合培养,让学生在反复的实验中得到科研能力的提高。

除此之外,教师进行授课时,要多以提问的方式让学生学会独立思考^[8]。例如,针灸治疗脑血管病的作用及机制?教师可以在授课开始时不直接对其进行全面讲解,而是直接以提问的方式对学生进行提问,针灸治疗脑血管病的作用有哪些?这样的授课方式比直接讲解更能锻炼学生学会独立思考,发散思维。

3.2 从大学生创新创业活动入手 大学生创新创业训练计划项目(简称“大创计划”)是人才培养模式改革中的有益探索。通过实施国家级大创计划,帮助高等学校转变教育思想观念,改革人才培养的模式,强化创新创业能力的训练,提高高等院校学生的创新能力和在创新基础上的创业能力,以此来培养适应创新型国家建设需要的高水平创新人才。

那么,如何从大学生创新创业活动入手来培养针灸推拿专业本科生创新思维及科研能力呢?

首先,设立一个科创统筹部门。该部门的主要职责是收集各类“大创”比赛信息,为有想法的学生们提供更多的信息,避免有想法的学生因获取比赛信息不及时而失去机会,丧失了对其创新思维及科研能力的培养。

其次,设置“导师制”。甄选的本科生导师均为高年

资、高级职称,具备较高的思想政治素质、高尚的品德、渊博深厚的专业知识、端正的教学态度及严谨治学风格的教师组成一个“导师团队”。以针灸推拿专业本科生为例,每班30人,可以分成3组,每组由1个导师带领。这样的分配可以让学生更加系统的学习针灸推拿专业方向的科研方法,创立更多新颖的课题。学生们灵活多样的思维方式结合导师的专业素养为针灸推拿进行更深层面的研究提供保障。“导师制”的设立可以让学生在导师的带领下更加自信,更加专业的参与“大创”,以增加获奖几率。

最后,设立奖励政策^[9]。可以根据学生参与比赛的获奖情况进行相应奖励,通过奖励政策来提高学生参与的积极性。

通过以上措施,更好地带动学生们的热情,营造浓厚的科研创新氛围,对学生的创新思维及科研能力进行培养,使他们更好地参与“大创”,为针灸推拿方向的研究开拓更宽广的道路。

4 结语

在“人人创新”的浪潮和适应经济发展新常态的大背景下,大学生创新思维与科研实践能力的培养是当前我国高等教育推进素质教育的重要课题。科研能力和创新思维体现了一个人的综合素质。科研能力是创新思维的根本和基础,创新思维的培养与科研能力的提高相辅相成。国家、民族的繁荣兴盛离不开创新精神,社会的高速发展需要创新型人才。当代大学生作为推动国家发展的源动力,更需要具有较强的创新思维和科研能力。对于针灸推拿专业本科生来说,只有具备该能力,才能为中医药事业发展提供更多先进的理论和技术。

参考文献

- [1] 何基生.大学生自主学习能力的内涵、构成及培养[J].湖南科技学院学报,2012,33(5):75-78.
- [2] 国务院办公厅.国务院办公厅关于深化高等学校创新创业教育改革的实施意见[J].中国大学生就业,2015(18):4-5.
- [3] 邓洪中,周志强.大学生创新创业教育体系的问题与对策[J].创新与创业教育,2014,5(1):33-35.
- [4] 周全,程国富,肖金华,等.大学生科技创新能力培养体系的探索与实践[J].高等农业教育,2013,30(9):87-91.
- [5] 黄锁义,黄世稳,李容,等.本科生导师制下大学生科研创新能力培养的研究与实践[J].高教论坛,2011,38(4):246,254.
- [6] 李荣梅,梁慧,赵宇丹,等.大学生科研训练计划与创新型人才培养的思考与实践[J].中国继续医学教育,2016,8(35):28-30.
- [7] 唐铁军,谢书山,李寅甲.加强大学生科技创新能力培养的实践与思考[J].中国现代教育装备,2010,13(7):146-148.
- [8] 张召.谈硕士研究生创新思维与科研能力培养[J].计算机教育,2016,14(11):37-40.
- [9] 傅彦,任立勇,陆鑫,等.面向新时期的计算机专业研究生创新人才培养模式探索[J].计算机教育,2013,11(9):36-39,43.

(本文编辑:张文娟 本文校对:隋月皎 收稿日期:2018-09-11)

对分课堂教学法在方剂学中的应用※

王亚梅 董秋梅 刘春慧 张志芳*

(内蒙古医科大学中医学院方剂教研室, 内蒙古 呼和浩特 010010)

摘要:我们将模式应用到中医专业方剂学的教学实践当中,收到了良好的教学效果,提高了教学质量,并对实践过程中存在的问题进行反思。

关键词:教学改革;对分课堂;教学质量

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.006

文章编号:1672-2779(2019)-01-0013-03

The Application of Presentation-Assimilation-Discussion Class Teaching Method in the Teaching of Prescriptions of Chinese Materia Medica

WANG Yamei, DONG Qiumei, LIU Chunhui, ZHANG Zhifang

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

Abstract: We applied this model to the teaching class of traditional Chinese medicine professional formulation, which has received good teaching effect, improved teaching quality, and reflected on the problems existing in the practice process.

Keywords: teaching reform; presentation-assimilation-discussion class; teaching quality

“对分课堂”是一种全新的教学模式,它与传统的教学方式相比有很大不同,“对分课堂”更加注重学生自身能力的发挥、自身潜力的挖掘、自我学习的调控,把过去的教师全程传授、学生被动学习变成了教师引导学生积极主动去学习,它把教学在时间上清晰的分为 3 个过程:讲授(presentation)、内化吸收(assimilation)和讨论(discussion),因此也简称 PAD 课堂^[1]。

1 对分课堂提出的背景

在这个信息万变的时代,互联网发达的今天,高校学生学习的途径很多,接触到的知识面更广,信息量更大,我们传统的教与学,已经远远跟不上时代发展的要求,教学改革势在必行,如何提高高校的教学质量,培养具有自主创新能力的高精尖人才,一直是很多从事高校教育的专家和学者关注的话题。对分课堂教学模式是由复旦大学心理系张学新教授于 2013 年 10 月率先提出的一种具有原创意义的高校教学模式,对分课堂的核心理念是把一半课堂时间分配给教师进行讲授,另一半时间分配给学生以讨论的形式进行交互式学习,故这种教学方式在高校的教学受到了师生的广泛关注^[2]。我们也把这种模式应用到中医专业方剂学的教学课堂当中,就“对分课堂”的教学模式在中医方剂学教学中应用的体会介绍如下,供大家参考讨论。

2 对分课堂在方剂学中的应用

2.1 对分课堂的实施效果 我们在认真学习了对分课堂的实质内涵的基础上结合中医学专业方剂学这门课程的特点后,实验性的开展了对分课堂的教学模式,对分课堂实施以来师生角色发生了很大的变化,学生学习的主动性明显增强,尤其是课堂讨论使得每一个学生都能动起来,课堂气氛活跃,以前课堂总有个别学生玩手机,发呆的情况也时有发生,无论老师如何投入地讲,也难以有个别学生对教学的内容不感兴趣,被动机械的接受知识,学生听得时间长了,精力就会疲劳,思想自然就会开小差,下课的时候甚至发现有的学生趴在桌子上睡着了。实施了对分课堂以后这种现象则很少出现,学生学习的兴趣明显提升,对分课堂让学生真正成为学习的主角,学生学习的主动性明显增强,提高了教学质量。

2.2 对分课堂的教学对象 在我校 2017—2018 学年第二学期的中医学专业定向班实验性的开展了对分课堂的教学模式,5 年制本科专业,本班共 25 人,其中男生 10 人,女生 15 人,男女比例 1:1.5。方剂学为中医专业学生的必修课,是中医学基础和临床的桥梁课,共计 72 学时,教学任务为 18 周,每周 4 学时,每节课 50 分钟,发放问卷调查 25 份,满意率达 90%。

2.3 对分课堂的教学方式 首先我们统一印发了对分课堂相关介绍的小册子,让学生熟悉和了解一下什么是对分课堂,对分课堂的实施流程。我们主要采用的是隔堂对分的形式,分为 5 组,每组 5 人,例如:这节课学完一首方剂“麻子仁丸”学生内化吸收以后,我们会在下节课让学生先做情景表演(6~8 分钟),一个学生是患者

※ 基金项目:内蒙古医科大学教学改革项目[No.NYJXGG2017073];内蒙古医科大学方剂学在线开放课程[No.NYZDKC2017033];内蒙古医科大学青年创新基金项目[No.YKD2016QNCX009];内蒙古医科大学优秀教学团队[No.NYJXTD201703]

* 通讯作者:1131794336@qq.com

叙述临床表现,另一个学生则根据其临床表现开出方来,其他学生根据上节课以及课下查阅资料的信息,来讨论这个情景当中的过程以及结果。从而既掌握这首方剂的主治和功效以及药物组成,同时也理解了方剂的配伍特点。这样的情景表现使学生对所学知识的记忆牢固,既省去很多在课下专门背诵的时间,同时又提高了学生对所学理论知识的实践能力^[3]。

2.4 对分课堂作业的回馈 我们的作业采取纸质版和电子版相结合的方式,电子版的就是通过对分易这个平台,把作业在网上完成提交,大家也可以在平台上相互讨论,教师在网批阅,教师根据学生完成的作业的质量给出评价,优、良、中、差,纸质版的给出相应分值。这种开放性的学习方式,给学生一个宽松、自由的发挥空间,也是对教学效果的一个阶段性反馈,作为过程性评价的一部分。

3 对分课堂的反思

3.1 对分课堂的“度”的掌握很关键 对分课堂比以往的课堂要宽松,留给学生的时间较多,因为大约有一半的时间要留给学生,而此时的教学设计就很重要了,讲多少正合适,既要把重要的知识传递给学生,又能激发学生探索知识的热情,讲的太多,则学生讨论的时间就相对减少了,毕竟是有课时要求的;而讲的太少,学生对所学新知识又不够了解,这样就很难引入对深层次知识的理解和探讨。在讨论的环节发现一个问题,学生有时候把讨论的问题边缘化,耗时多,偏离重点和难点。所以,“度”的把握就尤为重要了,课堂时间有限,教师要及时引导,教师每次上课之前要提前做好教学设计,准备好讨论的问题,针对重点和难点内容进行讨论,学生通过老师的讲解和自身的讨论使得对知识的理解进一步加深,对内容的记忆更加牢固,而小组讨论学生之间还可持不同见解,取长补短,相互学习交流,既增加友谊又加强学习^[4]。

3.2 对分课堂对考核的调整 对分课堂的考核方式应注重形成性评价,这是保证“对分课堂”教学效果的关键一环。实施对分课堂以来,我们对学生的考试也做出相应的调整,我们将以往的期末卷面成绩考核变成了分间断考核,平时作业考核成绩占30%,实践考核占30%,期末考试成绩占40%,科学评价。对分课堂采用过程性评价,不仅考核知识,还要考核能力。平时给学生布置作业的目的在于督促复习,保证学生理解基本内容,并能进行深入、有意义的交流讨论,重点是对学生的学习态度和创造性进行评价。这样既可以全面考核学生的学习情况以及对知识的掌握程度,还可以根据形成性评价的结

果,发现教学中存在的问题,从而调整和改进教学,激发学生的学习兴趣,不再只注重结果而忽略了过程,相对来讲对学生更加公平。

3.3 对分课堂学习的形式多样化 对分课堂可以灵活应用,可以是当堂对分,也可以是隔堂对分,可以根据教学内容的不同,采用不同的方式进行,内容简单的就采取当堂对分的形式。如果教学内容比较难一些,就得多给学生留一些内化吸收的时间,课下查资料、找文献,采用隔堂对分的形式效果更好。既可合理安排教学课时,又可以很好的发挥学生的自主学习能力。

3.4 对分课堂对教师的影响 对分课堂的这种教学模式对教师来讲也是一个挑战,对分课堂教学模式并不要求教师对课程进行全面讲授,而是提纲挈领式的讲授,要求教师做好引导学生学习为主,注重知识的框架结构和难点重点的指引,提炼内容精要,分析基本概念和基本原理,对学生进行思维引导,为学生自主学习提供基本学习框架和思路,充分发挥先行组织者的作用。教师在这一教学过程中充当的是“引导者”的角色,课堂上要“有所讲,有所不讲”,着重运用“抛石琢玉”教学法,引起学生的兴趣。对分课堂对青年教师提出了更高的要求,作为青年教师,通过“对分课堂”教学模式的应用,有一定的教学收获,但更多是认识到自身教学能力的欠佳。对分课堂虽然在一定程度上减轻了任课教师课堂教学负担,减少了教学中的机械性讲授的成分,却对教师的学术知识、临床经验储备以及综合素质提出了更新更高的要求。尤其是方剂学作为中医临床与基础的桥梁课程,应用灵活、实践性强,背诵的东西多。因此要求任课教师不断提升教学水平、积累教学经验,提高临床实践技能,对青年教师而言是不小的促进与挑战^[5]。

4 体会

“对分课堂”是一个适用范围极广的教学方法,对比传统教学方法,“对分课堂”教学模式均取得了一定的教学效果。对分课堂作为一种新鲜教学模式,其在实践过程中不可避免的存在诸多问题。本教学团队在教学实践中最突出的问题是,学生在学习过程中仍然对任课教师过度依赖,角色难以转变,教师和学生都难以适应,故需要磨合的过程。对分课堂作为一种新的教学方法,更符合学生获取知识的认知规律,是中国高校课堂教学模式改革的一个探索,每一个新事物的产生都需要不断去完善改进,“对分课堂”也是如此。通过对“对分课堂”的实践应用,一方面能吸引学生的学习的兴趣,另一方面督促教师提升自身的

综合水平,极大的提升了教学质量,培养了学生的自主创新能力、思辨能力、提出问题、解决问题的能力,激发了持续学习的动力,实现教师角色转型,增加学生之间、师生之间的互动交流。为高校的教育教学改革做出了积极的探索,也是提升高校人才培养质量的必由路径,就像雨后春笋,枝繁叶茂,一派生机盎然的景象,值得进一步研究推广。

参考文献

[1] 张学新. 对分课堂:大学课堂教学改革的新探索[J]. 复旦教育论坛,

2014, 12(5):5-10.

[2] 李欣. 对分课堂:有中国特色的大学教学新方法[J]. 学周刊, 2016, 10(10):16-17.

[3] 王秀霞,康美清. 高职护理专业中医护理学教学改革研究与实践[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(5):111-112.

[4] 温雅,曲夷,张沁园. 对分课堂在伤寒论教学中的探索与应用[J]. 中医教育, 2017, 36(5):47-49.

[5] 田甜,徐雅. 对分课堂在中医学基础课程教学中的实践与反思[J]. 中医教育, 2017, 36(6):41-43.

(本文编辑:张文娟 本文校对:康永 收稿日期:2018-09-07)

混合式教学线下见面课教学的组织※

——以经络腧穴学课程教学为例

张治楠 黄泳* 杨路 曲珊珊 钟正 张继革

(南方医科大学中医药学院,广东 广州 510515)

摘要:随着混合式教学改革的推行,学生在完成线上学习任务后,教师对于线下见面课的掌控和指导就显得至关重要。本文以经络腧穴学课程为例,从线下见面课教学的课程内容、教学方法选择和教学难点三方面出发,介绍了如何充分发挥教师在混合式教学中的主导作用,从而实现线上线下结合、课内课外互补的混合式教学模式,为《经络腧穴学》的混合式教学实践提供参考。

关键词:混合式教学;经络腧穴学;线下教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.007

文章编号:1672-2779(2019)-01-0015-04

Organization of Offline Study in Blended Learning

--Taking Teaching Design for Meridians and Acupoints as an Example

ZHANG Zhinan, HUANG Yong, YANG Lu, QU Shanshan, ZHONG Zheng, ZHANG Jiping

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

Abstract: With the ongoing process of blended learning reformation, after students finished their online tasks on their own, it's crucial for teachers to organize offline study properly. Here, we demonstrate an offline teaching design for Meridians and Acupoints. Our design focuses on the content of courses, teaching methods and teaching difficulties, all aiming to give full play to the leading role of teachers in blended learning, thereby to achieve the organically combination of online and offline studies, and also to provide a reference for blended learning reformation of meridians and acupoints.

Keywords: blended learning; meridians and acupoints; offline study

混合式教学,是指把在线教学和传统教学的优势结合起来的一种“线上”+“线下”的教学新模式^[1]。混合式教学旨在以两种教学组织形式的有机结合为桥梁,将学生由浅到深地引向深度学习。这种教学模式的一大特点就是教学活动以教师为主导,关注如何帮助学生取得最优化的学习效果。其核心环节是“线上”、“线下”教学的有机结合^[2]。线上教学充分调动了学习过程主体——学生的主动性、积极性与创造性。线下教学则需要教师发挥引导、启发、掌控的主导作用^[3]。因此,在

学生完成了线上的学习任务后,教师在线下学习中的参与和指导也是重要环节。

经络腧穴学课程是五年制针灸推拿学专业的学生的主干课程,是专业能力培养的基础理论和核心内容。本课程的学习目标是掌握人体经络系统的组成、循行分布及其所主病症,掌握腧穴的归经、定位及主治功效,用以指导辨证施治,为临床实践打好基础^[4]。

对于经络腧穴学的混合式教学,线上教学主要是学生的自学,以观看短视频为主要形式^[5]。经络腧穴学学习平台设计遵循“知识碎片化、游戏情景化、考核全程化”的组织建构逻辑^[4]。在网络课堂上,学生们可自由安排上课地点,利用互联网进行线上学习交流、讨论分析疑难问题、提交作业,老师则是在线上指导学习、答疑及批

※ 基金项目:广东省质量工程项目【No.C1033550,C1034458】;南方医科大学高水平大学—创新人才培养项目【No.2017JG03】

* 通讯作者:nfhy@smu.edu.cn

改作业等等。较传统的教学模式而言,线上教学充分调动学生的积极性,学习效率明显提高。但我们在教学实践中发现,学生在线上教学中对知识的整体把握仍有欠缺,在线上提出的问题也没办法全部解答,他们对知识点的理解也不能非常深入,单一线上教学还远远不够^[6]。因此,在线下见面课中,教师应当积极发挥其主导作用,引导学生建立系统的知识体系,加深学生对知识的理解和记忆,进一步激发学生的学习兴趣,促进自主学习,协作学习,形成线上线下互补的高效教学模式。

笔者在初步混合教改实践中,就教师线下教学见面课组织方面积累了一定的经验,总结如下。

1 线下见面课教学内容的组织

1.1 知识系统化 在线上教学中,主要是基于MOOC (massive open online courses) 或SPOC (small private online course) 课程平台的学习,知识点相对碎片化,以一个短视频来体现。很多学生在线上自主学习的过程中对每一个知识点掌握的很好,但是缺乏系统性,将零散的知识系统化,需要教师将教学内容进行全面梳理,建立相对系统的知识体系^[7]。在经络腧穴学的教学中,如果把一条经上的腧穴比作一个个的文字,这条经就是一句话,而整个经络系统就是一个故事。如果线上自主学习的任务是认识这些字,那么线下见面课老师的任务就是引导学生把这些文字串联成一句话,最终的学习目标就是理解这个故事。

以手太阴肺经为例,本经起于中焦,属肺、络大肠;从气管、喉咙横出腋下(中府、云门),从胸前沿上臂内侧前缘(天府、侠白)下行,下过肘中(尺泽),沿前臂内侧桡骨边缘(孔最),进入寸口——桡动脉搏动处(经渠、太渊),止于拇指桡侧端(少商);其腕后支脉从腕后(列缺)走向食指桡侧端,与手阳明大肠经相接。而“经脉所过,主治所及”,可知其本经腧穴主治咳、喘、咯血、咽喉痛等肺系疾患及上肢病证。课上如此梳理,学生自然而然就把手太阴肺经的循行特点与本经腧穴联系起来了。

1.2 解决疑难问题 线上学习将学生变为主动学习,但在线上学习的过程中,学生会对知识点产生疑问。此外,线上学习是兴趣驱动的碎片化学习过程,学生无法辨别重点知识点。因此,在线下教学中,教师应当组织学生讨论,对其学习过程中出现的问题进行答疑解惑。教学中突出教学重点,优化教学方案,提高教学效果。

如体表解剖标志定位法中的腕横纹的定位。腕横纹属于活动的体表解剖标志,常用于前臂及腕关节附近的腧穴的定位及前臂经穴的纵向距离的确定,如太渊、内关、骨度分寸定穴法中前臂的长度。但是大多数人有2~3条的腕横纹,而且目前的教材并没有明确提出应当以哪条为标准进行腧穴定位,因此学生在寻找腧穴时会有

疑问。临床治疗中,为方便针刺治疗,多以骨节和肌腱为标志进行定位,即大多角骨的桡侧下缘取太渊穴,豌豆骨的桡侧取神门穴,两筋之间定大陵穴等。学生在书本上找不到答案,老师解答,事半功倍。

又如腧穴名称的记忆中,学生对与生僻字学习常有困难。但腧穴的名称均有一定的含义,《千金翼方》指出:“凡诸孔穴,名不徒设,皆有深意。”历代医家以腧穴所居部位和作用为基础,结合自然界现象和医学理论等,采用取类比象的方法对腧穴命名。了解腧穴命名的含义,有助于熟悉、记忆腧穴的部位和治疗作用^[8]。以颧髎穴为例,颧即颧部,髎即骨隙,此穴在颧部骨隙中,故名曰颧髎。课堂上简单一提,学生对颧髎穴的定位印象更加深刻。

1.3 加强知识的理解和记忆 学生完成线上自主学习后可能会忽略复习及知识点的进一步理解和内化。因此,如何让课堂变得有趣、生动,促进学生的理解和记忆就显得非常重要^[9]。教师在线下授课中,应当充分运用各种多媒体技术(视频、图片)、引用经典著作中的熟悉语句及歌赋,加深学生对与重要知识点的记忆,提高教学效率的同时,也增加了学生的学习积极性和课程趣味性。

如在学习“耳前三穴(耳门、听宫、听会)”及其各自归经时,学生可以结合以下歌诀进行记忆:“三小姐大胆,入门进宫开会”。定位上,由上到下依次是耳门、听宫、听会,即“入门进宫开会”;归经上,三穴分别属三焦经、小肠经、胆经,即“三小姐大胆”。如此一来,学生对于耳前三穴的归经定位学习就变得妙趣横生,对于本知识点的记忆也更加深刻。

1.4 知识和技能的综合提高 经络腧穴学在一定意义上是针灸推拿学专业学习的基石,也是临床能力培养的第一步。而且课程中设置中也以临床常用穴位为主,无疑是为后期临床综合技能的培养打基础^[10]。因此,在线下见面课的教学中,教师应适当地结合临床进行教学。可以列举一些经典的临床案例,或者布置学生课后利用网络、图书馆,查找运用腧穴治疗某些疾病的相关的报道。

如在学习至阴穴时,可以设计一个“胎位不正”的病案,设置如下问题:“现代医学有哪些方法可以治疗胎位不正?现代医学治疗胎位不正的适应证及禁忌证是什么?针灸治疗胎位不正可以选用哪些穴位?至阴穴属哪条经?至阴穴如何定位?为什么名曰“至阴”?至阴穴为什么能治疗胎位不正?至阴穴治疗胎位不正如何操作?有何注意事项?”学生在教师的引导下,对知识点的认识更加多层次,知识体系更丰满,同时促进学生综合临床技能的拔高,为其后临床技能培养打下坚实基础。

2 线下见面课教学方法的运用

2.1 翻转课堂 翻转课堂 (flipped classroom) 是指学生在正式上课前,利用教学视频等学习资源进行自主学习,教师在课堂上组织学生开展讨论,以小组协作学习的形式开展教学^[11]。翻转课堂将传统教学流程中的“先教后学”顺序转变为“先学后教”,实现了教学流程的逆序创新,从而促进教学绩效的最大化。

随着“爱课程”等教育课程资源共享平台的建立与推广,教师在混合式教学中,先让学生在课前利用线上平台进行自主学习,等到正式上课时,再通过系统的教学设计促进学生的知识内化,实现混合式教学。既充分利用线上平台指导学生进行线上自主学习,又培养学生的自主学习能力和良好的学习习惯^[12-13]。

如在对十四经循行及腧穴进行梳理时,以团队合作的学习形式,将学生分为十四个小组,每组负责一条经的循行路线和腧穴定位展示,课前要求学生利用线上平台自行复习十四经的循行路线和腧穴定位方法。在正式见面课时,请学生对本组负责的一条经的循行路线和腧穴定位展示,并请各组之间相互检查,纠正错误,同时对常见错误及难点进行讨论,最后教师总结十四经循行规律及取穴技巧,课程完毕后利用平台自行组卷进行阶段性的考核。如此一来,将教学的重心从“教”转移到“学”,从“老师”转移到“学生”,鼓励学生自主学习,增加学生的参与度,从而提高学习效率以及教学质量^[14]。

2.2 腧穴SP教学 标准化病人 (standardized patient, SP) 是指经过训练可以模仿临床病人的情况,可以在医生的临床技能考核中扮演病人、教师和评估者等多重角色的人。标准化病人又被称为模拟病人、病人演员或病人指导者。SP 常用于医学生临床技能的教学及实践评估中,也常用于培养医学生的职业态度^[15]。目前,SP 教学被广泛运用于国内外各个专业的临床教学与评估,而且大量实践表明,较传统教学方式而言,SP 对于提高学生交流技巧和强化查体技能是非常有效的^[16-17]。

在经络腧穴学的教学中,熟练掌握常用腧穴的定位非常关键。传统的教学中,学生多是在自己或者是同学的身体上进行点穴操作,而运用 SP 教学能提高学生对于腧穴定位的学习效率^[18]。经络腧穴学的 SP 教学首先由辅导教师主持 SP 培训,SP 培训的内容是腧穴归经、定位、主治及注意事项。点穴过程中,SP 配合学生所点穴位的特点,选择合适的体位和姿势,点穴完成后,由教师和 SP 组成讨论小组,按照严格、统一的规则,对每一位学生的点穴情况进行评估,指出不足,纠正错误。面对统一标准,学生对腧穴的定位掌握程度得到了公平、公正的反映,也提高了学习效率。

2.3 点穴实操 考虑到经络腧穴学直接关系到学生临床能

力的培养,课程设计往往会将理论与实践相结合,培养学生的动手操作能力。我们在课程设置中,每个单元都专门安排了对应的训练性实验。即先将学生两两组队,要求学生根据实验课前线上线下学习到的相关知识点,在同组同学身上互相描画出对应经脉的循行路线,同时找到本经全部腧穴,进行描点。学生如果有疑问或遇到困难,可以随时请教老师。完成描画后,教师根据学生的完成情况进行指导、纠正及点评,提醒学生在临床实操过程中的注意事项、常见错误,归纳总结。这样一来,同学们在实践中学,更好地巩固了理论知识。

2.4 模拟执业医师考试 中医执业医师考试由国家中医药管理局组织开展,是针灸推拿学专业人才从医的行业准入考试,也是评价学生专业知识与技能水平的重要标准,中医执业医师考试在一定程度上能反映专业课程的教学质量及教学效果水平^[19]。且中医执业医师考试分为技能考核和综合笔试两个部分组成,对于实践技能考核未通过者,无法笔试。实践技能考试中的第二站即中医基本操作,其中针灸学内容在本站操作内容的 40% 左右,常用穴位的考核更是历年必考环节^[20]。

因此,经络腧穴学的教学应当与中医执业医师资格考试有机结合,有目的地培养学生临床综合能力。除了在线上各单元测试中增加历年中医执业医师考试题,书面考试中融入简单的临床案例,增强学生对腧穴的综合学习及运用能力,还可以设置模拟执业医师考试,如在操作技能考核中设置执业医师考试中医基本操作模拟环节,参照执业医师考试环境及评分标准进行考核,使学生提前熟悉执业医师考试。

2.5 任务学习 教师还可采取任务学习的方式激发学生自主学习的兴趣。以腧穴学教学为例,将学生划分为多个学习小组,学生在课前以小组为单位,利用书本、网络、图书馆等资源,归纳比较特定穴,如比较所有名字带“风”字的腧穴。在正式见面课中,以任务小组为单位,进行比赛,看哪一组的归纳更多。赛后教师对这些带“风”字的腧穴进行总结,特别是风池、风府、风门、风市 4 穴,这 4 穴均善治风疾,且均常用于治疗外风,如风邪引起的遍身瘙痒。而风府、风池也是治疗内风的常用穴,对于眩晕、中风有很好的疗效。如此一来充分调动学生的学习积极性,达到事半功倍的教学效果。

3 线下见面课教学难点

3.1 教师为主导 混合式教学从教师的主导地位出发,关注如何帮助学生取得最优化的学习效果。考虑到经络腧穴学的课程设置特点,教学必须充分发挥教师的主导作用。具体表现在重点难点的规划、思路指导、增强兴趣三个方面。在课堂上的重点难点学习指导中,教师应当起到“点灯人”的作用。

以足太阳膀胱经的腧穴的学习为例,本经腧穴共 67 穴,学生难免会望“穴”生畏,而且 67 穴中许多穴位并非常用穴位。因此,教师可根据腧穴临床实际应用情况将腧穴分为重点腧穴与一般腧穴,在教学中突出重点腧穴,引导学生有侧重地学习和记忆。此外,教师的主导地位还表现在主持疑难问题的讨论环节,引导学生自主解决问题,提升学生自主学习和独立思考的能力。亦可运用各类多媒体技术及课堂小游戏,增加学生的学习兴趣。

3.2 共同学习 对比传统教学方法,混合式教学模式下的学生常常能够就课程学习的知识点提出问题,这说明他们对这些知识点掌握到了一定的程度,对这些知识点进行了思考^[21]。但如果学生的提问,教师也不会,该怎么办呢?我们的经验是,老师以身作则,言传身教,指导学生查阅相关资料,共同探讨,一起解决问题。曾有学生提出:教材上描述章门穴的定位是“在侧腹部,当第十一肋游离端的下方”,但在实际操作时找到第十一肋非常困难。老师也不知道,怎么办?最后老师和学生一起查阅各类临床经验,发现“第十一肋游离端的下方”与“屈肘合腋时,肘尖之下”差不多,与人体模型比对也成立,因此临床取穴方便多了。如此师生共同学习,问题迎刃而解。

3.3 时间的掌控 混合式教学注重调动学生的积极性,课堂氛围非常活跃,但一节课的时间有限,课堂教学不可能做到面面俱全。特别是每位学生的理解程度有差异,在自主学习后,每个人都会产生各种问题。因此,有效地组织、高效地运用有限的课堂见面时间,点面兼顾,是教师在混合式教学线下教学的又一难点。而且《经络腧穴学》是针灸推拿学学生接触的第一门专业课程,知识点也较多,掌控课堂教学时间显得更加重要。

面对如雨后春笋般冒出的问题,教师可以重点解答被提及较多的和学生无法自行解决的问题,剩下的问题可以运用线上教学平台或 QQ 等移动通讯,鼓励学生在这些平台上讨论,必要时由教师出面解答。如此一来,既能有效地组织、高效地运用有限的课堂见面时间,又突破时间、空间限制,培养学生的疑问意识及自主学习的能力。

经络腧穴学的混合教学改革中,核心环节是“线上”“线下”教学的有机结合。教师作为教学的主导者,在线下教学中应当注重知识系统化、解决疑难问题、加强知识的理解和记忆以及知识和技能的综合提高。教师可以运用各类教学方法来辅助教学,如翻转课堂、腧穴 SP 教学、点穴实操、模拟执业医师考试及任务学习。当然,混合式教学的线下课堂教学应当以教师为主导,掌控好教学时间分配,保证教学质量。在面对学生提出的问题,老师如果无从解答,也应当保持终生学习、共同学习的心态,在教学实践中不断提升自我。师生共同努力,推

动经络腧穴学的混合教学改革,促进针灸推拿学专业学生的专业技能全面、协调发展。

参考文献

- [1] McGee P R A. Blended Course Design: A Synthesis of Best Practices[J]. Journal of Asynchronous Learning Networks, 2012, 16(1):7-22.
- [2] 李逢庆. 混合式教学的理论基础与教学设计[J]. 现代教育技术, 2016, 26(9):18-24.
- [3] Mozellius P, Hettiarachchi E. Critical Factors for Implementing Blended Learning in Higher Education[J]. International Journal of Information & Communication Technologies in Education, 2017, 6(1):4-18.
- [4] 胡蓉. 《经络腧穴学》学习平台构建及在翻转课堂教学中的应用[J]. 中国针灸, 2016, 36(11):1197-1201.
- [5] 王峥, 苏小红. MOOC+SPOC 混合式教学研究[J]. 计算机教育, 2017, 15(1):91-94.
- [6] 刘建武, 杨仁英, 陈日新, 等. 谈《针灸学》“四性”教学法[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(3):483-485.
- [7] Friesen N, Osguthorpe R. Tact and the pedagogical triangle: The authenticity of teachers in relation[J]. Teaching & Teacher Education, 2018, 70: 255-264.
- [8] 封敏, 卢圣铎. 探讨腧穴命名在腧穴教学中的重要性[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(7):105-106.
- [9] 王晓燕, 汤继芹, 英振昊, 等. PBL 教学法在《经络腧穴学》教学实践中的应用[J]. 中国针灸, 2015, 35(2):176-178.
- [10] 陈晓军, 方针. 《经络腧穴学》教学的点滴体会[J]. 中国针灸, 2011, 31(2):169-171.
- [11] 祝智庭, 管珏琪, 邱慧娴. 翻转课堂国内应用实践与反思[J]. 电化教育研究, 2015, 36(6):66-72.
- [12] 黄焕琳, 肖炜, 黄泳. 中医英语教学中“翻转课堂”的运用[J]. 中医药导报, 2016, 22(8):122-125.
- [13] 阙宝朋, 刘英杰, 杜文龙. SPOC 环境下基于翻转课堂的混合式教学实践与反思——以高职“计算机网络基础”课程教学为例[J]. 中国教育信息化, 2017, 23(12):44-47.
- [14] 曾丽莹, 曲姗姗, 钟正, 等. 《经络腧穴学》混合教改教学设计[J]. 中医药导报, 2017(11):123-125.
- [15] Wallace P. Following the threads of an innovation: the history of standardized patients in medical education[J]. Caduceus, 1997, 13(2):5.
- [16] Nestel D, Roche J, Battista A. Creating a quality improvement culture in standardized/simulated patient methodology: the role of professional societies[J]. Adv Simul (Lond), 2017:2:18.
- [17] Cleland J A, Abe K, Rethans J J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42[J]. Medical Teacher, 2009, 31(6):477.
- [18] 陈静, 王升旭, 李求实, 等. 针灸学教学中运用 SP 的教学设计[J]. 南方医学教育, 2007, 7(1):97-98.
- [19] 尹萌, 马铁明. 以中医类别执业医师资格考试为向导的本科教育教学改革[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(6):42-45.
- [20] 邹燕齐, 黄泳. 基于中医、中西医执业医师资格考试优化针灸学教学内容[J]. 卫生职业教育, 2013, 31(6):60-62.
- [21] 高俊明, 郑长龙, 黄冬. 初三学生化学学习提问水平研究[J]. 现代中小学教育, 2006(4):39-41.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王升旭 收稿日期:2018-09-07)

生物化学对分课堂中微课运用的思考※

王鹏翔 扈瑞平 邓秀玲 孙计桃 叶书梅 李存保*

(内蒙古医科大学基础医学院生物化学与分子生物学教研室, 内蒙古 呼和浩特 010110)

摘要:以教师和学生需求为导向的医学生物化学教学内容,根据学生学习水平的差异,“对分”课堂和微课的教学方法引入到了医学生物化学的教学中,教师讲授和学生讨论“对分”课堂时间,并在时间上隔开1周的时间,保留足够的时间让学生在课后自主学习,并辅助以微课资源,进行个性化的内化吸收。该教学模式的实施激发了学生的学习兴趣,培养了学生的自主学习能力,提高了课堂教学的吸引力,改善了教学效果。

关键词:生物化学;对分课堂;微课

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.008

文章编号:1672-2779(2019)-01-0019-03

Thinking on the Application of Micro-class in the Presentation-Assimilation-Discussion Class of Medical Biochemistry

WANG Pengxiang, HU Ruiping, DENG Xiuling, SUN Jitao, YE Shumei, LI Cunbao

(Department of Biochemistry and Molecular Biology, Basic Medical School, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010110, China)

Abstract: The content of the biochemistry is designed based on the requirements of teacher and student. According to students' study achievement on different levels, the micro course and presentation-assimilation-discussion (PAD) class have been used in our courses over the last three years. The PAD class is a new teaching method combining the advantages of lecture and discussion. Its key idea is to allocate half of the class time to teachers' presentation and the other half to students' discussion. The presentation and discussion are separated so that students can have one week in self-regulated learning and individualized assimilation with the help of micro course resources. The teaching reform stimulated students' interest in learning biochemistry. It also could cultivate autonomous learning ability of students, which is a basic attainment of modern college students. The effectiveness of reform teaching has been improved greatly.

Keywords: biochemistry; presentation-assimilation-discussion class; micro class

目前,医学教学改革中引入了多种新的教育模式和理念,尤其是快速发展的信息与网络通信技术不断渗透到医学教育中,迅速提高了医学教育信息化的程度,因此医学教育资源建设得以改善^[1]。而微课作为一种新型的教学模式,其产生的时代背景就是顺应信息技术的快速发展,并且已经成为我国教学改革和教育信息化资源建设的关注点^[2]。“对分”课堂作为一种较新的大学教学模式,其产生的时代背景就是顺应中国高等教育的国情^[3]。生物化学是一门非常基础的医学基础课程,学习难度大,重点难点零散,且开课对象主要是低年级医学生,传统的教学模式效果不佳。因此,目前教师所面临的一个问题就是怎样推进医学生物化学教学改革,提高医学生物化学的教学效果^[4]。

1 微课模式的提出和概况

微课最早是在2008年由美国的戴维·彭罗斯提出,他认为微课是一种以建构主义为指导思想,以简单明了的宗旨提炼主要概念,采用移动学习平台或在线学习的

方式,随时随地为学生提供的微短课程^[5]。随着互联网的高速发展,通过互联网获取信息是我们最简便有效的方式,且短时间内可获取庞大的信息量,而微课就是依赖于互联网而不断成熟起来的一种新型教学模式。微课的主要优点就是“微”,即微课视频的时间不宜过长,学习者可以在很短的时间内完成某些知识点的学习,其组成的方式较多,主要是由微课内容、微课教学手段、微课思路、随堂测试、课外习题、课后作业以及教学视频等多部分构成。微课的教学实际上是沿用传统的教学模式,辅助现代的网络教学视频而学习教学内容的教学模式,在教学课堂中尽可能多的播放教学视频而进行相关知识的学习^[6]。在整个过程中,教师作为教学的重要引导者,应该更加重视微反思、微教案、微课件等所需内容的准备工作,切实保证微课教学的顺利进行。

2 对分课堂模式的提出和概况

“对分”课堂教学模式是由复旦大学张学新教授提出的,其教学模式是在传统讲授式教学模式中引入讨论式的教学,提倡将课堂还给学生,让学生自主参与教学活动,从而提高课堂教学效率。该模式核心理念是对课堂时间重新分配,一部分时间用于教师讲授,一部分时间留给学生进行讨论交流^[7]。同辈互助教学理论的创立

※ 基金项目:内蒙古医科大学教学改革项目课题资助【No. NYJXGG2018008】

* 通讯作者:licunbao5159@sina.com

者马祖尔认为学习是一个“知识传递”与“吸收内化”相结合的过程,内化是心理认知过程,往往比“知识传递”更能决定学习效果^[8]。传统教学模式偏重对学生“知识传递”而忽视学生对知识的“内化”,学生被动接受知识,而分组讨论式教学往往在授课后“当堂交流讨论”,缺乏“内化”这一过程,严重违背了学习的基本心理学规律。对分课堂将课堂讲授与课堂讨论在时间上错开,保证不同学生有充分时间去内化吸收重点难点。因此,对分课堂教学模式将传统课堂教学过程分为三个模块,即讲授、内化吸收与讨论。教师可根据具体课程特点,形成合理灵活的对分设计。针对教学过程进行改革的对分课堂,因其需要的资金不多,经济适用性很强,因此课堂的开展很容易实施。对分课堂不但保留了传统课堂讲授的精髓,还融入了参与、讨论、研究以及合作等其他学习模式的优点^[9],有效地激发了学生的学习兴趣,培养了学生的思维能力和创造力,使学生由被动吸收转变成主动学习,提高了课堂教学质量。

3 传统课堂教学模式的弊端

近年来,医学院校进行的课程改革严重减少了基础课程的学时。特别是对于医学生物化学这门既抽象又错综复杂、知识点零散、难点居多、又与临床检验紧密相关的学科,教师在课堂内只能讲授重点和难点,根本没有时间延伸一些与课堂内容相关的知识,如科研实践、临床应用甚至是知识动态和前沿,也没有时间增加与学生之间的互动交流^[10]。因此,单单依靠传统的课堂教学模式,学生很难意识到学习医学生物化学的重要性和必要性,更加不能理解生物化学在以后临床中的作用。而且多数学生对学到的生化知识一知半解,似懂非懂。考试前只能通过突击性死记硬背的方式应付考试,而每年的考题也很少涉及课堂以外的知识,这样极其不利于激发学生的创造力。另外,教学形式单一,学生兴趣很难被激发,“填鸭式”的教学模式大大削弱了学生的自主能力,这对学生今后自我提高职业水平有一定的负面影响。

4 “微课+对分课堂”教学模式的应用

生物医学是当今科学界最具有活力和潜力的学科。生物化学作为其医学课程重要基础学科之一,不仅在科学研究领域发挥重要作用,许多相关技术和研究成果也已经广泛应用于临床,如在疾病预防、诊断甚至是临床治疗中都起着重要作用。但生物化学却成为了医学生最不想上的课程之一,究其原因,主要是因为该门课程是从分子层面来讲解体内生物有机大分子的结构、功能、代谢过程、代谢产物及不同大分子代谢的相互联系和调节,整门课程呈现理论知识抽象不容易理解、内容枯燥繁多、知识点分散、名词概念长且拗口、各个代谢途径交叉反复,并且代谢过程又涉及有机化学知识,学生如

果课前不进行预习,很容易跟不上教师的节奏,丧失对生物化学的学习兴趣和热情,为此采用微课和“对分”课堂的教学模式^[11-12]。微课即是把教学中的重点和难点制作成短小精悍的视频,将教师课堂传授内容转变为富有视听效果的微视频课程,学生使用各种移动设备随时随地学习课程。而微课作为一种“接受性学习”教学模式,其只能用来辅助教学,并不能完全取代课堂教学,更不能取代教师讲授。因此,使用微课教学模式的同时结合“对分”课堂,留一部分时间给学生讨论,并把讲授和讨论时间错开,让学生在课后有1周时间讨论学习交流等,进行个性化的内化吸收。例如糖代谢章节,讲到经典的三羧酸循环的时候,可以结合自身研究和科学前沿,给学生展示下三羧酸循环的一些代谢产物具有的重要生理活性,如调节生命活动、肿瘤细胞为什么要进行有氧糖酵解;总之微课所体现的内容最好能跟科研以及临床相关,因为在医学院校学生对与临床相关的课程更加关注,也更加感兴趣。这种看得见、摸得着且有可能马上可以应用于实践的知识更容易激发学生的学习兴趣,因此要把“对分”课堂和微课紧密结合起来以改善医学生物化学的教学效果^[13]。

5 小结

随着逐渐多样化的教育模式和学习方式,微课辅助下的“对分”课堂教学模式,有效地弥补了传统课堂“满堂灌”的缺陷,大大激发了学生的学习热情,提高了学生的自主学习能力。此种微课和“对分”课堂结合的教学模式,关系到“对分”课堂和微课的比例及“对分”课堂各环节的比例,和如何建立更客观合理的考试体系等很多实际问题,这些问题的解决将在随后的教学中进一步摸索。此外,微课和“对分”课堂的实施不仅要求教师要能吃透知识点,合理安排课堂,更加需要根据学生学习水平的差异适时调整教学安排,加强学习交流,真正成为学生学习的引导者,让学生充分发挥各自的学习能力,学习更多的知识,提高科学素养。

参考文献

- [1] 李悦,郭爱叶,高岚.医学教育教学改革的研究[J].河北医科大学学报,2018,39(4):469-472.
- [2] 汪宗桂,左长清,张志珍,等.医学生物化学“助学型”微课的教学设计[J].基础医学教育,2018,20(2):144-147.
- [3] 孙丽平,田爱香,贺民.“对分课堂”教学方法在高校中的应用[J].菏泽学院学报,2016,38(6):106-110.
- [4] 蒋小英,宁启兰.医学生物化学教学改革的实践探索[J].基础医学教育,2018,20(1):15-17.
- [5] 张一川,钱扬义.国内外“微课”资源建设与应用进展[J].远程教育杂志,2013,31(6):26-33.
- [6] 赵慧,蒋挺.基于微课的“翻转课堂”在高校教学中的应用[J].中国成人教育,2017,26(1):97-99.
- [7] 张学新.对分课堂:大学课堂教学改革的新探索[J].复旦教育论坛,2014,

- 12(5):5-10.
- [8] 王尔馥. 网络环境下的高校对分课堂教学模式改革[J]. 高师理科学刊, 2016, 36(5):89-91, 97.
- [9] 王芳, 王瑞金, 冯莉娟, 等. 高校对分课堂(PAD)教学模式实践[J]. 教育教学论坛, 2017, 9(11):148-149.
- [10] 郑君芳, 贺俊崎. “微课”与“翻转课堂”应用于生物化学教学的初步探讨[J]. 继续医学教育, 2014, 28(11):71-73.
- [11] 张春霞. 基于自媒体平台“微课+对分课堂”调查研究[J]. 中国成人教育, 2017, 26(5):55-58.
- [12] 李荷, 刘彩虹. 生物化学教学改革探索与实践[J]. 基础医学教育, 2016, 18(1):32-35.
- [13] 仲晓娟, 张玉凤. 微课辅助下大学英语对分课堂教学改革探[J]. 黑河学院学报, 2017, 8(10):90-91.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:叶纪诚 收稿日期:2018-08-03)

以学生为中心的温病学教学方法探微※

曾 兰

(湖北中医药大学温病教研室, 湖北 武汉 430061)

摘 要:温病学是中医“四大经典”课程之一, 具有中医基础与临床双重性质。在温病学的教学过程中, 通过分组管理法、任务驱动法、案例教学法、图表演示法、联系对比法、模拟教学法等多种教学方法及策略的综合运用, 能更好的促进学生掌握中医知识、提高辨证能力, 更充分的体现“以学生为中心”的教育理念。

关键词:温病学; 教学方法; 以学生为中心

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.009

文章编号:1672-2779(2019)-01-0021-03

Investigation on the Teaching Method of Febrile Diseases Based on Student-centered Education

ZENG Lan

(Department of Febrile Diseases, Hubei University of Chinese Medicine, Hubei Province, Wuhan 430061, China)

Abstract: As one of the "four classics" courses of Chinese medicine, febrile disease has both clinical and basic characteristics of traditional Chinese medicine. In the teaching process of febrile diseases, I often use the teaching methods, such as grouping management, tasking driven method, case teaching, diagram contact demonstration method, comparative method, simulation teaching method and so on many kinds of teaching method and strategy, which can promote students to master knowledge, improve the ability of syndrome differentiation of TCM, and embody the "student-centered" education philosophy.

Keywords: febrile diseases; teaching method; student-centered education

中医“四大经典”是中医基本理论的灵魂、根基所在, 对学生全面掌握中医理论体系, 构建中医基本理论框架有着重要地位, 对培养中医高级人才有着不可替代的作用。中医“四大经典”课程之一的温病学, 是一门具中医基础与临床双重性质的学科, 在夯实中医基础知识、基础理论, 以及指导中医临床各科热性病的诊断治疗中都有着重要意义。

我们在教学工作中发现, 学生普遍认为《伤寒论》中所学理法方药的临床应用比温病学更广泛, 《温病学》也较之《伤寒论》难学, 所以对温病学的学习不及《伤寒论》的学习《温病学》兴趣浓厚。如何充分调动学生学习积极性, 如何更好促进学生将所学知识迁移、内化, 更好的应用于临床, 是我们在教授温病学过程中不断努力、寻求创新的关键方向。

1 教学目标

1.1 知识目标 温病学是研究温病发生发展规律及其诊治和预防的学科, 有着自己独特的理论体系和辨证论治方

法, 其病因学、发病学、诊断学、治疗学的内容为其它各科打下基础, 并且其理论和经验有效的指导着临床急性感染性疾病的辨证论治, 也为内科、儿科、妇科、五官科等提供理论和临床指导^[1]。这样一门具备重要理论和实践意义的经典学科, 内容丰厚浩瀚, 学生学习起来有一定难度。我们在教学过程中, 要不断改善教学策略和方法, 使学生更好掌握温病学的知识。

1.2 能力目标 (1) 辨证分析能力: 学生通过学习温病学上篇温病的概念、病因和发病、辨证、诊法、治疗, 以及中篇风温、春温、暑温、湿温等各病, 能够掌握基本概念、基本理论、基本知识, 并熟练运用于临床外感热病的辨证治疗中, 将书本的知识迁移于临床实践。(2) 中医思维能力: 学生通过对温病学系统的学习, 进一步加深理解温病病证局部和整体的一体观, 并在此基础上提高具备温病特色的思维能力, 更好的将知识内化, 培养高阶思维能力。(3) 知识拓展能力: 为了将书本的知识更好的内化, 理论与实践更完美的结合, 学生可通过阅读相关古籍、现代书刊杂志, 以及利用互联网资源, 收集跟师抄方中与温病相关典型医案, 查找并获得与本学科相关联的

※ 基金项目: 湖北省高等学校省级教学研究项目【No.2017354】

教科书以外的知识,拓展知识的深度和广度,提高查阅资料、分析资料的能力,并培养学生自主学习的能力。

1.3 情感目标 (1) 培养学生的中医热情:通过温病经典案例分析,以及师生换位教学法,即由学生讲解收集到的典型医案,让学生充分认识“疗效是中医的生命力”,建立“读经典-做临床”的良性循环,坚定学习中医的信念,增加学习中医的热情,树立中医人的思维。(2) 培养被动灌输到主动渴求的意识:通过对比学习法、案例教学法、小组讨论式、启发式、理论联系实际等多种教学方法的联合,使学生充分认识到温病是临床上常见病、多发病,通过对本门课程的学习,认识到温病理法方药能解决临床上多种西医无法解决或治疗效果不佳的疾病,让学生在内心深处自发的想学好本门课程,学好中医,为毕业后走上工作岗位打下坚实的基础。(3) 培养良好师生、生生关系:师生换位、小组讨论、课堂互动、辅导答疑等教学手段的开展,在巩固学习本门课程知识的基础上,增强学生学习兴趣,加深中医思维,并且增进学生之间互帮互助、团队协作、团结友爱的情感,也拉近学生与老师的距离,加强学生与老师建立良好的人际关系。

2 学情分析

2.1 知识结构 温病学开设于大学三年级下学期或四年级上学期,学生已系统学习过中医基础课程及部分中医经典等课程,已构建良好的知识结构体系,中医知识较为扎实。针对学生知识结构良好的情况,在教学中根据教学章节的特点,结合中医古籍及现代研究,加深、拓展本章节的教学内容。

2.2 学习兴趣 学生在临床跟师或见习实习的过程中,看到的更多是老师运用伤寒论中经方治疗临床杂病的成功案例,在与学生课后交流中发现,学生对《伤寒论》学习兴趣很深厚,对温病学的学习热情较之《伤寒论》有所欠缺。在课堂教学中,多引入温病经典案例,如上世纪蒲辅周用白虎汤治疗流行性乙型脑炎等临床实例,一方面让学生认识温病的理论及方法可以治疗临床上多种急性传染病、感染病,另一方面让学生认识到温病学是对《伤寒论》的继承和发挥,增加学生学习温病学的兴趣。

2.3 学习方法 在温病学上篇的教学中,发现部分学生的学习还停留在对知识“死记硬背”的框架中。辨证论治和整体观念是中医学的两大精髓,要掌握中医的精髓,靠死记硬背是无法掌握要领的,必须将学生的“死学”转换为“活用”。在本门课程的教学过程中,多采用引导、启发、联想、对比等教学手段与方法,让学生领悟中医经典课程的学习,除基本知识的掌握外,更重要的是中医思维能力的训练和培养,中医知识体系的完整构架,能够将理论运用于实践的知识转化能力。

3 教学方法

在温病学教学过程中,为了更好构建学生知识体系,

更好的培养学生中医思维能力,注重知识的迁移和内化,综合运用以下策略方法:

3.1 分组管理法 将全班学生分组,每组8人。在教学中穿插分组讨论、组织汇报、组间辩论、组间竞赛、使每一位学生都积极主动参与课堂学习中。

3.2 任务驱动法 要求各小组学生在跟师过程中或阅读名家医案时,收集整理与温病相关的临床病案,使学生无论在抄方,或是在课堂教学中,注意力更集中,更有目的主动学习。

3.3 易位教学法 将小组收集整理的案例,合理穿插安排于相关教学内容中,以学生为讲授主体,各小组积极讨论,老师最后点评,让学生独立完成收集资料、整理资料、分析备课、书写讲稿、现场讲解、答疑反馈等教学过程,巩固所学知识,加深温病学理论理解的同时,系统有计划的训练学生的中医思维能力,提高临床实践能力、中医素养,并且联络增进学生、师生之间的人际关系。

3.4 案例教学法 在温病教学中合理引入病案资料,以小组为单位讨论,然后各组分别发表意见,进行辩论与交流,最后由主讲教师总结分析。通过案例分析、讨论、辩论,加强学生临床思维能力的培养。

3.5 互动教学法 如何更好的调动学生在课堂中的积极性、主动性,使学生在教学活动中动起来,及时有效的给予授课教师回应和反馈,有赖于主讲老师对整个教学环节的节奏把握和控制,适时的提问设问,启发学生积极思考,紧跟老师的思维,活跃课堂气氛。

3.6 图表演示法 多媒体教学与传统教学模式相结合,根据教学内容,制作表格进行归纳总结,或通过画图配合讲解教学中的重点难点,使学生更好的理解温病理论,掌握温病知识。

3.7 联系对比法 面对大学三、四年级学生开设的温病课,在教学过程中,经常会遇到与前面所学科目中相类似或相重复的内容,通过与中医诊断学、方剂学、中医内科学等科目相联系,与同为外感热病的《伤寒论》对比,巩固学生前面所学知识的同时,加深理解温病与内伤杂证、伤寒的不同,更好的掌握温病特点,夯实中医知识。

3.8 模拟教学法 在温病学的课堂教学中,模拟临床诊疗真实环境,“SP病人”(由学生扮演病人)主诉主症后,通过学生扮演的“医师”对标准化病人进行临床诊疗,老师引导,学生进行辨证论治。激发学生学习兴趣的同时,系统完整的训练学生临床思维分析能力,丰富课堂教学,提高教学质量^[2-3]。

4 辅助教学

4.1 自主学习 为了更好的培养学生的学习能力、运用能力,鼓励学生提前预习、课后复习、查阅资料,拓宽知识面,并且提供学习资源,如参考书:叶天士《温热论》、吴塘《温病条辨》等。(下转第34页)

朱丹溪之六郁学说※

王庆谚 郑洪新*

(辽宁中医药大学基础医学院, 辽宁 沈阳 110032)

摘要:朱丹溪在五郁理论的基础上,首倡“六郁”学说。其将郁证分为气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁、食郁六种类型分别施治,郁证的脉象多沉,病因与情志因素、外感六淫、饮食不节(洁)等有关,其病机为气血怫郁,治疗上以调畅气机为主,兼以除湿、化痰、清热、行血、消食,并独创名方“越鞠丸”“六郁汤”。其“六郁”学说对后世影响极大,至今指导临床实践。

关键词:六郁;朱丹溪;越鞠丸;六郁汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.010

文章编号:1672-2779(2019)-01-0023-03

Six Types of Depression Theory of Zhu Danxi

WANG Qingyan, ZHENG Hongxin*

(Institute of Basic Medicine, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: Zhu Danxi firstly proposed the theory of "six types of depression" on the basis of theory of "five types of depression". Depressive syndrome can be divided into qi depression, wet depression, phlegm depression, heat depression, blood depression and food depression, which can be treated respectively. The pulse of depressive syndrome is usually deep. Etiology is related to emotional factors, six exogenous pathogenic factors and improper diet. Its pathogenesis is qi and blood stasis. Treatment is given priority to regulate qi movement, besides to eliminate wet, resolve phlegm, clear away heat, move blood and digest food. He originally created famous formulas called "Yueju pill" and "Liuyu decoction". The theory of "six types of depression" has a great influence on the later generations, so far, it has guided clinical practice.

Keywords: six types of depression; Zhu Danxi; Yueju pill; Liuyu decoction

元代医家朱丹溪(朱震亨),为“滋阴派”(又称“丹溪学派”)的创始人,为金元四大家之一,其以《内经》中的“五郁”理论为基础,首创“气、血、痰、热、湿、食”的“六郁”学说,并具体详尽地论述了“六郁”的病因病机、证候、治法以及方药,为朱丹溪的重要学术思想之一。笔者从脉象、病因病机、证候、治则及代表方剂四方面对“六郁学说”进行论述,以期更好地指导临床实践。

1 首倡六郁

“六郁学说”由朱丹溪首倡。《内经》有很多关于五气之郁的论述^[1]。《素问·六元正纪大论》中说:“木郁者,肝病也……火郁者,心病也……土郁者,脾病也……金郁者,肺病也……水郁者,肾病也。”提出木郁、火郁、土郁、金郁、水郁的“五气之郁”的论述。唐代医家王冰注解《素问》对郁的解释是“郁抑不申”,对郁证的治法提出“木郁达之,达谓吐之,令其条达也;火郁发之,发谓汗之,令其疏散也;土郁夺之,夺谓下之,令无壅碍也;金郁泄之,泄谓渗泄之,解表利小便也;水郁折之,折谓抑之,制其冲逆也”。直到金元时期,由

朱丹溪汲取各家之长,首次提出“气郁、血郁、痰郁、热郁、湿郁、食郁”的“六郁”学说,见解独到,系统的对郁证加以论述并自成体系。

2 六郁之脉象

据《丹溪治法心要·郁》相关记载,郁脉皆沉。郁证多见气血不顺,则脉象不平和,根据气、血、痰、火、湿、食的不同^[2],而有涩、细、滑、数、缓、紧的不同。《丹溪心法·六郁》有六郁脉象的论述:“气郁者……脉沉涩;湿郁者……脉沉细;痰郁者……寸口脉沉滑;热郁者……脉沉数;血郁者……脉沉;食郁者……气口脉紧盛者是也。”

气郁脉:气郁证脉象多沉涩。造成脉沉涩的原因有很多,朱丹溪认为不外情志不遂、饮食不节。如《金匱钩玄·血属阴难成易亏论》:“水谷之精……注之于脉,少则涩,充则实。”《格致余论·涩脉论》:“或因忧郁,或因厚味,或因无汗,或因补剂,气腾血沸,清化为浊,老痰宿饮,胶固杂糅,脉道阻涩,不能自行,亦见涩状”,“形肥味厚,且多忧怒,脉常沉涩”,《丹溪治法心要·翻胃》:“有气结者,其脉寸关沉而涩”。

湿郁脉:湿郁证脉象多沉细。沉细脉主寒或体虚,而不知细因湿,沉因郁,沉细脉实为湿郁的表现^[2]。

痰郁脉:痰郁证脉象多沉滑。《丹溪治法心要·翻

※ 基金项目:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)项目【No. 2010CB530400】

* 通讯作者:zhenghx2002@126.com



胃》：“有痰者，脉滑数”。又曰：“有痰寸关沉，或伏而大”。《丹溪手镜·评脉一》：“寸脉浮滑者，有痰”“寸脉沉者，属痰”。

热郁脉：热郁证脉象多沉数。《丹溪治法心要·翻胃》：“有热者，脉数而有力”。

血郁脉：血郁证脉象多沉。《丹溪治法心要·翻胃》：“血虚者，脉必数而无力”。

食郁脉：食郁证脉象，左寸脉和平，右寸脉紧盛。如《格致余论·人迎气口论》：“六阳六阴脉，分属左右手。心、小肠、肝、胆、肾、膀胱在左，主血。肺、大肠、脾、胃、命门、三焦在右，主气……人迎在左，气口在右，男女所同，不易之位也。”《脉经》也有“左为人迎，右为气口”的论述。而食郁主要影响脾胃之气，故有人迎脉和平，气口脉紧盛。

《医灯续焰》^[3]言：“沉而滑，则有水有物，痰停之郁也。沉而紧，则寒实有物，食积之郁也。沉而涩，则往来滞涩，气虚不响之郁也。沉而芤，则沉下中空，血虚不濡之郁也。沉而数，则不能炎上，火伏之郁也。沉而细，则附骨流衍，湿着之郁也。”对郁证的脉象做了详尽的论述。

3 六郁之病因病机

朱丹溪把郁证分为气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁、食郁，认为郁证的病因与情志因素、外感六淫、饮食不节等因素密切相关。“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。故人身诸病，多生于郁。”（《丹溪心法·六郁》），指出郁证的病机为气血怫郁。戴云^[4]：郁者，结聚而不得发越也。当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化也，此为传化失常，六郁之病见矣。为郁证的病机做了进一步的阐述，尤以气机郁滞为关键。气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁、食郁之间是密切联系的，日久可相兼为病，或变生他疾。如《景岳全书·杂证谟·郁证》：“或七情之邪郁，或寒热之交侵，或九气之怫郁，或雨湿之侵袭，或酒浆之积聚，故为留饮湿郁之疾，又如热郁而成痰，痰郁而成癖，血郁而成痞满，此必然之理也。”

3.1 七情伤气 气郁为六郁之先。《类经图翼·大宝论》认为七情动神，首先影响气，情志失常，气机失调，而致郁滞不通，百病发之。《灵枢·百病始生》：“余知百病生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，惊则气乱。”《金匱钩玄·火岂君相五志俱有论》中也有相关论述：“今七情伤气，郁结不舒，痞闷壅塞，发为诸病。”“六郁”又可相因为病，气郁可致湿滞，湿滞日久可化火（热），热郁而成痰，痰郁而血不行，血滞而食不消。

3.2 郁皆在中焦 《丹溪心法·六郁》云：“凡郁皆在中焦，以苍术、抚芎开提其气以升之，假如食在气上，提

其气则食自降矣。”气郁，多因情志不遂，忧思过度，或喜怒无常，或突受刺激，损伤脾胃气机，郁结不通，升降失常；湿郁，多因冒雨涉水，或坐卧湿地，导致湿邪困遏脾胃中焦；痰郁，多因脾虚运化失常，内生痰饮；热郁，多因阴虚生内热，或因外感风寒入里化热所致；血郁，多因情志因素，郁久波及血分，或因跌扑损伤所致；食郁，多因过食肥甘厚味，饮食不节（洁），损伤中焦脾胃，失于运化所致。朱丹溪“六郁学说”及所体现的脾胃观思想影响深远，后世医家取其意临证处方^[5]。

3.3 气血怫郁 气血郁滞是导致发病的重要因素。若情志失常，如忧思过度、喜怒无常，或外感六淫，或饮食不节（洁），均会引起气机郁滞，气滞则血行不畅，或郁久化火，或内生痰饮，或食滞不化。如《丹溪心法·亢则害承乃制》曰：“极于六气相承之言，以为制则生化，外别盛衰，害则败乱，生化大病，诸以所胜之气来于下者，皆折其标盛也……土发而骤飘，木发而毁折，金发而清明，火发而燄味？此皆郁极乃发，以承所亢之意也。”

4 “六郁”之证候

4.1 气郁证 《丹溪心法·六郁》云：“气郁者，胸胁痛”。气郁证症见胸胁满闷，两胁疼痛。肝经循行两胁，故胁痛多属于肝。《金匱钩玄·胁痛》云：“肝火盛，木气实”。《脉因证治·胁痛》又有：“肝木气实火盛，或因怒气大逆，肝气郁甚，谋虑不决，风生于肝。皆使木气大实生火，火盛则肝急，瘀血、恶血停留于肝，归于胁下而痛。”认为胁痛多由恼怒伤肝或瘀血、恶血滞留两胁所致。

4.2 湿郁证 《丹溪心法·六郁》云：“湿郁者，周身走痛，或关节痛，遇阴寒则发”。湿郁证症见周身或关节疼痛，湿为阴邪，易侵袭阴位，其性重浊，故其关节沉重疼痛，遇寒加重，得温痛减。正如《丹溪治法心要·湿》所说“诸湿客于腰膝，重痛，足胫浮肿，除湿丹”。

4.3 痰郁证 《丹溪心法·六郁》云：“痰郁者，动则喘”。痰郁证症见痰黏胶固，吐之难出，动则气喘。朱丹溪在《丹溪治法心要·痰》中将痰分为六种“有湿、有热、有寒、有风、有老痰、有食积”，症状各有不同。“痰热者，多挟风，外证为多，或成块吐咯不出”；“湿痰多软，如身倦体重之类”；“风痰多见奇证”；“眩晕嘈杂乃火动其痰”；“喉中如有物，咯不出，咽不下”。并认为痰之为物，在人身随气升降，无处不到，无所不去，百病兼之。

4.4 热郁证 《丹溪心法·六郁》云：“热郁者，瞀闷，小便赤”。热郁证症见瞀闷目赤，小便赤。热郁上焦，见瞀闷，心与小肠相表里，心火下移小肠则见小便赤。正如《丹溪治法心要·浊》：“赤由小肠属火故也”，“小便浑浊，热也；赤者，心虚，多因思虑而得”。

4.5 血郁证 《丹溪心法·六郁》云：“血郁者，四肢无力，

能食便红”。血郁证症见疲乏无力，饮食尚可，便红。《丹溪治法心要·翻胃》云：“血郁于上，积在膈间，有碍气之升降，津液因聚而为痰、为饮，与血相搏而动”。血郁气滞，四肢缺乏濡养而疲乏无力，饮食尚可，血郁随便而出，故见便红。

4.6 食郁证 《丹溪心法·六郁》云：“食郁者，噎酸，腹饱不能食”。食郁证症见噎气吞酸，腹部饱胀，食不能入。如《丹溪治法心要·噎气》中解释到：“噎气吞酸，此系食郁有热，火气上冲动”，《丹溪治法心要·吞酸》“湿热郁积于肝之久，不能自涌而出，伏于肺胃之间”，饮食积滞化热，伏于肺胃所致。

5 六郁之治则及代表方剂

5.1 “六郁”之治则 治疗郁证以调畅气机为主，分治可除湿、化痰、清热、行血、消食，兼以补益元气。朱丹溪在《丹溪心法》中提到郁证的用药“苍术、抚芎，总解诸郁，随证加入诸药……以苍术、抚芎开提其气以升之，假如食在气上，提其气则食自降矣。余皆仿此”，可以看出治疗郁证一般为气郁者开之，血郁者行之或开之，痰郁者消而导之，热郁者清之，湿郁者燥之，食郁者消之。《素问·六元正纪大论》提到：“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之。”王冰也认为“木郁达之，达谓吐之，令其条达也；火郁发之，发谓汗之，令其疏散也；土郁夺之，夺谓下之，令无壅碍也；金郁泄之，泄谓渗泄之，解表利小便也；水郁折之，折谓抑之，制其冲逆也”。《金匱钩玄·火岂君相五志俱有论》论述：“当详所起之因，滞于何经，随经用药，有寒热温凉之同异。若枳壳利肺气……青皮泻肝气……与夫木香之行中下焦气，香附之快滞气，陈皮之泄气，藿香之馨香上行胃气，紫苏之散表气，厚朴之泻卫气、槟榔之泻至高之气，沉香之升降其气，脑麝之散真气，若此之类，气实可宜。”《医灯续焰》中也对郁证的治疗加以论述：“大抵以越鞠丸为主最妙。如欲分治，痰宜济生导痰汤，重则滚痰丸。食宜丹溪保和丸。气宜准绳气郁汤。血宜血郁汤。火宜热郁汤。”可见郁证的治疗需辨证治之，攻补兼施。

5.2 “六郁”之代表方剂

5.2.1 越鞠丸 又名芎术丸，由苍术、香附、川芎、神曲、栀子各等分组成。《丹溪心法》提到越鞠丸，解诸郁，以苍术除湿郁，香附开气郁，川芎行血郁，山栀清火郁，神曲消食郁。凡郁皆在中焦，中焦气机升降失常，此方重在调畅中焦脾胃气机。《推求师意·郁证》中提到“郁病多在中焦。六郁例药，诚得其要。中焦者，脾胃也。”认为中焦最易出现气机的郁滞。需以苍术、抚芎开提其气以升之；香附、栀子以降其气；神曲以和中，使得上下贯通，气机得以升降。因肺属金，主一身之气的升降，而郁为燥邪，燥最易伤肺金之气，故《黄帝内经》有

“诸气愤郁，皆属于肺”一说。

5.2.2 六郁汤 朱丹溪根据气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁、食郁之六郁的不同，创立六首方剂，名曰“六郁汤”。气郁用香附、苍术、川芎，香附需用童便浸泡，以行气开郁。湿郁用白芷、苍术、川芎、茯苓，以除湿行郁，《金匱钩玄·湿》认为二陈汤加酒芩、羌活、苍术、散风之药，行湿最妙。痰郁用海石、香附、姜南星、瓜蒌，《丹溪治法心要·痰》谈到“实脾土，燥脾湿，是治痰之本法也”，并将痰分六种治之“湿痰，苍、白术类；热痰，青黛、芩、连类；寒痰，二陈类；风痰，南星、白附类；老痰，海石、瓜蒌类；食积痰，神曲、麦芽类”，“海粉，热痰能降，湿痰能燥，结痰能软，顽痰能消”。许学士认为用苍术治痰饮成窠囊，行痰极有效。热郁用炒山栀、青黛、香附、苍术、抚芎，《金匱钩玄·火》曰：“火郁当发看何经，轻者可降，重则从其性升之……火急甚重者，必缓之。生甘草泻胃兼缓，人参、白术亦可……凡火盛者，不可骤用凉药，必用温散。”当辨证施治。血郁用桃仁、红花、青黛、川芎、香附。食郁用苍术、香附、山楂、炒神曲、针砂，并随证加减，春加川芎，夏加苦参，秋冬加吴茱萸。

朱丹溪在“五郁”理论上，首创“六郁学说”，将郁证分为气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁、食郁六种类型，认为凡郁皆在中焦，治疗总以调畅气机为根本，兼以除湿、化痰、清热、行血、消食，并独创名方“越鞠丸”“六郁汤”，形成了完整的辨证论治体系，对郁证的治疗独树一帜，并在临床广泛应用，对后世医家产生了极大的影响，充分体现其学术价值。

参考文献

- [1] 汪伟,段雷,谭辉. 中医“六郁”之说学术源流探析[J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 18(2):53-55.
- [2] 李清,潘桂娟. 朱丹溪“六郁”学说浅析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(2):93-95.
- [3] 潘梅. 医灯续焰[M]. 杨维益,点校. 北京:人民卫生出版社,1988.
- [4] 刘河间,张子和,李东垣,等. 金元四大医家医学全书[M]. 太原:山西科学技术出版社,2012:803.
- [5] 朱林平,徐宗佩. 朱丹溪“六郁学说”与脾胃关系谈[J]. 天津中医药, 2013, 30(8):482-483.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李敬林 收稿日期:2018-09-07)

中醫美藏

周易太极阴阳演变的规则及蕴义

贾 耿

(内蒙古包头市青山区振华中医医院内科, 内蒙古 包头 014030)

摘要: 太极阴阳的演变有一定的规则, 它在两仪四象八卦及六十四卦演变的每一个环节都蕴含着不同凡响的意义。两仪阴阳互根和四象阴阳互用的模式是我们自然界结构与运动的理论模型, 八卦的三爻是我们宇宙万物三联体遗传密码的理论模型, 六爻的六十四卦是我们宇宙万物六十四个遗传密码的最高境界。在宇宙, 太阳和地球这个阴阳对立统一体存在着阴阳互根互用的结构模式和运动模式。在人体, 命门与五脏也存在着太极阴阳互根互用的结构模式和运动模式。

关键词: 周易; 太极; 阴阳; 天地太极阴阳; 人体太极阴阳; 阴阳互根互用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.011

文章编号: 1672-2779(2019)-01-0026-07

Rules and Implications of the Evolution of Taiji Yin and Yang in Zhouyi

JIA Geng

(Department of Internal Medicine, Zhenhua Hospital of Traditional Chinese Medicine in Qingshan District, Inner Mongolia, Baotou 014030, China)

Abstract: The evolution of yin and yang of Taiji has certain rules, and it contains extraordinary significance in each link of the evolution of the four elephants, eight trigrams and sixty-four trigrams of Liangyi. The model of the interaction between yin and yang of the two instruments and the model of the interaction between yin and yang of the four images is the theoretical model of the structure and movement of our nature. In space, the Sun and the Earth, the unity of yin and yang, have a structure pattern and motion pattern of interaction between yin and yang. In the human body, there are also structural patterns and movement patterns of Taiji, yin and yang, and mutual use of each other.

Keywords: Zhouyi; Taiji; yin and yang; heaven and earth Taiji yin and yang; human Taiji yin and yang; yin and yang interaction

1 周易太极阴阳

周易对宇宙生成的过程有着非常经典的论述,《易传·系辞上》曰:“易有太极,是生两仪,两仪生四象,四象生八卦,八卦定吉凶,吉凶生大业。”以及64卦的“六爻之动,三极之道也。”太极在其演变过程中的每个环节上都有着不同凡响的蕴义,我们试对其探讨。

在太极演变的这一过程中,两仪的生成是至关重要的,两仪即阴阳,阴阳分则天地立,由是天地阴阳二气上下升降,就可造化出万物来,所以首先审视两仪产生的过程和原理,是认识太极演变过程的基本点^[1]。

明·张景岳在《类经附翼·医易义》中论述了太极生两仪的过程,他说:“太极本无极,无极即太极……太极动而生阳,静而生阴,天生于动,地生于静……一动一静,互为其根,分阴分阳,两仪立也。”这是个阴阳互为其根的演变过程,如图1~3所示。



图1 太极图

图2 静动阴阳生图

图3 太极阴阳图

由图2可见,太极在一动一静分阴分阳的初始阶段,就蕴藏着阳中含阴,阴中含阳的演变过程。

由图3可见,当两仪分立天地生成时,就蕴义了阴阳互根的结构模式,如在太阳的中心有一黑色的阴,在太阴的中心有一白色的阳,此也正是张景岳在《类经·运气类》中所言:“天本阳也,然阳中有阴,地本阴也,然阴中有阳,此阴阳互藏之道。”这也是“阴阳之精,互藏其宅”的阴阳互根之道,即阴阳鱼的鱼眼。

由图4可见,当两仪生四象籍以阴阳太少之说时,就蕴义了阴阳互用的运动模式,因为以定位言,则阳在上,阴在下;以升降言,则阳下降,阴上升;以道路言,则左为阳降之道,右为阴升之路。由此



图4 太极两仪四象

言之,所以太阳在上主天,太阴在下主地;太阳从左而降,是天阳下降于地,而阴中之阳为少阳,所以少阳在下(地);太阴从右而升,是地阴上升于天,而阳中之阴为少阴,所以少阴在上(天)。此也正是张景岳所言“唯阳中有阴(少阴),故天气得以下降,阴中有阳(少阳),故地气得以上升”的阴阳互用之道,即阴阳鱼的鱼尾。

张景岳的“此阴阳互藏之道”就是太极阴阳的结构模式,其“故天气得以下降……地气得以上升”的阴阳

互用之道就是太极阴阳的运动模式。

张景岳在《类经图翼·阴阳体象》中曰：“阴者宜暗，水则外暗而内明；阳体宜明，火则外明而内暗。”如果以水火论之，则太极阴阳图正是水外暗而内明，火外明而内暗之证，这是因为阴阳互为其根，火中有水，阳中有阴，是为生化之本，亦即“阳得阴助而生化无穷”（《景岳全书·新八方略》）。“阳得阴助”一定是内助的阴方可使其生化无穷，外助的阴是不能使其生化无穷的。水中有火，阴中有阳，乃为泉源之温，方可孕育万物，亦即“阴得阳升而泉源不竭”。“阴得阳升”一定是内在的阳方可使其泉源不竭，外部的阳是不能使其泉源不竭的。

阴阳互为其根，火不息必以水为其本，水不寒必以火为其温，水火阴阳相互包藏以相互资生，在其各自的内部就蕴藏着可以互相转化的物质基础，所以才能火不息而水不寒。只有不息之火才能使其阳气生化无穷，只有不寒之水才能使其阴气泉源不竭，这是由其各自的内部因素所决定，这就是太极阴阳“阴阳之精，互藏其宅”的结构原理。《素问·四气调神大论》曰：“阳气根于阴，阴气根于阳，无阴则阳无以生，无阳则阴无以化。”此即阴阳互根之理。

“唯阳中有阴，故天气得以下降”，不息之火使其阳气下降需有来自外部阴气的作用（少阴）；“阴中有阳，故地气得以上升”，不寒之水使其阴气上升需有来自外部阳气的作用（少阳）。地之阴气要上升而不能自升，必得阳气（少阳）之助而后升，地之阳，即天下降之阳（少阳），以阳助阴升；天之阳气要下降而不能虚降，必得阴气（少阴）之助而后降，天之阴，即地上升之阴（少阴），以阴助阳降（见图 4）。二者一升一降，相互为用，才能升降不已，并由此将对立的双方链接成一体。《素问·六微旨大论》曰：“气之升降，天地之更用也”，这是由其各自的外部因素所决定，这就是太极阴阳互用的运动原理。

阴阳互根是指阴阳内部各自蕴藏着能够相互转化的物质基础（阳中有阴和阴中有阳），以使其阳气能够生化无穷和阴气能够泉源不竭，也就是“阳得阴助而生化无穷，阴得阳升而泉源不竭”的结构原理，即阴阳鱼的鱼眼（太阳和太阴）；阴阳互用是指对立的阴阳双方相互消长进退的外部条件，阴阳相互吸引以使阳能降而阴能升，也就是“故天气得以下降……地气得以上升”的“气之升降，天地之更用也”的运动原理，即阴阳鱼的鱼尾（少阳和少阴）。前者是“阴阳之精，互藏其宅”的结构之道；后者是“阴阳之气，相互吸引”的运动之道。

只有阴阳互为其根，阳才能生化无穷，阴才能泉源不竭；只有阴阳相互为用，对立的双方才能链接成一体。互根与互用：根为本，用为标，阴阳如果不能互为其根，阳便会为无根之火而熄灭，阴便会为无源之水而寒凝，

也就谈不上阴阳的相互为用。任何事物都有结构（体）与功能（用）两个方面，太极阴阳也不例外。阴阳互根互藏是太极阴阳的结构模式，是静态，为体，阴阳互动互用是太极阴阳的运动模式，是动态，为用。所以两仪“阴阳互根”的结构原理和四象“阴阳互用”的运动原理是太极阴阳演变过程中最重要的两个环节，即两仪的蕴义是阴阳互根，四象的蕴义是阴阳互用。

由图 5 可见，八卦则是表示了天地阴阳二气在升降运动的消长进退过程中所发生的量变，而这不同的量变相互组合就会构成不同种类事物的质变，如☰（乾）与☷（坤）、☱（兑）与☴（艮）、☲（离）与☵（坎）、☴（震）与☶（巽），如此八卦相错，其基因（阳爻阴爻）不断的选择组合，由三爻的八卦演变为六爻的六十四卦。



图5 八卦相错 变在其中

在生物遗传的密码中，DNA 中的四种核苷酸 A、G、C、T 每三个一组构成三联体遗传密码，即每三个为一个基因片段（见图 6），可见周易的三爻卦蕴义了生物三联体遗传密码的结构原理。宇宙物质从无机界到生物界都遵循着三联体结构形态，几乎所有的生物体都使用同样的三联体遗传密码，可见“三联体”（三爻）就是宇宙物质的“基因”，即三爻的八卦蕴义了宇宙的基因，而基因决定着事物的种类和形态结构，所以说“八卦定吉凶，吉凶生大业。”

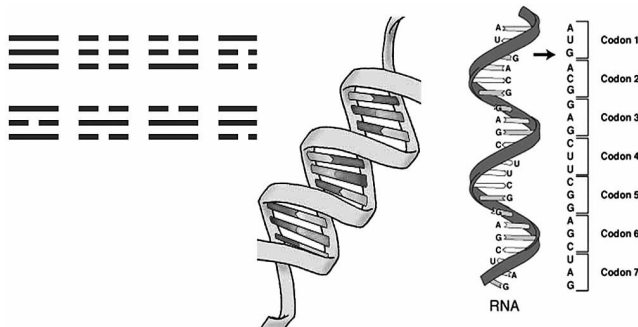


图6 三爻卦与三联体密码在结构、表达和组合方式上相类似

生物最高有 64 个遗传密码，周易最高有 64 卦，彼此以各自的表达方式高度统一于宇宙的“基因”——宇宙演化的 64 个密码中，统一于宇宙全息的一场中^[2]。六爻 64 卦是最高卦，也是卦爻最大限度的组合，生物共有 64 个遗传密码，也是生物基因最大限度的组合。《易·系辞》曰：“六爻之动，三极之道也。”64 卦的六爻

再组合变化时也就产生了三极之道天、地、人的演变结果，达到了卦爻演变的最高境界。而与太极、两仪、四象、八卦最高64卦同节奏演变的受精卵的2细胞期、4细胞期、8细胞期最高64细胞期的64个遗传密码再演变时就会形成具有全能分化功能的内细胞群，内细胞群最后将会自然而然的形成完整的胚胎生物体，这与64卦演变的最高境界是同一个节点。所以“六爻之动，三极之道也”蕴义了太极阴阳演变的最高境界。

三爻的八卦与三联体遗传密码、六爻的64卦与64个遗传密码都是事物发展变化过程中的两个重要环节，属于同一个宇宙原理。田进文^[34]指出：医源于易，医理不能违背易理。受精卵细胞的2细胞期4细胞期8细胞期64细胞期与太极两仪四象八卦64卦的演变环节和规则一样，都是宇宙物质创生最初的几个阶段，二者具有同一性，而太极阴阳演变的规则就在于阐明阴阳学说的根基是有其内在逻辑性的，这也是任何事物必须遵守的天地阴阳法则。

《素问·太始天元册》曰：“太虚寥廓，肇基化元，万物资始，五运终天。”太虚者，太极也。太极是由无形的气所构成，本身无阴阳属性，是构成宇宙最原始的物质，所以太极就是一，是“道生一”；太极生两仪，是“一生二”；两仪即阴阳，《素问·天元纪大论》曰：“阴阳不测谓之神，神用无方谓之圣。”阴阳相互作用产生了第三者——神，是“二生三”也；神用无方谓之圣，《说文》“神，引出万物者也。”《孔传》“圣无所不通，神妙无方。”唐·韩愈《贺册尊号表》“无所不通之谓圣，妙而无方之谓神。”即神彰显生机，生生不息变化无穷（无方），造化万物谓之圣，是“三生万物”也。

或：“太极本无极，无极而太极”是“道生一”；太极生两仪是“一生二”；两仪即阴阳，阴阳相感万物化生，产生了第三者——万物，是“二生三”；宋·周敦颐《太极图说》曰：“二气交感，化生万物。万物生生，而变化无穷焉。”万物生生不息不断的繁衍和进化，生而复生无穷无尽，即万物生生是万物生万物，是“三生万物”也。可见周易太极的演变蕴含着老子“道生一，一生二，二生三，三生万物”的宇宙法则。

宋·邵雍说：“太极一也”。《说文》“一，惟初太始，道立于一，造分天地，化成万物。”《类经附翼·医易义》“易道无穷，而万生于一……所谓一者，易有太极也。”宇宙本原、万物资始的“一”就是道，是本原之道、太极之道。《周易·系辞》曰：“一阴一阳之谓道。”阴阳对立统一的基本法则和变化规律就是道，是阴阳之道、规律之道。潘毅^[5]指出：道，有本原之道和规律之道，是不同领域的道。

太极生两仪，两仪蕴义了阴阳互根的结构原理；两仪生四象，四象籍以阴阳太少之说，蕴义了阴阳互用的运动原理；四象生八卦，八卦的三爻蕴义了宇宙基因的结构模

式，所以“八卦定吉凶，吉凶生大业”；64卦的“六爻之动，三极之道也”则是蕴义了太极阴阳演变的最高境界。太极演变的这一过程是我们宇宙万物变化的基本规律和法则，也是周易关于宇宙生成环节上最经典的描述。

2 天地太极阴阳

太极阴阳图原称为“天地自然之图”，所以它应是自然界天地结构和运动原理的理论模型。按照太极阴阳对立统一的基本法则，我们设对立统一关系的太阳为天，地球为地，即太阳和地球也应具有太极阴阳互为其根的结构原理和阴阳相互为用的运动原理。

太阳的内部主要可以分为三层：核心区、辐射区和对流区（见图7）。太阳的核心区温度极高，可达1500万℃，压力极大，使得由氢聚变为氦的热核反应得以发生，从而释放出巨大的能量，这些能量通过辐射层和对流层中物质的传递，向外辐射到太阳的大气层。

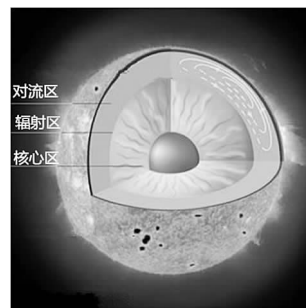


图7 太阳 阳中有阴

换言之，太阳的核心区无疑是太阳巨大能量的物质基础，太阳没有这个由氢聚变为氦的热核反应的发生，亦即没有这个物质基础的转换，太阳就不会释放出巨大的能量，从这个意义上讲，太阳的核心区是物质基础属于阴，太阳的辐射区、对流区及太阳的大气层是其功能的体现属于阳。

任何一种事物都有其结构（体）与功能（用）两方面，体阴用阳，体在内，用在外，太阳也不例外。阴阳是相对而言的，虽然太阳表面的温度是6000℃，而其核心区是1500万℃，但从物质（体）与功能（用）这个角度来看，太阳核心区产生的热核反应为太阳表面的光辉提供了物质基础属于阴，其辐射区、对流区体现了功能属于阳，相对而言，二者是物质与功能、体与用的阴阳关系，是一个整体。若以虚实言，虚为阳，实为阴，太阳的外围为虚（用）为阳，太阳的核心区压力极大为实（体）为阴。再者，太阳的表面光芒万丈属于阳，而太阳的内核深不可见属于阴。所以从阴阳相对而言这个意义上讲，这就是“阳中有阴”的结构模式，也就是张景岳的“天本阳也，然阳中有阴”的结构格局。而且从图7来看，其核心区也极似太极图“阳中有阴”的结构特征，即鱼眼。“阳得阴助而生化无穷”，显然，这一定是太阳内部的阴，外部的阴是不会使其生化无穷的。阳中

有阴方可生化无穷，否则为无根之火。

地球也主要分为三层：地壳、地幔、地核（地心）。地球上最热的地方是地心，温度高达6000度，呈熔融状态（见图8）。

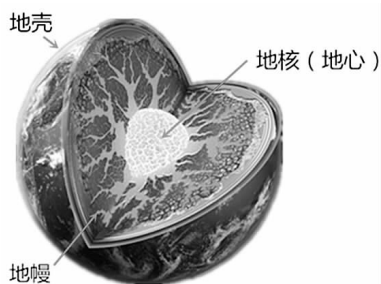


图8 地球 阴中有阳

地球虽然是由木火土金水五种物质所构成，但“万物禀形，非水不育”（《景岳全书·杂证谟》），所以水是地阴之根本。水为阴，火为阳；寒为阴，热为阳。相对而言，地球外表是水，其性寒，内里是火，其性热，是“阴中有阳”的结构格局，也就是张景岳的“地本阴也，然阴中有阳”的结构模式。而且从图8来看，地心也极似太极图“阴中有阳”的结构特征，即鱼眼。“阴得阳升而泉源不竭”，显然，这一定是地球内部的阳，外部的阳是不会使其泉源不竭的。阴中有阳方可泉源不竭，否则为死水一潭，正如张景岳在《传忠录》中所言：“水性本寒，使水中无火，则其寒必极，寒极则亡阳，而万物寂灭矣。”这是内因。

“唯阳中有阴，故天气得以下降”，这个“阳中有阴”一定是来自外部的地之阴气；“阴中有阳，故地气得以上升”，这个“阴中有阳”一定是来自外部的天之阳气，这是“气之升降，天地之更用也”的阴阳双方相互为用的运动原理。只有相互为用（相互吸引）的升降运动才能使对立的双方链接成为一个有机的整体，从而天地一体，所以《格致余论》曰：“水能升而火能降，一升一降，无有穷已，故生意存焉。”这是外因。只有阴阳互根互用，内因外因共同作用，才会有万物的化生。

从整体上看，太阳“阳中有阴”，地球“阴中有阳”是太极图阴阳互为其根的结构模式，也是“阴阳之精，互藏其宅”的“阴阳互藏之道”；而太阳火之阳气下降于地，地球水之阴气上升于天则是太极图阴阳相互为用的运动模式。前者是结构，为体，后者是功能，为用，符合任何一个事物都有结构（体）与功能（用）的两个方面。

太阳“阳中有阴”，地球“阴中有阳”符合太极图阴阳互根的结构模式，其相当于太极阴阳鱼的鱼眼。太阳火之阳气与地球水之阴气上下升降造化万物的运动符合太极图阴阳互用的运动模式，其相当于太极阴阳鱼的鱼尾（少阳和少阴）。所以，太阳与地球这个阴阳对立统一体或许就是太极阴阳图的真正源头，所以太极图原叫“天地自然之图”。宋·邵雍《观物外篇》曰：“天地虽

大，是亦形器，乃二物也。”天和地一样，并非虚无缥缈，它也是有形有质之物。

3 人体太极阴阳

宋·朱熹曰：“人人有一太极，物物有一太极。”元·朱丹溪曰：“人身必有一太极”。明·张元素曰：命门“为天地之始。”天地之始即太极。

明·孙一奎在《命门图说》中曰：“命门……乃造化之枢纽，阴阳之根蒂，即先天之太极，五行以此而生，脏腑以继而成。”命门是人体的“先天之太极”，它替天行道造化五脏，处于至高无上的地位，是人体的根本所在。

明·赵献可在《医贯》中曰：命门是“真君真主，乃一身之太极。”是“主宰先天之体”，有“流行后天之用”，故“人之初生受胎……惟命门先具。有命门然后生心……有心然后生肺……有肺然后生肾……有肾则与命门合。”先有命门，而后才有五脏的产生，先生为主，故命门为“十二官之主”，而肾藏五脏六腑之精与命门合，则是先天生后天，后天养先天之道。

明·张景岳在《真阴论》中指出：命门是“人身之太极”，“但知根本，此其要也，命门是也。所谓命门者，先天之生我者，由此而受；后天之我生者，由此而裁也。”太极命门是人体生命之根本，具有化生“先天无形之阴阳（元精元气元阴元阳）”，继而再生成“后天有形之阴阳（脏腑、气血、津液）”，所以命门与五脏是先天与后天的关系。

《灵枢·经脉》曰：“人始生，先成精”。精，独一无二，就是一，是“道生一”也，“一”就是太极。精，乃是先天之精、元始之精，藏于先天之命门，所以命门就是人体的先天之太极。元精是构成人体最原始的物质，本身无阴阳属性，由于其自身的气化作用产生了元气，才形成了阴阳关系，是太极生两仪“一生二”也。元精元气化生元神，是“二生三”也。神彰显生机，生生不息变化无穷，是“三生万物”也。可见命门蕴含着老子“道生一，一生二，二生三，三生万物”的思想，符合“道”是物质（元精）、能量（元气）、信息（元神）涵三为一的组织原则^[6]，乃是造化之机、原动之始、发生之萌^[7]，是立命之本，故曰命门。陈根成^[8]指出：太极命门是精气神的代称，是人体的最高主宰。张家玮^[9]指出：命门是先天之太极，是精气神之根源，是五脏六腑之本、十二经脉之根，其功能位于十二官之上。

张景岳在《真阴论》中言：“五脏本皆属阴”，又言“五脏之本，本在命门。”就像“地球之本，本在太阳”一样。命火是一身阳气的根本，而五脏本皆属阴又本于命门，所以命门与五脏应是对立统一的阴阳关系，应具有太极阴阳互根互用的结构模式和运动模式。我们设命门为天，五脏为地：

任何一个事物都有其结构（体）与功能（用）两个方面，体阴用阳，结构为阴，功能为阳，体在内，用在外，

两者相辅相成构成一个整体,命门也不例外。命门为“元气之所系”,又藏有元精,元气为元精所化生,二者是功能与物质的关系。阴阳是相对而言的,元气为功能属于阳,元精是物质属于阴,二者同属于命门(天)是一个整体。但元气用在外需发布远行,元精体在内需固守舍藏,体阴在内,用阳在外,抽象而言,可以认为这是“阳中有阴”的结构模式,这与太阳一样,它的外面是光芒万丈的阳气(元气),内里是产生热核反应的物质(元精),太阳没有内里的热核反应(相当于元精“化生”元气的过程)就不会产生能够温煦到大地的天之阳气(元阳之气),命门没有元精的生化作用(相当于太阳内部的热核反应)就不会产生能够温煦到五脏六腑的元阳之气,二者的道理是一样的。元气亦即元阳之气,亦称之为命火,是人体一身阳气之根本,这与太阳火是天之阳气的根本同出一辙。所以命门是人体内的小天,符合太极图“阳中有阴”的结构特征。

木火土金水“五脏本皆属阴”,是组成人体内地的内容,而肾水是五脏之阴的根本。木火土金水五行之火是地火,所以心火是阴中之火,为阴中之阳。抽象而言,可以认为这是“阴中有阳”的结构模式。实际上,心火主血脉的功能是推动五脏血液循环的根本动力,如果没有心火主血脉的功能,脏腑就难以产生五脏六腑之精气(阴气),尤其是心火衰竭就会出现肾水不化的临床病症,这是阴中无阳其寒必极之证。与地球一样,地火是阴中之火,为阴中有阳的结构模式,如果没有地火氤氲这个内部因素,就不会有泉源之温,地水也就会寒凝不化,这与心火衰竭首先表现的是肾水不化的病症相一致,所以可以认为心火是阴中有阳的结构模式,即人体内的地(五脏)符合太极图“阴中有阳”的结构特征。

或者,五脏是形本属阴,所以五脏阴中有阳也可认为是五脏其形质在外,而功能于内,如心主血脉、肾主水、脾主运化、肺主气、肝主津液等,这些水、血液、食糜、气、津液等物质的代谢过程均在脏器内部完成,是“阴中含阳”的格局;命门则不同,其形质(元精)在内,而功能(元气)行于外,其元气元神均至幽至微,杳然不可见,是“阳中含阴”的格局。

太极图的另一个特征是阴阳相互为用的升降运动,那么命门与五脏也应存在着阴阳相互为用的升降机理。“五脏本皆属阴”,肾水是阴中之阴,阴中之阴为太阴,所以肾应为太阴之脏。太阴为至盛之阴,所以肾亦称为“至阴之脏”,而位于人体的下极。命火是阳中之阳,阳中之阳为太阳,所以命门应为太阳之脏。而太阳为“至盛之阳”,所以命门应为“至阳之脏”,位于人体的上极才是。命门为至阳之脏而居上,肾为至阴之脏而居下,二者位于人体的两极,成上下对立升降之势以阴阳相互为用,方可合乎天道。

命火之阳气与肾水之阴气是如何上下升降相互为用?这首先得明确命门的部位。明·张景岳在阐释“命门

者,目也”时指出:“睛明所夹之处,是为脑心,乃至命之处,故曰命门。”(《求正录》)从现代解剖学看,两睛明目系交叉所夹之处正是脑髓的中心,脑髓的中心是间脑(见图9),所以间脑就是张景岳所指的脑心,是命门的本质所在。心,中心的意思,物体的中心部分称之为芯,在表示物体的内心部分时心和芯有相同的字义并且二者同音,所以脑心即脑芯。

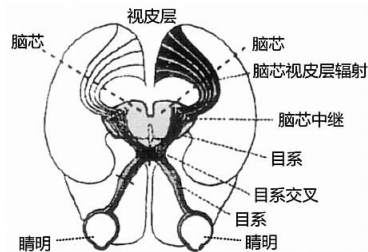


图9 “睛明所夹之处是为脑芯”

《灵枢·经脉》曰:“精成而脑髓生。”但脑髓有大脑和脑芯先后天之分(见图10~11),所以脑芯应是“精成而脑髓生”的本质所在,是目睛命门所藏的先天之精。人类胚胎早期,间脑的侧壁外突形成视目系,即目睛命门在发生学上就与脑芯有着渊源关系^[10]。而足太阳经是起源于目睛命门脑芯的经脉,它运行脑芯元精化生的元气元神通过目系出生命之门目,然后下项夹脊入五脏六腑之脑并唯肾而络最后植入足少阴肾经的至阴穴(见图12),是目睛命门为“五脏六腑之本”“其气与肾通”的经络学证据^[11]。



图10 脑髓有大脑与脑芯之分



图11 脑芯在大脑表面的投影

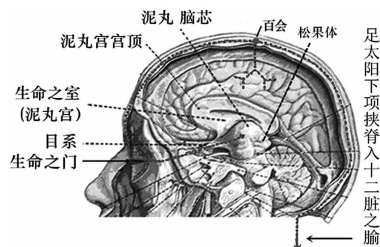


图12 脑芯、命门、足太阳经关系图

明确了命门的部位及其与足太阳经的渊源关系,我们就可以阐述命火之阳气与肾水之阴气是如何上下升降相互为用了。

命门脑芯元精化生的元气通过足太阳之脉的运行经目系外出于生命之门目(“气出于脑”“阳气出于目……

循项下足太阳”(《灵枢卫·气行》),然后循项下入十二脏之俞以推动五脏六腑的生理活动,以命门天火之阳气温煦人体内的地(五脏),这就是命门天之阳气下降于地的经络学证据。

五脏(地)得到命门天阳之气的温煦后,便产生五脏地之阴气以上升于天,五脏地之阴气上升于命门脑芯(天)其途径有二:

1)《灵枢·大惑论》曰:“五脏六腑之精气皆上注于目……上属于脑”,上注于目睛命门就必会通过目系抵达于脑芯,这是目与脑芯在发生学上的渊源关系所决定的,所以五脏六腑之精气(地之阴气)皆上升于目睛命门脑芯(天)。五脏六腑之精气是如何上升于目睛命门上属于脑芯的?《素问·五脏生成篇》有“诸脉者,皆属于目”、《灵枢·口问篇》有“目者,宗脉之所聚”之说,即五脏六腑之精气应是通过“诸脉、宗脉”等众多经脉上升于目睛命门的,然后再通过目系上属于脑芯,以地阴之气上济于天。

2)《素问·上古天真论》曰:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之。”由于肾是五脏之阴的根本,所以是肾藏五脏六腑之精,即肾精主骨生髓通于脑是肾精携带着五脏六腑之精气(地之阴气)通过髓道上升至它的最高点——脑芯命门。《灵枢·经脉》曰:足少阴“贯脊,属肾。”《足臂十一脉灸经》曰:足少阴脉“循脊内。”《阴阳十一脉灸经》曰:足少阴脉“上穿脊之。”足少阴肾经与脊髓直接相通,即肾是通过其上循脊内的足少阴肾经经过脊髓这个髓道上升至它的最高点——命门脑芯。

《道枢·黄庭篇》云:“肾者,其左少阴,其右太阳,上通诸气……内灌于生门,上入于泥丸,上下流通,如日月之运行。”生门,生命之门、命门也;泥丸,脑芯元神也。即,肾(“受五脏六腑之精而藏之”)→左少阴→“贯脊”“循脊内”“上穿脊之”→内灌于生门(命门)→上入于泥丸(脑芯)→右太阳→下入十二脏之膻→肾(足太阳唯肾而络),从而左升右降上下流通,如日月之运行。也足见足少阴肾与命门脑芯泥丸其气相通是有经络学证据的,它“上入于泥丸”应是通过其上循脊内的足少阴分支“贯脊”以内灌于命门而上入于泥丸脑芯的,所以肾“主骨生髓通于脑”应是通过其“上穿脊之”的足少阴分支上通于命门脑芯的。《素问·阴阳应象大论》曰:“阴阳上下之环转也”。刘永明^[12]指出:位于脑髓中心的脑神(脑芯)是人体的最高主宰,谢海洲^[13]指出:脑髓中心泥丸宫的“脑窍为元神之府”。周德生等^[14]认为以“志心(脑芯)”元神为核心的气机升降出入之环转运动把人体的各个部分连接为一个有机的整体。

如此命门脑芯居于人体的上极以其天火之阳气下降于地,肾居于人体的下极以其地水之阴气上升于天,此阴升阳降水火相济就是太极阴阳相互为用的运动模式。这也是命门“其气与肾通”的《难经》本意。

《素问·六微旨大论》曰:“气之升降,天地之更用也……升已而降,降者谓天;降已而升,升者谓地。”命门脑芯元精化生的元阳之气通过足太阳经的运行入十二脏之俞下降于五脏,降者谓天,所以命门是人体内的天;五脏之精气通过诸脉、宗脉皆上升于目睛命门上属于脑芯,升者谓地,所以五脏是人体内的地。

命门足太阳经大盛之阳气下降于五脏并唯肾而络,肾精主骨生髓上入于脑芯命门,这就是“水能升而火能降,一升一降,无有穷已,故生意存焉”的天人相应观。命门天之阳气与五脏地之阴气相互为用的升降运动将命门与五脏有机地联系在一起,使人体成为一个对立统一的整体,这就是“气之升降,天地之更用也”的天人相应观。

从整体看,命门阳中有阴,五脏阴中有阳就是太极图阴阳互根的结构模式;命门天之阳气下降于五脏,五脏地之阴气上升于命门就是太极图阴阳互用的运动模式。前者是结构,为体,后者是功能,为用,符合任何一个事物都有结构(体)与功能(用)的两个方面,也符合太极阴阳图互根互用的两大特征。命门与五脏高下相召,升降相因,而生机不息,这就是《内经》的“天人合一”之道。

张景岳指出:“五脏之本,本在命门,神气之本,本在元精。”五脏与命门是对立统一的天地阴阳关系,而阴以阳为主,地以天为主,所以“五脏之本,本在命门”,如同地球之本,本在太阳一样,没有太阳就没有地球。命门元精化生元气,元气化生元神,所以命门元气元神之“神气之本,本在元精”,如同太阳的阳气神明之本,本在太阳的核心区一样,没有元精就没有神气,元精是根本,是道之一。所以潘毅^[15]指出:作为宇宙本原、万物法则的“太极之道”,其高深的道理是中医学不可忽视的伦理工具。

谢志胜等^[16]指出:位于脑髓中心的脑芯泥丸元神不仅是主脏,而且与五脏之间是主与奉的关系,为五脏之主。是命门太极元精造化五脏,为十二脏之化源,所以五脏之本,本在命门元精;而“五脏六腑之精气皆上注于目”通过目系上奉于脑芯命门,这是先天生后天,后天养先天之道。

参考文献

- [1] 贾耿. 太极图解[J]. 光明中医, 2002, 17(6): 11-12.
- [2] 周波, 吴世东, 曾启全. 形与神俱现代科学研究(4)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(9): 15-23.
- [3] 田进文, 张波. “太极生八卦”中的阴阳逻辑规律探析[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(4): 279-282.
- [4] 田进文, 籍涛, 郭妍. 论细胞基本结构演化中的阴阳规律[J]. 山东中医药大学学报, 2012, 36(4): 275-278.
- [5] 潘毅. 寻回中医失落的元神 1: 易之篇·道之篇[M]. 广州: 广东科技出版社, 2013: 222-225.
- [6] 周德生, 陈大舜. 孙一奎命门学说新探[J]. 湖南中医学院学报, 1995, 15(4): 4-6.
- [7] 周德生. 脑主神机论[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(11): 2-4.
- [8] 陈根成, 叶应阳. 基于命门学说从“内虚邪中”论治中风[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(12): 2325-2326.

