

参与式教学法 在中西医结合神经病学临床教学中的应用[※]

金燕 施扬 朱冬雨 王欣 陆征宇*

(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:在医学专业学生基础知识弱化与临床实践能力欠缺的客观环境下,根据中西医结合神经病学的课程特点,提出“参与式”教学方法应用于该课程中,指导学生课前参与教学准备,课中参与教学过程,课后参与临床评价,临床参与实践诊疗,以激发学生对学习的热情,加深学生对知识的理解,增强学生的临床实践能力,促进创新型中医药人才的培养。

关键词:参与式教学法;中西医结合神经病学;临床教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.001

文章编号:1672-2779(2019)-02-0001-03

The Application of Participatory Teaching in Clinical Teaching of Neurology of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

JIN Yan, SHI Yang, ZHU Dongyu, WANG Xin, LU Zhengyu

(Department of Neurology, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

Absrtact: Under the objective environment of lack of solid basic knowledge and clinical practice ability of medical students, according to the characteristics of integrated traditional Chinese and Western medicine neurology course, the participatory teaching is put forward to be applied in this course, which can guide students to participate in teaching preparation before class, teaching process during class, clinical evaluation after class and clinical diagnosis and treatment, all these can stimulate students' enthusiasm for learning, deepen students' understanding of knowledge, enhance students' clinical practice ability, and promote the cultivation of innovative talents of traditional Chinese medicine.

Keywords: participatory teaching; neurology of integrated traditional Chinese and Western medicine; clinical teaching

中西医结合神经病学^[1]是运用传统中医理论结合现代神经病学,利用现代科技手段,研究中枢神经系统、周围神经系统及骨骼肌疾病的病因及发病机制、病理、临床表现、诊断、治疗及预防,是一门跨专业、跨学科的临床学科。这一学科的特点是基础知识繁多、解剖定位抽象难懂、临床病种复杂多样、病情变化多变难测、学科专业性强,既要求学生掌握神经病学的宏观基

础理论,又要求学生明确神经病学中的客观临床表现环节。为了收获更好的教学效果,我们需要在中西医结合神经病学临床教学中引入“参与式”教学方法。

1 参与式教学法与中西医结合神经病学

“参与式”教学法是一种全新的课堂教学法,它起源于20世纪50年代,从20世纪90年代开始逐渐普及。其主要理论依据是合作学习理论和建构主义理论。它具有教学目标的全面性、学生学习的主体性、教学组织形式的合作性、教学氛围的民主性、教学评价的多维性和教学结果的反思性等特点。其目的是让所有的参与者都积极主动地参与到学习中来,最终达到学会学习、学会生存、学会做人的目标^[2]。

中西医结合神经病学是以培养合格的神经病学医务工作者为目标,提高神经病学专病专科诊疗能力和初步的神经病学相关研究能力为重点的专业课程。由于其高理论、高技术、多边缘、多交叉的特点,在实际教学与实践过程中,学生普遍反映本课程难度较大^[3],在某种程

[※] 基金项目:国家自然科学基金青年科学基金项目【No.81603593】;上海市人才发展资金【No.201456】;上海市进步加快中医药事业发展三年行动计划【No.ZY3RCPY-3-1030】;上海市杏林新星计划【No.ZYSNXD011-RC-XLXX-20130011】;上海市浦江人才计划【No.17PJD039】;上海青年医师培养资助计划;上海高校中青年教师国外访学进修计划;上海中医药大学第十六期、第十七期课程建设项目【No.SHUTCMKJSYB2017049,SHUTCMKJSZD2018110】;上海中医药大学杏林学者项目;上海中医药大学后备业务专家及优秀青年护理人才培养计划;上海中医药大学临床中青年骨干教师教学能力提升资助计划;上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院临床师资优教人才培养计划

* 通讯作者:lu_zhengyu@hotmail.com

度上决定了学生要不断实践,培养完善的临床诊断思维方式,通过采用“参与式”教学方法,实现学生处于主体地位、教师居于主导地位的新教学理念。

2 中西医结合神经病学临床教学参与式教学法的应用

传统的中西医结合神经病学课程一般分病因、发病机制、临床表现、诊断依据、治疗和预后五个方面开展教学。这种教学法的弊端是学生认为疾病的基础知识如病因、发病机制、临床表现等内容太简单,只需要文字强记即可,而在病例实践阶段又不能正确的进行诊断、治疗和判断预后,不能解释、分析、解决临床实际问题。学生往往是不求甚解,得过且过,下次遇上同类疾病时犯同样的错误,周而复始,临床思维能力和诊疗水平并没有任何提高。

根据中西医结合神经病学的课程特点,提出“参与式”教学方法应用于该课程中,指导学生课前参与教学准备,课中参与教学过程,课后参与临床评价,临床参与实践诊疗,以激发学生对学习的热情,加深学生对知识的理解,增强学生的临床实践能力,促进创新型中医药人才的培养。

2.1 课前参与教学准备 在“参与式”教学中,课前,教师围绕知识点提供中西医结合神经病学专业参考书目或电子图书资料库,学生利用碎片时间,针对某一疾病,结合基础知识,如解剖、生理、病理、药理以及生化等,进行整体规划,然后查阅相关文献、图片、病例等,解决困惑。如自己不能解惑,则可小组讨论,或者将疑问带至课堂学习。

文献阅读是掌握神经病学研究进展最佳方式之一,加强了自我学习的能力,锻炼了逻辑思维能力和语言表达能力^[4],同时激发了学习兴趣和热情。文献整理、照片筛选、病例查找是制作幻灯片的基础,在这一系列的准备阶段,学生不断思考、继续查找、反复验证,最终梳理得出初步的知识内容。

2.2 课中参与教学过程 在“参与式”教学中,课中,教师主要起引导作用,以多媒体幻灯片或者视频等多种形式对知识内容进行专业的讲解,当学生完全掌握知识点之时,便是体现“学生为主体”理念的最佳时机。

中西医结合神经病学在实际应用中,有着西医“病”和中医“证”的不同之处,但是他们又有着紧密的联系,从两者的共同点出发,分析其不同点,抽丝剥茧,便可逐步理解神经病学知识内容。参与式教学方式对枯燥难解的医学知识,更容易掌握和接受,能提高学生的主观能动性和学习的积极性^[5]。神经病学科诸多疾病有其特有的临床特点,因此,当学生对该疾病的临床症状有非

常深入的了解,结合课前图片、视频等一系列的整合强化,采用现场扮演病患已经水到渠成。当扮演患者的学生根据自己对该疾病的理解,进行充分的想象、推理、演绎,使观摩的学生立即给予正确的诊断,完整的治疗方案以及合理的解释,那么此时已经收获了满意的教学效果。

2.3 课后参与临床评价 经过课前的独立学习及课中的反复学习巩固应用,学生会对中西医结合神经病学课程的内容有一个整体性了解和掌握,学生“主动学习”为主,“被动接受”为辅,教师“引导教学”为主,“包揽教学”为辅,培养学生的主观能动性,提升学生学习热情,为临床实践诊疗打下坚实基础。课后教学评价对教师的教学活动开展发挥着重要的导向作用,是促进课堂教学模式改革、提高课堂教学有效性的重要手段^[6]。泰勒模式是由“教育评价之父”——泰勒(R·W·Tyler)于20世纪30年代提出的,它以教育目标为导向,把教育目标转化为可测量的学生的行为目标,并根据这些行为目标编制课程、教材或教学方案,开展教学活动^[7]。学生评教是教师教学质量评价的重要组成部分,目前,在评价模式上深受泰勒模式即行为目标模式的影响^[8]。

为检验和提高“参与式”教学方法效果,教师可进行课后测试或者随堂测试,这样既是对教师教学效果的估算,又是对学生学习效果的评判,还可促使学生巩固学习内容。作为一个合格的医生,必须具备高尚的医德、富有同情心,爱护关心患者,尊重患者^[9]。不断学习新知识、新技术,提高自己的医术,才能更好的为患者服务。

2.4 床旁参与实践诊疗 中西医结合神经病学课程的内容与神经内科常见病联系紧密,增加学生对中西医结合神经病学教学内容的实际感受,可以大大地提高教学效果。课程内容复杂、繁多、难懂,但是课时紧张,这样的形势条件下,争取更多的机会让学生接触到真实的中西医结合神经内科课堂可以采取两种方法来实现。一是利用课后活动让学生观看床边教学查房的视频。二是开展活动带领学生去医院见习神经内科临床教学。这两种方式实施后的效果有一定差异,学生更倾心于到医院实地见习。当学生亲身接触到临床患者,开展一次床边教学后,便对自己所学的知识有了新的认识。

因此,看似中规中矩的神经内科理论知识,如果课堂教学方法不同,设计理念不同,其收获也是截然不同。郭萍倩^[10]认为在参与式教学过程中,要注意以生为本,

师生共同参与,领悟精髓,灵活运用。所以,“参与式”教学中,教师教导学生对某一疾病的概括可能只有一句话,甚至只是一个字,都需要经过学生一段时间的反复推敲后,才能在学生未来的临床实践中发挥它们的作用。

3 中西医结合神经病学“参与式”教学方法案例

以帕金森疾病为例,该病的学习本来比较简单,根据临床表现多数可以诊断。但我们考虑到以前的教学方式单一,学习后临床印象不深。因此,我们的做法如下。

(1) 课程前,教师尽可能多围绕帕金森病进行提问,特别是在疾病细节以及疾病与社会的联系方面,如引入了“帕金森日”以及与帕金森病相关的历史名人,让学生们感觉课程的实用性,通过搜集相关文字、图片、视频等等,激发学生“真刀真枪”地认识生活中帕金森病的兴趣。

(2) 课程中,筛除简单的填鸭式教学内容,如病因和发病机制,将它们融入到疾病的临床表现中,再设置一些典型病例,安排学生展示课前内容,在临床表现章节的学习中,可以让同学们对不同表现进行现场表演。在实践中寻找知识点,理解学习的重要性。

(3) 课程后,通过团队的讨论汇报、个人的总结整理、教师的答疑解惑,学生能够及时消化、解决课程中出现的问题,教师可以反思总结、对此次教学方法作出客观评价。

(4) 在临床实践中,床边教学一名帕金森患者病例,通过现场教学,回顾理论知识。

通过上述四个步骤,学生要克服消极情绪,积极发挥主观能动性,大胆参与,碰到问题要多思考,决不能将自己游离于活跃的课堂气氛之外,真正做到人人参与,协同提高。教师要充分发挥好组织、指导、引导的作用,必要环节要指导、讲解、点评,但不是“大包大揽”^[11]。这样,学生的临床诊疗思路在无形中被拓宽,教师的教学思路也在不断调整完善。

4 结语

参与式教学法以鼓励学生主动参与教学为主要目的,在各类学科教学中取得了良好的教学效果^[12],得到了广大师生的欢迎和好评。柳莲^[13]提出参与式教学设计对激发学生自主学习兴趣、改进病原生物学课程课堂教学效果具有显著的效果,有利于提高病原生物学与免疫学的课堂教学质量。

“参与式”教学方法应用于中西医结合神经病学课程后,在理论考试、实践技能和临床诊疗思路等各方面,

学生基本都能达到预期的教学目标,在获取专业知识的同时,亦培养了自主学习能力,在临床实践应用能力方面更有了质的飞跃。但在具体实施的每一环节过程中存在着一些问题我们需要继续完善,比如医学相关知识的整合问题:如何有效的整合神经系统相关的解剖学、病理生理学、药理学和影像学;关于课程衔接也是我们要深入考虑的问题;再有课前、课中、课后、见习的时间分配问题。由于医学生本身学业负担重,如果课前课后所花时间远大于所收获的知识,则学习效率反而降低了。由此可知,在漫漫学医路上,学医碎片时间管理现状优势占主导,被管理、被利用的期望值较高^[14],重视碎片时间安排,可以明显增加碎片时间的利用率。因此,教学方法我们在不断探索,出现的问题我们也在不断解决,相信通过不断的探索、实践、学习与总结,最终会形成一套真正适合中西医结合神经病学课程的“参与式”教学方法。

参考文献

- [1] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2013:278.
- [2] 钟有为,黄伟. “参与式”教学的理论依据和特点[J]. 安徽教育学院学报,2007(4):120-124.
- [3] 程楠,段雷,韩咏竹. 中医药院校《神经病学》之教学方法微探[J]. 中医药临床杂志,2018(5):981-983.
- [4] 田易,倪兵,吴玉章. 文献阅读研讨课在医学免疫学教学中的应用[J]. 中国免疫学杂志,2015,31(2):265-266,273.
- [5] 刘秋庭,涂鄂文,谭莉,等. 参与式教学法在神经病学课程教学中的探讨[J]. 中国现代医生,2016,54(25):118-121.
- [6] 张文强. 建立教师课堂教学评价体系 促进学生发展[J]. 中国高等教育,2013(10):37-39.
- [7] 一帆. 教育评价的泰勒模式[J]. 教育测量与评价(理论版),2012(8):37.
- [8] 邢政权,赵忠. 泰勒模式对学生评教的影响研究[J]. 高等农业教育,2017(1):40-42.
- [9] 彭华,赵忠新,李雁鹏,等. 神经病学临床实习教学策略的探讨[J]. 现代医药卫生,2011,27(8):1278-1279.
- [10] 郭萍倩,张淑英. 参与式教学在高校就业指导课中的应用与思考[J]. 宿州学院学报,2013,28(9):120-123.
- [11] 杨振平,王海滨,盛卫坚,等. 大学有机化学实验参与式教学方法[J]. 实验室研究与探索,2015,34(10):191-194.
- [12] 韩典荣. 参与式教学法在物理教学论课程中的应用[J]. 江苏第二师范学院学报,2017,33(12):54-56.
- [13] 柳莲,徐成. 病原生物学与免疫学参与式教学实践探讨[J]. 中国病原生物学杂志,2016,11(3):287-289.
- [14] 吕冬琴,陈敏,彭晓铃,等. 医学生碎片时间管理 SWOT 分析[J]. 中国高等医学教育,2018(4):82-83.

(本文编辑:李海燕 本文校对:徐川 收稿日期:2018-09-11)

研究生教学中加强名老中医经验传承能力的思考[※]

王丹妮^{1,2,3} 陈莉华¹ 蒋自强^{1,2} 桑 锋^{1,3} 郭会军^{1,2,3*}

(1 河南中医药大学第一附属医院艾滋病临床研究中心,河南 郑州 450000;

2 国家中医药管理局艾滋病重点研究室,河南 郑州 450000;3 河南省病毒性疾病重点实验室,河南 郑州 450000)

摘要:名医经验传承工作是实现中医药学发展创新的重要途径之一,在现代中医高等教育特别是研究生教育中更应给予足够的重视。研究生具备了扎实的中医学基础医学功底,有一定的理性和逻辑思维能力,有深入研究的潜质,造就了研究生教育阶段是培养名老中医传承能力的最佳时机。本文从跟师学习、整理和研读医案、总结方药、通过数据挖掘多角度解构医案等方面对培养中医院校研究生名老中医经验传承能力的意义、方法和要求作初步探讨。

关键词:名医经验;研究生;传承;医案;数据挖掘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.002

文章编号:1672-2779(2019)-02-0004-02

Thoughts on Strengthening the Ability of Inheriting the Experience of Famous Veteran Doctors of Traditional Chinese Medicine in Postgraduate Teaching

WANG Danni^{1,2,3}, CHEN Lihua¹, JIANG Ziqiang^{1,2}, SANG Feng^{1,3}, GUO Huijun^{1,2,3}

(1. AIDS Clinical Research Center, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Key Research Room of AIDS, State Administration of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

3. Henan Key Laboratory of Viral Diseases Control with Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: The work of inheriting the experience of famous doctors is one of the important ways to realize the development of innovative's traditional Chinese medicine. In modern higher education of TCM, especially in postgraduate education, more attention should be paid. Graduate students have a solid foundation in basic medicine of traditional Chinese medicine. Graduate students have the ability of rational and logical thinking, and have the potential for further research. It is the best time to train the inheritance ability of famous old Chinese medicine. This paper discusses the significance, methods and requirements of training the ability to inherit and inherit the experience of famous and old Chinese medicine graduates from the aspects of learning from teachers, sorting out and studying medical records, summarizing prescriptions and drugs, and deconstructing medical records through data mining.

Keywords: experience of famous doctors; postgraduate education; inheritance; medical records; data mining

名医经验传承工作是实现中医药学发展创新的重要途径之一。科技的日新月异、网络信息技术的发展对名医经验传承是助力也是挑战。如何使名医经验被很好的传承,在现代中医高等教育特别是研究生教育中更应给予足够的重视。笔者就培养中医院校研究生名老中医经验传承能力的原因、意义、方法和要求作初步探讨,简述如下。

1 培养研究生名老中医经验传承能力的意义

名老中医传承能力的培养能够增加研究生感性认识,开阔其医学视野,增强学生临床实践的自信心,解决研究生在接受中医教育中的信心危机问题。在研究生中培养其对名老中医经验传承能力,可以接受名老中医的言传身教,使得研究生学习阶段再也不是单打独斗,可以和名老中医交流沟通和共享知识,从而激发研究生的临床兴趣和科研兴趣,为中医事业培养人才,使其薪火传承。

2 研究生阶段是培养名老中医经验传承能力的最佳时机

研究生教育是中医高层次教育,重在中医人才的培养,中医院校研究生在考入研究生时已经具备了扎实的中医学基础医学功底,在研究生教育的书本学习阶段和开题、答辩阶段也继续锻炼了理性和逻辑思维能力。在研究生教育这个理论和实践相结合更紧密的阶段,研究生文献检索和分析能力、医案学习和整理能力,以及参加导师课题讨论、论证、实施等科研活动中所锻炼的创造性思维和科研能力也都空前提高,研究生有深入研究的潜质,有时代的紧迫感和抢救文化资源的使命。要想中医事业发扬光大,不可或缺的一环就是对名老中医经验的传承。一言以概之,研究生有基础、有压力、有动力、有使命造就了研究生教育阶段是培养名老中医传承能力的最佳时机。

3 培养研究生名老中医经验传承能力的方法

目前常见的传承的方法一般是传统意义的跟师学习、整理和研读医案、总结方药、著书立说,还有大数据时代带来的通过数据挖掘多角度解构医案,来发现名老中医用药规律和特色,总结其学术思想和经验。

[※] 基金项目:国家中医药管理局基地专项【No.JDZX2015164】;河南省特色学科中医学学科建设项目【No.STS-ZYX-2017017】;河南中医药大学科技创新人才项目【No.2016XCXRC03】

* 通讯作者:guo.6268505@163.com

3.1 跟师学习基本上可以等同于以前的师承教育,由于现在生活节奏较快,学生们一般先接受义务教育并上大学甚至研究生,不可能少小跟师,所以在跟师的有效时间内要求研究生处处留心时时在意。研究生要在名老中医望闻问切的诊疗过程和理法方药的考量以及最终患者复诊时对疗效的判断等等都要细心观察。在此基础上才能有效整理医案、总结方药、著书立说等。

3.2 整理和研读医案医案是诊疗活动的客观载体,能反映诊疗的内在规律。整理医案要抓住医家擅长的方向和匠心独运的地方,既要反映医家独特的经验,又要求涵盖医理,要求研究生对一个医家的医案反复写、反复修改。真正的医案整理境界能做到《临证指南医案·稽序》所说:“其处方也……及效十年之后,投之所向,无不如意,迎刃而解,涣然冰释。”医案记录的诊疗过程和方药不仅当时有效,数十年之后别人依据医案用,仍然药到病除,这才是好的医案,大家乐于学习的医案。整理医案非常考验基本功,要求整理的医案反映医疗活动的客观记录,能当得起素材,要求文字通畅严谨,症状医理能经得起剖析,还能反映医家独到的诊疗经验和学术思想。研读医案,要求了解医案前后背景,知道当时背景下用药的作用,明白其中用药的道理,也就是医家的学术思想。整理和研读医案应为医学研究生的必修课,能沉下心来定期整理和研读医案,抓住主病、主证(症)、主方,才能符合师意,提炼思想,著书立说,形成建树,做到真正意义上的传承。

3.3 总结方药名老中医经验传承能力的培养,总结方药也很重要。喻嘉言曾说:“先议病,后议药”,先抓主病、主证(症)、定治则、治法,出处方,这里指的是学习医家处方用药的思想,比如专方治专病、专药治专病。如国医大师王琦^[1]用连茅五草汤治疗尿路感染,用夏枯草、苏叶、百合来治疗失眠等。名老中医李发枝用御寒汤治疗艾滋病气虚感冒^[2],用黄芪、赤芍、防风来治疗前后二阴疾病^[3]等。整理医案和总结方药都要注意反映其独特经验的方药。

3.4 引入数据挖掘多角度解构中医医案数据挖掘是一种信息处理技术,根据挖掘目标选定的方法对包含大量、复杂信息知识的这种高维度数据比如医案进行研究,实现可视化结果,形成知识库。对医案中理、法、方、药等要素解构,挖掘名老中医的临床诊疗思维、经验及特色。目前解构中医医案主要包括从病、证、方、药分类等。从病分类解构医案目前在名医经验的数据挖掘中应用比较广泛,通常用以研究名医名家对某种疾病的核心药物及处方,梳理名医名家对某一疾病的具体辨证论治及立法处方思路,在此基础上升华总结名老中医学术思想,促进名老中医的经验传承及中医药事业的发展与创

新。我们曾经从病分类解构了李发枝教授治疗艾滋病相关的咳嗽^[4]、带状疱疹及后遗神经痛^[5]等医案。以药分类的挖掘医案的方法因其信息含量有限,切入角度过窄等一般是以病分类的有益补充。郭位先、吴嘉瑞等曾对颜正华教授含有酸枣仁^[6]、牛膝^[7]等处方用药规律进行了较为深入的分析。以方分类进行数据挖掘也是名医数据挖掘的重要途径,更有利于从异病同治、方证相关角度总结名老中医学术思想,是常用的方法,比如分析某医家应用当归四逆汤相关医案^[8]。几种方法各有优势、各有侧重,因此研究生都应掌握,才能在实际操作中运用自如。

4 对研究生的要求

最后,培养中医院校研究生名老中医经验传承能力对研究生提几点要求:(1)诵读经典,强化中医经典理论学习。广博而坚实的基础非常重要,中医经典理论的学习要贯彻医学生终身,自身不同的阅历和积累对中医经典的理解和认识都是不同的。跟师过程中或者接触名老中医过程中,你会发现医家对中医经典烂熟于心,应用起来得心应手。强大自身,才能在跟师学习中领悟名医的诊疗思维和特色,才能整理出符合师意的医案,挖掘出名老中医认可的学术思想;(2)批判性继承,加强中医思辨能力。批判性继承即综合知识分析、推理、反思后继承,整个过程能动性更强、更谨慎。这就要求研究生多临证、多思考、反复实践,总结成功的经验和失败的教训。批判性继承也包括对各种传承方法的优势和不足能够区分、鉴别,可以筛选符合自己需求的方法;(3)树立主动性传承意识。作为一名医学研究生,应树立主动性传承意识,以中医药事业的发展为己任,用自己坚持不懈的奋斗为中医事业的发展尽绵薄之力。做好以上三点,学习好名医经验传承的方法,中医事业一定能发扬光大。

参考文献

- [1] 王琦. 与高徒谈如何学习与整理名家医案(二)[J]. 天津中医药, 2014, 31(2):65-68.
- [2] 闫磊, 郭会军. 李发枝教授运用御寒汤治疗艾滋病气虚感冒证经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(11):3465-3466.
- [3] 张佩江, 王丹妮. 李发枝运用黄芪赤风汤加味治疗艾滋病合并生殖器疱疹、尖锐湿疣经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(10):1423-1424.
- [4] 王丹妮, 蒋自强, 刘成丽, 等. 李发枝教授艾滋病咳嗽医案数据挖掘分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(22):335-338.
- [5] 王丹妮, 李真, 徐立然, 等. 李发枝治疗艾滋病带状疱疹及其后遗神经痛的配伍精要[J]. 中国中药杂志, 2013, 38(15):2497-2500.
- [6] 郭位先, 吴嘉瑞, 张晓滕, 等. 基于数据挖掘的国医大师颜正华含炒酸枣仁处方用药规律研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(1):62-65.
- [7] 吴嘉瑞, 郭位先, 蔺梦娟, 等. 基于数据挖掘的国医大师颜正华含牛膝处方用药规律分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(22):203-208.
- [8] 王永贞, 黄蔚, 张维. 从黄祥武应用当归四逆汤临床经验探讨其应用适应证[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(7):980-983.

(本文编辑:李海燕 本文校对:许前磊 收稿日期:2018-11-13)

康复治疗专业生理学课程的教学改革思考[※]

夏宝妹 陈寒昱 李永丁 兴何侃

(南京特殊教育师范学院康复科学学院,江苏 南京 210038)

摘要:生理学是康复治疗学专业的基础课程之一,具有重要的地位和作用。随着时代的发展,如何进行康复治疗专业生理学课程教学标准、教学思路以及教学模式的改革,更好地发挥生理学对于康复治疗专业的基础作用,值得思考和探讨。

关键词:康复治疗;生理学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.003

文章编号:1672-2779(2019)-02-0006-03

Thoughts on the Teaching Reform of Physiological Course in Rehabilitation Therapy

XIA Baomei, CHEN Hanyu, LI Yong, DING Xing, HE Kan

(College of Rehabilitation Science, Nanjing Normal University of Special Education, Jiangsu Province, Nanjing 210038, China)

Abstract: Physiology is one of the basic courses of rehabilitation therapy. With the development of the times, how to carry out the reform of teaching standards, teaching ideas and teaching modes of physiologic courses in rehabilitation therapy, and make better use of physiology in the basic role of rehabilitation therapy is worthy of consideration and discussion.

Keywords: rehabilitation therapy; physiology; teaching reform

随着社会的进步、经济的发展和医学模式的转变,康复医学目前呈现迅猛发展趋势,已经成为与临床医学、预防医学比肩的医学学科^[1]。生理学是康复治疗学专业的必修课之一。生理学是生命科学的重要组成部分,作为一门研究机体正常生命活动规律的学科,它是后续学习病理学、药理学以及临床各学科的基础。目前,在康复治疗学专业的生理学教学中,围绕大纲的制定、教学内容的确定及教学方法的选择等仍存在一系列问题。如何更好地进行生理学课程教学标准、教学思路以及教学模式的改革,如何更好地发挥医学基础学科对于康复治疗专业的基础作用,从而更好地为康复临床专业技能服务,是康复治疗学专业生理学教学改革亟待思考和解决的问题。

1 教学标准改革

生理学是一门研究构成人体的细胞、组织、器官、系统的正常生理功能及其相互影响的基础医学课程,是基础课程与临床的纽带与桥梁^[2]。康复治疗学专业的培养目标是培养康复医师或康复治疗师,要求专业学生能掌握对伤、病、残等患者综合协调运用物理治疗、作业治疗和言语治疗等康复治疗技术,帮助患者机体实现最大限度地功能恢复^[3]。所以,以专业培养目标为指导制订生理学大纲,应注重强调运动解剖及神经生理的教学,对运动功能障碍相关疾病的生理学内容要重点讲授,使学生学有所得,学有所用。

结合康复治疗学的专业培养目标,需制订相应的生理学课程标准。在整个生理学课程的学习中,需要重点

突出神经系统及感觉器官的功能,因为这些知识将为后续康复治疗专业的相关知识学习做好铺垫。如肌力检查、脊髓损伤、脑出血、偏瘫、脑瘫、帕金森病等疾病的诊断和康复治疗等。在各个人体系统的讲授中,采用相关康复治疗案例作为切入点,把专业培养目标融入生理学的教学过程中,使生理学的学习具有明确的目的性,又可提高学生的学习积极性。

另外,生理学教材中有一部分内容理论性强但实用性弱,与康复专业的临床工作实际联系不太密切,这就要求在精简教学内容上下工夫。康复专业的生理学教学内容应紧紧围绕临床康复实践,在扩大知识面的同时,适度降低生理学知识的深度和难度,在扩充宏观层面内容的同时适量压缩微观层面的内容,从而更好的适应临床康复需求,真正做到有的放矢。

2 教学思路改革

生理学是一门重要的医学基础课,理论性强、概念繁多、内容抽象,需要学生具有一定的理化基础及较强的逻辑思维能力。所以,激发学生的学习兴趣十分重要。

2.1 紧密结合康复临床应用实践 例如讲授神经系统知识时,可导入临床病例,分析脑卒中的临床症状,如运动障碍、言语障碍、认知障碍或感觉障碍等,并结合神经系统的感觉传导系统和运动传导系统进行讨论分析和学习,使学生充分理解和掌握相应知识点,培养临床医学分析思维。再如讲授内分泌系统知识时,可先引出临床糖尿患者典型的“三多一少”即“多饮、多食、多尿、身体消瘦”的临床症状,再结合生理学中胰岛素的生理作用和高渗性利尿的原理进行科学合理详细的阐述。

2.2 紧密联系生活实例 例如在讲前负荷与心输出量之间

※ 基金项目:国家自然科学基金[No.81804068];江苏省自然科学基金[No.20170769]

关系时,提出为何人在久蹲站起后头会晕眩?在讲压力感受器时,提出为何不可过度按压颈部?在讲应激反射中提到如果发生自然灾害,机体如何调节才能维持更长存活时间和避免伤害?通过联系日常生活实例使复杂抽象的知识变得简单易懂,将枯燥的教学变得轻松活泼。

2.3 紧密联系后续的康复治疗专业课程 例如在细胞的基本功能这一章节,教师讲解细胞的生物电及肌肉的收缩功能时,可以结合康复治疗中物理疗法的电疗及肌肉生理促进疗法这一项目的原理进行讲解。将电疗引发的肌肉收缩与动作电位在神经上的传导、神经-肌肉接头的兴奋传递、肌肉的收缩原理串联起来,从而形成一棵“知识树”,有助于学生从整体上掌握相关知识。

对于从事基础医学教育的教师而言,结合临床康复的需求讲解生理学是具有挑战性的工作。这要求教师自身具备丰富的专业知识积累,一方面注意加强生理学的理论知识学习,另一方面又要注意掌握康复临床实践技能,并且灵活地将其应用于生理学的教学过程中,从而引导康复治疗专业的学生讨论分析临床康复病例的生理功能及机制。

3 教学模式改革

教学有法,但无定法,贵在得法。高校教学方法的改革与创新,具有重要的现实意义^[4]。在生理学课程的教学过程中必须充分了解学生和课程的实际情况,根据情况调整教学方法,才能更好地实现康复专业生理学教学模式的改革。

3.1 现代化教学手段 在传统教学方式的基础上,注重采用多媒体辅助技术进行教学。生理学是形态学和机能学的复合学科,需讲解形态学结构知识以及结构的生理功能,教学时结合多媒体动画演示生理过程效果更佳。若教师能够将板书、模型等传统的教学手段与现代化教学手段如大型开放式网络课程 MOOC (massive open online courses)^[5]相结合,加以通俗易懂幽默风趣的讲解,可以取得更好的教学效果。

3.2 分组讨论学习 先由教师讲解课程内容,设置相关康复治疗案例,引导学生分组思考讨论,后由学生阐述,教师归纳总结。同时将案例进行课间讨论,增加师生互动。例如从临床获取典型康复病例,通过患者的临床症状及检查结果引出相关问题。并在授课前将病例资料发给学生,让学生查询与案例相关的资料并分组进行讨论,在思考和探讨中倡导学习的独立性和自主性,得出答案,通过课堂讨论的方式解决前面提出的各种问题以及在分析、讨论病案的过程中产生的新问题,达到掌握生理学知识的目的。在这个过程中,强调只有亲身实践得出的结论才会印象深刻,使学生由被动接受知识转变为主动获得知识,有利于提高学生的综合素质和能力。

3.3 PBL教学 以问题为基础的学习法 (problem based learning, PBL) 进行教学法实践,是美国神经病学教授

Barrows 于 1969 年首先试行的一种新的教学模式。其基本特点是以问题为核心,教师进行引导式教学,即在学习新知识前,先提出问题,让学生围绕问题展开知识建构过程,自行设计思维导图,以促进学生灵活掌握知识的能力、形成深层次思维的能力、培养解决问题的能力以及发展自主的学习能力。

在康复治疗学的生理学教学中采用 PBL 教学方法能提高提出问题、思考问题、分析问题、解决问题的综合素质^[6-7]。例如:人体在运动后心血管功能发生何种改变?献血后机体通过怎样的调节维持血压的稳定?根据脊髓离断后屈肌反射和伸肌反射的改变如何调整临床截瘫患者的康复锻炼等。通过课前设置问题,激发学生的好奇心,为探究结果而预习相关内容,养成学生良好的学习习惯。采用课堂导入问题,能将学生的思路 and 兴趣引导至课堂内容上,达到与教师积极互动的目的。

3.4 翻转课堂教学 在翻转课堂教学模式中,学生成为学习中心,教师则从知识的传授者转变为引导者。翻转课堂颠倒了传统课堂中的知识传授和知识内化,知识传授被安排在学生课余时间,知识内化则体现在课堂上,让学生在过程中变被动为主动,充分发挥和调动主观能动性^[8]。将翻转课堂教学模式应用于康复治疗学的生理学课程教学,能为生理学教学改革提供新的思路,具有广阔的应用前景。

3.5 开展双语教学 开展双语教学是顺应高等教育的国际化趋势的一种方式,这种教学手段有助于提高学生的专业英语水平,更准确地学习国外先进的专业知识。对于康复专业的生理学开展双语教学,一方面激发学生对本专业学习的兴趣,另一方面可增加学生对专业英语的学习兴趣,最终实现从基础医学入手,通过营造良好的学习氛围,促进康复医学这一新兴专业在国内全面快速地发展的目的^[9-10]。

3.6 实验教学改革 实验教学是生理学教学中的一个重要组成部分。建立完善的康复治疗学生理学研究性和创新性实验教学体系对造就专业的康复治疗人才具有十分重要的意义。长时间以来,生理学实验课多是学生按照教师设定好的实验方案执行,一方面验证课堂教学的理论,另一方面学习基本的科学实验的方法和技能。此种过程忽视了学生求知主体的主动积极作用,因此加强生理学实验教学改革尤为迫切。教师要充分发挥学生的主体作用,激发学生的科研兴趣,鼓励学生查阅国内外文献,关注前沿动态,并开动脑筋提出科学设想。如对于神经康复,有哪些新发现?有何启发?如何验证?如何应用于实践等,让学生建立多维思考模式,培养学生的科研素质及创新能力。

3.7 引进虚拟仿真设备 虚拟实验的概念由美国威廉·沃尔夫教授提出,是指按照教学目标要求,在现代化多媒体技术的基础上,通过实物仿真、数字建模等技术在计

算机上建立可辅助、部分替代甚至全部替代传统实验操作环节的相关软硬件操作环境。实验者可以像在真实的环境中一样完成各种实验项目,所取得的实验效果等同于甚至更优于在真实环境中的所得效果^[1]。这种设备的引进应用将大大弥补真实实验的各种不足和缺陷,有助于康复治疗学专业的生理学课程的实验学习,围绕自主学习平台、网络教学和数字网络教学资源建设,更加深刻的去掌握这门课程的知识 and 原理。

上述多元化的教学模式不但能使多种教学方法发挥取长补短作用,调动学生学习积极性的同时还可更好地促进教师的成长。所以,康复治疗学专业的生理学教学,应深刻的进行生理学课程教学标准、教学思路以及教学模式的改革,更好地体现康复治疗学的专业特点,适应临床康复治疗的实际需求,真正培养学生分析问题、解决问题的能力,实现基础知识与康复应用的衔接,有效提高生理学的教学效果,从而最终为康复临床专业技能服务。

参考文献

[1] 李超彦,王兴红,李德恒. 高职高专康复治疗技术专业生理学课程改

革初探[J]. 卫生职业教育, 2013, 31(20):143-144.

- [2] 沈华杰,李树香,罗萍,等. 康复治疗技术专业基础医学课程系统化建设探析[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(7):654-655.
- [3] 李超彦,李德恒,张志国. 以临床病例为切入点改革生理学教学模式[J]. 卫生职业教育, 2012, 30(23):49-50.
- [4] 刘智运. 必须重视大学教学方法的改革与创新[J]. 教学研究, 2010, 33(1):33-37.
- [5] 张彦龙. “MOOC”模式对于康复治疗技术的教学促进研究[J]. 课程教育研究, 2015(9):69-70.
- [6] 余华荣,余畅. 生理学教学中实行 PBL 教学的可行性调查和分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(2):143-145.
- [7] 徐慧颖,王微,王冰梅,等. 基于网络教学平台与 PBL 的中医院校生理学双语教学探究[J]. 医学教育研究与实践, 2017, 25(5):757-760.
- [8] 杨伟杰. 翻转课堂:转变与挑战[J]. 教学与管理, 2013(30):93-95
- [9] 郝曼,吴建贤. 康复医学专业双语教学的现状及模式探讨[J]. 安徽医药, 2010, 14(1):120-122.
- [10] 王尊,王磊,顾一煌. 康复治疗专业运动生理学课程双语教学的讨论[J]. 医学信息(中旬刊), 2011, 24(7):3406-3407.
- [11] 王卫国. 虚拟仿真实验教学中心建设思考与建议[J]. 实验室研究与探索, 2013, 32(12):5-8.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈 畅 收稿日期:2018-09-06)

中医内科实训课程中引入 SSP 的应用研究*

王大伟¹ 李 炜¹ 赵延杰² 秦沛怡¹ 宫少波^{1*}

(1 山东中医药高等专科学校中医系,山东 烟台 264100;2 莱阳市疾病预防控制中心,山东 莱阳 265299)

摘要:将学生标准化病人引入中医内科实训课程,能够很好的弥补现行中医内科教学方法的不足,有效的提高中医内科实训教学的效果,对于提升中医学专业学生的临床实践技能和临床思维能力具有显著的作用,是突破灌输式教学,提高教师临床课程教学水平,促进学生主动学习,培养高素质中医临床人才的有效方法和途径。

关键词:中医内科学;实训课程;学生标准化病人

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.004

文章编号:1672-2779(2019)-02-0008-03

Application Research of Introducing Student Standardized Patient in the Training Course of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

WANG Dawei¹, LI Wei¹, ZHAO Yanjie², QIN Peiyi¹, GONG Shaobo¹

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Shandong College of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Yantai 264100, China;

2. Laiyang Center for Disease Control and Prevention, Shandong Province, Laiyang 265299, China)

Abstract: Introducing student standardized patient into the TCM internal medicine training course can make up for the shortcomings of the current TCM internal medicine teaching methods, effectively improve the effect of TCM internal medicine training, and improve the clinical practice skills and clinical thinking ability of TCM students. The remarkable effect is to break through the infusion teaching, improve the teaching level of teachers' clinical courses, promote students' active learning, and cultivate effective methods and ways of high-quality TCM clinical talents.

Keywords: internal medicine of traditional Chinese medicine; training course; student standardized patient

中医内科学是一门理论性、实践性极强的课程,是中医课程体系中的主干课程,是基础理论联系临床实践

的桥梁,也是学习中医其它临床课程的基础。在中医内科学教学设计中,如何能够更好的体现以围绕学生为中心,以促进知识、培养能力、提升素质三位一体为重点,一直是中医内科学教学改革的方向和目标。尤其是随着中医药的兴起和院校招生规模的增加,在校学生多、教学资源少与培养高素质中医临床人才之间的矛盾愈发凸

* 基金项目:山东省高等医学教育研究中心科研规划课题[No. YJKT201735]; 山东中医药高等专科学校教学研究课题[No. 2016JG006]; 山东省烟台市社会科学规划课题[No. YTSK2016-R-166]

* 通讯作者:gsbhjl_111@163.com

显。传统的“老师讲、学生听”的灌输式教学模式导致的学生学习兴趣不高、自主学习意识较低等问题，严重阻碍着学生临床思维能力的形成和临床实践技能的提升。如何探索更有效的方法和途径，提供更为便捷的临床实际学习机会，激发学生学习的主动性，由被动式学习转变为探索式学习，提高学习的积极性，进而提高学生的临床思维能力和临床实践技能，是我们中医内科教学中亟待解决的问题。为寻求解决这一问题的办法，我校中医内科课程组将学生标准化病人（student standardized patient, SSP）引入到实训教学中，做了以下研究和探索。

1 中医内科实训课是促进理论知识转化实践能力的衔接体

中医内科学是中医临床课程，区别于中医基础理论、中医诊断等前期基础课程，中医内科学具有较强的实践性，着重于培养学生的中医临床应用能力，突出学生临床思维能力的培养和临床实践技能的训练。目前中医内科教学多采用课堂教学为主，病案分析、临床见习为辅的教学手段。课堂教学中虽然采取了诸如案例教学法、问题教学法和讨论教学法等新的教学方式，但“满堂灌”的教学模式仍然占据主流，被动式学习仍然是学生学习的主要形式。临床见习做为弥补学生实践训练的主要手段，目前也因为学生数量多、学习课时少、患者不配合、临床教师带教意愿低等问题受到严重制约。中医内科实训教学是临床实习的铺垫，实训教学可以模拟真实的医院环境，能够针对临床中最常用的知识和技能进行训练，一方面巩固内科理论知识，另外又可以建立学生对内科临床最直观的认识，提高其主观能动性，为将来走上临床打好基础^[1]。因此，在校内开展中医内科实训课程，是解决学生临床思维能力低、临床技能差等问题的有效途径，是促进理论知识向实践能力转化的重要衔接体。

2 SSP 的应用是提升实训课程效果的重要手段

标准化病人（standardized patient, SP）也称模拟病人（simulated patient），是指经培训后，能够表现出患者的临床症状体征及病史，而接受临床检查以表现真实临床情境的从事非医疗工作的正常人或轻症患者^[2]。目前 SP 在中医教学中得到广泛应用，尤其在部分临床课程上已经形成了较为成熟的模式，取得了良好的教学效果。但是 SP 存在的诸如培训周期长、费用高、难度大、留存率低等问题严重制约着 SP 的应用效果。另一方面，随着高校的扩招，大班额的出现愈发增加，以我校为例，每次实训课程的学生数往往在 60 人以上，想依靠数量少而且不稳定的 SP 保证实训效果显然不切实际。

SSP 是指以学生作为标准化病人，对医学生进行各项基本临床实践技能和多种临床综合能力的训练、指导，即由 SP 延伸出来的一种新的教学模式，是符合现代医学教学需要的一种新型实践教学方法^[3]。SSP 拥有培训周期短、效果稳定等明显优势，而且对于学生本人学习也起到明显的促进作用，SSP 教学是现在临床实践教学普遍选择的方式，对于提升实训课程质量具有明显的效果。

3 SSP 在中医内科实训课程中的开展实施

3.1 SSP 的选择与标准

3.1.1 SSP 的选择 以我校大二中医学专业在校学生为培训对象，以班级为单位，制定选用标准，学生自愿报名，通过面试根据班级总人数确定入选人员，一般以 10 人为一组，选定 1 名符合标准的 SSP。

3.1.2 SSP 应具备的标准 （1）具备良好的表达和沟通能力，能够随机应变的处理各种问题；（2）拥有优秀的表演技巧，能够每一次完全相同的进行模拟；（3）具备良好的学习能力，能够熟练的掌握培训内容，真实的模拟临床病人的感受、仪态；（4）具备良好的依从性，能够较好的配合学生的各项检查；（5）具备较好的记忆力、注意力，能够正确的回忆学生实训过程，对学生的完成情况做出评价；（6）工作认真负责，遵守时间。

3.2 SSP 培训内容

3.2.1 基于 SP 培训教案和多媒体课程平台编写 SSP 剧本 我校中医学专业自 2011 年起便开始尝试以任课教师作为 SP 来进行临床技能考核，积累了一定经验，编写了部分培训教案。另一方面，随着信息化教学的广泛应用，我校中医内科学依托学校优慕课平台，搭建了线上中医内科学资源库，拥有大量直观的教学视频可供师生参考。基于以上两种资源，根据教学大纲要求，选取中医内科部分常见病（如感冒、不寐、头痛、胃痛、泄泻、胁痛、淋证、郁病、消渴、痹症等 20 个病），由经验丰富的教师编写培训剧本。

剧本应包含以下主要内容：就诊场景、背景的设计；患者的基本信息；具体问诊流程和项目，应包含患者重点症状的描述和详细的病史资料以及问诊过程中应出现的交流或者疑问；体格检查时，应当贴切表演阳性体征和重要的阴性体征，以使用于疾病的诊断和鉴别诊断。同时应注意 SSP 的语言表述，要求语言口语化，避免出现明显的诱导性的交流。

3.2.2 针对符合标准的学生开展 SSP 培训 SP 在教学中需要扮演 3 种角色：“提供病史和体格检查者”

“评估者”和“指导者”^[4]。因此对于 SSP 的培训也应该按照此要求进行, SSP 所选取的人员均为在校学生, 拥有一定医学知识, 可以大大的缩减培训时间。我校主要从集体性学习和个性化培训两个方面来开展 SSP 培训。

集体性学习。首先组织所有入选同学进行学习, 了解 SSP 的职责、意义以及应遵守的原则; 明确其作为提供病史和体格检查者的身份, 进行基本医学知识的培训, 了解各种疾病症状、体征和产生的原因, 从患者的角度来进行模拟和演示; 明确其作为评估者的身份, 熟练的掌握和记忆评分项目和标准, 能够公平、客观、准确的对每一位学生做出评估; 明确其作为指导者的身份, 不仅能够从学生的操作中发现问题, 而且能够做出正确的指导。

个性化培训。通过以上的集体性学习, 对学生进行个性化培训, 每 3~4 名 SSP 配备 1 名专业教师, 从中医内科疾病里面选取 2~3 个疾病进行个案培训, 编写培训剧本。在个性化培训中, 首先应让 SSP 在培训教师的讲解和指导学熟记剧本、理解剧本, 学习所选疾病的发展规律、症状表现、体格特征、常用检查等, 尤其在问诊时, 要嘱咐 SSP 遵守有问必答、忠于剧本的原则, 避免出现提示性的语言。同时, 教师和 SSP 在培训中反复的进行演练, 互相交换扮演角色, 及时的发现问题和不足, 不断加深 SSP 对于扮演角色的认识。

3.2.3 对 SSP 培训效果进行评价考核 SSP 培训效果的好坏直接影响着实训教学的质量, 在对招募的 SSP 进行培训后, 要进行评价和考核, 考核以实境演练的形式开展, 由 1 名临床专业教师负责扮演学生, 被考核 SSP 按照既定剧本进行模拟表演, 主要考核 SSP 对剧本的熟练程度、对扮演角色的掌握程度, 只有通过考核的 SSP 才能应用于临床教学与考试^[5], 对考核不合格的 SSP 进行淘汰。

3.3 SSP 在中医内科实训课程中的应用 根据中医内科学授课安排, 选定感冒、不寐、头痛、胃痛、泄泻、胁痛、淋证、郁病、消渴、痹证等疾病做为实训内容。首先, 由任课教师对选定疾病从病因病机、诊断要点、辨证论治等方面进行系统讲解, 使学生了解疾病基本情况; 任课教师按照中医病历书写规范要求, 展示门诊病例书写的基本内容, 包括基本信息、主诉、病史(现病史、既往史、个人史、家族史、过敏史、生育史等)、辅助检查、鉴别诊断、诊断、处方等; 由任课教师选取 1 个实训病例, 现场与 SSP 进行模拟演示, 在演示过程要注重体现中医临床思维的展示, 比如在问

诊时该问什么不该问什么以及进行某项体格检查或者辅助检查的意义。然后, 将学生进行分组, 每组配备 1 名 SSP, 学生们分别进行临床诊病演练, 收集病历资料, 书写门诊病历。最后, 由任课教师和 SSP 对学生实训情况进行交流和反馈, 指出学生在实训过程中出现的问题和不足, 并对学生的门诊病历进行点评, 由学生修改后再行提交。通过以上实训课程的反复演练, 训练了学生的病例采集、书写能力, 提高了临床动手能力, 对于培养学生中医临床思维能力和临床实践技能起到重要作用。

4 体会

通过将 SSP 引入到中医内科实训课程中, 可以有效的弥补中医内科实践教学的不足, 均衡学生数量和教学资源之间的矛盾, 是传统中医内科理论教学的有效补充, 对于学生中医临床思维能力和实践技能的提升起到积极的作用, 是将理论课程向实践技能高效转化的有效途径。同时, SSP 教学做为由 SP 教学延伸出来的一种教学模式, 更加的突出了以学生为主体的教学理念, 对于发挥学生的学习主动性和提高学习兴趣具有积极作用, 真正使学生参与到教学活动中。

SSP 较之 SP 的优势在于招募容易、培养周期短、费用少、便于管理等。但是 SSP 也存在一些问题和不足, 例如 SSP 的人员多为学生, 年龄相对固定, 不能很好的模拟各个年龄阶段的病人; 另外 SSP 均为拥有医学背景的学生, 在模拟中往往容易掺杂主观成分影响学生的训练。

我校中医内科课程组近年来在 SSP 实训教学中, 不断的进行实践和探索, 运用多种方法培养更加稳定、可靠、高质量的 SSP 服务于实训教学, 旨在推动 SSP 在中医临床课程教学中不断成熟和发展, 为培养高素质中医临床人才寻找更加有效的培养途径。

参考文献

- [1] 李金博. 以临床思维和实践能力的培养为导向的中医内科实训教学[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(25): 26-28.
- [2] 黄叶芳, 袁野, 任志红, 等. 中医妇科学学生标准化病人(SSP)培训及运用思考[J]. 教育教学论坛, 2016(42): 7-9.
- [3] 杨勤, 杨德全, 李勇华, 等. 学生标准化病人(SSP)在高职高专中医内科学的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(1): 93-94.
- [4] Carter M B, Wesley G, Larson G M. Didactic lecture versus instructional standard-ized patient interaction in the surgical clerkship. The American Journal of Surgery, 2005, 189(2): 243-248.
- [5] 徐伟, 刘慧, 谭元珍, 等. 标准化病人的培训及其在临床教学中的应用[J]. 中国医学工程, 2008, 16(4): 305-307.

(本文编辑:李海燕 本文校对:宫少波 收稿日期:2018-08-21)

中西医结合妇产科学基础 结合临床 CBL+PBL 教学模式[※]

杨冬梅¹ 雷磊^{2*}

(1 湖南中医药大学医学院,湖南 长沙 410208;2 湖南中医药大学中西医结合学院,湖南 长沙 410208)

摘要:通过建立基础与临床深度融合的中西医结合妇产科学 CBL + PBL 教学模式,让学生主动参与 CBL + PBL 教学全过程。由学生通过网络或者于附属医院收集设计 CBL 病例,在教师引导下以学生为主体进行课堂展示和辩论,提高学生兴趣,促进基础和临床的紧密结合,提高中西医结合妇产科学的教学效果。

关键词:中西医结合妇产科学;教学改革;CBL;PBL

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.005

文章编号:1672-2779(2019)-02-0011-02

Basic Clinical CBL and PBL Teaching Mode in the Obstetrics and Gynecology of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

YANG Dongmei¹, LEI Lei^{2*}

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

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

Abstract: By establishing the CBL and PBL teaching mode of obstetrics and gynecology of integrated traditional Chinese and Western medicine, students can actively participate in the whole process of CBL and PBL teaching. Students collected and designed CBL cases through the network or from the affiliated hospitals. Under the guidance of teachers, students were the main part to conduct classroom demonstration and debate, so as to enhance students's interest in learning, promote the combination of basic and clinical, and improve the teaching effect of obstetrics and gynecology of integrated traditional Chinese and Western medicine.

Keywords: obstetrics and gynecology of integrated traditional Chinese and Western medicine; teaching reform; CBL; PBL

1 中西医结合妇产科学教学现状

中西医结合妇产科学是临床医学中涉及面较广、整体性较强的特殊学科。中医学和西医学的理论和诊治体系互不相同,在临床实践中各具优势和不足^[1]。中医妇科理论具有辨证论治、灵活施治的优势,但对人体解剖结构的描述和定位缺乏准确性,不利于学生掌握相关操作,并且对妇产科临床中危急重症的处置具有一定局限性。西医妇产科学对人体解剖描述清楚,利于手术,对危急重症的处理具有明显优势,但是对于常见的妇产科病种如不孕症、月经失调、复发性流产等,在治疗效果上比较局限。中西医结合妇产科学将“中医辨证”和“西医辨病”相结合,建立中西互补,形成独特的医学诊疗模式,为我国医疗卫生事业发展中的一项重要工作方针。

在现有教学模式上,中西医结合学科专业设置时间短、学生专业课程较多,大部分院校一直采用两个基础(中医基础、西医基础)加两个临床(中医临床、西医临床)的教学模式,使中医和西医知识的学习相对独立,

导致学生很难将两种临床思维进行整合^[2],设置中西医结合的初衷是让学生同时学到中医和西医的知识,但教学效果不理想,最终中医和西医均未学彻底。因此,进行培养模式的完善和教学方法的改革显得尤为重要。

2 CBL+PBL 教学模式在中西医结合妇产科学中的应用

病案式教学法(case-based learning, CBL)^[3]是以临床具体病例为基础,通过病例讨论激发学生学习兴趣,提高分析及解决问题的能力。问题式教学法(problem-based learning, PBL)^[4]是以问题为基础、学生为主体、教师为导向的讨论式教学方法,经国内外多所医学院校的教育实践后取得良好效果。CBL+PBL 教学法具体实施方案如下:(1) 学生分组:将学生分为 10 人一个小组,每个小组负责一个病例,通常在课程开始的第一节课布置病例,各小组成员可通过网络收集病例资料,也可到附属医院收集病例;(2) 病案与问题设计:每个小组设计一个典型病案,并提出相关问题 4~6 个。以病案为主线,针对病例涉及疾病的概念、诊断、病因、病理、病生、辅助检查、中西医治疗等提出相应问题,包括 1~2 个具有争议性的问题;(3) 课前准备:提前 1 周左右将病例及问题告知学生,要求学生进行资料检索,尽可能多的查阅该疾病的相关资料,尤其是最新的诊疗进展;(4) 课堂教学:采取课堂辩论的形式。本组学生对病例

[※] 基金项目:湖南省自然科学基金青年项目[No.2018JJ3395];湖南省教育厅科学研究课题[No.16C1239];湖南中医药大学教改项目[No.10220001002126]

* 通讯作者:leilei1398@sina.com

进行 10~15 min 的 PPT 展示, 并提出相应问题, 其他组学生思考回答问题, 不同组学生针对争议性问题进行辩论。整个过程, 老师起到课堂引导、时间控制、解答问题、参与讨论、课堂总结等作用。

3 CBL+PBL 教学法的教学效果

3.1 变被动接受为主动学习 CBL+PBL 教学法使抽象内容感性化, 增加了学生的学习兴趣。心理学家布鲁纳认为, 最好的学习动机是学生对所学知识具有内在兴趣, 而兴趣是学习的动力源泉, 良好的教学方法可激发学生的学习兴趣^[5]。学生通过参与病案收集, 问题设计, 将复杂枯燥的知识点灵活运用于病案设计中, 既有利于知识的深入, 也有助于充分发挥学生的主观能动性。如, 在设计“异位妊娠”病案时, 学生通过网络平台或到医院进行资料收集, 过程中难免会产生很多疑问, 带着问题进行资料收集并寻找答案。该病的主要表现是停经后腹痛, 阴道不规则流血, 但当患者异位妊娠未破裂时腹痛往往不明显, 很多女性又会把阴道不规则流血当成月经不规律, 导致未尽早到医院诊治从而延误治疗。部分患者直到因腹腔内出血发生休克时才被送到医院就诊, 重者危及生命。所以, 如何通过“中医辨证”和“西医辨病”早期准确地诊断异位妊娠显得尤为重要。通过病案的分析及各小组辩论, 能让学生对该病的诊断有更深入的认识。故, 带着问题去学习, 更具有目的性, 能提高学习效率, 起到事半功倍的效果。

3.2 促进基础和临床的紧密结合 使学习更加系统化 CBL+PBL 教学法不仅是对授课内容的复习, 同时又要求学生根据患者产生的症状、体征进行分析、判断, 并联系所学知识。该方法是一个对知识融会贯通的过程, 例如一位月经稀发, 肥胖, 多毛, 痤疮的 30 岁女性患者, 未避孕的情况下不孕病史 4 年多。结合此病案可提出的问题包括: 肥胖、多毛、痤疮提示该患者的激素水平有何种改变? 患者不孕的原因? 该病的病理和生理改变? 通过哪些辅助检查来确诊该病? 以及该病目前常用的中西医治疗方法等。该病案不仅让学生对多囊卵巢综合征的临床表现进行了学习, 同时还结合卵巢的病理生理改变复习了卵巢的正常结构和生理功能, 以及正常妊娠需具备的生理条件, 并结合患者内分泌的改变(高雄激素血症), 学习了正常女性的性激素变化。通过讨论, 使学生纵向掌握了基本病理过程与临床表现的联系, 同时又横向了解了相关病理过程的联系, 把临床课的内容与解剖、组胚、病理、病生等基础课进行结合, 训练了学生的系统性思维, 培养了学生综合分析问题的能力。

3.3 角色转换促进师生互动 传统的教学方法一直是教师作为讲授者, 学生被动接受知识, CBL+PBL 教学法将

师生角色进行转换, 学生作为主讲、参与辩论, 教师起到引导、协调作用。以病案为基础, 以问题为主线, 以辩论为形式, 让学生共同参与到课程学习中, 真正做到边做边学的目的, 变传统的“满堂灌”为轻松愉悦的讨论式学习。很多学生认为, 病案讨论提供了更为现实又具吸引力的钻研目标, 这比死记硬背书本内容更有吸引力, 令所学知识印象更深^[5]。学生在讨论和辩论的过程中可以树立竞争意识, 对医学知识产生强烈的求知欲, 学生学得积极热情, 教师的指导深入浅出, 学生的认识逐渐深化, 充分锻炼了分析问题和解决问题的能力。教师可以从学生对病案和问题的分析讨论中发现相关知识点的掌握和运用情况, 了解学习过程的难点, 并给予适时讲解, 有助于教师为学生建立个体化及人性化的教学方案, 更好地提高教学效果。教师还能从学生对问题的分析中得知自身在教学中的薄弱环节, 从而改进, 提高教学质量。这样的教学方式充分调动了学生和教师的积极性, 有助于形成更为融洽的、健康的师生关系, 形成师生间良好的双向互动。

4 CBL+PBL 教学法的进一步扩展和延伸

为了进一步加强学生对理论知识的应用能力及解决实际问题的能力, CBL+PBL 教学法可在现有基础上进行扩展, 如, 联系相关附属医院, 运用正在住院的患者病案进行分析讨论, 探讨诊断的合理性, 并就目前的治疗方式提出意见或建议。同时, 在管床医生带领下对患者进行体格检查, 将理论和实际更好地结合。还可邀请临床医生参与病案讨论, 就诊疗方案及疾病的最新诊疗进展等提出看法, 对存在的争议问题进行辩论分析, 将理论更好地实战化, 以最大程度适应临床工作的要求。

通过 CBL+PBL 教学, 教师可选择较好的病案并加以润色, 作为优质病案纳入中西医结合妇产科学的教学病案库, 每个学期不断增加新病案, 更新旧病案, 为以后的 CBL+PBL 教学提供良好的病案来源。

参考文献

- [1] 刘小丽, 吴建芳, 薛晓鸥. 中西医结合妇产科学复合型人才培养模式建立的思考[J]. 陕西中医学院学报, 2015, 38(5): 108-110.
- [2] 杜惠兰. 关于中西医结合人才队伍建设[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(4): 443-444.
- [3] 赵磊, 徐双, 贾玫, 等. CBL 联合 LBL 教学模式在临床医学八年制实验诊断学教学中的应用[J]. 中国高等医学教育, 2016(2): 119-120.
- [4] 曹冬黎, 王立金, 金韬. 双语 PBL 教学法在病理生理学教学中的应用[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(1): 102-103.
- [5] 马俊芬, 赵继敏, 赵明耀, 等. 病案式教学法在病理生理学教学中的应用[J]. 河南职工医学院, 2010, 22(3): 294-296.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈 铂 收稿日期:2018-08-21)

TBL 教学方法在医学统计学课程中的应用※

谢志平¹ 韩云峰¹ 贾月辉¹ 祁艳波¹ 乔树清² 葛杰^{1*}

(1 齐齐哈尔医学院公共卫生学院,黑龙江 齐齐哈尔 161006;

2 齐齐哈尔医学院现代教育技术中心,黑龙江 齐齐哈尔 161006)

摘要:目的 探讨 TBL 教学方法在医学统计学课程中的应用价值。方法 选取 2014 级临床专业教改 1 班和 2 班同学作为研究对象,采用随机分组,1 班为对照班,采用传统教学模式,2 班为 TBL 教学班。比较 2 班考试成绩,对 TBL 教学效果进行评价。结果 TBL 教学班成绩优于对照班,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在医学统计学课程中应用 TBL 教学,可以提高学生学习主动性,培养团结协作意识,改善课堂教学质量,值得进一步完善应用。

关键词:医学统计学;TBL 教学;自主学习

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.006

文章编号:1672-2779(2019)-02-0013-02

The Application of TBL Teaching Method in Medical Statistics Course

XIE Zhiping¹, HAN Yunfeng¹, JIA Yuehui¹, QI Yanbo¹, QIAO Shuqing², GE Jie^{1*}

(1. School of Public Health, Qiqihar Medical College, Heilongjiang Province, Qiqihar 161006, China;

2. Modern Education Technology Center, Qiqihar Medical College, Heilongjiang Province, Qiqihar 161006, China)

Abstract: Objective To explore the value of the application of TBL teaching method in the course of medical statistics. **Methods** Class one and class two of grade 2014 clinical teaching reform were selected as study objects, and were randomly divided into groups. The control class was assigned to class one, the traditional teaching mode was adopted, and the class 2 applied TBL. The test results of the two classes were compared to evaluate the effectiveness of TBL teaching. **Results** The results of TBL class were better than the control class, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The application of TBL in medical statistics courses can improve students' learning initiative, cultivate the sense of unity and cooperation, and improve the quality of classroom teaching.

Keywords: medical statistics; TBL teaching; autonomous learning

医学统计学是研究医学领域中数据收集、分析和运用的一门学科^[1],该门课程是医学工作者在医学实践和科研中必不可少的工具学科。医学统计学因其学科特点:原理抽象、公式复杂、逻辑性强,对已经习惯记忆性学习的医学生,学习医学统计学课程倍感困难,不知如何利用医学统计学理论,正确解决实际问题。学生很少主动学习统计学原理和方法,为提高学生学习兴趣,学好本门课程,尝试将 TBL 教学模式引入医学统计学课堂,探索其教学效果,现将教学过程与经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我校 2014 级临床专业教改 1 班和 2 班同学作为研究对象,随机将 1 个班分为对照班,另外一个班为实验班。对照班 49 人,采用传统教学方法,实验班 50 人,采用 TBL 教学方法。本次教学改革学生使用教材为李康主编的第 6 版《医学统计学》,教学改革内容为第五章统计表与统计图章节。

1.2 教学方法

1.2.1 课前准备 在课前 1~2 周,教师告知学生 TBL 教学

的内容,并将教学大纲、教学视频、课件等相关学习资料通过微信教学平台发送,供学生课下学习参考;实验班按照随机原则将 50 人平均分为 10 组,由小组成员选出组长,负责组织和协调小组的学习。

1.2.2 课堂授课过程 (1) 个人测试:全部为单项选择题,内容以基础知识为主,采取单人单座并在规定时间内作答。由每组组长负责收取后交予教师;(2) 小组测试:个人测试后进行小组测试,为不定项选择题,共 10 道题,小组长领取答题卡与测试题。按照事先分好的小组,5 名成员共同讨论测试题。每答完一题,举手示意教师,如答案正确继续下一题,反之继续讨论,直至答题正确;(3) 应用测试:应用测试共 2 道案例分析题,题目具有一定难度和广度,需要利用理论知识来解决实际问题。此时需要教师鼓励学生相互讨论并利用各种资源来解决问题,讨论完成后由教师在各小组中随机抽取一名学生进行陈述,后由教师对题目进行讲解;(4) 评价与总结:全部教学内容结束后,各小组进行组间成员互评,并填写 TBL 教学效果评价问卷。课程的最后由教师对学生在个人测试与小组测试过程中存在的主要问题讲解。

2 结果

2.1 TBL 教学效果评价 TBL 教学课程结束后,发放问卷

※ 基金项目:黑龙江省教育厅“十三五”规划课题[No.GJC1316017]

* 通讯作者:gejieqiao@126.com

50 份, 回收 50 份。调查结果显示: 88% 的学生认为 TBL 教学能够增加师生间的互动, 80% 的学生提高了学习的积极性和主动性, 86% 的学生认为团体协作能力得到了提升, 认为交流沟通能力得到了锻炼的学生占 78%, 对 TBL 教学效果总体满意的同占 82%。

3.2 学生成绩 期末理论考试试卷中, TBL 教学该章节涉及到的试题共计 15 分, TBL 教学班成绩高于对照班 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 班学生期末理论考试成绩 ($\bar{x} \pm s$, 分)

班级	人数	考试成绩	t 值	P 值
TBL 教学班	50	10.16 \pm 3.24	2.431	0.017
对照班	49	8.75 \pm 2.47		

3 讨论

TBL (team-based learning, TBL) 教学模式是一种以团队为基础的学习模式, 最早由美国 Oklahoma 大学 Michaelson 教授创立^[2], TBL 教学法强调以问题为导向, 重视引导学生解决问题的完整学习过程^[3], 着重培养学生自主分析和解决问题的能力, 充分体现学生主体地位的教学方法。与传统的教学模式相比, TBL 教学法强调学生的主动学习与小组合作, 改变“老师讲、学生听”的传统教学模式, 利用课前自习时间查阅各种资料学习相关课程内容, 故获取知识的途径是主动的。课堂上的小组测试需要组间成员合作探究, 所有成员均参与其中, 提供解决问题的思路。在讨论过程中, 激发学生思考问题及解决问题的能力, 并根据团队的学习情况进行评估打分, 增强了学生的团队协作意识^[4]。

TBL 教学课堂的师生互动, 拉近了师生间的距离, 也对教师的教学水平提出了更高的要求, 教师在 TBL 教学方法改革的过程中起到至关重要的作用, 虽然课堂上讲授的理论内容减少, 但在课前准备的习题和分析案例, 既要难度适宜, 又要覆盖教学大纲要求, 授课还要进行适当更新。课堂上不仅要巡视观察学生情况, 更要对学生提出难度略大的问题做出正确解答, 这就要求教师具有较高的专业水平。同时, 教师要从学生提出的问题中总结知识掌握的薄弱环节, 加以正确的引导和帮助, 从而促进知识的深入理解与探索, 以及提升对知识的实际运用能力^[5], 最终达到深刻掌握知识的目的。TBL 教学还需要教师付出更多的时间和精力, 课前精心设计习题与案例, 课上组织引导学生进行讨论, 既要激发学生的积极性又要控制节奏^[6]。课后要对学生的课堂学习情况进行总结归纳, 修改测试题和案例, 还要整理分析 TBL 教学改革成绩, 根据学生对教学过程的评价, 总结经验与不足,

避免下次授课中再次出现类似问题。TBL 教学强调学生的主体地位, 却不是对学生的放任自流, 教师除给学生提供相关学习资源, 还应帮助学生制定学习计划, 引导和监督学生自主学习。

虽然 TBL 教学方法能够改善教学质量, 提高学生学习的主动性, 优于传统的教学方法, 但仍然存在问题。首先, 在小组讨论过程中, 难免有个别学生存在侥幸心理, 仅听取其他组员的讨论而不独立思考, 这对于自律性较差的学生, 反而降低了学习效率^[7], 需要几名教师共同管理课堂, 每名教师负责 2~3 组学生, 在小组讨论过程中能够及时发现不主动、不积极的学生, 给予适当的提醒和督促, 以保证全部学生参与其中; 其次, 小组讨论和应用测试部分, 不同小组进度不一致, 课堂时间不易把握, 需要教师事先考虑可能出现的情况, 并准备相应教学内容进行补充; 最后, 教学内容选取非常重要, 应选择学习难度稍低的教学章节进行改革, 若对原理复杂、基本思想难懂的章节进行教学改革, 学生无法理解和掌握, 容易减弱学习的积极性。且教学内容不能做过多的改革, 对于接受传统教学模式多年的学生, 要改变学习模式, 培养主动学习还需要一个过程。

TBL 教学方法应用于医学统计学课程, 在一定程度上调动了学生学习的积极性, 培养了学生应用理论知识分析和解决实际问题的能力, 为今后学习其他医学课程奠定良好的基础。

参考文献

- [1] 徐洪军, 关晓辉, 杨志平, 等. PBL 结合 CBL 教学模式在医学统计教学中的应用研究[J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(12):1433-1434.
- [2] Baig L A, Asad F. Introducing problem-based learning in a medical school with traditional/conventional curriculum[J]. J-Coll-Physicians-Surg-Pak, 2003, 13(7):378-381.
- [3] 张维. TBL 教学法在中医骨伤科疾病教学中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(22):11-12.
- [4] 王镭, 罗晓玲, 张利. TBL 教学法在文献检索课中的探索与应用[J]. 西北医学教育, 2014, 22(2):309-311.
- [5] 谢志平, 张晓杰, 韩云峰, 等. 基于提升自主学习能力的 TBL 教学方法在流行病学课程中的实践 [J]. 中国高等医学教育, 2018(6):111-112.
- [6] 王欣, 陈建斌, 刘林, 等. TBL 结合 LBL 的联合教学模式在诊断心电图见习教学中的运用[J]. 中国高等医学教育, 2015(8):81-82.
- [7] 马雪倩, 马芳. TBL 教学法在组织学与胚胎学课程中的应用与评价[J]. 中国高等医学教育, 2016(7):101-102.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杨立群 收稿日期:2018-09-18)

PBL、CBL 双轨教学法的内经实践教学模式构建[※]

李永乐 谭晓慧 杨巧芳 杨景月 李琛 董秋梅*

(内蒙古医科大学中医学院, 内蒙古 呼和浩特 010110)

摘要:《黄帝内经》作为“医家之宗”,一直在中医临床实践中发挥着重要指导作用,历代学习中医学者必须研习《内经》之书。在中医药高等教育中,传统的《内经》案例教学(CBL)教学方法多侧重相关知识与理论的记忆、掌握与理解,在如何应用相关理论解决临床实践问题方面存在明显不足。实践教学作为理论教学的必要补充,本文探索其引入到《内经》教学中,并将问题教学(PBL)法引入以构建《内经》实践教学。其中结合《内经》自身特点,构建PBL核心问题,把握核心问题,实施PBL教学法,将有效拓展教学内涵;结合《内经》理论,筛选古今医案,应用标准化病人(SP),实施CBL教学法,将有效提升学生的临床思维能力。二者优势互补,可实现理论教学与实践教学有效融合,搭建中医经典理论与临床实践连接的桥梁,有效提高学生应用《内经》理论分析临床问题的能力,提高学生的临床思维能力、综合素质及岗位胜任力。

关键词:内经;PBL;CBL;实践教学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.007

文章编号:1672-2779(2019)-02-0015-03

The Construction on the Practical Teaching Model of *Neijing* on the Basis of PBL and CBL Teaching Method

LI Yongle, TAN Xiaohui, YANG Qiaofang, YANG Jingyue, LI Chen, DONG Qiumei*

(School of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Hohhot, 010110, China)

Abstract: The *Huangdi Neijing* as the "master of medicine", has been playing an important guiding role in the clinical practice of traditional Chinese medicine. And *Huangdi Neijing* is a book that scholars of traditional Chinese medicine must study. In higher education of TCM, traditional CBL mainly focus on memorizing, mastering and understanding relevant knowledge and theories, and there are obvious deficiencies in how to apply relevant theories to solve clinical practice problems. As a necessary supplement to the theoretical teaching, the paper explores applying practical teaching into the teaching of *Huangdi Neijing*, and applying PBL and CBL to construct the practical teaching idea of *Huangdi Neijing*. In the practical teaching we will construct the core problems of PBL combining with the characteristics of *Huangdi Neijing*, and implement PBL grasping core problems. PBL teaching method will effectively expand the connotation of teaching. At the same time, we will screen medical cases of ancient and modern times based on the theory of internal classics, and implement CBL teaching method applying SP. CBL teaching method will effectively improve students' clinical thinking ability. The complementary advantages of PBL and CBL can realize the effective integration of theoretical teaching and practical teaching, build a bridge connecting TCM theory with clinical practice, effectively improve students' ability to analyze clinical problems by applying the theory of TCM classics, and improve students' clinical thinking ability, comprehensive quality and position competence.