- [9] 张家玮,鲁兆麟,彭建中. 命门功用探究[J]. 江苏中医药,2002,23(2):15-17.
- [10] 贾秋. 从人体发生学审视命门和命门先生为主的本质[J]. 中医药学报,2003,21(7):1139-1140.
- [11] 贾耿.《内经》目睛命门的本质及其与足太阳经源流关系的探讨[J]. 湖南中医药大学学报,2018,38(9):1016-1021.
- [12] 刘永明.《黄庭内景经》的脑学说和心脑关系[J]. 宗教学研究,2005,24(1):11-14.
- [13] 赵冰,张晨,张华东,等. 谢海洲教授论脑窍的生理功能[J]. 光明中医,2007,22(1):3-5.
- [14] 周德生,刘利娟. 论志心神机轴的双向调控作用[J]. 湖南中医药大学学报,2018,38(5):520-523.
- [15] 潘毅. 阴阳学说基本内容的太极图解[J]. 广州中医学院学报,1992,9(3):172-173.
- [16] 谢志胜,周德生,胡华,等. 脑髓为脏之理论探讨[J]. 光明中医,2015,30(11):2008-2311.

(本文编辑:张文娟 本文校对:范利青 收稿日期:2018-09-21)

从《素问·上古天真论》浅谈中医养护

黄若玫

(广东省中医院针灸科,广东 广州 510120)

摘要:随着现代生活节奏的加快、工作压力的增大,越来越多的人表现为亚健康状态,影响着人们的生活质量。本文以《素问·上古天真论》为基础,探讨古人在“治未病”的思想下对于养生护理的基本观念及做法,明确养生的原则、要求,为现代养生护理提供理论参考及实践准则。

关键词:中医养生;护理;内经

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.012

文章编号:1672-2779(2019)-01-0032-03

Discussion on the Health Maintenance of Traditional Chinese Medicine According to *Suwen·Shanggu Tianzhen Lun*

HUANG Ruomei

(Acupuncture Department, Guangdong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510120, China)

Abstract: With the acceleration of the pace of modern life and the increase of work pressure, more and more people show sub-health status, which affects people's quality of life. This paper, based on the *Suwen·Shanggu Tianzhen Lun*, discusses the basic concepts and practices of ancient people on health care under the thought of "preventive treatment of disease", clarifies the principles and requirements of health care, and provides theoretical reference and practical guidelines for modern health care.

Keywords: health maintenance of traditional Chinese medicine; nursing; *Inner Canon of Huangdi*

治未病,是中医实践的重要指导思想之一。在治未病理念里面,未病先防是疾病防治的第一道关卡,也是养生保健的重要原则。要实践未病先防,其实就是要懂得如何去养生,如何去养护、调理我们的身心健康。针对中医养生的命题,本文回归经典,试图从中医的源头文献——《内经》之中寻找答案:在《素问》首篇《上古天真论》云:“上古之人,其知道者,法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱,而尽终其天年,度百岁乃去……夫上古圣人之教下也,皆谓之虚邪贼风,避之有时,恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来……故合于道。所以能年皆度百岁,而动作不衰者,以其全德不危也”。此文中简单的一段话,指出了中医养生的原则,和养护、调理方法:遵“法于阴阳、和于术数”之道,从饮食、起居、情志、修身4个方面实践养生之术。今不揣鄙陋,以上述《素问·上古天真论》开篇段落为据,展开论述中医养护的道与法。

1 合于道

养生所遵循的道是什么呢?《素问·上古天真论》回答:“法于阴阳,和于术数。”这是养生的基本准则。因此,要理

解中医的养生观念,必须明白、懂得中医养生所遵循的道。

阴阳,是对自然界中相互关联的某些事物或现象对立双方属性的概括^[1]。《素问·阴阳应象大论》云:“阴阳者,天地之道也,万物之纲纪。”而《素问·生气通天论》又曰:“生之本,本于阴阳。”因此,阴阳是人与自然所必须遵循的基本规律,是构成人生命的基本物质。而阴阳是天地之道,万物必须遵循的纲纪、即规律性的东西。所以人也不可避免的必须遵循天地之道,也就是自然环境的阴阳变化规律,以达到《素问·生气通天论》说“阴平阳秘,精神乃治”的状态。自然环境阴阳的变化,大者可表现为一年四季的变化,小者可表现为一天昼夜的交替;可表现为万物生长化收藏的演变,也可表现为正气的盛衰出入。这种法于阴阳的思想,主要体现在人的日常起居及饮食之中。

术数,明代医家张志聪言“术数者,养精调气神之法也”。但现代文献认为^[2],术数除了“养精调气神”的气功外,还特指自然和人的一些自然法则,如五行、六气的变化。林中慈等^[3]更是认为,“术”是多种科学的技术,“数”是宇宙自然的数学表达,“术数”是“上知天文,下知地理,中知人事”的统一的、整体的、和谐

的一门学问。故“合于术数”，即是利用我们已达到的技术水平，遵循已认识到的自然规律、疾病机理，去调和人与自然的关系状态，使得人的活动符合自然规则。但是，术数的概念应该不仅仅指自然的数学表达。其“中知人事”的意义广泛，“人事”所指应该还包括社会的道德伦理，也就是人的道德、文化、礼仪等，相当于传统文化所重视的“修身”之道。

也就是说，“法于阴阳”是要求我们认识天地自然的规律，“和于术数”则是我们利用自己的能力、“修身”之道和已有技术去符合这些规律的主动过程。明白了《内经》所言的“道”后，今就从饮食养护、起居养护、精神养护、修身明德4个方面论述其具体做法。

2.1 饮食养护 《素问·平人氣象論》曰：“人以水谷为本。”人体的阴阳、精气神与津液血等基础物质，均依赖于水谷饮食的供养。水谷饮食经过脾胃的生化作用，其精微物质输布全身，濡养着五脏六腑，支撑着四肢百骸的活动，构成了人生命活动的基础。中医的饮食养生遵循的原则^[4]：其一，中医认为饮食养生需注重摄食的均衡性，保证每日饮食类别搭配合理、比例恰当。如《素问·藏气法时论》所云：“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合则服之，以补精益气。”《内经》把水谷饮食分成四个层次，其中谷类是养身，果类是辅助，畜牧类为添益，蔬菜类为补充。说明古人在《内经》时代就认识到谷物、动物、蔬菜、水果在膳食中应保持适当均衡的重要性，并明确了饮食搭配的原则，以保证机体的正常需求。其二，饮食五味不可偏食。如《素问·五脏生成篇》指出“多食咸，则脉凝泣而变色；多食苦则皮槁而毛拔；多食辛，则筋急而爪枯；多食酸，则肉胝皱而唇揭；多食甘，则骨痛而发落。”因此，尽管食物都有营养机体的作用，但因其营养要素存在差异，偏嗜食物很容易导致体内某些物质缺乏，从而导致脏腑功能失调，引发不同的疾病、危害健康。其三，由于食物具有寒热温凉四气、酸苦甘辛咸五味的阴阳属性不同，顺应四季阴阳变化，日常饮食又需要有对应的调节，以搭配得宜。如《素问·阴阳应象大论篇》云“辛甘发散为阳，酸苦涌泄为阴”，《素问·脏气法时论篇》言“肝主春，……肝苦急，急食甘以缓之。心主夏，……心苦缓，急食酸以收之。脾主长夏，……脾苦湿，急食苦以燥之。肺主秋，……肺苦气上逆，急食苦以泄之。肾主冬，……肾苦燥，急食辛以润之”。唐代医家孙思邈在《千金要方卷二十六·食治方·序论第一》亦指出春日“省酸增甘，以养脾气”、夏日“省苦增辛，以养肺气”、秋日“省辛增酸，以养肝气”、冬日“省咸增苦，以养心气”，四季末的十八日“省甘增咸，以养肾气”。根据时节变化，调和饮食气味，这是中医养生中饮食护理的基本原则之一，如《素问·生气通天论》总结：“谨和五味，骨正筋柔，气血以流，腠理以密，如是则骨气以精。谨道如法，长有天命。”后世的中

医食疗养生，莫不遵此三个方面。

2.2 起居养护 《素问·保命全形论篇》曰：“人以天地之气候生，四时之法成”，指出人是由天地自然所供养的。因此，人的生命活动必须符合天地自然的规律。如《素问·四气调神大论》言：“阴阳四时者，万物之始终也，死生之本也。”天地自然中阴阳四时的变化，是自然万物变化消长所遵守的基本规律。人如能按照这一规律调节起居，则“苛疾不起”；反之则“灾害生”，变生各种疾病。

在《素问·生气通天论篇》中指出人在一日之中的阳气变化：“阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而阳气隆，日西而阳气已虚，气门乃闭。是故暮而收拒，无扰筋骨，无见雾露，反此三时，形乃薄。”可见，人的阳气变化与一天中太阳照射的热量增减相关。故正确的起居养护，应该在入夜后减少户外活动，以顺应阳气增减的规律。反之则扰动阳气，使躯体失于濡养，引起身体上的困倦乏力等症。人与一年四季的应和则见于《素问·四气调神大论篇》，即：春三月“夜卧早起，广步于庭，被发缓形，以使志生，生而勿杀，予而勿夺，赏而勿罚”；夏三月“夜卧早起，无厌于日，使志无怒，使华英成秀，使气得泄，若所爱在外”；秋三月“早卧早起，与鸡俱兴，使志安宁……收敛神气……无外其志”；冬三月“早卧晚起，必待日光，若伏若匿，若有私意，若已有得，去寒就温，无泄皮肤”。实际上，就是要求人们按照四季阳气的变化进行相应的日常活动。可见，古人认为养生的关键，在于阳气的养护。

除了顺应阴阳昼夜交替、四时变化外，起居养护还需注意“不妄作劳”。劳，指房劳。过度的房劳，不节制欲望，就会损伤肾气、耗伤肾精，危及生命之本。一如《素问·上古天真论》所言“醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也。”

2.3 情志养护 心主神明，为君主之官。神是人生命活动的最高主宰，《素问·灵兰秘典论》曰：“主不明则十二官危，使道闭塞而不通，形乃大伤，以此养生则殃”。这里就指出，人的精神状态是人体生命活动的重要影响因素。精神状态的好坏，影响着五脏六腑的正常功能，即“主明则下安，以此养生则寿”。精神安宁，则人体的气血运行通畅，正气充沛，新陈代谢正常，形体健康，从而达到长寿的目的。正如诸葛孔明所言“非淡泊无以明志，非宁静无以致远”。淡泊、宁静的境界，不但是古代名士的精神追求，还是人们健康长寿的前提之一。现代研究提示^[5]，适度的情绪有助于人体内环境的稳定，是个体在社会生活中保持身心健康不可缺少的内容，然而七情过激或刺激量过大或持续时间长，即能引起情志内伤而致病，如内分泌系统疾病、妇科疾病，甚至癌症等。而情志与疾病的关联机制主要是由人体神经、内分泌、免疫三大系统发挥着整体调控作用，不良情志刺激作用于

该系统最终引起免疫功能的改变而导致疾病的发生^[6]。

2.4 修身明德 古人素有把“修身明德”作为养生举措的“传统要求”，如《论语·雍也》“知者乐水，仁者乐山，知者动，仁者静，知者乐，仁者寿”，《礼记·中庸》“故大德……必得其寿”。指出，仁、德的修养可以令人长寿。什么叫“仁”？《孟子·离娄下》言：“仁者，爱人”，即要求人内心充满仁爱之心，这样的人才会达到“仁”的精神境界。其中，“仁”包括恭、宽、信、敏、惠、智、勇、恕、孝、悌等多方面的内容。“德”呢？德就是道德品质，《论语·述而》中言：“志于道，据于德，依于仁，游于艺”。可见，“德”与“仁”相联系、相依附。从某个层面讲，“仁”与“德”同，故有“仁德”之名。“仁德”为什么是长寿的原因之一呢？和中浚等^[7]通过引用董仲舒《春秋繁露·循天之道》中“故仁人所以多寿者，外无贪而内清静，心和平而不失中正，取天地之美以养其身，是其且多且治”及《论语》中“君子坦荡荡，小人常戚戚”来进一步阐明：心地光明坦荡，神清气爽，轻松愉快，有益于健康长寿；心术不正则整天耗心劳神，精神压力很大，必然有损于身心健康，不可能长寿。因此，追求健康长寿的养生，除了身体的护理之外，还必须注意精神道德方面的修养。良好的精神面貌，高尚的心境，有利于心理健

康，从而避免各种不同的心理疾病。

综上所述，可见“法于阴阳、和于术数”是中医养生护理的基本准则，是要求我们认识自然规律，从饮食、起居、情志、修身4个方面去养护，使人的活动符合天地的阴阳、寒暑变化，从而达到天人合一、健康长寿的目的。这种天人合一、人与自然和谐共处的思想，对现代人的养生护理、防病保健有着重要的指导意义。

参考文献

- [1] 李健美.《内经》“法于阴阳”的养生思想[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(5): 761-763.
- [2] 金宇. 脊椎九宫穴与易经——试谈“法于阴阳, 和于术数”的易学思想[J]. 针灸临床杂志, 2003, 19(12): 42-44.
- [3] 林中慈, 林中堂. 试探“法于阴阳, 和于术数”的《易》学思想[J]. 周易研究, 1992, 5(4): 66-68.
- [4] 宋俐, 汪华. 中医饮食养生探析[J]. 湖北中医药大学学报, 2013, 15(5): 47-49.
- [5] 吴丽丽, 孙文, 刘铜华. 浅谈中医情志养生[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(15): 139-140.
- [6] 孙理军. 情志致病的藏象学基础及其与免疫的相关性[J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7(10): 17-19.
- [7] 和中浚, 罗再琼. 孔子修身养德与中医养生[J]. 中医药文化, 2010, 5(4): 30-34.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 谢煜 收稿日期: 2018-09-03)

(上接第22页) **4.2 辅导答疑及课后作业** 课后提供给学生手机号、QQ号、邮箱, 便于学生将学习中遇到的问题及时反馈给老师, 老师能尽快给予学生解答。每一章教学内容结束后, 布置课后作业并记入形成性评价。

4.3 单元测验 在讲解完一个章节内容后, 安排随堂小测验, 测验后由学生参照答案互相批改, 及时反馈, 查漏补缺。

4.4 知识竞赛 温病学上篇知识学习后, 安排同层次班级间或班级内部进行知识竞赛, 激励学生复习巩固前面所学知识, 调动学习兴趣, 丰富教学环节。

5 教学总结

在温病学的教学过程中, 以学生为中心, 多种教学方法、手段、策略相结合, 不但能促使学生更好的学, 也能促使教师更好的教。

1) 有利于学生更好的掌握知识、提高能力、增加学习兴趣。(1) 掌握所学知识: 通过学生预习、教师讲解、小组讨论、总结引导、传统教学方法与多媒体教学手段相结合, 多种教学模式联合运用, 语言讲解配合动作演示, 学生能够更好的掌握温病理论的学习, 巩固所学知识。(2) 提高辨证能力: 通过收集病案、查阅资料、书写讲稿、小组参与讨论分析、组间辩论, 以及课堂老师的讲解, 培养学生中医外感热病的辨治能力, 提高中医思辨技能, 训练中医专业素养。(3) 增加学习兴趣: 分组管理法应用于教学中, 无论是在课堂上, 还是在课堂

外, 都很好的联络学生与学生, 学生与老师间的感情, 并且增加学生学习兴趣, 让学生由被动学习, 转化为主动学习, 由“要学生学”转变为“学生要学”。

2) 有利于教师提升业务水平、综合能力。(1) 提升业务水平: 温病学是一门基础临床课, 在传授经典理论同时, 还必须与临床紧密结合。势必要求教授经典科目的教师, 特别是年轻教师, 要加强临床知识的学习与训练, 只有自己有较为丰富的临床经验, 才可能让枯燥乏味的经典课, 理论与实践结合, 教学与临床互相促进, 增加学生学习经典、学习中医的兴趣, 培养学生的中医热情和中医思辨能力。(2) 加强综合能力: 借鉴现代教育技术手段, 能更好的讲授理论知识, 拓展学习课堂、学习局限。要求授课老师不断加强计算机技能, 提高课件制作水平, 根据教学环节制作动画, 插入图片演示, 丰富课堂教学, 吸引学生专注学习。另外, 口头表达能力, 肢体表达能力, 文字书写能力等综合能力的加强, 有助于提高教学质量, 增强教学效果。

参考文献

- [1] 杨进. 温病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1-2.
- [2] 曾兰, 孔明望. 《温病学》模拟教学结合问题教学的模式初探[J]. 中国中医药现代远程教育杂志, 2014, 12(4): 97-98.
- [3] 曾兰, 孔明望. “课堂教学-模拟教学-临床实践”温病学教学模式探讨[J]. 中医教育, 2014, 33(4): 23-25, 65.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 刘林 收稿日期: 2018-07-23)

高天舒教授以湿热论治糖尿病周围神经病变经验总结※

李明哲¹ 高天舒² 崔鹭²

(1 辽宁中医药大学附属第三医院内科, 辽宁 沈阳 110003;

2 辽宁中医药大学附属医院内分泌科, 辽宁 沈阳 100847)

摘要:高天舒钻研中医经典,根据中医的整体观念以及辨证论治的基本理论,结合临床,认为糖尿病周围神经病变的病因主要为体质因素、饮食所伤、情志所伤、缺乏运动等,故导致湿热之邪内蕴,滞留于体内,痹阻筋脉而发此病证。由此,糖尿病周围神经病变可从湿热入手进行治疗,他提出“湿热致消,继而致痹”的理论,以“清热利湿,益气健脾,化痰通络,活血止痛”为治疗湿热型糖尿病周围神经病变大法,并在临床上运用加味当归拈痛汤治疗该病,使患者的临床症状得到明显改善,亦减轻了患者的思想和经济负担。本文对高天舒教授治疗湿热型糖尿病周围神经病变的经验和学术思想进行了初步总结,以期临床提供更有价值的指导。

关键词:糖尿病;周围神经病变;湿热;当归拈痛汤;并发症;辨证论治;消渴;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.013

文章编号:1672-2779(2019)-01-0035-03

Experience Summary of Professor Gao Tianshu in Treating Diabetic Peripheral Neuropathy with Damp Heat Syndrome

LI Mingzhe¹, GAO Tianshu², CUI Lu²

(1. Department of Internal Medicine, the 3rd Affiliated Hospital of Liaoning university of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110003, China;

2. Endocrinology Department, the 1st Affiliated Hospital of Liaoning university of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 100847, China)

Abstract: Professor Gao Tianshu studied the classics of traditional Chinese medicine. According to the overall concept of traditional Chinese medicine and the basic theory of syndrome differentiation and treatment, the etiology of diabetic peripheral neuropathy is mainly physical factors, diet injury, emotional injury, lack of exercise and so on, so it leads to the accumulation of damp heat, stagnation in the body and obstruction of tendons. Thus, the patients with diabetic peripheral neuropathy can be treated with hot and damp heat. He put forward the theory of "damp heat causing diabetes, and then causing arthralgia", with "clearing heat and dampness, invigorating qi and invigorating the spleen, eliminating phlegm and dredging collaterals, activating blood to stop pain" as the treatment of dampness and heat type diabetic peripheral neuropathy. The disease has improved the clinical symptoms of patients and reduced the ideological and economic burden of patients. This article is a preliminary summary of Professor Gao Tianshu's experience and academic thoughts on the treatment of peripheral neuropathy in humid type diabetes, in order to provide more valuable guidance for clinical practice.

Keywords: diabetes; peripheral neuropathy; dampness heat; Danggui Niantong decoction; complications; treatment based on syndrome differentiation; consumptive thirst; arthromyodynia

糖尿病周围神经病变(diabetic peripheral neuropathy, DPN)是糖尿病(diabetic mellitus, DM)最常见的慢性并发症之一^[1]。据统计,中国30%~90% DM患者患DPN^[2]。目前现代医学尚不明确该病发病机制^[3-6],临床多给予控制血糖、改善血液循环、营养神经及对症治疗等措施。DPN可归于中医学的“痹证”“痿证”等范畴。

高天舒教授在内分泌和代谢疾病的中医药治疗方面经验丰富,认为DPN的病因主要是禀赋不足、情志失调、治疗失宜等,导致人体湿热之邪增加,邪气上蒙下流,阻滞经络,流注关节,致痹阻气血,从而发为肌肤麻木不仁,肢体关节重着、麻木、红肿疼痛之湿热痹证。

因此高天舒教授提出“湿热致消,继而致痹”的理论,以“清热利湿,益气健脾,化痰通络,活血止痛”为治疗以湿热型DPN的大法,并在临床上运用自拟方药治疗该病,使患者的临床症状得到明显改善,亦减轻了患者的思想和经济负担,现总结如下。

1 病因病机

高天舒教授认为消渴痹证的发生由以下几方面因素所致:

1.1 体质因素 从体质方面来看,人之先天禀赋与后天调养有所不同,其体质亦有阴阳、寒热、燥湿等方面差异。偏阳者,偏食生冷、瓜果之品,助湿痰之邪产生;偏阴者,嗜用辛辣炙搏之食,使湿热之邪为患。特别是先受湿邪而后化热,或先伏温病后受湿邪,伤及阴液而成消渴,久则致痹。

※ 基金项目:辽宁省教育厅科学技术研究青年项目[No.L201723];辽宁省中医诊疗技能培训班(辽宁省名中医工作室)[No.2018022180]

1.2 饮食所伤 《医学入门·痰》谓：“热痰因厚味积热，食痰因饮食不化”。嗜食肥甘厚味鸡鸭鱼肉。不合理膳食结构，多饮多食的习惯是导致湿热形成的重要原因，体现了“肥甘厚腻，滋生湿热”的传统医学思想。《六科证治准绳·伤饮食》谓：“酒之为物，气热而质湿”，又有“嗜酒，胃多湿热”之说，故过饮则易湿向热化。肺阴易损，肺为“水之上源”，肺受损则宣肃失常，水液代谢失司，痰湿内生，日久化热，酿成湿热而致消渴，若未及时纠正病因，湿热痹阻于经脉、肌肉而形成痹证。

1.3 情志所伤 情志不畅，忧思伤脾，运化失司，津液停聚，痰湿内生；郁怒伤肝，肝郁化火，使得湿从热化。《素问·举痛论》：“余知百病生于气也”。现代社会生活节奏快，竞争意识高，人际关系复杂，易使人精神紧张焦虑、情绪急躁，造成心肝郁热（或郁而化火），灼津成痰，湿热内生。

1.4 缺乏运动 体力活动减少，脾胃壅滞，易生湿热。《素问·太阴阳明论》：“四支皆禀气于胃……必因于脾”。《素问·六节藏象论》：“脾、胃、大小肠、三焦、膀胱者，其充在肌”。均说明适当的肢体运动与脾胃的运化功能密切相关。若四肢懒惰，活动量减少，脾胃运化水湿的功能也会受到影响，从而酿生湿热。当今的生活方式使人们体力活动的时间和强度大大减少，这也是消渴湿热证增加的重要原因。

2 临床方药

高天舒教授指出“湿热致消，继而致痹”，脾虚湿热是本病的关键，采用“清热利湿，益气健脾，化痰通络，活血止痛”为治疗基本原则，方药则使用加味当归拈痛汤辨证加减：羌活、猪苓、泽泻、茵陈蒿、炒黄芩、知母、苦参、防风、葛根、升麻、炒白术、苍术、法半夏、人参、当归身、甘草。

本方具有清热利湿，益气健脾，化痰通络，活血止痛之功效。高天舒教授对此方的组成有深刻的领悟，运用灵活，使之成为治疗痹证之验方，对该方组成特点做如下陈述：

现代药理研究表明：防风、羌活、当归、升麻等药物有抗炎镇痛作用；炒黄芩、猪苓、苦参等药物有利尿作用；羌活、当归、升麻、防风、炒黄芩、苦参、茵陈蒿等药物具有抗菌作用，部分药物还能抗病毒；炒黄芩、甘草、防风、羌活、苦参、升麻、泽泻等药物具有抗炎作用，部分药物还具有抗过敏的作用；防风、羌活、甘草等药物具有解热镇痛作用；猪苓、炒黄芩、炒白术等药物可以增强免疫力；人参更是具有双向调节免疫系统的功效。

3 验案举隅

患者，男，58岁，职员。2013年7月29日初诊，自述“口渴多饮10年，加重伴双下肢麻痛1个月”。该

患者10年前无明显诱因出现口渴多饮症状，日饮水量3500 mL，尿量与饮水量相当，就诊于当地医院查RBG 10.0 mmol/L，诊断为“2型糖尿病”，当时予二甲双胍缓释片0.5 g，日3次口服，未系统监测血糖。1年前改用运动加调整饮食的方式降糖，FBG控制在8.0 mmol/L左右，2 hBG控制在13.0 mmol/L左右。1个月前口渴多饮症状加重，同时伴有双下肢麻痛。现证见：口渴多饮、尿频量多、疲乏无力、脘腹胀满，双下肢麻痛。小便黄浑、大便黏腻、偶有肛门灼热。食眠尚可，舌质暗、苔黄腻，脉沉滑。专科检查：BMI 26.0 kg/m²，WC 78 cm。双足背皮温稍凉，双侧足背动脉搏动正常。相关检查：RBG 8.9 mmol/L。肌电图示神经源性损害，周围神经病变（双侧胫神经SCV下降100%）。既往史：无高血压、冠心病等。个人史：平素嗜食肥甘厚味，经常饮酒。中医诊断：消渴痹证（湿热血瘀证）。西医诊断：2型糖尿病、糖尿病周围神经病变。故治以清热利湿、健脾益气、活血止痛，方以加味当归拈痛汤加减。处方：茵陈蒿30 g，升麻10 g，防风15 g，苦参15 g，羌活15 g，炒黄芩15 g，炒白术15 g，猪苓15 g，泽泻15 g，知母15 g，葛根15 g，炙甘草10 g，桃仁15 g，威灵仙15 g，当归15 g，法半夏15 g。7剂，水煎服，1剂/d，每日三餐前半小时服下。同时使用地特胰岛素注射液8 u，每日睡前皮下注射，阿卡波糖50 mg三餐时嚼服，以控制血糖。嘱患者清淡饮食，生活作息规律，畅情志，随诊。

2013年8月7日二诊：经治疗后，患者口渴多饮，双下肢麻痛症状有所缓解，守方10剂。续观。

2013年8月21日三诊：诸症状皆有所缓解，口渴多饮减轻，双下肢麻痛症状明显改善，食眠皆可，便溏，舌质暗、苔白，脉濡。查FBG 5.8 mmol/L。上方去桃仁，加生黄芪30 g，继服14剂。

按语：患者有DM病史10年，平素嗜食肥甘厚味，湿热内蕴，郁阻中焦，津不上承，口渴多饮。湿热阻滞脉络，影响气机，血行不畅，留瘀为患，瘀阻肢体脉络，下肢麻痛。湿热痹阻，影响气机，则脘腹胀满。湿热阻滞于大肠，大便黏腻，偶有肛门灼热。舌质暗、苔黄腻，脉沉滑均为湿热血瘀之征象。故初诊予加味当归拈痛汤，并加入桃仁以增强活血之功效。二诊诸证好转，疼痛减轻，效不更方。三诊过后，诸症明显好转，双下肢麻痛症状明显改善，但出现便溏症状，考虑为久病耗气并用活血药物，故去桃仁，加入生黄芪以增强补气。

4 讨论

许多医家认为DPN病机可分为正虚和邪实两个方面，正虚多指气血阴阳亏虚，导致脏腑功能受损，而邪实多为瘀血、痰浊、肝郁、糖毒等病理因素所致经络筋脉痹阻，因此多从补虚祛邪为法进行治疗^[7-8]。目前医学尚无明确且有效的针对性治疗DPN的药物，但在控制

好血糖的基础上,运用中医药治疗,常收效显著^[9]。高天舒教授钻研中医经典,根据中医的整体观念以及辨证论治的基本理论,结合临床,认为DPN患者的病因主要为先天禀赋不足、情志不调、饮食不节、治疗不当等,故导致湿热之邪内蕴,滞留于体内,痹阻筋脉而发此病证。就“湿热致消,继而致痹”的理论进行了初步探讨。消渴日久,湿中蕴热,蒸酿为患,湿热之邪阻滞经络,流注关节,以致痹阻气血运行,发为肌肤麻木不仁,肢体关节重着、麻木、红肿疼痛之湿热痹证。脾气虚是湿邪产生的重要环节,故采用“清热利湿,益气健脾,化痰通络,活血止痛”作为治疗湿热型DPN的基本原则,临床上使用加味当归拈痛汤加减进行治疗,能够很好地改善患者症状,提高临床疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会糖尿病学分会. 2013年版中国2型糖尿病防治指南(征求意见稿)[S]. 2013;43-45.

- [2] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2009:777.
- [3] 庞国明,闫镛,朱璞,等. 糖尿病周围神经病变中医诊疗规范初稿[J]. 中华中医药杂志,2010,25(2):260-264.
- [4] Prasad Katulanda, Priyanga Ranasinghe, Ranil Jayawardena, et al. The prevalence, patterns and predictors of diabetic peripheral neuropathy in a developing country[J]. Diabetology & Metabolic Syndrome, 2012, 4: 21.
- [5] MariaRekleiti, PavlosSarafis, MariaSaridi, et al. Investigation of Depression in Greek Patients with Diabetic Peripheral Neuropathy [J]. Global Journal of Health Science, 2013, 5(5): 107-114.
- [6] 廖二元. 内分泌代谢病学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2012:1375-1377.
- [7] 伍绍铮,曹仁贤. 糖尿病周围神经病变发病机制研究进展[J]. 中国医药指南,2012,10(10):467-468.
- [8] 林兰. 现代中医糖尿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:600-616.
- [9] 孙朦朦,倪青. 糖尿病周围神经病变的中医药治疗[J]. 吉林中医药, 2012, 32(10): 993-995.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王 佳 收稿日期:2018-09-18)

胡元会教授从湿论治慢性心力衰竭临床经验总结

刘文娟

(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心全科,北京 100078)

摘要:慢性心力衰竭多见胸闷,气短和水肿等临床表现,是多种心血管疾病终末期的发展阶段。胡元会是中国中医科学院广安门医院教授,从事中医临床30余年,治疗慢性心衰有丰富的临床经验。本文从慢性心力衰竭的病机,临床表现,常用方法及临床病案运用介绍胡元会诊治慢性心力衰竭的经验,为临床治疗慢性心力衰竭提供了参考。

关键词:慢性心力衰竭;临床经验;化湿法;虚劳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.014

文章编号:1672-2779(2019)-01-0037-04

The Clinical Experience of Professor Hu Yuanhui in Treating Chronic Heart Failure from Dampness

LIU Wenjuan

(Department of General Practice, Fangzhuang Community Health Service Center in Fengtai District, Beijing 100078, China)

Abstracts: Chronic heart failure (CHF) is characterized by chest tightness, shortness of breath, edema and other clinical manifestations. It is the terminal stage of many cardiovascular diseases. Professor Hu Yuanhui is the professor of Guang'anmen Hospital, Chinese Academy of traditional Chinese medicine. He has been engaged in clinical practice of traditional Chinese medicine for more than 30 years. He has rich clinical experience in treating chronic heart failure. This article introduces Professor Hu Yuanhui's experience in the diagnosis and treatment of chronic heart failure from its pathogenesis, clinical manifestations, common methods and clinical records, which provides a reference for the clinical treatment of chronic heart failure.

Keywords: chronic heart failure; clinical experience; resolving dampness method; consumptive disease

胡元会教授认为现代人生活条件日益提高,饮食不节,聚湿生痰,痰湿与心血管疾病密切相关^[1]。湿邪既是心力衰竭发病的始动因素之一,又是心力衰竭迁延不愈之根。湿性黏滞,容易阻碍气血运行,影响阳气布化,无论外感湿邪,还是内生湿邪皆可使人体脏腑功能失常,水液聚于心包,阳气不展,心阳受损,而致心力衰竭^[2]。因此化水利湿法为治疗慢性心力衰竭的基本原则,临证根据不同病理特点通过宣肺、健脾、温肾、活

血、养阴、祛痰等方法使水道循于正常,湿邪化于无形。化水利湿法在心力衰竭中应用原则为:治湿邪,理气为先;除湿药,轻轻灵动;除湿气,缓缓图之;治湿病,护正为要;治湿证,寒温相宜。胡元会教授认为加强心力衰竭辨证分型的规范化研究,并在此基础上进行标准化治疗是中医走向现代化的必由之路。今后还需加强中医对心衰治疗标准化、客观化、规范化的研究,充分发挥中医的优势以推动中医药现代化的进程。

1 胡元会教授治疗心力衰竭常用的化湿法及病案

胡元会教授认为由于湿邪致病临床表现多样,疾病错综复杂,因此,湿病的治疗,要做到临床辨证准确,药证相合,恰当使用化湿法。湿邪所致心力衰竭的治法当以除湿为要,但要在四诊合参的基础上,根据湿邪在体内的部位或状态不同,以及结合心血管疾病不同病理阶段时期,采用针对每个不同病证适宜方法治疗。常用化湿法如下:

1.1 宣肺化湿法 适用于湿遏肺气之证,临床症见胸闷、胸痛、心悸、气短、气喘、少尿、周身肿胀,或肢肿、喘而无汗、畏寒、舌淡白、苔薄白、脉滑濡。常用方剂:三仁汤(《温病条辨》)。常用药物:杏仁、茯苓、白豆蔻、薏苡仁、通草、竹叶、藿香、佩兰、苏叶等。泻肺祛湿强心方:葶苈子 15 g,桑白皮 12 g,全瓜蒌 12 g,桔梗 12 g,猪苓 15 g,泽泻 12 g,莱菔子 12 g,杏仁 9 g,冬瓜皮 15 g,防己 6 g,茯苓 30 g,芦根 15 g。

心衰水湿蕴肺案 李某,女,57岁。主诉:2010年4月15日因“胸闷气短2年,加重7天”首诊。2年前,患者劳累后胸痛,行冠脉造影术示“前降支狭窄50%~60%”诊断为“冠心病,心力衰竭”,经药物保守治疗而好转。于7天前咳嗽后出现喘息、憋闷、心悸、口干、乏力、畏寒,伴双下肢浮肿、少尿。舌淡白、苔白,脉濡滑。查体:BP:120/82 mmHg,HR:72次/min, S1低,律齐,杂音(-),肝脾未及。双下肢水肿(++)。心脏彩超:左房增大,EF:46%。心电图:窦性心率, V₄~V₆,ST段下移>0.05 mV,T波:V₄~V₆倒置。胸片:肺纹理紊乱,心脏增大。西医诊断:冠心病 心功能Ⅱ级。中医诊断:心衰(水湿蕴肺)。中药治则:宣肺化湿。方剂:三仁汤加减。炒杏仁 6 g,茯苓 30 g,白豆蔻 15 g,薏苡仁 30 g,通草 15 g,竹叶 15 g,藿香 15 g,佩兰 10 g,桑白皮 30 g,葶苈子 15 g。7剂,日2次,水煎服。

患者服药后,诸症好转,守方调理2周,咳喘止,心悸平,水肿消失。炒杏仁,苦、辛,上以通利上焦肺气、使肺气宣通;白蔻仁,辛、苦、芳香,以化湿舒脾、去中焦湿;薏苡仁,甘、淡、寒,以渗利湿热于下焦;桑白皮宣降肺气、调畅气机、气行则水行。

1.2 健脾化湿法 适用于脾虚湿困证,临床症见胸闷、胸痛、心悸、胸胁胀满、目眩短气、面色萎黄、肢倦乏力、纳差便溏。舌淡苔白,脉滑细。常用方剂:防己黄芪汤(《金匮要略》)、实脾饮(《济生方》)。常用药物:黄芪、党参、白术、扁豆、防己、茯苓等。健脾祛湿强心方:黄芪 30 g,党参 12 g,炒白术 12 g,苍术 12 g,干姜 6 g,陈皮 10 g,法半夏 12 g,草果 10 g,茯苓 30 g,泽泻 12 g,大腹皮 12 g,广木香 10 g。

心衰脾虚湿停案 马某,男,66岁。主诉:阵发胸

闷胸痛5年,加重伴双下肢浮肿1周,患者于5年前因阵发性胸闷胸痛,气短,动则加重,被当地医院诊断为冠心病、心衰。近1周来,胸闷胸痛加重咳喘不能平卧夜间尤甚。心悸气短、动则加甚、食少、腹胀、双下肢凹陷性水肿。曾在当地医院予强心、利尿、抗炎、平喘等药治疗,疗效不显,且日渐加重,遂来我院就诊。刻下症见:阵发胸闷气短、腹胀、恶心呕吐、倦怠乏力、双下肢凹陷性水肿,按之没指,尿少,舌淡暗、苔黄厚腻,脉沉迟。查体:BP:112/68 mmHg,双肺呼吸音清,两肺底可闻及少量细湿啰音,心率62次/min,心音低钝,杂音(-)。ECG:窦性心律,T波低平。胸部X线片:双肺纹理增重,肺淤血。西医诊断:冠心病 心力衰竭。中医诊断:心衰(脾气亏虚,湿浊中阻)。中医治则:健脾益气利湿。方剂:实脾饮加减。黄芪 30 g,茯苓 30 g,党参 12 g,炒白术 15 g,苍术 12 g,干姜 6 g,大腹皮 10 g,桑白皮 15 g,陈皮 10 g,法半夏 9 g,草果 10 g,泽泻 12 g,广木香 10 g。7剂,日2次,水煎服。

患者服药后,诸症好转,饮食渐增,守方调理2周,咳喘止、心悸平、水肿消失。半年后随访,依然健在。方中干姜温脾;茯苓、白术健脾利湿;木瓜化湿;广木香行气利水消肿;黄芪补气;桑白皮宣降肺气、调畅气机,气行则水行。

1.3 温肾化湿法 用于肾阳虚衰,水湿泛滥之证,临床症见心悸怔忡、胸闷胸痛、气短气喘、面色㿔白、畏寒肢冷、腰背酸重、喘促、水肿。小便不利、大便溏。舌淡胖、边有齿痕、苔白滑腻,脉滑。常用方剂:济生肾气丸(《寄生方》)。常用药物:肉桂、附片、细辛、补骨脂、泽泻、茯苓、干姜、白术、白芍等。温肾祛湿强心方:炮附片 6 g,淫羊藿 15 g,牛膝 15 g,当归 12 g,炒白术 12 g,鹿角胶 9 g,桂枝 10 g,茯苓 30 g,泽泻 12 g,桑寄生 12 g,车前子 15 g,泽兰 12 g。

肾阳亏虚,水泛心衰案 张某,男,68岁。主诉:阵发心悸气短6年,加重5天。患者6年前因阵发心悸、胸闷气短,家中自服硝酸甘油症状缓解,随即在当地医院诊断为“冠心病”,具体用药不详。5天前,患者自觉心悸胸闷加重,气短甚则气促,来我院门诊就诊。刻下症见:患者阵发心悸、胸憋闷、时有心痛、气促、面色苍白、畏寒、双下肢浮肿、纳差、小便清长、大便质稀。舌体胖大有齿痕、舌淡苔白,脉沉细。查体:BP:130/86 mmHg,双肺呼吸音清,两肺底可闻及散在细湿啰音,心率86次/min,心音低钝,杂音(-),双下肢水肿(++)。西医诊断:冠心病、心功能Ⅱ级。中医诊断:心悸、心衰(肾阳不足)。治则:温阳利水。方剂:真武汤加减。干姜 6 g,茯苓 30 g,白芍 10 g,川牛膝 10 g,生姜 3 g,炮附片 10 g,淫羊藿 15 g,炒白术 12 g,鹿角胶 9 g,桂枝 10 g,桑寄生 12 g,车前子 15 g,

泽兰 12 g。7 剂，水煎服，日 2 次。

患者年老，平素身体欠佳，阳气虚，阳虚无力振奋心阳，心阳不振，血液运行不畅，不通则痛，故见心悸、胸闷等症，阳气不足不能卫外，故见畏寒，肾中阳气不足，肾主水功能失调，故见下肢浮肿、小便清长、大便质稀。舌体胖大有齿痕、舌淡苔白，脉沉细为阳虚之证。以温阳利水为治则，处以真武汤加减。患者服药后，自觉胸闷气短明显好转，偶有心悸，水肿消失，舌淡胖苔白滑、脉沉细。查体：BP：128/84 mmHg，双肺呼吸音清，两肺底可闻及散在细湿啰音，无干鸣音，心率 82 次/min，心音低钝，杂音（-）。以炮附片、桂枝为君，温振心肾之阳以治其本，其中炮附片味辛、甘、大热，回阳救逆、补火散寒、上温心阳、下补命门肾阳，元阳复则下焦气化启动，能蒸腾水液，是治疗心肾阳虚证之要药；桂枝味辛、甘、性温，温振心阳、调畅血脉、宣展气机，蒸化三焦以通阳化气散水，通过发散起到宣肺作用，进而达到对肺之气机的调节，实现对全身气机和津液代谢的调节，开鬼门之要义；白术、茯苓、泽泻、生姜为臣，利水以治标，淡渗利水，以利水津四布。

1.4 活血化湿法 适用于湿瘀互结之证，临床症见胸闷憋气、胸闷痛或刺痛、心悸怔忡、头昏头重、面色紫暗、口唇发绀、腹胀水肿。舌紫暗或有瘀斑、苔白，脉濡滑或弦滑。常用方剂：三仁汤（《温病条辨》）和桃红四物汤（《医全元戎》）、桂枝茯苓丸（《金匱要略》）。常用药物：茯苓、白术、清半夏、生姜、防己、麻黄、猪苓、大戟、冬葵子、鳖甲等。活血祛湿强心方：桃仁 12 g，红花 12 g，川芎 12 g，丹参 30 g，生地黄 12 g，赤芍 12 g，当归 12 g，益母草 30 g，泽兰 12 g，川牛膝 15 g，茯苓 30 g，泽泻 12 g，车前子 15 g。

心衰血瘀湿停案 患者王某，男，64 岁。主诉：阵发胸闷气短 5 年，加重 1 周。患者于 5 年前因阵发胸闷气短，在当地医院诊断为“冠心病”。长期药物治疗（具体用药不详）。1 周前，患者自觉阵发胸闷加重，气短甚则气喘，来我院门诊就诊，刻下症见：患者阵发胸憋闷、气促、动则气喘。双下肢浮肿、两胁胀满、纳差。小便清长、大便干。舌体暗胖大、舌面瘀斑、苔薄白，脉沉细涩。查体：BP：136/82 mmHg，双肺呼吸音清，两肺底可闻及散在细湿啰音，心率 86 次/分，心音低钝，杂音（-），双下肢水肿（++）。西医诊断：冠心病、心功能 II 级。中医诊断：胸痹、心衰（血瘀湿停）。治则：活血化湿。方剂：桃红四物汤加减。桃仁 12 g，红花 12 g，川芎 12 g，生地黄 12 g，赤芍 12 g，当归 12 g，益母草 30 g，泽兰 12 g，川牛膝 15 g，茯苓 30 g，泽泻 12 g，车前子 15 g。7 剂，水煎服，日 2 次。

心衰以心气虚损为主要病机，心气虚无力推动血行

则血瘀，气虚不行则气滞，气滞又进一步导致血瘀，而以上病机又皆可导致水湿停滞。患者阵发胸憋闷，气促，动则气喘，为气虚血瘀，两胁胀满为肝气郁滞，舌体暗胖大、舌面瘀斑、苔薄白、脉沉细涩为血瘀证。故治疗以活血化湿为主，兼以淡渗利湿。患者服药后，自觉胸闷气短明显好转，水肿消失，舌暗胖苔白、脉沉细，查体：BP：128/84 mmHg，双肺呼吸音清，两肺底可闻及散在细湿啰音，心率 82 次/min，心音低钝，杂音（-）。
1.5 益气化湿法 适用于气虚湿停之证，临床症见胸闷憋气、胸痛、心悸、气短、咳嗽喘促。神疲、四肢困倦、脘腹痞胀、眩晕、舌淡苔白、脉缓滑。常用方剂：春泽汤（《医方集解》）、参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）。常用药物：黄芪、人参、党参、白术、茯苓、桔梗、薏苡仁等。

气虚湿停案 张某，女，80 岁。该患者以“胸闷、喘憋反复发作 10 余年，加重 1 周”为主诉就诊。就诊时症见：胸闷憋气、心悸怔忡、气短乏力、活动后加重。口唇青紫、尿量少。舌紫暗、苔薄白，脉细涩。查体：血压：140/70 mmHg。口唇发绀，颈静脉充盈。双肺呼吸音粗，双肺中下部可闻及散在细小湿性啰音。心浊音界略向左下扩大，心率 70 次/分，律齐，心尖部可闻及 2/6 级收缩期杂音，肝脾不大，双下肢浮肿（++）。心电图：窦性心律，ST-T 改变。西医诊断为：冠心病、心功能 III 级。中医诊断为：胸痹（气虚血瘀水蓄）。中医治则：益气活血利水。方剂：生黄芪 30 g，炒白术 12 g，当归 12 g，桂枝 10 g，川芎 12 g，桃仁 12 g，红花 12 g，桑白皮 12 g，丹参 12 g，茯苓 30 g，泽泻 12 g，冬瓜皮 15 g。7 剂，水煎服，日 2 次。

二诊：服上方 7 剂后，患者症状明显减轻，小便可量正常，舌红少苔、脉细数。原方中去红花、川芎、泽泻，加麦冬 15 g、生地黄 12 g、玉竹 12 g，以滋阴养血继续治疗。

三诊：服上方 7 剂后，患者胸闷喘憋消失，无心悸怔忡，气短乏力明显减轻，口唇无发绀。不更方，继服 7 剂以巩固疗效，病情稳定，疗效满意。

心衰发生之本在心气、心阳不足，水湿、痰饮、瘀血为标，气虚血瘀水蓄是其病机要点，故治疗重在益气、活血、利水。药用生黄芪、炒白术、茯苓大补心脾之气；当归、丹参养血活血，使祛瘀而不伤正；赤芍、川芎、桃仁、红花活血祛瘀通络，气虚则水液运化失司，治疗虽重在调气，尚需加助阳化气、通利小便之品，故用桂枝、桑白皮、茯苓、泽泻。经治疗，血瘀水湿渐去，元气得复，则气虚血瘀水蓄之象减轻，而表现出阴血不足之象，故应减轻活血化瘀利水之力，以益气滋阴养血为主法调理善后，疗效满意。

心衰，临床多属虚实夹杂之证，既有水湿、痰饮、

瘀血的孰多孰少,又有气虚、阴虚或阳虚的不同。故临证治疗应明辨虚实,标本兼顾,以五脏阴阳气血之平为要,常可获得良好疗效。

1.6 养阴化湿法 适用于阴虚湿盛之证,临床症见胸闷、心悸、气短,小便不利、渴欲饮水、饥不欲食,舌质红绛、苔腻、脉细滑。常用方剂:猪苓汤(《伤寒论》)、竹叶石膏汤(《伤寒论》)等。常用药物:猪苓、茯苓、泽泻、滑石、阿胶、竹叶、石膏、麦冬等。育阴祛湿强心方:猪苓 15 g,茯苓 30 g,泽泻 12 g,麦冬 30 g,太子参 15 g,山药 30 g,玉竹 12 g,沙参 12 g,五味子 10 g,灵芝 15 g,生地黄 12 g,黄精 12 g。

由于阴虚与湿浊内停是相反的两种病理变化,滋阴有碍湿邪,化湿易耗阴液,治疗颇感棘手。要解决好这一矛盾,必须细心体察、权衡轻重,或滋阴与化湿并举,或滋阴为主兼以化湿,或化湿为主佐以滋阴。总之,要以补正不留邪、祛邪不伤正;滋阴而不助湿浊,祛湿而兼护阴液,邪正兼顾,方能达到预期的疗效。诚如周学海所言:“若用风药胜湿,虚火易于向上;淡渗利水,阴津易于脱亡;专于燥湿,必致真阴耗竭;纯用滋阴,反助痰湿上扰。务使润燥合宜,刚柔协济,始克有赖(《读医随笔·燥湿同形同病》)^[3]。”

在药物的选择上,祛湿药物宜选轻清宣透和甘淡之品,以防耗液伤阴之弊。如藿香、佩兰、杏仁、白豆蔻、赤小豆等,养阴药的选择当避湿滞之弊端,可选沙参、麦冬、玉竹、鲜石斛、鲜芦根等滋而不腻之品。

心衰阴虚湿停案 患者罗某,男性,70岁。因反复心悸20余年,伴全身水肿5天来诊,家人代述患者既往患风湿性心脏病20余年,常因外感或劳累后反复出现心悸气短、咳嗽胸闷,未系统治疗,5天前劳累后出现心悸气短并逐渐加重,动则明显,双下肢水肿,故来我院诊治,症见心悸气短、胸闷、动则喘息气促、休息后缓解。颜面及全身浮肿、胸腹痞满。舌质暗红、苔薄白水滑,脉结代。心电图示:心房颤动,室性期前收缩,T波异常。西医诊断:①风心病;②房颤;③室早;④心力衰竭。中医诊断:心衰(心气虚衰,水湿内停)。治则:补益心气、健脾化湿。方剂:黄芪建中汤合五苓散加减。人参15 g,党参10 g,黄芪30 g,桂枝10 g,茯苓30 g,猪苓20 g,泽泻20 g,车前子15 g,丹参30 g,檀香15 g,木香10 g,甘草6 g。5剂,日2次,水煎服。

患者患风湿性心脏病20余年,久病心气亏虚,胸阳不振,即出现心悸气短,动则明显,气虚无力运行水液,即出现颜面及全身浮肿,心为脾之母,心气不足,日久累及于脾,导致脾气虚,无力运化水谷,症见胸腹痞满,气虚血瘀,即舌质暗红,水液停聚,即苔薄白水滑、脉结代,为心气不足之症。诊为心衰,以补益心气、

健脾化湿为治则,处以黄芪建中汤加减。5月26日复诊,病情明显缓解,水肿消退,一般活动心悸气短不明显,原方去猪苓、泽泻,续进3剂巩固治疗,随后半年时感心悸气短予中药调理,均以补中益气汤活血通络强心为治。方中黄芪、人参升清降浊;茯苓、泽泻、猪苓、车前子利水消肿;桂枝既助温经振奋胸阳,又助蒸腾气化加强利水消肿;丹参、檀香活血通络;遵“治湿而不治气非其治也”,佐木香行气利水,甘草调和诸药,全方标本兼顾,清阳升故心悸气短缓解,湿浊降则水肿迅速消退,故收良效。

2 化湿法在心力衰竭治疗中应用的禁忌 (1)禁过用寒凉,滋腻。(2)忌苦寒攻下。(3)用药禁过于香燥。(4)不可过于化湿。

3 小结

心力衰竭是多种疾病如冠心病、高血压、风湿性心脏病、肺心病发展到后期引起的临床综合征,不同疾病引起的心衰,其病机各有偏重,在治法上亦有所不同。心力衰竭为本虚标实、虚实夹杂之证,以心之阳气虚衰为本,瘀血、痰饮、水湿为标,每因感受外邪、劳倦过度、情志过极等诱发,气虚、血瘀、水蓄是病机的关键,治疗上应虚实兼顾,攻补兼施。但临床实际还需根据中医“急则治标、缓则治本”的原则,分清缓急,急性发作期以祛邪为主,兼以补虚,慢性迁延期以补虚为主,兼以祛邪。病因为冠心病者,多痰瘀互结为患,注意加用活血化痰之品,如丹参、浙贝母、瓜蒌、桃仁、红花等;病因为高血压性心脏病者,大多兼肝阳偏亢,需配合平肝潜阳、熄风化痰之品,如钩藤、白蒺藜、夏枯草、葛根等;因为风湿性心脏病者,每有痰湿伏留,外感风寒而诱发,在治疗基础上加祛风除湿散寒之品,如鸡血藤、防己、穿山龙、豨莶草等;病因为肺源性心脏病者,多兼肺肾不足,需加用补肺益肾、纳气平喘之品,如莱菔子、白芥子、苏子等;病因为属甲亢性心脏病者,证候多气阴两虚,治疗注重益气养阴,佐以软坚散结之品,如玄参、浙贝母、海藻、生牡蛎等;扩张型心肌病引起心衰者,以气血两虚多见,治宜气血双补,常用生黄芪、西洋参、当归、麦冬、灵芝等药。因此诊治本病,在辨证的同时,亦应结合病因,辨证施治,才能起到事半功倍的疗效。

参考文献

- [1] 蔡海荣,赵帅,黄永莲,等.岭南地区中老年人痰湿质、气虚质、平和质与心血管病危险因素关系分析[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(10):1360-1362.
- [2] 周袁坤,邹旭,潘光明.慢性心力衰竭中医研究进展[J].中华中医药杂志,2010,25(11):1842-1845.
- [3] 张吉芳,张福利,马伯艳,等.论湿热阴虚同病的病因病机证治方药[J].中医药学报,2011,39(6):4-6.

(本文编辑:张文娟 本文校对:钟菊迎 收稿日期:2018-09-14)

活血柔筋、搜风通络法治疗椎动脉型颈椎病临床观察

才迎春¹ 冯育辉² 王开成¹ 周晓春¹ 王淑静¹ 崔金海¹ 张国江^{3△}

(1 河北省唐山市丰润区中医医院内科,河北 唐山 063000;

2 河北省唐山市丰润区人民医院办公室,河北 唐山 063000;3 河北省唐山市中医医院内科,河北 唐山 063000)

摘要:目的 观察活血柔筋、搜风通络法治疗椎动脉型颈椎病的疗效。方法 将300例椎动脉型颈椎病患者随机分为3组,3组患者基础治疗相同。治疗组(甲组)以复方芎藭胶囊每次2g,归蛇活血胶囊每次1.4g,每日3次口服;对照组(乙组)以血塞通软胶囊每次3粒、每日3次口服;对照组(丙组)以盐酸氟桂利嗪每次10mg、每日1次,肠溶阿司匹林100mg晚服、每日1次。3组均连续服用4周,观察3组药物对椎动脉型颈椎病患者临床症状、体征、椎动脉供血的影响,并对比分析。结果 治疗组总有效率94%,乙组总有效率72%,丙组总有效率74%,3组总有效率比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组临床疗效优于对照组。3组治疗后神经功能缺损评分与本组治疗前比较明显下降($P<0.05$)。结论 活血柔筋、搜风通络法治疗椎动脉型颈椎病,可改善患者的生活、学习、工作质量,疗效可靠,值得在临床上应用推广。

关键词:活血柔筋;搜风通络;复方芎藭胶囊;归蛇活血胶囊;痹证;中成药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.015

文章编号:1672-2779(2019)-01-0041-03

Clinical Observation on Activating Blood Circulation and Soft Tendons as well as Searching the Wind and Clearing the Collaterals Method in the Treatment of Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type

CAI Yingchun¹, FENG Yuhui², WANG Kaicheng¹, ZHOU Xiaochun¹, WANG Shujing¹, CUI Jinhai¹, ZHANG Guojiang³

(1. Department of Internal Medicine, Fengrun District Hospital of Traditional Chinese Medicine in Tangshan, Hebei Province, Tangshan 063000, China;

2. Office of Fengrun District People's Hospital, Hebei Province, Tangshan 063000, China;

3. Department of Internal Medicine, Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Tangshan 063000, China)

Abstract: Objective To observe the curative effect of activating blood circulation and soft tendons as well as searching the wind and clearing the collaterals method in the treatment of cervical spondylosis of vertebral artery type. **Methods** 300 patients with vertebral artery type cervical spondylosis were randomly divided into three groups. The basic treatment of the three groups of patients was the same; the treatment group (group A) was treated with compound sputum capsules each time 2g combined with Huoxuehuoxue capsules for 1.4 g each time, 3 times a day; the control group (group B) with Xuesaitong soft capsules. The third time, 3 times a day orally; the control group (Group C) with flunarizine hydrochloride 10mg each time, once a day, enteric-coated aspirin 100mg evening service, once a day. All three groups were treated for four weeks. The effects of three groups of drugs on clinical symptoms, signs and vertebral artery blood supply of patients with vertebral artery type cervical spondylosis were observed and compared. **Results** The total effective rate was 94% in the treatment group, 72% in the group B and 72% in the group C. The total effective rate of the three groups was statistically significant ($P<0.05$). The clinical effect of the treatment group was better than the control group. The scores of neurological deficits in the three groups were significantly lower than those in the group before treatment ($P<0.05$). **Conclusion** The activating blood circulation and soft tendons as well as searching the wind and clearing the collaterals method for cervical spondylosis of vertebral artery can improve people's life, study and work quality.

Keywords: activating blood circulation and soft tendons; searching the wind and clearing the collaterals method; compound Xiongxiu capsules; Guigui Huoxue capsule; arthromyodynia; therapy of Chinese patent drug

椎动脉型颈椎病是临床常见病,好发于中老年。近年随着科学技术的飞速发展,人们工作节奏加快,脑力劳动者比例增高,网络平台使用率越来越高,电脑、手机使用率很高,在空调屋内伏案低头工作人数也越来越多,颈椎病发病率呈逐年上升趋势。且年轻人发病率逐渐升高,严重影响了人们的工作、学习及生活。我科

采用活血柔筋、搜风通络法治疗椎动脉型颈椎病取得良好的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部300例患者均为我科2012—2017年住院病人,随机分为3组。治疗组(甲组)100例,男60例,女40例;年龄30~65岁,平均42岁;伴有高血压病32例,伴有糖尿病10例,冠心病15例。对照组(乙组)100例,男56例,女44例;年龄31~64岁,平均41岁;伴有高血压病30例,伴有糖尿病9例,冠心病12例。对照组(丙组)100例,男48例,

△基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家崔金海传承工作室项目[No.国中医药人教函[2018]134号]

△指导老师

女52例；年龄33~64岁，平均40岁；伴有高血压病28例，伴有糖尿病8例，冠心病10例。3组一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入标准 西医参照《中药新药临床研究指导原则》（试行）^[1]颈椎病诊断标准，分型属椎动脉型。（1）主症：头晕、眼花、目眩、耳鸣，有时伴有头痛、失眠、肢体麻木、疼痛、无力，症状轻时能胜任日常工作，重时则不能参加工作。（2）多数为慢性发病，多有颈部劳损史，病程较长，时轻时重可反复发作。（3）X线片显示颈椎曲度改变、不稳或骨赘形成，钩椎关节骨质增生，韧带关节骨质增生，韧带钙化。椎管矢状径狭窄。（4）曾有猝倒发作，并伴有颈性眩晕，旋颈试验阳性。（5）头CT或MRI检查未见异常。（6）椎动脉彩色超声、脑血流图示血流速度减慢。（7）应排除外眼源性、耳源性眩晕。中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》（试行）^[1]，辨证符合风寒阻络合气滞血瘀型。主症：颈项强痛、活动不利、肢端麻木疼痛、四肢拘急、或者肌肉萎弱、指趾麻木、舌质暗、苔薄白；脉沉迟或沉弦或颈项强痛、动则加剧、痛点固定不移。所有入选患者均除外药物影响。

1.3 治疗方法 3组患者基础治疗相同：治疗组（甲组）以复方芎蝎胶囊每次2g合归蛇活血胶囊每次1.4g，每日3次口服；[复方芎蝎胶囊，丰润区中医医院制剂室生产，（现批准文号为：冀药制字Z20050909）药物组成：川芎90g，全蝎60g，水蛭90g，僵蚕（炒）45g，蜈蚣15条，地龙60g，清半夏45g，天麻60g，白术（炒）30g，胆南星45g。饮片经过粉碎、细筛、高温消毒，装入胃溶胶囊，每胶囊0.25g。归蛇活血胶囊，丰润区中医医院制剂室生产（现批准文号为：冀药制字Z20050910），组成：白花蛇4条，血竭36g，土鳖虫36g，当归36g，白芍36g，防风36g，秦艽36g，威灵仙72g，木瓜36g，伸筋草36g，延胡索36g组成。药物经过粉碎、细筛、高温消毒，装入胃溶胶囊，每胶囊0.35g。]对照组（乙组）以血塞通软胶囊（国药准字：Z20050467，0.25g/粒，云南白药集团大理药业有限责任公司）每次3粒、每日3次，口服；对照组（丙组）以盐酸氟桂利嗪（国药准字：H10930003，5mg/粒，西安杨森制药有限公司）每次10mg，每日1次，肠溶阿斯匹林（国药准字：J20130078，100mg/片，拜耳医药保健有限公司）100mg晚服、每日1次。3组都服用4周，观察3组药物对椎动脉型颈椎病患者的临床症状、体征、椎动脉供血的影响，并对比分析。

1.4 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》（试行）^[1]颈椎病疗效判定标准：（1）临床痊愈：疼痛、麻木或眩晕等症状、体征积分减少 $\geq 95\%$ ，X线显示正常。（2）显效：疼痛、麻木或眩晕等症状、体征积分减少 $\geq 70\%$ ， $<95\%$ ，X线显示明显好转。（3）有效：疼痛、麻木或眩晕等症状、体征积分减少 $\geq 30\%$ ， $<70\%$ ，X线显示有好转。（4）无效：疼痛、麻木或眩晕等症状、体征积分减少不足30%，X线显示无改变。以基本痊愈、显著进步、进步统计总有效率。

1.5 统计学方法 应用SPSS 10.0统计软件。计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3组临床疗效比较 治疗组疗效优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 3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(甲组)	100	38	48	8	6	94*
对照组(乙组)	100	18	24	30	28	72*
对照组(丙组)	100	16	26	33	26	74*

注：与对照组比较，* $P<0.05$

2.2 TCD检测结果 TCD结果显示对照组和治疗组在用药前的血流速度比较没有显著性差异（ $P>0.05$ ）。用药后治疗组和对照组的血流速度均有不同程度的提高，3组相比治疗组血流速度的改善更加明显，治疗组优于对照组（ $P<0.05$ ）其结果见表2。

表2 治疗前后TCD结果比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	时间	收缩峰流速			舒张期流速		
			VA左	VA右	BA	VA左	VA右	BA
治疗组 (甲组)	100	治疗前	30.45±3.78	31.58±4.32	38.24±5.41	14.55±4.42	14.65±3.73	16.39±4.23
		治疗后	42.21±6.56	41.78±6.26	52.56±6.35	21.38±6.68	21.02±7.09	23.23±7.08
对照组 (乙组)	100	治疗前	31.61±4.16	30.42±4.33	41.26±5.68	15.25±4.46	14.35±3.83	17.09±4.21
		治疗后	34.27±4.15	35.05±5.13	45.73±5.17	16.78±4.52	16.02±4.09	19.03±4.23
对照组 (丙组)	100	治疗前	32.62±3.85	31.58±4.56	41.56±5.49	15.13±4.35	15.34±4.28	16.58±4.79
		治疗后	35.58±4.29	34.76±5.23	44.36±5.28	17.12±4.58	16.36±4.31	18.36±5.56

经过观察：治疗组治疗前后，血、尿、便常规，心、肝、肾功能检查等安全性指标未见异常变化。

3 讨论

颈椎病分为颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型、其他型及混合型。如今人们低头劳作范围较广，田间、工地、骑车等，尤其电脑及手机的使用率提高，又疏于锻炼或者行走及坐站姿势不正确，致使颈椎间韧带退变，椎体骨赘、钩椎关节、椎间盘退行性变，

椎管及椎间孔狭窄。且随着年龄的增长,动脉硬化程度加重,血管弹性越来越差,当颈部活动时,极易影响椎动脉供血致使脑缺血诱发头晕头沉等症状,患者多以颈部僵硬及头晕来院诊治,且年龄逐渐年轻化。西医治疗有针刀、手术等,中医有针灸、推拿、拔罐等治疗,多治标不治本,极易反复发作。本病在中医多属眩晕、痹证范畴,具体论述散见于各种古籍文献中。如张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中有“心下有痰饮,胸胁支满,目眩”,“心下有支饮,其人苦冒眩^[2]”阐述痰饮、水饮致眩学说;张景岳在《景岳全书》有眩晕“虚者居其八九”强调了“无虚不作眩”;朱丹溪倡导痰火致眩学说,《丹溪心法·头眩》有“无痰则不作眩”之说,又有湿痰、火痰者;《诸病源候论·风痹论》说:“痹者,风寒湿三气杂至,合而成痹,其状肌肉顽厚,或疼痛,由人体虚,腠理开,故受风邪也。”并提出瘀血致痹证的病机、症状;《古今医鉴》说:“病臂痛为风寒湿所搏。有血虚作臂痛,盖血不荣筋故也;因湿臂痛,因痰饮流入四肢,令人肩臂疼痛,两手故痹。”简述了造成臂痛的三种原因,即风寒,血虚和痰湿。

崔金海主任医师系全国名老中医,在中药治疗颈椎病方面颇有建树。崔老师于我科带教查房,指导病人临床治疗。崔老师治疗颈椎病注重发病内外因,考虑颈椎病往往病情反复发作,病程长,多伴有肝肾不足及痰瘀,治疗祛风散寒同时调补肝肾壮骨,活血化瘀通络,气血协调,使筋脉柔和,尤其善用虫类药物搜风通络,治疗颈椎病往往取得良好临床疗效。我科遵从崔老师治疗颈椎病指导思想,结合《素问·生气通天论》所说“骨正筋柔,气血以流,腠理以密,如是则骨气以精,谨道如法,长有天命”^[3],悟出椎动脉型颈椎病的中医发病原因为“骨不正而致筋不柔;或筋不柔而致骨不正”取得良好的临床疗效。认为如今人们少动多坐,病人久坐多虚,正气不足,卫外不固,尤其夏季多汗,阳随汗泄,又多吹冷风,风邪夹湿夹寒侵及筋脉,寒凝血滞,筋脉失养,筋脉痉挛,加重骨不正;两种情况皆可使筋脉失养、气血失和,致筋不柔、骨不正,出现颈部僵硬疼痛及头晕、头沉等症状;可以说:风邪伏于经络,夹寒夹湿凝滞筋脉,气血、寒痰凝滞经络不通,筋脉气血失和,是其病机;因此提出活血柔筋、搜风通络法治疗椎动脉型颈椎病。尤其重视虫类药物善行走窜,搜风之力最强特性,又结合颈椎病得之日长,久病必伤正兼瘀,津血不足,兼有寒湿凝滞,我院开发的归蛇活血胶囊及复方芎蝎胶囊均具有搜风祛湿、活血养血、温经通络的作用。归

蛇活血胶囊方中白花蛇,甘、咸,归肝经,性走窜,有祛风,通络功效,专治各种风病,风湿痹痛,经脉拘挛等症;血竭,甘、咸、平,归心肝经,内服活血定痛,化瘀止血;土鳖虫,咸、寒,归肝经,有破血逐瘀,续筋接骨作用;威灵仙,辛、咸、温,归膀胱经,功效祛风湿,通经络,止痹痛;秦艽,苦辛、微寒,归肝经,有祛风湿、通络止痛功效;当归,甘、辛、温,归肝、心、脾经,补血活血止痛;白芍,苦、酸、微寒,归肝脾经,养血敛阴,柔肝止痛;木瓜,酸、温,归肝脾经,舒筋活络,专治风湿痹痛,筋脉拘挛;防风,辛、甘、微温,归膀胱、肝经,有祛风、胜湿、解痉;延胡索,辛、苦、温,归心、肝、脾经,有活血、行气、止痛作用;鸡血藤,苦、微甘、温,归心、肝经,有活血祛瘀作用;伸筋草辛散、苦燥、温通,入肝经,尤善通经络,有祛风散寒、除湿消肿、舒筋活络功效。以上诸药合用,有养血活血、祛风除湿、散寒,化瘀止痛作用,可对颈部筋脉起到活血柔筋作用。复方芎蝎胶囊方中川芎辛温、归肝经,有活血行气、祛风止痛作用;全蝎、蜈蚣、僵蚕三药味辛,归肝经,有熄风止痉、散结通络之功,地龙咸寒,归肝经,清热熄风;水蛭咸苦,归肝经,破血逐瘀,上五味辛寒并用,共起熄风止痉、活血通络之功,助君药川芎治颈僵颈痛、头晕等症状;清半夏、白术、天麻、胆南星共有有燥湿化痰、祛风止痉功效,配合全蝎、蜈蚣、僵蚕共行熄风化痰止痉、散结活血通络之功。以上十味药配伍共同起到搜风通络、活血化瘀涤痰的功效。现代医学认为白花蛇、秦艽、威灵仙镇静、镇痛,松弛平滑肌;当归抑制肌肉收缩,降低外周血管阻力,白芍解痉;血竭、土鳖虫、川芎、天麻、全蝎、蜈蚣、僵蚕、鸡血藤共有镇静、镇痛,抑制血小板聚集,降低血黏度,降低外周血管、脑血管阻力,改善微循环,提高心脑血管组织缺氧耐受力^[4]。归蛇活血胶囊、复方芎蝎胶囊两方合用,共同发挥活血柔筋,搜风通络功效,谨合椎动脉型颈椎病的病机。因此临床实验结果表明活血柔筋、搜风通络法对椎动脉型颈椎病的治疗有很好的疗效。

参考文献

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 2002:346-349.
- [2] 中医研究院研究生班. 金匮要略注评[M]. 北京:中国中医药出版社, 2011:265.
- [3] 中医研究院研究生班. 黄帝内经素问注评[M]. 北京:中国中医药出版社, 2011:21.
- [4] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:172-176, 186-187, 329-337, 408-414, 460-462.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王开成 收稿日期:2018-09-07)

中医正骨配合针刺治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分析

周志强

(江西省都昌县人民医院康复医学科,江西 都昌 332600)

摘要:目的 观察及分析对腰椎间盘突出症患者实施中医正骨配合针灸治疗的效果。方法 选取接受治疗的120例被明确诊断为腰椎间盘突出的患者作为研究对象,分成研究组和参照组。参照组实施中医针灸治疗方案,而研究组在此基础上实施中医正骨手法治疗。对比2组治疗效果。结果 通过比较2组治疗总有效率,结果显示相较于参照组的71.67%而言,研究组的93.33%更具有优势, $P<0.05$;比较治疗后的VAS疼痛评分,研究组明显低于参照组,研究组患者的疼痛程度更低, $P<0.05$ 。结论 予以腰椎间盘突出症患者中医正骨配合针灸治疗,可以明显提升治疗有效率,应用意义巨大。

关键词:中医正骨;针刺疗法;腰椎间盘突出;痹症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.016

文章编号:1672-2779(2019)-01-0044-02

Analysis on the Clinical Effect of Traditional Chinese Medicine Orthopedics Combined with Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Lumbar Disc Protrusion

ZHOU Zhiqiang

(Rehabilitation Medicine Department, Duchang County People's Hospital, Jiangxi Province, Jiujiang 332600, China)

Abstract: **Objective** To observe and analyze the effect of acupuncture and moxibustion therapy on lumbar disc herniation. **Methods** 120 patients who were definitely diagnosed as lumbar disc herniation in our hospital were divided into two groups: the study group and the reference group, and the patients in the reference group were treated with acupuncture and moxibustion. The study group patients on the basis of the implementation of traditional Chinese medicine bone manipulation treatment measures. The Results of treatment were compared between the two groups. **Results** by comparing the overall effective rate of treatment between the two groups, the Results showed that 93.33% of the study group was more effective than the reference group (71.67%). The scores of VAS pain in the study group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$), and the pain degree of the patients in the study group was lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** acupuncture and moxibustion treatment of bone in patients with protrusion of lumbar intervertebral disc can obviously improve the effective rate of total treatment and has great significance.

Keywords: traditional Chinese medicine orthopedics; acupuncture and moxibustion; lumbar disc protrusion; arthromyodynia

腰椎间盘突出已经是相对常见的一种疾病,患病人数较多,发生的主要因素就是腰部持续负重、保持单一姿势等,这种疾病的患病年龄呈现出年轻化的趋势^[12]。治疗腰椎间盘突出的方法包括手术治疗、药物保守治疗两种。大量的研究显示,大部分腰椎间盘突出患者可以采取非手术治疗便能获得良好的效果^[34]。其中,中医正骨配合针灸治疗就是一种主要方法。本研究对于中医正骨配合针灸治疗腰椎间盘突出症的临床效果进行观察及分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究对象是在我院接受治疗的120例被明确诊断为腰椎间盘突出的患者,研究时间是在2015年6月—2018年6月。所有患者享有知情权,同时签署正规的知情同意书,并且排除伴腰椎段器质性病变、伴发严重内科疾病、精神障碍者等情况。随机将患者分成研究组和参照组各60例。其中,研究组男32例,女28例;年龄25~68岁,平均46.9岁;病程最短8天,最长36个月,平均病程(15.3±7.0)个月。参照组男35例,女25例;年龄28~65岁,平均48.3岁;病程最短

5天,最长40个月,平均病程(17.1±6.5)个月。对比研究组和参照组的相关资料,存在可比性, $P>0.05$ 。

1.2 治疗方法 参照组仅实施常规针灸治疗,研究组在参照组患者治疗方式基础上,联合中医正骨治疗方案。中医正骨疗法为:让患者保持正确舒适的俯卧位,对腰部位置、背部位置以及腿部的肌肉实施推拿,时间为20分钟,以此对肌肉紧张症状进行良好的缓解。之后指导患者端坐方凳,棘突偏向右侧时助手双下肢固定患者左膝,施术者在患者身后,用右手经过患者的右侧腋下绕至颈后扶于左颈部,左拇指推住偏歪棘突右侧的压痛点。随后让患者稍稍前屈上身,对腰部施力,朝着右方侧弯的同时向右侧旋转,在此期间左拇指向对侧推拨偏歪的棘突^[5]。闻及弹响声以后,把腰部复回中立位,在棘突偏向左侧时,如以上相同的手法进行操作(方向相反),每天实治两次。针灸法为:根据患者的疼痛部位,针对性的选择肾俞穴、大肠俞穴、秩边穴、阿是穴、夹脊穴、委中穴等穴位,采取平补平泻法,在入针之后,控制留针的时间为20 min左右。每天进行一次此种针刺治疗,2组患者的治疗时

间均为 4 周。

1.3 观察指标 对于研究组和参照组的总体治疗有效率进行比较,包括显效、有效、无效三项标准。显效的评价标准为^[6]:治疗后,主要症状体征消失,日常生活能力以及工作能力恢复到正常状态,直腿抬高试验在 80° 以上;有效的评价标准为:治疗后,症状体征以及腰部活动得到显著改善,直腿抬高试验为 70°~80°,恢复部分日常生活能力;无效的评价标准为:治疗后同治疗前相比较无差异。另外,采取数字评分法(VAS),评价患者疼痛症状。其中,无疼痛为 0 分;轻微疼痛为 1~3 分,即可忍受疼痛,不对正常生活构成影响;中度疼痛为 4~6 分,即明显疼痛,对睡眠构成影响,需临床处理;重度疼痛为 7~10 分,即疼痛剧烈难以忍受。分值越低,疼痛程度越低。

1.4 统计学方法 使用的统计学分析软件为 SPSS 21.0。其中,计量资料使用均数±平均数 ($\bar{x} \pm s$) 的方式进行表达,使用 *t* 检验;计数资料使用百分比 (%) 的方式进行表达,使用 χ^2 检验。当 $P < 0.05$ 时,为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组总体治疗有效率比较情况 治疗后,研究组内,显效 38 例、有效 18 例、无效 4 例,总有效率为 93.33%;参照组内,显效 20 例、有效 23 例、无效 17 例,总有效率为 71.67%。相较于参照组患者而言,研究组患者的总体治疗有效率更高, $P < 0.05$, 存在统计学意义。如表 1 所示。

表 1 2组患者近期疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	60	38	18	4	56(93.33)
参照组	60	20	23	17	43(71.67)
χ^2 值					9.68
<i>P</i> 值					<0.05

2.2 2组患者VAS评分比较情况 治疗前,研究组患者的 VAS 评分是 (8.03±1.20) 分,同参照组的 (7.98±1.35) 分相比较不具有明显差异性, $P > 0.05$, 不存在统计学意义;在实施不同治疗方案以后,研究组的 VAS 评分为 (2.05±1.09) 分,参照组的 VAS 评分为 (5.60±0.88) 分。相较于参照组而言,研究组的评分更低,疼痛改善程度更显著, $P < 0.05$, 具备统计学意义。如表 2 所统计。

表 2 2组患者VAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	60	8.03±1.20	2.05±1.09
参照组	60	7.98±1.35	5.60±0.88
<i>t</i> 值		1.20	8.31
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05

3 讨论

腰椎间盘突出是临床上常见的一种疾病,目前此疾病的发展趋势就是低龄化^[7]。由于手术治疗往往存在一定的创伤,所以大部分患者选择非手术治疗,同样可以取得良好的效果^[8-9]。腰椎间盘突出从中医角度讲,属于“腰腿痛”“痹病”的范畴,产生的因素较多,包括禀赋虚弱、腰府失养,同时外受风寒或湿热之邪侵袭,进而引发气血不调以及经络瘀阻不通。所以,中医治疗腰椎间盘突出的主要原则即为活血祛瘀和通络止痛。中医正骨和针刺在中医学中均属重要的治疗手段,是痹病常用的手法^[10]。中医正骨手法通过点、揉、推等方式,对双侧骶棘肌和压痛点产生刺激,进而对局部供血进行改善,放松痉挛的腰肌,发挥解除局部粘连与嵌顿滑膜效果。针灸能够通过局部针刺气海、阳陵泉等诸穴,通筋活络、调畅气血、理气止痛,改善肢体麻木症状并减少疼痛发生。本研究结果显示,通过采取中医正骨及针刺治疗,可以显著改善疼痛让患者得到更好的治疗效果。

综上所述,予以腰椎间盘突出患者中医正骨配合针刺治疗,可以明显提升总体治疗有效率,而且能够明显改善疼痛程度,进而帮助患者提升生活质量。因此,推广应用价值巨大。

参考文献

- [1] 俞建松,冯文菊,陈传毅.中医针灸正骨结合早期康复训练在胫骨平台骨折术后康复中的应用价值分析[J].浙江创伤外科,2016,21(6):1125-1127.
- [2] 张超.中医正骨针灸联合西医治疗腰间盘突出的效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(64):144-145.
- [3] 张富平.中医正骨针灸治疗腰间盘突出的临床疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(91):155,164.
- [4] 谷利民.中医正骨针灸治疗腰间盘突出的效果观察[J].中外女性健康研究,2017,10(12):110,118.
- [5] 关则健.中医正骨联合温针灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分析[J].内蒙古中医药,2017,36(15):111-112.
- [6] 庞蕴.中医正骨联合消痛散药袋治疗腰椎间盘突出症[J].吉林中医药,2017,37(11):1134-1137.
- [7] 孙云波.中医正骨针灸治疗腰间盘突出的临床疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(80):147,150.
- [8] 张淑芝.中医正骨针灸治疗腰间盘突出的临床效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(18):37,39.
- [9] 崔丽宽.中医正骨针灸治疗腰椎间盘突出症的临床效果观察[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(3):59-60.
- [10] 白灵,那仁花.中医正骨针灸治疗腰间盘突出的临床疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(29):48.

(本文编辑:张文娟 本文校对:查代牛 收稿日期:2018-09-07)

竹叶石膏汤合清气化痰丸治疗 COPD 的疗效

段文芳

(江西省景德镇市第一医院中医科,江西 景德镇 333000)

摘要:目的 观察竹叶石膏汤合清气化痰丸加减治疗 COPD 的疗效。方法 选取 2016 年 6 月—2017 年 6 月接受治疗的 100 例急性加重期 COPD 患者,按随机数字表法分成观察组与对照组各 50 例。对照组接受常规综合治疗,观察组除同对照组的的治疗方法外,还加用竹叶石膏汤合清气化痰丸加减方。对比 2 组患者治疗前后病情严重程度、呼吸困难程度、中医证候情况及临床治疗总体效果。结果 治疗后,2 组患者 mMRC、CAT 及中医证候评分均明显减少,且观察组各项评分均明显小于对照组 ($P < 0.05$),总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 竹叶石膏汤合清气化痰丸加减治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病的疗效显著,值得临床推广。

关键词:竹叶石膏汤;清气化痰丸;急性加重期;慢性阻塞性肺疾病;哮喘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.017

文章编号:1672-2779(2019)-01-0046-02

The Curative Effect of Zhuye Shigao Decoction Combined with Qingqi Huatan Pills in the Treatment of COPD

DUAN Wenfang

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Hospital of Jingdezhen, Jiangxi Province, Jingdezhen 333000, China)

Abstract: **Objective** To observe the curative effect of Zhuye Shigao decoction combined with Qingqi Huatan pills in the treatment of COPD. **Methods** 100 patients with acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease were selected from June 2016 to June 2017 in our hospital. They were divided into observation group and control group by random number table. Patients in the control group received routine comprehensive treatment; patients in the observation group, in addition to the same control group, but also add Zhuye Shigao decoction combined with Qingqi Huatan pills. The severity of illness, dyspnea, symptoms of traditional Chinese medicine and the overall effect of clinical treatment were compared between the two groups before and after treatment. **Results** After treatment, the scores of mMRC, CAT and TCM symptoms of the two groups were significantly reduced, and the scores of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$); the total effective rate was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Zhuye Shigao decoction combined with Qingqi Huatan pills in the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease has a significant effect, worthy of clinical promotion.

Keywords: Zhuye Shigao decoction; Qingqi Huatan pills; acute exacerbation; chronic obstructive pulmonary disease; cough and dyspnea

慢性阻塞性肺疾病是一种病程较长的慢性疾病,患者患病后常因呼吸道感染诱发病情急性加重,住院治疗,加重患者经济负担和增加死亡率^[1-2]。有资料显示,急性加重期慢性阻塞性肺疾病治疗时,辅以中药进而能够更好地改善患者肺部功能,获得更为理想的临床疗效^[3]。为此,我院选取 100 例急性加重期慢性阻塞性肺疾病患者进行了分组对比研究,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 6 月—2017 年 6 月于我院接受治疗的 100 例急性加重期慢性阻塞性肺疾病患者,以随机数字表法分成观察组与对照组,各 50 例。观察组男 32 例,女 18 例;平均年龄 59.5 岁。对照组男 31 例,女 19 例;平均年龄 60.5 岁。2 组一般资料对比无差异, $P > 0.05$, 具可比性。

1.2 纳入标准 入选患者西医筛选标准参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[4], 中医筛选标准参照《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准》^[5]。

1.3 排除标准 排除伴有其他胸部或肺部疾病者;患重要脏器疾病及肿瘤者;精神障碍者;药物过敏或过敏体质者;生活无法自理者。

1.4 治疗方法 对照组接受常规综合治疗,包括 (1) 吸氧治疗; (2) 静脉滴注头孢替唑钠 (批准文号: 国药准字 H20084356; 生产厂商: 广州白云山天心制药股份有限公司; 规格: 0.5 g/瓶), 2 次/d, 2 g/次, 同时注意结合药敏结果调整用量; (3) 口服泼尼松龙片 (批准文号: 国药准字 H36020638; 生产厂商: 江西国药有限责任公司; 规格: 5 mg/片), 3 次/d, 10 mg/次; (4) 吸入异丙托溴铵气雾剂 (批准文号: 国药准字 J20130135; 生产厂商: 上海勃林格殷格翰药业有限公司; 规格: 20 μg/揿), 3 次/d, 60 μg/次。

观察组患者除同对照组外,还加用竹叶石膏汤合清气化痰丸加减方,药方如下:生石膏 35 g,淡竹叶 15 g,法半夏 12 g,人参 9 g,麦冬 20 g,粳米 10 g,甘草 6 g,瓜蒌子 30 g,黄芩 10 g,胆南星 12 g,苦杏仁 10 g,陈皮 15 g,枳实 15 g,茯苓 12 g,鱼腥草 30 g,竹茹 15 g,浙贝母 12 g。随证加减:气喘且身热者加麻黄和桑白皮各 10 g,石膏用量改为 50 g;腹胀且大便不通者加用大黄 10 g,厚朴 15 g;痰多色黄伴有咳嗽者加用丝瓜络、薏苡仁及芦根各 30 g。中药汤剂由我院统一煎至 300 mL,早晚各服用 1 次。2 组患者均连续治疗 14 d

(即1个疗程)。

1.5 观察指标 观察2组患者治疗前后病情严重程度(慢阻肺患者自我评估测试(CAT)问卷评定)、呼吸困难程度(呼吸困难指数(mMRC)评定)及中医证候情况(自制中医证候评价量表评定)和临床治疗总体效果。注:前三项均为分数越高则情况越严重。

1.6 疗效评定标准 (1)临床控制:临床症状全部好转,肺部湿啰音同发作前或消失,中医证候评分较治疗前减少超过90%;(2)显效:临床症状明显缓解,肺部湿啰音减轻,中医证候评分较治疗前减少超过70%;(3)有效:临床症状有所缓解,肺部湿啰音改善,30%≤中医证候评分较治疗前减少<70%;(4)无效:无变化或加重。

1.7 统计学方法 用统计学软件SPSS 16.0分析本次研究数据,正态计数资料用百分数表示,采用 χ^2 检验;正态计量资料用(平均数±标准差)表示,行 t 检验。统计值有统计学差异的判定标准参照 $P \leq 0.05$ 。

2 结果

2.1 2组治疗前后mMRC、CAT及中医证候评分对比 2组患者治疗后mMRC、CAT及中医证候评分均明显减少,且观察组各项评分均明显小于对照组($P < 0.05$),详见表1。

表1 2组患者治疗前后mMRC、CAT及中医证候评分对比
($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	mMRC		CAT		中医证候	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	30.10±6.22	9.35±2.55	2.78±0.65	0.70±0.28	26.40±5.82	5.98±1.86
对照组	50	31.00±5.90	12.55±3.15	2.76±0.66	0.95±0.31	25.90±5.76	11.70±3.00
t 值		0.742	5.583	0.153	4.232	0.432	11.459
P 值		0.460	0.000	0.879	0.000	0.670	0.000

2.2 2组患者临床治疗总体效果对比 观察组治疗后总有效率明显高于对照组($P < 0.05$),详见表2。

表2 2组患者临床治疗总体效果对比 [例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	18(36.0)	14(28.0)	15(30.0)	3(6.00)	47(94.00)
对照组	50	13(26.0)	15(30.0)	12(24.0)	10(20.0)	40(80.00)
χ^2 值						4.332
P 值						0.037

3 讨论

急性加重期慢性阻塞性肺疾病是因空气污染、病毒感染及过敏原吸入而诱发的慢性阻塞性肺疾病急性加重,如果不采取有效方法予以干预和治疗,病情加重会导致患者死亡^[6-7]。中医认为慢性阻塞性肺疾病急性加重属于“痰饮”“喘证”“肺胀”类疾病,该病与多个脏腑有关,主要是肺,同时还累及心、脾、大肠及肾等,其证候要素为痰、热、瘀。据不完全统计,肺热痰瘀所占比例已达40%左右^[8-9]。竹叶石膏汤内含淡竹叶、麦冬、人参、法半夏及甘草祛热生津、益气健脾类药物。其中石膏和

淡竹叶祛热除燥作用突出;麦冬和人参滋阴、生津、养肺;法半夏化痰止咳、降逆止吐;清气化痰丸内含黄芩、胆南星、陈皮、瓜蒌子、苦杏仁、浙贝母、竹茹、鱼腥草清热解毒、散结化痰、润肺止咳类药物。其中黄芩侧重于上焦湿热、利尿解毒;陈皮则祛湿化痰;胆南星和浙贝母清热解毒、散结化痰;枳实理气化痰、破气宽胸;苦杏仁和瓜蒌子为止咳平喘、利尿促便之良药;竹茹祛热止呕、化痰开胸之功效,鱼腥草可排脓消痈、祛湿排毒。总之,诸药并用能各自发挥作用,又相互促进。

本次研究结果显示,2组患者治疗后mMRC、CAT及中医证候评分均明显减少,且观察组各项评分均明显小于对照组,观察组治疗后总有效率明显高于对照组。这一结果与张文斌等^[10]研究结果相一致,再次验证了本次所得结果的有效性。分析原因主要为:与单纯西药治疗相比,加用竹叶石膏汤合清气化痰丸加减方后会更好地改善患者机体功能,对各脏腑均有调节作用,不仅利于患者对西药的吸收,而且增强了清热解毒、化痰祛湿及排脓消痈的效果,进而最大化地促进患者肺部功能的恢复;再者,竹叶石膏汤合清气化痰丸加减方对炎症感染具有针对性控制作用,可帮助修复患者机体炎性损伤,进而更好地改善诸多临床病症。

综上所述,竹叶石膏汤合清气化痰丸加减治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病的疗效显著,值得临床推广。

参考文献

- [1] 侯守强,荣陶,杨秀军,等.急性加重期慢性阻塞性肺病患者肺功能损伤细胞因子的变化与莫西沙星治疗疗效分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(19):4425-4427.
- [2] 张海龙,王明航,李凤雷,等.中医药辨证治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病随机对照试验疗效评价指标的系统评价[J].中医学报,2013,28(6):797-804.
- [3] Xu N,Chen J,Chang X,et al. nCD64 index as a prognostic biomarker for mortality in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease[J]. Annals of Saudi Medicine,2016,36(1):37-41.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华内科杂志,2002,41(9):640-646.
- [5] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版)[J].中医杂志,2012,53(2):177-178.
- [6] 杨秀云,杨中良,黄飞华,等.清气化痰汤结合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效和证候变化的Meta分析[J].中华中医药学刊,2016,34(4):860-863.
- [7] Depp T B,McGinnis K A,Kraemer K,et al. Risk factors associated with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in HIV-infected and uninfected patients[J]. Aids,2016,30(3):455-463.
- [8] 侯宝君,牛泽波,谷书馨,等.围术期输血患者应用竹叶石膏汤加减对患者免疫功能影响的研究[J].湖南中医药大学学报,2016,36(A01):355-356.
- [9] Badawy M,Mohamed L,Fathy A. Inflammatory markers in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and role of bacterial infection[J]. Chest,2017,152(4):A783.
- [10] 张文斌,雷文汇,冯英凯.竹叶石膏汤合清气化痰丸加减治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病[J].中国实验方剂学杂志,2017,23(11):190-195.

(本文编辑:张文娟 本文校对:万宇谦 收稿日期:2018-09-07)

中医体质调理辨证治疗 育龄女性月经不调近远期临床研究

陈 静

(江西省都昌县中医院妇产科,江西 都昌 332600)

摘要:目的 对中医体质调理辨证治疗育龄女性月经不调的近远期临床疗效情况进行观察及分析。方法 选择接受治疗的140例育龄女性月经不调患者作为研究对象,分成实施常规西医治疗的参照组,以及应用中医体质调理辨证治疗的研究组,对比2组患者的近远期治疗成效。结果 通过比较2组患者的临床治疗有效率,结果显示研究组明显优于参照组, $P<0.05$;比较患者的月经周期天数情况,治疗以后研究组月经周期天数延长更加显著, $P<0.05$;对比患者的不良反应发生率,同样组间具有差异性, $P<0.05$,研究组显著低于参照组, $P<0.05$ 。结论 对于育龄女性月经不调患者实施中医体质调理辨证治疗,可以明显提升治疗效果。

关键词:中医体质;辨证治疗;育龄女性;月经不调

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.018

文章编号:1672-2779(2019)-01-0048-02

Clinical Study on the Short-term and the Long-term Curative Effect of Traditional Chinese Medicine Physique Regulating Syndrome Differentiation on Menstrual Irregular Menstruation of Childbearing Age Women

CHEN Jing

(Department of Gynecology and Obstetrics, Duchang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Jiujiang 332600, China)

Abstract: **Objective** To observe and analyze the short-and long-term curative effect of TCM physique differentiation in the treatment of menstrual disorder of women of childbearing age. **Methods** One hundred and forty women of childbearing age who received treatment in our hospital were divided into two groups: the reference group for routine western medicine therapy and the study group for TCM physique conditioning and syndrome differentiation. The effect of short-and long-term treatment between the two groups was compared. **Results** By comparing the short-term overall effective rate of clinical treatment between the two groups, the Results showed that the study group had an obvious advantage over the reference group ($P < 0.05$), and compared the menstrual cycle days of the patients, and after treatment, the study group had obvious advantages over that of the control group ($P < 0.05$). The prolongation of menstrual cycle was more significant ($P < 0.05$), compared with the incidence of adverse reactions in patients, there was significant difference between the two groups ($P < 0.05$), and the study group was significantly lower than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** For women of childbearing age patients with irregular menstruation, the treatment of TCM physique differentiation can obviously improve the effect of treatment in the near future.

Keywords: TCM physique; treatment based on syndrome differentiation; women of childbearing age; menstrual disorder; short-term and long-term curative effect

当前患有月经不调者在不断增加,如果不能及时有效治疗,会对正常的生活质量构成不同程度影响,而且严重情况下甚至引发不孕^[1-2]。作为临床上常见的妇科疾病,月经不调的主要症状包括月经周期异常、经量及经质的改变。研究显示^[3],很多疾病同患者自身体质具有紧密的关联性,其中就涵盖了月经不调。本研究对于中医体质调理辨证治疗育龄女性月经不调近远期疗效进行观察及探究,作出如下报告内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年6月—2018年6月在我院接受治疗的被明确诊断为月经不调的育龄女性,采取随机分组方式,分成研究组和参照组,各70例。研究组年龄16~49岁,平均36.92岁;病程1~8年,平均为(3.2±0.6)年;包括阴虚质12例、阳虚质8例、气虚质11例、痰湿质5例、湿热质6例、血瘀质12例以及气郁

质16例。参照组年龄18~48岁,平均35.60岁;病程1~7年,平均(3.6±0.8)年;包括阴虚质14例、阳虚质10例、气虚质11例、痰湿质8例、湿热质5例、血瘀质10例以及气郁质12例。对比2组患者的相关资料,结果存在可比性, $P>0.05$ 。

1.2 治疗方法

1.2.1 参照组 予以参照组患者实施常规西药治疗,即遵循患者的实际病情状态实施对症治疗,即应用孕激素、雌激素周期疗法、克罗米芬促排卵疗法等等。

1.2.2 研究组 对于研究组的患者实施依照不同体质,采取中药针对性的调理治疗。主要内容为:对阴虚质的患者,采取六味地黄丸口服治疗方案,每日饭后服用,每次8丸,每天用药3次;对于气虚质的患者,主要是确保营养均衡,叮嘱患者多食用新鲜的蔬菜和水果;对于痰湿质的患者,叮嘱少吃油腻性食物,多食新鲜的蔬菜以及水

果；对于湿热质患者，服用三仁汤，药方：杏仁 15 g，法半夏 15 g，飞滑石 18 g，生薏苡仁 18 g，白通草 6 g，竹叶 6 g，厚朴 6 g，白蔻仁 6 g。共 7 剂，水煎服，1 剂/d，2 次/d。同时指导患者多食用清淡祛湿以及易消化食物。对于血瘀质的患者，采用活血化瘀类中药，三仁汤加丹参、当归、地黄等；对于气郁质的患者采用口服逍遥散治疗，以补益肝血、疏肝理气；对于气虚质的患者，用药四君子汤，药方：党参 12 g，白术 9 g，茯苓 15 g，甘草 6 g。共 7 剂水煎服，1 剂/d，2 次/d，水开后放入盐少许同煎，叮嘱患者进行适当的锻炼，增强体质^[45]。

1.3 观察指标 对比 2 组患者的近期治疗总有效率，包括显效、有效、无效三项标准。同时，观察患者治疗前后月经周期天数，以及不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 使用的统计学分析软件为 SPSS 21.0。其中，计量资料使用均数±平均数 ($\bar{x} \pm s$) 表达，使用 t 检验；计数资料使用百分比 (%) 表达，使用 χ^2 检验。当 $P < 0.05$ 时，即具有统计学价值。

2 结果

2.1 2组患者的疗效比较 研究组内，经过治疗以后，总体治疗有效率为 97.14%；参照组总体治疗有效率为 78.57%。相较于参照组而言，研究组患者的近期总体治疗有效率更高，差异明显， $P < 0.05$ ，具备统计学意义。见表 1。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	70	48	20	2	68(97.14)
参照组	70	25	30	15	55(78.57)
χ^2 值					10.29
P 值					<0.05

2.2 月经周期天数和不良反应发生率比较 研究组治疗前月经周期平均为 (17.80±2.15) 天，参照组为 (16.90±3.18) 天。组间比较未见明显差异性， $P > 0.05$ ；治疗后，研究组月经周期平均为 (27.58±2.52) 天，参照组为 (22.61±3.20) 天。研究组改善程度明显优于参照组， $P < 0.05$ 。研究组内出现头痛、发热、皮疹 3 例，不良反应发生率是 4.28%；参照组出现头痛、皮疹、发热、胃肠道不适患者 22 例，不良反应发生率为 31.43%。研究组明显低于参照组， $P < 0.05$ 。如表 2 所示。

表2 月经周期天数和不良反应发生率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	月经周期天数(天)		不良反应 发生率(%)
		治疗前	治疗后	
研究组	70	17.80±2.15	27.58±2.52	3(4.28)
参照组	70	16.90±3.18	22.61±3.20	22(31.43)
t/χ^2 值		0.18	8.35	12.17
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

月经不调主要分为三类，包括闭经倾向性月经不调、崩漏倾向性月经不调、月经先后不定期。《黄帝内经》中便提到月经病，例如“月事不以时下”“月事衰少”等^[67]。而且在《金匱要略》中，也指出“经水不利”、“经候不匀”等，就是阐述月经量与月经周期异常现象。

随着医学的不断发展，很多研究指出人体健康与体质关系密切，中医体质学说就提出，疾病的产生发展同体质之间存在紧密联系，所有疾病治疗均需要科学的掌握患者体质状态^[8-9]。月经不调的产生及发展也是紧密的关联于患者自身体质情况^[10]。人的体质一共可以划分成九种类型，紧密关联于月经病的产生及发展。包括阴虚质、阳虚质、气虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质。根据患者的不同体质，采取以中医理论和临床经验为基础的中医药方案，针对性的实施调养，便可获得良好的治疗效果。本研究结果显示，予以研究组中医体质调理辨证治疗以后，其近期总有效率更高，而且月经周期天数趋于正常，不良反应较少，均显著优于参照组， $P < 0.05$ 。充分表明了此种治疗举措是具备有效性的。

综上所述，对于育龄女性月经不调患者实施中医体质调理辨证治疗，可以明显的提升治疗效果，而且安全可靠。因此，值得大量推广实践。

参考文献

- [1] 张成琼. 中医体质调理辨证治疗育龄女性月经不调近远期疗效研究[J]. 世界中医药, 2015, 10(9):1355-1357.
- [2] 王小龙, 高城翰, 高天舒. 辨体辨证治疗甲状腺功能正常桥本甲状腺炎[J]. 环球中医药, 2015, 8(11):1397-1399.
- [3] 谭茂卿, 汪栋才. 运用中医六经辨证进行体质调理的临床理论探讨[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(8):124, 130.
- [4] 李春华, 张玉霞. 分析中医体质调理辨证治疗育龄女性月经不调的近远期临床疗效[J]. 中外女性健康研究, 2018, 12(4):79, 85.
- [5] 陈醒, 白文佩, 霍禹良, 等. 基于应用程序的中国育龄女性月经情况调查[J]. 中国生育健康杂志, 2018, 29(2):158-162.
- [6] 杨菲, 张惠敏, 陈雪梅, 等. 浅谈国医大师王琦教授从调理过敏体质角度治疗偏头痛的思路[J]. 世界中医药, 2015, 10(12):1900-1902.
- [7] 李秀敏. 用中医体质学说对 2 型糖尿病患者辨证饮食调护进展[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(4):122-123.
- [8] 温丽文. 不同剂量孕激素治疗无排卵型月经不调的临床效果[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(17):104-106.
- [9] 罗建勋. 中医体质调理在预防小儿高热惊厥复发中的临床应用[J]. 中医临床研究, 2016, 8(28):121-122.
- [10] 王建琴, 邵芳. 中医体质调理辨证治疗育龄女性月经不调的效果观察[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(21):118-119.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈典梅 收稿日期:2018-08-28)

论大医精诚与工匠精神的关系及现实意义

张宝华

(山东省临沂卫生学校中医药教研室, 山东 临沂 276000)

摘要:通过《大医精诚》与“工匠精神”的比较,阐述了药王孙思邈的医德思想与对医术精专的要求,以及对现实的意义。作为医学从业人员,要有精湛的医技、广博的知识、敬业奉献精神和不计名利、不计得失、无欲无求、专心医学的精神。树立正确的人生观和价值观,与患者进行良好沟通,做到德艺双馨。

关键词:大医精诚;工匠精神;孙思邈

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.019

文章编号:1672-2779(2019)-01-0050-02

Discussion on the Relation and Practical Significance between Medical Ethics and Craftsman Spirit

ZHANG Baohua

(Department of Traditional Chinese Medicine, Linyi Health School, Shandong Province, Linyi 276000, China)

Abstract: This paper compares "the spirit of artisan" with medical ethics. It expounds the medical ethics thought of Sun Simiao and the requirements for medical expertise, and meaning to reality. As a medical practitioner, we must have superb medical skills, extensive knowledge, dedication and dedication, no consideration of fame and fortune, no gain or loss, no desire, and focus on the spirit of medicine to achieve a double heart of morality and skills.

Keywords: medical ethics; craftsman spirit; Sun Simiao

1 孙思邈与大医精诚

孙思邈是隋唐时期著名的医学家,被称为“药王”。《大医精诚》是他关于医德医术的专篇论著,是孙氏医德思想的集中体现。一经问世,被历代中医从业人员引为医德经典而奉行之。被后世称为“东方的希波克拉底誓言”。孙思邈也与西方医学之父希波克拉底(希腊)和盖伦(罗马)并称为世界三大医德名人^[1]。

2 《大医精诚》与工匠精神的关系

在文中,孙思邈主要论述了医德、医术的内容,要求为医者要“博极医源,精勤不倦”,对待患者要“安神定志、无欲无求、先发大慈恻隐之心,誓愿普救含灵之苦。”这正与现代热论的“工匠精神”不谋而合。“工匠精神”是指工匠对自己的作品要精雕细刻,反复琢磨、推敲,力求完美。体现出敬业、乐业、持久专一的特点。其内涵是对技术要“精益求精、职业敬畏、严谨求真、耐心恒心、敬业奉献等”^[2]。“大医精诚”如何体现“工匠精神”,具体论述如下:

2.1 体现精益求精 追求极致的精神《大医精诚》所体现的医德思想第一要“精”,即要求中医从业人员要有较精湛的医术。对医术要“精益求精”,“医方之难精,由来尚矣……唯用心精微者始可与言于兹矣。”“今以至精至微之事,求之于至粗至浅之思,其不殆哉”。这些论述都强调了“医术精”的重要性。医乃仁术,习医者要努力学习,提高自己的医疗技术水平,才能获得好的临床疗效。并且指出了提高技术水平的方法:于长期的临床实践中积累经验,于丰富的医药典籍中获取知识,理论与实践结合,才能正确的遣方用药。“必须博

极医源,精勤不倦”。孙思邈在《大医习业》中也谈到:“凡欲为大医,必须谙《素问》、《甲乙》、《黄帝针经明堂疏注》……”否则就会“如无目夜游,动致颠殒。”还指出“次须熟读此方,寻思妙理,留意钻研,始可与言于医道者矣。”“又须涉猎群书……若能具而学之,则于医道无所滞碍,尽善尽美矣。”孙氏的治学思想正体现了“工匠精神”对技术的要求:精益求精、注重细节、追求极致、尽我所能,将产品做到尽善尽美。二者意义上是一致的。

2.2 体现严谨求真 敬业奉献的精神《大医精诚》所说之“诚”,是为忠诚,诚信,忠于医道,诚于患者^[3]。要对求医者具有高尚的医疗道德。要同情患者。“见彼苦恼,若己有之,身心凄怆”,感同身受。对患者要“普同一等,皆如至亲”,“不得瞻前顾后,自虑吉凶,护惜身命”,要“勿避险巇,昼夜寒暑,饥渴疲劳,一心赴救”要有奉献精神。对患疮痍下痢,臭秽恶疮者“不可瞻视,人所恶见者”,要“但发惭愧、凄怜、忧恤之意,不得起一念蒂芥之心”。对待疾病,要有严谨求真精神,做到“至意深心,详察形候,纤毫勿失,处判新药,无得参差。虽曰病宜速救,要须临事不惑,唯学审谛覃思,不得于性命之上,率尔自逞俊快,邀射名誉”。这些,都是和“工匠精神”的“求真务实,敬业乐业”的精神相通的。

2.3 体现淡泊名利 无欲无求的精神在《大医精诚》中,孙思邈要求习医者不要追名逐利,即使到患者家中,也要“纵绮罗满目,勿左右顾盼;丝竹凑耳,无听有所娱;珍馐迭荐,食如无味;醲醑煎陈,看有若无”,做到“非礼勿视,非礼勿听”,要理解患者及家人的痛苦。“不得

待己所长，专心经略财物”，“不得多语调笑，谈谑喧哗，道说是非，议论人物，炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德。”要专心致志的考虑病情，做到“安神定志，无欲无求”，“但作救苦之心”。“工匠精神”就是要求人们不讲究金钱、地位、权利和享乐，坚持不懈、精益求精的做好自己的职业^[4]二者不谋而合。

3 《大医精诚》的现实意义

《大医精诚》作为现代医生人文素质修养的经典教科书^[5]，其思想主要包括两个方面：第一是“精”；第二是“诚”。孙真人以大量的篇幅论述了“精”“诚”的重要性，医术要精，对患者要存仁爱之心，要怀仁慈恻隐之心，孙氏的医德思想对唐以后医家有重要意义，尤其对现代临床和教学，意义更大。

3.1 要把诊治疾病当成事业而不是职业 事业是指人们所从事的，具有一定目标、规模和系统的对社会发展有影响的经常性活动。事业是一个人可以一辈子为之而奋斗的，终其一生去为实现自己的目标而坚持不懈的努力。而职业是一个行业，是从业者通过出卖劳动力获取生存资料的手段。医疗行业是一个关乎人的生命的行业，要求从业者富有爱心，仁慈之心，责任心。还要对所从事的专业有着强烈的兴趣，干一行、爱一行、钻研一行，对技术要精益求精，爱岗敬业，诚实守正，不断创新。努力成为本专业的佼佼者。而不是把做医生当成谋生的手段。要有“工匠精神”，敬业爱业，对所从事行业要心存敬畏，不使之出现一点瑕疵，把治病救人做到尽善尽美。

3.2 要树立正确的价值观 当代医疗从业人员，大部分在中国传统道德引导下，有着良好的医德。但在近年来，由于受到“有偿服务”“体现价值”“追求实惠”和“追求利益最大化”的思想影响下，个别医生的世界观、价值观发生了变化，从一个治病救人的白衣天使变成金钱和名利的奴隶，医学成为了他们获取财富与名声的工具。孙思邈一生淡泊名利，专心医学，从18岁开始学医，悬壶济世，坚辞唐朝政府授予的官职，深入民间为百姓服务。因此，对临床医生和在校医学生要进行医德教育，学习孙思邈的“精”与“诚”的精神，积极践行“工匠精神”，要讲奉献，不追逐名利，不讲究金钱、地位、权利和享乐，重新树立正确的人生价值观。

3.3 有利于建立和谐的医患关系、医医关系 近年来，由于社会信任的缺失，患者对医疗的期望值过高、医学信息不对称等原因，使医疗事故、医疗纠纷频频发生。但是，有些却是因为医生主观上对患者病情不重视，诊断不详细，甚至是在治疗过程中出现低级错误。导致严重的医疗事故。如2011年11月发生在广东佛山南海红十字会医院的弃婴事件。更有甚者，有的人穿着医生的外衣，做着与医德背道而驰的事情。如2013年陕西富平县产科医生张淑侠有偿贩卖婴儿案。这些都是由于从医者

缺乏基本的医疗道德所致。《大医精诚》强调以人为本，要以仁爱之心对待患者，以精专的医术，仔细认真的诊疗，以乐于奉献、不计个人得失、无欲无求的心态来对待疾病，以广博的爱心平等的对待每一位患者，医患之间建立良好的沟通，信任就不难建立，医疗事故及伤医事件将会大大降低，良好的医患关系自然能够形成。《大医精诚》还强调：“夫为医之法，不得多语调笑，谈谑喧哗，道说是非，议论人物，炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德。偶然治瘥一病，则昂头戴面而有自许之貌，谓天下无双，此医人之膏肓也。”这段话明确指出，作为医生，要互相尊重，相互团结，不可同行相轻，以犯“皆相嫉害”的现象。孙思邈的思想有利于医生之间建立良好的关系。

4 结论

孙思邈撰写的《大医精诚》，开创了医德论的先河，强调了为医之道的“精”与“诚”，并将二者完美结合，称为自唐以后学医者必学的规范，历代名医无不谨守“大医精诚”，以精湛的医术，高尚的医德，为民造福。时至今日，“大医精诚”仍不失其教育意义，面对众多的患者，复杂的病情，日益紧张的医患关系，重温《大医精诚》，体会孙思邈的医德精神，完善自我内在修养，以病人为中心，普救众生、贵义贱利、严谨守真，勤求古训，让患者感受到医生的慈爱之心，赢得患者的理解与信任，是我们义不容辞的责任。2010年，在全国医药卫生系统表彰大会上，时任中央政治局常委，国务院副总理的李克强指出：“医乃仁术，大医精诚，是我国医疗界的传统美德，在新的历史时期，应当继承发展。广大医务人员要加强医德修养，注重人文关怀，提高专业技能，增强服务本领，努力为人民看好病，服好药。”^[6]2016年3月在做《政府工作报告》中，又提出“工匠精神”，号召各行各业要具有“精益求精、求真务实、坚守奉献”的精神理念，既重视技能，也重视道德品质，“工匠精神”与《大医精诚》的思想不谋而合，是《大医精诚》完美的诠释，精炼的总结。

参考文献

- [1] 彭榕华,温长路.孙思邈医德思想之管见[J].中医文献杂志,2015,33(3):23-25.
- [2] 周建军,孙萍.“工匠精神”:厚植医学生的人文素质与职业道德教育[J].中国职业技术教育,2016,24(20):42-44.
- [3] 封瑶,刘振,王小丁.“工匠精神”融入中医药人才培养体系的思考[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2017,18(3):208-210.
- [4] 贺霞,戴想荣,王希蕊.“工匠精神”对医院青年团员职业态度与素质培养的意义[J].经营管理者,2017,33(10):273.
- [5] 樊平.《大医精诚》读后感[J].国医论坛,2015,30(2):61-62.
- [6] 郭艳红.传承大医精诚、弘扬中医文化、构建和谐医患关系[J].现代医院,2015,15(5):121-122.

(本文编辑:张文娟 本文校对:苗德光 收稿日期:2018-09-28)

天麻钩藤饮联合高压氧 治疗后循环缺血性眩晕的临床观察

郝文婕 李应宏 张宇杰 沈海霞 李 苗 刘金鑫

(甘肃省武威肿瘤医院中西医结合科,甘肃 武威 733000)

摘要:目的 观察天麻钩藤饮联合高压氧治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效。方法 选择后循环缺血性眩晕患者120例,随机分为治疗组和对照组各60例,对照组采用常规治疗方法,治疗组采用天麻钩藤饮联合高压氧治疗。比较2组患者的临床疗效。结果 治疗后治疗组总有效率为96.7%,对照组总有效率为83.3%,治疗组总有效率优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后2组患者眩晕障碍量表(Dizziness Handicap Inventory, DHI)评分均降低,治疗组患者眩晕障碍量表(DHI)评分显著低于对照组,2组比较差异有统计学意义($P<0.01$);2组经治疗后均治愈出院,治疗组平均住院天数(9.32 ± 2.51)d,对照组平均住院天数(12.68 ± 3.42)d,2组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。结论 天麻钩藤饮联合高压氧治疗后循环缺血性眩晕疗效显著,能够明显改善患者的眩晕症状,并可以缩短住院天数。值得临床推广。

关键词:后循环缺血性眩晕;天麻钩藤饮;高压氧;眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.020

文章编号:1672-2779(2019)-01-0052-03

Clinical Observation on Tianma Gouteng Drink Combined with Hyperbaric Oxygen in the Treatment of Posterior Circulation Ischemic Vertigo

HAO Wenjie, LI Yinghong, ZHANG Yujie, SHEN Haixia, LI Miao, LIU Jinxin

(Department of Integrated Medicine, Gansu Wuwei Tumour Hospital, Gansu province, Wuwei 733000, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical effect of Tianma Gouteng drink combined with hyperbaric oxygen in the treatment of posterior circulation ischemic vertigo. **Methods** 120 cases of patients with posterior circulation ischemic vertigo were divided into treatment group and control group, with 60 cases in each group. The control group received conventional therapy, and the treatment group received Tianma Gouteng drink combined with hyperbaric oxygen. The clinical efficacy in two groups was compared. **Results** The treatment group had total effective rate as 96.7%, while the control group had total effective rate as 83.3%. The treatment group had better total effective rate than the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, Dizziness Handicap Inventory (DHI) score of patients in both groups was reduced, while Dizziness Handicap Inventory (DHI) score of patients in the treatment group was significantly lower than that of the control group, and the difference between the two groups was statistically significant ($P<0.01$). Both groups were cured and discharged after treatment, and the average number of hospitalization days in the treatment group (9.32 ± 2.51) d, and the average number of hospitalization days in the control group (12.68 ± 3.42) d. The comparison between the two groups was statistically significant ($P<0.01$). **Conclusion** Combination of Tianma Gouteng drink combined with hyperbaric oxygen can effectively improve clinical efficacy of patients with posterior circulation ischemic vertigo, and it can significantly improve the patient's vertigo symptoms, shorten hospital stay, and is worthy of clinical promotion.

Keywords: posterior circulation ischemic vertigo; Tianma Gouteng drink; hyperbaric oxygen; vertigo

后循环缺血性眩晕临床上又称椎-基底动脉供血不足性眩晕,椎-基底动脉供血系统主要供应大脑(半球后2/5的部分)、小脑、脑干、丘脑的血液循环^[1]。当局部血液循环发生障碍时,导致脑部供血、供氧明显缺乏,出现以头晕、目眩为主的一系列症状。该病属中医学“眩晕”的范围,日常生活中以45~70岁的人多见。《黄帝内经》中早已有“诸风掉眩皆属于肝”的论述,可见其发病机制多在肝脏,病位以头部常见,其治则常以平肝熄风、通络散结为主。随着中医药的大力发展,采用中医传统辨证论治及中草药方治疗该病也取得了一定的疗效^[2],笔者从中医药结合高压氧角度出发,经中医四诊合参、辨证论治后,处方运用天麻钩藤饮,并联合高压氧治疗后循环缺血性眩晕取得了较好的临床效果,

阐述如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年10月—2018年6月在我院就诊的120例后循环缺血性眩晕患者,随机分为治疗组和对照组,各60例。治疗组男28例,女32例;年龄56~67岁,平均年龄61.5岁;其中合并高血压病者26例,合并颈椎病者19例,合并高脂血症者15例。对照组男26例,女34例;年龄55~68岁,平均年龄61.2岁;其中合并高血压者27例,合并颈椎病者20例,合并高脂血症者13例。2组年龄、性别、原发疾病差异无统计学意义($P>0.05$),可以进行比较。

1.2 诊断标准 参照《中国后循环缺血的专家共识》^[3]确定诊断标准:年龄 ≥ 45 岁,具有发作性视物旋转,反

复发，可与体位改变和劳累有关。至少伴有一种后循环缺血症状。

中医诊断标准参照中华人民共和国国家药品监督管理局《中药新药临床研究指导原则》中眩晕的分级标准^[4]，主要症状可见眼前发黑，头目眩晕，轻者闭目即止，重者可见天旋地转、恶心呕吐甚至昏迷等，可突然发病也可缓慢起病，临床常反复发作，患者较为痛苦。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准及中医诊断标准；②一般生命体征平稳；③行经颅多普勒超声及头颅 CT/MRI、颈椎 CT/MRI 检查证实；④自愿参加该研究，并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①病情不稳定，合并严重心脏、肾脏、肝脏等内脏重大疾病者；②外耳道与鼓膜明显病变者；③颅脑肿瘤者；④不愿合作者；⑤对密闭空间恐惧者；⑥高压氧禁忌者，如严重的呼吸道感染、血压过高等。

1.5 治疗方法 2组均积极控制原发疾病。

1.5.1 对照组 采用常规治疗，包括银杏达莫注射液（生产公司：通化谷红制药有限公司；生产批号：20180101），20 mL，加入 0.9 氯化钠 250 mL 或 5% 葡萄糖 250 mL，静脉滴注，1 次/日；盐酸氟桂利嗪胶囊（生产公司：河南福森药业有限公司；生产批号：170801），5 mg，口服，1 次/晚；地芬尼多片（生产公司：湖南千金湘江药业股份有限公司；生产批号：171006），50 mg，口服，3 次/d。

1.5.2 治疗组 采用天麻钩藤饮联合高压氧治疗。天麻钩藤饮方剂组成：天麻 15 g，钩藤 15 g，石决明 30 g，杜仲 15 g，桑寄生 15 g，川牛膝 30 g，黄芩 15 g，夜交藤 20 g，茯神 15 g，益母草 15 g，栀子 10 g。眩晕伴四肢麻木，或震颤者，方剂中可加龙骨 30 g，牡蛎 30 g，全蝎 5 g，蜈蚣 1 条；伴有口苦目赤，烦躁者，方剂中加龙胆 5 g，牡丹皮 15 g，夏枯草 10 g；伴有腰膝酸软者，方剂中加枸杞子 15 g，菟丝子 15 g，补骨脂 15 g，淫羊藿 15 g；伴失眠者，方剂中加龙齿 30 g，磁石 30 g。水煎服，每日 3 次，温服。高压氧治疗：患者入舱 20 min 内加压至 0.2 MP（2 ATA）时稳压，然后戴面罩吸纯氧，30 min 后，休息 10 min，再次加压 20 min，重复吸纯氧 30 min，减压 30 min，每日 1 次，连续治疗 15 天。

1.6 疗效判定标准

1.6.1 观察比较2组临床疗效 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中眩晕证候积分进行评价，分为显效（积分改善≥75%）、有效（积分改善 24%~74%）、无效（积分改善≤23%）。总有效率=（显效+有效）例数/总例数×100%。

1.6.2 眩晕障碍量表（DHI）评分 2组治疗前、治疗 15 d 后，采用眩晕障碍量表对患者眩晕症状进行评价，总分采取百分制，得分越高表示患者眩晕症状越明显，病情越重^[4]。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行分析，正态分布计量资料采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 *t* 检验；计数资料采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗后临床疗效比较 治疗后 2 组患者临床疗效比较，差异有统计学意义（ $U = -3.444$ ， $P = 0.001$ ）；治疗组总有效率为 96.7%，对照组总有效率为 83.3%，2 组比较差异有统计学意义（ $\chi^2 = 5.926$ ， $P = 0.015$ ）。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	60	35(58.3)	23(38.3)	2(3.3)	58(96.7)
对照组	60	18(30.0)	32(53.3)	10(16.7)	50(83.3)
χ^2 值					5.926
<i>P</i> 值					0.015

2.2 2组治疗前、治疗后DHI评分比较 2 组治疗前、治疗后 DHI 评分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后 2 组 DHI 评分均显著降低，治疗组患者 DHI 评分显著低于对照组，2 组比较差异有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后DHI评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	60	72.3±9.6	27.8±9.1
对照组	60	73.7±8.3	56.2±12.4
<i>t</i> 值		-1.682	-23.016
<i>P</i> 值		0.093	0.000

2.3 2 组平均住院天数比较 经治疗后，2 组患者治愈出院，其平均住院天数比较，治疗组平均住院天数（9.32±2.51）d，对照组平均住院天数（12.68±3.42）d，2 组比较差异有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。见表 3。

表 3 2 组患者平均住院天数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均住院天数(d)
治疗组	60	9.32±2.51
对照组	60	12.68±3.42
<i>t</i> 值		-5.702
<i>P</i> 值		0.000

3 讨论

临床上可将缺血性眩晕分为偏头痛性眩晕和后循环缺血性眩晕^[2]。后循环缺血性眩晕是由椎动脉发生短暂性收缩、血管粥样硬化、血管壁增厚或血管栓塞等血管动力学改变引起的，或是血管外因素（如颈椎肥大、颈椎骨质增生、颈椎间盘病变、钩椎关节错位、椎体旋转等）引发周围组织痉挛或炎性水肿造成的^[6]，诸多因素可使一侧椎动脉受压而对侧椎动脉无法替代，最终导致

椎-基底动脉血流量减少,进而出现脑细胞缺血、缺氧、水肿,最终导致眩晕的发生。当前治疗该病的主要方法为促进血液循环为主。通过改善脑部血流量,改善局部供氧量,使缺血缺氧的脑细胞功能恢复正常,从而达到治疗及缓解眩晕的作用。

从中医药角度探讨缺血性眩晕,该病病位在上,责之于清窍,与肾、脾、肝三脏紧密相关,若肝肾阴亏,水不涵木,阴不维阳,则见肝阳上亢,上扰头目,发为眩晕^[7]。《临证指南医案·眩晕门》华岫云按说:“经云诸风掉眩,皆属于肝,头为诸阳之首,耳目口鼻皆属清空之窍,所患眩晕者,非外来之邪,乃肝胆之风阳上冒耳,甚至有昏厥跌扑之虞”^[8]。方剂中天麻、钩藤皆归肝经,两者平息肝风之力较为显著,故为君药;石决明咸寒清热,质重潜阳,专入肝经,不仅可以镇潜肝阳,还可清利头目,辅助君药,加强方中平肝熄风之功;川牛膝可引肝火下行,协同益母草起到活血利水,有利于君臣之药平降肝阳;杜仲、桑寄生滋补肝肾;栀子、黄芩清肝降火;夜交藤、茯神宁心安神。君臣佐使诸药合用,共奏平肝熄风,清热活血,补益肝肾之功,随症加减。

高压氧的运用在现代医学治疗眩晕中的效果明显,其本质是增加机体组织的储氧量。在高压氧治疗下,体内各器官组织的血氧分压升高,血液中血红蛋白的氧饱和度可高达100%,血浆物理溶解氧亦随之升高^[9],随着血管内血氧分压及组织内氧含量的升高,局部缺血组织储氧量大幅增多,使氧气在全身各个组织中的有效弥散距离和弥散率得到改善,扩张椎动脉,减少椎动脉内血流阻力,椎-基底动脉血流充分。随着血管及血液动力学方面的改善,患者眩晕症状得到缓解,精神得到放松。

本研究结果显示,治疗组总有效率为96.7%,对照组总有效率为83.3%,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$),表明天麻钩藤饮联合高压氧治疗后循环缺血性眩晕具有较好的临床治疗效果。治疗后2组DHI评分均减低,治疗组显著低于对照组,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$),表明天麻钩藤饮联合高压氧治疗后循环缺血性眩晕可以明显改善患者的眩晕症状。治疗后2组平均住院天数比较,治疗组平均住院天数(9.32 ± 2.51)d,对照组平均住院天数(12.68 ± 3.42)d,2组比较差异有统计学意义($P<0.01$),表明天麻钩藤饮联合高压氧治疗后循环缺血性眩晕较常规治疗可明显缩短住院天数。

综上所述,天麻钩藤饮联合高压氧治疗后循环缺血性眩晕疗效显著。临床中对已明确诊断的患者,应早期运用该治疗方案,尽早缓解眩晕症状,减轻患者痛苦,减少住院天数,临床上值得大力推广。

参考文献

[1] 刘春霞. 养血清脑丸与高压氧联合治疗颈性眩晕的近期疗效评

估[J]. 山西医药杂志, 2015, 44(3): 319-320.

- [2] 宋立辉. 天麻钩藤饮治疗后循环缺血性眩晕25例[J]. 光明中医, 2017, 32(11): 1582-1583.
- [3] 李焰生. 中国后循环缺血专家共识组. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中国内科杂志, 2006, 45(9): 786-787, 5.
- [4] 国家药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2005: 35.
- [5] 左丽静, 刘博. 眩晕患者的生活质量评估[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(4): 190-192.
- [6] 和平. 针灸配合高压氧治疗颈性眩晕60例的疗效观察[J]. 求医问药(下半月), 2012, 10(1): 507.
- [7] 李振吉, 邓铁涛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 298.
- [8] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 11, 19, 22.
- [9] 张丽, 白凤清. 高压氧联合常规药物治疗眩晕症24例临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2014, 12(22): 259-260.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 刘永生 收稿日期: 2018-09-07)

草蒿(青蒿)

药材(饮片)鉴别要点

药材鉴别 草本植物, 茎呈圆柱形, 上部多分枝, 长约30~90 cm, 直径0.2~0.6 cm, 或更粗, 黄绿色或棕黄色, 具纵棱线, 质硬, 易折断, 断面中部有髓。叶互生, 叶片暗绿色或棕绿色, 卷缩易碎, 完整者展平后为三回羽状深裂, 裂片和小裂片矩圆形或长椭圆形, 叶两面被短绒毛, 具众多的小头状花序, 体轻, 质硬, 易折断, 气香特异, 味微苦。

饮片鉴别 饮片呈不规则的小段, 茎、叶、花蕾混合, 茎呈圆柱形, 表面黄绿色至棕黄色, 具纵棱线。质略硬, 易折断, 断面中部有髓。叶互生, 暗绿色至棕绿色, 常卷缩易碎, 完整者展平后为三回羽状深裂, 小裂片矩圆形至椭圆形, 两面被短毛, 头状花序细小, 球形, 气香特异, 味微苦。

草蒿(青蒿)临床注意事项

关于青蒿的临床效用, 古代用青蒿不是以治疗疟疾为主, 今之《药典》收载亦是如此, 有治疗疟疾的效用而已。

关于青蒿的入药品种问题, 从宋代始直至明代, 均认为青蒿有两种, 即青蒿与黄花蒿, 但古代仍然以青蒿入药为主, 把黄花蒿列为次要品种。

现代植物学界将古代所用青蒿分别定为青蒿 *Artemisia apiacea* Hance. 和黄花蒿 *Artemisia annua* L. 两种。现代从治疗疟疾问题考虑, 提取治疟成分青蒿素, 而且主要在黄花蒿中提取, 诺贝尔奖获得者屠呦呦亦将黄花蒿作为青蒿素的药物来源, 青蒿素是化学药(西药), 不是中药, 中医治疗讲疗效, 不讲成分, 《药典》亦将黄花蒿定为唯一中药品种, 有失传统中医用药理论。应恢复传统中医青蒿用药品种, 或将青蒿与黄花蒿同时收载为宜。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(3)》, 人民卫生出版社, 2018.

中药内服治疗妊娠呕吐的现代文献研究※

李小娇¹ 徐欢² 刘宏奇¹ 赵翠萍¹ 杜彩凤² 赵勇^{2*}

(1 山西中医药大学附属医院妇产科,山西 太原 030024;2 山西中医药大学基础医学院,山西 晋中 030619)

摘要:目的 探讨中药内服治疗妊娠呕吐的辨证分型与用药规律等。方法 检索近十年公开发表的有关中药内服治疗妊娠呕吐的文献,提取有关证型、方剂、伴随症状及加减中药等内容,在数据管理的基础上进行统计学分析。结果 检索获取符合标准的文献140篇,总结得出妊娠呕吐常见的证候类型有:脾胃虚弱证、肝胃不和证、气阴两虚证、痰湿内阻证;常用方剂有:香砂六君子汤、苏叶黄连汤、橘皮竹茹汤、生脉散、小半夏汤;常见伴随症状及加减用药为:呕吐痰涎(瓜蒌、藿香、半夏、苏叶);口渴(石斛、麦冬、五味子);痞满(木香、砂仁、陈皮、枳壳);大便秘结(麦冬、火麻仁、玉竹、白芍)等。结论 中医认为妊娠呕吐多以胃为关键,累及肝、脾两脏,治疗多以辨证选方为主,并随症加减用药,具有标本同治的独特优势。

关键词:妊娠呕吐;中药内服;用药规律;文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.021

文章编号:1672-2779(2019)-01-0055-03

Modern Literature Research on Oral Administration of Chinese Medicine in Treating Pregnancy Vomiting

LI Xiaojiao¹, XU Huan², LIU Hongqi¹, ZHAO Cuiping¹, DU Caifeng², ZHAO Yong²

(1. Department of Obstetrics and Gynecology, the Affiliated Hospital of Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030024, China;

2. Basic Medical College, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030619, China)

Abstract: **Objective** To investigate the syndrome differentiation and medication rule of Chinese medicine in the treatment of vomiting during pregnancy. **Methods** Literatures published in the past 10 years on the treatment of pregnancy vomiting with traditional Chinese medicine were retrieved and relevant syndromes, prescriptions, accompanying symptoms and Chinese herbs were extracted. Statistical analysis was carried out on the basis of data management. **Results** 140 references were retrieved and the common syndrome types of pregnancy vomiting were summarized as follows: spleen and stomach weakness syndrome, liver and stomach disharmony syndrome, qi and yin deficiency syndrome, phlegm and dampness internal obstruction syndrome. The commonly used prescription is Xiangsha Liujunzi decoction, Suye Huanglian decoction, Jupi Zhuru decoction, Shengmai Powder, Xiaobanxia decoction. Common accompanying symptoms and modification of drugs are: vomiting sputum salivation (fructus trichosanthis, agastache rugosus, pinellia ternata, beef-steak plant leaf), thirst (dendrobium, ophiopogon, schisandra), stuffiness (Fragrance, amomum villosum, fructus aurantii, fructus aurantii), constipation (ophiopogon japonicus, ramie seed, jade bamboo, radix paeoniae alba), etc. **Conclusion** TCM recognizes that the key to pregnancy vomiting is the stomach, involving the liver and spleen. The treatment of pregnancy vomiting is mainly based on dialectical prescription, and the medicine is added or subtracted with the symptoms. It has the unique advantage of treating both the specimen and the spleen.

Keywords: pregnancy vomiting; oral administration of Chinese medicine; medication rule; literature research

妊娠早期出现的恶心、呕吐、头晕、乏力等症状称为早孕反应,其中恶心、呕吐最为常见,少数孕妇可出现频繁的恶心呕吐,不能进食,严重者可危及胎儿健康,甚至导致流产,西医称为妊娠剧吐。目前,西医药因尚不明确,一般对症治疗为主,如营养支持、止吐、调节水电解质平衡等,临床存在患者接受程度较低的情况。中医对妊娠恶阻的认识历史悠久,运用中药内服、针灸、穴位按摩、耳豆压穴、灌肠等方法,效果显著,副作用较少,被广大孕妇接受和认可^[1]。故本文检索近十年来公开发表的运用中药内服治疗妊娠呕吐的相关文献,整

理、分析其证候分型、方证关系以及加减用药规律,以期临床用药提供数据参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源 检索中国期刊全文数据库(CNKI)、万方数据库(WanFangData)2008年1月—2017年12月的相关文献。

1.2 检索策略 以中国期刊全文数据库为主,万方数据库为补充;主题词:妊娠呕吐 or 妊娠恶阻 or 妊娠剧吐 and 治疗,检索年限为2008年1月—2017年12月。

1.3 纳入标准 ①研究对象为妊娠呕吐的临床研究或理论探讨类文献;②文献干预措施为单独运用中药内服或者以中药内服为主配合其他治疗方法者;③有明确的中医辨证分型或病机描述者。

1.4 排除标准 ①方药不明确、辨证不明确及信息严重缺

※ 基金项目:山西省教育厅科技创新项目[No.20161103];山西省科技厅山西省重点研发计划项目(社会发展方面)[No.201803D31086]

* 通讯作者:zhaoyong1020@163.com

失的文献；②同一临床研究发表不同期刊或不同数据库的文章，只纳入最新发表的一篇。

1.5 文献阅读与整理 以中国期刊全文数据库为主数据库，万方数据库为补充。按照上述检索策略，结合篇名、摘要、关键词，删除重复文献后，全文下载符合标准的文献。提取文章中有关妊娠呕吐的证型、该证型下所用方药、伴随症状及伴随症状加味中药。

1.6 名词术语规范 文中所涉及证型、方剂、中药、症状均参照由全国科学技术名词审定委员会公布的第一版《中医药学名词》、全国高等中医院校十三五规划教材第十版的《中医诊断学》《方剂学》《中药学》统一规范，对于书中不存在的名词，保留文献中的原词。在规范方剂名称时，自拟方统一归为一类，并保留原方名称，且提取该方中所有中药。

1.7 数据管理与统计分析 将所提取文献中涉及到与妊娠恶阻相关的证型、方剂、伴随症状及加味药物等信息录入 Excel 2003 表格中进行数据整理，运用 SPSS 17.0 统计软件，采用描述性统计方法。对证型、方剂、伴随症状及其加减用药情况进行统计学分析。

2 结果

按照本研究检索策略，CNKI 检索文献 205 篇，WanFangData 检索文献 94 篇，删除重复文献 50 篇，共计 249 篇，依据纳入与排除标准，经全文阅读剔除文献 109 篇，最终纳入文献 140 篇。

2.1 证候分型 在纳入的 140 篇文献中，共涉及 11 个关于妊娠呕吐的中医证候分型，见表1。

表1 妊娠呕吐的中医证候分型

证型	频数	频率(%)	证型	频数	频率(%)
脾胃虚弱证	74	52.86	脾胃虚寒证	3	2.14
肝胃不和证	72	51.43	脾虚肝热证	3	2.14
气阴两虚证	21	15.00	肝气犯脾证	1	0.71
痰湿内阻证	18	12.86	脾虚生痰证	1	0.71
脾虚湿阻证	6	4.29	气血不和证	1	0.71
肝火犯胃证	3	2.14			

2.2 用药规律分析

2.2.1 用方频次分析 在纳入的 140 篇临床文献中，使用前人方剂或用前人方剂加减治疗者 134 篇，共计 35 方，见表2。

表2 方药频数、频率分布表

方名	频数	频率(%)
香砂六君子汤	53	37.86
苏叶黄连汤	26	18.57
橘皮竹茹汤	17	12.14
生脉散	13	9.29
小半夏汤	10	7.14
温胆汤	8	5.71
增液汤	7	5.00

属医者自创方剂者 30 篇，自拟方 26 个，使用频率位于前 10 位的药物有：砂仁（19 次）、陈皮（18 次）、竹茹（16 次）、白术（15 次）、半夏（12 次）、黄芩（12 次）、茯苓（11 次）、苏梗（10 次）、党参（8 次）、白芍（7 次）。

2.2.2 方证对应关系分析 依据“方证相应”理论，统计前4位中医证型与常用经典方之间的关系，见表3。

表3 方剂与证候相关性

	肝胃不和	脾胃虚弱	气阴两虚	痰湿内阻
香砂六君子汤		(53,71.62)		
苏叶黄连汤	(25,34.72)			
橘皮竹茹汤	(16,22.22)			
生脉散			(12,57.14)	
小半夏汤				(6,33.33)
温胆汤				(2,11.11)
增液汤			(7,33.33)	
二陈汤				(5,27.78)

2.2.3 伴随症状用药情况分析 在纳入的 140 篇文献中，其中有 58 篇文献涉及伴随症状及加减用药，见表4。

表4 症状与药物相关性

症状	加药数量	具体药物(出现频率>20%)
呕吐痰涎	16	瓜蒌(9,32.14) 藿香(6,21.43) 半夏(6,21.43) 苏叶(6,21.43)
口渴	13	麦冬(16,72.73) 石斛(8,36.36) 五味子(6,27.27)
痞满	15	木香(7,41.17) 陈皮(7,41.18) 砂仁(5,29.41) 枳壳(4,23.53)
阴道流血	12	杜仲(6,46.15) 苎麻根(6,46.15) 阿胶(5,38.46) 菟丝子(3,23.08)
大便秘结	10	麦冬(7,58.33) 火麻仁(7,58.33) 白芍(4,33.33) 玉竹(3,25.00)
腰酸	5	杜仲(7,70.00) 桑寄生(6,60.00) 续断(6,60.00) 菟丝子(4,40.00)
吐血	7	藕节炭(3,50.00) 黄芩(2,33.33)
吐酸	9	黄连(8,72.73) 乌梅(4,36.36) 竹茹(4,36.36) 苏梗(3,27.27)

3 讨论

3.1 妊娠呕吐的病机认识 中医对妊娠恶阻认识历史悠久，多以胃失和降，冲气上逆为主要病机。妇人在妊娠之后，经血停闭，胎元初凝，血聚冲任以养胎，冲脉气盛，而冲脉起于胞宫隶于阳明，冲脉气壅则上逆。若胃气素虚，失于和降，冲气挟胃气上逆，故致恶心呕吐。故本文献分析中以脾胃虚弱证出现频次最高。妇人以肝为先天，以血为本，肝脏体阴用阳，妇人孕后经血不泻，阴血下聚，故肝气偏旺，加之肝脉布胸胁夹胃贯膈，不论是肝气郁遏还是相火偏旺，均可横逆犯胃，夹胃气上逆而作呕^[2]，故肝胃不和者亦属常见。可见，妊娠呕吐多以胃为关键，常累及肝、脾两脏。

3.2 妊娠呕吐的用药规律 本研究系统回顾中药口服治疗妊娠恶阻的近十年研究文献发现：中药内服治疗妊娠呕吐遣方用药多以“证”为基础，方证相应。如脾胃虚弱证者多用香砂六君子汤；肝胃不和证者多用苏叶黄连汤和橘皮竹茹汤；气阴两虚证者多用生脉散和增液汤；痰湿内阻证者多用小半夏汤、二陈汤、温胆汤等。

除辨证遣方外，临床用药亦随症加减，在纳入的

140 篇文献中有 58 篇涉及伴随症状及加味药物。随症加减用药的症状多为次症、兼症,如:呕吐痰涎、大便秘结、腰酸、口渴、阴道流血、痞满、吐酸等。加味药物治疗针对性明确,如大便秘结(玉竹、麦冬、白芍、火麻仁);呕吐痰涎(瓜蒌、藿香、半夏、苏叶);腰酸(杜仲、桑寄生、续断、菟丝子);吐血(黄芩、藕节炭);口渴(麦冬、五味子、石斛);阴道流血(菟丝子、杜仲、苎麻根、阿胶);痞满(木香、砂仁、陈皮、枳壳);吐酸(黄连、苏梗、乌梅、竹茹)等。亦有起到佐

治、反佐性的药物加减。

辨证选方、随症加减是目前中医内服治疗妊娠呕吐的主要思路,由于本研究以既往文献为基础进行研究,今后尚需进一步完成临床实证工作。

参考文献

- [1] 姚欣,胡樱.妊娠呕吐的临床治疗研究进展[J].江西中医药,2016,47(6):75-78.
- [2] 周京晶,苟天存.妊娠恶阻病因病机浅述[J].现代中医药,2006,26(2):9-11.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈燕清 收稿日期:2018-09-03)

酸枣仁汤联合针刺治疗更年期失眠症的临床观察

刘惠君¹ 权国昌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:目的 观察酸枣仁汤加减联合针刺治疗更年期失眠症的临床疗效。方法 将 50 例更年期失眠症患者随机分为 2 组,治疗组 25 例予酸枣仁汤加减联合针刺治疗,对照组 25 例予以阿普唑仑片口服治疗,疗程为 4 周,对比 2 组治疗后情况。结果 治疗组总有效率为 88%,对照组为 92%,组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);2 组症状疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 酸枣仁汤加减联合针刺治疗更年期失眠症有较好的临床疗效。

关键词:酸枣仁汤;针刺;更年期;失眠;脏躁;绝经前后诸症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.022

文章编号:1672-2779(2019)-01-0057-03

Clinical Observation on Suanzaoren Decoction Combined with Acupuncture in the Treatment of Menopausal Insomnia

LIU Huijun¹, QUAN Guochang¹, 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: **Objective** To observe the clinical effect of Suanzaoren decoction combined with acupuncture in the treatment of menopausal insomnia. **Methods** 50 patients with menopausal insomnia were randomly divided into two groups. 25 patients in the treatment group were treated with Suanzaoren decoction plus acupuncture, and 25 patients in the control group were treated with alprazolam tablets for 4 weeks. Comparison of the two groups after treatment was made. **Results** The total effective rate in the treatment group and in the control group was 88% and 92% respectively. There was no significant difference between the two groups ($P>0.05$). The curative effect of the two groups was compared, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Suanzaoren decoction combined with acupuncture in the treatment of menopausal insomnia has a good clinical effect.

Keywords: Suanzaoren decoction; acupuncture; menopause; insomnia; hysteria; premenopausal and premenopausal disorders

更年期是指女性的卵巢功能从旺盛衰退到完全消失的一个过渡时期,通常指绝经期和绝经前后的一段时间,在此阶段女性卵巢功能发生渐进性消退,相应的激素分泌功能减弱,易导致下丘脑-垂体与卵巢间的平衡关系被打破,雌激素的分泌明显降低,负反馈作用受到抑制,从而引起垂体功能亢进,这一系列的改变即为女性更年期内分泌功能失调的主要原因^[1]。女性更年期内分泌功能失调会出现一系列症状,如烦躁、自汗、潮热、心悸、

失眠等,其中失眠一症最为常见。随着女性社会压力、家庭压力的增加,近年来有发病年龄提早、发病率上升的趋势。笔者导师吴清明教授在长期临床工作中发现,更年期失眠症患者予以酸枣仁汤加减联合针刺治疗,有较好的临床疗效,故笔者采用酸枣仁汤加减联合针刺治疗更年期失眠症,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 50 例均为 2017 年 3 月—2018 年 3 月在湖南中医药大学第二附属医院针灸科、脑病科门诊属于更年期失眠症的患者,所有纳入研究病例均按就诊先后

* 通讯作者:qmwu6789@163.com

排序, 签署知情同意书, 采用随机数字表法分为2组, 分别为酸枣仁汤加减联合针刺组、阿普唑仑片口服组(以下分别简称治疗组、对照组)。治疗组25例, 平均年龄49.93岁, 平均病程(23.52±18.83)个月; 对照组25例, 平均年龄50.07岁, 平均病程(24.02±20.21)个月。2组患者年龄、病程经检验, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 失眠中医诊断标准 参考1994年国家中医药管理局颁布的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断与疗效标准》^[2]中“不寐”的诊断标准确定。(1)轻者入睡困难或寐而易醒, 醒后不寐, 重者彻夜难眠;(2)常伴有头痛、头昏、心悸、健忘、多梦等症;(3)经各系统和实验室检查未发现异常。

1.2.2 失眠西医诊断标准 参照《中国成人失眠诊断与治疗指南》^[3]中“失眠”的诊断标准确定。(1)有典型失眠症状, 除睡眠障碍症状外, 其他症状均继发于失眠, 如入睡困难、易醒、多梦、晨醒过早、醒后不能再睡, 伴疲乏或困倦;(2)每周睡眠障碍发作至少3次, 且持续1个月以上;(3)精神活动效率下降。

1.2.3 更年期诊断标准 参照《中医妇科学》^[4]中“绝经前后诸症”的诊断标准拟定。(1)发病年龄大多在45~55岁;(2)最早出现的症状是月经紊乱、潮热、汗出和情绪改变;(3)此外尚有头晕头痛、失眠心悸、腰酸背痛等症。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)年龄45~55岁;(3)凝血功能无异常者;(4)依从性好, 同意并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 (1)不符合上述诊断标准及纳入标准者;(2)虽有失眠, 但继发于其他器质性病变;(3)有严重心、肝、肾等疾病或精神疾病;(4)局部皮肤有感染、溃疡、瘢痕或其他针刺禁忌证。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用酸枣仁汤加减联合针刺治疗。处方: 酸枣仁30g, 茯苓10g, 川芎10g, 知母10g, 柴胡10g, 党参10g, 法半夏10g, 百合30g, 甘草6g。肝火扰心型加黄芩、栀子; 痰热扰心型加陈皮、黄连; 心脾两虚型加黄芪、白术、茯神; 心肾不交型加熟地黄、山药、山萸肉; 心胆气虚型加茯神、远志、龙骨、牡蛎。药材均由湖南中医药大学第二附属医院中药房提供。水煎, 每天1剂, 早晚各服1次, 连续服药4周。针刺取穴:

肝俞、肾俞、太溪、太冲、三阴交、神门、百会、安眠。选用华佗牌一次性无菌针灸针, 规格为30号长1~2寸, 三阴交、肾俞均直刺, 提插捻转, 用补法; 太冲直刺, 提插捻转, 用泻法; 神门、安眠、太溪均直刺, 平补平泻; 肝俞斜刺, 平补平泻; 百会向后平刺, 平补平泻。得气后留针30min, 每天1次, 1周治疗5次, 10次为1个疗程, 共治4周。

1.5.2 对照组 采用阿普唑仑片口服治疗, 阿普唑仑片(生产企业: 百正药业股份有限公司, 批准文号: 国药准字H41022444, 规格: 0.4mg)。每晚临睡前0.4mg口服, 连续服用4周。

1.6 疗效评定标准 (1)总有效率: 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中失眠症诊断标准设定疗效评定标准: 痊愈: 睡眠时间恢复正常, 夜间睡眠达6h以上, 睡眠较深, 醒后精神良好; 显效: 睡眠时间增加3h以上, 夜间睡眠深度增加, 睡眠明显好转; 有效: 临床症状有所减轻, 但睡眠增加时间3h以下, 睡眠深度轻度增加; 无效: 临床症状、睡眠深度及睡眠质量均无改善甚至恶化。总有效率(%)=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。(2)采用女性围绝经期自测表(Kupperman改良评分)^[6]进行症状评分, 症状除失眠之外, 包括潮热及汗出、感觉障碍、易激动、抑郁及疑心、眩晕、疲乏、骨关节痛、头痛、心悸、皮肤蚁走感、泌尿系感染、性生活状况, 按病情无、轻、中、重分别计0、1、2、3分, 临床痊愈: 减分率≥75%; 临床显效: 减分率≥50%, 且<70%; 临床有效: 减分率≥25%, 且<50%; 临床无效: 减分率<25%, 且<50%。减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。

1.7 统计学方法 使用统计学软件SPSS 20.0进行统计分析, 等级资料用秩和检验, 计数资料用 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组总有效率比较 治疗组总有效率为88%, 对照组为92%, 2组比较, 差异无统计学意义。(见表1)

表1 2组总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	25	3(12.0)	9(36.0)	10(40.0)	3(12.0)	22(88.0)*
对照组	25	4(16.0)	10(40.0)	9(36.0)	2(8.0)	23(92.0)

注: 与对照组比较, * $P>0.05$

2.2 2组围绝经期症状疗效比较 总有效率治疗组92%, 对照组为72%, 2组比较, 差异有统计学意义(见表2)。

表2 2组症状疗效比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	25	4(16.0)	11(44.0)	10(40.0)	2(8.0)	23(92.0)▲
对照组	25	2(8.0)	7(28.0)	9(36.0)	7(28.0)	19(72.0)

注:与对照组比较,▲ $P<0.05$

2.3 2组不良反应情况比较 治疗组不良反应发生率为8.0%,对照组为20.0%,2组比较,差异有统计学意义。

表3 2组不良反应比较

[例(%)]

组别	例数	有不良反应	无不良反应	不良反应率
治疗组	25	2	23	8.0*
对照组	25	5	20	20.0

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

更年期失眠症在中医学中属“绝经前后诸症”“不寐”的范畴。《素问·上古天真论》云:“(女子)二七,天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子……七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”女性处于更年期时肾气渐衰,天癸将竭,冲任亏损,最终导致阴阳平衡失调,脏腑功能紊乱。吴教授认为本病的主要病机是肝肾阴虚,肝血不足,虚热内扰心神。《素问·六节藏象论》:“肝者,罢极之本,魂之居也。”《素问·宣明五气篇》:“五脏所藏;心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志。”肝藏血,血舍魂,肝血不足,则魂不守而不得眠;肾阴亏,肾水不及心火,则虚热内扰心神,故在治疗上应调肝养血,清热安神。本方以酸枣仁为君药,其甘酸质润,入心、肝经,可养血补肝,宁心安神;臣药知母清热除烦,以助君药安神除烦之功;川芎调肝血疏肝气,与酸枣仁相伍,补血与行血结合;柴胡苦平,入肝胆经,调达肝气;法半夏和胃降逆,与柴胡同用,可调和阴阳;党参、茯苓健脾补血,宁心安神;百合养阴宁心安神;甘草调和诸药。针刺在治疗失眠上有其独特的优势,从整体观念出发,调和阴阳气血。肾之背俞穴肾俞、原穴太溪补益肾之精气;肝之背俞穴肝俞、原穴太冲调达肝气;神门是手少阴心经的原穴,有宁心安神之效;三阴交是足三阴经交会穴,能调和肝脾肾三脏,养血安神;百会位于巅顶,入属于脑,可安神定志;安眠穴是治疗失眠的经验奇穴。诸穴共用,不仅补益肝肾,更能养血宁心安神。

西医治疗失眠一般采用安眠药进行对症治疗,其起效较快,服药后患者睡眠质量提高快,但多存在一定的依赖性,且停药后常出现反跳现象,而长期用药

还会增加不良反应的发生率。因此,我国多数基层医院患者对此接受度不高^[5-6]。随着社会的发展,人们对健康的关注度越来越高,追求一种疗效稳定绿色、无副作用的治疗方法显得尤为重要。近年来,中医治疗失眠被更多患者所青睐,尤其是中药和针灸的结合。本临床观察结果表明,酸枣仁汤加减联合针刺治疗更年期失眠症与阿普唑仑片疗效相当,但在临床症状改善方面,酸枣仁汤加减联合针刺治疗有更显著的优势,并且临床不良反应明显少于阿普唑仑片口服治疗,安全性较好,值得临床推广。

参考文献

- [1] ROSSOUW J E, PRENTICE R L, MANSON J E, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause[J]. JAMA, 2007, 297(13):1465-1477.
- [2] 中华人民共和国国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994.
- [3] 中国成人失眠诊断与治疗指南 [J]. 中华神经科杂志, 2012, 45(7): 534-540.
- [4] 马宝璋, 齐聪. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:119-122.
- [5] FASSBENDER B, BLECKWENN M, WECKBECKER K. Prescription of benzodiazepines in GP practices; adverse drug reaction and the risk of low-dose-dependency[J]. MMW Fortschr Med, 2014, 156(15):54-58.
- [6] 王继辉, 甘照宇, 钟智勇, 等. 自助的认知行为疗法治疗长期服用催眠药慢性失眠患者疗效及依从性的对照研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2013, 22(5):409-412.

(本文编辑:张文娟 本文校对:吴清明 收稿日期:2018-08-27)

党参与人参类药的比较

党参、人参均为补气要药,具有补气健脾、益肺生津之效,常用于各种气血不足或津气两伤之证,并能安神定智。然人参大补元气,挽救虚脱,功效卓著;党参不及。

党参同具人参功效,但效力弱,为平补和缓之品,为补益脾胃之要药,男女老幼皆宜。当党参作为人参之代用品,以补中益气养血之时,则须投以较大剂量,方可获效。

古籍所载之人参,既指五加科人参,又指桔梗科上党人参(党参)。中医学认为“人参为温补峻烈之剂,用以峻补五脏阳气;党参平补和缓之品,可作滋养脾胃之要药”。现今临床药师、临床医师则可作为研读含人参古方和临证使用党参与人参时参考。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(3)》,人民卫生出版社,2018.

经方六经辨证治疗头痛的临床应用体会[※]孙宁宁¹ 张松江¹ 武鑫¹ 苏少华¹ 王冬慧¹ 高剑峰^{2*}

(1 河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450008;2 河南中医药大学研究生院,河南 郑州 450008)

摘要:头痛是指诸多病因诱导下出现的头部疼痛的一种病症。本病有外感和内伤之分,外感主要为感受风寒、风热、风湿等;内伤多由风、火、痰、瘀等所致。经方治疗头痛可谓遍布六经,有少阳头痛、阳明头痛、厥阴头痛之分,运用经方六经辨证,抓主症,辨方证,临床治疗头痛疗效显著。

关键词:经方;六经辨证;头痛;临床体会

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.023

文章编号:1672-2779(2019)-01-0060-02

The Clinical Application Experience of Classical Prescription Syndrome Differentiation of
Six Channels Theory in the Treatment of Headache

SUN Ningning¹, ZHANG Songjiang¹, WU Xin¹, SU Shaohua¹, WANG Donghui¹, GAO Jianfeng²

(1. School of Basic Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Graduate School, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: Headache refers to a serious condition of head pain that is induced by many causes. The disease has external and internal injuries. The external feelings are mainly to feel the cold, wind, rheumatism and other evils; internal injuries are caused by wind, fire, phlegm and phlegm. The treatment of headache can be described as a six-menstrual, with Shaoyang headache, Yangming headache, phlegm and headache, etc., using the prescription of the six syndromes, grasping the main symptoms, syndrome differentiation, clinical treatment of headaches. The author collects cases of clinical treatment of headaches in recent years for dialectical analysis to readers.

Keywords: classical prescription; syndrome differentiation of six channels theory; headache; clinical experience

1 对头痛的认识

头痛是临床上常见的神经系统疾病之一,发病机制尚不明确,现代医学认为其发病可能与脑血管收缩、脑动脉扩张等有关^[1]。中医学对于头痛的论述较早,首见于《素问·奇病论》,曰:“犯大寒,内至骨髓,髓者以脑为主,脑逆故令头痛。”《素问·五藏生成篇》亦云:“头痛巅疾,下虚上实,过在足少阴、巨阳,甚则入肾。”

汉代张仲景所著《伤寒杂病论》是中医学的集大成之作,开创了六经辨证的先河,为后代医家的临床辨治提供了思路,对于头痛的论述,可谓遍布六经,因证处方,如葛根汤、小柴胡汤、大柴胡汤、吴茱萸汤等被频繁引用。因此在运用经方六经辨证时当先辨阴阳,次辨归经,再辨方证,以求得方证对应,尽愈诸病。笔者自幼随祖辈步入杏林,深研经方医学,临床诊疗范围涉及内、外、妇、儿科等,现列举近年来运用经方六经辨证治疗头痛的几则医案论述经方治疗头痛的优势。

2 病案举隅

2.1 葛根汤案 刘某某,女,41岁,河南夏邑县人,在家务农,2015年7月11日初诊。主诉:顽固性头痛2年

余,曾检查脑部CT及多普勒,均未见异常,头痛发作时自服止痛西药而缓解,停药后复发。患者平素体质差,易外感。后经人介绍来我门诊要求中医治疗。刻下症见:头痛2年余,以后脑勺为主,常连及项背,时有恶风汗出,饮食、睡眠可,二便正常,舌质淡、苔薄润,脉弦紧。

六经辨证为太阳病,处方葛根汤:生麻黄8g,葛根30g,桂枝10g,生白芍10g,炙甘草6g,生姜3片,大枣(切开)4个为引。6付,水煎服,每日1付,早晚饭后1小时温服。医嘱:服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷,畅情志,避风寒。

2015年7月17日二诊:患者服药后自述后背微微汗出,困重感明显减轻,头痛亦大减,遂效不更方,原方续服10付,后随访半年头痛未再发作。

按语:本案中患者头痛发作常由外感风寒之邪而发,且发作连及项背,此乃风寒之邪客于太阳经输,使得津液失于濡润,从而使经脉气血运行不利所致。本案运用葛根汤的辨证要点为恶寒、汗出,疼痛连及项背,故而以葛根汤散寒通经。本方中葛根的应用尤为重要。《神农本草经》曰:“葛根,味甘平,主消渴,身大热,呕吐,诸痹,起阴气,解诸毒^[2]。葛根用量大,一则发散太阳表邪,二则启动津液以濡养经脉,本方内含桂枝汤,可调阴阳,通表里。因此,服用本方可散表邪,通经脉,使得津液升,荣卫和则头痛止。

2.2 四逆散合吴茱萸汤案 赵某,女,36岁,河南永城市

※ 基金项目:国家自然科学基金【No.81373852】;河南中医药大学科技创新团队计划【No.2016XCTD02】

* 通讯作者:jc.gjfeng@hotmail.com

人,小学教师,初诊2017年3月27日。主诉巅顶头痛一年余,痛时连及两侧,平素工作压力大,情绪不稳定,每遇情绪波动,头痛即发作,严重时呕吐连连。曾在当地医院做各项检查,均无异常,也曾服中药数十剂,处方用药多为丹参、延胡索、红花等活血化瘀止痛药,虽有效果,但效不佳。口服西药止痛,虽能当时止痛,但停药后仍反复,后经人介绍来我门诊治疗。刻下症见:头痛时发,巅顶连及两侧,饮食可,睡眠差,情绪不稳定,无口干、口苦,大小便正常,舌质淡暗、苔厚白润,脉弦滑。六经辨证为少阳厥阴合病,处方四逆散合吴茱萸汤:柴胡15g,生白芍15g,赤芍15g,吴茱萸9g,党参15g,炙甘草10g,生姜24g,红枣(切开)6个为引。7付,水煎服,每日1付,早晚饭后1小时温服。医嘱:服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷,畅情志。

2017年4月4日二诊:患者服上药1周后,头痛症状大减,且睡眠也有很大改善,遂以上方续服1周,头痛症状消失,后随访1年,病情未再发作。

按语:本案中患者巅顶痛连及两侧,此种头痛的发作部位正符合厥阴与少阳两经相合之处。厥阴为半表半里之阴证,阴寒之气易沿着厥阴经脉上至巅顶,患者时有疼痛伴有呕吐。《伤寒论》第378条:“干呕,吐涎沫,头痛者,吴茱萸汤主之^[3]。条文中“吐涎沫”,此乃肝寒之气影响中焦脾胃,胃中水饮不化,故而水饮上逆作呕。此外患者因工作原因,常情志不遂,日久导致气郁半表半里之少阳,故用四逆散合吴茱萸汤治之,一则疏解中焦之郁滞,使得气机畅达。二则补益中焦之虚损,使得肝舒胃和,阴寒之气除而头痛愈。

2.3 白虎汤案 陈某,男,51岁,河南商丘市人,在家务工,初诊2016年7月12日。主诉剧烈头痛3天余。3天前患者在工地施工,由于天气炎热,中午饮食生冷过多,加之冲凉,夜间又饮酒、食辛辣油腻之品,第2天晨起后便觉头痛难忍,以前额为甚。随后患者自服止痛西药布洛芬后疼痛缓解,至下午又发作,患者口干口渴,又饮些许冷饮,导致腹胀、腹痛,大便难。因疼痛难耐,遂至附近诊所输液,效不佳,后经人介绍来我门诊要求中药治疗。刻下症见:头痛剧烈,口干口渴,大便难,精神亢奋,舌质淡、少苔,脉细数有力。六经辨证为阳明病,处方为白虎汤加减:生石膏45g,知母15g,白芷10g,川芎10g,制大黄10g,炙甘草6g,粳米1把为引。3付,水煎服,每日1付,早晚饭后1小时温服。医嘱:服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷。

2016年7月15日二诊:患者服上药3付后,大便通畅,头痛大减,观患者舌苔薄,脉象亦较之前柔和,遂上方略做调整:生石膏30g,知母10g,白芷10g,川芎10g,制大黄3g,炙甘草10g,粳米3把为引。3付,水煎服,每日1付,早晚饭后1小时温服。医嘱:

服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷。

2016年7月19日三诊:患者服完3付药后头痛症状消失,无其他不适,遂停药,后以它病来诊,问及头痛未再复发。

按语:本案中患者因饮食不节,复又冲凉导致体表受寒,邪气郁闭于表,使得阳明内热不得外散,故而邪热上扰,头痛发作,乃阳明头痛。最早见于《兰室秘藏》所载为发热头痛,《冷庐医话》谓之:“痛在额前,连及目珠,是阳明经脉头痛。”故处方以白虎汤清解阳明内热,加制大黄以通泻阳明腑实。二诊时,患者阳明内热大多已解,因此减少清热药物用量,增加补益中焦药物用量,使得中焦和合,则病自愈。

3 体会

中医经方治疗头痛方证对应是其关键所在。临证时是有证用是方,运用经方六经辨证,首当辨其阴阳属性,次辨归经,再辨方证,方证是辨证的尖端。此外,运用经方不仅要重视患者的症状,还要将辨体质、抓主证、识病机等紧密有效的结合,切不可固执一经,顾此失彼,同时灵活运用经方合方才能应对临床上复杂多变的病机。

头痛在临床上有偏、正之分,但运用经方六经辨证,均可将其归纳六经,临床多见太阳头痛、阳明头痛以及少阳头痛,其方证表现各不相同。太阳头痛是以邪气客于体表,以致津液不得濡润,经脉气血不利而致头痛发作,临床上常伴有恶寒、发热汗出、项背拘挛疼痛等,此时葛根汤、麻黄汤等均有应用的机会。少阳头痛是以少阳之邪气郁于半表半里,气血不得畅达,故而头痛偏于一侧或两侧同时发病,同时伴有口苦、口干,头晕目眩等症状,此时小柴胡汤、大柴胡汤等均有应用的机会。阳明头痛是以邪气侵袭阳明,致使内热亢盛,邪热巡经上扰而发头痛,常伴有口干、口渴、大便难等阳明证,此时大、小承气汤,白虎汤等均有应用的机会。在六经辨证中头痛不仅局限于三阳病,阴证亦可发病,比如巅顶头痛的厥阴病,《伤寒论》第378条:“干呕,吐涎沫,头痛者,吴茱萸汤主之。”此外,对于一些经久不愈的头痛症状,还应从瘀血论治。中医经方在治疗头痛这一病症方面有着独特的优势,《伤寒论》中诸多处方,在经过六经辨证之后,均有应用的机会。经方,是传统中医方剂的集大成者^[4],是中医学的精华所在,辨证精准,处方得当,往往几味药就能起到扭转局面的作用,这就是经方的魅力所在。

参考文献

- [1] 马昕宇,王麟鹏,王桂玲,等.针刺治疗气血亏虚型偏头痛近期及远期疗效观察[J].上海针灸杂志,2018,37(10):1111-1115.
- [2] 神农本草经(日森立之辑本)[M].柳长华,整理.北京:北京科学技术出版社,2016:40.
- [3] 伤寒论(中医临床必读丛书)[M].钱超尘,郝万山,整理.北京:人民卫生出版社,2005:48.
- [4] 黄煌.经方的魅力[M].2版.北京:人民卫生出版社,2015:4.

(本文编辑:张文娟 本文校对:于莹莹 收稿日期:2018-11-16)

桂枝二越婢一汤治疗小儿外感发热的临床体会

李崇进 冯智琼 杨振亚 农志飞[△]

(广西中医药大学研究生学院, 广西 南宁 530001)

摘要: 小儿外感发热无论在儿科门诊或住院患儿中均占有重要比例, 大多数由病毒感染所致。西医对于病毒感染尚缺乏特效药, 主要以非甾体类药物退热为主, 若应用不当可有严重不良反应。中医则认为小儿外感发热常为六淫之邪侵袭为病, 目前中药对小儿外感发热的治疗效果显著, 农志飞对于本病的治疗有独到的见解, 特别是对于平素体弱易患外感发热的患儿, 临床常应用桂枝二越婢一汤治疗, 临床疗效颇佳。

关键词: 桂枝二越婢一汤; 儿科; 外感; 发热; 临证经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.024

文章编号: 1672-2779(2019)-01-0062-03

Clinical Experience of Guizhi Eryue Biyi Decoction in Treating Exogenous Fever in Children

LI Chongjin, FENG Zhiqiong, YANG Zhenya, NONG Zhifei

(Graduate School, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530001, China)

Abstract: Children with external sensation fever account for an important proportion in pediatric outpatients or inpatients, most of which are caused by viral infections. Western medicine lacks specific drugs for viral infections, mainly non-steroidal antipyretic, if applied Improper can have serious adverse reactions; Chinese medicine believes that children's exogenous fever is often caused by the evil of six kinky. At present, traditional Chinese medicine has a significant therapeutic effect on children with exogenous fever. The instructor has a unique experience in the treatment of this disease, especially for children who are vulnerable to exogenous fever, and often use Guizhi Eryue Biyi decoction in clinical practice. Treatment, clinical efficacy is quite good.

Keywords: Guizhi Eryue Biyi decoction; pediatrics; exogenous; fever; clinical experience

农志飞主任医师就职于广西中医药大学第一附属医院儿科, 教授、硕士研究生导师, 从事儿科临床、科研工作近30年, 主要研究方向为小儿肺脾系疾病防治研究。在临床中, 农老师擅用经方治疗小儿疾病, 特别是对于平素体弱小儿患外感发热的治疗, 有独到的见解。笔者有幸于2016年9月始攻读农老师的硕士研究生, 在日常跟师过程中, 获其谆谆教导, 受益匪浅。现将农老师治疗小儿外感发热的临床体会进行阐述, 以飨读者, 并举验案两则以资验证。

外感发热是儿科的常见病, 通常以发热为主, 体温常很快升至39℃以上, 常兼有咳嗽、鼻塞流涕、喷嚏、头痛等表现^[1]。其常为感受六淫之邪引起, 小儿肺脾肾常不足, 加之寒暖不能自调, 饮食不知自节, 更易受六淫之邪侵袭而患病。本病相当于西医的急性上呼吸道感染, 常由于病毒及细菌感染所致, 但绝大多数为病毒感染引起^[2], 所以对于上呼吸道感染绝大部分不需要抗生素治疗^[3]。目前对于病毒感染尚无特效药, 因此对于上呼吸道感染引起的发热, 常予非甾体类药物退热处理为主。然而对于小儿外感发热, 因用阿司匹林导致瑞氏综合征的报道临床并不少见, 严重的可造成死亡^[4], 并且应用其它退热剂也有发汗过多的危害。因此, 中医辨证论治小儿外感发热尤为必要, 《伤寒论》中对于外感发热

的治疗, 可汗不可汗有着严格的区分, 并阐述了误汗的严重后果。小儿外感发热, 中医常分为外感风寒、外感风热、外感暑湿及外感风温证^[5]。治疗上常予中药内服、中药外洗^[6,7]、刮痧^[8]、捏脊^[9]、推拿^[10]、穴位刺血^[11]、穴位贴敷^[12]、中药灌肠^[13-14]等治疗, 均取得一定疗效。而农老师常以中药内服治疗小儿外感发热。

1 小儿外感高热病因病机

引起外感发热的外因常责之于感受六淫之邪或温热疫毒之气, 导致营卫失和, 脏腑阴阳失调, 出现体温病理性升高。而六淫中以风邪为主, 因外感发热的病机最终以阳胜为主, 即所谓“阳胜则热”。而风为百病之长, 善行而数变, 所以风邪常相兼它邪而为病, 如风热、风寒、风湿热等。外因常因季节、地域等的不同而稍有差异, 如夏天多暑及风热, 冬天多风寒等。但现在夏天也不乏风寒者, 此乃今人夏天多贪凉, 加之风扇及空调的普及, 室内外温差过大, 外感风寒也就是“伤寒”反而越来越多了。内因则责之于卫外不固, 肺为华盖, 肺为娇脏, 主皮毛, 开窍于鼻, 外感之邪侵袭人体多从体表或口鼻而入, 小儿生理上肺脾常虚, 肾常不足, 脏腑娇嫩, 形气未充, 也可称之为稚阴之体; 而功能上的尚未完善, 又可称之为稚阳之体, 因而肺叶娇嫩, 卫外不固, 加之寒暖不知自调, 饮食不知自节, 使得小儿更易受外感之邪侵袭。由于小儿的这种稚阴稚阳之体, 不耐寒暑, 在人为的风寒

[△]指导老师

环境下,寒热交替,衣着未备,更易感触风寒之邪,发为高热。小儿外感常常风邪夹杂寒邪为病,风寒之邪外袭肌表,卫阳被伤,温煦失司,故见恶寒。小儿发热初期可见四肢发冷,继而高热,若感于风邪为主,风伤卫阳,卫阳因抗邪而浮盛于外,故发热。风主疏泄,致营阴外泄而见汗出,若感于寒为主,则外寒束表,表闭阳郁,阳气不得宣泄而发热,往往热度较高。因此小儿发热常高达40℃,而四肢尚不温,多为外感风寒所致,冬则伤于本气自然之风寒,夏则伤于风扇、空调等人为之风寒,故小儿发热于外感风寒多见。

2 治法方药

农老师多年来一直潜心研究历代医家论著,尤其对《伤寒论》颇有研究,临床上结合自身多年临证经验及对小儿生理病理的认识,对小儿外感发热的治疗积累了丰富的经验。对于平素体质虚弱的患儿外感风寒,高热不退时,治疗上既要考虑扶正(稚阴稚阳之体,不可峻猛发汗),而又要透邪清热,因而采用桂枝二越婢一汤治疗,以达调和营卫,扶正祛邪,宣透风寒,清解郁热的目的,临床疗效显著。

桂枝二越婢一汤出自《伤寒论》第27条:“太阳病,发热恶寒,热多寒少,脉微弱者,此无阳也,不可发汗,宜桂枝二越婢一汤”。此方历来颇受争议,皆因原文“脉微弱者,此无阳也”之解。农老师认为小儿乃稚阴稚阳之体,气弱血少之躯,气弱血少则脉微弱,稚阳虽为阳仍弱小,即为原文所指。结合该方组成,用于小儿外感风寒之高热,尤为贴切。原方组成如下:桂枝(去皮)、芍药、炙甘草、麻黄各十八铢,生姜二十六铢(切),大枣四枚(擘),石膏二十四铢(碎,绵裹)。桂枝二越婢一汤实为桂枝汤与越婢汤的合方,但用量均较两方的原量轻,以其用量为桂枝汤二份及越婢汤一份合而为之故而得名^[15]。方中麻黄、桂枝、生姜均辛温解表,三药同用,可达发汗解表,宣散营卫邪热,透热外出之功;配伍石膏,既可清郁热,又可以其寒凉之性制约麻、桂、姜之热,使发汗勿过;芍药益阴和营,与桂枝同用有调和营卫之效,与石膏相合,则可清泄营卫郁热,养阴生津;炙甘草甘平,在此方中配桂枝、生姜、大枣既可辛甘化阳,又可调和诸药,与白芍、大枣相配尚可酸甘化阴。故本方诸药共奏宣散解表,清解郁热,调和营卫之功,意在扶正以祛邪,药量为麻桂诸剂中最小者,同时又能透邪清热不伤正,可见用之于小儿尤为适宜。本方为组合方,现代药理研究表明此方解热效果较单用桂枝汤或越婢汤尤善^[16]。

3 典型病例

案1 患儿吴某某,女,3岁,就诊日期:2016年9月3日。因发热5天就诊。家长代诉:平素体弱易患病,5天前无明显诱因下出现发热,最高体温39.5℃,

鼻塞、流清涕,无咳嗽,无气促,无恶心呕吐,无腹泻,无抽搐,纳寐可,大便少、小便较平素少,稍黄。病后在当地医院就诊,查血常规未见明显异常,予“布洛芬”口服退热,静脉点滴抗生素等药物,期间热退,但反复,为求进一步治疗现来门诊就诊拟住院治疗。刻下:发热(39.1℃),鼻塞、流少许清涕,轻咳,余无不适,纳稍少、寐尚可,二便正常。查体:神清,精神可,咽稍红,扁桃体I°大,无脓点,舌淡、苔白,脉浮弱。心肺查体未闻及异常。根据临床表现诊断为“外感发热”,证属风寒袭表,表郁化热,拟解表透邪,清解郁热为法,方用桂枝二越婢一汤加味。且因一般情况尚好,予门诊观察治疗。处方:桂枝5g,白芍5g,生姜10g,大枣12g,炙甘草5g,麻黄5g,生石膏15g,陈皮5g,蚕砂5g,竹茹5g。3剂,水煎服,每日1剂。嘱其清淡饮食,忌生冷油腻之品,期间若高热,可间隔3小时服药1次。3天后复诊,家长诉服药1剂后热退,第3天鼻塞好转,期间未服它药,余无不适,纳寐可,二便正常,病痊愈。

案2 患儿陈某某,男,4岁8个月,家长代诉:患儿为早产低出生体重质量患儿,平素体弱多病,每季感冒2~3次。2天前无明显诱因下出现发热,最高体温39.8℃,流清涕,轻咳,无呕吐,无腹泻,无抽搐,纳寐欠佳,大小便正常。病后自行服用“布洛芬、小儿柴桂退热颗粒”后热退,但反复。现来门诊就诊,症见:发热(39.0℃),流清涕,咳嗽,无恶心呕吐,无腹泻,无抽搐,纳欠佳,夜寐烦躁,大便3天未解,小便正常。查体:神清,精神可,咽红,扁桃体I°肿大,表面无脓点,舌尖红、苔薄白,脉浮弱。心肺腹查体未见异常。四诊合参,诊断本病为“外感发热”,证属风寒袭表,治拟解表退热为法,方用桂枝二越婢一汤加味。处方:桂枝5g,白芍5g,生姜10g,大枣12g,炙甘草5g,麻黄5g,生石膏15g,陈皮5g,蚕砂5g,竹茹5g。3剂,水煎服,每日1剂。嘱其清淡饮食,忌生冷油腻之品,期间若高热,间隔3小时服药1次。3天后电话回访,家长诉服药1剂后热渐退,2剂痊愈,期间未服它药,尚偶有咳嗽,痰少,余无不适,纳寐可,二便正常。

4 小结

桂枝二越婢一汤为治疗表郁轻证的代表方,桂枝汤解肌,退热调和营卫,越婢汤宣肺泄热,散水消肿,两方相合可宣肺解表,兼清肺卫郁热,使表邪去而郁热清,则诸证自除。对于平素体弱的小儿患外感发热,此方尤其适宜。有学者认为从现代中医角度分析,此方适于虚人外感,属于“扶正解表”的范畴^[17]。而傅瑞年^[18]则认为本方为退热剂,非发汗剂。而导师在临床上发现平素体质虚弱的小儿患外感发热时应用此方,屡获良效,且退热时出汗少,正应了原文中的(下转第88页)

临床鉴习
CLINICAL GUIDING
LEARNING温经蠲痹汤联合益赛普注射液
治疗风寒湿痹型类风湿性关节炎 90 例

张宇杰 李应宏 郝文婕 沈海霞 李 苗 刘金鑫

(甘肃省武威肿瘤医院中西医结合科, 甘肃 武威 733000)

摘要:目的 观察温经蠲痹汤联合益赛普治疗风寒湿痹型类风湿性关节炎的临床疗效。方法 将90例风寒湿痹型类风湿性关节炎患者随机分为对照组和治疗组各45例,对照组采用常规的抗风湿治疗,治疗组采用中药温经蠲痹汤联合益赛普治疗,疗程为3个月。治疗3个月后,观察2组治疗前后晨僵时间、肿胀关节数目、压痛关节数目的变化。研究采用28个关节疾病活动度评分(DAS28评分)和美国健康评估问卷(HAQ评分)进行临床评价;检测并比较2组治疗前后类风湿性关节炎相关指标水平的变化及治疗前后关节功能改善的变化。结果 治疗组总有效率为93.3%,显著高于对照组73.3%,差异有统计学意义($\chi^2=6.480, P<0.01$);治疗后2组相关检验指标均低于治疗前($P<0.05$),治疗组相关检验指标显著低于对照组($P<0.01$);治疗后2组患者DAS28评分和HAQ评分均降低($P<0.05$),治疗组患者DAS28评分和HAQ评分显著低于对照组,2组比较差异有统计学意义($P<0.01$);治疗组恶心、呕吐、肝功能损害、腹痛、感染等不良反应发生率均明显低于对照组,比较有显著性差异($P<0.05$)。结论 温经蠲痹汤联合益赛普治疗风寒湿痹型类风湿性关节炎具有较好的临床治疗效果,可以明显改善关节炎相关症状、降低检验指标水平,且副作用小。

关键词: 类风湿性关节炎; 风寒湿; 温经蠲痹汤; 益赛普; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.025

文章编号:1672-2779(2019)-01-0064-03

Wenjing Juanbi Decoction Combined with Etanercept Injection in the Treatment of
Rheumatoid Arthritis of Wind-cold-dampness Type for 90 Cases

ZHANG Yujie, LI Yinghong, HAO Wenjie, SHEN Haixia, LI Miao, LIU Jinxin

(Department of Integrated TCM & Western Medicine, Wuwei Tumour Hospital, Gansu Province, Wuwei 733000, China)

Abstract: Objective To study the clinical effect of Wenjing Juanbi decoction combined etanercept in the treatment of rheumatoid arthritis of wind-cold-dampness type. **Methods** 90 cases of patients with rheumatoid arthritis of wind-cold-dampness type were divided into treatment group and control group with 45 cases in each group. The control group was treated with conventional antirheumatic treatment, and the treatment group was received Wenjing Juanbi decoction combined Etanercept. 3 months was a treatment cycle. After 3 months of treatment, morning stiffness, number of swollen joints and number of tender joints were observed before and after treatment, and all data were used the DAS28 scale and HAQ scale for clinical evaluation. The levels of relevant indicators of rheumatoid arthritis before and after treatment and the changes of joint function before and after treatment were measured and compared between the two groups. **Results** The total effective rate of the treatment group (93.3%) was significantly higher than that of the control group (73.3%). After treatment, the related test indexes of the two groups were lower than those before treatment ($P<0.05$), and the related test indexes of the treatment group were significantly lower than those of the control group ($P<0.01$). After treatment, the scores of DAS28 and HAQ in both groups were lower than those in the control group ($P<0.05$). The scores of DAS28 and HAQ in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P<0.01$). The incidence of nausea, vomiting, liver dysfunction, abdominal pain and infection in the treatment group was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Wenjing Juanbi decoction combined with Etanercept has a better clinical effect in treating rheumatoid arthritis of wind-cold-dampness type. It can significantly improve the symptoms of arthritis, reduce the level of related test indicators, and has fewer side effects.

Keywords: rheumatoid arthritis; wind-cold-dampness; Wenjing Juanbi decoction; Etanercept; arthromyodynia

类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种自身免疫病,主要表现为关节被侵蚀所产生的炎症反应,任何年龄段均可发生^[1-2]。类风湿性关节炎的主要发展过程多为初起关节滑膜炎、血管翳的形成,后逐渐出现关节软骨及骨质的破坏,最终导致相应关节功能丧失,甚至关节畸形^[3-4]。我们采用温经蠲痹汤联合

益赛普治疗风寒湿痹型类风湿性关节炎,取得满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年10月—2018年8月我院收治的风寒湿痹型类风湿性关节炎患者90例。纳入患者均符合《2010年美国风湿病学会制定的关于类

风湿性关节炎的诊断标准》^[5]。随机分为 2 组，其中治疗组 45 例，男 25 例，女 20 例；年龄 35~65 岁，平均 51.53 岁。对照组 45 例，男 27 例，女 18 例；年龄 34~64 岁，平均 50.92 岁。2 组患者在性别、年龄、原发病等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 参考《2010 年美国风湿病学会制定的关于类风湿性关节炎的诊断标准》^[5]。类风湿性关节炎的临床表现多为关节对称性、持续性肿胀疼痛，常伴有晨僵现象。受累关节以近端指间关节为主，如掌指关节、腕关节、肘关节、足趾关节等；此外，颈椎各关节、颞颌关节、胸锁关节、肩锁关节也可受累。待疾病未经治疗发展到终末期，多可致关节畸形，如“天鹅颈”“纽扣花”样畸形等，同时还可伴见关节强直、关节脱位等表现。除全身关节症状外，还可出现皮下结节及脏器受损等症状。

1.2.2 中医诊断 参考《中医内科学》^[6]标准执行。中医认为类风湿性关节炎属于“痹证”范畴，其基本病机为风邪、寒邪、湿邪、热邪、痰邪、瘀邪痹阻经络气血，基本治疗原则以祛邪通络为主，根据邪气的偏盛，予以相应的祛邪之法，兼顾“宣痹通络”。

1.3 纳入标准 ①年龄：35~65 岁；②病情处于活动期；③服用至少 2 种或以上抗风湿免疫药物超过 1 年，无显著疗效者；④中医辨证分型：风寒湿痹型；⑤自愿参加，并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①妊娠或哺乳期女性；②合并心、肝、肾疾病损害并影响药物代谢；③精神病患者；④资料不全无法统计疗效者；⑤不符合中医风寒湿痹证诊断者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 采用规范的抗风湿治疗：甲氨蝶呤片（生产厂家：上海上药信谊药厂有限公司；批准文号：国药准字 H31020644），15 mg/次，口服，每周 1 次；双氯芬酸钠缓释片（生产厂家：国药集团致君（深圳）制药有限公司；批准文号：国药准字 H10970209），10 mg/次，口服，每日 1 次。

1.5.2 治疗组 采用温经蠲痹汤联合益赛普治疗：温经蠲痹汤组成方药：当归 10 g，桂枝 10 g，淫羊藿 10 g，姜半夏 10 g，鹿衔草 30 g，制川乌 10 g，甘草 5 g，熟地黄 15 g，乌梢蛇 10 g。风邪胜者可加蕲蛇；湿邪胜者可加苍术、白术、薏苡仁；关节肿胀明显者可加白芥子、穿山甲；关节刺痛者可加三七、没药、桃仁、红花；关节痛剧者可加乳香、没药、蜈蚣、全蝎；益赛普（生产厂家：三生国健药业（上海）股份有限公司；批准文号：国药准字 S20050059），25 mg/次，皮下注射，

2 次/周。

1.6 观察指标 (1) 采集对照组和治疗组治疗前后的空腹静脉血，检测类风湿因子 (RF)、红细胞沉降率 (ESR)、C-反应蛋白 (CRP) 等类风湿关节炎炎症指标，并比较治疗前、治疗后指标的变化。(2) 观察并比较对照组和治疗组的临床疗效，参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]，临床疗效观察结果主要分为显效、有效、无效，显效表现为患者主要症状及体征改善率大于 70%，血沉及 C-反应蛋白指标较前有所改善，有效表现为患者主要症状及体征改善率大于 50%，血沉及 C-反应蛋白指标有改善或无改善，无效表现为患者主要症状及体征改善率小于 30%，血沉及 C-反应蛋白指标无改善。总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。(3) 观察对照组和治疗组治疗前后 DAS28 评分和 HAQ 评分的变化。

1.7 统计学方法 使用 SPSS 18.0 软件对临床研究数据进行统计学分析，计数资料采取百分数 (%) 表示，采用 χ^2 检验；计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组内治疗前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立 t 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组治疗后临床疗效比较 治疗组总有效率为 93.3%，显著高于对照组的 73.3%，差异有统计学意义 ($\chi^2=6.480$, $P<0.01$)，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
治疗组	45	32(71.1)	10(22.2)	3(6.7)	93.3
对照组	45	17(37.8)	16(35.5)	12(26.7)	73.3

2.2 2 组治疗前、后相关检验指标水平变化比较 对照组和治疗组治疗前及治疗后相关检验指标水平变化比较，治疗前 2 组相关检验指标 (RF、ESR 和 CRP) 水平差异无显著性 ($P>0.05$)，治疗后 2 组相关检验指标均低于治疗前 ($P<0.05$)，治疗组相关检验指标显著低于对照组 ($P<0.01$)，见表 2。

表 2 2 组治疗前、后相关检验指标水平变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	RF(IU/mL)	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)
治疗组	45	治疗前	178.00±36.38	82.68±7.84	10.84±3.14
		治疗后	30.25±15.70 [#]	22.49±10.57 [#]	3.12±2.46 [#]
对照组	45	治疗前	181.16±34.63	84.32±6.89	11.91±2.26
		治疗后	61.87±17.32 [*]	46.64±15.79 [*]	8.08±1.24 [*]

注：2 组治疗后较治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；治疗组治疗后与对照组治疗后比较，[#] $P<0.01$

2.3 2 组治疗前、治疗后 DAS28 评分和 HAQ 评分比较 2 组治疗前 DAS28 评分和 HAQ 评分差异无统计学意义 ($P>$

0.05), 治疗后2组 DAS28 评分和 HAQ 评分均降低 ($P < 0.05$), 治疗组 DAS28 评分和 HAQ 评分显著低于对照组, 2组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表3。

表3 2组治疗前、后DAS28评分及HAQ评分比较
($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	DAS28	HAQ
治疗组	45	治疗前	6.96±0.69	26.71±9.71
		治疗后	4.37±1.12 [#]	15.24±8.05 [#]
对照组	45	治疗前	6.81±1.28	27.38±7.94
		治疗后	6.26±1.21 [*]	21.67±7.45 [*]

注: 2组治疗后较治疗前比较, $^*P < 0.05$; 治疗组治疗后与对照组治疗后比较, $^{\#}P < 0.01$

2.4 2组不良反应情况比较 治疗组恶心、呕吐、肝功能损害、腹痛、感染等不良发应发生率均明显低于对照组, 比较有显著性差异 ($P < 0.05$), 见表4。

表4 2组不良反应情况比较 (例)

组别	例数	恶心	呕吐	肝功能损害	腹痛	感染
治疗组	45	6 [*]	8 [*]	5 [*]	4 [*]	3 [*]
对照组	45	18	15	12	16	8

注: 与对照组比较 $^*P < 0.05$

3 讨论

类风湿性关节炎是一种自身免疫疾病, 主要表现以慢性、侵袭性关节炎为主。未经系统正规诊治, 终末期可见相关关节畸形, 并最终导致关节功能丧失。据相关报道显示, 类风湿性关节炎可发病于各个年龄段, 以中年女性多见, 世界各地均有类风湿性关节炎病例的报道, 我国的类风湿性关节炎患病率为 0.28%~0.36%^[8]。类风湿性关节炎属中医“痹证”范畴, 痹证多由正气不足, 邪气外侵所致, 当风邪、寒邪、湿邪、热邪等六淫之邪侵袭人体, 导致被侵袭部位经络痹阻、气血瘀滞。“不通则痛、不荣则痛”则可见酸、麻、胀、痛等不适症状发于受邪之腠理、筋膜、肌肉、筋骨、关节等部位^[6]。

温经蠲痹汤是国医大师朱良春经验方^[9], 该方药物组成: 当归、桂枝、淫羊藿、姜半夏、鹿衔草、制川乌、甘草、熟地黄、乌梢蛇、蜂房。方中熟地黄、当归养血扶正, 川草乌、桂枝温经散寒, 蜂房、淫羊藿温补壮阳, 地鳖虫、乌梢蛇祛风除湿、化痰活血、蠲痹通络, 为标本兼治之方。若痛处游走不定, 为风邪盛, 加寻骨风、钻地风; 局部肿胀、重着为湿盛, 加苍白术, 生熟薏苡仁、炒白芥子、穿山甲。益赛普是一种生物制剂, 属于肿瘤坏死因子拮抗剂, 因此该药又称为“注射用重组人 II 型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白”^[10]。该药可对诱发炎症反应的 TNF- α 起到一定的抑制作用, 从而减轻炎症对骨质的破坏^[11-12]。因其毒副作用较小^[13], 故在临床治疗中有着重要的意义。

本研究结果显示, 治疗组总有效率为 93.3%, 显著高于对照组 73.3%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组相关检验指标显著低于对照组 ($P < 0.01$); 治疗组 DAS28 评分和 HAQ 评分显著低于对照组, 2组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组恶心、呕吐、肝功能损害、腹痛、感染等不良发应发生率均明显低于对照组, 2组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。温经蠲痹汤联合益赛普治疗风寒湿痹型类风湿关节炎具有较好的临床治疗效果, 可以明显改善关节炎相关症状、降低相关检验指标水平, 且副作用小。值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis [J]. Lancet, 2016, 388(1055):2023-2038.
- [2] McInnes I B, Schett G. Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis[J]. Lancet, 2017, 389(10086):2328-2337.
- [3] Meines I B, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis [J]. N Engl J Med, 2011, 365(23):2205-2219.
- [4] Burmester G R, Pope J E. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis[J]. Lancet, 2017, 389(10086):2338-2348.
- [5] Aletaha D, Neogi T, Silman A J, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an american college of rheumatology / european league against rheumatism collaborative initiative[J]. Arthritis Rheum, 2010, 62(9):2569-2581.
- [6] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007:463-466.
- [7] 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, 1993:210-214.
- [8] 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, 2015:26.
- [9] 朱婉华, 中华中医药学会. 朱良春益肾蠲痹法治疗风湿病[M]. 北京: 科学出版社, 2016:40-41.
- [10] 林艳, 李志军, 马玲, 等. 益赛普治疗 20 例风湿免疫疾病的护理观察[J]. 中华全科医学, 2015, 13(8):1348-1350.
- [11] 李小芳, 唐跃琼, 朱其香, 等. 生物制剂益赛普治疗白塞病的观察和护理[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(35):3757-3758.
- [12] 付文轶, 张宁. 重组人 II 型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白联合甲氨蝶呤对改善病情抗风湿药治疗无效活动性类风湿关节炎的疗效[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2008, 2(3):184-189.
- [13] 周文煜, 陈文莉, 黄小妹, 等. 重组人 II 型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白对类风湿关节炎患者血清 IgM-IgG-和 IgA- 类风湿因子的影响[J]. 中华风湿病学杂志, 2012, 16(4):267-270.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘永生 收稿日期:2018-08-28)

继承创新是提升中医药服务能力的根本方略。

重点继承中医健康服务之“理”, 有效提升中医认知能力; 重点继承中医健康服务之“法”, 有效提升中医诊疗能力; 重点继承中医健康服务之“方”, 有效提升中医组方能力; 重点继承中医健康服务之“药”, 有效提升中医用药效力。

——姜丽娟、杨建宇摘编自《国医大师孙光荣教授中和医派临床经验集》

中药分期论治主动脉夹层的疗效观察

胡欣妍

[大连市第二人民医院(大连市中西医结合医院)心内科,辽宁 大连 116011]

摘要:目的 观察镇肝息风汤和血府逐瘀汤治疗主动脉夹层的疗效。方法 将确诊为主动脉夹层需保守治疗的患者86例,随机分为对照组和中药组。对照组给予西医常规治疗主动脉夹层的方法,中药组在对照组基础上,在急性期和亚急性期加服中汤药镇肝息风汤,慢性期加服血府逐瘀汤,疗程为6个月。治疗前后分别用酶联免疫吸附法检测病人血浆基质金属蛋白酶-2(MMP-2)含量,用主动脉多层螺旋CT血管成像(CTA)检测病人主动脉最大内径和假腔的最大内径。结果 治疗后,中药组血浆MMP-2含量低于对照组,中药组主动脉最大内径和假腔最大内径均小于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 在西医常规治疗的基础上,中汤药治疗主动脉夹层,能够增加疗效,改善预后。

关键词:镇肝息风汤;血府逐瘀汤;主动脉夹层;基质金属蛋白酶-2;胸痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.026

文章编号:1672-2779(2019)-01-0067-03

Observation on the Curative Effect of Chinese Medicine Stage Method in the Treatment of Aortic Dissection

HU Xinyan

(Department of Cardiology, NO.2 People's Hospital of Dalian (Dalian Hospital of Integrated Medicine), Liaoning Province, Dalian 116011, China)

Abstracts: Objectives To study the effect of traditional Chinese medicine prescription of Zhengan Xifeng decoction and Xuefu Zhuyu decoction on aortic dissection (AD). **Methods** 86 patients of AD were randomly divided into control group and traditional Chinese medicine group. The patients in control group were given conservative treatment to cure AD. The patients in traditional Chinese medicine group were treated with additional traditional Chinese medicine prescription of Zhengan Xifeng decoction in acute period and subacute stage, and Xuefu Zhuyu decoction in chronic period respectively. Enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) method was used to test the levels of plasma metalloproteinases-2 (MMP-2) before and after treatment. The maximum diameter of aorta and maximum fake cavity were detected by multi-slice spiral CT angiography (CTA). **Results** After treatment, the levels of MMP-2 of traditional Chinese medicine group were lower than that of control group. The aorta maximum diameter and maximum fake cavity of traditional Chinese medicine group were smaller than that of the control group ($P<0.05$). There were evident differences between the two groups. **Conclusion** Traditional Chinese medicine of Zhengan Xifeng decoction and Xuefu Zhuyu decoction can effectively inhibit AD.