Keywords: *Huangdi Neijing*; PBL; CBL; practical teaching; construction mode; teaching reform

《黄帝内经》(以下简称《内经》)是我国现存医学文献中最早一部医学理论著作,总结了秦汉以前医学知识与医疗经验,被历代医家称之为“医家之宗”。《内经》书中全面论述了中医思维方法、理论原则、学术思想等内容,涵盖了中医基础医学、临床医学、预防医学、养生保健等各个层面的理论与医疗知识,构建了中医学理论体系框架,几千年来一直指导着中医临床实践,研习《内经》成为历代学习中医学者的必经之门径。唐·孙思邈在《备急千金要方·大医习业》中提到“凡欲为大医,必须谙《素问》、《甲乙》、《黄帝内经》、明堂流注、十二经脉、三部九候、五脏六腑、表里孔穴、本草药对,

张仲景、王叔和、阮河南、范东阳、张苗、靳邵等诸部经方”,将《内经》作为学习中医学的第一经典。

“读经典,做临床”是目前对每一位中医学生的基本要求,但是由于《内经》原文言简意赅、文字古奥,内容以理论阐述多、临床具体应用少为特点,再加之在全国高等教育不断精简压缩理论学时趋势下,传统的教学方法直接影响着《内经》的教学效果与质量,影响中医药人才培养目标的实现。因此,对于中医专业学生如何读好经典,将其应用到临床,形成良好的岗位胜任力,满足广大人民群众日益增长的中医药医疗健康服务需要,成为目前《内经》教学及中医人才培养不得不思考的重要命题。

1 开展实践教学是《内经》理论教学的必要补充

《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020年)》指出,育人当以能力为重,尤其要注重“优化知识

[※] 基金项目:内蒙古医科大学本科教学工程项目(校级教坛新秀)[No. NYJTX201611];内蒙古医科大学人才团队[No. NYTD-2017006]

* 通讯作者:d.qium@163.com

结构,丰富社会实践,强化能力培养。着力提高学生的学习能力、实践能力、创新能力。”说明卓越中医人才培养,要以学生素质培养为重点,以实践能力、创新能力培养为根本宗旨。传统的《内经》理论教学多采用 LBL (lecture-based learning, 讲授式教学法),重点在于让中医专业学生对《内经》相关知识与理论的记忆、掌握与理解,多停留在“认知”层面,对于如何应用相关理论解决临床实践问题方面在教学过程中存在明显不足,从而使绝大多数学生毕业后表现出不能灵活运用《内经》有关理论与知识解决遇到的临床实际问题和进行病例分析,不能很好的发挥中医经典在临床中的指导作用,甚至出现部分学生在临床工作中完全抛弃从经典出发思考、分析、解决临床实际问题的现象。因此,如何培养学生在临床善于以经典来指导实际工作,及早形成中医临床辨证思维,培养具有良好应用中医经典理论解决临床问题的思路和能力,切实将“读经典,做临床”落到实处,是中医药人才培养过程中急需解决的关键问题,也是《内经》教学中积极探索改革的重要方向。

实践教学的主要功能就在于“应用”,是传统理论教学的必要补充。其能够通过实践训练培养学生探索运用理论知识发现问题、分析问题、解决问题的能力,是实现理论知识升华的有效途径。因此,开展实践教学是传统《内经》理论教学的有益补充,实现理论教学与实践教学二者良好融合,以理论知识指导实践活动,以实践活动理解和应用理论,将有效提高学生应用《内经》理论分析临床问题的能力,有效提高学生的临床思维能力,提高学生的综合素质及岗位胜任力,提高《内经》的实际教学效果。因此,开展实践教学是《内经》传统理论教学必要补充,具有重要的现实意义。

目前,大部分中医院校《内经》课程处于学生学完中医基础理论相关课程、衔接中医内外妇儿临床课程的中间阶段(第四、五学期),作为中医、针灸推拿专业的专业基础课进行讲授,学生正处于由理论知识掌握向临床应用的过渡阶段,也是中医临床辨证思维形成的重要阶段。因此,开设《内经》实践教学课程的教学目标即是实现训练学生临床思维能力,指导其更好的将《内经》理论应用于临床实践中,提高中医专业学生的岗位胜任力。

2 应用PBL教学法 拓展教学内涵

PBL (problem based learning) 教学法是基于问题的学习,1969年由美国神经学 Barrows 教授创立。该教学方法以问题为核心,通过提出问题、建立假设、收集资料、论证假设、总结等过程,提高学生全面思考问题和处理问题的能力^[1]。特点是将学习设置在围绕某一专题或者具体病例的临床问题情境中,通过学生自主探究、讨论、协作来解决问题,着力培养学生的自主学习

能力、临床思维能力、创新能力和团队协作能力^[2],与《内经》实践教学目标有着一致性。因此,探索将 PBL 引入《内经》实践教学,将有效提高实践教学效果。同时,通过 PBL 教学法能够督促学生课下通过自行查找资料的形式学习相关知识点,并且可进行一定深度的拓展,对于目前理论教学实数不足是十分必要的补充,可实现理论教学与实践教学的互补,提高教学效果,拓展教学内涵。

2.1 结合内经自身特点 构建PBL核心问题 “问题”是 PBL 教学法的核心,如何提出问题、提出什么是整个教学设计的关键。《内经》作为中医学的经典著作,从文章结构特点来看,其多采用黄帝与雷公、岐伯、少师等古代医家的问答形式来阐述阴阳气血、脏腑形体等中医基础理论与临床问题,因此文章结构本身与 PBL 教学法有着天然契合性^[3]。而且,每一位医家在与黄帝问答的主题存在明显差异,如黄帝与少师问答侧重阴阳学说、与岐伯问答侧重中医基本理论问题、与鬼臾区问答侧重五运六气等等,这些均是中医理论中的核心理论与知识点。因此,在构建讨论问题时可以仅仅抓住不同医家特点进一步寻找内在可讨论的核心问题。这样能够使设计的问题集中反映《内经》中核心概念、理论,有助于学生把握重点、难点,获取必要知识。

同时,《内经》所阐述的医学理论与知识是分析生理病理、指导疾病诊断、治疗及预后的重要武器,具有重要的实用价值。因此,在构建问题过程中要考虑相关内容对于临床实践的指导意义与可拓展性,让学生在分析问题、讨论问题的过程能够逐步训练中医临床思维能力。而且,鉴于《内经》原文中存在许多不同医家的学术观点,后世注解医家对某些经文的认识不同、应用各异,体现出各家学说的特点,因此,在构建问题时要充分利用《内经》的学科特点,形成具有劣构性、开放性、真实性、复杂性的合理问题,给学生可以拓展知识内涵的足够空间,有助于让学生在问题讨论过程了解中医理论体系形成的学术背景,了解《内经》对后世学术流派形成发展的作用,更好地让学生理解《内经》作为中医理论源头活水的重要性。

2.2 把握核心问题 实施 PBL 教学法 在具体实施过程中,《内经》实践教学课程的前半部分以 PBL 教学为主。任课教师课前对班级学生进行分组,一般按照每 8~10 人 1 组标准进行划分,将问题发放给学生。学生根据所提问题以小组为单位通过 CNKI (中国知网)、图书馆等多种途径的资料收集整理,形成各自观点及支撑依据,给学生以足够的独立思考空间,锻炼学生自主学习、逻辑思维、分析问题、解决问题的能力,提高学生的主观能动性,培养学生的创造潜力和创新意识。课上各小组选一名代表应用 PPT 形式进行 10 min 左右汇报,并且各小

组之间展开讨论,授课教师在这一环节中可根据学生讨论情况进行适当引导,避免讨论主题混乱或者偏离,但不做定性评价也不发表自己观点。学生通过交流讨论、分享成果、争论反思,循环获得新知识,不断提升完善自身知识,促进学生个人发展和提高综合素质能力。讨论结束之后,教师对讨论过程中的难点进行归纳总结,指出各组之间的优点与不足。并且点出该问题与临床之间的关系,为下一步开展 CBL 教学做好铺垫。

3 应用CBL教学法 提升临床思维能力

案例教学(case-based learning, CBL),最早由美国哈佛大学法学院运用,之后上世纪70年代传入国内,后在教育、管理等多个领域广泛应用。其是在一个可控制的环境中对现实世界的部分模拟,在案例学习提供的情景中,学生运用所掌握的知识原理,自主地进行分析或决策^[4],在中西医学 CBL 教学中一般为临床病案。学生在课上理论知识学习的基础上,通过进一步对临床真实病案的分析,可以极大地缩短教学情境与临床实际情境的距离,有针对性地训练医学生的临床思维能力;同时医案本身承载着一定社会、人文信息,不仅有利于培养学生医患关系处理能力,而且有利于培养学生的人文关怀精神,这恰恰是当前中西医学教育非常重视的内容。

3.1 结合内经理论 筛选古今医案 医案是古今医家医疗实践过程的真实记录,不仅详细记录了名医名家的遣方用药过程,而且记载了医家的诊治思路,是中医临床思维、诊疗经验传承的重要载体,因此、解读医案也是中医学习、提高的重要方法之一。在 CBL 教学中,医案的合理选取无疑是教学的基本要求。《内经》作为中医临证之兵书,对于临床实践的指导意义不言而喻。因此,在《内经》实践教学中的案例选择必须要注重与《内经》原文、理论紧扣,具备真实性、典型性的特征,诊治过程记录详实,符合学生的现阶段学情。同时,要结合理论教学重点、难点以及前期 PBL 教学过程中讨论的核心问题,参考《名医类案》《续名医类案》等古代医案书籍,或参考近现代《内经》学术名医名家医案,如《王洪图内经临证发挥》《熊继柏医案》等等,选取具有代表的医案,使学生在模拟医生的情景中,充分运用前期已学的中基、中诊、中药、方剂等基础课程知识,加深对《内经》理论的理解与运用,拓展培养学生的临床思维与解决临床实际问题的能力。

3.2 应用 SP 实施 CBL 教学法 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^[5]。CBL 在《内经》实践教学的实施过程中,可根据《内经》相关的教学内容和教学目标,探索将 SP 应用到病

案的真实演绎中,让学生在模拟真实的医患情景中,深入理解《内经》原文对临床实际的指导意义。教师需要在选取出医案后,首先对医案进行编辑,改写成为 SP 脚本。通过对 SP 的培训,使其能够在模拟情景中演绎出医案的细节特点。在课上,选择部分学生代表进行病史采集、说明诊疗方案及使用的《内经》原文及理论,其他同学仔细观察病史采集过程,结束后让每一位观察都分析讨论整个辨治过程,指出过程中存在的优点与不足,讨论疾病的诊治过程中所采用的《内经》原文及理论是否正确,SP 也要对学生采集病史过程中的准确性、医患沟通技巧及人文关怀进行反馈,之后由进行病史采集的学生分享此次学习的心得体会,最后任课教师进行总结,重点强调病案所要考核的要点与理论,实现与前半部分的 PBL 教学法所讨论的核心问题相呼应。通过 CBL 教学过程的实施,实现在相对稳定的环境中对现实世界的临床病例进行真实模拟,使学生们通过对病案的分析,较好地体验直接面对患者的过程,有效训练学生临床辨证思维能力,搭建好“读经典,做临床”二者之间的桥梁作用,实现二者之间的有效衔接。

4 小结

实践教学是医学院校培养各项临床技能的重要方法,是理论教学的必要补充。目前,各医学院校正在进行加大实践教学时数、增加实践课程的教学改革与探索,借助当前医学院校实践教学改革的趋势,为传统的经典理论课程——《内经》探索增开实践教学,充分利用 PBL、CBL 教学的优势,将二者在教学设计中有机互补结合,将极大解决部分目前《内经》理论教学时数不足的问题,解决中医经典课程与中医临床在教学中互相割裂的问题,实现训练学生临床思维能力,应用《内经》理论指导临床实践的的教学目标,并且充分利用、彰显了《内经》各家学说、临证之兵书等学科特色,充分发挥学生在教学、评价中的主导作用,提高了学生的临床思辨能力,更是有效地搭建了中医经典理论与临床实践连接的桥梁,将教学效果不断升华。

参考文献

- [1] 刘海静,刘晓岚,巴再华,等. PBL 教学模式初探[J]. 现代医药卫生, 2007(17):2676-2677.
- [2] 尹清. PBL+CBL 双轨教学模式在康复医学教学中的应用[J]. 西北医学教育, 2014, 22(3):577-580.
- [3] 李永乐,杨巧芳,王滨. 多种教学方法共促《内经选读》教学效果[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(7):119-121.
- [4] 金功圣,王康伟. CBL 联合 PBL 教学法在我国医学教育中的可行性[J]. 包头医学院学报, 2018, 34(4):113-115.
- [5] 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.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张志芳 收稿日期:2018-09-07)

CBL 联合 RISE 教学法在中医外科教学中的应用[※]

陈玮黎 江科 陆清 薛晓红*

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院乳腺病科, 上海 200437)

摘要:目的 探讨 CBL 教学法联合 RISE 教学法在中医外科教学中的应用效果。方法 将 2017 年 1 月—12 月就读于上海中医药大学附属岳阳临床医院 64 名规培医生随机分为实验组及对照组, 每组 32 人。实验组采用 CBL 教学法联合 RISE 教学法, 对照组采用传统教学方法。授课结束后对 2 组平时考核、出科理论考、案例分析考 3 个项目进行评测, 同时调查 2 组学生对教学方法的满意度, 并对 2 组结果进行比较。结果 除平时考核外, 实验组出科考核、案例分析评分明显高于对照组 ($P < 0.05$), 且实验组对教学方法的满意度高于对照组。结论 CBL 教学法联合 RISE 教学法可以提高中医外科教学质量, 提高学生临床思维能力等综合素质, 调动学生学习积极性, 是一种值得推广的教学方法。

关键词: CBL; RISE; 中医外科学; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.008

文章编号: 1672-2779(2019)-02-0018-03

The Application of CBL Combined with RISE Teaching Method in the Teaching of Surgery of Traditional Chinese Medicine

CHEN Weili, JIANG Ke, LU Qing, XUE Xiaohong

(Mastopathy Department, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated To Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

Abstract: Objective To discuss the application effect of CBL teaching method combined with RISE teaching method in TCM surgery teaching. **Methods** From January 2017 to December 2017, 64 doctors in Yueyang Clinical Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine were randomly divided into experimental group and control group, with 32 people in each group. The experimental group adopted CBL teaching method combined with RISE teaching method, and the control group adopted the traditional teaching method. At the end of the lecture, the two groups were evaluated for three items, including usual assessment, theory examination of leaving department, and case analysis examination. At the same time, the satisfaction degree of the two groups of students to the teaching method was investigated, and the results of the two groups were compared. **Results** In addition to the usual assessment, the theory examination of leaving department and case analysis of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($P < 0.05$). The experimental group was more satisfied with the teaching method than the control group. **Conclusion** CBL teaching method combined with RISE teaching method can improve the teaching quality of TCM surgery and improve the comprehensive quality of students' clinical thinking ability, and motivate students to learn. It is a teaching method that deserves to be popularized.

Keywords: CBL; RISE; surgery of traditional Chinese medicine; teaching reform

以文献为导向的自我学习 (reference-induced self education, RISE) 教学法是教师提出基本问题或分析方向, 推荐专业网站、经典文献、参考书目等, 让学生在文献的引导下主动将问题细化并找出答案^[1]。以案例为基础的教学法 (case-based learning, CBL) 是基于案例的教学, 该方法需要教师在教学过程中, 依据教学内容形成案例, 并由此提出一系列问题, 再以问题为引导开展教学^[2]。而 RISE 则为 CBL 提供获取知识以及分析、解决问题的途径和方法。

《中医外科学》是临床教学医院的重要教学任务, 也是中医专业与中西医结合专业教学的主干课程。由于乳房疾病在《中医外科学》中涉及的内容较多, 同时本学科具有很强的理论性和实践性, 在前期理论课教学中, 现代临床医学的病理特征与辅助检查所占的课时较少,

使得临床带教中出现断层, 学生实际需要掌握的重点难以体现。同时, 由于乳腺疾病在诊断和治疗的过程中, 有较强的私密性, 这也导致患者在教学过程中配合度较差, 学生很难从临床实践中获得学习经验。

近年的教学改革中, 各种教学方法层出不穷, 因而有教学部门对临床课程尝试 RISE 教学法结合 CBL 教学法, 并收到了一定的成效^[3-4]。为此, 我们针对乳腺病科临床实习的学生, 尝试使用 RISE 教学法结合 CBL 教学法, 提炼两种教学方法的长处, 不但实现了以“学生为中心, 以教师为主导”的教学理念, 而且在有限的时间内能够高质量的完成教学任务。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017—2018 年度在上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院乳腺病科病房实习的住院医师规范化培训学员, 每位实习医生都在科室进行为期 1 个月的实习。将 64 名实习医生随机纳入实验组或对照组, 每组各 32 人。2 组学生均经过了 5 年系统的医学基础知识的学习, 在年龄、性别、对中医外科的热爱度、基

※ 基金项目: 中华医学会医学教育分会医学教育研究课题 [No. J061.07.54]; 上海中医药大学德育渗透专业课题 [No. JX61.07.52]; 上海中医药大学预算内课题 [No. 30304113626]

* 通讯作者: xiaohong_xue@126.com

础知识成绩等方面统计无显著性差异 ($P<0.05$)。本研究对照组采用传统讲授结合多媒体教学法, 实验组采用 CBL 教学法联合 RISE 教学法。实习医生的带教由乳腺病科主治医师职称以上拥有丰富临床教学经验的老师进行, 在带教前, 对带教老师进行 CBL 教学法联合 RISE 教学法统一培训, 集体备课, 使教师在教学过程中熟练运用这些方法。

1.2 教学方法

1.2.1 对照组 采用传统讲授结合多媒体授课教学法。采用老师小讲课结合床旁教学带教的传统带教方法, 带教老师通过与临床实际相结合的模式, 每周至少 1 次讲授教学大纲所要求的重点疾病, 再结合实际病例进行重点知识分析, 有的放矢地将课程重点和内容教授给学生。

1.2.2 实验组 采用 CBL 教学法联合 RISE 教学法。教师根据教学大纲, 选定案例并设计问题, 在问题的设计过程中, 需要考虑同一问题出现不同答案的可能性, 引导学生在查阅文献资料时还能从不同角度认识世界、看待问题、解决问题。教师提前一周将具体病例资料提供给学生, 设置若干需要应用医学知识去分析解释的测试题, 让学生通过小组讨论的形式, 对问题给出自己的看法, 教师在过程中引入本专业前沿资讯及研究进展, 鼓励学生对感兴趣的问题进行深入研究。最后, 通过测试及问卷调查的方式进行考核。

1.3 教学评价 出科成绩以百分制计, 分为 3 部分: (1) 平时成绩: 包括询问病史、查体及书写病历, 占实习总成绩的 40%; (2) 出科理论成绩: 乳腺疾病的实践操作占 40 分, 乳腺疾病基础知识占 60 分, 出科理论考试总分 100 分, 总分占总成绩的 40%; (3) 案例分析: 包括乳腺常见疾病的诊断及后续治疗方案的制定, 占实习成绩的 20%。另外, 设计教学反馈问卷 (主要内容为学生对教学气氛、教学效果、学习兴趣、自身能力锻炼以及教学法接受度的评价), 使用以上途径共同评价教学方法的有效性。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 17.0 统计学软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2 组学生在询问病史、查体、书写病历方面得分无显著差异性 ($P>0.05$), 在出科理论考试、病例分析及总成绩方面差异有显著性 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组学生成绩得分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	平时成绩 (40分)	出科成绩 (40分)	案例分析 (20分)	总成绩 (100分)
实验组	32	32.44±2.20	33.10±2.59	17.24±1.04	82.82±3.48
对照组	32	32.82±2.01	29.42±2.15	16.42±0.90	78.66±3.45
P值		0.527	0.00	0.005	0.000

2.2 教学反馈问卷 通过本次研究可以发现, 实验组能够适应 CBL 联合 RISE 的临床带教方法的学生占 86%, 能够接受但需要逐步适应的学生占 14%; 而对照组能适应传统教学方法的学生占 91%。深入分析可以发现, 认为实验组教学方法能够提高学生兴趣的学生占所实验组的 94%, 而对照组仅有 52% 的学生对传统教学方法有兴趣; 认为实验组教学方法能够提高临床技能的占 95%, 对照组仅 51% 的学生这样认为; 认为实验组的教学方法能够锻炼学生临床思辨能力的占 81%, 对照组有 63% 的学生这样认为。问卷还显示 CBL 联合 RISE 教学法较传统教学法, 在改善师生间沟通、提高学生团队合作能力中起到积极的作用。

3 讨论

中医外科学是以中医药理论为指导, 研究发生于人体体表或窍道, 具有肉眼可见、有形可征等特征的外科疾病证治规律的一门临床学科, 是中医学的重要组成部分。在中医外科的传统教学中, 往往以教师作为主导, 学生由于过度依赖这种被动接受的模式, 难以激发主观能动性, 也导致学生毕业进入临床后, 缺乏发现问题、解决问题的能力, 创新能力也因此成为空谈。

CBL 教学法的核心是以学生为主体、以问题为基础、以教师为主导、以病例为核心的讨论式教学法, 根据真实的病例为教学素材, 将学生带入一个真实的临床情境中, 从而更深入的学习和思考。RISE 教学法要求学生对于某一主题, 自主查阅最新的文献和研究进展, 并以此为基础在课堂上进行师生讨论, 这是一种以提高学生自主思考能力为基础, 锻炼学生科研能力为目标的教学方法。

我们尝试将这两种教学方法引入中医外科学的教学实践中, 通过联合使用, 期待能发挥 1+1>2 的联动作用。通过对上述实验结果的分析我们得出, CBL 教学法联合 RISE 教学法具有以下优势:

(1) 提高了学生自主学习的能力。教学是引导学生知道学什么、如何学的过程, 即“授人以鱼, 不如授之以渔”。CBL 教学法联合 RISE 教学法让学生化被动为主动, 成为了知识的“狩猎者”, 提高了学生的自主学习能力和独立思考能力, 激发了学生的学习兴趣。

(2) 加强了学生理论与实践相结合的能力。刚进入临床实习的规培医生还没有完全进入角色, 往往对于临床学习模式感到不知所措。医学临床问题是各学科综合所得的结果, 是比较复杂的一门学科, 而 CBL 教学法联合 RISE 教学法可以打破各学科间的界限, 让学生直面临床问题, 结合实际, 尽快的适应临床医生的角色, 为将来走向一线工作岗位打下基础。

(3) 发挥教学相长的作用。CBL 教学法联合 RISE 教学法需要教师在课前进行大量准备, 除了更新自己的知识储备外, 还需在如何引导学生提问、如何给学生留下思考线索等方面加入巧思。为了达到这些教学目的,

教师必须在课前深入学习,才能更好的引导学生。

我们发现,虽然 CBL 教学法联合 RISE 教学法在很多方面优于传统教学模式,但仍有一些亟待解决的缺陷。首先,本教学法需要教师在课前做好充足的准备工作,并且对于教师的沟通能力、引导能力有较高的要求,如果学生没有充分发挥自主性,那么本教学模式将流于形式,进而演变成传统的带教模式。其次,CBL 教学法联合 RISE 教学法需要教师在课前接受系统培训,这对于临床工作繁忙的附属医院而言,如何平衡“医生”和“教师”两种角色、如何让带教老师有更多的时间投入到教学工作中去,亟需职能部门与临床科室整合协调。

综上所述,CBL 教学法联合 RISE 教学法收到了较好的教学效果,在提高学生临床思辨及主动学习能力方

面,都取得了令人欣喜的成效,值得在中医外科其他临床科室中进一步推广。但同时,此教学法也存在一些问题,需要临床和教学工作者不断努力改进与探索,以达到更满意的教学效果。

参考文献

- [1] 吴红艳,韩莉,王嘉军. RISE 教学模式在医学微生物教学中的应用[J]. 卫生职业教育,2013,31(4):59-60.
- [2] 刘晶,司斯,孟涛,等. 国内 CBL 教学在住院医师规范化培训中应用效果的系统评价[J]. 卫生职业教育,2018,36(12):130-133.
- [3] 王昌军,侯威,王亚平,等. CBL-RISE 教学模式在医学物理学教学中的应用[J]. 中国高等医学教育,2016(11):114-115.
- [4] 林楠,孙若文,尚云晓,等. CBL 联合 RISE 教学法在儿科学教学中的应用[J]. 卫生职业教育,2017,35(9):61-63.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李琼 收稿日期:2018-09-14)

引导式教学法在中医内科教学中的应用[※]

袁利梅¹ 范立华^{2*} 栗俊伟²

(1 河南中医药大学针灸推拿学院中医内科教研室,河南 郑州 450046;

2 河南中医药大学第三附属医院心血管科,河南 郑州 450008)

摘要:在以创新为主导的当今社会和中医药发展日新月异的新时代下,如何为社会输送合格的新型中医药人才是中医教育工作者急需思考的问题之一。本文借助于中医内科学这门课程,探讨引导式教学法的优势及设计方法,明确了该法对于引导学生自主学习、培养学生分析问题、解决问题的能力有积极的引导作用。

关键词:引导式教学法;中医内科学;引导作用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.009

文章编号:1672-2779(2019)-02-0020-03

The Application of Directional Teaching Method in the Teaching of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

YUAN Limei¹, FAN Lihua², LI Junwei²

(1. College of Acupuncture and Massage, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Department of Cardiology, the Third Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: In the modern time dominated by innovation, how to deliver qualified innovative talents for the society is one of the urgent problems for educators. This article is based on the course of traditional Chinese medicine, to explore the advantages and design methods of guided teaching method, it is clear that this method has a positive guiding role in leading students to self-study and training students' ability to analyze and solve problems.

Keywords: guiding teaching method; internal medicine of traditional Chinese medicine; guiding role

2012年《教育部关于全面提高高等教育质量的若干意见》中明确指出:要牢固确立人才培养的中心地位,全面实施素质教育,同时要创新教育教学方法,激发学生学习专业兴趣和学习动力。强调教师通过转变教学方式从而引导学生变被动为主动的学习方式,让学生全面发展作为医学教育改革的重要任务”。引导式教学过程让学

生的主体作用和教师的主导作用的有机结合^[1],该教学法重在引导学生主动参与到学习中来,让其由客体转变为主体,使其逐步适应自主探究、相互交流的学习方式,以期培养合作精神和团队精神,激发学习兴趣^[2]。本教学法是以学生为主导、教师适时引导的教学方法,能够极大地激发学生学习中医的兴趣,提高学习积极性,是当今中医教学方法改革中的必然选择。

1 引导式教学法在中医内科教学中的优势

1.1 夯实学生理论基础 中医内科学是中医学的基础课程之一,它集中基、中诊、中药、方剂等多门课程于一体,

※ 基金项目:河南省高等教育教学改革项目[No.2014SJKLX229];河南中医药大学研究生教育教学专项课题[No.2014YJS.004]

* 通讯作者:zcy120205@163.com

内容涉及诸多学科。如何协助学生构建中医课程框架成为中医内科学教师亟待解决的问题之一。传统的“灌输式”教学模式，学生无法自主思考、切身体会及参与实施，难免存在理论与实践无法有机结合、框架构建不牢固等弊端。如在中医内科教学中采用引导式教学，如课堂提问引起互动，可以设问：如何理解“胸痹之为病，阳微阴弦是也”？由于学生对自然界中阳气有一定观察，加之中基、经典等课程的学习，引导他们尽可能做到理论联系实际，在一定程度上激发其学习兴趣，引导学生深度思考，加强知识记忆的同时可起到温故而知新的效果。

1.2 培养学生自主学习能力 随着社会的高速发展和知识内容的推陈出新，仅靠课堂的知识已无法满足职业发展需要。引导式教学法是以问题为导向，引导学生自行寻求答案的过程。学生通过书籍、网络等多种途径寻求答案，此过程不仅能够很好地培养学生分析问题、解决问题的能力，同时也培养了学生自主学习的能力，以便为将来更好地适应社会发展和职业规划打下良好基础。

1.3 利于培养学生独立思考和创新的能力 传统教学模式往往是教师将知识填鸭式地灌输给学生，虽传授了知识，却忽视了培养学生开拓思维、探索新知识的能力，长此以往这种教学方式直接导致学生惰性思维，弱化了积极参与、自我创新的意识，使其逐渐丧失独立阅读、思考、体会、解决问题的习惯和能力，最终导致创造性思维能力的退化^[3]。在以创新为主导的年代，引导式教学法显得至关重要。以中医内科学中感冒为例，引导式教学法的应用让学生在学此病之前就充分认知了该病，全面了解了历代医家对该病的认识及治疗策略，极大调动了学生学习的积极性。此过程将学生由被动获取知识，转变为主动查询、交流而获取知识，由客体转变为主体，较好地培养了学生独立思考和自主创新能力。

2 中医内科教学中引导式教学方法的设计

2.1 指导学生多渠道提前预习学习内容 提前向学生告知学习内容，让其借助中医四大经典、各家医学论著、名家医案及丁香园、中医在线等资源做好充分的预习，以期建立系统、全面的知识构架，力争做到让学生带着问题学习，促成被动向主动的转变。并鼓励学生课上积极陈述自己的观点，同时提出诊治方案，自主获取知识的同时，进一步夯实所学概念、知识点，以达到熟能生巧、读书百遍其义自见的目的。同时便于学生发现自身学习过程中还存在的问题，以便更好地探寻有效的学习方法。

2.2 将临床病例引入课堂教学中 生动、鲜活的临床病例不仅能吸引学生的注意力、调动学习的积极性，同时还让学生对所学内容加深印象。针对不同章节内容，可引入与之相关的临床案例。如“喘证”这一疾病，可将国医大师张磊教授所诊病案展现于课堂，让学生在充分认识该病的同时，学习名医名家诊病经验。又如“水肿”

这一疾病，可将图片采用 PPT 方式播放，让学生深刻记住水肿的表现，并结合病例及名家经典全面分析水肿病因病机。总之，典型临床病例的引入能够活跃课堂气氛，让学生将课堂知识从机械性的记忆转变为记忆性的理解。笔者多年教学经验发现此法可作为引导式教学法的重要内容之一。

2.3 增加讨论性实践教学内容 讨论性实践教学指在教师指导下，组织学生就某一论题展开互动式讨论。此法不仅能充分调动学生的学习积极性和主动性，着重培养学生自学能力和探索精神，还能锻炼学生的演讲口才，培养其团队合作精神^[4]。讨论性实践教学是一种开放性的教学方法，有利于发散学生的思维，拓宽知识面，同时要求教师以博学、幽默、睿智、风趣的教学方式征服学生，有利于教学水平的提高，是引导式教学法中不可或缺的组成部分。

2.4 增加提问式教学内容 提问式教学又称为苏格拉底式教学方法，是教师围绕讨论问题不断向学生提出问题，以促使学生思考^[5]。比如讲授“胸痹”时，可先向学生展示临床病例，后提问学生胸痹发生的原因、机制，及生活中突遇此病的解决方法，以了解学生处理紧急问题及突发问题的应急能力。然后让学生带着问题去学习胸痹的更多内容，同时加深对胸痹的理解及记忆。教师提问学生的同时，允许学生向教师发问，必要时规定提问时间及答题时间，帮助学生较好地树立时间观念。依据学生回答问题的方法、思考问题的全面性、表达问题的连贯性及陈述时的仪表等给予相应分值，并纳入期末总成绩。此过程有利于培养学生思考的深度及广度。

2.5 有针对性的采用情形模拟教学法 枯燥乏味的文字教学难以让学生长时间记住学习内容，而生动有趣的情形模拟则改变了这一现象，能够让学生轻松地长时甚至永久记住所学内容，因此情形模拟教学法是引导式教学的重要内容之一。仍以“胸痹”举例，可让一名学生扮演一饱餐后、背着重物的老者，同时让多名学生制造出大雪纷飞的场景。这样学生记住年老体弱、饱餐、劳累及精神紧张、受寒等引起胸痹的常见原因。此教学法有利于增强和巩固学生记忆。

2.6 理论实践结合提高学生兴趣 科学家爱因斯坦说“兴趣是最好的老师”中医内科学是针对有一定中医基础理论的中医院校学生所开设的课程，是一门实践医学。学生虽有一定理论基础，但临床实践较少，难以保持高涨的学习兴趣。这就要求教师将标准病人引入课堂教学中，让学生在学理论的同时结合实践，从学习中体会获得知识的快感和治愈病人的成就感。增加实践机会的同时，还可极大地提高学生学习的兴趣及积极性，变被动为主动。

2.7 借助现代化教学模式提升学生学习兴趣 随着现代化电子产品的迅速兴起，如何让学生借助科技产物提高学习效率成为了高校教师关注的问题之一。“慕课”

凭借其优质教育资源、先进教学方法和教学理念共享的特点,将“以教师为中心”的传统的教学模式转变为“以学生为主体,教师为引导”的主动学习模式,实现了被动向主动的翻转^[6]。学生在获得知识的同时,很好地掌握了现代科技,为打造现代化社会复合型人才奠定良好基础。

3 结语

引导式教学法是一种以学生为主体,教师适时引导的全新教学方法,改变了传统说教式教学模式,代之以引导式、情形模拟、提问式等多种生动有趣的的教学模式。此教学模式的优势在于引导学生发现问题、解决问题,培养勤于思考、独立思考和善于发现问题、解决问题的能力,同时很好地培养学生的团队协作意识、与他人合作的能力等。在以创新为主导的当今社会,引导式教学法对中医药

人才的培养具有重要的现实意义和深远的历史意义,值得在课堂理论教学及临床实践教学中积极推广应用。

参考文献

- [1] 张周林,翁弟芳,邓兰萍. 引导式教学法在解剖教学中的运用[J]. 宜春学院学报,2013,35(12):148-150.
- [2] 毛淑芳,张凤英,赵秀荣,等. 预防医学“实践引导式”教学方法的探索与实践[J]. 中国高等医学教育,2017(10):105-106.
- [3] 徐冰. 关于传统教学方式的一点思考[J]. 陶瓷研究与职业教育.2009,7(4):58-59.
- [4] 陈晓辉,曹珊,詹向红,等. 互动式讨论性教学法在中医学基础课程教学中利弊的探析[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(5):10-11.
- [5] 彭贵军,吴耀松. 互动式教学法在中医院校西医内科学课程教学中应用的探讨[J]. 卫生职业教育,2009,27(12):63-64.
- [6] 任宏艳,王子好,姚琦,等. 慕课在中医院校病理学教学中的应用探讨[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(5):8-10.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张治国 收稿日期:2018-09-21)

基于三维动画的脉象可视化教学研究[※]

钟天宇 宋丹丹 高山 甘沛敏 刘锦鸿 石皓 王静*

(南方医科大学中医药学院,广东 广州 510515)

摘要:脉诊教学一直都是中医诊断学教学的难点。传统脉诊教学方式主要为课堂讲解加临床实践,但是学生们临床实践较少,所以课堂成为学生们主要的学习阵地。对于脉象的描述文字,有“心中易了,指下难明”的特点。本文基于专业三维软件 3ds Max 和专业游戏引擎 Unity,以脉波图为参考,使脉象 3D 化。该程序的研制不仅使中医脉象具体化、立体化,而且具备容量小、界面简单、易操作以及可以在电脑和手机上运行的特点,可以让学生课后随时随地学习各个脉象,加深学生对脉象的理解,也能让教师在课堂利用投影辅助讲解,从而提高教学效果。

关键词:脉诊;教学;三维;可视化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.010

文章编号:1672-2779(2019)-02-0022-04

Research on Pulse Visualization Teaching Based on 3D Animation

ZHONG Tianyu, SONG Dandan, GAO Shan, GAN Peimin, LIU Jinhong, SHI Hao, WANG Jing

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

Abstract: Pulse diagnosis teaching has always been a difficult point in TCM diagnostics teaching. The traditional pulse diagnosis teaching method is mainly for classroom explanation as well as clinical practice. However, students have little of opportunities for clinical practice, so the classroom explanation becomes the main learning method for students. For the description text of the pulse, there is a characteristic that the students are easy to understand the description text but hard to truly comprehend the elements of pulse when they are doing clinical practice. This article is based on the professional 3D software 3ds Max and the professional game engine Unity, as well as taking pulse diagram as a reference to make the 3D animation of pulse. The development of this program not only makes the pulse of TCM three-dimensional, but also has the characteristics of small capacity, simple user interface, and easy operation and can be running on computer and mobile phone. It can help students learn the pulse any time and place after class and deepen the understanding of students. It can also be used by teachers in the computers to help them with explaining, thus improving the teaching effect.

Keywords: pulse diagnosis; teaching; three dimension; visualization

脉诊教学历来是中医教学的难点之一,其难点在于脉象的深奥和抽象,无论是课堂讲授或临床实践均

无法阐述和辨别不同的脉象,这就给脉诊的教与学带来困难。目前,随着信息化、网络化时代的到来,信息化教育开始在教育行业中普及。在脉诊的信息化教学上,不断涌现出各种现代技术产品,如脉波图、脉象的 Flash 动画等。但是,这些脉象可视化的产品多是二维的,只能从一个平面的层次上去展示,且多以圆

[※] 基金项目:广东省自然科学基金博士启动项目【No.2015A030310357】;广东省中医药管理局项目【No.20142103】

* 通讯作者:63592872@qq.com

的运动或线的变形为展现形式，不能体现脉象的立体感和变化感。

本文基于3D动画的制作原理，应用3ds Max、Photoshop、Unity软件制作常见脉象的3D动画图，这不仅使中医脉象具体化、立体化，也为脉诊的教学与研究提供一个全新的思路。

1 内容与方法

1.1 研究目标 应用3D动画技术展现常见的中医脉象，辅助以脉波图动画和文字介绍，制作手机版本程序和电脑版本的程序，让学生和教师都可使用，提高脉诊教与学的效果。

1.2 研究内容 根据古今文献中脉象特征的记载，明确常见脉象的八个要素（脉位、脉宽、脉长、脉率、脉力、紧张度、流利度、均匀度）特征，应用3D动画技术制作常见脉象的3D动画，并将其应用于理论教学中。

1.3 研究方法 明确常见脉象（浮、沉、弦、濡、迟、数、促、结、代、滑、弦）的脉象特征^[1-3]，区分其脉象要素。（2）制作常见脉象的3D动画。本文使用软件及版本：3ds Max 2012；Unity 2017.2.0f3；Photoshop cs5。（3）导出为手机程序和电脑程序并应用于教学实践，并及时获取反馈意见，使其不断地修改完善。授课对象：中医、中西医临床、针推专业的本科生。

附1：脉象3D动画制作方法：

①“3dsmax”建模：3ds Max是专业的三维动画制作软件，提供了全面的3D模型制作和动画制作功能，可以灵活地制作出需要的效果。笔者主要使用此软件的三个功能：建模、变形器、曲线编辑器。

本研究首先应用该软件制作一个管状体3D模型，以管状作为起始形态，再通过局部放大和移动的方式，制作脉搏膨胀和按压的形态，作为终末形态。然后通过“变形器”功能分别制作从起始形态过渡到终末形态的动画（见图1~3）。



图1 管状体的正常形态



图2 管状体的膨胀形态



图3 管状体的按压形态

②“3dsmax”变形器^[4]：变形器可以让一个物体的形态过渡到另外一个形态，也可以制作多因素影响下的变形。本研究在建模后的三种状态（图1~3）基础上，利用“变形器”功能，让普通形态的管状体，朝着膨胀、按压等形态进行变形，其受到影响的程度则通过“形变值”来控制。如图4~6，管状体在不同“形变值”的影响下，有不同程度的膨胀。



图4 “形变值”为0%



图5 “形变值”为50%



图6 “形变值”为100%

③“3dsmax”关键帧、曲线编辑器^[5]：关键帧是动画领域常用的一个概念，指针对某个参数，设定好起点的时间、数值以及终点的时间、数值，程序会自动生成在这两个时间点之间的参数变化，每一个时间点及其包含的数值信息，则被称为一个关键帧，可理解为数学上的 $y=f(x)$ 。这两个关键帧之间将自动生成一个函数关系，可以是线性关系，也可以是非线性关系。曲线编辑器则是3dsmax处理关键帧的一个重要功能，可以编辑多个关键帧所组成的函数曲线图（见图7~8）。本研究按照脉波图^[2]来编辑“曲线编辑器”里的曲线，使管状体搏动的变化符合脉波图特征，达到使脉波图3D化的效果。

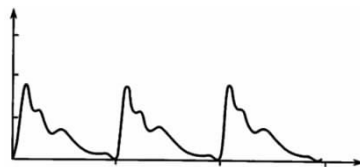


图7 平脉脉波图

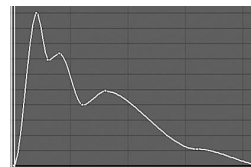


图8 “曲线编辑器”中的曲线图

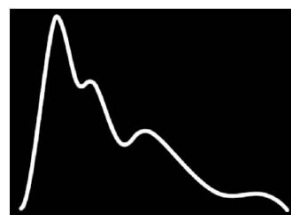


图9 平脉脉波图2D动画图

④“Photoshop”制作脉波图2D动画：脉波图主要表述脉动应指的形态，即在一定的取脉压力下，指感随时间变化的特征。由主波、重搏前波、和重搏波3个波峰组成。可反映脉象的紧张度、流利度、均匀度等^[1]。本研究使用Photoshop将脉波图制作作为2D动画（其动态效果类似于心电图），让学生们可以据此想象指感变化，进一步理解脉搏特征。

以平脉脉波图为例，制作脉波图的2D动画，其视觉效果见图9。

⑤“Unity”整合资源^[6]：本研究使用Unity对以上各种素材进行整合，并创建用户界面来对3D动画、脉波图2D动画和文字介绍进行控制。其中脉象的3D动画图体现了以下属性：脉位、紧张度、脉率、脉律、流利度。

I 脉位异常：脉位异常的相对脉是浮脉和沉脉。在Unity里创建一个长方体，并处理为扁平状态，代表脉管上的皮肤。并在Unity里通过控制脉管和皮肤的距离来

表现脉位，距离较近的为浮脉，距离较远的为沉脉。见图10~12。



图10 正常脉位



图11 浮脉的脉位图



图12 沉脉的脉位图

II 紧张度异常：紧张度异常的相对脉是弦脉和濡脉。本研究一是依照脉波图制作脉搏动画，二是制作按压的动画：弦脉和濡脉的脉象特点主要表现在脉管的硬软，其中弦脉脉管较硬，濡脉脉管较软。从3D动画显示效果看，按压部位凹陷较浅者为弦脉，较深者为濡脉（见图13~14）。再结合前文提到的曲线编辑器技术，做出向下按压后弹起的效果。



图13 弦脉



图14 濡脉

III 脉率和脉律异常：使用 Unity 的 Animation 和 Animator 功能同步控制 3D 动画和 2D 动画的播放速度。脉率异常的相对脉是迟脉和数脉，通过改变 Animator 里的速度值来控制脉搏的速度。脉律异常的相对脉是促脉、结脉和代脉，通过对 Animator 里的速度值设置关键帧，产生在一段时间内速度变化的效果，甚至可以在某个时间点上把速度设置为 0，产生暂停的效果，以此达到脉搏节律不齐的效果。

IV 流利度异常：结合 3DSMAX 的“曲线编辑器”和脉波图制作，前文已叙述，此处不再赘述。

附2 “Unity” 用户界面制作^[6]

①用户界面主要按钮：用 Unity 自带的 UGUI 系统，制作了两级菜单来选择异常脉象的分类和具体脉象名，以及文字介绍和脉波图切换的功能。如图 15，“紧张度异常”处为一级菜单，点击小箭头，会出现“脉率异常”、“脉律异常”等类型，选择不同的类型，可以调出不同的二级菜单。“弦脉”处为二级菜单，点击小箭头，会出现“濡脉”的选项。“脉波图”处可以选择“脉波图”和“文字介绍”，可以选择展示脉波图动画或者文字介绍的模块。此外，针对弦脉和濡脉的按压效果，在“展示脉搏”处笔者制作了脉搏动画和按压动画的切换功能。



图15 主要按钮

②“Unity” 3D 动画播放管理^[6]：本研究共制作了12个脉象的 3D 动画、文字介绍、脉波图动画，并使用 Unity 的 Animator 系统和代码，通过控制编号的方式来系

统控制每个素材，使某个脉象的 3D 动画、文字介绍和脉波图动画能同步地呈现给学生和老师。

2 研究结果

2.1 12个常见脉象的特征和3D效果如下 本程序的主要内容为动画，无法静态展示，在此仅仅介绍各种脉象的程序截图。相关文字描述参考各版本《中医诊断学》^[2-3,5]。

(1) 平脉：一息四、五至，相当于 70~80 次/分；不浮不沉，不大不小，从容和缓，流利有力；寸、关、尺三部均触及，沉取不绝。脉波图中脉形和缓从容，呈现三峰波；脉率中等；大小、节律均匀。见图 16。

(2) 浮脉与沉脉：浮脉：轻按即得，重按反减；举之有余，按之不足。脉搏显现的部位较浅。脉形、脉率不拘。见图 17。沉脉：轻取不应，重按始得；举之不足，按之有余。脉搏显现的部位较深。脉形、脉率不拘。见图 18。

(3) 弦脉与濡脉：弦脉：端直以长，如按琴弦。切脉应指有挺直和劲急感，故曰“从中直过”、“挺然于指下”。脉形呈宽大主波，波谷抬高。见图 19。濡脉：浮而细软，应指少力，如絮浮水，轻手相得，重按不显，又称软脉。脉形呈三峰或双峰，升降和缓。见图 20。按压效果见图 23和图 24。

(4) 滑脉与涩脉：滑脉：往来流利，如盘走珠，应指圆滑。见图 21。涩脉形细而行迟，往来艰涩不畅，脉律与脉力不匀，应指如轻刀刮竹。故可理解为不流利脉。脉形艰涩，节律不匀。见图 22。

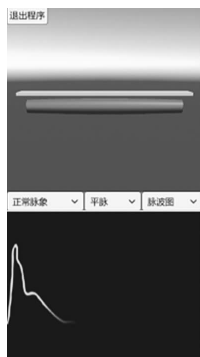


图16 平脉

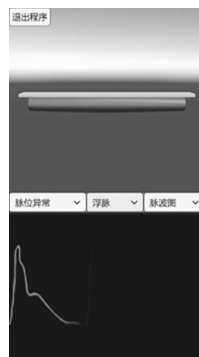


图17 浮脉

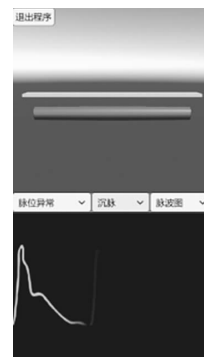


图18 沉脉

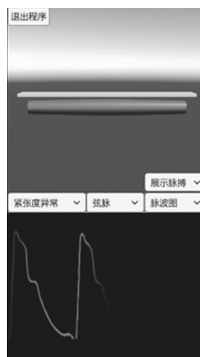


图19 弦脉

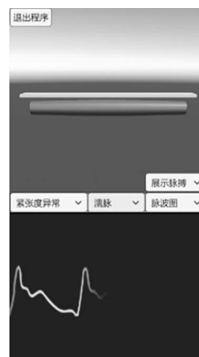


图20 濡脉

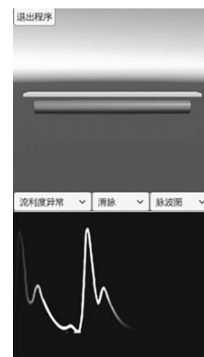


图21 滑脉



图22 涩脉



图23 弦脉(按压效果)

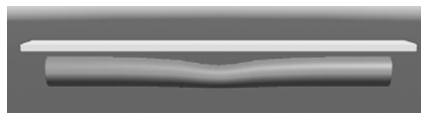


图24 濡脉(按压效果)

注:迟脉、数脉、促脉、结脉、代脉的特点在于速度和节律的变化,在此难以展示

2.2 教学效果 通过对脉波图等脉象要素的研究,笔者使用 3dsmax 和 Unity 建立了一个脉象教学程序。此程序整合了脉象教学 11 个常见脉象的 3D 动画、脉波图动画和文字介绍,并通过菜单进行灵活的管理。不仅能展示脉位、脉率、脉律等较为直观的要素,也能展示紧张度、流利度等较为抽象的要素。这套系统能以更直观更全面的方式进行脉诊教学。在教学实践中,学生们普遍反映此程序展示效果很好,不仅能展示 3D 动画,也能让学生们结合 2D 动画、文字介绍等辅助记忆脉象特征。此外,本程序导出了手机版本,可随时随地学习,深受学生认可。

3 讨论

随着计算机技术的发展,高等教育领域已经开始将图像化、可视化的技术引入课堂,大大提高教学效率。而这类技术在中医教学领域应用较少。本文主要介绍了一个脉象展示软件的制作过程,此款软件不仅很好地辅助脉诊教学,而且其所展示的脉象具有三维效果,较为贴近实际,且操作简单、并能在电脑和手机上运行,这些特点使学生学习脉诊的积极性提高,兴趣增加,从而提高脉诊的教学效果。与此同时,该教学尝试亦为计算机辅助教学应用于中医领域提供一个新思路。但是,由于目前尚缺少脉象的客观描述资料,故该软件还需要不断完善。

参考文献

- [1] 王静,曲宏达,段新芬,等. 脉图绘制训练法在脉诊教学中的应用及效果评价[J]. 中医教育,2017,36(3):17-20.
- [2] 费兆馥. 费兆馥中医诊断学讲稿 [M]. 人民卫生出版社,2009:170-182.
- [3] 李灿东. 中医诊断学[M]. 中国中医药出版社,2016:100-111.
- [4] 何勇. 水晶石技法 3dsMax2014 动画制作高手之道 [M]. 人民邮电出版社,2014:101-201.
- [5] 朱文锋,袁肇凯. 中医诊断学[M]. 2 版. 人民卫生出版社,1999:388-411.
- [6] Unity Technologies. Unity5.X 从入门到精通[M]. 中国铁道出版社,2016:292-294.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 静 收稿日期:2018-09-14)

针灸学手太阳小肠经的说课设计

彭传玉

(安徽中医药大学针灸推拿学院,安徽 合肥 230012)

摘要:《针灸学》是针灸推拿专业的基础课程,对针灸临床及其他临床各科具有指导意义,是培养高水平、高素质中医针灸人才的必修课之一,该课程内容丰富、知识点繁杂、难理解。本文通过针灸学《手太阳小肠经》的说课设计,从教材、教学方法、教学目标、教学过程分析、课堂总结以及实践操作等方面进行探讨,使学生能够更好的掌握相关知识,提高教学效果。

关键词: 针灸学;手太阳小肠经;说课

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.011

文章编号:1672-2779(2019)-02-0025-03

The Lesson Design of Taiyang Small Intestine Meridian of Hand of Acupuncture and Moxibustion

PENG Chuanyu

(College of Acupuncture-Moxibustion and Massage, Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Province, Hefei 230012, China)

Abstract: The acupuncture and moxibustion is the basic course of acupuncture and massage. It is of guiding significance to the clinical and other clinical departments of acupuncture and moxibustion. It is one of the required courses for cultivating high quality and high quality Chinese acupuncture and moxibustion talents. This course is rich in content, complicated and difficult to understand. This article is designed by the teaching of taiyang small intestine meridian of hand of acupuncture and moxibustion. This paper discusses the teaching materials, teaching methods, teaching objectives, teaching process analysis, classroom summary and practical operation, so that students can better grasp the relevant knowledge and improve the teaching effect.

Keywords: acupuncture and moxibustion; taiyang small intestine meridian of hand; presenting a teaching plan

说课,是在教师精心备课的基础上,向同行和专家叙述教学设计及其依据,并与同行和专家共同研讨教育

教学理念和提高教学质量的一种教学研究活动。通过说课,可以提高教师对教学大纲的理解能力、对教学方法

的运用掌握能力以及对学生学习方法的引导能力^[1-2]。

《针灸学》是针灸推拿专业的基础课程,对针灸临床及其他临床各科具有指导意义,是培养高水平、高素质中医针灸人才的必修课之一。但是,该课程内容丰富,知识点繁杂、难理解,需要学生记忆的内容较多,学生容易产生厌倦感,难以掌握所学内容。因此,要求教师在平时的教学过程中,精心备课,充分的运用多种教学方法,优化教学结构,激发学生学习兴趣,提高教学效果。本文对针灸学中篇各论内容手太阳小肠经进行说课设计,从教材、教学方法、教学过程分析等方面进行探讨,使学生能够更好的掌握相关知识,提高教学效果。

1 教材分析环节的设计思路

1.1 教材的选用 本文选用的是全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材,由梁繁荣、王华主编的《针灸学》(中国中医药出版社,2016年第4版)^[3]第三章第六节的内容。在此之前,学生已学习了经络总论和腧穴总论的内容为本节学习起到铺垫作用。

1.2 教材的地位和作用 本文的内容是教材《针灸学》中篇经络腧穴各论的第六节,具有承上启下的作用,是承接上篇经络腧穴总论和针灸治疗学的桥梁内容,是本教材的重点内容。

1.3 教学内容 本节内容包括经脉循行、主要病候、主治概要和本经腧穴四部分内容,本节约占2个学时。

2 教学目标分析环节的设计思路

本课授课对象是大学二年级非针推专业学生,学生在已经系统掌握了正常人体解剖学、中医基础理论、中医诊断学等相关基础课程。因此,根据实际情况,从情感和态度、知识、能力三个层面制定了本节课的教学目标。

2.1 情感和态度目标 激发学生学习的积极性,塑造学生良好的学习态度,培养学生尊重、关心和体贴患者。

2.2 知识目标 要求学生掌握手太阳经脉循行以及重点腧穴的定位、主治和操作方法,同时需要熟悉经脉病候和主治概要。

2.3 能力目标 通过课堂教学,能够正确掌握经脉循行路线及重点腧穴的定位和操作方法,培养学生的动手能力及与病人沟通的能力。

3 教学重难点分析环节的设计思路

教学重点是手太阳经的经脉循行、重点腧穴的定位、主治和操作方法,教学难点是重点腧穴的准确定位,腧穴的定位书上仅为文字描述较为抽象,学生在实际操作过程中需要注意取穴要点结合解剖学知识,掌握针刺的操作要求,注意针刺安全性。同时正确理解经脉的病候,如“主液所生病”等。

4 教法和学法分析环节的设计思路

4.1 教法分析 为突出重点,掌握难点,采用“病案讨论

法”、“直观演示法”和“归纳比较法”等教学方法。首先通过多媒体PPT案例“针刺治疗产后缺乳”,引出本节课的内容,提出问题,如何采用针灸的方法去治疗。对经脉循行、重点穴位定位除进行理论讲授、多媒体教学外,还应结合直观演示法,提高学生学习的兴趣,充分调动学生的学习积极性和主动性。

4.2 学法分析 通过本节课的学习,学生应该掌握手太阳经的经脉循行和重点腧穴,提高学生自主学习能力和临床动手能力。

5 教学过程分析

根据学生专业特点和教学要求,本节课在教学设计上需突出重点,突破难点,本节课的教学程序总体安排设计为80min,内容包括:导入新课(5min)、新课教学及病案讨论(50min)、课堂小结(10min)、实践操作(15min)。

5.1 导入新课 首先通过案例“针刺治疗产后缺乳”提出问题,引出如何通过本节课所学内容解决案例中的问题。紧接着展示本节课的教学内容和目标,需要掌握、熟悉和了解的相关内容,使学生有心理准备。

5.2 新课讲解及案例讨论 根据教学目标,采用多媒体教学动漫演示进行经脉循行的讲解,并将医古文中重点及难以理解的词语进行详细讲解,帮助学生理解原文,同时讲述手太阳经为“肩脉”,在讲授经脉循行中应结合经络总论中经脉在体表的分布规律引导学生自己归纳手太阳经的经脉循行概况。在经脉病候中可以归纳为经脉病候和脏腑病候,增加理解手太阳经病候为“主液所生病”的讲解。液,与手阳明经主“津”相对。清而稀薄者称为“津”,浊而稠厚的叫作“液”,津主要分布于肌表,有温养肌肉,润泽皮肤的作用;液多藏于关节、孔隙,有润滑关节、补益脑髓、濡养孔隙的作用。本经主“液”所生病,所举病症有“耳聋,目黄,颊肿”等,其涉及部位为耳、眼、面颊等处,这些是手太阳经脉到达,也是“液”所润泽之处。因此,用“液”来概括有关病症就比较合适。另外,所列病症中无小肠腑症,自然不适合说明是主“小肠”所生病^[4]。在讲重点腧穴的定位应结合直观演示法加深学生的印象便于学生的理解。教师需要突出讲解少泽、后溪、腕骨、养老、指正、小海、肩贞、天宗、颧髎和听宫等穴。对于重要腧穴的主治作用应当引导学生结合腧穴总论中“腧穴的主治规律”以及腧穴命名的意义进行分析归纳。除了讲解它的一般作用外,还应突出它们的特殊作用,比如少泽穴有通乳的作用,可以联合导入课案例讲解。同时,还应补充一些相关内容,比如,肩贞穴治疗肩关节疾病,可以补充“肩三针”肩贞(手太阳小肠经)、肩前穴(经外奇穴)、肩髃、大肠经等相关配穴。在新课讲授结束后,围绕案例进行讨论,如何用本节课所学内容解决案例中的问题

以加深印象。

5.3 课堂小结 对本次课的内容进行小结,以梳理本节课所学内容的重点和难点。让学生把所学知识形成知识网,可以对所学知识进行归纳总结,比如腧穴的主治作用,主要包括近治作用、远治作用和特殊作用,近治作用是由腧穴所在位置决定,远治作用由所属经脉决定,需要学生重点掌握的是特殊作用。同时提供教学参考资料信息,布置复习题。

5.4 实践划经点穴 在理论课结束后,将学生分组进行实践课的操作。学生一般分为4人一组,首先由带教老师根据理论学习的内容进行经脉循行演示,学生根据分组进行练习,接着对重点腧穴的定位和针刺进行演练。对于重点腧穴的讲解,应当突出取穴的准确性和安全性,可以鼓励学生采用相互纠错和讨论的方式进行演示,以提高学生学习的积极性,培养观察力和动手能力。

6 课堂反思

通过本节课的教学设计,以下几个方面值得反思:

(1) 认真钻研教材,精心准备教学内容,把握重、难点,采用多种教学方法,力求使学生在积极、愉快的课堂氛围进行学习;(2) 本节内容中与腧穴总论、经络总论中相关的知识点,应让学生注意知识点的关联性;(3) 本节需记忆的知识较多,要使学生理解的基础上记忆,同时可以采用多种学习方法相结合,比如横向归纳记忆法、纵向归纳记忆法、理解记忆法等等,如让学生总结所学经脉中带“海”字的穴位有哪些?分别属于哪条经脉等;(4) 案例的选择要恰当,有助于学生的理解以及适合本节课的教学内容。

参考文献

- [1] 王雁蓉. 说课教学的内涵、意义与实施途径 [J]. 教学与管理, 2011(36):10-11.
- [2] 姜小军. 高校教师说课技巧刍议 [J]. 教育与职业, 2012(3):176-177.
- [3] 梁繁荣, 王华. 针灸学 [M]. 4版. 北京: 中国中医药出版社.
- [4] 程莘农, 程红锋, 程凯. 百年程氏针灸传习录 [M]. 吉林科学技术出版社, 105.

(本文编辑:李海燕 本文校对:何璐 收稿日期:2018-07-03)

新形势下中医养生学本科专业建设及人才培养的思考

戴霞 郭栋

(山东中医药大学健康学院, 山东 济南 250355)

摘要: 本文对新形势下中医养生学本科专业建设的背景和意义、建设现状、人才培养定位、人才需求等方面进行了剖析,指出中医养生学是一门以中医学理论为基础的新兴交叉学科,是对中医学养生理论与实践的丰富和发展,应加强专业建设和人才培养,为社会输送高层次复合型中医养生人才。

关键词: 中医养生学;专业建设;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.012

文章编号:1672-2779(2019)-02-0027-03

Reflection on the Undergraduate Specialty Construction and Personnel Training of Traditional Chinese Medicine Health Preservation under the New Situation

DAI Xia, GUO Dong

(School of Health, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China)

Abstract: This paper analyzes the background and significance of the construction of the undergraduate specialty of Chinese medicine health preservation under the new situation, the present situation of the construction, the orientation of talent cultivation and the demand for talents, and points out that Chinese medicine health preservation is a new interdisciplinary subject based on the theory of Chinese medicine, which enriches and develops the theory and practice of Chinese medicine health preservation and should be strengthened. Professional construction and personnel training provide high level compound TCM health care talents for the society.

Keywords: traditional Chinese medicine health preserving; professional development; personnel training

中医养生学是一门既古老又现代的学科,作为中医学的重要组成部分和特色优势,中医养生学已经经历了数千年的发展历程,历代医家在医疗实践中积累了丰富的中医养生思想,以及行之有效的养生方法,如食疗、针灸、推拿、刮痧、气功、太极拳、导引等。但是在当下大健康战略、新旧动能转换、医养结合背景下,中医养生学需要与

时俱进,它的内涵和外延也应当被重新审视和定义。

中医养生学是一门以中医学理论为基础,突出“天人相应、医养一体”的优势,结合预防医学、健康管理学、营养学等相关学科的最新研究成果,研究预防疾病、促进健康的理论、方法和应用的新兴交叉学科,是对中医学养生理论与实践的丰富和发展。

在健康中国的大背景下,推进中医药健康养生文化的创新性转化和创造性发展,加强中医养生学科建设,积极培养中医养生专业人才,将对实现人人基本享有中医药健康服务发挥重要作用。

1 中医养生专业的建设背景和意义

1.1 国家大健康战略发展的需要 随着我国经济的高速发展和人民生活水平的不断提高,人民群众对中医养生保健服务的需求越来越强烈,迫切需要继承、发展、利用好中医药服务,充分发挥中医养生保健在大健康产业中的作用,造福人类健康。

1.1.1 当下中国人的健康状况并不乐观 2016年《中国人健康大数据》发布,我国慢病负担沉重,如果得不到有效遏制,将严重影响国家长远发展和社会进步。建立一套符合我国国情、有效解决“就医难、就医贵”问题、包含具有中医特色养生服务体系的医疗体制势在必行。中医养生学的发展,可以从根本上转变“重治疗、轻预防”的思想观念,进而引导国民把维护自身健康状态作为应当承担的社会责任。中医养生学的发展,对推动我国医疗改革,完善中西医预防保健和治疗体系具有重要意义;有利于最大程度实现人民健康权益,保护和发展生产力,为全面建设小康社会、构建和谐社会奠定重要的生产力基础。

1.1.2 人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志 党的十九大明确指出,要实施健康中国战略,完善国民健康政策,为人民群众提供全方位全周期的健康服务。2017年中共中央、国务院印发了《“健康中国2030”规划纲要》,大健康上升为国家战略。《规划纲要》中明确提出,要充分发挥中医药优势,发展中医养生保健治未病服务,实施中医治未病健康工程,将中医药优势与健康管理结合,探索融健康文化、健康管理、健康保险为一体的中医健康保障模式^[1]。这些无疑为中医药的发展指明了方向并提供了政策上的有力支撑。

未来15年是推进健康中国建设的重要战略机遇期,是健康产业黄金发展的时期,也是中医养生专业建设和发展的重要时期。大力发展中医养生保健服务、普及中医健康养生知识是实施全民健康战略的重要一环,是把预防为主战略落到实处必不可少关键环节,中医养生在大健康产业中将大有可为。

1.1.3 事业要发展 人才最关键 习近平总书记指出,人才是实现民族振兴、赢得国际竞争主动的战略资源。发展是第一要务,人才是第一资源,创新是第一动力。培养高层次的中医养生专业人才,是国家大健康战略发展的需要,是人民群众的需要。作为高等中医药院校,这是历史赋予我们的责任和使命,我们要勇于担当,责无旁贷。

1.2 中医药事业发展的需要 2015年国务院办公厅印发了《中医药健康服务发展规划(2015—2020年)》,明确了七项重点任务,其中第一条重点任务就是大力发展中医养

生保健服务,支持中医养生保健机构的发展,规范中医养生保健服务,开展中医特色的健康管理。

在2016年2月22日发布的《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》中13次提及“养生”一词,且在七项“重点任务”中再次提出“大力发展中医养生保健服务”,这充分说明国家对中医养生保健事业的高度重视。而在保障措施中,纲要特别提出要加强中医药人才队伍建设^[2]。有关部门已经将中医药防治重大疾病和中医“治未病”列入了国家十三五发展规划重点工作。国家相关政策的落实需要众多通晓中医药理论、养生保健知识及实践能力的中医养生人才。因此,设立中医养生学专业,可以为落实国家促进健康服务业的发展提供人才保证,符合国家和民族的根本利益。

据中国保健协会2012年《中国保健服务产业发展蓝皮书》统计,我国大大小小的保健服务企业总数已达140余万家,从业人员3700余万,而其中多数没有经过系统专业培训,服务欠规范、技术水平不高。到2020年,我国保健服务业年平均增长率有望保持在20%以上,而目前预防保健服务的各类教育、技能培训与社会需求脱节,服务人员跟不上预防保健服务的发展需求,尤其是专业的高端预防保健服务人员严重缺乏^[3]。中医养生人才的匮乏已经成为制约中医药事业发展的一个重要因素,所以培养高质量的中医养生学专业人才迫在眉睫。

2 中医养生专业的建设现状

早在上个世纪八十年代末,南京中医学院、北京中医学院、山东中医学院等多所中医院校曾先后开设中医养生康复学本科专业,但是当时我国经济发展和人民的生活水平还处在相当落后的阶段,大众对养生的认识和社会需求不高,毕业生的就业去向不理想,后因国家本科专业目录调整而取消了该专业。时过境迁,近三十年来,我国经济飞速发展,人民生活水平极大提高,疾病谱发生变化,老龄化程度加深,人民群众对养生保健的诉求日益高涨,中医养生学迎来了前所未有的发展契机。2016年南京中医药大学和成都中医药大学在全国率先申办中医养生学专业并顺利获批。2017年又有云南中医学院、江西中医药大学、山西中医药大学、贵阳中医学院和辽宁中医药大学等五家单位申报并获批。至此,全国共有7所高等中医药院校成为中医养生专业人才的培养基地。不过与当下和将来社会对中医养生专业人才的强烈需求相比,中医养生专业的培养规模仍需进一步扩大。2017年《教育部国家中医药管理局关于医教协同深化中医药教育改革与发展的指导意见》中明确指出,鼓励有条件的高校试办中医药健康服务学院,设立中医养生、中医康复、健康管理等专业,加大应用型中医药健康服务专门人才培养^[4]。在日益增长的社会需要和国家政策的大力扶持下,相信会有更多高校加入中医养生学

专业人才培养的队伍中,承担起为社会输送高层次应用型养生人才的重任。

3 中医养生学专业的人才培养定位

3.1 人才培养目标 培养适应我国经济社会和中医药事业发展及中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展需要的,德、智、体全面发展的,具备良好的人文、科学与职业素养,较强的传承能力与创新精神,较为深厚的中国传统文化底蕴,掌握系统的中西医和中医养生基本理论知识与技能,掌握预防医学、健康管理、营养学等相关学科的知识、方法与技能,能在各级医疗卫生、养生保健相关机构从事中医养生健康服务、人才培养、科学研究和产业发展等工作的复合型专业人才。

3.2 综合素质培养要求 具有正确的世界观、人生观和价值观,具有爱国主义、集体主义精神,诚实守信,忠于人民,志愿为人类健康事业而奋斗;热爱中医养生保健事业,积极运用中医药理论、方法与手段,将保养生命、预防疾病与维护民众的健康利益作为自己的职业责任;崇尚科学,具有科学的态度、批判性思维和创新精神;具有终身学习的观念,具有自我完善意识与不断追求卓越的精神;具备良好的心理素质和健康的体魄。

3.3 专业知识培养要求 掌握中医学包括中医养生学基础理论知识;掌握基础医学、临床医学、预防医学基本理论知识;掌握健康管理学、营养学基本理论知识;掌握其他相关的人文社会科学和自然科学的基本理论和原理;熟悉国家医药卫生工作方针、政策、法律法规;熟悉医疗机构、养生保健机构的工作流程和制度;熟悉中医养生研究和医学科技论文写作的基本方法;熟悉卫生法规,了解国家有关卫生工作的方针、政策。

3.4 专业技能培养要求 具有运用中医养生学与预防医学、健康管理学、营养学等理论知识和技术方法进行中医养生健康服务的能力;具有追踪和了解中医养生学及相关学科理论前沿和进展的能力;具有自主学习和终身学习的能力;具有对中医养生学及相关学科理论和技术进行科学研究和创新的能力;具有较强的英语听、说、读、写能力和信息应用能力。

4 中医养生学专业的人才需求预测

目前,国家已经将中医“治未病”列入了国家“十三五”发展重大项目,未来全面发展医疗保健服务和健康养老服务已经成为国家发展战略,这必将引来社会对于中医养生人才更大需求。中医养生学专业培养的人才可以在各级医疗机构、高等中医药院校、科研机构等医疗卫生领域从事中医养生临床、教学和科研等工作。中医养生学专业人才的就业去向包括。

4.1 医疗机构 全国各层级的中医院、中西医结合医院纷纷设立中医“治未病”中心、养生保健科室或中医体检中心,为患者提供健康咨询、健康维护、健康管理等服

务,需要大量高素质的养生保健人才。中医养生学专业致力于培养适应社会需求的“中医学+预防医学+健康管理学+营养学”的复合型养生人才,是更全面、更精湛的“上工”,是既会治病更会维护健康的中医养生人才,可以为各级医疗机构治未病科提供亟需的对口专门人才。

4.2 养生保健机构 人民群众对养生保健的需求日益高涨,顺应这种需求,各种养生保健机构的开设,直接需要大批的高素质养生人才。目前,各种养生机构的门槛较低,人才素质不高,严重制约了行业发展,亟需高素质专业人以提升服务质量和水平,促进健康服务业的良性发展。

4.3 中医药企业 为顺应社会大众的养生需求,越来越多的中医药企业调整战略发展规划,把中医养生保健产品的研发纳入企业的发展目标,把引进高素质中医养生保健人才作为人才战略加以实施,因而使中医药企业的养生专业人才的需求大幅增加。

4.4 中医药院校 中医养生教育是中医教育事业的重要内容,而教育的关键在于人才师资。只有培养和造就一批素质高、结构合理的中医养生人才队伍,中医养生事业才能兴旺发达、代代传承。因此,中医药院校加强对中医养生保健高级人才的师资培养,乃是当务之急。

4.5 科研机构 中医养生保健的科学研究,是中医养生保健人才培养和学术进步的前提和基础。为了发展中医养生学术,深化中医养生的理论与技术研究,养生科研机构对高素质中医养生学术型人才有直接的需求。

4.6 中医药健康文化传播机构 随着人民大众对养生读物的需求增加,中医养生保健各类图书音像制品成为出版业的重要业务领域,国内各级各类广播、电视、报刊及网络媒体都已经广泛开辟养生保健专栏或频道,大众传媒业需要大量专业的中医养生人才。

5 总结

中医养生学是一门以中医学理论为基础的新兴交叉学科,中医养生学本科专业的设置和建设是国家大健康战略和中医药事业发展的客观需要,应抓住机遇,把握好人才培养定位,着力培养适应我国经济社会和中医药事业发展及中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展需要的“中医学+预防医学+健康管理学+营养学”的复合型中医养生专业人才。

参考文献

- [1] 郭清. “健康中国2030”规划纲要的实施路径[J]. 健康研究, 2016, 36(6): 601-604.
- [2] 桑滨生. 《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》解读[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2016, 18(7): 1088-1092.
- [3] 司建平. 中医药健康服务人才队伍现状及政策建议[J]. 医学与哲学(A): 2015, 36(5): 82-85.
- [4] 刘甦. 教育部和国家中医药管理局发布《关于医教协同深化中医药教育改革与发展的指导意见》. 中医药管理杂志, 2017, 25(16): 2.

(本文编辑:李海燕 本文校对:谢芳 收稿日期:2018-09-05)

互联网 + 课堂新模式 在中西医结合妇产科学教学中的应用

毛思思¹ 雷磊^{2*}

(1 湖南中医药大学硕士研究生2016级,湖南长沙410208;

2 湖南中医药大学中西医结合学院,湖南长沙410208)

摘要:“互联网+”时代的来临,为教育领域提供更多平台,在此背景下,传统教学模式结合互联网移动课堂的新型教学模式更能满足人才培养的需要。中西医结合妇产科学教学中,在传统教学基础上,通过移动课堂的方式,充分利用互联网丰富的教学资源,利于中西医结合妇产科学教学的发展,并有助于培养医学生独立思考、自主学习的能力,提高医学人才的综合能力及素质。

关键词:互联网+;中西医结合妇产科学;教学模式;翻转课堂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.013

文章编号:1672-2779(2019)-02-0030-03

The Application of Internet + Classroom Mode in the Teaching of Obstetrics and Gynecology of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

MAO Sisi¹, LEI Lei²

(1. Grade 2016 Graduate, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

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

Abstract: The advent of the "Internet +" era provides more platforms for education. Against this background, with the arrival of the Internet + era, to provide more platforms for education, in this context, the traditional teaching model is a new model of the new teaching model of the Internet mobile classroom and more satisfying the needs of talent. The combination of Chinese and western obstetrics and gynecology teaching, on the basis of traditional teaching, through the way of mobile classroom, make full use of the Internet rich teaching resources, promotes the development of combination of Chinese and western gynecology and obstetrics teaching, helps to cultivate the medical students to think independently, to study independently, to improve the overall ability and quality of the medical talent.

Keywords: Internet +; obstetrics and gynecology of integrated traditional Chinese and Western medicine; teaching mode; flipped classroom

随着医疗卫生事业的快速发展,如何培养提升医学生的综合能力素质越发重要和紧迫。中西医结合妇产科学这门学科概述了妇产科学中西医基础理论和诊疗特点,囊括了中医和西医的知识,是一门具有科学性、先进性和实践性的一门临床科学。然而,中、西医知识繁多,教学课时有限,给这门课程的教学带来了巨大挑战。如何在有限的课时之内既能让学生掌握、巩固、强化中西医妇产科学的基本理论知识,又能培养学生的临床思维能力、临床实践操作技能,是教学中一直在探讨的问题。

2015年3月,李克强总理首次提出“互联网+”的行动计划。自此,互联网全方位融入到人们生活中的各个领域。“互联网+”课堂新模式^[1]又叫做“翻转课堂”,从英语“Flipped Class Model”翻译过来的术语,它与传统的教学模式不同。学生在上课前自己通过在网上浏览教学视频或者搜索教学资料来进行预习,课上通过与教师及同学之间的互动讨论来解答课前学习中所遇到的问

题,从而掌握所学知识。这样一种将传统的课堂教学内容及时间地点进行翻转的方式被称之为“翻转课堂式教学模式”。中西医结合妇产科学是临床科学的重点课程,因此将课堂新模式应用于中西医结合妇产科教学中,是未来医学人才综合能力素质的培养以及提高教学质量必不可少的教学模式。本文通过总结课堂新模式在中西结合妇产科学教学中优势的基础上,从多个角度分析其在中西医结合妇产科学课堂中应用的可行性。

1 传统教学模式的方式及缺点

传统的教学模式以教师“满堂灌”的方式讲授知识,学生被动接受为主,教师在课堂上讲解教材,讲授完后提问,课后布置作业。评价则以期末考试卷面成绩加平时出勤成绩、实验成绩等组成。

随着多媒体技术的广泛应用,虽然教师目前讲授知识以PPT课件的形式为主,但课堂讲解也大多是教材内容的简单堆砌,讲课方式也只是对照课件的解读,学生被动接受知识,并没有本质的区别。中西医结合妇产科学知识点繁多、课时少、时间短,教师在课上与学生互动少,

* 通讯作者:leilei1398@sina.com

授课方式单一,无法引起学生的听课兴趣,学生课上无法提问。大学时代,课后教师与学生之间很少有时间接触,无法解答学生的疑惑。中西医结合妇产科学中的临床操作技能因涉及到女性的隐私,没有实践操作,学生学习积极性不高,容易导致学生理论知识不扎实,临床操作技能不熟悉,因此传统的教学模式已难以满足时代的需求。

2 课堂新模式的方式及优势

课堂新模式以学生自觉主动接受知识为主。在院校、医疗机构的政策扶持、硬件建设和技术支持下,教师从每个疾病的各个知识点入手,将各个知识点的内容制作成教学视频上传至微课上,突出重点知识,学生在课前自主上网查看相关教学视频预习功课,且视频的各个知识点讲解之后有相应的题目,只有答对之后才能继续进一步观看下一个知识点的讲解视频。遇到知识盲点可以及时通过平台与在线教师及同学讨论解答疑惑,也可在课堂跟教师、其他同学互动寻求问题的解答。比如讲解中西医结合妇产科学中“异位妊娠”这一知识点,可以让学生课前自觉观看微课视频,学生结合微课中的真实案例给出诊治的思路,并让学生思考引起停经阴道流血的疾病有哪些?如何鉴别?学生根据相关问题上网搜索资料及搜查课本等图书资料,在课堂上给出自己的答案,同学之间可互相补充,疑惑之处可互相讨论,最后由教师引导并总结。这种教学模式,更能培养学生的独立思考能力及临床思维能力,而不是局限于书本知识的死记硬背。微课视频在网上可以长期保存,学生可以根据自身情况自由安排学习,且课外可以快进、暂停、后退、重复观看教师的视频讲解。视频制作过程中运用动画、3D效果等表达方式,使枯燥的学习内容变得生动丰富,这种方法可以很大程度激发学生学习的兴趣和积极性,让学生在轻松的学习氛围中理解和掌握重点。

3 课堂新模式中对教师的要求

3.1 教师应提高自身教学能力 课堂新模式中^[2]教师不再是单纯的知识教授者,更要去引导学生如何运用知识。中西医结合妇产科学专业性强,每个疾病可分割成层次深度不同的知识点模块。在教学过程中,注意知识点模块承前启后的衔接关系,兼顾课与课之间的关系,使学生在循序渐进中学习。若课堂上讨论的问题涉及到后面的知识点模块,教师应对不同问题进行针对性、有效性、快速性的解决,将教学过程的个性与共性统一起来,避免对今后的学习构成潜在性阻碍^[3]。这就需要教师自身专业知识扎实,并且在教课之余,也要时常吸收更新的医学知识充实自身。创建教学视频前,应根据所讲解的疾病知识点,搜集真实病例以及搜索相关文献等素材,且内容层次要明确。视频内容的教授形式可以多样化,例如在中西医结合妇产科学教学中,可将所讲疾病与临床真实病例相结合的形式制成微课视频,上传网上供学生观看。在教

学之余也可将与教学内容相关的知识通过微博、微信群、朋友圈等方式与学生分享交流及探讨,对提高学习的积极性和增进师生感情有重要作用。

3.2 教师应提高制作视频的能力 视频是否形式有趣,内容简洁明了易懂,也直接影响学生的学习效果。因此,在闲暇之余,应参加视频制作的学习课程,学习制作可视化程度高的视频资料。随着课堂新模式的推广,各学校及学习机构为微课提供平台及技术支持,还可组织微课视频大赛或号召组织征集优秀的微课教学视频供教师之间的互相借鉴,提高教师的教学能力及制作视频的能力,制作高质量的视频能更好地促进学生的学习兴趣,并提高视频的知名度和关注度。

3.3 教师应注重因材施教 一个课堂内,学生的基础参差不齐,要想提高教学质量,在教学过程中应注重学习过程中的个体差异。这就需要教师掌握每一位学生的学习情况,从学生知识理解的需求愿望着手,制作不同的视频供学生选择。教师可通过督促跟踪学生在课前预习其推送到平台上的教学视频,及时在线与学生交流解答问题,也可收集总结学生的提问,在课堂上予以解答,课后再针对学生个人的学习情况布置家庭作业,鼓励学生独立思考和巩固知识,很大程度上提高了学习效率,真正实现个性化教育。

4 课堂新模式中对学生的要求

4.1 课前自主预习知识 课堂新模式是否能提高教学质量,与学生是否能自主学习有着必然联系,因此,对学生自觉性及自控能力有了更高的要求。教师将教学视频上传至网上,微课上有丰富的教学视频资源,学生应在课余时间根据自身掌握知识的情况自觉上网选择视频观看,在观看的过程中遇到知识难点或不懂的问题,可自行上网查阅相关资料,并在线与教师及其他同学讨论寻求解答,或在课堂上寻求答案。

4.2 课上积极参与互动 学生可通过课前预习学到的知识在课堂上的互动环节来理解消化及加深印象。例如在中西医结合妇产科学学习的课堂上,从学生在预习中记录的问题为起点,教师与学生之间互相交流讨论解答学生的疑惑,然后在学生所提的问题基础上再提出具有更高意义层次的问题,引导学生独立思考,并讨论交流解答教师提出的问题,使学生在独立思考以及与团队的知识碰撞中消化和掌握知识。

4.3 课后及时巩固知识 通过前两个阶段所学知识,只是形成了短时记忆,需要课后及时归纳总结所学知识并反复记忆。学生通过完成教师在網上布置的家庭作业巩固知识,教师也可根据学生的完成情况进行打分并进行针对性的讲解,便于教师掌握学生的学习情况,学生也清楚自身的薄弱环节,实现班级学生综合能力的提升^[4]。

5 结语

在“互联网+”时代背景下,以学生为中心、与时俱进的课堂新模式在中西医结合妇产科学教学中已成为改革的必然趋势,能最大程度的调动学生学习积极性,帮助学生更好的掌握知识,培养临床型、实用型的医学人才。

参考文献

[1] 夏天,汤显能.“互联网+”课堂新模式下临床教学形成性评价的应用

研究[J].广西中医药大学学报,2018,21(1):121-123.