Keywords: Zhengan Xifeng decoction; Xuefu Zhuyu decoction; aorta dissection; metalloproteinases-2; chest discomfort

主动脉夹层是主动脉内的血液经内膜撕裂口流入中层,形成夹层血肿,血肿在中层内逐渐扩展,使主动脉夹层解离,表现为疼痛、休克等症状。其病情凶险,预后不良,属于心血管病急症。其中有一部分病人病变范围较小且无血管并发症,可内科保守治疗。西医主要通过降低血压和减慢心率,降低主动脉内压力,从而在一定程度上可防止血肿扩大和预防血肿再发,但一遇劳累或情绪波动等诱因,很容易病情加重。该病起病前14天内为急性期,病情凶险;第15~28天为亚急性期;超过28天为慢性期。本研究的目的是观察中药对该病是否有辅助治疗作用,由于中医没有与之对应的病名,中医古籍和现代中医类文献对该病的报道也很少,因此只能边探索边寻找方法。考虑到该病的不同时期,中医病机不同:急性期和亚急性期病机为肝阳上亢、肝肾阴虚,以标实为主;慢性期病机是痰瘀痹阻心脉。根据辨证论治的原则,在急性期和亚急性期给病人加用具有平肝潜阳、补益肝肾作用的镇肝息风汤,在慢性期加用具有活血化瘀、行气止痛作用的血府逐瘀汤,观察疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2011年5月—2015年10月在我院住院经螺旋CT血管成像(CTA)诊断为主动脉夹层Stanford B型,且病情平稳需内科保守治疗的患者86例,随机分为对照组和中药组。对照组42例,男20例,女22例;年龄45~75岁,平均59.1岁。中药组44例,男21例,女23例;年龄47~77岁,平均60.3岁。2组在性别、年龄、病程、病情等方面比较,无统计学差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组绝对卧床休息,给予镇静、止痛、降压、保持大便通畅、防治肺部感染等治疗方法。中药组在对照组基础上,急性期和亚急性期服用镇肝息风汤:怀牛膝30g,生赭石30g,生龙骨15g,生龟甲15g,生白芍15g,天冬15g,玄参15g,生麦芽6g,川楝子6g,茵陈蒿6g,甘草4.5g。加水煎至100mL,早晚温服。慢性期给予血府逐瘀汤口服:生地黄10g,当归9g,桃仁12g,红花9g,甘草3g,枳壳6g,赤芍6g,川芎5g,柴胡3g,桔梗6g,牛膝9g。水煎至

100 mL, 早晚温服。

1.3 主动脉最大内径和假腔最大内径 治疗前后用CTA分别测量病人主动脉最大内径和假腔最大内径。

1.4 血浆基质金属蛋白酶-2 (MMP-2) 含量 空腹状态采集患者肘静脉血 5 mL, 3000 r/min 离心 10 min, 收集血清保存于 -70 ℃ 冰箱中待测, 用酶联免疫吸附法 (ELISA) 检测病人血清 MMP-2 含量, 严格按照试剂盒说明进行操作。

1.5 统计学方法 2 组计量资料采用均数±标准差表示, 用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 主动脉最大直径和假腔最大直径 见表1。

表1 主动脉最大直径和假腔最大直径 ($\bar{x} \pm s$, mm)

组别	例数	时间	主动脉最大直径	假腔最大直径
对照组	42	治疗前	36.21±5.32	16.35±6.29
		治疗后	37.64±7.85	16.28±5.89
中药组	44	治疗前	35.57±8.62	15.63±7.56
		治疗后	30.28±4.57*	9.52±3.58 [△]

注: 与本组治疗前比, * $P < 0.05$; 与对照组比, [△] $P < 0.05$

2.2 患者血浆MMP-2含量 见表2。

表2 2 组患者血浆 MMP-2 含量 ($\bar{x} \pm s$, μg/L)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	42	132.61±12.52	131.76±15.63
中药组	44	135.83±11.67	120.85±17.39*

注: 与对照组比, * $P < 0.05$

3 讨论

主动脉夹层表现为突发剧烈疼痛、休克和血肿压迫主动脉分支血管出现脏器缺血的症状。除了手术或介入治疗外, 一部分病情稳定的患者只需要内科保守治疗, 但疗效有限。随着血液进入主动脉假腔, 凝血系统逐渐被激活^[1], 夹层假腔存在不同程度的附壁血栓, 同时纤溶系统也被激活, 血浆 D-二聚体含量增加^[2]。通常凝血大于纤溶, 使机体处于高凝状态, 以防止夹层的继续剥离。为了防止出血, 此时不能应用西药的溶栓药和抗凝药。血栓形成一段时间后, 血管壁向血栓内长入内皮细胞核纤维母细胞, 形成肉芽组织, 西医对此类机化的血栓也无特效药物。假腔内血栓形成引起主动脉直径增大, 因此假腔直径和主动脉直径的大小可在一定程度反应病情严重程度^[3]。虽然主动脉造影是诊断主动脉夹层的“金标准”, 但属于有创检查, 出于安全起见, 急性期不建议行该检查^[4]。而螺旋 CT 血管成像 (CTA) 准确率与血管造影几乎一致^[5], 敏感性和特异性均达到 98% 左右, 常作为确诊主动脉夹层的方法, 并且能够测量假腔直径和主动脉直径。

基质金属蛋白酶 (MMPs) 是降解细胞外基质的主要

酶类^[6], MMP-2 是 MMPs 的重要成员, 主动脉中层 MMP-2 含量增加, 主动脉壁的结构蛋白降解增加^[7], 则会加重病情。有报道, 胸主动脉夹层患者主动脉壁 MMP-2 表达增加^[8,9], 因此 MMP-2 含量在一定程度上可反应病情的严重程度。

中医对该病病机的认识, 认为病人平素肝肾阴虚为本, 急性期和亚急性期则肝阳上亢、气血逆乱为标, 此时应给予平肝潜阳、滋补肝肾的治法。慢性期病机为瘀血阻络, 应给予活血化瘀、行气通络的方法。中药方剂镇肝息风汤出自《医学衷中参西录》, 具有镇肝熄风、滋阴潜阳的作用, 用于治疗肝肾阴虚、肝阳上亢、气血逆乱的病症。方中怀牛膝具有补益肝肾, 引血下行的功效; 代赭石、龙骨、牡蛎平肝潜阳; 龟甲、玄参、天冬、白芍滋养阴液, 以制亢阳; 茵陈、川楝子、生麦芽清肝之热、行肝气之郁滞; 甘草调和诸药。现代药理证实, 怀牛膝^[10]、白芍、玄参具有降压作用; 怀牛膝还有镇痛作用; 代赭石具有镇静作用; 生龙骨、生牡蛎、龟甲具有镇静、降低毛细血管通透性的作用。血府逐瘀汤出自《医林改错》, 具有活血祛瘀、行气止痛的作用, 治疗胸中瘀血阻滞病症, 现代药理研究表明, 该方能够改善大鼠血液流变学^[11], 已广泛用来治疗全身各个系统的瘀血类病症^[12]。

本研究观察到, 镇肝息风汤和血府逐瘀汤能够减少主动脉夹层病人的假腔直径和主动脉直径, 降低病人血浆 MMP-2 含量。我们推测, 急性期和亚急性期镇肝息风汤通过镇静、镇痛的作用以降低病人的交感神经活性, 降低血压, 同时通过减少病人血浆 MMP-2 含量使动脉基质降解减少, 共同起到减少夹层的进一步撕裂, 防止血肿扩大的作用。慢性期, 推测血府逐瘀汤通过作用在凝血、抗凝、纤溶系统的各个环节, 防止血栓机化和促进机化血栓吸收, 以缩小主动脉夹层的假腔。这说明以上两方对保守治疗的主动脉夹层病人具有良好的辅助治疗作用, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Azzabi S, Barboumi A, Cherif E, et al. Chromic disseminated intravascular coagulation caused by aortic dissection. Tunis Med, 2009, 87:93-96.
- [2] Flanagan L, Bancroft R, Rittoo D. The value of d-dimer in the diagnosis of acute aortic dissection. Int J Cardiol, 2007, 11(8):e70-71.
- [3] Miyahara S, Mukohara N, Fukuzumi M, et al. Long-term follow-up of acute type B aortic dissection: ulcer-like projections in thrombosed false lumen play a role in late aortic events[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2011, 142(2): e25-e31.
- [4] 王燕妮, 卿希亮, 许锁春. 主动脉夹层 140 例临床分析[J]. 临床急诊杂志, 2010, 11(2): 78-80.
- [5] Shiga T, Wajima Z, Apfel C C, et al. Diagnostic accuracy of trans-esophageal echocardiography, helical computed tomography, and magnetic resonance imaging for suspected thoracic aortic dissection: systematic review and meta-analysis[J]. Arch Intern Med, 2006, 166(13):1350-

- 1356.
- [6] WANG L,ZHANG J,FU W, et al. Association of smooth muscle cell phenotypes with extracellular matrix disorders in thoracic aortic dissection[J]. J Vasc Surg, 2012, 56(6):1698-1709.
- [7] ZHANG X, SHEN YH, LEMAIRE S A. Thoracic aortic dissection: are matrix metalloproteinases involved? [J]. Vascular, 2009, 17(3):147-157.
- [8] LUCIANO F, BORGES P, ZIAD T P, et al. Tissue diffusion and retention of metalloproteinases in ascending aortic aneurysms and dissections [J]. Hum Pathol, 2009, 40(3):306-313.
- [9] DARRELL W, Ying HS, Ludivine R, et al. Molecular mechanic dissection [J]. J Surg Res, 2013, 184(2):907-924.
- [10] 赵兴梅, 徐光忠, 李建利, 等. 川牛膝和怀牛膝的现代药理研究概况 [J]. 华西药理学杂志, 2004, 19(3):205-207.
- [11] 朱海燕. 血府逐瘀汤治疗慢性盆腔炎疗效观察 [J]. 实用中医学杂志, 2010, 26(4):223.
- [12] 王冬梅, 叶品良, 李贞翠. 血府逐瘀汤的临床应用进展 [J]. 中国保健营养, 2013, 3 (3):126-128.
- (本文编辑: 张文娟 本文校对: 于立萍 收稿日期: 2018-09-04)

升陷汤治疗慢性心力衰竭心肺气虚证的临床观察

陈艳俏¹ 程 伟¹ 林丹凤¹ 张兆元^{2△}

(1 北京市怀柔区中医医院心血管病科, 北京 101400; 2 北京市第六医院中医科, 北京 100007)

摘要:目的 观察升陷汤加味治疗心肺气虚型慢性心力衰竭患者的临床疗效。方法 将 60 例中医辨证为心肺气虚的慢性心力衰竭患者随机分为治疗组和对照组, 2 组均给予西医综合治疗, 治疗组在西医综合治疗基础上口服中药, 以升陷汤为主方加味, 治疗时间 4 周。观察 2 组治疗前后中医症状积分、血清脑钠肽(BNP)、左心室射血分数(LVEF)及用药安全性指标。结果 治疗后 2 组中医症状疗效、BNP 和 LVEF 均较治疗前明显改善($P<0.05$), 且治疗组改善程度优于对照组($P<0.01$)。结论 升陷汤加味可明显改善慢性心力衰竭心肺气虚证患者临床症状和心功能情况, 未发现明显毒副作用。

关键词:慢性心力衰竭; 心肺气虚证; 升陷汤; 虚劳; 水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.027

文章编号: 1672-2779(2019)-01-0069-03

Clinical Observation on Shengxian Decoction in Treating Chronic Heart Failure with Cardiopulmonary Qi Deficiency Syndrome

CHEN Yanqiao¹, CHENG Wei¹, LIN Danfeng¹, ZHANG Zhaoyuan²

(1. Department of Cardiology, Huairou District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101400, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Beijing No.6 Hospital, Beijing 100007, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the clinical effect of the Shengxian decoction in treating chronic heart failure with cardiopulmonary qi deficiency syndrome. **Methods** 60 chronic heart failure patients with cardiopulmonary qi deficiency syndrome were randomly divided into the treatment group and the control group. Both two groups received the same western medicine treatment, while the treatment group was also given the Shengxian decoction. The total treatment for both groups lasted 4 weeks. The scores of Traditional Chinese Medicine symptoms, serum brain natriuretic peptide (BNP), left ventricular ejection fraction (LVEF) and treatment of drug safety index. **Results** Compared with those before treatment in both groups, TCM symptom scores, BNP and LVEF after treatment were significantly improved, and the improvement in the treatment group was markedly superior to that in the control group. **Conclusion** The Shengxian decoction can significantly improved the clinical symptoms and heart function in chronic heart failure patients with cardiopulmonary qi deficiency syndrome.

Keywords: chronic heart failure; cardiopulmonary qi deficiency syndrome; Shengxian decoction; consumptive disease; edema

张兆元主任医师为北京市第四批名老中医专家、北京中医药传承“双百工程”学术经验传承指导老师, 中华中西医结合学会心血管病分会双心医学组副组长, 原北京市第六医院副院长。2015 年 12 月, 在“双百工程”中, 我有幸拜张兆元老师为师。跟师学习期间, 对于慢性心力衰竭患者中医辨证属心肺气虚者, 张老师多用升陷汤加味治疗, 取得良好疗效。

慢性心力衰竭 (Chronic Heart Failure, CHF) 是指任何原因导致心脏结构改变或心肌受损, 使心肌收缩功能

明显减弱, 导致心脏泵血功能降低而引起的复杂的临床综合征, 是各种心脏疾病的终末阶段和其他疾病发展的终末期表现。近年来, 虽然心血管疾病的发病率逐年上升, 但因医疗技术水平的提高, 越来越多的心脏病患者得以幸存, 而心力衰竭的患者日益增多, 心力衰竭发生后严重影响患者的生活质量, 成为威胁人类健康的主要疾病之一, CHF 正在成为我国心血管病领域的重要公共卫生问题^[1]。有流行病学统计结果显示, 近 30 年来, 慢性心力衰竭患者的病因构成以冠心病、高血压病、糖尿病、肺心病和风湿性心脏病为主, 其病死率呈下降趋势, 由 1990 年的 9% 下降至 2010 年的 4%^[2]。2015 年 12

月,在“双百工程”中,笔者有幸拜张兆元老师为师。跟师学习期间,对于慢性心力衰竭患者中医辨证属心肺气虚者,张老师多用升陷汤加减治疗,取得良好疗效。2016年6月—2017年12月笔者用升陷汤方加减治疗慢性心力衰竭中医辨证为心肺气虚证的患者,取得了较好的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 经医院医学伦理委员会审核通过,选取北京市怀柔区中医医院心血管病科门诊及住院的中医辨证为心肺气虚证的慢性心力衰竭患者60例。采用随机数字表法、单盲分为治疗组 and 对照组。治疗组32例,男9例,女23例;年龄45~80岁,平均59.06岁;其中冠心病18例,高血压性心脏病8例,风湿性心脏瓣膜病3例,扩张性心肌病3例;合并高血压23例,糖尿病7例,高脂血症12例。对照组28例,其中男13例,女15例;年龄46~79岁,平均62.92岁;其中冠心病15例,高血压性心脏病10例,风湿性心脏瓣膜病3例;合并高血压18例,糖尿病5例,高脂血症9例。对2组患者年龄在治疗前进行 t 检验,对原发病类型及合并症分别进行相对数的 U 检验,经统计学比较,2组患者一般资料无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 CHF诊断参照Framingham的CHF诊断标准(1971)^[3],心功能分级标准参照美国纽约心脏病学会(NYHA)制定的心功能分级标准^[4]。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》中心衰的诊断标准^[5]。主症:心悸、气短、乏力、活动后加重;次症:神疲咳嗽,面色苍白;舌脉:舌质淡或边有齿痕,脉沉细或虚数。

1.3 纳入标准 (1)符合Framingham的慢性心力衰竭诊断标准,并根据NYHA分级,心功能在Ⅱ~Ⅳ级者;(2)中医诊断为心衰病,于我院心衰病诊疗常规方案中属稳定期者;(4)年龄40~80岁;(5)受试者知情,自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)经检查证实为急性心肌梗死、急性心力衰竭、心源性休克患者。(2)脑血管病急性期患者。(3)合并有肿瘤、血液系统疾病、严重的肝肾功能不全。(4)妊娠、哺乳期妇女。(5)精神病患者。

1.5 剔除、脱落及中止观察标准 治疗中发生心力衰竭进行性恶化、急性心肌梗死、猝死等不良事件及需停药的严重不良反应时应终止观察、发生不良事件的病例按无效病例记入观察病例。

1.6 治疗方法 2组均给予西医综合治疗,包括应用利尿剂、醛固酮受体拮抗剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂等药物,酌情应用正性肌力药、扩张血管药物等,同时治疗或消除诱因,并依据患者个体差异、疾

病类型调整治疗方案。治疗组在西医综合治疗基础上口服补益心肺中药汤剂,以升陷汤为主方加减,基础方:生黄芪30g,知母12g,柴胡15g,桔梗10g,升麻6g,桂枝15g,党参15g,茯苓15g,炒白术15g,炙甘草6g。心衰患者久病入络,多伴有瘀血之象,瘀血象明显者可于前方基础上加三七3~6g,丹参25g,气虚象重兼有阳虚者,党参更换为红参10g,柴胡可减量,阴虚内热者,党参更换为西洋参15g,水肿明显者前方基础上加猪苓15g泽泻15g。水煎服,每日1剂,早晚分服,治疗时间4周。

1.7 观察指标 2组治疗前后均予测血压、脉搏、心率,观察患者的症状、体征,检查心电图、B型脑钠肽(Brain Natriuretic Peptide, BNP)、心脏彩超测左室射血分数(Left Ventricular Ejection Fractions, LVEF)、血液分析、尿液分析、便常规+潜血、电解质、肝肾功能,观察2组中医症状积分、BNP、LVEF(射血分数)值并进行比较,观察血尿便常规及电解质、肝肾功能等用药安全性指标。

1.8 统计学方法 根据数据性质选择统计方法,计数资料采用卡方检验,计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 2组治疗前后中医症状积分比较 治疗后2组中医症状疗效均较治疗前明显改善($P<0.05$),且治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$)。

表1 2组治疗前后中医症状积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	32	14.18 $\pm$ 3.19	3.54 $\pm$ 1.12 ^{##}
对照组	28	15.27 $\pm$ 2.87	9.02 $\pm$ 2.04 [*]

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组治疗前后BNP比较 治疗后2组患者BNP均较治疗前明显改善($P<0.05$),且治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后BNP浓度比较 ($\bar{x}\pm s$, ng/mL)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	32	1123.03 $\pm$ 317.56	382.35 $\pm$ 95.77 ^{##}
对照组	28	1047.90 $\pm$ 238.53	573.25 $\pm$ 118.78 [*]

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组治疗前后LVEF比较 治疗后2组患者LVEF均较治疗前明显改善($P<0.05$),且治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后LVEF值比较 ($\bar{x}\pm s$, %)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	32	47.00 $\pm$ 6.78	68.81 $\pm$ 8.19 ^{##}
对照组	28	50.06 $\pm$ 6.41	59.50 $\pm$ 6.27 [*]

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 安全性检测 治疗组 32 例, 血尿便常规及电解质、肝肾功能未见异常反应, 与对照组比较无显著差异 ($P>0.05$)。在治疗过程中, 治疗组出现 3 例大便稀溏, 未予特殊处理, 症状自行缓解。临床应用未见严重不良反应。

3 讨论

心力衰竭属于中医学“胸痹心水”“喘证”“水肿”范畴, 现统一归入“心衰病”。临床中, CHF 患者多表现为胸闷憋气、心悸, 动则加重伴喘息, 甚或不能平卧, 气短乏力, 喜长叹息, 或动则汗出, 舌质暗淡, 苔白, 脉沉细或弱、或结代。心衰病的病位在心, 但与肺、脾、肝、肾密切相关。《诸病源候论》谓“……心主血脉, 而气血通融脏腑, 遍循经络, 心统领诸脏, 其劳伤不足, 则令惊悸恍惚, 见心气虚也。”心主一身之血, 肺主一身之气, “气为血帅”, 心病日久, 心气衰微, 肺气受损, 气不帅血, 不能行其朝百脉之职, 致脏腑、经络受损或瘀阻。本病的病机以本虚标实为主, 本虚有心肺气虚、气阴两虚、心脾阳虚、肾精亏损等, 标实有瘀血内阻、血瘀水停、痰浊内阻等, 本虚中尤以心肺气虚为主, 治疗以补益心肺之气为主。

升陷汤出自张锡纯《医学衷中参西录》, 张氏秉《内经》之旨, 结合张老师临床经验, 创升阳举陷诸方, 倡大气之说, 并说“大气者, 天一生水, 脏系命门, 少火生气, 息息萌动, 乾元资始之气, 合水谷之气, 至胸中, 独名大气, 能撑持全身, 为诸气之纲领”。升陷汤为治疗大气下陷证的代表方, 主治“胸中大气下陷, 气短不足以息。或努力呼吸, 有似乎喘。或气息将停, 危在顷刻。其兼证, 或寒热往来, 或咽干作渴, 或满闷怔忡, 或神昏健忘, 种种病状, 诚难悉数。其脉象沉迟微弱, 关前尤甚。其剧者, 或六脉不全, 或叁伍不调。”方中以黄芪为主药, “以黄芪为主者, 因黄芪既善补气, 又善升气, 且其质轻松, 中含氧气, 与胸中大气有同气相求之妙用^[6]。唯其性稍热, 故以知母之凉润者济之; 柴胡为少阳之药, 能引大气之陷者自左升; 升麻为阳明之药, 能引大气之陷者自右上升; 桔梗为药中之舟楫, 能载诸药之力上达胸中, 现代药理研究证明, 桔梗在升陷汤中具有“引经”作用^[7]。此文之基础方于升陷汤方中加桂枝、党参、茯苓、炒白术、炙甘草, 桂枝有温通经脉、助阳化气之效; 党参有健脾益肺、养血生津之效; 心力衰竭患者易出现胃肠瘀血、消化功能障碍, 加茯苓、白术有健脾和胃、利水渗湿之效; 炙甘草调和诸药。三七有养血活血、消肿定痛之效, 丹参有养血活血、凉血安神之效, 《妇人明理论》中有“一味丹参散、功同四物汤”之称; 红参有大补元气、复脉

固脱、益气摄血之效。临证加减时, 需注意理气药易耗气伤阴, 气虚重者及阴虚患者理气药需减量; 西洋参有益气养阴、清热生津之效, 故阴虚内热者将党参更换为西洋参, 猪苓、泽泻与茯苓、桂枝、白术合为五苓散, 有温阳化气利水之效, 故水肿明显者加猪苓、泽泻。升陷汤加味通过升举阳气、活血利水法治疗慢性心力衰竭, 可显著改善患者“大气下陷”的临床症状^[8]。

张老师善用益气升陷法治疗心肺疾病辨证属心肺气虚者, 临证用药时注重黄芪与知母相配, 黄芪性稍热, 知母凉润, 二者配合应用, 知母可制约黄芪之温热之性而药性平和。黄芪常用量为 30~60 g, 知母常用量 10~15 g, 柴胡 6~15 g, 桔梗 10~15 g, 升麻 6~10 g。升陷汤方中 5 药并非均用, 阳虚者柴胡可减量或不用, 以避免行气之药耗气, 肺系疾病多选用桔梗, 因桔梗除有载药上行外有宣肺祛痰之效。瘀血象明显者, 常加三七 3~6 g, 丹参 15~25 g 活血养血。本次研究显示, 升陷汤加味治疗心肺气虚型慢性心力衰竭治疗组心功能及症状改善情况显著优于对照组, 且 LVEF、BNP 改善均显著优于对照组, 差别有统计学意义 ($P<0.05$), 升陷汤加味治疗心肺气虚型慢性心力衰竭疗效确切, 有利于改善心力衰竭患者临床症状, 改善心功能。

由于受患者年龄、平素劳动耐量及入院时病情轻重的影响, 治疗前后均能行 6 分钟步行试验的患者例数较入组患者例数少, 因而不方便行统计学检验, 但治疗前后均能行运动耐量检查的患者, 经治疗 4 周后治疗组的临床疗效相对优于对照组。

参考文献

- [1] 顾东风, 黄广勇, 吴锡桂, 等. 中国心力衰竭流行病学调查及其患病率[J]. 中华心血管病杂志, 2003(1):6-9.
- [2] 姜晓宇, 赵晓云, 张东海, 等. 慢性心力衰竭患者 20 年内病因构成及病死率的变化[J]. 心脏杂志, 2013, 25(6):677-680.
- [3] Eugene Braunwald(美)主编, 陈灏珠 主译. 心脏病学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999:407-429.
- [4] The criteria committee of the New York Heart Association. Nomenclature criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels[S]. 8th ed. Little Brown & Company, 1964:114.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导[S]. 北京:中国中医药科技出版社, 2002:77-85.
- [6] 詹勤. 桔梗在升陷汤中引经作用及其化学成分研究[D]. 上海:中国人民解放军海军军医大学, 2012.
- [7] 赵卫. 刘玉洁教授运用升陷汤的经验[J]. 四川中医, 2010, 28(5):8-9.
- [8] 王金岩. 升陷汤加味联合西药治疗“大气下陷”型慢性心衰的研究[D]. 昆明:云南中医学院, 2016.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张成英 收稿日期:2018-09-04)

平肝活血方治疗肝郁瘀阻型失眠症 伴记忆力减退的临床分析

韩淑艳

(吉林省长春市双阳区中医院内科, 吉林 长春 130600)

摘要:目的 研究平肝活血方治疗肝郁瘀阻型失眠症伴记忆力减退的临床效果。方法 选取2016年7月—2017年7月收治的80例失眠症伴记忆衰退患者,抽取40例作为对照组,另外40例作为观察组。对照组采用中成药乌灵胶囊治疗,观察组采用平肝活血方治疗。对比治疗前后睡眠质量评分、相关电位P300认知电位改善情况。结果 治疗前及治疗后2周睡眠质量评分对比差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后4周及6周观察组均低于对照组,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前后观察组和对照组P300各波峰潜伏期对比差异较大,对比有统计学意义($P<0.05$);而波幅无明显差异,对比无统计学意义($P>0.05$),即观察组在改善潜伏期方面明显优于对照组。结论 平肝活血方治疗肝郁瘀阻型失眠症伴记忆力减退具有显著效果,能使治疗效果得到提升,改善睡眠质量,值得临床推广。

关键词:平肝活血方;失眠;记忆衰退;肝郁瘀阻型

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.028

文章编号:1672-2779(2019)-01-0072-02

Clinical Analysis of Pinggan Huoxue Decoction in Treating Liver Stagnation Insomnia with Hypomnesia

HAN Shuyan

(Department of Internal Medicine, Shuangyang District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130600, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effects of Pinggan Huoxue decoction in the treatment of liver depression, insomnia, and memory loss. **Methods** We selected 80 patients with insomnia associated with memory decline from July 2016 to July 2017 in our hospital. Forty patients were selected as the control group, and 40 patients were selected as the observation group according to the pairing principle. The control group was treated with Wuling capsule, and the observation group was treated with Pinggan Huoxue prescription. The quality of sleep and scores of related potential P300 were compared before and after treatment. **Results** There was no significant difference in sleep quality scores before and after 2 weeks of treatment. There was no significant difference ($P>0.05$). At 4 and 6 weeks after treatment, the observation group was lower than the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Before and after treatment, there was a significant difference in latency between the peaks of the P300 in the observation group and the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in amplitude between the observation group and the control group ($P>0.05$), ie, the observation group was obviously better than the control group in the incubation period. **Conclusion** Pinggan Huoxue decoction has a significant effect on the treatment of liver insomnia and insomnia with memory loss, which can effectively improve the therapeutic effect and improve the quality of sleep. It is worthy of clinical promotion.

Keywords: Pinggan Huoxue decoction; insomnia; hypomnesia; liver stagnation type

随着经济水平及社会的快速发展,居民生活节奏加快,工作压力增加,导致失眠症发病率不断增高,且均出现不同程度记忆力下降等现象,对工作、学习、生活及健康造成严重影响^[1]。因此,临床有必要及时给予对应治疗,使失眠症状得到缓解并改善记忆力。中医指出,失眠症的发病机理大多为肝木偏旺,而肝郁瘀阻为病理转归,对失眠症患者予以平肝解郁、活血安神、心理疏导等方法,以达到治疗目的^[2]。本研究选取80例失眠症伴记忆衰退患者作为研究对象,对其中40例采用平肝活血方治疗取得满意效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年7月—2017年7月收治的80例失眠症伴记忆衰退患者作为研究对象,抽取40例作为对照组,另外40例作为观察组。观察组男22例,女18例;年龄27~45岁,平均年龄36.4岁。对照

组男21例,女19例;年龄29~44岁,平均年龄36.6岁。2组患者年龄、性别等基线资料进行比较,经 χ^2/t 检验得出 $P>0.05$,差异无统计学意义,表明2组基线资料具有较好均衡性,可进行对比研究。

1.2 纳入标准 (1)睡眠评定量表得分大于等于12分;(2)存在睡眠障碍:睡眠程度浅、半睡半醒、整夜失眠多梦、醒来难以入睡;(3)睡眠障碍最少每周发生3次且连续发生6周以上;(4)符合肝阳上亢型症状。

1.3 排除标准 (1)睡眠评定量表得分小于12分;(2)不存在睡眠障碍或睡眠障碍每周发生次数小于3次;(3)参与其他研究者。

1.4 治疗方法 对照组单纯采取乌灵胶囊治疗,口服1天早晚2次。第1天总剂量40mg,第2天增至80mg,第3天及第4天依次增加80mg,之后剂量逐步调整至有效范围,持续治疗6周。观察组采取平肝活血方治

疗：柴胡 8 g，葛根 16 g，合欢皮 16 g，茯神 16 g，夜交藤 32 g，煅牡蛎 32 g，丹参 32 g，益智仁 10 g。组方药物采用自动中药煎药机煎制成 500 mL 一袋，1 次 1 袋，1 天 1 次，2 周 1 个疗程，连续服用 3 个疗程。

1.5 观察指标 (1) 对比治疗前后睡眠质量评分、相关电位 P300 认知电位改善情况；(2) 睡眠质量则以睡眠质量评估标准为评估依据，即：0~3 级评分，共计 21 分，分数越高则证明患者睡眠质量越差^[3]；(3) P300 认知电位在治疗前后进行测定，共测定 2 次。疗效判定的主要指标为 P300 认知电位潜伏期和波幅。

1.5 统计学方法 将本次观察数据输入统计学软件 SPSS 21.0 中，计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，用 t 检验。计数资料以率(%)表示，当样本容量 $n > 40$ ，理论频数 $T > 5$ 时，用 χ^2 检验；当 $n > 40$ ，但 $1 < T < 5$ 时，用校正 χ^2 检验。如 $P < 0.05$ ，则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前及治疗后 2 周、4 周、6 周睡眠质量评分 治疗前及治疗后 2 周后睡眠质量评分对比无明显差异，无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后 4 周及 6 周观察组均低于对照组，对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1：

表1 治疗前及治疗后2周、4周、6周睡眠质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗2周后	治疗4周后	治疗6周后
观察组	40	20.35±1.52	16.34±5.68	12.54±3.48	9.27±3.16
对照组	40	20.27±1.93	17.83±5.42	14.67±4.62	12.73±4.19
t 值		0.206	1.200	2.329	4.170
P 值		0.419	0.117	0.011	0.000

2.2 相关电位 P300 认知电位改善情况对比 治疗前后观察组和对照组 P300 各波峰潜伏期对比差异较大，对比有统计学意义 ($P < 0.05$)；而波幅无明显差异，对比无统计学意义 ($P > 0.05$)，即观察组在改善潜伏期方面明显优于对照组。见表 2~3：

表2 治疗后 2 组潜伏期对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	N1	P2	N2	P3
观察组	40	92.52±8.96	165.96±10.93	218.31±31.21	332.98±17.42
对照组	40	92.65±8.53	170.34±16.87	228.13±20.94	350.62±24.17
t 值		0.066	1.378	1.652	3.745
P 值		0.474	0.086	0.051	0.000

表3 治疗后 2 组波幅对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	N1	P2	N2	P3
观察组	40	-12.63±2.67	8.26±4.32	-5.71±4.29	14.98±3.01
对照组	40	-9.34±3.17	2.65±3.97	-3.19±4.76	12.16±3.62
t 值		5.020	6.047	2.487	3.788
P 值		0.000	0.000	0.008	0.000

3 讨论

中医将失眠症称为“不寐”，即为经常不能获得正常

睡眠。《内经》中对该病症的描述为“卧不安”“夜不眠”“目不瞑”“不能眠”。中医认为该病的发病机理为外邪侵袭，同时还有饮食不规律引起的脾胃不和等原因^[4]。大多医师认为失眠症的主要病因为七情内伤或肝脏功能失调，基本病机为阳盛阴衰、阴阳失调。中医将记忆力减退称为“健忘”，主要原因为劳伤心脾、久病致瘀血内停、痰浊上蒙等。记忆是大脑的高级功能，睡眠与记忆的关系目前无明确的理论知识证明，但睡眠过程中，一些短期记忆被激活，再逐渐合并后形成长时性记忆。所以睡眠质量直接影响了记忆力的好坏。

本次试验的平肝活血方以柴胡为君药，“柴胡，性生微寒，主升散，味微苦，主疏肝”，柴胡入药，以达疏肝解郁之效。以煅牡蛎、葛根、丹参为臣药，煅牡蛎味咸，性微寒，有平肝潜阳同时制约柴胡的效果；葛根味甜；性平，归脾经、肺经；丹参味苦；性微温，可活血祛瘀、安神除劳。药方中佐以合欢皮、茯神、夜交藤，合欢皮安五脏、平心志，甘温平补；茯神归心经、脾经，主治健忘、失眠；夜交藤归心经、肝经，可养心安神。三者共同入药，起安神解郁之效。最后以益智仁为使药，入脾经、肾经，补肾固精，同时起加强记忆作用。该药方充分体现了“从肝论治、以平为补”的理论思想。对于失眠症患者的治疗效果评价，目前大多采用睡眠状况自评量表、阿森斯量表等对睡眠质量进行评价，对于记忆力的治疗效果评价，可采用总体衰退量表，这些方法受患者主观影响较大，故引入事件相关电位 P300 来评价患者记忆力治疗情况。事件相关电位是一种特殊的脑诱发电位，其电位成分包括 P1、N1、P2、P3，反映了大脑对信息的初步认知加工过程，提高诊断客观性，同时增加实验结果可信度。

本研究结果显示，观察组采用平肝活血方治疗后，患者睡眠质量明显好转，且记忆力得到改善，治疗效果优于乌灵胶囊治疗，组间对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。通过观察临床其他学者对其开展研究^[5]，其结果与本研究结果相一致。

综上所述，在肝郁瘀阻型失眠症伴记忆力减退患者治疗过程中采用平肝活血方，可有效改善睡眠质量，使记忆力减退症状得到缓解，具有较高的临床推广价值。

参考文献

- [1] 李继元,宋云龙. BOLD-fMRI 技术在睡眠剥夺中的应用研究进展[J]. 功能与分子医学影像学(电子版),2016,5(4):1087-1089.
- [2] 纪宇,颜红,沈莉.“心主神明”的内涵与外延浅析[J]. 中医杂志,2016,57(10):819-821,837.
- [3] 王兆国,法宪恩,杨展,等. 体外反搏治疗对冠心病伴失眠患者睡眠质量的影响[J]. 重庆医学,2016,45(9):1176-1178.
- [4] 汪海燕,王玉超. 30 例首发精神分裂症患者治疗前、后事件相关电位 P300 分析[J]. 青海医药杂志,2017,47(5):10-11.
- [5] 许良,王博. 乌灵胶囊对肝郁瘀阻型失眠症伴记忆力减退的影响[J]. 河南中医,2017,37(2):270-272.

(本文编辑:张文娟 本文校对:常庆军 收稿日期:2018-08-07)

解毒止痛汤治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎 90 例

刘小倩

(沈阳市中医院妇科门诊, 辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 观察应用解毒止痛汤加减治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎的临床疗效。方法 回顾性分析 2015 年 1 月—2016 年 6 月妇科门诊诊治的 90 例寒湿凝滞型慢性盆腔炎患者的临床资料, 随机分为 2 组, 治疗组 45 例患者给予解毒止痛汤加减治疗, 对照组 45 例患者采用常规西药治疗, 将 2 组的临床疗效进行对比分析。结果 经过 2 个疗程的治疗, 治疗组的有效率为 95.6%, 对照组的有效率为 82.2%, 说明中药组治疗效果优于对照组, 2 组比较有显著性差异($P < 0.05$), 具有统计学意义。结论 应用解毒止痛汤治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎, 同时根据患者的个体差异随证加减, 临床疗效确切, 不仅可起到抗菌消炎的效果, 而且能提高机体免疫力及改善组织微循环, 从而使寒湿凝滞型慢性盆腔炎的治愈率明显提高, 且病情复发率较低, 是临床值得推荐的治疗方法。

关键词:慢性盆腔炎; 寒湿凝滞; 中医药疗法; 解毒止痛汤; 带下病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.029

文章编号:1672-2779(2019)-01-0074-03

Jiedu Zhitong Decoction in the Treatment of Chronic Pelvic Inflammatory Disease for 90 Cases

LIU Xiaoqian

(Gynecology Clinic, Shenyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Jiedu Zhitong decoction on chronic pelvic inflammatory disease. **Methods** The clinical data of 90 patients with chronic pelvic inflammatory disease from January 2015 to June 2016 were analyzed retrospectively. The patients in treatment group were randomly divided into two groups. 45 patients in treatment group were treated with jiedu zhitong decoction. In the control group, 45 patients were treated with routine western medicine, and the clinical effects of the two groups were compared and analyzed. **Results** After two courses of treatment, the effective rate of the treatment group was 95.6% and that of the control group was 82.2%, indicating the treatment of chronic pelvic inflammatory disease in the traditional Chinese medicine group. Compared with the control group, there was significant difference between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of Jiedu Zhitong decoction in treating chronic pelvic inflammatory disease with cold dampness and stagnation can not only play an antibacterial and anti-inflammatory effect, but also add or decrease the symptoms according to the individual differences of the patients. Moreover, it can improve immunity and tissue microcirculation, so that the cure rate of chronic pelvic inflammatory disease is obviously increased, and the recurrence rate is low. It is a recommended treatment method in clinic.

Keywords: chronic pelvic inflammatory disease; cold and dampness stagnation; therapy of TCM; Jiedu Zhitong decoction; leukorrheal diseases

慢性盆腔炎 (chronic pelvic inflammatory disease, CPID) 是妇科常见病、多发病, 是指女性上生殖道及其周围组织的炎症, 主要包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎等。临床常表现为下腹部坠胀、疼痛, 或痛连腰骶部, 常在劳累、性交后及月经前后加剧, 可伴有低热, 易感疲倦, 白带异常增多, 月经周期提前或错后, 甚至不孕。慢性盆腔炎常为急性盆腔炎未能彻底治疗, 或患者体质较差病程迁延所致, 但亦可无急性盆腔炎病史, 如沙眼衣原体感染所致输卵管炎。慢性盆腔炎病情较顽固, 当机体抵抗力较差时, 可有急性发作^[1]。中医学无慢性盆腔炎这一病名, 根据本病的临床表现及特点, 归属于“妇人腹痛”“带下病”“月经不调”“热入血室”“癥瘕”“痛经”及“不孕”等范畴^[2]。本病发病率有逐年增高的趋势, 因其缠绵难愈, 易反复发作, 严重影响女性生活质量, 危害女性健康, 因此探寻治疗慢性盆腔炎有效疗法具有重要的临床意义。本文选取 2015 年 1 月—2016 年 6 月于我院就诊的 90 例寒湿凝滞型慢性盆腔炎患者为研究对象, 探讨解毒止痛汤

加减治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎的临床效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所选 90 例患者均为我院 2015 年 1 月—2016 年 5 月门诊就诊患者, 其中年龄 20~50 岁, 以 25~45 岁发病率最高; 未婚 15 例, 已婚 75 例; 病程最短 30 天, 最长 4 年。经临床诊断 90 例女性患者全部为寒湿凝滞型慢性盆腔炎患者, 其中包括慢性输卵管炎、输卵管积水、输卵管卵巢炎及慢性盆腔结缔组织炎, 均具有典型慢性盆腔炎的临床症状及体征, 均无体温升高、血压改变、白细胞数量显著增多等现象。将 90 例患者随机分为治疗组和对照组, 各 45 例, 2 组在各方面比较无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准^[3] 症状: 小腹坠胀、疼痛、腰骶部酸胀疼痛, 常在劳累后、性交后、月经前后加重; 有易疲劳、精神不振等全身症状, 白带量多。体征: 子宫常呈后位, 活动受限, 双侧附件增厚呈片状, 或条索状, 子宫骶韧带增粗, 变硬, 有触痛。

中医诊断标准^[4]症状：小腹疼痛冷感、遇热痛减、带下增多、色白质稀；月经后期、量少色黯有块；头晕神疲乏力、腰骶酸痛、畏寒肢冷，或婚久不孕。舌质淡或有瘀点，苔白腻，脉沉迟。

1.3 治疗方法 治疗组：以解毒止痛汤加减以祛寒除湿，活血化瘀。方药包括：金银花 10 g，野菊花 10 g，蒲公英 10 g，紫花地丁 10 g，当归 15 g，丹参 15 g，乳香 15 g，没药 15 g，小茴香 15 g，酒白芍 30 g，牛膝 15 g，车前子 15 g，肉桂 10 g，茯苓 15 g，延胡索 15 g，炙甘草 20 g。每日 1 剂，早晚分服，150 mL 水煎，15 天为 1 个疗程，连续治疗 2 个疗程，经期停药。

对照组：给予阿奇霉素分散片 0.1 mg 口服，3 次/d，奥硝片 0.25 mg 口服，2 次/d；15 天为 1 个疗程，连续治疗 2 个疗程，经期停药。服药期间宜休息，避免重体力劳动。饮食宜清淡，忌烟、酒、辛、辣之物，戒房事。

1.4 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定慢性盆腔炎的疗效标准。

1.4.1 疗效指数 疗效指数 $(n) = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分} \times 100\%$

1.4.2 疗效评定标准 痊愈：治疗后下腹及腰骶疼痛等症状消失，妇科检查及理化检查正常； $n > 95\%$ 。显效：治疗后下腹及腰骶疼痛等症状明显减轻或消失，妇科检查及理化检查明显改善； $70\% < n < 95\%$ 。有效：治疗后下腹及腰骶疼痛等症状减轻，妇科检查及理化检查有所改善； $30\% < n < 70\%$ 。无效：治疗后下腹及腰骶疼痛等症状无减轻或有加重，妇科检查及理化检查较治疗前无改善或加重； $n < 30\%$ 。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 对数据进行统计学分析，计数资料采用率 (%) 表示，进行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

经过 2 个疗程的治疗，治疗组的有效率为 95.6%，对照组的有效率为 82.2%，说明中药组治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎优于对照组，2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 组疗效比较见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	45	23	17	3	2	95.6
对照组	45	18	10	9	8	82.2

3 讨论

慢性盆腔炎中医症状表现复杂，多由经行、产后气血不足致胞脉空虚，风寒湿热毒邪乘虚内侵，蕴结下焦，阻滞气血。气血运行不畅，脉络瘀滞、滞而成瘀。血瘀又加重了毒热，热瘀互结、缠绵不解，盘踞胞脉，瘀血内阻而

致。久则耗伤气血，虚实错杂，故缠绵难愈。《妇人良方》中云：“妇人月经痞塞不通，或产后余秽未尽，因而乘风取凉，为风冷所乘，血得冷则为瘀血也。瘀血在内，则时时体热面黄。瘀久不消，则为积聚癥瘕矣。”可见热毒和瘀血为本病的关键病机。现代医学对慢性盆腔炎的认识也各有不同，郭志强^[6]认为慢性盆腔炎寒多热少，因在急性期服用过多的苦寒之剂而损伤阳气，或因本病病程迁延，病久耗伤体内阳气，导致阴寒内盛。王氏^[7]认为慢性盆腔炎是因为病程迁延，或热从寒化，或素体阳虚，阴邪偏盛，或在急性期运用大量抗生素及清热解毒药，而导致阳气受损或阳气被遏，阴邪内盛。由此可见，慢性盆腔炎大多由于急性期治疗不及时、不规范，病情迁延而致。故治疗上应以清热解毒，通络止痛为主，方药治以解毒止痛汤加减，解毒止痛汤主要以五味消毒饮合活络效灵丹及芍药甘草汤加减组成。五味消毒饮出自《医宗金鉴》，方中金银花可宣散风热、清热解毒、消散痈肿，有助于清解中上焦之热毒；野菊花专清肝胆之火；紫花地丁、蒲公英清热解毒、凉血消肿散结，且蒲公英兼能利水通淋、泻下焦之湿热；诸药配合成方，共奏清热解毒、散结消肿、扶正祛邪之功。据现代药理研究发现，金银花、野菊花、蒲公英均具有广谱抗菌作用，尤其对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌、霉菌、淋球菌等均可取得显著抑菌效果，且野菊花还具有较强的抗病毒之功效；紫花地丁可增强机体免疫功能，促进白细胞的吞噬功能，发挥较强劲的抗内毒素作用。现代医学研究证实清热解毒药如金银花、紫花地丁等不但具有抑菌杀菌作用，并具有强大的抗渗出作用，可提高腹腔炎性渗出细胞的吞噬能力^[8]。活络效灵丹出自张锡纯的《医学衷中参西录》，主要功用为活血祛瘀，通络止痛。方中当归补血调经，活血止痛，为补血活血化瘀之要药。对于妇科瘀滞症，不仅能活血、止痛，还长于调经。《景岳全书·本草正》：“其气轻而辛，故又能行血，补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药也”。丹参活血调经，祛瘀止痛，善能祛瘀生新而不伤正，善调经水，为妇科调经常用药。当归、丹参活血化瘀，通络止痛，兼以养血；配伍乳香、没药以增强活血行气，消肿定痛之效。芍药甘草汤出自《伤寒论》，芍药、炙甘草二药成方，主要功用调和肝脾，缓急止痛。现代研究证明，芍药、甘草中的成分有镇静、镇痛、解热、抗炎、松弛平滑肌的作用，二药合用后，可将上述作用显著增强。茯苓可利水渗湿，健脾，宁心，本品药性平和，味甘淡，甘则能补，淡则能渗，既可祛邪又可扶正，利水而不伤正。延胡索活血，行气，止痛，本品辛散温通，为活血行气止痛之良药。《本草纲目》中提到：“延胡索，能行血中气滞、气中血滞，故专治一身上下诸痛”。车前子利水通淋、清热明目、清热化痰。牛膝可逐瘀通经，补肝肾、强筋骨、利尿通利、引血下行。上述诸药配伍应用，共奏清热解毒，通络止痛之功。

慢性盆腔炎往往是多因素复合作用所导致的,本文研究可充分证实,中药汤剂治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎的临床疗效确切,不仅可起到抗菌消炎的效果,而且能提高机体免疫力及改善组织微循环,从而使寒湿凝滞型慢性盆腔炎的治愈率明显提高,且病情复发率较低,是临床值得推荐的治疗方法。

参考文献

- [1] 乐杰,谢幸,丰有吉.妇产科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2006:268-276.
- [2] 陆萍,吴飞华,喻玉玲.桂附盆愈方治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎80例[J].江西中医药,2008,39(11):40-41.
- [3] 乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2007:246-252.
- [4] 欧阳惠卿.中医妇科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:251-254.
- [5] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第1辑)[S].北京:中华人民共和国卫生部,1993:250-255.
- [6] 郭志强,刘艳霞.化瘀宁坤液治疗慢性盆腔炎298例的临床观察研究[J].中国药学报,1998,13(6):48-50.
- [7] 王国红.益肾温通法治疗慢性盆腔炎临床体会[J].吉林中医药,2001,17(6):15.
- [8] 姜春华,沈自尹.中医治则研究[M].2版.上海:上海科学技术出版社,1983:153.

(本文编辑:张文娟 本文校对:夏锐 收稿日期:2018-09-04)

滋肾活血方治疗肾虚血瘀型卵巢早衰的临床研究

钟素琴

(江西省赣州市妇幼保健院中医科,江西 赣州 341000)

摘要:目的 探究和分析滋肾活血方加减治疗肾虚血瘀型卵巢早衰的疗效。方法 选取2016年5月—2018年4月接收治疗的76例肾虚兼血瘀型卵巢早衰患者,随机分为试验组和对照组各38例,对照组应用激素替代疗法(结合雌激素片+醋酸甲羟孕酮片)治疗,试验组在对照组的基础上服用滋肾活血方进行治疗,治疗3个疗程之后,对比观察2组临床疗效,治疗前后血清中黄体生成素(LH)、抑制素(INH-B)、雌二醇(E_2)、卵泡刺激素(FSH)水平的变化,治疗后症状改善评分变化情况。结果 试验组治疗的总有效率为86.84%,明显高于对照组总有效率65.79%,具有显著的统计学差异($P < 0.05$)。2组患者在治疗后血清中LH、FSH水平都呈下降趋势,但试验组水平要低于对照组($P < 0.05$),血清中 E_2 、INH-B都呈上升趋势,但试验组水平要高于对照组($P < 0.05$)。试验组在治疗后症状改善评分要低于对照组($P < 0.05$)。结论 滋肾活血方联合激素治疗肾虚兼血瘀型卵巢早衰效果显著,能有效调节性激素水平,安全性高,改善了临床症状,值得临床推广应用。

关键词:滋肾活血方;卵巢早衰;激素替代疗法;不孕证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.030

文章编号:1672-2779(2019)-01-0076-03

Clinical Study on Kidney-nourishing and Blood-activating Prescription in the Treatment of Premature Ovarian Failure of Kidney Deficiency and Blood Stasis Type

ZHONG Suqin

(Department of Traditional Chinese Medicine, Ganzhou Maternal and Child Health Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract: **Objective** To explore and analyze the clinical research of modified kidney-nourishing and blood-activating prescription in treating premature ovarian failure of kidney deficiency and blood stasis type. **Methods** 76 patients with kidney deficiency and blood stasis type premature ovarian failure in our hospital from May 2016 to April 2018 were randomly divided into the experimental group and the control group, with 38 cases in each group. The control group was treated with hormone replacement therapy (Conjugated Estrogens tablets + Medroxyprogesterone Acetate tablets), and the experimental group used modified kidney-nourishing and blood-activating prescription on the basis of the control group. After three courses of treatment, the clinical curative effect of two groups was observed and the changes of serum levels of luteinizing hormone (LH), inhibin (INH-B), estradiol (E_2) and follicle stimulating hormone (FSH), and the improvement on symptoms were observed before and after treatment. **Results** The total effective rate of the experimental group was 86.84%, which was significantly higher than that of the control group (65.79%). There was a significant statistical difference ($P < 0.05$). The level of serum LH and FSH decreased in the two groups after treatment, but the level of the experimental group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). The serum levels of E_2 and INH-B were all rising, but the level of the experimental group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). The symptom improvement score of the experimental group was lower than that of the control group after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** The effect of modified kidney-nourishing and blood-activating prescription combined with hormone in the treatment of premature ovarian failure of kidney deficiency and blood stasis type is significant. It can effectively regulate the level of sex hormone, high safety and improve the clinical symptoms. It is worthy of clinical application.

Keywords: kidney-nourishing and blood-activating prescription; premature ovarian failure; hormone replacement therapy; infertility

卵巢早衰(POF)是一种常见的临床妇科内分泌疾病,主要指患者在40岁之前卵巢功能衰竭所导致闭经

等现象,低水平的雌激素及高水平促性腺激素为该疾病的主要病理特征^[1],卵巢早衰临床主要表现为潮热、闭

经、月经稀发、阴道干涩、性欲低下等，如今卵巢早衰发病机制并未完全得到认知，医学界普遍认为卵巢早衰的发生主要与遗传因素、免疫因素密切相关，该疾病的发生概率呈逐年上升趋势并且患者越来越年轻化，对患者的生活质量及身心健康造成了严重影响，目前激素替代疗法（结合雌激素片+醋酸甲羟孕酮片）是西医提出的治疗卵巢早衰的有效手段之一^[2]，虽然能有效调节性激素水平，改善临床体征，取得较好疗效，但治疗后病情易出现反复情况，长期应用将导致患者出现癌变风险，研发更有效的方法成为治疗卵巢早衰的关键，近些年中成联合激素治疗卵巢早衰取得了良好的临床疗效^[3]，因毒副作用低，故在临床上已逐渐应用，本文旨在探讨滋肾活血方加减治疗肾虚血瘀型卵巢早衰的临床研究，现作出如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据我院 2016 年 5 月—2018 年 4 月接收治疗的 76 例肾虚兼血瘀型卵巢早衰患者，随机分为试验组和对照组各 38 例。试验组年龄 25~39 岁，平均年龄 34.12 岁；病程 6~24 个月，平均病程 (9.29±4.35) 个月；月经初潮年龄 (13.51±1.92) 岁；卵巢体积 (2.19±0.49) cm³；吸烟史 11 例，饮酒 12 例；症状：盗汗 32 例、潮热 30 例、性欲低下 33 例、阴道干涩 31 例。对照组年龄 26~39 岁，平均年龄 34.10 岁；病程 6~25 个月，平均病程 (9.30±4.40) 个月；月经初潮年龄 (13.52±1.94) 岁；卵巢体积 (2.14±0.53) cm³；吸烟史 10 例，饮酒 13 例；症状：盗汗 33 例、潮热 29 例、性欲低下 34 例、阴道干涩 30 例。2 组患者在一般资料的对比差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入标准 ① 2 组均确诊为卵巢早衰：闭经大于 4 个月、第二性征及初潮时间正常、至少 2 次间隔超过 1 个月检查，指标包括：FSH > 40 U/L、E₂ < 73.2 pmol/L；② 患者近期没有进行过其他类型手术、激素药物等治疗；③ 年龄小于 40 岁；④ 2 组均符合《中药新药临床研究指导原则》关于肾虚兼血瘀的相关标准^[4]：腹中有包块、腰膝酸软、小腹固定疼痛、月经量少、舌质呈紫黯、脉沉弦等症状；⑤ 研究相关事宜均已告知入选患者或者告知其家属，已签署知情同意书并得到了我院伦理委员会认可。

1.3 排除标准 ① 合并有其他传染病及其他系统疾病患者；② 患者对研究过程中所使用的药物具有过敏反应；③ 依从性差的患者；④ 精神疾病患者；具有肝肾功能衰竭的患者。

1.4 治疗方法 2 组均应用激素替代疗法进行治疗，在药物的选择上临床一般服用结合雌激素片（新疆新资源

生物制药有限责任公司，国药准字 H20090165，规格：0.3 mg/片）每次服用剂量为 0.625 mg，1 天 1 次，需要连续服用 3 周，在第 16 天联合服用醋酸甲羟孕酮片（北京益民药业有限公司，国药准字 H20073370，规格：0.5 g×30 片）一般 1 次 0.1 g，1 日 3 次，需要连续服用 5 天，试验组在对照组的基础上联合服用滋肾活血方，方药包括：桃仁 15 g，熟地黄 15 g，川牛膝 12 g，杜仲 10 g，当归 15 g，紫河车 10 g，山药 15 g，红花 9 g，丹参 10 g，山萸肉 10 g，益母草 20 g，甘草 6 g。每日 1 剂，每次煎煮至 200 mL，早中晚各服 1 次。除此之外，但凡气虚者，可加党参进行调养；暖气，加用柿蒂；出现热象者，可加用蒲公英；多发咳嗽者，加用紫菀；有尿血者，加用大小蓟；便秘者加大黄通便。28 天为 1 个疗程，2 组均需要连续治疗 3 个疗程。

1.5 疗效标准及观察指标 参照临床研究《中医病证诊断疗效标准》对患者进行疗效评价^[5]。治愈：治疗后患者各项体征（性激素水平、周期规律、月经量）恢复正常，治疗过程至少 3 次月经来潮，临床症状达到完全消除的状态，中医症状评分降低 ≥ 90%；显效：治疗后各项体征（性激素水平、周期规律、月经量）基本恢复正常，临床症状改善明显，中医症状评分降低 70%~90%；有效：治疗后各项体征有所改善，临床症状有所好转，中医症状评分降低 50%~69%；无效：治疗后各项体征以及临床症状均无改善，病情呈恶化趋势；总有效率 = (治愈+显效+有效) 例数/总例数 × 100%。抽取患者在治疗前后空腹状态下的静脉血，并且运用酶联免疫法检测 LH、INH-B、E₂、FSH 含量变化，应用改良 Kupperman 评分测定患者症状改善情况，症状越严重评分越高。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件技术对研究数据进行分析 and 整理，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验；计数资料用百分率表示，采用 χ^2 检验，当 $P<0.05$ 时，表示 2 组之间的差异具有统计学的意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 试验组治疗的总有效率为 86.84%，明显高于对照组总有效率 65.79%，2 组总有效率比较差异具有统计学的意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	38	20(52.63)	7(18.42)	6(15.79)	5(13.16)	33(86.84)*
对照组	38	15(39.47)	6(15.79)	4(10.53)	13(34.21)	25(65.79)

注：与对照组比较，* $P<0.05$

2.2 2 组患者治疗前后激素水平的比较 2 组在治疗后血清中 LH、FSH 水平都呈下降趋势，但试验组水平要

低于对照组 ($P<0.05$), 血清中 E_2 、 $INH-B$ 都呈上升趋势, 但试验组水平要高于对照组 ($P<0.05$), 两者在的激素水平变化上具有显著的统计学差异 ($P<0.05$)。见表2。

表2 2组治疗前后血清LH、FSH、 E_2 以及 $INH-B$ 水平比较
($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LH (IU/L)		FSH(IU/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	38	45.27±6.38	12.55±2.37 [#]	71.26±9.40	17.28±3.49 [#]
对照组	38	45.25±6.40	17.31±3.16 [#]	71.28±9.38	22.49±4.36 [#]

组别	例数	E_2 (pmol/L)		$INH-B$ (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	38	47.36±9.15	132.46±11.32 [#]	20.60±4.31	36.59±5.82 [#]
对照组	38	47.39±9.11	112.69±12.45 [#]	20.61±4.29	30.44±5.27 [#]

注:与对照组对比,[#] $P<0.05$;与治疗前对比,[#] $P<0.05$

2.3 2组患者临床症状积分比较 试验组在治疗后症状改善评分要低于对照组 ($P<0.05$)。具有显著的统计学差异 ($P<0.05$)。见表3。

表3 2组患者临床症状积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
试验组	38	15.14±3.12	7.84±1.96 [#]
对照组	38	15.10±3.16	9.37±2.33 [#]

注:与对照组对比,[#] $P<0.05$;与治疗前对比,[#] $P<0.05$

3 讨论

卵巢早衰是临床常见的一种妇科疾病, 40岁以下的妇女是该疾病的多发人群, 并且发病概率呈逐年上升趋势, 对患者的生活质量及身心健康造成了严重影响。如今卵巢早衰发病机制尚未完全明确, 医学界普遍认为卵巢早衰是体内激素水平改变所致^[6], 低水平的孕激素及雌激素抑制垂体分泌 LH、FSH 能力减弱, 引起血清中 LH、FSH 含量升高, 卵泡的形成与FSH 水平有着密切的联系, 高水平 FSH 可加速卵泡的消耗, 进一步导致卵巢分泌雌激素的能力减弱, 间接地促进了 FSH 水平持续升高, 最终造成了卵泡不再发育, 体内出现 FSH 水平持续升高, 而 E_2 持续低下的状态, 因此常以 $E_2 < 73.2$ pmol/L 和 $FSH > 40$ IU/L 作为临床诊断卵巢早衰的标准, $INH-B$ 作为卵巢颗粒细胞分泌的重要转化生长因子, 在抑制垂体分泌FSH方面起着至关重要的作用^[7], 可调节 E_2 的产生, $INH-B$ 如今已作为评估卵巢储备功能的生物学指标。目前激素替代疗法是西医提出的治疗卵巢早衰的有效手段之一, 虽然能有效调节性激素水平, 改善临床体征, 但停药后病情易出现反复情况, 长期应用有出现癌变风险, 中西医结合成为治疗卵巢早衰的关键。

中医学认为卵巢早衰属“闭经”“不孕”“经水早

断”“血枯”范畴^[9]。闭经分虚实, 肾主生殖、生长发育与衰老, 藏精而系胞, 肾阴、肾精为物质基础。肾精过度消耗或不足均可使肾精匮乏, 精血不足致胞宫空虚, 无血可下; 肾精不足导致精气障碍, 推动血液循环能力减弱, 久而久之, 内生瘀血, 形成肾虚血瘀证。卵巢早衰是因精血不足, 阴阳失调, 命门火衰所致, 主要临床表现为肾阳虚证, 治疗其病应以补肾助阳、养血调经为主, 因此治宜填精活血、滋肾养血^[8]。本研究配制的滋肾活血方中, 熟地黄与山萸肉具有滋补肾阴、补血调经的功效。其中山萸肉可通过调节卵巢功能提高性激素水平; 山药可固精滋肾; 杜仲、紫河车可填精补肾; 当归与补肾药相配伍起活血养血功效; 桃仁、红花、丹参三者联用可补养精血, 利于肾精疏通、活血化瘀促进月经来潮; 甘草调和诸药。诸药共奏滋肾调经、活血益精之功效。

本研究显示, 试验组治疗的总有效率为 86.84%, 明显高于对照组总有效率 65.79% ($P<0.05$), 表明滋肾活血方加减联合激素疗效显著; 治疗后 2 组的 LH、FSH 水平都呈下降趋势, 但试验组水平要低于对照组 ($P<0.05$), 血清中 E_2 、 $INH-B$ 都呈上升趋势, 但试验组水平要高于对照组 ($P<0.05$), 说明滋肾活血方加减联合激素能有效调节性激素水平; 试验组在治疗后症状改善评分要低于对照组 ($P<0.05$), 主要是因为滋肾活血方加减联合激素能够显著改善症状, 促进患者康复。

综上所述, 滋肾活血方联合激素治疗肾虚兼血瘀型卵巢早衰效果显著, 能有效调节性激素水平, 安全性高, 临床症状改善明显, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 谢江燕, 赵佩梅, 东亚君, 等. 卵巢早衰的免疫学研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(4):259-262.
- [2] 覃春容, 姚吉龙, 朱文杰, 等. 特发性卵巢早衰发病相关因素分析[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(2):133-136.
- [3] 金志黄, 黄晓桃, 杨雅琴, 等. 补肾活血方联合雌孕激素治疗卵巢早衰的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33 (5):586-589.
- [4] 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, 1993:241-245, 262.
- [5] 王艳梅. 中西医结合治疗卵巢早衰 45 例疗效观察[J]. 河北中医, 2015, 37(3):379-381.
- [6] 阮凡, 石吟, 李丽洁. 中药补肾养血方联合激素替代法对卵巢早衰患者性激素水平及症状评分的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36 (12):118-120, 123.
- [7] 张文红, 赵彦鹏, 李果, 等. 滋肾益经活血汤治疗卵巢早衰患者 50 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(8):670-671, 705.
- [8] 徐碧红, 李茂清, 骆宇戟. 补肾调经方配合激素替代法治疗卵巢早衰患者的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33 (10):1332-1335.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张平 收稿日期:2018-09-07)

补阳还五汤联合早期康复治疗急性脑梗死的临床观察

宋金阳

(大连市中医医院康复科, 辽宁 大连 116000)

摘要:目的 客观评价早期康复锻炼联合补阳还五汤对急性脑梗死的影响。方法 以2016年1月—2018年1月为时间节点、医院为基础的前瞻性随机对照试验,按照纳入及排除标准共收集样本60例,随机分成联合治疗组($n=30$)和常规治疗组($n=30$)。在补阳还五汤的基础上应用早期康复治疗。比较分析2组患者治疗前后中医证候积分、神经功能缺损评分变化情况。结果 2组患者治疗后相关指标均明显改善。但联合治疗组在各方面均明显优于常规治疗组($P<0.05$)。结论 早期康复治疗联合补阳还五汤治疗急性脑梗死疗效显著,利于坏死神经修复,显著改善中医症状且相对安全,值得推广。

关键词:急性脑梗死;补阳还五汤;神经缺损程度评分;中医药疗法;中风;康复

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.031

文章编号:1672-2779(2019)-01-0079-02

Clinical Observation on Buyang Huanwu Decoction Combined with Early Rehabilitation in Treating Acute Cerebral Infarction

SONG Jinyang

(Rehabilitation Department, Dalian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116000, China)

Abstract: **Objective** To Objectively evaluate the effect of early rehabilitation exercise combined with Buyang Huanwu decoction on acute cerebral infarction. **Methods** A prospective randomized controlled trial based on time node and hospital based from January 2016 January 2018. 60 cases was collected and randomly divided into treatment group ($n=30$) and routine group ($n=30$) according to the inclusion and exclusion criteria. Early rehabilitation was applied on the basis of Buyang Huanwu decoction. The scores of TCM syndrome and neurological deficit score before and after treatment were compared between the two groups. **Results** Two groups of patients were significantly improved after treatment. However, the treatment group was significantly better than the routine group in all aspects ($P<0.05$). **Conclusion** Early rehabilitation therapy combined with Buyang Huanwu decoction is effective in the treatment of acute cerebral infarction. It is beneficial to the repair of necrotic nerve and improves the symptoms of traditional Chinese medicine and is relatively safe. It is worth popularizing.

Keywords: acute cerebral infarction; Buyang Huanwu decoction; neurological deficit score; therapy of TCM; stroke; rehabilitation

脑血管疾病是目前威胁人类健康的三大疾病之一。具有发病迅速、致残率较高、复发率高等特点。随着我国老龄化社会的不断加深和居民饮食的西方化,我国的脑血管疾病的发病率逐年上升,据世界卫生组织报道,世界范围内的脑中风发病率约为150/10万人,据我国学者统计,我国城镇居民的脑血管疾病发病人数约为150万人/年,疾控形势严峻。发病患者大多数在经过及时的救治后生命体征平稳,但是经研究显示约有70%的患者存在不同程度的神经功能缺损。及时有效开通闭塞血管、尽早恢复血流、减少坏死并控制高危因素,是治疗本病的基础和关键。目前临床上治疗方案不统一,但可以肯定的是抗凝、抗栓、降纤、复流和脑保护药物单独应用效果往往不尽如人意,联合用药、多学科综合应用无疑是控制本病的最优途径。近年来,中医药独特治疗优势日益彰显,研究已证实,其能有效提高临床疗效,促进神经功能恢复。基于以上思路,本研究采用补阳还五汤联合早期康复治疗急性脑梗死,通过客观评价中医证候积分、神经功能缺损(NIHSS)评分的变化,

为临床治疗本病探索一种更加有效、可靠的治疗方案。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 参照《中国脑卒中诊治指南》(2014版)^[2],筛选2016年1月—2018年1月于本院康复科,经CT/MRI明确“脑梗死”部位首次发病病例资料。剔除有严重出血性倾向、肝肾功能损伤、传染性免疫缺陷病、孕妇及精神障碍等特征人群病例。最终纳入本次随机平行对照临床研究患者共60例。随机分成联合治疗组和常规治疗组各30例。样本量符合优效性且初始(T_0)性别、年龄等基线资料统计结果相匹配($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 2组在常规对症、抗血小板凝集、稳定斑块治疗基础上,对照组则在此基础上给予补阳还五汤(赤芍25g,川芎15g,当归尾15g,地龙10g,黄芪30g,桃仁15g,红花10g等)辨证论治,随证加减,水煎剂150mL/d,10天1个疗程,共4个疗程。治疗组在对照组的基础上应用早期康复治疗:①针对所有患者应用被动关节活动,根据患者的病情,保证患者的关

节活动频次在 8~10 次/个；②应用 Bobath 握手锻炼频率 3 次/天，时间保证为 15 min/次；③语言功能锻炼：指导患者每日进行鼓腮、弹舌、皱眉等动作。指导患者进行伸舌舌头锻炼：将舌尖最大程度向外伸出，每组 5 次，每次伸舌时间为 5 s，每日做 3 组；④针刺治疗：选取头维、神门、迎香、足三里、血海、三阴交进行平补平泻针法，得气后留针 20 min，每日 1 次。

1.3 观察指标 完善入院血、尿常规、肝肾功各项基础检查。根据《中医证候分级量化评分标准》^[3]对比分析治疗前后 2 组患者中医证候积分结合 NIHSS 评分对疗效进行综合评价。参照《脑血管病患者临床神经功能缺损程度评分标准》(1995 版)^[4]评估疗效，根据 NIHSS 评分改善幅度。

1.4 统计学方法 采用 Epidata 双向审核数据 SPSS 19.0 软件统计。计量资料采用配对 *t* 检验，率的比较应用卡方检验，检验水准为双侧 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

联合组和常规组的患者中医证候积分分别为：(13.9±1.67) 分、(15.4±1.59) 分；NIHSS 评分分别为：(10.7±2.85) 分、(13.1±2.96) 分，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)，详见表 1。

表1 2组患者中医证候积分、NIHSS评分变化 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	中医证候积分		NIHSS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	22.2±1.73	13.9±1.67	27.2±1.95	10.7±2.85
常规组	30	22.4±1.74	15.4±1.59 ^①	27.6±2.14	13.1±2.96 ^①

注：组间比较差异具有统计学意义^① $P<0.05$

3 讨论

脑中风为西医脑血管病的总称，其中脑梗死患者的致死率及致残率较高，临床应用溶栓治疗是重要的恢复局部血供的方式，目前认为缺血性卒中患者的最佳溶栓时间窗为 4~6 h，但是在临床治疗过程中能够接受溶栓的患者并不多^[5,6]。中医学认为风、痰、湿瘀闭阻络脉，气血瘀滞，脑络失养则发为本病，症见半身不遂、言语不利、口眼歪斜或猝然昏倒、不省人事等，隶属于“中风”范畴，中风病首见于《内经》，但只对于中风的症状、病机、治则等进行了论述，尚未提出“中风”病名。经过了历代医家的经验累积使得中风疾病的治疗不断完善，张仲景在《金匮要略》中曰：“风之为病，当半身不遂，或但臂不遂者，此为痹，脉微而数，中风使然”首次提出了中风病的病名，并沿用至今。中医学经西方医学的不断渗透及中医病证名称规范化的不断发展，中

国疾病分类将中西医病名归为一致。历代医家对于中风病从不同角度进行了阐述，归纳其病机多从风、痰、瘀立论。所以临床治疗中风以活血祛瘀，化痰通络为主，本研究采用《医林改错》之补阳还五汤化裁，临床效果显著，探究现代药理机制，补气行血之黄芪可以显著减少脑组织中自由基、毒性氨基酸等物质的释放，促进神经递质调节、抗血管损伤效果；而活血化瘀之品，如红花、桃仁等，能够有效改善微循环血流动力，降血脂、抗血栓；舒筋活络之川芎嗪是扩血管，减轻水肿，修复神经之要品，诸药合用共奏活血补气、舒筋通络之功效^[7]。康复治疗主张对患者进早期的主动及被动的运动，可以加速患者的疾病康复。研究显示在康复锻炼中可以调节患者的神经运动情况，增强受损的神经元的兴奋性。可以改善损伤神经突触的功能，协助大脑的运动区域定型。研究资料显示：早期的脑梗死患者，神经功能仍有较高的自行恢复能力，恢复的程度受到了病灶大小、颅压情况、水肿情况等影响。在早期的康复锻炼和针灸治疗中可以改善脑部的血流情况，帮助脑部的病灶部位进行组织重建，加速神经功能的恢复。综上所述，早期进行康复锻炼及针灸可以提升神经突触传递效率，加速突触功能恢复，在多种康复锻炼模式下可以加强，突触间的联系，加快脑梗患者的康复。本文选取 2016 年 1 月—2018 年 1 月在我院康复科接受治疗的急性脑梗患者，评价早期康复锻炼联合补阳还五汤治疗对急性脑梗死的影响，结果显示在补阳还五汤的基础上应用早期康复治疗可以使相关指标均明显改善，早期康复治疗组在各方面均明显优于常规治疗组 ($P<0.05$)。所以早期康复联合补阳还五汤治疗急性脑梗死疗效显著，利于坏死神经修复、显著改善中医症状且相对安全，值得推广。

参考文献

- [1] 王湛涛. 1663 例脑血管意外病例分析[J]. 实用医技杂志, 2016, 13(6): 1019-1020.
- [2] 中华神经科学会. 临床诊疗指南·神经病学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 221-222.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1994, 17(3): 208.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [5] 吴东华. 补阳还五汤对急性脑梗死患者的疗效及血液流变学指标的影响[J]. 中国医药导报, 2012, 9(22): 114-115, 118.
- [6] 雷建明. 低分子肝素钙联合依达拉奉治疗急性进展性脑梗死 50 例临床观察[J]. 广东医学院学报, 2011, 29(4): 410-411.
- [7] 姜海涛. 早期综合康复治疗对急性脑血栓脑梗效果观察[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(2): 206-207.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 王佛有 收稿日期: 2018-08-24)

敛汗散联合自拟中药汤剂治疗小儿汗证临床观察

殷齐辉

(牡丹江市中医医院儿科,黑龙江 牡丹江 157000)

摘要:目的 观察敛汗散联合自拟中药汤剂治疗小儿汗证临床疗效。方法 选择2017年1月—2018年1月牡丹江市中医院儿科门诊的汗证(肺卫不固证)患儿86例为研究对象,随机分成观察组43例和对照组43例。观察组应用敛汗散联合自拟中药汤剂治疗,对照组应用玉屏风散。疗程15d,比较2组患儿治疗效果及主要中医证候痊愈时间。结果 治疗15d后观察组疗效显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患儿汗出痊愈时间显著少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 敛汗散联合自拟中药汤剂治疗小儿汗证临床疗效显著。

关键词:敛汗散;玉屏风散;儿童;汗证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.032

文章编号:1672-2779(2019)-01-0081-03

Clinical Observation on Lianhan Powder Combined with Self-made Chinese Medicine Decoction in the Treatment of Sweating Disease in Children

YIN Qihui

(Pediatrics Department, Mudanjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang province, Mudanjiang 157000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Lianhan powder combined with self-made Chinese medicine decoction in the treatment of sweating disease in children. **Methods** 86 cases of children with sweating disease (pulmonary immobilization) in the paediatric clinic of Mudanjiang hospital of traditional Chinese medicine from January 2017 to January 2018 were selected as study objects, and were randomly divided into observation group (43 cases) and control group (43 cases). The observation group was treated with Lianhan powder combined with traditional Chinese medicine decoction, while the control group was treated with Yupingfeng powder. The therapeutic effect and recovery time of major TCM syndromes were compared between the two groups on 15 d. **Results** After 15 days of treatment, the efficacy of the observation group was significantly higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The recovery time of the observation group was significantly lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The curative effect of the combination of Lianhan powder combined with self-made Chinese medicine decoction in the treatment of sweating disease in children is remarkable.

Keywords: Lianhan powder; Yupingfeng powder; children; sweating disease

汗证是指小儿由于阴阳失调,腠理不固,而致汗液异常外泄的一种病证,常见于5岁以内的小儿。多属西医学自主神经功能紊乱、反复呼吸道感染等疾病^[1]。西医治疗本病主要是抑制汗腺分泌及调节植物神经功能紊乱为主要方式,但疗效差,且副作用大,停药后反复发作,治标不治本^[2],故临床多以中药治疗为主,标本兼治。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017年1月—2018年1月牡丹江市中医院儿科门诊的汗证(肺卫不固证)患儿86例为研究对象,随机分成观察组和对照组,各43例。观察组中男20例,女23例;年龄最小6月,最大5岁,平均年龄2.8岁;病程(1.23±0.25)月。对照组中男22例,女21例;年龄最小6月,最大6岁,平均年龄3.2岁;病程(1.35±1.4)月。2组患儿在性别、年龄、病程方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2 中医辨证标准 参照《中医儿科临床诊断指南·小儿汗证(肺卫不固证)》的诊断标准^[3]。病史:本病多见于2~6岁儿童,发病与先天禀赋不足,后天调护失宜,患

儿素体虚弱,或在热性病、久病之后、或长期服用易出汗的药物有一定的关系。临床表现:小儿在安静状态下及正常环境中,全身或局部出汗过多,甚则大汗淋漓。排除因护理不当、气候因素、活动等客观因素及疾病引起的出汗。实验室检查:本病依靠相关临床表现即可诊断,必要时可行血常规、微量元素测定、结核菌素试验、痰涂片找抗酸杆菌、抗“O”、血沉、甲状腺功能、X线胸部摄片等检查项目以鉴别引起小儿多汗的因素。

1.3 纳入标准 (1)符合中医诊断汗证(肺卫不固证)的诊断标准的患儿;(2)年龄最小6月,最大5岁;(3)患儿家属知情同意。

1.4 排除标准 (1)维生素D缺乏性佝偻病、结核病、风湿病等疾病;(2)对中药汤剂过敏者;(3)营养不良、免疫缺陷者;(4)合并感冒、咳嗽、肺炎等外感急性疾病。

1.5 剔除标准 (1)不能按照治疗方案执行者;(2)研究者认为有不适宜继续参加试验的情况,如并发症、不良事件和因违反方案、服药原因或其他原因导致的治疗失败,可以要求患儿退出试验;(3)患儿及其父母或监护人有权在任何时间以任何原因退出试验。

1.6 治疗方法 观察组给予按以五倍子：麻黄根：黄芪的比例为3:2:2混匀后研末过500目筛，用陈醋调成的糊状外敷神阙穴，睡前贴上晨起取下，1日1次，7日为1疗程。配合口服汤剂（太子参10g，浮小麦10g，黄芪12g，茯苓8g，煅龙骨8g，煅牡蛎8g，五味子5g，补骨脂6g，女贞子6g，北沙参5g，麦冬5g，玉竹5g）水煎服，0.5~3岁，1.5d/剂，3~5岁，1剂/日。疗程15d。对照组给予口服玉屏风颗粒[黄芪、白术（炒）、防风] [德众药业，国药准字Z10930036，5g×12袋]：每袋5g。口服，每服剂量：0.5~3岁2.0g，3~5岁3.0g，每日3次口服。疗程15d。

1.7 观察指标 观察2组患儿治疗前后的临床证候，包括汗出、口渴、精神、食欲、睡眠、舌质、舌苔、脉象。观察临床证候痊愈时间，进行2组比较。

1.8 疗效评定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中疗效评定标准。（1）治愈：汗止，其他症状消失；（2）好转：汗出明显减少，其他症状改善；（3）无效：出汗及其他症状均无改善。

1.9 统计学方法 采用SPSS 13.0软件进行统计学处理，计数资料采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 见表1。结果表明，治疗15d后观察组疗效显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具有可比性。治疗组敛汗散联合中药汤剂口服治疗小儿汗证疗效显著。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率
治疗组	43	28(65.1)	10(23.3)	5(11.6)	39(88.4)
对照组	43	18(41.9)	12(27.9)	13(30.2)	30(69.8)

注：与对照组比较， $Z = -3.307$ ， $P < 0.05$

2.2 2组主要中医证候痊愈时间比较 见表2。结果表明，观察组患儿汗出、口渴、食欲、睡眠、舌苔脉象主要中医证候痊愈时间显著少于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具有可比性。

表2 2组主要中医证候痊愈时间比较 $(\bar{x} \pm s, d)$

组别	例数	汗出	口渴	食欲	睡眠	舌苔脉象
治疗组	43	10.17±3.62	7.69±2.69	6.41±1.97	6.96±2.26	12.87±3.64
对照组	43	13.06±3.83 ^a	10.06±3.68 ^a	8.54±2.95 ^a	8.64±3.11 ^a	14.40±2.76 ^a

注：与对照组比较， $t = -2.557, -3.068, -2.626, -3.320, -5.290$ ， $P < 0.05$

3 讨论

汗证既可以是某些疾病的兼证，也可以是一个独立的疾病。汗液的正常排出有调节体温、排泄机体代谢产物、润泽皮肤、维持阴阳平衡及调和营卫的作用。小儿生理特点为脏腑娇嫩，形气未充，肺脾肾三脏不足，病理状态下肺脾肾三脏功能失调而出现汗出异常，其中肺

为娇脏，易受外邪侵袭，肺卫不固，气失固摄津液，而汗出过多。其中睡觉过程中出现出汗，醒来时汗出停止，为盗汗，无论睡觉与否都出汗者成为自汗。汗液中含有钠、钾等电解质，过度出汗会导致小儿体液电解质失衡，影响小儿生长发育，甚者危及生命^[5]。西医多属甲状腺功能亢进、自主神经功能紊乱、反复呼吸道感染等，其中以后两者最为常见，治疗常选用谷维素、654-2、阿托品等药物，用时起效快，停药亦恢复原状，且副作用大，临床不给予应用。而中药治疗本病优势明显，李立新^[6]运用五倍子单味药脐疗治疗小儿汗证350例，总有效率为94.3%，吴碧等^[7]在小儿汗证中医研究进展中提到中医辨证从肺脾论治、从疏肝、泄肝、柔肝论治，从肾虚论治，从气血阴阳论治，治疗汗证方式多样，辨证思路繁多。2017年国家中医药管理局制定《汗证诊疗指南》，把汗证治疗规范化，根据诊疗指南中对汗证肺卫不固治疗方案结合自身临床经验，运用敛汗散联合口服中药治疗小儿汗证，经临床数据分析，治疗组明显减少汗出时间，对于临床证候可以明显改善患儿汗出、口渴、食欲、睡眠等症状，整体治疗汗证疗效显著。

敛汗散中以五倍子^[8]性酸涩，归肺肾经，具有敛肺止汗之功效。《本草纲目》：“气味酸咸，能敛肺止血，化痰，止咳，敛汗”。现代药理研究其所含没食子酸对蛋白质有沉淀作用，使皮肤、粘膜溃疡面的组织蛋白凝固，形成一层被膜而成收敛作用，从而达到止汗作用。麻黄根甘平归肺经，能行周身之表而实肌腠，敛肺固表止汗；黄芪性甘，微温，归肺脾两经，善补脾肺之气，有“补气之长”的美誉，并且补气之中，具有升发外达之性，又能实卫固表以敛汗，治疗表虚肌表不固的自汗、盗汗之良药；麻黄根性甘平，归肺经，能行周身之表而达到实肌腠，固卫气，专攻敛肺固表止汗，为止汗专药，三药合用主攻敛肺固表，益气止汗之功用。三药合用研末以陈醋调和，借助其味酸，增加其固涩之力，贴敷于神阙穴。神阙穴乃先天之结缔，后天之气舍，具调和阴阳、固本培元的功效。现代医学研究认为，脐表皮角质层最薄，屏障功能最弱，药物最易穿透弥散，并且脐部皮下无脂肪组织，皮肤和筋膜、腹膜直接相连，故渗透力较强，易于穿透，弥散迅速而通达全身，而且脐部的各层组织中含有丰富的神经末梢、神经节。利用药物不断地刺激脐部皮肤，会使脐部皮肤上的各种神经末梢进入活动状态，从而促进神经、体液调节作用和免疫功能，改善各组织器官的功能活动，从而达到止汗效果^[8]。敛汗散外敷于神阙穴，以达调和阴阳，补气敛肺固表止汗之功效。口服中药汤剂中黄芪补气升阳，固表止汗；太子参为清补之品而补气生津；茯苓健脾，三药合用以健脾补肺益气固表，补肺气同时兼顾健脾，以培土生金。浮小麦敛汗益气除热；煅龙骨、煅牡蛎收敛固涩而止汗；

五味子味酸、甘，生津敛汗，敛肺滋肾，四药合用急则治其标，而敛肺固涩止汗。补骨脂性辛苦温，归肾脾经，补肾助阳，固精缩尿，暖脾止泻，女贞子性甘苦凉，归肝肾经，补肝肾阴。小儿肾常虚，二药阴阳同补，以补先天之本。《类证治裁·喘证》说“肺为气之主，肾为气之根。肺主出气，肾主纳气，阴阳相交，呼吸乃和”。北沙参性甘微苦寒，归肺胃经，养阴清肺益胃生津；麦冬擅长养胃、生津液；玉竹性甘寒质润，入肺胃经，养阴润燥，生津止渴，三药合用养阴生津补充汗液所丢失的津液。诸药合用，补肺固表敛汗，补肾健脾生津，以达到标本兼治之功效。

综上所述，敛汗散联合自拟中药汤剂治疗小儿汗证临床疗效显著，且为中药治疗，副作用小。整体治疗方案中，标本兼治，虽为肺卫不固，但治疗肺脾肾三脏都给予兼顾，注意汗出伤津，充分体现中医辨证论治，整体观念，治病防变的诊疗思路。

参考文献

- [1] 马融. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016:135-139.
- [2] 王艳艳, 孙轶秋. 小儿多汗证的中医治疗方法[J]. 北京中医药, 2008, 27(1):68-69.
- [3] 颜鹏飞, 万力生, 张翔, 等. 中医儿科临床诊断指南·小儿汗证[J]. 中医儿科杂志, 2017, 13(1):5-8.
- [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, 1994:20.
- [5] 陈小章. 内分泌生理学基础与临床[M]. 北京: 科学出版社, 2001:463-466.
- [6] 李立新. 脐疗贴治疗小儿汗证350例疗效观察[J]. 吉林中医药, 2007, 27(10):30-31.
- [7] 吴碧, 鲁艳芳, 裴学军, 等. 小儿汗证的中医研究进展[J]. 世界中医药, 2008, 12(1):229-232.
- [8] 黄兆胜. 中药学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002:481-482.
- [9] 李七一. 刘慧瑾老师脐疗经验[J]. 吉林中医药, 2002, 22(3):5-6.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王丛礼 收稿日期:2018-09-07)

龙胆泻肝汤内服加六神丸外用治疗蛇串疮的临床研究

游中华

(江西省乐安县中医院外科, 江西 乐安 344300)

摘要:目的 分析龙胆泻肝汤加味内服联合六神丸水研外用治疗蛇串疮的临床效果。方法 抽取我院2016年12月—2018年3月收治的蛇串疮患者46例,按照随机分组法分为2组,各23例。其中对照组常规抗病毒治疗,观察组除常规治疗再联合龙胆泻肝汤加味内服六神丸水研外用治疗,对比2组治疗效果。结果 总有效率:观察组为95.65%(22/23),高于对照组65.22%(15/23),差异有统计学意义($P < 0.05$);疼痛:观察组治疗后疼痛VAS评分低于对照组($P < 0.05$);症状恢复时间:观察组皮疹消失时间、疼痛消失时间、体温恢复正常时间较对照组明显缩短($P < 0.05$)。结论 临床采取龙胆泻肝汤加味内服联合六神丸水研外用治疗蛇串疮,效果显著,值得临床推广。

关键词:龙胆泻肝汤;六神丸;蛇串疮

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.033

文章编号:1672-2779(2019)-01-0083-03

Clinical Study of Longdan Xiegan Decoction Combined with External Application of Liushen Pills in Treating Snake-like Sores

YOU Zhonghua

(Department of Surgery, Le'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Le'an 344300, China)

Abstract: **Objective** To analyze the clinical effect of Longdan Xiegan decoction combined with Liushen pills on treating snake-like sore. **Methods** Forty-six patients with snake-like sore from December 2016 to March 2018 were randomly divided into two groups, with 23 cases in each group. The control group received routine antiviral treatment, and the observation group received routine treatment combined with Longdan Xiegan decoction and Liushen pills for external treatment. The therapeutic effects of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the observation group was 95.65% (22/23), which was higher than 65.22% (15/23) of the control group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). The VAS score of the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Longdan Xiegan decoction combined with Liushen pills for external treatment of snake-like sore has increased therapeutic effect and is worthy of clinical promotion.

Keywords: Longdan Xiegan decoction; Liushen pills; snake-like sore

蛇串疮也被称为火串疮、腰火丹、蛇盘疮,是皮肤科常见疾病。在现代医学中,蛇串疮相当于带状疱疹,因病毒感染导致的急性皮肤病,发病率高^[1]。临床表现

为皮肤红斑水疱,多缠腰而生。患者在急性起病时,先出现皮肤刺痛感或灼热感,伴周身轻度不适、发热症状,后出皮疹,患者自觉疼痛明显,多难以忍受;或在皮疹

消退后,依然遗留痛感,严重影响生活质量。西医治疗蛇串疮多采取抗病毒处理,但该病迁延难愈,反复发作,治疗效果不佳。中医认为,蛇串疮发病机制为脾内蕴湿热、肝气郁结、久而化火妄动,外溢皮肤而致发病。针对蛇串疮发生机制,应采取中医特色整体观念上,对症治疗,辨证施治,以达到标本兼顾的效果。目前对蛇串疮的治疗,中医多采用清热解毒、健脾宣肺。笔者根据蛇串疮发病机制,采取内服龙胆泻肝汤加味内服六神丸水研外的治疗法,取得显著效果。研究报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 便利抽样法抽取我院2016年12月—2018年3月收治的蛇床疮患者46例,按照随机分组法分为2组。对照组23例,其中男14例,女9例;年龄20~68岁,平均年龄46.16岁;病程最短7d,最长2年,平均病程(6.42±2.39)个月。观察组23例,其中男15例,女8例;年龄20~68岁,平均年龄47.34岁;病程最短7d,最长2年,平均病程(6.50±2.41)个月。2组患者的年龄、性别及病程等资料差异并无统计学意义($P>0.05$),可进行比较。

1.2 纳入标准 (1) 患者经临床症状、实验室指标等检查,符合《中医病症诊断疗效标准》^[2]蛇串疮诊断标准;(2) 患者病发部位伴刺痛感、灼热感,出现片状红斑丘疹,并快速发展为黄豆大小的水疱,累累如串珠,排列为带状;(3) 患者认知良好,精神正常,自愿参加研究;(4) 患者知情研究风险及相关制度,签署了知情同意书;(5) 本研究符合医院医学伦理委员会审批标准。

1.3 排除标准 (1) 伴凝血异常、全身严重感染者;(2) 患者精神异常,认知障碍,无法正常、自主表述;(3) 患者自愿退出研究;(4) 妊娠期、哺乳期女性;(5) 合并心、肝、肾、脑等重要脏器功能障碍,并需要接受内科治疗患者;(6) 需接受大量糖皮质激素或免疫抑制剂治疗患者;(7) 合并细菌感染的蛇串疮。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 常规抗病毒治疗,阿昔洛韦片(北京康蒂尼药业有限公司,国药准字H19993340,100mg×24片)0.3g,4h/次。阿昔洛韦软膏(长春海外制药集团有限公司,国药准字H20053994,10g:300mg)外用,3h/次,患者连续用药1周。

1.4.2 观察组 常规治疗基础上,联合龙胆泻肝汤加味内服与六神丸水研外用治疗。龙胆泻肝汤加味内服基本方:金银花20g,麦冬20g,玄参20g,板蓝根15g,当归12g,柴胡12g,焦麦芽10g,黄芩10g,泽泻10g,龙胆草10g,车前子10g,焦山栀10g,大青叶10g,生甘草6g。用水进行煎煮,随后取药汁300mL,分早晚2

次空腹服用,每日1剂。

六神丸水研:取六神丸研成粉末,加冷开水摇匀,用棉签沾取外擦在疮面,每天擦拭3~4次。根据病情,患者连续用药1~4周。

1.5 观察指标 对2组跟踪观察:(1) 观察患者水疱等症变化,评价治疗效果,显效:患者胸、背、腹、腰等处水疱减退,刺痛感、灼热感消失,无出现疼痛后遗症;有效:患者胸、背、腹、腰等处水疱减退30%以上,疼痛减轻明显;无效:患者胸、背、腹、腰等处水疱减退不足30%,伴疼痛感^[3]。(2) 采取视觉模拟评分量表(VAS)^[4]评价患者疼痛情况,由我院自制0~10分长尺,由患者自主指出相应数字,0分:无痛;1~3分:轻微疼痛,对患者未产生影响;4~6分:疼痛中度,对患者产生一定影响;7~10分:重度疼痛,患者无法耐受,需及时处理;(3) 对患者跟踪调查,观察患者皮疹消失时间、疼痛消失时间、体温恢复正常时间。

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,采取独立配对 t 检验;对呈百分比率(%)表示的计数数据,采取卡方 χ^2 检验;当 $P<0.05$ 时,表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗效果比较 2组治疗后,观察组治疗总有效率为95.65%,较对照组治疗总有效率65.22%明显增加,数据差异具有统计学意义($P<0.05$),详细数据见表1。

表1 2组治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	23	13	9	1	22(95.65)
对照组	23	5	10	8	15(65.22)
χ^2 值					5.972
P 值					0.015

2.2 2组治疗前后疼痛变化 2组治疗后疼痛VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);2组治疗后疼痛VAS评分较治疗前明显降低,差异具有统计学意义($P<0.05$),与对照组相比,观察组降低更为明显,差异具有统计学意义($P<0.05$),详细数据见表2。

表2 2组治疗前后疼痛VAS评分变化 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	23	6.51±1.92	1.40±0.31
对照组	23	6.50±2.01	2.39±0.59
t 值		0.022	9.035
P 值		0.491	0.000

2.3 比较2组患者皮疹消失时间、疼痛消失时间、体温恢

复正常时间 与对照组症状恢复时间相比, 观察组皮疹消失时间、疼痛消失时间、体温恢复正常时间明显缩短, 数据差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详细数据见表3。

表3 比较2组患者皮疹消失时间、疼痛消失时间、体温恢复正常时间 ($\bar{x}\pm s, d$)

组别	例数	皮疹消失时间	疼痛消失时间	体温恢复时间
观察组	23	4.69 $\pm$ 1.38	3.92 $\pm$ 1.25	1.62 $\pm$ 0.74
对照组	23	7.51 $\pm$ 1.42	6.03 $\pm$ 1.34	2.96 $\pm$ 0.87
<i>t</i> 值		6.830	5.522	5.627
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

蛇串疮是皮肤科常见、多发疾病, 皮肤见红斑水疱, 多缠腰而生, 并存在明显的疼痛感、灼热感。治疗不当常会出现后遗神经痛, 后遗神经痛一般疼痛剧烈, 严重影响患者的情绪、睡眠及精神状况, 明显降低患者生活质量。西医治疗蛇串疮时, 多采取抗病毒处理, 但效果不佳。

近些年来, 中医对蛇串疮的认识日渐深入, 将其归属为“蛇丹”、“缠腰火丹”等范畴, 中医认为蛇串疮发病机制: 湿热内蕴、肝气郁结为内因, 外感火毒、久郁化火为外因, 进而使邪毒壅滞, 并溢于皮肤所致该病发生。因此在治疗时, 根据蛇串疮发生机制, 将清热解毒、清肝泻胆为治疗原则, 减轻患者疼痛, 促进症状改善。

本次研究选择的龙胆泻肝汤出自清代《医方集解》, 有清肝泻火、清热除湿的作用; 方中金银花具有清热解毒、疏风解表、化滞和血、凉血止痢作用; 板蓝根有清热解毒、凉血利咽的作用; 玄参有清热凉血、滋阴降火, 解毒散结的作用; 大青叶清热解毒、凉血泻火; 当归滋阴养血、活血通络的作用; 麦冬有润肺清心、泻热生津作用; 柴胡是常用解表药, 其功效为和解表里, 疏肝升阳; 焦麦芽能助胃气上升, 行阳道而资健运, 故主开胃补脾之功, 并能舒肝, 善助肝木疏泄以行肾气之功效; 黄芩有清热燥湿、泻火解毒作用; 泽泻有利水渗湿, 泄热解毒, 化浊降脂的作用; 车前子清热利尿, 渗湿止泻; 焦山栀有清热燥湿、泻火解毒的作用; 龙胆草清热燥湿, 泻肝胆火; 甘草调和诸药, 清除药物毒性, 共奏清热解毒、清肝泻胆之功效。

六神丸最初是治疗咽喉肿痛的药物, 具消肿、止痛的作用。主要成分是麝香、冰片、珍珠、牛黄、蟾酥, 其中麝香起到开窍辟秽、通络散瘀的作用; 冰片有开窍醒神、清热散毒的功效; 珍珠安神定惊, 清热滋阴, 明目解毒的作用; 牛黄有清心化痰, 利胆镇惊的作用; 蟾酥有解毒消肿, 强心止痛的作用, 诸药共奏清热解毒、消肿止痛的作用。在现代药理研究^[5]中, 麝香中麝香酮的稀释液, 对大肠杆菌及金黄色葡萄球

菌有显著的抑制作用, 充分发挥抗炎效果; 珍珠有抑制脂褐素和清除自由基的作用; 牛黄有抗炎、抗感染、增强机体免疫力的作用。通过对病灶部位采取六神丸水研外涂, 直接作用于病灶部位, 充分发挥药物作用, 效果显著。

本次研究, 观察组总有效率为 95.65%, 高于对照组总有效率 65.22%, 治疗后疼痛 VAS 评分低于对照组, 数据差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结果显示, 龙胆泻肝汤联合六神丸水研外用治疗, 可提高治疗效果, 减轻治疗后患者遗留的疼痛程度, 具较高应用价值。同时在患者症状恢复方面观察组皮疹消失时间、疼痛消失时间、体温恢复正常时间较对照组明显缩短, 数据差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结果显示, 在对蛇串疮患者行龙胆泻肝汤加味内服联合六神丸水研外用治疗后, 能在较短时间内促使皮疹消失, 减轻疼痛感及灼热感。

笔者认为, 临床采取龙胆泻肝汤加味内服联合六神丸水研外用治疗蛇串疮, 运用中医辨证论治, 同时兼顾医学整体观念, 使得治疗效果增加, 疼痛减轻, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 刘定芳, 吴锦萍, 李代香, 等. 蛇串疮的中医辨证施护[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(1):152-153.
- [2] 袁仕芳. 龙胆泻肝汤加味内服外搽治疗“蛇串疮”的临床疗效[J]. 中国社区医师, 2016, 32(12):120, 122.
- [3] 严妍. 龙胆泻肝汤治疗带状疱疹随机对照实验的系统评价附:36 例肝胆湿热型蛇串疮的临床观察[D]. 云南中医学院, 2016:85.
- [4] 黎平生. 龙胆泻肝汤治疗阴痒、蛇串疮、湿疮 60 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(24):27.
- [5] 张妮云. 六神丸临床局部用药功效研究[J]. 医学美学美容旬刊, 2015, 18(2):212.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王曙滔 收稿日期:2018-09-04)

《中国中医药现代远程教育》杂志 微信公众号开通啦

为方便广大作者随时随地地查询所投稿件的状态。方便读者免费下载本刊已发表的论文,《中国中医药现代远程教育》微信公众号将于 2019 年 1 月份正式开通并上线,编辑部将通过该微信公众号向广大读者、作者提供精华文章、最新出版目录、期刊社动态等。您可以通过微信平台给本刊留言,我们期待与更多老师们进行互动,留下您最关注的内容。欢迎扫码二维码关注!



附子理中汤对心肾阳虚型胸痹患者临床观察 及睡眠质量的影响

王世涛

(沈阳市第二中医医院脑病科, 辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 探究附子理中汤对心肾阳虚型胸痹患者临床疗效及睡眠质量的影响。方法 选择我院收治的心肾阳虚型胸痹患者64例,随机分为2组,各32例,对照组给予单硝酸异山梨酯缓释片10mg,2次/日,阿司匹林肠溶片100mg,1次/日,辛伐他汀片20mg,1次/日,观察组在对照组的基础上予以附子理中汤,1剂/日,水煎服,14d为1个疗程,2组均治疗2个疗程。治疗后对比2组临床疗效、睡眠质量及不良反应发生情况。结果 与治疗前相比,2组治疗后胸痛、胸闷、心悸气短、疲惫乏力、畏寒肢冷以及腰膝痠软症状积分以及睡眠质量降低($P<0.05$);治疗后观察组疗效总有效率为90.63%(29/32)高于对照组总有效率为62.50%(20/32),观察组症状积分以及睡眠质量较低($P<0.05$),2组不良反应发生率相比无显著差异($P>0.05$)。结论 附子理中汤治疗心肾阳虚型胸痹患者临床疗效显著,能改善睡眠质量,且安全有效。

关键词:附子理中汤;心肾阳虚;胸痹;临床疗效;睡眠

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.034

文章编号:1672-2779(2019)-01-0086-03

Clinical Observation on Fuzi Lizhong Decoction in the Treatment of Patients Thoracic Obstruction of Yang Deficiency of Heart and Kidney and the Influence on the Sleep Quality

WANG Shitao

(Department of Encephalopathy, Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of Fuzi Lizhong decoction in the treatment of patients with thoracic obstruction of yang deficiency of heart and kidney in sleep quality. **Methods** 64 patients with thoracic obstruction of yang deficiency of heart and kidney in our hospital were selected and divided into 2 groups, with 32 cases in each group. The control group received isosorbide mononitrate sustained release tablets 10mg, bid, aspirin enteric-coated tablets 100mg, qd, simvastatin tablets 20mg, qd, and the treatment group received additionally Fuzi Lizhong decoction, qd, and 14 days for 1 course. 2 groups were treated for 2 courses. The clinical efficacy, sleep quality and adverse reactions of the 2 groups were compared after treatment. **Results** Compared with before treatment, scores of chest pain, chest tightness, palpitation, fatigue, cold limbs cold, low back and knee flaccid symptom in 2 groups decreased ($P<0.05$). The total effective rate of the control group was 62.50% (20/32) which was lower than 90.63% (29/32) of the treatment group, scores of the symptom and quality of sleep were lower ($P<0.05$), and there was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the 2 groups ($P>0.05$). **Conclusion** Fuzi Lizhong decoction is effective and safe in the treatment of chest pain due to deficiency of heart and kidney yang.