[2] 梁程程,雷磊,毛思思,等.基于慕课背景的翻转课堂在中西医结合妇科学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(19):48-50.

[3] 徐勃.翻转课堂教学模式研究与设计思考[N].陕西教育(高教),2017(1):24-25.

[4] 覃裕旺,王振常.移动互联网模式下中医内科教学中实施翻转课堂初探[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(40):170-171.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李慧芳 收稿日期:2018-09-03)

中医妇科学崩漏病脾虚证教学 在不同教材中选方比较法的运用

李焱¹ 李媛²

(1 河南中医药大学第一临床医学院中医妇科学科,河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院医务科,河南 郑州 450000)

摘要:中医妇科学是一门临床学科,研究的主要内容是妇女特有的生理功能、病理变化和疾病的预防治疗及计划生育等。学生在具备了一定的中医基础理论和中医内科学知识基础上,通过对比中医妇科学崩漏病脾虚证在不同教材中的选方,便于学生学习掌握,且开发学生的发散性思维能力。

关键词:中医妇科学;崩漏;脾虚证;方药

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.014

文章编号:1672-2779(2019)-02-0032-03

The Application of Comparative Method in the Teaching of Metrorrhagia and Metrostaxis Spleen Deficiency Syndrome in Gynecology of Traditional Chinese Medicine in Different Textbooks

LI Yan¹, LI Yuan²

(1. Department of Gynecology, the First Clinical Medicine College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Medical Affairs Office, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Gynecology of traditional Chinese medicine is a clinical discipline, and the main contents of the study are the specific physiological functions, pathological changes and the prevention and treatment of diseases and family planning. Students have certain knowledge of the basic theory of TCM and TCM internal medicine, by comparing the gynecology of traditional Chinese medicine disease spleen deficiency in different teaching materials to facilitate student learning, and develop the students' divergent thinking ability.

Keywords: gynecology of traditional Chinese medicine; metrorrhagia and metrostaxis; spleen deficiency syndrome; prescription

中医妇科学中崩漏属于疑难杂症,对于突然出血,来势急,血量多的称为崩;淋漓下血、来势缓、血量少的称为漏。崩与漏的出血情况虽不相同,但其发病机理是一致的,而且在疾病发展过程中常相互转化。如血崩日久,气血耗伤,可变成漏;久漏不止,病势日进,也能成崩,所以临床上常常崩漏并称。正如《济生方》说:“崩漏之病,本乎一证,轻者谓之漏下,甚者谓之崩中。”本病属常见病,常因崩与漏交替,因果相干,致使病变缠绵难愈。脾虚证崩漏是一个非常重要的分型,忧思过度,或饮食劳倦损伤脾气,脾气亏虚,统摄无权,冲任失固,血失统摄,非时而下,遂致崩漏。《妇科玉尺·崩漏》云:“妇人血崩,是肾水阴虚不能镇守胞络相火,故血走而崩也。”

1 四方释解

在讲授崩漏病脾虚证时,翻阅多本不同时期的教材,对于此型主要有四个常用方,即固本止崩汤、举元煎合安冲汤、固冲汤;又由于讲授的对象是大四中医仲景班学生,该学生有较扎实的中医理论知识,且学习意识积极主动,自学及课堂学习均效果较好。如果仅按照教材所讲的方剂,就会影响学生的临床思辨能力,所以在此证型上总结这四个方药在临床治疗运用上区别点,加深学习印象,加强学习效果,锻炼学生发散性思维的能力,通过理论联系临床病例的辨证论治的讲解,激发学生学习中医的兴趣,坚定学习中医的信念,树立中医药治疗疾病的信心。

1.1 固本止崩汤 组成:人参、黄芪、白术、熟地黄、当归、黑姜。功效:补气摄血,固冲止崩。释方:原方治

气虚血崩昏暗。方中人参、黄芪大补元气，升阳固本。白术健脾滋血之源又统血归经。熟地滋阴养血，“于补阴之中行止崩之法”。暴崩阴损及阳耗气，“气不足便是寒”，佐黑姜既可引血归经，更有补火温阳收敛之妙。且黄芪配当归含有“当归补血汤”之意，功能补血，熟地配当归一阴一阳补血和血。全方气血两补，使气壮固本以摄血，血生配气能涵阳。气充而血沛，阳生而阴长，冲脉得固，血崩自止。主要证候：经血非时暴下不止，或淋漓日久不尽，血色淡，质清稀；面色晄白，神疲气短，或面浮肢肿，小腹空坠，四肢不温，纳呆便溏；舌质淡胖，边有齿印，苔白，脉沉弱。

1.2 举元煎合安冲汤 组成：举元煎：人参、炙黄芪、炙甘草、升麻、白术。安冲汤：黄芪、白术、生地黄、白芍、续断、海螵蛸、茜草、龙骨、牡蛎。功效：补气升阳，止血调经。释方：举元煎用参、芪、术、草益气补中，摄血固脱，辅以升麻升阳举陷，适用于中气下陷，血失统摄之血崩、血脱证。安冲汤主治妇女经水行时多而且久，过期不止，或不时漏下。方中人参、黄芪、白术、炙甘草补中益气，健脾固摄，以治其本；白芍、生地黄、续断补肾固冲，敛阴止血，以治其标；佐以升麻升阳举陷，海螵蛸、茜草、龙骨、牡蛎、炮姜炭收涩止血。两方合用，共奏补气升阳，止血调经之效。主要证候：经血非时而至，崩中暴下继而淋漓，血色淡而质薄；气短神疲，面色晄白，或面浮肢肿，四肢不温；舌质淡，苔薄白，脉弱或沉细。

1.3 固冲汤 组成：白术、生黄芪、龙骨、牡蛎、山茱萸、生杭芍、海螵蛸、茜草、棕边炭、五倍子。功效：固冲摄血，健脾益肾。释方：本方所治之证系由脾虚不摄，肾虚不固，冲脉滑脱而致。“冲脉隶属于阳明”，而脾胃为后天之本，气血生化之源，脾气健旺，则冲脉盛，血海盈；肾为先天之本，“胞脉者，系于肾”，肾气健固，封藏有司，则月经正常。若脾虚不摄，肾虚不固，以致冲脉滑脱，故月经量多，色稀质淡；脾虚不能化生气血，出血量多，气随血脱，气血不足，故见头晕肢冷，心悸气短，神疲腰酸诸症。舌淡、脉微弱亦为气血不足之象。张锡纯言“此证诚至危急之病也”，治宜“急则治标”，以固冲摄血为主，辅以健脾补肾。方中山茱萸味酸性温，因得木气最厚，收涩之中兼具条畅之性，大能收敛元气，振作精神，固涩滑脱，故重用为君。龙骨味甘涩，牡蛎咸涩收敛，配伍用之，可“收敛元气，固涩滑脱”，善“治女子崩带”，二药煅用，收涩之力更强，共助君药固涩滑脱，为臣。白术甘苦温、燥湿健脾，黄芪甘温、益气升阳，两药合用，健脾扶中治本，以复中宫统摄之权，亦为臣药。生白芍味酸收敛，伍山茱萸，补益肾肝，敛阴止血；棕炭、五倍子味涩收敛，功专固涩止血；海螵蛸、茜草固摄下焦，既能止血，又能化瘀，

可使血止不留瘀，以上共为佐。

本方配伍特点有二：一为标本同治，治标为主。方中大队涩敛止血药为主，健脾益气补肾药为辅，意在急则治标；二为大量收涩止血药配伍小量化瘀止血药，有血止不留瘀之妙。

主要证候：月经过多、崩漏证属脾肾亏虚，冲脉不固者。症见月经量多难止，色淡质稀，头晕肢冷，心悸气短，神疲乏力，腰膝酸软，面色苍白，舌淡，脉微弱。

从细致的分析比较中可以看出，崩漏病脾虚证在不同教材中选方不一致，固本止崩汤脾虚崩漏证重在气血两补，使气壮固本以摄血，治疗出血症状以漏下为主。举元煎合安冲汤具有补气升阳，止血调经之效，既补气健脾，又收涩止血，用于出血时间较长的脾虚证崩漏病。固冲汤脾肾双补，止血不留瘀，治疗脾虚证崩漏正值出血量多之时。

2 比较不同治法的教学法

中医治病的法则中有异病同治，同病异治。对于崩漏病证型有实热证、虚热证、肾阴虚证、肾阳虚证、脾虚证、血瘀证等，而脾虚证在治疗时会有脾虚气陷，统摄无权，忽然暴下，或日久不止而成漏下。固本止崩汤主要从补气补血方面使冲脉得固，血崩自止。举元煎专于补气，固脱摄血。安冲汤补中益气，健脾补肾固冲，并收涩止血。固冲汤方中涩敛止血药为主，健脾益气补肾药为辅，又配伍小量化瘀止血药，使得血止不留瘀。这四个方剂均在不同版本的中医妇科学崩漏脾虚证下的方药中选用，学生在学习时仅仅习惯于“填鸭式教学”，被动接受知识，学习积极主动性有待加强；注重理论学习，但临床能力的培养与训练明显不足。所以在教学过程中列出四个不同的病例，在脾虚证中分别突出气血两虚、气虚、脾虚、脾肾两虚，对应不同的方剂治疗。学生进行选择、对比，真正掌握崩漏脾虚证的症候分析、治法、方药选取。通过理论联系临床病例的辨证论治的讲解，激发学生学习中医学的兴趣，坚定学习中医学的信念，树立中医药治疗疾病的信心。通过小组讨论，增强记忆，养成严谨、勤学、善思的治学态度，体验学习带来的乐趣和成就感。在对比讲解后要进一步加入对兼证时的药物加减的讲解，如久崩不止，症见头昏、乏力，心悸失眠者，酌加何首乌、桑寄生、五味子养心安神；脘腹胀闷者，加黑荆芥、煨木香、枳壳宽中行气；崩中量多者，加侧柏叶、仙鹤草、血余炭敛阴涩血止血。课下安排学生继续查找资料学习崩漏的病因病机、辨证论治，进行发散性学习思维方法的深化，使学生受益，学习效果明显。

3 临床思维培养的教学方法

中医学是一门实践性很强的经验学科，辨证思辨是中医学的灵魂。中医临床辨证思维方法的建立，应贯穿于课程学习、临床实践始终，亦应体现于《中医妇科学》的具体教学实践中^[1]。临床思维是利用基础医学和临床医学知识对临床资料进行综合分析和逻辑推理，从错综复杂的

线索中找出主要矛盾并加以解决的过程。临床思维是临床医师的基本功,作为临床学科,中医妇产科学教师在教学中尤其要注重培养学生的临床思维能力及发散思维能力^[2]。中医的精髓在于辨证论治,而辨证又是论治的依据。辨证是在诊断明确的基础上,运用中医的基础理论,将四诊所收集的病情资料进行综合分析,从而判断为某种性质的证(证候)。在具体辨证时还应与每个病的特点结合起来,同时亦要考虑患者的特殊情况,妇科疾病亦莫能外^[3]。

通过问题启发及案例式教学等方法,选其临床病例进行讨论分析,使学生养成良好的中医临床思维方法,学会理论联系实际,提高分析问题、解决问题的能力。通过团队学习模式,提高学生自主学习能力和口头表达能力及团结协作的能力。提高学生总结思维能力,培养精益求精的大医情怀,锻炼学生的团结合作的团队意识。

4 小结

中医妇科教学要求教师在教学中更新教学观念,特

别应发挥网络优势,开发建设网络课程,注重采用微课与翻转课堂等新理念、新手段与新方法,注意培养学生临床思维能力,提高临床实践技能,为临床输送优秀的中医妇科人才。

学生在学习崩漏病脾虚证不仅真正理解了临床辨证,更是学会了一种学习方法,在之后的许多妇科疾病病的辨病辨证过程中,学生集思广益,在课堂上提出很多教材之外的方剂、辨证思想,调动了学习积极性和主动性,并且把中医基础知识和临床有效结合,真正掌握了中医妇科学。

参考文献

- [1] 滕秀香.《中医妇科学》教学中中医思辨模式建立的思考[J].中国医药,2014,49(6):104-106.
- [2] 张红,吴传云.中医妇科学教学若干问题探讨[J].广西中医药大学学报,2017,20(3):86-87.
- [3] 鄢圣英.中医妇科学教学中的加减法[J].中医教育,2004(6):47-48.

(本文编辑:李海燕 本文校对:康志媛 收稿日期:2018-09-18)

中医硕士研究生教育的思考与建议

史梦琦

(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:中医硕士研究生教育与中医住院医师规范化培训中的培养模式有一部分重叠,所以两者联合培养,大大解决了教育资源、培养时间、教育成本等方面的浪费。但是由于此种培养模式正处于起始阶段,起着积极作用的同时,培养过程中的一些问题也随之而来。本文就联合培养中所出现的一系列问题及面对这些问题的思考和建议予以陈述。

关键词:中医硕士研究生;研究生教育;中医住院医师规范化培训

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.015

文章编号:1672-2779(2019)-02-0034-03

Thoughts and Suggestions on Postgraduate Education of Traditional Chinese Medicine

SHI Mengqi

(Graduate Administration Office, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: There is some overlap between the postgraduate education of TCM and the training mode of standardized training of residents of TCM. Therefore, the waste of educational resources, training time and cost is greatly solved by the joint training of the two. But because this kind of training mode is in the initial stage, plays the positive role at the same time, in the training process some problems also follow. In this paper, a series of problems in the joint training and the thinking and suggestions to face these problems are stated.

Keywords: graduate of traditional Chinese medicine; postgraduate education; standardized training for resident doctors of traditional Chinese medicine

1998 年教育部颁发的《临床医学专业硕士试行办法》及 1993 年卫生部开展的临床住院医师规范化培训,两者在培养目标方面本质基本是一致的,都是为了提高临床医学生的实际工作能力,为临床培养专业人才。尤其是从 2009 年起扩大招收以应届本科生为主的全日制专业学位硕士以来,我国硕士研究生教育正从“以培养学术型人才为主向以培养应用型人才为主的战略性转变”^[1]。因此专业学位硕士研究生的培养应该临床与科研相结合,以临床能力培养为重,且临床能力的培养是决

定专业学位研究生培养质量的关键^[2]。本着培养目标大体一致原则,中医硕士研究生教育与住院医师规范化培训联合培养则成为今后中医学发展的必然趋势。上海和广州等地在二者联合培养先行试点,自 2015 年起在全国进行实施。但是,在两者联合培养实施的过程当中,伴随着其带来的积极作用,一系列问题也显现出来。

1 联合培养的积极作用

1.1 避免培养过程重叠 中医硕士研究生基本学制为 3 年;住院医师规范化培训培养阶段分为第一阶段(2

年)和第二阶段(9个月)。也就是说,研究生培养与本科学历毕业生进行住培培训均为3年。按照卫生部《临床住院医师规范化培训大纲》要求,经过住院医师规范化培训,达到卫生部《卫生技术人员职务试行条例》规定的主治医师水平,第一阶段培训结束后需达到高年资住院医师水平;根据教育部《临床医学专业学位试行办法》规定,硕士专业学位授予标准要求临床技能水平达到卫生部《住院医师规范化培训试行办法》中规定第一阶段培训结束时要求的临床工作水平。两种模式的培养目标是一致的。同时两者的培训内容也基本一致,均包括思想道德教育、临床能力、科研能力、医学理论知识和外语能力的培养,各项能力训练所达到的目标、要求及考核标准也大体相同。故此两者联合培养避免了两者在培养过程中重叠。

1.2 避免培养时间的浪费 现今用人单位对医学毕业生学历要求越来越高,为了在日益激烈的就业竞争中崭露头角,多数医学本科生毕业之后选择继续深造,进行研究生教育。然而,按照《临床住院医师规范化培训办法》规定,本科及以上学历毕业生均需进行住院医师第一、第二阶段培训,国内二甲以上医疗单位招聘医学人才均要求具备住院医师培训第一阶段合格证书。也就是说研究生在经过学位培养3年之后,还必须再进行2年的住院医师第一阶段培训。

另一方面,本科生在经过住培第一阶段培训之后,大部分会选择继续攻读研究生学位,以满足用人单位对学历、学位的要求。也就是说住培学员经过第一阶段培训之后还需花费2~3年的时间进行与住培具有一致要求的临床能力训练。这无形中增加了医学生接受培养的时间,造成了时间上的浪费。

1.3 避免经济的浪费 根据以上两点,时间和培养方式在无形中的增加,势必要有衣食住行方面的资金要求,另外住培基地和学校对培养也要有资金投入。两者联合培养,在时间和资源上进行浓缩,也就避免了经济资金方面的浪费。

2 面临的问题及对策

2.1 中医硕士研究生与导师接触时间缩短 中医硕士研究生在入学初,就要进行导师双选,之后在导师的指导下完成选课、制定培养方案、开题、中期考核、完成学位论文、进行毕业答辩等相关工作。可以说导师作为第一责任人在研究生整个培养过程中有着举足轻重的作用,导师对研究生临床及科研方面的指导贯穿着整个研究生在读期间。但是住院医师规范化培训则要求中医硕士研究生要到二级学科进行通科轮转学习,期间会有临床带教老师对其临床实践能力进行指导,无形中大大缩短了研究生与导师之间接触的时间。

针对这一问题,建议导师定期组织其所有在校研究

生开展组会学习,时间尽量安排在晚上或者周末。组会学习内容大致分为三个部分:第一部分,研究生汇报两周内学习情况,包括论文进展情况、课程学习情况、文献查阅情况、病例收集情况/实验研究进展情况、住培轮转实习情况等;第二部分,导师针对每名学生的汇报作以总结,并提出下一步学习计划;第三部分,集中学习,可以为多种形式,如授课方式、考试方式、小组讨论、PPT汇报、观看视频课程等。学习内容紧密围绕医学相关知识,如:某种疾病最新的研究进展、疑难病例分析、病例汇报、新思路与新方法、经典学习、文献(外文文献)分析、临床技能规范性操作等。通过组会学习制度,增加导师和研究生之间的联系,建立两者之间的默契程度,不仅让导师对研究生的综合情况有所了解,还能督促研究生在专业水平方面不断进步,防止其出现懈怠、懒散的状态。

2.2 联合后,中医硕士研究生缺少课题研究时间 中医硕士研究生除需满足临床培养目标外,还需完成学位论文工作后方可申请学位,学位论文工作的设计、运作及撰写挤压了部分临床培养时间,若按照住院医师规范化培训要求完成在科室的轮转学习,研究生又缺少做课题及撰写学位论文的时间,往往在临近毕业时,匆匆结束课题,最后学位论文的完成质量得不到保证。

许多专家惯用学术论文的评价标准去评价专业学位论文不能达到临床医学专业学位的培养目标,所以制定分类别的授位标准侧重临床实践训练是保障联合培养学生培养质量的关键举措^[3]。广东省某医科大学适当降低了对学位论文的要求,要求研究生写出具有一定水平的文献综述或病例报道,并组织专家组对其文献综述或病例报道进行述评。当然,在降低对学位论文要求的同时,要严格控制毕业出口环节,需按照住院医师规范化培训总体要求,完成临床科室的轮转培训任务,并且出科考核成绩全部在合格以上。最后需要通过学校组织的毕业考核,包括理论考试和技能考试,方可进行毕业答辩。

2.3 中期考核方式需改进 以往中医硕士研究生中期考核,是要让研究生针对个人课题进展情况进行汇报,专家组成员对研究生临床技能、病历书写进行考核。若中医硕士研究生教育与住院医师规范化培训联合培养之后,建议严格把控中期考核中每一环节:(1)研究生是否严格住院医师规范化培训中的轮转计划,按时在相应科室进行轮转;(2)检查《住院医师规范化培训考核手册》、《住院医师规范化培训登记手册》,评估过程管理质量;(3)对参加中期考核的研究生,到其轮转过科室抽查病例,或抽查《中医住院医师规范化培训病例记录本》,评估病例书写质量;(4)审查成绩单,检查学术活动参与情况;(5)组织专家组成员,对研究生临床技能操作能力进行考核。对考核结果为合格及以上的(下转第56页)

浅谈督脉阳气最盛的五穴[※]

张锐红¹ 许金森^{2*} 陈铭³

(1 福建中医药大学针灸学院,福建 福州 350108;2 福建省中医药研究院,福建 福州 350003;
3 福建卫生职业技术学院,福建 福州 350101)

摘要:督脉为“阳气之海”,总督一身诸阳。百会、大椎、至阳、命门、腰阳关乃督脉上阳气最盛的五穴,能平衡全身阴阳,调节全身气血。根据在督脉上的位置分布,此五穴在其各自的领域有着不可取代的功能和作用。临床上百会、大椎、命门的应用广泛,但对至阳和腰阳关却没那么重视。本文通过查阅相关文献和结合现代研究,对此五穴进行讨论报告如下。

关键词:督脉;阳气;百会;大椎;至阳;命门;腰阳关;经络

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.016

文章编号:1672-2779(2019)-02-0036-04

Discussion on the Five Points of the Most Prosperous Yang of Governor Channel

ZHANG Ruihong¹, XU Jinsen^{2*}, CHEN Ming³

(1. College of Acupuncture and Moxibustion, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350108, China;
2. Fujian Academy of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;
3. Fujian Health College, Fujian Province, Fuzhou 350101, China)

Abstract: The governor channel is the "sea of yang", the governor is a yang. Baihui (GV20), Dazhui (GV14), Zhiyang (GV9), Mingmen (GV4) and Yaoyangguan (GV3) are the five most acupuncture points on the governor channel, which can balance the whole body yin and yang and regulate the body's qi and blood. According to the position distribution on the governor channel, the five acupoints have irreplaceable functions and functions in their respective fields. Clinically, Baihui (GV20), Dazhui (GV14) and Mingmen (GV4) are widely used, but they do not pay much attention to the Zhiyang (GV9) and Yaoyangguan (GV3). This article discusses the five points by consulting the relevant literature and combining modern research.

Keywords: governor channel; yang qi; Baihui (GV20); Dazhui (GV14); Zhiyang (GV9); Mingmen (GV4); Yaoyangguan (GV3); channel

百会、大椎、至阳、命门、腰阳关乃督脉上阳气最盛的五穴^[1],能辅助督脉总督一身的阳气,均具有温阳散寒,升补阳气的作用。现阶段对此五穴的研究主要集中在百会、大椎和命门,对至阳和腰阳关的研究较少。究其原因,也许是百会为诸阳之会,大椎亦能振奋六阳,命门穴系命门之火,均能有效提升全身阳气。然至阳为阳中之至阳,腰阳关为沟通人体上下阳气的关隘,其作用不可忽略。临床上通过此五穴的协同应用,加强治疗效果。

1 百会

百会穴属督脉,位居巅顶,《寿世保元》载:“百会,前顶后一寸五分,顶中央旋毛中,可容豆,直两耳尖。”乃足太阳、手足少阳、督脉、足厥阴之交会穴,系一身阳气最盛穴位之一^[2]。

根据百会穴的所在部位,头部主治非百会莫属。历来素有“病变在脑,首选督脉”之说。《备急千金要方》也记载:“狂痫不识人,癫病眩乱,灸百会九壮。”由此可知百会穴与脑关系尤为密切^[3],通过针灸百会能醒脑

开窍、宁神益智^[4]。临床上通过针灸百会治疗中风、脑膜炎、痴呆、癫痫和抑郁症等^[5]。

头为诸阳之会,百脉之宗。针灸百会可升阳益气,固脱回厥。《杂病广要》载:“百会治久泻下陷脱滑者,灸三壮。”《扁鹊神应针灸玉龙经》:“耳聋气闭听会中,百会脱肛并泻血。”即百会穴可用于治疗气虚气陷、阳虚厥逆等疾病,例如治疗胃下垂、脱肛等内脏下垂以及崩漏、眩晕等。《素问·太阴阳明论》:“伤于风者,上先受之。”所以针灸百会可以疏风散邪,通经活络。《儿科要略》云:“灸百会,治中风,偏风,口噤,言语謇涩,角弓反张,半身不遂,头风脑痛。”可知无论是外风引起的头晕头痛,颈肩不适,还是内风引起的眩晕震颤,半身不遂,针灸百会穴都具有较好的临床疗效。此外,《资生经》谓:“百会百病皆主。人身有四穴最应急,四百四病皆能治之,百会盖其一也。”说明百会对全身都具有较好的防治疾病的作用。现代研究也表明针灸百会能改善脑部血液循环和神经系统,防护脑组织,提高机体免疫力^[6-8]。

2 大椎

大椎穴属督脉,《针灸甲乙经》称之为“三阳督脉之会”。《古今医统大全》:“大椎,在一椎上陷者宛宛中,手足三阳督脉之会。”

※ 基金项目:福建省科技厅公益类项目【No.2015R1035-3】

* 通讯作者:450126368@qq.com

大椎内行督脉，外通三阳，具有“灸一穴而六阳起”的作用，能振奋全身阳气^[9]。曹文忠等^[10]认为大椎是升补全身阳气最快捷的腧穴。《素问·骨空论篇》曰：“灸寒热之法，先灸项大椎，以年为壮数。”《针灸甲乙经》也记载：“伤寒热感烦呕，大椎主之。”因此针灸大椎能够疏散风寒、清热散邪。临床上可通过大椎放血治疗感冒头痛发热以及以实热为主要证候的五官科疾病。大椎为风寒关的关口，肺为娇脏，易被风寒所袭，所以大椎对于肺脏至关重要。《针灸大成》载：“大椎主肺胀肺满。”《类经图翼》载：“大椎主治咳症久不愈。”可知大椎具有宣肺止咳平喘的功效。研究表明针灸大椎能有效改善哮喘患者的临床症状，通过降低哮喘时患者气道阻力，抑制呼吸道炎症反应，减轻呼吸道痉挛，改善通气功能。根据穴位的近治原则，大椎在对颈椎病的治疗中扮演着重要的角色。《神应经》载：“背膊项急：大椎。”且大椎位于躯干与头部的连接处，此处不疏则经络不通，气血不畅。临床可表现为眩晕，颈肩臂不适等。闫冬等^[11]研究表明针灸大椎能有效防治多种颈椎病。

除此之外，大椎还能调节人体免疫力。李晓泓等^[12]认为针灸大椎不仅可以增强正常机体的免疫功能，还能调节变态反应性疾病，类风湿性关节炎以及肿瘤及其化疗后的免疫作用。

3 至阳

至阳穴为督脉阳气最盛的穴位之一，《黄帝明堂灸经》载：至阳一穴，在第七椎节下间，微俯而取之宛宛中，灸七壮。

至阳穴为督脉要穴，近心所，心为阳中之阳，又横膈膈俞，膈俞乃血会，故针灸至阳能宣发阳气、和畅血脉。《灵枢·杂病》云“心痛，当九节刺之，按已刺，按之立已；不已，上下求之，得之立已。”临床上针灸至阳穴对循环系统疾病，特别是冠心病、心绞痛具有良好的疗效。至阳为阳中之至阳，针灸该穴能振奋一身之阳气。《针灸甲乙经》：“寒热懈烂……至阳主之。”《金针秘传》：“至阳……治寒热……少气难言。”然《灵枢》中的心痛不仅仅指心胸疼痛，也包括胃痛，即至阳穴也主胃部冷痛。《针灸大成》记载：“至阳，主胃中寒气，不能食，腹中鸣。”临床上，我们可以通过针灸至阳治疗消化系统疾病，如胃痉挛、打嗝、腹泻等。现代解剖显示，支配心脏和胃的脊神经在 T5 和 T8 处重叠，而至阳穴正处于第七胸椎棘突下两者的脊神经交界处^[13]，与上述理论相一致。

至阳上处肺底，下临脾肾，故笔者认为肺与脾肾之间的脏器相关的疾患也为至阳所主。《医宗金鉴》：“至阳穴，主治身面俱黄，胸胁支满，喘促不宁。针五分，灸三壮。”《针灸大成·卷二·玉龙赋》亦云：“至阳却疸，善治神疲。”系至阳为阳中之阳，可助阳化气、清热利

湿、疏肝解毒^[14]，对于肝胆湿热性疾病，如黄疸、乳痈，带状疱疹等有较好的临床疗效。另至阳上处肺底，下接脾肾，对于呼吸系统和泌尿生殖系统也具有一定的建树。《医学纲目·卷之二十六》：“治咳嗽：身柱……至阳（三分，补三呼）不已，再取后穴……”可见针灸至阳能够止咳平喘，温脾暖肾，治疗咳嗽气喘，阳痿早泄等疾患。

4 命门

命门者，生命之门也，乃一身阳气之根本^[15]。《针灸甲乙经》载“命门，一名属累，在十四椎节下间，督脉气所发，伏而取之，刺入五分，灸三壮。”《景岳全书》记载“命门为元气之根，为水火之宅。五脏之阴气，非此不能滋，五脏之阳气，非此不能发。”《三十六难》曰：“命门者，诸神精之所舍，原气之所系也。”作为命门在体外的门户，针灸命门穴能够激发先天元气，温煦命门相火^[16]。潘晓华等^[17]通过红外热像技术显示，命门穴深部组织的血流灌注量高于督脉其他几个穴位。付勇等^[18]通过红外热像技术检测艾灸后的慢性前列腺炎患者命门穴时，发现命门穴区会产生明显的沿腰部正中纵向或横向扩散的红外辐射增强区域，且辐射强度多呈高温特征，侧面反映了命门之火就是人体的阳气。

《医宗金鉴》：“命门穴，主治老人肾虚腰疼，及久痔脱肛，肠风下血等证。针五分，灸三壮。”随着年龄的增长，机体的免疫调节功能逐渐减弱，促进了衰老的发生和发展^[19]。《勉学堂针灸集成》载命门主治“脑虚，旋仆，善忘……”中医学认为，肾虚是衰老的主要原因，肾为先天之本，藏精气，主生殖，为生命之源，肾元的充盛与否严重影响人的寿命。临床上肾虚则表现出全身机能减退，而针灸命门穴能益精补肾，调节机体各脏腑功能，激活机体活力，达到补肾抗衰老的目的。孙志芳等^[20]发现艾灸命门穴能提高大鼠的运动能力。现代研究表明，针灸命门穴能调节与改善机体免疫功能，提高抗自由基的能力^[21]，保护细胞免受损伤，从而延缓衰老。

根据命门所在部位，笔者认为命门穴所主肾系疾病。《古今医统大全》载：“命门穴，治一切虚冷证，及无子，肾衰，阳事不举不固。”临床上多见为男子的泌尿系统，包括阳痿、前列腺炎等疾病；女子的月经不调、不孕等妇科病证；以及骨髓脑耳和腰痛等疾病，《古今医鉴》：“腰痛，贴命门穴”，系肾主骨生髓尔。

5 腰阳关

腰阳关在脊柱区，位于第4腰椎棘突下凹陷中，平髂脊，《素问·骨空论》载“第十六椎节下间”，乃阳气通行的关隘^[22]。作为督脉之要穴，腰腿运动之枢纽，腰阳关对腰部以及下肢经气的调理起着不可代替的作用^[23]。中医把人体的颈、胸、腰椎分别称为风寒关、气血关、

寒冷关, 腰阳关则正处于寒冷关的中间地带^[24]。若此处经络不通, 则会经气不畅, 阳气不达, 所表现出来的就是腰腿部疼痛, 下肢冰冷, 如《针灸聚英》所述: “膝外不可屈伸, 风痹不仁, 筋挛不行。” 研究表明针灸推拿腰阳关穴能调肾气、通经脉、利腰膝、疏利关节, 有效缓解肌肉紧张疼痛, 促进局部血液循环与炎症水肿的吸收^[25]。

腰阳关总督腰部和下肢运动, 能使经气上下贯通, 阳气通达^[26]。笔者认为命门穴和腰阳关穴所主的腰痛有所不同, 命门穴所主腰痛偏向肾虚, 肾精不足, 腰府失养所致的疼痛; 腰阳关所主则是偏于筋骨失利, 气血运行不畅所致。鉴于两者位置相近, 所以主治范围会存在相互覆盖的现象, 比如都可用于治疗男子妇科诸疾。临床上常用于治疗腰骶部病变, 下肢痿痹。范世明等^[27]研究表明急性腰扭伤时, 腰阳关穴处压痛较其它部位明显。胡丹等^[28]通过针灸腰阳关治疗腰椎间盘突出症患者也有明显的临床治疗效果。

6 小结

大椎、至阳、命门、腰阳关为督脉上阳气最盛的五个穴位, 能共同辅助督脉总督一身之阳气。但鉴于他们所处的位置不同, 他们的作用均具有一定的倾向性。例如百会升阳举陷, 温阳醒脑, 大椎通阳解表散寒, 至阳祛肝胃等内寒, 命门擅补肾阳命门之火, 腰阳关擅祛腰腿之寒。同时大椎位于头与躯干的交接处, 而腰阳关为位于下肢与上肢的交接处。大椎应有着与腰阳关相似的功能, 即大椎也是阳气通行的关隘。大椎以上为风寒关, 风寒所袭, 上先受之。作为阳气运行的窗口, 大椎监督并调节着诸阳经上传下达, 犹如阳气运行的枢纽, 协调脏腑经络的功能活动。大椎与腰阳关之间的躯干为气血关, 五脏六腑都在这个区间。至阳横平膈俞, 内应膈肌, 背为阳, 横膈以上则为阳中之阳, 以下为阳中之阴^[29]。所以至阳也为气血阴阳交关之处, 针灸此处可以沟通阴阳, 扶正祛邪。

临床上这五个穴位能协同合作, 作用于机体。比如百会和命门结合, 可调节诸经, 增强化湿浊, 提神醒脑之效^[30]。百会、命门相配, 共达补肾填髓、醒脑开窍之功^[31]。在其各自的分布领域也能与其领域的其他穴位相配合, 加强其治疗作用。就好比各战区很多时候也要与其下辖的各军分区合作, 共御外敌。比如大椎配风池治疗感冒发热、颈椎病, 命门配肾俞治疗肾虚阳痿等。督脉为阳脉之海, 邻近膀胱经, 与脏腑有着密切的联系, 所以督脉对全身的脏腑经络气血有着重要的调节作用。五穴同处督脉, 能调节全身气血阴阳。研究表明, 五穴都能够调节全身免疫系统^[6,13,32-34], 可能与他们阳气旺盛有关。百会穴联系全身经络穴位, 调节全身脏腑经脉气血, 平衡全身阴阳。大椎具有灸一穴振六阳的特性, 能快速补充全身阳气^[10]。至阳穴为阳中之至阳, 针灸此穴能从阳引阴, 振奋阳气^[35]。命门穴源于命门, 乃生命之

本^[36], 维持全身气血阴阳循环不断的运动。腰阳关为阳气通行的关隘, 沟通人体上下阳气, 若此处不通, 则后背发凉, 腰腿发冷。

参考文献

- [1] Xian-ming Lin. Functional feature of "Five Yang Acupoints" in Governor Vessel[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2008, 6(3):184-186.
- [2] 张久行, 赵义静, 王春兰, 等. 百会功能浅析[J]. 中华针灸电子杂志, 2014, 3(3):19-21.
- [3] 姚宝农. 艾灸百会穴治疗缺血性中风的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(13):1369-1371, 1374.
- [4] 林志诚, 杨珊珊, 薛偕华, 等. 针刺百会穴改善脑卒中患者记忆力的中枢机制[J]. 中国康复理论与实践, 2015, 21(2):184-188.
- [5] 何在坤, 尤艳利. 百会穴在脑部疾病中的应用[J]. 中医药导报, 2010, 16(9):116-118.
- [6] 周宝艳, 田新成, 葛宝和. 百会穴临床应用及研究概要[J]. 甘肃中医, 2009, 22(2):74-76.
- [7] 洪文学, 樊凤杰, 宋佳霖. 百会穴研究概况[J]. 上海针灸杂志, 2006, 25(2):42-45.
- [8] 赵宁侠, 郭瑞林, 任秦有, 等. 艾灸健康人百会穴对脑血管血液动力学的影响[J]. 针刺研究, 2007(4):252-254.
- [9] 秦娟, 申鹏飞. 大椎穴小考[J]. 西部中医药, 2013, 26(2):60-62.
- [10] 曹文忠, 李爱敏, 代汝伟, 等. 大椎穴穴性辑考及发挥[J]. 四川中医, 2012, 30(12):32-34.
- [11] 闫冬, 陈聪, 宋咏梅. 大椎穴治疗颈椎病的研究进展[J]. 山东中医杂志, 2018, 37(3):262-266.
- [12] 李晓泓, 李辉, 翟景惠. 大椎穴免疫调节作用的研究概况[J]. 中国临床康复, 2004(2):342-343.
- [13] 钟泽兰, 薛红, 陈莎莎. 浅析至阳穴的现代应用研究[J]. 成都中医药大学学报, 2016, 39(2):119-121.
- [14] 赵琳琳, 王艳艳, 张春萍, 等. 至阳穴临床主治[J]. 吉林中医药, 2016, 36(6):623-625.
- [15] 范郁山, 叶子维, 汤昌华, 等. 命门穴之助阳作用刍议[J]. 河北中医, 2015, 37(3):469-472.
- [16] 范郁山, 张卉, 罗钰莹, 等. 浅析命门穴之“门户”作用[J]. 河南中医, 2015, 35(5):938-939.
- [17] 潘晓华, 许金森, 胡翔龙. 人体命门穴红外辐射强度初探[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(10):1338-1339.
- [18] 付勇, 章海凤, 张波, 等. 灸感法与红外法检测慢性前列腺炎患者命门穴穴热敏态的对比研究[J]. 江西中医药, 2012, 43(3):52-54.
- [19] 邓树泳, 张琰, 伊丽娜, 等. 命门穴艾灸对肾阳虚小鼠血清、胸腺和脾脏 SOD、MDA 的影响[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(7):1805-1806.
- [20] 孙志芳, 李晓泓, 王婧, 等. 逆灸命门穴对力竭大鼠糖原、ghrelin 水平的影响[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(11):3193-3195.
- [21] 赵彩娇, 谢感共, 卢献群, 等. 命门穴艾灸对肾阳虚模型豚鼠 SOD、MDA 的影响[J]. 江苏中医药, 2007(10):76-77.
- [22] 李智. 腰阳关——阳气运行的关隘[J]. 健康, 2010(5):11.
- [23] 谢秀俊, 陈日新, 付勇, 等. 温和灸不同状态腰阳关穴治疗腰椎间盘突出症疗效比较[J]. 中国针灸, 2014, 34(11):1077-1080.
- [24] 张焕军, 马睿杰. 烧山火法针刺夹脊穴联合温针腰阳关穴治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症效果观察[J]. 中国乡村医药, 2017, 24(1):24-25.
- [25] 沈跃新. 针灸在腰椎间盘突出症中的治疗作用[J]. 中华现代中西医杂志, 2005.
- [26] 占桂平. 擦法和一指禅推腰阳关穴治疗腰椎间盘突出症 40 例观察[J].

- 浙江中医杂志,2012,47(4):276.
- [27] 范世明,田艳,马秀娥,等. 针刺腰阳关穴治疗急性腰扭伤 300 例[J]. 中国民间疗法,2000(9):11.
- [28] 胡丹,邓鹏,康明非,等. 艾灸治疗腰椎间盘突出症单位灸时 X 施灸间隔多因素分析[J]. 中华中医药杂志,2018,33(2):733-736.
- [29] 刘静. 针刺至阳、灵台穴治疗寒性胃痛临床观察[J]. 上海针灸杂志,2015,34(10):921-922.
- [30] 胡静,周愚,赵中婧. 大椎及百会穴压灸法治疗椎动脉型颈椎病 40 例[J]. 实用中医药杂志,2015,31(11):1042-1043.
- [31] 赵宇,张洋,赵立刚. 针刺百会、命门穴对阿尔茨海默大鼠脑内 SOD 及行为学影响的实验研究[J]. 中国中医药科技,2009,16(5):38.
- [32] 张伟,陈明人,熊俊. 悬灸“大椎”穴对哮喘大鼠血清 IL-4、IFN- γ 的影响[J]. 中国中医基础医学杂志,2012,18(5):541-542.
- [33] 施雨,万文蓉. 从“卫气出下焦”探讨命门穴调节机体免疫机制及临床运用[J]. 云南中医中药杂志,2016,37(10):13-16.
- [34] 王兴. 调督通脉针刺法对活动性 AS 免疫功能的影响 [C]// 全国中西医结合强直性脊柱炎专题研讨会论文集汇编,2007.
- [10] 曹文忠,李爱敏,代汝伟,等. 大椎穴穴性辑考及发挥[J]. 四川中医,2012(12):32-34.
- [35] 赵广,孙春全,杨继国. 麦粒灸至阳穴治疗胃脘痛 13 例[J]. 中医外治杂志,2017,26(5):49.
- [36] 魏居明,张鑫龙,郭彬彬,等. 针刺腰阳关、命门、百会穴治疗阳虚便秘临床观察[J]. 中医药临床杂志,2017,29(9):1513-1516.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:朱小香 收稿日期:2018-09-14)

张仲景与薛生白对湿邪为病认识异同的探讨

梁润英 姚振发

(河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450008)

摘要:目的 研究张仲景与薛生白对湿邪为病认识的特点,更好的服务于临床。方法 通过对张仲景《伤寒论》、《金匱要略》和薛生白《湿热病篇》的研读,探讨两位医家对湿邪为病病因、症状、治法、用药的异同。结论 张仲景与薛生白在治疗湿邪为病时均重视脾胃阳气,张仲景运用六经辨证治疗湿邪为病主要采用“发汗、利小便”两大治疗大法,薛生白结合卫气营血和三焦辨证遣方用药,并且根据湿邪侵犯人体的不同程度和不同阶段,综合病因、病机、病势,确定治疗方法,理法方药。

关键词:张仲景;薛生白;湿邪;治法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.017

文章编号:1672-2779(2019)-02-0039-03

Discussion on the Similarities and Differences of Understanding of Dampness Pathogen Disease between Zhang Zhongjing and Zhang Xue Shengbai

LIANG Runying, YAO Zhenfa

(College of Basic Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: Objective To study the characteristics of Zhang Zhongjing and Xue Shengbai in the understanding of dampness pathogen, better serve the clinic. **Methods** Through the study of Zhang Zhongjing's *Treatise on Cold Pathogenic Diseases* and *Synopsis of Golden Chamber* and the *Dampness Pathogen Disease* of Xue Shengbai, the similarities and differences of the etiology, symptoms, treatment and medication of the two doctors was explored. **Conclusion** Zhang Zhongjing and Xue Shengbai in the treatment of dampness pathogen as the disease of the spleen and stomach Yang, Zhang zhongjing the use of six-syndrome treatment of wet evil is mainly used "sweating and diuresis" two major treatment, Xue Shengbai combined with wei qi ying blood and Sanjiao syndrome of medicine, and according to the different levels of wet evil and different stages of human body, comprehensive etiology, pathogenesis, lysis, determine the treatment method, the rationale for prescription drugs.

Keywords: Zhang Zhongjing; Xue Shengbai; dampness pathogen; therapy

湿邪是中医最常见的致病因素,湿属阴邪,性质重浊而粘腻,它能阻滞气机,损伤阳气,妨碍脾的运化。湿邪有内外之分,外湿为六淫(风、寒、暑、湿、燥、火六种病邪)之一,外湿多因气候潮湿、涉水淋雨、居处潮湿所致。内湿是疾病病理变化的产物,多由嗜酒成癖或过食生冷,以致脾阳失运。由于感受湿邪原因众多,并且湿邪粘腻重浊“难解难分”的特性,历代医家多有论述,张仲景和薛生白两位医家分别在其著作《伤寒杂病论》《湿热病篇》中做了详细论述。

张仲景,名机,字仲景,东汉末年著名医学家,被后世尊称为医圣。张仲景始受术于同郡张伯祖,后广泛

收集医方,写出了传世巨著《伤寒杂病论》,被后世分为《伤寒论》和《金匱要略》两部著作。其确立的辨证论治原则,是中医临床的基本原则,是中医的灵魂所在。对于湿邪为病,张仲景指出“太阳病,关节疼痛而烦,脉沉而细者,此名湿痹”对于湿邪为病造成的关节疼痛而烦,脉沉细,命名为湿痹。对平素湿重患者,多有身肢重,发热、头汗出,胸满,小便不利等症状,又提出“湿家”作为此类患者的统称。薛生白,名雪,字生白,号一瓢,又号槐云道人,晚年自署牧牛老朽,以字行。薛生白少年学诗于同郡叶燮,博学多通,工画兰,善拳勇。“所著诗文甚富”(《吴医汇讲》)。乾隆初举鸿博,

两征不就。母多病，遂研读《内经》，究心医学。医理晓畅，治疗每奏奇效。《清史稿》称他“于医，时有独见，断人生死不爽，疗治多异迹，与叶天士先生齐名，然二公各有心得，而不相下”。对于湿邪为病，薛生白绝大多数直接以病因作为疾病的名称，如“湿热证，始恶寒，后但热不寒，汗出、胸痞、舌白，口渴不引饮”等。个别命名为“暑月病”，如“暑月病，初起但恶寒，面黄口不渴……”。又如“暑月热伤元气，气短倦怠，口渴多汗……”。还有一条直言“暑湿内袭，腹痛吐利，胸痞脉缓者，湿浊内阻太阴……。”

可以看出，张仲景和薛生白对湿邪致病皆有很高的建树，本文通过探讨两位医家对湿邪为病认识的异同，希望对湿邪为病能够获得更全面的认识，以便更好服务临床治疗。

1 相同点

1.1 湿邪为病与内伤脾胃有关治疗注重顾护脾胃

《素问·经脉别论》：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上输于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五精并行，合于四时，五脏阴阳，揆度以为常也。”人体的水液代谢是以肾的气化为基础，以肺的宣降为动力，以脾胃的升降为枢纽。薛生白尤其重视脾胃的枢纽作用，认为湿邪为病的原因是“太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热。此皆先有内伤，再感客邪，非由腑及脏之谓。若湿热之证，不夹内伤，中气实者，其病必微^[1]。”所以薛生白在治疗湿邪为病时十分注重顾护脾胃阳气，而非一味清热除湿。用药方面在辨证论治的基础上针对病机合理选取药材，出现脾胃升降失常证时，运用莲心、扁豆、薏苡仁、半夏、茯苓等味药恢复脾胃正常升降；出现胃气亏损证时，运用理中汤等甘温之剂理温煦中焦则湿证自除。此外，如遇脾失健运的患者，薛生白应用消食导滞药，帮助患者恢复脾胃功能。而仲景云：“伤寒，若吐、若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之”，正所谓“病痰饮者，当以温药和之”。张仲景在治疗湿邪为病遇到脾虚证时，运用苓桂术甘汤以温中健脾化气利湿^[2]。

1.2 通过利湿治疗湿邪为病

张仲景在《金匮要略》中指出“太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细者，此名湿痹。其候小便不利，大便反快，但当利其小便^[3]”。湿为六淫之一，先伤太阳而见表证。但湿为阴邪，易流关节，阻遏阳气，以致脉道痹闭不通，故有关节疼痛而烦的症状。湿邪重浊凝滞，故脉沉细。符合上述病因、病机和脉证者，即称为湿痹。湿痹又见小便不利，大便反快的证候，乃外湿困脾，脾失健运，气化受阻，清浊不分之故。当利小便则里湿得去，大便自调，阳气得通，湿痹亦随之减轻。《伤寒论》中指出“伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，

腹微满者，茵陈蒿汤主之”；“阳明病，发热、汗出者，此为热越，不能发黄也。但头汗出，身无汗，齐颈而还，小便不利，渴饮水浆者，此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”^[4]提出用茵陈蒿汤清热利湿，使湿热之邪从小便而去，病因皆因邪热入里，与脾湿相合，湿热壅滞中焦所致。湿热壅结，气机受阻，故腹微满、恶心呕吐、大便不爽甚或秘结；无汗而热不得外越，小便不利则湿不得下泄，以致湿热熏蒸肝胆，胆汁外溢，浸渍肌肤，则一身面目俱黄、黄色鲜明；湿热内郁，津液不化，则口中渴，舌苔黄腻，脉沉数为湿热内蕴之征，治宜清热，利湿，退黄。方中重用茵陈为君药，本品苦泄下降，善能清热利湿，为治黄疸要药。臣以栀子清热降火，通利三焦，助茵陈引湿热从小便而去。

薛生白在《湿热病篇》中指出“湿热证，恶寒发热，身重关节疼痛，湿在肌肉，不为汗解。宜滑石、大豆黄卷、茯苓皮、苍术皮、藿香叶、鲜荷叶、白通草、桔梗等味……”，“湿热证，寒热如疟，湿热阻遏膜原，宜柴胡、厚朴、槟榔、草果、藿香、苍术、半夏、干菖蒲、六一散等味”；“湿热证，初起发热，汗出胸痞，口渴舌白，湿伏中焦。宜藿梗、蔻仁、杏仁、枳壳、桔梗、郁金、苍术、厚朴、草果、半夏、干菖蒲、佩兰叶、六一散”；“湿热证，数日后自利，溺赤，口渴，湿流下焦，宜滑石、猪苓、茯苓、泽泻、萆薢、通草等味。”^[5]通过用药可以看出多用了滑石、茯苓皮、通草、六一散、猪苓、茯苓、泽泻、萆薢等利水祛湿之药，湿滞下焦，以分利为治，不予湿邪之郁热上蒸，而欲湿邪之淡渗下走，湿去则诸证自除。

2 不同点

2.1 张仲景多用辛温发汗而薛生白善用芳香化湿

张仲景在《伤寒论》中指出“风湿相搏，一身尽疼痛，法当汗出而解……若治风湿者，发其汗，但微微似欲汗出者，风湿俱去也”，此言风湿当汗解，而不可过也。谓风湿相搏疼痛，原当汗解，值天阴雨，则湿更甚，可汗无疑。而不愈何故？盖风性急可骤驱，湿性滞当渐解，汗大出则骤，风去而湿不去，故不愈。若发之微，则出之缓，缓则风湿俱去矣；又指出“伤寒瘀热在里，身必黄，麻黄连翘赤小豆汤主之”。表邪未解，湿热内淤，身必发黄，故以麻黄解表，连翘、赤小豆等味利肺气以清热。其邪在经络，故从表解之。

薛生白在《湿热病篇》中指出“湿热证，恶寒无汗，身重头痛，湿在表分，宜藿香、香薷、羌活、苍术皮、薄荷、牛蒡子等味。头不痛者，去羌活”。此为阴湿伤表证治，阴湿伤表，尚未化热，与寒湿近似，湿伤于表，卫阳为之所遏，故恶寒无汗。湿为阴邪，其性黏腻重着，气机被困，则头痛身重。湿未化热，病在卫表，故用藿香、苍术皮、香薷等芳香辛散之品，佐以羌活祛风胜湿，薄荷、牛蒡子宣透卫表。“因于湿，首如裹”，湿热病头重头胀

者为多，而头痛乃夹风之征，故头不痛者去羌活^[6]。

3 结语

《伤寒论》中有大量阐述湿病发病过程和治疗方法的条文，为我们治疗湿邪为病提供了大量的具体治疗方法和理论指导，尤其在《金匱要略》中对湿病独立论述，开创了湿病辨证论治的先河^[7]。张仲景确立治疗湿邪为病的治疗大法，对于湿邪在表宜采用发汗的方法，《金匱要略》中记载了麻杏苳甘汤、桂枝附子汤、白术附子汤等6首治疗湿邪在表的方剂。对于湿邪在里仲景重视利用利小便的方法，再根据具体证候辨证论治，如水停中焦之实证用茯苓甘草汤治疗；水湿内停下焦兼表之实证用五苓散治疗。薛生白结合卫气营血和三焦辨证遣方用药，并且根据湿邪侵犯人体的不同程度和不同阶段，综合病因、病机、病势，确定治疗方法，理法方药，丝

丝入扣。笔者初步对比张仲景和薛生白对于论治湿邪为病的学术思想，对两位医家治疗方法和用药特点有了进一步的了解，对今后指导治疗湿邪为病具有一定意义。

参考文献

- [1] 孙利祥,陈宝国.薛生白《湿热论》用药思路浅析[J].江西中医药,2012,43(3):5-6.
- [2] 吴德鸿,李正富.仲景治湿大法探析[J].长春中医药大学学报,2014,30(3):386-388.
- [3] 张仲景.金匱要略[M].北京:人民卫生出版社,2005:4.
- [4] 张仲景.伤寒论[M].北京:人民卫生出版社,2005:4.
- [5] 王孟英.温热经纬[M].北京:人民卫生出版社,2005:4.
- [6] 林培政,谷晓红主编.温病学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2012:7.
- [7] 余怡然,谢淑丽,林晨,等.张仲景与吴鞠通湿病治法各异的原因分析[J].中医杂志,2017,58(13):1163-1165.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郭凤鹏 收稿日期:2018-09-25)

河图相得相合的数理变化产生了天地万物

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:河图“天数五,地数五”以五为基数的天地分类法奠定了阳五行与阴五行的框架,河图“五位相得,而各有合”的数理变化产生了天地万物。天和地分别是由阳五行和阴五行在其各自“五位相得”的运动中产生的,生命万物“生长化收藏”的五个生化过程是在阳五行与阴五行“而各有合”的升降运动中产生的。河图数理变化的核心是相得与相合,而只有以天数地数为生成数才能阐释河图的相得与相合。天地万物的生死变化规律已全部被抽象在河图“天数五,地数五,五位相得,而各有合”的数理变化中。

关键词:河图;相得相合;天数地数;生数成数;阳五行;阴五行

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.018

文章编号:1672-2779(2019)-02-0041-05

Generation of Everything in Heaven and Earth by the Consistent Mathematical Changes of Getting and Tallying Each Other in the River Map

JIA Geng

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

Abstract: The classification taking five as the basis of heaven and earth by "five elements of heaven, and five elements of earth" of river map lays the five elements of the framework of yang and yin. The consistent mathematical change "five directions getting and tallying each other" in the river map generates everything in heaven and earth. The heaven and the earth are generated by the five elements of yang and yin in their "five directions" movement respectively. The five biochemical processes of "natural growth and extinction" of all living things are generated in the ascending and descending movement of "five elements of yang" and "five elements of yin". The core of the mathematical change of river map is to get and tally with each other. Only when the elements of heaven and earth are used as generated elements can the river map be explained. The changing rules of life and death in the universe have been abstracted from the mathematical changes of the river map "five elements of heaven, five elements of earth, and five elements getting and tallying each other".

Keywords: river map, getting and tallying each other; elements of heaven and earth; generated elements; five elements of heaven and earth; yang five elements; yin five elements

1 河图

易理是原始于河图洛书的。《易经·系辞上传》在阐释河图的数理结构和变化方式及其结果时曰：“天一、地二、天三、地四、天五、地六、天七、地八、天九、地十……天数五，地数五。五位相得而各有合。天数二十

有五，地数三十，凡天地之数五十有五，此所以成变化而行鬼神也。”

奇数一三五七九是河图的天数、阳数，偶数二四六八十是河图的地数、阴数。“天数五，地数五”是河图的结构方式！“五位相得而各有合”是河图的变化方式。

“天数二十有五，地数三十”是河图的生数和成数。“凡天地之数五十有五，此所以成变化而行鬼神也”是河图数理变化的最终结果。

生为神，死为鬼，有了鬼神之变化，也就说明有了生命万物的死生之变化。鬼神，死生也，生命万物变化之迹也，河图数理变化果实也。宋·程颐说：“鬼神，谓造化之迹也。”鬼神变化之迹就是万物造化之迹。死生变化，终始往复，五运轮回，乃万物造化之迹也。生命万物“生长化收藏”或“生长壮老已”产生和消亡的五运轮回过程，就是出生入死、终始往复的造化过程，就是此所以成生死变化而行鬼神之道的过程。

2 河图是天地生成图

河图布东南西北中五个方位，并有天数五，地数五。其中一三五七九为奇数阳数，其五位相得“二十有五”的这个和数便是天数；二四六八十为偶数阴数，其五位相得“三十”的这个和数便是地数。所以，“天数五”是指奇数一三五七九“五位”阳数，“天数二十有五”则是指奇数“五位相得”之后的和数才称之为“天数”；“地数五”是指偶数二四六八十“五位”阴数，“地数三十”则是指偶数“五位相得”之后的和数才称之为“地数”。《素问·上古天真论》开篇就讲：“法于阴阳，和于术数。”术：算术；和：和数，是算术加法运算的得数。奇数阳数一三五七九之和，为天之大数；偶数阴数二四六八十之和，为地之大数，皆术数之相加相得之和也。

“和”，家和万事兴，数和天地成。奇数一三五七九“五位相得”之和“二十有五”，乃天之大数；偶数二四六八十“五位相得”之和“三十”，乃地之大数，所以数和天地成！北宋·邵雍《观物外篇》曰：“乾坤起自奇偶。”就是表示天地由奇偶之数变化而来的。但只有天奇地偶的五位相得之和，才能成天地之大器，这应是河图“五位相得”数理变化的意义，所以河图实质上是天地生成图。

《素问·阴阳应象大论》曰：“积阳为天，积阴为地……清阳为天，浊阴为地。”阳数一三五七九相得相聚二十有五，阳气轻清至清至阳者升为天；阴数二四六八十相聚相得三十，阴气重浊至浊至阴者降为地。此乃数和天地成也。是河图的“相得”产生了天和地。

阳数阴数只有同性聚集方可成天地之大数、极数。极则变，量至大至极则变。阳数一三五七九“五位相得”之和“二十有五”，乃是河图最大的天数、阳数，也是天阳之极数，是天数之极，所以“积阳为天”，是量变到质变，是阳数积阳至大至极而量变为天；阴数二四六八十“五位相得”之和“三十”，此乃地之大数极数也，所以阴数积阴至大至极量变而为地。《易经·系辞上传》“极其数，遂定天下之象。”极天地之数而变，遂定天地之象也。积极，积和极也，积天阳地阴之极数而成天地之大

器，此乃“数和天地成”之数理变化也。所以清·毛西河欲把河图改名为“天地生成图”。

3 河图是万物生成图

河图以三与八合于东，七与二合于南，五与十合于中，九与四合于西，一与六合于北（见图1），天数与地数“而各有合”。奇偶相合就是天地相感、阴阳相合。《易传》曰：“天地氤氲，万物化醇，男女构精，万物化生。”；“天地感而万物化生。”明确指出阴阳相合、天地相感的结果是生命万物的化生。而生命万物化生的标志应为生长化收藏五运轮回的生死之变化，即河图三与八合于东而“生”，七与二合于南而“长”，五与十合于中而“化”，九与四合于西而“收”，一与六合于北而“藏”。故河图奇偶相合，亦即“天数二十有五，地数三十”之“凡天地之数五十有五”、“而各有合”的数理变化就是“此所以成变化而行鬼神也”。这个“鬼神”就是生命万物“生长化收藏”五运轮回的生死之变化，是河图的“相合”产生了万物，所以河图实质上是万物生成图。

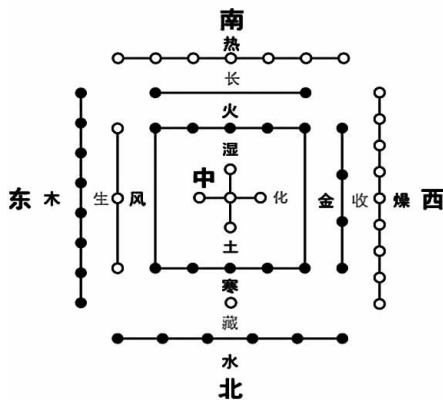


图1 河图奇偶相合形气相感万物生成图

4 河图天数地数是生成数

河图奇偶之数有天数和地数之区分，因此生数和成数也应当以天数和地数为区分，不应把天数和地数的奇偶混合数分为生数和成数，如所谓的“一二三四五为生数，六七八九十为成数”。“五位相得”是指奇数一三五七九相得之和二十有五为天数，偶数二四六八十相得之和三十为地数。奇数五位相得积阳量变为天，偶数五位相得积阴量变为地。天生地成，所以生数成数应以天数地数为区分，不可混而言之。

《素问·六元正纪大论》在讲述天数和地数时指出：“太过者其数成，不及者其数生。”即生数少，成数多，天数三七五九一“五位相得”之和“二十有五”，为“不及”，应该是生数；地数八二十四六“五位相得”之和是“三十”，为“太过”，应该是成数。所以“天数二十有五，地数三十”即为河图的生成数。

石寿棠在《阴阳治法大要论》中指出：“阳，天道也。阴，地道也。非天之阳，地亦不凝，而万物不生；

非地之阴，天亦无依，而万物不成”。即做为天数的阳数应是生数，做为地数的阴数应是成数。

《观物外篇》在论述奇偶阴阳之数时曰：“阳得阴而生，阴得阳而成。”也说明了做为阳数的天数应是生数，做为阴数的地数应是成数。从“无阴则阳无以生，无阳则阴无以成”来看，阳数应是生数，阴数应是成数；从“天主生、地主成”来看，天数应是生数，地数应是成数；从“阳生阴长”来看，做为阳数的奇数就是生数，做为阴数的偶数就是成数。

明·张景岳曰：“阴阳之理，阳为始，阴为终”“故物之生也生于阳，物之成也成于阴”（《真阴论》）。无始则无终，无生则无成，故，以生成论，生为始，成为终。所以做为阳数的天数应是生数，是“阳为始”，做为阴数的地数应是成数，是“阴为终”。而所谓的生数一二三四五阴阳混合数相得则是阳数三（+1-2+3-4+5=+3），所谓的成数六七八九十阴阳混合数相得则是阴数八（-6+7-8+9-10=-8），这实际上是相佐相克的结果，不是相得。数之相争相驳相制相克非术数之和也！天数和地数、阴数和阳数是不相得的。同性相得，异性相合。

阴数之间或阳数之间是同性相得相生之和的关系，而阳数和阴数之间则是异性相感相合的关系。“而各有合”是指天数一三五七九与地数二四六八十的各有合，如河图所示的三与八相合于东方，七与二相合于南方，九与四相合于西方，一与六相合于北方，五与十相合中央。

相得的数理变化把阳数一三五七九积聚为一体形成天，把阴数二四六八十聚集为一体形成地，这就是“和于术数”而“积阳为天，积阴为地”。相合的数理变化则把天和地联合成一体，形成一个对立统一的整体。这应是相得相合数理变化的整体观，也是河图数理变化的本质，所以河图数理变化的核心是“五位相得，而各有合”的相得与相合。

天数一三五七九相得为二十五，其气微，故其数生；地数二四六八十相得是三十，其气盛，故其数成，这是正常的太过与不及。北宋·张载说：“一物两体……两体者，虚实也”。天数二十有五，地数三十，故天气虚，地气实，虚则生，实则成；先虚，后实；先有气，后有形，气聚而为物，此为宇宙的演变规律。

《易·系辞上》“参伍以变，错综其数。通其变，遂成天地之文。极其数，遂定天下之象。”“参伍”即天数一三五七九和地数二四六八十“两五”奇偶之数相得又相合而相互参杂“错综其数”组成了“凡天地之数五十有五”的大衍之数，而此所以成天地万物鬼神的变化，故“参伍以变”；“通其变”，遂成天地万物鬼神变化之道也，通相得相合参伍之变，便知天地万物变化之文迹也；“极其数”，积阳数五位相得之和“二十有五”为天之极数而量变为天，遂成天之象；积阴数五位相得之和“三十”

为地数之极而量变为地，遂成地之象。极天地之数，遂定天地之象也。

《易经》以此奇偶阴阳天地两五“合而为十”的十个自然之数，相得相合错综其数参伍以变，演变出天地间无穷之万象。故《观物外篇》说：“数生象”，即数生万象也。所以是河图的数理变化产生了天地万物鬼神之象也。象，即《易经·系辞上传》“天垂象，地成形”之象，亦即万物之形象也^[1]。“数之所起，起于阴阳”，所以，太极阴阳一动一静而生数，数生象，象成器。太极为先，数在前，象在后，器再后也。

《观物外篇》说“太极……发则神，神则数，数则象，象则器，器则变，复归于神也”，是太极阴阳的变化而先后生出数、象和器。即河图的阴阳数是由太极阴阳演变而来的，太极显发首先演变出河图的奇偶阴阳之数，河图奇偶阴阳之数同性的“五位相得”之和之极则演变出天地之象，以五为建制的天地之象“而各有合”则成“生长化收藏”五运的万物之器（见图2），万物之器的“生长壮老已”生死轮回五运之变化则复归于鬼神之道也。提出天地万物的生成是按照太极、数、象、器的图式展开的，是太极阴阳生数，数则象，象则器，器变生死则复归鬼神之道也。也是“太极一气产阴阳，阴阳化合生五行，五行既萌随含万物”（《河洛原理》）之理。见图2：

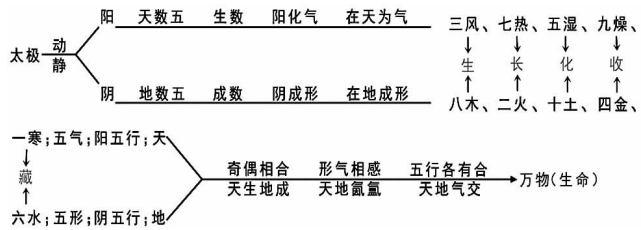


图2 太极阴阳演变图

5 河图是五行结构图

河图虽然没有五行之说，但是“天数五，地数五”以五为基数的天地分类法奠定了阳五行和阴五行的框架结构，其“五位相得，而各有合”的数理变化奠定了五行相生相得和阴阳相感相合的运动方式。

《易经·系辞上传》曰：“知变化之道者，其知神之所为乎。”“变化之道”即是指“五位相得，而各有合”之变化，知晓了这个变化之道，也就知晓了天地万物产生的道理和变易规律，即可通晓万物而知神之所为乎。《易经·系辞上传》接着又曰：“参伍以变，错综其数，通其变，遂成天下之文。”指天地“两五”奇偶之数相得相合相互参杂的“错综其数”之变遂成天地万物之变。知道了天地两五奇偶之数相得相合错综其数的变化之道，就知晓了天地万物五运轮回的生死变化之道，而知其神鬼之所为乎。

乾坤来自奇偶，奇偶起自阴阳，阴阳来自太极。太极一动一静，一奇一偶，遂先有一三五七九和二四六八十

奇偶阴阳两五之数的十个自然数。《观物外篇》开篇曰：“天数五，地数五，合而为十，数之全也。”即天奇地偶虽然只有十个数，但这十个自然数却是衍变天地万物的基本数。这个基数一分为二，天奇地偶，待达到天数五地数五“合而为十，数之全也”的稳定状态和衍化之数，再经过几十亿年“参伍以变，错综其数”的数理变化和氤氲衍化，才渐渐地产生了天地万物，并使得所有的生命万物都被刻上了五的烙印，于是植物有了生长化收藏的五运生命节律；动物有了生长壮老已五运的生命过程^[2-3]，以及五方、五季、五气、五色、五味、五脏、五体、五志、五音等以与天地五行同步共振^[4]，这就是“人法地，地法天，天法道，道法自然”而一层层效法出来的。

张仲景在其《伤寒论》中开篇就曰：“天布五行以运万类，人禀五常以有五脏。”就是在“天数五，地数五”以五为框架形成的五运循环往复的自然规律和天人相应的自然条件下，所有的生命万物都被打上了五的烙印而有五运终始反复，此非鬼神之变化而知神鬼之所为乎，此非生命万物之变化乎。

《易经·系辞上传》曰：“原始反终，故知死生之说。精气为物，游魂为变，是故知鬼神之情状。”原始，一元而始，始为生，生而神灵，生则神也。终为死，死而鬼魂，死则鬼也。终始，死生也。死生，鬼神也。鬼神，终始也。反终，物极必反，否极泰来，反终则始，死生反转，终始反复也。原始反终，生死轮回、反终则始、五运循环往复也。知终始反复，故知死生鬼神之说也。精气聚则生，精气散则死，气聚为物为生，始为神，气散为魂为死，终为鬼，是游魂为变皆终始死生鬼神之情状也。至此，就不难理解《易经·系辞上传》开篇的鬼神死生变化之含义了。

6 河图是形气相感图

《素问·天元纪大论》曰：“在天为气，在地成形”。即天主生，生的应当是气；地主成，成的应当是形。气为虚，形为实，故天数少而虚，主生，地数多而实，主成。“阳化气，阴成形”，先化气后成形，气聚而有形，有气才能有形，无气何以有形。因此作为生数的阳数化气为风热湿燥寒五气，作为成数的阴数成形为木火土金水五形，故在天为风热湿燥寒五气，在地为木火土金水五形，这就是“数生象”而“天垂象，地成形”之象。

因为“阳化气”、“在天为气”，因此做为阳数的天三生“风”于东，天七生“热”于南，天五生“湿”于中，天九生“燥”于西，天一生“寒”于北（见图 1），为阳生五气，所以在天为气，这就是数生天象也。而为何天三生风、天七生热、天五生湿、天九生燥、天一生水？因从五方看，“东方生风”，“南方生热”，“中央生湿”，“西方生燥”，“北方生寒”（《素问·五运行大论》）。再从五季看，东方为春，南方为夏，中央为长夏，西方为秋，北方

为冬，而春生风，夏生热，长夏生湿，秋生燥，冬生寒。即天三在东方，在春时，故生风；天七在南方，在夏时，故生热；天五在中央，在长夏，故生湿；天九在西方，在秋时，故生燥；天一在北方，在冬时，故生寒。天数三七五九一临御五方，顺应五时，产生在天的风热湿燥寒五气，理应如此^[5]。《素问·天元纪大论》明确指出：“东方生风，风生木”、“南方生热，热生火”、“中央生湿，湿生土”、“西方生燥，燥生金”、“北方生寒，寒生水”，是五方生天之五气，五气生地之五形，先有气故天生数，后有形故地数成，这也是“阳为始，阴为终”的法则。是在天的风热湿燥寒五气化生了在地的木火土金水五形，所以天数一三五七九应是生数。

由于“阳化气，阴成形”、“在天为气，在地成形”，所以做为相感相合的阴数地八相应于天三成“木”于东，地二相应于天七成“火”于南，地十相应于天五成“土”于中，地四相应于天九成“金”于西，地六相应于天一成“水”于北（见图 1），是阴成五形，故在地成形，这就是数生地之象也。地数二四六八十成木火土金水五形，所以地数是成数。

缘何地八成木、地二成火、地十成土、地四成金、地六成水？因“风生木、热生火、湿生土、燥生金、寒生水”，即《素问·天元纪大论》所曰：“在天为风，在地为木；在天为热，在地为火；在天为湿，在地为土；在天为燥，在地为金；在天为寒，在地为水。故在天为气，在地成形，形气相感而万物化生矣”。这就是“天垂象，地成形”之象也。

地八与天三相应于东方，东方生风必然是天三生风，地八就必然成木，是“风生木”，即三生八成；地二与天七相对应于南方，南方生热是天七生热，地二就应成火，是“热生火”，为七生二成；地十与天五相对应于中央，中央生湿应是天五生湿，地十就应该成土，即“湿生土”，为五生十成；地四与天九相对应西方，西方生燥应是天九生燥，地四就应该成金，即“燥生金”，为九生四成；地六与天一对应于北方，北方生寒应该是天一生寒，地六就应该成水，即“寒生水”，为一生六成。有始就有终，有生就有成。做为生数的阳数产生在天的风热湿燥寒五气，做为成数的阴数就应成在地的木火土金水五形，是风生木、热生火、湿生土、燥生金、寒生水“气聚而有形”的结果；是“阴以阳为主”、“地以天为主”的必然结果；是“阳化气，阴成形”、“在天为气，在地成形”的理论，从而“形气相感，万物化生”（《素问·四气调神大论》）。所以只有形气具备相感相合的阴阳升降运动才能有生命万物的化生。

从河图看，是天三生风地八成木，天七生热地二成火，天五生湿地十成土，天九生燥地四成金，天一生寒地六成水，是天生地成，是在天的三风、七热、五湿、

九燥、一寒五气对应着在地的八木、二火、十土、四金、六水五形，并非“天一生水，地六成之；地二生火，天七成之；天三生木，地八成之；地四生金，天九成之；天五生土，地十成之”。

如果说水火木金土五形是由一二三四五所谓的生数产生的，那么风热湿燥寒五气是否由水火木金土化生？气聚而有形，没有气，如何突兀水火木金土五形来。有形无气，既不符合阴阳之理，又不符合先虚后实、先有气后有形、及“阳化气，阴成形”的宇宙演化规律。有形无气又如何“形气相感，万物化生”？如果说一六为水，二七为火，三八为木，四九为金，五十为土，奇偶相合产生的仅是水火木金土，那就违背“形气相感，万物化生”之义了。因河图“五位相得，而各有合”的数理变化就是“此所以成变化而行鬼神也”，即奇偶阴阳相感相合产生的是具有生死（鬼神）变化的生命万物，并非仅仅是有形而无气的水火木金土。如果按照天数是生数，地数是成数的观点，那么“天一生寒，地六成水；天三生风，地八成木；天五生湿，地十成土；天七生热，地二成火；天九生燥，地四成金”更合乎《内经》“风生木、热生火、湿生土、燥生金、寒生水”的理论。气聚而为物：风气聚而为木，热气聚而为火，湿气聚而为土，燥气聚而为金，寒气聚而为水。所以，木火土金水五形为风热湿燥寒五气所生，然后形气相感，万物化生。

从发生学上来看，如果说天一生水，地二生火，天三生木，地四生金，天五生土，即一二三四五为生数，此其生数发生的顺序应该是：水→火→木→金→土，按此顺序五位乃是水克火，火克木，木侮金，金乘土，即水不能生火反克火，火不能生木反克木，木不能生金反侮金，金不能生土反乘土，且又无以相合，这是怪胎、死胎，一发生就无法运动而胎死腹中。如果五位不能相生也就没有五行生克乘侮之说，生为始，所以“五位相得”相生是五行学说之始。而风生木，热生火，湿生土，燥生金，寒生水，按此生成的顺序是：木→火→土→金→水，木生火，火生土，土生金，金生水，其五位相生形成了地之五行，具备了“地”的意义。且又有天之五气与之各有相合，而能产生显示生命万物化生的“生长化收藏”五个生化过程，这就是“五运”，是“五位相得，而各有合”数理变化的本质。

“五位相得”的数理变化就是把风热湿燥寒五气积聚为一体形成天之气，把木火土金水五形聚积为一体形成地之形。“而各有合”的数理变化就是风热湿燥寒五气与木火土金水五形而各有相合以产生生命万物化生的“生长化收藏”五个生化过程，最终彰显奇偶相合“形气相感、万物化生”的数理变化运动。

奇偶相合、形气相感如何化生万物？如在东方，三八风木相感，才能有“生”；在南方，七二热火相合，才

能有“长”；在中央，五十湿土相合，才能有“化”；在西方，九四燥金相合，才能有“收”；在北方，一六寒水相合，才能有“藏”（见河图3）。这就是奇偶之数“而各有合”的理论。只有奇偶相合、形气相感，才能有生命万物“生长壮老已”或“生长化收藏”五运之变化！

“生长化收藏”是生命力的显示，因此生命万物产生的标志应该是能够显现生命力的“生长化收藏”的五个生命变化之程序。有此五个生命变化之程序，说明天地间有了生命万物的产生，这便是河图奇偶之数而各有合“此所以成变化而行鬼神（生死）也”的数理变化。

《素问·天元纪大论》指出：“天地之间，六合之内，不离于五，非徒一阴一阳也”，所以“夫五运阴阳者，天地之道也。”“五位相得”的五行生克变化首先形成了天和地，“而各有合”的阴阳升降变化才产生了生命万物。所以“夫五运阴阳者”，五行在先阴阳在后，符合《周易》“五位相得，而各有合”的先后演变顺序。只有五行与阴阳的共同作用才是天地之道，才能产生天地万物^[6-8]。这也是《内经》对《易经》“天数五，地数五”以五为建构的高度概括和升华，其“升降出入，无器不有”则是对“五位相得，而各有合”的五行生克出入运动和阴阳上下升降运动的高度总结。周波从天文历法探讨了河图数字的排列原则，发现其与阴阳五行的内涵及定义密切相关，还与形、神关系相对应，从而为中医理论的诠释、应用和发展带来相当程度上的逻辑自洽性^[9-12]。实为一种难得利用原古认知和现代科学相结合的创新思维。

参考文献

- [1] 任应秋. 阴阳五行[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1960: 15-16.
- [2] 郝万山. 关于五行的讨论[J]. 北京中医药大学学报, 2009, 32(1): 8-11.
- [3] 郝万山. 返朴求真 回归经典——我对《黄帝内经》五行学说的解读[J]. 浙江中医杂志, 2016, 51(11): 786-787.
- [4] 梁学敏, 郑燕霞, 杜淑娟, 等. 五行网络结构——体现以“气”为中介的感应原理[J]. 中华中医药学刊, 2008(4): 823-825.
- [5] 贾耿. 河图与阴阳五行[J]. 中国中医基础医学杂志, 2003(7): 20-22.
- [6] 田进文. 论中医学五行理论与阴阳理论的逻辑规则及其与现代物理理论的统一性[J]. 山东中医药大学学报, 2015, 39(2): 109-112.
- [7] 文理, 刘巍, 顾植山, 等. 近十年中医的阴阳五行研究发展概况及评论[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(11): 1481-1485.
- [8] 张燕平. 中医五行学说研究进展[J]. 中医研究, 2007(6): 60-62.
- [9] 周波, 兰吉瑞, 陈瑞祥, 等. 阴阳五行、神机气立的理论基础来自于立竿测影[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(8): 67-73.
- [10] 周波. 五行与天人合一新探[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(12): 76-77.
- [11] 周波, 吴世东, 曾启全, 等. 形与神俱现代科学研究(2)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(9): 128-134.
- [12] 周波, 吴世东, 曾启全, 等. 形与神俱现代科学研(4)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(9): 15-23.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 李秀梅 收稿日期: 2018-09-21)

名医经验 Experience of
 Prestigious Doctors

李鲤运用培土生金汤治疗肺系疾病经验[※]

 常学辉¹ 孙燕²

(1 河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450002;2 河南中医药大学研究生2016级,河南 郑州 450008)

摘要:李鲤教授为第三、第四批全国老中医药专家学术经验继承工作导师。李鲤教授临证推崇寓补于消法,擅长运用保和丸加减化裁治病,自创培土生金汤(保和丸加桑白皮、苦杏仁、黄芩、川贝母、炒鸡内金、当归组成),在治疗咳嗽、喘证、鼻渊、肺胀等肺系疾病疗效显著,值得临床推广应用。

关键词:肺系疾病;名医经验;李鲤;培土生金汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.019

文章编号:1672-2779(2019)-02-0046-03

Experience of Professor Li Li in the Treatment of Pulmonary Diseases with Peitu Shengjin Decoction

 CHANG Xuehui¹, SUN Yan²

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

2. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: Professor Li Li is the third and fourth groups of old Chinese medicine experts in the country inherited the academic experience of the work mentor. Professor Li Li clinical syndromes promote the combination of supplement and digestion, and he is good at addition or subtraction of changes Baohe pill to treat the disease. He has made his own Peitu Shengjin decoction (Baohe pill with the root bark of white mulberry, semen armeniacae amarae, scutellaria baicalensis, fritillaria cirrhosa, endothelium corneum gigeriae galli and angelica sinensis) in the treatment of cough, asthma syndrome, and nasal roots. The curative effect of lung distention and other pulmonary diseases is remarkable, and it is worth popularizing and applying in clinic.

Keywords: pulmonary diseases; experience of famous doctors; Li Li; Peitu Shengjin decoction

李鲤教授,主任中医师,硕士研究生导师,国家中医药管理局第三、第四批全国老中医药专家学术经验继承工作导师,全国名老中医药专家传承工作室导师,全国优秀中医临床人才研修项目导师,“河南中医事业终身成就奖”获得者。李老从事中医教学、临床及科研工作五十余载,经验丰富。李老学术上注重阴阳、五行、脏腑、经络整体观念的运用和研究,提出了“寓补于消”的理论见解,擅长保和丸的临床应用,独具匠心,疗效显著。肺系疾病是临床上发病率较高的一类疾病,此类疾病易反复发作,逐渐进展,日久影响患者生活质量。笔者有幸作为李鲤名老中医工作室成员跟师学习数年,现将李鲤老师应用自拟方培土生金汤治疗肺系疾病的经验总结如下。

1 病因病机

肺系疾病是临床上发病率较高的一类疾病,包括感冒、咳嗽、哮喘、喘证、肺病、肺胀、肺痿等。肺属金,主气,司呼吸,肺的病变主要由于肺气宣发肃降功能失调所致。脾属土,主运化,为后天之本。从五行关系看,

土生金,脾肺乃母子关系,肺气充足与否,赖于脾之生化功能是否正常。肺的宣降与脾胃运化相辅相成,共护机体,共同维持人体正常的生长发育和生理活动。

李老结合多年临证经验,认为随着当今社会发展,肺系疾病多由外感六淫之邪,内伤饮食不节、调摄无度、情志内伤、静卧少动等因素引起。病位在肺,与脾胃、肝、肾、大肠等关系密切。李老特别强调脾胃运化失职在疾病发作中占据重要地位,他指出脾胃为后天之本,气血生化之源,生理情况脾为生痰之源,肺为贮痰之器;脾为生气之源,肺为主气之枢。“脾肺相关”理论在肺系疾病的病机分析中具有重要的指导意义,且脾为后天之本,肺系疾病的发生与脾的功能失常密切相关。

2 治法方药

李老宗周慎斋^[1]“诸病不愈,必寻到脾胃之中,方无一失”之义,统筹全局,抓住病机关键,从脾胃入手。脾运则能输布阳气,运化精微,灌溉四旁,化痰祛瘀,疏利水湿,待气血煦濡,五脏得养,方能扭转颓势,权衡以平。临床常用培土生金汤以健脾和中,肃肺化痰。李老治疗肺系疾病从脾胃入手多能取得良效。正如李中梓曰:“肺气受伤者,必求之于脾土”。

培土生金汤为李老保和丸系列方剂之一,由保和丸合桑杏汤化裁而来。组方:陈皮 10 g,姜半夏 12 g,茯

※ 基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目资助[No.国中医药人教函(2012)149号];河南省中医临床学科领军人才培养计划资助[No.201301006];河南省中医药拔尖人才培养项目[No.豫中医科教[2018]35号]

苓 20 g, 炒莱菔子 15 g, 焦山楂 15 g, 焦神曲 10 g, 连翘 10 g, 桑白皮 20 g, 杏仁 10 g, 黄芩 10 g, 川贝母 10 g, 当归 15 g。方义分析: 保和丸以滋养化源, 土旺则金生。“谷入于胃, 胃气上注于肺。”化源一开, 肺脏得养, 则正旺邪却, 肺金清肃而病愈。桑白皮以泻肺化痰; 黄芩主清肺热; 杏仁宣肺止咳; 川贝母清热化痰; 当归养血活血以疏通肺络。全方共奏和中化痰, 宣肺止咳之功效。加减: 咯血者, 加三七、焦栀子、炒黄芩、墨旱莲、女贞子; 癆瘵兼低热者, 加地骨皮、炙百部、全蝎; 阴虚者, 去半夏, 加北沙参、百合、麦冬; 哮喘者, 加地龙、僵蚕。

培土生金汤功效为和中化痰, 宣肺止咳, 临床在治疗咳嗽、喘证、哮证、肺胀(包括气管炎、肺气肿、支气管哮喘、肺心病及支气管扩张)等肺系疾患中疗效显著, 进一步开拓了保和丸的应用领域, 为肺系疾病的临床治疗提供新的用药策略。

3 典型医案

案1 痰热郁肺咳嗽案。周某, 男, 60岁。2013年9月23日初诊。患者平素易感冒, 4天前受凉后出现咳嗽、咯痰、气短, 胸部X线示: 右肺感染, 经当地诊所输液3天未见明显效果, 就诊时症见咳嗽, 痰多粘稠、咯吐不爽, 气短、乏力、纳差, 小便微黄、大便3日未解, 舌紫暗、苔腻微黄, 脉浮滑。听诊: 右肺可闻及湿罗音。中医诊断为“咳嗽”, 痰热郁肺、瘀血内阻型, 治宜和中化痰、活血清热, 培土生金汤加减。处方: 山楂 12 g, 神曲 12 g, 陈皮 12 g, 姜半夏 12 g, 茯苓 30 g, 炒莱菔子 15 g, 连翘 12 g, 丹参 30 g, 地龙 12 g, 当归 15 g, 僵蚕 12 g, 桑白皮 20 g, 黄芩 12 g, 杏仁 12 g。水煎服, 日1剂。3剂后患者咳嗽减轻, 痰易咳, 食欲增加, 大便通畅, 精神改善。守上方, 加川贝母 10 g。续服7剂, 诸症基本消失。复查胸部X线片正常。

按语:咳嗽是因邪犯肺系, 肺失宣肃, 肺气上逆所致的以咳嗽为主要症状的一种肺系病证。李老根据《素问·病机气宜保命集》^[2]: “咳谓无痰而有声, 肺气伤而不清也; 嗽是无声而有痰, 脾湿动而为痰也。咳嗽谓有痰而有声, 盖因伤于肺气动于脾湿, 咳而为嗽也。”认为咳嗽与肺、脾两脏关系密切。该患者系痰浊中阻, 素有癆证, 外邪入里化热所致, 老年患者每多以脾胃症状为首发, 医者应从此病机入手, 且老年患者多伴癆象。《医林改错》^[3]明确指出: “元气既虚, 必不能达于血管, 血管无气, 必停留而瘀”, 临证不可忽视。且“脾为生痰之源, 肺为储痰之器”, 故其病本在脾, 病标在肺。方以保和丸变化, 用意深刻。保和丸诸药, 或能消食化痰, 或能调中化痰, 或能健脾化痰, 或能调气化痰, 或能下气消痰, 或能清热化痰, 以此再伍丹参、地龙、当归、僵蚕以活血, 配桑皮、杏仁、黄芩以清热止咳, 宣上通下,

标本同治, 肺气清肃之能得复, 病得愈。

案2 脾肺气虚、痰浊不化喘证案。张某, 女, 60岁。2012年12月23日初诊。10年前患者因受凉后出现胸闷气短, 咳嗽吐痰, 间断治疗, 效果不佳。3年前复因受凉后出现双下肢水肿, 不能平卧, 在当地治疗被诊断为慢性阻塞性肺病。患者近1月因感冒后咳嗽咳痰, 胸闷不能平卧, 夜间常憋醒, 双下肢轻度水肿, 面色紫暗, 口唇紫绀。舌质暗、苔白腻, 脉弦滑。体检: 颈静脉怒张, 桶状胸, 双肺底可闻及湿啰音。中医诊断为“喘证”, 辨证属脾肺气虚, 痰浊不化, 上犯于肺, 肺失宣降所致; 治宜健脾化痰、泄肺利水, 培土生金汤加减。处方: 姜半夏 10 g, 陈皮 12 g, 茯苓 30 g, 炒莱菔子 12 g, 焦山楂 15 g, 焦建曲 12 g, 连翘 12 g, 炒鸡内金 20 g, 焦麦芽 20 g, 红参 20 g, 黄芪 20 g, 白术 20 g, 甘草 10 g, 葶苈子 20 g, 车前子 30 g, 泽泻 30 g, 淫羊藿 10 g, 巴戟天 15 g。20剂, 水煎服, 每日1剂。

2013年1月13日二诊: 患者精神状态明显好转, 胸闷水肿基本消失。守上方加桃仁 20 g, 当归 20 g, 丹参 20 g。间断服用, 每月10~15剂, 连续3年, 至今未再度发作。

按语:喘即气喘、喘息, 是以呼吸困难, 甚则张口抬肩、鼻翼煽动、不能平卧等为主要临床特征的一种病证。多因外邪侵袭、饮食不当、情志失调等引起肺失宣降, 肺气上逆或气无所主, 肾失纳摄而至。李老认为肺、脾、肾气虚是本, 水液代谢失调、痰湿内停、肺失宣肃是标, 整体属本虚标实。脾胃位于中焦, 是水液代谢的枢纽, 气血生化之源。对于喘证的治疗, 调理脾胃, 促进脾胃运化, 能从根本上减少痰浊的生成, 以绝痰湿之源; 益气健脾, 气血充足, 肺、脾、肾等脏腑功能才能从根本得以恢复和逆转。李老认为对此调理脾胃既可治标又可治本。急性期痰浊较盛, 闷喘甚者, 以化痰平喘治标为主; 缓解期患者虚象明显者, 以补益肺、脾、肾之气治本为主。本例患者选用保和丸加黄芪、白术、人参以益气健脾, 杜绝生痰之源; 急则治其标, 酌加葶苈子、车前子、泽泻以泻肺利水平喘, 维持肺的宣降功能; 加淫羊藿、巴戟天者, 取金水相生之意; 心主血脉, 肺朝百脉, 痰浊阻滞, 肺失宣降, 日久气血郁滞, 心脉瘀阻, 故治疗本病应当兼用活血化痰药, 只有气血条畅, 肺才能正常宣发肃降, 心主血脉功能才能正常, 故在二诊中加入桃仁、当归、丹参以条畅气血。

案3 上盛下虚肺胀案。张某, 男, 78岁。2013年10月25日初诊。患者20年前因受寒后出现咳嗽、咳痰, 未予重视, 失治不愈, 迁延多年, 时轻时重。5天前喘咳, 胸部憋闷, 痰多微黄, 心悸气促, 脘腹胀满, 前来就诊。症见: 咳嗽、咳痰, 颜面及双下肢浮肿, 畏寒肢冷, 口唇紫绀, 纳眠差, 二便可, 舌质暗红、苔白

腻，脉沉细数。听诊：两肺呼吸音减弱、两肺呈过清音，心浊音界变窄，肝浊音界下降。诊断为“肺胀”，上盛下虚证，治宜和中化痰、宣肺平喘、温阳利水，培土生金汤合葶苈大枣泻肺汤加减。处方：茯苓 30 g，猪苓 30 g，桑白皮 20 g，葶苈子 20 g，泽泻 20 g，炒莱菔子 15 g，焦山楂 15 g，陈皮 12 g，川贝母 12 g，当归 12 g，五味子 12 g，姜半夏 10 g，焦神曲 10 g，杏仁 10 g，红参 10 g，甘草 6 g，大枣 5 枚。服用 7 剂后，喘咳、胸闷、心悸明显减轻，痰液减少，腹胀消失，食欲大开。仍有下肢浮肿，口唇紫绀，舌质暗红、苔白腻，脉沉细数。原方继服 15 剂，水煎服，日 1 剂。辅以赤小豆 30 g，配鲤鱼炖服。再诊时面浮肢肿消失，喘咳缓解，余无不适。

按语：《金匱要略》^[4]：“咳而上气，此为肺胀”。肺胀是多种慢性肺系疾病反复发作，迁延不愈，导致肺气胀满，不能敛降的一种病证。李老认为肺胀病机为心、肺、脾、肾俱病，肾元亏于下，痰浊壅于上，脾运失于中，五脏精气俱虚，阳气衰微，阴血不足，因虚而致痰浊瘀血停滞，水湿泛滥。针对此虚实相间、错综复杂之案例。李老宗周慎斋“诸病不愈，必寻到脾胃之中，方无一失”之义，统筹全局，抓住病机关键，从脾胃入手，

脾运则能输布阳气，运化精微，灌溉四旁，化痰祛瘀，疏利水湿，使气血煦濡，五脏得养，方能扭转颓势，权衡以平。此案培土生金汤以健脾和中、肃肺化痰，合葶苈大枣泻肺汤以泻肺逐饮平喘；加红参、五味子以温阳益气、化痰通络；加猪苓、泽泻以利水；加桑白皮、川贝母以泻肺化痰，黄芩清泄肺热，杏仁宣肺止咳，当归养血活血以疏通肺络。二诊时症状明显减轻，守方，并辅以赤小豆鲤鱼汤食疗补脾益肾、消肿。

4 小结

肺系疾病以咳、痰、喘为主症。李老结合多年临证经验，认为肺系疾病多由饮食不节、调摄无度、情志内伤、静卧少动等引起，脾胃运化失职在疾病发作中占据主要地位。李老临证中重视脾胃，推崇寓补于消法，临床处方多以培土生金汤加减疗，疗效显著，值得临床推广。

参考文献

- [1] 李鲤. 临证保和心鉴[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2007.
- [2] 闫土山. 咳、嗽无别[J]. 中医杂志, 1984, 25(3): 79.
- [3] 万永生. 卢太坤运用益气活血法治疗男科疾病验案举隅[J]. 江苏中医药, 2007, 39(9): 46-47.
- [4] 范永升. 金匱要略[M]. 4 版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 86.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 张灵芝 收稿日期: 2018-09-25)

孙海波内外联合治疗小儿鼻渊的经验

刘萌¹ 孙海波²

(1 辽宁中医药大学研究生学院中医五官科, 辽宁 沈阳 110847;

2 辽宁中医药大学附属医院耳鼻喉科, 辽宁 沈阳 110032)

摘要: 小儿鼻渊为耳鼻喉科常见病, 因其早期症状与感冒相类似, 很容易失治误治, 绵延日久转为慢性, 影响小儿日常生活及智力发育。孙海波教授学验丰富, 临床灵活施治各种耳鼻咽喉科疾病, 取得良好效果。对小儿鼻渊也有独到的认识, 临证常从“清肺化痰, 驱邪通窍”的角度论治, 临证加减, 内外联合, 疗效显著。

关键词: 孙海波; 儿科; 鼻渊; 临证经验; 耳鼻咽喉科; 内外同治

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.020

文章编号: 1672-2779(2019)-02-0048-03

Experience of Professor Sun Haibo in Treating Infantile Nasosinusitis with Internal and External Combination Therapy

LIU Meng¹, SUN Haibo²

(1. Otolaryngology of Traditional Chinese Medicine, Graduate School, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China

2. Department of ENT, the Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: The infantile nasosinusitis is a common disease in the department of ENT. Because of its early symptoms similar to the cold, it is easy to lose the treatment of mistreatment, and the involvement is chronic, which affects the daily life and intellectual development of children. Professor Sun Haibo is rich in clinical experience and flexible in the treatment of various diseases of the ear, nose and throat. There is also a unique understanding of children's nasal origin, clinical syndrome often from the perspective of "clearing the lungs and removing turbidity, expelling evil and clearing the orifices", clinical syndrome plus subtraction, internal and external combination, the curative effect is remarkable.

Keywords: Sun Haibo; pediatrics; nasosinusitis; clinical experience; otolaryngology; internal and external simultaneous treatment

鼻渊, 又名“脑漏”“脑崩”“脑泻”, 是以其症状命名, 以鼻流浊涕, 量多不止为主要临床特征的鼻病。

常伴见鼻塞、头痛及嗅觉减退等临床症状。其相当于西医中的急慢性鼻-鼻窦炎, 为耳鼻咽喉科常见病。关于鼻

渊,最早可追溯到《素问·气厥论篇》:“胆移热于脑,则辛頞鼻渊。鼻渊者,浊涕下不止也。”其明确阐述了鼻渊的症状。后代医家在此基础上有所发展。如《景岳全书》卷二十七:“鼻渊证,总由太阳督脉之火甚者,上联于脑而津津不已。”又如《外科正宗》卷四:“脑漏者,又名鼻渊。总由风寒凝入脑户与太阳湿热交蒸乃成。其患鼻流浊涕,或流黄水,点点滴滴,长湿无干,久则头眩虚晕不已。”

孙海波教授为第六届全国师承指导教师,从事中医耳鼻喉科的临床与教学40余年,医术精湛,学验丰富,善于辨治各种耳鼻喉科及口腔学疑难杂症,受到众多患者的高度好评。笔者有幸跟从孙海波教授出诊,受益匪浅,感受良多,现将教授内外联合治疗小儿鼻渊的经验总结如下。

1 探求病因病机责之在肺

小儿鼻渊是耳鼻喉科常见病、高发病。其临床症状常表现为鼻塞、流黄涕、头痛、记忆力减退、嗅觉减退等,西医学属儿童鼻-鼻窦炎范畴。因其早期症状与感冒类似,容易失治误治,导致疾病绵延日久,发为慢性,影响小儿日常生活质量及智力发育,甚则发生中耳炎、腺样体肥大等疾病。小儿鼻渊较成人发病率高,且与成人有明显区别,在临床上及治疗上有其特殊性^[1]。因小儿有独特的生理病理特点,故病因病机与成人不同。中医学认为儿童乃“稚阴稚阳”之体,脏腑娇嫩,形气未充,鼻窦开口较大,鼻腔及鼻窦黏膜防御功能较差,一旦感受外邪,极易引发鼻塞流涕等鼻部症状。小儿形气未充,鼻窦未发育完全,且鼻粘膜较薄,易感受邪气^[2]。加之小儿鼻窦口鼻道复合体发育不全,窦口开放较小,易滞留邪气,导致病程缠绵难愈。孙海波教授根据万全提出的小儿“肺常不足”这一特点,认为肺不足,则不能固护肌表,易致外邪侵袭,而小儿乃稚阳之体,易上犯鼻窦。另外肺炎,哮喘等其他肺系疾病亦可导致小儿鼻渊的发生。

孙海波教授总结多年的临床经验认为小儿鼻渊的发生责之于肺,并将病机归结为外感风热之邪气和风寒日久化热。他认为,肺受外邪侵袭,其清肃失常,邪气循经上扰,上犯于鼻,气聚鼻窦灼腐肌膜,则浊涕不止,肺经湿热阻滞则出现鼻窦不通,甚则不闻香臭、嗅觉减退及头痛的症状。因此孙海波教授常采用清肺化浊、驱邪通窍的治疗大法。

2 清肺化浊内外同调

2.1 内治法 常采用菊花通圣汤,乃根据《宣明论方》中的防风通圣汤化裁而来,其药物组成:菊花,薄荷,荆芥穗,酒黄芩,生地黄,白芷,甘草,防风,粉葛根,栀子,苍耳子,广藿香,细辛,茵陈,紫苏叶,黄连,大黄^[3]。方中菊花如《本草正义》载:具有“宣扬疏泄”

之性,可散邪通窍,止头痛;薄荷、荆芥穗皆清轻之品,可将风热之邪由鼻而泄;防风祛风解表,胜湿止痛解表同时兼能缓解头痛;粉葛解表升阳,以通清窍;大黄攻泄下通利,可将邪热由胃肠而出;黄连、黄芩、栀子清气分邪热,清诸经浮火;生地黄凉血分之热,兼润燥滋阴;茵陈清热利湿;苍耳子可宣通鼻窍,如《本草备要》中曰:“善发汗,散风湿,上通脑窍……治头痛,目暗,齿痛,鼻渊,去刺”;细辛善解表散寒以通窍;白芷芳香上达,可使风热得之而散,为治鼻渊之要药;紫苏叶者行气宽中,消痰利肺;甘草,清热解毒,调和诸药。诸药配伍,相辅相成,具有清热宣肺通窍散邪之效。临证之时,孙海波教授灵活应用本方,随证加减。如鼻塞较重者,加辛夷、苍耳子宣通鼻窍;咳嗽痰多者,加杏仁,紫苑以止咳化痰;浊涕多者,薏苡仁、半夏,陈皮以理气化痰;若涕中夹有血丝者,加白茅根,茜草,蒲公英凉血;汗多者,加白术,黄芪益气固表。

2.2 外治法 孙海波教授运用菊花通圣汤,一方多用。内治的同时,还运用于外治。根据药性,方中用药多为轻清之品,其性上行,药物多具有芳香通窍的作用,其辛香走窍以宣肺。正如《灵枢·脉度》:“肺气通于鼻,肺和则鼻能知香臭矣。”通过患者煎煮药物时,用鼻吸入蒸汽,然后从口中吐出,反复多次操作,通过呼吸吐故纳新。教授认为这样不仅可以使药效充分发挥,同时,还能更大程度地缓解鼻塞、头痛的症状。另外,孙海波教授常采用生理性海水鼻喷剂冲洗鼻腔,他认为鼻以“通”为用,肺气通于鼻,鼻通则肺气通。生理性海水鼻喷剂是从特定海域提取,经过特殊处理,pH值符合生理标准,与人体体液等渗的海水,含有二十多种有益的矿物元素,其中,锌和银是“杀菌元素”,铜是“消炎元素”,锰是“抗过敏元素”。这些微量元素在抵抗鼻腔非特异性炎症中具有一定作用,所以生理性海水鼻喷剂有杀菌、抗炎、抗过敏的作用^[4],无药物成分,长期使用无依赖性。孙海波教授认为以自身之“液”冲洗自身之腔,可以使窦口及窦腔残留的浊涕冲洗出鼻外,起到了引流的作用,从而达到消除炎症,化解分泌物,改善通气的作用。同时鼻腔冲洗可促进鼻内纤毛运动,能使鼻腔更洁净,防止外邪侵袭。

3 注重调护重在脾胃

孙海波教授在运用药物治疗的同时,更注重小儿调护,以增强体质为主,他认为防大于治,正如《黄帝内经·素问》云“正气存内,邪不可干……”。肾为先天之本,脾胃为后天之本,都与小儿鼻渊的发生和转归有密切联系。先天不足则易于感邪,如金代著名医家李杲所言“内伤脾胃,百病由生”;后天失养则易致病情缠绵,出现多种并发症。因此孙海波教授常叮嘱患儿家长在日常多增强患儿的户外运动以增强体质,并注意小儿的饮

食,宜清淡均衡,防止后天之本受邪所伤。

4 医案举隅

孙海波教授灵活地将内治外治法相结合,共同达到清热宣肺,驱邪通窍,疗效颇佳,现举医案两例,以验其效。

案1 李某,男,7岁。2018年3月22日初诊:以“鼻流黄涕、鼻塞1个月”为主诉来诊。患儿家属述患儿一个月前因外感风寒后出现鼻塞、鼻流清涕,后逐渐转为黄涕,服用感冒药后,症状未见明显缓解。现症见:鼻流黄涕,伴见鼻塞、嗅觉减退,涕后流,轻咳,时有头痛,舌红、苔黄,脉弦。此证系属风寒日久郁而化热,肺经湿热瘀滞,而见症。治以清热宣肺,驱邪通窍。处方:地黄15g,酒黄芩8g,白芷8g,甘草6g,防风10g,粉葛根10g,栀子8g,苍耳子8g,广藿香10g,细辛3g,薄荷10g,茵陈15g,荆芥穗10g,菊花20g,紫苏叶10g,黄连6g。5剂,水煎服,分温三服。煮药同时用蒸汽熏鼻,生理性海盐水鼻喷剂日3次喷鼻。

2018年3月29日二诊:药进5剂,涕量减少,黄者转白,头痛明显好转,今日出现汗出较多,入夜尤甚。处方:将原方去荆芥、地黄;将防风改为15g,加黄芪20g,白术15g。3剂,用法同前,继续海盐水喷鼻。药尽,症状消失,病愈。

案2 孙某,男,11岁,2017年8月7日初诊:以“鼻流黄涕伴头痛5天。”为主诉来诊。患儿家属述患儿5天前中暑后出现鼻流黄涕,伴头痛,自行口服抗生素后症状未见明显好转,遂来就诊。现症见:鼻流黄涕,头痛,下午尤甚,鼻塞,记忆力减退,时有涕中带有血丝,口干,大便干,舌红、苔薄黄,脉浮数。此证系属外感暑热之邪,郁积于肺,肺经邪气循经上扰,搏结鼻窦腔肌膜,则鼻流黄涕,湿热之邪气壅滞鼻窦,则见鼻塞,头痛。下午3~5时为申时,属金,肺亦属金,故当清肺化浊,荡邪通窍。处方:桑叶10g,栀子10g,菊花15g,地黄15g,黄芩15g,黄连10g,大黄10g,白芷10g,茵陈15g,薄荷10g,苍耳子10g,细辛3g,防风10g,白茅根10g,茜草10g。3剂,水煎服,分温三服,煮药时可用蒸汽熏鼻,生理性海盐水鼻喷剂日3次喷鼻。

二诊:流黄涕量明显减少,黄中夹白,头痛减轻。但熏鼻时,鼻涕反多。诸症减轻,疾病向愈。熏鼻时鼻涕反多,实非鼻涕量多,鼻涕因鼻窦通道畅通,郁积之脓涕而畅泄。处方:效不更方,3剂水煎服,外用药同上。

按语:小儿鼻渊的发生与成人不尽相同,发病率较高,在儿童中发病率为20%~40%^[5],因其形气未充,鼻窦未发育完全,易受邪气侵入。又因窦口狭窄,导致脓涕难以排除,病程缠绵,且本病采取西药激素治疗多使患儿家属产生顾虑,故多采用中医药治疗。案例一因肺

气虚寒日久,郁而化热,案例二则是外感风热之邪,二者均因肺经郁热而致病,孙海波教授运用菊花通圣汤清肺化浊通窍,兼以生理性海盐水鼻喷剂冲洗鼻腔以促进脓液排除,相辅相成,共同起到了清肺化浊,驱邪通窍的作用,临证之时,多随症加减,疗效显著。

参考文献

- [1] 敬尚林,林楠,陈继昌.儿童鼻-鼻窦炎诊疗规范化探讨[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2014,28(5):91-94,98.
- [2] 孙浩,高军.儿童鼻窦炎的辨治思路[J].江苏中医药,2017,49(3):1-4.
- [3] 孙海波.李鸿全应用《菊花通圣汤》临证撷菁[J].辽宁中医杂志,1993,20(1):14-15.
- [4] 朱玲,刘钢,屠彦红,等.施地瑞玛生理性海水鼻腔喷雾配合鼻内镜下等离子低温射频治疗变应性鼻炎的临床观察[J].安徽医学,2010,31(6):643-645.
- [5] 张铁松,石浩,林建云,等.云南昆明地区儿童鼻窦炎发病情况调查[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,24(5):207-208.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘秋丰 收稿日期:2018-09-25)

枳壳鉴别要点

药材鉴别 本品呈半球形,直径3~5cm。外果皮棕褐色或褐色,有颗粒状突起,突起的顶端有凹点状油室;有明显的花柱残迹或果梗痕。切面中果皮黄白色,光滑而稍隆起(俗称鱼肚),厚0.4~1.3cm,边缘散有1~2列油室,瓢囊7~12瓣,少数至15瓣,汁囊干缩呈棕色至棕褐色,内藏种子。质坚硬,不易折断。气清香,味苦、微酸。饮片鉴别 饮片呈不规则弧状条形薄片。切面外果皮棕褐色至褐色,中果皮黄白色至黄棕色,近边缘有1~2列点状油室,内侧有的有少量紫褐瓢囊。具清香气。

枳实、枳壳、青皮、陈皮、橘红临床应用解读

枳实、枳壳、青皮、陈皮、橘红,均为芸香科橘属植物的果实和果皮,为同基原或相近品种,为不同采收时间所为,不同的加工炮制方法的几种中药。在药性方面,按药物性质,均为性温,味苦、辛。入肺、脾、胃经。其功相同功效,均为行气,化痰。但唯独枳实在古代文献记载中为性微寒,入肝经,具有疏肝利胆,治疗痞气,乳房胀痛等作用。枳实与青皮行气作用较强,易耗气,属破气药。枳壳、陈皮、橘红化痰作用较之枳实、青皮缓和。另外,枳实与枳壳比较如同青皮与陈皮、橘红比较。未成熟幼果作用峻烈,而成熟果实药性缓和,但均能行气导滞、消胀,只是存在程度不同而已,在临床工作药疗使用中各有特长。

枳实临床注意事项

★注意枳实、枳壳一药的临床应用年代与名称出现的时间,古代汤方中枳壳与枳实的入药情况。

★枳实、枳壳,基原相同,采收时间不同。功效相近。然枳实性烈,偏于破气除痞,消积导滞,通便;枳壳性缓,偏于行血开胸,宽中除满,其临床作用较枳实缓和,偏于行气宽中除痞。

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

参芪五味芍药汤对突发性耳聋治疗前后信噪比的影响

金伟国¹ 滕磊² 王楠² 忻耀杰²

(1 上海市嘉定区中医医院耳鼻咽喉科,上海 201899;2 上海中医药大学附属曙光医院耳鼻咽喉科,上海 201203)

摘要:目的 探讨畸变产物耳声发射(DPOAE)中信噪比的变化,评价参芪五味芍药汤治疗突发性耳聋的疗效。方法 120例突发性耳聋患者,随机分为治疗组(60例)和对照组(60例),前者采用参芪五味芍药汤结合综合治疗的方法,后者仅采用综合方法治疗,疗程2周,治疗前后观察2组的临床疗效。结果 治疗组治疗前的耳声发射通过率为36.7%,治疗后提高到71.7%;对照组治疗前的耳声发射通过率为43.3%,治疗后提高到58.3%。治疗组对耳声发射通过率的提高明显优于对照组($P<0.01$)。比较各频率点信噪比(SNR),治疗组能有效提高0.5、1、2、8 kHz频率点的SNR,且优于对照组($P<0.05$)。结论 参芪五味芍药汤治疗突发性耳聋的疗效明显,耳声发射对于评价突发性耳聋的临床疗效具有重要的意义。

关键词:信噪比;突发性耳聋;耳声发射;参芪五味芍药汤;《四圣心源》

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.021

文章编号:1672-2779(2019)-02-0051-04

The Influence of Shenfu Wuwei Shaoyao Decoction on Signal to Noise Ratio Before and After Treatment of Sudden Deafness

JIN Weiguo¹, TENG Lei², WANG Nan², XIN Yaojie²

(1. Department of Otolaryngology, Shanghai Jiading Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201800, China;

2. Department of Otolaryngology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of the change of the noise ratio of distortion product otoacoustic emissions (DPOAE) on sudden deafness. **Methods** 120 patients with sudden deafness were randomly divided into two groups, 60 cases were treated with Shenfu Wuwei Shaoyao decoction as treating group and 60 were cases treated with chemical drugs as control group. The therapies were all lasted for two weeks for the patients in the two groups. The therapeutic effects were then evaluated by the end of therapy. **Results** In the treatment group, the rate of otoacoustic emission before treatment was 35%, which was increased to 70% after treatment, the rate of otoacoustic emission the control group before treatment was 45%, and the improvement to 56.7% after treatment. In the treatment group, the improvement of the passing rate of the otoacoustic emission was significantly better than that of the control group ($P<0.01$). Compared with the control group ($P<0.05$), the signal to noise ratio (SNR) of each frequency point could be improved by 0.5, 1, 2 and 8 kHz. **Conclusion** Shenfu Wuwei Shaoyao decoction is very effective on sudden deafness. Distortion product otoacoustic emission has important significance for the evaluation of the clinical efficacy of sudden deafness.

Keywords: signal to noise ratio, sudden deafness, otoacoustic emission; Shenfu Wuwei Shaoyao decoction; four memorial source of mind

耳声发射 (otoacoustic emission, OAE) 是一种产生于耳蜗、经听骨链及鼓膜释放入外耳道的音频能量^[1]。是一种在外耳道能记录到的客观的声信号,因其客观性,在耳科临床中的应用已经非常广泛^[2],但耳声发射的解读并非如纯音听力等简单,其中有很多参数和主客观因素存在。一般耳声发射根据是否由外界刺激诱发,将记录到的耳声发射分为诱发性耳声发射 (EOAE) 和自发性耳声发射 (SOAE)。而前者根据由何种刺激而诱发,又分为瞬态诱发性耳声发射 (TEOAE)、畸变产物耳声发射 (DPOAE)、刺激频率耳声发射 (SFOAE) 和电诱发耳声发射 (EEOAE)^[1],目前在临床研究中应用较多的是 TEOAE 和 DPOAE。但是与 TEOAE 相比, DPOAE 有更多的优点:潜伏期相对较短^[3];可以评价耳蜗 1~8 kHz 范围内的任何的频率,相对频谱范围较宽^[4];可用的参考指标比较多^[5]; DPOAE 在中度听力损失时,受试者仍可以检测出^[6];因此, DPOAE 在临床监测耳

蜗残存功能方面比 TEOAE 拥有更高的临床应用价值^[7],笔者现就畸变产物耳声发射 (DPOAE) 来探讨治疗突发性耳聋的疗效,并就其中信噪比的参数作一分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取上海中医药大学曙光医院 2014 年 2 月—2017 年 2 月耳鼻咽喉科住院患者 120 例。按照随机平行对照观察,分为治疗组和对照组,各 60 例。治疗组男 32 例,女 28 例;年龄 23~74 岁,平均 47.38 岁;病程最短 1 d,最长 23 d,平均病程 (6.20±3.81) d;均为单耳患病,左耳 26 例,右耳 34 例;轻度 24 例;中或重度 20 例;极重度 16 例。对照组男 31 例,女 29 例。年龄 21~73 岁,平均 47.11 岁。病程最短 1.5 d,最长 22 d,平均病程 (6.32±3.59) d;均为单耳患病,左耳 31 例,右耳 29 例;轻度 21 例;中或重度 25 例;极重度 14 例。2 组患者在年龄、性别、症状轻重度、病程等方面经 t 检验和 χ^2 检验比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 突发性耳聋的诊断标准参照 (2005 年, 济南) 的诊断和治疗指南^[8] 制定。

1.3 纳入标准 符合《突发性耳聋的诊断与治疗指南》(2005 年, 济南) 诊断标准, 年龄 18~74 岁, 性别不限; 病程发生在 1 月以内者; 患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 妊娠期或哺乳期患者; (2) 有严重的全身疾病、精神障碍患者、残障患者、语言障碍患者, 不能按临床试验方案完成实验者; (3) 患耳既往有听力减退史; (4) 受损频率平均听力下降 < 20 dB 者; (5) 有可追溯的明确病因 (如耳外伤、爆震、耳毒性药物、明确的相关病毒、细菌感染及其他可导致听力下降的疾病); (6) 除第八颅神经外, 伴有其他颅神经受损的症状, 如面瘫等; (7) 体检、影像学、声导抗检查发现外耳、中耳、内耳炎性疾病、解剖异常、听神经瘤等。

1.5 治疗方法 治疗组给予参芪五味芍药汤煎剂, 每次 150 mL, 每天 2 次, 全方用中药煎药机 (东华煎药机) 煎煮, 液体包装机 (YB 系列液体包装机) 真空包装 (由医院制剂室提供)。同时按常规量给予低分子右旋糖酐、三磷酸腺苷、辅酶 A 和前列地尔静脉滴注治疗, 第 1~3 天予以地塞米松 10 mg, 第 4~6 天地塞米松减量至 5 mg。同时予以高压氧治疗, 每天 1 次。对照组除不用参芪五味芍药汤外, 其余用药和治疗方法同治疗组。参芪五味芍药汤的组成: 茯苓 9 g, 制半夏 9 g, 甘草 6 g, 党参 9 g, 橘皮 9 g, 五味子 3 g, 白芍 9 g。其中右耳聋者加厚朴 9 g, 生姜 6 g; 左耳聋者加桂枝 9 g, 砂仁 3 g。14 d 为 1 个疗程。

1.6 观察方法 治疗前后纯音听阈测试及 DPOAE 检查: 纯音听力计 (丹麦 Madsen, 922 型纯音听力计) 和耳声发射仪 (Madsen, CapeUa 耳声发射仪)。

1.7 疗效评价标准 参照诊断和治疗指南^[2] 制定: (1) 痊愈: 受损频率听阈恢复至正常, 或达健耳水平, 或达此次患病前水平; (2) 显效: 受损频率平均听力提高 30 dB 以上; (3) 有效: 受损频率平均听力提高 15~30 dB; (4) 无效: 受损频率平均听力改善不足 15 dB。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件, 检验水准 $\alpha=0.05$, 计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示, 计数资料采用率表示, 治疗前一般情况下计数资料的比较采用 χ^2 检验, 计量资料采用配对设计的 t 检验和独立样本 t 检验。

2 结果

2.1 2 组治疗的有效率比较 治疗组有效率为 80.9%, 对照组有效率为 64.8%, 经 χ^2 检验, 2 组的有效率有差异性 ($P<0.05$)。 (表 1)

表 1 纯音听阈的疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	14	13	22	11	49(81.7)
对照组	60	12	7	20	21	39(65.0)

注: 经 χ^2 检验, $\chi^2=4.26, P=0.04<0.05$

2.2 比较耳声发射的各频率点的 SNR 改变 治疗组, 经配对 t 检验, 在 0.5、1、2、8 kHz 频率点的治疗前后 SNR 改善均有差异性 ($P<0.05$); 而在 4 kHz 频率点的治疗前后 SNR 改善无明显差异性 ($P>0.05$)。说明治疗组能有效提高 0.5、1、2、8 kHz 频率点的 SNR, 而对于 4 kHz 频率点的 SNR 改善效果不明显。对照组, 经配对 t 检验, 在 0.5、1、2、4、8 kHz 各频率点的治疗前后 SNR 改善均无明显差异性 ($P>0.05$)。说明对照组对于 SNR 的改善效果不明显。见表 2~3。

表 2 治疗组治疗前后各频率点的 SNR ($\bar{x}\pm s, \text{dB SPL}$)

组别	例数	0.5 kHz	1 kHz	2 kHz	4 kHz	8 kHz
治疗组	60	-1.68±6.84	-0.13±6.76	6.43±8.25	-0.23±7.73	0.58±7.86
对照组	60	1.90±4.96	5.50±7.43	9.90±6.42	1.27±6.42*	5.43±9.66
t 值		3.18	4.85	5.64	1.25	3.10
P 值		0.041	0.020	0.008	0.102	0.046

表 3 对照组治疗前后各频率点的 SNR ($\bar{x}\pm s, \text{dB SPL}$)

组别	例数	0.5 kHz	1 kHz	2 kHz	4 kHz	8 kHz
治疗组	60	0.83±5.64	2.68±6.26	5.17±6.38	0.07±6.11	0.50±6.91
对照组	60	2.15±5.80	4.05±6.80	6.57±8.46	1.42±6.39	1.18±7.50
t 值		1.21	1.16	0.99	1.20	0.49
P 值		0.123	0.196	0.351	0.130	0.661

2 组间比较, 经独立样本 t 检验, 在 0.5、1、2、8 kHz 频率点, 2 组 SNR 改善效果比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 其中 2 kHz 频率点 2 组 SNR 改善效果比较有显著差异性 ($P<0.01$)。说明在 0.5、1、2、8 kHz 频率点 SNR 改善效果, 治疗组优于对照组。但在 4 kHz 频率点, 2 组在 SNR 改善效果方面比较差异性无统计学意义 ($P>0.05$)。

2.3 比较耳声发射的通过率 治疗组治疗前的耳声发射通过率为 36.7%, 治疗后提高到 71.7%; 对照组治疗前的耳声发射通过率为 43.3%, 治疗后提高到 58.3%。治疗组与对照组的耳声发射通过率比较, 经 χ^2 检验, $\chi^2=16.41, P<0.01$, 2 组耳声发射通过率的比较有显著性差异。说明治疗组对耳声发射通过率的提高明显优于对照组。见表 4。

表 4 耳声发射通过率的比较 (例)

组别	例数	治疗前		治疗后	
		通过	未通过	通过	未通过
治疗组	60	22	38	43*	17
对照组	60	26	34	35	25

注: 经 χ^2 检验, $\chi^2=16.41, P<0.01$

3 讨论

突发性耳聋是一种突然发生的、原因不明的感性

神经性耳聋。不同的研究分别统计了突发性耳聋的发病率,结果均一致表明突发性耳聋的发病率呈现逐年递增的态势^[9-11]。基于这种情况,研究突发性耳聋的病因病机就显得至关重要,明确了病因病机对突发性耳聋的诊断和治疗才能有提高。目前学术界广泛认可的发病机制有病毒感染、内淋巴积水、内耳微循环障碍、免疫因素、外伤后迷路膜破裂等因素^[12-13]。这三种机制最终带来的结果就是内耳螺旋器的萎缩和破坏,血管纹变性,耳蜗神经元缺失或炎性改变^[14],最终引发突发性耳聋。

目前,内耳的检查相对来说比较单一和欠缺,突发性耳聋的临床评价标准是听力的改善情况,但纯音测听存在两个问题,其一是纯音测听属于主观检查法,检查的结果相对不准确;另外,纯音测听并不能反映内耳感音或神经方面的情况,特别是内耳受损的情况以及对于突发性耳聋的预后判断,更是无从谈起。而畸变产物耳声发射(DPOAE),近年来随着临床研究的不断深入,人们发现其在检测耳蜗病变方面不仅具有较好的客观性和无创性的特点^[15-16],而且DPOAE与纯音测听相应频率有一定的对应关系^[17];DPOAE代表的是耳蜗内的主动的机械活动,并被认为是和外毛细胞主动运动时的能量释放过程有关,在反映耳蜗的外毛细胞及其周围结构的功能状态方面也较为灵敏^[3,7],任何细微的耳蜗病变都能通过DPOAE检测出来,而且较纯音测听更早^[18]。

突发性耳聋在治疗效果评价方面,虽然有临床指南的疗效标准评估,但由于临床研究显示突发性耳聋的疗效与患者发病年龄、就诊时间和有无伴随症状等密切相关^[19],所以纯音测听检查的依据不充分。耳声发射因其能快速、无创、灵敏、全面地反应耳蜗听力功能,对突发性耳聋的疗效与预后具有重要意义^[20]。耳声发射既能反应耳蜗的听力功能,也能反映突发性耳聋的病情轻重,国外有学者研究发现^[21]耳声发射在预测突发性耳聋治疗效果中具有重要的评估价值。在耳声发射中,评价耳声发射是否通过的指标是信噪比的引出,因此,我们通过耳声发射的信噪比数据来评估参芪五味芍药汤治疗突发性耳聋的疗效。

参芪五味芍药汤是清代名家黄元御治疗耳聋的代表方,完美体现了黄元御土枢四象学术思想。黄氏认为:“官窍者,神气之门户也。清阳上升,则七窍空灵”,而在耳的病理方面,则认为“浊阴上逆,则五官窒塞”,“耳病者,浊阴之上填也”。认为耳聋的病机是浊阴上填清窍,而其发病之本是“水寒土湿”,发病之机“脾陷胃逆”,发病之标是“浊气上逆”^[22-23]。参芪五味芍药汤源于《四圣心源》卷八,是治疗耳渐重听的方剂。其中茯苓、甘草、人参培土利水而建中,体现了黄氏重视中焦

枢纽的思想,半夏、陈皮、五味子分别降摄肺胃之气,使得肺胃得降,浊阴不得上逆,特别是黄氏对于半夏的应用和理解,黄氏认为降胃必用半夏,临床应用效如桴鼓;芍药清营热敛相火,使得虚阳不得外越,合方则治和突发性耳聋“浊阴上逆,耳窍郁塞”的病机。根据土枢四象之原则,我们在研究中予以辨证加减,其中右耳聋者加厚朴、生姜;左耳聋者加桂枝、砂仁。经过本研究观察,治疗组有效率达80.9%,对照组有效率达64.8%,治疗组优于对照组。且本观察中,治疗后2组内比较,患者DPOAE的检测均优于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),这与文献报道也一致^[24]。

本观察表明,在耳声发射通过率提高方面,治疗组明显优于对照组,且在各频率点的SNR引出率方面有明显优势,治疗组的SNR改善效果在0.5、1、2、8 kHz频率点均优于对照组,说明治疗组能逆转耳蜗功能。作为一种新的检查手段,耳声发射对突发性耳聋的辅助诊断和疗效评估更加客观。耳声发射不仅能很好的评价突发性耳聋的治疗效果,亦能更好地反映耳蜗毛细胞在相关频率上的功能状态,相比传统的纯音听力测试更有临床意义。

参考文献

- [1] 张静,周慧芳.耳声发射的临床应用[J].国外医学·耳鼻咽喉科学分册,2005(6):28-31.
- [2] 郑雅丽,李永新,于子龙,等.突发性聋预后影响因素[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2008(8):451-453.
- [3] Salvi R J, Ding D, Wang J, et al. A review of the effects of selective inner hair cell lesions on distortion product otoacoustic emissions, cochlear function and auditory evoked potentials[J]. Noise Health, 2000, 2(6):9-26.
- [4] Kemp D T. Otoacoustic emissions, their origin in cochlear function, and use[J]. Br Med Bull, 2002, 63:223-241.
- [5] Mauermann M, Kollmeier B. Distortion product otoacoustic emission (DPOAE) input/output functions and the influence of the second DPOAE source[J]. J Acoust Soc Am, 2004, 116(4 Pt 1):2199-2212.
- [6] Uchida Y, Ando F, Shimokata H, et al. The effects of aging on distortion-product otoacoustic emissions in adults with normal hearing [J]. Ear Hear, 2008, 29(2):176-184.
- [7] Ueberfuhr M A, Fehlberg H, Goodman S S, et al. A DPOAE assessment of outer hair cell integrity in ears with age-related hearing loss[J]. Hear Res, 2016, 332:137-150.
- [8] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会.耳突发性聋的诊断和治疗指南(2005年,济南)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006(8):569.
- [9] Chen Y S, Emmerling Q, Ilgner J, et al. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss in children[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2005, 69:817.
- [10] Teranishi M, Katayama N, Uchida Y, et al. Thirty-year trends in sudden deafness from four nationwide epidemiological surveys in Japan[J]. Acta Otolaryngol, 2007, 127:1259.
- [11] Klemm E, Deutscher A, Mosses R. A present investigation of the epidemiology in idiopathic sudden sensorineural hearing loss[J]. Laryngorhi-

- nootologie, 2009, 88:524.
- [12] 张晓彤, 许珉, 段茂利, 等. 突发性聋临床流行病学分析[J]. 中华耳科学杂志, 2009, 7(2): 152-156.
- [13] 张晟. 突发性耳聋的病因和诊疗进展 [J]. 继续医学教育, 2015, 29(4): 65-66.
- [14] Merchant S N, Durand M L, Adams J C. Sudden deafness: is it viral[J]. ORL J Otorinolaryngol Relat Spec, 2008, 70:52.
- [15] Shimada A, Ebisu M, Morita T, et al. Age-related changes in the cochlea and cochlear nuclei of dogs[J]. J Vet Med Sci, 1998, 60(1):41-48.
- [16] 韩国英, 接惠群, 殷善开. 老年性聋防治的研究进展[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2014, 22(5):464-467.
- [17] 湛晶晶, 郑芸, 李刚, 等. 耳声发射与纯音听阈之间关系的研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015(18):1591-1597.
- [18] 许珊, 姜学钧, 田颖, 等. 畸变产物耳声发射早期监测老年性耳聋的临床价值[J]. 中国老年保健医学, 2011, 9(1):8-10.
- [19] 唐俊翔, 刘博, 陈秀伍, 等. 突发性耳聋伴眩晕患者临床特点分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2010, 17(10):507-510.
- [20] 陈银忠, 郭清华, 俞德顺. 突发性聋疗效及预后相关因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2012, 19(11):605-608.
- [21] Mori T, Suzuki H, Hiraki N, et al. Prediction of hearing outcomes by distortion product otoacoustic emissions in patients with idiopathic sudden sensorineural hearing loss[J]. Auris Nasus Larynx, 2011, 38:564-569.
- [22] 忻耀杰, 滕磊, 高旭青. 《素灵微蕴》学术思想对治疗突发性耳聋的指导意义[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(8):15-16.
- [23] 滕磊, 袁波, 忻耀杰, 等. 《四圣心源》辨治耳聋的学术思想探析[J]. 中医药信息, 2016, 33(1):67-68.
- [24] 王海妹, 黄继红, 周小柳. 不同年龄段突发性耳聋临床分析[J]. 第四军医大学学报, 2008(18):1721.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:张 艺 收稿日期:2018-09-14)

中药炮制对含苷类药物疗效及毒副作用的影响

曾 艳¹ 钟为群²

(1 江西省安福县人民医院中药房, 江西 安福 343200; 2 江西省安福县人民医院检验科, 江西 安福 343200)

摘要:目的 探讨中药炮制对含苷类药物疗效及毒副作用的影响。方法 选取 2015 年 1 月—2017 年 12 月在本院行中药治疗的患者 136 例, 利用随机数表法分为 2 组, 各 68 例。给予对照组服用未经炮制的含苷类药物, 给予观察组服用经规范中药炮制处理的含苷类药物, 对比 2 组临床疗效及毒副作用。结果 观察组治疗总有效率 97.06%(66/68) 较对照组 85.29%(58/68) 高, 毒副作用发生率 1.47% 较对照组 11.76% 低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 中药炮制可有效提升含苷类药物疗效, 降低毒副作用发生率。

关键词: 中药炮制; 含苷类药物; 毒副作用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.022

文章编号:1672-2779(2019)-02-0054-03

Effects of Chinese Medicine Processing on the Curative Effect and Side Effects of Glucoside Drugs

ZENG Yan¹, ZHONG Weiqun²

(1. Pharmacy of Traditional Chinese Medicine, Anfu County People's Hospital, Jiangxi Province, Anfu 343200, China;

2. Department of Clinical Laboratory, Anfu County People's Hospital, Jiangxi Province, Anfu 343200, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effects of Chinese medicine preparation on the efficacy and side effects of glucoside drugs. **Methods** 136 cases of Chinese medicine treated in our hospital from January 2015 to December 2017 were randomly divided into two groups, with 68 cases in each group. The patients in the control group were given unprocessed glucoside drugs, and the patients in the observation group were given glucoside drugs processed by standard Chinese medicine. The clinical efficacy and side effects of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of treatment in the observation group (97.06%) was higher than that of the control group (85.29%), and the incidence of toxic and side effects of the observation group (1.47%) was lower than that of the control group (11.76%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Chinese medicine processing can effectively improve the efficacy of glucoside drugs and reduce the incidence of toxic and side effects.

Keywords: Chinese medicine processing; glycoside drugs; toxic side effects

中药炮制技术主要通过炮制对中药材进行处理, 使其外观、形态、气味等均发生改变, 同时还可大大降低毒性药物的毒性作用, 既可确保临床用药安全, 又可提升药物疗效, 是我国古代医学家通过长期临床实践获取的重要技术^[1]。中药材大多为天然植物, 其所含的活性成分较多, 而经过炮制中各个环节的加工, 可使中药得到有效的灭活、分解等, 进而改变药材的功效^[2]。因此, 中药炮制在天然中药材中具有重大作用。相关研究

指出, 通过规范的中药饮片炮制标准, 阐明传统炮制方法的现代内涵, 建立有效的现代中药炮制研究体系, 是推动中药现代化发展的关键^[3]。本研究主要探讨中药炮制对含苷类药物疗效及毒副作用的影响。具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月—2017 年 12 月在本院行中药治疗的患者 136 例, 利用随机数表法分为 2 组, 各 68 例。观察组男 38 例, 女 30 例; 年龄 21~53 岁;

平均36.43岁。对照组男36例,女32例;年龄20~55岁;平均36.78岁。2组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。患者均签署知情同意书,本研究经本院内医学伦理委员会审批同意。

1.2 治疗方法 给予对照组患者服用未经炮制的含苷类药物,给予观察组患者服用经规范中药炮制处理的含苷类药物,炮制方法如下:根据药物所发挥的药效理论量确定所需药量,进行规范称取,并合理选择炮制方式,包括醋制、酒炖、热炒、清蒸等,煎药前用自来水浸泡药物,约0.5 h,随后用武火煎药,待其沸腾后,再用文火继续煎煮约30 min,过滤后取药液,在药渣中再次加入自来水煎煮,煎煮3次后,收集400 mL药液,分早晚2次温服,2组均连续服药半个月。

1.3 观察指标 对比2组临床疗效及毒副作用。(1)疗效判定标准。显效:患者症状明显改善,且未见毒副作用;有效:患者症状有所好转,未见明显毒副作用;无效:患者症状无缓解,甚至加重,或出现毒副作用。总有效等于显效与有效之和;(2)毒副作用主要包括变态反应、胃肠道反应、发热、呼吸困难等。

1.4 统计学方法 用SPSS 20.0软件处理数据,计数资料用 χ^2 检验,百分数表示;计量资料用 t 检验, ($\bar{x}\pm s$)表示;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 2组患者治疗总有效率对比,观察组较对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 2组患者临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	68	41(60.29)	25(36.76)	2(2.94)	66(97.06)
对照组	68	32(47.06)	26(38.24)	10(14.71)	58(85.29)
χ^2 值					5.850
P 值					0.016

2.2 毒副作用 观察组患者毒副反应发生率为1.47%(1/68),为变态反应1例;对照组患者毒副反应发生率为11.76%(8/68),其中变态反应3例,胃肠道反应1例,发热3例,呼吸困难1例;观察组患者毒副反应发生率较对照组低,差异有统计学意义($\chi^2=4.284, P=0.016$)。

3 讨论

3.1 中药炮制对苷类的保护作用 天然植物的根部、果实、花朵等均属于含苷类药物,在炮制含苷类药物时,应针对药物的具体特点及性质合理选择中药炮制方法,才能有效保护含苷类药物中的苷类成分不被破坏,有效避免对药物治疗产生的影响。含苷类药物中包含多种酶类物质,且不同细胞内的酶类物质种类及含量各不相同。植物中的苷通常与其水解酶同时存在,但存在于不同细胞中,一旦植物受到破坏,在适宜的温湿度下,苷将被酶水解为苷元和糖或糖的衍生物,导致有效成分损伤,进而降低药物质量。

因此,在中药炮制过程中应首先对药物进行加热处理,才能有效杀灭酶的活性,进而确保苷不被破坏^[4]。其中黄芩中包含黄芩苷及汉黄芩苷,冷水浸泡可使黄芩酶发生氧化反应及水解,而蒸煮的炮制方法可保护黄芩中的成分稳定性,可有效抑制酶活性,利于切片;而酒炒的炮制方式则有利于药物的有效成分溶出^[5]。炒法也是中药炮制方法中较为常用的方法,该方法可使药物中的酶失去活性,维持药性稳定,其中芥子中含有芥子苷,一旦炮制方法使用错误,将会促进芥子酶对芥子水解作用,进而使芥子散寒、利气的功效大大降低,而热炒炮制法则可起到杀酶保苷的作用,使其有效成分更加稳定,更利于粉碎和煎出有效成分,不仅可改善药效,还可降低毒副作用。

3.2 中药炮制对药性的影响 中药炮制可对中药中苷类物质的含量进行调整,进而有效改善其药性^[6],例如生地黄,该药物味苦寒,通过清蒸、酒炖等方式进行炮制后,使其变为熟地黄后,其苦寒药性转变成甘温,使生地黄原本的清热、止血、凉血等功效变为补精益髓、养血的功清蒸、酒炖等炮制方式使生地药性由寒变温,药效由清变补,表明合理使用炮制方式可有效改变药物中苷含量,进而改变药性。同时,生地黄的主要成分为梓醇,该物质经清蒸、酒炖等方法炮制容易发生水解,水解完全后产生黑色沉淀,使植物组织变为褐色,水解后的葡萄糖则使药物的苦寒变为甘甜。加热处理可使药物损失部分苷类成分,使药性更加缓和,例如大黄中的鞣质、蒽醌类衍生物、二蒽酮衍生物大黄酚苷等具有泻下的作用,其中鞣质有收敛的功效,大黄通过酒炒的方式炮制大黄,可使其中的大黄酚苷等物质含量减少,使其泻下的效果减弱,而通过酒拌制成熟大黄,可使大黄酚苷等物质进一步减少,泻下作用也进一步减弱。而将大黄炒成炭,则可使大黄酚苷结构受到破坏,鞣质部分破坏,且经炒后的炭具有吸附作用。此时,泻下作用已大大减弱,而其吸附、收敛效果得到有效提升,可起到止泻、止血的作用。

3.3 中药炮制对含苷类药物毒副作用的影响 由于中药成分较为复杂,其所含的毒性成分将引发毒副作用^[7],例如商陆的毒性成分主要是三萜皂苷中的高陆皂苷甲,经过不同的炮制方式可有效减弱其毒性,黑豆制品可使其毒性降低17.0%,奶制品可使其毒性降低15.0%,醋制品可使其毒性降低10.0%,这主要与苷类成分有关,经炮制处理可有效减少苷类物质含量,进而降低药物毒性。

3.4 中药炮制对药效的影响 中药中所含的苷物质对药物的疗效具有决定性作用,提升苷类含量可对药效具有提升作用^[8],例如续断,其所含的皂苷及环烯醚萜类含量较大,其中以皂苷为主,其常用的炮制方法包括盐炙法与酒炙法,与新成品相比,经炮制后的续断皂苷含量更高,药效也更强。

本研究表明,观察组治疗总有效率较对照组高,而观察组患者毒副作用发生率较对照组低,且均存在差异性,表明中药炮制对含苷类药物疗效及毒副作用的影响显著。葛永潮等^[9]研究指出,中药炮制可对中药中所含的苷类成分含量起到调整作用,有效改善药物的药性,提升患者临床疗效,减少毒副作用,使药物的有效成分得以发挥;陈志扬等^[10]研究指出,含苷类药物经中药炮制可有效提升药物的临床疗效,改善药性,降低其毒副作用,使含苷类药物的治疗作用达到最佳水平。与本研究结果基本一致。

综上所述,苷类是在中药药物的有效成分,其含量与患者的临床疗效、药性、毒性等均存在密切关系,由于多数含苷类药物均可溶解于水、酒精等有机溶剂中,因此,对含苷类药物进行中药炮制期间应避免破坏药物的有效成分,甚至导致其成分丢失。由于苷类与酸结合易发生水解,故在对含苷类药物进行中药炮制过程中可选用醋制法,使药物中的毒性苷类成分有效降低。同时,还可选用酒炙热法来使药物中苷类有效成分的含量增加,从而提升治疗效果。此外,还可采用热法对酶进行灭活,可有效保护药物中的有效苷类成分。总之,中药应用过程中需根据具体药性并结合具体病情选择合适的

炮制方式,对中药中的苷类成分含量进行合理调整,才能有效提升疗效,降低毒副作用发生率。

参考文献

- [1] 王子龙,王小兵. 中药炮制及其临床价值初探[J]. 中医学报, 2014, 29(1):86-87.
- [2] 时梦莲,刘皓,陈玉文. 谈中药材及其加工对中药药效的影响[J]. 中医药导报, 2015, 21(8):26-28.
- [3] 周瑞,邵玉钢,臧埔,等. 炮制对中药活性成分及功效的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(3):209-212.
- [4] 张定堃,杨明,韩雪,等. 中药炮制工艺研究新策略:个性化炮制与过程控制论[J]. 中国中药杂志, 2015, 40(16):3323-3326.
- [5] 周倩,孙立立,张乐林. 黄芪炮制历史沿革研究[J]. 中成药, 2014, 36(1):157-159.
- [6] 李林,张溪,费毅琴. 中药炮制传统技术在国内的专利保护现状及思考[J]. 中国新药杂志, 2016, 25(10):1086-1088.
- [7] 肖永庆,李丽,刘颖,等. 中药炮制学科及饮片产业的发展与创新[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(1):24-27.
- [8] 程志立,王凤兰,刘剑锋,等. 中药炮制技术流变及标准制定的思考[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(2):355-35.
- [9] 葛永潮. 中药炮制对含苷类药物的影响分析[J]. 医药论坛杂志, 2015, 36(3):159-160.
- [10] 陈志扬. 浅析中药炮制对含苷类药物的影响[J]. 中医临床研究, 2017, 9(5):120-121.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘玲 收稿日期:2018-08-31)

(上接第 35 页) 研究生,可按培养计划进入学位论文工作,继续攻读学位。

凡未参加中期考核及考核不合格的研究生,不准继续学位论文工作,不得参加毕业论文答辩,跟随下一年度重修,参加下一级研究生中期考核,其研究生学位论文自动列入答辩前匿名评审行列。补考核仍未参加或补考核不合格者,取消申请学位资格。

2.4 中医硕士研究生人数较多 科室容纳能力不够 就我院 2016 级研究生为例,2016 级中医硕士研究生共 333 人,分到各二级学科中,一个科室需至少接收 15 人左右,这还不包括本科毕业实习生、其他年级中医硕士研究生、社会住院医师规范化培训学员和外单位进修人员,如果这些学生同时入科,必然会造成轮转科室人满为患,带教老师人数严重不足,这是目前存在的最大问题。所以建议可以适当增加住院医师规范化培训基地,与其他基地单位进行合作,接收我校中医硕士研究生进行临床轮转。

2.5 中医硕士研究生待遇低 在目前并轨合一的制度下,相对于参加规范化培训中轮训的住院医师而言,许多医学院校中医硕士研究生的待遇较低,没有同工同酬的情况^[4],待遇满意度有待提高^[5]。研究生随着年龄的增加,在生活方面面临着很大的压力,繁重的课业和临床工作,势必危害中医硕士研究生的心理健康,所以为了给他们创造更舒适的环境,在待遇方面,学校和上级卫

生部门应该制定相关的政策予以支持,如发放助学金、增加奖学金额度、各类节假日加班和夜班补贴制度等,逐步将两者培养模式更加紧密的融合在一起。

3 总结

中医硕士研究生教育与住院医师规范化培训联合培养,是一种崭新的培养模式,也是必然趋势,是建立符合医学人才培养制度的有益探索和重要改革,它在循序渐进的过程中,有效促进医学教育的良性发展,解决了两种医学后教育模式的衔接和重叠问题。但是,新的模式需要我们管理部门、研究生指导教师及中医硕士研究生三方共同摸索,从中开发新思路、新方法,不断总结经验,力争为我国医学教育改革和医疗卫生事业的发展贡献一份力量。

参考文献

- [1] 国务院学位委员会. 硕士、博士专业学位研究生教育发展总体方案(学位[2010]49号)[Z]. 2010-11-26.
- [2] 税敏,闵苏. 医学专业学位硕士研究生“双轨合一”培养模式的思考[J]. 重庆医学, 2015, 44(19):2706-2707.
- [3] 陈琪,沈春明,陈地龙,等. 临床医学专业学位研究生教育五大质量保障体系的构建与实践[J]. 重庆医学, 2013, 42(13):1555-1556.
- [4] 徐江波,孙俊刚,肖伟,等. 外科基地住院医师规范化培训中存在的问题与思考[J]. 卫生职业教育, 2014, 32(22):101-102.
- [5] 孙惠莲,夏俊杰,王昆,等. 深圳市住院医师规范化培训学员自评效果与满意度调查分析[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(6):68-73.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张子沛 收稿日期:2018-09-14)

内蒙古自治区医学科技工作者健康状况调查与分析[※]

李保君 张亚军* 王园

(内蒙古医科大学中医学院, 内蒙古 呼和浩特 010110)

摘要:目的 了解特殊职业医学科技工作者的健康状况,为该群体身体健康及身体疾病的防治提供理论支持。方法 采用医学上通用的自测健康评定量表(SRHMS)、中医体质量表、基本信息登记表进行问卷调查,调查对象选取内蒙古自治区的三个城市的900名医学科技工作者。结果 参加问卷调查的医学科技工作者中超重和肥胖、颈椎病、高血压、血脂偏高、乳房疾病及脂肪肝的发生率较高;参加问卷调查的医学科技工作者中,我们分别从性别、婚姻状况、所在医院级别和民族的不同情况得出心理、生理、社会的得分及总得分间的差异有统计学意义($P < 0.05$);参加问卷调查的医学科技工作者中,在15~34岁人群中平和质比例较高,34岁以后平和质人数比例随年龄的增长而降低;气虚质、阳虚质人数比例有随着年龄的增高而增加的倾向;阴虚质人数比例在年轻人中相对较多;血瘀质在老年人中更为常见;湿热质、气郁质的比例在年轻人中较高;痰湿质则多见于中老年人。结论 内蒙古自治区医学科技工作者的健康状况不容乐观;性别、婚姻状况、所在医院级别、民族是影响医学科技工作者身心健康的重要因素;不同年龄组中医体质类型的分布是不同的。

关键词:医学科技工作者;健康状况;自测健康评定量表;中医体质量表

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.023

文章编号:1672-2779(2019)-02-0057-04

Investigation and Analysis of Health Status of Medical Science and Technology Workers in Inner Mongolia Autonomous Region

LI Baojun, ZHANG Yajun*, WANG Yuan

(College of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010110, China)

Abstract: Objective To understand the health status of special occupational medical science and technology workers, and to provide theoretical support for the prevention and treatment of physical health and physical diseases of this group. **Methods** Questionnaire survey was conducted using the medically self-tested health assessment scale (SRHMS), Chinese medical constitution scale, and basic information registration form. The survey selected 900 medical science and technology workers from three cities in Inner Mongolia Autonomous Region. **Results** The medical science and technology workers participating in the questionnaire surveyed had higher rates of overweight and obesity, cervical spondylosis, hypertension, high blood lipids, breast disease and fatty liver. Among the medical science and technology workers who participated in the questionnaire survey, we found statistically significant differences in psychological, physiological, social scores and total scores from gender, marital status, hospital level and ethnic group ($P < 0.05$). Among the medical science and technology workers who participated in the questionnaire survey, the gentleness type is higher in the population aged 15 to 34, and the gentleness type after the age of 34 decreases with age. The proportion of qi-deficiency type and yang-deficiency type has a tendency to increase with age. The proportion of yin-deficiency type is relatively large among young people; Blood-stasis type is more common in the elderly. The proportion of wetness-heat type and qi-depression type is higher among young people. The phlegm-wetness type is more common in middle-aged and elderly people. **Conclusion** The health status of medical science and technology workers in Inner Mongolia Autonomous Region is not optimistic; gender, marital status, hospital level, and nationality are important factors affecting the physical and mental health of medical science and technology workers, different the distribution of constitution types in different age groups.

Keywords: medical science and technology worker; health status; self-test health rating scale; traditional Chinese medicine constitution scale

作为救死扶伤的医学科技工作者,面临着激烈的竞争和高强度的工作压力,比如繁重的临床工作、科研任务以及社会备受关注的医患关系,导致出现情绪紧张、精神恍惚等心理问题以及疲劳、体质下降等不良的身体状况,这些将直接影响他们的工作效率。通过文献研究显示,目前国内对于科技工作者调查已实施三次全国范

围内调查^[1-2],其余各省市也开展了不同程度的调查^[3-6],均给出了调查报告,这表明国家非常重视科技工作者的健康状况。内蒙古地区未实施调查,且全国范围内针对医学科技工作者的调查甚少。本研究运用基本信息登记表、SRHMS、中医体质量表对内蒙古自治区的900名医学科技工作者进行问卷自评式调查。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择内蒙古自治区为研究地区,按照不同等级医疗机构医务人员进行抽样。首先采用随机抽样的

※ 基金项目:内蒙古科学技术协会面上项目[No.2015011]

* 通讯作者:13474712772@163.com

方法选取三个市，以呼和浩特市、通辽市、巴彦淖尔市为代表，从各市的三甲、二乙、乡镇等医院中进行医学科技工作者抽样，针对医院中“专业技术人员”中的“卫生技术人员”，包括临床医护人员、医技人员等，要求为在职职工。此次调查共发放问卷 900 份，收回问卷 825 份，有效问卷 793 份，有效率为 88.11%。

1.2 调查工具

1.2.1 基本信息登记表 该表包括了参加问卷调查人员的基本信息，有一般情况（包括姓名、性别、年龄、民族、联系方式、家庭住址、身高、体重）、个人史（包括吸烟、饮酒、饮食偏嗜）、既往史（既往确诊的疾病）、家族遗传史等，在填写问卷时，如遇参加调查的人员对自己情况有保密想法者可不填自己的真实姓名，以确保问卷的真实性。

1.2.2 中医体质量表 该量表是由平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质 9 种体质构成的 9 个亚量表，一共有 60 个条目组成，其中每个亚量表包含 7~8 个条目^[7-8]。各条目均从没有（根本不）、很少（有一点）、有时（有些）、经常（相当）、总是（非常）中选择。各个条目按照 1~5 分的 5 段计分法。每个条目的最低 1 分，最高 5 分。计算每个样本的 9 种体质得分情况，哪种体质得分最高则认为该样本归为哪种体质类型。本研究只考虑单纯体质，不考虑兼夹体质^{9]}。

1.2.3 自测健康评定量表 该量表一共有 48 个条目，1~18 条是评定生理健康的子量表用 BZT 表示，其最高得分为 170；19~34 条是评定心理健康的子量表用 MZT 表示，其最高得分为 150；35~47 条是评定社会健康的子量表用 SZT 表示，其最高分为 120^[10]；该量表的总得分用 ZCZT 表示，最高分为 440；计算出每个样本的得分情况，分数越高，说明自测健康状况越好^[11]。

1.3 研究方法 在发放问卷前，编写详细问卷填写说明，确保每一位参加问卷调查的医学科技工作者准确了解调查目的和方法，并进行客观、准确的填写，并在 1 周内完成。

1.4 统计学方法 所有数据采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计学分析，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，运用 *t* 检验，*P* < 0.05 则认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 医学科技工作者基本信息登记表中既往史及个人史中患病率分析 统计结果显示参加调查问卷的医学科技工作者中超重和肥胖、颈椎病、高血压、乳房疾病、血脂偏高及脂肪肝的发生率较高，见表 1。

表 1 参检人员主要疾病发生率

疾病种类	疾病发生人数	疾病发生率(%)
高血压	235	29.63
血脂偏高	189	23.83
脂肪肝	114	14.38
前列腺疾病	87	10.97
乳房疾病	221	27.87
糖尿病	58	7.31
颈椎病	254	32.03
超重和肥胖	284	35.81
慢性胃炎	31	3.91
睡眠障碍	5	0.63
甲状腺结节	19	2.40
腰椎间盘突出	62	7.82
低血压病	7	0.88
高尿酸血症	3	0.38

2.2 医学科技工作者 SRHMS 得分情况分析 统计结果显示，BZT、MZT、SZT、ZCZT 在性别上的差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，总体而言，男性得分高于女性。不同婚姻状况的 BZT 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，MZT、SZT 和 ZCZT 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。市级与县级及以下医院医学科技人员相比，BZT 的差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，但 MZT、SZT、ZCZT 的差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。从民族角度来看，不同民族也存在差异，MZT、SZT 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，BZT、ZCZT 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。详见表 2。

2.3 中医体质类型在不同年龄段的分布情况 从整体来看，不同年龄组中医体质类型分布不同。在 15~34 岁人群中平和质比例较高，34 岁以后平和质人数比例随年龄的增长而降低；气虚质、阳虚质人数比例有随着年龄的增高而增加的倾向；阴虚质人数比例在年轻人中相对较多；血瘀质在老年人中更为常见；湿热质、气郁质的比例在年轻人中较高；痰湿质则多见于中老年人。详见表 3。

表 2 内蒙古自治区医学科技工作者 SRHMS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

	性别		婚姻状况			医院级别				民族							
	男	女	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	未婚	已婚	其他 ¹	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	市级	旗县及以下	<i>F</i> 值	<i>P</i> 值	汉族	蒙族	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
BZT	133.45±25.20	122.62±25.92	2.81	<0.05	121.93±26.63	126.56±25.66	129.18±11.66	1.54	>0.05	117.23±25.24	125.38±25.25	2.12	>0.05	124.77±26.52	81.30±33.21	3.78	<0.05
MZT	108.97±27.01	96.98±24.87	3.19	<0.05	96.16±24.34	100.84±26.50	120.68±19.21	3.85	<0.05	85.91±24.28	100.69±24.70	7.40	<0.05	98.86±25.60	80.10±17.19	1.67	>0.05
SZT	96.11±19.14	88.49±21.54	2.41	<0.05	85.53±22.01	93.92±19.81	97.50±18.93	7.62	<0.05	78.77±24.23	91.64±20.15	8.79	<0.05	89.44±21.37	91.50±29.68	0.21	>0.05
ZCZT	338.55±60.36	308.08±59.01	3.45	<0.05	305.09±59.08	319.52±60.92	347.34±30.34	3.70	<0.05	284.30±56.52	317.26±58.10	6.65	<0.05	313.50±59.57	232.80±42.07	3.02	<0.05

注:1 包括离婚、分居、丧偶等

表3 不同年龄组中医体质类型的分布情况

[例(%)]

年龄(岁)	例数	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质	特禀质
15~24	275	88(32.00)	32(11.64)	15(5.45)	30(10.91)	14(5.09)	32(11.64)	19(6.91)	29(10.55)	16(5.81)
25~34	189	69(36.51)	19(10.05)	14(7.41)	14(7.41)	11(5.82)	21(11.11)	15(7.94)	17(8.99)	9(4.76)
35~44	161	54(33.54)	20(12.42)	15(9.32)	12(7.45)	12(7.45)	15(9.32)	14(8.70)	14(8.70)	5(3.10)
45~54	108	35(32.41)	16(14.81)	11(10.19)	10(9.26)	9(8.33)	7(6.48)	9(8.33)	7(6.48)	4(3.71)
55~70	60	17(28.33)	9(15.00)	7(11.67)	5(8.33)	5(8.33)	4(6.67)	6(10.00)	4(6.67)	3(5.00)

3 讨论

目前,医学科技工作者健康状况的研究已经成为临床医学、社会医学等领域高度重视的问题。从目前状况来看,医学科技工作者的健康状况不容乐观,由于该职业的特殊性,无论是心理因素还是社会因素,影响该人群身体健康的问题越来越严重。在评估人口的身心健康时,不仅要考虑客观的心理健康指标,还要考虑自测健康情况。从客观的临床评定看,自测健康可避免主观因素造成的偏倚^[1]。

调查结果显示,参加本次问卷调查人群中超重和肥胖、颈椎病、高血压病、高脂血症、乳房疾病和脂肪肝的发病率较高,这与郭荣芬^[13]的研究结论相同。这可能与当前医学科技工作者繁杂的临床工作任务、科研压力、工作情绪紧张等有关,也可能与他们的饮食及生活习惯有关。

参加问卷调查的内蒙古自治区医学科技工作者的健康状况在不同的性别、婚姻状况、所在医院级别以及民族等方面存在明显的差异。本研究提示,从性别方面来看,BZT、MZT、SZT、ZCZT存在差异,且男性健康状况比女性好,这与男女的社会关系、家庭角色、承担压力能力的不同密切相关;不同婚姻状况的健康情况也有所不同,离婚、分居、丧偶人群的得分低于未婚和已婚组,有关研究指出,离婚、分居、丧偶人群容易产生孤独感及消极的情绪^[14],这些不良因素直接影响该类人群的身心状态和社会功能。研究表明,不同医院级别的医学科技工作者中MZT、SZT和ZCZT的差异具有统计学意义,即旗县及以下的医学科技工作者的健康状况要比市级医院的工作者相对乐观,这可能是市级医学科技工作者的临床工作、科研任务以及医患关系相对旗县及以下的工作者来说要紧张。同时少数民族与汉族相比,BZT、ZCZT上存在差异,提示汉族的健康状况比蒙族好,这应该与民族之间的饮食习惯、生活习惯差异有关。

从本研究来看,中医体质类型在不同年龄段分布不同。平和质在15~34岁人群中比例相对较高,34岁以后随年龄的增高而逐渐减少。中医体质学认为,平和质是机能较为协调的体质类型,体质特征为:身体强壮,胖瘦适度,夜寐安和,精力充沛,反应灵敏,工作潜力大,该类人群大多集中于15~34岁人群中。随着年龄的增长,逐渐出现气血阴阳失调,脏腑功能减退^[15],故而气

虚质、阳虚质的比例随年龄的增高而增加;阴虚质在年轻人中的比例相对较多,阴虚质是由于体内津液精血等阴液亏少,身体状态以阴虚和内热为主要特征^[16],年轻人处于生长发育阶段,阳气充盛,阴液相对较少,很容易出现阴虚的偏颇体质;血瘀质有年老者更多见的偏向,年老者,气血阴阳出现失调,机体功能逐渐衰弱,导致气血运化无权,气为血帅,此时极易出现气虚则血瘀的状态;湿热质、气郁质有年轻人比例较高的趋势,这与青年人身体盛壮,阳气充足相符。

综上所述,内蒙古自治区医学科技工作者的自测健康总体水平不容乐观,自评健康状况较差。应充分考虑性别、婚姻状况、所在医院级别、种族的差异对于其身心健康的重要影响,根据不同年龄易出现的体质类型,有针对性地调整偏颇体质,尤其对一些病发率较高的疾病更应重视,有必要因人制宜地制定符合内蒙古自治区医学科技工作者需求的身心健康教育计划。然而本研究仍然存在一些不足,由于研究对象抽取内蒙古自治区三个市的各级医院,样本的随机性受损,存在一定的选择偏倚。本调查结果解释还不足以推广到所有医学科技工作者,在未来的研究中,需要完善调查方式,进一步验证上述结果。

参考文献

- [1] 董艳苹.中国科协发布第二次科技工作者状况调查结果[J].科协论坛(上半月),2009(8):8-9.
- [2] 邓大胜,李路路,史慧,等.科技工作者想什么?盼什么?[N].光明日报,2015-01-23(005).
- [3] 王炎.福建省科技工作者状况调查的统计分析[D].福建师范大学,2014.
- [4] 秦瑞,梁明斌,方乐,等.科技工作者健康生活方式及影响因素研究[J].浙江预防医学,2014,26(11):1101-1105.
- [5] 白波,王艳芳,吴妮娜.北京市某功能社区科技工作者心理健康状况调查[J].中国社会医学杂志,2014,31(6):413-416.
- [6] 刘县兰,许宏,曾海萍,等.广州市科技工作者压力源状况调查[J].中国健康心理学杂志,2015,23(1):56-60.
- [7] 朱燕波,王琦,薛禾生,等.中医体质量表性能的初步评价[J].中国临床康复,2006,10(3):15-17.
- [8] 王琦,朱燕波,薛禾生,等.中医体质量表的初步编制[J].中国临床康复,2006(3):12-14.
- [9] 张亚军.绝经后骨质疏松症及其影响因素与中医体质相关性研究[D].北京中医药大学,2009.
- [10] 许军,郭榕,刘永生,等.自测健康评定量表修订版的反应度研究[J].中国卫生统计,2003(5):17-20.