Keywords: Fuzi Lizhong decoction; yang deficiency of heart and kidney; thoracic obstruction; clinical effect; sleep

胸痹属于现代医学中冠状动脉粥样硬化范畴,以胸闷、发作性心胸疼痛,严重者胸痛彻背为主要临床表现^[1]。中医学认为本病因为胸阳不足、阴寒、痰浊滞留于胸部,或心气不足、鼓动无力等诱发气血痹阻、心血不足。研究表明,胸痹临床发病率呈逐年增长趋势,并向年轻化发展,是威胁居民生命健康的重要疾病之一^[2]。因此,近年来本病的诊疗一直是临床上研究重点课题。本研究以64例心肾阳虚型胸痹患者为研究对象,观察附子理中汤治疗心肾阳虚型胸痹患者的临床疗效,为临床用药提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2017年1月—2018年1月我院收治的心肾阳虚型胸痹患者64例,采用随机数字分配法,分为观察组与对照组,观察组32例,男19例,女13

例;年龄44~69岁,平均年龄57.93岁;病程2~10年,平均病程(7.20±0.75)年;合并高血压患者20例,糖尿病患者6例,高血脂患者24例,心功能Ⅲ级患者20例,Ⅳ级12例。对照组32例,男18例,女14例;年龄43~70岁,平均年龄57.38岁;病程2~10年,平均病程(7.10±0.78)年;合并高血压患者22例,糖尿病患者5例,高血脂患者23例,心功能Ⅲ级患者21例,Ⅳ级11例。2组患者平均年龄、病程、心功能等级以及合并症等基线资料均相仿,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 西医诊断符合《内科学》^[3]中冠心病的诊断标准,具备冠心病的典型发作特点及体征;舌下含服硝酸甘油或休息疼痛能够缓解;心电图检查可见R波为主导联中,ST段水平型或下垂型压低 >0.1 mV, T波平

坦或倒置,发作后数分钟恢复。中医诊断参考《中药新药临床研究指导原则》^[4]中中医辨证心肾阳虚型胸痹,主症为胸闷、胸痛或喘息不能平卧;次症为心悸、气短、乏力、畏寒肢冷、尿少、浮肿并存在胸水、腹水或心包积液等;舌淡、脉沉细或结代。具备上述主症并同时有1~2个次症患者为心肾阳虚型胸痹。患者符合中西医诊断标准,心功能Ⅲ~Ⅳ级者,患者年龄超过18岁,事前均告知患者实验的注意事项,患者自愿参与本实验并签署知情同意书。由我院医学伦理委员会批准并进行实时监督。

1.3 排除标准 实验证实急性心肌梗死和其余心脏病、重度神经官能症、甲状腺亢进、胃病等其他原因导致胸痛,患者合并高血压、重度心肺功能不全、心律失常、肝肾造血功能障碍等严重疾病;对本研究中使用药物过敏者;病理诊断疑似恶性病变者;合并癫痫等神经系统疾病者;妊娠期或哺乳期妇女;病历不全者^[5]。

1.4 治疗方法 对照组予以单纯西药治疗方案,单硝酸异山梨酯缓释片(商品名:再佳,规格:每片60 mg,生产批号:20170803,南京臣功制药股份有限公司)10 mg, bid,阿司匹林肠溶片(规格:每片0.3 g,生产批号:20171101,辽源市真雨药业有限公司)100 mg,1次/日,辛伐他汀片(商品名:西之达,规格:每片5 mg,生产批号:20170617,浙江瑞邦药业有限公司)20 mg,1次/日,心绞痛发作时患者予以舌下含服硝酸甘油片。观察组在对照组的基础上予以附子理中汤(组成:丹参30 g,附子10 g,人参10 g,白术15 g,炙甘草10 g,干姜10 g,砂仁10 g,檀香10 g,上述药物饮片由我院中药房提供)水煎煮取汁400 mL,针对患者症状予以对应药物,舌质淡白、齿痕严重者加大干姜用量至20~30 g;舌底脉络迂曲加桃仁、红花各10 g,药物分早晚2次服用,每日1剂,14日为1个疗程,共2个疗程^[6]。

1.5 观察指标

1.5.1 疗效评定标准 疗效参考《中药新药临床研究指导原则》^[4],显效为临床症状减轻或基本消失,心电图恢复至正常或基本正常范围;有效为临床改善,心电图大致恢复至正常或显著改善;无效为临床症状基本无任何改变,甚至出现恶化,心电图无明显改善。总有效率=显效率+有效率。

1.5.2 治疗前后症状积分 治疗前后胸痛、胸闷、心悸气短、疲惫乏力、畏寒肢冷以及腰膝痠软等临床症状改善情况进行比较,症状分为无、轻、中、重4个级别,记0、1、2、3分。

1.5.3 治疗前后睡眠质量评价 采用匹兹堡睡眠质量指数(PAQI)对患者治疗前后睡眠质量予以评价,包括主观睡眠质量、睡眠时间、睡眠障碍、入睡时间、睡眠效率、催眠药物应用情况和日间功能,每项最高分3分,其中分数越高,提示患者睡眠质量越差^[7]。

1.5.4 不良反应发生情况 治疗期间出现的不良反应进行记录,计算2组不良反应发生率。

1.6 统计学方法 采用SPSS 17.0统计进行统计学分析,症状积分以及睡眠质量等计量资料采用 t 检验,均数±标准差表示,临床有效率以及不良反应发生率等计数资料以率(%)表示,采用卡方方法检验,统计值 $P<0.05$ 为具有统计学差异。

2 结果

2.1 2组症状积分以及睡眠质量比较 与治疗前相比,2组治疗后胸痛、胸闷、心悸气短、疲惫乏力、畏寒肢冷、腰膝痠软等临床症状积分及睡眠质量降低;与对照组相比,观察组症状积分及睡眠质量较低($P<0.05$),如表1。

2.2 2组临床疗效比较 治疗后与对照组相比,观察组总有效率较高($P<0.05$),如表2。

表2 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	32	12(37.50)	17(53.13)	3(9.38)	29(90.63)*
对照组	32	8(25.00)	13(40.63)	11(34.38)	20(62.50)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.3 安全性评价 观察组出现2例胃肠道反应,总不良反应发生率为6.25%(2/32),对照组出现1例头晕,2例胃肠道反应,总不良反应发生率为9.37%(3/32),2组不良反应发生率相比无显著差异($P>0.05$)。

3 讨论

胸痹在临床治疗过程中,首选硝酸酯类药物,能使冠状动脉以及周围血管扩张,冠脉循环血量增加,下调经脉回流心脏血量,使心脏负荷以及心肌需氧量降低,缓解胸痹^[8]。心肾阳虚型胸痹由于患者素体肾阳不足,经后天消耗过度导致,其中阳气不足为本,外寒侵入机

表1 2组患者症状积分以及睡眠质量比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	症状积分						睡眠质量
			胸痛	胸闷	心悸气短	疲惫乏力	畏寒肢冷	腰膝痠软	
观察组	32	治疗前	1.28±0.19	1.50±0.21	1.70±0.20	1.45±0.19	1.60±0.20	1.54±0.25	18.44±2.19
		治疗后	0.20±0.03*	0.31±0.10*	0.21±0.03*	0.24±0.05*	0.22±0.03*	0.31±0.04*	9.32±1.04*
对照组	32	治疗前	1.27±0.18	1.48±0.20	1.69±0.22	1.50±0.20	1.66±0.19	1.58±0.22	18.40±2.18
		治疗后	0.08±0.01**	0.11±0.02**	0.09±0.01**	0.05±0.01**	0.06±0.01**	0.09±0.02**	5.36±0.61**

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$

体为主要外因。治疗应选择温阳益气药物,附子理中汤在《三因极一病证方论》中首次提及,由大附子、人参、干姜、炙甘草以及白术等组成,具有补虚回阳、温中散寒的功效,临床用于治疗五脏中寒、四肢强直、失音不语以及胸痹心痞等症。附子理中汤可益气温中回阳,其中附子回阳救逆、补火助阳;人参补元气、补脾肺;白术益气健脾、燥湿行水;干姜温中散寒,回阳通脉,同时有助附子回阳救逆之功,降附子毒性;甘草益气补中,缓急止痛。诸药合用共奏温补元阳、益气活血、化痰通路之功效。相关研究表明,附子能够改善心肌缺血缺氧,抑制凝血,预防血栓;干姜具有抗凝作用;丹参可使冠脉血流量增加,改善血管微循环,降低全血黏度,下调患者胆固醇水平^[9]。本研究显示,与对照组相比,观察组临床总有效率较高,症状积分及睡眠质量较低,提示附子理中汤能够缓解中医证候,改善临床症状,疗效确切。与于森鑫等^[10]纳入关于附子理中汤治疗心肾阳虚型胸痹的随机对照实验结果基本一致。

本研究通过对2组患者的临床疗效及睡眠质量研究,充分说明附子理中汤治疗心肾阳虚型胸痹患者临床疗效显著,可改善睡眠质量,且安全有效。

参考文献

- [1] 杜蕊,陈民,李文杰.冠状动脉粥样硬化性心脏病中医病机研究进展[J].现代中西医结合杂志,2016,25(16):1818-1821.
- [2] 田止学,钱百成,王宝亮.益气化痰汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛痰瘀互阻证临床研究[J].中医学报,2017,32(7):1251-1253.
- [3] 贺立山,翁孝刚.内科学[J].6版.2005:57-59.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].中国医药科技出版社,2002:83-84.
- [5] 张贵玉.胸痹临床证型与血黏度的相关性研究[J].中医临床研究,2016,8(6):18-19.
- [6] 李中方.胸痹心痛患者中医证型与血脂水平、炎症因子的关系探讨[J].黑龙江医药,2017,30(4):906-908.
- [7] 吴辉丽.睡眠限制疗法结合通督调神针法在脑卒中睡眠障碍中的应用效果分析[J].亚太传统医药,2017,13(7):110-111.
- [8] 龚丽英,阳国平,曹宇,等.药物治疗在完全依赖侧支循环供血的冠心病患者中的重要性[J].中国临床药理学杂志,2016,32(19):1808-1809.
- [9] 陈世莲,黄胜兵.丹参多酚酸盐对不稳定型心绞痛患者血液流变学及血管内皮功能的影响[J].海南医学院学报,2016,22(10):954-956.
- [10] 于森鑫.附子理中汤和丹参饮治疗心肾阳虚型胸痹的临床观察[J].中西医结合心血管病杂志:电子杂志,2016,4(36):158-159.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李月 收稿日期:2018-09-04)

(上接第63页)“此无阳也,不可发汗”。在用药上常按原方比例用,重用生姜、石膏,原方生姜二十六铢,石膏二十四铢,桂枝、芍药、麻黄、甘草各十八铢,大枣4枚,生姜用量最大,取其辛以散表寒和肺卫,得枣之甘以养心营,姜、枣、炙甘草合之以调营卫,建中气,扶正气。但考虑生姜辛辣,小儿难以服药问题,生姜用量改为较石膏小五克。该方为伤寒论麻桂剂中麻桂用药量最轻之方,相当于姜枣汤的加强版,并加石膏清热,故该方应用于小儿稚阳之体而复感风寒,热多寒少之时,安全有效。清·尤在泾《伤寒贯珠集》^[9]曰:“桂枝二越婢一汤,本无热证而加石膏者,以其人无阳,津液不足,不胜桂枝之任,故加甘寒于内,少变辛温之性,且滋津液之用。而其方制之小,示微发于不发之中。”两方合用,可作为治疗体虚易患外感发热患儿的基本方,但临证上尚需灵活应用方能获得佳效。

参考文献

- [1] 马融,王雪峰,虞坚尔,等.小儿急性发热中西医结合治疗专家共识[J].中国中西医结合儿科学,2012,4(1):1-4.
- [2] 吴瑞萍,胡亚美,江裁芳.诸福棠实用儿科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,1996:1134.
- [3] 梅长林.中国内科年鉴·第四部分各类细菌性感染的治疗原则及病原治疗[M].上海:第二军医大学出版社,2005(24):578.
- [4] 王小衡.小儿瑞氏综合征10例报告[J].中国全科医学,1999(5):417.
- [5] 郭晓黎,任小宁,南貌.小儿外感发热常见证型及辨证治疗[J].内蒙古中医药,2015,34(1):38.

- [6] 侯江红,单海军,王晓燕,等.中药药浴对风热型小儿外感发热的退热疗效观察[J].南京中医药大学学报,2012,28(4):318-320.
- [7] 石昌照.药浴治疗小儿外感发热30例[J].中国民间疗法,1999(10):23.
- [8] 冯晓纯,冯晓娜,张强,等.刮痧治疗小儿外感发热[J].吉林中医药,2014,34(5):486-488.
- [9] 王丽清,葛金玲.捏脊疗法治疗小儿外感发热临床观察[J].河南中医学院学报,2006(5):47.
- [10] 张鹤.推拿疗法治疗小儿外感发热的临床观察[J].光明中医,2013,28(12):2588-2589.
- [11] 井夫杰,张静.穴位刺血治疗小儿风热型外感发热90例[J].针灸临床杂志,2013,29(1):46-47.
- [12] 万薇.穴位贴敷对外感发热退热效果的研究[D].广州中医药大学,2016.
- [13] 武月萍,张建刚.中药灌肠剂治疗小儿外感发热215例临床观察[J].现代预防医学,2012,39(14):3520-3521,3523.
- [14] 邓雪,叶如梅,陈桂东.中药不同剂型灌肠治疗小儿外感发热疗效观察[J].四川中医,2014,32(5):127-129.
- [15] 李赛美,李宇航.伤寒论讲义[M].2版.北京:人民卫生出版社,2014:56-57.
- [16] 李静华,赵秀荣,郭玉成,等.桂枝二越婢一汤组合方剂解热作用的实验研究[J].时珍国医国药,2007(9):2080-2081.
- [17] 李宇铭.《伤寒论》表郁轻证三方研究(下)[J].国医论坛,2012,27(4):1-3.
- [18] 傅瑞年.《伤寒论》第27条新解[N].中国中医药报,2007-11-08(005).
- [19] 清·尤在泾编注.伤寒贯珠集[M].北京:学苑出版社,2009:23.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李伟伟 收稿日期:2018-10-09)

中国穴位埋线疗法系列讲座(90)

星状神经节埋线为主治疗慢性胃炎临床观察[※]

鱼 旺¹ 杨才德^{2*}

(1 甘肃中医药大学针灸推拿学院,甘肃 兰州, 730000;

2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科,甘肃 兰州, 730020)

摘要:目的 观察星状神经节埋线为主治疗慢性胃炎的临床疗效。方法 将40例慢性胃炎患者随机分为2组,观察组20例采用以星状神经节为主穴的埋线治疗,对照组20例采用普通穴位埋线治疗。2组均治疗2月并记录疗效。结果 观察组总有效率95.0%(19/20),对照组总有效率75.0%(15/20),2组疗效差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 以星状神经节为主穴埋线治疗慢性胃炎具有良好的效果。值得临床推广应用。

关键词:慢性胃炎;星状神经节;穴位埋线;临床疗效

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.035

文章编号:1672-2779(2019)-01-0089-03

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (90)

Clinical Observation on Catgut Implantation in Stellate Ganglion in the Treatment of Chronic Gastritis

YU Wang¹, YANG Chaide²

(1. College of Acupuncture and Massage, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, 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 stellate ganglion on chronic gastritis. **Methods** 40 patients with chronic gastritis were randomly divided into two groups. 20 patients in the observation group were treated with catgut embedding at the main acupoint of stellate ganglion, and 20 patients in the control group were treated with catgut embedding at the common acupoint. The two groups were treated for two months, and the curative effect was recorded. **Results** The total effective rate in the observation group was 95%, and the total effective rate in the control group was 75%. There was a significant difference between the two groups. **Conclusion** The catgut implantation in stellate ganglion in the treatment of chronic gastritis has good effect. It is worthy of clinical application.

Keywords: chronic gastritis; stellate ganglion; catgut embedding; clinical effect

(上接第16卷第24期)

慢性胃炎是一种常见的消化系统疾病,是由多种原因引起的胃黏膜的慢性炎症。在我国慢性胃炎一般分为浅表性胃炎和萎缩性胃炎,好发于中年。本病起病隐匿,多数患者无明显症状,主要临床表现为不规则的上腹痛或不适、上腹胀、早饱、嗝气、恶心等消化不良症状。慢性胃炎除了上腹部可有轻微压痛外,一般无明显体征,且病程较长,几年至几十年不等。本病属中医学“胃脘痛”“痞满”范畴,笔者用穴位埋线法,选取星状神经节为主穴治疗慢性胃炎疗效较好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 40例患者均选自兰州大学第一医院东岗院区,采取随机对照观察法,将患者随机分为2组,观

察组20例,年龄23~55岁,病程最短2月,最长20年,以星状神经节为主穴埋线。对照组20例,年龄24~56岁,病程最短1月,最长19年,以普通穴位埋线治疗方法为主。2组患者一般资料经过统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《临床诊疗指南·消化系统疾病分册2004版》^[1]诊断标准。病变部位:胃窦、胃体、全胃。浅表性胃炎内镜下:(1)红斑(点、片、条状);(2)黏膜粗糙不平,出血点或斑;萎缩性胃炎内镜下:(1)黏膜呈颗粒状;(2)黏膜血管显露,色泽灰暗,皱襞细小。

1.3 中医辨证分型 (1)肝胃郁热型:胃脘灼痛,烦躁易怒,胸胁胀满,烦热不安,泛酸嘈杂,口干口苦。舌红苔黄,脉弦或数;(2)胃阴不足型:胃脘隐隐灼痛,似饥而不欲食,口燥咽干;五心烦热,消瘦乏力,口渴思饮,大便干结。舌红少津,脉细数;(3)寒邪客胃型:胃痛急,恶寒喜暖,得温痛减,遇寒加重,口淡不渴,或喜热饮;舌淡苔薄白,脉弦紧;(4)肝气犯胃型:胃

※ 基金项目:甘肃省教育厅协同创新团队项目【No.2018C-18】;甘肃省兰州市人才创新创业项目【No.2017-RC-60】资助

* 通讯作者:13993162751@163.com

腹胀痛，痛连两胁，遇烦恼则痛作或痛甚，嗳气、矢气则痛舒，胸闷嗳气，喜长叹息，大便不畅。舌红薄白，脉弦；(5) 湿热中阻型：胃脘疼痛，痛势急迫，脘闷灼热，口干口苦，口渴而不欲饮，纳呆恶心，小便色黄，大便不畅。舌红苔黄腻，脉滑数；(6) 瘀血停滞型：胃脘刺痛，痛有定处，按之痛甚，食后加剧，入夜尤甚，或见吐血，黑便。舌质紫暗或见瘀斑，脉涩；(7) 宿食积滞型：胃脘疼痛，胀满拒按、嗝腐吞酸，或呕吐不消化食物，其味腐臭，吐后不思饮食，大便不爽，矢气及便后稍舒。舌苔厚腻，脉滑；(8) 脾胃虚寒型：胃痛隐隐，绵绵不休，喜温喜按，空腹痛甚，得食则缓，劳累或受凉后发作或加重，泛吐清水，神疲纳呆，四肢倦怠，手足不温，大便溏薄。舌淡苔白，脉虚弱或迟缓。

1.4 纳入标准 (1) 符合中医胃脘痛诊断，辨证为寒邪客胃型，宿食积滞型，肝胃郁热型，肝气犯胃型，湿热中阻型，瘀血停滞型，胃阴不足型，脾胃虚寒型的患者；(2) 年龄 23~56 岁的患者，每次症状发作的持续时间较长；(3) 半月内未曾使用过其他药物及其他治疗；(4) 患者近一段时间内有胃脘痛的症状和体征；(5) 患者同意并签署知情同意书。

1.5 排除标准 (1) 多功能脏器衰竭者；(2) 不能持续接受治疗者；(3) 不符合纳入标准者。

1.6 治疗方法

1.6.1 观察组 取穴 主穴：星状神经节、迷走神经点、足三里、内关、胃俞。配穴：寒邪客胃配梁丘；饮食伤胃配下院、梁门；肝气犯胃配太冲、期门；瘀血停滞配三阴交、膈俞；脾胃虚寒配脾俞、关元；胃阴不足配胃俞、内庭。操作：(1) 星状神经节：手卡指压式星状神经节埋线术，以穿刺右侧星状神经节为例。体位：患者取仰卧位，使枕部与背部处于同一高度或将一薄枕置于双肩下，使头尽量后仰，以充分暴露颈部。面朝上方，颈部抬起。口微张以减小颈前肌张力，且易触及第 6 颈椎横突。操作者位于患者右侧。方法：术者戴无菌手套，术区碘伏常规消毒，选用 3.4 cm 长 7# 埋线针刀，线体用 3 cm 长 4~0 的 PGA 或 PGLA 线体。术者左手拇指与四指分开，四指紧靠于患者颈部，做卡颈动作，拇指轻轻触及皮肤，右手持针，刃口线与躯干纵轴平行，针体与皮肤垂直，拇指与针尖同时向下移动，拇指将胸锁乳突肌、颈总动脉、颈内静脉推向外侧触及颈动脉搏动，确认已把颈动脉控制在指腹下，继续向下移动，当到达 C6 横突前结节时有明显抵抗感，右手向下快速突破，直达第六颈椎横突前结节。随后退针 0.5 cm，右手持针固定不动，左手拇指轻轻抬起，旋转埋线后出针，术毕，压迫针眼止血，创可贴贴敷针孔即可。(2) 普通穴位：线体对折旋转埋线术埋线。

1.6.2 对照组 取穴：除无星状神经节外，其余同埋线观察

组穴位。大肠俞、天枢、上巨虚、三阴交、足三里。配穴：脾虚湿滞配脾俞、章门；肝郁脾虚配太冲、期门、公孙；脾肾阳虚配肾俞、神阙、关元；脾胃湿热配内庭、曲池；肝郁气滞配肝俞、行间；肠道燥热配合谷、曲池；腹胀明显配中脘、内关；腹泻明显配关元、神阙、公孙；便秘明显配支沟、照海；情绪起伏配印堂、神庭、神门。操作：毫针常规刺。实证用泻法，虚证用补法，也可加用灸法。

1.7 疗效评定标准 参照中国中医药出版社发布的《常见疾病的诊断与疗效标准》^[2]。治愈：症状消失，胃酸分泌正常，内镜检查及粘膜活检基本恢复正常。好转：症状基本消失或减轻，胃酸分泌接近正常，内镜检查及粘膜活检组织学改变减轻或病变范围缩小。未愈：症状无改善，胃镜检查无变化。

2 结果

观察组总有效率为 95.0%，优于对照组 75.0%，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 2 组患者疗效比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
观察组	20	15(75.0)	4(20.0)	1(5.0)	19(95.0)*
对照组	20	12(60.0)	3(15.0)	5(25.0)	15(75.0)

注：与对照组比较，* $P<0.05$

3 讨论

星状神经节埋线作为治疗慢性胃炎的主穴，可以通过调节丘脑的机能维护内环境的稳定，让免疫功能保持正常，刺激交感神经，抑制 H^+ 过多的分泌对胃粘膜的损害，调节内分泌功能，降低患者中皮质醇、血管紧张素的含量以降低患者的疼痛感，改善自主神经系统功能，从而达到治疗目的。

“胃脘痛”之名最早记载于《黄帝内经》，如《灵枢·邪气胜腑病形》指出：“胃痛者，腹胀痛，胃脘当心而痛。”首先提出胃痛的发生与肝、脾有关。如《素问·六元正纪大论》说：“木郁之发……民病胃脘当心而痛。”《灵枢·经脉》说：“脾足太阴之脉……入腹属脾胃……是动则病舌本强，食则呕，胃脘痛，腹胀善噯，得后与气则快然如衰。”主要病机为感受外邪、内伤饮食、情志失调、体虚久病。本病病位在胃，中脘为胃之募、腑之会，穴居胃脘部，故可健运中州，调理胃气；足三里为胃的下合穴，可通调胃气，两穴远近相配，可通调腑气，和胃止痛，凡胃脘疼痛，不论寒热虚实，均可使用；内关为手厥阴心包经的络穴，又为八脉交会穴，通于阴维脉，“阴维为病苦心痛”，可畅达三焦气机，理气降逆，和胃止痛；公孙为足太阴脾经的络穴，也为八脉交会穴，通于冲脉，所谓“冲脉为病，逆气里急”，公孙可调理脾胃，平逆止痛，与内关相配，专治心、胸、胃的病证。根据病型不同辨证取穴为：寒邪犯胃配梁丘、胃俞，饮食伤胃配下院、梁门；肝气犯胃配太冲、期门；瘀血停

滞配三阴交、肠俞；脾胃虚寒配脾俞、关元；胃阴不足配胃俞、内庭。

刺激星状神经节的作用主要有中枢神经作用和周围神经作用两方面。星状神经节通过调节丘脑的机能以维护内环境的稳定，使机体的植物神经功能、内分泌功能和免疫功能保持正常。星状神经节属于交感神经节，其作用的发挥常常与副交感神经交互，故治疗慢性胃炎的机理可能有两个方面，一是其中枢作用对人体内环境稳定总体影响和调整，二是激发交感与副交感对胃肠道的针对性调节作用，以取得良好疗效^[34]。除常规治疗外，应嘱咐患者规律饮食，忌食刺激食物，情志舒畅，并适当进行运动锻炼。

笔者认为，以星状神经节为主穴治疗慢性胃炎是一种方便、有效、值得推广的疗法。

参考文献

- [1] 中华医学会. 临床诊疗指南·消化系统疾病分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004(30).
- [2] 吴少祯, 等. 常见疾病的诊断与疗效标准[M]. 中国中医药出版社, 1999(10): 291.
- [3] 杨才德, 雒成林. 穴位埋线疗法[M]. 中国中医药出版社, 2015: 205-206.
- [4] 杨才德. 星状神经节埋线治百病[M]. 中国中医药出版社, 2018: 304-305.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 文 新 收稿日期: 2018-11-20)

(未完待续)

艾灸配合膀胱功能障碍治疗仪 治疗脑卒中并发尿潴留临床观察※

秦璇 黄芳 喻春梅

(江西省南昌市第一医院康复科, 江西 南昌 330008)

摘要:目的 探讨应用艾条灸配合膀胱功能障碍治疗仪治疗脑卒中并发尿潴留的临床效果。方法 将40例脑卒中并发尿潴留的患者随机分为对照组和观察组各20例。观察组在常规西医护理下加用艾条灸配合膀胱功能障碍治疗仪; 对照组采用常规西医护理。比较2组临床疗效。结果 观察组总有效率明显高于对照组, 2组总有效率比较, 有统计学意义。 $(P<0.05)$ 。结论 艾条灸配合膀胱功能障碍治疗仪治疗脑卒中并发尿潴留疗效优于单纯西医护理, 值得临床推广。

关键词: 艾灸; 膀胱功能障碍; 脑卒中; 尿潴留; 癃闭; 中风; 理疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.036

文章编号: 1672-2779(2019)-01-0091-03

Clinical Observation on Moxa Moxibustion Combined with Bladder Dysfunction Therapy Apparatus in the Treatment of Stroke Complicated with Urinary Retention

QIN Xuan, HUANG Fang, YU Chunmei

(Rehabilitation Department, the First Hospital of Nanchang, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of moxa stick moxibustion combined with bladder dysfunction therapy apparatus in the treatment of stroke complicated with urinary retention. **Methods** 40 patients with stroke and urinary retention were randomly divided into control group and observation group, with 20 cases in each group. The control group was given conventional medical treatment. The experimental group was given conventional medical treatment and moxa stick moxibustion combined with bladder dysfunction therapy apparatus. The clinical curative effect was compared. **Results** The total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group, and the effective rate of two groups was $P<0.05$. **Conclusion** The clinical effect of moxa stick moxibustion combined with bladder dysfunction therapy apparatus in the treatment of stroke complicated with urinary retention is superior to conventional medical treatment. It is worthy of clinical promotion.

Keywords: moxa moxibustion; bladder dysfunction therapy apparatus; cerebral apoplexy; urinary retention; uroschesis; stroke; physiotherapy

近年来,我国人口老龄化速度不断加快,相关研究显示,我国脑卒中发病率每年以10%的速度上升^[1],对人们的身体健康及生活质量构成极大威胁,而尿潴留是脑卒中患者的常见并发症。尿潴留为中医临床常见的病

症,属癃闭范畴,病势急者以小便闭塞、点滴不通为主症,称之为闭;病势缓者以小便不利、点滴短少为主症,称之为癃。

尿潴留是指膀胱内充满尿液但不能正常排出,临床一般采用留置导尿,等待脑血管神经功能的恢复及排尿障碍好转,即增加了患者的痛苦又易引起尿路感染。

※ 基金项目:江西省卫计委中医药课题[No.2017A185]

我科从2017年11月—2018年7月收治了脑卒中并发尿潴留患者40例,运用艾条灸配合膀胱功能障碍治疗仪治疗脑卒中并发尿潴留,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 脑卒中诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症协作组修订的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[2],经CT和(或)MRI确诊。尿潴留诊断标准参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中的“癃闭”^[3],患者具有尿潴留的症状体征,经诱导排尿无效;卒中前排尿正常,卒中后6h后神志清楚,但出现小便潴留,少数可伴有阵发性收缩性疼痛,下腹部胀满膨隆,膀胱充盈。其中男23例,女17例;年龄63~84岁,平均年龄71.4岁。将上述患者按随机数字表法分为观察组和对照组,每组各20例。2组基线资料无统计学差异,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 让患者聆听流水声,使用湿热毛巾热敷膀胱充盈处,并按摩下腹部,用32°~35°温水冲洗外阴,促使患者排尿。无效者予置留尿管,输液时每2h放尿1次,不输液时每4h放尿1次,使膀胱保持一定容量,每日冲洗会阴1次,若导尿管装置密闭性破坏及时给予更换。

1.2.2 观察组 (1)患者取平卧位,暴露下腹部,注意保暖。(2)取穴:神阙穴(即肚脐,又名脐中);气海(前正中线脐下1.5寸);关元穴(前正中线中脐下3寸);中极穴(前正中线中脐下4寸)。(3)使用长20cm、直径1.5cm的清艾条,用明火点燃艾条,对准穴位,距皮肤0.5~1寸,采用回旋灸,每次5~10min,使脐周皮肤潮红发热,2次/d。(4)配合使用膀胱功能障碍治疗仪,每次20min,2次/d。(5)艾灸配合膀胱功能障碍治疗仪连用10d为1疗程。

1.2.3 注意事项 ①在施灸过程中时要有高度的责任心,专心致志,及时调整距离,防止烫伤;②如患者感觉有灼热感可抬高艾条,边灸边观察局部及全身反应;③使用膀胱功能障碍治疗仪,应遵医嘱调节治疗时间和输出功率;④治疗结束后须谨避风寒,切忌生冷之食,宜食素淡之食;⑤若灸后皮肤起泡,小水泡可以自己吸收,大水泡可以用无菌针挑破后再涂湿润烧伤膏。

1.3 评价标准 参照国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》^[3],治愈:小便通畅,症状及体征消失;好转:症状及体征改善;未愈:症状无变化。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0软件进行统计学分析,计数资料用率(%)表示,并采用 χ^2 ,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2组患者经过治疗,其治疗效果比较差异有显著意义

表1 2组治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率
观察组	20	17	3	0	20(100.00)
对照组	20	9	3	8	12(60.00)

注:与对照组比较 $P<0.05$,统计学有差异性

3 讨论

随着人们生活水平的提高,人类寿命的延长,我国逐渐进入老龄化社会,脑卒中的发病率也大大上升,尿潴留是脑卒中常见合并症之一。现代医学研究表明,大脑皮质、丘脑、基底神经节、下丘脑、小脑、脑干网状结构对排尿均有不同程度的控制和调节作用,由于各种脑卒中的病变原因、部位十分多样,损害了膀胱逼尿肌中枢、尿道括约肌中枢等各种中枢神经系统或其下行纤维,导致充盈了的膀胱壁的排尿冲动不能传递到排尿反射高级中枢,以致膀胱逼尿肌收缩无力和尿道内、外括约肌痉挛,而引起尿潴留^[4]。在中医学中没有尿潴留这一病名,按其发病机制可以归属于“癃闭”的范畴,认为此病是由于肾、膀胱气化失司而导致的,中医认为发生脑卒中后,脏腑的阴阳失调、气血逆乱、脑窍不开、经络气血不通,而使膀胱气化不利,尿液不能正常排出^[5]。

神阙穴,是任脉的穴位,是十二经脉之根蒂,与五脏六腑、十四经脉、机体有着密切的联系,是人体气机运转的重要通道;气海穴主治绕脐腹痛、水肿鼓胀、脘腹胀满、水谷不化;关元穴具有培元固本、补益下焦之功,用于泌尿、生殖系统疾患;中极穴主治生殖器疾病、泌尿疾病^[6]。艾叶,性苦、辛温,无毒,入肝脾肾三经,可消炎镇痛、兴奋神经、促进新陈代谢、提高免疫力、疏通经络、活血化瘀^[7]。艾灸上述穴位,可加速血液循环、调节植物神经功能失调、提高免疫力、改善各组织器官的功能活动,从而恢复膀胱功能。

膀胱功能障碍治疗仪在治疗过程中,通过磁疗刺激作用,从而温经活络、调节膀胱气化功能,带动膀胱壁肌肉节律性运动,增加膀胱逼尿肌收缩力,缓解尿道括约肌痉挛,使尿液顺利排出。

本研究结果显示,采用艾条灸配合膀胱功能障碍治疗仪治疗脑卒中并发尿潴留,明显改善患者尿潴留症状,其操作简单,痛苦较小,适宜临床推广。

参考文献

- [1] 胡振国,李振中.脑卒中康复治疗的研究进展[J].重庆医学,2017,(A03):406-408.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [3] 国家中医药管理局.ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:

- 南京大学出版社,1994.
- [4] 连早莲,吉宏明,郭建忠.多功能艾灸仪温针灸治疗脑卒中后尿潴留的临床效果[J].中国医药,2015,5(10):636-638.
- [5] 郑泳冰.多功能艾灸仪温针灸治疗脑卒中后尿潴留患者的效果[J].医疗装备,2017,30(22):123-124.
- [6] 秦璇.艾灸配合膀胱功能障碍治疗仪治疗脑卒中并发尿潴留的疗效观察[J].中国中医药现代远程教育,2017,11(21):127-128.
- [7] 管素君,边同利,金燕.明矾食盐散外敷配合艾灸治疗脑卒中后尿潴留临床分析[J].临床经验荟萃,2013,20(3):54-55.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:章萍 收稿日期:2018-07-23)

命门穴位按摩联合四黄水密贴敷治疗 肾绞痛的临床研究

曾祥平 廖春容 梁月娇 胡艳萍

(广州中医药大学第三附属医院外科,广东 广州 510378)

摘要:目的 观察命门穴位按摩及四黄水密贴敷命门穴对肾绞痛的临床效果。方法 选取2016年7月—2018年3月在我科住院的50例肾绞痛患者,随机分为治疗组与对照组,每组25例。对照组进行常规的镇痛解痉及分散注意力等治疗;治疗组在对照组常规治疗的基础上还选用命门穴位按摩及四黄水密贴敷命门穴的干预。比较2组的镇痛解痉效果。结果 治疗组在对照组的基础上运用命门穴位按摩结合四黄水密贴敷命门后肾绞痛症状明显减轻。2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 运用命门穴位按摩结合四黄水密贴敷疗法疗效好、无副作用、安全、经济、操作简便易学,值得临床推广。

关键词:四黄水密;命门;穴位按摩;肾绞痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.037

文章编号:1672-2779(2019)-01-0093-03

Clinical Study on Vital Gate Acupoint Massage Combined with Sihuang Shuimi Patch in the Treatment of Renal Colic

ZENG Xiangping, LIAO Chunrong, LIANG Yuejiao HU Yanping

(Department of Surgery, the Third Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510378, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of vital gate acupoint massage and Sihuang Shuimi patch on renal colic. **Methods** We selected 50 patients with renal colic who were hospitalized in our department from July 2016 to March 2018. They were randomly divided into experimental group and control group, with 25 cases each group. Conventional analgesic and antispasmodic treatment were used in the control group. On the basis of the conventional treatment in the control group, the intervention of vital gate acupoint massage and Sihuang Shuimi patch also used in the experimental group. Comparison of analgesic and antispasmodic effect between two groups was made. **Results** On the basis of the control group, the patients with renal colic symptoms were reduced by using vital gate acupoint massage and Sihuang Shuimi patch. The differences between the two groups were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The use of vital gate acupoint massage and Sihuang Shuimi patch is good, which has no side effects, is safety, economic and easy to learn operation, and is worthy of clinical promotion.

Keywords: Sihuang Shuimi; vital gate; acupoint massage; renal colic

虞搏《医学正传》认为不可独指右肾为命门,主张两肾“总号为命门”。有根据表示命门穴在十四椎下陷中的部位,认为命门是在两肾之间,具体体现为“肾间动气”(指两肾间所产生的人体动力来源。),也就是命门之火。因为肾为“水脏”,这是水中之火。命门一词首见于《灵枢·根结》:“命门者,目也。”故所谓命门,乃生命门户之意。命门者,诸精神之所舍,原气之所系,男子以藏精,女子以系胞。命门为生命主宰,十二经脉的根源。泌尿系结石即尿路结石或尿石症,是最常见的泌尿外科病症之一,男性多于女性,约为3:1^[1]。而由结石引起的肾绞痛症状正是其中的罪魁祸首。肾绞痛不是独立的疾病,而是由于各种原因引起的肾盂或输尿管平滑肌痉挛所致,其发病没有任何先兆,疼痛程度甚至可以超过分娩、骨折、枪伤、烧伤或手术^[2]。肾与输尿管结石的典型表现为肾绞痛与血尿,在结石引起绞痛发作以

前,患者无前兆的突然出现一侧腰部剧烈绞痛,并向小腹及会阴部放射,伴有腹胀、恶心、呕吐及不同程度的血尿。上尿路结石所致的急性梗阻,可导致平滑肌痉挛,出现肾绞痛,疼痛多呈持续性或间歇性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年7月—2018年3月在我科住院的50例肾绞痛的患者,年龄20~50岁。随机分为对照组和治疗组。对照组25例,男17例,女8例。治疗组25例,男18例,女7例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合泌尿系结石引起的肾绞痛的患者。(2)意识清楚,年龄20~50岁,疼痛评分为10分者,愿意参加此次研究。

1.3 排除标准 (1)合并严重的心脑血管、肝、肾疾病及怀孕的患者;(2)合并精神异常者;(3)对四黄粉和蜂蜜、

胶布过敏者；(4) 命门穴局部皮肤瘙痒、皮疹或破损者。

1.4 研究方法

1.4.1 对照组 常规使用镇痛解痉药（阿托品、654-2、间苯三酚等药物）及分散注意力等治疗。

1.4.2 治疗组 在对照组的基础上选用命门穴位按摩及四黄水密贴敷命门穴疗法。四黄粉由我院药剂科制备，四黄粉由大黄、黄芩、黄连、黄柏等药物组成，具有清热化湿、活血通络止痛等功效^[3]。取适量四黄粉加少许蜂蜜及温水搅拌均匀成糊状，药糊不要太稀或太硬，太稀容易渗出，太硬容易脱落或刮伤皮肤，制成大小约3 cm×3 cm的穴位贴敷，将制好的四黄水密直接贴敷于命门穴，然后用胶布粘贴；或将四黄水密置于胶布粘面正中，再对准命门穴进行粘贴。治疗组在常规给予镇痛解痉及分散注意力等基础治疗上选用命门穴位按摩及四黄水密贴敷命门穴疗法。因治疗需要一段时间，患者对敷贴治疗方法持怀疑、观望态度应根据患者不同的心理，进行耐心细致的解释，介绍四黄水密敷贴治疗的过程，告知其有明显的镇痛、抗菌消炎、缓解平滑肌痉挛、利胆排石等综合药效，而无明显的毒副作用^[4]。患者采用俯卧姿势，命门穴位于腰部，当后正中线上。首先摸到髂骨的高点，对应水平线上的腰椎为第四腰椎，然后向上数两个腰椎即为第二腰椎，第二腰椎棘突下凹陷处即为命门穴。使用镇痛解痉药后立即进行按摩，按摩的时间为20 min。按摩方法：双手掌搓热，手掌鱼际肌放于患者命门穴位上，沿脊柱上下来回运动，以局部发热为度，不可用力过猛，避免损伤皮肤。操作过程中询问患者疼痛是否减轻。做好局部皮肤的清洁卫生后，将四黄水密膏贴敷于命门穴位上，6 h后撤去，撤去敷料时动作轻柔，防止胶布粘得过牢撕破皮肤。

1.4.3 质量控制 对操作者进行严格的选穴及穴位按摩培训，确保选穴及按摩手法的规范性，保证四黄水密穴位贴敷命门穴的准确性。严密观察穴位贴敷过程中局部皮肤有无皮疹、发红、瘙痒、肿胀等不良反应。此次研究无患者出现皮肤不良反应。

1.5 评价方法 剧烈疼痛严重干扰、破坏患者的生存质量，使其产生焦虑、抑郁、不安、失去生活和治疗的信心^[5]。采用NRS疼痛数字评价量表。治疗组在对照组基础治疗上给予命门穴位按摩及四黄水密贴敷命门穴1 h和2 h后再次进行疼痛评分，观察疼痛改善效果。

1.6 统计学方法 应用SPSS 18.0版本统计学软件进行数据处理，计数资料组间样本差异检验采用 χ^2 ，计量资料组间样本差异检验采用 t ， $P<0.05$ 为差异显著性检验水准。

2 结果

观察干预后1 h，干预后2 h的疼痛程度比较。2组干预前的NRS评分比较无明显差异（ $P>0.05$ ），治疗组干预后1 h、2 h的NRS评分均较对照组疼痛缓解快

（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 2组干预后1 h、干预后2 h的疼痛程度比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	干预后1 h	干预后2 h
治疗组	25	3.16±0.85	1.48±0.35
对照组	25	5.29±0.89	2.30±0.40
t 值		7.740	6.900
P 值		0.000	0.000

3 讨论

治疗组与对照组相比较，运用命门穴位按摩结合四黄水密贴敷命门方法有效降低了肾绞痛患者的疼痛，提高了患者配合治疗的依从性和满意度。命门乃生命之门，其能够治疗因肾阳不足，命门火衰而至的腰痛^[6]。穴位敷贴疗法通过药物直接刺激穴位，并通过透皮吸收，使局部药物浓度明显高于其他部位，作用较为直接^[7]。而四黄水密正是通过皮肤渗透、吸收、直接进入病变部位发挥疗效作用。

疼痛所致生理不适将引发焦虑、抑郁等负面情绪，从而严重影响肾绞痛患者机体神经、内分泌等系统，去甲肾上腺素、肾上腺素等激素分泌量增加并对药物治疗效果造成一定干扰^[8]。中医学认为人体血气运行不畅时则痛，即“不通则痛”，穴位按摩可疏通经络、调和气血，使气血运行通畅，从而达到“通则不痛”的目的^[9]。命门穴位按摩的原理主要是刺激穴位时大脑会产生一种化学物质，这种物质带有麻醉作用。当大脑分泌这种物质时，神经纤维中传达疼痛信息的神经线路会抑制神经细胞传达疼痛信息，因此，通过刺激穴位便可阻止传递信息的神经向大脑传递疼痛感，从而达到止痛目的。人体经络贯通上下、相互联系、纵横交错、彼此衔接、遍布全身，根据疼痛部位选择适宜穴位按摩，可起到有效的镇痛作用。而此次选用的命门穴位按摩疗法简单易行，不需要借助特殊仪器，不受时间空间限制，经济又安全。

穴位贴敷疗法可以根据药物的不同性质，辨证用药，使之在病体的相应穴位进行吸收，进入体液，通过经脉气血输布五脏六腑，四肢九窍，进而发挥药理作用^[10]。四黄水密是根据“透皮吸收”理论，通过“体表穴位-经络通道-络属脏腑”的传递，起到治疗病症的目的^[11]。四黄水密贴敷时使局部血管扩张，增加痛处血液循环，充分提高白细胞的吞噬功能，药物通过皮肤渗透、吸收、进入病变部位起到消炎止痛的作用。穴位贴敷是结合传统灸法及药物的复合治疗方法，一方面通过刺激穴位产生经络效应，另一方面可经皮肤吸收药物成分发挥相应的药理作用。经皮肤吸收的药物虽然量少，但可避免消化道对药物的多环节灭活作用，提高药效^[12]。四黄粉由大黄、黄芩、黄连、黄柏等药物组成。大黄为君药，活血祛瘀、凉血止血、外用逐瘀通经，治跌打损伤；黄芩除湿热、凉血止血；黄连行气活血、清热燥湿，祛瘀生新；黄柏入肾和膀胱经，可治筋骨疼痛因湿热者；四药合用，起到凉血活血，行气通

络、清热祛毒、消肿止痛之功,佐以蜂蜜滋润促进四黄粉的溶解、渗透、消肿、止痛之功效,通过皮肤吸收,贯穿经络、直达痛处,充分发挥祛瘀活血,消肿止痛等作用。

穴位贴敷联合穴位按摩治疗法结合了我国传统针灸治疗与药物治疗,将经络、穴位、药物治疗等结合在一起,通过复合治疗对肾绞痛患者能有效减轻患者疼痛,改善患者生活质量。研究显示:治疗组常规治疗基础上运用命门穴位按摩结合四黄水密贴敷命门,镇痛解痉效果优于对照组,疗效巩固而持久,使用安全,操作简单,经济安全,而又有有效弥补了阿托品、654-2等药物的不足,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 李梦樱.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2005:340-348
- [2] 安瑞华.肾绞痛的诊断与治疗[J].中国临床医生,2008,36(5):14-16.
- [3] 郝淑芳,常钢,孟凡喆,等.四黄水密外敷联合三阶梯止痛治疗肝癌介入栓塞后腹痛的临床观[J].中药材,2008,31(8):1289-1290.

- [4] 黄秋萍.四黄水密热敷治疗急性腹痛52例临床观察[J].新中医,2009,41(12):65-66.
- [5] 陈明霞,郭琴.穴位按摩改善癌痛症状的中医护理[J].内蒙古中医药,2010(24):141-142.
- [6] 高淑红.生命之门—命门穴[J].中医健康养生,2017(2):52-53.
- [7] 吴桂华,孙通华,崔艳霞,等.穴位贴敷的临床实验研究概况[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(12):265-266.
- [8] 杨红,曾丽,李欢欢.护理干预对急诊泌尿系结石患者疼痛的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(26):90-91.
- [9] 林红,卢春莉,吴俊梅,等.内关穴治疗痛症的文献研究[J].成都中医药大学学报,2004,24(4):57-59.
- [10] 张伯礼.穴位贴敷疗法[M].中国医药科技出版社,2018.
- [11] 王爱民,王勇,何磊,等.肿痛消外敷治疗急性痛风性关节炎50例疗效观察[J].浙江中医杂志,2016,51(2):125-126.
- [12] 陈博,李萍恋,张莹,等.内关穴按压联合内关穴位生姜贴敷护理对老年恶性肿瘤患者化疗后恶性呕吐及干呕症状的干预效果研究[J].中国全科医学,2015,18(7):838-841.

(本文编辑:李海燕 本文校对:敖雪仁 收稿日期:2018-08-27)

电针联合体外反搏治疗稳定性心绞痛的临床观察

陈志建

(福建省古田县中医院内科,福建 宁德 352200)

摘要:目的 对比观察电针联合体外反搏疗法对稳定性心绞痛患者的疗效。方法 将2017年2月—2018年2月我院就诊的稳定性心绞痛患者60例随机分为2组,各30例。治疗组在常规药物治疗基础上增加电针联合体外反搏治疗;对照组仅常规药物治疗。4周为1疗程,分别于治疗前后对2组患者进行评估,对比其临床疗效及心肺功能。结果 治疗组与对照组均有较好疗效,治疗组在改善心绞痛症状和提高心肺功能方面优于对照组($P<0.05$)。结论 针刺联合体外反搏治疗稳定性心绞痛疗效确切,可以改善临床症状、心肺功能,可作为临床应用的一个良好的联合方法。

关键词:电针;体外反搏;稳定性心绞痛;胸痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.038

文章编号:1672-2779(2019)-01-0095-03

Clinical Observation on Electro-acupuncture Combined with External Counterpulsation in the Treatment of Stable Angina

CHEN Zhijian

(Department of Internal Medicine, Gutian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Ningde 352200, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the therapeutic effect of electro-acupuncture combined with external counterpulsation in the treatment of stable angina. **Methods** 60 patients with stable angina from February 2017 to February 2018 were randomly divided into two groups, with 30 cases in each group. The treatment group received electro-acupuncture combined with external counterpulsation base on drug therapy, and the control group received drug therapy. 4 weeks was a course of treatment. The changes of clinical efficacy and cardio-pulmonary function between the two groups before and after treatment were compared. **Results** The treatment group and the control group both had good effect. The treatment group was better than control group in clinical efficacy and cardio-pulmonary function. **Conclusion** Electro-acupuncture and external counterpulsation combination therapy is exactly effective for the treatment on stable angina patients with the identification of blood stagnates in collateral of heart. It can improve symptoms, cardio-pulmonary function. It could be served as a good clinical joint approach.

Keywords: electro-acupuncture; external counterpulsation; stable angina; chest discomfort

冠心病是由冠状动脉粥样硬化或冠状动脉功能性改变而引起的血管狭窄、心肌缺血或功能障碍,稳定性心绞痛是冠心病中最常见的类型,多表现为劳累后诱发胸闷痛、心悸、呼吸困难等症状,导致活动受限,生活质量下降^[1]。临床上多应用硝酸酯类、抗血小板类、他汀

类药物进行常规治疗。冠心病属于中医学“胸痹心痛病”范畴,近年来电针在治疗冠心病稳定性心绞痛作用机理方面已经取得较大进展,在多项基础研究中证明针刺可使冠心病患者的冠状动脉痉挛解除或使之扩张而增加其血流量,改善心肌缺血、缺氧状态,改善心律失常等可

有效缓解临床症状^[2-3]。近年来研究证实体外反搏是一种无创增加心肌灌注的方法,促进心脏康复^[4]。在药物基础上联合电针、体外反搏的相关研究较少见,考虑稳定性心绞痛多为劳累后诱发,故予运动心肺功能测试在运动状态中来评价心肺功能。本文观察了30例稳定性心绞痛患者药物治疗的基础上应用针刺联合体外反搏的疗效。笔者采用该综合康复方案治疗稳定性心绞痛,取得较好的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2017年2月—2018年2月在我院门诊就诊的稳定性心绞痛患者60例。其中男28例,女32例;年龄45~68岁,平均年龄为59.4岁。入选者按加拿大心血管学会(CCS)心绞痛严重程度分级均为Ⅱ级~Ⅲ级。入组病例被随机分为2组,治疗组与对照组各30例,2组在性别、年龄、心绞痛分级构成比方面无显著差异。

1.2 诊断标准 所有入选患者均符合国际心脏病学会及WHO制定的《缺血性心脏病的命名及诊断标准》中的诊断标准^[5]:(1)劳累时出现胸骨后疼痛或憋闷,持续数分钟,休息或含服硝酸甘油后缓解;(2)发作时心电图可见以R波为主的导联中ST段压低,T波平坦或倒置;(3)排除其他原因所致的心绞痛。

1.3 纳入标准 符合稳定性心绞痛诊断标准,年龄18~70岁,心绞痛至少稳定2个月,愿意接受治疗并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)严重肝、肾功能不全、急性感染、尚未得到控制的高血压、低血压或糖尿病者;(2)严重心肺功能不全,严重心律失常者;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)过敏体质及对多种药物过敏者;(5)不能配合电针治疗者;(6)有体外反搏禁忌症者:①主动脉瓣关闭不全;②有全身或局部出血性倾向,如血小板减少性紫癜、坏血病、呼吸道、消化道、泌尿系统、生殖系统大出血,夹层动脉瘤等;③肢体有感染灶或静脉炎,四肢静脉血栓形成等;④活动性脑出血、腹水;⑤肺栓塞及中程度以上的肺心病,特别是右心衰竭时,反搏可能增加回心血量,加重右心负荷;⑥有血管或其他部位不便受压的疾病患者。

1.5 治疗方法 患者随机分为2组,治疗组与对照组各30例。治疗组在常规药物治疗基础上增加电针、体外反搏方案。对照组采用常规药物治疗。

1.5.1 治疗组 治疗组在常规药物治疗基础上进行电针联合体外反搏治疗:(1)电针治疗方案:取穴通常以主穴加用配穴,以内关为主穴,气阴两虚明显者加气海、膻中、厥阴俞、足三里等穴。心血瘀阻明显配人中、巨阙、合谷、中脘等穴;具体操作根据患者阴阳、虚实及气血等相互关系,灵活选用不同的针灸手段,进行配穴。针刺操作:75%酒精常规消毒,内关直刺0.5~0.8

寸,得气后留针,按对穴连接电针仪,采用低频5 HZ疏密波,输出强度以患者耐受为度,刺激20 min,留针期间10 min行针1次,余穴位如上述常规操作;(2)体外反搏治疗,每次45 min,1次/日,14次为1疗程,反搏气囊充气压力0.035~0.04 mPa/cm。上述体外反搏治疗时间以及气囊充气压力根据患者个体耐受情况,酌情增减5%~10%,连续2个疗程,观察时间4周。

1.5.2 对照组 仅采用常规稳定性心绞痛药物治疗方案:应用硝酸酯类、 β 受体阻滞剂、抗血小板聚集类、他汀类药物。

1.6 观察指标及评价方法

1.6.1 临床症状 参照《冠心病心绞痛及心电图疗效评价标准》^[6]。(1)心绞痛临床疗效:显效:心绞痛完全消失,或减少发作次数超过治疗前总数90%以上,心电图原有ST段压低或T波倒置恢复正常,或ST-T有明显改善;有效:发作次数减少50%以上,ST段压低较前改善;无效:心绞痛发作程度、次数、持续时间及心电图均无改善。

1.6.2 心肺运动试验 采用德国耶格公司生产的耶格Oxycon Pro PC型运动心肺功能检查仪(Cardiopulmonary Exercise Testing, CPET)进行最大摄氧量、无氧阈和运动当量测定。运动心肺功能测定中反映受试者心肺功能指标:(1)最大摄氧量(VO_{2max}): VO_{2max} 是全因死亡的一个强烈预测因子^[7],提供心肺储备能力的重要信息;(2)无氧代谢阈(AT):AT表明心肺系统在运动时能为肌肉提供足以维持有氧代谢的 VO_2 的最高水平,Ohnishi K等^[8]发现有心绞痛的患者,AT和心肌缺血显著相关;(3)运动当量(METs):Valeur N等^[9]指出每增加一个最大运动的METs,总人群的死亡率下降28%,不完全血管重建的患者中下降39%。

1.7 统计学方法 应用SPSS 20.0统计软件进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用t检验,治疗前后 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组心绞痛疗效比较 见表1。

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	12	13	5	25(83.3) [△]
对照组	30	10	11	9	21(70.0)

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.2 运动心肺功能评估 见表2。

组别	例数	最大摄氧量(L/min)	无氧阈(L/min)	运动当量(MET)
治疗组	30	1458 $\pm$ 208 [△]	1.24 $\pm$ 0.31 [△]	7.5 $\pm$ 1.2 [△]
对照组	30	1220 $\pm$ 312	1.09 $\pm$ 0.24	6.3 $\pm$ 1.3

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$

综上所述,治疗组与对照组均有较好的疗效,在改

善心绞痛症状和提高心肺储备能力、运动耐量方面治疗组优于对照组。

3 讨论

稳定性心绞痛的电针治疗是以经络输穴理论为基础,以调理经络气血为法则,选取与心、心包及其经脉密切联系的腧穴调整相关脏腑、活血通脉。体外反搏可促进静脉回心血流量增加,提高心输出量,提高血流切应力为心血管疾病预防与康复提供了适宜的非药物干预手段。两者单独应用对稳定性心绞痛均有疗效,但联合应用未见文献报导,通过初步观察,电针和体外反搏均为冠心病康复方面2种重要的非药物疗法,联合治疗方案可起到良好效果。运动心肺试验通过增加运动负荷动态反映生理负荷下人体呼吸、循环、代谢等方面的反应和功能储备,在某种程度上与心绞痛患者劳累后增加的心脏负荷相似,因此较静态心电图能更准确评价心肺功能状态,客观评价心肺系统对需氧量增加时的反应,测定心血管储备和在负荷下心排量增加的能力,因此应用于心绞痛治疗的疗效评价是可行的、客观的。2组在治疗、评测过程中未出现1例并发严重心脑血管事件,提示电针、体外反搏、运动心肺功能测试在稳定性心绞痛患者的开展有较高安全性。很多稳定性心绞痛患者康复过程中由于长期过度服用药物或PCI手术治疗后,易造成经济和精神负担,症状易反复,难以回归社会恢复正常工作。而中医学如电针以副作用小,成本少低廉,疗效佳正成为治疗冠心病不可缺少的一部分,联合体外反搏治疗,很大程度上弥补了单纯药物治疗的不足,充

分显示出冠心病康复治疗。联合电针、体外反搏治疗稳定性心绞痛临床上效果显著,改善症状同时提高心肺储备及外周组织摄取利用氧的能力,可临床推广,为心血管疾病预防及康复提供了有效、适宜的非药物干预方案。

参考文献

- [1] 郭箭,王玉霞,张艳芳.丹红注射液联合冠心丹参滴丸治疗冠心病初发型心绞痛的效果及心率变异性变化[J].中国心血管病研究,2014,12(8):753-756.
- [2] 程施瑞,邵欣.针灸治疗冠心病心绞痛的临床用穴规律分析[J].时珍国医国药,2014,25(4):913-914.
- [3] 李忠仁.实验针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2003(1):209-211.
- [4] 厉坤鹏,余波,谢湘华,等.体外反搏在心脏康复中应用的研究进展[J].实用老年医学,2013(3):188-193.
- [5] Khalili D, Hadaegh F, Fahimfar N, et al. Does an electrocardiogram add predictive value to the rose angina questionnaire for future coronary heart disease? 10-year follow-up in a Middle East population[J]. Epidemiol Community Health, 2012, 66(12): 1104-1109.
- [6] 中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会.冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准[S].中国药事,1987,1(2):71.
- [7] Keteyian S J, Brawner C A, Savage P D. Peak aerobic capacity predicts prognosis in patients with coronary heart disease[J]. Am Heart J, 2008, 156(2): 292-300.
- [8] Ohnishi K, Kohno Y, Furukawa K, et al. The effect of percutaneous transluminal coronary angioplasty on anaerobic threshold in patients with angina pectoris[J]. Cardiol, 1992, 22(4): 617-624.
- [9] Valeur N, Clemmensen P, Grande P, et al. Pre-discharge exercise test forevaluation of patients with complete or incomplete revascularization following primary percutaneous coronary intervention, DANAMI sub-study[J]. Cardiology, 2008, 109(3): 163-171.

(本文编辑:李海燕 本文校对:周孝自 收稿日期:2018-09-04)

本刊郑重声明

近期有作者来电反映,有人借我刊名义从事征稿与广告活动,扰乱了正常的投稿秩序,影响了我们《中国中医药现代远程教育》杂志社的声誉。

中国中医药现代远程教育杂志社郑重声明:本刊从未与任何公司或个人签订组稿与广告合作协议,凡冒用我刊名义征稿和广告的中介机构均未获得我刊的任何许可,其工作人员均非我刊的工作人员,与之相关的经济与法律关系与本刊无关。均属违法行为,本刊将依法保留追诉权。

我社唯一投稿邮箱:zgzyycjy@163.com,没有其他征稿邮箱。中国中医药现代远程教育杂志社官方网址: <http://www.zgzyycjy.com> 收费只通过邮寄汇款,地址:北京市复兴门南大街甲2号配楼知医堂101室,邮编:100031,收款单位:中国中医药现代远程教育杂志社。杂志社不通过任何账户和个人卡号收费。请广大作者、读者相互转告,谨防上当。若有不明事宜,请来电垂询。

特此声明。

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

电话查询:010-57289309 010-57289308

财务部:010-87363190

官网:<http://www.zgzyycjy.com>

中国中医药现代远程教育杂志社

2015年2月10日

长蛇灸治疗腹泻型肠易激综合征(脾胃虚寒型)的临床观察

余希婧 华水生

(南昌市洪都中医院针灸科,江西 南昌 330038)

摘要:目的 探讨长蛇灸治疗腹泻型肠易激综合征(脾胃虚寒型)的临床效果。方法 将2016年1月—2018年1月因脾胃虚寒型腹泻型肠易激综合征(IBS)于我院就诊的90例患者按随机数字表法分组。对照组45例采用马来酸曲美布汀片,观察组45例联合长蛇灸,4周为1疗程,比较2组症状改善及临床疗效情况。结果 治疗后观察组畏寒肢冷、神疲乏力、食欲减退、腹泻等总症状积分低于对照组($P<0.05$);治疗后观察组血浆中酪神经肽(NPY)水平高于对照组,胃肠肽(VIP)更低($P<0.05$);观察组总有效率95.56%(43/45),高于对照组的77.78%(35/45),差异具统计学意义($P<0.05$)。结论 长蛇灸治疗脾胃虚寒型腹泻型IBS效果显著,可有效改善症状及胃肠激素,值得临床推广。

关键词:肠易激综合征;脾胃虚寒;长蛇灸;胃肠激素;症状积分;腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.039

文章编号:1672-2779(2019)-01-0098-03

Clinical Observation on Long Snake Moxibustion in the Treatment of Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome (Spleen and Stomach Deficiency Type)

YU Xijing, HUA Shuisheng

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330038, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effect of long snake moxibustion on diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (spleen-stomach deficiency type). **Methods** From January 2016 to January 2018, 90 patients with diarrhea-type irritable bowel syndrome (IBS) in our hospital were enrolled in the study and grouped according to random number table. The control group of 45 cases applied Qumebutine maleate tablets, and the observation group of 45 cases used long snake moxibustion. 4 weeks was a course of treatment. The improvement of symptoms and clinical efficacy in the two groups was compared. **Results** After treatment, the total symptom scores of chills, cold limbs, fatigue, loss of appetite and diarrhea in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The level of plasma neuropeptide (NPY) in the observation group was higher than that in the control group. Gastrointestinal peptide (VIP) was lower ($P<0.05$). The total effective rate of the observation group was 95.56% (43/45), which was higher than that of the control group (77.78% (35/45)), the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Long snake moxibustion is effective in treating spleen-deficiency type diarrhea-type IBS, which can effectively improve symptoms and gastrointestinal hormones. It is worth promoting.

Keywords: predominant irritable bowel syndrome; spleen and stomach deficiency; long snake moxibustion; gastrointestinal hormone; symptom score; diarrhea

肠易激综合征(IBS)好发于中青年女性,以排便性状改变、腹痛腹泻为主要表现,其中以腹泻型IBS占据比例最大。IBS发病率调查显示,欧美国家为9%~20%,我国为7%~12%,全球发病率则2%~15%,可见各地发病率基本相仿^[1]。腹泻型IBS病机复杂,目前认为常由多因素致病,与菌群失调、神经内分泌因素等因素相关。IBS治疗难度大,病情常反复发作,曲美布汀是目前常用的治疗药物,可双向调节胃肠平滑肌。胃肠激素水平失衡与消化系统功能障碍性疾病的关系已被证实,单纯西医治疗效果有限。本病隶属于中医“泄泻”范畴,疾病日久不愈,加之失治误治,患者常表现为脾胃虚寒证。长蛇灸有温阳散寒、扶正通络功效,是中医常用外治法,本文将观察长蛇灸在本病治疗中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2018年1月于我院就诊的腹泻型IBS(脾胃虚寒型)的90例患者,按随机数字

表法分为对照组和观察组,各45例。对照组男18例,女27例;年龄26~69岁,平均39.74岁;病程1~9年,平均(3.07±0.93)年。观察组男15例,女30例;年龄23~74岁,平均40.12岁;病程1~8年,平均(2.97±0.87)年。本研究经医学伦理会审核且知情同意。

1.2 诊断标准 就诊前连续6个月以上存在腹痛腹泻,近3d内症状反复,同时符合以下症状中的2点即可:(1)粪便性状变化,大便中块状便比例不足25%,水样便大于25%;(2)排便后症状改变;(3)排便频率改变。2组一般情况无显著差异^[2]。

1.3 纳入标准 确诊腹泻型IBS,中医证型脾肾阳虚型。

1.4 排除标准 (1)合并恶性肿瘤者;(2)过敏体质者;(3)妊娠期不便纳入者。

1.5 治疗方法 对照组:单用马来酸曲美布汀片(天津田边制药有限公司,批号20151109),1片/次,口服,3次/日,治疗过程中根据症状情况进行调节,必要时可增

加至每次 2 片, 3 次/日。

观察组: 联合长蛇灸治疗, 嘱患者俯卧位, 充分裸露患者腰背部皮肤, 选择脾俞、腰阳关、胃俞等穴位, 常规消毒皮肤, 均匀涂抹生姜汁于上述穴位, 取生姜打泥状, 铺设生姜泥及艾绒, 厚度以厚 1 cm 为宜, 宽 5 cm。铺设完毕, 操作者取艾绒条, 呈长蛇形铺设 (生姜泥上), 点燃艾绒条的头、尾及身处。询问肤温情况, 避免艾热烫伤皮肤, 治疗结束后移除生姜泥并用温热毛巾将皮肤擦净, 每次治疗 30 min, 每周 1 次, 本研究 2 组均接受 4 周的治疗。

1.6 观察指标 (1) 总症状积分情况, 选取畏寒肢冷、神疲乏力、食欲减退、腹泻等症状, 病情分级, 轻 (2 分): 畏寒肢冷、神疲乏力、食欲减退、腹泻等症状可忍受, 不影响正常生活; 中 (4 分): 患者生活已因上述症状受到影响, 但病情尚可勉强忍受; 重 (6 分): 患者不能忍受上述症状引起的不适感; (2) 胃肠激素: 抽取空腹肘部静脉血, ELISA 法检测上述指标; (3) 临床疗效: 治愈: 无腹泻腹痛, 大便成形; 显效: 腹泻次数减少 2/3, 大便性状明显改善, 偶可见成形; 有效: 腹泻次数减少 2/3, 大便仍不成型; 无效: 症状未改善^[3]。

1.7 统计学方法 研究后所得数据, 采用 SPSS 19.0 分析, $P < 0.05$ 提示差异统计学意义。疗效卡方检验, 本研究中计量资料均表示, 符合正态分布, 用 t 检验。

2 结果

2.1 2 组胃肠激素比较 2 组治疗前胃肠激素具可比性; 治疗后 2 组酪神经肽 NPY 升高, 血管活性肠肽 VIP 降低, 差异具统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组 NPY 高于对照组, VIP 更低 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组胃肠激素比较 ($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	例数	NPY		VIP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	54.19 $\pm$ 5.81	67.27 $\pm$ 6.31 ^a	105.23 $\pm$ 14.62	37.47 $\pm$ 5.38 ^a
观察组	45	54.23 $\pm$ 5.93	79.50 $\pm$ 6.37 ^a	105.36 $\pm$ 14.18	48.75 $\pm$ 6.26 ^a
t 值(组间)		0.527	12.194	0.473	9.219
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$

2.2 2 组总症状积分比较 2 组治疗前总症状积分具可比性; 治疗后 2 组总症状积分降低 ($P < 0.05$); 治疗后观察组总症状积分更低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组总症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	45	17.08 $\pm$ 4.73	7.81 $\pm$ 1.92 ^a
观察组	45	16.83 $\pm$ 4.59	3.07 $\pm$ 1.06 ^a
t 值(组间)		0.507	13.164
P 值		>0.05	<0.05

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$

2.3 临床疗效比较 观察组总有效率 95.56% (43/45), 高于对照组的 77.78% (35/45), $\chi^2 = 6.154$, 差异具统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	45	10(22.22)	7(15.56)	18(40.00)	10(22.22)	35(77.78)
观察组	45	13(28.89)	16(35.56)	14(31.11)	2(4.44)	43(95.56) ^a

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$

3 讨论

IBS 病机复杂, 与内脏高敏性、精神心理、胃肠动力障碍、菌群失调等因素密切相关^[4]。马来酸曲美布汀是常用的 IBS 治疗药物, 作用机制复杂, 对于胃肠平滑肌有较高的选择性及敏感性, 可阻断细胞膜钙通道, 减少钙内流, 从而松弛平滑肌^[5]; 马来酸曲美布汀还可作用于细胞膜钾通道, 产生去极化, 使平滑肌兴奋性明显提高; 该药物还可调节平滑肌神经受体, 当平滑肌低收缩状态时可促进平滑肌收缩; 在患者平滑肌运动亢进时, 可作用于阿片和胆碱能受体, 缓解平滑肌收缩, 提高内脏痛阈, 从而改善腹痛, 多项研究表明其对于 IBS 有较好的疗效。

NPY 主要分布于胃肠黏膜神经丛, 对肠液、胰液有较弱的抑制作用, 并可抑制胃肠蠕动, 因而在胃肠运动中发挥着重要作用^[6,8]。研究表明, 腹泻型 IBS 患者体内 NPY 水平较健康人群明显降低, 随着胃肠功能改善, NPY 水平可逐渐升高。VIP 与 NPY 水平失衡被视为 IBS 发病的重要机制, 王静^[9]发现腹泻型 IBS 患者 VIP 水平高于健康人群, NPY 则明显降低, 观察组联合补中益气颗粒治疗, 使上述胃肠激素水平得到明显改善。

本病属于中医“泄泻”病范畴, 病位在肠腑, 但与肝、脾胃、肾等脏腑相关, 其中脾胃功能障碍被视为发病的基础。脾胃相表里, 脾气亏虚则湿浊不化, 气虚日久可累及元阳, 导致脾阳亏虚, 加之患者失治误治, 盲目应用苦寒之品, 可进一步损伤脾胃阳气。治疗当以温阳健脾、散寒止泻为法, 陪护后天, 促进正气修复, 使脾胃功能得健则湿浊自除, 从根本上达到治疗目的。长蛇灸由传统艾灸发展而来, 继承并进一步提高了艾灸的温阳散寒、舒经活络功效。长蛇灸治疗时选择位于督脉及膀胱经脏腑腧穴, 对于虚劳、痹症的治疗有较好疗效。长蛇灸操作时要先铺设生姜泥, 使温阳散寒功效显著增强。

观察组联合长蛇灸, 治疗后总症状积分低于对照组, 总有效率达 95.56%; 胃肠激素方面, 治疗后观察组 NPY 水平高于对照组, VIP 更低, 证实了胃肠激素与发病的关系, 并提示长蛇灸的显著疗效很可能是通过胃肠激素调节而实现, 而该作用可能是双向的, 需待日后研究证实^[10]。笔者认为长蛇灸治疗脾胃虚寒型腹泻型 IBS 效果显著, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 王慧芹,王振宇. 针刺疗法联合中药治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)患者临床疗效及对外周血 5-HT、NPY、CGRP 的影响[J]. 中国中医急症, 2016, 25(9):1802-1804.
- [2] 刘新光. 肠易激综合征与罗马Ⅲ诊断标准[J]. 胃肠病学, 2006, 11(12): 736-738.
- [3] 赵艳. 参苓白术散加减方联合匹维溴铵片治疗腹泻型肠易激综合征临床观察及其作用机制探讨[J]. 河北中医, 2016, 38(6):876-879, 923.
- [4] Van Oudenhove L, T rnblo m H, S t r s r u d S, et al. Depression and somatization are associated with increased postprandial symptoms in patients with irritable bowel syndrom[J]. Gastroenterology, 2016, 150(4):866-874.
- [5] 王铁汉. 枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合马来酸曲美布汀治疗腹泻型肠易激综合征的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(2):33-34.
- [6] 赵迎盼,王凤云,杨俭勤,等. 基于脑-肠互动异常的肠易激综合征发病机制的研究进展[J]. 中华医学杂志, 2015, 95(8):637-640.
- [7] 李茹柳,年立全,赵世清,等. 党参对应激性溃疡和细胞迁移及多胺的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2013, 30(4):519-524.
- [8] 王宏志,何仁胜,方春华,等. 补脾益肠丸联合布拉氏酵母菌治疗腹泻型肠易激综合征临床疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(3):650-651.
- [9] 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(2):284-288.
- [10] 方德宁. 美沙拉嗪肠溶片治疗肠易激综合征的临床疗效[J]. 当代医学, 2013, 19(22): 136-137.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱小燕 收稿日期:2018-09-04)

小针刀配合牵引治疗寰枢椎半脱位的临床研究

袁凤祥

(沈阳市中医院骨二科,辽宁 沈阳 110004)

摘要:目的 探讨小针刀定点松解配合牵引治疗寰枢椎半脱位的临床疗效。方法 选择 2015 年 12 月—2017 年 11 月 36 例寰枢椎半脱位的患者随机分为治疗组和对照组,各 18 例。治疗组行小针刀松解及坐位牵引;对照组行针灸、理疗、手法等传统治疗。观察及随访 2 组患者治疗前后临床疗效,进行对比分析。结果 治疗后随访 6 个月、12 个月、18 个月,治疗组在缓解头颈部症状、减小寰齿前间隙及齿状突轴线与寰椎轴线偏移距离等方面均优于对照组,2 组之间有非常显著性差异($P<0.01$),提示小针刀定点松解配合牵引治疗寰枢椎半脱位优于传统疗法。结论 小针刀定点松解配合牵引治疗寰枢椎半脱位疗效确切,优于传统治疗,明显改善患者生活质量。

关键词:小针刀;牵引;寰枢椎半脱位;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.040

文章编号:1672-2779(2019)-01-0100-03

Clinical Study on Acupotomy Combined with Traction in the Treatment of Atlantoaxial Subluxation

YUAN Fengxiang

(Orthopedics Department, Shenyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical efficacy of acupotomy loosening and traction in the treatment of atlantoaxial subluxation. **Methods** 36 cases of atlantoaxial subluxation patients were randomly divided into the treatment group (18 cases) and the control group (18). The treatment group was treated with acupotomy lysis and traction, and the control group used physical methods such as traditional treatment. The two groups were followed-up and the clinical curative effect was observed. **Results** After Following up of 6 months, 12 months and 18 months after treatment, the treatment group in relieving symptoms of head and neck, reduce atlanto odontoid and anterior space axis and Atlas axis offset distance were better than the control group, and there was a significant difference between the two groups ($P<0.01$), which suggests that acupotomy loosening with superior traction point the traditional therapy treatment of atlantoaxial subluxation. **Conclusion** Acupotomy loosening with fixed atlantoaxial subluxation treatment efficacy of traction is effective, which is better than the traditional treatment, and improves the life quality of patients.

Keywords: acupotomy; traction; atlantoaxial subluxation; arthromyodynia

寰枢关节半脱位又叫寰齿关节错位、寰枢关节紊乱,是因寰枢关节关系异常而导致的上颈椎节段性不稳,临床表现为颈部僵硬、疼痛、偏头痛或头顶痛、头晕或眩晕发作、恶心、胸闷、眼胀、视物模糊等交感神经机能增强和脑供血不足的征象。该疾病在由于颈痛、头晕为主诉而就诊的患者中非常常见。研究表明炎症及慢性损伤是引起该病主要原因^[1]。随着电脑及手机的广泛普及,寰枢关节半脱位的发病率在逐年升高,并且有年轻化的

趋势^[2]。

目前对寰枢椎半脱位的传统治疗方法包括理疗、牵引、针灸、推拿、中医正骨手法整复等,均取得了一定的疗效,可部分缓解症状,但复发率高,远期效果不理想,影响患者的工作、生活。除极个别出现脊髓受压、保守治疗无效的患者才需要手术治疗。采用小针刀配合牵引治疗寰枢椎半脱位,疗效肯定,多数患者的症状能够得到有效的改善,复发率低,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2015 年 12 月—2017 年 11 月 36 例符合要求的寰枢关节半脱位患者随机分为治疗组和对照组,各 18 例。治疗组男 3 例,女 15 例;年龄 18~60 岁;病程最短 1 周,最长 2 年。对照组男 2 例,女 16 例;年龄 18~62 岁;病程最短 1 周,最长 2 年。2 组患者年龄、性别、病程行统计学分析,差异无统计学意义。

1.2 诊断

1.2.1 病史、临床表现及体征 主要包括:(1)有头、颈部炎症、慢性劳损史;(2)枕项疼痛、偏头痛、颈项痛;(3)头晕、视力模糊、失眠、耳鸣、健忘、胸闷、恶心、呕吐等;(4)颈椎歪斜、头位不正;(5)颈部触诊,枢椎棘突偏歪,有明显压痛及条索状物;有偏歪侧的项肌萎缩,上下项线压痛阳性,枢椎的棘突、横突、局部压痛,颈肌紧张等。

1.2.2 辅助检查 X 线颈椎侧位片:3 mm≤寰齿前间隙<5 mm;颈椎开口位片:齿状突轴线与寰枢轴线偏移距离≥1 mm^[34]。

综合临床及辅助检查,可诊断寰枢椎半脱位。

1.3 纳入标准 (1)综合临床及辅助检查,诊断寰枢椎半脱位;(2)年龄>18 岁;(3)近期末接受其他治疗;(4)依从性良好,同意本治疗并签署知情同意书;(6)伴有内科疾病但不影响治疗者。

1.4 排除标准 (1)严重颈椎病、颈椎间盘突出及椎体滑脱需手术者;(2)肿瘤、结核者;(3)颈肩部周围皮肤破损或有皮肤疾病;(4)糖尿病,空腹血糖≥8.0 mmol/L;(5)3 个月内有心脑血管病发作者;(6)患有凝血障碍性疾病者。

1.5 疗效评定标准 参照视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 及眩晕病临床症候评价量表 (参照中药新药临床疗效评价标准):优 0~2 分,良 3~9 分,差≥10 分;治疗后随访 6 个月、12 个月、18 个月,分别进行疗效评估。

1.6 小针刀治疗风险防范 (1)设立针刀治疗室,严格消毒,预防感染;(2)治疗前签署知情同意书,做好解释工作,消除患者紧张情绪;(3)治疗后观察 0.5 h,如出现不适反应留院观察,对症治疗。

1.7 治疗方法 治疗组:患者取俯卧位,医用记号笔颈肩周围定点,常规消毒、铺巾,1%利多卡因注射液局部浸润麻醉,依照四步进针规程在上下项线内测、头后大、小直肌起止点、头上、下斜肌起止点、C2 棘突、项韧带旁侧压痛点等处行疏通、剥离。治疗后局部无菌包扎,颈托固定,24 h 后,行颈椎牵引,3 d 内保持术区干燥,避免剧烈活动,治疗每周 1 次,2~3 次为 1 疗程。对照

组:行传统针灸、理疗、牵引及中医手法治疗等。

1.8 统计学方法 采用 SAS 9.4 软件对数据进行处理分析。根据资料特点,计数资料以 ($\bar{x} \pm s$)表示,采用 χ^2 检验和 t 检验 ($P < 0.05$ 有显著差异, $P < 0.01$ 有极显著差异)。

2 结果

见表 1~2。

表 1 2 组治疗疗效评价

[例(%)]

组别	例数	时间	优	良	差	有效率
治疗组	18	6 个月	12	6	0	18(100.00)
		12 个月	11	6	1	17(94.44)
		18 个月	9	7	2	16(88.89)
对照组	18	6 个月	10	6	2	16(88.89)
		12 个月	9	4	5	13(72.22)
		18 个月	6	4	8	10(55.56)

治疗后随访,2 组间疗效比较,治疗前无差异 ($P > 0.05$),具可比性。治疗后 6 个月、12 个月及 18 个月均有非常显著性差异 ($P < 0.01$),治疗组优于对照组。

表 2 2 组治疗前后评分、寰齿前间隙、寰齿侧间隙差值

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

组别	例数	时间	VAS 及眩晕病 评价量表分值	寰齿前 间隙	寰齿侧间隙 差值
治疗组	18	治疗前	15.40±1.65	3.92±0.34	1.69±0.22
		治疗后	1.69±0.47	3.25±0.28	0.33±0.17
对照组	18	治疗前	16.01±1.33	3.89±0.65	1.63±0.63
		治疗后	7.55±0.98	3.75±0.11	0.97±0.35

行 VAS 及眩晕病评价量表评分,2 组患者头颈部症状均有改善,寰齿前间隙及齿状突轴线与寰枢轴线偏移距离变小 ($P < 0.05$),治疗组优于对照组 ($P < 0.01$)。提示:小针刀配合牵引治疗寰枢关节半脱位疗效确切,复发率低,优于传统治疗。

3 讨论

寰枢关节是第一颈椎寰椎和第二颈椎枢椎之间连接的总称,其解剖结构复杂,一共包括 3 个独立的关节,即 2 个寰枢外侧关节和 1 个寰枢正中关节。寰枢外侧关节由寰椎下关节凹和枢椎上关节突构成。寰枢正中关节由枢椎齿突与寰椎前弓后面的后关节面和寰椎横韧带之间构成。主要靠翼状韧带、寰椎横韧带、齿突尖韧带以及关节囊韧带、覆膜等来维持其稳定性。寰枢关节以齿突为垂直轴进行旋转运动,使头连同寰椎绕齿突作旋转运动。寰枢关节和寰枢关节构成联合关节,使头能作多轴运动,即能使头作俯仰、侧屈和旋转运动。因关节活动幅度大,是应力的集中点,软组织易损伤、变性,失去弹性,成为半脱位或脱位的解剖学基础^[5-6]。因此,外

伤、劳损及炎症因素都会对上述肌肉造成长期慢性损伤,造成寰枢关节动态平衡失调,进而引起半脱位,引起相应症状。

长期的创伤、劳损、炎症引起寰枢关节周围炎性渗出、挛缩、肌痉挛致寰枢关节形成偏移、旋转、倾斜等微细变化,致使椎动脉受到牵拉、扭曲、压迫,严重时引起椎-基底动脉供血不足、脊髓前动脉供血不足、枕神经卡压、刺激颈部交感神经丛(颈上神经节)过度兴奋,软组织进一步痉挛、疼痛加重及广泛的神经系统相应症状^[7-8]。

目前对寰枢椎半脱位的诊断主要为临床症状及影像学检查,其中影像学检查是诊断本病的主要方法。颈椎开口、侧位X线片可以清晰地显示齿状突与寰椎位置变化。CT扫描及螺旋CT三维重建对诊断寰枢椎半脱位可提供最直观可靠的依据^[9]。

治疗上以往多采用牵引、手法等治疗寰枢椎半脱位,在牵引状态下更有利于恢复寰枢椎解剖位置关系,大部分患者治疗后头痛、眩晕等症状有所缓解,但持续时间较短,治疗周期长,症状易反复^[10-11]。笔者采用小针刀局部松解加牵引治疗寰枢椎半脱位,获得满意效果。

小针刀是在古代九针中的钅针(音“缠”)针、锋针等基础上,与现代医学手术刀有机结合的产物。小针刀疗法是一种介于手术和非手术疗法之间的闭合性松解术,在治疗部位刺入深部到病变处进行切割、剥离,以达到松解粘连、恢复平衡,治愈疾病的目的^[12]。笔者以小针刀松解软组织内高应力点的粘连、瘢痕、挛缩,消除应力的不平衡,配合牵引可有效改善和恢复肌肉、韧带的收缩性,减少关节内压力和炎性渗出,使半脱位的关节复位,疼痛、肿胀和功能障碍等临床症状得到改善。从根本上治疗本病,因此能取得满意持久的临床疗效。

由表1及表2可以看出,治疗组与对照组差异显著($P<0.01$)。提示小针刀配合牵引治疗后患者症状明显改善,近、远期疗效肯定,优于传统治疗。

4 结论

采用小针刀对软组织高应力点的粘连、瘢痕、挛缩的松解,消除了应力的不平衡,配合牵引可有效消除炎症,恢复颈项部软组织功能,缓解症状,使脱位关节复位,能取得满意、持久的临床疗效。其创伤小,费用低,操作简单,可随治随走,值得进一步推广和应用。

参考文献

- [1] 贾博浩,毛书歌.寰枢关节半脱位的中医药治疗概述[J].中国中医药现代远程教育,2016,23(19):149-150.
- [2] 钟万珠,张启明,陈远华,等.成人外伤后“寰枢椎半脱位”96例的诊治探讨[J].黑龙江医学,2018,61(2):133-134.

- [3] 杨万松,朱笑举.仰卧位拔伸旋转复位法配合中药治疗寰枢关节半脱位67例[J].实用中医药杂志,2015,31(3):201-202.
- [4] 李忠龙,梁军,刘康.颈部端提法治疗寰枢椎半脱位的随机对照临床研究[J].中华中医药杂志,2014,29(4):1278-1280.
- [5] 张立强,马跃文.两种牵引方式对寰枢关节半脱位的疗效观察[J].中国康复,2017,31(4):313-315.
- [6] 张杨,朱宏安,张杰.颈部牵引联合手法复位治疗寰枢关节半脱位临床观察[J].颈腰痛杂志,2017,38(6):531-533.
- [7] 申等金.双向牵引扳手法治疗寰枢关节半脱位71例[J].中国中医骨伤科杂志,2016,25(9):46-48.
- [8] 苏长英,叶爱琴,安原,等.改良新型颈椎牵引弓与传统枕颌带治疗寰枢关节半脱位的疗效比较[J].中国医学创新,2018,21(1):26-29.
- [9] 朱杰,高岩.螺旋CT诊断寰枢关节旋转半脱位的价值分析[J].中国医药指南,2016,24(5):169-170.
- [10] 戴晓瑛,王乃权.温针灸结合正骨治疗寰枢关节半脱位型眩晕的疗效观察[J].中国中医药科技,2015,22(6):704-705.
- [11] 王亦合,孟东红,王云凯.刃针联合中医正骨治疗寰枢关节半脱位50例临床观察[J].河北中医,2015,37(10):1532-1534.
- [12] 吴绪平,张天民.针刀临床治疗学[M].北京:中国医药科技出版社,2007:45.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陆彤言 收稿日期:2018-08-28)

海蛤

药材鉴别要点

文蛤 呈扇形或圆形,背缘略呈三角形,腹缘呈圆弧形,长约3~10 cm,高2~8 cm,壳顶突出,位于背面,稍靠前方。壳外面光滑,黄褐色,同心生长纹清晰,通常在背面部有锯齿状或波状褐色花纹。壳内面白色,边缘无齿纹,前后壳缘有时略带紫色,铰合部较宽,右壳有主齿三个和前侧齿2个。左壳有主齿三个和前侧齿一个。质坚硬,断面有层纹。气微,味淡。

青蛤 呈类圆形,长3.5~5.6 cm,高与长几乎相等,宽约2.5~3.5 cm,顶壳突出,位于背侧近中部。壳外面淡黄色至棕红色,同心生长纹凸出壳面略呈环肋状,壳顶突出,位于背侧近中部,歪外一方。壳内面白色至淡红色,边缘常带紫色并有整齐的小齿纹,铰合部左右两壳均具主齿三个,无侧齿,质地细腻,薄而脆,断面厚约0.5~1.5 mm,不明显,气微,味淡。

海蛤饮片鉴别要点

蛤壳 呈不规则的碎片,碎片外面黄褐色至棕红色,可见同心生长纹。内面白色,质坚硬。断面有层纹,气微,味淡。

煅蛤壳 规则碎片或粗粉。灰白色,碎片外面可见同心生长纹。光泽消失,质酥脆,断面有层纹。无臭,味微咸,有涩味。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(3)》,人民卫生出版社,2018。

不完全肠梗阻(肠结病)的中医理论探源※

李智慧¹ 李钰慧^{2*} 蔡春江²

(1 解放军第一四八医院检验科,山东 淄博 255300;2 河北省人民医院中医科,河北 石家庄 050000)

摘要:不完全肠梗阻(肠结病)是消化科的一种常见病,中医在其治疗过程中有着独特的疗效。在查阅中医古籍的过程中,发现“阴结”和“阳结”的概念,思考后发现其与“寒结旁流”与“热结旁流”的概念是一致的,可作为对肠结病中医发病理论的形象概括,这同时也为该疾病的治疗提供了一定的理论依据。

关键词:不完全肠梗阻;肠结病;寒结旁流;阴结;热结旁流;阳结;中医药疗法;中医基础理论

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.041

文章编号:1672-2779(2019)-01-0103-03

Discussion on the Traditional Chinese Medicine Origin of Incomplete Intestinal Obstruction (Intestinal Disease)

LI Zhihui¹, LI Yuhui², CAI Chunjiang²

(1. Laboratory Department, the 148th Hospital of People's Liberation Army, Shandong province, Zibo 255300, china;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, People's Hospital, Hebei Province, Shijiazhuang 050000, China)

Abstract: Incomplete intestinal obstruction (intestinal disease) is a common disease in the digestive department, and traditional Chinese medicine has a unique effect in its treatment. In the process of consulting ancient Chinese medicine books, the concept of "yin knot" and "yang knot" was discovered. After thinking, it was found that it was consistent with the concepts of "cold junction flow" and "hot junction flow". It can be used as an image summary of the pathogenesis theory of traditional Chinese medicine for intestinal disease, which also provides a certain theoretical basis for the treatment of the disease.

Keywords: incomplete intestinal obstruction; intestinal disease; cold junction flow; yin knot; hot junction flow; yang knot; therapy of traditional Chinese medicine; basic theory of traditional Chinese medicine

在现代医学的概念中,不完全性肠梗阻^[1]是指肠腔内容物可部分通过梗阻点,因此在腹部X片上显示梗阻点以下肠腔内可显示少量积气和积液,梗阻点以上的肠曲扩张程度较轻,结肠内有较多的气体。不全性肠梗阻可由于多种病因引起,如腹部手术,进食异常,消化道肿瘤以及不良的生活习惯等。其主要临床表现为腹部阵发性绞痛、呕吐、腹胀、便秘、腹泻、肠型蠕动波及肠鸣音亢进等。现代医学治疗方法包括禁食、胃肠减压、补充液体及纠正电解质紊乱、酸碱平衡失调、镇静、止痛、解痉药物、抗感染、营养支持等对症治疗。

不完全肠梗阻中医属于“腹痛”“胃痛”“肠结病”的范畴。由于病人的体质不同,有的表现为便秘,有的则表现为便下浞水。便秘较为常见,但也有部分患者存在腹泻症状,鉴别诊断即为关键。查体食腹部可见胃肠蠕动波或肠型、肠鸣音亢进的临床表现,结合实验室检查及腹部立位平片可确诊。中医结合患者舌苔脉象,可鉴别肠结病的证型及寒热。

所以对不完全肠梗阻病因及病机的正确判断是疾病治愈的关键。

1 分类

从古人便秘的论述过程中,用两个词可以概括其发病原因,即“阳结”和“阴结”。通过仔细推敲及反复思考,本人认为,对“阳结”和“阴结”的论述可以与中医概念“热结旁流”和“寒结旁流”相对应,这也是对现代疾病不完全肠梗阻的发病原因的形象概括。

1.1 阳结-热结旁流-不完全肠梗阻-治疗 《兰室秘藏·大便燥结门》^[2]首先提出“阳结”一词,提出因胃肠实热燥火所致的便秘。《景岳全书》^[3]:“阳结证必因邪火有余,以致津液干燥。此或以饮食之火起于脾,或以酒色之火炽于肾,或以时令之火蓄于脏。凡因暴病,或以年壮气实之人方有此证”。“亦有以风秘、气实秘、热秘等为阳结。”《金匱翼·便秘统论》^[4]:“实闭热闭即阳结”。《医学心悟·大便不通》^[5]:“热闭者,口燥唇焦、舌胎黄、小便赤、喜冷恶热,此名阳结。”

以上指出阳结是由于胃肠实热燥火所导致的,便秘分型中的风秘、气实秘、热秘等均属于阳结的范畴。

思考后,自觉“阳结”与“热结旁流”是一致的概念。所谓热结旁流是阳明热盛,燥屎坚结于里,胃肠欲

※ 基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目【No.2014098】

* 通讯作者:liyuhui1107@126.com

排不能,逼迫津液从燥屎旁流下所致,此属于阳明腑实证,症见下利清水,色纯青。其气臭秽,脐腹疼痛,按之坚硬有块,口舌干燥,脉滑实。这也是对不完全肠梗阻“阳结型”的具体概括,所以在治疗过程中,亦应参考阳明腑实证“热结旁流”的治法,药用大承气汤,随症加减。

1.2 阴结-寒结旁流-不完全肠梗阻-治疗 《兰室秘藏·大便燥结门》^[2]首先提出“阴结”一词,提出因胃肠阴寒凝结,或精血亏耗大肠干燥所致的便秘。《证治汇补·秘结》^[6]云:“阴结者,阴寒固结肠胃,血气凝滞而秘结也。外症不渴不食,肢冷身凉,大便硬闭,脉沉而迟,宜四物合附子汤,如久不大便而脉反微涩者,黄芪建中汤”。《景岳全书·秘结》^[3]曰:“凡下焦阳虚,则阳气不行,阳气不行则不能传送,而阴凝于下,此阳虚而阴结也”。

以上关于“阴结”的记载,均指出其是由于阳虚或寒凝或精血不足所导致便秘,并提出了实寒与虚寒的不同治法。

思考后,自觉“阴结”与“热结旁流”是相反的概念,遂提出“寒结旁流”一词。

所谓寒结旁流,相对于热结旁流而言,是指阴寒之邪凝结与胃肠道而引起的气血凝滞不通而导致便秘发生的病证。乃宿便凝结于里,胃肠寒凝,动力不足,欲排不能,逼迫津液从宿便旁流下或津液凝滞于胃肠所致。此证属于阳明寒证,阴寒内盛或阳气不足,寒邪凝滞胃肠,传导失常,糟粕不行,宿便内积,而导致便秘的发生,同时宿便逼迫津液从其旁流下所致。症见便秘,时泄清水,其气不臭,脐腹疼痛,得热痛稍缓,按之坚硬有块,舌苔白腻,脉弦紧。这也是对不完全肠梗阻“阴结型”的具体概括。对于“寒结旁流”型肠结病的治法亦分为实寒和虚寒进行分别论治。实寒者,“寒者热之”,症见大便艰涩,腹痛拘急,胀满拒按,胁下偏痛,手足不温,呃逆呕吐,舌苔白腻,脉弦紧。治宜温里散寒,通便导滞,主方为大黄附子汤加减,方中附子温毕散寒,大黄荡除积滞,细辛散寒止痛。可加枳实、厚朴、木香助泻下之力,加干姜、小茴香以增散寒之功。

虚寒者,“益其火则阴凝自化”,症见大便或干或不干,皆排出困难,小便清长,面色㿔白,四肢不温,腹中冷痛,得热痛减,腰膝冷痛,舌淡苔白,脉沉迟;治宜温阳散寒,润肠通便,主方为济川煎加减,方中肉苁蓉、牛膝温补肾阳,润肠通便;当归养血润肠;升麻、泽泻升清降浊;枳壳宽肠下气。可加肉桂以增温阳之力。若老人虚冷型肠梗阻,可用半硫丸;若脾阳不足,中焦虚寒,可用理中汤加当归、芍药;若肾阳不足,尚可选用金匱肾气丸或右归丸。

2 典型医案

李某,女,42岁,主因腹胀便秘5年,加重半月于

我处就诊。现状:腹胀、大便困难,4~5日行1次,便稀水、怕冷。舌质暗红、苔白腻、脉沉细。立位腹平片提示:不完全肠梗阻。诊断为肠结,脾阳虚证。治法为温阳散寒,润肠通便,主方为济川煎加减,处方如下:肉苁蓉 12 g,牛膝 12 g,当归 12 g,升麻 12 g,泽泻 12 g,肉桂 12 g,枳实 15 g,枳壳 15 g,焦槟榔 15 g,厚朴 12 g,草果 9 g,桃仁 15 g,杏仁 15 g,紫菀 15 g,桔梗 9 g,皂角 5 g,蚕砂 9 g。水煎服,每日1剂,共7剂。用本方取渣煎汤,同时灌肠应用。上方加减,14剂,症状明显缓解,查立位腹平片气液平面消失。

按语:方中肉苁蓉、牛膝温补肾阳,润肠通便;当归养血润肠;升麻、泽泻升清降浊;枳壳宽肠下气;肉桂以增温阳之力;枳壳、桔梗开宣肺气,肺气则赖以肺气的宣降得以通畅;草果、槟榔、厚朴祛除湿邪;桃仁富有丰厚的油脂,滑肠润燥;杏仁质润多脂,润肠通便;蚕砂以升清为主,皂角以降浊为要,二药合用,一升一降,升降协和,清升浊降,消胀软便;重用紫菀,亦可润肠通便。诸药理气化湿,通便导滞,可使患者肠道通畅,大便速解。

当代著名医家岳美中老先生指出:“用药宜动静结合”;故治疗肠结病宜动静结合。静属阴,动属阳;中医中有关阴阳关系的论述有:“阴在内,阳之守也;阳在外,阴之使也”“阳生则阴长,阴得阳则化”。这都说明了动静结合治疗便秘的必要性。

静药一般具有补益作用,如党参、黄芪、白术、山药、熟地黄等,可用于病后体虚及阴阳气血不足等产生的虚证肠结病;动药有调理气血作用,如川芎、枳实、当归、柴胡、陈皮、香附等,用于治疗寒积、气郁等实证肠结病。但静药易产生壅滞,而动药易伤正损气,只有动静结合,才能使补而不滞,祛邪而不伤正。古人用方,补剂必加疏药,补而不滞;通剂必加敛药,散中有收。从侧面说明动静结合治疗便秘的必要性;阴静制阳,阳动促阴。

动药中如大黄、番泻叶、芦荟、何首乌、虎杖等含有蒽醌甙类的泻药,不宜长期使用,可以造成继发性便秘及结肠黑变病。静药中蜂蜜、火麻仁、郁李仁等适用于年老体弱者,但也不宜长期服用,其中含有糖分和油脂成分,容易对人的血糖、血脂产生一定的影响。

此外,灌肠也是治疗肠结病过程中非常重要的方法之一,相对于内服中药来说,属于治疗过程中的“动法”。中医传统的蜜煎导法和现代由大黄等中药组成的灌肠方也是一对动静组合。蜂蜜属静药,大黄属动药,这两种灌肠方式在临床治疗便秘过程中均有较好效果。

3 思考

以上只是本人在读经典过程中的一点思考,肯定有

不成熟之处。但这种方式是与中医“读经典，做临床”的观点是一致的。

无论是“热结旁流”还是“寒结旁流”，都为我们认识和治疗不完全肠梗阻提供了一定的理论依据，至于“寒结旁流”理论是否有科学性和值得推广之处，还有待进一步的论证。

参考文献

- [1] 姜良铎. 中医急诊学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007.
- [2] 李东垣. 兰室秘藏[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.
- [3] 张景岳. 景岳全书[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2006.
- [4] 尤怡. 金匱翼[M]. 长沙: 湖南科技出版社, 2013.
- [5] 彭国程. 医学心悟[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [6] 李用粹. 证治汇补[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 沈海萍 收稿日期: 2018-09-11)

消渴病肾病同病异治验案※

李雅坤 高颜华 王万庆

(河北省保定市中医院糖尿病科, 河北 保定 071000)

摘要: 同病异治是中医辨证论治的重要原则之一, 同一病症, 因地、因人、因时不同, 或由于病机变化, 病情进展程度, 以及用药过程中邪正消长等差异, 治疗上也应相应采取不同的治疗方法。在消渴病(糖尿病)肾病的治疗过程中, 据其主要病因病机相同, 均为气阴两虚, 瘀浊热内停, 故主要治则为益气补肾, 清热活血降浊, 兼夹证不同, 治疗方法各有差异, 且均收到满意的治疗效果。

关键词: 同病异治; 消渴病; 肾病; 水肿; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.042

文章编号: 1672-2779(2019)-01-0105-02

Proved Cases of Treating Same Disease with Different Methods for Diabetic Nephropathy

LI Yakun, GAO Yanhua, WANG Wanqing

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

Abstract: Treating the same disease with different treatments is one of the most important principles of TCM syndrome differentiation and treatment. Different treatments should also be adopted for the same disease due to the local, human and time differences, or the degree of disease progression due to pathogenesis changes, and the changes of evil and healthy in the course of medication. In the treatment of diabetic nephropathy, according to the same main etiology and pathogenesis, both qi and blood deficiency, stasis and heat stopping, so the main treatment is to invigorate qi and kidney, clear away heat, promote blood circulation and reduce turbidity, and different treatment methods. And all received satisfactory treatment results.