- [11] 史瑞洁, 柏璐, 关春丽, 等. 实习护生自测健康状况与应对方式的相关[J]. 中国健康心理学杂志, 2017, 25(3): 449-453.
- [12] Kaplan G, Baron-Epel O. What lies behind the subjective evaluation of health status. Soc Sci Med, 2003, 56(8): 1669-76.
- [13] 郭荣芬. 医务工作者健康状况分析与保健策略探讨 [J]. 中国病案, 2012, 13(5): 67-68.
- [14] 雷鹏, 徐玲, 吴耀春. 中国居民自感健康与常见慢性病关系[J]. 中国公共卫生, 2011, 27(4): 416-418.
- [15] 王琦. 中医体质学 2008[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 29-31.
- [16] 王琦. 9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报, 2005(4): 1-8.
- (本文编辑: 李海燕 本文校对: 任 园 收稿日期: 2018-08-08)

醒脾益气法治疗肝衰竭的临床信息分析[※]

叶 庆¹ 王 林² 胡 蓉³ 王 丽⁴ 李继科¹ 高 峰² 段 萌⁴ 毛创杰³ 曾义岚⁵

- (1 成都市公共卫生临床医疗中心中医研究室, 四川 成都 610066;
 2 成都市公共卫生临床医疗中心传染三病区, 四川 成都 610066;
 3 成都市公共卫生临床医疗中心传染一病区, 四川 成都 610066;
 4 成都市公共卫生临床医疗中心传染二病区, 四川 成都 610066;
 5 成都市公共卫生临床医疗中心院长办公室, 四川 成都 610066)

摘 要: 根据陈定潜主任中医师会诊的肝衰竭病例, 记录其症状、舌脉象及用药等并进行频次分析, 从以上分布规律上总结出重型肝炎肝气郁滞、湿毒阻络、肝脾气虚的本质, 从用药规律上体现出陈定潜老师醒脾益气、疏肝通络的治疗思想。

关键词: 陈定潜; 学术思想; 临床经验; 湿毒; 肝衰竭; 醒脾益气; 疏肝通络

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.024

文章编号: 1672-2779(2019)-02-0060-04

Analysis on the Clinical Information of Refreshing Spleen and Tonifying Qi Method in the Treatment of Liver Failure

YE Qing¹, WANG Lin², HU Rong³, WANG Li⁴, LI Jike¹, GAO Feng², DUAN Meng⁴, MAO Chuanjie³, ZENG Yilan⁵

- (1. Department of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Public Health Clinical Medical Center, Sichuan Province, Chengdu 610066, China;
 2. Ward Three of Infectious Disease, Chengdu Public Health Clinical Medical Center, Sichuan Province, Chengdu 610066, China;
 3. Ward One of Infectious Disease, Chengdu Public Health Clinical Medical Center, Sichuan Province, Chengdu 610066, China;
 4. Ward Two of Infectious Disease, Chengdu Public Health Clinical Medical Center, Sichuan Province, Chengdu 610066, China;
 5. President Office, Ward Three of Infectious Disease, Chengdu Public Health Clinical Medical Center, Sichuan Province, Chengdu 610066, China)

Abstract: According to Chen Dingqian, the director of TCM doctor's consultation cases of liver failure, recorded the symptoms, tongue and pulse condition and medication, and analyzed frequency, from those distribution regular summarized of fulminant hepatitis diseases with the essence of liver qi stagnation, wet poison blocking collaterals and liver-spleen qi deficiency, from the medication regular reflected Chen Dingqian teacher's treatment thought of refreshing spleen and tonifying qi and soothing the liver and clearing the collaterals.

Keywords: Chen Dingqian; academic thought; clinical experience; damp toxin; liver failure; refreshing spleen and tonifying qi; soothing the liver and clearing the collaterals

醒脾益气法是成都市名中医陈定潜主任治疗肝衰竭的常用方法, 临床治疗效果较好。今对其临床使用信息做如下分析报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取肝炎病区 2013 年 12 月—2015 年 1 月由陈定潜主任中医师会诊的肝衰竭 (重型肝炎) 病例 52 例, 记录其症状及首次用药, 分析症状出现频次和药物使用的频次。该 52 例患者均为慢性乙型肝炎基础上发生的慢性肝衰竭或慢加急性肝衰竭, 男 47 例, 女 5 例; 年龄 23~73 岁, 平均 42.6 岁; 其中 35~55 岁者 35 例, 占总数的 67.3%。52 例患者中有 1 例合并甲型肝

炎, 有 6 例合并酒精性肝炎, 并发原发性腹膜炎者 4 例, 肝硬化者 6 例。

1.2 诊断标准 按照 2006 年中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组、中华医学会肝病学会分会重型肝病与人工肝学组制定的《肝衰竭诊疗指南》的标准诊断及分期。

1.2.1 急性肝衰竭 急性起病, 2 周内出现 II 度及以上肝性脑病 (按 IV 度分类法划分) 并有以下表现者: (1) 极度乏力, 并有明显厌食、腹胀、恶心、呕吐等严重消化道症状; (2) 短期内黄疸进行性加深; (3) 出血倾向明显, PTA (凝血酶原活动度) $\leq 40\%$, 且排除其他原因; (4) 肝脏进行性缩小。

1.2.2 亚急性肝衰竭 起病较急, 最短 15 天, 最长 26 周出现以下表现者: (1) 极度乏力, 有明显的消化道症状; (2) 黄疸迅速加深, 血清总胆红素大于正常值上限 10

※ 基金项目: 四川省科技厅项目 [No.2018SZ0086]; 四川省成都市科技局项目 [No.2015-HM01-00069-SF]

倍或每日上升 $\geq 17.1 \mu\text{mol/L}$ 、(3)凝血酶原时间明显延长, $\text{PTA} \leq 40\%$ 并排除其他原因者。

1.2.3 慢加急性(亚急性)肝衰竭 在慢性肝病基础上, 短期内发生急性肝功能失代偿的主要临床表现。

1.3 主要中医证型诊断标准 湿阻肝郁脾虚证: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》2002版中病毒性肝炎肝郁脾虚和湿邪困脾证的标准进行辨证。主症:(1)身目俱黄, 黄色晦垢;(2)倦怠乏力;(3)食欲不振;(4)脘闷腹胀。次症:(1)恶心暖气或呕吐;(2)便干结或稀溏或时溏时干;(3)口淡不欲饮;(4)胁肋疼痛;(5)烦躁易怒或喜叹息;(6)舌质淡、舌苔白腻或黄腻, 脉弦滑或濡滑。辨证要求: 具备主证4项者, 即属本证; 具备主症(1)及(2)、(3)项中任1项及次证中任何两项者, 即属本证。

1.4 纳入标准 (1)理法方药资料完整, 包含临床表现(四诊信息)、病因病机分析、处方用药;(2)病毒性肝炎诊断明确, 符合现代医学慢性乙型肝炎及丙型肝炎的诊断标准;(3)肝衰竭诊断明确;(4)诊疗过程连续, 治疗有效。

1.5 排除标准 (1)慢性肝炎及肝衰竭的诊断不明确;(2)四诊信息不全, 理法方药不完整;(3)伴有其他严重疾病。

1.6 研究方法 (1)认真阅读全部病案, 保留符合入选标准的病案, 并按剔除标准剔除不符合要求的病案;(2)运用 Microsoft office Excel 2007 构建《陈定潜老中医肝病临床信息采集表》, 并按序号、年龄、性别、中医四诊、辨证、中医诊断、治法、选方、用药等项目, 如实录入病案信息, 建立陈定潜老中医肝病诊疗数据库;(3)在充分理解原病案所记录的临床信息基础上, 按照现行普通高等教育中医药类教材, 对部分临床用语作适当修改, 力求使症状、证候、辨证分型、治则、治法、中药、方剂等理法方药描述统一规范、表达清楚、信息准确。(4)本次研究主要对52例首诊(初诊)临床信息进行分析。为便于统计软件分析, 对52例首诊临床信息的有关数据格式作适当处理, 然后导入 SPSS 15.0, 进行描述性统计分析。

2 结果

2.1 症状和舌脉象分布规律 首诊症状多见: 神疲乏力、面色黄晦、腹胀、纳差、呃逆、恶心、呕吐、大便干结、口苦、口干、胁痛、腹痛等, 少见症状有暖气、大便溏薄、身痒、衄血、尿少、头晕等。面色分为黄晦(黄而晦暗)、黯黄(黑中带黄)、垢腻、灰黑、黄而少华、色青等六类, 均属阴性面色。舌质分为暗、暗淡、暗红、淡红、红、瘀斑瘀点六类, 其中暗、暗淡、暗红、淡红、瘀斑瘀点属阴性色泽; 舌苔分为白腻、白滑、黄腻三类, 白腻和白滑属阴性舌苔。脉象从脉形、脉势、脉幅等分为弦滑、弦、乏力、数、缓、涩、细等七类, 其中除数脉为阳性脉外, 其余均为阴性脉象(见表1~2)。

表1 52例患者主要症状频数表 [例(%)]

主要症状	频数	主要症状	频数
神疲乏力	34(65.4)	恶心	5(9.6)
面色黄晦	42(80.8)	呕吐	2(3.8)
面色黯黄	5(9.6)	大便干结	14(26.9)
面色垢腻	4(7.7)	便秘	3(5.8)
面黄少华	3(5.8)	大便溏薄	5(9.6)
面色青	4(7.7)	口苦	10(19.2)
腹胀	25(48.1)	口干	14(26.9)
纳欠佳	4(7.7)	身痒	3(5.8)
纳差	12(23.1)	胁痛	3(5.8)
厌油	4(7.7)	头晕	2(3.8)
呃逆	2(3.8)		

表2 舌脉象频数表 [例(%)]

舌象	频数	脉象	频数
舌暗	28(53.8)	脉弦	52(100.0)
舌暗淡	4(7.7)	脉滑	50(96.2)
舌暗红	16(30.8)	脉乏力	47(90.4)
瘀斑瘀点	3(5.8)	脉数	15(28.8)
苔白腻	49(94.2)	脉缓	1(1.9)
苔黄腻	3(5.8)	脉细	7(13.5)
苔干	6(11.5)	脉涩	51(98.1)

52例患者共计出现症状26个、205症次, 舌质11种、116条次, 脉象7种、223条次(出现1~2次者未完全列表)。症状出现频率在10%以上的按高低秩序依次为: 面色黄晦、神疲乏力、腹胀、口干、大便干结、纳差、口苦, 反映了肝衰竭肝郁脾虚的证候特点。舌脉象出现频率在10%以上的按高低秩序依次为脉弦、脉涩、脉滑、苔白腻、脉乏力、舌暗、舌暗红、脉数、脉细、苔干, 反映了肝气郁滞、湿毒蕴阻、肝脾气虚的疾病本质。

2.2 用药规律 常用药物为: 茵陈、柴胡、赤芍、枳实(枳壳)、法半夏、茯苓、陈皮、生晒参、黄芪、广木香、砂仁、大枣、生姜、甘草。其次为当归、广藿香、厚朴、建曲、白芍、川芎、丹参、生麦芽、薏苡仁、泽泻、桂枝等(见表3)。

表3 用药频数表 [例(%)]

药物	频数	药物	频数
茵陈	36(69.2)	柴胡	49(94.2)
赤芍	48(92.3)	枳实(枳壳)	49(94.2)
法半夏	49(94.2)	茯苓	51(98.1)
陈皮	51(98.1)	生晒参	41(78.8)
黄芪	39(75.0)	广木香	43(82.7)
砂仁	46(88.5)	大枣	45(86.5)
生姜	44(84.6)	甘草	52(100.0)
当归	9(17.3)	广藿香	3(5.8)
厚朴	6(11.5)	建曲	13(25.0)
川芎	5(9.6)	丹参	5(9.6)
生麦芽	7(13.5)	薏苡仁	10(19.2)
泽泻	6(11.5)	苍术	4(7.7)
白术	3(5.8)		

共计使用药物 45 种, 737 味次 (出现 1~2 次者未列表), 按照使用频率 10% 以上的药物从高到低排序依次是: 甘草、茯苓、陈皮、柴胡、法半夏、枳实 (枳壳)、赤芍、砂仁、大枣、生姜、广木香、生晒参、黄芪、茵陈、薏苡仁、当归、生麦芽、泽泻、厚朴。其中甘草、茯苓、生晒参、黄芪、薏苡仁益气健脾, 茯苓、薏苡仁又兼淡渗利湿; 柴胡疏肝; 法半夏、陈皮、砂仁燥湿; 大枣、生姜温中和胃止呕; 茵陈清热利湿退黄; 枳实 (枳壳)、广木香、厚朴行气; 赤芍、当归活血化瘀; 生麦芽消积生津疏肝。以上常用药可体现出陈老醒脾益气、疏肝化湿的治疗思想。

3 讨论

3.1 病因病位及辨证 肝衰竭的病因是湿毒, 病位在肝脾 (胃), 辨证为湿阻肝郁气虚。从 52 例肝衰竭患者症状分布上, 统计出频率在 10% 以上的症状依次为: 面色黄晦、神疲乏力、腹胀、口干、大便干结、纳差、口苦, 表现出肝衰竭肝郁脾虚的证候特点; 舌脉象出现频率在 10% 以上的按高低秩序依次为脉弦、脉涩、脉滑、苔白腻、脉乏力、舌暗、舌暗红、脉数、脉细、苔干, 反映了肝气郁滞、湿毒蕴阻、肝脾气虚的疾病本质。其中, 面色黄晦 (或黯黄或垢腻或灰黑)、神疲乏力、腹胀、口干、纳差、大便干结、舌暗、苔腻或滑、脉弦、脉涩、脉乏力等最为多见, 均是湿毒兼肝脾气虚的表象。由于湿毒阻滞、肝气郁结不疏, 胆汁不循常道而外溢故见面色黄而阴暗; 肝病犯脾 (肝木克土), 肝脾不和、肝郁脾虚, 脾不运化水湿、湿阻气滞则腹胀, 脾运 (胃纳) 失常则纳差, 脾不为胃行其津液则口干、大便干结, 脾气虚则肝气亦不能养而肝脾之气同虚; 湿毒流于脉络、气血运行不畅, 则见舌暗、苔腻或滑、脉涩。分析 52 例患者的四诊信息, 可知肝衰竭的病因是湿毒, 病位在肝脾 (胃), 辨证均为湿阻肝郁气虚。

陈老认为肝病大多数有湿毒之征, 一方面是感受了外来的湿毒 (即现代医学所说的肝炎病毒), 另一方面则是感受湿邪后迁延不解而化毒 (指内生之毒, 是脾胃运化不及的病理产物)。内外之湿毒交互影响, 可进一步加重机体损伤、造成正气亏虚, 重者发生肝衰竭。

现代研究认为“湿热疫毒”猖獗是本病的主要外因; “毒损肝体”、“肝体肝用俱损”是基本病机; “毒瘀与正虚交织”是病机特点。疫毒久留、气滞血瘀水停, 痰瘀互结, 损伤肝络, 最终导致肝阴枯竭、肝阳衰微^[1]。

肝是肝病的主体病位, 肝在五行中属木, 木易克土, 五脏之土为脾胃, 故肝病常见脾胃见证。东汉时期著名医学家张仲景所著《金匮要略》首篇“脏腑经络先后病脉证”中就明确指出: “见肝之病, 知肝传脾”。肝病日久, 肝之疏泄失常, 木郁则土壅, 严重影响脾之运化功能, 脾之运化能力减弱则有虚实两端之变, 运化水湿之

力减则湿阻更甚, 为“实”变, 运化精微之力减则气虚日显, 为“虚”变。中医学认为, 脾主运化、胃主受纳, “脾运胃纳”涵盖了现代医学人体消化系统的大部分功能。从现代医学来说, 肝脏和食管、胃肠同属消化系统, 共同负责食物的消化与吸收。病毒性肝炎在发展过程中, 常常出现食欲减退、恶心、呕吐、上腹饱胀不适等消化道的症状, 即中医学所说“脾失健运、胃失和降”。尤其在肝病后期, 肝硬化、门静脉高压导致胃底食管静脉曲张, 引起消化道出血, 则进一步影响了胃肠的消化功能。研究表明, 乙型肝炎病毒可存在于胃黏膜上皮细胞内^[2]。还有学者对慢性乙型肝炎患者做肝病理组织学分析, 结果发现脾虚证组的肝细胞坏死、纤维组织增生等的出现率高于非脾虚证组, 提示在脾虚状态下, 肝细胞的再生能力、肝组织的修复能力、肝组织的抗损害能力均下降, 并指出脾虚既是肝组织病理损害较重的外在征象, 也是肝组织抗损伤能力和再生修复能力不足造成肝组织病理变化的重要机理^[3], 为中医学“见肝之病、知肝传脾、当先实脾”的理论提供了实验依据。

3.2 病机及治疗 肝衰竭的病机特点是虚实夹杂, 治疗宜攻补兼施。从以上临床信息统计显示, 肝衰竭病机是湿毒蕴阻、肝气郁结、肝脾气虚, 属于“正虚邪实”, 有虚实夹杂的特点。实邪为湿毒肝郁, 正虚则为肝脾气虚, 攻恐伤其正, 补恐碍其邪, 故治疗宜攻补兼施。

历来很少提及肝脏气虚而用补益肝气之法, 有部分医家认为肝为刚脏, 体阴用阳, 主升主动, 调节一身气机, 其病以实证为主, 虚证多为肝阴虚、肝血虚, 很少有肝气虚之说, 甚至有人提出“肝无虚证”。但名医秦伯未在《谦斋医学讲稿》“论肝病”中明确指出: “从整个肝脏生理来说, 以血为体, 以气为用, 血属阴, 气属阳, 称为体阴而用阳。故肝虚证有属于血亏而体不充的, 也有属于气衰而用不强的, 应该包括气血阴阳在内, 即肝血虚、肝气虚、肝阴虚、肝阳虚四种。正常的肝气和肝阳是使肝脏升发和调畅的一种能力, 故称为用。病则气逆阳亢, 即一般所谓‘肝气’‘肝阳’证; 或表现为懈怠、忧郁、胆怯、头痛麻木、四肢不温等, 便是肝气虚和肝阳虚的证候。这一点对治疗肝病十分重要, 如果把肝气和肝阳作为病理名词, 只从病理方面去研究而忽视生理方面的主要作用, 并在肝虚证上只重视血虚而不考虑气虚, 显然是不全面的^[4]。”

从临床症状来看, 慢性肝病患者常有纳差、恶心、呕吐、腹胀、疲乏等脾胃病见证。《金匮要略》第一条即指出: “见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾, 四季脾旺不受邪, 即勿补之”。治疗不能仅着眼于肝, 更应重视顾护脾胃后天之本以防传变。中医古籍也早有治疗肝虚证的论述, 如《金匮要略》提出“夫肝之病补用酸, 助用焦苦, 益用甘味之药调之。酸入肝, 焦苦入心,

甘入脾……肝气盛，则肝自愈，此治肝补脾之要妙也。肝虚则用此法，实则不再用之”；《诸病源候论·卷十五》云“肝气不足……则宜补之”等，均明确指出治疗肝虚病的方法。张秋云等认为乙型慢性重型肝炎的病因是湿热疫毒，病机是毒损肝体、肝体肝用俱损，病机特点是毒瘀和正虚交织，治疗时益肝用与补肝体并重^[1]。

陈定潜老师常用生晒参、黄芪、党参、白术、茯苓、薏苡仁等健脾益肝；法半夏、砂仁、藿香等芳化燥湿；茵陈、泽泻、苡仁、茯苓等利湿；柴胡、郁金、枳实、枳壳、木香、厚朴等疏肝行气，对肝衰竭的气虚湿毒肝郁进行针对性治疗。陈老还十分注重顾护胃气，生姜、大枣的配对使用频次极高，因“五脏六腑皆禀气于胃”。李东垣的《脾胃论》也指出：“正气之充足，皆由脾胃之

气无所伤，而后能滋养元气”，而“脾胃一伤，五乱互作”。通过以上治法和方药的应用，达到“醒脾益气”之效以“实脾”，使脾之运化水湿功能恢复正常，则肝病发生发展的重要病理因素——湿邪难以聚于体内，有利于气血和调流畅，湿邪既祛，则肝病易愈。

参考文献

- [1] 张秋云,刘绍能,李秀惠,等.乙型慢性肝“毒损肝体”病因病机及治疗思路探讨[J].辽宁中医杂志,2005(12):1246-1248.
- [2] 梁仲惠.乙型肝炎病毒胃粘膜感染与胃病[J].医学综述,2000(4):187-188.
- [3] 李伟林,林希伦,赵仙铭.慢性乙型肝炎脾虚证临床病理学分析[J].中西医结合肝病杂志,1994,4(S1):63.
- [4] 秦伯未.谦斋医学讲稿[M].上海:上海科学技术出版社,2009:2,93-94.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王玥莲 收稿日期:2018-09-11)

逐瘀化痰汤治疗脑卒中后眩晕 64 例的临床研究

王世涛

(沈阳市第二中医医院脑病科,辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 观察逐瘀化痰汤治疗 64 例脑卒中后眩晕患者的临床疗效。方法 收集沈阳市第二中医医院收治的脑卒中后眩晕患者 64 例,随机分为对照组和治疗组,各 32 例,对照组患者予以地芬尼多片 25 mg 口服,每日 3 次;治疗组在对照组的基础上予以逐瘀化痰汤治疗,日 1 剂口服,14 日为 1 个疗程,2 组患者均治疗 1 个疗程。对比分析 2 组患者临床疗效和血液流变学指标。结果 治疗后 2 组高切全血粘度、低切全血粘度、血液粘度以及红细胞聚集指数水平降低($P < 0.05$);与对照组相比,治疗组临床总有效率较高,高切全血粘度、低切全血粘度、血液粘度以及红细胞聚集指数较低($P < 0.05$)。结论 逐瘀化痰汤治疗脑卒中后眩晕的临床疗效显著,能够改善血液流变学,适宜临床推广应用。

关键词:逐瘀化痰汤;脑卒中;眩晕;血液流变学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.025

文章编号:1672-2779(2019)-02-0063-03

Clinical Study on Zhuyu Huatan Decoction in the Treatment of Vertigo after Cerebral Apoplexy for 64 Cases

WANG Shitao

(Department of Encephalopathy, Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Zhuyu Huatan decoction in the treatment of vertigo after cerebral apoplexy for 64 cases. **Methods** 64 cases of vertigo after stroke were collected in Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, and were randomly divided into control group and study group, with 32 cases in each group. The control group received diphenidol 25mg, tid, and the study group received Zhuyu Huatan decoction, 1 dose per day, and 14 days for 1 course. 2 groups were treated for 1 course. The clinical efficacy and hemorheological indexes of 2 groups were compared. **Results** After treatment, levels of high cut whole blood viscosity, low blood viscosity, blood viscosity and erythrocyte aggregation index of the two groups decreased ($P < 0.05$). Compared with the control group, the total blood viscosity, low cut whole blood viscosity, blood viscosity and erythrocyte aggregation indexes of the study group were lower ($P < 0.05$). **Conclusion** Zhuyu Huatan decoction is effective in the treatment of vertigo after stroke, it can improve hemorheology and suitable for clinical application.

Keywords: Zhuyu Huatan decoction; cerebral apoplexy; vertigo; hemorheology

眩晕是以空间定向紊乱所致运动错觉为主要特征的一种神经内科常见疾病,患者常感觉自身或外界事物存在旋转和晃动,无法站立^[1]。脑卒中后患者常出现眩晕,常因脑卒中后血管形态改变,高血压或高血脂等原因,导致患者出现行走不稳、恶心呕吐、耳鸣以及血压异常改变等变化,易诱发头痛、意识不清以及眼球偏向,严

重影响患者正常生活以及生命健康^[2]。逐瘀化痰汤具有逐瘀化痰、熄风通络的功效^[3],临床常用于治疗缺血性中风急性期风痰瘀阻证,本文采用逐瘀化痰汤对 64 例脑卒中后眩晕患者进行临床观察,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 9 月—2018 年 1 月沈阳市第

二中医医院脑卒中后眩晕患者64例,根据随机数字分配法分为治疗组和对照组,各32例。治疗组男15例,女17例;年龄38~80岁,平均61.28岁;病程3~33 d,平均(16.39±4.77) d。对照组男16例,女16例;年龄40~80岁,平均62.01岁;病程3~36 d,平均(17.10±5.09) d。经统计学分析,2组患基线资料相仿($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准及纳入标准 诊断符合《内科学》^[4]中脑卒中后眩晕的诊断标准,全部患者均经头颅CT以及MRI诊断确诊为脑梗死,患者脑卒中后出现眩晕症状,轻度眩晕患者在眩晕发作后,闭目后眩晕症状消失,而重度眩晕患者出现眩晕后,会存在晕船感觉,同时伴有恶心或呕吐症状。患者年龄>18岁,经医学伦理委员会批准并监督,实验方案经患者本人同意并签署知情同意书,保护入选患者隐私权。

1.3 排除标准 对治疗中应用的药物过敏者;由于脑外伤、肿瘤、脑寄生虫病、颅内占位性病变等除中风外因素导致的眩晕;患者存在严重心肝肾、血液疾病等脏器疾病;治疗期间要求更换治疗药物或转院治疗者^[5]。

1.4 治疗方法 对照组患者予以降颅内压、营养脑神经药物、抗血小板等西医对症治疗,盐酸地芬尼多片(规格:每片25 mg,生产批号:20171008,地奥集团成都药业股份有限公司)25 mg口服,每日3次;治疗组在对照组的基础上予以逐瘀化痰汤治疗,组成:丹参30 g,陈皮20 g,水蛭3 g,虻虫2 g,茯苓10 g,石决明20 g,牛膝15 g,桃仁10 g,白术15 g,天麻15 g,当归15 g,地龙10 g,法半夏15 g,胆南星10 g,钩藤20 g,石菖蒲10 g,远志10 g,上述药物水煎煮取汁200 mL,日1剂口服。每14日为1个疗程,2组患者均治疗1个疗程^[6]。

1.5 疗效评定标准 显效为眩晕症状显著减轻或完全消除;有效为眩晕症状明显缓解,眩晕次数降低,眩晕持续时间缩短,生活能够自理;无效为眩晕症状无缓解甚至加重,需要卧床休息。总有效率为显效率与有效率之和。

1.6 观察指标 取患者治疗前后空腹左肘静脉血5 mL,静置后2500 r·min⁻¹离心15 min,分离上清液并置于-20℃冰柜中待用,采用焦作路非凡生物科技有限公司提供的全自动血液流变仪对患者血液流变学指标进行检测,具体包括高切全血粘度、低切全血粘度、血液粘度及红细胞聚集指数。

1.7 统计学方法 采用SPSS 17.0统计进行统计学分析,计量资料血液流变学指标采用 t 检验,均数±标准差表示,计数资料临床疗效采用率(%)表示,采用卡方方法

检验,统计值 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗后与对照组相比,治疗组临床总有效率较高($P<0.05$),如表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
试验组	32	9(28.13)	21(65.63)	2(6.25)	30(93.75)*
对照组	32	5(15.63)	15(46.88)	12(37.50)	20(62.50)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 各组患者血液流变学指标比较 治疗前2组患者高切全血粘度、低切全血粘度、血液粘度以及红细胞聚集指数水平无统计学差异($P>0.05$)。治疗后2组高切全血粘度、低切全血粘度、血液粘度以及红细胞聚集指数水平降低($P<0.05$);与对照组相比,治疗组高切全血粘度、低切全血粘度、血液粘度及红细胞聚集指数较低($P<0.05$),如表2。

表2 2组患者血液流变学指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	高切全血粘度 (mpa·s)	低切全血粘度 (mpa·s)	血液粘度 (mpa·s)	红细胞聚集指数
试验组	32	治疗前	6.40±0.69	52.39±5.53	1.80±0.20	5.30±0.55
		治疗后	5.47±0.55*	46.39±5.02*	1.32±0.14*	4.19±0.42*
对照组	32	治疗前	6.33±0.68	52.55±5.65	1.81±0.21	5.29±0.56
		治疗后	5.90±0.62 [†]	50.11±5.13 [†]	1.54±0.17 [†]	4.60±0.48 [†]

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组相比,[†] $P<0.05$

3 讨论

脑卒中后患者常常存在眩晕症状,由于本身属弱势群体,机体多存在机能以及免疫功能减退^[7]。患者出现眩晕症状,反复发作,治愈率较低。中医学认为脑卒中后眩晕由于内伤所致,肝阳夹痰,上扰清窍,肝木克伐脾,痰浊内生,风阳夹痰上扰,清空失静而见头晕目眩等症^[8]。在治疗脑卒中后眩晕时需以化痰健脾、疏肝调气为主要治法,采用逐瘀化痰汤加减治疗脑卒中后眩晕能够和解少阳,破血逐瘀。方中水蛭、虻虫能够破血逐瘀;当归、地龙、牛膝、丹参以及桃仁等善活血通络;胆南星善清热化痰;茯苓、白术具有健脾除湿的功效;半夏能够燥湿化痰;石菖蒲、远志能够祛痰开窍;天麻、石决明、钩藤可以平肝熄风;陈皮能够理气调中化痰。诸药合用共奏逐瘀化痰、熄风通络的功效。药理学研究证实,法半夏、石菖蒲等化痰药物具有抑制血小板聚集、凝血酶促凝反应等作用,降低血浆中纤维蛋白生产,从而调节血液动力学、血液流变学以及微循环,使脑血流量增加,纠正动脉粥样硬化,改善脑卒中后引起的眩晕症状^[9]。近期研究表明,逐瘀化痰汤能够缓解脑组织损伤,清除自由基,抑制过氧化反应,保护细胞膜的功能,以改善眩晕症状,本品已广泛(下转第67页)

经方六经辨证治疗崩漏的临床体会[※]

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:目的 阐述中医经方治疗崩漏的临床应用体会。方法 笔者收集近五年在临床上治疗的崩漏案例,通过经方六经辨证,先辨阴阳,次辨归经,再辨方证,以求得方证对应来应对临床上各种原因导致的崩漏病症。结果 中医经方通过六经辨证,临床治疗崩漏治愈率较高。结论 中医经方是祖国医学的智慧结晶,临床疗效确切,方小药简,效专力宏,能提高临床疗效,减轻患者的经济压力,因此,临床值得推广。

关键词:经方;六经辨证;崩漏;临床体会

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.026

文章编号:1672-2779(2019)-02-0065-03

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 对崩漏的认识

崩漏是指妇女非周期性子宫出血,以月经的周期、经色、经量严重失常为临床表现的一类病证;经血非时而下,忽然大下谓之崩中,淋漓不断谓之漏下^[1]。崩与漏虽然在出血的情况上不同,但在临床上其发病情况经常是相互转化,如崩血量渐少,可能转化为漏,而漏的发展亦可能转化为崩,因此临床上常以“崩漏”并称^[2],该病多见于青春期和更年期的女性。本病在西医学上称为功能性子宫出血。祖国医学则认为崩漏的发病与冲任受损,不能制约经血,故而经血非时而妄行,其病因多有脾虚、肾虚、血热、血瘀等,临床上崩漏发病可突然发作,亦可由月经失调发展而来。

汉代张仲景所著《伤寒杂病论》是祖国医学的集大成,开创了六经辨证论治之先河,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、儿诸科,以下笔者将列举近些年运用经方六经辨证治疗崩漏的几则医案来展现经方在治疗崩漏这一疾病的优势。

2 医案举隅

2.1 小柴胡汤合当归芍药散案 张某某,女,43岁,河南夏邑人,在家务农,初诊2014年6月11日,主诉:月经淋漓不尽2月余。近半年来月经不调,颜色淡,量少,平素情绪不稳定,易生气,患者2月前由于干农活后劳累,又复外感,感冒期间月经至,随后一直淋漓不尽,曾在县中医院做全面检查,均未见明显异常,口服西药止血片及胶囊,效不佳,也在中医门诊吃了2周中药,效亦不佳,后经同村人介绍来我门诊求助中医治疗。刻下症见:月经淋漓不尽,颜色淡暗,量少,时有乏力心烦,口干、纳差,睡眠、二便可,舌质淡,苔薄白,微黄,脉沉而细。

六经辨证为少阳病兼夹血虚水盛,处方小柴胡汤合当归芍药散加减:柴胡18g,黄芩12g,清半夏18g,党参10g,当归12g,生白芍15g,云茯苓15g,泽泻

※ 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

18 g, 生白术 15 g, 艾叶 10 g, 仙鹤草 30 g, 炙甘草 6 g, 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 h 温服。医嘱: 服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷, 畅情志。

2014 年 6 月 18 日二诊: 患者服上药六付, 出血量明显减少, 口干已, 遂调整上方用量: 柴胡 15 g, 黄芩 10 g, 清半夏 15 g, 党参 10 g, 当归 12 g, 生白芍 15 g, 云苓 15 g, 泽泻 18 g, 生白术 15 g, 艾叶 10 g, 仙鹤草 30 g, 炙甘草 6 g, 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 h 温服。医嘱: 服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷, 畅情志。

2014 年 6 月 25 日三诊: 患者主诉服上药三付后, 第 4 天就不再出血, 随后 3 天服完亦未见出血, 遂告其停药, 等下次月经前 10 天进行调理。随后 3 个月经周期均给予患者中药调理月经, 月经周期、量、颜色均已正常, 随访半年未见异常。

按语: 本案中患者以月经淋漓不尽为主诉, 一般来说, 常规的辨证思路当是考虑血瘀、血虚, 或归结到肝失疏泄、脾不统血等原因。然本案中患者通过六经辨证可以归纳为少阳病, 当以小柴胡汤为主方, 此方证的着眼点在于《伤寒论》101 条: “伤寒中风, 有柴胡证, 但见一证便是, 不必悉具”^[3]。患者期间外感为太阳病, 传变至少阳, 不一定要具备典型的柴胡七大证, 由此可以看出, 在运用经方治疗疾病时, 不可墨守成规, 当抓主症, 辨方证。患者月经量少, 时有头晕, 此乃血虚水盛之当归芍药散证, 故合用之。

2.2 温经汤案 宋某, 女, 41 岁, 河南商丘市人, 在家务工, 初诊 2015 年 3 月 10 日。主诉: 月经淋漓不尽半年余。2 年前患者单位体检发现子宫肌瘤, 由于体积较大, 且影响月经, 期间月经每月来临 2 次, 量大, 色暗, 遂在市医院给予手术切除, 术后月经未再来, 1 年前患者月经又至, 但量少, 色淡, 随后住院治疗近 1 月余, 月经正常而出院, 半年前月经开始淋漓不尽, 遂又去医院检查, 诊断为绝经前后诸症, 要求患者住院治疗, 患者考虑后决定采取中药治疗, 遂来我门诊要求中药治疗。刻下症见: 月经淋漓不尽半年余, 颜色暗, 时有血块, 饮食可, 口干不欲饮, 无口苦, 月经期间小腹冷痛, 时有手足心热, 烦躁失眠, 二便可, 舌质淡暗, 苔薄白, 脉细小数, 尺脉重按涩。

六经辨证为太阴病血虚寒夹淤, 处方温经汤加减: 当归 15 g, 吴茱萸 9 g, 川芎 9 g, 党参 10 g, 生白芍 15 g, 赤芍 15 g, 牡丹皮 10 g, 阿胶 (烩化) 10 g, 桂枝 10 g, 麦冬 20 g, 丹参 20 g, 清半夏 10 g, 炙甘草 6 g。7 付, 水煎服, 每日 1 付, 早晚饭后 1 h 温服。医嘱:

服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷, 畅情志。

2015 年 3 月 18 日二诊: 患者服上药 1 周后, 主诉出血基本停止, 其余症状也基本消失, 近 2 日患者自觉失汗出, 无烦躁, 月经将至, 遂更改上方为: 当归 10 g, 吴茱萸 6 g, 川芎 9 g, 党参 10 g, 生白芍 15 g, 赤芍 15 g, 阿胶 (烩化) 6 g, 桂枝 10 g, 麦冬 20 g, 清半夏 10 g, 炒酸枣仁 20 g, 炙甘草 6 g。7 付, 水煎服, 每日 1 付, 早晚饭后 1 h 温服。医嘱: 服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷, 畅情志。

2015 年 3 月 27 日三诊: 患者主诉服上药 2 付, 月经至, 此次月经疼痛基本可以耐受, 月经颜色也较之前好转, 睡眠可, 现月经已过, 患者无明显不适, 遂停药, 半年后以它病来诊, 告知崩漏未再发生。

按语: 温经汤见于《金匱要略·妇人杂病》“问曰: 妇人年五十所, 病下利数十日不止, 暮即发热, 少腹里急, 腹满, 手掌烦热, 唇口干燥, 何也? 师曰: 此病属带下。何以故? 曾经半产, 瘀血在少腹不去。何以知之? 其证唇口干燥, 故知之, 当以温经汤主之”^[4]。温经汤的病机为冲任虚寒夹瘀, 辨证要点为妇人崩漏, 月经不调, 经色暗, 有血块, 傍晚发热, 手心烦热, 唇干口燥, 少腹里急, 腹满等。此案患者症见: 月经淋漓不尽半年余, 颜色暗, 时有血块, 口干不欲饮, 月经期间小腹冷痛, 时有手足心热, 舌质淡暗, 苔薄白, 脉细小数, 尺脉重按涩。可见该患者所患崩漏正是温经汤证, 如此方证对应, 一诊则出血即至; 由于患者素有失眠, 故二诊于原方中加入炒枣仁以助安眠, 三诊时患者崩漏止而眠安。段治钧^[5]在《胡希恕经方精义笔记》曾言: 胡老推崇伤寒论六经八纲辨证, 并提出“方证为辨证的尖端”, 足见方证的重要性, 而抓主症则是辨证准确的关键所在, 本案患者虽症状繁杂, 但只要理清思路, 抓住主症再随证遣方用药, 方可提高临床效果, 所以, 方证辨证不失为临床诊断的主要思路。

2.3 四逆散合桂枝茯苓丸案 祁某, 女, 39 岁, 河南商丘市人, 在家务工, 初诊 2015 年 9 月 10 日。主诉阴道出血 3 月余。患者主诉在第一胎后为避孕, 开始口服避孕药, 后导致月经不调, 经期开始延长, 每次约半月左右, 在医院门诊开具口服西药, 服后月经止, 此次月经周期延长 3 月余, 口服西药无效, 遂来门诊要求中医治疗。刻下症见: 月经淋漓不尽 3 月余, 颜色暗淡并夹有血块, 口干口苦, 烦躁易怒, 饮食可, 眠差, 彩超提示: 子宫多发肌瘤。大便时有干结, 舌质淡暗, 苔黄腻, 脉中取细小数, 沉取细涩。

六经辨证为少阳病夹瘀, 处方四逆散合桂枝茯苓丸

加减:柴胡 18 g, 桂枝 12 g, 生白芍 15 g, 云茯苓 15 g, 赤芍 15 g, 桃仁 15 g, 牡丹皮 15 g, 炒枳实 10 g, 生石膏 30 g, 炙甘草 6 g。3 付, 水煎服, 每日 1 付, 早晚饭后 1 h 温服。医嘱:服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷, 畅情志。

2015 年 9 月 14 日二诊:患者服上药三付后, 口干口苦基本痊愈, 大便通畅, 出血量也减少, 但仍有出血乏力, 遂上方调整如下:柴胡 15 g, 桂枝 12 g, 生白芍 15 g, 云茯苓 15 g, 赤芍 15 g, 桃仁 10 g, 牡丹皮 15 g, 炒枳实 10 g, 仙鹤草 30 g, 炙甘草 6 g。6 付, 水煎服, 每日 1 付, 早晚饭后 1 h 温服。医嘱:服药期间禁忌辛辣、油腻、生冷, 畅情志。

2015 年 9 月 21 日三诊:患者主诉服上药 3 付后, 出血基本已止, 遂让患者停药, 并嘱咐患者在下次月经前 1 周继续来门诊进行中药治疗, 随后连续治疗 3 个月经周期, 月事已正常, 后随访 1 年崩漏未在复发。

按语:桂枝茯苓丸是治疗因瘀血导致子宫肌瘤的经典名方, 已是众医皆知, 但本案患者尚有口苦、急躁易怒、舌苔黄腻的少阳郁热表现, 再加之口干、便干, 故处方四逆散合桂枝茯苓丸加生石膏以清解郁热, 活血化瘀。由以上医案可见, 瘀血是导致崩漏的重要因素, 临床用药时亦加入活血化瘀方剂, 如温经汤、桂枝茯苓丸、当归芍药散等。但笔者曾经发疑, 崩漏既是出血之症, 若用此活血化瘀之剂, 岂不出血更甚, 后细想《医宗金鉴》^[6]有言:“见痰休治痰, 见血休治血, 见汗不发汗, 有热莫攻热, 喘气毋耗气, 精遗勿涩泄, 明得个中趣, 方是医中杰。”可见, 活血化瘀法在治疗崩漏之时, 正是辨证求本, 针对病因而设, 瘀血得去, 则崩漏即止。

(上接第 64 页) 应用于脑血管疾病的治疗中, 疗效确切。此次研究表明, 与对照组相比, 治疗组临床总有效率较高, 高切全血粘度、低切全血粘度、血液粘度以及红细胞聚集指数较低, 提示逐瘀化痰汤能明显改善脑卒中后眩晕患者症状, 调节血液流变学水平, 改善微循环。

此次研究选择本院收治脑卒中后眩晕患者 64 例的临床疗效和血液流变学指标进行研究, 证实了逐瘀化痰汤治疗脑卒中后眩晕能改善患者血液流变学指标, 临床疗效显著, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 张家宁, 李文涛. 中西医结合治疗颈性眩晕的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(10):1120-1122.
- [2] 樊春秋, 陈瑾, 黄小钦, 等. 1000 例眩晕患者的疾病谱[J]. 中风与神

3 体会

崩漏在中医临床上常见的病因多不外乎脾虚、肾虚、血热、血瘀等原因造成的冲任失调, 不能制约经血, 而致使经血非时而妄行。崩漏在中医学上属于妇科临床危重症之一, 轻者了了几付汤药即可痊愈, 重者因出血日久, 淋漓不尽, 易导致气脱血竭, 病势危急, 因此中医经方在治疗崩漏这一疾病时应当首辨阴阳, 临床上根据出血的颜色、血量、质地的变化, 并结合舌象、脉象以及患者的既往病史, 来进一步辨证其方证。

此外, 中医临床上在治疗崩漏应首先立足于:“急则治其标, 缓则治其本”的治疗原则。病情危重时, 急当止血防脱, 病情缓和时, 则应辨证求因, 根据患者整体表现来采取补肾、健脾、清热等大法, 如此以协调诸脏器气血, 平衡其阴阳, 使月事复常。

经方六经八纲辨证治疗崩漏, 从整体出发, 先辨阴阳, 次辨归经, 再辨方证, 方能抓住疾病的本源。应当“观其脉证, 知犯何逆, 随证治之”, 切不可舍本逐末, 本末倒置。

参考文献

- [1] 刘敏如, 谭万信. 中医妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001: 291.
- [2] 张玉珍. 中医妇科学第二版(普通高等教育十二五国家级规划教材)[M]. 北京:中国中医药出版社, 2014.
- [3] 钱超尘, 郝万山整理. 中医临床必读丛书伤寒论·辨太阳病脉证并治下第七[M]. 人民卫生出版社, 2005:47.
- [4] 鲍艳举, 花宝金, 候炜. 胡希恕金匮要略讲座·妇人杂病第二十二篇[M]. 学苑出版社, 2008:398.
- [5] 段治钧. 胡希恕经方精义笔记[M]. 北京:科学技术出版社, 2017:20.
- [6] 清·吴谦. 御纂医宗金鉴[M]. 山西:科学技术出版社, 2011:201.

(本文编辑:李海燕 本文校对:吕明惠 收稿日期:2018-10-09)

经疾病杂志, 2016, 33(5):445-447.

- [3] 武保丽. 逐瘀化痰汤联合西医疗治高血压脑出血的疗效观察[J]. 中国保健营养, 2017, 27(30):408-409.
- [4] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 6 版. 人民卫生出版社, 2004:65-67.
- [5] 薛苗苗. 小柴胡汤治疗中风后眩晕的临床效果观察[J]. 河南医学研究, 2017, 26(15):2823-2824.
- [6] 樊春秋, 陈瑾, 黄小钦, 等. 1000 例眩晕患者的疾病谱[J]. 中风与神经疾病杂志, 2016, 33(5):445-447.
- [7] 卢益中, 江松平, 徐建欧. 脑心通胶囊合天麻钩藤饮颗粒序贯治疗中风后眩晕症的临床体会[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(25):7-8.
- [8] 王尊钙, 温小芬, 邓铁涛应用改良温胆汤合补阳还五汤治疗中风的疗效观察[J]. 中国民间疗法, 2017, 25(6):47-48.
- [9] 王永杰, 魏丹丹, 胡倩, 等. 百合甘麦汤加味治疗抑郁症临床研究[J]. 中医学报, 2016, 31(7):1050-1052.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李月 收稿日期:2018-09-04)

真武汤合血府逐瘀汤 治疗心肾阳虚、血瘀水停证心衰病的临床观察

李霞 张稳*

(湖南中医药大学第一附属医院老年病科,湖南 长沙 410000)

摘要:目的 观察真武汤合血府逐瘀汤对心肾阳虚,血瘀水停证心衰病的治疗效果。方法 选取2015年10月—2018年2月在我院老年病科住院的慢性心力衰竭证型属心肾阳虚,血瘀水停证的患者140例作为研究对象,随机分为对照组和治疗组,每组70例患者。对照组给予针对心衰的综合治疗(利尿剂、ACEI、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂、血管扩张剂),治疗组在对照组的治療基础上加用真武汤合血府逐瘀汤加减治疗。在治疗后的第5天和第15天,进行中医症候改善临床疗效、6 min步行试验、氨基末端B型利钠肽前体(NT-proBNP)、左室射血分数(LVEF)和左室舒张末期容积分析,观察对照组和治疗组的疗效。结果 治疗组中医症候改善疗效明显高于对照组($P<0.05$);经过治疗,对照组和治疗组6 min步行试验和左室射血分数(LVEF)均明显提高,同时治疗组明显高于对照组($P<0.05$);2组治疗后氨基末端B型利钠肽前体(NT-proBNP)、左室舒张末期容积均明显下降,治疗组比对照组下降更显著($P<0.05$)。结论 真武汤合血府逐瘀汤治疗慢性心力衰竭中医症候属心肾阳虚,血瘀水停证的疗效显著。

关键词:真武汤;血府逐瘀汤;心肾阳虚;血瘀水停证;心力衰竭;心悸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.027

文章编号:1672-2779(2019)-02-0068-04

Clinical Observation on Zhenwu Decoction and Xuefu Zhuyu Decoction in Treating Cardiac Failure of Heart and Kidney Yang Deficiency and Blood Stasis Water Stopping

LI Xia, ZHANG Wen

(Department of Geriatric Diseases, the First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410000, China)

Abstract: Objective To observe the therapeutic effect of Zhenwu decoction and Xuefu Zhuyu decoction on heart-kidney yang deficiency and blood stasis water stopping syndrome. **Methods** A total of 140 patients with chronic heart failure belonging to heart-kidney yang deficiency and blood stasis water stopping syndrome who were hospitalized in our department of geriatrics from October 2015 to February 2018 were randomly assigned to the control group and the treatment group, and each group had 70 patients. The control group was given comprehensive treatment for heart failure (diuretics, ACEI, B receptor blockers, aldosterone receptor antagonists, vasodilators), and the treatment group was not only treated with the same therapeutic method of the control group but also was treated with Zhenwu decoction and Xuefu Zhuyu decoction. On the 5th and 15th day after treatment, the clinical efficacy of TCM symptom improvement, 6-minute walk test, amino-terminal B-type natriuretic peptide precursor (NT-proBNP), left ventricular ejection fraction (LVEF) and Left ventricular end-diastolic volume were performed to assess efficacy of treatment in the control group and the treatment group. **Results** The improvement effect of TCM symptom in the treatment group was significantly higher than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, although the 6-minute walk test and left ventricular ejection fraction (LVEF) of the control group and the treatment group were significantly improved, the efficacy of the treatment group was obviously better than the control group ($P<0.05$). After treatment, the amino-terminal B-type natriuretic peptide precursor (NT-proBNP) and left ventricular end-diastolic volume decreased significantly in both the control group and the treatment group, and the treatment group decreased more significantly than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Zhenwu decoction and Xuefu Zhuyu decoction is significantly effective in the treatment of chronic heart failure belonging to heart-kidney yang deficiency and blood stasis water stopping syndrome of TCM syndrome.

Keywords: Zhenwu decoction; Xuefu Zhuyu decoction; heart-kidney yang deficiency; blood stasis water stopping syndrome; heart failure; palpitation

心力衰竭(简称心衰)是由于任何原因引起的心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损的一组复杂临床综合征,其主要临床表现为呼吸困难和乏力(活动耐量受限),以及液体潴留(肺淤血和外周水肿)。心衰为各种心脏疾病的严重和终末阶段,发病率高,是心

血管疾病中导致劳动力丧失、甚至致死最多的一种病。心衰的病因以冠心病居首,其次为高血压,各年龄段心衰病死率均高于同期其他心血管病,其主要死亡原因依次为左心功能衰竭(59%)、心律失常(13%)和猝死(13%)^[1]。根据心衰的时间、速度、严重程度分为慢性心衰和急性心衰。其中在原有慢性心脏疾病基础上逐渐出现心衰症状、体征的为慢性心衰。

* 通讯作者:46890358@qq.com

改善症状、提高患者生活质量、降低患者的住院率及死亡率是慢性心力衰竭的治疗目标。虽然现代医学在慢性心力衰竭的发病机制及治疗手段上不断进步,例如2014年慢性心力衰竭治疗指南中提出了新的五步治疗法,但慢性心力衰竭患者生活质量低下如进食差、乏力、怕冷、肢肿,再入院率高,利尿剂抵抗等问题仍然普遍存在。祖国医学在慢性心力衰竭方面的优势主要在于中医证型的辨认,在大量的心衰病治疗过程中,认为心肾阳虚,血瘀水停证型与NYHA心功能Ⅲ级~Ⅳ级者非常吻合^[2],温阳利水,活血化瘀法能在难治性慢性心衰患者中较程度的提高其生活质量、改善其心衰指标、减少再入院次数。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年10月—2018年2月在我院老年病科住院的慢性心力衰竭患者140例,随机分为2组。治疗组70例,男37例,女33例;年龄68~82岁,平均73.4岁;病程2~10年;原发病:冠心病40例,高血压性心脏病25例,扩张型心肌病5例;心功能Ⅲ级~Ⅳ级。对照组70例,男39例,女31例;年龄68~80岁,平均72.6岁;病程2~10年;原发病:冠心病40例,高血压性心脏病20例,扩张型心肌病10例;心功能分级Ⅲ级~Ⅳ级。排除肺心病、肥厚性梗阻性心脏病及瓣膜性心脏病。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)符合心力衰竭的诊断标准^[1];(2)心功能分级为Ⅲ级~Ⅳ级,时间超过4周,心功能分级标准按照美国纽约心脏病协会(NYHA)1994年制定的分级方案;(3)中医辨证属阳虚水泛,瘀血证(主症:心悸气喘或不得卧,颈部络脉曲张,咯吐泡沫痰,面肢浮肿,畏寒肢冷;次症:烦躁出汗,颜面灰白,口唇青紫,尿少腹胀,或伴胸水、腹水;舌脉:舌暗淡或暗红,苔白腻,脉细促或结代),中医证候诊断标准参照《中药新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则》2002年版^[3];(4)患者知情同意并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)由于肝、肾等重要脏器功能衰竭导致心力衰竭者;(2)妊娠或哺乳期妇女,过敏体质及对多种药物过敏者;(3)合并有肝、肾及内分泌系统、造血系统等严重原发性疾病;(4)有精神异常及不愿合作者;(5)凡能增加死亡率的因素:如心源性休克,严重室性心律失常,完全性房室传导阻滞,梗阻性心肌病,未修补的瓣膜病,狭窄性心包炎,心包填塞,肺栓塞,有明显感染者以及没有控制的高血压等。

1.4 治疗方法 2组患者入院后均按指南进行标准化治疗,常规使用利尿剂、ACEI、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂、血管扩张剂药物治疗。实验组在常规治疗的基础上加以真武汤合血府逐瘀汤加减治疗。真武汤合血府

逐瘀汤加减由我院煎药室熬制,药物组成为白术15g,干姜15g,附子10g,白芍药15g,茯苓25g,柴胡10g,红芍药10g,枳壳10g,甘草5g,桃仁15g,红花5g,当归15g,川芎15g,生地黄10g,桔梗5g,牛膝15g,葶苈子15g。其中附子先煎1h后再加入其它药物,每日3次,日100mL。

1.5 观察指标 分别于治疗前后检测6min步行试验、血浆N末端脑钠肽原(NT-proBNP)浓度,左室射血分数(LVEF)及心脏彩超测量左室舒张末期内径(LVEDD)。次要疗效指标:分别于治疗前后评估心功能分级(NYHA分级)、中医证候积分。上述指标均于用药前,用药5d、15d评估。

1.6 疗效判定标准

1.6.1 心功能疗效评判标准 参照1928年NYHA提出的心功能分级。显效:心力衰竭得以基本控制或心功能改善 ≥ 2 级以上;有效:心力衰竭得以缓解或1级 \leq 心功能改善 < 2 级;无效:心功能改善 < 1 级;恶化:心功能恶化 ≥ 1 级。

1.6.2 证候疗效评判标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]根据积分法对中医证候总疗效进行评定。显效:主要症状明显改善,治疗后证候积分为0或改善大于70%;有效:治疗后证候积分改善大于30%;无效:治疗后证候积分改善小于30%;恶化:证候积分较治疗前增加20%以上。

1.7 安全性指标 观察记录治疗前后患者的生命体征和一般检查项目:血、尿、便常规,肝、肾功能,心电图,胸片等相关检查,以及用药期间的不良反应等。

1.8 统计学方法 采用SPSS 11.0软件分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,同组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组设计的 t 检验,计数资料采用卡方检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组中医证候改善临床疗效比较 治疗后5d、15d,治疗组的总有效率均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。尤其是治疗后5d的效果优于治疗后15d。详见表1。

表1 2组治疗后临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	时间	显效	有效	无效	总有效
治疗组	70	5 d	48(68.5)	20(28.5)	2(2.8)	68(97.1)*
		15 d	47(67.1)	17(24.2)	6(8.7)	64(91.3)*
对照组	70	5 d	40(57.1)	14(20.0)	16(22.8)	54(77.1)
		15 d	40(58.3)	15(21.7)	15(20.0)	55(80.0)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组治疗前后6min步行试验距离比较 2组患者治疗后6min步行试验距离均较治疗前显著提高($P<0.05$),治疗后5d与治疗后15d相比差异无统计学意义($P>$

0.05);与对照组比较,治疗组治疗后6 min 步行距离提高更显著($P<0.05$),详见表2。

表2 2组6 min 步行试验距离比较 ($\bar{x}\pm s, m$)

组别	例数	治疗前	治疗后5 d	治疗后15 d
治疗组	70	223.2±14.38	410.2±28.53 [#]	418.5±30.84 [#]
对照组	70	219.8±14.61	376.4±29.45 [#]	389.2±30.13 [#]

注:与同组治疗前相比,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后相比,^{*} $P<0.05$

2.3 2组治疗前后血清 NT-proBNP 水平的比较 2组治疗后血清 NT-proBNP 水平均较治疗前显著下降($P<0.05$),治疗后5 d与治疗后15 d相比差异无统计学意义($P>0.05$);与对照组比较,治疗组治疗后 NT-proBNP 下降程度更显著($P<0.05$)。详见表3。

表3 2组血清NT-proBNP水平比较 ($\bar{x}\pm s, mg/dl$)

组别	例数	治疗前	治疗后5 d	治疗后15 d
治疗组	70	6384.27±90.41	3287.28±65.49 [#]	1879.56±67.91 [#]
对照组	70	6348.84±90.78	3997.58±69.28 [#]	2269.18±69.56 [#]

注:与同组治疗前相比,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后相比,^{*} $P<0.05$

2.4 2组治疗前后LVEF的比较 2组治疗后 LVEF 较治疗前均有提高($P<0.05$),治疗后5 d与治疗后15 d相比差异无统计学意义($P>0.05$);与对照组比较,治疗组治疗后 LVEF 提高更显著($P<0.05$)。详见表4。

表4 2组治疗前后LVEF比较 ($\bar{x}\pm s, %$)

组别	例数	治疗前	治疗后5 d	治疗后15 d
治疗组	70	42.2±4.7	47.4±3.27 [#]	50.8±3.18 [#]
对照组	70	41.9±3.6	43.0±3.04 [#]	46.2±3.09 [#]

注:与同组治疗前相比,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后相比,^{*} $P<0.05$

2.5 2组治疗前后LVEDD的比较 2组治疗后 LVEDD 均较治疗前显著降低 $P<0.05$, 治疗后5 d与治疗后15 d相比差异无统计学意义($P>0.05$);和对照组比较,治疗后治疗组 LVEDD 降低更显著($P<0.05$)。详见表5。

表5 2组治疗前后LVEDD的比较 ($\bar{x}\pm s, mm$)

组别	例数	治疗前	治疗后5天	治疗后15天
治疗组	70	63.14±3.78	54.38±4.75 [#]	53.17±4.72 [#]
对照组	70	63.17±3.67	57.45±4.0 [#]	56.97±5.42 [#]

注:与同组治疗前相比,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后相比,^{*} $P<0.05$

3 分析与讨论

“心衰”病名,最早根据其不同的表现属“心痹”“心水”“水肿”“怔忡”“心悸”等范畴,其中,《金匱要略·水气病脉证并治》曰:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿。”1997年的《中医临床诊疗术语》中指出了“心衰”是因心病日久,阳气虚衰,

运血无力,或气滞血瘀,心脉不畅,血瘀水停;以喘息心悸,不能平卧,咳吐痰涎,水肿少尿为主要表现的脱病类疾病,并定了“心衰”的病名^[4]。近年来对心力衰竭的认识达成共识,认为其病机复杂,病性为本虚标实、虚实夹杂。中医认为慢性心力衰竭为本虚标实之证,病机主要为“虚”、“瘀”、“水”,益气、活血、利水为其基本治疗原则^[5]。其中虚主要责之气虚、阳虚;实主要指血瘀水停等。病位在心,病变与肺、脾、肝、肾密切相关^[6]。目前比较一致的看法是心阳虚衰为病理基础,血脉瘀滞、水饮内停、痰浊不化为主要的病理环节。

其中心气亏虚是慢性心衰发病的始动因素,随着疾病的进展,出现心阳虚,心阳虚微,不能温养于肾,肾不能主膀胱气化,膀胱开合失司,寒水泛滥,从而出现肿、喘、悸三证,进一步发展至心肾阳虚^[7-8]。心气虚是病理基础,心阳虚是疾病发展的标志,心肾阳虚则是疾病的终末阶段,而血瘀、水停则是必然病理产物,因此“益气温阳,活血利水”为主要治则^[9]。

气为血之帅,气行则血行,当“气虚不足以行血,则血必有瘀。”且心气虚久,累及心阳,心阳受损,寒自内生又是“心衰”致瘀的另一成因。《素问·调经论》曰:“血气者,喜温而恶寒。寒则泣不能流。”瘀血可在心、肺、肝、脾胃,则相应出现心悸、憋气、心痛,咳嗽、喘息、肋痛症瘕,腹胀纳呆、恶心呕吐;血瘀则水停,水溢肌肤则浮肿,上凌心肺则心悸,喘咳不得卧。《金匱要略·水气病》:“血不利则为水”,赵锡武老中医^[7]认为:心藏神而舍脉,心阳旺盛,心血充盈则血运如常,否则血流瘀积,造成肿胀及腹水。所以说血瘀是慢性心力衰竭的重要病理环节^[6]。

针对上述阳虚血瘀水停症候,历来就有相关中医大家使用温肾阳利水,活血化瘀之法治疗,赵锡武老中医^[10]提出用真武汤为主方,适当配用“开鬼门、洁净府、去菀陈莖”治疗。并认为“开鬼门法”作用在肺,可配合越婢汤等。“洁净府法”在肾,在于行水利尿,若表现为右心衰竭为主,加用五苓散加车前子、沉香、肉桂。“去菀陈莖法”在血脉,加桃红四物汤去生地加苏木等行气之药,取气行则血行。

翁维良研究员^[11]亦认为此证宜用真武汤化裁。真武汤出于《伤寒论》,是温阳利水方剂,其心动悸,四肢沉重,身瞤动,小便不利及水肿等症状,与右心衰竭或全心衰竭, NYHA 心功能 III 级~IV 级者非常吻合。真武汤方中君药附子大辛大热,温肾阳,使气化得行,《本草正义》:“附子,本是辛温大热,其性走散,故为通十二经纯阳之要药”。白术甘苦而温,燥湿健脾利水。茯苓淡渗利水,甘以助阳,生津益气,共为臣药。生姜

辛温，宣肺温胃，助附子温阳，为佐药。另佐以芍药酸敛以制水，合而共奏温阳利水。在临床上对肾阳虚型慢性心衰患者有较好的效果，为中西医结合治疗 CHF 提供了依据。李佳等^[12]研究发现真武汤具有温阳利水、补益心肾之功效，能够降低慢性心力衰竭患者血清 NT-proBNP 以及 MMP-3 水平，降低中医症状积分，明显改善慢性心力衰竭引起的各种临床症状，有效治疗慢性心力衰竭。胡业彬教授根据多年临床经验方，在真武汤基础上加红参、丹参而成茯苓温肾胶囊（安徽省中医院院内制剂），共奏温阳益气、活血利水^[13]。有研究显示附子^[14]能激活 α 、 β 肾上腺素能受体，对急性心衰大鼠具有明显的强心作用。且附子与干姜组分配伍对急性心衰阳虚衰证大鼠血流动力学有明显的改善作用，能显著升高急性心力衰竭大鼠左心室内压最大上升速率（dp/dtmax），增强心肌收缩力、提高心率，提示附子干姜组分配伍有明显的回阳救逆作用^[15]。温阳利水，活血化瘀之强心胶囊^[16]能降低 CHF 大鼠血清中 BNP、NT-pro BNP 水平，具有明确抗 CHF 的作用。参附汤合桃红四物汤能明显改善患者的心功能、改善中医症状和 LVEF、降 BNP^[17]。参附注射液联合心脉隆^[18]能降低患者的 NT proBNP 水平及改善左室舒张功能，提高临床疗效。参附注射液能增加血管灌流量、改善微循环、保护血管内皮细胞、改善心肌能量代谢、影响心肌细胞电生理效应及离子通道、抑制心肌细胞凋亡、抗炎，从而发挥抗休克、抗心力衰竭、抗心律失常、抗心肌缺血再灌注损伤、调节血压等作用^[19]。

瘀血内停是心衰病的必然病理产物，针对瘀血内停，血府逐瘀汤是应用最广的一首方剂。血府逐瘀汤源于清代王清任《医林改错》^[20]中五逐瘀汤中应用最广的一首方剂，也是近 10 多年来医药界研究较多的活血化瘀成方。方中以桃仁、红花、川芎、赤芍、当归活血祛瘀；牛膝祛瘀血，通血脉，引血下行；柴胡疏肝解郁，升达清阳；桔梗开宣肺气，载药上行，合枳壳升降气机，开胸行气，使气行则血行；地黄凉血清热，合当归又能养阴润燥，使祛瘀而不伤阴血；甘草调和诸药。该方可抑制心脏间质成纤维细胞增殖；抗动脉粥样硬化；以及诱导内皮细胞增殖和血管新生等药理研究，都为其在冠心病、心绞痛、脑卒中、糖尿病性心脏病等病的防治和临床治疗提供有效的药理基础。诸药相合，共奏活血祛瘀、行气止痛之功。

本研究结果也证实上述观点。试验组在常规药物治疗基础上加用温阳利水、活血化瘀之真武汤合血府逐瘀汤加减治疗慢性收缩心力衰竭，结果显示：治疗后 2 组患者在 LVEF、血浆 NT-proBNP 水平方面均较治疗前有

明显改善，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗后治疗组患者在 LVEF、6 min 步行试验、中医证候疗效方面均较对照组有明显改善，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。但是此方是否是通过抑制 RAS 系统的活化，或者阻断心衰患者交感神经的兴奋，或者通过作用于多位点、多靶点来抑制心衰的发生还需要进一步的研究证实。该临床研究证实真武汤合血府逐瘀汤在慢性心力衰竭的治疗中效果显著，为慢性心力衰竭防治提供了新的思路和方向。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会.中国心力衰竭诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2014, 2(42):98-122.
- [2] 苗阳,段文慧,吴梦玮,等. 中国中医科学院西苑医院名老中医治疗心力衰竭学术经验[J]. 北京中医药, 2010, 7(29):502-505.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [4] 中华人民共和国技术监督局·中华人民共和国国家标准. 中医临床诊疗术语疾病部分[M]. 北京: 中国标准出版社, 1997:8.
- [5] 中国中西医结合学会心血管疾病专业委员会. 慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 2(36): 133-141.
- [6] 赵文静, 苗阳, 马晓昌, 等. 慢性充血性心力衰竭的辨证论治[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(8):816-817.
- [7] 李甜, 赵英强. 从《黄帝内经》谈心衰病机[J]. 河南中医, 2013, 33(7): 11.
- [8] 李晓娜, 徐厚谦. 心力衰竭病机探讨[J]. 光明中医, 2009, 24(4):637-638.
- [9] 黄敏华, 徐燕, 姚晨增, 等. 慢性心力衰竭心气虚、心阳虚、心肾阳虚 3 个不同病程阶段中药干预临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(6): 1095-1098.
- [10] 苗阳, 吴梦玮, 荆鲁, 等. 赵锡武治疗慢性心力衰竭经验[J]. 中国全科医学, 2010, 223(13):37-38.
- [11] 翁维良. 临床经验辑要(全国著名老中医临床经验丛书)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2001:91.
- [12] 李佳, 高小明, 焦晓民. 真武汤对慢性心力衰竭患者血清 NT-proBNP、MMP-3 中医证候影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 2(20):83-86.
- [13] 刘伟, 胡业彬, 何佳, 等. 胡业彬运用温阳利水法论治心衰病经验[J]. 中医药临床杂志, 2015, 11(27):1523-1525.
- [14] 卢志强, 张艳军, 庄朋伟, 等. 附子对急性心力衰竭大鼠血流动力学影响及其机制研究[J]. 中草药, 2015, 11(46):3223-3227.
- [15] 曾代文, 彭成, 余成浩, 等. 附子干姜组分配伍对急性心衰阳虚证大鼠血流动力学的影响[J]. 中药药理与临床, 2011, 27(5):93-96.
- [16] 陈晶, 胡新颖, 何长远, 等. 强心胶囊对慢性心力衰竭大鼠 BNP 及 NT-pro BNP 的影响[J]. 中医药学报, 2018, 2(46):70-73.
- [17] 王建军, 李志宏. 附汤合桃红四物汤治疗慢性心力衰竭心阳虚血瘀证临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2017, 11(29):1887-1889.
- [18] 韩振强, 王海翔. 参附注射液联合心脉隆治疗冠心病舒张性心力衰竭疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 11(14):2518-2520.
- [19] 朱金墙, 梁钰彬, 华声瑜, 等. 参附注射液的成分及其对心血管系统的药理作用研究进展[J]. 中药学, 2014, 36(4):819-822.
- [20] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 45.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘剑勇 收稿日期:2018-09-11)

加味二仙汤治疗慢性疲劳综合征临床观察[※]马国玺¹ 赵伟红^{2*} 王和春² 潘丽华² 王璜² 王东萍¹ 王晶¹

(1 吉林省吉林市人民医院中医科,吉林 吉林 132000;2 吉林省永吉县人民医院中医科,吉林 永吉 132200)

摘要:目的 研究自拟加味二仙汤治疗慢性疲劳综合征的临床疗效。方法 将80例患者随机分为观察组和对照组,各40例,观察组给自拟加味二仙汤,日1剂,水煎服,120 mL早晚分服,对照组给予维生素B₁ 20 mg、谷维素 20 mg、百乐眠 4粒,日3次口服,比较2组治疗前后疗效指数及症状积分。结果 观察组疗效优于对照组($P<0.01$)。结论 自拟加味二仙汤治疗慢性疲劳综合征疗效显著,值得在今后的临床中推广应用。

关键词:加味二仙汤;慢性疲劳综合征;疗效指数;亚健康;治未病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.028

文章编号:1672-2779(2019)-02-0072-03

Clinical Observation on Modified Erxian Decoction in Treating Chronic Fatigue Syndrome

MA Guoxi¹, ZHAO Weihong^{2*}, WANG Hechun², PAN Lihua², WANG Ying², WANG Dongping¹, WANG Jing¹

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Jilin People's Hospital, Jilin Province, Jilin 132000, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Yongji County People's Hospital, Jilin Province, Yongji 132000, China)

Abstract: Objective To study the clinical efficacy of modified Erxian decoction in treating chronic fatigue syndrome. **Methods** 80 patients were randomly divided into the observation group and the control group, with 40 cases in each group. The observation group was given Erxian decoction in one dose daily, water decoction, 120 mL morning and evening. The control group was given vitamin B1 20mg, gluten 20mg and barleys 4 tablets. The efficacy index of the two groups before and after treatment was compared. **Results** The efficacy index of the observation group was better than that of the control group ($P<0.01$). **Conclusion** Self-made Erxian decoction is effective in treating chronic fatigue syndrome. It is worthy of popularization and application in the future.