Keywords: treating the same disease with different treatments; diabetes; nephropathy; edema; consumptive thirst

“同病异治”，是指同一病证，可因地、因人、因时的不同，或由于病情的发展，病机的变化，病型的各异，以及用药过程中邪正消长等差异，治疗时根据不同的情况，采取不同的治疗方法^[1]。同病异治是中医辨证论治的重要运用原则之一^[2]。古代医家曾多次提到同病异治，同病异治法最早见于《内经》。《素问·五常政大论》“西北之气，散而寒之，东南之气，收而温之，所谓同病异治也。”《素问·病能论》“有病颈痛者，或石治之，或针灸治之，而皆已，其真安在？岐伯曰：此同名异等者也。夫病气之息者，宜以针开除去之；夫气盛血聚者，宜石而写之。此所谓同病异治也。”临床诊治过程中，在整体观念、辨证论治的运用下，将同病异治的原则付诸于临床实践过程中，取得满意的治疗效果。现整理李丽萍老师病案如下。

案1 胡某，女，80岁，糖尿病肾病患者。2018年3

月13日初诊：神疲乏力、少气懒言、纳呆、大便干。舌质暗、苔腻微黄、脉弦细。空腹血糖 10.12 mmol/L；尿素氮 11.50 mmol/L；肌酐 206.4 μmol/L。西医诊断：2型糖尿病、肾病 V 期。中医诊断：消渴病、肾病、气阴虚瘀浊热证。治予益气补肾、化瘀通络、清热降浊。拟方：黄芪 30 g，丹参 30 g，炒大黄 10 g，熟地黄 30 g，山萸肉 30 g，茯苓 10 g，党参 10 g，生白术 15 g，生薏米 30 g，苍术 10 g，怀牛膝 15 g，黄柏 10 g，黄芩 10 g，陈皮 10 g，当归 15 g，砂仁 5 g，芡实 30 g，金樱子 30 g。14 剂，水煎服，日 1 剂，分 2 次口服。

2018年3月27日二诊：药后乏力稍减轻、情志不畅、善太息、纳差、大便干。舌质暗、苔腻微黄，脉弦细。复查尿素氮 11.83 mmol/L；肌酐 230 μmol/L。追溯病史，患者儿子近日患重病，情志不畅，遂病情加重，故加用疏肝解郁之品，调方柴胡 10 g，白芍 15 g，黄芪 30 g，丹参 30 g，炒大黄 10 g，当归 15 g，茯神 15 g，白术 15 g，牡丹皮 10 g，炒栀子 10 g，黄芩 10 g，苍

※ 基金项目：河北省中医药发展资金第二届省级名中医传承工作室项目【No.冀中医药[2018]9号】

术 10 g, 陈皮 10 g, 蒲公英 15 g, 生麦芽 30 g, 合欢皮 15 g, 益母草 30 g, 车前子 15 g (包)。14 剂。水煎服, 日 1 剂, 分 2 次口服。

2018 年 4 月 17 日三诊: 乏力明显好转, 心情较前愉悦, 纳可、大便调。空腹血糖 7.67 mmol/L; 尿素氮 9.49 mmol/L; 肌酐 155.4 μ mol/L。治疗有效, 暂不更方。后患者多次复诊, 方药随证加减, 临床随访观察中。

按语:“肝肾同源”理论源于《内经》,《素问·阴阳应象大论》云:“肾生骨髓, 髓生肝”。肝血滋养肾精, 肾精化髓以生肝血, 此为肾肝的精血互化。肾虚则生肝血无源, 肝气郁结, 肝血受损不能滋养肾精。《难经·七十五难》云:“子能令母实, 母能令子虚”。肾为肝之母, 母病及子, 肾虚不能滋养肝木, 则肝肾精血不足。肝为肾之子, 子病及母, 情志不遂, 肝气郁结, 子盗母气, 从而导致肾精亏虚, 肝肾同病, 故本病需肝肾同治, 收效甚佳。

案2 患者马某, 男, 63 岁。2018 年 2 月 26 日初诊: 口干、口粘, 腰疼、乏力, 双下肢中度水肿, 精神可、纳差、大便粘腻不爽, 寐安。舌暗红、舌体胖大、苔黄腻, 脉弦滑。既往高血压病史 20 年, 糖尿病史 20 年, 糖尿病肾病 1 年。尿素氮 10.85 mmol/L; 肌酐 189.20 μ mol/L; 尿酸 547 mmol/L; 空腹血糖 10.3 mmol/L。西医诊断: 2 型糖尿病、肾病 V 期、高尿酸血症。中医诊断: 消渴病肾病、气阴虚瘀热证。治予益气补肾、化瘀通络、清热降浊利水。拟方: 黄芪 60 g, 丹参 30 g, 当归 15 g, 大黄 10 g, 熟地 30 g, 陈皮 10 g, 白豆蔻 15 g, 山萸肉 30 g, 枳实 15 g, 生白术 30 g, 苍术 15 g, 怀牛膝 15 g, 生薏米 30 g, 车前子 15 g (包), 党参 10 g, 茯苓 10 g, 黄芩 10 g。14 剂, 水煎服, 日 1 剂, 分 2 次口服。

2018 年 3 月 13 日二诊: 口粘、大便粘腻症状好转不明显, 双下肢水肿减轻, 乏力、腰疼无好转, 舌暗红、舌体胖大、苔黄腻, 脉弦滑。尿素氮 9.54 mmol/L; 肌酐 159.10 μ mol/L; 尿酸 535 mmol/L。又拟方: 黄芪 30 g, 丹参 30 g, 当归 15 g, 大黄 10 g, 熟地黄 30 g, 陈皮 10 g, 白豆蔻 15 g, 山萸肉 30 g, 枳实 15 g, 生白术 30 g, 苍术 15 g, 怀牛膝 15 g, 生薏米 30 g, 车前子 15 g (包), 党参 10 g, 茯苓 10 g, 黄芩 10 g, 杏仁 10 g, 土茯苓 30 g, 威灵仙 15 g。患者二诊湿热之象不减, 追问患者既往曾长时间服用大量黄芪, 暂减黄芪, 加杏仁、土茯苓、威灵仙, 清热利湿。三诊诸症仍好转不明显, 停用黄芪, 后患者多次复诊, 症状逐渐好转, 方药随证加减。

2018 年 5 月 7 日六诊: 口不粘, 乏力好转, 未诉腰痛, 双下肢轻度水肿、便调。尿素氮 10.27 mmol/L; 肌酐 137.4 μ mol/L; 尿酸 512 mmol/L; 空腹血糖 6.73 mmol/L。临床随访观察中。

按语:糖尿病的基本病机为气阴两虚, 糖尿病肾病是由于糖尿病日久不愈, 耗伤气血, 气虚无力运血, 血行迟

缓, 阴虚津亏液少, 血液黏稠不畅, 阻于肾络而发病^[3]。故治则以益气活血为主。黄芪性味甘, 微温, 具有补气升阳, 固表止汗, 生肌托疮, 利水消肿等功效。方中多重用黄芪大补元气, 使气旺以促血行, 祛瘀血而不伤正, 此患者兼夹湿热偏重, 长期大剂量应用黄芪后, 湿热之证消除不明显, 病症无好转, 去黄芪, 湿热之证渐除, 收效明显。

两病案均属于消渴病肾病的范畴, 基本病机为本虚标实, 本虚为气阴两虚; 标实多为痰凝、血瘀、湿阻、浊毒内生等。高彦彬^[4]认为, 糖尿病肾病是糖尿病迁延日久, 久病入络所致, 发病之初气阴两虚, 渐至肝肾阴虚, 病情迁延阴损及阳, 伤及脾肾。病变晚期, 肾体劳损、浊毒内停、肾阳衰败、或见气血亏虚, 五脏俱损。活血化瘀法是根据《素问·至真要大论》:“疏其气, 令其条达, 而致和平”和《素问·阴阳应象论》:“定其血气, 各守其乡, 血实宜决之, 气虚掣引之。”等理论发展而来, 近年来已逐渐成为治疗肾脏病的重要方法之一, 并处于深入发展和完善之中^[5]。故治予益气补肾, 活血降浊为大法。案1: 患者本次病情加重源于情志刺激, 肝气不舒, 肝气郁结, 因肝肾同源, 子病及母, 肝肾互损, 故治疗在益气补肾, 活血降浊的基础上加用疏肝理气之品, 不适症状渐缓解, 病情逐渐好转。案2: 现代药理学研究认为, 黄芪具有利尿消肿, 改善脂肪、蛋白质和糖代谢, 有减少糖尿病肾病尿蛋白的排泄作用, 能改善糖尿病患者的高血脂症和调节机体免疫功能, 减轻氧自由基损伤, 改善血液流变学异常变化, 抑制炎症因子, 减少纤维生成等作用, 从而能延缓慢性肾功能衰竭的发展进程^[6]; 但本患者证兼有湿热, 而且较重, 黄芪有补气升阳之功, 长期大剂量应用黄芪后, 至湿热难除, 先减少黄芪用量, 后暂停黄芪, 湿热渐除, 口粘、水肿、纳差症状逐渐好转, 收效明显。两个病案根据患者的病史、症状、体征, 舌苔、脉象, 诊断为消渴病、肾病、气阴虚瘀热证。其病因相同, 兼夹证不同, 治则有差异, 但均获得明显效果。同病异治是辨证论治的重要治则, 在临床实践过程中, 根据疾病不同的临床症状、兼证表现及发病原因, 判断其病机证型各不相同, 故而采用不同的治疗方法, 均收到满意的效果。

参考文献

- [1] 《中医大辞典》编辑委员会. 简明中医辞典(修订本)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 384.
- [2] 王新华. 中医基础理论[M]. 北京: 北京人民卫生出版社, 2001.
- [3] 全小林, 周强, 赵林华, 等. 糖尿病肾病的中医辨治经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(1): 144-146.
- [4] 高彦彬, 赵慧玲. 糖尿病肾病的中医诊治[J]. 药品评价, 2009, 12(5): 36-37.
- [5] 卢新平, 燕树勋, 潘研, 等. 化瘀法治疗消渴病经验介绍[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(18): 2189.
- [6] 金陵. 黄芪、当归在肾脏疾病中的应用及其机制研究进展[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2001, 21(5): 396-397.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 王金玉 收稿日期: 2018-08-27)

针刺肾俞足三里 干预绝经后骨质疏松症大鼠模型的影响[※]

李 俐¹ 郑旭仙² 曾雅芬² 余晓雯² 吴明霞^{1*}

(1 福建中医药大学附属第二人民医院针灸科,福建 福州 350003;2 福建中医药大学针灸学院,福建 福州 350122)

摘要:目的 探讨针刺肾俞足三里防治绝经后骨质疏松症(PMOP)的可能作用机制。方法 50只雌性SD大鼠随机分为空白组、假手术组、模型组、肾俞足三里组和非经非穴组。行双侧卵巢切除手术复制骨质疏松模型。肾俞足三里组、非经非穴组每天针刺1次,留针30 min,10次1疗程,疗程间期5天,6个疗程后同时处死5组大鼠,取右侧胫骨测量胫骨、胫骨上端骨密度;RT-PCR法检测大鼠腰椎c-myc、Cyclin D1和Runx2 mRNA表达。结果 与假手术组比较,模型组胫骨、胫骨上端骨密度降低($P<0.05$);与模型组比较,肾俞足三里组胫骨、胫骨上端骨密度升高($P<0.05$),非经非穴组胫骨、胫骨上端骨密度差异均无统计学意义($P>0.05$);c-myc mRNA表达:肾俞足三里组c-myc mRNA表达与假手术组比较差异无统计学意义($P>0.05$);各实验组Cyclin D1灰度值均值差异均无统计学意义($P>0.05$);Runx2 mRNA表达:与空白组比较,模型组Runx2 mRNA表达降低($P<0.05$),与模型组比较,肾俞足三里组与非经非穴组的表达升高($P<0.05$)。结论 针刺肾俞、足三里穴可改善绝经后骨质疏松的骨密度降低,其作用机制可能与调节腰椎c-myc、Cyclin D1和Runx2 mRNA表达有关。

关键词:肾俞;足三里;绝经;骨质疏松症;骨密度;动物实验;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.043

文章编号:1672-2779(2019)-01-0107-05

The Effect of Acupuncture at Shenshu (BL23) and Zusanli (ST36) in the Treatment of Postmenopausal Osteoporosis Rat Model

LI Li¹, ZHENG Xuxian², ZENG Yafen², YU Xiaowen², WU Mingxia¹

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

2. College of Acupuncture-Moxibustion, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350122, China)

Abstract: **Objective** To explore the possible mechanisms of acupuncture at Shenshu (BL23) and Zusanli (ST36) for the treatment of postmenopausal osteoporosis (PMOP). **Methods** Fifty female SD rats were randomly divided into a blank group, a sham-operation group, a model group, a acupoint (BL 23 and ST36) group and a non-acupoint group. The osteoporotic rat model was established by bilateral ovariectomy. The acupoint group and non-acupoint group were given acupuncture once per day. 10 treatments made one session. There were 5 days at the interval between two sessions. All rats were killed and the bone mineral density (BMD) of the right tibias and proximal tibias were obtained after 6 sessions. Meanwhile, the expression of c-myc, Cyclin D1, and Runx2 mRNA in lumbar vertebra were detected by RT-PCR. **Results** BMD of the right tibias and proximal tibias in the model group were lower than those in the sham-operation group ($P<0.05$). Compared with the model group, the BMD of the right tibias and proximal tibias in the acupoint group were obviously increased ($P<0.05$), but no significant difference in the non-acupoint group ($P>0.05$). Compared with the sham-operation group, the expression of c-myc mRNA of the acupoint group had no significant differences ($P>0.05$). The difference in the mean grey values of Cyclin D1 in each experimental group was not statistically significant ($P>0.05$). The expression of Runx2 mRNA in the model group were lower than those in the blank group ($P<0.05$). Compared with the model group, the expression of Runx2 mRNA in the acupoint group and non-acupoint group were obviously increased ($P<0.05$). **Conclusion** Acupuncture at Shenshu (BL23) and Zusanli (ST36) could reduce PMOP and increase BMD. This action is probably associated with the regulation of the expression of c-myc, Cyclin D1, and Runx2 mRNA in lumbar vertebra.

Keywords: Shenshu (BL23); Zusanli (ST36); postmenopausal; osteoporosis; bone mineral density; animal experiment; arthromyodynia

随着经济、医疗水平的提高,人类的平均寿命不断增加,骨质疏松在老年群体中普遍存在。绝经后骨质疏

松症(PostmenoPausal osteoPorosis, PMOP)又称I型骨质疏松症,是指由于绝经后妇女卵巢生理功能以及雌激素水平的下降,使得骨代谢过程失衡,骨吸收大于骨形成而导致的骨量低下、骨组织显微结构破坏、骨强度降低、骨脆性增加。临床主要以疼痛、关节变形甚则骨折为主要表现的一种全身性骨疾病^[1]。因其有较高的致残

※ 基金项目:国家自然科学基金面上项目[No.81373719];福建省自然科学基金[No.2015J01479]

* 通讯作者:wumingxiafz@163.com

率,严重威胁到患者的生命健康及生活质量。中医学认为,骨的生长、发育主要受肾精盛衰影响,而妇女绝经后肾精亏虚故易发“骨痿”“骨痹”“骨枯”等病症。目前临床上主要是运用药物治疗,但药物治疗所产生的副作用较多,部分患者不能耐受或者不能接受。本实验通过观察针刺干预对绝经后骨质疏松症大鼠胫骨骨密度、腰椎 c-myc、Cyclin D1 和 Runx2 mRNA 表达的影响,探讨针刺防治绝经后骨质疏松症的可能作用机制。

1 材料与方法

1.1 实验动物及分组 7 周龄 SPF 级雌性 SD 大鼠 50 只,动物许可证号 (SCXK (沪) 2012-0002),由福建中医药大学实验动物中心提供 (许可证号:SYXK (闽) 2009-0001)。喂养 1 月后,按随机数字表法分为造模组 30 只,假手术组 10 只和空白组 10 只。

1.2 主要试剂、材料及仪器 试剂及材料:cDNA—链合成试剂盒 逆转录试剂盒 (Vazyme公司)、PCR Mix PCR聚合酶 (Vazyme公司)、Trizol RNA 提取试剂盒 (Vazyme公司)、琼脂糖-凝胶电泳用 (英国 OXOID 公司)、水合氯醛 (福建中医药大学附属第二人民医院提供)。仪器:双能 X 射线骨密度仪 (美国 HOLOGIC DISCOVERY CI型)、洗板机 (Wellwash 4 MK2, Thermo 芬兰)、基因扩增仪 (美国 Applied Biosystems 9700 PCR System)、酶标仪 (DENLEY DRAGON Wellscan MK 3, Thermo, 芬兰)、分析软件:Ascent software for Multiskan)、水浴锅 (上海精宏)、华佗牌一次性使用无菌针灸针 (0.25 mm×13 mm, 苏食药器械生产许 2001-0020号)。

1.3 研究方法

1.3.1 模型制作 参照文献^[2]方法造模:将 30 只大鼠用 10% 的水合氯醛 (3 mL/kg 体质量) 腹腔注射麻醉。腹位固定,沿腹部腹正中线 (腹白线) 剑突下 2 cm 处备皮,以安尔碘消毒,依次切开皮肤、肌肉、腹膜,用镊子轻轻将乳白色组织提出腹腔,即可见被包裹的卵巢,分离后钳夹、结扎输卵管,摘除卵巢。腹腔给予青霉素生理盐水 (2 万 U/mL) 抗炎,分层缝合皮肤,盖软毛巾保温待麻醉苏醒。术后连续做 1 周阴道图片,检测卵巢是否切除干净。假手术组 10 只造模切除卵巢附近的与卵巢大小相近的脂肪组织代替双侧卵巢。大鼠术后均予腹腔注射青霉素生理盐水 (2 万 U/mL) 抗炎,每日注射 0.5 mL,连续 3 日。

术后造模组死亡 2 只,死亡原因考虑麻醉药过敏或麻醉时间过长引起体温过低死亡。术后假手术组死亡 2 只大鼠,死亡原因考虑同上。将造模组同上述随机分组方法分为模型组 9 只,肾俞足三里组 10 只,非经非穴组 9 只。造模后饲养 90 d。

1.3.2 治疗方法 肾俞足三里组:取肾俞和足三里穴,定

位参照《实验针灸学》^[3]。穴位常规消毒后,用 0.5 寸毫针进行针刺,行提插捻转补法,留针 30 min,每隔 10 min 行针 1 次,每日 1 次,10 次 1 疗程,疗程间期 5 d,共治疗 6 个疗程,持续 90 d。

非经非穴组:取非经非穴进行针刺,定位参照《实验针灸学》^[3]。针刺操作同穴位组,余同穴位组。模型组、假手术组、空白组除套头、抓取操作外,不给予任何处理。

操作由福建中医药大学两名针灸推拿学研究生配合进行,保证各组接受 2 名操作者治疗的大鼠只数相同,期间,各组动物均正常饮食,自由饮水。

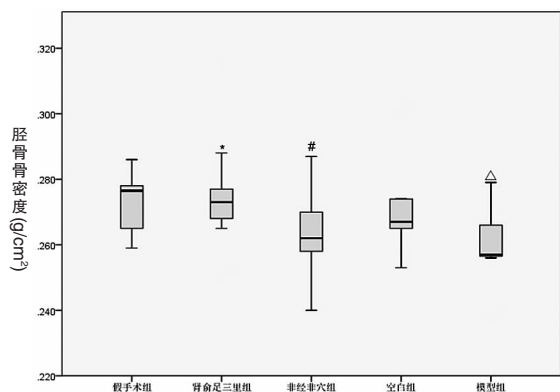
1.3.3 标本采集 治疗结束后,处死大鼠,完整摘取右胫骨,剥离骨周围软组织,生理盐水纱布包裹,放入 PE 密封袋,用于骨密度的测定;取第 1~3 腰椎,无菌纱布浸透 0.9% 盐水后包裹,于液氮中保存,用于 mRNA 的检测。以上标本取材时均按分组编号做好标记。

1.3.4 检测指标 (1) 骨密度:治疗结束后将大鼠处死,取右侧胫骨,采用美国 HOLOGIC DISCOVERY CI 型双能 X 线骨密度仪,测定大鼠右胫骨、右胫骨上端骨密度。由福建省中医药研究院提供检测服务;(2) mRNA 测定:PCR 法检测过程如下:取 L1~L3 椎体加 200 μ L Trizol,研磨后加入 800 μ L 的 Trizol 溶液,混匀后于室温下静置 15 min,加氯仿,静置 10 min 后离心。提取上层水相并加入等体积的异丙醇,混匀后置于低温环境 30 min,后离心 10 min,去上清液,留取沉淀。加乙醇振荡洗涤 RNA 沉淀 1 次,后离心 5 min。再水溶解。用 HiScript[®] II RT SuperMix for PCR 进行逆转录反应。由福州沃森生物技术有限公司合成内参及引物,内参序列:GAPDH (Rat) 140bp 上游:5'-ACGGCAAGTTCAACGGCAG-3'。引物序列:Runx2 (rat) 385bp 上游:5'-TGCCATCGTGTGTGAACATAAGA-3',下游:5'-CGTGTGTCAGAAGGAGTCAGGATG-3', c-myc (rat) 220bp 上游:5'-CCGTTCAA-GCAGATGAGCAC-3',下游:5'-GCCAAGGTTGTGAGGTTAGG-3', cyclin D1 (rat) 173bp 上游:5'-GCCGATGA-GAACAAGCAGAT-3',下游:5'-CGGTAGCAGGAGGAAAGT-3',下游:5'-GAAGACGCCAGTAGACTCCACGAC-3'。预变性 (94 $^{\circ}$ C, 5 min)、变性: (94 $^{\circ}$ C, 30 s),退火: (58 $^{\circ}$ C, 30 s)、延伸 (72 $^{\circ}$ C, 20 s)、重复变性→延伸 (30 个循环)、延伸 (72 $^{\circ}$ C, 7 min)。反应完成后取 4 μ L PCR 扩增产物于 0.9% 琼脂糖凝胶电泳进行检测 30 min 后,凝胶成像仪检测条带。

1.3.5 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析,各指标计量数值均用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,各组数据服从正态分布且方差齐性使用单因素方差分析,组间比较采用 LSD 检验;任一组数据不符合正态分布的,对秩转换后产生的新变量进行 SNK 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

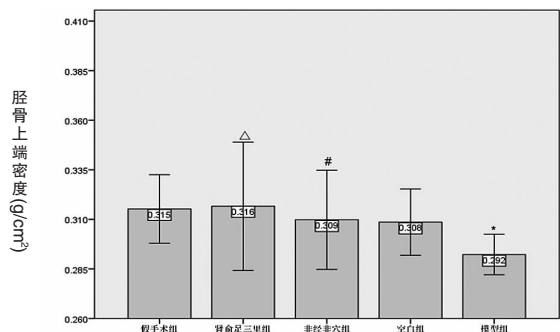
2.1 各组大鼠右胫骨骨密度测定结果比较 结果如图1 (SPSS 18.0 统计学软件制图) 所示: 与假手术组比, 模型组骨密度下降 ($P<0.05$)。与模型组相比, 肾俞足三里组骨密度有显著性差异 ($P<0.05$), 而非经非穴组差异无统计学意义。



注: 与模型组比较, $^*P<0.05$; 与模型组比较, $^{\Delta}P>0.05$; 与假手术组比较, $^{\Delta}P<0.05$

图1 大鼠胫骨骨密度比较

2.2 各组大鼠胫骨上端骨密度测定结果比较 结果如图2 显示: 与假手术组相比, 模型组骨密度均值降低 ($P<0.05$)。与模型组相比, 肾俞足三里组骨密度均值有显著性差异 ($P<0.05$), 而非经非穴组骨密度均值差异无统计学意义 ($P>0.05$)。



注: 与假手术组比较, $^*P<0.05$; 与模型组比较, $^{\Delta}P<0.05$; 与模型组比较, $^{\Delta}P>0.05$

误差条形图: ± 1 SD

图2 大鼠胫骨上端骨密度比较

2.3 mRNA测定凝胶成像仪检测条 如图3 所示。

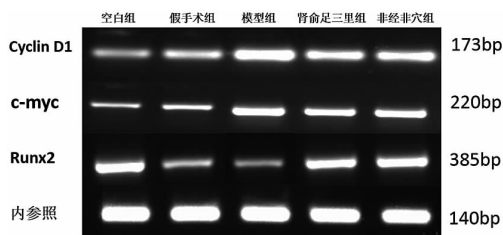
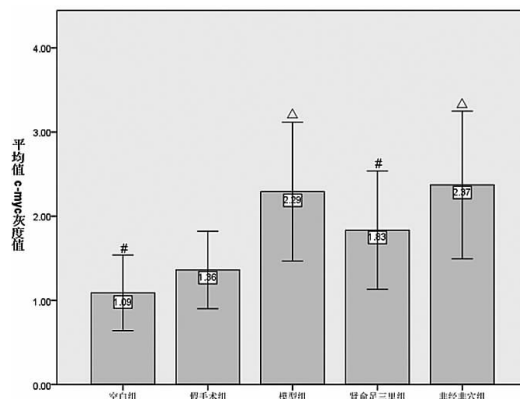


图3 mRNA测定凝胶成像仪检测条

2.4 各组大鼠腰椎c-myc、Cyclin D1和Runx2 mRNA表达结果比较

2.4.1 c-myc mRNA测定比较 结果如图4 所示: 与假手

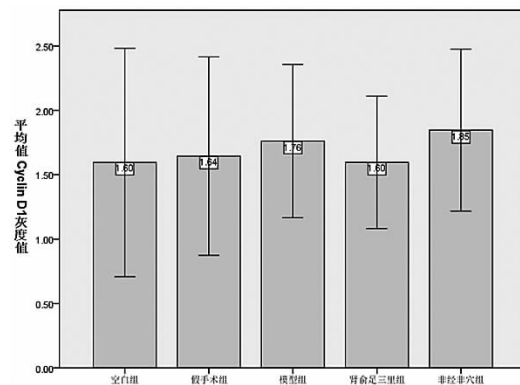
术比较, 空白组 ($P>0.05$), 模型组 ($P<0.05$), 肾俞足三里组 ($P>0.05$), 非经非穴组 ($P<0.05$)。



注: 与假手术组比较, $^{\Delta}P<0.05$; 与假手术组比较, $^{\Delta}P>0.05$
误差条形图: ± 1 SD

图4 c-myc mRNA灰度值比较

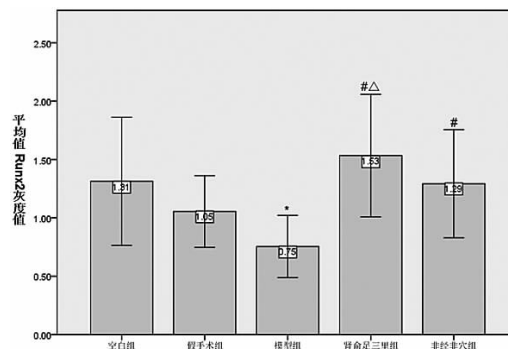
2.4.2 Cyclin D1 mRNA 测定比较 结果如图5 所示: Cyclin D1 灰度值均值非经非穴组>模型组>假手术组>肾俞足三里组>空白组 ($P>0.05$), 差异均无统计学意义。



误差条形图: ± 1 SD

图5 Cyclin D1灰度值比较

2.4.3 Runx2 mRNA测定比较 结果如图6 所示: 与空白组相比, 模型组 ($P<0.05$); 与模型组相比, 肾俞足三里组 ($P<0.05$)、非经非穴组 ($P<0.05$); 与非经非穴组相比, 肾俞足三里组 ($P>0.05$)。



注: 与空白组比较, $^*P<0.05$; 与模型组比较, $^{\Delta}P<0.05$; 与非经非穴组比较, $^{\Delta}P>0.05$

误差条形图: ± 1 SD

图6 Runx2灰度值比较

3 讨论

绝经后骨质疏松症 (PMOP) 多认为是由于卵巢功能减退而导致的一种常见骨骼疾病, 因其伴随着骨强度下降、骨折易感性增加, 使得致残率与致死率较高。研究发现雌激素是通过受体以及细胞因子的介导, 从而影响成骨细胞与破骨细胞的凋亡, 并可通过促进体内骨保护素的水平升高, 降低骨保护素受体的水平, 从而抑制了破骨细胞对骨的吸收^[4]。绝经后妇女因雌激素水平的降低, 破骨细胞活性增强, 成骨细胞受抑制, 骨吸收和骨形成平衡失调, 导致骨量丢失, 引起骨质疏松^[5]。根据其临床表现及发病的部位, 应当属于中医学“骨痿”“骨痹”“骨枯”的范畴。《素问·痿论》曰:“肾主身之骨髓。肾气热, 则腰背不举, 骨枯而髓减, 发为骨痿。”《备急千金要方·骨极》指出:“骨极者, 主肾也, 肾应骨, 骨与肾合, ……若肾病则骨极, 牙齿苦痛, 手足疼, 不能久立, 屈伸不利, 身痹脑髓痿。”肾为先天之本, 主骨生髓藏精, 其充在骨, 女子七七“天癸”绝, 肾精逐渐衰少, 骨髓化源不足, 不能濡养骨骼而致骨骼脆弱无力, 继而出现腰背酸痛、胫膝酸软等骨质疏松症的典型表现^[6]。PMOP 的发病根源皆在于肾, 病机关键是肾虚精衰, 骨髓空虚, 骨骼失养。又如《医宗必读》指出:“阳虚则血气少, 不能润养宗筋, 故弛纵, 宗筋弛纵则带脉不能收引, 故足痿不用。”《灵枢·决气》曰:“谷入气满, 淖泽注于骨。”脾为后天之本, 气血生化之源, 妇女在绝经前, 身体脾胃虚衰, 运化受碍, 气血乏源, 血不化精, 无以充养先天之精, 则肾虚经绝而骨痿, 致骨骼疏松发生。故本病与脾胃的关系也密切。因此治疗应补肾虚同时兼顾脾胃。本实验取肾之背俞穴肾俞, 配合胃之下合穴足三里, 起到培肾壮骨、健脾益气、强壮体质的作用。针灸治疗绝经后骨质疏松症的疗效及阐明其作用机理, 仍然是目前针刺治疗 PMOP 研究的主要内容之一。

本实验结果显示, 与假手术组相比, 模型组胫骨、胫骨上端骨密度均降低 ($P<0.05$), 证实造模能降低骨密度。与模型组相比, 肾俞足三里组大鼠胫骨、胫骨上端骨密度均升高 ($P<0.05$); 非经非穴组胫骨、胫骨上端骨密度差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。从结果可以看出, 针刺肾俞、足三里可使胫骨、胫骨上端骨密度升高, 这表明针刺肾俞、足三里穴可改善绝经后骨质疏松的骨密度降低。本研究从实验的角度验证了针刺肾俞、足三里穴可改善绝经后骨质疏松的骨密度降低。结合其他实验研究^[7-9]都得出针刺相关穴位可以改善去卵巢大鼠的骨密度水平, 其结论与我们的研究结论一致。

作为 Wnt/ β -catenin 通路的两个下游靶基因, c-myc 和 Cyclin D1 通过一系列的转录后, 可使细胞进入 S 期, 促进成骨细胞增殖分化。c-myc 通过基因启动子上的

TCF4 结合位点与 β -catenin 结合, 调节细胞周期, 促进 G1 到 S 期的转变, 从而促进成骨细胞的增殖。Cyclin D1 作为细胞周期增殖的关键蛋白, 促进细胞周期从 G1 期到 S 转换, 从而调节细胞分化增殖^[10-11]。另外, Runx2 作为调节成骨细胞分化和骨发育的关键转录因子, 能调控膜内和软骨内骨化成骨, 促进骨形成^[12]。

根据实验的结果显示, 肾俞足三里组 c-myc mRNA 表达与假手术组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 说明针刺肾俞、足三里穴产生的作用能防治绝经后骨质疏松症大鼠模型。针刺肾俞、足三里对 Cyclin D1 mRNA 表达差异均无统计学意义, 延长实验周期或者扩大样本量也许能进一步发现他们的关系, 也可能是针刺肾俞、足三里的作用靶向并非是 Cyclin D1。模型组大鼠腰椎 Runx2 mRNA 较空白组降低, 提示腰椎中 Runx2 mRNA 表达降低可能是绝经后骨质疏松症的发病机制之一, 通过针刺肾俞、足三里穴可能通过使腰椎中 Runx2 mRNA 表达升高而防治 PMOP, 肾俞足三里组 Runx2 灰度值虽略大于非经非穴组, 考虑受样本量、干预时间限制, 目前 Runx2 灰度值还不足以体现差异。

“肾主骨”, 肾气虚衰是绝经后骨质疏松症的根本病因, 肾俞穴是肾脏之气输注在背腰部的腧穴, 针之可补肾壮骨、强壮体质, 固护人体先天之本。足三里为胃腑之下合穴, 针之可补益脾胃、强壮机体、培补后天。中医从整体出发, 顾先天及后天之本, 改善 PMOP 病机, 从而达到改善骨质疏松的治疗目的。本实验结果提示该腧穴配合对临床具有较好的参考价值。

参考文献

- [1] 潘芳芳, 周志华, 王永平, 等. 针药并用对绝经后骨质疏松症大鼠血清 E₂、骨密度的影响[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(06):444-446.
- [2] 李恩, 薛延, 王洪复, 等. 骨质疏松鉴定诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:625.
- [3] 郭义. 实验针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008:417.
- [4] 李金艳, 陈颖, 唐艳丽, 等. 针灸治疗骨质疏松症效应机制研究进展[J]. 中国骨质疏松杂志, 2014, 20(3):315-321.
- [5] Dalle Carbonare L, Valenti MT, Zanatta M, et al. Circulating mesenchymal stem cells with abnormal osteogenic differentiation in patients with osteoporosis. Arthritis Rheum, 2009(11): 3356-3365.
- [6] 金珉廷, 郑洪新. 中医肾藏精生髓主骨理论与骨质疏松症[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(3):35-36.
- [7] 王亚军, 刘梅洁, 鞠大宏, 等. 针刺对去卵巢骨质疏松模型大鼠骨密度、骨形态计计量的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(7):857-859, 871.
- [8] 魏玉芳, 刘钰林, 张姝红, 等. 针刺对去势大鼠骨质疏松模型雌激素及骨密度作用的研究[J]. 针刺研究, 2007(1):38-41.
- [9] 欧阳钢, 唐曦, 莫非, 等. 针刺干预对去卵巢大鼠血清胃饥饿素和骨密度的影响[J]. 针刺研究, 2013, 38(4):277-280.
- [10] Matsubayashi S, Nakashima M, Kumagai K, et al. Immunohistochemical analyses of β -catenin and Cyclin D1 expression in giant cell tumor of bone (GCTB): a possible role of Wnt pathway in GCTB tumorigenesis[J].

Pathol Res Pract. 2009, 205(9): 626-633.

- [11] Licchesi JD, Van Neste L, Tiwari VK, et al. Transcriptional regulation of Wnt inhibitory factor-1 by Miz-1/c-Myc [J]. Oncogene. 2010; 29(44): 5923-5934.

- [12] 王剑,郑洪新,刘研,等. 补肾益髓中药复方对去卵巢骨质疏松症大鼠骨组织 Runx2 mRNA 及蛋白表达的影响[J]. 中国骨质疏松杂志, 2014, 20(8):890-895,907.

(本文编辑:李海燕 本文校对:林银英 收稿日期:2018-10-10)

针刺长强穴对自闭症模型大鼠海马区 相关蛋白表达的影响※

俞萍 郑昌岳 李凤 蒋剑文

(福建省级机关医院康复科,福建 福州 350001)

摘要:目的 观察针刺长强穴对自闭症模型大鼠学习记忆功能、海马区 β -catenin 和 GSK-3 β 蛋白表达的影响。方法 选健康成年 Wistar 雄性大鼠各 10 只,进行雌、雄合笼,随机分为 2 组,一组在怀孕 12 d 时给予母鼠腹腔注射丙戊酸钠,其产下的仔鼠随机分为非针刺对照组 10 只、非穴治疗对照组 10 只、针刺“长强”穴组 9 只。一组产下空白对照组。治疗结束后行水迷宫实验检测及免疫组化技术检测。结果 针刺长强穴组及空白对照组与非针刺对照模型组相比,其平均逃避潜伏期明显缩短 ($P<0.05$),其海马区 β -catenin 蛋白阳性细胞率明显下调 ($P<0.05$),其海马区 GSK-3 β 蛋白阳性细胞率明显上调 ($P<0.05$)。结论 针刺“长强”穴可通过调节 Wnt 通路上的 β -catenin 和 GSK-3 β 蛋白产生影响而提高自闭症模型大鼠学习记忆能力。

关键词: 自闭症;长强穴;海马;Wnt 通路;动物实验;蛋白表达;郁证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.044

文章编号:1672-2779(2019)-01-0111-03

The Effect of Acupuncture at Changqiang (GV1) on the Related Protein Expression in the Hippocampus of an Autistic Rat Model

YU Ping, ZHENG Chanyue, LI Feng, JIANG Jianwen

(Physiatry Department, Fujian Province Governmental Hospital, Fujian province, Fuzhou 350001, China)

Abstract: Objective To study the effect of acupuncture at Changqiang (GV1) on the learning and memory function in rat models of autism as well as on the β -catenin and GSK-3 β protein expression of hippocampus region. **Methods** Choosing 10 healthy adult Wistar male rats and female rats, they were randomly divided into 2 groups. One group was injected with valproate after 12 days of pregnancy, and the birth of rats were randomly divided into a non-acupoint group, a model group, an electroacupuncture at Changqiang group. Another group gave birth to a blank control group. After treatment, the water maze test and immunohistochemical test were performed. **Results** Compared with the non-acupoint group, the average escape latency was significantly shortened ($P<0.05$) by a blank control group and an electroacupuncture at Changqiang group, the hippocampus β -catenin protein positive cells rate significantly lowered ($P<0.05$), and the hippocampus GSK-3 β protein positive cells rate significantly raised ($P<0.05$). **Conclusion** The acupuncture at Changqiang (GV1) can be regulated by Wnt pathway on the β -catenin and GSK-3 β protein and improve learning and memory ability in rat models of autism.

Keywords: autism; Changqiang (GV1); hippocampus; Wnt pathway; animal experiment; protein expression; melancholia

儿童自闭症 (children autism, CA) 又可称为孤独症,是指在 3 岁之前发病,其主要表现症状为不同程度的社会交流能力缺陷、语言发育障碍、重复刻板以及狭隘的兴趣等的一种疾病^[1]。由于自闭症的发病机制尚不明确,目前尚无专门针对自闭症的特异性治疗药物,基础研究中我们发现针刺长强穴可改善自闭症模型大鼠学习和记忆能力^[2]。已有的研究认为与自闭症关系最密切的脑区形态结构有前额叶皮层和海马等^[3]。而 Wnt 信号通路通过调控神经元发育,在早期胚胎发育中起了重要作用。因此认为此通路与自闭症患者和动物模型早期脑

的过度发育有关^[4]。 β -catenin 是一种多功能信号蛋白,可进入细胞核内,参与基因的表达,在 Wnt 信号通路中处于重要地位。位于通路上游的 GSK-3 β 是一个最主要的负性调节因子,有效磷酸化 β -catenin,导致 β -catenin 的积聚与活化。这两个重要蛋白直接影响着 Wnt 信号通路所起到的生物学功能。鉴于 β -catenin 和 GSK-3 β 在 Wnt 信号通路中的关键作用,本实验拟通过针刺干预自闭症模型大鼠长强穴后,观察这两个信号蛋白在大鼠脑海马内的蛋白表达情况与细胞形态的变化,以希望认识到这些变化与学习记忆功能改善之间的相关性。

1 实验材料

1.1 主要试剂及设备 丙戊酸钠 (Sigma); 一抗 β -catenin

※ 基金项目:福建省卫生计生委青年科研课题项目[No.2017-1-35]

(博士德 BA0426); 一抗 GSK-3 β (博士德 BA0906); 二抗 sp-9001 (invitrogen sp-9001); DAB (北京中杉 zli-9032); Morris 水迷宫 RB-100AV2.5.1、生物组织脱水机 ZT-14S; 生物组织石蜡包埋机 YB-6LF; RM2015 切片机 (德国莱卡)

2 实验方法

2.1 实验动物模型制备及动物分组 本课题选取福建中医药大学实验动物中心提供健康成年 Wistar 雄性 300~350 g 及雌性 200~250 g 大鼠各 10 只, 待大鼠熟悉环境 1 周后, 予雌、雄各一只合笼, 饲养在带有托盘的铁笼中并过夜, 到第二天早晨 9 点左右, 检查到托盘中有阴栓的雌鼠记为胚胎第 1 天 (Embryofoday, E1), 这时将雌、雄分笼, 并将受孕母鼠放入带有木屑的垫料笼中单独饲养。将受孕母鼠按随机数字表法分成 2 组, 1 组 9 只孕鼠, 在 E12 天时给予母鼠 600 mg/kg 的 VPA (用 0.85% 的生理盐水配成 250 mg/mL 的溶液) 腹腔注射^[5], 是为模型组; 另外 1 组为 1 对, 进行正常饲养, 是为空白对照组。模型组母鼠产下的仔鼠记为模型鼠; 正常对照组母鼠产下的仔鼠记为正常对照组。第 23 天仔鼠雌雄分笼, 按随机数字法分组, 1~9 号为针刺“长强”穴组, 10~19 号为非针刺对照模型组, 即模型组; 20~29 号为非穴位针刺治疗组。正常对照组生下 12 只, 随机筛选 10 只为空白对照组。

2.2 针刺干预

2.2.1 穴位选择 参照《实验针灸学》^[6]中的定位方法取长强穴: 位于大鼠肛门和尾骨部之间的凹陷处; 非穴为: 在大鼠腋中线处, 在肋弓最低点上 1 cm 非经非穴处。

2.2.2 刺法 仔鼠生出 23 天后, 针刺长强穴组以 30 号 0.5 寸毫针 (佳健牌, 无锡佳健医疗器械有限公司生产) 直刺约 0.2 寸, 非穴位针刺对照组同样以 30 号 0.5 寸毫针直刺 0.2 寸, 2 组行平补平泻提插手法 1 min。每日于上午 9 时行针刺手法 1 次, 连续针刺 10 日为 1 个疗程, 1 个疗程后休息 2 日再行针刺治疗, 连续 3 个疗程。非针刺模型组、空白对照组仅每日模拟针刺组行抓取动作, 不作治疗, 并在相同条件下饲养。

2.3 Morris 水迷宫行为学测试 水迷宫直径为 120 cm, 深为 50 cm, 注入水深为 30 cm, 水温控制在 22℃~25℃, 通过池壁上的 4 个等分距离点把水池分为 4 个象限, 并在第三象限的中央放置一直径为 12 cm, 略低于水平面 1.5 cm 的圆形黑色平台。水迷宫定位航行试验: 于每日上午 9 时开始, 将大鼠沿着水池壁放入水中, 从第一象限开始, 通过图像采集和处理系统记录大鼠找到平台所用的时间及轨迹, 若大鼠在 60 s 内找到并站上平台, 就进行下一象限测试, 如果大鼠在 60 s 内还未登上平台, 实验人员就帮助大鼠站上平台, 并在平台上站立 10 s,

10 s 后让老鼠置于鼠笼中休息 1 min, 之后再进行下一象限测试, 第 2 日开始就从第 2 象限开始, 以此类推, 连续 4 日。

2.4 大鼠海马区 β -catenin 和 GSK-3 β 蛋白表达的观察

2.4.1 样品采集及处理 针刺治疗结束后, 参照如下方法进行取材: 抓取大鼠, 腹腔注射 10% 水合氯醛麻醉, 待大鼠昏迷后, 将其胸腔剪开, 充分暴露心脏, 并剪开大鼠的右心耳放血, 同时将圆头针插入大鼠心尖, 迅速向心脏内推注生理盐水, 直至观察到从剪开的右心耳处流出清亮的液体为止, 大约需推 50 mL; 随后立即换针筒, 保持针头不移位, 向心脏内缓慢灌入 4% 的多聚甲醛, 待大鼠的四肢、尾巴完全僵直时, 拔出针头, 断头, 从枕骨大孔往前剪开皮肤, 沿人字缝分开颅骨, 暴露脑组织, 并迅速剥离脑膜及神经, 使之与颅骨分离, 取出脑组织, 浸没于 4% 多聚甲醛液体中, 参照大鼠脑定位定向图谱^[7], 冠状面切取前脑 -3.14 mm ~ -6.3 mm 部分约 3 mm 厚脑片, 包埋切片后行免疫组化检测: 首先将组织切片附于经多聚赖氨酸附膜的载玻片上, 60℃ 过夜; 之后进行脱蜡、脱水; 接下来进行抗原修复及封闭。甩去多余液体, 不洗; 之后进行滴加一抗、二抗和显色, 最后进行苏木素复染, 并在显微镜下观察。

2.5 统计学方法 以上实验所得数据用 SPSS 18.0 软件进行统计分析。平均逃避潜伏期: 各组间数据采用单因素方差分析, 以 $P < 0.05$ 为有统计意义。

大鼠海马区 β -catenin 和 GSK-3 β 蛋白表达的观察: 空白组、非针刺模型组、针刺长强穴组、非穴治疗组组间采用图片对比观察, 记录阳性细胞率, 采用单因素方差分析, 以 $P < 0.05$ 为有统计意义。

3 结果

3.1 Morris 水迷宫观察结果 表1结果显示: 在水迷宫实验中, 针刺长强穴组与非针刺对照模型组相比, 其逃避潜伏期所用时间明显缩短 ($P < 0.05$); 而空白对照组与非针刺对照模型组比, 其所用时间也明显缩短 ($P < 0.05$), 其结果均具有统计学意义。

表1 大鼠定位航行试验潜伏期比较 ($\bar{x} \pm s, s$)

组别	只数	逃避潜伏期
空白组	10	40.78 $\pm$ 2.09 [▲]
模型对照组	10	54.66 $\pm$ 7.08
非穴治疗对照组	10	46.84 $\pm$ 7.08
针刺长强组	9	44.18 $\pm$ 6.88 [*]

注: 针刺长强穴组与模型对照组相比较, ^{*} $P < 0.05$; 空白组与模型对照组相比, [▲] $P < 0.05$

3.2 大鼠海马区 β -catenin 和 GSK-3 β 蛋白表达的观察

3.2.1 大鼠海马区 β -catenin 蛋白表达的观察结果 表2结果显示: 针刺长强穴组与非针刺对照模型组相比, 其

海马区 β -catenin 蛋白表达的阳性率明显下调 ($P<0.05$); 而空白对照组与非针刺对照模型组比, 其阳性细胞表达率也明显下调 ($P<0.05$), 其结果均具有统计学意义。

表2 大鼠海马区 β -catenin蛋白表达的阳性率比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	只数	β -catenin蛋白
空白组	10	2.60±0.97 [▲]
模型对照组	10	5.20±1.03
非穴治疗对照组	10	4.20±1.48
针刺长强组	9	3.11±1.05 [*]

注: 针刺长强穴组与模型对照组相比较, $^*P<0.05$; 空白组与模型对照组相比, $^{\Delta}P<0.05$

3.2.2 海马区 GSK-3 β 蛋白表达的观察结果 表3结果显示: 针刺长强穴组与非针刺对照模型组相比, 其海马区 GSK-3 β 蛋白表达的阳性率明显上调 ($P<0.05$); 空白对照组与非针刺对照模型组、非穴治疗组相比, 其阳性细胞率明显上调 ($P<0.05$), 其结果均具有统计学意义。

表3 大鼠海马区 GSK-3 β 蛋白表达的阳性率比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	只数	GSK-3 β 蛋白
空白组	10	6.00±0.00 ^{▲*}
模型对照组	10	2.20±1.03
非穴治疗对照组	10	3.80±0.63
针刺长强组	9	4.88±1.45 [*]

注: 针刺长强穴组与模型对照组相比较, $^*P<0.05$; 空白组与模型对照组相比, $^{\Delta}P<0.05$; 与非穴组相比, $^*P<0.05$ 。

4 分析与讨论

儿童自闭症, 又称儿童孤独症, 是一种较为严重的发育障碍性疾病。研究认为, 在遗传与环境因素的相互作用下, 可引发个体发育早期阶段神经元细胞增殖、分化、凋亡与迁移异常, 从而导致相关脑区形态结构异常^[3]。通过大量的临床治疗和实验研究报道发现针刺长强穴治疗精神发育迟滞儿童, 可提高患儿的语言、认知能力和智力^[8]。长强穴, 又名尾闾穴, 位于尾骨尖下 0.5 寸, 尾骨端与肛门连线的中点处, 为督脉之络穴, 别走任脉。《难经·二十八难》中首先提出长强与脑的直接联系, 其指出: “督脉者, 其余下极之俞, 并于脊里, 上至风府, 入属于脑”。长强为督脉的第一个穴, 这里的“下极之俞”指的应该就是长强。所以可通过针刺长强, 可起到通督调阳的作用, 即“长强者长于阳而强于阴, 生气通于天, 其质造形而通于地”, 为纯阳初始, 使脏中生春阳气正, 舒缓各部器官, 具有很好的宁神镇痉, 脊强反折, 除其痼疾之功效^[9]。

Wnt 通路是一条对个体的早期发育, 是脑发育尤其重要的信号通路。Wnt 信号在动物胚胎的早期生长和形态发育、器官形成、组织再生和其它生理过程中, 具有至关重要的作用^[10]。多种神经性疾病都可能与 Wnt 信号

通路的异常有关^[11]。通路上的 β -catenin 作为一种黏附因子, 功能主要为介导细胞间黏附和参与基因的表达, 在通路中处于关键地位。位于信号通路 β -catenin 上游的 GSK-3 β 是一个主要负调节因子, 阻止其下游的 β -catenin 降解, 使神经元增值过快、数量增加, 导致神经元形成错误的联系^[12], 从而使自闭症患者表现出社会交往障碍、刻板行为模式及情绪焦虑等方面的异常^[12]。本实验通过针刺干预自闭症模型大鼠后, 其长强穴治疗组在水迷宫试验中其定位航行试验逃避潜伏期所用的时间明显缩短, 表明针刺长强穴后自闭症模型大鼠的学习记忆能力有所提高; 其海马区 Wnt 通路上的 β -catenin 表达下调、GSK-3 β 表达上调, 从而使亢进的 Wnt 通路趋于正常。这些指标提示从脑内在结构到外在行为表现都说明针刺长强穴对自闭症模型大鼠具有治疗作用。观察这两个信号蛋白在大鼠脑内海马区的蛋白表达与细胞形态的变化, 以希望认识到这些变化与学习记忆功能改善之间的相关性, 但其具体作用机制尚不明, 有待进一步研究其相关性。

参考文献

- [1] 陈秀洁. 儿童运动障碍和精神障碍的诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 749-754.
- [2] 张学君, 洪霖, 洪钰竺, 等. 电针后海穴对自闭症模型大鼠学习和记忆能力的影响[J]. 福建中医药大学学报, 2013, 23(1): 13-15.
- [3] Stanfield A C, McInosh A M, SPeneer M D, et al. Toward aneuroanatomy of autism: A systematic review and meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies[J]. Eur Psychiatry, 2008, 23(4): 1-11.
- [4] 陈明军, 于剑锋, 柴继侠, 等. wnt 通路信号蛋白 β -catenin 和 GSK-3 β 在孤独症模型大鼠脑中表达的变化[J]. 神经解剖学杂志, 2009, 25(4): 361-368.
- [5] 张应花, 贾云杰, 张天然, 等. wnt/ β -catenin 信息通路对孤独症模型大鼠重复刻板行为的影响[J]. 中国临床解剖学杂志, 2015, 33(4): 430-433, 443.
- [6] 李忠仁. 实验针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 326.
- [7] 诸葛启钊. 大鼠脑立体定位图谱[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 16-20.
- [8] 吴强, 韩平, 王振宇, 等. 针刺长强穴治疗精神发育迟滞患儿 57 例多中心临床研究报告[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(11): 2668-2671.
- [9] 朱震亨. 格致余论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 48-53.
- [10] 尹定宇, 宋海云. Wnt 信号通路: 调控机理和生物学意义[J]. 中国细胞生物学学报, 2011, 33(2): 103-111.
- [11] Majumder M, Dutta S, Barmann R N, et al. Association between autism and variants in the wingless-type MMTV integration site family member 2 (WNT2) gene[J]. International Journal of Neuropsychopharmacology, 2010, 13(4): 443-449.
- [12] Kalkman H O. A review of the evidence for the canonical Wnt-pathway in autism spectrum disorders[J]. Molecular Autism, 2012, 3(15): 81-90.
- [13] 陈天红, 孙莉. Wnt 信号通路在自闭症疾病中的作用[J]. 华夏医学, 2016, 5(3): 162-166.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 陈永华 收稿日期: 2018-09-14)

热痹康胶囊的提取工艺研究

江丽芬 方建康 庞学丰

(广西中医药大学附属瑞康医院药学部, 广西 南宁 530011)

摘要:目的 探讨热痹康胶囊的水提取工艺条件。方法 用薄层色谱法对方中防风、黄柏、桂枝和桑枝进行定性鉴别,以干膏量和龙胆苦苷含量为指标,采用高效液相色谱法测定含量,运用正交试验法对水提的工艺条件进行优化。结果 水提取最佳工艺为:第一次补足吸水量后加 10 倍量水浸泡 0.5 h,其余每次加 10 倍量水,提取 3 次,每次提取 1 h。结论 优选的工艺稳定、可行。

关键词:热痹康胶囊;提取工艺;水煎煮法;正交试验;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.045

文章编号:1672-2779(2019)-01-0114-03

Study on the Extraction Technology of Rebikang Capsule

JIANG Lifang, FANG Jiankang, PANG Xuefeng

(Department of Pharmacy, Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530011, China)

Abstract:**Objective** To optimize the water extraction conditions of Rebikang capsule. **Methods** An extraction procedure was optimized by orthogonal test. The content of rutin which was used as the assessment index was determined by HPLC. **Results** The optimal water extraction process was as follows: using crude drugs in processed pieces with 10 times water, soak for 2 h, extraction 3 times and each time lasts 1 h. **Conclusion** The optimal process is stable and feasible.

Keywords: Rebikang capsule; Extraction Technology; water decocting method; HPLC; arthromyodynia

热痹康汤是庞学丰主任医师研究且运用了十几年的经验方,由秦艽、防风、桂枝、威灵仙、制川乌、地龙、桑枝、葛根、忍冬藤、黄柏、苍术等组成,对类风湿关节炎的治疗或辅助治疗有很好的疗效。在现代类风湿关节炎的治疗上,中医药展现了强力有效的一面,也为类风湿关节炎的治疗描绘了美好的前景^[1]。故本文以龙胆苦苷含量为评价指标,采用正交试验法考察水提影响因素,优化出水提工艺条件,为研究热痹康胶囊治疗类风湿性关节炎的物质基础、探讨其作用机制及其临床应用与开发奠定基础。

1 资料与方法

1.1 材料与仪器 ACS-JZ 高密度计数计重天平(深圳信诺普衡器);AL204 分析天平(梅特勒-托利多仪器上海有限公司);HH-S8 电热恒温水浴箱(北京科伟永兴仪器有限公司);WFH-205B 可见透射紫外反射仪(上海精科实业有限公司);CQ-250 超声波清洗机(上海跃进医用光学器械厂);DLSB-5L/10 低温冷却液循环泵(巩义市予华仪器有限责任公司);SHZ-D 循环水式真空泵(巩义市予华仪器有限责任公司);LC-20AT 岛津高效液相色谱仪(岛津国际贸易上海有限公司)。

1.2 实验方法

1.2.1 防风的定性鉴别 取本品粉末 5 g,加甲醇 30 mL,超声处理 20 min,滤过,滤液蒸干,残渣加乙醇 10 mL 使溶解,取滤液浓缩至 1 mL 作为供试品溶液。另取防风对照药材 1 g,同法制成对照药材溶液。取阴性品粉末 5 g,同法制成阴性溶液。

吸取上述 3 种溶液各 5 μ L,点于同一硅胶 G 薄层

板上,以三氯甲烷:甲醇(4:1)为展开剂展开,取出,晾干,置紫外光灯 254 nm 下检视。供试品溶液色谱中,在与对照药材溶液和对照品溶液色谱相应的位置上,显相同颜色的斑点。阴性对照试验无干扰。

1.2.2 桂枝的定性鉴别 取本品内容物 5 g,加乙醚 20 mL,振摇 15 min,放置 1 h,滤过,滤液蒸干,残渣加丙酮 1 mL 溶解,作为供试品。取桂枝药材 1 g,同法制成对照药材。另取缺桂枝的阴性样品,同法制成阴性对照品。吸取供试液、对照药材及阴性对照液各 6 μ L、3 μ L、3 μ L,分别点于同一硅胶 G 薄层板上,以石油醚 30~60 $^{\circ}$ C-乙酸乙酯(17:3)为展开剂,展开取出,晾干。喷以 2,4-二硝基苯肼甲醇溶液,日光下检视,供试品色谱中,在与对照品色谱相应的位置上,显相同颜色(橙色)的斑点,阴性对照液无此斑点。

1.2.3 黄柏的定性鉴别 取供试样品粉末 1 g 加甲醇 10 mL,超声 20 min,放置,滤过,滤液蒸干,残渣加甲醇 2 mL 使溶解,作为供试品黄柏药材 0.1 g,同法制成对照药材。另取缺黄柏的阴性样品 1 g,同法制成阴性对照品。取供试品溶液 10 μ L、药材对照品 5 μ L、阴性对照液各 5 μ L,分别点于同一硅胶 G 薄层板上,以甲苯-乙酸乙酯-甲醇-异丙醇-水(6:3:2:1.5:0.3)为展开剂,展开,取出,晾干,置紫外光灯(365 nm)下检视。供试品色谱中,在与药材对照品色谱相应的位置上,显相同颜色的荧光斑点,而阴性对照液与其相应位置无显色斑点。

1.2.4 桑枝的定性鉴别 取本品 2 g,精密称定,加甲醇 20 mL,超声处理 30 min,滤过,滤液蒸干,残渣加甲

醇 1 mL, 作为供试品溶液。取桑枝对照药材 1 g, 同法制成对照药材溶液。另取缺桑枝的样品 1 g, 同法制成阴性对照。分别吸取上述 3 种溶液各 5 μ L, 分别点于同一硅胶 G 薄层板上, 以甲苯-乙酸乙酯-甲酸 (5:2:1) 为展开剂, 展开, 取出, 晾干, 置紫外灯 (365 nm) 下观察。供试品溶液色谱中, 在与对照药材溶液色谱相应的位置上, 显相同颜色的荧光斑点。

1.2.5 秦艽的含量测定 (1) 色谱条件: 柱温: 25 $^{\circ}$ C; 流动相: 乙腈:0.1% 冰醋酸 (8:92); 流速: 1.0 mL/min, 检测波长: 254 nm, 理论板数按龙胆苦苷峰计算应不少于 3000。

(2) 对照品溶液的制备: 精密称取龙胆苦苷对照品适量, 加乙醇制成 1 mL 含 10 μ g 的溶液, 即得。精密吸取 5 μ L, 进样, 测定, 结果见图 1。

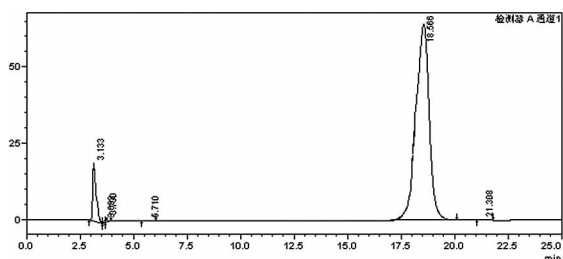


图1 对照品图谱

(3) 供试品溶液的制备: 取本品约 1 g, 研细, 精密称定, 置具塞锥形瓶中, 精密加入乙醇 20 mL, 密塞, 超声处理 30 min, 放冷, 摇匀, 滤过, 取续滤液, 即得。精密吸取 5 μ L, 进样, 测定, 结果见图 2。

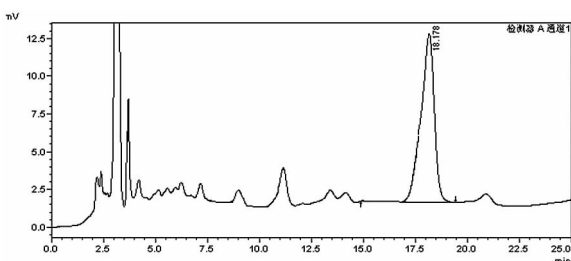


图2 供试品图谱

(4) 阴性干扰试验: 按照处方中药味的比例, 配制不含葛根的群药, 按其工艺制成阴性制剂, 再按照上述供试品溶液的制备方法制成阴性液, 精密吸取 5 μ L, 进样, 测定, 见图3。结果阴性液在龙胆苦苷对照品相同的保留时间处未显色谱峰, 表明无干扰, 方法专属性良好。

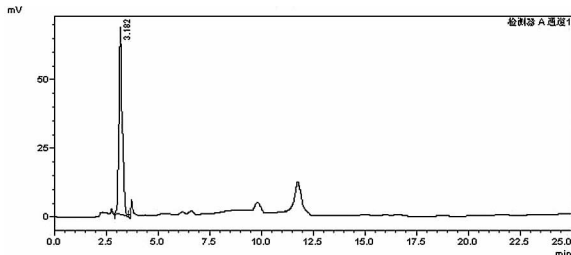


图3 阴性液图谱

(5) 线性关系考察: 精密吸取龙胆苦苷 10、20、30、40、50、60 μ g/mL 的对照品溶液 20 μ L 分别注入液相色谱仪, 测定龙胆苦苷色谱峰面积依次为 320778、500334、673179、867796、1058561、1246075, 以龙胆苦苷进样量为横坐标, 峰面积为纵坐标, 进行线性回归, 得回归方程: $y=185590x+128209$, 结果表明龙胆苦苷在 0.2075~1.2047 μ g 具有良好的线性关系, 见图4。

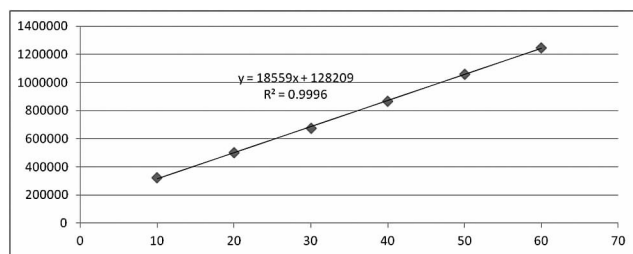


图4 龙胆苦苷色谱峰面积与进样量线性关系图

(6) 稳定性试验: 取同一批样品, 制备供试品溶液, 在室温下放置 0、1、2、4、8、12 h 后分别进样, 测定峰面积, 结果峰面积平均值为 653079, RSD 为 1.0%, 表明待测组分浓度在 12 h 内无明显变化, 化学性质稳定。

(7) 精密度试验: 取同一浓度对照品溶液, 按照上述色谱条件, 分别精密吸取 5 μ L, 连续进样 6 次, 测定峰面积。结果峰面积平均值为 958834, RSD 为 0.03% ($n=6$), 结果表明仪器精密度良好。

(8) 重复性试验: 取同一浓度供试品溶液, 依法平行制备 5 份供试品溶液并测定其含量, 结果求得龙胆苦苷平均含量为 0.786 mg/g, RSD 为 0.9% ($n=5$)。

(9) 回收率试验: 取已知龙胆苦苷含量的样品 6 份, 研细, 取约 1 g, 精密称定, 分别精密加入葛根素对照品约 0.8 mg, 照供试品溶液的制备方法制备溶液并依法测定峰面积, 计算回收率。结果见表1。

表1 回收率试验 ($n=6$)

样品含量 (mg)	对照品加入量 (mg)	测得总含量 (mg)	回收率 (%)	平均回收率 (%)	RSD (%)
0.8775	1.0237	1.8703	96.89		
0.9803	1.0237	1.9613	95.82		
0.8932	1.0237	1.8659	95.01	96.03	0.74
0.8705	1.0237	1.8533	96.00		
0.8991	1.0237	1.8865	96.45		

结果表明, 本方法回收率较好。

(10) 样品含量测定: 分别取九份样品 1 g, 依法制备成相同的浓度并测定其龙胆苦苷的含量, 结果见表2。

表2 9份样品含量测定

序号	1	2	3	4	5	6	7	8	9
含量(μ g)	0.3	0.38	0.63	0.35	0.44	0.84	0.40	0.98	0.59

1.3 正交试验——工艺条件优选 (1) 因素水平: 根据传统的中药制剂的常规方法及生产的实际经验, 选用水

煎煮提取工艺的主要因素即加水量,第一次煎煮前浸泡时间,煎煮时间(h),煎煮次数,每个因素各选三个水平,选用 $L_9(3^4)$ 正交试验安排试验因素水平^[3],见表1。

表1 因素水平表

因素	A	B	C	D
水平	加水量(倍)	煎前浸泡时间(min)	煎煮时间(h)	煎煮次数(次)
1	8	0	1.0	1
2	10	30	2.0	2
3	12	60	3.0	3

(2) 试验方法:按处方比例称取秦艽、防风、桂枝、威灵仙、制川乌、地龙、桑枝、葛根、忍冬藤等各种药材共9份,每份160g,分别按 $L_9(3^4)$ 正交试验安排9次试验,合并煎煮液,精滤,浓缩,置已干燥恒重的蒸发皿中,水浴蒸干,残渣在105℃干燥4h,放置干燥器内冷却30分钟,迅速称定重量,干膏固体总量分别为14.32、21.97、33.21、33.77、17.67、30.52、24.79、32.17、18.07g。

表2 正交试验表

试验号	A	B	C	D	试验结果
1	1	1	1	1	14.62
2	1	2	2	2	22.35
3	1	3	3	3	33.84
4	2	1	2	3	34.12
5	2	2	3	1	18.11
6	2	3	1	2	31.36
7	3	1	3	2	25.19
8	3	2	1	3	33.15
9	3	3	2	1	18.66
K_1	23.60	24.64	26.38	17.13	
K_2	27.86	24.54	25.04	26.30	
K_3	25.67	27.95	25.71	33.70	
R	4.26	3.42	1.33	16.57	

结果: $D > A > B > C$,最佳工艺: $A_2 B_3 C_1 D_3$
从上表的实验数据进行方差分析结果见表3。

表3 方差分析表

方差来源	离差平方和	自由度	F值	P值	显著性
A	27.23	2	10.21	0.089	
B	22.64	2	8.49	0.105	
C	2.67	2	1.00	0.500	
D	413.57	2	155.09	0.006	**
误差	2.67	2			

注: $F_{0.05}(2,2)=19.00, F_{0.01}(2,2)=99.00$

(3) 正交试验优选结果:通过正交试验直观分析和方差分析结果表明:ABCD各因素对本品提取物总固体总量都有不同程度的影响。从分析结果表明煎煮次数D对本品影响最大,其次是加水量A,煎前浸泡时间B因素和煎煮时间,影响顺序为 $D > A > B > C$, $A_2 B_3 C_1 D_3$ 为最佳

工艺,即加10倍量水,第一次先浸泡60min,煎煮提取3次,每次1h。

(4) 验证试验:按优选的最佳提取工艺制备3批样品,测定样品的总固体量和龙胆苦苷含量,实验结果如下表4。

表4 水提取工艺验证结果

方案	实验量	总固体量	RSD(%)	龙胆苦苷含量	RSD(%)
$A_2 B_2 C_2 D_3$	1	30.49		0.8329	
	2	30.44	0.01	0.8217	0.04
	3	31.04		0.8874	
	均值	30.66		0.8473	

验证结果表明,按水提取工艺 $A_2 B_2 C_2 D_3$ 所提取的总固体量接近正交试验的最大值(33.77),表明此工艺稳定合理可行。

2 结果

采用正交设计,确定了水提取工艺的最佳条件,即称取提取的药材,加入药材量10倍体积的水,加热煎煮提取3次,每次2h,其中第一次提取前先将药材浸泡30min。验证试验结果表明此提取工艺稳定合理可行,可进行规格生产。

参考文献

- [1] 南京中医药大学. 中药大辞典[M]. 上海:上海科学技术出版社,2006.
 - [2] 宋小妹. 中药化学成分提取分离与制备[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:31-36.
 - [3] 刘定远. 医药数理统计学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:170-180.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:梁国成 收稿日期:2018-08-24)

防葵(处方用名前胡) 药材(饮片)鉴别要点

药材鉴别 白花前胡呈不规则的圆柱形、圆锥形或纺锤形,稍扭曲,下部常有分枝,长3~15cm,直径1~2cm。表面黑褐色或灰黄色,根头部多有茎痕及纤维状叶鞘残基,上端有密集的细环纹,形如“蚯蚓头”,下部有纵沟、纵皱纹及横向皮孔。质较柔软,干者质硬,易折断,断面不整齐,淡黄白色,皮部散有多数棕黄色油点,形成层环纹棕色,射线放射状。气芳香,味微苦、辛。

饮片鉴别 前胡呈类圆形或不规则形薄片。外表皮黑褐色至灰黄色,有时可见残留的纤维状叶鞘残基。饮片切面黄白色至淡黄色,皮部散有多数棕黄色油点,可见一棕色环纹及放射状纹理。气芳香,味微苦、辛。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(3)》,人民卫生出版社,2018。

活血行痹汤联合硫辛酸 治疗糖尿病周围神经病变的临床研究※

倪洁珊 胡黎清

(永康市中医院内一科,浙江 永康 321300)

摘要:目的 观察活血行痹汤联合硫辛酸治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效。方法 将40例糖尿病周围神经病变患者随机分为治疗组和对照组,每组20例。2组均进行降糖治疗,对照组在此基础上使用 α -硫辛酸300 mg/d,静脉滴注,实验组采用 α -硫辛酸300 mg/d静脉滴注+中药口服,2次/日。2组疗程均为1个月,所有病例在治疗前及治疗后,逐项询问观察自觉症状轻重,并进行温度觉、振动觉、腱反射、膝反射检查,检测下肢正中神经及腓总神经传导速度,测空腹血糖及糖化血红蛋白。结果 与对照组相比,治疗组在自觉症状、温度觉、振动觉、腱反射、膝反射检查等方面明显改善,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗组下肢正中神经及腓总神经传导速度明显提高,与对照组相比有显著性差异($P<0.05$)。2组空腹血糖及糖化血红蛋白差异不显著($P>0.05$)。结论 相较于单纯应用 α -硫辛酸,联合活血行痹汤治疗糖尿病周围神经病,能够更好地改善患者的临床症状及生活质量。

关键词:活血行痹汤; α -硫辛酸; 糖尿病; 周围神经病变; 消渴; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.046

文章编号:1672-2779(2019)-01-0117-03

Clinical Study on Huoxue Xingbi Decoction Combined with Lipoic Acid in the Treatment of Diabetic Peripheral Neuropathy

NI Jieshan, HU Liqing

(Department of Internal Medicine, Yongkang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Province, Yongkang 321300, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical curative effect of the Huoxue Xingbi decoction combined with the α -lipoic acid in the treatment of diabetic peripheral neuropathy. **Methods** 40 cases of diabetic peripheral neuropathy patients were randomly divided into the treatment group and the control group, with 20 cases in each group. Both groups were given hypoglycemic therapy. On this basis, the control group was dripped α -lipoic acid 300 mg/d. The treatment group was dripped α -lipoic acid 300 mg/d, combining with traditional Chinese medicine. Before and after a month, self-conscious symptoms would be observed, and the temperature sense, vibration sense, tendon reflex, knee reflex, nerve conduction velocity of median nerve and sural of lower limbs, fasting blood glucose, and glycosylated hemoglobin. **Results** Compared with the control group, the treatment group had a better effect in improving self-conscious symptoms, temperature sense, vibration sense, tendon reflex, knee reflex examination etc, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). In the treatment group, the conduction velocity of the median nerve and sural total nerve of lower extremities increased more significantly, comparing with the control group. The difference was statistically significant ($P<0.05$). The fasting blood sugar and glycated hemoglobin was similar between the two groups, with no significant ($P>0.05$). **Conclusion** Compared with a simple α -lipoic acid, combining with Huoxue Xingbi decoction could achieve better therapeutic effects in improving the clinical symptoms and quality of life of the diabetic peripheral neuropathy patients.

Keywords: Huoxue Xingbi decoction; α -lipoic acid; diabetes; peripheral neuropathy; consumptive thirst; arthromyodynia

随着人们饮食结构及作息方式的改变、运动量的减少、人口老龄化的增加及环境因素的改变,糖尿病发生率近年来呈快速增长趋势。糖尿病神经病变是常见的糖尿病慢性并发症之一,发生率可高达60%~90%^[1-2],其中以糖尿病周围神经病变最为多见。临床表现为四肢远端尤其下肢对称性感觉障碍,如疼痛、麻木、发凉或灼热感,如戴手套、袜套,从四肢末端向躯干端逐渐进展,

累及运动神经时,表现为肌张力下降,肌力减弱,甚至溃疡、坏疽,严重者造成截肢的后果。据研究表明,患糖尿病周围神经病变的患者3年生存率为53%^[3-4],严重影响到患者的生活质量及生命安全。目前糖尿病周围神经病变发病机制尚不明确,可能与血管受损、代谢异常、神经营养因子缺乏、氧化应激损伤等因素有关^[5]。其中氧化应激学说近年来备受重视^[6],该反应可直接损伤神经元脂质、蛋白质与DNA,阻碍神经纤维传导^[7]。 α -硫辛酸是目前临床上治疗本病最常用的强抗氧化剂,

※ 基金项目:浙江省永康市科技计划项目【No.201429】

对于防治本病效果较为明确^[8]。该药物属丙酮酸脱氢酶的一种辅助因子,能通过渗入细胞各个部位,清除体内有害自由基,同时 α -硫辛酸能抑制过多产生的超氧化物,改善糖尿病患者肢体麻木、疼痛等症状^[9]。然而,单用 α -硫辛酸不能取得令人满意的临床效果。近年来,诸多研究表明中药方剂在治疗糖尿病周围神经病变方面有其独特的优势,疗效确切。为探求更有效的治疗方案,本研究在西医治疗的基础上,通过临床观察,探讨活血行痹汤联合 α -硫辛酸治疗糖尿病周围神经病变的疗效。结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 40例病例均为2015年1月—2017年1月本院内科收治的糖尿病周围神经病变患者,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组20例。40例患者均已完成1个月的随访。治疗组中男13例,女7例;年龄45~76岁,平均61.7岁;神经病变病程1~12年,平均(4.5±3.2)年。对照组中男12例,女8例;年龄48~73岁,平均62.3岁;神经病变病程1~11年,平均(4.6±3.0)年。2组基线资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 2组患者一般资料比较

组别	例数	男	女	平均年龄(岁)	病程(年)
对照组	20	12	8	62.3	4.6±3.0
治疗组	20	13	7	61.7	4.5±3.2

注:与对照组相比差异具有统计学意义, $P<0.05$

1.2 纳入标准 (1)符合1999年WHO糖尿病诊断标准,排除严重心、肝、肾功能不全者;(2)有肢体感觉、运动神经病变表现如:肢体麻木及针刺样或烧灼样疼痛、闪痛或刀割样疼痛,肌萎缩无力;深浅感觉明显减退,腱反射、膝反射减退或消失;(3)肌电图检查显示正中神经、腓神经有传导障碍;(4)排除能导致周围神经病变的其他疾病。

1.3 辨证标准 参照2002年的《中药新药临床研究指导原则》^[10]中消渴痹气虚络阻证的诊断标准。主症:四肢麻木、疼痛;次症:倦怠乏力、自汗、神疲懒言、面色晦暗、肌肤甲错;舌象:舌胖大,舌色暗,或瘀斑,或舌下青筋怒张、色紫暗,舌苔薄白;脉象:弦涩或细涩。

1.4 排除标准 (1)有明显的肝病临床体征或症状、急性或慢性活动性肝炎、或转氨酶(ALT、AST)大于正常值上限的2.0倍者;(2)近期内(4周内)有各种感染者,尤其是严重难以治愈的尿路感染;(3)所有在近期内发生心血管事件,活动性心脏疾病,包括心肌梗死、有临床意义的心律失常、不稳定性心绞痛、中重度充血

性心力衰竭、冠脉搭桥术、或血管重建术;或者在研究过程中估计需要进行冠脉搭桥术或血管重建术者;(4)孕妇或哺乳期妇女;(5)药物过敏患者,对本方案排斥的患者。如符合以上任意一条者即可排除。

1.5 治疗方法 所有患者均给予常规治疗,即饮食控制,运动调节及口服药或胰岛素降糖治疗。原降压、调脂等治疗保持不变。对照组在常规治疗基础上加用生理盐水针250 mL+硫辛酸针300 mg静滴,每日1次。治疗组在对照组的基础上加用活血行痹汤(黄芪30 g,山药30 g,白术15 g,生地黄15 g,丹参30 g,当归15 g,牛膝15 g,地龙9 g,胆南星10 g,红花6 g,葛根10 g),根据患者症状适当加减。腰膝酸软患者可加制首乌30 g,熟地15 g;肢体发凉可加桂枝、干姜、巴戟天各10 g;肢体疼痛较明显的患者可加全蝎3 g,延胡索12 g;口舌干燥患者可加麦冬、知母各10 g;以上中药水煎煮2次,取400 mL,每日分早晚2次,于餐后0.5 h服下,疗程为1个月。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 症状评估及查体 治疗前后由同一操作者对患者进行症状评估、查体及神经反射检查。症状评估采用Toronto评分,包括神经感觉功能、症状、反射评分。总分为19分,0~5分为正常,6~8分轻度,9~11分中度,12分以上重度。根据临床积分变化制定标准。显效:症状缓解,减分率在70%以上(包括70%);有效:症状好转,减分率在30%~70%(包括30%);无效:症状无改善或加重,减分率在30%以下。

1.6.2 肌电图检查 采用丹麦产DISA 2000型肌电图仪,在治疗前后对全部患者作神经电生理检查。室温保持在20~28℃,患者皮肤在24~30℃。使用表面电极(刺激和记录),测定主侧肢体的正中神经(腕至肘)、腓总神经(踝至腓骨小头)的运动传导速度(MNCV),测主侧肢体的正中神经(中指至腕,顺向)、腓浅神经(腓骨中段至踝,逆向)的感觉传导速度(SNCV)。

1.6.3 空腹血糖和糖化血红蛋白的测定 监测空腹血糖(FBG)和糖化血红蛋白(HbA1c)水平,观察对疗效有无干扰。血糖用氧化酶法测量静脉血浆血糖,糖化血红蛋白用亲和层析法。操作步骤严格按照试剂盒说明书进行。

1.7 统计学方法 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料组内前后对照采用配对 t 检验、组间差异显著性采用单因素方差分析,两两比较采用Newman-Keuls检验。计数资料用 χ^2 检验,统计分析用SPSS 18.0统计软件包进行。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组疗效比较 根据统计结果,治疗组显效9例,有效6例,无效5例,总有效率75.0%。对照组显效7例,有效5例,无效8例,总有效率60.0%,治疗组疗效明显优于对照组。差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表2。

表2 2组疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	20	9	6	5	15(75.0) ^a
对照组	20	7	5	8	12(60.0)
合计	40	16	11	13	

注:与对照组相比差异具有统计学意义,^a $P<0.05$

2.2 2组治疗前后神经传导速度比较 治疗前后2组患者正中神经、腓总神经传导速度提升均明显提升,治疗组提升幅度明显优于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表3。

表3 治疗前后2组神经传导速度比较 ($\bar{x}\pm s$, m/s)

组别	例数	正中神经传导速度		腓总神经传导速度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	20	34.56 $\pm$ 2.52	42.12 $\pm$ 3.26 ^a	32.26 $\pm$ 2.89	38.66 $\pm$ 3.51 ^a
治疗组	20	35.02 $\pm$ 2.33	39.58 $\pm$ 3.64	32.16 $\pm$ 2.15	36.23 $\pm$ 3.17

注:^a $P\leq 0.05$,差异具有统计学意义

2.3 2组治疗前后空腹血糖及糖化血红蛋白的比较 2组患者空腹血糖及糖化血红蛋白水平较治疗前有所降低,但2组之间无明显差异 ($P>0.05$)。见表4。

表4 治疗前后2组空腹血糖比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	空腹血糖		糖化血红蛋白	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	20	8.5 $\pm$ 2.1	7.1 $\pm$ 2.3	8.5 $\pm$ 2.2	7.3 $\pm$ 1.6
治疗组	20	8.2 $\pm$ 2.3	7.2 $\pm$ 3.0	8.6 $\pm$ 2.0	7.3 $\pm$ 1.2

注:^a $P\leq 0.05$,差异具有统计学意义

3 讨论

随着糖尿病患者的逐年增加,糖尿病周围神经病变患病率呈现逐渐增高趋势。糖尿病周围神经病变严重影响糖尿病患者的生活质量。早期诊断及治疗糖尿病周围神经病变可以明显减少足溃疡及截肢的发生^[11]。中医根据其肢体痛、麻、软、冷等表现将其归属于“消渴痹证”,认为消渴病起于阴虚燥热,燥热可耗津伤液,以致血脉空虚,津枯血燥,血滞脉络,形成血瘀而出现痛、麻等症状。消渴病久病及阳,阳气虚弱,鼓动无力,则血行减缓,阳虚生内寒,寒则血凝,也将导致瘀阻脉络^[12],出现痛、麻,兼见软、冷,为本虚标实证。诚如《证治要诀》云:“消渴日久,精血亏耗,可致雀盲或四肢麻木疼痛”。又如清·李用梓《证治汇补》:“十指

麻木,手足乃胃土之末。十指麻木,乃胃中有食积湿痰死血所致。”故本病以气血阴阳亏虚为本,痰瘀阻络为标。“不通则痛”“不荣则痛”是其基本病机变化。”胡黎清主任根据多年临床经验,自拟活血行痹汤,以益气涤痰化瘀通络之法治疗糖尿病末梢神经病变。方中重用黄芪配山药、白术健脾益气,使气旺则血行;生地凉血清热以除瘀热,合当归滋阴养血使祛瘀而不伤正;牛膝祛瘀通脉,引血下行;丹参、红花助当归活血化瘀和营止痛;地龙通经活络;葛根生津止渴;木香辛香走窜;白芥子、胆南星化痰而通络。诸药合用,益气养阴以扶正,涤痰化瘀以祛邪,有补有行,标本兼治,使得气血运行,无痰浊、瘀血停留之患。

本研究结果显示,相较于单纯应用 α -硫辛酸,活血行痹汤结合硫辛酸能够更好地改善患者的临床症状,提高下肢正中神经及腓总神经传导速度,具有良好的临床疗效,且该结果排除空腹血糖及糖化血红蛋白的干扰,是有别于控制血糖外的又一方法,充分体现中医药多途径、多靶点的临床优势,有效延缓糖尿病患者靶器官的损害,提高患者生存质量,适宜在临床中推广应用。然而该研究仍存在诸多不足,如病例数偏少、观察时间短等,需进一步观察研究。

参考文献

- [1] PETTT J A. Upender R P. medical evaluation and treatment of diabetic peripheral neuropathy[J]. Clin Podiatr Med Surg, 2003, 20(4):671-688.
- [2] Lee, S J, Chun, M H, Kim, B R, et al. Measurements of anteroposterior and intersidal asymmetry in patients with diabetic peripheral neuropathy[J]. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2013, 92(2):118-126.
- [3] Bril V. Neuromuscular complications of diabetes mellitus[J].Continuum (Minneapolis), 2014, 20(3):531-544.
- [4] Mehra M, Merchant S, Gupta S, et al. Diabetic peripheral neuropathy: resource utilization and burden of illness [J]. J Med Econ, 2014, 17(9): 637-645.
- [5] 陈晓倩,毕艳,胡云,等. 糖尿病周围神经病变患病率及危险因素分析[J]. 医学研究生学报, 2011, 24(10):35-38.
- [6] 廖二元,超楚生. 内分泌学. 北京:人民卫生出版社, 2001(1):15-63.
- [7] 段春红. 丹参注射液穴位注射辅助依帕司他和甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变疗效及对氧化应激反应的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(22):2486-2488.
- [8] Gxeene D A, Sima AAF, Stevens M J, et al. Complications: Neuropathy, Pathogenetic consideration[J]. Diabetes Care, 2009, 15(12):1902-1904.
- [9] 张璞文,丁美会,杨喻晓,等. 硫辛酸抗氧化性及其生理保健功能研究进展[J]. 科技通报, 2009, 25(4):432-436.
- [10] 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.
- [11] 宁光. 糖尿病神经病变的诊断和治疗 [J]. 国际内分泌代谢杂志, 2006, 26(3):24.
- [12] 王艳红,岳宗相,刘致勤,等. 参芪复方对自发性2型糖尿病CK大鼠氧化应激损伤的影响[J]. 现代临床医学, 2013, 39(1):29-31.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 军 收稿日期:2018-09-07)

中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛的临床观察

戴红红 纪焕春

(大连市中西医结合医院心血管科, 辽宁 大连 116011)

摘要:目的 探究中西医结合疗法对冠心病稳定型心绞痛的治疗效果。方法 以我院2017年6月—2018年6月收治80例冠心病稳定型心绞痛患者为研究对象,按照不同的治疗方法分为对照组与研究组,各40例。对照组仅采取西医疗法,给予单硝酸异山梨酯片和阿司匹林肠溶片治疗;研究组在对照组的基础上给予活血通痹加祛痰化浊汤剂进行治疗。对比2组的临床疗效、不良反应率、每日心绞痛发作次数以及生活质量评分。结果 2组均无不良反应发生。研究组治疗总有效率87.5%,显著高于对照组治疗总有效率62.5%(25/40),差异显著($P < 0.05$);研究组各项生活质量评分均高于对照组,每日心绞痛发作次数少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 中西医结合治疗对冠心病稳定型心绞痛患者有显著临床疗效,可提高患者生活质量,减少心绞痛发作次数,优于单独用药。

关键词: 中西医结合治疗;冠心病;稳定型心绞痛;生活质量;活血通痹;祛痰化浊;胸痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.047

文章编号:1672-2779(2019)-01-0120-03

Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Stable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

DAI Honghong, JI Huanchun

(Department of Cardiology, Dalian Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Liaoning Province, Dalian 116011, China)

Abstract: Objective To explore the therapeutic effect of integrated traditional Chinese and Western medicine on stable angina pectoris. **Methods** Eighty patients with stable angina pectoris of coronary heart disease were enrolled from June 2017 to June 2018. They were divided into control group and study group according to different treatment methods ($n=40$). The control group was treated with Western medicine alone, isosorbide mononitrate tablets and aspirin enteric-coated tablets. The study group was given Huoxue Tongbi decoction and Qutan Huazhuo decoction on the basis of the control group. The clinical efficacy, adverse reaction rate, number of daily angina attacks, and quality of life scores were compared between the two groups. **Results** No adverse reactions occurred in either group. The total effective rate of the study group was 87.5%, which was significantly higher than the total effective rate of the control group (62.5%), and the difference was significant ($P < 0.05$). The quality of life scores of the study group were higher than the control group, the number of daily angina attacks comparing with the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of traditional Chinese and Western medicine has significant clinical effect on patients with stable angina pectoris, which can improve the quality of life of patients and reduce the number of angina attacks, and is better than medication alone.

Keywords: therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; coronary heart disease; stable angina pectoris; quality of life; activating blood circulation to relieve arthralgia; expelling phlegm and resolving turbidity; chest discomfort

随着现代医学的发展,冠心病心绞痛的治疗方法有很多,西医治疗方法主要是抗血小板聚集、扩张冠脉改善侧支循环为目的^[1],中医治疗主要方法有活血通脉、血府逐瘀、化痰活血、通阳祛浊等方法^[2]。但有一部分病例经西医内科治疗效果不满意,因此需要在临床尝试中西医结合治疗,选取2017年6月—2018年6月期间收治80例冠心病稳定型心绞痛患者为研究对象,以兼顾治疗时间与治疗效果而达到标本兼治的目的。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年6月—2018年6月收治80例冠心病稳定型心绞痛患者,以信封法随机分对照组与研究组,各40例。对照组:男27例,女13例;年龄53~83岁,平均69.34岁;病程1~13年,平均(7.27±1.36)年。研究组:男26例,女14例;年龄52~84岁,平均69.85岁;病程2~12年,平均(7.35±1.22)年。对比2组患者一般资料,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 (1)符合《缺血性心脏病的命名及诊断标

准》中冠心病稳定型心绞痛的诊断标准^[3]; (2)患者对研究内容完全了解并自愿签署相关协议,对实验知情同意。

1.3 排除标准 (1)符合不稳定型心绞痛诊断标准; (2)患有急性心肌梗死或心力衰竭; (3)患有严重肝肾疾病; (4)妊娠哺乳期女性。

1.4 治疗方法 对照组仅采取西医疗法,在降压、控糖、调脂基础上以单硝酸异山梨酯、阿司匹林作为治疗药物,其用法用量为: (1)单硝酸异山梨酯片(上海信谊万象药业股份有限公司,规格:20 mg/片):口服,每日3次,每次10 mg; (2)阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,规格:100 mg/片):口服,每日1次,每次100 mg。2周1个疗程,进行2个疗程的治疗。

研究组采取中西医结合疗法,西医给药方法同对照组,在此基础上给予患者活血通痹加祛痰化浊中药汤剂^[4],组方为:丹参20 g,黄芪20 g,瓜蒌20 g,陈皮15 g,茯苓15 g,山楂15 g,桂枝15 g,薤白15 g,清半夏10 g,葛根10 g,降香10 g,三七粉5 g,甘草5 g,

上述药材以水煎煮，每日 1 剂，于早晚各服用 1 次，2 周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

1.5 观察指标 对比 2 组的临床疗效、不良反应率、每日心绞痛发作次数以及生活质量评分。生活质量评分使用 GQOL-74 量表进行评定，共涉及生活功能、心理功能、躯体功能、社会功能四个维度，满分 100 分，分值高低与患者生活质量优劣呈正相关联系^[5]。治疗效果可按照如下标准判定。（1）显效：心绞痛症状基本消失，心电图指标恢复正常；（2）有效：心绞痛发作次数稍有减少、程度稍有减轻，时间有所缩短，心电图 ST 段至少回升了 0.05 mV，主要导联的倒置 T 波变浅了至少 25%，或是 T 波从平坦变成直立；（3）无效：治疗后心绞痛的发作次数、程度、持续时间以及心电图指标与治疗前相比没有明显变化。总有效率=（显效+有效）例数/总例数×100%。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计学软件进行分析，率（n，%）的分析采用卡方检验，计数资料（ $\bar{x} \pm s$ ）采用 t 检验， $P < 0.05$ 为对比结果有统计学差异。

2 结果

2.1 疗效和安全性 2 组均无不良反应发生，不良反应率为 0%。研究组治疗总有效率 87.5%，对照组治疗总有效率 62.5%，研究组高于对照组差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。具体见表 1。

表 1 2 组患者疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	40	25(62.50)	10(25.00)	5(12.50)	35(87.50)
对照组	40	18(45.00)	7(17.50)	15(37.50)	25(62.50)
χ^2 值		6.667			
P 值		0.010			

2.2 心绞痛发作次数、生活质量评分 研究组各项生活质量评分均高于对照组，心绞痛发作次数则少于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。具体见表 2。

表 2 2 组患者心绞痛发作次数、生活质量评分的对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	心绞痛发作次数(次/日)	躯体功能	社会功能	生活功能	心理功能
研究组	40	0.36±0.07	22.54±1.21	20.99±1.16	22.43±2.26	22.01±2.41
对照组	40	1.22±0.42	15.38±2.26	13.18±1.55	14.77±1.32	14.22±1.16
t 值		12.774	17.665	25.514	18.510	18.421
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

中医学并无“心绞痛”之名，但依据其发病特点及临床表现，归属于“胸痹”“厥心痛”“真心痛”范畴^[6]。是冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。西医理论也认为该病是因心肌供血不足而发病，致使相应的心肌发生暂时的、一过性的缺血缺氧所引起的疼痛。

冠心病稳定型心绞痛是心绞痛的一种常见类型，其区

别于冠心病不稳定心绞痛的症状表现为，患者多在劳累过度后发生心绞痛，胸痛持续时间较短、次数较少、程度较轻，相较于不稳定型心绞痛，冠心病稳定型心绞痛更加容易治疗，口服硝酸酯类药物后症状可缓解^[7]。文中对照组选择单硝酸异山梨酯与阿司匹林肠溶片进行治疗，阿司匹林可以抑制血小板聚集，可改善患者的心肌缺血缺氧情况，而单硝酸异山梨酯多被用于冠心病的长期治疗与心绞痛的预防与治疗，其以二硝酸异山梨酯作为主要的生物活性代谢物，可以松弛血管平滑肌，扩张外周血管，减少回心血量，降低左室和肺毛细血管符合，增加冠脉灌注量，减少心肌耗氧量，增加心肌供氧量，缓解心绞痛^[8]。两种药物结合使用可以在一定程度上减轻患者的病痛，但长时间服用可引发耐受现象及不良反应^[9]，因此临床尝试采用中西医结合的方式进一步治疗。稳定型心绞痛是心绞痛的一个类型，因此也属于“胸痹”范畴，阳气亏损、寒凝气滞、血瘀痰浊导致心脉阻滞，患者胸部会因痹阻胸阳而出现明显的疼痛，临床多为患者采取活血通痹加祛痰化浊治疗。

本文研究组采用中药汤剂为活血通痹加祛痰化浊功效，其中的瓜蒌可以祛痰泄浊、开心通窍，黄芪可以旺气行血，葛根可以升阳止泻，丹参可以养血活血，三者均具有扩张冠脉、降低心肌耗氧量的效果；而薤白具有通阳散结的功效，不仅能够扩张冠脉，还能降低血脂，抑制血小板聚集；山楂不仅可以调节血脂，还能降血压、防治动脉硬化、促进心肌收缩；甘草能够缓急止痛，三七散血定痛，桂枝则温通心阳，三药合用可以治疗寒凝气滞与胸阳不振之症；加之茯苓化痰利水的功效、陈皮和清半夏化痰燥湿的功效，可有效改善血瘀痰浊之症^[10]。此药方标本兼治，其药效持续时间长、治疗效果查对彻底，因此可以获得显著的疗效。本文结果显示研究组疗效优于对照组（87.5% vs 62.5%），与王建祥等研究结果相近^[11]，且研究组心绞痛发作次数、生活质量评分均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。由此可见，中西医结合疗法确实在冠心病稳定型心绞痛的治疗上有着非常显著的改善作用，进一步提高了临床疗效，且未见不良反应。

因此，在西药治疗心绞痛的基础上进行中西医结合疗法可以显著提高冠心病稳定型心绞痛的临床疗效，进一步改善患者生活质量，其有效性与安全性值得在临床上进行推广应用。

参考文献

- [1] 张占峰. 中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2018, 39(2): 29-30.
- [2] 林佩, 傅开龙, 陈秀英. 中西医结合治疗冠心病心绞痛患者 53 例[J]. 光明中医, 2016, 31(12): 1789-1792.
- [3] 周敬法. 中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛临床观察[J]. 光明中医, 2017, 32(8): 1170-1171.
- [4] 李艳娟, 王凤荣, 张明雪, 等. 冠心病心绞痛中医证候的文献研究[J]. 世界中医药, 2016, 10(3): 558-564.

- [5] 陈新华. 益心汤治疗冠心病稳定型心绞痛疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(22):162-163.
- [6] 王军如. 中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(6):525-526.
- [7] 牛淑丽, 宋沛然. 中西医结合治疗冠心病稳定性心绞痛疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(12):1405-1406.
- [8] 张占锋. 中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2018, 39(2):29-30.
- [9] 肖南海, 康峰光, 孙策. 中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(9):824-825.
- [10] 牛根良. 中西医结合治疗冠心病不稳定型心绞痛疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(6):639-640.
- [11] 王建祥. 中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛的疗效分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(4):79-80.

(本文编辑:李海燕 本文校对:纪焕春 收稿日期:2018-09-04)

癌痛消联合美施康定 治疗正虚瘀阻型重度癌痛的临床观察

孟冰琦

(菏泽市中医医院肿瘤科, 山东 菏泽 274000)

摘要:目的 观察自拟中药癌痛消联合美施康定治疗正虚瘀阻型重度癌痛患者的临床效果。方法 将符合入组标准的 62 例患者随机分为 AB 组和 BA 组, 采用自身交叉对照设计, AB 组第 1 周期单用美施康定治疗(A 方案), 第 2 周期予癌痛消联合美施康定治疗(B 方案), BA 组用药顺序与 AB 组相反。观察 2 方案患者疼痛缓解情况、美施康定维持剂量、生活质量改善及伴随症状发生情况。结果 2 方案均镇痛效果满意, B 方案具有更高的疼痛缓解率, 但两方案间比较差异无统计学意义($P > 0.05$); B 方案的 NRS 评分改善情况好于 A 方案($P < 0.05$); 采用 B 方案者较 A 方案者美施康定维持剂量明显减少($P < 0.05$)、生活质量改善情况更好($P < 0.05$)、伴随症状发生率较低($P < 0.01$)。结论 中药癌痛消联合美施康定治疗正虚瘀阻型重度癌痛具有较好的临床效果, 可减少美施康定剂量及伴随症状, 提高患者的生活质量, 具有一定的减毒增效作用。

关键词:癌痛消; 中西医结合; 癌痛; 美施康定; 正虚瘀阻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.048

文章编号:1672-2779(2019)-01-0122-03

Clinical Observation on Aitongxiao Combined with MS Contin in the Treatment of Severe Cancer Pain of Asthenia and Blood Stasis Resistance

MENG Bingqi

(Department of Oncology, Heze Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shangdong Province, Heze 274000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Chinese medicine Aitongxiao combined with MS contin on cancer patients with severe pain. **Methods** Using crossover design, 62 patients were randomly divided into AB group and BA group. The AB group was treated with methiconidine alone in the first cycle (regimen A), and in the second cycle with the combination of Aitongxiao and MS contin (regimen B). The drug regimen in BA group is opposite to that in AB group. Observation on the pain relief situation of two groups, and the NRS records, and the maintenance dose of MS contin, and improvement on the quality of life and accompanying symptoms was made. **Results** The analgesic effect was satisfactory in both groups, and the pain relief rate of regimen B was higher, but there was no statistically significant difference between the two groups ($P > 0.05$). The improvement of NRS score of regimen B was better than that of regimen A ($P < 0.05$). The maintenance dose of MS contin of regimen B was fewer than that of regimen A ($P < 0.05$), the quality of life of regimen B was improved better ($P < 0.05$), and the incidence of complications of regimen B was low ($P < 0.01$). **Conclusion** Chinese medicine Aitongxiao combined with MS contin has curative effect and is satisfied on severe pain of cancer patients, and can reduce the MS contin dose and the occurrence of symptoms, can improve the patient's quality of life, and has certain advantages.

Keywords: combination of traditional Chinese and western medicine; cancer pain; MS contin; asthenia and blood stasis resistance

癌痛是指由肿瘤本身直接引起或肿瘤治疗引起的疼痛。在我国, 61.6% 的癌症患者伴有癌痛, 其中 50% 为中重度疼痛, 30% 为难以忍受的重度疼痛。癌痛尤其是重度癌痛是癌症患者最为恐惧的并发症之一, 甚至甚于死亡。它给患者躯体、心理及生活等多方面造成巨大痛苦, 严重影响患者的生存质量。目前, 强阿片类镇痛药是重度癌痛的主要治疗药物^[1]。美施康定因疗效确切、无“天花板”效应、服用方便而倍受青睐。但美施康定不良反应较多, 额外增加了患者

的痛苦, 且易产生耐药性, 需不断增加药物剂量, 从而不良反应更大, 形成恶性循环。我科根据癌痛病机, 结合多年临床经验, 自拟中药癌痛消联合美施康定治疗正虚瘀阻型重度癌痛可减毒增效, 临床效果满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 62 例患者均为 2016 年 1 月—2018 年 1 月于我院肿瘤科住院的肿瘤患者。其中男 35 例, 女 27 例; 年龄 45~76 岁, 平均年龄 64.23 岁; KPS 评分 40~

80 分, 平均 (65.14±8.97) 分; 肺癌 18 例、结肠癌 5 例、直肠癌 5 例、胃癌 4 例、肝癌 7 例、乳腺癌 12 例、卵巢癌 5 例、宫颈癌 2 例、前列腺癌 2 例、胰腺癌 2 例, NRS 疼痛评分 7~10 分, 平均 (8.34±0.89) 分。随机分为 AB 组和 BA 组, 2 组各 31 例。2 组间性别、年龄、KPS 评分、原发肿瘤部位及 NRS 疼痛评分经统计学分析差异无统计学意义, 均有可比性。

1.2 诊断标准及中医辨证标准 恶性肿瘤的诊断标准参照中华人民共和国卫生部医政司编的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》^[2]中的诊断标准; 正虚瘀阻证的辨证标准参照张文康主编的《中医诊断学》中^[3]的有关内容, 结合临床实际制定。主要症状为神疲体倦, 形体消瘦, 面色晦暗, 或面色黧黑, 疼痛固定不移, 痛如针刺, 拒按, 夜间尤甚, 口唇紫暗, 舌体胖大, 或边有齿痕, 舌质淡红或暗红, 或见瘀点瘀斑, 脉以沉、细、涩为主, 或伴弦、芤之象。

1.3 纳入标准 (1) 经组织病理学、细胞学或影像学确诊的肿瘤患者, 且伴有 NRS 评分在 7 分以上癌痛的住院患者; (2) 语言表达能力正常, 无智力及精神疾病, 自身能准确判断疼痛; (3) 疼痛部位明确, 排除其他非癌性疼痛; (4) 无严重心、肝、肾功能障碍; (5) 入组前 1 月内未接受放化疗者; (6) 预计生存期大于 1 月者; (7) 中医辨证为正虚瘀阻者; (8) 自愿参加、依从性好、可随访, 签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 凡不符合入组标准的患者; (2) 对美施康定过敏者; (3) 伴有精神意识障碍者; (4) 心、肝、肾等严重障碍者; (5) 预计生存期小于 1 月者; (6) 入组前 1 月内接受放化疗者; (7) 中医辨证其他证型者。

1.5 剔除或中止标准 (1) 未按规定用药, 导致无法判断疗效, 或资料不全者; (2) 不良反应严重, 被迫中断治疗者; (3) 试验期间接受放化疗者; (4) 试验期间主动退出者。

1.6 观察指标

1.6.1 疼痛计分 采用《癌症疼痛诊疗规范 (2011 年版)》^[4]中的数字化评估量表 (NRS 评分) 进行评估患者疼痛程度。0: 无痛; 1~3: 轻度疼痛; 4~6 中度疼痛; 7~10 重度疼痛。疼痛减轻程度=治疗后疼痛强度评分-治疗前疼痛强度评分。

1.6.2 疗效观察 观察记录治疗后的疼痛控制情况、疼痛积分改善情况、生活质量改善情况、美施康定维持剂量及伴随症状发生情况。

1.6.3 疼痛控制的疗效标准 按世界卫生组织疼痛疗效标准并结合 NRS 评分判定。(1) 完全缓解: 治疗后完全无痛, NRS 评分减少 8 分以上; (2) 部分缓解: 治疗后疼痛明显减轻, 基本不影响睡眠, 能正常生活, NRS 评分减少 5~7 分; (3) 轻度缓解: 治疗后疼痛减轻, 但仍然感到疼痛, 影响睡眠, NRS 评分减少 3~4; (4) 未缓解: 治疗后疼痛无减轻, NRS 评分减少 2 分以下。疼痛

缓解率定义为完全缓解率+部分缓解率。

1.6.4 生活质量评价标准 参照《肿瘤内科学》^[5]中的肿瘤患者生活质量评分标准, 采用 KPS 评分标准进行生活质量评价, 观察统计治疗前后患者 KPS 评分情况。标准为: KPS 评分上升 ≥ 10 分为提高, KPS 上升或下降 < 10 分为稳定, KPS 下降 ≥ 10 分为下降。

1.6.5 伴随症状 观察记录恶心、呕吐、便秘、呼吸抑制、排尿困难、精神错乱等发生情况。

1.7 治疗方法

1.7.1 镇痛方案 A 方案: 口服美施康定 (硫酸吗啡缓释片, 30 mg/片, 北京萌帝制药有限公司) 镇痛治疗, 起始量为 30 mg, 10~12 小时 1 次, 采用即释吗啡滴定, 治疗过程中根据疼痛程度增减美施康定剂量。

B 方案: 口服美施康定镇痛治疗同时, 加服自拟中药癌痛消, 药物如下: 黄芪 20 g, 党参 15 g, 白术 10 g, 茯苓 15 g, 薏苡仁 20 g, 红景天 15 g, 莪术 12 g, 当归 10 g, 白芍 15 g, 川芎 12 g, 麦冬 12 g, 生地黄 10 g, 玄参 10 g, 莱菔子 15 g, 焦三仙各 12 g, 炙甘草 6 g。每日 1 剂, 水煎 300 mL 分早晚服, 恶心呕吐明显者, 浓煎, 并少量频服, 连服 10 日为 1 疗程。

1.7.2 分组交叉 采用随机均衡配对、自身交叉对照设计。纳入研究的 62 例患者均接受 2 个疗程的治疗。每例患者在 2 个疗程中分别采用 A 方案和 B 方案。根据接受 A、B 两方案先后的不同, 分为 AB 组和 BA 组, 受试者纳入研究时按先后顺序和病情等配对, 随机分到 AB 组或 BA 组。凡 AB 组患者在第 1 周期治疗中用 A 方案, 第 2 周期治疗中用 B 方案, BA 组患者用药顺序则相反。每个治疗周期为 10 天, 2 周期期间间隔 24 小时为药物洗脱期。所有患者治疗前进行健康教育, 嘱其根据体力状况适当活动, 多食新鲜果蔬, 易消化富营养饮食, 养成良好的排便习惯。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件进行检验, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料采用 t 检验和 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗完成情况 治疗期间 62 例患者中 1 例在第 1 周期治疗中发生呼吸抑制而中断治疗, 被剔除出组, 其余患者均完成了 2 个周期的治疗。

2.2 疼痛控制效果 治疗后, B 方案 15 例疼痛完全缓解, 37 例部分缓解, 疼痛缓解率为 85.25%; A 方案 11 例完全缓解, 38 例部分缓解, 疼痛缓解率为 80.33%。B 方案疼痛完全缓解例数及缓解率高于 A 方案, 但经统计学分析差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 2 方案治疗前后疼痛控制情况比较 [例(%)]

治疗方案	例数	完全缓解	部分缓解	轻度缓解	未缓解	缓解率
B 方案	61	15(24.59)	37(60.66)	9(14.75)	0(0.00)	52(85.25)
A 方案	61	11(18.03)	38(62.33)	11(18.03)	1(1.60)	49(80.33)

2.3 2 方案治疗前后疼痛 NRS 评分情况 2 方案治疗后 NRS 评分均较治疗前明显降低,且治疗后较治疗前比较均有统计学意义 ($P<0.05$),说明 2 种方案均可有效控制癌痛。经 10 天治疗后, B 方案 NRS 评分改善情况好于 A 方案,且差异有统计学意义,说明 B 方案较 A 方案疼痛缓解更明显。见表 2。

表 2 2 方案治疗前后 NRS 评分情况 ($\bar{x}\pm s$,分)

治疗方案	例数	治疗前	治疗后
B 方案	61	8.34±0.89	3.45±1.43 [*]
A 方案	61	8.34±0.89	4.13±1.37 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,^{*} $P<0.05$

2.4 美施康定的人均维持日剂量 B 方案美施康定的人均维持剂量为 (107.58±46.54) mg/12 h, 低于 A 方案的 (142.60±49.38) mg/12 h, 2 方案经 t 检验, 差异具有统计学意义。

2.3 2 方案治疗前后 KPS 评分情况 治疗后 B 方案 KPS 评分提高 18 例, 稳定 35 例, 提高+稳定率为 86.89%, A 方案提高 14 例, 稳定 30 例, 提高+稳定率为 72.13%, 经统计学分析, 2 方案间提高+稳定率差异具有统计学意义, 见表 3。

表 3 2 方案治疗前后 KPS 评分改善情况 [例(%)]

治疗方案	例数	提高	稳定	下降	提高+稳定
B 方案	61	18(29.51)	35(57.38)	8(13.11)	53(86.89) [*]
A 方案	61	14(22.95)	30(49.18)	17(27.87)	44(72.13)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$

2.4 伴随症状发生情况 治疗中 B 方案发生便秘 5 例 (8.20%), 恶心呕吐 8 例 (13.11%), 头晕 3 例 (4.92%), 排尿困难 2 例 (3.28%), 伴随症状发生率 29.51%; A 方案发生便秘 35 例 (57.38%), 恶心呕吐 10 例 (16.39%), 排尿困难 3 例 (4.92%), 头晕 5 例 (8.20%), 不良反应发生率 86.89%。B 方案伴随症状发生率明显低于 A 方案, 尤其是便秘发生率, 组间比较均具有统计学差异。除 AB 组 1 例患者在第 1 周期治疗中发生呼吸抑制而中断治疗, 被剔除出组外, 余患者均未发生精神或身体依赖等不良反应。

3 讨论

恶性肿瘤的发病率逐年上升, 但治愈率很低。癌痛是其常见的并发症之一, 中晚期肿瘤患者发生率尤其高, 特别是重度癌痛治疗困难。以阿片类药物为主的镇痛方案还会引起诸如便秘、恶心、呕吐、嗜睡、耐药, 甚至呼吸抑制等, 而便秘发生率高且持续存在于整个治疗过程。因此, 如何更好的控制癌痛是临床亟待解决的难题。我科通过长期临床观察, 中医药联合阿片类药物, 中西医结合, 有减毒增效之功。

中医学认为癌痛病机总属本虚标实, 虚实错杂。肿瘤患者, 尤其是中晚期肿瘤患者, 由于肿瘤长期消耗, 及手术、放化疗损伤, 机体正气早已亏虚, 而致脏腑经络失养产生“不荣则痛”; 正气亏虚、气机不畅、气滞、血瘀、

痰湿、热毒等病理产物积聚经络则会“不通则痛”^[6]。其中, 多数医家认为, 瘀血作痛较为常见。究其原因, 主要为瘀血导致肿瘤发生发展的主要原因之一, 且癌病之后, 正气日亏, 气机不畅, 则加重血瘀, 正所谓“久病入络”。因此, 本研究以正虚血瘀型癌痛患者作为观察对象。

研究显示^[7-8], 美施康定为性辛香燥热之品, 香易耗气, 苦易生火, 性涩而凝滞, 可致气虚、血瘀、火旺、津亏; 又其收敛降涩之功甚强, 易扰乱气机; 而癌痛患者脾胃虚弱, 且大多长期卧床, “久卧耗气”, 大肠传导无力, 阴血亏虚, 无以濡养肠道, 大肠津液亏虚, 无水行舟。故而, 美施康定镇痛过程中, 恶心、呕吐、便秘等不良反应常见。

本方中黄芪、党参、白术、茯苓健脾益气, 补养中焦, 顾护后天脾胃, 且现代研究显示, 健脾益气类中药具有提高机体免疫力的作用^[9]; 薏苡仁健脾渗湿, 现代药理研究表明薏苡仁脂具有显著的抗肿瘤活性; 当归活血化瘀, 兼润肠通便; 川芎活血行气, 莪术活血化瘀, 消积止痛, 且消食积; 白芍养血敛阴, 缓急止痛, 麦冬、生地黄、玄参养阴生津, 以助通便, 焦三仙健运脾胃, 消食导滞, 炙甘草调和诸药。诸药合用, 共奏扶正补虚, 化瘀止痛, 滋阴通便、健胃消食之功。

本研究显示, 2 镇痛方案均有较好的镇痛效果, 但 B 方案美施康定维持剂量小, 说明癌痛消亦有镇痛效果。采用 B 方案者恶心、呕吐、便秘发生率较对 A 方案低, 说明癌痛消可减少因癌症本身所致或美施康定所致的伴随症状的发生率。B 方案的 KPS 评分提高率较 A 方案高, 说明癌痛消可提高正虚血瘀型癌痛患者的生活质量。

综上所述, 癌痛消联合美施康定治疗重度癌痛镇痛效果满意, 可减少美施康定维持剂量, 减少伴随症状, 提高生活质量, 具有一定优势, 值得临床应用。

参考文献

- [1] 刁先民, 康真, 王家祝. 三阶梯止痛法治疗癌症疼痛的临床研究[J]. 中国医药指南, 2012, 10(11):320-321.
- [2] 全国肿瘤防治研究办公室. 中国常见恶性肿瘤诊治规范.[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 1991.
- [3] 张文康. 中医诊断学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1994: 121-122, 136.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 癌症疼痛诊疗规范(2011 年版)[J]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2012, 5(1):31-38.
- [5] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001:994.
- [6] 程尧, 奚胜艳, 王彦晖, 等. 癌性疼痛的中医再认识及临证用药规律探析[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(11):3960-3964.
- [7] 朱伟. 阿片类药物依赖的中医认识及探究 [J]. 江西中药, 2002, 33(5):29-30.
- [8] 吴锦, 刘玉琦, 陈可冀. 复方冬元膏戒毒效应的实验研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1995, 15(9):541.
- [9] 吴正平, 周智兴, 雷波. 四君子汤对衰老模型大鼠免疫功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(7):128-129.

(本文编辑:李海燕 本文校对:侯仰韶 收稿日期:2018-08-14)

协同护理模式对阴虚热盛型 T2DM 患者 出院后自我管理能力的影响[※]

张琰¹ 夏梦婷² 刘静¹

(1 河南省中医院护理部,河南 郑州 450002;2 河南省人民医院护理部,河南 郑州 450008)

摘要:目的 探讨基于中医特色健康教育的协同护理模式(CCM)对阴虚热盛型 T2DM(2型糖尿病)患者出院后自我管理能力的影 响。方法 选取 84 例于 2017 年 4 月—2017 年 9 月在河南省中医院内分泌科住院的阴虚热盛型 T2DM 患者进行观察, 每组各 42 人。对照组给予常规护理,试验组在对照组的基础上采取基于中医特色健康教育的协同护理模式,干预 3 个月 后,分别评估 2 组患者的 2 型糖尿病自我管理行为能力、糖尿病患者生存质量特异性、糖尿病知识测评及相关生理指标,探讨 基于中医特色健康教育的协同护理模式对出院后阴虚热盛型 2 型糖尿病患者的干预效果。结果 试验组在 2 型糖尿病自我管理 行为能力、糖尿病患者生存质量特异性、糖尿病知识测评得分与对照组相比,差异具有统计学意义($P<0.05$);干预组 FPG、 2hFBG 与 HbA1c 显著低于对照组($P<0.05$)。结论 患者出院后,协同护理干预小组成员继续运用协同护理模式随访患者、进 行健康教育,可帮助患者在院外持续改善其自我管理能力、生活质量及血糖控制情况。基于中医特色健康教育的协同护理模 式的干预效果明显优于常规宣教和护理,值得进一步坚持和完善,为中医慢病管理模式提供依据。

关键词: 2 型糖尿病;协同护理模式;中医药疗法;健康教育;自我管理;消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.049

文章编号:1672-2779(2019)-01-0125-04

The Effect of Synergetic Nursing Mode on Self-management Ability of T2DM Patients with Yin Deficiency and Fever after Discharge from Hospital

ZHANG Yan¹, XIA Mengting², LIU Jing¹

(Nursing Department, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China

2. Nursing Department, Henan Provincial People's Hospital, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of cooperative nursing mode based on characteristic health education of TCM on self-management ability of type 2 diabetes mellitus with yin deficiency and heat. **Methods** Using the method of convenient sampling, 84 cases of T2dm with yin deficiency and heat were selected from April 2017 to September 2017 in department of endocrinology of Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine. Excel2007 was used to divide the subjects into two groups, with 42 in the experimental group and 42 in the control group. The control group was given routine nursing. The experimental group adopted the cooperative nursing model based on the health education of traditional Chinese medicine on the basis of the control group. After 3 months of intervention, the two groups of patients were assessed the self-management behavior scale of type 2 diabetes mellitus. The quality of life (QOL) scale, diabetes knowledge scale (DKM) and related physiological indexes were used to explore the intervention effect of the cooperative nursing model based on the characteristic health education of traditional Chinese medicine on type 2 diabetes mellitus with yin deficiency and heat. **Results** The self-management behavior ability, quality of life specificity scale and diabetes knowledge test score of the patients in the experimental group were compared with those in the control group, and the difference had statistical significance ($P<0.05$). The FPG, 2hFBG and HbA1c in the experimental group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** After discharge from hospital, the members of the cooperative nursing intervention group continue to follow up the patients using the cooperative nursing model, and carry out health education, which can help the patients to continuously improve their self-management ability, quality of life and blood sugar control outside the hospital. The intervention effect of synergetic nursing model based on health education with TCM characteristics is obviously superior to that of routine education and nursing. It is worth to adhere to and improve further, and to provide the basis for the management mode of chronic disease in TCM.

Keywords: type 2 diabetes mellitus; collaborative care model; therapy of traditional Chinese medicine; health education; self-management; consumptive thirst

2型糖尿病(Type 2 diabetes mellitus,)是增长最快的全球非传染性疾病^[1-2]。因其日益增高的患病率及其所带来的巨大社会经济负担,T2DM已成为全世界一个重

要的公共健康问题^[3]。2型糖尿病在中医学中属于“消渴病”的范畴,从病程来看,阴虚热盛型发病时间及病程较短,提示此型处于2型糖尿病的早期^[4-5]。但若没有进行及时的治疗及良好的自我管理,将会随着病程延长、病情加重,给患者身体带来一系列不同的变化^[6]。本研究

※ 基金项目:河南省中医药科学研究专项课题[No.2015ZY02047]

通过对阴虚热盛型2型糖尿病患者进行基于中医健康教育的协同护理模式进行类实验性研究,来探讨对其自我管理能力的效果,以达到改善患者临床症状、促进患者身心健康、提高患者治疗依从性及生活质量的目的,为探索具有中医特色的健康教育模式及中医慢病管理模式提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 便利选取2017年4月—2017年9月于河南省中医院内分泌科住院的阴虚热盛型T2DM患者84例。试验组平均年龄50.31岁,对照组平均年龄50.17岁。2组患者的年龄差异经比较无统计学意义($t=0.141$, $P=0.889$);试验组中男24例,占57.14%,对照组中男22例,占52.38%,2组患者的性别构成差异经比较无统计学意义($\chi^2=0.192$, $P=0.661$)。2组患者的民族、婚姻状况、家庭月收入、文化程度、职业、医疗支付方式及治疗方法的分布情况经比较差异也均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1)经内分泌科医师确诊为2型糖尿病,中医辨证分型为阴虚热盛型;(2)年龄40~60岁,病程 ≤ 3 年;(3)患者思维和语言沟通正常;(4)无神经系统疾病、精神病史和认知障碍;(5)无糖尿病急性和严重慢性并发症,无明显肝、严重肾功能不全和心功能不全;(6)知情同意自愿参加者,得到医院伦理委员会的批准;(7)患者长期居住在郑州,患者或家属会使用移动通讯工具,每天上网时间 ≥ 2 h。

1.3 排除标准 (1)伴有急慢性并发症者;(2)居住迁移性较大,院外随访困难的患者。

1.4 干预方法

1.4.1 对照组 入院时由主治医师评估患者病情,辨证为阴虚热盛型。记录其基本资料,建立档案以便后期追踪。住院期间给予辨证施膳指导,告知患者针对本证型的中医食疗方;选取心、脾、肝、神门、皮质下为主穴对患者耳穴压豆;每日16:00~16:30由护士带领练习八段锦;运用子午流注养生法告知患者按时休息、适时运动的重要性。患者出院后随访时间点分别为出院后的第4、8、12周,由随访护士通过电话随访患者,每4周1次,了解患者出院后居家血糖控制情况、用药依从性,收集相关数据,进行干预效果评价,并更新个人档案,短信通知健康教育讲座时间及地点。出院时及随访3个月后收集相关数据。

1.4.2 干预组 在对照组的基础上,入组患者出院后由糖尿病健康教育护士通过电话、微信、预约复诊时间等方式对其进行为期3个月的随访。

1.4.2.1 住院期间的协同护理干预 (1)组建协同护理干预小组。成立干预小组,包括主治医师、护士、心理咨

询师、营养师、护理研究生,研究开始前将有关协同护理模式的相关知识对该组成员进行统一培训,通过多学科团队协作,制定针对性的干预措施。住院期间由主治医生和责任护士共同巡视病房,观察并指导患者的用药情况或胰岛素注射情况、饮食及锻炼情况等,对于不到位的地方及时给予床旁指导。入院时由心理咨询师对患者进行心理测评,对于有焦虑抑郁倾向的患者及时给予心理支持,住院期间给予一次心理健康讲座。入院时邀请营养师针对2型糖尿病患者进行饮食讲座,并对患者在饮食上遇到的问题给予解答及指导。

(2)以患者及家属为整体的理论及技能指导。护士对患者进行健康宣教时有针对性的对家属进行宣教,在宣教内容上为家属讲解高/低血糖的表现及处理办法,饮食及运动对患者血糖水平的影响,指导家属对患者进行口服药监督管理或协助患者进行胰岛素注射护理。

(3)加强患者的自我护理能力。指导患者了解并熟悉自己的用药方案、胰岛素注射方法及自我护理方法。强调改变不良生活方式的重要性,强化患者饮食控制、按时锻炼、体重达标的理念,加强患者定期监测血糖、定期复诊及体检的意识。

(4)集体干预。在科室内举办有关糖尿病的知识讲座,由主治医生、健康教育护士、营养师等分别讲授,内容包括糖尿病的规律用药、饮食定量、合理运动指导,高/低血糖的紧急处理方法,相关并发症的严重危害等。组织患者和家属出院前参加一次讲座。

1.4.2.2 出院前的协同护理干预 出院前由主治医生、健康教育护士、心理咨询师、营养师共同查房一次,评估患者及家属对糖尿病自我护理知识的掌握程度,针对学习不足的地方给予一对一指导。帮助患者更积极主动地参与知识技能的学习,对于不合理之处给予床旁指导完成自我护理。

1.4.2.3 出院后的协同护理干预 (1)建立档案。出院时糖尿病教育护士收集患者相关资料并录入PAD,包括患者的身高、体重、联系电话、用药情况、并根据患者个人情况为其设定血糖达标值。对于连续不能达到设定血糖值的患者,立即预约内分泌科医生进行随访,由医生协助,改进治疗方案及不良生活习惯,直至患者血糖达到预设目标。

(2)信息支持。以微信平台为依托建立“糖友群”:由一名主治医生、两名健康教育护士及1名护理研究生进行群管理及信息推送,患者出院时由健康教育护士邀请患者及其家属加入微信群,修改备注为“姓名+年龄+电话号码”,方便以后随访联系。定时推送关于糖尿病的疾病、治疗及健康教育相关知识的文件和视频资料,基于“辨证施膳”原则的中医药膳食疗知识、放松训练的

音乐素材等,受试者可自行下载并保存,随时进行学习。每周固定一天晚上进行 1 次时长 1 h 的在线答疑,患者及家属针对居家护理中遇到的问题向医生在线提问,医生及健康教育护士在线逐一解答。患者每日运动后用图片形式在微信群中进行打卡,以此督促患者互相监督、坚持锻炼,从而减少并发症的发生。

(3) 关注患者情绪。嘱咐家属随时观察患者有无任何不良情绪,鼓励患者通过网络设备或口头积极向护士或家属倾诉,以发泄不良情绪。

(4) 健康知识讲座。面授与微课双管齐下。每个月在河南省中医院举办一次糖尿病健康知识讲座,通过通俗易懂的语言让患者了解糖尿病相关知识以及血糖控制不良带来的危害。并将每次讲座内容以电子版形式发送至“糖友群”供不能到现场听讲座的患者学习。

(5) 加强定期随访。在随访的各个时点,通过电话或微信进行随访,了解患者居家的血糖情况,及时给予患者相关指导与建议。通过随访与患者之间建立情感联系,加强患者的信任,让患者感到温暖,提高其自我管理能力及依从性。①出院后每 4 周通过电话随访患者 1 次,了解患者是否规范用药及血糖控制情况。并根据患者饮食习惯及气候特点指导患者选择适宜的食疗方,收集相关生理指标数据,并进行阶段性干预效果评价,完善患者个人随访档案。②要求随访的患者定期到门诊复诊,至少每四周 1 次,就诊时检查患者是否按时服药或胰岛素注射方法是否正确,若不正确则反复指导,直至患者完全了解用药方法或学会胰岛素注射方法,并预约下次复诊时间。③健康教育讲座开始前一周电话通知患者及家属时间及地点;讲座开始前 3 天在微信群中再次告知讲座时间及地点;讲座开始前 1 天再次电话提醒并发送短信,督促患者或家属准时参加。

1.5 评价指标 (1) 血糖:空腹血糖(FPG)和餐后 2 h 血糖(2hPBG),0、4、8、12 周各测 1 次;(2)糖化血红蛋白(HbA1c):0、12 周各测 1 次;(3)2 型糖尿病自我管理行为量表(T2-COS)得分:0、12 周各测 1 次;(4)糖尿病患者生存质量特异性量表(DSQL)得分,0、12 周各测 1 次;(5)糖尿病知识测评问卷,0、12 周各测 1 次。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据录入和分析,计数资料采用频数或率表示,比较采用卡方检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用两独立样本 t 检验、秩和检验、重复测量方差分析等方法进行统计分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 干预前后 2 组患者的糖尿病知识测评总分比 见表 1。

表 1 干预前后试验组与对照组患者的糖尿病知识测评总分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	d
试验组	42	11.00 $\pm$ 1.71	16.76 $\pm$ 1.86	5.76 $\pm$ 2.62
对照组	42	11.05 $\pm$ 1.29	10.86 $\pm$ 1.96	-0.19 $\pm$ 2.28
t 值		0.144	14.176	11.112
P 值		0.886	<0.001	<0.001

2.2 干预前后 2 组患者的自我管理行为量表得分比较

表 2 干预前 2 组患者的自我管理行为量表得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	饮食控制		运动管理		遵嘱服药		血糖监测	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	42	15.00 $\pm$ 2.85	17.40 $\pm$ 3.29	10.45 $\pm$ 2.62	13.12 $\pm$ 2.43	7.26 $\pm$ 2.24	9.05 $\pm$ 2.07	8.38 $\pm$ 1.78	10.86 $\pm$ 1.68
对照组	42	15.38 $\pm$ 2.71	14.98 $\pm$ 3.19	10.29 $\pm$ 2.39	9.93 $\pm$ 2.18	7.48 $\pm$ 2.67	7.67 $\pm$ 2.31	8.31 $\pm$ 2.10	8.71 $\pm$ 1.98
t 值		0.627	3.434	0.305	6.332	0.113*	2.882	0.168	5.355
P 值		0.532	0.001	0.761	<0.001	0.910	0.005	0.867	<0.001

组别	例数	足部照顾		高/低血糖预防及处理		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	42	10.07 $\pm$ 1.52	13.64 $\pm$ 1.71	9.40 $\pm$ 2.04	11.55 $\pm$ 1.29	60.57 $\pm$ 5.05	75.62 $\pm$ 6.03
对照组	42	9.98 $\pm$ 1.63	9.95 $\pm$ 1.89	9.31 $\pm$ 2.26	9.02 $\pm$ 1.28	60.74 $\pm$ 6.70	60.26 $\pm$ 8.33
t 值		0.277	9.398	0.203	9.001	0.129	9.682
P 值		0.783	<0.001	0.840	<0.001	0.898	<0.001

注:*为秩和检验

2.3 干预前后 2 组患者生存质量特异性量表得分比较

表 3 干预前试验组与对照组患者的生存质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理功能		心理/精神		社会关系	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	42	29.33 $\pm$ 2.75	25.10 $\pm$ 3.12	17.02 $\pm$ 3.09	14.90 $\pm$ 3.13	9.10 $\pm$ 2.72	8.02 $\pm$ 2.45
对照组	42	29.19 $\pm$ 3.66	29.21 $\pm$ 3.34	17.36 $\pm$ 3.32	17.62 $\pm$ 2.72	9.21 $\pm$ 2.45	9.40 $\pm$ 2.78
t 值		0.202	5.840	0.477	4.240	0.211	2.415
P 值		0.840	<0.001	0.635	<0.001	0.834	0.018

组别	例数	治疗		生存总分		干预前	
		干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前
试验组	42	53.64 $\pm$ 5.06	6.50 $\pm$ 2.05	6.79 $\pm$ 1.72	62.26 $\pm$ 6.78	63.02 $\pm$ 6.09	0.498
对照组	42	3.382	0.072	7.678	0.620	0.001	0.943
t 值		<0.001	治疗	生存总分	干预前	干预后	干预前
P 值		干预后	6.71 $\pm$ 1.89	5.62 $\pm$ 1.43	62.17 $\pm$ 5.21	53.64 $\pm$ 5.06	6.50 $\pm$ 2.05

2.4 2 组患者干预前后不同时间点 FPG 比较

表 4 2 组患者的干预前后不同时间点 FPG 比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后			F 值	P 值
			4周	8周	12周		
试验组	42	7.49 $\pm$ 1.63	6.78 $\pm$ 1.60*	6.12 $\pm$ 1.55*	6.09 $\pm$ 1.63*	162.916	<0.001
对照组	42	7.60 $\pm$ 1.39	7.52 $\pm$ 1.46	7.58 $\pm$ 1.50	7.59 $\pm$ 1.63	0.243	0.716
t 值		0.329	2.226	4.403	4.189		
P 值		0.743	0.029	<0.001	<0.001		

注:为与干预前比较,* $P<0.05$;为与干预后 4 周比较,* $P<0.05$

2.5 2组患者干预前后不同时间点 2hPBG 比较

表5 2组患者的干预前后不同时间点 2hFBG 比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后			F值	P值
			4周	8周	12周		
试验组	42	12.83±1.65	12.30±1.67*	11.33±1.67*	11.17±1.70*	937.815	<0.001
对照组	42	12.72±1.75	12.62±1.80	12.63±1.87	12.67±2.02	0.485	0.616
t值		0.292	0.855	3.346	3.697		
P值		0.771	0.395	0.001	<0.001		

3 讨论

2型糖尿病在中医学中属于“消渴”的范畴,从病程来看,阴虚热盛型发病时间及病程较短,提示此型处于2型糖尿病的早期^[45]。但若没有进行及时的治疗及良好的自我管理,将会随着病程延长、病情加重,给患者身体带来一系列不同的变化^[6]。中医认为,其基本病机为阴津亏耗,燥热偏盛,由于燥热津伤导致肾阴亏虚、津液化生失常、气血生化受损,进而诱发心肺脾等脏腑的气机失调,引发一些列临床症状^[7]。本研究指导试验组阴虚热盛证患者多食清热养阴之品,如绿豆、薏苡仁、荞麦、西红柿、芹菜等;忌食辛热之品,如荔枝、蒜瓣、土豆、羊肉、虾等。耳穴压豆具有调节内分泌、刺激胰腺代谢之功效,因此本研究选用针对阴虚热盛证的心、脾、肝、神门、皮质下为主穴,每次每穴按压1~2 min,每天按压2~3次,以耳朵发热为度,两耳交替,隔日1次。中医特色运动八段锦中的相关动作具有调理脾胃的功效,能达到“调身、调心、调息”之目的,有助于改善患者的心理状态^[8]。

3.1 对阴虚热盛型2型糖尿病患者自我管理能力的影 本研究中,对照组在院期间接受常规护理,在院期间依赖于医护人员及家属的护理,患者进行自我护理的意识较低。由于出院时血糖控制已稳定,家属照顾者顾及家务、工作等疏忽了对患者的照顾,而患者本人由于惰性、生活习惯及社会角色的冲突而忽视了血糖监测、饮食及运动管理。试验组在常规护理的基础上采取协同护理模式,在住院期间,就组建了多学科协作的协同护理干预小组,要求患者及家属照顾者共同参与疾病管理,个体指导和集体干预相结合,通过院内有计划、有组织的中医特色健康教育,普及中医基本知识和养生保健方法,提高患者及家属的健康意识,增强自我保健能力,使患者及家属能自主实践有利于自身健康的起居和饮食方式,达到增强体质、促进健康、减轻或消除危害健康的因素、提高生活质量之目的。

3.2 对阴虚热盛型2型糖尿病患者生活质量的影响 由于糖尿病需终身治疗,所以很多患者都会出现一些负性情绪,个别患者可能出现精神方面的问题,所以在协同护理中,应注重定期给予患者一定的心理疏导。有关研究表明,在协同护理干预后,患者的部分精神症状有所缓解,心理健康情况明显改善^[9]。协同护理模式鼓励患者及其家属共同参与,以充分发挥患者的自我管理能力,继而提高患者在治疗过程中的积极性、主动性^[10]。其他

相关研究^[11-12]也证实 CCM 应用于 T2DM 患者可提高其自我护理的意识和能力,对患者的心理健康、血糖控制和生活质量具有积极意义。协同护理模式强调医护人员、患者及其家属共同融入到护理工作中,让患者及家属在治疗过程中,能够逐步掌握病情监测方法、日常护理技能,帮助患者改善患者紧张、无助和抑郁的不良情绪,帮助患者重新适应新的社会生活^[13],对于改善2型糖尿病患者的生活质量有着重要作用。张艳等^[14]通过对120例T2DM患者采用CCM,发现将CCM应用于T2DM患者中可有效控制血糖及糖化血红蛋白,提高其生活质量,这与本研究的研究结果相似。

3.3 对阴虚热盛型2型糖尿病患者糖尿病知识掌握程度的影响 糖尿病对患者及家庭的影响具有长期性,患者所需的长时间照护、治疗、生活起居的照顾等均会对家庭成员的生活造成影响,而协同护理模式改变了以往的“灌注式教育^[15]”,能够较好提高患者对疾病知识的认知度,协同护理干预团队也能让患者及家属获取专业的指导,继而将糖尿病相关知识技能知识融入日常生活中,增强战胜疾病的信心,有利于延缓疾病的发展进程。

参考文献

- [1] International DF: IDF Diabetes Atlas 6th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013.
- [2] Barengo N C, Tuomilehto J: Diabetes: exercise benefits in type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Endocrinol, 2012, 8:635-636.
- [3] Yacov Fogelman, Margalit Goldfracht, Khaled Karkabi. Managing Diabetes Mellitus: A Survey of Attitudes and Practices Among Family Physicians[J]. J Community Health (2015) 40:1002-1007.
- [4] 王广. 116例2型糖尿病患者中医证型与相关因素研究[J]. CJCM 中医临床研究, 2017, 9(20):11-13.
- [5] 张文佳, 付晓乐, 辛效毅. 2型糖尿病中医证型与临床生化指标的关系[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(5):484-487.
- [6] 王家琳, 陶存武, 冀舒文, 等. 2型糖尿病胰岛素抵抗的中医药治疗与研究[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(1):28-31.
- [7] 方平, 郭敏英, 何珍秀. 耳穴压豆联合中药贴敷对早期糖尿病患者的护理效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(9):116-118.
- [8] 韦庆波, 吴云川. 八段锦对2型糖尿病患者健康状态调节临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(1):103-105.
- [9] 郭焕开, 陈小荷, 李春喜, 等. 协同护理模式对血液透析患者自我护理能力和生活质量的影响[J]. 中国医药科学, 2017, 7(7):112-114.
- [10] 陈丽, 苏晓燕, 刘玉峰. 协同护理模式提高血液透析患者自我护理能力和透析治疗依从性[J]. 中国医学创新, 2017, 14(7):89-91.
- [11] 周卫征, 徐向红. 协同护理模式在提高2型糖尿病患者生活质量中的应用分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(17):2444-2446.
- [12] 唐艳, 韦春华, 邹东华. 协同护理应用于2型糖尿病患者的效果[J]. 中国医药导报, 2015, 12(34):158-161.
- [13] 周鑫, 胡正斌, 叶敬发, 等. 协同护理模式在肾移植术后的应用[J]. 武汉大学学报(医学版), 2016, 37(4):662-665.
- [14] 张艳, 高珊, 崔鲜妮, 等. 协同护理模式在2型糖尿病患者中的应用研究[J]. 护理管理杂志, 2016, 16(9):664-666.
- [15] Marcia V, Gregory W D, Teague S, et al. Implementing the Collaborative Care Model as Part of a County-wide Initiative[J]. Psychiatr Serv, 2016, [Epub ahead of Print].

(本文编辑:李海燕 本文校对:张留巧 收稿日期:2018-06-26)

中药自拟方穴位贴敷配合护理治疗 小儿支气管肺炎的临床观察※

黄金华¹ 徐娟² 彭娟文¹ 何贞¹ 李洁¹

(1 江西省宜春市中医院护理部,江西 宜春 336000;2 江西省宜春市人民医院心血管内科,江西 宜春 336000)

摘要:目的 探讨中药自拟方穴位贴敷配合护理治疗小儿支气管肺炎的疗效。方法 按照不同治疗方案将80例小儿支气管肺炎患儿分为观察组和对照组,各40例,均接受常规治疗和常规护理。观察组患儿在此基础上接受中药自拟方穴位贴敷与人性化护理,比较2组疗程结束后治疗效果、临床症状消失时间以及住院时间。结果 观察组疗程结束后总有效率高于对照组,差异显著($P < 0.05$);观察组发热消失、咳嗽消失、气喘消失、肺部啰音消失以及总住院时间均低于对照组,差异显著($P < 0.05$)。结论 中药自拟方穴位贴敷配合护理治疗小儿支气管肺炎疗效显著,可缩短康复时间,值得临床推广。

关键词:儿科;支气管肺炎;中药自拟方;穴位贴敷;人性化护理;肺炎咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.050

文章编号:1672-2779(2019)-01-0129-03

Clinical Observation on Chinese Medicine Self-made Acupoint Application Combined with Nursing in Treating Bronchial Pneumonia in Children

HUANG Jinhua¹, XU Juan², PENG Juanwen¹, HE Zhen¹, LI Jie¹

(1. Nursing Department, Yichun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Yichun 336000, China;

2. Vasculocardiology Department, Yichun People's Hospital, Jiangxi Province, Yichun 336000, China)

Abstract: **Objective** To explore the efficacy of acupoint application with Chinese medicine in the treatment of bronchial pneumonia in children. **Methods** 80 children with bronchial pneumonia were divided into observation group and control group, with 40 cases in each according to random number table method. Both groups received routine treatment and routine nursing after admission. The observation group received acupoint application of Chinese herbal medicine and humanized nursing on this basis. The time of clinical symptoms disappeared and the length of stay in hospital was compared. **Results** The total effective rate of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$), and the fever disappeared, cough disappeared, asthma disappeared, lung rales disappeared, and the total hospitalization time of the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The acupoint application of self-prescribed Chinese herbal medicine combined with nursing is effective in the treatment of bronchial pneumonia in children, which can shorten the rehabilitation time and is worthy of clinical promotion.

Keywords: pediatrics; bronchial pneumonia; self-made Chinese herbal medicine; acupoint application; humanized nursing; asthma and cough of pneumonia

小儿支气管肺炎临床发病率较高,对儿童的正常发育和心理健康影响明显,治疗不及时甚至可能导致患儿死亡。常规西药治疗小儿支气管肺炎存在疗程长、耐药菌株增多、药物不良反应明显、免疫功能低下时迁延难愈等问题,预后效果难以令人满意^[1]。近几年,中医专家尝试在常规治疗基础上配合进行穴位贴敷,有效提高了治疗效果^[2]。另外,小儿支气管肺炎常规护理模式缺乏个性化,护士仅凭以往经验进行护理干预弊端较多,不利于改善患儿预后^[3]。我院在小儿支气管肺炎治疗期间采取中药自拟方穴位贴敷配合人性化护理干预,有效提升了患儿预后,现将其临床优势进行分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2017年1月—2018年8月来我院接受治疗的80例小儿支气管肺炎患儿的临床资料。按照

治疗方案不同分为观察组和对照组各40例,观察组男23例,女17例;年龄最小1个月,最大4岁,平均1.51岁;病程1~10 d,平均(4.85±2.1) d。对照组男22例,女18例;年龄最小1个月,最大4岁,平均1.55岁;病程1~10 d,平均(4.95±2.25) d。2组性别、年龄等并无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 符合《诸福棠实用儿科学(第8版)》^[4]中小儿支气管肺炎相关诊断标准,经常规胸部影像学检查确诊;病程≤10 d;患儿家属自愿签署知情同意书。

1.3 排除标准 早产儿;有严重肺心病或免疫缺陷性疾病者;有其他呼吸系统疾病或其他重要脏器功能障碍者。

1.4 治疗方法 对照组接受常规治疗(止咳、平喘、抗感染、化痰等)和常规护理(家属健康宣教、注意事项叮嘱、饮食控制、遵医嘱用药、保持呼吸道通畅、预防并发症、基础照料等)。

观察组在此基础上接受中药自拟方穴位贴敷与人性化护理:(1)肺炎1号药方:生天南星、白芷、天花

※ 基金项目:江西省宜春市科技局社会发展领域科技支撑计划课题[No.JXYC2018KS049]

粉、黄柏、大黄、乳香、没药、樟脑按照 1:1 比例混合,研磨成细末,使用温食醋将药粉调和成膏状,贴敷于患儿胸部两侧中府穴、屋翳穴,1~2 次/d,每次维持 4 h,5~7 d 为 1 疗程。(2) 人性化护理:①营造温馨舒适病房环境。病房定时清洁和消毒,维持适宜的温度、湿度,保证空气新鲜和安静,内部摆放绿色植物,放置玩具,给患儿以温馨舒适感^[5];②预防感染。指导家属佩戴口罩,勤洗手,严格防止交叉感染、预防呼吸道感染诱因。定时协助患儿更换体位,预防肺瘀血并促进痰液排出;③心理疏导。通过玩游戏、抚触、讲故事、交谈等形式疏导患儿心中紧张、恐惧感,提高患儿对护士的信任感,提升治疗和护理配合度^[6];④用药护理。严格遵医嘱使用药物,雾化吸入前帮助患儿清理鼻腔分泌物,吸入结束后帮助患儿拍背排痰,增加巡视频率,严防不良反应;⑤饮食护理。嘱咐患儿及其家属饮食宜以清淡易消化为主,多食新鲜水果、蔬菜等食物,忌辛燥发物。⑥健康宣教。护理人员应嘱咐患儿及家属贴敷后不可进行剧烈运动,避免药物脱落,对穴位贴敷后躁动者可通过看动画片、玩玩具等途径转移注意力,不耐受时及时取下药,保证患儿舒适度。同时还应注意贴药部位 24 h 内禁止用冷水及刺激性物质擦洗^[7]。

1.5 观察指标 比较 2 组患儿疗程结束后治疗效果、临床症状消失时间以及住院时间。

治疗效果评价标准^[8]:基本治愈:症状体征完全消失,胸部影像检查完全正常;显著改善:症状体征明显改善,胸部影像检查可见肺部病灶明显缩小;无改善:未达到上述标准;总有效率=基本治愈率+显著改善率。

1.6 统计学方法 应用 SPSS 17.0 软件对本组相关数据资料进行统计,其中计数资料应用 (%) 进行描述,检验方式为 χ^2 检验;计量资料应用 ($\bar{x} \pm s$) 进行描述,检验方式为 t 检验;组间数据比较 $P < 0.05$ 时,提示组间比较存在明显统计学差异。

2 结果

2.1 2 组治疗效果对比 观察组疗效优于对照组,差异显著 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 2 组治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	基本治愈	有效	无效	总有效率
观察组	40	29(72.50)	11(27.5)	0(0.00)	40(100.00)
对照组	40	21(52.50)	14(35.00)	5(12.50)	35(87.50)
χ^2 值					5.333
P 值					0.021

2.2 2 组临床症状消失时间及住院时间对比 观察组发热消失、咳嗽消失、气喘消失、肺部啰音消失以及总住院时间均低于对照组,差异显著 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 2 组临床症状消失时间及住院时间对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	发热消失	咳嗽消失	气喘消失	肺部啰音消失	总住院时间
观察组	40	1.98±0.37	5.88±0.82	4.82±1.04	6.18±1.14	7.39±1.25
对照组	40	2.41±0.60	6.65±1.07	5.30±1.33	6.72±1.43	8.02±1.67
t 值		7.350	5.939	4.311	4.441	4.682
P 值		0.026	0.035	0.048	0.043	0.041

3 讨论

小儿支气管肺炎是儿科发病率较高的一种呼吸道疾病,发病因素复杂,临床上多采取抗感染、止咳、平喘、吸痰等综合方案治疗,但疗效难以令人满意。中医学研究认为,小儿支气管肺炎属“肺炎喘嗽”范畴,主要病机为小儿正气不足、卫外不固,易因风热邪毒入侵而致痰阻气道、肺气郁闭,临床辨治应以清热宣肺、化痰平喘为主要原则^[9]。本研究中所用肺炎 1 号药方为我院经验方剂,具有清热燥湿、化痰止咳之功效。生天南星归肺、肝、脾经,具有燥湿化痰之功效;白芷归肺、胃经,具有祛风散寒之功效;天花粉清热生津,归肺、胃经;黄柏、大黄清泻湿热;乳香、没药相须为用,通经达络,可改善肺部的血液循环;樟脑外用可增加中药的挥发性。在选穴方面,穴位中府,归手太阴肺经,肺之募穴,主治咳嗽、气喘等肺部病症;屋翳穴,归足阳明胃经,主治咳嗽、气喘等肺系疾患。穴位贴敷后药力渗入,刺激穴位改善患儿经络气血运行、调理脏腑生理功能,与常规西药有良好的协同作用,最终提升治疗效果。且穴位贴敷可避免口服药物、输液等给患儿造成的痛苦,还可有效减少药物对消化道的影响及对患儿肝肾功能损害,进而可有效的减少药物的不良反应。

在护理干预方面,传统的护理模式较为僵化,护士多凭借自身经验和常规操作规范进行护理干预,缺乏灵活性,也无法满足越来越高的患儿和家属需求^[10]。我院参考国内人性化护理相关研究报道结合多年护理经验,针对小儿支气管治疗期间不良事件易发风险因素和容易引起护患纠纷的原因总结了一套科学可行的人性化护理干预策略。通过营造温馨舒适病房环境和心理疏导提高患儿心理和生理舒适度,减少躁动和应激;通过无菌控制从根源上防控呼吸道感染;通过用药护理保证治疗效果,预防不良反应^[11]。本研究结果显示,观察组疗程结束后总有效率高于对照组,发热消失、咳嗽消失、气喘消失、肺部啰音消失以及总住院时间均低于对照组,也证实了中药自拟方穴位贴敷配合人性化护理在促进患儿短时间内康复,提升综合预后效果方面的显著作用。

综上所述,中药自拟方穴位贴敷配合护理治疗小儿支气管肺炎疗效显著,可缩短康复时间,值得临床推广。

参考文献

[1] 段捷华,覃敏.国内小儿支气管肺炎辅助治疗的临床进展[J].医学

- 综述,2012,18(23):3997-4000.
- [2] 沈君英,朱伟雄,陈国花. 中药穴位贴敷治疗小儿支气管肺炎 30 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志,2017,33(8):99-100.
- [3] 余微微. 优质护理模式对小儿支气管肺炎疗效及肺功能的影响[J]. 医学理论与实践,2016,29(10):1375-1377.
- [4] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2012:15-16.
- [5] 任明丽. 综合性护理干预在小儿支气管肺炎中的临床效果观察[J]. 中国现代医生,2015,53(19):143-145.
- [6] 殷秀伟. PDCA 护理模式在小儿支气管肺炎中的综合效果研究[J]. 中华全科医学,2013,11(3):486-487.
- [7] 葛亚男,杨珠英,陈丹玲. 中药穴位贴敷配合护理治疗小儿肺炎的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2014,7(27):123-124.
- [8] 王亚莲,梁君妃,马立海,等. 中药穴位贴敷辅助治疗小儿支气管肺炎的效果观察[J]. 护理与康复,2012,11(3):290-291.
- [9] 刘爱英. 中医定向透药辅助治疗小儿支气管肺炎的护理体会[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(2):143-144.
- [10] 张荆武. 临床护理路径应用于小儿支气管肺炎的护理效果分析[J]. 中国现代药物应用,2012,6(15):106-107.
- [11] 何晓霞,龙燕玲,石碧兰. 临床护理路径在小儿支气管肺炎护理中的效果观察[J]. 中国当代医药,2014,21(3):103-104,107.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:王美萍 收稿日期:2018-09-04)

中医护理防范骨折卧床患者便秘发生的应用效果

曾 帅 胡 甜

(江西省萍乡市中医院骨一科,江西 萍乡 337000)

摘要:目的 在防范骨折卧床患者便秘发生中实施中医护理并分析效果。方法 选取 2016 年 7 月—2018 年 7 月我院 60 例骨折卧床患者,分组时符合数字表法,纳入试验组的 30 例行中医护理+常规护理,纳入对照组的 30 例患者行常规护理。对比分析 2 组患者护理效果。结果 实验组便秘发生率、护理满意度及便秘评分均明显更优于对照组且差异明显($P < 0.05$)。结论 在防范骨折卧床患者便秘发生中实施中医护理的效果显著。

关键词:骨折;卧床;便秘;中医护理;治未病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.051

文章编号:1672-2779(2019)-01-0131-03

The Application Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing in Preventing Constipation in Patients with Fracture in Bed

ZENG Shuai, HU Tian

(Orthopedics Department, Pingxiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

Abstract: **Objective** To prevent the occurrence of constipation in fracture patients in bed, and to analyze the effect of TCM nursing. **Methods** From July 2016 to July 2018, 60 patients with fracture were enrolled in our hospital. They were divided into two groups according to the digital table method. 30 patients in the experimental group were given traditional Chinese medicine nursing and routine nursing, and 30 patients in the control group were given routine nursing. The nursing effects of the 2 groups were compared and analyzed. **Results** The incidence of constipation, nursing satisfaction and constipation score in the experimental group were significantly better than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The effect of TCM nursing on preventing constipation in patients with fracture in bed is remarkable.

Keywords: fracture; lying in bed; constipation; TCM nursing; preventive treatment of disease

骨科患者在临床上常见,临床特点包括长期卧床、食欲不振、活动受限、饮食结构差等,患者摄入的粗纤维及水分均较少,可导致患者出现肠内容不足,从而对患者胃肠正常蠕动造成不良刺激,诱发便秘。便秘患者中,常见躯干部骨折卧床患者、下肢骨折卧床患者,便秘可导致患者身体不适、生活质量严重下降,可导致患者出现全身中毒症状、肠梗阻及粪性溃疡等^[1],部分患者可诱发急性心肌梗死及猝死等,需引起临床重视。对于骨折卧床患者来说,行动受限、胃肠功能紊乱,便秘发生率较高,中医学认为,骨折术后便秘患者发病原因是因为肢体损于外则气血伤于内,可出现气机运化失常,从而诱发便秘^[2]。本文选取 60 例患者,对“在防范骨折卧床患者便秘发生中实施中医护理的效果”这一课题进

行了临床分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月—2018 年 7 月在我院临床诊断及治疗的骨折卧床患者中随机选取 60 例,数字表法均分,各 30 例。试验组年龄 40~80 岁,中位年龄 68.1 岁,男女比例 12:18。对照组年龄 40~81 岁,中位年龄 68.5 岁,男女比例 13:17。分析 2 组入组数据, $P > 0.05$,可对比。

1.2 护理方法 对照组行常规护理:护士需为患者实施常规饮食指导及健康宣教等护理干预。

试验组行中医护理+常规护理,在对照组护理基础上,增加以下护理内容:(1)腹部中药熨熨治疗。责任护士需指导患者实施自理能力训练并有效调动患者自理

的主观能动性,要求患者自己主动完成自我腹部按摩并促使患者明确护理要点。责任护士需指导患者取位仰卧位并尽量放松腹肌,将中药药包加热平按在腹壁上,然后将左手掌放于右手掌上,着力点是大鱼际肌和掌根,沿着脐周进行环形掌揉操作,方向是顺时针,继而自右下腹回盲部沿着结肠走向对腹部进行反复推展按摩。每次脐周需按摩3~5 min,按摩腹部需每次坚持10~15 min,每天按摩2~3次,每天早餐后0.5 h开始按摩,或者在每天排便前20 min开始按摩。给予排便动力减弱患者实施腹肌锻炼指导及肛提肌收缩训练^[3],鼓励患者定时排便。每日,责任护士均需对患者执行情况进行定时评估并告知患者需要注意的事项,按摩前,告知患者将膀胱排空,注意按摩手法均匀、柔和、持久、有力,用力需逐渐增加,由轻至重,可促使热量慢慢渗透至腹部,可对肠蠕动起到促进作用,有利于顺利排便。另外,责任护士需沟通患者,消除患者不良情绪,促使患者治疗依从性明显提高;

(2) 药物治疗。责任护士需每日将大黄粉与蜂蜜按照一定比例调和,清洁患者脐部皮肤后将其敷于患者神阙穴,时间为6 h内,每次取量拇指大小(约3 g),完全覆盖患者肚脐即可,然后覆盖敷贴,持续敷贴,将敷料时间控制在12 h内。

1.3 效果评估 便秘:治疗后3 d内,无自行排便或者虽然排便但是性状干结、排便困难。护理满意度:根据我院自拟调查问卷统计。便秘评分:根据罗马Ⅲ诊断标准进行评分^[4]。

1.4 统计学方法 使用SPSS 19.0软件分析,计量资料行 t 检验,计数资料行 χ^2 检验,存在统计学意义, $P<0.05$ 。

2 结果

分析获知,试验组患者便秘发生率、护理满意度及便秘评分均明显更优,将其对比对照组差异明显($P<0.05$)。

表1 2组便秘发生率、护理满意度及便秘评分对比 [例(%)]

组别	例数	便秘发生率	护理满意度	便秘评分(分)
试验组	30	2(6.66)	29(96.66)	4.5±1.1
对照组	30	9(30.00)	20(66.66)	9.5±2.4
χ^2/t 值		5.4545	9.0167	10.3732
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

对于骨折患者来说,需要进行牵引、石膏等制动治疗,尤其是下肢骨折患者,活动受限。对于单纯胸腰椎压缩性骨折患者来说,临床常见并发症包括便秘、腹胀等,发生率极高,可加重患者痛苦。中医认为,骨折断筋伤则气滞血瘀,可导致患者出现肝失疏泄及浊气积聚的情况,腑气不通,从而诱发便秘,分析原因,包括:

(1) 骨折患者术后需要长期卧床,时间2~3个月,骨折后创伤、手术导致的疼痛可导致患者活动范围受到限制,降低了患者全身代谢功能,导致患者食欲不振及胃肠道蠕动减慢,从而诱发本病;

(2) 排便作为反射活动,受到习惯等多种因素影响。骨折卧床患者需在床上排便^[5],更改了患者以往的排便方式,患者担心排便影响他人,或者羞于在床上排便,即使存在便意,也是一忍再忍,少排便,对正常排便反射起到了抑制作用,另外,骨折部位疼痛也影响患者正常排便,患者不敢屏气排便,抑制了排便反射活动,导致直肠壁失去对粪便压力刺激的敏感性,从而诱发排便困难;

(3) 对于部分老年患者来说,饮食过少、过于精细,进食粗纤维食物较少,无法有效刺激肠蠕动,从而诱发本病。因此,骨折卧床患者需养成良好的生活习惯,可有效防范便秘,提升患者护理满意度。

分析得出,给予骨折卧床患者实施腹部中药熨熨治疗,可促进患者胃肠动力,临床优势诸多,价格低廉,对机体干扰较少。穴位按摩为良性刺激,可通过体外压力传导来发挥作用,利用经络的传导反射促进胃肠蠕动增加^[6],促使患者分泌消化液,从而有效推动结肠输出功能,促进患者顺利排便。顺着患者肠管方向按摩,可对穴位起到兴奋作用,促使患者产生排便冲动并传达至大脑皮层,对神经功能起到调节作用,进而促进肠道蠕动,并对肛门括约肌起到松弛作用,有利于患者排便^[7]。另外,脐部神经丰富,对外部刺激较为敏感,腹部按摩可通过中枢神经传达至全身,对小肠及大肠推进型节律收缩起到增加作用^[8],从而促使粪便松动下行,鼓动正气,对滞胀可起到有效消除作用,刺激患者大便及时排空,有效预防便秘。

临床护理骨折卧床患者的原则是理气通腑,基于此,临床上在防范骨折卧床患者便秘发生中提出了中医护理,效果显著。我院经过临床实践发现,刺激神阙穴可刺激肠道神经,促进患者肠蠕动加速,有效改善患者便秘。因此,责任护士每日将我院自制大黄粉调成糊状后敷于患者神阙穴,每天持续敷贴,良好促进了肠蠕动并明显改善患者便秘症状,效果得到患者认可^[9]。按摩足三里穴可治疗胃肠病,责任护士需按照人体经络穴位及便秘支配神经进行科学取穴,对患者经络气血津液系统进行有效激发,促进患者肠黏膜血液循环明显加快,直肠张力明显增加并发挥化积运滞作用^[10]。中医认为,人体脐部含有丰富静脉网,吸收药物的能力较强,利用中药敷贴脐部可对神阙穴附近肠道神经末梢感受器起到促进作用,改善患者胃肠蠕动功能^[11]。

本组研究结果:试验组患者便秘发生率、护理满意度及便秘评分均明显更优。

在防范骨折卧床患者便秘发生中实施中医护理的效果显著,可明显改善患者便秘发生率、护理满意度及便秘评分,值得临床借鉴。后续探讨中,需对中医护理措施进行完善,优化护理流程,并实施大样本实验,对便秘防范措施进行深入探讨,增加本组研究临床指导意义。

参考文献

- [1] 李鲜. 中医护理干预预防老年骨折卧床患者便秘[J]. 现代医药卫生, 2016, 32(8):1242-1243.
- [2] 柳娜, 杨小芳, 李建群, 等. 探讨中医护理用于骨折卧床患者便秘预防中的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(75):329-329.
- [3] 金丽. 中医护理对预防骨折卧床患者便秘发生的疗效[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(16):161-162.
- [4] 唐海燕, 邱美芳, 蔡秋兰. 中医护理干预在预防老年髋部骨折便秘中的应用观察[J]. 医药前沿, 2016, 6(32):322-323.
- [5] 沈冬妹. 中医护理在痔疮手术后便秘患者中的应用价值分析[J]. 中外医学研究, 2016, 14(30):84-85.
- [6] 邓莉萍. 中医护理干预对中风患者便秘的效果观察[J]. 中医临床研究, 2016, 8(33):41-42.
- [7] 潘荣娟. 中西医结合护理预防骨折卧床患者便秘的应用观察[J]. 中国社区医师, 2016, 32(33):154-155.
- [8] 桂小琪. 中医护理改善老年骨折患者疼痛和便秘的效果分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(4):134-135.
- [9] 徐妙玲, 王生球. 老年骨折患者产生便秘的原因分析及护理对策[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(24):126-127.
- [10] 项娟萍, 褚夏芳. 老年骨折患者实施中医护理对疼痛和便秘的影响分析[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(11):2454-2456.
- [11] 魏金荣, 张惠萍, 曹松美. 中医药护理干预对胸腰椎压缩性骨折患者便秘的效果评价[J]. 护理管理杂志, 2013, 13(11):817-818.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李海珍 收稿日期:2018-08-21)

综合护理管理改善老年高血压的临床观察

肖玲 幸贤梅

(江西省高安市人民医院骨一科, 江西 高安 330800)

摘要:目的 探讨综合护理管理改善老年高血压患者的效果。方法 从本院选取2016年8月—2017年8月收治的80例老年高血压患者,按照随机抽签法将所有患者分为2组,每组40例。对照组给予常规护理,观察组给予综合护理管理。对比2组血压水平、生活质量、护理满意度和并发症情况。结果 观察组采用综合护理后,血压水平优于对照组,生活质量和护理满意度高于对照组,并发症情况低于对照组,2组间差异明显 $P < 0.05$ 。结论 对老年高血压患者应用综合护理管理血压水平会得到明显改善,预后效果较好,对提高患者生活质量具有积极作用,是一种理想的护理模式,值得临床大力推广和应用。

关键词:综合护理;老年科;高血压

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.052

文章编号:1672-2779(2019)-01-0133-03

Clinical Observation on Comprehensive Nursing Management on Improving Elderly Patients with Hypertension

XIAO Ling, XING Xianmei

(Orthopedics Department, Gaoan People's Hospital, Jiangxi Province, Gaoan 330800, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of comprehensive nursing management to improve elderly hypertensive patients. **Methods** In our hospital from August 2016 to August 2017, 80 cases of elderly patients with high blood pressure, according to the method of random draw all of the patients were divided into two groups, with 40 cases in each group. The control group was given routine nursing care, and the observation group was given the comprehensive nursing measures. Blood pressure, quality of life, nursing satisfaction and complications were compared between the two groups. **Results** The blood pressure level of the observation group was better than that of the control group, the quality of life and nursing satisfaction of the observation group was higher than that of the control group, complications of the observation group was lower than that of the control group, and the difference between the two groups was significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of comprehensive nursing intervention in patients with senile hypertension patient's blood pressure level will be improved significantly, the prognosis effect is good, plays a positive role to improve the patients quality of life, is an ideal type of nursing mode, and is worthy of promotion and application in the clinical practice.

Keywords: comprehensive nursing measures; geriatrics; hypertension

如今,高血压患者在不断增加,高血压患病率呈上升趋势,该疾病会导致患者发生心血管疾病,对生命健康和生活质量产生的影响较大^[1]。临床上不仅要给予患者有效的治疗方法,控制患者血压水平,也应给予相应的护理措施,让患者能够积极配合治疗,使得患者血压

水平显著改善。本文主要分析了对老年高血压患者应用综合护理管理措施的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从本院选取2016年8月—2017年8月收治的80例老年高血压患者,按照随机抽签法将所有患

者分为2组,每组40例。对照组男27例,女13例;年龄61~89岁,平均74.56岁;病程1.5~10年,平均病程为(5.25±1.14)年。观察组男26例,女14例;年龄62~89岁,平均74.45岁;病程为1.6~10年,平均病程为(5.23±1.16)年。所有患者均被诊断为老年高血压,均同意进行本次研究,且本次研究得到医院伦理委员会批准。2组一般资料无明显差异 $P<0.05$ 。

1.2 护理方法 对照组给予常规护理,观察组给予综合护理管理措施。(1)心理护理。由于老年患者年纪较大,患者出现的不良情绪较多,存在的主要不良情绪为焦躁和紧张等,在一定程度上会降低配合治疗的效果,不能够积极的配合医护人员展开相关工作。护理人员在过程中,应充分的结合患者年龄特征和心理状况,及时同患者进行交流,开导患者。了解清楚患者内心最真实的想法,就患者存在的相关疑问进行分析和指导,且在指导过程中应注意好语气和语速,应采用比较通俗的话语耐心讲解^[2-3]。护理人员可以将造成该疾病的主要原因、采取的治疗措施以及在治疗中患者应注意的所有事项告知患者,以此可以让患者充分的认识高血压,能够有效缓解患者内心的诸多疑虑。另一方面,护理人员可以为患者提供一些缓解紧张情绪的方法,比如向患者播放一些比较轻松愉悦的音乐、观看视频、组织患者开展集体活动等,将患者的注意力进行转移,引导患者保持积极乐观的情绪,从而能够全面的配合医护人员进行治疗;(2)生活指导。护理人员应及时告知患者对缓解病情有利的生活方式,让患者在平时的生活中能够高度重视,养成良好的生活作息习惯^[4]。比如不熬夜,每天保持充足的睡眠,养成早睡早起的习惯;坚持运动,每天的运动量控制到适宜的范围之内,做一些力所能及的运动,掌握好运动强度;不抽烟、不喝酒、控制好自己的体重、定期测量血压等,能够及时掌握血压状况,以此能够将自己的血压水平进行控制,改善病情^[5-6];(3)运动指导。护理人员向患者耐心解释每天保持适量的运动有助于改善病情,对调节血压水平具有积极作用,在制定运动指导的过程中必须要以患者身体状况作为根本依据,为患者选择出合理的运动方式。所有患者进行的运动强度不能过大,运动类型应为放松型,比如慢跑、气功或打太极拳等。患者进行运动的时间应保持在30 min之内,不可长时间的进行,应注意适量运动^[7];(4)健康教育。在组织患者进行健康教育之前,医护人员就应当把与该疾病有关的内容尽行整理,制作成相应的资料,内容必须要通俗易懂,提前

发放到患者手中,让患者提前了解。后组织患者进行健康教育活动,系统的向患者介绍与该疾病相关的内容,告知患者治疗和预防的方法,改善患者日常行为;(5)饮食指导。告知患者不能食用含有大量脂肪、热量的食物,平时多吃新鲜蔬菜、水果和豆类食物,控制好摄盐量,每天食用盐的含量不得超过6 g,并根据患者自身体质给予患者针对性饮食指导,如气血盈亏行健脾补胃、健脾补心食疗,多食红薯,以此控制患者血压水平;(6)中医护理:对患者进行穴位按摩、针灸、中药方剂等相关中医护理,可实施曲池穴、三阴交穴、合谷穴、百会穴、太冲穴等穴位按摩针灸或实施耳穴压豆护理,以患者耐受为准,并可根据患者实际状况采取中药方、中药足浴辅助治疗。如口服益气活血方(红花、天麻、桃仁、甘草各5 g,丹参、太子参、炒杜仲、银杏叶、益母草、黄芪、夜交藤、生石决明、当归各10 g,灯盏细辛、地龙各6 g),1剂/d,200 mL/d,2次/d,连续使用6周^[8]。中药(钩藤、天麻各5 g,夜交藤、桑寄生各3 g,石决明、黄芩、山栀子各5 g)足浴时加水3 L,温度保持40℃,40 min/次,持续足浴4周^[9]。

1.3 观察指标 (1)患者均在干预2个月后,对比2组患者血压水平:观察患者舒张压和收缩压水平;(2)生活质量:采用生活质量评定量表进行评估,主要从情绪、社会、认知和躯体方面进行评估,分数越高,患者生活质量越好;(3)护理满意度:可通过答题问卷方式进行评估,统计患者满意人数和满意人数,满意人数越多,护理满意度越高;(4)并发症情况:观察患者出现心律失常、脑卒中以及血肌酐升高等不良现象情况。

1.4 统计学方法 本次研究采用SPSS 21.0统计学软件进行分析研究,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用 $n/\%$ 表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组血压水平对比 观察组血压水平平均低于对照组,2组间差异明显 $P<0.05$,见表1。

表1 2组血压水平对比 ($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别	例数	收缩压		舒张压	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	154.57±12.12	126.12±7.19	97.41±5.65	80.02±4.36
对照组	40	155.11±12.32	141.54±8.01	97.35±5.69	87.76±6.96
t 值		0.198	9.061	0.047	15.289
P 值		0.844	0.000	0.962	0.000

2.2 2组生活质量对比 观察组生活质量高于对照组,2组间差异明显 $P<0.05$,见表2。

表 2 2 组生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	躯体功能		情绪功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	36.89±3.26	72.87±4.56	39.98±3.47	71.36±5.69
对照组	40	37.01±3.12	61.23±5.01	38.99±3.64	60.23±5.46
t 值		0.168	10.783	1.245	8.926
P 值		0.867	0.000	0.217	0.000

组别	例数	社会职能		认知功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	40.98±3.32	73.35±5.98	40.23±3.51	72.39±5.81
对照组	40	41.01±3.69	62.23±5.89	40.99±3.91	63.01±5.83
t 值		0.038	8.379	0.915	7.208
P 值		0.969	0.000	0.363	0.000

2.3 2 组护理满意度和并发症对比 观察组护理满意度高于对照组, 观察组并发症低于对照组, 2 组间差异明显 $P < 0.05$, 见表 3。

表 3 2 组护理满意度和并发症对比 [例(%)]

组别	例数	满意	不满意	总满意度	心率失常
观察组	40	39(97.50)	1(2.50)	39(97.50)	2(5.00)
对照组	40	32(80.00)	8(20.00)	32(80.00)	5(12.50)
χ^2 值		-	-	6.135	-
P 值		-	-	0.013	-

组别	例数	脑卒中	血肌酐升高	并发症发生率
观察组	40	1(2.50)	2(5.00)	5(12.50)
对照组	40	5(12.50)	4(10.00)	14(35.00)
χ^2 值		-	-	5.591
P 值		-	-	0.018

3 讨论

高血压属于一种常见的临床疾病, 该疾病也属于心血管疾病, 具有较高的发病率^[10]。由于人们生活节奏不断加快, 饮食习惯和生活习惯均发生了变化, 导致该疾病发病率呈不断上升的趋势。具有研究表明, 高血压患者患病和生活工作、年龄、以及体重之间具有密切关联^[11]。老年高血压是老年心血管疾病, 病程时间较长, 治疗进程相对比较缓慢, 临床病症不显著。患发该疾病后会导致患者生理机能出现衰退现象, 并会引发脑卒中、心肌梗塞以及肾功能不全等病症^[12]。再加上老年患者本身就比较特殊, 患者身体机能以及免疫力相对较差, 临床上必须给予有效的治疗措施, 用药要安全。并且在治疗过程中, 应给予有效的护理管理措施, 将患者血压水平进行合理控制, 改善患者症状, 以此提高临床疗效。

本研究显示, 对观察组给予综合护理管理, 观察组血压水平低于对照组, 生活质量高于对照组, 并发症发生率为 12.5%, 对照组并发症发生率为 35%, 观察组并发症低于对照组; 观察组总护理满意度为 97.5%, 对

照组总护理满意度为 80%, 观察组总护理满意度高于对照组, 2 组间差异明显 $P < 0.05$, 主要原因为: 给予患者心理护理, 引导患者保持良好的心理状况, 将存在的不良情绪进行改善和缓解, 以此能够让患者积极配合医护人员开展工作, 对改善患者情绪功能具有积极作用; 给予生活指导, 告知患者在生活中应注意的相关事项, 督促患者养成良好的生活习惯, 有助于提升患者生活质量, 对病情恢复具有积极作用; 给予运动指导, 告知患者合理的运动有助于控制血压水平, 让患者意识到运动的重要性, 并为患者制定出相应的运动指导, 控制好运动的强度和量, 对改善血压水平具有积极作用; 给予饮食指导, 让患者每天摄入的食物量营养均衡, 不食用含有高脂肪和高热量的食物; 给予患者中医护理可进一步提升疗效, 对提高患者护理满意度和降低并发症具有积极作用。

综上所述, 对老年高血压患者应用综合护理管理措施后患者血压水平会得到明显改善, 预后效果较好, 对提高患者生活质量具有积极作用, 是一种理想的护理模式, 值得临床大力推广和应用。

参考文献

- [1] 张丽艳. 综合护理干预对老年高血压患者血压控制的临床效果分析[J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30(7): 86-87.
- [2] 李露, 祁丹丹. 对老年高血压患者进行综合护理的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(19): 260-262.
- [3] 黄春选, 常永智, 谢艳华, 等. 综合护理对老年高血压患者睡眠状态的影响[J]. 中国当代医药, 2016, 23(6): 173-175.
- [4] 赵嘉佩, 宋莹, 刘艳. 分析综合护理对老年高血压脑出血患者临床护理效果的意义[J]. 当代医学, 2017, 23(25): 157-159.
- [5] 刘文雅, 王晓飞. 综合护理应用在老年高血压患者护理中的效果观察[J]. 中国医药指南, 2017, 15(16): 226-227.
- [6] 许仕云, 胡雅华. 综合护理干预对老年高血压住院患者治疗效果的影响[J]. 医药前沿, 2016, 6(6): 278-279.
- [7] 李洁, 陈雪兰, 谢艳华. 护理干预预防老年高血压或糖尿病患者跌倒的效果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(9): 1112-1114.
- [8] 许涛. 益气活血中药组方配合西医对老年高血压患者症状及血压控制的影响[J]. 中国老年学, 2015, 35(18): 5121-5122.
- [9] 余庆锁. 中药组方足浴用于高血压的临床分析 [J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(6): 38-38.
- [10] 莫欣, 彭玉兰, 曾坤梅, 等. 综合护理干预模式在门诊老年高血压患者中的应用效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(6): 818-820.
- [11] 应建英, 单敏娟. 综合护理干预对老年高血压患者生活质量的影响[J]. 健康研究, 2016, 36(2): 231-232.
- [12] 罗娜, 吴少霞, 肖莹莹. 综合性护理干预对老年高血压患者降压效果的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(11): 158-159.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 褚敏江 收稿日期: 2018-08-26)

中医护理促进脑卒中偏瘫患者康复的临床观察

王新佳

(中国医科大学附属盛京医院第一神经内科, 辽宁 沈阳 110004)

摘要:目的 探讨脑卒中偏瘫患者运用中医护理的临床效果。方法 选择我院2015年3月—2016年3月收治的90例脑卒中偏瘫患者为研究对象,根据随机抽样法将其分为2组,其中对照组行常规护理,而观察组则运用中医护理,对2组的护理效果进行比较分析。结果 干预前,2组的FMA评分和Barthel指数比较无差异($P>0.05$);干预后,观察组的Barthel指数和FMA评分均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组的心理情绪、生活行为、运动、病情控制评分均干预对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 给予脑卒中偏瘫患者中医护理有助于改善患者预后生活质量。

关键词:脑卒中;中医护理;偏瘫;康复;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.053

文章编号:1672-2779(2019)-01-0136-02

Clinical Observation on Traditional Chinese Medicine Nursing in Promoting the Rehabilitation of Stroke Patients with Hemiplegia

WANG Xinjia

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

Abstract: Objective To explore the clinical effect of traditional Chinese medicine nursing in stroke patients with hemiplegia.

Methods A total of 90 stroke patients with hemiplegia admitted by our hospital from March 2015 to March 2016 were selected as study objects. They were divided into two groups according to the random sampling method, in which the control group received routine nursing, while the observation group received traditional Chinese medicine nursing. The nursing effect of the two groups was compared and analyzed. **Results** Before intervention, there was no difference between the two groups in FMA score and Barthel index ($P>0.05$). After the intervention, the Barthel index and FMA scores of the observation group were better than those of the control group, and there had statistically significant differences ($P<0.05$). The psychological emotion, life behavior, movement and disease control scores of the observation group were all intervening in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$).

Conclusion Traditional Chinese medicine nursing for stroke patients with hemiplegia is helpful to improve the prognosis quality of life.

Keywords: cerebral apoplexy; traditional Chinese medicine nursing; hemiplegia; rehabilitation; stroke

脑卒中是临床上的一种常见病、多发病,具有并发症多、起病急、病情进展快、预后差等特点,包括:脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血。具有较高的病死率,严重危害患者健康^[1]。近年来,随着生活水平明显提高,我国人口逐渐老龄化,脑卒中的发病率明显增高,现代医学技术的发展,脑卒中的病死率明显下降,但是致残率依然居高不下,患者预后容易出现不同程度后遗症如偏瘫、语言障碍等,降低患者生活质量^[2]。因此,本文对中医护理运用在脑卒中偏瘫患者中的临床价值进行了探讨,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择我院2015年3月—2016年3月收治的90例脑卒中偏瘫患者为研究对象,按照随机抽样法将其分为2组,每组45例。对照组年龄50~75岁,平均62.4岁;其中女20例,男25例;疾病类型:脑梗死13例,脑出血15例,蛛网膜下腔出血17例。观察组年龄51~77岁,平均62.6岁;其中女19例,男26例;疾病类型:脑梗死12例,脑出血14例,蛛网膜下腔出血19例。2组的疾病类型、性别、平均年龄等基线资料比较无差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 对照组采用常规专科护理,包括开窗通风、环境护理、病情观察以及用药指导等。

1.2.2 观察组 观察组则运用中医护理。

1.2.2.1 情志护理 护士要运用良好的沟通技巧,主动与患者进行交流,对患者郁结的原因进行了解,耐心倾听患者诉求,并且运用简单易懂的语言,给患者讲解成功病例,使患者战胜疾病的信心增强。由于一些患者比较抑郁、悲观,应该运用胜情法,指导患者播放轻柔的音乐或观看欢快的电视,缓解不良情绪;由于一些患者抑郁、易怒,指导患者正确运用呼吸减压法,对呼吸进行调节,使心境保持平稳。

1.2.2.2 饮食调理 护士要根据患者的实际病情,再结合个人喜好,合理安排日常饮食,对食盐的摄入量进行控制,叮嘱患者多食用新鲜的蔬菜、水果,增加植物蛋白的摄入量,满足机体营养需求,增强抵抗力和免疫力。同时,对于内热便干者,可以运用桃仁、决明子各10g煎水取汁,改善便秘;对于头晕目眩者,可以运用枸杞或菊花泡水喝;对于痰浊较盛、喉中痰鸣者,可以取适量石菖蒲、郁金以及赤小豆煎水取汁。

1.2.2.3 康复锻炼 护士要协助患者进行被动和主动活动,每天加强患侧肢体锻炼,比如内旋、外展、抬起等,控制好训练时间和强度,10 min/次,3次/d,并且坚持循序渐进的基本原则,适当增加训练时间和强度,避免过度劳累。

1.2.2.4 穴位理疗 根据患者的偏瘫部位,合理取穴,对于下肢瘫痪者,则选择风市穴、环跳穴以及绝骨穴;对于面部瘫痪者,则选择下关穴、太阳穴以及地仓穴;对于上肢偏瘫者,则选择手三里穴、肩贞穴以及肩井穴,运用捶拍法、拿捏法轻轻按摩每个穴位,3~5 min/次,3次/d。

1.3 观察指标 (1)运用FMA量表对患者的运动功能恢复情况进行评价,得分与运动功能呈正比关系;(2)运用Barthel指数对患者的生活自理能力进行评价,得分越高,说明生活自理能力越好;(3)运用SF-36量表对2组患者的生活质量进行评价,包括病情控制、运动功能、生活行为以及心理情绪四个方面内容,得分与生活质量呈正比关系。

1.4 统计学方法 本次研究数据采用SPSS 13.5软件分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,运用 t 对组间计量资料比较进行检验,以 $P < 0.05$ 表示有差异。

2 结果

2.1 2组各项评分比较 2组干预前的Barthel指数和FMA评分对比无差异($P > 0.05$);干预后,与对照组比较,观察组的FMA和Barthel指数均改善明显,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 2组功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	FMA评分		Barthel指数	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	45	7.33±0.24	20.19±0.68	51.26±0.28	69.15±0.13
观察组	45	7.31±0.25	26.77±0.33	51.18±0.22	82.89±0.15
t 值		0.972	8.208	1.167	10.863
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 2组生活质量评分情况比较 观察组的心理情绪、生活行为、运动、病情控制评分均干预对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 2组生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	心理情绪	生活行为	运动	病情控制
对照组	45	75.22±1.36	73.82±1.18	73.95±1.05	72.58±1.46
观察组	45	90.42±2.06	93.44±2.05	92.53±2.73	91.55±2.61
t 值		6.409	8.115	9.873	13.965
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

脑卒中是临床常见的危急重症,病情非常凶险,脑卒中后脑组织、神经细胞损伤较严重,患者出现肢体、语言等功能障碍,生活质量明显下降。通常情况下,脑卒中偏瘫患者发病后,因为卧床时间较长,身体各项机

能明显衰退,会降低生活自理能力,在中医证候上以气血亏虚、肢体活动不利等症状为主要表现^[3]。中医学将脑卒中划分为“中风”范畴,认为其发病与劳累过度、饮食不节、忧思暴怒等有关,并且脉络阻滞、肝气郁结、气血失调等是偏瘫的主要病机,所以治疗一般坚持调节营养、活血化瘀、疏通经络的基本原则^[4]。在中医护理中,给予患者针对性情志疏导,能够调达心理、疏肝解郁,使患者保持良好的心理状态,从而提高治疗配合度。而中医膳食护理是将患者的体质作为基本依据,选择不同食材,分别针对气虚血瘀、痰热内结等给予补气活血化瘀、清热祛痰的食物,不仅可以使患者的营养状态得到改善,还能预防便秘,减少并发症^[5]。同时,通过对相关穴位进行按摩和刺激,调畅经络,使肢体功能和血液循环得到改善,对促进患者康复有着极其重要的意义^[6]。在本次研究中,与对照组比较,观察组的Barthel指数、生活质量以及FMA评分均较高,这一结果与覃勤等^[7]研究报道一致,说明中医护理可以调畅气机、改善患者肢体功能。

综上所述,在脑卒中偏瘫患者的临床治疗中,运用中医护理干预,可以改善患者的生活能力和肢体功能,从而提高预后生活质量。

参考文献

- [1] 方际翠. 中医护理促进脑卒中偏瘫患者康复的效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(64):153-155.
- [2] Thomas Laine, Liang Li, Federspiel Jerome J, et al. Unexplained Variation for Hospitals' Use of Inpatient Rehabilitation and Skilled Nursing Facilities After an Acute Ischemic Stroke[J]. Stroke, 2017, 48(10):145-146.
- [3] 隋滨阳. 中医综合护理改善脑卒中后偏瘫患者生活自理能力及运动功能的效果观察[J]. 中国医药指南, 2018, 16(6):222.
- [4] 苗永培. 中医护理在提高脑卒中偏瘫患者生活质量方面的作用[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(2):108-109.
- [5] 李艳. 中医护理在提高脑卒中偏瘫患者生活质量方面的作用[J]. 中医临床研究, 2015, 7(35):123-124.
- [6] 杨艳. 中医护理促进脑卒中偏瘫患者康复的临床观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(6):136-137.
- [7] 覃勤, 何锦玉. 已时中药烫熨对气虚血瘀型脑卒中偏瘫后肩痛的效果观察[J]. 护理与康复, 2014, 13(3):281-282.

(本文编辑:李海燕 本文校对:明莹莹 收稿日期:2018-08-21)

国医大师孙光荣教授认为心悸的病因病机在于气阴不足为其本,痰瘀互阻为标,气虚、阴虚、痰浊、血瘀是心悸的重要病理基础,辨证应以虚实为纲,治疗时主张益气养阴治其本,化痰逐瘀治其标。重在“重形神、调气血、平升降、衡出入”几个方面,常用药对为“麦门冬、五味子”“茯神、酸枣仁”、“桂枝、连翘”。

——雷燕、李海霞摘编自《医道中和——国医大师孙光荣临证心法要诀》

科研进展
SCIENTIFIC RESEARCH
PROGRESS

过敏性鼻炎的中医治疗※

周峻¹ 赵凡莹¹ 郭雨晴^{2*}

(1 北京中医药大学研究生院,北京 100029;2 中国中医科学院中医基础理论研究所,北京 100700)

摘要:本文回顾古籍对过敏性鼻炎的论述,属中医“鼻鼽”范畴;现代学者多认为肺、脾、肾虚损为其内因,风寒异气之邪侵袭为外因;其病位主要在肺、脾、肾,病属本虚标实,其发展、转归与肺的功能状态关系密切;临证治疗多重视肺气虚弱、卫表不固导致风寒趁虚侵入机体的发病机制。文章报道了陈明教授巧用麻黄附子细辛汤治疗过敏性鼻炎的验案,指出过敏性鼻炎治疗除祛风散寒、益气固表、培补肺脾外,还应注意久病及肾、肾阳不足、肺失温煦发病的始动病机,重视助阳与解表并行的临证思路。

关键词:过敏性鼻炎;麻黄附子细辛汤;临床经验;鼻鼽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.054

文章编号:1672-2779(2019)-01-0138-03

Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Allergic Rhinitis

ZHOU Jun¹, ZHAO Fanying¹, GUO Yuqing²

(1. Graduate School, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2. Institute of Basic Theory of Traditional Chinese Medicine, China Academy Of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

Abstract: This paper reviews ancient books for allergic rhinitis, the allergic rhinitis category of traditional Chinese medicine. Modern scholars think that the lung, spleen and kidney deficiency are the internal cause, and the evil of the air and cold is the external cause. The disease is mainly in the lung, spleen and kidney, and the disease belongs to the virtual standard, and its development and return are closely related to the functional state of the lung. In the clinical treatment, we pay more attention to the weakness of the lung and the absence of the guard. The article reported the Professor Chen Ming with Mahuang Fuzi Xixin decoction in the treatment of allergic rhinitis cases, points out that the allergic rhinitis treated in addition to the functions of replenishing qi, cold solid table, complementing the lung and spleen, should also pay attention to the long illness, kidney yang deficiency, lung and kidney failure initiating pathogenesis of warm glow, attaches great importance to the yang and nourish the parallel clinical thinking.

Keywords: allergic rhinitis; Mahuang Fuzi Xixin decoction; clinical experience; biqu

过敏性鼻炎 (Allergic rhinitis, AR) 又称变应性鼻炎, 是特应性个体接触变应原后主要由IgE介导的介质 (主要是组织胺) 释放, 并有多免疫活性细胞和细胞因子等参与的鼻黏膜非感染性炎症性疾病。以突然和反复发作的鼻腔痒、喷嚏阵作、流清涕、鼻塞声重等为主要症状。AR 是耳鼻咽喉头颈外科临床最常见的疾病之一, 保守估计全球 AR 患者约 5 亿人^[1,2]。

1 诊断和治疗

1.1 诊断依据 (1) 症状: 打喷嚏、清水样涕、鼻痒和鼻塞等症状出现 2 个或以上, 每天症状持续或累计在 1 h 以上, 可伴有眼痒、流泪和眼红等眼部症状; (2) 体征: 常见鼻黏膜苍白、水肿, 鼻腔水样分泌物; (3) 变应原检测: 至少一种变应原 SPT 和或血清特异性 IgE 阳性。AR 的诊断应根据患者典型的过敏病史、临床表现

以及与其一致的变应原检测结果而作出^[1]。

1.2 AR 的治疗原则 包括环境控制、药物治疗、免疫治疗和健康教育^[2,3]。AR 的主要治疗方法是药物治疗和变应原特异性免疫治疗。

2 AR 的中医认识

过敏性鼻炎属中医“鼻鼽”“鼻嚏”等范畴。《礼记·月令》有“季秋行夏令, 则其国大水, 冬藏殃败, 民多鼻嚏”的记载;《内经》提出“鼻鼽”病名;唐代孙思邈从肺、肾虚论治本病;金元刘河间从火热论之, 东垣认为其属虚、属寒;明清医家则多从“肺脾气虚”辨治^[4];现代学者多认为肺、脾、肾虚损为其内因, 风寒异气之邪侵袭为外因;其病位主要在肺、脾、肾, 亦可在脑、肝、皮毛;病属本虚标实^[5], 其发展、转归与肺的功能状态关系密切^[6]。本病基本分为肺虚感寒、脾气虚弱、肾阳不足证型。在此基础上有肺寒饮犯、肺经郁热、瘀血阻窍、湿困脾虚及肝胆热盛等不同证型^[7]。

3 现代医学研究

经过大量的研究显示中草药成分具有抗过敏、抗炎

※ 基金项目: 科技部中央级公益性科研院所基本科研业务费专项资金自主选题项目【No.YZ1725】

* 通讯作者: 623730232@qq.com

和免疫调节作用^[8-9]。Hu G等^[10-12]的实验研究采用临床随机、双盲、安慰剂对照试验和荟萃分析方法,其结果显示中草药对改善常年性、持续性AR的鼻部症状有效,且安全性良好。

4 医案举隅

北京中医药大学陈明教授喜宗经方、时方之旨,灵活组方,善以合方治疗呼吸系统、消化系统等疾病。笔者有幸跟随陈老师出诊,现将陈老师用麻黄附子细辛汤治疗过敏性鼻炎验案一则整理分析如下。

李某,男,18岁。2015年12月6日,初诊:主诉:反复鼻塞、流清涕、喷嚏连作3年,加重1月。现病史:患者自述三年前因受凉出现鼻塞、鼻痒、流清涕,阵发性喷嚏症状,于北京医院诊断为过敏性鼻炎,服西药治疗(具体不详)症状有所缓解,后反复发作,受凉后加重。患者一月前因气温骤降出现鼻塞、鼻痒,打喷嚏,于北京医院就诊,予以氯雷他定等药物治疗,效果不显。故寻求中医治疗。刻下症:鼻塞、鼻痒,喷嚏连作,流涕、质清量多。晨、晚较甚。微恶风寒。无咳喘、胸闷。形体偏瘦、四肢不温、面色㿔白、纳眠可,二便可。舌胖苔薄白、脉沉细。中医诊断:鼻鼽。(肾阳不足,外感风寒证)。处方:麻黄细辛附子汤加减(具体如下):生麻黄3g,细辛3g,炮附子(先下)6g,荆芥6g,防风6g,苍耳子12g,辛夷(包煎)6g,白芷10g,山萸肉15g,熟地黄15g。7付/水煎温服,日1付,早晚分服。嘱其注意保暖、饮食清淡。

二诊:患者喷嚏、鼻塞均减少,舌脉同前,效不更方。仍以麻黄细辛附子汤加味:生麻黄3g,细辛3g,炮附子(先下)5g,苍耳子12g,辛夷(包)6g,白芷10g,川芎8g,荆芥6g,防风6g,山萸肉12g,熟地黄12g,10剂。

三诊:因患者复诊不便,其母亲代诉,患者余症皆减,舌脉同前。予以原方继服7剂以善后。

5 医案分析

肺为气之主,肾为气之根,肺主出气,肾主纳气,阴阳相交,呼吸乃和。若肾阳不足,则命门火衰,不能温养脾肺,水液失于温化和固摄,寒水上泛不能自收,内外邪浊结聚鼻窍,可致鼽嚏。如《素问·至真要大论》所云“少阴司天,民病鼽嚏……少阴之复,烦躁鼽嚏,甚则入肺,咳而鼻渊”又《济生方·鼻门》说:“风寒乘之,阳经不利,则为壅塞,或为清涕。”即该病外在诱因是风寒上犯,阻滞经络。风为阳邪,其性善行而数变,故症见突然反复发作的鼻痒、喷嚏;寒为阴邪,其性收

引、凝滞,故症见鼻塞、流清涕。本案中患者患病日久,迁延不愈,久病及肾,气血不足,卫表不固,腠理疏松,又风寒、疠气之邪乘虚上犯鼻窍,因而发病。且患者素体肾阳不足,无以温养四肢头面,故症见形体偏瘦,四肢不温,面色㿔白。舌胖苔薄白,脉沉细均为阳虚内寒而兼外感寒邪之症。

综观舌脉症,其病位本在肾阳不足,而标在肺寒,当属本虚标实之证。故诊为鼻鼽(肾阳不足,外感风寒证)。治宜温阳固表、通窍散寒。方用麻黄细辛附子汤加减。如郑钦安《医法圆通》所述:“肾络通于肺,肾阳衰而阴寒内生,不能收束津液,而清涕亦出……法宜扶阳,如麻黄附子细辛汤之类”。

麻黄附子细辛汤首见于张仲景《伤寒论·少阴病脉证并治》:“少阴病,始得之,反发热,脉沉者,麻黄附子细辛汤主之。”少阴病的病机为里虚寒,即阳虚阴盛,其症状多为无热恶寒,而不发热,此文中初病即见发热,故曰“反发热”。初病之发热多为太阳病的发热特点,而太阳病之脉象应浮,此脉不浮反沉,脉沉主里,为少阴主脉,因此可知少阴里虚,脉证合参,此为阳虚外感,表里俱寒之证。若纯以辛温发散,则因阳虚而无力作汗,或虽得汗必致阳随液脱,治当助阳与解表并行方中。方用麻黄行表以开泻皮毛,逐邪于外;附子温里以振奋阳气,鼓邪达外;二药配合,相辅相成,为助阳解表的常用组合。细辛归肺、肾二经,芳香气浓,性善走窜,通彻表里,既能祛风散寒,助麻黄解表,又可鼓动肾中真阳之气,协附子温里。三药并用,补散兼施,使外感风寒之邪得以表散,在里之阳得以维护,则阳虚外感可愈^[13]。方中加荆芥、防风以增解表散风之力。且二者温而不燥。又加散风寒通鼻窍之苍耳子、辛夷、白芷。山萸肉性酸微温,归肝肾二经,为平补肾阴肾阳之要药。配以熟地以增补益肝肾、益精填髓之效。二诊时患者的症状减少,说明初诊时辨证准确,用药得当,故方药仍以麻黄附子细辛汤加减。三诊时患者症状已明显改善,予以原方继服7剂以善后。

6 讨论

大部分医学者认为过敏性鼻炎的发病机制主要是因为肺气虚弱、卫表不固导致风寒趁虚侵入机体而发病^[14]。往往忽略了由于肾阳不足、肺失温煦而致鼻鼽的临床证型。肾主水,肾藏精,主纳气。肾气充沛,摄纳正常,呼吸之气方可由肺气肃降而下纳于肾,肺鼻才通和。若肾精不足,气不归元,肾失摄纳,气浮于上可致喷嚏频频。倘若肾阳气不足,阳虚不能温化水湿,寒水上泛,

则致鼻流清涕不止。正如《素问》中记载“五气所病……肾为欠为嚏”。指出肾气虚衰,摄纳无权,肺失温养,风寒之邪得以内侵而导致鼽嚏的发生。

李海蓉等^[15]根据临床发病的特点结合患者年龄及临床表现分析,发现过敏性鼻炎与《伤寒论》中麻黄附子细辛汤中的太少两感证型极为相似。主要是因为少阴阳虚不足反复遭受风寒侵袭,肾脏阳气不足,无法固本益气,纳摄无权,精气输布不全,肺脏与鼻功能失调而发病。由于其属于太少两感型病症,表里均寒,单治表则伤里,单治里又会伤表,因此临床治疗中多采用表里双治的方式进行治疗。

对于麻黄附子细辛汤治疗过敏性鼻炎的机制,胡培德^[16]发现麻黄细辛附子汤浓度依赖性地抑制 Ca^{2+} 和血小板活化因子(PAF)刺激引起的腹腔渗出巨噬细胞细胞内 Ca^{2+} 浓度的上升,推断麻黄附子细辛汤可能通过保护、稳定细胞膜而起抗炎作用。蔡芳燕等^[17]不仅在细胞水平上验证了前期推测出的部分抗炎药效物质,还明确了麻黄附子细辛汤组方药材部分活性部位及成分抗过敏性鼻炎的部分机制。

综上所述,过敏性鼻炎的中医临床除治以祛风散寒、益气固表、重视肺脾外,还应注重久病及肾、肾阳不足、肺失温煦的临床证型。而麻黄附子细辛汤在治疗此种证型的过敏性鼻炎上有奇效。

参考文献

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组;变应性鼻炎诊断和治疗指南(2015年,天津)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,51(1):6-24.
- [2] Bousquet J, Khaltaev N, Cruz A A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen) [J]. Allergy, 2008, 63 Suppl 86: 8-160.
- [3] Seidman M D, Gurgel R K, Lin S Y, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2015, 152 (1 Suppl): S1-43.
- [4] 骆斌,骆庆峰,张蓉,等.中医药防治变应性鼻炎研究进展[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2006,13(1):41-44.
- [5] 洪铭,陈泉.过敏性鼻炎的中医药治疗近况[J].中国中医急症,2010(11):1942-1943.
- [6] 刘利民.变应性鼻炎的中医治疗进展[A].中华中医药学会耳鼻喉科分会.中华中医药学会耳鼻喉专业委员会山东中西医结合学会耳鼻喉专业委员会学术研讨会论文汇编[C].中华中医药学会耳鼻喉科分会,2007:5.
- [7] 汪国恩,赵凯维,王乐,等.中医药治疗过敏性鼻炎的现状与展望[J].亚太传统医药,2014(1):32-34.
- [8] Borchers A T, Hackman R M, Keen C L, et al. Complementary medicine: a review of immunomodulatory effects of Chinese herbal medicines [J]. Am

J Clin Nutr, 1997, 66(6): 1303-1312.

- [9] 沈朝斌,顾珺,林千里,等.玉屏风散与T细胞亚型表达的Meta分析[J].上海中医药杂志,2004,38(11):59-61.
- [10] Hu G, Walls R S, Bass D, et al. The Chinese herbal formulation biminne in management of perennial allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled, 12-week clinical trial [J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2002, 88(5): 478-487.
- [11] Zhao Y, Woo K S, Ma K H, et al. Treatment of perennial allergic rhinitis using Shi-Bi-Lin, a Chinese herbal formula [J]. J Ethnopharmacol, 2009, 122 (1): 100-105.
- [12] Wang S, Tang Q, Qian W, et al. Meta-analysis of clinical trials on traditional Chinese herbal medicine for treatment of persistent allergic rhinitis [J]. Allergy, 2012, 67 (5): 583-592.
- [13] 邓中甲,李冀,连建伟,等.方剂学[M].中国中医药出版社,2003:55.
- [14] 沙志静.加味麻黄附子细辛汤治疗过敏性鼻炎100例疗效分析[J].中国药物经济学,2012,15(6):185-186.
- [15] 李海蓉,高振中.经方治疗过敏性鼻炎案举隅[J].山西中医,2013,29(10):36-37.
- [16] 胡培德.麻黄附子细辛汤对腹腔渗出巨噬细胞内钙离子的影响[J].浙江中西医结合杂志,1992(2):48.
- [17] 蔡芳燕.麻黄附子细辛汤组方药材活性部位及成分抗过敏性鼻炎机制的研究[D].南方医科大学,2014.

(本文编辑:李海燕 本文校对:徐玲 收稿日期:2018-09-11)

关于蛤粉的日常功用

蛤粉,为中药饮片之炮制辅料,又称谓蛤蜊粉,系海蛤、文蛤和蛤蜊科动物四角蛤蜊 *Macra quadrangularis* Deshayes 等的贝壳加工品,为灰白色粉末。其主要成分为氧化钙、碳酸钙等,性味咸寒,具有清热、利湿、化痰、软坚散结等功能,中医中药常用于炮制阿胶。

蛤壳常见非正品品种

临床药用蛤壳,除《药典》记载品种:文蛤和青蛤外,目前在商品流通中,常见下列非正品品种。

帘蛤科动物紫斑文蛤 *Meretrix prebechialis* Lamrack 丽文蛤 *Meretrix lusoria* (Rumphius) 的贝壳。

蛤蜊科动物四角蛤蜊 *Macra quadrangularis* Deshayes 的贝壳。

蚌科动物背瘤丽蚌 *Lamprotula lei* Griffith et Pidgeon, 角月丽蚌 *Lamprotula cornu mluanae* (Heude), 巴氏丽蚌 *Lamprotula bazini* (Heude), 天津丽蚌 *Lamprotula tientsi-nensis* (Crosse & Debeaux) 等的贝壳。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(3)》,人民卫生出版社,2018.

熊果酸调控细胞因子法治疗炎症疾病的临床观察※

陈维维 张小莉*

(河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450046)

摘要:熊果酸属于五环三萜类化合物,生物活性及药理作用相对广泛,如抗炎与抗变态反应、抗癌、抗氧化、镇静、降压、免疫调节、促进造血等。细胞因子作为免疫反应的调节者和炎症反应的中介者,在众多疾病发生发展过程中起着重要作用。本文将综述熊果酸作为具有抗炎作用的天然产物,对细胞因子 IFN- γ 、TGF- β 1、IL-10、IL-6 调节作用的研究,为研究开发新药和扩大熊果酸的临床应用范围提供理论参考。

关键词:熊果酸;细胞因子;炎症;免疫调节

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.055

文章编号:1672-2779(2019)-01-0141-03

Clinical Observation on the Ursolic Acid in the Treatment of Inflammatory Diseases by Regulating Cytokine

CHEN Weiwei, ZHANG Xiaoli*

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

Abstract: Ursolic acid belongs to pentacyclic triterpene compounds and has a relatively wide range of biological activities and pharmacological activities. Such as anti-inflammatory and anti-allergic reaction, anti-cancer, anti-oxidation, sedation, hypotension, immune regulation, and promote hematopoiesis, etc. Cytokines, as mediators of immune response and inflammation, play an important role in the occurrence and development of many diseases. This article reviews ursolic acid as a natural product with anti-inflammatory effect, and studies on the regulation of cytokine IFN- γ , TGF- β 1, IL-10 and IL-6, which provide theoretical reference for the research and development of new drugs and the expansion of ursolic acid's clinical application range.