Keywords: modified Erxian decoction; chronic fatigue syndrome; curative effect index; subhealthy; preventive treatment of disease

随着生活节奏的加快,临床上以慢性疲劳为主诉就诊的患者越来越多,据统计,英美约有20%~25%的人述说有慢性疲劳,约1/4是慢性疲劳综合征(CFS),日本有30%以上的人处于慢性疲劳状态,我国通过对301名护士的调查显示,发病率高达11.63%,目前以CFS就诊的人140人/万,全世界有50万CFS患者,且还在快速增长,美国疾病控制中心预测,慢性疲劳综合征(CFS)将成为21世纪影响人类健康的主要疾病之一,成为国内外医学界关注的热点。现代医学虽提出了病名和诊断标准^[1],但病因病机尚不明确,缺乏行之有效的治疗。中医药从整体观念出发,辨证施治,成为较理想的选择,越来越受人们青睐。运用自拟“加味二仙汤”治疗慢性疲劳综合征40例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017年9月—2018年5月永吉县人民医院和吉林市人民医院中医门诊诊断为慢性疲劳综合

征患者80例,随机分为观察组和对照组各40例。观察组男12例,女28例;年龄19~66岁,平均45.2岁。对照组男10例,女30例;年龄20~67岁,平均43岁。经统计学处理 $P>0.05$,无显著性差异。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照美国疾控中心1994年修订的CFS标准^[2]。(1)临床评定的不能解释的持续或反复发作6个月或更长时间的慢性疲劳。该疲劳是新发的或有明确的发病时间,非先天性的;不是由于正在从事的劳动所引起的;经休息后不能明显缓解;导致工作、教育、社会或个人活动水平较前有明显的下降。(2)下述的症状中同时出现4项或4项以上,且这些症状已经持续存在或反复发作6个月或更长的时间,但不应该早于疲劳:(1)短期记忆力或集中注意力的明显下降;(2)咽痛;(3)颈部或腋下淋巴结肿大、触痛;(4)肌肉痛;(5)没有红肿的多关节的疼痛;(6)一种类型新、程度重的头痛;(7)不能解乏的睡眠;(8)运动后的疲劳持续超过24 h。

1.2.2 中医诊断标准 参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《针灸学》(石学敏主编,中国中医药出版社,

※ 基金项目:吉林省中医药管理局科研项目[No2017272]

* 通讯作者:zwhlxxxh@126.com

2002)、全国高等中医药院校教材《中医内科学》(张伯礼、薛博瑜主编,人民卫生出版社,2012)、《中国推拿百科全书》(骆仲遥主编,人民卫生出版社,2009)的相关内容及相关文献研究。(1)无明显脏器器质性病变,以虚损性疲劳为主;(2)多以懈怠、劳倦、失眠健忘等为主要临床表现;(3)多伴有脏腑、气血、阴阳亏虚的相关症状。

1.3 纳入标准 (1)符合CFS的诊断标准;(2)16岁以上成年人;(3)接受试验药物者。

1.4 排除标准 (1)原发病的存在能够解释的慢性疲劳,如:甲状腺功能减退症,慢性病毒性肝炎,贫血,肿瘤等,药物不良反应所致的医源性疲劳;(2)过去或现在主要诊断为精神抑郁性情绪失调或具有抑郁性特征的双极情绪失调,各类精神分裂症、妄想症、痴呆、神经性厌食或神经性贪食;(3)病前2年至今有各种不良嗜好,嗜烟、酗酒等;(4)妊娠或哺乳期妇女。

1.5 治疗方法 将符合标准的80例患者随机分为2组:观察组40例给予自拟加味二仙汤,处方如下:仙灵脾15g,仙茅10g,巴戟天10g,黄芪30g,党参15g,当归10g,升麻6g,柴胡6g,黄柏5g,知母10g,日1剂,水煎服,120mL早晚分服。

对照组给予维生素B₁20mg、谷维素20mg、百乐眠4粒,日3次口服,进行系统地观察治疗,1个月为一个疗程,一般治疗2个疗程观察疗效。

1.6 疗效评价 参考《中药新药临床研究指导原则》(2002年)制定:观察治疗前后2组患者临床症状积分改善情况及疲劳量表(FS-14)评分改变情况,根据尼莫地平法计算疗效指数^[3]。

疗效指数(尼莫地平法)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。临床治愈:临床症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;显效:临床症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;有效:临床症状、体征均有所好转,30%≤疗效指数<70%;无效:临床症状、体征无明显改善,疗效指数<30%。

1.7 统计学方法 数据统计运用SPSS 13.0软件,计量资料表现形式为均数加减标准差,方法用配对t检验,等级资料用秩和检验,标准以P<0.05为有显著差异。疗效判定采用尼莫地平法,即疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。

2 结果

治疗前后2组疗效指数比较 观察组总有效率90%,对照组总有效率77.5%,观察组疗效优于对照组,2组差异有统计学意义(P<0.01),见表1。

表1 2组疗效指数比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	6	16	14	4	36(90.0)*
对照组	40	2	9	20	9	31(77.5)

注:与对照组比较,*P<0.01

表2 慢性疲劳综合征症状分级评分 (x±s, n=40)

症状	治疗前	第一疗程	第二疗程
短期记忆力或集中注意力	2.53±0.41	1.89±0.11**	1.06±0.09**
咽喉痛	2.63±0.67	2.55±0.58	1.32±0.14**
颈部及腋下淋巴结肿大触痛	1.92±0.21	1.19±0.128*	1.15±0.11**
头痛	2.57±0.58	2.33±0.24	1.32±0.14**
肌肉疼痛	2.75±0.57	2.01±0.41*	0.54±0.08**
多关节疼痛	1.97±0.55	1.84±0.45	1.13±0.15**
睡眠紊乱	2.83±0.71	2.45±0.37	1.49±0.27**
运动后疲劳	2.89±0.75	1.67±0.22**	1.15±0.14**
总评分	14.57±2.03	7.66±1.86*	4.79±1.27**

注:*P<0.05,**P<0.01

3 讨论

慢性疲劳综合征属中医的“未病”“不寐”“心悸”郁证^[4]等范畴,多数学者认为,其发病与肝脾有关^[5],情志失调,劳逸失度,导致脏腑功能失调,气血运行不畅,脏腑经络失于濡养引发本病^[6],治疗多采用“疏肝解郁,健脾益气,养阴宁神”方法,虽有一定疗效,但不甚满意。近年来,不少学者认识到了肾与疲劳^[7]的关系,并进行了一定的研究,我们根据慢性疲劳综合征的特点,结合历代医家的论述,吸取黄永生教授治疗先天伏寒亚健康经验,从“肾为先天之本,性命之根,治肾,治虚之道也”^[8]入手,提出慢性疲劳综合征病位在肾,其病机关键是脾肾阳虚,气机郁滞,阴火上冲,确定了“补先天,实后天,散郁火,行气机”的治疗原则,在黄老稳心2号方^[9]的基础上,自拟“加味二仙汤”,方中仙灵脾、仙茅、巴戟天补脾肾之阳,肾阳充则五脏之阳得生;黄芪、党参补益中气,补后天以滋先天;升麻、柴胡升发脾胃之气,散郁火,调气机;当归补血活络,与黄芪相伍,可使气血得以生化;黄柏、知母苦寒而降,既可清瘀滞之热,又可引阳归阴,是为反佐。诸药配伍,补益脾肾,行郁散火,方证相应,疗效显著。本临床观察结果证明,自拟“加味二仙汤”体现了中医治病求本,标本兼治,身心同调的优势,能够提高疗效,减少复发,值得在今后临床中推广应用。

慢性疲劳综合征是一种心身疾病,保持健康生活方式和良好的心理状态,减少工作压力,避免过度疲劳,加强体育锻炼,保证充足睡眠,有助于预防其发生。

参考文献

[1] 王天芳,张翠珍,王琳,等.慢性疲劳综合征的中西医病理机制及其

- 研究思路[J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(5): 19-23.
- [2] 周吉海, 谭季春. 慢性疲劳综合征[J]. 日本医学介绍, 2005(4): 182-184.
- [3] 李荐中. 慢性疲劳综合征[M]. 人民卫生出版社, 2009: 5.1.
- [4] 岳丽军, 姜丽红. 慢性疲劳综合征的中西医研究概况[J]. 长春中医药大学学报, 2008(4): 230-231.
- [5] 王天芳, 刘雁峰, 杨维益, 等. 消疲怡神口服液治疗慢性疲劳综合征的临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 1999(4): 57-59.
- [6] 洪燕珠, 周昌乐, 许家佗, 等. 慢性疲劳综合征的中西医研究概述[J]. 光明中医, 2008(10): 1622-1623.
- [7] 金杰, 郭智宽. 从肾论治慢性疲劳综合征[J]. 光明中医, 2010, 25(11): 1984-1985.
- [8] 李宝丽, 唐方. 试述中医对慢性疲劳综合征的认识与辨证论治[J]. 浙江中医杂志, 2007(5): 255-257.
- [9] 姜丽红, 郭家娟, 崔英子. 黄永生教授创新学术思想研究[M]. 吉林人民出版社, 2013: 12.
- (本文编辑: 李海燕 本文校对: 杨世红 收稿日期: 2018-09-11)

从筋治骨理论指导治疗早中期膝痹病的临床研究[※]

涂 宏¹ 涂雪儿² 涂瑞芳¹ 刘 敏¹ 邓运明¹

(1 江西省中医院关节骨科, 江西 南昌 330006; 2 南昌大学江西医学院卓越班 2017 级, 江西 南昌 330006)

摘要: 目的 基于从筋治骨、循筋治骨的治疗思路制定中医综合方案治疗早中期膝痹病的临床观察研究。方法 将 40 例 KOA(肝肾不足, 筋脉瘀滞证)患者, 随机抽签分为治疗组 20 例, 对照组 20 例。治疗组予以邓氏舒筋蠲痹汤, 水煎服, 150 mL, 每日 2 次后予院内制剂温通止痛贴每次 1 贴, 24 h 换药 1 次同时施以膝关节周围均衡理筋手法每日 1 次。连续治疗 4 周为 1 疗程。对照组予以双氯芬酸钠缓释片, 75 mg/次, 每日 1 次再予以双氯芬酸二乙胺乳胶剂涂敷于膝关节患处(以疼痛最剧烈部位为中心), 每次 3 cm, 24 h 涂药 3 次和 TDP(神灯)治疗器理疗, 每次 30 min, 每日 1 次。连续治疗 4 周为 1 疗程。在治疗过程中比较 2 组治疗前 WOMAC 各症状、体征评分改变, 并进行评价疗效。结果 治疗组和对照组治疗前后 WOMAC 各症状、体征都有明显改善, 治疗组除疼痛无明显差别其余各项症状、体征改善优于对照组($P < 0.05$)。结论 从筋治骨, 循筋治骨治疗思路制定中医综合方案治疗早中期膝痹病的治疗具有明显的疗效, 为安全、有效的诊治措施。

关键词: 从筋治骨; 痹证; 膝关节; 骨性关节炎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.029

文章编号: 1672-2779(2019)-02-0074-03

Clinical Study on Treatment of Early and Mid-term Knee Arthralgia Based on the Theory of Treating Bones from Tendons

TU Hong¹, TU Xueer², TU Ruifang¹, LIU Min¹, DENG Yunming¹

(1. Department of Orthopedics, Jiangxi Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China; 2. Excellent Clinical Class of Grade 2017, Jiangxi Medical School of Nanchang University, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: Objective To develop a comprehensive clinical plan for the treatment of knee rickets in the early and middle stage through the treatment strategy of "treating bones from tendons", and to develop safe and effective foundations based on relevant knowledge and practice of KOA in ancient and modern Chinese medicine. **Methods** Forty patients with KOA (liver and kidney deficiency gluten stagnation and stasis syndrome) were randomly divided into treatment groups of 20 patients and control group of 20 patients. The treatment group was treated with Dengshi Shujin Jianbi decoction, 150 ml, 2 times a day and in-hospital preparation Wentong pain relief paste 1 patch each time, 24 hour dressing 1 time and balanced around the knee joints tendons techniques daily once. Four weeks of continuous treatment was a course of treatment. The control group was given diclofenac sodium sustained-release tablets, 75 mg/time, once daily and applied diclofenac diethylamine latex on the affected part of the knee joint (centered on the most painful part), 3 cm each time, and applied for 24 hours. 3 and TDP (therapeutic) therapy physiotherapy, 30 minutes each time, once a day. Four weeks of continuous treatment was a course of treatment. In the course of treatment, the scores of WOMAC symptoms and physical signs before the two groups were compared, and the efficacy was evaluated. **Results** The symptoms and signs of WOMAC in the treatment group and the control group were significantly improved before and after treatment. The pain in the treatment group had no significant difference. The other symptoms and signs of the treatment group improved better than the control group. **Conclusion** The idea of "treating bones from tendons" is an effective and safe treatment for the KOA in the early and middle stages.

Keywords: treating bones from tendons; arthromyodynia; knee; osteoarthritis

膝关节骨性关节炎 (Kneeosteoarthritis, KOA) 又称退行性膝骨关节炎、增生性膝骨关节炎等, 是一种多发

于中老年人的慢性骨关节疾患。其病理特点为关节软骨变性、破坏、软骨下硬化、关节边缘和软骨下骨反应性增生骨赘形成^[1]。KOA 的发病机制目前尚未明确, 因此对 KOA 的治疗尚属棘手问题。目前的治疗手段中, 有

※ 基金项目: 江西省教育厅科学技术研究项目[No.14606]

药物治疗、局部治疗以及手术治疗等,如西药内服治疗。由于疼痛是KOA的主要症状,严重影响患者的功能活动和生存质量,所以止痛为最基础的治疗方法。我院自2014年1月—2017年10月主张以从筋治骨、循筋治骨为治疗早中期膝痹病的根本治法。根据中医“肝主筋”理论,治以益气养血、柔肝润筋、通络开痹以改善全身筋的整体状况,对于局部筋病的特点,通过准确定位施用膝关节周围均衡理筋手法,及中药温通止痛贴外敷的方法进行针对性治疗。治疗后指导患者开展膝关节周围筋脉功能的锻炼,以达到巩固疗效、防治结合的目的,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择符合诊断标准的我院2014年1月—2017年10月门诊患者40例,随机分为治疗组和对照组。2组患者在性别、年龄、病程及症状积分均无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《膝关节骨性关节炎诊断标准》(美国风湿学会2007年制定)的有关标准拟定^[2]。(1)近1个月内反复膝关节疼痛;(2)X线片(站立或负重位)示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和(或)囊性变、关节缘骨赘形成;(3)关节液(至少2次)清亮、黏稠,WBC <2000 个/mL;(4)中老年患者 >40 岁;(5)晨僵时间小于30分钟;(6)活动时骨摩擦音(感)。上述中符合1+2条或1+3+5+6条或1+4+5+6条,即可诊断为膝关节骨性关节炎。

1.2.2 中医诊断标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行版)》2002年出版的有关标准拟定^[3]。肝肾不足:筋脉瘀滞证:(1)主症:膝关节疼痛;(2)次症:膝关节活动不利,运作牵强,舌质偏暗、苔薄,脉滑或弦。

1.2.3 KOA临床分期标准 采用膝骨性关节炎临床分期方法^[4],结合临床实践,将患者分为早中晚三期。早期:关节炎改变的早期,活动多后有明显的疼痛,休息后减轻。X线观察,改变较少;或只有CT可见软骨轻度损害,或同位素检查,被损关节可见凝聚现象。中期:骨性关节炎的进展期,骨软骨进一步损害,造成关节畸形,功能部分丧失。X线可见关节间隙变窄,关节周围骨囊性变,有时有游离体出现。晚期:骨性关节炎的晚期,骨的增生、软骨的剥脱以及导致功能完全丧失,关节畸形明显。X线示关节间隙变窄,增生严重,关节粗大,甚至造成骨的塌陷。

1.3 纳入标准 (1)符合KOA西医诊断标准;(2)符合早中期KOA诊断标准;(3)符合本病辨证分型肝肾不足、筋脉瘀滞证;(4)对研究有正确认识,具有良好的依从性。

1.4 排除标准 (1)膝关节间隙消失或关节间形成骨桥

连接而呈骨性强直者;(2)膝关节肿瘤、类风湿、结核、化脓及并发病影响到关节结构者,或伴有牛皮癣、病毒性神经病、褐黄病、代谢性骨病、急性创伤等患者;(3)合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者;(4)不配合、依从性差者;(5)不同意配合临床调查者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 (1)邓氏舒筋蠲痹汤组方:黄芪30g,当归10g,白芍20g,牛膝10g,五加皮15g,徐长卿15g,清风藤15g,防己10g,络石藤15g,苍术10g,鸡血藤20g,甘草6g。水煎服,150mL,每日2次;(2)院内制剂温通止痛贴。操作方法:将膝关节用清水洗净,制作完成的中药药贴外敷于膝关节疼痛最剧烈部位,每次1贴,24小时换药1次;(3)膝关节周围均衡理筋手法(拿、揉、推、点、弹、拨)。作用于膝关节周围软组织疼痛及筋结部位,每日1次;(4)连续治疗4周为一疗程。

1.5.2 对照组 (1)给予双氯芬酸钠缓释片口服(扶他林北京诺华制药有限公司生产,国药准字H10980297治疗。75mg \times 10)。每日1次,75mg/次;(2)患者于治疗前将膝关节用清水洗净,将双氯芬酸二乙胺乳胶剂(扶他林,北京诺华制药有限公司,国药准字H19990291,20g)涂敷于膝关节疼痛最剧烈部位,每次3cm,24h涂药3次;(3)TDP(神灯)治疗器理疗,每次30min,每日1次;(4)连续治疗4周为一疗程。

1.6 观察指标 比较2组治疗前后WOMAC^[5]各症状、体征评分改变,并进行评价疗效。

1.7 疗效评定标准 (参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》2002年出版的有关标准拟定^[5])。 (1)临床控制:疼痛等症状消失,关节活动正常,积分减少大于或等于95%; (2)显效:疼痛等症状消失,关节活动不受限,积分减少大于或等于70%,小于95%; (3)有效:疼痛等症状基本消失,关节活动轻度受限,积分减少大于或等于30%,小于70%; (4)无效:疼痛等症状与关节活动无明显改善,积分减少小于30%。

1.8 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 χ^2 检验,Ridit分析。 $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 见表1。

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	20	7	10	2	1	19(95.0) [△]
对照组	20	5	6	5	4	16(80.0)

注:与对照组比较, $P<0.05$

2.2 2组症状、体征评分比较 见表2。

表2 2组症状、体征评分变化 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	疼痛	僵直程度	功能障碍
治疗组	20	治疗前	6.11±1.98	2.48±0.83	22.13±2.14
		治疗后	2.59±1.72 [△]	0.88±0.79 [△]	9.95±2.34 [△]
		4周后	2.59±1.72	0.88±0.79 [△]	9.95±2.34 [△]
对照组	20	治疗前	6.17±2.18	2.53±0.93	23.36±2.74
		治疗后	4.47±1.65 [△]	1.98±0.86 [△]	13.96±2.87 [△]
		4周后	2.56±1.75	1.98±0.86	13.96±2.87

组别	例数	时间	WOMAC总分	体征总分
治疗组	20	治疗前	28.86±4.32	5.13±1.48
		治疗后	12.85±2.87 [△]	2.35±1.14 [△]
		4周后	12.85±2.87 [△]	2.35±1.14 [△]
对照组	20	治疗前	29.31±4.98	5.19±1.87
		治疗后	18.55±2.79 [△]	3.06±1.43 [△]
		4周后	18.55±2.79	3.06±1.43

注: [△]P<0.05, 有显著差异

治疗前后, 治疗组除疼痛评分外各项症状、体征改善优于对照组。

2.3 药物的不良反应情况 2组在治疗上均未出现严重的药物不良反应, 治疗组对中药的依从性好, 无不良反应。2组患者均予以定期检查肝肾功能、尿常规、大便常规、心电图显示均未见明显异常。

3 讨论

目前现代医学对 KOA 并无理想的治疗措施, 西药治疗均存在不同程度的毒副作用与不良反应。同时, KOA 又有反复发作的特点, 患者多难以接受长期西药治疗。临床通过摄片发现膝骨关节退变引起骨赘的产生部位都是在关节应力分布比较集中的区域, 如髌骨周围、胫骨平台内外侧、髁间棘处等。同时, 这些位置往往也是膝部韧带、半月板、肌腱的附着点, 疼痛主要分布区, 属于中医“筋”的范畴, 而关节的僵硬、屈伸不利正是由于筋的粘连、挛缩引起。针对临床 KOA 发病率逐渐升高同时又有反复发作的特点, 不少学者采用中医的辨证论治方法进行治疗, 取得较为公认的疗效。《素问·宣明五气》曰:“肝藏血主筋, 脾主肉, 肾藏精主骨”, 肌肉骨骼的病变与肝脾肾三脏有着密切的联系。正常的步态有赖筋骨得到气血充分濡养, 肝藏血主筋, 肝血不足, 血不养筋则筋脉拘急、关节屈伸不利; 肾藏精主骨, 肾精亏虚, 骨失所养, 可致腰膝酸痛; 脾主四肢肌肉, 脾虚则肌肉失养, 脾主运化水湿, 脾虚痰湿停滞关节。气虚不足血行不畅而致疲滞; 卫阳不固、风寒湿之邪易乘虚而入凝着经筋脉而成“骨痹”“筋痹”早中期膝痹病属筋痹范畴, 严重变形骨关节炎属骨痹、筋痹是骨痹发生发展过程中的必经阶段, 骨痹是筋痹发展过程的延伸。李佳^[6]认为膝骨性关节炎的发病机理是正气不足、肝肾两虚、复感风寒湿邪气, 阻滞经脉, 虚实夹杂, 以虚为本, 以痹为表, 治疗当以补益肝肾, 活血通络为法。伍

艳阳^[7]认为膝痹发病的病因病机是以肝肾亏虚为本, 血脉不利为标, 肝肾亏损, 元气不足, 气为血之母, 气虚则无以推动血液运行, 血不行则血脉瘀滞, 瘀血内生, 治以补肾活血法为要。张嘉倩等^[8]应用补肾活血方对膝骨性关节炎的治疗, 不仅能补肾活血、祛瘀止痛, 有效改善患者临床症候, 缓解关节肿胀程度、恢复关节正常活动。因此, 我们主张以从筋治骨、循筋治骨为治疗早中期膝痹病的根本治法。根据中医“肝主筋”理论, 治以益气养血, 柔肝润筋, 通络开痹以改善全身筋的整体状况, 对于局部筋病的特点, 通过准确定位施用膝关节周围均衡理筋手法, 及中药温通止痛贴外敷的方法进行针对性治疗。治疗后指导患者开展膝关节周围筋功能的锻炼, 以期达到巩固疗效、防治结合的目的。通过从筋治骨、循筋治骨治疗思路, 以中医综合治疗早中期膝痹病的临床观察研究, 发现从筋治骨、循筋治骨治疗思路制定中医综合方案治疗早中期膝痹病的治疗具有明显的疗效, 是安全、有效的诊治措施。

参考文献

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 2356-2359.
- [2] 倪家骧, 樊碧发, 薛富善. 临床疼痛治疗技术[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003: 170.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349-352.
- [4] 陈百成, 张静. 骨关节炎[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 3-13, 18-19.
- [5] Melzack R. The Shortform Mc Gill Pain Questionnaire [J]. Pain, 1997 (30): 191.
- [6] 李佳. 补益肝肾、活血通络法治疗膝骨性关节炎的临床研究[D]. 北京中医药大学, 2006.
- [7] 伍艳阳. 补肾活血法治疗膝骨性关节炎的临床疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2006.
- [8] 张嘉倩, 刘淑清. 补肾活血方对膝骨性关节炎的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(11): 2339-2342.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 楚瑞阁 收稿日期: 2018-09-21)

《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, 留下您最关注的內容。欢迎扫码二维码关注!



加味炙甘草汤合参松养心胶囊 治疗老年气阴两虚型心律失常 60 例

李 猛

(贵阳中医学院研究生院, 贵州 贵阳 550000)

摘要:目的 观察加味炙甘草汤联合参松养心胶囊治疗老年气阴两虚型心律失常的临床使用价值。方法 将入选患者随机分为对照组与治疗组,比较2种用药方案的临床疗效及安全性。结果 治疗组与对照组治疗前后组内、组间比较,差异有显著性($P < 0.05$)。2组患者治疗疗效,治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。不良反应发生率2组,差异无显著性($P > 0.05$)。结论 加味炙甘草汤合参松养心胶囊可改善老年气阴两虚型心律失常患者临床症状,安全性高,值得临床推广。

关键词:加味炙甘草汤;气阴两虚;老年科;心律失常;参松养心胶囊;中成药疗法;心悸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.030

文章编号:1672-2779(2019)-02-0077-02

Modified Zhigancao Decoction and Shensong Yangxin Capsule in the Treatment of Senile Arrhythmia of Qi and Yin Deficiency for 60 Cases

LI Meng

(Graduate School, Guiyang University of Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550000, China)

Abstract: Objective To observed the clinical application value of modified Zhigancao decoction and shensong yangxin capsule in the treatment of senile arrhythmia of qi and yin deficiency. **Methods** Qualified patients were randomly divided into control group and treatment group. The clinical efficacy and safety of two kinds of regimen was compared. **Results** The treatment group and control group before and after treatment, comparison between groups had significant difference ($P < 0.05$). The curative effect of the treatment group was better than control group ($P < 0.05$). Incidence of adverse reactions in the two groups had no significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion** Modified Zhigancao decoction and shensong yangxin capsule in the treatment of senile arrhythmia of qi and yin deficiency can improve clinical symptoms, has high safety, and is worthy of popularization in clinical practice.

Keywords: modified Zhigancao decoction; qi and yin deficiency type; geriatrics; arrhythmia; Shensong Yangxin capsule; therapy of Chinese patent drug; palpitation

心律失常是临床常见病症,老年患者为高发人群,主要表现为心悸、胸闷、气短、全身乏力、头晕等症状,不仅影响生活质量,也对其心理造成严重负担,导致心功能进一步下降。老年人基础疾病相对较多,如肝肾功能下降等,抗心律失常药不但用药剂量不易把握,更易导致药物相关性心律失常,从而发生毒副反应、复发等不良反应。经大量临床研究显示^[1],中医治疗此病不但符合辨证论治,同时其不良反应轻微,中药联合应用疗效较西药效果显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2017年7月—2018年5月住院及门诊收治的心律失常患者60例,均符合《内科学》中心律失常诊断标准^[2],其中男32例,女28例;年龄60岁以上,平均70岁;病程1~10年。随机分成(加味炙甘草汤合参松养心胶囊)治疗组30例;对照组(酒石酸美托洛尔)30例,2组患者在病程、年龄、性别差异上均无统计学意义,具有可比性($P > 0.05$),见表1。排除心房颤动、房室传导阻滞、病态窦房结综合征及严重肝肾功能不全等患者。

表1 一般情况比较

组别	例数	男 (例)	女 (例)	年龄 (岁)	病程 (年)	心功能分级		
						I级	II级	III级
对照组	30	18	12	71.6±9.65	5.01±4.41	7	21	4
治疗组	30	14	16	70.1±8.34	4.45±3.65	5	20	5

1.2 治疗方法 所有入组患者均接受阿司匹林、硝酸酯类药物常规治疗。在此基础上,治疗组使用加味炙甘草汤,组方:炙甘草30g,当归10g,阿胶10g,生地黄10g,干姜10g,麻仁6g,麦冬10g,人参10g,苦参20g,水煎剂150mL,每日3次;参松养心胶囊4粒(北京以岭药业有限公司,国药准字220103032,规格:0.4g),每日3次;加味炙甘草水煎剂由我院中药药房代为煎制;对照组加用酒石酸美托洛尔25mg, Bid,所有患者治疗中不服用其他抗心律失常药物,连续治疗4周。治疗前后分别测尿常规、电解质、肝功能、肾功能、动态心电图,并记录患者症状变化和不良反应。

1.3 疗效判断 所有患者均接受常规心电图、24h动态心电图检查,分为显效、有效、无效三种类型。显效:心

悸、胸闷、气短、全身乏力、头晕等症状改善，基本消失，心电图显示心律失常次数减少较治疗前 90% 以上；有效：症状、体征减轻，心律失常次数减少较治疗前较治疗前减少 50% 以上；无效：症状、体征无变化或加重，同时观察药物不良反应。疗效标准判定为显效、有效、无效，参照《中药新药临床研究指导原则》和《动态心电图工作指南》总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%^[3]。

1.5 统计学方法 统计分析采用 SPSS 22.0，计量资料组间差异比较采用 *t* 检验，组内前后比较采用配对 *t* 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组患者疗效比较 治疗组与对照组比较，差异有显著性 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	16	7	7	23(77.00)
治疗组	30	19	8	3	27(90.00)

2.2 心电图改变 治疗后 2 组患者心律失常发生均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。心律失常发生率上来看，治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后 24 h 动态心电图变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	室早		房早	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	1223±143	824±90*	1307±135	917±98*
治疗组	30	1215±157	465±97**	1255±132	378±104**

注：本组间均存在统计学意义 ($P < 0.05$)。与对照组治疗后比较 ($P < 0.05$) 具有统计学意义

2.3 不良反应 2 组患者治疗前后肝肾功能及电解质无明显变化，且均未出现严重心律失常，多为轻度不良反应；治疗组临床不良反应发生率与对照组比较，差异无显著性 ($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者不良反应比较 (例)

组别	例数	不良反应						不良反应发生率(%)
		恶心呕吐	腹胀	低血压	心动过缓	肝功能异常	头晕头痛	
对照组	30	1	0	0	2	0	1	13.3
治疗组	30	1	1	0	0	0	1	10.0

注：与对照组比较 ($P > 0.05$) 差异无统计学意义

3 讨论

心律失常在中医学多见于“心悸”“怔忡”“脱证”“胸痹”等证型。患者常有心中惊惕不安，甚至不能自主的一种病症^[4]。临床发作形式分为：阵发性发作及持续性发作。根据病因不同而分型，多为气虚血少、血不养心，故临床气阴两虚为多见。该病症临床发作多因情绪激动

或劳累过度而发作，常与失眠、多梦、健忘、眩晕等症同时出现。中药抗心律失常的研究越来越广泛，中医强调整体观念，从病因病机入手，辨证施治。心律失常由于冠脉病变导致心肌细胞局部缺血、缺氧，使缺血缺氧部位心肌细胞的组织代谢紊乱，引起心肌细胞膜的电离子流运转异常，导致心肌细胞的生物电活动不稳定，从而导致各类心律失常^[5]。心律失常的形式主要包括：心房颤动、缓慢性心律失常、早搏、传导阻滞等，抑制或消除冠心病患者室性心律失常症状对改善其预后具有重要影响^[6]。研究显示，抗心律失常药物在临床上使用均有一定的负性传导和负性肌力作用，即在控制心律的同时又可引起新的心律失常，长期使用可能导致心功能不全加重及肝功能改变，给心律失常患者治疗带来极大的限制。故，探究中药干预疗法能更好地改善症状，减轻毒副作用。

加味炙甘草汤在经方基础上化裁而来，方中炙甘草为君药，其性甘温、养心为主药，配合人参、苦参、大枣益气补脾益心；生地黄、麦门冬、麻子仁、阿胶滋阴、养血共为辅药，佐辛温干姜通脉温阳，使气血通顺。诸药同用，阴阳调和，脉得其平。相关研究证明苦参可以剂量依赖性的抑制 HERG 钾电流，发挥抗心律失常作用。参松养心胶囊中含有多种中药成分：人参、酸枣仁、桑寄生、丹参、麦冬、五味子、山茱萸、赤土鳖、赤芍、甘松、龙骨、黄连。有益气清心、定悸复脉、安神养心的功效；近年来临床研究显示参松养心胶囊可显著减少室性期前收缩的发生，缓解心律失常相关症状^[7]，相关研究显示其对心烦失眠的各种早搏疗效更为显著。

本研究，相比西药，加味炙甘草汤合参松养心胶囊治疗气阴两虚型老年心律失常更有优势，其功用可以明显起到促进作用，使治疗效果进一步提高，值得临床进一步观察应用。但本研究仍存在一些不足，仅将辨证为气阴两虚型患者作为观察对象，所得结果存在一定的局限性，尚未实现远期随访，无法观察本方的远期疗效，且研究样本量偏小，观察的时间尚短，需进一步研究观察。

参考文献

- [1] 刘淑荣,于清华.炙甘草汤加味治疗气阴两虚型室性早搏临床研究[J].长春中医药大学学报,2012,28(6):977-978.
- [2] 陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:167.
- [3] 张瑾,陈垚,卢洋,等.稳心颗粒联合胺碘酮治疗冠心病心律失常的 Meta 分析[J].中药新药与临床药理,2017,28(2):244-248.
- [4] 刘孝玲.炙甘草汤联合参松养心胶囊治疗老年人快速型心律失常的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2012,31(19):35-36.
- [5] 毛凤琴.步长稳心颗粒治疗心律失常 40 例[J].世界中医药,2011,6(4):313.
- [6] 谢日星.步长稳心颗粒治疗心律失常临床疗效观察[J].国际医药卫生导报,2006(3):55-56.
- [7] 魏华民,吴红金.中药抗心律失常的临床与基础研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(2):152-158.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李芳 收稿日期:2018-09-03)

新加胃苓汤联合双歧杆菌三联活菌散 治疗小儿迁延性慢性腹泻的临床观察

赖日斌

(赣州市南康区第一人民医院新生儿科,江西 赣州 341000)

摘要:目的 探讨新加胃苓汤联合双歧杆菌三联活菌散治疗小儿迁延性慢性腹泻的疗效。方法 选取2016年3月—2018年4月收治的70例迁延性慢性腹泻患儿作为研究对象,随机等分对照组和治疗组,对照组患者给予双歧杆菌三联活菌散治疗,治疗组则给予新加胃苓汤联合双歧杆菌三联活菌散,10d为1个疗程,2组均治疗3个疗程,分析2组患儿治疗前后的血清白介素-6(IL-6)、干扰素- γ (INF- γ)水平,并且比较两者大便次数、性状恢复时间及临床有效率差异。结果 治疗后,2组患儿INF- γ 均上升,IL-6均下降,但治疗组变化更明显,与治疗前比较,二者存在显著性差异($P < 0.05$);治疗组患儿大便次数、大便性状恢复正常时间明显优于对照组,胃肠道功能恢复良好,二者比较存在显著性差异($P < 0.05$);治疗组总有效率97.14%(34/35)明显高于对照组中的74.29%(26/35),二者比较存在显著性差异($P < 0.05$)。结论 胃苓汤联合双歧杆菌三联活菌散能够高效修复胃肠道屏障,调整胃肠道微生态平衡,提高机体免疫水平,对于治疗小儿迁延性慢性腹泻效果显著,有缩短病程,标本兼治的作用。

关键词:儿科;慢性腹泻;新加胃苓汤;双歧杆菌三联活菌;IL-6;INF- γ ;中西医结合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.031

文章编号:1672-2779(2019)-02-0079-03

Clinical Observation on Xinjia Weiling Decoction Combined with Bifidobacterium Triple Viable Powder in Treating Infantile Persistent Chronic Diarrhea

LAI Ribin

(Neonatology Department, the First People's Hospital of Nankang District, Jiangxi Province, Zhangzhou 341000, China)

Abstract: Objective To investigate the efficacy of Xinjia Weiling decoction combined with bifidobacterium triple viable powder in treating infantile persistent chronic diarrhea. **Methods** Seventy children with persistent chronic diarrhea admitted to our hospital from March 2016 to April 2018 were enrolled in the study. They were divided into the control group and the experimental group. The control group was given Bifidobacterium triple live bacteria treatment. The experimental group was given Xinjia Weiling decoction combined with Bifidobacterium triple live bacteria powder, 10 days for 1 course of treatment, and both groups were treated for 3 courses. The serum interleukin-6 (IL-6), Interferon- γ (INF- γ) levels, the frequency of stool, trait recovery time and clinical efficiency was analyzed and compared. **Results** After treatment, INF- γ increased and IL-6 decreased in both groups, but the changes in the experimental group were more obvious. Compared with before treatment, there was significant difference between the two groups ($P < 0.05$). The times and stool traits returned to normal time of the experimental group were significantly better than that of the control group, and the gastrointestinal function recovered well. There was a significant difference between the two ($P < 0.05$). The total effective rate of the experimental group was 97.14% (34/35), which was higher than 74.29% (26/35) of the control group, and there was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Weiling decoction combined with Bifidobacterium triple live bacteria can effectively repair the gastrointestinal barrier, adjust the gastrointestinal micro-ecological balance, improve the body's immune level, and has a significant effect on the treatment of prolonged chronic diarrhea in children, shorten the course of disease, treat both the symptoms and the root causes

Keywords: pediatrics; chronic diarrhea; Xinjia Weiling decoction; Bifidobacterium triple viable bacteria; IL-6; INF- γ ; therapy of integrated medicine

腹泻主要是由胃肠道紊乱引起的疾病,迁延性慢性腹泻为常见的病症之一,治疗方式不当或腹泻未彻底治愈都是其发生的主要原因,在我国高发于2岁以下的婴幼儿,且每年病例达5000万以上^[1]。长期的腹泻会导致营养不良,直接影响小儿的生长发育。西医认为其主要的发病机制为肠道菌群失调及患儿肠黏膜受损,中医认为本病是由于脾失健运导致湿浊内生、水湿不化引起^[2]。因此,仅使用调理菌群失调的双歧杆菌三联活菌散治疗,不能起到标本兼治的作用,本研究中将重点探讨新加胃苓汤联合双歧杆菌三联活菌散治疗小儿迁延性慢性腹泻的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年3月—2018年4月收治的70例迁延性慢性腹泻患儿作为研究对象,70例患儿

中,其中男患儿41例,女患儿29例;年龄9~30个月,平均19.5个月;病程3~10个月,平均(5.7±1.4)个月。按随机数字表法等分为对照组和治疗组,2组患儿性别、年龄、疾病严重程度及病程等一般情况均具有可比性,且患儿家属知情并已签署知情同意书。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:大便呈水样或蛋花汤样,无特殊腥臭味,有不消化黏液,经粪检可见脂肪球,每日腹泻次数 ≥ 4 次,出现不同程度的脱水症状。

中医诊断标准:患儿脾胃较弱,易于感受外邪,内伤乳食后导致脾胃运化功能失调而发生泄泻;发病后,出现食欲差、疲乏无力、大便如水等症状;严重者出现伤阳、伤阴或阴阳两伤等危及病症,危重症气脱液竭致死。

1.3 排除标准 ①治疗前未使用任何影响胃肠道的药物;

②经电子肠镜、结肠 X 线造影检查确诊为结肠器质性病变；③由结肠炎、肠道感染等其他原因引起的腹泻；④依从性差，不配合本研究治疗。

1.4 治疗方案 对照组：给予双歧杆菌三联活菌散（生产商：上海信谊药厂有限公司；批准文号：国药准字 S10970105；规格：1 g/包）治疗，用温水冲服，0.5 ~1 岁患儿半包/1 次，3 次/1 d；1~3 岁患儿 1 包/1 次，3 次/1 d，治疗期间，应根据患儿的具体情况调整用药。

治疗组：在对照组服用双歧杆菌三联活菌散的基础上，联合新加胃苓汤，方剂组成为茯苓、泽泻、车前草各 15 g，白术、党参、石榴皮各 12 g，猪苓、山楂、苍术各 10 g，陈皮、桂枝各 6 g，甘草、厚朴各 5 g。水煎煮，1 剂/d，分 2 次服用，早晚各 1 次，10 d 为 1 个疗程，2 组均治疗 3 个疗程，并于治疗前、疗程结束后抽取患儿晨血 3 mL，检测血清 IL-6、INF- γ 水平。

1.5 疗效评判标准 治愈：治疗后，大便成型，无腹泻症状，排便次数恢复为正常水平的 1-2 次/d；进步：治疗后，大便性状有所改善，接近成型，排便次数 3~4 次/d，有轻微的腹泻症状；无效：治疗后，上述症状均未改善，甚至有所加重。总有效=治愈+进步。

1.6 统计学方法 数据录入采用 Excel，数据分析采用 SPSS 21.0 软件，血清 IL-6、INF- γ 水平及大便恢复正常时间用均数 \pm 标准差表示，即 ($\bar{x}\pm s$)，采用 *t* 检验，临床疗效用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P*<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后 2 组患者血清 IL-6、INF- γ 水平比较 治疗前 2 组患儿 IL-6、INF- γ 水平无显著性差异 (*P*>0.05)，治疗后 INF- γ 均上升，IL-6 均下降，但治疗组变化更明显，与治疗前比较，两者存在显著性差异 (*P*<0.05)，见表 1。

表 1 治疗前后 2 组患者血清 IL-6、INF- γ 水平比较 ($\bar{x}\pm s$, pg/mL)

组别	例数	IL-6		INF- γ	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	35	28.37 \pm 4.69	9.03 \pm 3.15	22.51 \pm 5.21	52.28 \pm 9.66
对照组	35	27.14 \pm 4.17	13.64 \pm 3.42	23.16 \pm 5.47	40.19 \pm 8.52
<i>t</i> 值		0.732	-3.892	-0.601	5.034
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 治疗后大便恢复正常时间比较 治疗后，治疗组患儿大便次数、大便性状恢复正常时间明显优于对照组，两者比较存在显著性差异 (*P*<0.05)，见表 2。

表 2 治疗后大便恢复正常时间比较 ($\bar{x}\pm s$, d)

组别	例数	大便次数正常	大便性状正常
治疗组	35	15.64 \pm 1.39	16.63 \pm 1.30
对照组	35	20.09 \pm 1.46	22.87 \pm 2.07
<i>t</i> 值		4.392	5.108
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05

2.3 治疗后 2 组患者疗效比较 治疗后，治疗组 97.14% 患儿的慢性腹泻症状得到有效缓解，胃肠道功能恢复良好，总有效率高于对照组中的 74.29%，两者有显著性差异 (*P*<0.05)，见表 3。

表 3 治疗后 2 组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
治疗组	35	22(62.86)	12(34.29)	1(2.86)	34(97.14)
对照组	35	15(42.86)	11(31.43)	9(25.71)	26(74.29)
χ^2 值					7.467
<i>P</i> 值					<0.05

3 讨论

迁延性慢性腹泻病机复杂，是一种比较常见的消化系统疾病，占小儿腹泻的大约 20%，正常的生长发育过程中，婴幼儿尚未建立胃肠道的自我保护体系，肠道菌群体系不完善，因此在营养不良或免疫力下降的时候，易导致肠黏膜修复迟缓，引起迁延性慢性腹泻。且其具有反复发作且病程长的特点，患儿往往经不同医院及科室就诊，多样化用药是其用药特点之一。双歧杆菌三联活菌的主要成分为嗜酸乳杆菌、粪肠球菌及长型双歧杆菌。其中长型双歧杆菌分解的酸性物质，为肠道提供了良好的保护膜；粪肠球菌有效防止细菌侵入，促进营养物质的消化、吸收；嗜酸乳杆菌调节人体免疫功能并且维护人体健康。三种细菌协同作用，修复了肠道屏障，调整肠道微生态平衡，提高了机体免疫水平^[3-4]。

中医认为，病因为脾胃虚弱，腹泻的病机为脾虚湿盛，因此对于此症的治疗应祛湿和胃。本文选用新加胃苓汤治疗小儿迁延性慢性腹泻，茯苓有解湿热、止泻和健脾顺气的作用；猪苓、泽泻淡渗利湿；车前草有止泻、利尿的辅助作用；白术燥湿利水、健脾益气；党参则具有益气生津、补益脾肺的作用；石榴皮主治久泻久痢；山楂消食健胃，用于食滞不消、腹胀腹痛；苍术燥湿健脾，祛风散寒；陈皮理气健脾、食少吐泻、胸脘胀满；桂枝用于温通经脉，助阳化气，平冲降气、腕腹冷痛；厚朴可燥湿除满、行气消积；甘草有解毒、调和各类药的功效^[5]，该方剂能总体达到健脾和胃、祛湿热的作用。由表 2、表 3 可知，胃苓汤与双歧杆菌三联活菌合用，婴幼儿的慢性腹泻症状恢复更快，疗效确切，总体有效率明显高于单独使用双歧杆菌三联活菌散，能够达到标本兼治的作用。

IL-6 是机体内免疫抑制与炎症细胞因子，能够损伤肠黏膜，激发炎症进程，因此，测定腹泻患儿血清 IL-6 水平在一定程度上反映了机体的免疫状态，INF- γ 是一种有抗病毒作用的生物活性物质，能较好的调节机体的免疫功能，由表 1 可知，IL-6 在迁延性慢性腹泻患儿中呈现高表达状态，而 INF- γ 呈现出低表达状态^[6-7]。治疗后，血清 IL-6 水平有效降低，血清 INF- γ 水平有效升高，且胃苓汤与双歧杆菌三联活菌合用对两者的改善效果更加显著，炎性反应得到控制，

机体免疫得以提高。综合本研究结果,胃苓汤联合双歧杆菌三联活菌用药能够高效修复胃肠道屏障,调整胃肠道微生物平衡,提高机体免疫水平,对于治疗小儿迁延性慢性腹泻有着效果显著,缩短病程,标本兼治的临床用途。

参考文献

- [1] 李晓冰,何德根,彭通,等.微生态制剂联合锌制剂治疗对小儿迁延性腹泻血清相关指标的影响[J].海南医学院学报,2016,22(17):1979-1982.
- [2] 商寅.胃苓汤加减联合推拿治疗小儿急性非细菌性感染性腹泻45例临床观察[J].中医儿科杂志,2018,14(2):58-60.
- [3] 梁厚荣.蒙脱石散与双歧杆菌三联活菌散治疗小儿腹泻的临床对比

研究[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(54):75.

- [4] 杨艳君.儿童迁延性腹泻患者肠道菌群和肠黏膜屏障功能的变化以及双歧杆菌三联活菌散的干预作用[J].中国微生物学杂志,2018,30(6):700-702,705.
- [5] 陈勇华.胃苓汤治疗功能性腹泻40例临床观察[J].实用中西医结合临床,2015,15(6):43-44.
- [6] 田海贞,喻德林.口服消旋卡多曲与双歧杆菌在小儿腹泻中对炎症细胞因子变化[J].世界华人消化杂志,2016,24(28):4019-4023.
- [7] 呼旭东,高海亮.蒙脱石散联合双歧杆菌四联活菌片治疗小儿腹泻的疗效观察和相关因子检测[J].现代药物与临床,2014,29(6):676-679.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘翼昌 收稿日期:2018-09-11)

祛瘀化痰法治疗非酒精性脂肪性肝病 35 例临床观察

邓仰刚¹ 邓露露² 林智平¹

(1 江西省中西医结合医院消化科,江西南昌 330003;2 新建区中医医院内科,江西南昌 330100)

摘要:目的 观察自拟祛瘀化痰方治疗痰瘀互结型非酒精性脂肪性肝病(NAFLD)的临床疗效。方法 将70例符合条件患者随机分为2组,对照组35例采用水飞蓟宾胶囊治疗,观察组在对照组基础上加服自拟祛瘀化痰方。2组疗程均为3个月,疗程结束后评定疗效。结果 观察组在改善肝脏彩超、肝功能、血脂、临床症状方面均显著优于对照组,2组总有效率比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 祛瘀化痰法治疗非酒精性脂肪性肝病疗效显著。

关键词:祛瘀;化痰;非酒精性脂肪性肝病;痰瘀互结;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.032

文章编号:1672-2779(2019)-02-0081-03

Clinical Observation on Removing Blood Stasis and Resolving Phlegm Method in the Treatment of Nonalcoholic Fatty Liver Disease for 35 Cases

DENG Yanggang¹, DENG Lulu², LIN Zhipin¹

(1. Department of Gastroenterology, Jiangxi Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330003, China;

2. Department of Internal Medicine, New District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330100, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of removing blood stasis and resolving phlegm method in the treatment of nonalcoholic fatty liver disease. **Methods** 70 patients were randomly divided into two groups. 35 cases in the control group were treated with Shuifei Jibin capsule, and the observation group of 35 cases was given removing blood stasis and resolving phlegm method on the basis of the control group. The two groups of treatment were 3 months, and the efficacy was evaluated after the treatment. **Results** The observation group was significantly better than the control group in improving liver color, liver function, blood lipid and clinical symptoms, and the total effective rate of the two groups was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The curative effect of removing blood stasis and resolving phlegm method in treating non-alcoholic fatty liver disease is significant.

Keywords: removing blood stasis; resolving phlegm; non-alcoholic fatty liver disease; intermingled phlegm and blood stasis; therapy of TCM

随着人们生活水平的提高、生活方式与饮食结构的变化,肥胖症和代谢综合征正广泛流行,据全球流行病学统计数据显示,我国普通成人 NAFLD 的患病率达 20%~33%^[1],已经成为我国愈来愈重视的慢性肝脏病问题,也是 21 世纪全球共同关注的问题之一^[2],故能找到更加有效的治疗 NAFLD 的方法是每一位医患共同愿景。一直以来,西医在治疗 NAFLD 方面存在副作用大、疗效欠佳的特点,越来越多的研究表明中医学在本病的治疗中有着巨大的发展前景,我院运用中西医结合法治疗 NAFLD,临床疗效突出,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究中 70 例患者均为 2016 年 5 月—

2018 年 4 月在江西省中西医结合医院消化科确诊为痰瘀互结型非酒精性脂肪性肝病的患者。西医参照中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学会制定的《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》^[3](2010 年修订版)的诊断标准,选择临床经 B 超或 CT 检查为脂肪肝的患者;中医诊断标准参照 2008 年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的 NAFLD 的中西医结合诊治方案^[4]中痰瘀互结型纳入。将收集合格的病例随机分为观察组及对照组各 35 例,其中男 37 例,女 33 例;年龄 20~60 岁,平均 40 岁;病程 1~15 年,平均 (3±0.6) 年。经检验,2 组患者在性别、年龄及病程上差异比较无统计学意义。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 予口服水飞蓟宾胶囊（商品名：水林佳；生产企业：天士力制药集团股份有限公司，批准文号：H20160217；规格：35 mg×30 粒），用法用量：口服，2 粒/次，2 次/d。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加服自拟祛瘀化痰方（醋柴胡、郁金、丹参、白芍、草决明各 15 g，生山楂、荷叶各 20 g，茯苓、法半夏、胆南星、枳实各 12 g，垂盆草 10 g。煎服法：加冷水 600 mL，浸泡 30 min，武火煮沸后改文火煎煮约 20 min 至 150 mL 左右，同法共煎 2 次，取汁约 300 mL，日 1 剂，分早晚 2 次温服。）治疗期间 2 组患者均嘱不饮酒，清淡低脂饮食，适当运动等基础治疗，3 个月疗程后评定疗效。

1.3 疗效判定标准 临床痊愈：症状消失、体征消失，影像检查肝形态、肝实质恢复正常，血脂值及转氨酶值恢复正常；显效：症状消失、体征明显减轻，影像学检查脂肪肝由重度转为轻度或由中度、轻度转为正常，转氨酶恢复正常，血脂值改变符合以下任何一项：TC 下降 ≥20%，TG 下降 ≥40%，HDL-C 上升 ≥0.26 mmol/L；有效：症状改善，影像检查脂肪肝重度转中度或中度转为轻度，转氨酶下降，血脂值改变符合以下任何一项：TC 下降 ≥10% 但 <20%，TG 下降 ≥20%，但 <40%，HDL-C 上升 ≥0.104 mmol/L 但 <0.26 mmol/L；无效：症状和体征没有好转，影像检查脂肪肝程度、转氨酶、血脂无好转。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件作为处理数据工具，计量资料以均数±标准差表示，计量资料均数比较采用 t 检验，计数资料及有效率比较采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 见表1。

表1 2 组患者治疗后临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	35	13	14	6	2	94.29 [△]
对照组	35	8	10	7	10	71.43

注：与对照组比较，[△] $P < 0.05$

2.2 2 组治疗前后肝功能、血脂比较 见表2。

表2 2 组患者治疗前后肝功能(ALT、AST)、血脂(TC、TG)比较 ($\bar{x} \pm s$, 例)

组别	例数	时间	ALT(U/L)	AST(U/L)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)
观察组	35	治疗前	72.62±13.27	64.27±10.73	6.32±0.91	2.09±0.66
		治疗后	30.17±7.08 [*]	26.25±5.52 [*]	5.58±0.74 [*]	1.28±0.43 [*]
对照组	35	治疗前	72.76±14.10	65.02±10.15	6.27±0.89	2.10±0.68
		治疗后	43.26±10.23 [*]	39.61±7.43 [*]	6.01±0.81 [*]	1.68±0.57 [*]

注：与同组治疗前比较，^{*} $P < 0.05$ ；与对照组比较，[#] $P < 0.05$

3 讨论

脂肪肝为西医病名，可归为中医之“肝癖”“肥气”“积聚”“痰湿”等范畴。古代医书关于本病的描述甚多，《灵枢·卫气失常》中记载，人体内有“膏”“脂”“肉”的不同，认为“膏者，多气而皮纵缓，故能纵腹垂腴。肉者，身体容大。脂者，其身收小。”说明嗜食肥甘厚味、油腻多脂者形体偏胖。《难经·五十六难》曰：“肝之积，名曰肥气，在左肋下，如覆杯，有头足。”形象地描述了肥胖与脂肪肝的关系，可见脂肪肝多见于肥胖者。张志聪在《灵枢集注》中云：“中焦之气，蒸津化液，其精微溢于外则皮肉膏肥，余于内，则膏脂丰满。”《内经》有记载：“肥者令人内热，甘者令人中满。”《素问·通评虚实论》曰：“甘肥贵人，则膏粱之疾也。”《素问·异法方宜论》曰：“其民华食而脂肥。”《素问·奇病论》曰：“此人必数食甘美而多肥也。”《证治准绳》有云：“脾虚不分清浊，停留津液而痰生。”综合古籍所述，本病病因病机多因嗜食辛辣、肉食、肥甘厚味之品，损伤脾胃，脾胃运化功能失常，升清降浊功能障碍，湿热痰瘀之邪壅滞中焦，导致痰浊膏脂等沉积于肝发为肝癖，临床表现以肥胖为主，这与彩超检查提示脂质沉积肝脏十分吻合。

肝病大师关幼波认为脂肪肝病位在肝胆，主要病理变化为“湿热凝痰，痰瘀阻络”。痰瘀互结是脂肪肝患者病机演变过程中的一种证型，运用祛瘀化痰法治疗本病可有效阻止病情进展并逆转；方中柴胡质轻，可条达气机，疏理肝气；枳实下沉，可下气理脾消痞除满，与柴胡联用升降有常，共起疏肝健脾，调畅气机之效；郁金、丹参活血行气之功佳，故配合柴胡缓解胸胁胀痛之症；白芍配柴胡旨在柔肝养阴；生山楂消食除积，防止油腻膏脂壅滞中焦；法半夏、胆南星燥湿化痰；茯苓健脾渗湿；垂盆草护肝；全方共奏祛瘀化痰、疏肝消痞之效。现代药理表明，柴胡^[5]有效成分柴胡皂苷可减弱 P450 及细胞色素 C 还原酶的活性，促进肝细胞再生，具有良好的抗炎、保肝、止痛作用；郁金^[6]在肝病治疗中具有保护肝细胞、促进肝细胞再生、抗癌、抗氧化等作用；枳实^[7]有抗炎、抗氧化、减肥及促进脂质代谢等作用，其有效成分枳实黄酮通过 3T3-L1 细胞中的 Akt 信号传导途径抑制脂肪生成^[8]；法半夏^[9]除了有祛痰作用，同时可显著降血脂功效；茯苓^[10]有抗炎保肝、防止肝细胞坏死、抗氧化、利尿、抗肿瘤、调节免疫等作用；生山楂^[11]可降脂保肝；垂盆草^[12]有降 ALT 作用；丹参^[13]有抗肝纤维化、抗菌消炎的作用；白芍^[14]有效成分白芍总苷(TGP)有抗炎、保肝、止痛功效；草决明^[15]的有效成分有蒽醌类、萘并-吡咯酮类、苷类、脂肪酸类、挥发性成分、其它多糖、还原糖、氨基酸、微量元素等，可以起到护肝降脂、抗氧化、抗菌、降血压和降血糖的功效；荷叶^[16]中生物碱类、黄酮类、挥发油类等成分可降低甘

油三脂和胆固醇,升高 HDL-C、HL 和 LPL 酶活力。

本观察发现运用自拟祛瘀化痰方联合常规西药治疗 NAFLD 疗效显著,中西医结合治疗本病值得临床进一步研究推广。

参考文献

- [1] Misra A, Jaiswal A, Shakti D, et al. Novel phenotypic markers and screening score for the metabolic syndrome in adult Asian Indians [J]. Diabetes Rese Clin Pract, 2008, 79(2): e1-e5.
- [2] Fan J G, Falrell G C. Epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease in China [J]. J Hepatol, 2009, 50(1): 204-210.
- [3] 中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010年修订版)[J]. 中华肝脏病杂志(电子版), 2010, 8(3): 163-166.
- [4] 危北海, 陈治水, 李道本, 等. 非酒精性脂肪性肝病的中西医结合诊治方案(试行方案 2008 上海)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2009, 17(3): 208-210.
- [5] 李琰. 柴胡药理作用的研究进展 [J]. 河北医学, 2010, 16(5): 633-635.
- [6] 刘华钢, 刘俊英, 赖茂祥, 等. 郁金化学成分及药理作用的研究进展[J]. 广西中医学院学报, 2008, 11(2): 81-83, 86.
- [7] 张霄潇, 李正勇, 马玉玲, 等. 中药枳实的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2015, 40(2): 185-190.
- [8] Kim G S, Park H J, Woo J H, et al. Citrus aurantium flavonoids inhibit adipogenesis through the Akt signaling pathway in 3T3-L1 cells [J]. BMC Complement Altern Med, 2012, 12: 31.
- [9] 洪行球, 沃兴德, 何一中, 等. 半夏降血脂作用研究 [J]. 浙江中医学院学报, 1995, 19(2): 28-29, 56.
- [10] 梁学清, 李丹丹, 黄忠威. 茯苓药理作用研究进展 [J]. 河南科技大学学报(医学版), 2012, 30(2): 154-156.
- [11] 吴士杰, 李秋津, 肖学风, 等. 山楂化学成分及药理作用的研究 [J]. 药物评价研究, 2010, 33(4): 316-319.
- [12] 方圣鼎, 严修琼, 李静芳, 等. 有效成份垂盆草甙的分离与结构 [J]. 科学通报, 1979, 30(9): 431-432.
- [13] 付辛芳, 刘晓红. 丹参的药理作用与临床应用 [J]. 中国药业, 2006(1): 76-77.
- [14] 张利. 白芍的药理作用及现代研究进展 [J]. 中国临床研究, 2014, 6(29): 25-26.
- [15] 卢金清, 黎强, 李肖爽, 等. 决明子研究进展 [J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 16(4): 124-126.
- [16] 邓胜国, 邓泽元, 黄丽. 荷叶黄酮体外抗氧化活性的研究 [J]. 食品科技, 2006, 32(7): 274-276.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 杨德平 收稿日期: 2018-08-27)

中药封包结合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床观察

杨平

(沈阳市骨科医院骨伤四病房, 辽宁 沈阳 110044)

摘要:目的 观察中药封包结合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法 选取 60 例腰椎间盘突出症患者, 随机分成治疗组及对照组, 每组 30 例, 对照组给予甘露醇静滴配合腰椎牵引, 治疗组在对照组基础上加用艾叶散中药封包。比较 2 组治疗效果、疼痛视觉类比评分(VAS)及日本骨科协会(JOA)评分。结果 治疗组临床疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), VAS 及 JOA 评分均优于对照组, 差异具有显著统计学意义($P < 0.01$)。结论 中药封包结合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症, 安全、简便、有效, 有利于患者恢复。

关键词: 腰椎间盘突出症; 中药封包; 腰椎牵引; 中医综合疗法; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.033

文章编号: 1672-2779(2019)-02-0083-03

Clinical Observation on Traditional Medicine Package Combined with Traction in the Treatment of Lumbar Disc Herniation

YANG Ping

(Ward Four of Orthopedics, Shenyang Orthopedic Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110044, China)

Abstract: Objective To observe clinical effects of Chinese Medicine package combined with traction in the treatment of lumbar disc herniation. **Methods** 60 cases of lumbar disc herniation patients were divided into treatment group and control group randomly, with 30 cases in each group. The control group was treated by intravenous drip mannitol and lumer traction. The treatment group was given Aiye powder Chinese Medicine package on the basis of the control group. The therapeutic effect, visual analogue scale (VAS) of the pain and Japanese orthopaedic association (JOA) scale between two groups was compared. **Results** The clinical effect in treatment group was better than that in control group, and the difference had statistical significance ($P < 0.05$). The VAS and JOA in treatment group were better than that in control group, and had remarkable statistical significance ($P < 0.01$). **Conclusion** Chinese medicine package combined with lumbar traction in the treatment of lumbar disc herniation is safe, simple, effective and helpful in recovery of patients.

Keywords: lumbar disc herniation; Chinese medicine package; lumbar traction; therapy of TCM; arthromyodynia

腰椎间盘突出症是一种极为常见的骨科疾病, 是患者腰腿疼痛的主要原因, 临床上以 L₄~L₅ 突出者最多, L₅~S₁

突出为其次。腰椎间盘突出后, 会对脊神经根产生压迫, 从而出现感觉及运动异常, 疼痛是最常见的临床症状, 严

重影响患者的日常生活。我科采取中药封包及腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症，取得满意效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取我科 2014 年 5 月—2017 年 10 月入院患者 60 例，随机分成治疗组及对照组。治疗组 30 例，男 18 例，女 12 例；年龄 32~59 岁，平均 45.5 岁；病程最短 2 周，最长 6 年。对照组 30 例，男 15 例，女 15 例；年龄 35~57 岁，平均 46.8 岁；病程最短 3 周，最长 4.5 年。2 组在性别、年龄上无统计学差异，具有可比性。

1.2 纳入标准 ①经腰椎正侧位 X 线片、CT 检查确诊，符合中华医学会骨科学分会指定的腰椎间盘突出症的诊断标准。中医方面符合《中医病证诊断疗效标准》中关于腰椎间盘突出症的诊断标准；②年龄≤60 岁；③签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①出现严重马尾神经麻痹症状的患者，表现为肌肉瘫痪或无法排出二便等；②合并腰椎管狭窄、腰椎滑脱、椎体结核、肿瘤等疾病的患者；③下肢肌力下降的患者；④伴有严重心脏病、高血压及血液系统疾病等内科疾病的患者；⑤妊娠期及哺乳期的患者；⑥有精神疾病或其病史的患者。

1.4 治疗方法 所有患者均卧床修养，禁止下地负重。对照组采用 20% 甘露醇 250 mL 静滴，2 次/d；同时采用腰椎牵引，采用腰椎牵引带固定于腰部实行机械牵引，牵引重量约为体质量的 1/5~1/4，根据患者耐受程度进行微调，每日牵引 2 次，每次 30 min。治疗组在对照组基础上使用艾叶散进行中药封包。采用我院自制艾叶散（辽药制字 Z20150616），成分为艾叶、花椒、透骨草、红花、防风、麻黄、威灵仙、荆芥、桂枝、独活、海桐皮、白芷，每包 75 g，每次 1 包，蒸热后外敷于患者腰部，以不烫为宜，同时使用红光烤灯进行持续的加热，温度均以患者可以耐受为宜，30 min/次，2 次/d。治疗 10 d 后评定疗效。

1.5 疗效评定 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]。治愈：自觉症状、体征消失，无腰腿疼痛症状，直腿抬高>70°，恢复正常工作生活；显效：自觉症状、体征基本消失，有时会出现腰腿疼痛症状，直腿抬高<70°，基本恢复正常工作生活；无效：患者症状、体征无改善或加重，直腿抬高试验仍阳性。总有效率=(治愈+显效)例数/总例数×100%。同时按照国际流行视觉类比评分 VAS (visual analogue scale) 评分标准：1 分为不痛，2 分为偶发轻微疼痛，4 分为疼痛频发但轻微，6 分为疼痛较重且频发，8 分为持续性疼痛难以忍受，10 分为剧痛不能触之。以及

日本骨科协会 JOA (Japanese orthopaedic association) 评分 (29 分法) 进行评估。比较治疗前后的各评分情况。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行分析。数据以 ($\bar{x}\pm s$) 表示，计量资料采用 *t* 检验，计数资料采用卡方检验分析，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义， $P < 0.01$ 为差异具有显著统计学意义。

2 结果

2 组临床疗效对比：治疗组总有效率 90%，对照组总有效率 66.7%，治疗组明显优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后有效率对比 (例)

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	20	7	3	90.0
对照组	30	11	9	10	66.7
χ^2 值					6.632
<i>P</i> 值					< 0.05

2 组 VAS 评分对比：治疗后治疗组 VAS 评分明显优于对照组，差异具有显著统计学意义 ($P < 0.01$)，见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后 VAS 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	8.35±1.36	2.76±1.51
对照组	30	7.75±1.42	3.86±1.17
<i>t</i> 值		1.671	3.376
<i>P</i> 值		> 0.05	< 0.01

2 组 JOA 评分对比，治疗后治疗组 JOA 评分明显优于对照组，差异具有显著统计学意义 ($P < 0.01$)，见表 3。2 组均未见明显不良反应。

表 3 2 组患者治疗前后 JOA 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	11.96±2.89	23.86±5.45
对照组	30	11.37±2.13	20.14±4.67
<i>t</i> 值		0.873	2.839
<i>P</i> 值		> 0.05	< 0.01

3 讨论

腰椎间盘突出症基本病理改变是椎间盘变性，纤维环破裂，髓核突出刺激或压迫神经根。并且髓核变性后产生组织胺、5-羟色胺等化学炎症物质刺激神经，产生无菌性炎症。同时椎间盘关节不稳，功能异常^[2]。其发病原因分内因及外因，内因指随着年龄增长，以及在日常工作生活中，椎间盘不断遭受脊柱纵轴的挤压、牵拉及扭转外力作用，使椎间盘不断发生退行性变，髓核含水量逐渐减少，失去弹性，随之椎间隙变窄，周围韧带

松弛,形成腰椎间盘突出。外因则因为当腰椎间盘突出或连续受到不平衡外力作用时,如弯腰提重物姿势不当,或长时间弯腰后猛然伸腰,使椎间盘后部压力增加,甚至由于腰部轻微活动,如打喷嚏或咳嗽,发生纤维环破裂,髓核向后侧或外侧突出。少数患者无明显外伤史,只有受寒病史而发病,多位纤维环过于薄弱,腰部着凉后,引起局部肌肉痉挛,使已有退行性变的椎间盘发生突出。腰椎间盘突出症属中医“腰痛”“骨痹”范畴。《黄帝内经》更是认为该病乃“风、寒、湿三气杂至合而为痹也”。《诸病源候论》对此病的论述较全面:“凡腰痛有五。一曰少阴,少阴肾也,十月万物阳气伤,是以腰痛。二曰风痹,风寒著腰,是以痛。三曰肾虚,役用伤肾,是以痛。四曰臂腰,坠堕伤腰,是以痛。五曰寝卧湿地,是以痛”。中医学认为,外伤劳损与外感风寒湿热,导致营卫失调、气血经络受损,或人到中年,肾气亏损,肤受外邪,跌扑,风湿瘀血阻络,因而产生一系列临床症状^[3]。

非手术疗法是治疗腰椎间盘突出的基本疗法,也是首要疗法。腰椎间盘突出症发病率很高,目前认为它是一种自限性疾病,治疗的不应是单纯追求部分或全部回纳突出的髓核,还在于促进椎间盘突出物的逐渐缩小或吸收,改变突出物与神经根的位置关系,减轻或消除突出物对神经根的压迫,改善局部血液循环,加速炎症物质的吸收和神经根肿胀的消退,从而减轻或解除神经根的刺激,以达到缓解或消除临床症状,直至痊愈和康复。

腰椎间盘突出症患者多伴有腰部疼痛,严重者甚至或产生大小便失控、双下肢不完全瘫。因其临床症状主要是疼痛,在中医理论中“通则不痛,痛则不通”,因此治疗腰椎间盘突出症应以益气活血、祛风除湿、疏通经络为主。本院自制艾叶散中花椒、桂枝温中行气,温通经脉;麻黄、荆芥发汗解表,散寒止痛;防风、白芷、独活、威灵仙、海桐皮、透骨草祛风除湿,通络止痛;艾叶、红花活血通经,舒筋活血,祛寒散瘀。诸药共用,针对病因中的“风、寒、湿”,通过药液持续加热熨于局部,疏松腠理,益气活血,祛风除湿,散寒通络止痛,皮肤在热效应的刺激下,直接吸收药物离子,扩张局部血管,增加血流速度,促进炎症介质的吸收,促进致痛因子的消散,消除神经根水肿,减轻神经根与周围组织粘连,缓解局部肌肉痉挛,改善局部血液循环及新陈代谢,从而减轻症状,恢复功能。

所有患者均绝对卧床休息。通过卧床休息减轻了身体上半部分体质量对腰部产生的压力,同时降低腰

背部与腹部肌肉为维持站立姿势而产生的力量,降低了椎管内及椎间盘的压力,肌肉紧张得以缓解,使神经根的压迫得以减轻^[4],同时配合腰椎牵引治疗。腰椎牵引作为国内外公认的非手术治疗腰椎间盘突出症的有效方法,可增宽椎间隙,产生负压,增加髓核回弹力,改变突出物与神经根的位置关系,减轻神经根压迫与粘连,促使椎间盘回纳到纤维环内,纠正小关节紊乱从而起到治疗作用^[5]。本文中治疗组患者行间歇性腰椎牵引配合艾叶散中药封包,治疗后症状明显改善,疼痛明显减轻,是非手术治疗腰椎间盘突出症的安全、简便、有效的治疗方法。

本研究中,治疗组总有效率90%,对照组总有效率66.7%,治疗组明显优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),2组VAS评分及JOA评分对比:2组治疗后评分均优于治疗前,且治疗后治疗组VAS评分及JOA评分明显优于对照组,差异具有显著统计学意义($P < 0.01$)。说明中药封包,药物经皮吸收,局部浓度高,安全可靠,无创无毒,配合腰椎牵引,增大椎间隙,最大限度的减轻突出的髓核对神经的压迫,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 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,1994:201-202.
- [2] 党耕町. 退变性腰椎间盘突出外科治疗现状与研究[J]. 中华骨科杂志, 2002,22(6):321-322.
- [3] 马彦旭, 赵宇昊, 黄明华. 独活寄生汤加减治疗腰椎间盘突出症34例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011,17(15):241-243.
- [4] 刘晓菲. 综合治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2018,34(1):62-63.
- [5] 张贞, 李贞晶, 周静. 间歇性牵引结合推拿治疗腰椎间盘突出症46例[J]. 上海中医药杂志, 2014,48(11):62-63.

(本文编辑:张文娟 本文校对:宋 斌 收稿日期:2018-08-28)

国医大师孙光荣教授在长期的临床实践中,逐渐体会到“形神”对于中医辨证的重要意义。他常说,作为医生,患者进入诊室的第一眼,就应该判断他的形神,以此指导后面的处方用药。我们在古文《扁鹊见蔡桓公》一文中,曾经对扁鹊通过形神判断疾病预后的功夫无比惊讶,并赞叹扁鹊为“神医”。在临床实践中,十分注重对患者“形神”的调理,并且总结出通过调气血、平升降、衡出入,平衡脏腑阴阳,达到调治“形神”的治疗方法。

——刘东、曹柏龙摘编自《医道中和——国医大师孙光荣临证心法要诀》

活血化瘀方治疗急性脑卒中的临床观察

孙雪

(辽源市中医院神经内科, 吉林 辽源 136200)

摘要:目的 探讨活血化瘀方治疗急性脑卒中的效果,为临床提供数据参考。方法 选取2017年4月—2018年4月接受治疗的74例急性脑卒中患者为观察对象,根据随机数字法,分为观察组和对照组,各37例。对照组采用常规西药治疗,观察组在常规西药治疗基础上采用活血化瘀方治疗,对比两组治疗效果。结果 观察组患者的临床总有效率94.59%(35/37),对照组为78.38%(29/37),观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗前,观察组患者的TG、CRP、Fib各项生化指标与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组各项生化指标均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗前,观察组的生活能力评分和神经功能评分与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组的生活能力评分和神经功能评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 临床治疗急性脑卒中采用活血化瘀方的效果显著,具重要临床意义。

关键词:活血化瘀方;急性脑卒中;中西医结合疗法;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.034

文章编号:1672-2779(2019)-02-0086-02

Clinical Observation on Activating Blood Circulation and Dissipating Blood Stasis Recipe in Treating Acute Cerebral Apoplexy

SUN Xue

(Neurology Department, Liaoyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Liaoyuan 136200, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of activating blood circulation and dissipating blood stasis recipe in treating acute cerebral apoplexy and provide data reference for clinical medicine. **Methods** Seventy-four patients with acute stroke who were treated in our department from April 2017 to April 2018 were enrolled. According to the random number method, they were divided into observation group and control group, with 37 cases in each group. The control group was treated with conventional western medicine. The observation group was treated with activating blood circulation and dissipating blood stasis recipe on the basis of conventional western medicine treatment. The therapeutic effects of the two groups were compared. **Results** The total clinical effective rate of the observation group was 94.59%, and that of the control group was 78.38%. The observation group was higher than the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Before treatment, the TG, CRP and Fib of the observation group were observed. There was no significant difference in biochemical parameters between the observation group and the control group ($P > 0.05$). After treatment, the biochemical indexes of the observation group were lower than the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Before treatment, there was no significant difference in life ability score and neurological function score between the control group and the observation group ($P > 0.05$). After treatment, the life ability score and neurological function score of the observation group were significantly better than the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Clinically, the treatment of acute stroke with activating blood circulation and removing blood stasis recipe has a significant effect and important clinical significance.

Keywords: activating blood circulation and dissipating blood stasis recipe; acute cerebral apoplexy; therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; stroke

急性脑卒中是临床上一种脑血管的意外性疾病,归属中医“中风”范畴,患者常见的临床症状表现是一侧面部、上肢或下肢突感无力、猝然昏扑、不省人事等,发病率较高,严重影响患者及家属的正常生活,应早发现早治疗^[1]。临床治疗急性脑卒中一般以活血化瘀为原则,在此,本文探讨常规西药治疗联合活血化瘀方治疗急性脑卒中的临床疗效,具体讨论过程如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取2017年4月—2018年4月在我科接受治疗的74例患者作为研究对象,均确诊为急性脑卒中。根据随机数字法,按照就诊次序将研究对象分为观察组和对照组,各37例。其中,观察组男25例,女12例;年龄48~71岁,平均57.51岁;病程3~7天,平均病程(4.32±0.90)天。对照组男24例,女13例;年龄49~72岁,平均58.52岁;病程3~7天,平均病程

(4.81±0.52)天。两组患者年龄、病程等基础信息比较,无显著差异($P > 0.05$),可对比分析。

1.2 治疗方法 嘱2组患者绝对卧床休息,并严密监测其生命体征。

对照组采用急性脑卒中常规西药治疗,如给予患者糖皮质激素、扩血管剂或脱水剂、止血剂、增容剂等进行治疗。

观察组在常规西药治疗基础上,给予患者活血化瘀方进行治疗,方药组成为:黄芪30g,当归15g,丹参30g,红花15g,川芎10g,赤芍10g,地龙10g,葛根10g,牛膝20g。气虚加党参20g;火旺、五心烦热,加栀子、黄芩各15g;言语不利加石菖蒲、远志各15g;小便失禁加桑螵蛸15g。日1剂,200mL水煎服,分早晚2次服用。1个月为1个疗程。

1.3 观察指标与疗效判定标准 观察2组急性脑卒中患

者治疗情况,并将疗效分为痊愈、有效、无效3个等级。患者临床症状基本消失、生命体征恢复至正常状态,且可以独立完成基本日常生活,即为痊愈;患者临床症状有所缓解、生命体征基本恢复至正常状态,可以完成基本日常生活,但行动时需用拐杖,即为有效;患者临床症状及生命体征无明显改善,甚者死亡,则为无效。临床总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%^[2]。

监测2组患者治疗前后的血脂(TG)、血清C-反应蛋白(CRP)、纤维蛋白原(Fib)各项生化指标。

对2组患者进行神经功能缺损评分^[4],包括患者言语、意识、面瘫、上肢肌力、下肢肌力、步行能力等方面。满分45分,得分0~14分,为轻型;得分16~30分,为中型;得分31~45分,为重型。

1.4 统计学方法 根据SSPS 19.0统计学软件进行数据分析处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,数据比较采用t检验,计数资料以(%、n)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效对比 观察组患者的临床总有效率94.59%,对照组为78.38%,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 2组患者临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	37	20(54.05)	15(40.54)	2(5.41)	35(94.59)
对照组	37	10(27.03)	19(51.35)	8(21.62)	29(78.38)
χ^2 值					4.163
P值					0.041

2.2 2组患者各项生化指标对比 治疗前,观察组TG、CRP、Fib各项生化指标与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组各项生化指标均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 2组患者各项生化指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	TG(mmol/L)		CRP(mg/L)		Fib(g)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	3.03±0.71	2.01±0.34	18.32±4.11	10.52±2.59	6.49±1.20	3.51±1.12
对照组	37	2.89±0.62	2.40±0.42	18.19±4.23	13.37±3.16	6.52±1.19	4.25±1.62
t值		0.903	4.390	0.134	4.243	0.108	2.286
P值		0.185	0.000	0.447	0.000	0.457	0.013

2.3 2组患者治疗前后神经功能缺损情况评分对比 治疗前,观察组的生活能力评分和神经功能评分与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组的生活能力评分和神经功能评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 2组患者治疗前后神经功能缺损情况评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	生活能力评分		神经功能评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	46.18±10.25	76.57±9.46	21.81±3.59	13.85±2.76
对照组	37	45.95±10.27	58.05±9.29	21.73±3.26	15.98±2.53
t值		0.096	8.496	0.100	3.460
P值		0.462	0.000	0.460	0.000

3 讨论

脑卒中在临床上较为常见,发病因素主要有吸烟、过量饮酒、肥胖、不良饮食等^[3]。脑卒中情况严重时可导致患者出现永久性神经损伤,急性脑卒中需要及时诊断与治疗,否则容易产生严重的并发症,甚至危及患者生命。

现阶段,治疗急性脑卒中的常规西医方法为溶栓疗法,给予患者扩张血管,保护患者脑神经,虽然可以帮助患者缓解症状,但是效果不明显,需要进一步改进。

而中医学将急性脑卒中曰为“中风”范畴,认为中风的因素有风、火、气、血、痰、虚,病机为阴阳失调、气血逆乱,治疗原则为益气通络、活血化瘀^[4]。本文观察组的活血化瘀方中黄芪补气升阳、益卫固表;当归补血、活血、止痛;丹参活血祛瘀,红花活血止痛;川芎活血行气祛风;赤芍凉血祛瘀;地龙清热熄风通络;葛根解表升阳;牛膝活血祛瘀、补肝肾。诸药合用,以达活血化瘀之功效^[5]。

试验分析表明,观察组的临床总有效率94.59%,对照组为78.38%,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,观察组的TG、CRP、Fib各项生化指标与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组各项生化指标均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,观察组的生活能力评分和神经功能评分与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组的生活能力评分和神经功能评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明在常规西药疗法基础上采用活血化瘀方治疗急性脑卒中有明显优势。

综上所述,临床治疗急性脑卒中采用活血化瘀方效果显著,可以疗效发挥最大化,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 汤凯,刘莉.益气活血化痰汤联合康复运动治疗急性出血性脑卒中偏瘫的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(24):3183-3186.
- [2] 郑丽玲,臧向博.活血化瘀方在急性缺血性脑卒中治疗中的疗效及预后分析[J].陕西中医,2016,37(7):814-815.
- [3] 韩丽红.活血化瘀方在急性缺血性脑卒中治疗中的效果及预后[J].中国药物经济学,2017,12(11):81-83.
- [4] 陆银艳,刘泰.活血化瘀法治疗脑卒中后抑郁症的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(2):155-157.
- [5] 狄美琪,姜亚军,李超生.活血化瘀解毒方治疗气滞血瘀型脑卒中后抑郁的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2017,10(19):60-62.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李雪 收稿日期:2018-09-14)

滋肾降糖饮对糖尿病肾病Ⅲ期的疗效 及对患者肾功能及血流动力学的影响

曾育琳¹ 廖华²

(1 江西省新余市中医院质控科,江西 新余 338000;2 江西省新余市中医院药剂科,江西 新余 338000)

摘要:目的 探讨滋肾降糖饮在糖尿病肾病Ⅲ期中的应用价值,观察其对患者肾功能及血流动力学的影响。方法 选取于2016年1月—2017年11月就诊的糖尿病肾病Ⅲ期患者80例,并随机分组。对照组40例采用缬沙坦治疗,观察组40例联合滋肾降糖饮,4周后比较临床疗效。结果 治疗后观察组24h尿蛋白、肌酐(Scr)等肾功能低于对照组,差异具统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组空腹血糖(FBG)、餐后2h血糖低于对照组($P<0.05$);治疗后观察组肾主动脉最大血流速度及平均流速均大于对照组($P<0.05$)。结论 对于糖尿病肾病Ⅲ期患者而言采用滋肾降糖饮治疗效果显著,可有效改善肾功能,减少尿蛋白,改善肾脏血流,值得临床推广。

关键词:糖尿病;肾病;滋肾降糖饮;血流动力学;肾功能;消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.035

文章编号:1672-2779(2019)-02-0088-03

The Curative Effect of Zishen Jiangtang Drink on Stage III of Diabetic Nephropathy and Its Influence on Renal Function and Hemodynamics

ZENG Yulin¹, LIAO Hua²

(1. Quality Control Department, Xinyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Xinyu 338000, China;

2. Department of Pharmacy, Xinyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Xinyu 338000, China)

Abstract: **Objective** To investigate the value of Zishen Jiangtang drink in the stage III of diabetic nephropathy and to observe its effect on renal function and hemodynamics. **Methods** Eighty patients with stage III diabetic nephropathy were enrolled in our hospital. All patients were visited from January 2016 to November 2017 and were randomized. In the control group, 40 patients were treated with valsartan, and 40 patients in the observation group were treated with Zishen Jiangtang drink. The clinical efficacy was compared after 4 weeks. **Results** After treatment, the renal function of urinary protein and creatinine (Scr) in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the fasting blood glucose (FBG) and the 2h postprandial blood glucose in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The maximum blood flow velocity and mean flow velocity of the renal aorta in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** For patients with stage III diabetic nephropathy, the treatment with Zishen Jiangtang decoction is effective, which can effectively improve renal function, reduce urine protein and improve renal blood flow. It is worth promoting.