Keywords: ursolic acid; cytokine; inflammation; immunoregulation

熊果酸 (ursolic acid, 3-hydroxy-12-urs-12-en-28-oic acid, UA) 的分子式为 $C_{30}H_{48}O_3$, 相对分子量为 456, 是从众多中草药、食物和其他植物中提取的五环三萜类化合物^[1-2], 疗效广泛、作用安全、毒副作用非常小。研究发现熊果酸有着广泛的生物学活性和开发应用前景, 包括抗炎与抗氧化作用、抗癌、降血压、降糖、镇静、保肝、免疫调节等作用^[3-4]。近年来熊果酸开始广泛应用于医药和美容护肤领域, 同时因为其通过对炎症因子的调控, 有着良好的抗炎作用, 有望成为各种炎症反应性疾病的治疗新药。细胞因子作为免疫反应的调节者和炎症反应的中介者, 在很多常见疾病中都扮演着重要的角色。本文将综述熊果酸对典型细胞因子的调节作用及其机制, 更好地了解炎症疾病的发生机制和发展方向, 从整体上探讨机体的免疫状态, 为熊果酸类抗炎新药的研发提供理论指导。

1 IFN- γ

IFN- γ 是由 Th1 细胞分泌的糖蛋白, 在感染早期宿主的防御阶段 NK 细胞也可分泌少量 IFN- γ ^[5]。它

是机体非常重要的免疫调节炎症因子, 也是唯一的 II 型干扰素, 主要参与细胞介导的免疫反应。IFN- γ 可以激活抗原提呈细胞杀伤活性, 增强中性粒细胞功能, 从而产生促炎作用^[6]。同时 IFN- γ 具有高度的特异性, 能激活巨噬细胞并促进其活性, 促进多种细胞表达 MHC-I 类和 MHC-II 类分子, 在抗胞内病原体感染中发挥重大作用。

胡志芳等^[7]通过分离培养人体外周血单个核细胞, 加入熊果酸药物干预后, 用 ELISA 检测细胞因子发现熊果酸对植物血凝素 (PHA) 刺激的正常人外周血单个核细胞分泌的 IFN- γ 有抑制作用, 并与浓度呈正相关, 浓度越高, 产生的抑制作用也越强。Chen 等^[8]实验研究表明含有熊果酸的茵陈黄注射液能够有效抑制 T 细胞的增殖活化, 同时在低浓度水平可以降低细胞因子 IL-1、IL-6、TNF- α 的表达量, 与浓度高低呈正相关。董兴高等^[9]认为熊果酸能够通过抑制 p38MAPK 的活化对 IFN- γ 和 IL-2 在转录和/或转录后水平发挥抑制作用。生理条件下, 关节滑液中一般能检测到极少量的 IFN- γ , 但是病理条件下, 关节滑液及血清中 IFN- γ 的表达升高, 炎症反应程度跟 IFN- γ 的表达量呈正相关^[10]。同时有研究^[11]发现 IFN- γ 基因的小鼠关节炎症状比正常小鼠恢复的要快。Ahmad 等^[12]研究发现熊果酸可以抑制小鼠外周血细胞因

※ 基金项目:河南省科技攻关项目 [No.172102310091]; 河南中医药大学科研苗圃工程 [No.MPYJS-2018-05]

* 通讯作者: zxl7666@163.com

子 $\text{TNF-}\alpha$ 和 $\text{IFN-}\gamma$ 的产生,有效改善小鼠关节炎。

2 TGF- β 1

转化生长因子- β 1 (transforming growth factor- β 1, TGF- β 1) 是由骨细胞、T细胞、上皮细胞、成纤维细胞、肿瘤细胞等多种细胞分泌的一种活性多肽,其生物学作用广泛,包括抗炎、促纤维化、促炎作用,促进细胞的生长分化,免疫调节,抑制淋巴细胞的分化以及某些细胞因子的产生,促进组织修复,同时在肝、肺、肾等脏器的纤维化病理过程中也发挥着重要作用^[13]。有研究发现, Th2 细胞在 TGF- β 1 细胞因子作用下存活时间延长,释放的炎症因子也随着增多,同时加剧炎症反应,在哮喘发病过程中导致气道重塑^[14]。

张扬武等^[15]实验体外培养肝星状细胞-T6 (hepatic stellate cell-T6, HSC-T6),用药物干预后发现,熊果酸通过上调过氧化物酶体增殖物激活受体 γ (peroxisome proliferator-activated receptor- γ , PPAR- γ) 的表达,下调 TGF- β 1 的表达,从而抑制 HSC-T6 细胞的增殖,降解细胞外基质 (extracellular matrix, ECM) 的沉积,达到抗肝纤维化的目的。Murakami等^[16]研究也证实熊果酸有抑制 TGF- β 1 与受体结合、降低其 mRNA 及蛋白的表达的作用。在肾脏疾病方面, Yoshimura等^[17]通过研究民间长期应用治疗肾脏疾病的中草药,发现熊果酸能够抑制小鼠成纤维细胞表达的 TGF- β 1 与受体的结合,实现其保护肾脏的作用。林志民等^[18]采用熊果酸含药血清干预,模拟药物在体内的过程,发现在基因水平下 TGF- β 1 的表达受熊果酸含药血清量的大小的调控,剂量越大抑制作用越明显,在此基础上干预肾小球系膜细胞的增生,改善炎症状态下肾小球的损害。

3 IL-10

白细胞介素 (IL) -10 是一种主要由 Th2 细胞分泌的多功能抑制性调节因子,能够发挥下调炎症反应、拮抗炎性介质的作用。同时单核巨噬细胞、Th0 细胞及 B 淋巴细胞也能分泌少量的 IL-10^[19-20]。在机体自我免疫调节中, IL-10 可以减少白细胞的黏附浸润,促进组织的修复再生^[21],主要是通过降低 $\text{TNF-}\alpha$ 、IL-1 β 等炎性细胞因子的表达和减少趋化因子的产生实现的。

刘雁飞等^[22]通过对角叉菜胶诱导的慢性非细菌性前列腺炎大鼠进行熊果酸药物灌胃,摘眼球取血后分离血清,用 ELISA 方法检测血清中 IL-10 的 $\text{TNF-}\alpha$ 、IL-1 β 和 IL-10 表达量,发现熊果酸组 IL-10、 $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-1 β 的含量明显低于模型组,说明熊果酸可能通过调控细胞因子来起到改善大鼠前列腺炎的症状的作用。另外研究发现^[23],熊果酸能够上调肠系膜缺血再灌注损伤

大鼠模型肠系膜组织中 IL-10 的表达,抑制 $\text{TNF-}\alpha$ 等其他促炎细胞因子的表达,表明熊果酸通过调控细胞因子的表达来抑制氧化应激损伤与炎症反应,对大鼠肠系膜缺血再灌注所引发的炎症反应具较为理想的缓解作用,改善肠组织病变。

4 IL-6

白细胞介素 (IL) -6 是一类由巨噬细胞、成纤维细胞和活化的 T 淋巴细胞分泌产生的促炎细胞因子,是机体感染后最早出现的炎性指标,过度分泌的 IL-6 可刺激 B 淋巴细胞合成自身抗体,同时也会诱导 $\text{IFN-}\gamma$ 、IL-4 分泌的异常,增强它们的炎性作用^[24-25]。IL-6 能够活化免疫细胞和中性粒细胞,激活 T 细胞使细胞发生特异性免疫反应,并在细胞生成和防御调节等扮演着重要的角色,但是 IL-6 的过度表达会导致急性炎症引发机体多种疾病^[26]。

在脂肪性肝炎发展过程中, $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-6 是疾病发展的关键性细胞因子,在患者血清中表达增高,引起氧化应激反应和脂质过氧化,最终导致肝脏炎症、纤维化甚至坏死。曾璐等^[27]通过预防给药和治疗给药两种方式作用于肝细胞脂肪变形模型,发现熊果酸能够减少 $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-6 的分泌,同时显著降低肝脂肪变性细胞内脂质含量和甘油三酯的含量,发挥良好的抗炎作用,有效抑制脂肪性肝炎的发展。也有实验通过体外培养脂多糖 (lipopolysaccharide, LPS) 作用下的人单核细胞系 THP-1 细胞,熊果酸药物干预后检测发现 IL-6 等炎性反应因子在 mRNA 和蛋白水平均有所降低^[28],说明熊果酸能减轻 LPS 诱导的 THP-1 细胞的损伤。

过去实验发现心脏缺血再灌注损伤重要发病原因之一是促炎细胞因子 IL-6、IL-1 β 和 $\text{TNF-}\alpha$ 的高表达^[29],抑制相关细胞因子的表达可以有效控制炎症反应和延缓心肌细胞的凋亡,改善心脏功能,降低心肌梗死的发生率。简磊等^[30]用链脲佐菌素腹腔注射诱导糖尿病大鼠模型,在此基础上结扎冠状动脉左前降支构建心脏缺血再灌注损伤模型,灌胃 30 d 后取材检测发现,经过熊果酸处理后的大鼠血清中 IL-6、IL-1 β 和 $\text{TNF-}\alpha$ 的表达量减少,提示熊果酸对糖尿病大鼠模型前提下心肌缺血再灌注损伤诱发的炎症反应有一定的改善作用。

众多动物及细胞实验研究表明,熊果酸作为一种天然的安全、毒副作用小的中草药成分,能够有效调控促炎或抗炎细胞因子的表达。通过这一方式,熊果酸能够充分发挥其独特的药理作用,达到预防和控制炎症反应的发生和发展的目的,对机体其他脏器组织如关节、心脏、肝脏和肾脏等疾病的发展甚至某些免疫性疾病起到

一定的治疗作用。熊果酸将成为预防和治疗炎症及炎症诱发的其他相关疾病的一个重要靶点。

参考文献

- [1] Wozniak F, Skapska S, Marszałek K. Ursolic acid-A pentacyclic triterpenoid with a wide spectrum of pharmacological activities. *Molecules*, 2015,20:20614-20641.
- [2] Anyanwu G O, Nisar-Ur-Rehman, Onyenike CE, et al. Medicinal plants of the genus Anthocleista-A review of their ethnobotany, phytochemistry and pharmacology. *J Ethnopharmacol*, 2015, 175:648-667.
- [3] 张明发, 沈雅琴. 齐墩果酸降血糖和抗糖尿病并发症作用的研究进展[J]. *抗感染药学*, 2015, 12(6):801-806.
- [4] 张明发, 沈雅琴. 熊果酸降血糖药理作用及其机制的研究进展[J]. *抗感染药学*, 2016, 13(2):247-251.
- [5] Shishodia S, Majumdar S, Banerjee S, et al. Ursolic acid inhibits nuclear factor-kappaB activation induced by carcinogenic agents through suppression of IkappaBalpha kinase and p65 phosphorylation: correlation with down-regulation of cyclooxygenase 2, matrix metalloproteinase 9, and cyclin D1. *Cancer Res* (2003)63: 4375-4383.
- [6] Hussein Y M, EL-Shal A S, Rezk N A, et al. Influence of interleukin-4 gene polymorphisms and interleukin-4 Serum level on susceptibility and severity of rheumatoid arthritis in Egyptian population [J]. *Cytokine*, 2013, 61 (3) :849-855.
- [7] 胡志芳, 姜凤良. 熊果酸对人外周血单个核细胞分泌 Th1/Th2 型细胞因子的影响[J]. *山西医科大学学报*, 2010, 41(9):783-785.
- [8] Chen X, Krakauer T, Oppenheim J J, et al. Yin Zhi Hunag, an injectable multi-component Chinese herbal medicine, is a potent inhibitor of T-cell activation [J]. *J Altern Complement Med*, 2004, 10:519-526.
- [9] 董兴高. 熊果酸对人外周血淋巴细胞细胞因子表达的影响[D]. 武汉大学, 2005.
- [10] Huang X, Du H, Gu J, et al. An allopurinol-controlled, multicenter, randomized, double-blind, parallel between-group, comparative study of febuxostat in Chinese patients with gout and hyperuricemia [J]. *International Journal of Rheumatic Disease*, 2014, 17:679-686.
- [11] Wang Y, Wang L, Li E, et al. Chuanhu anti-gout mixture versus colchicine for acute gouty arthritis: a randomized, double-blind, double-dummy, non-inferiority trial[J]. *Int J Med Sci*, 2014, 11(9):880-885.
- [12] Ahmad SF, Khan B, Banis, et al. Amelioration of adjuvant-induced arthritis by ursolic acid through altered Th1/Th2 cytokine production[J]. *Pharmacol Res*, 2006, 53(3):233-240.
- [13] Koczy-Baron E, Kasperska-Zajac A. The role of vascular endothelial growth factor in inflammatory processes. *Postepy Hig Med Dosw(Online)*, 2014, 68:57-65.
- [14] Yang Y C, Zhang N, Van Crombruggen K, et al. Transforming growth factor beta1 in inflammatory airway disease: a key for understanding inflammation and remodeling[J]. *Allergy*, 2012, 67(10):1193-1202.
- [15] 张扬武, 罗伟生, 陈姗, 等. 枇杷叶熊果酸对大鼠肝星状细胞增殖抑制作用及对 PPAR- γ 、TGF- β 1 表达的影响 [J]. *中国药理学通报*, 2017, 33(4):517-521.
- [16] Murakami S, Takashima H, Sato-Watanabe M, et al. Ursolic acid, an an-

tagonist for transforming growth factor(TGF)-beta1[J]. *FEBS Lett*, 2004, 566 (1-3):55-9.

- [17] Yoshimura H, Sugawara K, Saito M, et al. In vitro TGF-beta1 antagonist activity of ursolic and oleanolic acids isolated from *Clerodendranthus spicatus*[J]. *Planta Med*, 2003, 69 (7) :673-675.
- [18] 林志民, 李月婷, 郑兴中, 等. 熊果酸含药血清对大鼠肾小球系膜细胞增殖及 TGF- β 1 表达的影响 [J]. *中国医院药学杂志*, 2017, 10 (37), 938-941.
- [19] 郑晶晶, 顾玉海. 低氧条件下 IL-6、IL-8、IL-10 作用机制研究进展[J]. *国际呼吸杂志*, 2016, 36 (3) :224-227.
- [20] 吴华仙, 田广俊, 陈曲波. IL-10+ 调节性 B 细胞在自身免疫性疾病中的研究进展[J]. *中国免疫学杂志*, 2016, 32(7):1077-1079, 1083.
- [21] 徐启鹏, 刘成. 细胞因子与慢性非细菌性前列腺炎的研究进展[J]. *中华全科医学*, 2010, 8(11):1446-1447.
- [22] 刘雁飞, 韩盼, 赖永继. 熊果酸对慢性非细菌性前列腺炎模型大鼠的治疗作用[J]. *医药导报*, 2015, 34(10):1292-1295.
- [23] 周宁, 杨标. 熊果酸对大鼠肠系膜缺血再灌注损伤的保护作用及机制研究[J]. *中药药理与临床*, 2015, 31(4):106-110.
- [24] 童晓萍, 蔡彦, 王维亮, 等. 成人肺炎支原体肺炎中医证候分析及与炎症指标的关系[J]. *广东医学*, 2014, 35(2):291-292.
- [25] 车颖悟, 佟晓辉, 黄晓娟. 自拟中药方联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的疗效观察[J]. *中国药房*, 2013, 15(20):1875-1876.
- [26] Geboes K, Riddell R, Ost A, et al. A reproducible grading scale for histological assessment of inflammation in ulcerative colitis[J]. *Gut*, 2000, 47 (3):404-409.
- [27] 曾璐, 唐外姣, 殷锦锦, 等. 熊果酸改善肝细胞脂肪变性的实验研究[J]. *中药材*, 2015, 38(5):1049-1052.
- [28] 孙爱平, 孙书明, 张国俊, 等. 熊果酸减轻 LPS 诱导的 THP-1 细胞损伤[J]. *基础医学与临床*, 2014, 34(1):88-92.
- [29] Yang Y, Lv J, Jiang S, et al. The emerging role of Toll-like receptor 4 in myocardial inflammation. *Cell Death Dis*, 2016, 7:e2234.
- [30] 简磊, 高明杰, 夏旋. 熊果酸减轻糖尿病大鼠心脏缺血再灌注损伤[J]. *天然产物研究与开发*, 2017, 29(5):843-848.

(本文编辑:李海燕 本文校对:于莹莹 收稿日期:2018-09-21)

中药一字之差辨异同

“地葵”同为地肤和苍耳的别称,也就是说,地肤与地肤子、苍耳与苍耳子分别为不同入药部位的两种药物。地肤和苍耳是全草,地肤子和苍耳子是成熟果实,这种药物名称一字之差,却是基原相同而入药部位不同,常造成古今用药部位差异情形。如夏枯草与夏果穗、金沸草与旋覆花、谷精草与谷精珠、冬葵与冬葵子、枸杞与枸杞子、王不留行与王不留行子、菟藟子与益母草、酸枣与酸枣仁、山茱萸与山茱肉等。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(3)》,人民卫生出版社,2018.

微信平台辅助教学联合临床教学 在神经内科住院医师规范化培训教学中的探索^{*}

周印廷 周 洋 阮红芬 张秋娟^{*}

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院神经内科,上海 200437)

摘要:通过构建微信平台辅助教学与临床教学相结合的教学模式,充分调动学生对神经内科理论及临床知识学习的积极性,提高医学生的学习效率,有利于神经内科专业知识的熟练掌握及运用,提高神经内科住院医师规范化培训教学质量,有利于临床教学工作的顺利开展及优秀住院医师的培养。

关键词:微信;临床教学;神经内科;住院医师规范化培训

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.056

文章编号:1672-2779(2019)-01-0144-02

Exploration on the Application of WeChat Interactive Platform Combined with Clinical Teaching in Standardized Training for Resident Physicians of Clinical Discipline Teaching in Neurology

ZHOU Yinting, ZHOU Yang, RUAN Hongfen ZHANG Qiujuan

(Department of Neurology, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to
Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

Abstract: By constructing the teaching strategy of WeChat interactive platform combine with clinical teaching, making the students interested in learning theory and clinical knowledge in neurology department, improving the learning efficiency, using of professional knowledge in neurology, to improve the teaching quality of clinical discipline training in neurology, carrying out clinical teaching work smoothly and cultivating excellent medical talents.

Keywords: WeChart; clinical teaching; neurology; standardized training for resident physicians

2017年9月17日,在《Lancet Neurology》杂志上公布了一组全球疾病负担研究(Global Burden of Disease Study, GBD)的数据,数据显示神经系统疾病已经成为主要的伤残调整生命年(DALY)的影响因素,占全球DALY的10.2%;总计导致940万患者死亡,占死亡总人口的16.8%,是排名第2的死亡因素。在中国,随着社会人口逐渐老龄化以及生活习惯的改变,神经系统疾病发病率逐年增高。因此,对于相应医疗资源的需求也不断增加,如何培养高质量的医疗卫生人才,更好的服务于临床是临床教学工作需要不断探索的方向。

神经内科学具有复杂、抽象、专业性较强、病种繁多等特点,在临床教学中,医学生普遍认为神经内科学难度大,内容枯燥,不易掌握,是医学生们认为最难掌握的学科之一。同时,在临床中规培医生用于学习的时间相对个性化,因此传统的临床教学方式,虽然消耗的时间比较多,但并不能最大效率的把知识传授给临床医学生。同时,学生的主观能动性得不到充分的发挥,致使理论知识与临床实践并不能很好的相结合,因此教学质量往往不理想。

近年来,随着电子信息科技的飞速进展,信息交流变得快捷简便,利用微信平台辅助教学联合临床教学的模式,可以充分调动医学生对掌握神经内科理论知识及临床技能的积极性、有利于神经内科住院医师规范化培训教学工作的顺利开展,增加教学互动,提高神经内科住院医师规范化培训的教学质量。

1 微信平台教学的特点

微信作为当今流行的通讯工具软件,作为一种新的传播媒介,给沟通带来便捷的同时,也提高了信息传播的效率,迎合了青年医学生的价值需要^[1-3]。微信平台教学作为一种新的教学模式,主要利用微信群和微信公众号的功能,对神经内科理论及临床知识进行辅助教学,意在提高学生的学习效率,提升教学质量,培养高质量的医疗卫生人才。

微信平台教学模式包括:(1)在进入神经内科住院医师规范化培训前,带教老师与规培医生建立微信群,在微信群内推送神经内科住院医师规范化培训微信公众号。在微信公众号内发送神经内科需要掌握的理论知识,神经内科查体,临床中常见病和多发病的诊断、检查以及治疗和预后等相关教学资料;(2)带教老师提出问题,规培医生可带着问题查阅资料文献或在临床工作中总结答案,在微信群中进行讨论交流,在讨论中发现问题,

^{*} 基金项目:上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院青苗人才培养项目

^{*} 通讯作者:846609635@qq.com

解决问题,共享学习资料;(3)规培医生在微信群中向带教老师进行提问与交流,同时带教老师把教学中的常见问题及时纠正与解答,学生根据问题进行自我审视,弥补不足,查缺补漏,不仅增加了师生之间的有效互动,同时提高了规培医生的学习效率;(4)在微信公众号中定期推送神经内科专科知识,临床经典病案,查体教学视频,指南更新,国内外神经内科领域新的研究进展,有利于规培医生对神经内科临床知识的巩固和更新;(5)每周推送教学讨论病例,规培医生可以查询相关文献及书籍,小组讨论交流,回复自己的看法观点及疑问,一周后公布正确答案并进行解析。

另外微信平台教学策略的开放性,使教学不再拘泥于空间和时间,规培医生可以灵活和个性化的利用时间,随时随地进行学习。提高了学生主动学习的积极性的同时,也对自主学习,搜索文献,团队协作,交流沟通等各方面的能力有所提高。

2 神经内科的多元化临床教学策略

在住院医师进入神经内科学习之前,进行入科培训。一方面,使学生了解神经内科临床中需要掌握的知识技能及注意事项,为神经内科临床学习工作进行铺垫;另一方面,对学生提出的想要强化的临床知识进行收集,针对知识结构的薄弱点在接下来的临床教学中进行有针对性的指导。对于接受过神经内科理论课学习的规培医生,如何把所学习的抽象的书本知识与形象生动的临床病例相结合是神经内科临床教学中至关重要的一步。案例教学法就是通过完整的典型病例,使医学生对神经内科疾病形成整体的认识,激发学习兴趣,通过病案分析、查阅相关文献资料、小组讨论交流、病案分析使学生对神经内科学疾病的病因、发病机制、检查方法、治疗手段、预后转归全面的掌握,培养临床思路,把繁杂的神经内科学知识转化成为临床能力,提高综合素质。PBL教学法(Problem-Based Learning),也是在神经内科临床中应用广泛的教学方法,是1969年由美国神经病学教授 Barrows 首创,以问题为中心,以学生为主体,通过提出问题—共同讨论—搜集资料—解决问题的过程进行学习^[4]。PBL教学要求学生进行独立思考、收集资料、合作讨论,通过讨论培养团队协作能力,通过搜集资料加深对知识的理解,培养独立思考的能力。PBL教学需要带教老师对学生进行适当的引导,充分调动学生的积极性,把控讨论进度,对于交叉学科的知识也要有所涵盖,培养学生综合临床思维能力。想要充分发挥PBL教学方法的优点,学生必须已经具备了部分专业知识的基础,因此PBL教学法更加适用于已经接受过专业知识教育的规培医生,有助于将书本知识融汇贯通。每周安排规培医生进行跟师学习,并撰写跟师心得,对导师接诊患者的过程进行记录,包括望闻问切,理法方药,初诊

及随访,对患者的治疗过程进行追踪,对于同类疾病进行总结归纳整理,总结导师临床经验。“师承”的教学模式是对传统医学个性化诊疗以及经验积累的传承,导师通过接诊病人的过程向学生传授临床经验,学生通过“师承”不仅继承导师的学术观点,同时对导师的诊疗思路、与患者的沟通方式进行学习。对于神经内科的常见病,传统医学的疗效显著,是临床治疗中的关键部分。例如西药联合针灸、推拿、中医中药个体化治疗急性脑血管病疗效明显优于单纯西药治疗。因此,怎样扩大中医学在世界医学领域的影响力,怎样发展中医学也需要我们不断地探索。神经内科 Bilingual 双语教学查房,可以提高医学生神经内科专业英语的能力,为阅读医学文献及发表高水平的论文打下基础。在神经内科培训结束前,进行考核总结,包括临床技能考核及基础知识考核。通过神经内科住院医师规范化培训,使规培医生掌握神经内科基本技能,并在出科前通过考核的形式查缺补漏,找到掌握相对薄弱的环节,集中讲解。最后通过微信公众号进行临床带教老师与学生间的互评,总结教学中需要改进加强的环节,不断完善神经内科的临床带教工作。

3 微信平台辅助教学联合临床教学的优势

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院神经内科的住院医师规范化培训教学以微信平台辅助教学联合临床教学的模式,意在培养高质量的医疗卫生人才。对具有一定基础的规培医生,运用微信平台辅助教学联合临床教学的模式有助于规培医生临床综合能力的提高,提升教学效果,是培养合格住院医师的有效方法。相比于传统老师教,学生记的教学方式,通过多种临床教学模式相结合的教学策略,使学生更加容易掌握神经内科的知识,以及对神经内科疾病系统的掌握。调动学生学习的积极性,主动学习、思考、讨论、总结,加深对知识的理解和掌握。使神经内科的知识不再枯燥难以掌握,培养学生的临床思路,提高分析问题、解决问题的能力。随着时代发展,不断结合现代化的教学方法,进一步完善教学策略,培养更多的优秀临床医生是我们不断探索的目标。

参考文献

- [1] Sun Z J, Zhu L, Liang M, et al. The usability of a We Chat-based electronic questionnaire for collecting participant-reported data in female pelvic floor disorders: a comparison with the traditional paper-administered format[J]. Menopause, 2016, 23(8): 856-862.
- [2] Zhang T, Xu L, Tang Y, et al. Using 'We Chat' online social networking in a real-world needs analysis of family members of youths at clinical high risk of psychosis[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2018, 52(4): 375-382.
- [3] Cao Y, Lin S H, Zhu D, et al. We Chat Public Account Use Improves Clinical Control of Cough-Variant Asthma: A Randomized Controlled Trial[J]. Med Sci Monit, 2018(24): 1524-1532.
- [4] 黄宏霞,胡平. 基于PBL教学法应用的几点思考[J]. 绿色科技, 2013(9): 271-272.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱怡 收稿日期:2018-08-14)

综合性医科大学中 OSCE 毕业考核模式 在中医学专业中的探索与应用※

李永乐 孟永亮 董重阳 史 瑞 麻春杰 谭亚芹 董秋梅*

(内蒙古医科大学中医学院, 内蒙古 呼和浩特 010110)

摘要:本科生毕业考核是评价中医学专业学生临床能力的重要手段,我校作为新中国在少数民族地区成立较早的综合性医科大学,在中医学专业的毕业考核中进行了客观结构化临床考试(OSCE)模式的探索与应用。通过对考试内容、形式与实施情况进行梳理,总结近年来取得的经验,认为能够强化中医专业本科生临床实践技能掌握、中医专业本科生临床思维能力、促进中医实践教学体系不断优化及逐步凝练中医临床实践教学团队,有效加强中医理论与临床实践的接轨融合,提高中医学专业学生岗位胜任力,但是由于正处于一个探索阶段,仍需要进一步不断吸取经验进行研究探索与优化完善。

关键词:中医学;OSCE;毕业考核

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.057

文章编号:1672-2779(2019)-01-0146-03

The Exploration and Application of the Graduation Assessment Mode of OSCE in Comprehensive Medical University in Traditional Chinese Medicine Major

LI Yongle, MENG Yongliang, DONG Chongyang, SHI Rui, MA Chunjie, TAN Yaqin, DONG Qiumei

(College of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Huhhot 010020, China)

Abstract: Graduation assessment is an important means to evaluate the clinical ability of undergraduates majoring in traditional Chinese medicine. As an comprehensive medical university founded in ethnic minority areas in new China, our university has explored and applied the OSCE in the graduation assessment of undergraduates majoring TCM. By sorting out the content, form and implementation of the exam, summarize the experience gained in recent years. This model could strengthen the undergraduate of TCM clinical mastering practice skills and clinical thinking ability, promote the practice teaching system of TCM constantly optimized and TCM clinical practice teaching team gradually formed, effectively strengthen the integration of TCM theory and clinical practice, and improve the post competency of students majoring in TCM. But, it is still in an exploratory stage, so it is still necessary to continue to learn experience for research, exploration and optimization.

Keywords: traditional Chinese medicine; OSCE; graduation examination

毕业生考核制度是对各专业本科阶段整体学习情况的一个检阅,是对学生是否达到相应培养目标的重要评价指标,也是检验教学效果、评估教学质量、改进教学工作的有效手段。国际医学教育专门委员会(IIME)2002年公开发布了本科医学教育的“全球医学教育最基本要求”(Global Minimum Essential Requirements in Medical Education, GMER),对全球医生培养过程中在医学知识、技能、职业态度、行为和价值观等方面提出了最基本要求^[1]。2012年,教育部、国家中医药管理局联合正式颁布了中医高等教育历史上第一个国家标准——《中医学本科教育标准(暂行)》,提出了毕业生应该达到的基本要求,突出强调了全面素质教育与综合能力培养的医学教育观与科学的人才质量观。因此,加强中医专业学生临床技能训练,将其培养成临床技能操作规范、熟练、具有创新精神和人文关怀精神的高级中医药人才,

是目前国内外高等医学教育者的共识。为不断提高中医学专业本科生的临床实践技能水平,进一步为毕业后执业医师考试和临床工作打下坚实基础,我校从2015年开始对于中医学专业本科毕业生的考核方式进行改革,采用OSCE考核模式。经过近年来的探索与实践,OSCE已经成为我校评价中医学专业学生培养质量的重要手段,对提高中医临床教学质量及人才培养质量起到了积极引导作用。

1 前期准备工作

1.1 试题库建设 选择具有正高级职称的资深教授或具有多年授课与临床经验的教研室主任作为各站命题专家组成员。命题主要参考中医专业、针灸推拿专业培养方案与国家中医执业医师考试大纲实践技能部分所涵盖的知识点,按照各站所占分值比例进行命题;要求试题难易度、区分度适中,能够客观考查学生中西医各项临床技能掌握情况,试题均配有标准答案和规范的评分标准。试题质量由各系主任负责严格把关。并且每年要求各命题专家对相应部分试题按照30%~50%的更新率进行试题补充,以不断丰富试题数量与内容,逐步建立起中医

※ 基金项目:内蒙古医科大学本科教学工程项目(校级教改)【No. NYJXGG2016060】;内蒙古医科大学人才团队【No. NYTD-2017006】

* 通讯作者:d.qium@163.com

专业 OSCE 毕业考核题库。

1.2 考官选聘 考试过程中按照每站 2 名考官的标准进行配备。所选聘考官均为我校中医诊断、中药、方剂、中医内科、中医外科、骨科、针灸科、推拿科等教研室的临床教师,要求具备责任心强、教学基本功扎实、教学效果显著、临床经验丰富,同时主考官要求尽可能具有中医执业医师考试考官或国家中医执业医师分阶段考试考官经历。考试前,统一组织对所有考官进行培训,介绍考试要求、考试对象、站点设置分布等情况,介绍评分准则,以实现评分标准化、规范化、统一化。

1.3 考生培训 中医专业学生在进入生产实习前,会组织专门的系统岗前培训,并把各站点要求掌握的临床技能写入生产实习手册,以便各教学医院在具体实习过程不断强化相关技能训练。此外,在正式考试之前,对所有中医学专业毕业生进行集中培训,并提供实训场所进行自学模拟训练,确保考试顺利进行。

2 考核内容与实施

目前,国内中医院校 OSCE 考站设置一般为 4~8 个,西医院校设置则在 6~10 个^[2]。为有效衔接国家中医药管理局中医师资格认证要求的实践技能考核要求,结合中医、针灸推拿专业培养方案,我校 OSCE 设中医临床医患沟通与病史采集、中医四诊技能、中药标本辨识、方剂知识与中医辨证、针灸技能操作、推拿技能操作、外科技能操作、中西医急救知识与技能 8 站。

2.1 考站设置及内容 第 1 站:中医临床医患沟通与病史采集。主要在模拟诊室场景,应用 SP 进行考核,重点考查本科生的临床接诊流程、病患信息获取、体格检查、病历书写、医患沟通、人文关怀等能力。

第 2 站:中医四诊技能。主要应用中医智能舌像仪、舌像图片、脉象训练仪等考查学生全面、准确辨识舌、脉信息,以及收集、分析病患信息的能力。

第 3 站:中药标本辨识。主要从国家规划教材《中药学》中选择常见中药 120 种,随机抽取 3~5 味中药进行辨认,并口述药物的分类、归经、功效主治、临床应用与配伍及使用注意事项,以考查本科生对常用中药饮片辨识能力和对中药基本知识的掌握程度。

第 4 站:方剂知识与中医辨证。主要收集古今名医医案及国家级、内蒙古自治区级名老中医医案,学生进行辨证分型的基础上,口述选用方剂、药物组成、功能、方解、主治病证等内容,以考查学生的中医辨证思维与常见方剂知识的掌握情况。

第 5 站:针灸技能操作。主要采取在学生模特身上进行十二经腧穴定位(5 个),并准确口述每个穴位的属性(包括经属)、主治、针刺操作要点,以及随机抽取指定针灸手法进行操作,重点考查学生对针灸基本理论与知识掌握程度、对常见针灸科病证的基本诊疗操作能力。

第 6 站:推拿技能操作。主要根据临床病案,在做出诊断和辨证分型的基础上,制定诊疗方案,并对学生模特进行随机抽取的揉法、摩法、推法、按法、拿法、滚法、拔伸法、摇法等指定推拿手法操作,重点考查学生对常见推拿科病证的基本诊疗操作能力。

第 7 站:外科技能操作。主要根据提供的临床病案,进行手术区消毒和铺巾、戴无菌手套、穿脱手术衣及隔离衣、外科洗手、清创术、外科换药等操作,重点考查学生对外科学基本技能及无菌观念的掌握程度。

第 8 站:中西医急救知识与技能。主要通过模拟人进行心肺复苏术(基础生命支持,不含除颤)操作演练,或随机抽取脱臼、外感高热、真心痛等某一临床急救病证,口述中医处理原则和基本方法,如涉及骨科创伤急救,需演示止血、固定、搬运、小夹板固定骨折等相关急救措施与技能,重点考查学生对急诊基本理论与知识掌握程度、对常见中医急重症的处理能力。

2.2 考试实施流程 我校 OSCE 考试每站考试时间为 10 分钟,考试过程采取单向循环模式。由于按照学生班级、学号提前规划考试时间分布,以半天做为一个单元,考生一旦进行候考室需等到考试结束方可离开,同时每个单元结束试题进行更换,尽可能避免学生漏题的可能性,以确保考试的公平、公正。

3 SP 在毕业考核中的应用

标准化病人(Standardized Patients, SP),是指从事非医疗工作的正常人或轻症病人经过一定培训,能模仿病人临床症状、体征和(或)病史,具有被检查者、评估者、指导者三种能力^[3]。

3.1 SP 的选聘 SP 主要应用在第 1 站中医临床医患沟通与病史采集考核中。主要从中医专业硕士研究生中选拔热爱中医教学工作、语言表达能力强、普通话标准、责任心强、模仿能力好的学生,面试考察、培训合格后担任 SP。

3.2 SP 的培训 SP 培训由自治区级优秀教学团队——中医内科学教师担任,培训教材及病案由中医内科学、中医妇儿教研室资深教师编写,具体内容主要以中医内科、妇科、儿科常见典型病例为主。通过培训,使 SP 熟悉或掌握相关各个病种的表达,并且能够对于学生相关知识的掌握情况及人文关怀进行规范化评价。

4 应用效果

4.1 强化了中医专业本科生临床实践技能掌握 OSCE 考核模式有别于原有出科考试、综合理论知识测试等形式,是对本科阶段中西医多项基础知识与技能、临床辨证分析、诊疗技能的考核,既涉及对学生分析问题、解决问题能力的考核,又突出了中西医知识与技能并重的考核。同时,由于 OSCE 考核站点的设置参考了国家中医执业医师考试临床实践技能环节的相关考核内容,通过前期

日常教学训练、专项培训及毕业考核,极大的促进了中医专业学生对中西医各项临床技能的掌握,也使学生逐渐熟悉中医执业医师考试的相关内容,为毕业后顺利通过医师资格考试打下坚实基础,有效提高了学生的岗位胜任力,有助于实现人才培养目标。

4.2 强化了中医专业本科生临床思维能力 在 OSCE 考核过程中将中医辨证论治思想贯穿其中,着重考查学生对于中西医知识的理解与应用,要求在熟练掌握相关知识的基础上融会贯通,能够针对临床问题做出正确的分析和判断,解决临床实际问题,以训练、考察临床思维能力。因此,在 OSCE 多站中用临床病例为题引导学生进行临床辨证分析,在分析的基础上给出治疗方案,在此基础上进一步考核学生中西医相关临床诊疗技能的掌握、操作情况,有效检验了学生临床思维能力,提高了考核的有效性。

4.3 促进了中医临床实训教学体系优化 临床实践能力培养是中医人才培养过程中的核心环节,掌握临床基本技能是高等中医院校培养医学人才的核心目标。毕业考核作为检验中医专业本科阶段整体学习情况的有效手段,更是中医临床实训教学的重要指挥棒。随着毕业考核模式的改革,学校在 2017 年修订了中医、针灸推拿专业的培养方案,增开《中医综合技能训练》等课程,多个相关科室开展了相应的中医实训教学改革研究,持续优化我校中医临床实训教学体系,为进一步接轨中医医师资格考试及临床工作奠定基础,实现学生综合素质、创新能力、实践能力的不断提高,满足医疗卫生行业对中医人才的需求。

4.4 逐步凝练了中医临床实训教学团队 科学整合优势资源,紧紧抓住人才团队建设,是高校开展教学科研等活动的基础力量。我校借助中医专业毕业考核模式的转变,以中医实验中心为平台,打破单一学科、课程的限制,充分凝练优秀实训教学教师资源,组建中医临床实训人才团队,逐渐打造一支优秀的中医跨课程教学团队。

5 存在问题与改进措施

由于我校中医专业 OSCE 毕业模式考试仍处于探索阶段,在实践应用中难免存在一些不足与问题,以下几个方面需进一步改进,逐步构建更加科学、公正、客观、操作性好的 OSCE 毕业考核模式。

5.1 考核内容的持续优化 对于 OSCE 考站设置与考核内容目前国内尚未完全统一,各中西医类院校根据具体情况在 OSCE 考站设置和考核内容方面呈现多样化的趋势^[4]。与国内较早开展 OSCE 考核的中医药院校相比,我校在考站设置数量与考核内容的全面性方面(如未设置辅助检查考核)还存在较大差距,尤其是具体考核内容与评价的信度、效度方面还有待于进一步检验。因此,在前期工作基础上,需进一步参考中医执业医师考试的相关要求,及吸取先进高校的成功经验,优化考核内容,完善

OSCE 考核方案。

5.2 SP 的可持续发展 目前我校 SP 多从硕士研究生及非医学专业的本科生中选拔,由于学生在校学习时间较为有限,存在 SP 队伍可持续利用与发展方面存在不足。需要进一步整合利用直属附属医院、教学医院等各方面的有关资源,逐渐组建成熟、规范的 SP 培训与管理队伍,扩大 SP 的招聘、选拔范围,逐步构建可持续发展、不断壮大的 SP 队伍,满足 OSCE 及相关实训教学课程的需要。

5.3 考核流程持续梳理 毕业考核过程中,各站点时间均为 10 min,由于每站考核内容的不同,考生操作使用上存在较大差别,导致考试各站流转过程节奏容易出现混乱。因此,需要进一步在考前进行流程宣讲、考核内容与时间的匹配、考站轮转顺序方面的梳理与模拟,从而不断优化考核流程。

6 小结

中医学是一门实践性极强的学科,中医师临床能力的高低决定着临床的诊疗效果和医疗质量水平的高低。因此,培养高水平的中医临床医师、提高中医师临床实践技能是提高医疗卫生核心竞争力、保证临床医疗质量的关键。本科生毕业考核作为中医学专业评价医学生临床能力的重要手段及客观依据,一直以来是中医药高等教育关注的重点环节。传统考核模式多重理论、轻实践,重结果、轻过程,无法达到对中医专业本科生临床思维和临床能力的客观、公正、综合的评价。随着医学教育要求与理念的转变,OSCE 陆续成为各类医学院校进行毕业考核的方式,我校作为新中国在少数民族地区成立较早的综合性医科大学,在中医学专业的毕业考核中也进行了 OSCE 模式的探索与应用。认为 OSCE 考核模式既考查了学生的基础知识、技能,又考查了对学生批判性思维以及提出问题、分析问题、解决问题的能力,通过方案实施能够有效促进中医理论与临床实践的接轨融合,促进中医专业学生岗位胜任力、临床实践能力、临床思维的提提高,促进中医实训教学内容的不断优化更新及中医实训教学师资队伍的不断凝练、加强。但是,由于 OSCE 毕业考核模式正处于一个初期摸索阶段,难免存在不足,仍需要进一步不断吸取经验进行研究探索与优化完善。

参考文献

- [1] Core Committee; Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education[J]. Medical Teacher, 2002, 24(2): 130-135.
- [2] 常征辉, 马丽亚, 张大伟. OSCE 评价在中医学类专业临床实践能力中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(12): 30-32.
- [3] 鲁建国, 赵华栋, 南菁, 等. 对标准化病人教学模式的认识与思考[J]. 山西医科大学学报(基础医学教育版), 2006, 8(3): 286-287.
- [4] 寇炜, 马戎, 雷立昇, 等. OSCE 在临床医学专业本科生毕业考核中的应用及体会[J]. 教育现代化, 2017, 4(4): 91-92.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 琦 收稿日期:2018-09-07)

《中药炮制技术》项目化教学改革与实践※

代涛

(皖西卫生职业学院药学系,安徽 六安 237000)

摘要:目的 提高专科中药学专业中药炮制技术课程教学质量,着重培养学生的炮制技能,适应现代中药炮制生产岗位需求。方法 深入行业企业调研,根据实际工作岗位中药生产情境,将课程内容进行项目化设计,并改革教学方法(模式)、考核方式,项目实施时,充分运用超星、慕课等先进教学媒体,改善教学效果。结果 通过项目化教学改革的设计和和实施,学生的技能水平明显提高,课堂参与度、学习兴趣、主动性明显增加,分析、解决问题能力增强。考试合格率达100%、中药炮制与配制工、中药药剂员等资格证书考试通过率达80%以上。结论 中药炮制技术课程项目化改革,提高了学生的技能水平和综合素质。课程教学体现了高职教育的职业性、实践性,实现了课程教学目标,获得了满意的教学效果。

关键词:中药炮制技术;技能;项目化改革;实践

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.058

文章编号:1672-2779(2019)-01-0149-03

The Teaching Reform and Practice of Project-oriented for Traditional Chinese Medicine Processing Technology

DAI Tao

(Pharmacy Department, West Anhui Health Vocational College, Anhui Province, Lu'an 23700 China)

Abstract: **Objective** To improve the teaching quality of TCM processing technology course for the specialty of TCM and meet the needs of modern Chinese medicine processing position, we should focus on cultivating students' processing skills. **Methods** Firstly, in-depth research on industrial enterprises was conducted, project of the course according to the actual production situation of TCM in the workplace was designed, and teaching methods (mode), assessment methods and classroom reformed. Then, we should make full use of superstars, moocs to improve the teaching effect in the implementation. **Results** Through the design and implementation of project-oriented teaching reform, students' skill level has been improved significantly, their class participation, learning interest and initiative increased, and their ability to analyze and solve problems enhanced. All the Students passed the examination 100%, and the total passing rate of the vocational qualification examination is more than 80%. **Conclusion** The project-oriented reform of TCM processing technology has improved students' skill level and comprehensive quality. Curriculum teaching embodies the professionalism and practicality of education in higher vocational colleges, and achieves the goal of curriculum teaching and obtains satisfactory teaching Results.

Keywords: TCM processing technology; skills; project-oriented reform; practice

《中药炮制技术》是高职高专中药学专业的职业能力核心课程之一。实践性较强,旨在培养学生中药炮制生产炮制技能,同时掌握炮制基本原理和基本方法,以适应现代中药行业企业炮制生产的需要。而从目前的教学效果来看,与市场的需求之间存在较大差距。尤其是学生的技能水平远不能满足中药炮制生产的要求。为了提高教学质量,适应中药生产行业企业的用人需求,基于对高职教育人才培养目标的认识,结合多年的教学心得和体会,突出对学生炮制技能的培养,对该课程的教学内容、教学方法、模式等方面进行了项目化教学改革和实践尝试^[1],将实际中药生产炮制情境引入到课堂教学,学生通过“做中学”掌握炮制技能和理论知识^[2]。取得了良好的教学效果。现总结如下。

1 改革背景

1.1 中药行业企业生产岗位的需求 中药炮制是在中医药

理论指导下,根据实际生产等需要,将生药材加工为饮片的制药技术。是中药应用于临床的必备环节,地位极其重要。近年来,特别是在《国家中医药法》颁布实施以来,国家加大对中药行业企业的扶持力度,中药企业得到了快速发展,竞争激烈,企业对高素质技能型人才的需求量不断增加,这对中药炮制技术课程改革提出了新的要求。

1.2 国家对高职教育的人才培养定位 根据国家对高职高专教育人才的培养定位,旨在培养拥有必备的专业知识,能够适应在生产、建设、管理、服务第一线工作的高级技术应用型人才。作为高职高专院校中药学专业的核心能力课程,中药炮制技术理应为社会培养适应中药生产炮制岗位的高素质技能型人才。

1.3 高职高专中药炮制教学现状分析

1.3.1 学生基础知识薄弱 自学能力不足 高职院校学生大多基础较差,相对而言,大多数缺乏学习的主动性,但仍有较强的求知欲,特别是对操作性较强的课程,学习兴趣较浓。

1.3.2 教学内容与实际工作内容脱节严重 目前的中药炮

※ 基金项目:皖西卫生职业学院院级教改质量工程项目【No.YJZL-GC2018018】

制课程内容包括中药炮制基础知识、具体炮制方法、炮制作用和原理三个方面。在调查中发现,在大多数院校,教师上课时仍按照教材内容顺序讲解,未与实际工作岗位情境相结合,这使得学生在实际工作中不能很好地应用所学知识解决实际问题。

1.3.3 教学方法传统 教学模式缺乏创新 调查中发现,在多数院校,教学时仍然采用的是以教师讲授为主体的“填鸭式”教学模式,无论是理论,还是实训皆是如此。这使得学生被动接受知识,学生课堂参与度不足,学习兴趣不浓厚,学习积极性不高。尽管部分教师进行了一定的改进,如采用参与式教学^[3]、PBL 教学^[4]、任务驱动教学^[5]等方法,但效果仍不十分理想。

1.3.4 教学手段单一 考核方式片面 目前,中药炮制技术教学多采用 PPT、实物展示、视频演示等方式。在一定程度上可以让学生直观感受炮制效果,掌握炮制知识。但学生的动手实践机会较少,技能水平提高有限,且与学生缺乏必要的课堂互动平台,不能很好的培养学生的独立思考、分析解决问题的能力。同时,考核方式片面,一般只在期末进行试卷考核,缺少技能、素质等考核,不能较为科学全面的评价学生真实水平^[6]。

如何能更好地激发学生的学习兴趣,使学生真正成为课程教学的主体、技能得到充分训练、综合素质得到进一步提高,这是中药炮制技术课程改革亟需解决的现实问题。

2 改革设计与思路

针对目前中药行业企业的需求,结合国家对高职教育的人才培养定位,深入行业企业调研,按照生产岗位需求,以培养学生炮制技能为重点,根据实际中药生产情境,选取教学内容,确定教学目标,设计教学方法,注重实践教学,改革考核方式,对中药炮制课程进行项目化教学改革。在教学实践中,理实一体化,通过情境教学,任务引领,师生互动,激发学生学习兴趣,培养学生炮制技能,掌握炮制理论知识,真正让学生“做中学”。同时,要求学生课前完成预习任务,设计炮制方案,课堂检测,课后总结,培养学生的自学能力及分析、解决问题的能力^[7-8]。

3 教学实践

3.1 教学内容的项目化设计 紧密结合中药炮制生产岗位需求,通过调研,以实际常用中药生产炮制工艺(生饮片制备,炮炙品饮片制备)为主线,兼顾学生未来职业资格(中药药剂员、药师、执业药师等)考试要求,由浅入深,从制备简单的生品饮片开始,到制备较为复杂的成品饮片,整合《中药炮制技术》课程原有内容,将课程内容设计成六个项目(详见表1),并在教学中实

施,为了更好的完成各项目,在项目下设置了具体的子项目、任务(由易到难),其中任务又包括示范任务、学练任务,考核任务(每个大项目结束后进行,共6次)。在学练任务里又设置了易出错情境,以帮助学生快速提高学生的炮制技能、知识水平。

表1 《中药炮制技术》课程内容项目设计

序号	项目	项目名称
1	项目一	制备大黄、黄芩等8种生饮片
2	项目二	制备炒王不留行、焦山楂等6种清炒品饮片
3	项目三	制备麸炒、煨炙甘石等6种炮炙品饮片
4	项目四	制备麸炒山药、米炒党参等6种加辅料炒制品饮片
5	项目五	制备酒白芍、醋五灵脂等6种炙制品饮片
6	项目六	制备蒸黄芩、醋煮延胡索等6种成品饮片

3.2 课堂教学方法模式的改革 改变现有的以教师讲授为主,学生被动接受知识的教学模式,充分发挥学生主观能动性,采用教-学-做一体化教学模式,让学生成为课堂主体,教师为主导,真正让学生“做中学”。给学生提供充分的课堂参与和动手操作机会。具体如下。

3.2.1 理实一体化 改变现有的先理论后实训的教师讲授为主的教学模式,课程教学全部在多功能理实一体化实训室完成,学生在课堂上边做边学,通过各项目的实施及教师对项目知识的总结和拓展,将理论与实践相结合,将知识穿插到实训中讲解,在获得炮制技能的同时,学习净制、切制、炒制等炮制方法、原理、作用等知识。

3.2.2 情景教学 以学生到中药生产企业顶岗实习为背景,设计情境,将具体的中药生产情境引入课堂教学,在情境中学生身份随之改变,由单纯的在校学生变成中药生产人员,由不同情境引出不同的具体项目,进而在课堂实施。如制备山楂炒焦品情境为:春节期间,医院中药房需要到饮片生产企业采购一批山楂用于治疗肉食积患者,作为实习生需将生品加工成炒焦品。学生需要先根据情境设计炮制方案,之后在课堂边做边学。

3.2.3 任务引领 对于从具体情境引出项目在实施时,设置具体的实施任务,包括教师示范任务、学生学练任务(设置了易出错情境),最后完成考核任务。学生通过分小组完成各项炮制任务,学习具体的炮制方法,掌握炮制技能。以项目二制备清炒品饮片为例,项目下按照炮制程度由浅到深的递进关系,共设置三个子项目在每个子项目下,按照由易到难的顺序分别设置了两个任务。

项目名称:制备莱菔子,王不留行,山楂、槟榔,干姜,蒲黄清炒品饮片

子项目1:制备莱菔子,王不留行炒黄品饮片;

示范任务:制备炒莱菔子饮片;

学练任务：制备炒王不留行饮片（易出错情境）

子项目2：制备山楂、槟榔炒焦品饮片；

示范任务：制备焦山楂饮片（示范任务）；

学练任务：制备焦槟榔饮片（易出错情境）

子项目3：制备干姜、蒲黄炒炭品饮片。

示范任务：制备姜炭饮片（示范任务）；

学练任务：制备蒲黄炭饮片（易出错情境）

所有任务完成后进行一次考核任务。

考核任务：制备栀子炒焦品饮片。

3.2.4 师生互动 课前在超星平台发布任务，要求学生分小组完成炮制方案的设计，包括炮制方法、器具、药物的选择，炮制工艺（火力、火候控制等操作要点）。课堂超星汇报、讨论，分小组点评，教师点评总结后，优选最佳炮制方案，教师利用微课、慕课等媒体讲解炮制操作要点，学生实操后，要求在超星平台讨论实训中出现的问题，如不及、太过、生熟不均等现象出现的原因及可行的解决办法，并在课后及时总结。

3.3 课程考核方式的改革 改变单纯以检测学生的知识水平为主的试卷考核方式，加强对技能考核。笔者加大了技能考核的力度，评分时采取学生、小组、教师三者相结合的评价方式。参照中药技能大赛，制订考核项目和评分标准，从炮制物品准备到炮制结果，进行全过程打分。考核学生的技能水平。同时建立超星试题库，对学生的知识水平进行考核，并对平时的出勤、课堂表现、实训结果、实训总结打分，对学生进行综合评价。总评成绩=平时成绩×20%+过程性技能考核×60%+期末考试×20%。（详见表2）

表2 考核方案

评分内容	内容构成	评分目标	评价方式
技能考核	六项目的 技能考核	考核学生项目技能掌握情况	以100分为基础分，制定考核标准，每个项目自评10分，小组互评30分，教师评价60分，最后取6次平均值。
期末考核	理论知识 考核	考核学生理论知识掌握情况	以100分为基础分，超星考核。
平时成绩	出勤、表现、实训 结果、总结	评价学生课堂积极性、参与度、学习态度、纪律、合作	以100分为基础，其中出勤20分，每旷课一次扣5分；课堂表现20分，以10分为基本分，每主动正确回答一个问题加2分，答错不扣分，提问回答错误，每次扣2分；实训结果30分（6次）；实训总结30分（6次）。

4 结语

通过对中药炮制技术课程的项目化设计和教学实施，学生的技能水平、知识水平等得到明显提高，学习积极性和主动性明显增强。改革自实施以来，学生的考试通过率已达100%，中药炮制与配制工、中药药剂员等职业资格证考试通过率达到80%以上，在近几年的

省级、国家级“中药技能大赛”中已累计有16人获得三等奖以上名次，据毕业生就业单位反馈，我校学生有较高的实践技能水平和综合素质，获得了良好的社会评价。

综上所述，通过课程项目化改革，实现了课程教学目标，获得了较为满意的教学效果。

参考文献

- [1] 戴士弘. 职业院校整体教改[M]. 北京:清华大学出版社, 2015.
- [2] 戴士弘, 毕蓉. 高职课程教学设计案例集[M]. 北京:清华大学出版社, 2015.
- [3] 王满元, 卢炜. 参与式教学法在中药炮制学中的探索与实践[J]. 药学教育, 2014, 30(1):36-38.
- [4] 王丽瑶, 王永禄. PBL教学法在中药炮制学教学中的应用[J]. 西北药学杂志, 2012, 27(2):172-173.
- [5] 戴传勇, 周媛, 黄少军, 等. 任务驱动教学法在中药炮制技术课程教学中的应用[J]. 广西教育, 2016, 20(3):144-145.
- [6] 蔡中齐, 王和平. 《中药炮制技术》精品课程的教学改革与实践[J]. 中国中药信息杂志, 2010, 17(1):108-109.
- [7] 李越峰, 刘峰林, 吴平安, 等. 多模式教学法整合在中药炮制学教学中的探索与应用[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(12):121-123.
- [8] 周爱珍, 程斌, 王和平. 基于工作过程的中药炮制技术教学改革和实践[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(12):124-125.

（本文编辑：李海燕 本文校对：李光燕 收稿日期：2018-09-04）

地肤子

地肤子药材（饮片）鉴别要点

地肤子 呈扁状五角星形，直径约1~3 mm，外被宿存花被，表面灰绿色至浅棕色，周围具膜质小翅5枚，背面中心有微突起的点状果梗痕及放射状脉纹5~10条，剥离花被，可见膜质果皮，半透明，种子扁卵形，长约1 mm，黑色，气微，味微苦。

地肤苗 全草高0.5~1.5 cm，茎直立，分枝多，绿色，秋天采收者茎为紫红色。老枝光滑无毛，嫩枝具白色柔毛，单叶互生，几乎无叶柄，叶片狭长长圆披针形，基部楔形，全缘。花小，杂性，黄绿色，无梗，数朵腋生。花期7~9月，果期9~10月。

临床注意事项

历史上地肤子药用部位为全草或果实，或同时使用带花果全草，以新鲜嫩茎叶入药最佳。

果实入药：性寒、味苦，归肾、膀胱经。清热解毒，利尿，祛风止痒。主治小便不利，淋浊，带下，血痢，风疹，湿疹，疥癣，皮肤瘙痒，疮毒等证。

全草入药：性寒，味苦。归肝、脾、大肠经。清热解毒，利尿通淋。主治赤白痢，泄泻，小便淋涩，小儿疳积，目赤涩痛，雀盲，皮肤风热赤肿，恶疮疥癣等证。

关于地肤苗与地肤子临床作用差异，可参阅《神农本草经药物古今临床应用解读》地肤子条，可互参。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床（3）》，人民卫生出版社，2018。

中医药院校新入职教师的培养

张子沛

(长春中医药大学附属医院研究生管理办公室, 吉林 长春 130021)

摘要:教师是科学文化知识的传播者,是学生道德素质和创新实践能力的培养者,是塑造人类精神文明的工程师。新入职教师是新教育模式的新鲜血液,是新时代教育理念的体现。中医文化博大精深,深受古代哲学思想的影响,既包含自然科学又包含社会科学,在科技飞速发展的今天,完善中医学教育模式,促进中医药事业的发展,需要将现代思想融入到中医传统文化中,所以加强对中医药院校新入职教师的培养对发展、传承中医药有着不可忽视的促进作用。

关键词:中医药院校;新入职教师;教育培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.059

文章编号:1672-2779(2019)-01-0152-03

The Cultivation of New Teachers in Colleges of Chinese Medicine

ZHANG Zipai

(Graduate Management Office, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: Teachers are the disseminators of scientific and cultural knowledge, the training of students' moral quality and innovative practical ability, and the engineers shaping human spiritual civilization. The new recruited teachers are the fresh blood of the new education mode and the embodiment of the new era educational concept. The culture of traditional Chinese medicine is profound and profound. It is deeply influenced by ancient philosophy thought, including both natural science and social science. In today's rapid development of science and technology, it is necessary to perfect the mode of traditional Chinese medicine education and promote the development of traditional Chinese medicine. Therefore, it needs to integrate modern thought into traditional Chinese medicine culture. Therefore, the new entry of traditional Chinese medicine colleges and universities should be strengthened. The training of teachers has an important role in promoting the development and inheritance of traditional Chinese medicine.

Keywords: colleges of Chinese medicine; new teacher; education and training

教师是科学文化知识的传播者,是学生道德素质和创新实践能力的培养者,是塑造人类精神文明的工程师。新入职教师是新教育模式的新鲜血液,是新时代教育理念的体现。

1 中医药院校教师的培养

医学教育的历史源远流长。人类在与疾病战争的过程中建立了中医学,为了能把日积月累累积起来的治疗经验进行总结并传授给后代,于是医学教育便产生了。中医的传统教育模式是老一辈口耳相传给晚辈,后来逐渐演变为近代的师承教育。随着人口增多,人们对医学知识需求的不断增加,学校形式的医学教育应运而生。随着科技发展和社会进步,医学教育模式在逐年完善,教育质量也不断提高,于是对教师的要求越来越高。

教师是科学文化知识的传播者,是学生道德素质和创新实践能力的培养者,是塑造人类精神文明的工程师。在医学教育事业中,教师素质的优劣、工作的好坏更是能否办好高校教育的关键。在中医学传统文化的特殊背景下,成为一名优秀的中医药高校教师,并为中医药的发展传承做贡献,就要在专业技术与道德、哲学两方面同时下功夫。

在学术水平上,要具有较深的造诣,要有扎实的专业知识和丰富的临床经验,既要了解古今中医药分发展历程,又要熟悉历代名家的学术特长;在教学能力上,要精于专业授课和语言表达,熟悉本专业的学术动态,这

样才能让学生更好的将理论与临床结合起来;在思想道德上,为师者,要提高自己的道德素养和文化修养,树人先树德。正如孔子说“为师者不能正其身,如何正人”。

2 新入职教师对教学的意义

在世界高等教育教学教师发展理论和实践中,通常结合年龄和职业发展阶段特征,将高等院校教师分为以下五类:未来的教师、新入职的教师、学术职业生涯中期的教师、拥有终身教职的教师及兼职教师^[1]。其新入职教师是教育可持续发展的新生力量和后备基础。

近年来,我国中医学硕士招生数量逐年递增,人才培养方案和教学模式需要我们进一步改善,高层次、高水平的教育对现代中医的发展有着重大的意义。其中教师的实践教学能力是中医药继承和发展的重中之重。年轻的教师是学术组织发展最根本的资源,新入职教师教育理念往往能够体现新时代的教育理念,学术组织的未来能否成功很大程度上取决于如何促进新教师的专业成长^[2]。在国家大力发展中医药事业,发扬中医传统文化的今天,为了促进中医药文化与时俱进,更是迫切需要将新鲜血液注入到新的教育模式中。

3 对新入职教师的教育培养

个人认为,对新入职教师的培养,并非是指对刚走出学校大门医学生的培养,而是指对刚刚成为中医药学或临床或实训的带教老师,为转变角色、适应医学教学

实践所接受的具有针对性的培训。

3.1 新入职教师的角色转换 教师新入职的第1~3年时期,是职业生涯中非常重要的一个转折阶段^[3]。这个阶段,新入职教师“基本社会化”初步完成,“继续社会化”刚刚开始,是从普通临床医生到教师角色转变的阶段^[4]。在这个阶段,新入职教师会面临很社会化时期变更的共性问题,比如工作前后的角色转换、适应教学及管理、科研管理的思路和社会服务建设等方面的问题,而这些问题都是影响新入职教师职业更快更好投身工作的因素。

3.2 新入职教师对中医学教育的困惑和需求 高等院校一般分为研究型、研究教学型、教学研究型和教学型四种基本类型^[4]。中医学教育与时俱进,受西方医学和现代科技的影响,取其精华,改变了传统的中医教育模式,也与许多院校一样“以研兴校,以教促研”,导致很多新入职教师对此不是很适应。

第一,在现行的教育体制下,如果说中医学教育是两条工作轨道,那么一条是科研,另一条就是教学,所以很多新入职的教师因为刚刚加入新的工作环境,不容易同时兼顾教学与科研的双重任务。在精力有限的条件下,处理好科研和教学的关系是每一个新入职教师需要去逐步适应的。第二,在现存的教学环境里,刚刚角色转化的新职工往往缺乏科研为教学服务的意识,所以在工作上很难进行科教统一,导致了教学、科研脱轨。新入职教师首先应该要积累自己的教学经验,学会把更多的精力放在教学上,通过自己的教学所得创造科研成果,并把自己的科研融入到人才培养中。第三,在现行的科研环境下,还没有适应环境的新入职教员总是以科研成果为导向,而不是以科研方向为导向,这样的做法不利于科学研究的长期发展,导致他们不能在自己喜欢或熟悉的领域坚持做到极致,所以往往不能取得更多更精的科研成果。

3.3 国外对新入职教师的培养 每个新入职的教师在正式进入工作环境前必须学习一些与教学相关的知识,打好坚实的专业基础,比如对自己职业生涯的规划、课程的评估与讲授、对学生学习和成长的指导、有效的合作能力与沟通能力、对职业本质和道德本质的正确理解,等等。

在加拿大,各省、各地方的教育行政部门专门为新入职教师的教育制定了相应的标准^[5],例如:亚博夫省为指导新入职教师教学、职业生涯发展和评价,制定了教学质量标准(TQS);哥伦比亚和安大略为引导新入职教师终身学习与发展,制定了教师职业生涯发展标准^[6]等等。

正如所言:“教师教育的价值在于引领教师的专业成长,而不是弥补教师的‘缺陷’”。

3.4 新入职教师适应性问题的对策 任何部门的新入职员工都要经历从“雏”到“熟”的成长过程,用人单位及部门的首要任务是帮助他们尽快地适应新工作。其中最有效的方向是从“制度建设”和“自我发展”^[7]去探索追

求问题的解决策略。

3.4.1 新入职教师的入职培训 每个学校的发展都是一部厚重的历史著作,新入职教师对学校历史沿革、发展状况及现行政策都不了解的话很难尽快适应工作环境,我们应该为其做好入职第一课,例如学校发展、历史沿革、医院环境、学(专)科建设、各项政策等,让新入职教师们可以尽快了解工作环境,少走或不走弯路。

3.4.2 新入职教师的能力培养 作为中医学高校的教师不仅要具备良好的临床科研能力、社会服务等各方面的能力,更要具有专业背景、中医思维和人文素养,所以学校除了建立健全教师考核制度外,应做到激励与约束相结合,让“思政进课堂”更好的体现在高等中医学教育当中。不定期从教学、医疗法规、科研、临床、医患沟通等方面对新入职教师进行培训及辅导。

3.4.3 新入职教师职业生涯规划 新入职教师是学校发展的新鲜血液,是现代医学社会下中医学事业发展最有潜能的优势资源。给予新入职教师各方面的支持和帮助以及专业的指导与服务,能更好的落实新入职教师职业发展目标,促进新入职教师与学校、医院共同发展,为祖国的医疗事业做贡献。

3.4.4 处理好职业生涯的各种关系 首先,要处理好的关系是科研、教学,科研为教学服务,教学为科研服务。其次,成果导向、方向导向的关系,要在自己的熟悉和擅长的领域中创造更多的科研成果。再次,处理好理论知识与临床应用的关系,充分了解国家对中医学发展的相关政策,用临床积累的理论来做科研,这样才能更好地服务于科学研究,培养高层次人才。最后,也是最重要的,处理好团队、个人和患者的关系,在研究成果的过程中一定是有患者参与的过程存在,所以良好的医患沟通很重要,这样才可能取得更好的科研效果。

3.4.5 营造健康和谐的心理氛围 拓展途径,树立良好的风气,优化人际环境,营造健康的工作氛围才能形成良性的工作平台。刚入职时,教员难免在生活、工作等方面遇到很多障碍和矛盾,如若没能及时得到解决就会导致出现心理偏差。在研究中发现,良好的沟通平台、物质上的奖励及丰富的业余活动都能够能使新入职教师尽快适应环境^[8],提高工作效率。我们必须重视新入职教师的心理健康问题,加强职工间的人际交往,增强职工对工作的归属感,才能使其乐观生活、愉悦树人。

3.4.6 树立正确的价值观 提高职业心理素质 职业生涯经历挫折,紧张、焦虑和疲劳等不良情绪,都会影响个人职业发展。要树立坚强的自信心,增强克服困难的动力;在感到压力巨大时,可以采取一些释放自己压力的方法,比如加强体育锻炼,与亲朋好友沟通交流等。

在中西医文化交织的当今,新入职教师只有树立正确的人生观、价值观,形成独特的中医思维,以良好的

心态去看待周围环境,以包容的心态对待周围的人、事、物,对不良情绪学会自我化解,才能更好地度过教师心理适应期,更好的融入到新的动作环境,更好的为中医事业的将来做贡献。

参考文献

- [1] 周海涛,李虔,张小斌. 大学教师发展效用的类型分析[J]. 高等理科教育,2014,144(2): 1-8.
- [2] WHITCOMB M E. The future of academic medicine: career development of junior faculty[J]. Academic Medicine,2004,79(3):195-196.
- [3] 杨莉君,王彦峰. 加拿大新入职教师教育政策及对我国的启示[J]. 教师教育研究,2014,26(5):100-106.
- [4] 谭敏. 新入职教师职业适应性调查及对策[J]. 教学与管理,2013,10(30):39-41.
- [5] Broad,K.,&Evans,M. (2006).A review of literature on professional development content and delivery modes for experienced teachers.Rrport for the Ontario Ministry of Education.
- [6] Ontario Ministry of Education.(2004). Teacher excellene unlocking student potential through continuing professional development.Vol.2.Report for the Education Partnership Table.Toronto.
- [7] 胡维芳. 新教师入职适应性的调查研究[J]. 青海师范大学学报(哲学社会科学版),2006(6):135-137.
- [8] 刘远我. 职业心理健康自测与调节[M]. 经济管理出版社,2004.

(本文编辑:李海燕 本文校对:史梦琦 收稿日期:2018-09-14)

高职中药学专业综合实训中药制剂及检测部分教学改革实践与思考

武莹 于慧 王志霜 王法宇 肖然

(北京卫生职业学院中药与康复系,北京 101101)

摘要:对高职中药学专业综合实训中药制剂及检测部分进行教学改革实践与思考,文章就教学内容设计、教学实施中的创新点、教学改革的收获及教学中存在的不足与今后需改进的方向进行阐述。这次教学改革对于师生均是一次有益的探索,对高职中药学专业综合实训教学改革有所启示和帮助。

关键词:中药学专业;综合实训;中药制剂及检测;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.060

文章编号:1672-2779(2019)-01-0154-03

Practice and Reflection on the Teaching Reform in Preparations and Detection on the Part of Comprehensive Training of Chinese Pharmacy in Higher Vocational Volleges

WU Ying, YU Hui, WANG Zhishuang, WANG Fayu, XIAO Ran

(Department of Traditional Chinese Medicine and Rehabilitation, Beijing Health Vocational College, Beijing 101101, China)

Abstract: Practised and reflected on the teaching reform in preparations and detection of Chinese medicine-the Part of comprehensive training of Chinese pharmacy in higher vocational volleges. The paper expounded from four forms such as teaching contents, innovations in teaching implementstion, harvests of teaching reform, insufficients in teaching and the improvement directions in future. It's a beneficial exploration for teachers and students. There are enlightenments and helps in teaching reform of comprehensive training of Chinese pharmacy in higher vocational volleges.

Keywords: specialty of Chinese pharmacy; comprehensive training; preparations and detection of Chinese medicine; teaching reform

综合实训是我院学生在实习之前统一进行的一项教学活动,一般安排在实习前一学期期末进行。中药学专业综合实训主要是进行中药鉴定、中药调剂、中药制剂及检测等基本操作的强化训练和根据实际岗位需要安排的综合应用技能训练。通过加强实训教学,突出岗位技能培养,能够使学生进一步强化各项基本操作、巩固已学知识,培养学生的综合技能和职业能力,为从事中药行业实际工作奠定良好基础。

在学院及中药与康复系指导下,我教研室教师针对中药制剂及其检测部分的内容进行教学改革,探索了结合学生实际岗位需要进行综合应用技能训练之路。在第二届教学实施过程中,我们认真进行了反思,现报告如下。

1 教学内容设计创新

1.1 与岗位零距离对接,根据工作流程,搭建框架 由于《中华人民共和国药品管理法》(2015年4月24日修正)中第十二条明确规定:药品生产企业必须对其生产的药品进行质量检验,以及药品生产监督管理规范化的要求,药品生产企业对于药品检验人员需求在逐年增加。为适应中药生产企业需要学生顶岗实习的实际情况以及制药企业对药物制剂技术技能人才的能力要求,我们以药物制剂的制备及质量控制为核心、以药品生产过程为主线、依照药物制剂职业岗位的工作内容^[1],将中药制剂及检测部分的综合实训教学内容框架设计为——按照中华人民共和国药典标准,制备一种中药制剂并对其进

表1 综合实训中药制剂及检测部分的实训项目

实训模块	实训内容	实训任务	整合课程	实训技能
中药制剂生产	六味地黄丸制备	任务1:原料药物粉碎过筛	中药制药设备	制药设备选择、粉碎机的使用
		任务2:浸提浓缩	中药化学实用技术	提取技术、浓缩技术
		任务3:六味地黄丸制丸	中药制剂技术	蜜丸手工制作
中药制剂检测	六味地黄丸质量检测	任务4:六味地黄丸检查	中药制剂技术	分析天平使用、水分含量检测
		任务5:六味地黄丸鉴别	中药鉴定技术	显微鉴别
			中药化学实用技术	薄层色谱鉴别
		任务6:六味地黄丸含量测定	中药制剂检测技术	高效液相色谱鉴别

行质量检验,使教学内容与工作内容一致、学习过程与工作过程一致,实现“企业的内容”以“教学的形式”来完成“人才的培养”^[1]。

1.2 选取典型工作任务 确定具体教学内容 《中华人民共和国药典》(2015 版)中共计收载中成药 1493 种。选取工作任务时,我们制定了如下标准:一是具备中药特色;二是能够体现中药传统制备方法;三是能够涵盖学生需要掌握的一般质量检查及显微、理化鉴别、含量测定等技能。根据以上标准,我们筛选出六味地黄丸作为教学内容。

结合我院综合实训学时安排、实训室及仪器设备条件,最终,教学内容设计为:按照《中华人民共和国药典》(2015 版)一部关于六味地黄丸的标准,制备六味地黄丸,并对其进行检查、鉴别(含显微鉴别、与泽泻对照药材的 TLC 薄层色谱鉴别)以及含量测定。

1.3 整合各门课程教学内容

1.4 六味地黄丸制备 在药典收载的各种剂型中,我们选择制备六味地黄丸浓缩丸。在体现传统蜜丸制剂工艺的同时,兼顾现代制剂生产工艺,接轨实际生产,使综合实训尽可能地覆盖更多岗位,提高适应性。

2 教学实施创新

在综合实训过程中,教学采用了如下流程:接受实训任务→学生分组查阅资料、分析资料→小组研讨设计与修订实施方案→实训准备→实训操作→过程记录及分析→撰写实训报告→实训评价。

2.1 教学模式选择 根据教学内容,教师们研讨决定采取任务驱动教学模式,学生以小组为单位,每组 3~4 人,每班 10~12 组。领取任务之后,在教师指导下进行任务解析,学生分组查阅资料,研讨小组任务分工实施方案,然后分组完成任务,进行任务评价。

2.2 制定小组实施方案 学生在完成任务前需要查阅资料,根据《中华人民共和国药典》(2015 版)规定制定小组实施方案,引导学生树立依法生产和检测的意识。

2.3 模拟岗位流程 每组制备的丸剂交换进行检测,使学生能够体验制药企业药品质量管理的质量保证和质量控制两种活动,履行质量保证和质量控制的职责。

2.4 学生角色扮演完成工作任务 在任务实施过程中,每组学生按照岗位流程需要,分别扮演不同角色,共同完

成学习任务。如在六味地黄丸制备过程中,每组学生有的担任制作人,有的担任复核人,有的担任质量控制员(QA),大家分工协作,共同完成工作任务。在六味地黄丸质量检测过程中,虽然大家都担任质量检验员(QC),但也有操作员、复核员的分工协作。

2.5 评价采用过程性评价与结果性评价相结合 综合实训的评价分为过程性评价和结果性评价,过程性评价包括实训过程中实验态度、小组分工协作情况、操作准确度、操作区域卫生及安全情况、发现问题分析并解决等记录。把学生参与训练的积极程度、完成任务的质量、分组训练中承担的责任大小、实际操作技能水平等作为取得相应等级的依据^[2]。结果性评价包括产品质量、实验原始记录及实验报告完成情况。考核结果中除有教师的评价外,还应包括学生的自评和小组评价。实现过程考核与结果考核相结合,培养了学生的职业素质、技能操作、自主学习能力,为创新型实用人才的培养奠定基础。通过考核,调动学生学习的积极性,促进学生专业知识的巩固和实践能力的形成。

3 思考

3.1 本次综合实训教学的改革 对教师专业能力提出了更高的要求 本次综合实训中药制剂及检测部分的教学改革与岗位零距离对接,要求教学团队的教师对岗位工作流程及要求非常熟悉,并且对于中药生产质量保证及质量控制两部分的技能非常熟练,必须在实训前花费大量时间、精力充分研讨、调研,设计符合当前岗位要求的课程内容和教学设计^[3]。近几年教研室的教师都利用无课的学期或暑期到生产企业进行岗位进修或实践,熟悉岗位流程,锻炼技能,及时更新知识结构,不断提高专业实践水平,客观的为本次教学改革实施奠定了良好的基础。

3.2 学生适应岗位的能力得到提高 因为实训内容与岗位零距离,学生到岗位之后可以更快地熟悉岗位流程,进入岗位角色,达到岗位要求,快速适应顶岗实习的要求,达到了实习前对学生开展综合实训的目的。

3.3 提高学生的学习兴趣 实践能力探索精神 学生领取任务后,需要通过查阅相关标准、书籍,利用网络资源解析任务,研讨细化小组任务实施方案。在任务完成过程中,学生要随时发现问题,讨论分析问题并加以解决。教师则根据每组学生的情况,有针对性地给予指导。学生从被动

学习变为主动学习,并且能够激发他们学习的主动性、积极性。产品交换检测,无形中也是小组完成任务的一次竞赛,哪个小组也不希望自己生产出不合格产品,所以在实训的各个环节,学生都能够认真对待自己的任务。这样不仅能够调动学生的学习热情、训练学生的基本实验操作技能、加深学生对理论知识的理解和掌握,而且增强了学生分析问题和解决问题的能力。此外,对培养学生实事求是的科学态度、百折不挠的工作作风、相互协作的团队精神、勇于开拓的创新意识也具有十分重要的作用,很大程度上提升了学生的综合素质^[4]。

3.4 教学改革实施中的不足及需要完善的教学措施 (1) 由于课时所限,我们没有做到对生产的产品进行全检,而是选择部分特征检查项目进行检测。今后,可以考虑将学生进行分类实训的方法,针对已确定到生产企业进行顶岗实习的学生,增加中药制剂及检测部分的综合实训课时,满足对于生产的产品进行全项目检测的要求。(2) 在教学中的信息化水平还有待提高。今后,教师要积极制作微课用于综合实训教学,满足学生预习、随堂

实时学习的需要。还可以引入仿真操作软件,在学生分组进行含量测定前,增加一次在电脑上的模拟操作,使学生能够对仪器参数设定、操作流程、操作方法等更加熟悉,加快分组上机检测的速度和准确度。

4 结语

本次高职中药学专业综合实训中药制剂及检测部分教学改革是一次有益的尝试,岗位零距离设计教学内容与方法,学生能从中受益,全面提升实践技能和综合素质,实习适应快。教师也能够受益,促进教学素养、教学态度、教学水平及教学方法的提高。

参考文献

- [1] 曹华玲,李宗伟. 高职药物制剂生产技能综合实训教学改革的探索与实践[J]. 山东化工, 2017, 46(15): 161-162.
- [2] 夏燕兰. 高职院校综合实训教学质量提升的探索与实践[J]. 实验技术与管理, 2015, 32(10): 157-160.
- [3] 刘嘉,赵庆年,张宁,等. 高职中药专业“无缝对接”综合实训的设计及对比研究[J]. 中医教育, 2018, 37(2): 70-73.
- [4] 李潇,洪海龙,景慧萍,等. 制药工程专业综合实训教学改革探索与实践[J]. 广州化工, 2016, 44(24): 132-133.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 燕 收稿日期:2018-09-03)

中药学专业课程地图建设研究

敖冬梅 尉 捷 李延成 胡丽琴

(北京城市学院生物医药学部中药学专业,北京 100094)

摘 要:在学校提升应用型本科人才培养质量,以就业岗位或岗位群为导向,构建专业学习路线图,培育以人为本、因材施教的应用型本科人才的办学定位下,结合北京地区中药产业的变革和发展,从明确中药学专业人才培养目标、课程体系重构和课程地图建设方面进行研究,构建了符合中药学应用型本科人才培养的课程地图,提高人才培养质量。

关键词:中药学专业;应用型人才;课程体系;课程地图

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.01.061

文章编号:1672-2779(2019)-01-0156-04

The Research of the Curriculum Mapping in Chinese Material Medica

AO Dongmei, YU Jie, LI Yancheng, HU Liqin

(Department of Biomedicine, Beijing City University, Beijing 100094, China)

Abstract: According to the orientation of school running that oriented by employment or post group, building a professional learning roadmap, cultivating application-oriented talents based on people oriented and teaching students in accordance with their aptitude and improving the quality of applied undergraduate education. So combined with the transformation and development of TCM industry in Beijing area, personnel training Objectives, curriculum system restructuring and curriculum mapping constructing was researched. The curriculum mapping suitable for applied undergraduate talents in TCM was constructed, and the talent cultivation quality was improved.

Keywords: Chinese material medica; applied talents; curriculum system; curriculum mapping

课程地图(Curriculum Mapping)是指建立专业而系统的课程规划体系,通过课程设置和科学引导指引学生未来升学与就业的发展方向^[1]。近年来,欧美等国以及我国港澳台地区越来越多的高校开始使用课程地图^[2]。大陆高校中的北京化工大学、华南理工大学也进行了尝试,但总体建设步伐较为缓慢^[2-3]。

目前,大学生在校期间没有明确的学习目标、对未

来就业比较盲目的现象比较普遍。而专业构建课程地图,在根据产业人才需求建立专业而系统的课程规划体系的同时,能够给学生呈现出专业课程设置与其未来职业生涯规划选择之间的联系,能够科学的引导学生学习目标、明确发展路径、提高学生学习热情、提高教育质量及就业率。因此,建设科学合理的专业课程地图,将人才培养与社会、中药产业需求紧密结合,是当前中药专业提



高人才培养质量的首要任务。

1 课程地图建设的必要性

1.1 大健康战略推动医药企业再定位 随着大健康时代的到来,以医药工业、医药商业、医疗服务、保健品、健康保健服务等领域为主的大健康产业越来越受到全球关注。医药行业,尤其是中药行业将成为发展空间巨大的战略性行业。自“健康中国”列入十三五规划正式升级为国家战略,大健康产业成为中国经济新的增长点。以大健康为主的医药行业前景不言而喻,大健康战略在医药行业的实施和发展越来越受到关注,众多药企生产和销售业务在逐渐定位于大健康战略。

1.2 北京地区医药行业格局和战略布局的变化 随着 2015 年《京津冀协同发展规划纲要》的审议通过,2016 年—2017 年《中医药发展战略规划纲要(2016—2030 年)》、《中华人民共和国中医药法》、《中医药“一带一路”发展规划(2016—2020 年)》、《国务院办公厅关于进一步改革完善药品生产流通使用政策的若干意见》、《人力资源社会保障部财政部国家卫生计生委国家中医药管理局关于开展公立医院薪酬制度改革试点工作的指导意见》一系列中医药政策法规的发布,使北京地区及其周边地区的医药行业格局、战略布局发生深刻的变化,将促进以大健康为主的医药服务业、高新技术、高新产业和医药文化传播的蓬勃发展。

“随着我国中药事业的快速发展和‘一带一路’的推进,中药行业的发展与需求不相适应的情况日益突出。尤其是人才缺乏制约着中药事业的发展。”中国中药协会会长房书亭 2016 年 6 月 25 日在中国中药协会中药人才培养战略论坛上说。

中药产业的变革与发展对中药应用型本科人才的培养提出了新的要求。在此背景下,结合北京地区中药产业发展优势、根据北京城市学院发展规划及其自身优势与特色,深入研究与制定中药学专业课程地图体系,既能提高中药学本科人才培养质量又能为学生将来就业提供针对性的就业指导。

2 中药学专业课程地图建设的思路

2.1 明确人才培养目标 以为北京地区经济、社会发展服务为导向,深入调研北京地区经济、中药产业布局和格局,明确中药产业对人才的具体需求与要求,结合学校办学定位,凝炼为培养目标,并细化为培养规格。

2.2 构建课程地图 根据就业岗位或岗位群对学生专业核心能力的要求,明确学生专业知识结构、专业能力结构及综合素质培养要求,构建以学生为主体、因材施教的中药学专业课程地图,使学生清晰地了解专业课程设置框架与主干内容,了解相关岗位或岗位群所需知识和能力结构,引导学生职业生涯规划并建构自己的学习计划,明确学习方向。

3 根据北京地区经济需求明确人才培养目标

为准确定位适应北京地区中药产业变革与发展所需的中药学应用型本科人才培养目标,构建科学合理的课程地图,笔者自 2016 年 11 月—2017 年 6 月采用文献资料法、问卷调查法、实地调研法、专家访谈法、比较分析法、逻辑分析法针对北京地区中药产业对学生的就业需求,就业岗位或岗位群对学生专业知识、能力结构及综合素质要求进行了调查研究,并对 2012 年—2016 年北京城市学院中药学本科毕业生就业去向进行了分析。研究表明,对中药学应用型本科人才需求量最大的岗位是新产品研发、中药制剂、中药质量检测与评价、中药鉴定与质量控制、中药调剂与中药合理用药指导岗位。根据学生就业需求和岗位或岗位群对学生专业知识、技能的要求,结合学校定位及教育目标,将北京地区中药学应用型本科人才培养目标应定位于中药制剂与质量控制人才和中药药学服务人才(表1)。

4 课程地图的构建

4.1 根据人才培养目标设置课程 课程地图中课程体系的设置体现中药学本科应用型人才定位,坚持“少而精、拿到手”的原则,紧密围绕中药学专业设定的中药制剂与质量控制、中药药学服务 2 个人才培养目标,深入分

表1 中药学专业人才定位

人才类型	就业领域	就业岗位	主要任务	培养目标	培养侧重点
中药制剂与质量控制人才	药品生产企业、中药及保健品研发单位、中药CRO公司、院校等	药品生产、检验(QC)、质量评价与控制(QA)、临床监查、研发及院校实验教辅人员等岗位	具有对工艺稳定性控制与优化改进能力;具有中药饮片及中成药制备及设备操作能力;具有对物料药、中成药质量分析与控制能力;具有中药新产品研制、开发、报批、注册知识与能力;具备专业文本撰写能力	掌握扎实的中药学基础知识和基本理论和核心中药生产和质量控制知识与技术,具备综合运用知识和技能开发新产品的能力	侧重专业知识与技术的深度、交叉综合,侧重科研思维和能力训练、创新意识和团队协作能力培养
中药药学服务人才	各级医院、社区医院、社会药店、养生会馆等	中药质量控制、调剂与调配、健康咨询、销售等岗位	提供药学信息服务(包括合理用药咨询);开展治疗药物临床观察、监测、药物不良反应监测;开展合理用药、药物评价研究;药品调配、制剂等工作	广泛涉猎中药学基础知识和基本理论,掌握中药鉴定、中药调剂、中药用药核心知识与技能,受到企业管理、产品营销等方面技能的训练,具备在实际工作中发现问题、分析问题、解决问题的综合能力	侧重专业及相关知识的宽度,侧重实际操作和管理能力训练,侧重有效沟通和职业道德的养成

析其相应的主流就业岗位或岗位群的典型工作任务和工作过程,凝炼专业核心能力、必备知识及特定素质,制定其人才培养规格(见表2),构建课程体系。课程体系设置中将《普通高等学校本科专业目录和专业介绍》中规定的中药学专业的核心课程纳入人才培养课程体系体现专业核心能力,其学时学分根据人才培养目标由专业自主设定。其余专业课程则从应用型人才培养的角度出发,围绕人才培养目标,紧扣学生就业岗位或岗位群所需能力培养进行设置。北京城市学院中药学专业课程地图中课程体系总学时为2853学时、总学分157学分,划分为通识通能教育课程体系和专业教育课程体系,其中专业教育课程体系占总学时的76%、占总学分的72%。

4.2 明确课程体系中每门课程的培养任务 围绕着人才培养规格,为切实有效的发挥每门课程在课程体系位置中相应的人才培养任务,根据其教学内容明确了每门课程与中药学人才培养规格之间的匹配关系,以中药药学服

务培养目标方向课程为例(见表3),有利于任课教师及学生明确每门课程在人才培养过程中的地位及其在培养专业核心能力中所起的作用。

4.3 精选课程教学内容 依据人才培养规格,“以岗位或岗位群的需要为出发点”,“以岗位或岗位群的典型工作任务所需的理论知识和技术为主要教学范围”,“关注做什么、怎么做,强调知识的实际应用和生产技能的实际操作”^[5],打破固有的对单门课程书本理论知识系统性和完整性的刻意追求,充分考虑课程或学习内容的融合性和完整性,理论与实践的次序性及关联性,包括课程与课程之间重复教学内容的合并删减、理论课与实验实训课以及实习的关系、教学模式、考核方法及学分数时的把控,并将隐含的知识、能力和素质外化到对应的显性课程中^[4],保证所设置的课程、项目或者活动能够完成培养目标要求,形成能力-课程对应关系,以中药药学服务培养目标能力-课程对应关系图表为例(见表4)。

表2 中药学专业人才培养规格

素养结构要求	专业知识结构要求	专业能力结构要求
1.具有良好的职业道德、敬业精神,忠诚;	1.掌握中药鉴定、中药调剂基本知识;	1.具有运用中药鉴定、调剂、合理用药等知识与技能从事中药鉴定、调剂、合理用药指导等专业核心能力;
2.具有较丰富的知识结构,较熟练的表达与国际交流能力;	2.掌握中药合理用药基本知识;	2.具有运用中药提取分离、中药质量分析等知识与技能从事中药质量检验、评价与控制的核心能力;
3.具有现代社会所需的信息思维、网络思维、大数据思维以及应用能力;	3.掌握中药提取分离、质量分析与评价基本知识;	3.具有运用中药制剂制备、炮制加工知识与技能从事中药生产、中药饮片炮制加工的核心能力;
4.能与人合作,具有一定的组织管理和人际交往能力,有创新创业基础素养;	4.掌握中药制剂制备、中药炮制加工基本知识;	4.具有运用中药提取分离、中药质量分析及中药新药及保健食品研发基本知识与技能从事中药新药及保健食品研发基本能力
5.能自我调节心态,积极乐观,能自我锻炼保持健康体魄。	5.熟悉中药新药及保健食品研发基本知识	

表3 课程与人才培养规格之间的匹配关系对应表

课程名称	素质					知识					能力			
	素质1	素质2	素质3	素质4	素质5	知识1	知识2	知识3	知识4	知识5	能力1	能力2	能力3	能力4
中药鉴定学				√		√					√			
中药传统鉴定实训			√	√		√					√			
中药药理学	√						√				√			
常见病辨证论治概要	√		√		√		√				√			
中药调剂学	√					√					√			
中药调剂学实训	√		√	√		√					√			
中药传统技能综合实训			√	√		√					√			

表4 中药学专业核心能力-课程关联度对应表

培养目标	核心能力		对应课程			
	能力簇群	能力指标	课程1	课程2	课程3	课程4
中药药学服务	依据职业岗位归类的能力簇群1 (中药药学服务)	掌握中药真伪、优劣鉴定方法与技术	中药鉴定学(高)	中药鉴定学实验(高)	中药商品学(中)	药用植物学(低)
		掌握中药制剂常见种类、剂型特点	中药药剂学(高)			
		掌握中药饮片常见化学成分类型、结构特点及理化性质	中药化学(高)	有机化学(中)	无机及分析化学(低)	
		熟悉中药饮片炮制种类、方法及技术	中药炮制学(高)	中药炮制学实验(高)	中药药理学(中)	
		掌握中药合理用药知识、药物不良反应特点及临床应用等	常见病辩证论治概要(高)	中成药学(高)		
		掌握中药调剂、调配知识与技术	中药调剂学(高)	中药调剂学实验(高)		
		掌握中药鉴定、中药调剂、中药合理用药综合知识与技能	中药药学服务综合技能实训(高)			

4.4 课程模块化、序列化 (1) 课程的模块化。“模块化课程的特点是由知识输入为导向,向知识输出(哪些能力应该是经过教学后学生要获取的)转变,以培养学生能力为目标。具体来说,就是将传统的以学科为背景的课程教学逐渐改变为以培养专业能力为核心的模块化教学^[5]。

中药学专业教育课程体系建设充分体现了以功能为主的模块化形式,以专业方向类模块课程为例(见表5),为使胜任中药制剂与质量控制、中药药学服务培养目标所对应的主要岗位或岗位群,设置了专业方向类模块课程(任选,选择一个方向模块,学生修读最低学分为20学分),课程内容的设计打破原来的学科知识体系,依据学生就业岗位或岗位群典型工作任务及工作过程所对应的专业知识与技能设计,提高课程体系的针对性、适应性和实用性,旨在培养学生直接上岗、与岗位零距离的专业能力与素质。

表5 中药药学服务培养目标方向课程

课程名称	学分	总学时	讲授学时	实践学时
中药调剂学 ▲ Chinese medicine dispensing	2	30	22	8
中药调剂学实训 ▲ Chinese medicine dispensing--practice	2	30	0	30
常见病辨证论治概要 ▲ Pattern differentiation and treatment for common disease	4	60	52	8
中药商品学 ▲ Chinese Medicine commodity	3	44	36	8
中药贮藏与养护 Chinese medicine storage and maintenance	2	30	0	30
中药传统技能综合实训 ▲ Traditional technology of Chinese medicine--practical training	4	60	0	60
医药商品购销 Purchase and sales for Chinese medicine products	3	44	36	8

(2) 课程的序列化。课程体系构建过程中充分考虑课程之间序列化问题:在横向共时层面,考虑学生同期修习课程之间知识、能力和素质相互支撑、协调的关系,确保知识内容不重复、能力培养不交叉、素质训练不重合;在纵向历时层面需要解决课程先修后续问题,考虑学生知识、能力和素质的递进问题^[4]。

4.4 强化实战能力培养 实践教学是增强学生实战能力的必要条件。在中药学专业课程体系设置中,充分结合专业现有的师资力量特点及实验实训平台设置实践课程,实践总学时占课程体系总学时的47%,专业实验实践课程总学时占专业课程总学时的56%。

中药学专业关于中药制剂与质量控制、中药药学服务方向的人才培养目标和人才培养规格都是以专业技术或技能为主要评价指标,在专业基础、专业核心、专业

方向、综合实践类模块课程设置过程中,充分考虑实践能力指标,做到在对每个培养方向的专业课程体系设置中,每一项专业核心能力至少设有一组实践教学环节的对应课程,每一个培养方向除有系列实践教学环节的对应课程外,还分别增设一门综合性实验实训课程,将每一个培养方向的碎片式的实践教学环节,模拟学生就业岗位或岗位群典型工作任务及工作过程通过设置综合性或设计性实验实训教学内容贯穿起来,培养学生模拟就业岗位实战能力,缩短学生与就业岗位的距离。

此外,综合实践类模块包括专业岗位实习、毕业实习、毕业论文与综合训练三部分内容,学生在大四期间修完。要求学生的毕业论文(设计)尽可能在实验、实习、社会调查等实践中完成,强化过程考核,尤其是专业岗位实习采用行业导师评分为主,校内学业导师评分为辅的综合评分办法。

4.5 课程地图建设 在明确了培养目标及相应的课程体系后开展了课程地图绘制工作,把全校通识通能教育课程体系和中药学专业教育课程体系进行系统设计,即以专业培养目标中中药制剂与质量控制、中药药学服务为职业类终点,采用倒推法将按功能划分的课程模块进行布局设计课程地图路径,同时考虑课程的序列性进行了中药学专业课程地图建设。

参考文献

- [1] 方润. 高校教育中专业课程地图体系建设的几点思考[J]. 教育教学论坛, 2016(4): 240-241.
- [2] 巩建闽, 萧蓓蕾. 台湾高校课程地图对大陆课程地图发展的启示[J]. 中国高教研究, 2014(5): 105-110.
- [3] 王春梅, 陆珂珂. 质量视野中的台湾高校课程地图-基于台湾东华大学的案例[J]. 复旦教育论坛, 2014, 12(3): 78-82.
- [4] 许春明, 张君诚, 刘健. 新建本科院校课程体系重构研究-基于台湾科技类大学课程体系建设经验的思考[J]. 长春工业大学学报(高教研究版), 2014, 35(3): 20-24.
- [5] 陈啸, 储常连, 吕静. 关于高等教育分类研究若干问题的思考——兼论科学构建应用性高等教育体系[J]. 合肥学院学报(自然科学版), 2010(4): 41-48, 77.

(本文编辑:李海燕 本文校对:付帮泽 收稿日期:2018-08-28)

鹿茸的饮片鉴别

鹿茸片为大小不同规格的薄片,分为血片、蛋黄片、骨片。血片:切面呈红黄色至红棕色,饮片外围无骨质,中部密布细孔。蛋黄片:切面呈黄白色,外围可见轻度骨质,中部密布细孔。骨片:切面呈灰黄色,外围骨质化,中部略显骨质化,中心可见稀疏细孔。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(3)》,人民卫生出版社,2018.

《中国中医药现代远程教育》杂志征稿启事

《中国中医药现代远程教育》杂志是国家中医药管理局主管的科技期刊,全国中医药优秀期刊,中国学术期刊综合评价数据库(CAJCED)、中国期刊全文数据库(CAJED)、中国核心期刊《遴选》数据库及中国期刊网全文数据库收录期刊,中国知网、万方数据库全文收录。本刊为半月刊,国内刊号 CN 11-5024 R,国际刊号 ISSN 1672-2779,国内邮发代号:82-107。

《中国中医药现代远程教育》杂志以服务全国医药卫生及相关行业的广大医疗、药学、护理、科研和管理人员,促进国内外中医药学术交流和科学发展,开展学术争鸣,提高国民健康水平为宗旨,全面反映我国中医药的科研前沿,中西医结合的研究成果,积极推广先进医疗技术及药物研发,及时交流防病治病经验,大力普及中医药教育。本刊开设栏目如下:

1 教育教学:本栏目专门发表中医药教育、教学研究等各方面相关论文,以及名师的妙言高论。

2 经典温课:本栏目重点刊发有关学习、研究中医药经典的成果、学习体会、临床心得等论文。亦欢迎中医药中和医派和其他学术流派的研究性论文,以促进中医药基础理论学术研究的深入和中医药流派的繁荣发展。

3 名医经验:本栏目专门刊发全国名老中医药专家的学术经验总结类论文,目的在于促进名老中医在临床专病专科的学术思想及诊疗经验的传承,提升临床疗效,增强中医药临床诊疗水平。特别欢迎全国、省市级名老中医药专家传承工作室发表系列研究论文。

4 临床论著:本栏目专门刊登各级科研项目的学术论著和临床论著文。旨在展现中医药最前沿科研成果和最新理论成果,专业思索和探讨某领域专业问题的或临床中某病种治疗的创造性方案,对当下某热点研究领域中的问题,对未来医学研究富有启迪式的指导价值。

5 硕博论坛:本栏目旨在打造海峡两岸的大学生、研究生交流学习心得的平台,展示科技创新成果的新苑,专为未来的中医药科技之星、未来之名医大家的成长铺路!

6 经方薪传:本栏目旨在将“经方热”从大众了解、基层临床应用向学术纵深和二级、三级中医院临床应用拓展,助推“经方热”走向国际化、临床主流化、研究学术化的新辉煌!

7 临床鉴习:专门发表临床报道、体会、观察等临床研究类

论文。

8 针推启学:本栏目专门发表有关针灸推拿方面的论文,传承和弘扬针灸推拿方面特技、绝学。

9 医案医话:本栏目集中刊发医案、医话类文章,有助于挖掘临床中的点点闪光的金子般的学术亮点和诊疗经验要点,对临床诊疗水平的提升和中医药学术的进步大有裨益。欢迎各医疗机构、药企及研究机构的最新医案、医话类论文系列发表。

10 实验研究:实验研究是现代科学方法引入中医药的重要研究方法,被各级科研单位重视,逐渐得以普及。本栏目将展示中医药实验研究的最新成果和方法。

11 中西医汇讲:中西医结合治疗、中西医复合治疗,在很多现代疾病的治疗中疗效显著并深入人心。凸显综合中西医各自治疗优势在临床应用中的巨大功用。本栏目精心推荐相关优秀论文以飨读者,裨益临床诊疗服务。

12 护理讲堂:辨证施护与护理是中医药临床不可缺少的重要组成部分,此栏目是广大护士学术技能交流的新天地。

13 科研进展:对临床、理论、实验、教育、管理等文献进行综述研究,可以达到指点迷津之效果。本栏目刊登的文献综述将给广大读者展现中医药最前沿的美丽画卷。

14 管理教参:本栏目专门发表中医药教育管理等方面相关论文。

来稿注意事项

1 文稿:应具有科学性、实用性,论点明确,资料可靠,文字精练,层次清楚,数据准确,书写工整规范,必要时应做统计学处理。文题、作者、单位(具体到科室)、摘要、关键词请提供中英文互译。

2 文题:力求简明、醒目,反映出文章的主题。中文文题一般以20个汉字以内为宜。

3 作者:作者姓名、单位名称、科室及邮政编码在文题下按序排列,署名内容应在投稿时确定,在编排过程中一般不宜再作改动。文末详细注明通讯作者职务、地址、邮编、办公电话、手机号码、E-mail。

4 摘要:论著需附结构式中英文摘要,包括目的、方法、结果(应给出主要数据)、结论四部分,采用第三人称撰写,不用“本文”、“作者”等,中文摘要200字左右,英文摘要400个实词左右。

5 关键词:论著需标引2~5个关键词。关键词中的缩写词应按MeSH还原为全称。每个英文关键词第一字母大写。

6 医学名词:中文药物名称应使用2010年版药典法定药物或卫生部药典委员会编辑《药名词汇》(非法定药物)中的名称,英文药物名称则采用国际非专利药名,不用商品名。

7 动物实验:要求实验动物的处理必须遵守实验动物福利伦理原则。

8 图(表):每幅图(表)应冠有图(表)题,说明性的资料应置于图(表)下方注释。本刊采用三线表(顶线、表头线、底线),表内数据要求同一指标,有效位数一致。

9 统计学符号:按GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定书写。

10 缩略语:文中尽量少用。必须使用时于首次出现处先叙述其

全称,然后括号注出中文缩略语或英文全称及其缩略语,后两者间用“,”分开(如该缩略语已共知,也可不注出其英文全称)。缩略语不得移行。

11 参考文献:按GB7714-87《文后参考文献著录规则》采用顺序编码制著录,依照其在文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号标出。尽量避免引用文摘作为参考文献。参考文献中的作者,1~3名全部列出,3名以上只列前3名,后加“等”或其他与之相应的文字。外文期刊名称用缩写,以《Index Medicus》中的格式为准;中文期刊用全名。每条参考文献须著录起止页。参考文献必须由作者与其原文核对无误。将参考文献按引用先后顺序(用阿拉伯数字标出)排列于文末。[期刊]:作者.文题[J].刊名,年,卷(期):起页-止页;[专著]:作者.书名[M].版本(第1版不标注).出版地:出版者,出版年:起页-止页;[专著中析出文献]:析出责任者.析出题名[A].//原文献责任者.原文献题名.版本.出版地:出版者,出版年:起页-止页。

12 基金及获奖文稿:论文涉及的课题如取得国家或部、省级以上基金或属攻关项目,应脚注于文题页左下方,如“本课题为××基金资助(编号××××)”,并附基金证书复印件,本刊设有科研基金项目“绿色通道”,对基金项目论文优先刊用。

13 来稿一律文责自负。无一稿两投,不涉及保密事项,署名无争议。依照《中华人民共和国著作权法》有关规定,本刊有权对来稿做文字修改、删节。如不同意修改,请勿投稿。出版后,第一作者可获得当期杂志1本。

14 为更好地服务于作者,本刊特开辟“稿件加急”服务,尽可能地满足作者需要,在最短的时间内予以审稿及发表。

15 来稿必须是电子稿件,通过邮箱投稿。

来稿请寄:北京市复兴门南大街甲2号配楼知医堂101
联系电话:010-57289309 010-57289308

邮编:100031
传真:010-87363190

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com
网址:www.zgzyycjy.com