Keywords: diabetes; nephropathy; Zishen Jiangtang drink; hemodynamics; renal function; consumptive thirst

2型糖尿病在糖尿病中占较大比例,以胰岛素分泌相对过低为关键病机,具有发病率高、并发症多且预后较差的特点。资料表明目前我国2型糖尿病患者已高达6000万,由于长期高血糖影响而引发的糖尿病肾病,在所有糖尿病并发症中比例高达33.6%^[1]。本病西医治疗以降血糖为基础,缬沙坦可缓解蛋白尿,是本病常用药物,但远期疗效有效^[2]。中医认为阴虚燥热是糖尿病的重要病机,但累及肾脏时常以气阴两虚兼夹瘀血症型比例最高。滋肾降糖饮是我院治疗此病的常用方,本文将观察其在此病治疗中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取于2016年1月—2017年11月来我院就诊的糖尿病肾病Ⅲ期患者80例,所有患者采用随机数字表法分组,经医学伦理委员会审核并知情同意。

对照组40例,男24例,女16例;年龄42~73岁,平均58.81岁;病程1~6年,平均(2.62±0.73)年。观察组40例,男23例,女17例;年龄40~75岁,平均59.19岁;病程1~7年,平均(2.83±0.81)年。2组一般情况无显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 纳入标准 ①于我院就诊并接受治疗,确诊糖尿病肾病Ⅲ期^[3](气阴两虚夹瘀血型);②近期正服用其他治疗药物者。

1.3 排除标准 ①合并高血压肾病、慢性肾小球肾炎等疾病者;②已发展为肾功能衰竭;③过敏体质者。

1.4 治疗方法 对照组:采用缬沙坦(北京诺华制药,80mg/片,批号20151016)80mg,1次/d。

观察组:联合滋肾降糖饮治疗,方由黄芪30g,淮山药、生地黄、山萸肉、炒白术、菟丝子、怀牛膝各15g,

黄精、丹参、金樱子各 10 g, 甘草 5 g 等药物组成, 随证加减。乏力明显者加党参 15 g, 口干明显者加玉竹 15 g, 刺痛者加红花、川芎 10 g, 五心烦热加地骨皮 15 g。每日 1 剂, 150 mL/次, 2 次/d, 4 周为 1 个疗程。本研究 2 组患者均常规行饮食干预, 采用口服药、胰岛素制剂降血糖药物。

1.5 观察指标 (1) 肾功能: 比较 2 组治疗前后 24 h 尿蛋白、肌酐 (Scr) 等肾功能指标情况, 全自动生化分析仪检测; (2) 血糖: 比较 2 组治疗前后空腹血糖 (FBG)、餐后 2 h 血糖情况, 葡萄糖氧化酶法测定。 (3) 肾血流动力学: 比较治疗前后肾主动脉最大血流速度及平均流速, 有我院彩超室统计检测。

1.6 统计学方法 统一采用 SPSS 21.0 软件, 本研究结束后由研究者进行数据筛查及统计, 均双侧检验, $P < 0.05$ 提示数值比较差异无统计学意义。计数资料采用卡方检验, 计量资料以率 (%) 表示, t 检验。

2 结果

2.1 2 组肾功能比较 2 组治疗前肾功能无显著差异 ($P > 0.05$); 治疗后 2 组 24 h 尿蛋白、肌酐降低 ($P < 0.05$); 治疗后观察组肾功能指标更低, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 2 组患者肾功能比较 ($\bar{x} \pm s$, 例)

组别	例数	24 h 尿蛋白(g)		肌酐($\mu\text{mol/L}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	2.72 \pm 0.35	1.65 \pm 0.36 ^a	132.85 \pm 12.53	95.62 \pm 9.42 ^a
观察组	40	2.81 \pm 0.38	1.16 \pm 0.27 ^a	132.75 \pm 12.49	84.16 \pm 6.37
t 值		0.419	6.017	0.476	5.306
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比较, $P < 0.05$

2.2 2 组血糖比较 2 组治疗前血糖无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后 2 组 FBG 及餐后 2 h 血糖降低 ($P < 0.05$); 治疗后观察组血糖水平更低 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 2 组患者血糖比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	FBG		餐后 2 h 血糖	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	10.63 \pm 1.50	8.35 \pm 1.16 ^a	14.15 \pm 2.38	10.56 \pm 1.27 ^a
观察组	40	10.81 \pm 1.43	7.27 \pm 1.27 ^a	14.26 \pm 2.43	8.17 \pm 0.9 ^a
t 值(组间)		0.492	5.382	0.496	6.374
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比较, $P < 0.05$

2.3 2 组肾主动脉血流速度比较 2 组治疗前血流速度无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后 2 组最大血流速度、平均流速降低 ($P < 0.05$); 治疗后观察组肾主动脉血流速度更低 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 2 组肾主动脉血流速度比较 ($\bar{x} \pm s$, cm/s)

组别	例数	最大血流速度		平均流速	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	41.32 \pm 3.41	47.63 \pm 6.41 ^a	6.79 \pm 1.64	10.12 \pm 1.85 ^a
观察组	40	41.36 \pm 3.50	52.97 \pm 4.25 ^a	7.04 \pm 1.52	13.48 \pm 2.49 ^a
t 值(组间)		0.307	9.374	0.502	6.597
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比较, $P < 0.05$

3 讨论

2 型糖尿病是常见的代谢性疾病, 其中不少于 30% 的患者可发展为糖尿病肾病, 一旦发生则病情呈逐渐加重趋势, 最终发展为尿毒症^[4]。本病病机复杂, 目前认为与细胞因子、多元醇通路激活、遗传等因素相关^[5-7]。缬沙坦是常用的血管紧张素 II 受体拮抗剂, 可竞争性拮抗受体, 改善肾小球高跨膜及高滤过状态, 从而达到治疗目的^[8]。多项研究表明缬沙坦还可延缓肾功能恶化的趋势, 在改善预后方面发挥着重要作用。

中医认为阴虚燥热是糖尿病的重要机制, 多由饮食不节、嗜食辛辣刺激肥甘厚味之品损伤脾胃, 燥热内生, 导致阴液亏虚^[9]。中年后肝肾日渐亏虚, 或平素房劳过度, 肾精亏虚, 最终使阴液亏虚更加明显。耗损肾精, 阴不制阳, 虚火乃生, 火邪耗气; 疾病反复发作, 燥热灼伤肾为先天之本, 阴阳之根本, 肾阴亏虚则无以制约阳气, 从而造成阴虚内热; 阴虚日久致使气阴两虚; 患者阴液亏虚, 而热邪不去又可进一步耗伤阴液, 导致血液黏稠, 最终形成气阴两虚夹瘀血症型。滋肾降糖饮是我院治疗本病的常用方, 水之制在脾, 脾气得运则水湿自除。肺主宣发肃降, 在水液代谢中发挥着重要作用。生黄芪量大, 具有补益肺脾功效; 白术入脾经, 具有益气健脾功效, 与黄芪合用培土以制水; 淮山药补益肺脾; 山萸肉、菟丝子和淮山药共奏补益肾阴功效, 其中山萸肉还可固精缩尿, 固摄精微; 生地黄具有清热养阴, 且可入血分, 起到清解营分热邪作用; 怀牛膝活血化瘀, 且具有利水消肿功效; 黄精补肺养肾; 丹参活血化瘀, 性偏寒, 与生地黄均入血分, 共奏凉血散瘀功效; 金樱子固精缩尿, 与山萸药、菟丝子等药物合用则功效大增; 甘草调和药性。全方共奏益气养阴、活血化瘀功效。

研究表明, 本病患者肾脏血流可发生变化, 表现为肾段动脉、肾主动脉等血流动力学指标异常, 血流速度降低, 提示肾脏血流速度较健康人明显降低, 而改善血流动力学指标对于改善预后具有重要意义^[10]。观察组联合滋肾降糖饮, 结果显示, 治疗后 24 h 尿蛋白、Scr 等肾功能指标及血糖水平改善更显著; (下转第 97 页)

针推启学 ACUPUNCTURE AND
 MASSAGE GUIDING LEARNING

中国穴位埋线疗法系列讲座(91)

基于调节内脏运动神经功能的埋线针刀疗法的独特模式※

 王江¹ 杨才德^{2*} 高敬辉³

(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;

3 甘肃省七里河区中医院针灸科,甘肃 兰州 730050)

摘要: 内脏运动神经又称自主神经,亦称植物神经,包括交感神经和副交感神经,其功能主要支配内脏器官及腺体的活动和分泌,并参与和调节人体的物质代谢,病损会出现自主神经功能紊乱也称植物神经功能紊乱。埋线针刀疗法将针刀与埋线疗法相结合,通过独特的配点和操作手法对穴位或局部解剖部位松解治疗,进而将药线埋入组织内部,持久刺激的方法,将刺激信息通过经络和神经传入人体,调节内脏运动神经,激发诱导体内调节系统,使紊乱的生理功能恢复正常。

关键词: 内脏运动神经;神经紊乱;埋线针刀;独特疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.036

文章编号:1672-2779(2019)-02-0090-03

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (91)
Unique Pattern of Needle-Knife Therapy Based on Regulating Visceral Motor Nerve Function

 WANG Jiang¹, YANG Caide^{2*}, GAO Jinghui³

(1. College of Acupuncture and Massage, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China;

2. Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Donggang Hospital, the First Hospital of Lanzhou University, Gansu Province, Lanzhou 730020, China;

3 Department of Acupuncture and Moxibustion, Qilihe District Hospital, Gansu Province, Lanzhou 730050, China)

Abstract: Visceral motor nerve is also called autonomic nerve, also known as autonomic nerve, including sympathetic nerve and parasympathetic nerve. Its function mainly controls the activity and secretion of visceral organs and glands, and participates in and regulates the material metabolism of human body. Autonomic nerve dysfunction may occur in lesions, also known as autonomic nerve dysfunction. Embedding needle-knife therapy combines needle-knife therapy with embedding thread therapy. It relieves acupoints or local anatomical parts through unique matching points and manipulation techniques, and then buries the thread into tissues. The method of lasting stimulation transmits stimulating information to human body through nerves and collaterals, regulates visceral motor nerves, and stimulates and induces internal regulation. The system makes the physiological function of the disorder return to normal.

Keywords: visceral motor nerve; nerve disorder; catgut embedding needle knife; special therapy

(上接第1期)

内脏运动神经支配内脏器官(消化道、心血管、呼吸道及膀胱)及腺体的活动和分泌,并参与和调节人体的物质代谢不支配骨骼肌的运动,通常不受人的意志支配,又称植物神经、自主神经,包括交感神经和副交感神经,其病损可出现交感神经和副交感神经亢进或抑制症状,表现为瞳孔的散大或缩小,心律的减慢或增快,血管的扩张或收缩,血压的降低或增高,胃肠蠕动和消化腺分泌增加或受到抑制等和其他特殊表现,如交感神经病损出现唾液分泌增加,吸收、膀胱与直肠收缩促进废物排泄的功能增

加;副交感神经病损出现眼裂增宽,眼球突出,呼吸加快,支气管扩张,血糖升高及周围血容量增加等。

埋线针刀疗法是穴位埋线疗法与针刀疗法有机结合的成果^[1],埋线针刀疗法是传承了穴位埋线和针刀疗法二者最为精华的部分,然后继续创新、整合而成。通过对针刀医学和穴位埋线疗法的医学实践进行梳理,我们就会发现,针刀医学理论是中西医结合的产物,其工具是针与刀结合的产物;穴位埋线疗法是中医基础理论与现代科技结合的产物,其工具是针与线结合的产物。针刀医学与穴位埋线疗法的协同发展具备了良好的基础和条件。首先,针刀医学是在中医基本理论指导下,吸收现代科学技术及西医学的新成果,由中西医理论融合、再创造而形成的一种新的医学理论体系;穴位埋线疗法是中医经络理论与现代医学相结合的产物,是针灸技术的发展和延伸,

※ 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】

* 通讯作者:13993162751@163.com

是针灸治疗模式的重大改进,中医及经络理论是针刀医学和穴位埋线疗法的理论基础。其次,针刀医学和穴位埋线疗法均以人体为共同研究对象,其目的均为解决人类的疾病痛苦,殊途同归。第三,针刀医学和穴位埋线疗法都是以针的理念刺入人体,并在体内进行操作,其工具一个是针与刀,另一个是针与线,具有相同的技术基础——穿刺,穿刺是针刀和埋线的核心技术^[2]。

埋线针刀的出现对二者协同发展具有引领的作用,针刀长于切割松解,埋线疗法在穿刺的过程中也有同样的作用,但远不及针刀。那么,如何借鉴针刀的长处为埋线所用,一直是学者的关注点之一。杨才德发明的埋线针刀就比较有益地进行了尝试和探索,即将埋线针尖磨平如针刀状,实现了针刀和埋线的双重功能,并在临床上反复实践,名之曰“埋线针刀”,并获得国家专利,从而使穴位埋线的内涵和外延发生了重大的变化。埋线针刀成为穴位埋线疗法实现第三次飞跃的助推器,随着杨氏团队与全国同仁的不断探索,埋线针刀不仅仅是一种工具。它已经发展成为具有独特疗效的一种有完善的整体理论的特色治疗方法。杨才德等专家提出了埋线针刀整合医学的思路,也就是说,在穴位埋线的同时,引入了针刀松解的思路,虽然只是在埋线的操作过程中,有意识的增加了几个“刺切摆”的动作,却让穴位埋线疗法跳出了纯粹作为“长效针感”的桎梏,进入了一个全新的领域^[3],总结出的“手卡指压式星状神经节穿刺术”“筋膜拨脉式颈动脉窦埋线术”“三点一线式蝶腭神经节埋线术”“迷走神经穿刺技术”等突破了传统埋线必须避开血管、神经的禁区,达到了全新的高度。更是成为目前医学临床领域外治法中调节内脏运动神经系统的独特模式。

在调节内脏运动神经方面以其新颖的配点方法、独特的操作方式以及良好的临床疗效得到越来越广泛的使用,其具有以下几个特点:采用新技术、新工具,是调节内脏运动神经的新方法;精确于神经节点,直接作用于内脏运动神经;具有良性的双向调节和整体调节作用;直达病所,松解组织,以线代针,持久刺激。通过针刀对穴位或局部解剖部位松解治疗,进而将药线埋入组织内部,持久刺激的方法,将刺激信息通过经络和神经传入人体,调节内脏运动神经,激发诱导体内调节系统,使紊乱的生理功能恢复正常。

1 新技术 新工具 新方法

埋线针刀是一种新型的操作工具埋线针刀,不仅具有小针刀的特点,也可以同时埋线(长效针灸),实现了穿刺一次可以进行松解、埋线、注射等多种操作的目标,降低了风险,增强了疗效,提高了患者依从性等;埋线针刀设计有长短粗细、有刻度所以长度可挑、深度可看,且是空芯带刃工具,所以可以针刀,可以埋线,可以注射、可以刺络放血。埋线针刀,在中西医理论的指导下,

整合了针刀和埋线的技术优势,一气呵成、一次成功,疗效独特,将可以松解局部肌肉筋膜等组织有针刀的针刀和将药线埋入局部解剖部位和穴位起持续刺激作用具有穴位埋线功能的管形针具,选取全身穴位配合具有与其相似功能的神经节点疏通经络、扶正祛邪、调整阴阳,在调节内脏运动神经方面使机体亢奋和抑制的神经趋于正常,恢复其功能。

2 精确于神经节点 直接作用于内脏运动神经

观埋线针刀其特色疗法,临床选取腧穴配合神经节点,直接作用于腧穴或神经节点,将一点的刺激通过经线或神经-内分泌-免疫调节网络至与其相联系的脏腑、各级神经中枢及相应的靶器官,发挥其放大效应。以星状神经节为例,交感神经分布于颈部的部分,颈交感干位于颈血管鞘后方^[4],一般每侧有3~4个交感神经节,多者达6个,分别为颈上、中、下节。颈下神经节位于第7颈椎处,在椎动脉始部后方,很少为2个,常与第1胸神经节合并为颈胸神经节,亦称星状神经节。如用埋线针刀特色疗法治疗慢性胃炎配星状神经节、乳突下、足三里、内关、胃俞,其中星状神经节调节交感神经^[5],改善胃肠动力,足三里为胃的下合穴,可通调胃气,内关为手厥阴心包经的络穴,又为八脉交会穴,通于阴维脉,所谓“阴维为病苦心痛”,可畅达三焦气机,理气降逆,和胃止痛。本病病位在胃,故又配胃俞治疗胃部疾患,既直接刺激神经节点,调节交感神经,促进胃动力恢复又配合腧穴和胃止痛,中西医疗法相结合,临床取得了良好的疗效。还有治疗甲状腺功能亢进症配星状神经节、内关、太冲、肝俞、心俞、膻中,其中星状神经节埋线可调节异常变化的内分泌系统^[6],同时改善局部血液循环,清除局部蓄积的、有毒的代谢产物,刺激信号传入丘脑,使促皮质激素释放因子下调,内关可畅达三焦气机,太冲为肝之原穴,可疏肝理气,平降肝阳,肝俞、心俞、膻中用俞穴从阳引阴的同时还选取募穴从阴引阳共调阴阳脏腑平衡相互配伍共奏调畅气机,平衡阴阳脏腑之功。

3 直达病所 松解组织 以线代针 持久刺激

针刀治疗的实质是经皮微创的软组织松解术,主要通过软组织的穿刺、小范围切开和钝性分离,解除病变软组织对神经、血管、骨关节的影响,达到治病目的。埋线针刀是采用针刀技术和埋线技术,可以直接作用于病变部位松解局部痉挛或粘连的肌肉筋膜等组织和排除组织内其他异物,后将线体埋入穴位起持续刺激作用。如杨氏“枕五针”埋线针刀治疗枕神经痛,用埋线针刀既松解病变的软组织,改变和解除其粘连、挛缩、瘢痕、堵塞等病理变化对神经、血管的刺激或压迫,恢复软组织间的动态平衡,并且通过局部埋线还具有长效强烈的针刺效应,PGLA在体内发生水解,诱导机体产生变态反应,能激发和调节体内神经-内分泌-免疫系统,提高

机体免疫力, 增强抗病能力。PGLA 线埋入穴位后同样可起到针刺效应, 刺激感更强烈、长久, 它通过经络和神经的调节作用于机体, 起到协调脏腑、调和气血、疏通经络的作用同时缓解和解除了对枕神经和枕动脉血管卡压, 解除了粘连, 减少了渗出, 促进了病灶部位血管通透性, 血液循环得到改善, 从而起到镇痛作用。

4 具有良性的双向调节和整体调节作用

穴位埋线是针灸技术的延伸和发展, 是针灸技术至今已形成的两大分支学科中的一支, 针刀治疗除了具有松解软组织作用之外, 还有类似毫针的针刺效应, 毫针针刺能够通过人体神经-内分泌-免疫系统, 双向调节人体各个器官的功能, 适当刺激作用于机体, 使机体从偏离正常生理状态朝向正常生理状态转化, 使紊乱的功能恢复正常。穴位埋线可以形成一种复杂、持久而柔和的非特异性刺激冲动, 一部分经传入神经到相应节段的脊髓后角后内传脏腑, 另一部分经脊髓后角上传大脑皮层, 加强中枢对病理刺激传入兴奋的干扰、抑制和替代, 再经过神经-体液调节, 调整脏器机能状态, 而且可吸收缝合线埋入人体后, 可被机体组织吸收, 从而发挥组织疗法的作用, 能更好的调节机体内环境相对稳定, 提高机体免疫和抗病能力。星状神经节的治疗作用主要有中枢

神经作用和周围神经作用两方面^[7], 其通过调节丘脑维护内环境的稳定机能而使机体的植物神经功能、内分泌功能和免疫功能保持正常。

参考文献

- [1] 杨才德, 高敬辉, 刘文韬, 等. 埋线针刀治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018.
- [2] 杨才德, 包金莲, 李玉琴, 等. 中国穴位埋线疗法系列讲座(三)穴位埋线疗法的历史沿革[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(3): 64-66.
- [3] 杨才德, 包金莲, 李玉琴, 等. 中国穴位埋线疗法系列讲座(五)埋线针刀——穴位埋线的新武器[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(5): 63-64.
- [4] 齐聪儒, 陈志宏, 宋成军, 等. 星状神经节的应用解剖[J]. 承德医学院学报, 2001, 18(2): 89-91.
- [5] 杨才德. 星状神经节埋线治百病[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018.
- [6] 张玉忠, 杨才德, 包金莲, 等. 杨氏 3A+ 疗法“枕五针”埋线针刀治疗枕神经性头痛临床观察[A]. 甘肃省针灸学会甘肃省针灸学会 2016 年度学术年会暨针灸推拿科研思路设计培养班郑氏针法的临床应用培训班论文集[C]. 甘肃省针灸学会, 中国针灸学会, 2016: 6.
- [7] 杨才德, 赵达, 于灵芝, 等. 中国穴位埋线疗法系列讲座(十二)手卡指压式星状神经节埋线术[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(12): 69-71.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 李强强 收稿日期: 2018-12-07)

(未完待续)

经穴推拿治疗在鼻部术后疼痛护理的临床观察

谢孝琴

(江苏省中医院耳鼻喉科, 江苏 南京 210029)

摘要:目的 探讨经穴推拿缓解鼻部手术后胀痛的效果, 并总结护理经验。方法 将 60 例鼻部手术后疼痛患者随机分为治疗组和对照组, 各 30 例。对照组术后进行常规护理, 疼痛时遵医嘱给予局部冷敷; 治疗组在常规护理基础上, 出现疼痛时采用经穴推拿按摩进行中医操作干预, 观察患者疼痛症状的减轻效果。结果 治疗组患者行鼻部手术后疼痛明显轻于对照组, 2 组对比, 差异有统计学意义。结论 经穴推拿能有效减轻鼻部手术填塞后的胀痛。

关键词: 经穴推拿; 鼻部术后; 疼痛; 护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.037

文章编号: 1672-2779(2019)-02-0092-03

Clinical Observation on Acupoint Massage in Pain Nursing after Nasal Surgery

XIE Xiaoqin

(Otolaryngology Department, Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of acupoint massage to relieve pain after nasal surgery and summarize nursing experience. **Methods** 60 patients with pain after nasal surgery were randomly divided into treatment group and control group, and each group had 30 cases. In the control group, routine nursing was performed, and local cold was given when pain was prescribed. On the basis of routine nursing, the treatment group used acupuncture massage for TCM operation intervention. The effect of pain symptom relief was observed. **Results** The pain after nasal surgery in the treatment group was significantly lighter than that in the control group, and difference was statistically significant. **Conclusion** The acupoint massage can effectively reduce the swelling pain after nasal surgery.

Keywords: meridian massage; postoperative nasal surgery; pain; nursing

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我科 2016 年 1 月—2017 年 12 月行

鼻部手术后中重度疼痛的患者 60 例, 其中男 33 例, 女 27 例; 年龄 16~62 岁, 平均年龄 32.8 岁。按随机数字

表法分为治疗组与对照组, 每组各30例。行鼻中隔黏膜下矫正术 18 例, 行鼻息肉切除术 12 例, 鼻窦窦口开放术 30 例。2 组在性别、年龄、手术方式等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$), 有可比性。

1.2 研究方法 2 组患者术后均采用常规治疗, 予预防性抗炎、止血及常规护理: (1) 一般护理: 保持病室安静整洁, 床单清洁无污染, 术后 6 h 取半卧位休息, 给予清淡的流质或半流质饮食, 少食多餐, 饮食不宜过硬; (2) 病情观察: 观察鼻腔填塞物是否在位, 患者有无咽部异物感, 以及鼻部渗血情况等。 (3) 心理护理: 安慰患者, 消除紧张情绪。

治疗组除常规护理外增加了经穴推拿的护理干预。术后 6 h 后治疗组在此基础上予穴位按摩 15~20 min, 每日 2 次, 早晚各行 1 次, 连做 3 d。①患者准备: 患者取仰卧位, 头部中立, 双目微闭, 呼吸调匀, 全身放松, 保持病室环境安静, 必要时用屏风遮挡。②操作者准备: 操作者站在患者的后方, 用七步洗手法洗净双手, 用手为患者作头部经穴推拿按摩。③开天门: 先点按印堂, 然后自印堂推至神庭, 双手拇指交替, 以点按神庭穴结束, 每穴按压约 5 s, 共 2 min 为宜。④推坎宫: 点按攒竹、鱼腰、丝竹空 5 s, 并从攒竹推至鱼腰、丝竹空, 共 2 min 为宜。⑤运太阳: 用两手拇指或食指肚, 按住两侧太阳穴, 按揉 2 min。⑥患者坐直, 用手指指腹从前至后叩击头部 2 min。⑦拿风池: 拿捏风池穴, 用两手拇指按在同侧风池穴, 适当用力按揉 2 min。

1.3 疼痛判定标准 根据患者主诉疼痛的情况采用数字等级评分法 (Numerical rating scale NRS) 对患者进行疼痛评分。用数字 0~10 代替文字来表示疼痛的程度。0 分表示无痛, 10 分表示剧痛, 1~3 分表示轻度疼痛, 可忍受, 能正常生活睡眠, 4~6 分为重度疼痛, 影响睡眠, 7~10 为剧烈疼痛, 无法忍受, 严重影响睡眠。由患者口述最严重的疼痛可用哪个数字表示, 范围 0~10, 根据自己疼痛程度选择相应的数值。

1.4 统计学方法 本文数据均采用 SPSS 18.0 统计学软件, 计量资料以 (均数 ± 标准差) 表示, 2 组对比采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

从表1结果可以看出, 2 组对疼痛程度差异有统计学意义 ($P < 0.0$)。治疗组明显长于对照组 ($P < 0.05$)。

表1 2 组患者疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	30	6.13±1.19	2.00±0.58	16.994	0.00
对照组	30	6.00±0.95	4.93±1.28	3.661	0.00
t 值		0.479	-11.374		
P 值		>0.05	<0.05		

3 讨论

随着医学模式的转变和人们生活质量的不断提高, 疼痛已成为继血压、脉搏、体温、呼吸之后的第五生命体征^[1]。鼻部手术是耳鼻喉科常见的手术, 由于术后鼻腔填塞直接压迫和刺激周围组织, 患者疼痛感明显, 可直接影响其呼吸、睡眠及情绪^[2]。术后疼痛是手术患者较为常见的并发症, 虽然鼻部患者的手术创面小, 但由于其解剖位置比较特殊, 距离脑部较近, 机体多种神经纤维聚集, 且敏感性较高, 又由于术后鼻腔填塞较多的止血海绵, 会增加患者的疼痛感^[3], 严重者可引起昏厥, 影响伤口愈合和健康的恢复^[4]。术后正确的护理干预对减轻患者疼痛有重要影响, 现阶段临床上常采取的止痛措施有: 术前加强宣教, 让患者有一定的心理准备; 术后 48 h 鼻额部冰敷; 应用轻音乐、松弛法等分散患者注意力等^[5-6], 但均未能达到理想的效果^[7]。丁莉雯等^[8]应用穴位按摩法使患者术后疼痛得到明显缓解, 减少了烦躁、焦虑、恶心和呕吐等并发症的发生, 提高患者的舒适度。经穴推拿又名穴位按摩, 是以中医学理论为指导, 以经络腧穴学说为基础, 以按摩为主要施治, 来防病治病的一种手段^[9]。它是一种中医外治法, 在体表按压对应的经络穴位, 从而对机体产生酸、麻、微痛、胀等刺激, 刺激由经络传至脏腑, 起到疏通经络、调和气血、行气导滞、减轻和消除疼痛的作用^[10]。现代研究认为^[11], 经穴推拿能降低神经系统紧张度, 使应激反应下降并减少炎症致痛物质的释放, 增加局部组织血液循环, 解除肌肉痉挛, 提高局部痛阈, 同时联合应用其他减轻患者紧张、促进患者舒适的康复方法, 更有效的缓解术后疼痛, 减少术后镇痛药物的使用。其作用机制为指压按摩信号进入大脑中枢神经系统后, 各级神经元活动增加, 从而激活机体自身镇痛系统, 使内源性阿片样物质、5-羟色胺等物质分泌增加, 进而产生显著的镇痛效果^[12]。印堂穴隶属经外奇穴, 是人体三大经络的汇集之地^[13-14]。它位于督脉的循行线上, 有活络疏风、安神定志之功^[15]。神庭穴属督脉, 为督脉、足太阳、阳明之会。神者, 天部之气也; 庭者, 庭院也, 聚散之所也。神庭可宁神醒脑、降逆平喘, 对神经系统有治疗作用^[16]。攒竹穴位于面部, 在眉头凹陷中眶上切迹处, 因眉毛攒聚形如竹叶而得名, 功善宣散太阳经经气、疏风清热、降逆止痛。《针灸甲乙经》载: “攒竹, 一名员柱, 一名始光, 一名夜光, 又名明光^[17]。鱼腰穴具有镇惊安神、明目利窍、疏风清热、通络止痛的作用^[18]。丝竹空在面部, 当眉梢凹陷处, 具有疏风清热, 明目安神的功效^[19]。太阳穴在颞部, 当眉梢和外眼角的中点向后的凹陷处, 大约 0.5 寸。太阳穴属于经外奇穴, 别名前关、当阳, 刺激该穴可达到舒筋活血, 调和气血, 疏通经络等作用^[20]。风池具有平肝熄风、祛风解表、醒脑安神

之功效。风池能调整交感神经的功能,对人体颅内外血管的舒缩功能,内分泌功能均有一定的良性双向调整作用,及时地解除分支动脉的痉挛,使局部组织血液供应恢复正常,微循环获得改善,从而疏通经络,使其“通而不痛”。中医认为,情志变化可以直接影响人体的生理功能。《寿世青编》指出:“药之所治只有一半,其一半则全不系药方,唯在心药也。”历代的名医也一再提倡和强调“善医者,必先医其心,而后医其身”的宗旨,因此加强心理护理对疾病的康复起着良好的促进作用。所以减轻患者疼痛,做好舒适的护理工作是我们的目标。综合上述,经穴推拿在鼻部手术患者后头部胀痛患者中具有显著效果。

参考文献

- [1] 黄静如. 护理干预对减轻鼻部术后疼痛的效果观察[J]. 当代护士(中旬刊), 2013, 27(2):89-90.
- [2] 陈敏. 穴位按摩联合中医推拿在鼻部术后疼痛患者护理中的效果[J]. 临床护理杂志, 2017, 16(1):35-37.
- [3] 张伟, 盛国强, 洪玉芬. 心理护理对鼻部手术后疼痛程度缓解的应用分析[J]. 新疆中医药, 2017, 35(4):76-78.
- [4] 张萍, 华玮. 鼻内镜手术患者术后疼痛护理研究进展[J]. 护理学杂志, 2015, 30(4):101-104.
- [5] 刘小群, 陈均, 王俊入. 慢性鼻窦炎患者鼻内镜术后护理体会[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(24):3815-3816.
- [6] 刘虹. 中医护理学基础[M]. 北京:中国中医药出版社, 2005:65.
- [7] 程梅, 肖秀英, 刘谦虚, 等. 穴位按摩加耳穴贴压缓解鼻窦炎患者术后疼痛的研究[J]. 护理学报, 2014, 21(9):65-67.
- [8] 丁莉雯, 张孝云. 穴位按摩改善输尿管镜激光碎石术后患者疼痛的效果[J]. 上海护理, 2014, 14(2):44-45.
- [9] 金卫红. 耳穴埋豆配合穴位按摩改善阑尾术后肠功能的疗效[J]. 上海护理, 2013, 13(5):57-58.
- [10] 史余娟. 穴位按摩在混合痔术后疼痛中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(14):128.
- [11] 罗瑞玲, 伍慧卿. 耳穴贴压加穴位按摩对鼻内镜手术后疼痛的影响[J]. 中国处方药, 2015, 13(6):141-143.
- [12] 程梅, 肖秀英, 刘谦虚, 等. 穴位按摩加耳穴贴压缓解鼻窦炎患者术后疼痛的研究[J]. 护理学报, 2014, 21(9):65-66.
- [13] 王波, 杨华元. 从印堂穴归入督脉看经穴研究的发展[J]. 江苏中医药, 2011, 43(11):10-11.
- [14] 赵金发, 韩久利. 浅谈十七椎穴临床应用[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(24):73-74.
- [15] 申斌, 于川. 电针百会、印堂配合背俞穴走罐治疗中风后抑郁 49 例临床观察[J]. 现代中医临床, 2016, 23(4):36-38, 42.
- [16] 刘娇, 冯晓东. 电针百会、神庭穴配合康复训练治疗脑卒中后认知障碍临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(4):608-610.
- [17] 李婷, 时旭平, 刘保红, 等. 武连仲教授攒竹四刺临床应用拾贝[J]. 中国针灸, 2016, 36(9):949-950.
- [18] 许军峰. 肩间一点如鱼腰[J]. 中医健康养生, 2018, 4(4):56-57.
- [19] 冯建根, 尹冯超. 针刺四关、丝竹空透刺率谷加太阳穴放血治疗偏头痛 32 例[J]. 中外医学研究, 2012, 10(26):130.
- [20] 林艳珍. 太阳穴注射复方樟柳碱治疗动眼神经麻痹的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2015, 7(32):75-77.
- [21] 张森, 苏苏, 武文鹏, 等. 风池穴温通针法为主针刺治疗偏头痛[J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(4):775-777.
- [22] 傅宗浩, 赵维杰. 针灸加梅花针叩刺反应点治疗偏头痛 43 例[J]. 云南中医中药杂志, 2018, 39(5):69-70.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杨礼丽 收稿日期:2018-09-03)

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

电针联合艾灸对脾虚痰阻型高脂血症患者 脂质水平及氧化应激指标的影响

王 鹏 丰建宇 张春男 王 君*

(黑龙江省医院中西医结合科,黑龙江 哈尔滨 150036)

摘要:目的 观察电针联合艾灸对脾虚痰阻型高脂血症患者的临床疗效及作用机制。方法 68例脾虚痰阻型高脂血症患者随机分为对照组和治疗组,各34例。对照组给予阿托伐他汀钙片口服治疗,治疗组采用电针足三里联合丰隆穴温和灸的治疗方法,2组患者疗程均为8周。分别比较2组患者治疗前后脂质指标(总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白)和氧化应激指标(谷胱甘肽过氧化物酶、过氧化物歧化酶、丙二醛)的水平,并评价其临床疗效。结果 对照组总有效率为73.5%(25/34),治疗组总有效率为91.2%(31/34),治疗组明显优于对照组($P<0.05$);治疗组治疗后甘油三酯、低密度脂蛋白、丙二醛的含量均明显低于对照组($P<0.05$),高密度脂蛋白、谷胱甘肽过氧化物酶、过氧化物歧化酶明显高于对照组($P<0.05$),而2组治疗后总胆固醇的含量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 电针联合艾灸能够调节高脂血症患者脂质代谢,增加抗氧化应激能力,临床疗效显著。

关键词:电针;艾灸;高脂血症;中医综合疗法;脾虚痰阻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.038

文章编号:1672-2779(2019)-02-0095-03

Effect of Electroacupuncture Combined with Moxibustion on Levels of Lipid and Oxidative Stress Index in Patients with Hyperlipidemia of Spleen Deficiency and Phlegm Obstruction Type

WANG Peng, FENG Jianyu, ZHANG Chunnan, WANG Jun

(Department of Integrated Medicine, Heilongjiang Provincial Hospital, Heilongjiang Province, Harbin 150036, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect and mechanism of electroacupuncture combined with moxibustion on hyperlipidemia of spleen deficiency and phlegm obstruction type. **Methods** 68 hyperlipidemia patients of spleen deficiency and phlegm obstruction type were divided into the control group and the treatment group randomly, with 34 cases in each group. The control group was treated with atorvastatin tablets, and the treatment group was treated with electroacupuncture combined with moxibustion. Patients in both groups were treated for 8 weeks. The levels of lipid index (TC, TG, HDL and LDL) and oxidative stress index (GSH-PX, SOD, MDA) were measured before and after treatment in both groups, and the clinical effect were evaluated after treatment. **Results** The total effective rate was 73.5% in the control group and 91.2% in the treatment group, and the treatment group was significantly better than the control group ($P<0.05$). After treatment, the contents of TC, LDL and MDA in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). The contents of HDL, GSH-PX and SDO in the treatment group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in TC between the two groups after treatment ($P>0.05$). **Conclusion** Electroacupuncture combined with moxibustion can regulate lipid metabolism and increase the ability of antioxidant stress in patients with hyperlipidemia, and has a remarkable clinical effect.

Keywords: electroacupuncture; moxibustion; hyperlipidemia; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine; spleen deficiency and phlegm obstruction

高脂血症 (Hyperlipidemia) 又称为脂质异常血症,是指由于各种因素导致血中脂质和脂蛋白水平的代谢或转运异常的一种疾病,常表现为总胆固醇 (Total cholesterol, TC)、甘油三酯 (Triglyceride, TG) 和低密度脂蛋白 (Low density lipoprotein, LDL) 的升高和高密度脂蛋白 (High density lipoprotein, HDL) 的降低^[1]。随着生活水平的提高和饮食结构的改变,近年来高脂血症发病率呈现逐年增高的趋势。他汀类药物作为临床治疗高脂血症的常用药物,虽然其临床疗效确切,但常伴有横纹肌溶解和肝肾功能的损害且停药后存在大量反跳现象,限制了该药的长期服用,致使高脂血症的治疗面临严峻挑

战。针灸作为传统中医治疗手段之一,以其价廉、安全的优势,在治疗高脂血症方面越发受到关注^[2]。笔者前期通过运用电针足三里联合丰隆穴温和灸的方法治疗高脂血症患者取得良好效果,现将有关结果汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年5月—2018年1月于我院中西医结合科门诊及住院的高脂血症患者68例,按照就诊顺序采用随机数字表法分为对照组和治疗组。对照组34例,男20例,女14例;年龄39~68岁,平均48.12岁;病程2~9年,平均(4.33±2.74)年。治疗组34例,男18例,女16例;年龄35~69岁,平均46.77岁;病程3~10年,平均(4.41±2.38)年。2组患者性别、年龄、病程等一般资料的比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

* 通讯作者:wp15846573630@163.com

1.2 诊断标准 高脂血症西医诊断参照中国成人血脂异常防治指南制定联合委员会2007颁布的《中国成人血脂异常防治指南》^[3]中相关标准,符合以下条件之一者即可诊断:① TC ≥5.18 mmol/L;② TG ≥1.70 mmol/L;③ HDL ≤1.04 mmol/L;④ LDL ≥3.37 mmol/L。脾虚痰阻证中医诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中相关标准。

1.3 纳入标准 ①符合高脂血症西医及中医诊断标准;②年龄 25~70 岁;③近3个月内未服用任何降脂药物者;④同意参加本试验,并签署知情同意书。

1.4 治疗方法 对照组给予阿托伐他汀钙片口服治疗(立普妥,辉瑞制药有限公司,国药准字:H20051408,20 mg/片),20 mg/次,每日一次。治疗组给予电针足三里穴联合丰隆穴温和灸的治疗,取穴:足三里穴(双侧)、丰隆穴(双侧)。嘱患者仰卧位,穴位常规消毒后,于双侧足三里穴处用毫针垂直刺入 1.5 寸(安迪牌一次性使用无菌针灸,贵州安迪药械有限公司,规格:25×40 mm),平补平泻法行针得气后,连接华谊牌 BT701-1B 电针仪,并在足三里穴旁 1 cm 处垂直刺入一针作为负极。电针仪选取刺激强度为 8~10 mA,2 Hz 与 100 Hz 交替的疏密波,持续电针 30 min。双侧丰隆穴采用竹制温灸盒辅助艾灸,温灸盒对准丰隆穴后固定,点燃 18×200 mm 的艾条后插入艾灸盒中,调整艾条与皮肤的距离,以患者感觉温热适宜为度。持续艾灸 30 min,中间弹灰 3 次,每日治疗 1 次。2 组患者疗程均为 8 周。

1.5 疗效观察

1.5.1 临床疗效 临床疗效参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中相关标准。治愈:血脂检查恢复正常;显效:血脂检查 TC 下降 ≥20%,TG 下降 ≥40%,HDL 上升 ≥0.26 mmol/L;有效:血脂检查 TC 下降 ≥10%但 <20%,TG 下降 ≥20%但 <40%,HDL 上升 ≥0.104 mmol/L 但 <0.26 mmol/L;无效:治疗后血脂无明显改善甚至加重者。

1.5.2 脂质指标 分别于治疗前、后检测 2 组患者血清 TC、TG、HDL、LDL 的含量。

1.5.3 氧化应激指标 分别于治疗前、后检测 2 组患者血清谷胱甘肽过氧化物酶(Glutathione peroxidase, GSH-Px)、过氧化物歧化酶(Superoxide dismutase, SOD)、丙二醛(Malondialdehyde, MDA)的含量。

1.6 统计学方法 所有数据采用 SPSS 17.0 进行统计分析,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组内比较采用配对样本 *t* 检验,组间比较采用独立样本 *t* 检验,以 *P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效的比较 对照组总有效率为 73.5%,治疗组总有效率为 91.2%,治疗组明显优于对照组,差

异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效的比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	34	15	6	4	9	73.5
治疗组	34	20	8	3	3	91.2 [△]

注:与对照组比较,[△]*P* < 0.05

2.2 2 组患者脂质水平的比较 2 组治疗后血清 TC、TG、LDL 的含量较本组治疗前均明显降低,HDL 较本组治疗前均明显升高,差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05);治疗组治疗后 TG、LDL 的含量均明显低于对照组,HDL 明显高于对照组,差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05),2 组治疗后 TC 的含量比较,差异无统计学意义 (*P* > 0.05),见表 2。

表 2 2 组患者血清脂质水平的比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	时间	TC	TG	HDL	LDL
对照组	34	治疗前	6.12±1.28	4.27±1.34	0.97±0.35	4.09±1.24
		治疗后	5.02±1.12 [○]	3.35±1.13 [○]	1.08±0.52 [○]	3.03±1.09 [○]
治疗组	34	治疗前	6.21±1.21	4.34±1.39	0.95±0.41	4.18±1.37
		治疗后	4.89±1.09 [○]	1.13±0.46 ^{○△}	1.38±0.56 ^{○△}	2.79±1.02 ^{○△}

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

2.3 2 组患者氧化应激指标的比较 2 组治疗后血清 GSH-Px、SOD 的含量较本组治疗组明显升高,MDA 的含量较本组治疗前明显降低,差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05);治疗组治疗后 GSH-Px、SOD 的含量明显高于对照组,MDA 明显低于对照组,差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 3。

表 3 2 组患者血清氧化应激指标的比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	时间	GSH(mmol/L)	SOD(U/L)	MDA(mmol/L)
对照组	34	治疗前	167.23±34.18	85.76±19.82	11.28±3.18
		治疗后	231.78±42.66 [○]	121.74±24.27 [○]	9.28±2.97 [○]
治疗组	34	治疗前	170.98±36.71	80.64±15.73	12.42±4.07
		治疗后	318.27±50.63 ^{○△}	169.28±27.97 ^{○△}	7.35±2.37 ^{○△}

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

3 讨论

高脂血症作为脂质代谢异常性疾病的一种,是动脉粥样硬化的独立危险因素之一^[5-6]。当脂蛋白代谢出现紊乱后,可引起抗氧化能力下降,体内自由基的过度堆积,而一旦氧自由基的产生超过其自身的清除能力后,即可发生氧化应激反应^[7]。自由基具有高度的氧化活性,大量的活性氧蓄积于体内后导致脂质损伤,氧化修饰 LDL 形成 Ox-LDL,引起内皮细胞的炎症反应和纤维增生,最终导致动脉粥样斑块的形成^[8]。而机体的抗氧化系统主要包括 GSH-Px 和 SOD,两者能够协同降低脂质过氧化引起的损伤^[9]。其中 GSH-Px 是广泛存在于体内的一种氧化物分解酶,能够特异性催化谷胱甘肽形成氧化型谷胱甘肽,从而保护细胞的结构和功能。SOD 作为体内一种重要的抗

氧化酶,能够歧化超氧阴离子自由基产生过氧化氢,对机体的氧化和抗氧化能力起着重要的作用^[10]。MDA 是脂质过氧化反应的最终产物,能够直接反映机体自由基损伤的程度。研究表明,高脂血症大鼠 GSH-PX 和 SOD 含量显著降低,MDA 的含量显著增加^[11]。

阿托伐他汀钙片作为 HMG-CoA 还原酶抑制剂,是临床常用的他汀类降脂药物之一。阿托伐他汀钙片能够竞争性抑制胆固醇的合成过程中羟甲戊二酰辅酶 A 还原酶的活性,减少胆固醇在合成和增加低密度脂蛋白受体的合成与血清胆固醇的清除速率^[12]。近年来大量临床研究发现,针灸能够双向调节脂质和脂蛋白的代谢,达到降血脂、抗动脉硬化的作用^[13]。高脂血症属于中医“痰浊”“痰湿”“痰瘀”的范畴,本病最早记载于《内经》的“膏脂学说”。发病根本病机为脾主运化的功能减退,以致机体升降和聚散的功能失常,最终导致新陈代谢紊乱,引起血脂异常。足三里穴属于足阳明胃经之合穴、胃的下合穴,具有补中益气、降浊除痰的功能。研究发现,电针足三里穴能够显著降低高脂血症新西兰兔血清 TC 的水平,具有良好的调脂作用^[14]。丰隆穴为足阳明胃经之络穴,具有健脾和胃、利湿化痰的功效。《会元针灸学》:“丰隆者,阳血聚之而隆起,化阴络交太阴有丰满之象,故名丰隆”。研究证实,电针丰隆穴不仅能够降低 TC、TG、LDL 水平,还能显著增加 HDL 的水平,疗效与普伐他汀片无显著差异^[15]。

本研究通过采用电针足三里联合丰隆穴温和灸的治疗方法对比阿托伐他汀钙口服治疗高脂血症,研究结果显示,电针联合艾灸能够显著降低高脂血症患者血清 TC 水平,与阿托伐他汀钙疗效相当 ($P>0.05$)。此外,电针联合艾灸还能显著降低高脂血症患者血清 TG、LDL 水平,增加 HDL 水平,疗效优于阿托伐他汀钙 ($P<0.05$)。另一方面,电针联合艾灸还可显著增加高脂血症患者

GSH-Px、SOD,降低 MDA 水平,明显优于阿托伐他汀钙 ($P<0.05$)。其作用机制可能是通过减轻高脂血症患者氧化应激反应实现的。

参考文献

- [1] 陈华,陈淋,张男,等. 脂质组学在高脂血症的研究进展[J]. 药物分析杂志,2016,36(8):1324-1329.
- [2] 刘迈兰,胡薇,谢慎,等. 针灸治疗高脂血症的选穴用经特点与规律分析[J]. 中国针灸,2015,35(5):512-516.
- [3] 中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南[J]. 中华心血管病杂志,2007,35(5):390-419.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:85-89.
- [5] 朱晓丹,李光华,周旭,等. 枸杞多糖对高脂血症小鼠血脂及肝脏氧化应激的影响[J]. 宁夏医科大学学报,2016,38(4):357-360.
- [6] 李银花,贾张蓉,江龙,等. 血脂康对冠心病合并高脂血症患者疗效的 Meta 分析[J]. 中国循证心血管医学杂志,2014,6(1):25-30.
- [7] 周卫凤,沈馨如,汪凌云,等. 非诺贝特对高脂血症大鼠肝脏氧化应激和内质网应激的影响[J]. 实用医学杂志,2014,30(17):2718-2721.
- [8] 嵇明月,王玲玲,姜劲峰,等. 温和灸对高脂血症大鼠氧化应激及炎症反应的影响[J]. 中华中医药杂志,2013,28(8):2301-2304.
- [9] 朱铁梁,郭一沙,杨波,等. 参麦注射液对高脂血症大鼠血脂的调节作用[J]. 中国应用生理学杂志,2016,32(3):230-233.
- [10] 欧阳娟,邹晓琴,蒋绍祖. 内关穴位埋针对高脂血症大鼠肾脏 SOD、GSH-Px、MDA 影响[J]. 赣南医学院学报,2015,35(6):844-845,858.
- [11] 欧阳娟,蒋绍祖. 涌泉穴位埋针对高脂血症大鼠肝脏 SOD、GSH-Px 和 MDA 的影响[J]. 赣南医学院学报,2016,36(6):858-860.
- [12] 姜应标,曾富荣,徐国华,等. 阿托伐他汀钙治疗高脂血症临床观察[J]. 当代医学,2010,16(10):51.
- [13] 逢冰,赵林华,何丽莎,等. 中医对高脂血症的认识和展望[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(5):1107-1109.
- [14] 兰彩莲,万隆,萨茜燕,等. 电针足三里和丰隆对高脂血症新西兰兔血脂影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(10):85-87.
- [15] 张红星,黄国付,张唐法,等. 电针丰隆穴治疗高脂血症的临床疗效[J]. 中国康复,2006,21(6):372-373.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘延东 收稿日期:2018-08-27)

(上接第 89 页) 治疗后 2 组患者肾主动脉最大血流速度及平均流速均提高,观察组更大。综上,笔者认为对于糖尿病肾病 III 期患者而言采用滋肾降糖饮治疗效果显著,值得临床推广。

参考文献

- [1] 赵琳. 丹参多酚酸盐对糖尿病周围神经病变患者炎症细胞因子及周围神经传导速度的影响[J]. 中医学报,2014,29(12):1724-1726.
- [2] 赵富利,亓民,刘辉. 利拉鲁肽联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病伴肥胖患者疗效及对微炎症状态的影响[J]. 中国现代医学杂志,2015,25(15):43-46.
- [3] 范国治,郝慧斌,杨昱,等. 2013 版《中国 2 型糖尿病防治指南》解读[J]. 中国临床医生杂志,2015,43(10):92-94,3.
- [4] 彭书磊. 健脾补肾活血法对糖尿病肾病炎症因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2015,10(5):686-687,717.

- [5] 邓彩春,曾翠青. 益气健脾补肾法对糖尿病肾病患者炎症因子及肾功能的影响[J]. 中国老年学杂志,2015,35(17):4838-4840.
- [6] 曾维新. 炎症标志物与 2 型糖尿病[J]. 当代医学,2013,19(29):19-20.
- [7] 杨璞,杨京新,谢础能. 川芎嗪注射液对患糖尿病肾病患者肾间质纤维化状态与肾小管功能的影响[J]. 国际泌尿系统杂志,2015,35(4):543-546.
- [8] 王钢. 阿托伐他汀联合缬沙坦治疗慢性肾炎的疗效探讨[J]. 中国处方药,2016,14(3):59-60.
- [9] 陆标明,余俊文,陈汉礼,等. 滋肾降糖饮对早期糖尿病肾病患者血清胱抑素 C 及血 β_2 -微球蛋白的影响[J]. 湖北中医杂志,2012,34(7):9-11.
- [10] 罗一川,高启蓉,罗薛松. 川芎嗪对糖尿病肾病患者肾脏血流动力学及纤维化的影响观察[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2017,14(5):60-63.

(本文编辑:张文娟 本文校对:饶娟 收稿日期:2018-08-27)

针刺在手术室麻醉中的应用分析

金灿萍 范美玲 张秀萍

(江西省峡江县人民医院手术室,江西 峡江 331400)

摘要:目的 观察分析针刺在手术室麻醉中的应用效果。方法 选取2016年11月—2018年1月收治的76例胃部切除手术患者,按照不同麻醉分为治疗组38例,应用针刺联合麻醉方法和对照组36例,应用常规麻醉方法。采用统计学分析2组胃部切除手术患者的清醒时间、自主呼吸恢复时间、拔管时间、睁眼时间以及麻醉前10 min、诱导后、气管插管后即刻、手术结束后、拔管10 min后不同时间段的平均脉动压水平、平均心率水平。结果 治疗组胃部切除手术患者的自主呼吸恢复时间、拔管时间、睁眼时间等清醒时间显著短于对照组($P<0.05$);2组胃部切除手术患者在麻醉前10 min平均脉动压水平、平均心率水平比较无统计学意义($P>0.05$),治疗组胃部切除手术患者在诱导后、气管插管后即刻、手术结束后、拔管10 min后等时间段平均脉动压水平、平均心率水平显著优于对照组($P<0.05$)。结论 针刺在手术室麻醉中的应用效果显著。

关键词:针刺;手术室;麻醉;胃部切除手术

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.039

文章编号:1672-2779(2019)-02-0098-02

Analysis of the Application of Acupuncture in the Anesthesia in Operation Room

JIN Canping, FAN Meiling, Zhang Xiuping

(Operation Room, Shanjiang People's Hospital, Jiangxi Province, Shanjiang 331400, China)

Abstract: Objective To observe and analyze the effect of acupuncture on anesthesia in operation room. **Methods** 76 patients with high gastric resection were treated in our hospital from November 2016 to January 2018. The patients were divided into experimental group (38 cases, acupuncture combined anesthesia method) and control group (36 cases, routine anesthesia method). The mean systolic and average heart rate levels of two groups of patients with gastric resection were analyzed, such as the time of spontaneous breathing, the time of extubation, the opening time, and the level of average pulsation of the two groups (before anesthesia, after induction, after intubation, after the end of the tracheal intubation, after the end of the operation, and after the extubation of 10min).

Results The time of spontaneous breathing recovery, extubation time and eye opening time in the experimental group were significantly shorter than that in the control group ($P<0.05$). The average level of 10min pulsation and the average heart rate level before anesthesia in the two groups were not significant ($P>0.05$), and the experimental group had gastric resection. The average pulsation level and average heart rate level of the patients of the experimental group were significantly better than those of the control group ($P<0.05$) after the operation, after the induction of the operation, after the tracheal intubation, after the operation and after the extubation 10min. **Conclusion** The application of acupuncture in operation room is remarkable.

Keywords: acupuncture; operation room; anesthesia; gastrectomy

常规麻醉药物治疗胃切除手术患者时会对其机体生理功能产生一定影响,如心律失常、血流动力学不够稳定、过敏反应、手术后出现恶心呕吐等。针刺麻醉方法在胃切除手术患者应用过程中较为安全且方便,具有以下优势:(1)并发症发生率较低;(2)手术后恢复速度快^[1]。针刺麻醉是中西医互为结合的产物,现阶段来看,针刺麻醉方法在临床中已积累丰富经验。在胃切除手术患者中,应用针刺麻醉方法具有显著效果。且存在肌松效果不够理想、镇痛不完善等缺点^[2]。针刺麻醉联合常规麻醉方法能够减少并发症的发生,电针刺刺激胃切除手术患者的相关穴位之后能够对患者的机体系统产生调节作用,积极保护好患者的各项重要器官组织功能,提高麻醉手术的安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年11月—2018年1月本院收治的

76例胃部切除手术患者,治疗组男28例,女10例;平均年龄47.78岁;平均体质量为(65.85±9.01)kg;疾病类型:胃癌25例,胃十二指肠溃疡13例。对照组男27例,女11例;平均年龄为47.85岁;平均体质量为(65.90±8.85)kg;疾病类型:胃癌26例、胃十二指肠溃疡12例。

1.2 治疗方法 2组胃部切除手术患者均在麻醉前0.5 h注射0.5 mg阿托品和0.1 g苯巴比妥钠,进入手术室之后建立静脉通道,常规监测胃部切除手术患者的心电、血压和脉搏等。

对照组采用常规麻醉方法,面罩给氧后,静脉滴注0.05 mg/kg咪达唑仑+4 μg/kg芬太尼+0.12 mg/kg维库溴铵+2.5 mg/kg异丙酚。肌松后气管插管,成功后连接正压通气,麻醉维持以吸入1~2.5%异氟醚、4.0 mg (kg·h⁻¹)异丙酚、0.1 mg (kg·h⁻¹)维库溴铵、2 μg (kg·h⁻¹)芬太

尼间断静脉滴注。

治疗组在对照组基础上应用针刺穴位麻醉方法，针刺胃部切除手术患者的双侧内关穴位、足三里穴位、合谷穴位等，将电麻仪（上海华谊医用仪器厂，G6805-I型）连接至毫针，保持80~90次/min频率，刺激强度以患者耐受为宜，进针后刺激15~20min，再进行全麻诱导[麻醉维持以吸入1~2.0%异氟醚、3.0mg(kg·h⁻¹)异丙酚、0.07mg(kg·h⁻¹)维库溴铵、1.5μg(kg·h⁻¹)芬太尼间断静脉滴注]。

1.3 观察指标 分析2组胃部切除手术患者的清醒时间（自主呼吸恢复时间、拔管时间、睁眼时间）以及不同时间段（麻醉前10min、诱导后、气管插管后即刻、手术结束后、拔管10min后）的平均脉动压水平、平均心率水平。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行统计学分析。

2 结果

2.1 2组胃部切除手术患者的清醒时间分析 治疗组治疗后自主呼吸恢复时间、拔管时间、睁眼时间等清醒时间显著短于对照组(P<0.05)，见表1。

表1 2组患者清醒时间分析 (x̄±s, min)

组别	例数	自主呼吸恢复时间	拔管时间	睁眼时间
治疗组	38	6.02±1.65	15.15±2.02	13.16±2.06
对照组	38	12.70±3.52	26.70±6.75	20.85±4.61
χ ² 值		2.5254	5.8718	9.9696
P值		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2组患者在不同时间段的平均脉动压水平、平均心率水平分析 2组患者治疗前比较无统计学意义(P>0.05)，治疗组患者平均脉动压水平、平均心率水平显著优于对照组(P<0.05)，见表2。

表2 2组患者在不同时间段的平均脉动压水平、平均心率水平分析 (x̄±s)

组别	例数	时间	平均脉动压水平	平均心率水平	χ ² 值	P值
实验组	38	麻醉前10min	11.58±1.80	81.77±10.80	2.365	>0.05
		诱导后	10.65±1.32	75.26±9.08	8.147	<0.05
		气管插管后即刻	13.01±2.02	86.12±12.23	12.333	<0.05
		手术结束后	12.93±1.78	82.41±9.55	18.564	<0.05
		拔管10min后	12.53±1.80	86.02±10.37	22.189	<0.05
对照组	38	麻醉前10min	11.56±1.82	81.80±10.78	2.685	>0.05
		诱导后	9.56±1.31	70.02±9.77	1.872	<0.05
		气管插管后即刻	14.72±2.58	99.81±13.56	6.652	<0.05
		手术结束后	14.63±2.49	86.30±12.32	10.125	<0.05
		拔管10min后	15.11±2.67	91.21±13.40	16.323	<0.05

3 讨论

本研究结果显示2组胃部切除手术患者在麻醉前10min平均脉动压水平、平均心率水平比较无统计学意义(P>0.05)，治疗组患者在诱导后、气管插管后即刻、手术结束后、拔管10min后等时间段平均脉动压水平、平均心率水平显著优于对照组(P<0.05)。在麻醉诱导前针刺患者相应穴位，能够积极改善全麻诱导和气管插管等血流动力学变化^[3]。治疗组所应用的麻醉方法血流动力学功能抑制程度、兴奋程度显著低于对照组，在诱导后、气管插管后即刻、手术结束后、拔管10min后等时间段中的血流动力学均维持稳定状态。针刺麻醉方法起着双向调节作用，使得机体从亢进状态逐渐转化为正常状态。将针刺麻醉方法应用在胃部切除手术患者中，能改善传统药物方法镇痛不全的问题。针刺麻醉方法可相应减少总麻醉用量，与本组研究结果保持高度一致^[4]。

针刺麻醉镇痛方法对机体保护有着独特之处，我国使用针刺麻醉方法已有多年历史。经大量实验研究结果显示，针刺麻醉方法与传统麻醉方法相比具有独特优势^[5]，针刺麻醉下进行胃部切除手术期间对呼吸和免疫等系统均具有保护作用。针刺麻醉主要来源于对穴位加以针刺刺激，避免药物用药过量问题出现^[6]。此外，针刺麻醉方法通过刺激穴位激活机体调制系统，患者除了感觉轻微疼痛之外，运动功能和感觉功能均趋于完好，患者在针刺麻醉期间处于清醒状态，避免对脑神经产生损伤。

针刺在手术室麻醉中的应用效果显著，具有平均脉动压水平、平均心率水平和缩短自主呼吸恢复时间、拔管时间、睁眼时间等清醒时间优势，值得临床推广。

参考文献

- [1] 徐秀杰,王力伟,史琳,等.益气活血化痰通络法联合针刺对痰瘀阻滞型高血压患者血压控制及生活质量的影响[J].山西医药杂志,2017,46(14):1748-1750.
- [2] 胡先华,谢亚宁,路志红,等.经皮穴位电刺激辅助全身麻醉减少镇痛药及其副作用的随机对照研究[J].现代生物医学进展,2015,15(18):3478-3483.
- [3] 刘渊泉.针刺麻醉复合靶控输注丙泊酚瑞芬太尼用于甲状腺手术疗效探讨[J].现代中西医结合杂志,2014,23(5):544-546.
- [4] 李静,韩明权,鲁敏,等.针刺麻醉在超声内镜引导下经支气管镜活检术中的应用及护理[J].贵阳医学院学报,2017,39(4):59-62,66.
- [5] 霍兰,宋曦,罗亮,等.腰俞穴麻醉复合针刺麻醉对微创肛肠手术临床并发症的影响[J].泸州医学院学报,2014,37(5):522-525.
- [6] 汪维,李超,马伟巍,等.针刺麻醉在骨伤科手术中的应用研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(1):115-117.

(本文编辑:张文娟 本文校对:曹庚秀 收稿日期:2018-09-21)

中医对现代医学的启示

黄天明 罗国容

(广西医科大学基础医学院, 广西 南宁 530021)

摘要: 中医的哲学理念和诊疗模式对现代医学有很好的补充作用, 将整体观和系统观应用于医学的研究, 构建系统的相互作用和调控网络, 可避免因分解过细而导致的对疾病的割裂式认知。重视症状体征在诊疗中的价值, 用现代手段对其进行细分和拓展, 有助于弥补现代医学在功能性疾病诊疗方面的短板。而将平衡观贯彻到治疗当中, 尤其将对机体的调节作为疾病治疗的重要靶点, 有可能在获得更好疗效的同时, 避免了对机体调节功能的破坏及耐药性的产生。

关键词: 系统性; 整体性; 症状体征; 平衡观; 中医学; 现代医学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.040

文章编号:1672-2779(2019)-02-0100-02

The Enlightenment of Traditional Chinese Medicine to Modern Medicine

HUANG Tianming, LUO Guorong

(Preclinical Medicine College, Guangxi Medical University, Guangxi Province, Nanning 530021, China)

Abstract: The philosophy of TCM and its diagnosis and treatment model have a good complement to modern medicine. The application of holism and system concept to medical research, establishing a systematic interaction and regulatory network, can avoid the fragmentation of disease cognition caused by the over-dissociation. Paying attention to the value of symptoms and signs in diagnosis and treatment, using modern means to subdivide and expand them, is helpful to make up for the shortcoming of modern medicine in the diagnosis and treatment of functional diseases. Put the balance concept into treatment, especially the regulation of body as an important target is likely to get better curative effect, and at the same time avoids the damage to the body regulating function and the development of drug resistance.

Keywords: system; holism; symptoms and signs; balance concept; traditional Chinese medicine; modern medicine

现代医学是一门建立在严格实验基础上的科学, 但也因此忽略了哲学层面的分析和指导, 导致其在方法和策略上容易陷入误区, 造成临床应用进展缓慢及医学研究的投入-产出比失衡等问题。中医基于中国古代的哲学思想, 以长期实践经验总结为基础, 用远低于现代医学的技术成本完成了对疾病的有效诊断和治疗^[1]。尤其在现代医学较为棘手的功能性疾病诊疗方面更凸显优势^[2]。这充分说明了中医的科学性与现代医学的互补性。而中医所蕴含的哲学思想和诊疗理念, 尤其是其整体观、系统观和平衡观正是现代医学所欠缺的, 将中医理念进行合理的运用和借鉴有助于对现代医学的补充和改进。

1 强调整体性和系统性

“还原论”方法是目前医学研究中最重要方法, 传统中医与现代医学均在直接或间接的应用。其指导思想是将高层的、复杂的对象分解为较低层的、简单的对象进行处理, 是一种对复杂系统非常有效的研究方法^[3-4]。然而, 现代医学研究容易陷入一个误区, 即分解得越细越好, 认为只有分解得越细则研究得越深入, 从而忽略了相关功能联系和调控关系的探讨。

人体是个极为复杂的大系统, 各部分间除了纵向的

分解细化, 还有横向的复杂联系和调控关系, 每一个成分结构的变化都可能引起相关结构的连锁改变, 即“牵一发而动全身”。在目前技术水平和条件无法阐明这些关系之前, 抛开整体谈局部则有失严谨。只简单的、割裂的分解会造成信息的严重失真, 这也是大部分体外实验或动物实验有效而在人体应用时却又无效的一个重要原因。

相比之下, 中医亦有由高层复杂对象分解为低层简单对象处理的过程, 尽管限制于科学技术水平, 仅将人体简单的分为精、气、血、津液、神、五脏、六腑等, 但古人智慧地将整体观贯彻其中, 通过五行生克、经络腧穴、阴阳相制、表里相关等将各个组分关联成一个有机整体。故这种分解虽较为简单粗糙且不够精确, 但却非常实用, 足以用来描述和解释通过“四诊”所能感知的身体异常, 并有效的指导诊断和治疗。

这说明, 对复杂对象的分解并非越细越好, 而应根据实际情况和需要, 选择合适的分解层次。而结合整体观, 构建系统的相互作用和调控网络亦是推进医学发展及应用的一个重要方法和步骤, 基于历代医家总结的人体系统相互作用关系可以为中医临床工作提供参考。

2 重视症状体征

得益于科学技术的迅猛发展, 现代医学的诊断越

发依赖各种仪器设备的检查结果。尽管目前的实验室检查已深入到分子水平,影像学检查也已精确到毫米级别,但由于人体结构和疾病发生的复杂性,辅助检查并不能明确结果。对于功能性疾病(如亚健康状态),患者有强烈的不适感,辅助检查却无法探知任何器质性病变,此时,通过中医四诊获取简单信息,即能对该类疾病进行较为有效的诊断和治疗,必定有值得探讨和借鉴的地方。

对中医四诊获取的相关信息进行分析可发现,其大致相当于现代医学的症状和体征,只不过中医的划分更加细致,并依据中医理论构建了机体的相互关联网络,在此基础上形成了“证”的概念。症状体征在中医的诊疗中发挥了关键性作用,而在现代医学中,其作用有被弱化的趋势,甚至有时只是为进一步辅助检查提供指引,因而有必要重新审视其在诊疗中的价值。

症状是患者向医生陈述(或是别人代述)自身的不适表现,体征则是医生给患者检查时收获的具有诊断意义的证候。概括来说,症状和体征主要来自两方面,一是患者感官系统感觉到的信息;二是机体各部分呈现的异常征象^[5]。这两方面是疾病最根本的表现形式,治疗的目的是令这两方面能恢复到正常状态,故其对诊疗的价值不言而喻。

然而,由于人体调控的精密性及系统的相对封闭性,在功能性疾病或疾病发展的早期阶段,有些感官系统感受到的信息及各脏器的轻微功能改变难以通过第三方手段进行精准的监测,而只能通过患者的直观感受及疾病相关脏器状态的异常体现,这在目前及今后相当长一段时间都是难以改变的,因此症状体征在诊疗中的价值不该被弱化。除对症状体征进行细分和对获取渠道进行拓展外,还应对症状体征所反映的机体功能状态进行深入探讨,构建适应现代医学的证候体系,从而解决现代医学在某些功能性疾病诊治方面的短板问题。

3 平衡观指导治疗

疾病的发生主要为两方面,一是机体自身的功能紊乱和代谢失调,二是外在致病因素对机体的损害和影响^[6],这两方面因素在发病过程中极为关键且相互影响。机体自身失调易导致外在致病因素的侵袭,而外在致病因素的侵入,又可加重机体的功能紊乱和代谢失常。治疗时要综合考虑并进行同步治疗和调节,则较单方面治疗取得更好效果。

目前,将机体调节作为疾病治疗主要靶点的研究和应用仍然较少,最常见的是通过接种疫苗改善机体的免疫状态,从而预防某些疾病的发生和发展。在临床上,更多的是强调对致病因素的祛除,鲜有针对机体功能和代谢的治疗措施。这种单纯祛除致病因素的治疗方法,虽然短期效果不错,但从长期来看,可能导致机体的免

疫和调节能力下降及耐药性的产生。

相比较之下,中医治疗强调的是扶正祛邪和调整阴阳;扶正祛邪是兼顾两方面因素,并基于机体的功能状态来选择扶正或祛邪为主的治法。若机体免疫力和调节功能较差时,应以增强免疫,改善调节功能的扶正为主,兼以祛邪;当机体状态较好、致病因素也较强时,则选择消除致病因素的祛邪为主,兼以扶正。扶正的方法主要为调节阴阳,即根据机体平衡双方的偏盛或偏衰情况,选择损其有余或补其不足,使之重新达到平衡。

中医的治疗不仅兼顾了疾病两方面的因素,还提供了针对机体功能和代谢紊乱的治疗策略,原则上可总结归纳为:以平衡的观念(扶正与祛邪的平衡和机体的阴阳平衡)贯彻治疗的始终。现代医学研究表明,人体中存在大量的平衡调节系统,如交感-副交感平衡、酸-碱平衡、免疫增强-抑制平衡等;而人体与外界之间亦存在各种平衡关系,如正常菌群与免疫系统的平衡、体温与环境温度的平衡等。这为借鉴中医治疗理念,从平衡的角度探讨疾病的病因病机,并用于指导疾病的治疗提供了条件。治疗时,应以重建系统的平衡为度,扶祛损补均不宜太过,太过则导致新的不平衡。故,机体的功能状态及其调节作为疾病治疗的一个重要组成部分,其研究和应用应被重视。

4 结语

现代医学和中医是基于不同理念和不同视角的医学,现代医学依托人类现代的科学技术成果,具有诸多优势,但与中医之间并非简单的先进医学与落后医学、新医学与旧医学的关系。中医依托古代的哲学体系,侧重功能性和联系性,擅长通过整体的思维分析问题,这些正是现代医学所欠缺的。因此,在呼吁“中医现代化”的同时,应注重吸收中医的治疗理念,以对现代医学进行补充和改进。事实上,这两个过程是一致的。此外,中医是基于临床经验的总结,有许多诊疗手段尚无法用目前的科学来解释。但也不应盲目拒绝,可作为科研方向进行研究、证实。通过对中医的借鉴,将有助于克服现代医学短板,完善治疗手段,从而更好的运用于临床治疗。

参考文献

- [1] 李家伟,张璐莹,王峦,等. 中医与西医门诊治疗同病种费用的经济学评价[J]. 中国卫生资源, 2013, 16(5):317-319.
- [2] 曾上劼,余昕,王永燕. 功能性疾病的临床特性探讨[J]. 医学与哲学(B), 2012, 33(7):3-4, 9.
- [3] 张燮泉,杜慧群. 医学科学中的还原论初探[J]. 医学与哲学, 1983, 4(8):20-24, 57.
- [4] 顾兆康. 试论医学还原论[J]. 医学与哲学, 1983, 4(8):24-28, 57.
- [5] 董燕,崔蒙. 中医临床术语系统的“症状体征”分类探讨[J]. 中华医学图书情报杂志, 2015, 24(10):77-80.
- [6] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社, 2007.

(本文编辑:张文娟 本文校对:莫发荣 收稿日期:2018-09-11)

中药处方中反药配伍宜忌

王红英

(江西省南城县中医院药剂科,江西 南城 344700)

摘要:中药配伍禁忌是指结合患者病情以及中药特性,有目的的选取 2 味及其 2 味以上的药物配合使用。配伍关系复杂多样,例如相须、相使、相畏、相杀、相恶、相反等。任何疾病的临床治疗中,处方用药都极为关键。在目前的中药临床处方以及中药临床调剂过程中,经常会涉及到配伍禁忌的安全性问题¹⁾。将金元时期陈述出的“十八反”“十九畏”统一概述为反药,这也是长久以来中医处方以及中药调剂所遵从的基本禁忌原则。但在实际用药中,仍然存在大量反药配伍现象,其中部分处方属于医师误开,另一部分是临床医师根据患者病情开具。作为药师,应该承担起救治病患的重任,对所有处方进行详细考察,通过查阅各种资料信息详细了解各种药物使用,做出正确判断,保障患者用药安全。

关键词:中药处方;禁忌;反药配伍;调剂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.041

文章编号:1672-2779(2019)-02-0102-02

Anti Drug Compatibility Taboos in Prescriptions of Chinese Herbal Medicine

WANG Hongying

(Pharmacy Department, Nancheng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nancheng 344700, China)

Abstract: Compatibility taboos of traditional Chinese medicine refer to the deliberate selection of two or more herbs in combination with the patient's condition and the characteristics of TCM. Compatibility is complex and diverse, such as mutual needs, mutual understanding, mutual fear, mutual killing, mutual vice and contrary. Prescriptions are crucial for clinical treatment of any disease. In the current clinical prescription and clinical dispensing of Chinese medicine, the safety of incompatibility is often involved. The "eighteen evils" and "nineteen stomachs" stated in the Jin and Yuan Dynasties were summarized as "antidrug" in a unified way, which was also the basic taboo principle followed by Chinese medicine prescriptions and dispensing for a long time. However, there is still a large number of anti drug compatibility phenomena in the actual medication. Some of the prescriptions belong to doctors who are mistaken and part of them is prescribed by clinicians according to their patients' condition. As a pharmacist, should shoulder the responsibility of treating patients, all prescriptions for a detailed inspection, through access to a variety of information on the use of drugs to understand in detail, make a correct judgment, to ensure the safety of patients with medication.

Keywords: prescription of Chinese herbal medicine; taboo; anti drug compatibility; dispensing

中医药在我国具有悠久发展历史,随着我国医疗事业以及药物技术的不断发展,中药处方已经成为当代研究的重要学科。当前文献资料、实验研究、临床观察对于中药处方中反药配伍方法均未获得一致结论,而只有从深层次解释当前中药反药配伍禁忌才能完善中药处方治疗方案,也符合现代化医学规范标准以及表征方式。同时从临床安全用药治疗方面考虑,了解并熟练掌握中药配伍禁忌对于改善患者病情、促进康复进程具有重要意义。本文主要对中药配伍禁忌是指结合患者病情以及中药特性进行探讨,现将研究结果汇报如下:

1 中药配伍现状

对我院 2015 年 6 月—2017 年 6 月共 52 份配伍处方进行研究,见表 1。

表 1 反药配伍疾病处方分布

不合理种类	附子-半夏	附子-天花粉 (瓜蒌)	附子-浙贝母	附子-半夏-瓜蒌 (天花粉)	丁香-郁金
胸痹心痛病	14	9	1	2	
便秘病	5	1	0	1	3
胃脘痛病	2	0	0	6	
咳嗽病	0	0	5		
眩晕病	0	0	3		4
泄泻病	1	0	1		
心悸病	1	1	0		
其他	3	5	1		

结果显示,我院临床医生在中药配伍使用中,使用乌头组反药配伍最多。处方反药配伍应用最多前三分别

为:附子-半夏(50.00%)、附子-天花粉(瓜蒌)(30.77%)、附子-浙贝母(21.15%),处方应用中常见疾病前三位分别为胸痹心痛病(50.00%)、便秘病(19.23%)、胃脘痛病(15.38%),临床心病科常采用附子-半夏、附子-天花粉(瓜蒌)治疗胸痹心痛病,采用附子-半夏治疗便秘,采用附子-半夏或者附子-半夏-瓜蒌(天花粉)治疗胃脘痛病,临床效果相近。

2 反药配伍的历史溯源

我国很早就已经对中药配伍进行研究,《神农本草经》中记载有“勿用相恶、相反者”,意思就是在治疗疾病时,合用一些药剂产生或者增强毒副作用,对患者造成损伤,进而降低破坏药效,这也就是临床常说的配伍禁忌。五代《蜀本草》最早提出“十八反”配伍原则,之后逐渐发展,在金·张子和的《儒门事亲》中形成歌诀。十八反配伍禁忌——包括(1)半萎贝莖芩攻乌:乌头类药物包括川乌、草乌、附子,均不宜与半夏、瓜蒌、贝母、白蒺、白及配伍使用,因为乌头中所含乌头碱具有一定毒性,当与半夏配伍时,毒性加强,同时半夏本身也具有毒性,使中枢神经、末梢神经产生麻痹作用。除此之外,乌头与贝母、白及、白蒺配伍使用时,也会出现不同程度毒副作用,促进乌头碱活性,增强药物毒性;(2)藻戟遂芫俱战草:甘草与海藻、大戟、甘遂、芫花配伍使用药性相

反。甘草中甘草次酸成分能够有效促进钾离子、钠离子的排除降低血钙,具有重要的抗利尿作用,而海藻、大戟、芫花、甘遂均能够发挥利水消肿作用。单纯从水盐代谢角度来看,两者药效相反,不能共同使用。“畏”字在不同文献记载中具有不同含义,经过《神农本草经》提炼,逐渐发展成为“十九畏”,在《医经小学》中首次形成歌诀。其中有“夫服相反畏恶之药,虽不即毙,然久远潜害,亦可如此”,讲的就是中药配伍禁忌的顾虑之处。配伍禁忌对“潜在风险”理论进行了详细讲解,在患者使用反药配伍方法进行治疗时,虽并不会立即出现恶性毒发事件,该药毒性可能具有潜伏期,表现为长期慢性毒性。反药配伍治疗疾病理论与方法在我国已经发展已久,张仲景的《伤寒杂病论》中就对中药配伍禁忌提出了使用思路,采用小青龙汤、附子粳米汤方、赤丸方、甘遂半夏汤方等反药性中药进行治疗。在患者服药过程中,对患者实施密切关注与观察,避免出现任何不良反应。同时,也可以利用反治法的思维模式结合《内经》中的“五脏苦欲泻”“毒药”解释“十八反”“十九畏”所存在含义。

3 反药配伍的现代研究

通过对“十八反”“十九畏”概念深入探究以及临床实践总结,现代医学认为中药反药配伍禁忌实质性是药物作用产生的相反、相制作用,具有脏腑归属特征。但在实际应用时,中药配伍禁忌是一项有条件、动态变化的工作。在具体情境、特定病理条件下,特定用药配伍关系是可以相互转化的,灵活性较强。这也就形成了一种研究思路,中药配伍禁忌属于药性相反或者相制的代表性组织,反药组合具有特定毒性,应辩证对待妨害治疗、宜忌转化过程,这也为某些疾病提供了新的治疗思路。在之后医学发展过程中,明清医学家也继续沿用了十八反中药配伍禁忌理论,但在方法上有所创新,使得中药配伍方法逐渐呈现多样性。王道坤使用了用药相反的霸道理论;魏之琇利用甘草、甘遂药性相反特性的相反相激理论。这些学者的中药配伍使用方法都证明了部分反药组合并不是完全禁忌。在现代反药配伍研究中,各位学者也都提出了各种处方,其中张腾等学者以小鼠死亡率为观察指标,对“半夏贝菴芫攻乌”反药组合不同配比的乙醇提取物毒性变化规律进行研究^[2]。赵华^[3]学者研究表明乌头与法半夏配伍用药水煎对小鼠肾脏产生毒害作用,而单独使用乌头时,小鼠肝肾产生轻微损害。随着我国医学技术的不断发展,医学药物应用观念也是不断深入。目前临床中医学对于中药反药配伍的研究与应用越来越多,逐渐对其加大重视。中药配伍由于各种因素的影响,例如制剂方法、药物种类、配伍比例等,可能产生拮抗或者协同作用。综合来看,其中反药配伍剂量以及用药比例是影响中药配伍的主要因素。

4 反药配伍临床应用

中医学已经广泛使用反药配伍处方。使用半夏与乌头配伍处方,有效治疗由阴邪、寒邪引起的心下痞、腹痛、

寒厥等病症,病情急缓程度与药剂用量有关。同时也可以向其患者适量添加蜂蜜、干姜、甘草等,辅助解毒。使用二药配伍用于治疗脾肾阳虚、眩晕、风湿性心脏病等。在临床用药处方中发现,经常治疗的疾病有脾胃气虚、寒痰内蕴等消化系统疾病;风寒外伤、寒痰蕴肺等呼吸系统疾病;脾肾阳虚、气虚、痰瘀互阻等心血管疾病^[4]。许多经验丰富的中医师熟练掌握了配药用药方法,如王道坤医师在谈论治疗风痰上扰、痰湿中阻之眩晕等病症时,推荐使用法半夏化痰降逆,同时加入附片温阳散寒,在临床取得良好效果。医师全小林使用法半夏、附片,对有关寒、痰等病症进行治疗,患者均未出现不良反应^[5]。

5 讨论

医学界对于反药配伍的使用向来存在诸多争议,配伍用药或许疗效显著,或许产生损害作用。因此,在具体使用中药反药配伍时,应该结合患者病症谨慎下药,适时调整药剂药量以及药物种类。受传统思想影响,人们往往对反药配伍存在一定顾虑,从历史文献记载以及临床治疗用药情况可以发现这种意识普遍存在。医生在为患者开具反药配伍处方时,应该端正治疗态度,运用医学专业知识对整个过程中进行监督考察,不能依靠自身直觉判断,应结合毒理、药性、药效等各方面予以综合考虑,对配伍药物禁忌进行进一步探究、考证,尽最大努力防范药物不良反应发生。当开具电子处方药时,若出现药物相反情况时,屏幕上会提示对话框,医师可以根据对话意见对药物处方进行更改。各科室医师应该积极沟通,用药疗程中建议定期复诊检查,避免配伍用药的潜在风险,及时进行安全合理调剂,保障中药处方配伍用药的安全性^[6]。临床治疗上应该改变以往传统禁锢思想,不能简单拒绝配制,应根据病情辨证论治,仔细观察病机特点,根据患者用药反应变换治疗方法,必要时,临床医师可以突破配伍禁忌经验大胆使用新药。同时,与处方医师形成良好配合状态,减少配药失误,确诊药剂药量配合正确,进行反复确认之后投入使用。也可以使用药物预警系统配合人工药剂检查师,尽最大可能降低药物不合理使用现象。本文中对于中药配伍不合理现象进行分析,结果表明,合理使用中药配伍能够显著减少不良反应,促进协同作用,同时缩短治疗时间,有助于患者早日康复。

参考文献

- [1] 王华,刘玥欣,叶豆丹. 中药处方中反药配伍宜忌[J]. 吉林中医药, 2017, 37(4):393-396.
- [2] 金锐,王宇光,薛春苗,等. 中成药处方点评的标准与尺度探索(三):十八反、十九畏配伍禁忌[J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(11):969-975, 1007.
- [3] 赵华,李新莉. 半夏与乌头配伍对小鼠毒性作用的实验研究[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 28(1):17-18.
- [4] 邓树琼. 进行中成药处方点评对临床用药合理性的影响[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(10):5-6.
- [5] 赵妮. 1100张中西药联用处方的配伍合理性分析[J]. 中国卫生产业, 2014, 11(3):191, 193.
- [6] 陈孝强. 含甘草、丹参、大黄的中成药与西药配伍处方分析[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(4):139-140.

(本文编辑:张文娟 本文校对:邓晓升 收稿日期:2018-09-14)

实验研究 EXPERIMENTAL STUDY

化痰活血扶正方拆方后的相关药组
对肝纤维化大鼠 α -SMA、FN 表达的影响[※]

郑保平 肖海 林唐唐 唐杨 刘海华

(赣南医学院第一附属医院中医科,江西 赣州 341000)

摘要:目的 观察化痰活血扶正方拆方后的相关药组对肝纤维化大鼠模型肝脏组织病理学、 α -SMA、FN 表达,胶原面积百分比的影响。方法 选择雄性SD大鼠120只,随机分为正常组、模型组、水飞蓟宾组、化痰低中高剂量组、活血化痰低中高剂量组、扶正低中高剂量组、化痰活血扶正低中高剂量组。除正常组外,其余各组大鼠均予腹腔注射4% TAA(水为溶剂)5 mL/kg 体质量,剂量200 mg/kg,每周2次,共8周。造模开始次日,各低、中、高剂量组分别按照0.25、0.5、1.0 g/kg 剂量,每日1次、予10 mL/kg 体质量不同浓度的药物灌胃,水飞蓟宾组给予水飞蓟宾50 mg/kg 体质量灌胃,每日1次,用药8周。8周后取各组大鼠肝右叶组织,免疫组化法观察各组大鼠肝脏组织 α -SMA、FN 的表达、胶原面积百分比及组织形态病理学变化情况。结果 中药干预后的各组大鼠肝组织 α -SMA、FN 的表达及胶原面积百分比均有下降,与模型组相比均有统计学意义($P<0.05$);各组大鼠肝脏病理切片光镜下观察均较模型组大鼠肝组织在炎细胞浸润程度、变性坏死、纤维增生等方面有明显减轻。结论 化痰活血扶正方及其拆方后的各药组可显著降低肝纤维化大鼠模型肝组织中 α -SMA、FN 的表达;各中药治疗组大鼠的组织形态病理学明显改善,表明化痰活血扶正各药组能够减缓或阻断肝纤维化的进展。

关键词:化痰活血扶正方; α -SMA;FN;肝纤维化;大鼠;胁痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.042

文章编号:1672-2779(2019)-02-0104-04

Influence of the Decomposed Formulas of Phlegm Reducing and Blood Activating for Body Resistance Strengthening Prescription on the Expression of α -SMA and FN of Liver Fibrosis in Rats

ZHENG Baoping, XIAO Hai, LIN Tangtang, TANG Yang, LIU Haihua

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Gannan Medical University, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract: Objective To observe the effect of the decomposed formulas of phlegm reducing and blood activating for body resistance strengthening prescription on the liver histopathology, the expression of α -SMA, FN and the collagen percentage of liver fibrosis in rats. **Methods** One hundred and twenty male SD rats were randomly divided into a normal group, a model group, a positive drug (silybin) group, low-, middle-, and high-dose phlegm reducing groups, low-, middle-, and high-dose blood activating groups, low-, middle-, and high-dose body resistance strengthening groups, low-, middle-, and high-dose phlegm reducing, blood activating and body resistance strengthening groups. Except the normal group, the rats in the other groups were injected with 4% TAA in water at a dose of 200mg/kg, twice a week, for 8 weeks. The next day after modelling, the low-, middle-, and high-dose groups were intragastrically given corresponding drugs at 0.25, 0.5, and 1.0g/kg, according to the concentration by 10ml/kg, once a day, for 8 weeks in a row, respectively. And the positive drug group was given silybin 50mg/kg body weight once a day for 8 weeks. The expression of α -SMA, FN, the collagen percentage and the histopathology by immunohistochemical method was observed. **Results** After intervention, compared with the model group, the expression of α -SMA, FN and the collagen percentage in the liver tissue were significantly decreased ($P<0.05$) in all groups which intervened by Chinese herbology; and the degree of inflammatory cell infiltration, degeneration and necrosis, and fibroplasia were significantly reduced. **Conclusion** The phlegm reducing, blood activating, and body resistance strengthening decoction and its decomposed formulas can significantly decrease the expression of α -SMA, FN in the liver fibrosis in rats. Moreover, the decomposed formulas of phlegm reducing, blood activating, and body resistance strengthening decoction can slow the progression of liver fibrosis.

Keywords: phlegm reducing and blood activating for body resistance strengthening prescription; α -SMA; FN; rat; hypochondriac pain

各种慢性肝病进展到肝硬化必经的、共同的病理阶段是肝纤维化,它以结缔组织异常增生,细胞外基质过度沉积为病理特征。普遍认为,抗肝纤维化的治疗是延缓或阻止各种慢性肝病进展的重要手段。经过大量文献研究及临床观察,在对肝纤维化基本病机全面梳理认识

的基础上,认为肝纤维化发生发展过程中“痰、瘀、虚”贯穿于疾病的始终,因此在本病的治疗上“化痰”与“活血化瘀”“扶养正气”同等重要,不可偏废。前期通过对慢性乙肝肝纤维化患者的干预研究发现,临床拟定了化痰活血扶正方有较好的临床疗效^[1]。本研究拟通过动物实验研究着重探讨化痰活血扶正方及其拆方后的相关药组对肝纤维化大鼠 α -SMA、FN 表达的影响。

※ 基金项目:国家自然科学基金[No.81460707]

1 材料与方

1.1 药物及试剂 本实验所用的中药饮片均购自江西省赣州市协记大药房有限公司；秋水仙碱片，云南植物药业有限公司生产，批号：20170101；硫代乙酰胺（Thioacetamide, TAA），批号 172502-500G。FN 抗体，博士德，货号：BA1772； α -SMA，博士德，货号：BM0002；Masson 三色染色试剂，索莱宝，货号：G1340-100。

1.2 实验动物及分组 选用 SD 雄性大鼠（清洁级）120 只，体质量（80+10）g，购自湖南斯莱克景达实验动物有限公司（动物许可证号：SCXK（湘）2013-0004，合格证号：43004700022265）。随机分为空白对照组、水飞蓟宾组、模型组、化痰药低剂量组、化痰药中剂量组、化痰药高剂量组、活血药低剂量组、活血药中剂量组、活血药高剂量组、扶正药低剂量组、扶正药中剂量组、扶正药高剂量组、化痰活血扶正药低剂量组、化痰活血扶正药中剂量组、化痰活血扶正药高剂量组，每组 8 只。分笼饲养，每笼 4 只，自由摄食饮水适应性喂养 7 天，自然光线，湿度 30%~50%，温度 20~26℃。

1.3 实验方法

1.3.1 药物制备 将中药饮片按照功效及主治分为：化痰药组（白芥子、半夏、茯苓、陈皮、甘草等）、活血化瘀药组（莪术、丹参、桃仁等）、扶正药组（黄芪、党参、当归、白术等）、化痰活血扶正方组。每组药物均水浸过药面 2 cm 并浸泡 12 h 以上、第 1 遍，加水 3 L，300℃，1 h 煮开；第 2 遍，加水 1.5 L，300℃，40 min 煮开。每遍煮开后 200℃ 续煎 30 min。2 次合液，旋转蒸发仪浓缩至 1000 mL。置 4℃ 冰箱备用，使用前按要求配成所需浓度。

1.3.2 造模及给药 除正常组外其余大鼠均腹腔注射 4% TAA（水为溶剂）5 mL/kg 体质量，剂量 200 mg/kg，每周 2 次，持续 8 周，复制大鼠肝纤维化模型。造模的同时各低、中、高剂量组分别按照 0.25、0.5、1.0 g/kg 剂量，按 1 mL/100 g 体质量不同浓度的药物灌胃；正常组、模型组予以生理盐水，等体积灌胃；阳性药物组给予水飞蓟宾 50 mg/kg 体质量灌胃，日 1 次；给药 8 周。

1.3.3 标本采集与处理 造模及用药的第 8 周后取各组所有剩余大鼠，每次均禁食 12 h 后称重，10% 的水合氯醛腹腔注射麻醉后，冰盒上处死大鼠，取部分肝右叶组织，10% 甲醛常规固定、梯度乙醇脱水、二甲苯透明、石蜡包埋。

1.3.4 病理组织学观察 石蜡包埋组织，4 μ m 厚切片，分别行 Masson 染色。光镜下观察各组肝组织病理组织学变化。

1.3.5 免疫组化检测 α -SMA、FN 蛋白的表达 采用免疫组化 SP 法，鼠抗鼠 α -SMA 单克隆抗体及 FN 抗体均以 1:100 稀释，DAB 显色，苏木素复染 PBS 代替一抗作为阴性对照，阳性组织呈棕色，阴性组织呈蓝色。在自动

图像分析系统上，采用 HPIAS-2000 型图像分析软件进行定量分析，随视选取每张切片 10 个视野（ $\times 200$ ）倍测定阳性细胞的灰度值与所占视野面积的比，即平均光密度。**1.3.6 统计学方法** 统计学分析使用 SPSS 13.0 软件。各测量指标的数据以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用单因素方差分析，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 正常组大鼠食欲好、毛发光泽、活动灵敏，体质量增加明显；模型组大鼠进食少，体质量增长慢，活动少，反应迟钝，毛发干枯稀疏，部分大鼠毛发有结；其余各组大鼠较模型组相比在精神、毛发、活动、食欲方面均有不同程度的改善。

2.2 肝组织 α -SMA、FN 表达及胶原面积百分比的影响 免疫组化检查显示模型组 α -SMA、FN 的平均光度值较空白对照组显著升高，结果有统计学意义（ $P < 0.01$ ）；各中药治疗组 α -SMA、FN 的平均光度值较模型组显著下降，结果有统计学意义（ $P < 0.05$ ），其中以化痰活血扶正方组及活血化痰高剂量组为优。模型组 Masson 染色胶原面积百分比与空白组比较显著升高，结果有统计学意义（ $P < 0.01$ ）；各中药治疗组的胶原面积百分比较模型组显著下降，结果差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表1 各组大鼠肝组织中 α -SMA、FN 表达、
胶原面积百分比水平比较 ($\bar{x} \pm s, 8W$)

组别	只数	α -SMA 平均光密度	FN 平均 光密度	Masson 染色胶原面积 百分比
空白对照组	8	0.81 \pm 0.18	0.19 \pm 0.11	0.17 \pm 0.11
模型组	8	8.71 \pm 0.92 [▲]	2.52 \pm 0.24 [▲]	2.08 \pm 0.23 [▲]
秋水仙碱组	8	4.21 \pm 0.46 ^c	1.31 \pm 0.20 ^c	1.26 \pm 0.27 ^c
化痰药低剂量组	8	6.21 \pm 0.87 ^c	1.88 \pm 0.35 ^c	1.62 \pm 0.27 ^c
化痰药中剂量组	8	5.42 \pm 0.81 ^c	1.68 \pm 0.22 ^c	1.48 \pm 0.23 ^c
化痰药高剂量组	8	5.37 \pm 0.64 ^c	1.63 \pm 0.25 ^c	1.42 \pm 0.20 ^c
活血药低剂量组	8	6.01 \pm 0.65 ^c	1.44 \pm 0.24 ^c	1.31 \pm 0.22 ^c
活血药中剂量组	8	5.20 \pm 0.54 ^c	1.06 \pm 0.28 ^c	1.08 \pm 0.10 ^c
活血药高剂量组	8	4.11 \pm 0.45 ^c	0.95 \pm 0.27 ^c	1.04 \pm 0.16 ^c
扶正药低剂量组	8	7.19 \pm 0.85 ^c	2.16 \pm 0.21 ^c	1.68 \pm 0.18 ^c
扶正药中剂量组	8	6.72 \pm 0.77 ^c	1.62 \pm 0.30 ^c	1.58 \pm 0.28 ^c
扶正药高剂量组	8	6.52 \pm 0.72 ^c	1.57 \pm 0.35 ^c	1.56 \pm 0.23 ^c
化痰活血扶正药低剂量组	8	3.33 \pm 0.57 ^c	1.33 \pm 0.18 ^c	1.20 \pm 0.18 ^c
化痰活血扶正药中剂量组	8	3.06 \pm 0.58 ^c	1.02 \pm 0.13 ^c	1.12 \pm 0.17 ^c
化痰活血扶正药高剂量组	8	2.94 \pm 0.45 ^c	0.92 \pm 0.26 ^c	0.92 \pm 0.20 ^c

注：与正常组相比较，[▲] $P < 0.01$ ；与模型组比较，^c $P < 0.05$

2.3 病理组织学改变 Masson 染色后光镜观察，对照组汇管区及小叶间隔见少量蓝色胶原纤维，模型组蓝色胶原纤维明显增多，汇管-中央静脉区纤维间隔增宽，包绕、分隔肝小叶明显，部分形成假小叶。化痰活血扶正方及拆方后的各组及秋水仙碱组与模型组相比：肝细胞变性、坏死，纤维组织增生、炎细胞浸润程度等减轻明显（见图 1~15）。

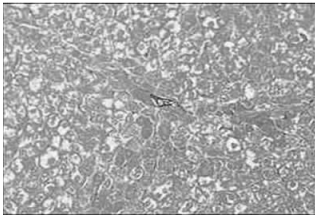


图1 正常组

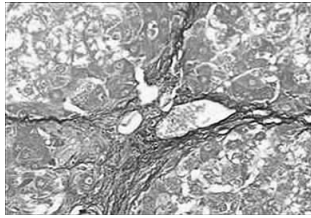


图2 模型组

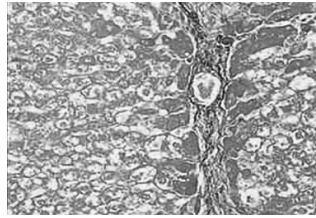


图3 水飞蓟宾组

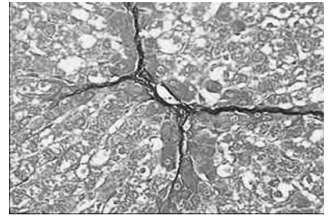


图4 化痰低剂量组

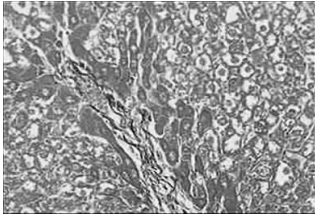


图5 化痰中剂量组

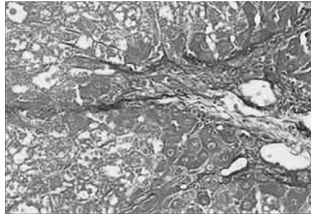


图6 化痰高剂量组

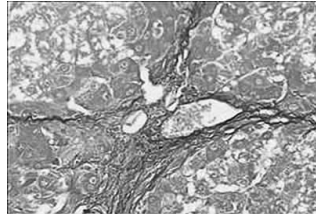


图7 活血化痰低剂量组

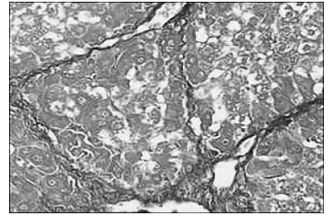


图8 活血化痰中剂量组

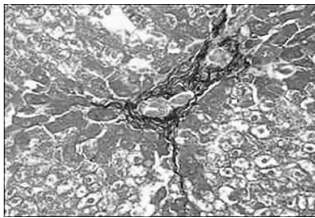


图9 活血化痰高剂量组

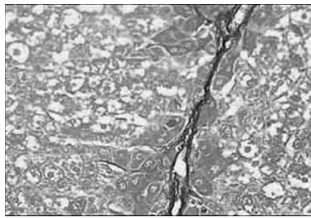


图10 扶正低剂量组

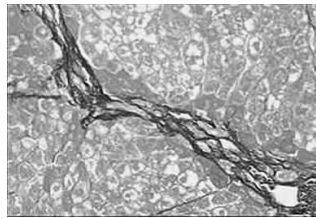


图11 扶正中剂量组

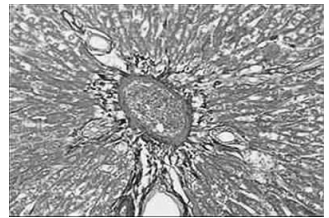


图12 扶正高剂量组

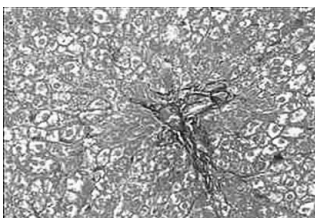


图13 化痰活血扶正低剂量组

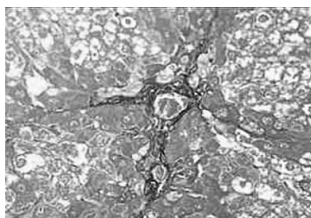


图14 化痰活血扶正中剂量组

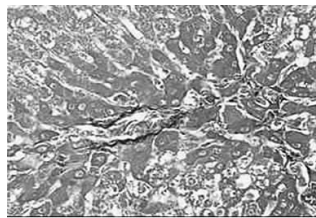


图15 化痰活血扶正高剂量组

3 讨论

虽然学者们一致认为早期有效地干预肝纤维化的进程便能阻断肝硬化的形成,但尚无安全有效的治疗药物。中医药长期防治“黄疸”“胁痛”“积聚”“臌胀”等(多与现代医学的“肝炎”“肝硬化”等疾病相关)理论总结和处方用药经验,为当今中医药抗肝纤维化研究提供了线索和捷径。肝纤维化的主要形成机制为肝细胞和内皮细胞的慢性炎症损伤,使得肝星状细胞活化、增殖、过度分泌,最终合成大量细胞外基质参与到肝纤维化的发生和发展之中^[2]。 α -SMA 作为 HSC 活化的特有标志蛋白,与 HSC 增殖、肝纤维化程度呈正相关, α -SMA 可作为 HSC 是否激活的重要标志物^[3]。其表达强度的变化与肝纤维化程度相关^[4]。随着 α -SMA 表达的增多,肝纤维化的程度随之加重^[5]。另外,ECM 异常增多是肝纤维化发生与发展的主要病理基础^[6]。FN 是广泛存在于肝脏中的大分子糖蛋白,和胶原纤维分布在一起^[7]。它作为 ECM 的一种,在肝纤维化过程中起着直接或间接的重要作用^[5]。首先, FN 可作为其它基质蛋白的支架^[8];

其次, FN 具有调节贮脂细胞的作用,其水平升高可以加强吞噬作用,但同时也会破坏功能性基底膜,破坏贮脂细胞静止状态,进而导致贮脂细胞表型发生改变^[9]。本研究显示,用药 8 周后,中药各治疗组 HE 染色后的大鼠肝脏病理切片光镜下观察均较模型组大鼠肝组织在炎细胞浸润程度、变性坏死、纤维增生等方面有明显减轻,表示各干预治疗的中药对肝纤维的形成和发展均有一定的阻断作用。同时,化痰活血扶正方及其拆方后的相关药组能够有效减低模型大鼠肝脏组织中 α -SMA、FN 的表达及 Masson 染色后的胶原面积百分比。这说明化痰活血扶正方及其拆方后的相关药组可能是通过抑制 HSCs 的激活及 ECM 的合成而起到延缓或逆转肝纤维化向肝硬化的进程。

参考文献

- [1] 郑保平,林唐唐,刘海华,等.化痰活血扶正方治疗慢性乙型肝炎肝纤维化的临床研究[J].时珍国医国药,2017,28(7):1589-1591.
- [2] 安纪红,倪文,乔杰.中药治疗慢性乙型肝炎肝纤维化的疗效观察及生存质量研究[J].中华肝病杂志,2014,22(1):30-32.
- [3] 王者令,刘中景,宋霆,等.扶正活血不同组方对肝纤维化大鼠肝组织

- α -平滑肌肌动蛋白和 Smad3 表达的影响[J]. 中西医结合肝病杂志, 2010, 18(4):233-235.
- [4] BaeMA, Rhee SD, JungWH, et al. Selective inhibition of activated stellate cells and protection from carbon tetrachloride-induced liver injury in rats by a new PPAR γ agonist-KR62776 [J]. Arch Pharm Res. 2010, 33(3): 433-442.
- [5] 李林蔚, 周景华, 刘华生. 柴胡桂枝汤对肝纤维化大鼠 FN、 α -SMA 表达的影响[J]. 黑龙江医药, 2014, 27(2):265-267.
- [6] 刘华生, 刘洋, 周景华. 柴胡桂枝汤对肝纤维化大鼠 TNF- α 、CTGF 表达的影响[J]. 中医药学报, 2011, 39(6):35-37.
- [7] 周荣佼, 王金燕, 孙健, 等. 老年缺血性脑卒中患者颈动脉斑块性质与血脂、细胞纤维结合蛋白和同型半胱氨酸水平的关系[J]. 郑州大学学报(医学版), 2014, 49(6):876-878.
- [8] Reob F, Matern S. Fibronectin-a key substance in pathogenesis of liver-cirrhosis Leber Magen Darm, 1993, 23(6):239.
- [9] 程多智, 谭莹, 赵颖, 等. PA、FN、ADA、CHE 和 51-NT 联合检测在肝脏疾病中的应用[J]. 河北医药, 2013, 35(20):3102-3103.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:韩立民 收稿日期:2018-09-03)

正交设计优选葛根超声加热提取工艺[※]

郭爱灵^{1,2} 姚斯琪¹ 姚涛¹ 潘斯庆¹ 周刘华¹ 常跃兴^{1,2*}

(1 安徽理工大学医学院药理学系, 安徽 淮南 232001; 2 安徽理工大学医学前沿实验中心, 安徽 淮南 232001)

摘要:目的 正交设计优选皖南野生葛根超声加热提取工艺。方法 以葛根总黄酮和葛根素为考察指标, 采用单因素考察和正交试验设计对皖南野生葛根超声加热提取工艺进行优化。结果 在考察因素变化范围内, 总黄酮和葛根素均随超声温度增加而增加, 随超声时间延长而增加, 乙醇浓度为 60% 时出现极值, 在液料比为 10:1 处出现极值; 正交试验结果表明, 四因素对总黄酮和葛根素提取率影响大小顺序为超声温度 > 乙醇浓度 > 超声时间 > 液料比。结论 皖南野生葛根最佳超声加热提取工艺参数为乙醇浓度为 60%, 超声温度为 60℃, 超声时间为 60 min, 液料比为 5:1。

关键词: 超声加热提取工艺; 葛根; 总黄酮; 葛根素

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.043

文章编号:1672-2779(2019)-02-0107-04

Optimization of Ultrasonic Heating Extraction Process of Puerariae Lobatae Radix by Orthogonal Design

GUO Ailing^{1,2}, YAO Siqi¹, YAO Tao¹, PAN Siqing¹, ZHOU Liuhua¹, CHANG Yuexing^{1,2*}

(1. Pharmacy Department, Medical College, Anhui University of Science and Technology, Anhui Province, Huainan 232001, China; 2. Center for Frontier Laboratory of Medicine, Anhui University of Science And Technology, Anhui Province, Huainan 232001, China)

Abstract: Objective To optimize the ultrasonic heating extraction process of wild Puerariae Lobatae Radix in southern Anhui province by orthogonal design. **Methods** With the total flavonoids and puerarin as the indexes in the experiment, the single factor and orthogonal experimental design were used to optimize the ultrasonic heating extraction process of wild Puerariae Lobatae Radix in southern Anhui province. **Results** In the designated range of factors, the contents of the total flavonoids and puerarin increased equally with the rising of ultrasonic temperature, the expanding of ultrasonic time, and their appeared respectively in 60% of ethanol concentration and in ratio of 10:1 of solid-liquid ratio; the Results of orthogonal test showed that The influence factors in the order of impacting the extraction rates of total flavonoids and puerarin are from the large to the small as ethanol concentration, ultrasonic temperature, ultrasonic time and solid-liquid ratio. **Conclusion** The optimum extraction parameters of wild Puerariae Lobatae Radix in southern Anhui province by orthogonal design were 60% of ethanol concentration, 60℃ of ultrasonic temperature, 60 min of ultrasonic time, and 5:1 of liquid ratio.

Keywords: ultrasonic heating extraction process; radix puerariae; extraction process; total flavonoids; puerarin

在医药工业大生产中葛根提取率直接影响其资源利用率, 制剂生产效率及经济效益^[1]。葛根提取技术见于报道的有传统浸提法^[2]、煎煮法、加热回流法^[3-4]、半仿生提取法^[5]、微波辅助提取法^[6]、超声波辅助提取法^[7]、超声波-微波辅助提取法^[8], 以及用超声波和热回流联合提取法等^[9]。前期实验表明, 可采用超声波辅助提取法

替代加热回流法对野葛样品进行处理^[10]。本文进一步采用超声加热提取方法, 以主要活性成分葛根总黄酮和葛根素 (puerarin, 1)^[11]含量为指标, 对该提取工艺参数进行单因素考察和正交设计优选, 以探讨葛根最佳提取工艺。

1 材料

Agilent 1200 型高效液相色谱仪 (美国 Agilent 公司); Plus C 18 色谱柱 (4.6 mm×250 mm, 5 μ m, 北京迪马欧泰科技发展中心); UV1902 型紫外可见分光光度计 (上海棱光技术有限公司); KQ-100 DE 型超声波清

※ 基金项目: 安徽理工大学引进人才基金项目 [No.11079]; 安徽理工大学大学生创新创业训练计划项目 [No.201610361317]

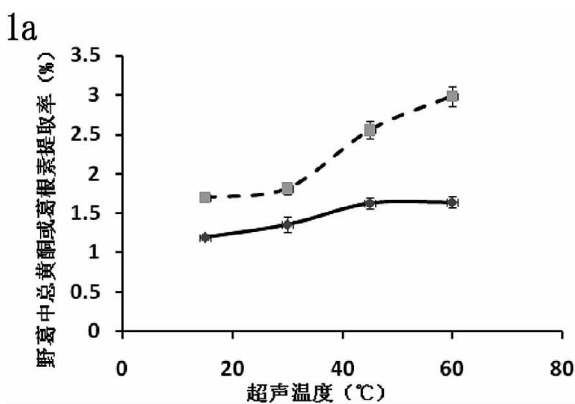
* 通讯作者: yxchang@aust.edu.cn

洗器(工作频率为40 kHz,最大超声功率为100 W,昆山超声仪器有限公司);MS105DU型十万分之一天平(梅特勒托利多国际贸易有限公司);BSM 220.4型分析天平(上海精卓电子科技有限公司);DE-100 G型多功能小型粉碎机(浙江红景天工贸有限公司)。甲醇(色谱纯,美国Merk公司);水(超纯水);葛根(采自于安徽省芜湖市芜湖县境内山坡,趁鲜切成5 μm见方的小块,干燥备用,经山东中医药大学药学院李峰教授鉴定为豆科植物野葛 *Pueraria lobata* (Willd.) Ohwi 的干燥根);葛根素对照品(批号为110752-201514,供含量测定用,购于中国药品生物制品检定研究院);其他试剂均为分析纯。

2 方法与结果

2.1 单因素考察 根据中药提取原理及其影响因素,本文首先以总黄酮提取率(%)和葛根素提取率(%)为指标选取超声温度、超声时间、乙醇浓度以及液料比对皖南野生葛根超声加热提取工艺单因素进行考察。总黄酮提取率(%)和葛根素提取率(%)采用文献^[4]报道的方法,经方法学验证均符合含量测定要求。

2.1.1 超声温度 精密称取5 g葛根备用药材,按照液料比为10:1加入60%乙醇,浸泡30 min后分别在设定加热温度为15, 30, 45, 60℃下,超声提取30 min。提取液自然冷却以60%乙醇补足损失的重量,振摇后过滤,弃去初滤液,取续滤液适量稀释后在250 nm吸收波长处测定吸光度,并代入回归方程计算总黄酮含量;取续滤液1 mL置于10 mL容量瓶,以20%乙醇定容至刻线,振摇,在2.1项色谱条件下进样20 μL,代入回归方程计算葛根素含量。结果如图1a所示。



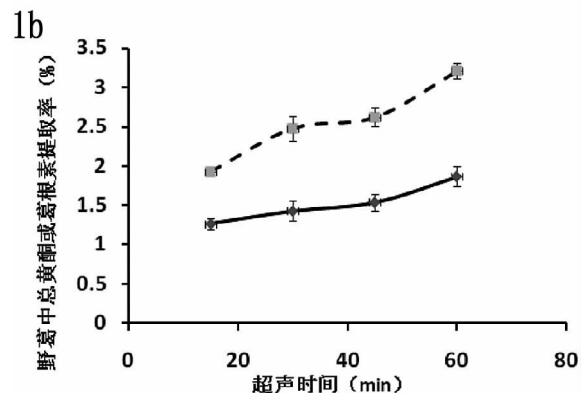
n=3,虚线为总黄酮随单因素变化曲线,实线为葛根素随单因素变化曲线

图1 超声温度对皖南野葛中总黄酮及葛根素提取率的影响

从图1a可见,随着超声温度的增加,总黄酮提取率呈增加趋势,而葛根素提取率在45℃时最高;提取

温度30℃以下对总黄酮提取率影响不大,30℃以后随温度增加总黄酮提取率增幅较大,而提取温度对葛根素提取率增幅影响不大。

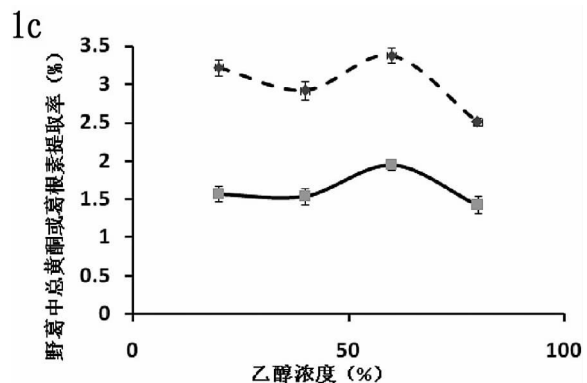
2.1.2 超声时间 精密称取5 g葛根备用药材,按照液料比为10:1加入60%乙醇,浸泡30 min后在设定加热温度为45℃下分别超声提取15, 30, 45, 60 min。提取液后续处理及含量测定同2.2.1项下操作,结果如图1b所示。从图1b可见,随着超声时间的延长,总黄酮和葛根素提取率均有增加的趋势,且增幅变化较大,而超声时间对总黄酮提取率比对葛根素提取率提高较为显著。



n=3,虚线为总黄酮随单因素变化曲线,实线为葛根素随单因素变化曲线

图2 超声时间对皖南野葛中总黄酮及葛根素提取率的影响

2.1.3 乙醇浓度 精密称取5 g葛根备用药材,按照液料比为10:1分别加入20%, 40%, 60%, 80%乙醇,浸泡30 min后在设定加热温度为45℃下超声提取60 min。提取液后续处理及含量测定同2.2.1项下操作,结果如图1c所示。从图1c可见,乙醇浓度对总黄酮和葛根素提取率及其增幅均有较大,且总黄酮和葛根素提取率在60%处均出现最大值。

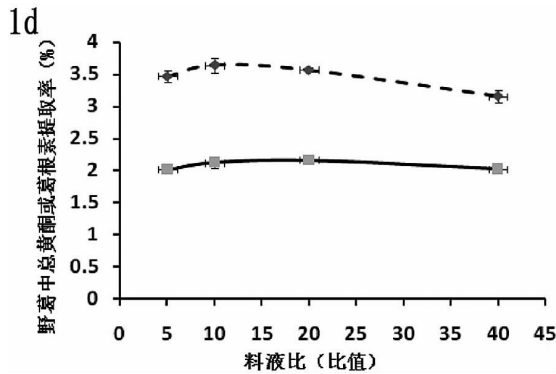


n=3,虚线为总黄酮随单因素变化曲线,实线为葛根素随单因素变化曲线

图3 乙醇浓度对皖南野葛中总黄酮及葛根素提取率的影响

2.1.4 液料比 精密称取5 g葛根备用药材,分别按照液料

比为 5:1, 10:1, 20:1, 40:1 加入 60% 乙醇, 浸泡 30 min 后在设定加热温度为 45 °C 下超声提取 60 min。提取液后续处理及含量测定同 2.2.1 项下操作, 结果如图 1d 所示。从图 1d 可见, 随着提取溶剂与药材比例的增加, 总黄酮和葛根素提取率均有先增加后减小的趋势, 且在液料比 10:1 处出现最大值。



n=3, 虚线为总黄酮随单因素变化曲线, 实线为葛根素随单因素变化曲线

图4 料液比对皖南野葛中总黄酮及葛根素提取率的影响

2.1.5 单因素考察极差分析 以不同水平为考察指标, 对各单因素不同水平总黄酮提取率 (%) 和葛根素提取率 (%) 最大值与最小值之差, 即极差进行统计, 结果见表 1。

表1 皖南野生葛根超声加热提取工艺单因素考察极差分析 (%)

提取率	超声温度极差	超声时间极差	乙醇浓度极差	液料比极差
总黄酮	1.29	1.28	0.76	0.24
葛根素	0.60	0.44	0.53	0.15

从以上结果分析, 超声温度对总黄酮提取率 (%) 和 1 提取率 (%) 影响均最大, 以总黄酮提取率 (%) 为指标, 四因素影响大小顺序为超声温度>超声时间>乙醇浓度>液料比; 以葛根素提取率 (%) 为指标, 四因素影响大小顺序为超声温度>乙醇浓度>超声时间>液料比。

2.2 正交实验设计 为优选皖南野生葛根超声加热提取工艺, 根据正交试验设计方法原则和单因素实验考察结果, 分别设定超声温度 30, 45, 60 °C, 超声时间 30, 45, 60 min, 乙醇浓度 40%, 60%, 80%, 液料比 5:1、10:1、20:1, 四因素三水平选用 (L₉3⁴) 表进行实验, 因素水平表见表 2。

表2 皖南野生葛根超声加热提取工艺正交设计

水平	A(超声温度/°C)	B(超声时间/min)	C(乙醇浓度/%)	D(液料比)
1	30	30	40	5/1
2	45	45	60	10/1
3	60	60	80	20/1

2.2.1 正交试验极差分析 9 次实验总黄酮提取率 (%)、

葛根素提取率 (%) 实验结果, 以及采用 SPSS 23.0 软件处理所得极差分析结果均见表 3。

表3 皖南野生葛根超声加热提取工艺正交实验极差分析结果

实验次数	A	B	C	D	总黄酮提取率 (%)	葛根素提取率 (%)
1	1	1	1	1	5.11	2.49
2	1	2	3	2	3.47	1.87
3	1	3	2	3	5.78	2.91
4	2	1	3	3	3.73	2.03
5	2	2	2	1	6.20	2.89
6	2	3	1	2	7.14	3.07
7	3	1	2	2	6.60	3.02
8	3	2	1	3	6.57	3.01
9	3	3	3	1	5.74	3.06
总黄酮K ₀ (%)	14.36	15.44	18.82	17.04		
总黄酮K ₁ (%)	17.07	16.23	18.58	17.21		
总黄酮K ₂ (%)	18.91	18.66	12.94	16.09		
总黄酮R(%)	4.55	3.22	5.65	0.95		
葛根素K ₀ (%)	7.27	7.54	8.57	8.44		
葛根素K ₁ (%)	7.99	7.77	8.82	7.96		
葛根素K ₂ (%)	9.09	9.04	6.96	7.95		
葛根素R(%)	1.82	1.50	1.86	0.49		

从表 3 极差分析结果看出, 乙醇浓度对总黄酮提取率 (%) 和葛根素提取率 (%) 影响均最大, 直观分析以总黄酮提取率 (%) 为指标最佳提取工艺为 C₁A₃B₃D₂, 四因素影响大小顺序为 C>A>B>D; 以葛根素提取率 (%) 为指标最佳提取工艺为 C₂A₃B₃D₁, 四因素影响大小顺序为 C>A>B>D。以上结果表明, 提取因素对总黄酮提取率 (%) 和葛根素提取率 (%) 影响大小顺序一致, 仅在因素 C (乙醇浓度/%) 和 D (液料比) 水平上有一定差异。

2.2.2 正交试验方差分析 正交试验 9 次实验总黄酮提取率 (%)、葛根素提取率 (%) 实验结果采用 SPSS 19.0 软件处理所得方差分析结果均见表 4~5。

表4 葛根中总黄酮含量测定正交实验方差分析

方差来源	Ⅲ型平方和	自由度	均方	F	显著性
修正模型	50.955 ^a	8	6.369	47.105	**
A	16.428	2	8.214	60.749	**
B	6.162	2	3.081	22.785	**
C	27.521	2	13.760	101.766	**
D	0.844	2	0.422	3.122	

注: a. R² = 0.913; F_{0.05}(2, 2) = 19.00; F_{0.1}(2, 2) = 9.00 **为具有显著性差异

表5 葛根中葛根素含量测定正交实验方差分析

方差来源	Ⅲ型平方和	自由度	均方	F	显著性
修正模型	0.001 ^b	8	9.702E ⁻⁵	32.642	**
A	0.000	2	0.000	50.854	**
B	0.000	2	6.430E ⁻⁵	21.635	**
C	0.000	2	0.000	54.262	**
D	2.270E ⁻⁵	2	1.135E ⁻⁵	3.818	

注: b. R² = 0.879; F_{0.05}(2, 2) = 19.00; F_{0.1}(2, 2) = 9.00 ; **为具有显著性差异

从表 4 和表 5 方差分析结果看, A (超声温度)、B (超声时间) 和 C (乙醇浓度) 对总黄酮提取率 (%) 和葛根素提取率 (%) 均有显著性影响, 且仍然是乙醇浓度对二者影响最大; D (液料比) 对总黄酮提取率 (%) 和葛根素提取率 (%) 均无显著性影响; A (超声温度)、B (超声时间) 和 C (乙醇浓度) 三因素对总黄酮提取率 (%) 和葛根素提取率 (%) 影响大小顺序均为 C>A>B。这与正交试验极差分析结果一致, 而与单因素考察实验结果极差分析不甚一致。

2.3 验证试验 根据正交实验结果对总黄酮提取最佳工艺 C₁A₃B₃ 和葛根素最佳提取工艺为 C₂A₃B₃ 进行验证, 结果见表 6。

表 6 葛根中总黄酮和葛根素最佳提取工艺验证实验结果表

提取率 (%)	C ₁ A ₃ B ₃		C ₂ A ₃ B ₃	
	均值	RSD (%)	均值	RSD (%)
总黄酮	7.19	3.00	7.32	2.70
葛根素	3.52	2.68	3.62	1.80

从表 6 结果可看出, 总黄酮最佳工艺 C₁A₃B₃ 和葛根素最佳提取工艺为 C₂A₃B₃ 总黄酮提取率 (%) 和葛根素提取率 (%) 均远高于正交设计 9 次实验最大值, 且重现性好, 表明提取工艺条件基本稳定。然而出现了总黄酮最佳工艺 C₁A₃B₃ 总黄酮提取率 (%) 比提取工艺为 C₂A₃B₃ 高 0.13% 的结果。

3 讨论

3.1 液料比对提取工艺的影响 无论从正交实验极差分析和方差分析结果看, D (液料比) 对总黄酮提取率 (%) 和葛根素提取率 (%) 影响不甚明显。结合实际生产, 为节约材料、简化工艺并利于后续浓缩干燥操作将 D (液料比) 均可设定为 5:1。

3.2 单因素考察极差、正交实验极差及正交实验方差对比 正交实验方差分析结果与正交试验极差分析结果基本一致, 而与单因素考察实验结果极差分析不甚一致。这可能是因为单因素极差分析只是简单地将最值进行加减, 而正交试验方差和极差分析则是对多组数据的影响进行综合评价, 通过最佳工艺验证也可证明正交试验结果的可靠性; 对多因素多水平仅对单因素考察具有一定的局限性, 需要加以正交设计实验、均匀设计实验以及响应面设计实验等进一步验证。

3.3 正交试验极差分析与方差分析 正交试验极差分析结果与方差分析基本一致, 同时使用方差分析和极差分析对正交实验数据进行分析可使二者相互印证, 增加了实验结果的可信度。

3.4 正交试验优选工艺与验证实验 总黄酮最佳工艺 C₁A₃B₃

总黄酮提取率 (%) 比提取工艺为 C₂A₃B₃ 高 0.13%, 这可能是因为总黄酮对不同水平的乙醇浓度不慎敏感, 这从正交试验不同水平乙醇浓度对总黄酮含量影响结果, 特别是 40% 和 60% 这 2 个浓度的结果可以看出。

3.5 粉碎粒度对提取工艺的影响 为与葛根提取大生产相适应并便于过滤, 实验过程中采用药材不粉碎而直接考察其提取工艺, 实验结果与以前样品处理方法所得结论有所不同^[10], 可能是因为粉碎粒度对葛根总黄酮和葛根素提取率的影响有很大关系, 而且也会影响其他提取参数对葛根总黄酮和葛根素提取率的影响, 这需要进行进一步验证和考察。

参考文献

- [1] 王赛君, 伍振峰, 杨明, 等. 中药提取新技术及其在国内的转化应用研究[J]. 中国中药杂志, 2014, 39(8):1360-1367.
- [2] 陈训, 段林东, 赵良忠. 葛根全原粉中葛根素的提取工艺研究[J]. 安徽农业科学, 2014, 42(36):13018-13020.
- [3] 吴轶, 刘文惠, 黄芳, 等. 葛根总黄酮与葛根素提取工艺优化及增强结肠炎大鼠抗氧化能力[J]. 现代食品科技, 2017, 33(10):117-126.
- [4] 时晓妮, 贺志龙, 顾健, 等. 基于 5 种葛根异黄酮组分综合评分法优选葛根提取工艺[J]. 现代中药研究与实践, 2016, 30(3):49-52.
- [5] 王京龙, 郑丹丹, 王磊. 均匀设计法优化葛根半仿生提取工艺[J]. 中成药, 2017, 39(5):1084-1087.
- [6] 王辉, 刘长路. 微波辅助乙醇提取葛根素技术研究[J]. 绿色科技, 2015, 6(9):308-309.
- [7] 陈帅, 王慧竹, 薛健飞. 响应面法优化超声提取野葛茎中葛根素的工艺[J]. 广东农业科学, 2015, 42(4):60-66.
- [8] 范蕴芳, 胡碧纯, 陈慧, 等. 超声-微波辅助提取葛根异黄酮工艺研究[J]. 安徽农业科学, 2013, 41(12):5495-5497.
- [9] 彭菊艳, 王俊儒, 张义英, 等. 葛根有效成分的含量测定与提取工艺优化[J]. 陕西农业科学, 2005, 51(3):52-54.
- [10] 常跃兴, 郭爱灵, 陈铎葆, 等. 样品处理方法对皖南葛根和粉葛中总黄酮和葛根素含量的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2017, 24(11):78-81.
- [11] 楚纪明, 马树运, 李海峰, 等. 葛根有效成分及其药理作用研究进展[J]. 食品与药品, 2015, 17(2):142-146.
- [12] 郭超峰, 夏猛, 银胜高, 等. 合欢花总黄酮的抗抑郁作用及其机制研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(13):225-228.

(本文编辑:张文娟 本文校对:邓云 收稿日期:2018-09-05)



浅层 X 线照射联合消疣汤治疗尖锐湿疣 98 例

卢平 曹玉平 董映莅

(大连市皮肤病医院皮肤科, 辽宁 大连 116011)

摘要:目的 为了能更好治疗尖锐湿疣,本次研究采用 X 线照射联合消疣汤的中西医结合治疗方法,观察治疗效果以及后继的复发情况。**方法** 选择尖锐湿疣,共 98 例参与研究,将患者分成研究组、对照组,每组各半。对照组只采用西医的 X 线照射(SRT-100 浅层 X 线照射)治疗。研究组则采用 X 线照射+消疣汤的中西医结合治疗方法。**结果** 对照组、研究组治愈率分别为 75.51%(37/49)、93.87%(46/49);对照组、研究组 3 个月的复发率分别为 44.9%(22/49)、12.24%(6/49)。2 组数据对比 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。**结论** 采用 X 线照射联合消疣汤的中西医结合治疗方法有效率更高,复发率更低,具有安全、可靠的优点,可在临床上推广使用。

关键词: 消疣汤;尖锐湿疣;浅层 X 线放射治疗;中西医结合疗法;复发率;带下病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.044

文章编号:1672-2779(2019)-02-0111-02

Xiaoyou Decoction Combined with Shallow X-ray Radiation in the Treatment of Condyloma Acuminatum for 98 Cases

LU Ping, CAO Yuping, DONG Yili

(Dermatology Department, Dalian Dermatoses Hospital, Liaoning Province, Dalian 116011, China)

Abstract: Objective To explore the efficacy of Xiaoyou decoction combined with shallow X-ray radiation for the treatment of condyloma acuminatum (CA). **Methods** 98 patients were randomly divided into two groups. The control group was treated by SRT-100 shallow X-ray radiation. The study group was treated with SRT-100 shallow X-ray radiation and Xiaoyou decoction. All patients were followed up for 3 months. **Results** The cure rate and the recurrence rate in study group were 93.87% and 12.24%, and those in the control group were 75.51% and 44.90% respectively. The difference in the cure rate and the recurrence rate at postoperative 3 months between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Xiaoyou decoction combined with SRT-100 shallow X-ray radiation therapy is safe and effective in treating CA with low recurrence rate and good compliance.

Keywords: Xiaoyou decoction; condyloma acuminatum; shallow x-ray radiation therapy; therapy of integrated medicine; recurrence rate; leukorrheal diseases

尖锐湿疣(CA)属于传播性疾病,是由病毒(人类乳头瘤)所引起的。这些年在临床上用来治疗尖锐湿疣方法很多,如 CO₂ 激光等,不同的方法疗效也不一样,但复发率一直以来都比较高。2017 年 6 月—2018 年 4 月,本研究采用 2 种不同方法治疗尖锐湿疣,其中浅层 X 线照射联合消疣汤取得明显效果,尤其是复发率明显降低。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择皮肤门诊科尖锐湿疣患者 98 例,所有患者符合尖锐湿疣的相差诊断标准^[1]。不易确诊者做聚合酶链反应(PCR)或行病理活检,主要排除与尖锐湿疣难鉴别的疾病如鲍温样丘疹病,梅毒扁平湿疣等疾病。年龄 16~60 岁,平均 35 岁;其中男 66 例,女 32 例;病程最短 15 d,最长 1 年,平均 6 个月;初发者 61 例,复发者 37 例。随机分为 2 组:单纯 SRT-100 照射组 19 例、消疣汤联合 SRT-100 照射组 49 例。治疗前患者签署浅层 X 线治疗知情同意书。2 组在年龄、性别和病程方面比较无明显差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 首先确定治疗范围:醋酸白实验阳性部位即为治疗范围。单纯 SRT-100 照射组: SRT-100 浅层 x 线治疗系统为美国 Sensus 公司制造 (Serial Number: 14061195),首次治疗,电压为 50 kV,单次剂量 400 cGy,

照射前清洁消毒伤口,防止感染,照射后同样外涂夫西地酸钠乳膏,每天 3~5 次,用药 5~7 d。3 d 后 SRT-100 照射治疗第 2 次,1 周后 SRT-100 照射治疗第 3 次,15 d 后 SRT-100 照射治疗第 4 次,4 次为 1 个疗程,4 次总量 1600 cGy。根据皮损大小和消退情况,以 1 个疗程为限判断治疗效果。浅层 X 线照射联合消疣汤:采用浅层 X 线照射联合消疣汤(口服、外用)的中西医结合治疗方法,配方:夏枯草、白术、赤芍、熟地黄、当归、木贼草、何首乌、香附各 15 g,桃仁、川芎、红花各 10 g,甘草 6 g,板蓝根 25 g 及薏苡仁 30 g。每天 1 剂,用水煎服,每天 3 次,并且用剩下的药液以稍用力的力度涂洗患处,一直到患处发红。根据消退性、皮损大小情况,以 1 个疗程为限判断治疗效果。

1.3 疗效判定标准 以《常见皮肤性病诊断与治疗》^[2]为标准,选择其中对尖锐湿疣的疗效标准为基础。在治疗后 3 个月内,通过门诊或电话随访。治愈:疣体全部消失,无明显临床症状,随访 3 个月未见复发;有效:所有的疣体均消失,临床症状也消失,1 个月内无复发,或是 3 个月内出现 2 次小疣体,通过局部治疗后未见复发;无效:随访 3 个月出现 3 次及以上的散在疣体。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 19.0 统计学软件对数据进行

分析,以 χ^2 检验为计数资料分析。

2 结果

对照组、研究组近期的疗效详细情况见表1~2。

表1 2组者近期疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率(%)
对照组	49	24	13	12	75.51
研究组	49	33	13	3	93.87

注:2组间比较 $\chi^2=6.38, P<0.05$

表2 2组患者随访复发率比较 (例)

组别	例数	1月	2月	3月	复发率(%)
对照组	49	7	9	6	44.90
研究组	49	2	1	3	12.24

注:2组间比较 $\chi^2=12.80, P<0.05$

3 讨论

尖锐湿疣是发病率较高的性传播疾病,病程迁延,通常无自愈倾向,可能发生癌变。国内外各级医院在临床中采取不同的治疗方法治疗该病,治愈率高,但因其局部治疗不能将体内HPV病毒完全彻底清除而导致复发率居高不下^[3-4]。目前大多数医院依靠单纯的化学、物理、局部用药等方法治疗,比如液氮冷冻、超脉冲CO₂激光、局部药物注射、微波、电离子等疗法可以进行点对点的清除疣体^[5-6],在较短的时间里就可以对病灶进行消除,从而消除疣体,在外观上使得皮肤变成正常状态,但是对于引起该疾病的HPV病毒没有任何效果,所以在后期一般会出现比较高的复发性。我们在临床诊疗中先用冰醋酸确定亚临床感染的范围,紫药水标清皮损范围,然后运用SRT-100浅层X线照射联合消疣汤治疗尖锐湿疣。

HR-HPV感染临床症状可将该病归属于中医学“带下病”范畴。《傅青主女科·带下病》中提到:“带下俱是湿证”,认为带下病病因病机为湿热内侵阴器与胞宫,或脾肾之虚,伤及任带二脉,以致任带失约,引起诸证^[7]。现代中医认为,其多因外感湿热邪毒、加平素房事不洁,热毒浸淫并瘀结胞宫子门;又或摄生不慎、情志不遂等致脏腑功能受损,温热内蕴,脾虚生湿,与外感邪毒相搏结,湿热下注;本病属虚实夹杂,并以湿热毒邪瘀结为主,兼气血失和、正气不足^[8]。因此,在治疗中应该以清热解毒利湿为主要原则。消疣汤是现代与传统结果的结合,运用的是传统的中医理念以及当前最先进的药理研究成果,选用具有免疫功能、抑制表皮细胞增殖、增加免疫力、抗病毒的中药^[9-10]。如薏苡仁具有强大的抗病毒作用^[11]。在现代药理学领域的研究表明,清热解毒燥湿中药针对炎症、病毒等都有一定的效果,还可以起到抗肿瘤的作用,对身体机能的免疫平衡具有一定的调节作用,能够对恢复身体的免疫力有很大的促进作用。而且将该药液清洗皮肤,在擦拭皮损中让药物更好作用于局部的皮肤,增加疗效。

浅层X线照对于人乳头瘤病毒线粒体能起到一定的

破坏作用,对潜伏的病毒能起到抗增殖抑制作用,同时起到抗炎和免疫调节的临床生物学效应^[12-13]。在治疗皮肤病的研究领域曾经广泛应用浅层X线方法,随着科技的不断进步,治疗器材以及用于治疗的药物不断出现,因此该方法在治疗领域的应用越来越少。该治疗方法具有以下几种特点^[14]:(1)对于一些细胞具有一定的抑制作用,如增生以及分化不良的细胞;(2)该方法针对于微细血管存在一定的闭塞等作用,所以在针对巨大型的CA上的治疗效果比较好。同时,该治疗方法相对于手术治疗,在进行治疗之前不用进行麻醉处理,而且使用该方法治疗之后不存在有很大的创伤面和出血的量比较多等问题。但是,该治疗方式的副作用也非常大,如果在治疗的过程中操作不当会引起严重损伤,而且该损伤通常是不可逆的。所以,在使用该方法进行治疗时,一般操作的过程都会选择经验比较丰富的人员,而且结合患者的病情发展,以及病情发生的位置还有波及的范围大小等因素,对病情发生的位置周围的器官以及组织采取相应的措施进行保护,尤其是针对生殖细胞的保护,因为X线对生殖细胞的作用比较明显,所以针对男性患者,在进行该方式治疗时,要对男性的睾丸进行特别的保护,在治疗的过程中进行避免X线直接对生殖器进行照射。采取正确的保护措施,减少副作用的发生。

浅层X层照射联合消疣汤,在祛除疣体的同时治疗了潜伏的病毒和亚临床感染,提高了近期的治愈率,降低了疾病的复发率,且副作用较小,治疗简便快捷,痛苦小,不易感染,费用低,疗程短。该方法安全有效,值得临床研究和推广。

参考文献

- [1] 朱学骏. 皮肤病学[M]. 2版. 北京: 北京大学医学出版社, 2015: 1471-1473.
- [2] 冉玉平. 常见皮肤病诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
- [3] 池凤好, 范瑞强, 禚国维. 疣毒净胶囊及外洗液治疗尖锐湿疣激光术后复发疗效观察[J]. 中医杂志, 1999, 40(4): 231-232.
- [4] Kacerovska D, Pizinger K, Kumpovam, et al. Genital warts treated by photodynamic therapy[J]. Skin Med, 2007, 6(6): 295-297.
- [5] 杨高云, 钱革, 高妮, 等. 带组织切除术联合光动力治疗男性巨大尖锐湿疣的疗效分析[J]. 中国性科学, 2012, 21(12): 35-37.
- [6] Goo P, Sonnex C. Frequently asked questions about genital warts in the genitourinary medicine clinic an update and review of recent literature[J]. Sex Transm Infect, 2008, 84(1): 3-7.
- [7] 张云, 李淑萍. 从“伏邪”论宫颈乳头瘤病毒感染[J]. 浙江中医药大学学报, 2016, 40(2): 100-102, 113.
- [8] 彭亚楠, 程玲, 黄楠, 等. 清热解毒方联合干扰素 α -2b治疗宫颈高危型人乳头瘤病毒持续感染随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(13): 121-123.
- [9] 路又璐, 秦建中. 17味中药对培养的表皮细胞增殖的影响[J]. 临床皮肤科杂志, 1996, 21(4): 202-204.
- [10] 赵禄阶, 陈熠, 李永秀, 等. 中药消疣汤治疗扁平疣52例[J]. 中医杂志, 2010, 51(S2): 202.
- [11] 梅松政, 宋惠兰. 薏苡仁应用举隅[J]. 中医杂志, 2011, 52(15): 1335.
- [12] 曾逊闻, 刘明远, 周觉初, 等. 现代良性病放射治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003.
- [13] 吴永忠, 郭剑峰, 龙强, 等. 非肿瘤性良性疾病的放射治疗[J]. 重庆医科大学学报, 2002, 27(1): 82-83.
- [14] 杨国亮. 皮肤病学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1992: 125-126.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 李爱莉 收稿日期: 2018-08-29)

清肺汤联合莫西沙星治疗成人支原体肺炎的临床观察

朱佳佳 袁燕芳*

[常熟市中医院(常熟市新区医院)呼吸内科,江苏 常熟 215500]

摘要:目的 探究加味清肺汤联合莫西沙星治疗成人支原体肺炎的临床效果。方法 随机选取60例支原体肺炎患者,随机分成2组,其中对照组患者采用莫西沙星进行治疗,观察组患者在莫西沙星治疗的基础上使用加味清肺汤治疗,对比治疗后的生理指标变化情况、临床治疗效果及不良反应发生率。结果 治疗后2组患者的生理指标均有所改善,观察组总治疗有效率96.77%(30/37),高于对照组89.65%(26/29),观察组的体温恢复时间、咳嗽消失时间、肺部啰音消失时间均短于对照组;治疗后,2组患者均出现不良反应,其中对照组不良反应发生率为34.48%(10/29),观察组不良反应发生率为12.90%(4/31),对比有显著差异, $P<0.05$ 。结论 在治疗成人支原体肺炎时,采用加味清肺汤联合莫西沙星方案,可以显著改善患者生理指标,提高治疗总有效率,且不良反应发生率比较低,临床价值良好。

关键词:清肺汤;莫西沙星;成人支原体肺炎;中西医结合疗法;咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.045

文章编号:1672-2779(2019)-02-0113-03

Clinical Observation on Qingfei Tang Combined with Moxifloxacin in Treating Adult Mycoplasma Pneumonia

ZHU Jiajia, Yuan Yanfang

(Respiratory Medicine Department, Changshu Hospital of Traditional Chinese Medicine (Changshu New District Hospital),

Jiangsu Province, Changshu 215500, China)

Abstract: **Objective** To observe clinical effect of the modified Qingfei decoction combined with moxifloxacin on adult mycoplasma pneumonia. **Methods** 60 cases were randomly divided into the control group and observation group. The control group was treated with moxifloxacin. The observation group was treated with the modified Qingfei decoction on the basis of the control group. The clinical effects, symptoms and signs, adverse reactions were compared between the two groups. **Results** The total efficiency was 96.77% in the observation group and 89.65% in the control group. The difference between the groups was statistically significant ($P<0.05$). The improvement of fever, cough, lung rales and other indicators in the observation group were better than the control group. The incidence rate of adverse reaction was 12.90% in the observation group and 34.48% in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The Qingfei decoction can effectively improve the symptoms and signs, reduce adverse reactions with obvious effects, and is a good method for treating adult mycoplasma pneumonia.

Keywords: Qingfei decoction; moxifloxacin; adult mycoplasma pneumonia; therapy of integrated medicine; cough

支原体肺炎是由肺炎支原体(MP)引起的呼吸道和肺部的急性炎症病变,在我国,MP肺炎的发病率高,在一项7个城市12家医院参加的全国性成人社区获得性肺炎(CAP)病原调查中,MP肺炎的比例达到20.7%,超过了肺炎链球菌而成为首位致病原^[1]。其典型临床表现为中度发热,持续约2周;顽固性刺激性咳嗽,咳少量黏液痰或痰中带血,可持续4周或数月^[2]。部分患者出现肺外表现,可累及胃肠道、神经、血液、心血管、骨骼肌、关节、皮肤等器官,故需尽早治疗,良好的治疗方案是确保支原体肺炎治疗效果的基础。在本次研究中,对31例支原体肺炎患者加味清肺汤联合莫西沙星治疗,取得良好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院2016年1月—2017年6月收治的支原体肺炎患者中随机选取60例进行研究,随机分成2组,对照组29例,男16例,女13例;年龄为24~63岁,平均43.5岁;病程为14~19 d,平均病程为(15.2±1.3) d。观察组31例,男16例,女15例;年龄为21~64岁,平

均42.1岁;病程为15~22 d,平均病程为(17.6±1.8) d。对比两组患者的基线资料,无显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 纳入标准 参照中华医学会呼吸病学分会感染学组2010年制订的《成人肺炎支原体肺炎诊治专家共识》的标准,入选病例需满足以下条件:①发热:大多数患者仅出现低热(体温 ≥ 37.5 ℃)、疲乏,少部分为突发性高热并伴有头痛、肌肉酸痛等全身症状;②咳嗽:阵发性、刺激性咳嗽,以干咳为主,痰少质黏;③体格检查:常有咽部充血,两肺呼吸音粗,部分患者可闻及肺部干湿性啰音;④胸部CT表现:云雾样片状浸润影,从肺门向外周肺野放射,肺实质受累时也可呈大片实变影,部分表现为段性分布或双肺弥漫分布的网状及结节状间质浸润影,胸腔积液少见;⑤实验室检查:外周血白细胞总数及中性粒细胞分类正常或偏高,血清肺炎支原体抗体IgM阳性;⑥年龄 ≥ 18 岁,排除莫西沙星过敏;⑦排除合并有慢性呼吸系统疾病、糖尿病、免疫抑制、严重心脑血管疾病及肝肾功能异常的患者。

1.3 排除标准 肺部肿瘤、肺结核及肺部其他病变者^[2-3]。

1.4 治疗方法 对照组给予盐酸莫西沙星氯化钠注射液及盐酸莫西沙星片治疗,先静脉滴注后再口服,用法用

* 通讯作者:yuanyanfang0330@163.com

量为：盐酸莫西沙星氯化钠注射液静脉滴注，250 mL 0.4 g/d，连续使用 10 d；盐酸莫西沙星片，口服，1 次/d，0.4 g/次，连续服用 4 d。

观察组在对照组基础上，配合使用加味清肺汤治疗，基本药方包括：炙麻黄 6 g，杏仁 10 g，生石膏 20 g，苇茎 20 g，桔梗 6 g，黄芩 10 g，金银花 10 g，连翘 12 g，桑白皮 10 g，甘草 5 g。腹胀加用厚朴 10 g，陈皮 10 g；咳嗽痰多加用前胡 10 g，姜半夏 10 g；食欲不佳者，可加用焦山楂 15 g，焦六曲 15 g。所有药材用水煎煮，取 200 mL 药汁，早晚 2 次服用。2 组患者入组前均行血常规、肺炎支原体抗体、胸部 CT 检查，治疗 7 天后复查血常规，10 d 后复查胸部 CT 评估疗效。并观察各项指标变化情况。

1.5 观察指标 观察 2 组患者治疗后生理指标变化情况、临床治疗效果及不良反应发生率。

1.6 判定标准 根据《中药新药临床研究指导原则》将疗效判定标准分成无效、有效、显效、治愈 4 个级别。无效：治疗后患者临床症状无改善，治疗 10 d 后复查的胸部 CT 提示肺部病灶吸收不明显；有效：治疗后患者的临床症状有所好转，外周血白细胞计数未恢复正常，治疗 10 d 后复查的胸部 CT 提示肺部病灶部分吸收；显效：患者治疗后临床症状明显好转，外周血白细胞计数基本正常，肺部干湿性啰音减少或消失，治疗 10 d 后复查的胸部 CT 提示肺部病灶大部分吸收；治愈：患者的临床症状彻底消失，肺部干湿性啰音消失，外周血白细胞计数正常，治疗 10 d 后复查的胸部 CT 肺部病灶完全吸收。治疗总有效率=100%-无效率。

1.7 统计学方法 用 SPSS 18.0 统计软件包处理分析数据，计量资料 ($\bar{x} \pm s$)，行 *t* 检验；计数资料用 (%) 表示，行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比 2 组患者生理指标变化情况 治疗后 2 组患者的生理指标均有所改善，观察组患者的体温恢复时间、咳嗽消失时间、肺部啰音消失时间均短于对照组，对比有统计学差异， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 2 组患者生理指标变化情况 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	体温恢复时间	咳嗽消失时间	肺部啰音消失时间
对照组	29	5.32±1.49	13.66±2.34	9.84±2.15
观察组	31	2.36±1.52	10.33±2.65	6.95±2.24

2.2 对比 2 组患者临床治疗效果 对照组患者的治疗总有效率为 89.65%，显著低于观察组患者的 96.77%， $P < 0.05$ ，见表 2。

表 2 2 组患者临床治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	29	16	7	3	3	26(89.65)
观察组	31	20	9	1	1	30(96.77)

2.3 对比 2 组患者不良反应发生率 治疗后，2 组患者均出

现不良反应，其中对照组不良反应发生率为 34.48%，观察组不良反应发生率为 12.90%，对比有显著差异， $P < 0.05$ ，见表 3。此外，2 组患者除了出现腹胀、皮肤过敏、头痛、头晕等不良反应外，未出现其他严重不良反应。

表 3 2 组患者治疗后不良反应发生率 (例)

组别	例数	腹胀	皮肤过敏	头痛、头晕	不良反应发生率(%)
对照组	29	5	3	2	34.48
观察组	31	2	1	1	12.90

3 讨论

支原体肺炎是一种比较常见的呼吸道疾病，全年均可发病，可发生于任何年龄阶段，但在青壮年、无基础疾病的 CAP 患者中所占比例更高^[2]。肺部阳性体征少而影像学表现明显是支原体肺炎的一个重要特点，影像学表现较为多样化，易造成误诊，从而延误治疗影响预后，所以在确诊为肺炎支原体感染后，抗生素的选择尤为重要。由于支原体无细胞壁，对 β 内酰胺类抗生素天然耐药，故治疗主要采用大环内酯类、四环素类、氟喹诺酮类药物。近年来，肺炎支原体对大环内酯类抗生素耐药现象逐渐被关注，据最新调查结果表明，成人肺炎支原体感染患者中肺炎支原体对红霉素的耐药率达到了 69%^[4]。因此，在 2010 年的“成人支原体肺炎诊治专家共识”中指出：应考虑大环内酯类抗生素耐药菌株感染的可能，对于无明显禁忌证的患者推荐换用呼吸喹诺酮类或四环素类药物。莫西沙星是第 4 代喹诺酮类药物，对革兰氏阴性菌、革兰氏阳性菌、厌氧菌、支原体、衣原体和军团菌等均具有抗菌活性，耐药率低、半衰期长、组织穿透力强，肝肾双排泄，安全性及耐受性好^[5]。故在本研究中，选用莫西沙星联合中药治疗肺炎支原体肺炎。中医学，对本病没有特殊论述，均属于“风温肺热病”范畴，其主要病因病机为感受外邪、肺失宣肃、以及正气内虚、脏腑功能失调致病理产物积聚。根据临床症状及舌苔脉象，主要有风热犯肺、风燥犯肺、风痰阻滞、痰热蕴肺、痰湿蕴肺等证型，不论以风、热、燥、痰、湿哪个为主，均以邪实为总纲，故治疗以清肺化痰为主。本研究采用加味清肺汤配合莫西沙星治疗，方中苇茎、黄芩可以清泻肺热；麻黄、桑白皮具有宣肺止咳平喘的作用；杏仁、桔梗化痰止咳、宣降肺气；金银花、连翘、石膏具有清热解毒之效；甘草益气和中，调和诸药。现代药理学研究表明，苇茎、黄芩、石膏有明显解热镇痛抗菌作用；桑白皮、桔梗、金银花等具有广谱的抗病原微生物、抗内毒素、抗炎、提高巨噬细胞吞噬功能等作用；杏仁、桔梗、甘草等则具有显著祛痰镇咳作用^[6]。诸药联合，共奏止咳化痰、清热宣肺、去邪固表之功。根据患者病症辨证论治加减用药，可有效治疗各种兼夹症状的支原体肺炎。本次研究，治疗后 2 组患者的生理指标均有所改善，而观察组患者的体温恢复时间、咳嗽消失时间、肺部啰音消失时间均短于对照组。且观察组总

治疗有效率 96.77%，高于对照组 89.65%；治疗后，2 组患者均出现不良反应，其中对照组不良反应发生率为 34.48%，观察组不良反应发生率为 12.90%，对比有显著差异， $P < 0.05$ 。采用加味清肺汤联合莫西沙星治疗成人支原体肺炎可以显著改善患者生理指标，提高治疗总有效率，且不良反应发生率比较低，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 刘又宁,陈民均,赵铁梅,等.中国城市成人社区获得性肺炎 665 例病原学多中心调查[J].中华结核和呼吸杂志,2006,54(1):3-8.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会感染学组.成人肺炎支原体肺炎诊治专家

共识[J].中华结核和呼吸杂志,2010,33(9):643-645.

- [3] 中华医学会呼吸病学分会.社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(4):253-279.
- [4] 徐作军.《成人肺炎支原体肺炎诊治专家共识》浅析[J].中国实用内科杂志,2010,30(12):1146-1147.
- [5] 郝东霞,张小平.莫西沙星治疗支原体肺炎疗效观察[J].山西医药杂志,2017,46(21):2604-2606.
- [6] 吴蔚,王彬,汪伟,等.银桑止咳方联合莫西沙星治疗成人肺炎支原体肺炎的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2014,23(29):3228-3230.

(本文编辑:张文娟 本文校对:邵晨东 收稿日期:2018-09-18)

中西医结合治疗肱骨骨折合并桡神经损伤的临床观察

高明

(大庆市中医医院骨伤科,黑龙江 大庆 163311)

摘要:目的 观察黄芪桂枝五物汤联合上肢损伤洗方治疗肱骨骨折合并桡神经损伤患者的效果。方法 收集 2017 年 7 月—2018 年 7 月收治的肱骨骨折合并桡神经损伤患者 80 例,分为对照组与观察组。对照组患者 40 例,常规治疗后加上肢损伤洗方进行治疗;观察组患者 40 例,常规治疗基础上采用黄芪桂枝五物汤联合上肢损伤洗方进行治疗,对比 2 组患者的治疗效果、生活质量、神经功能状况等相关指标。结果 观察组治疗总有效率 97.5%(39/40)明显优于对照组 80%(32/40)($P < 0.05$);观察组 SF-36 量表中 SF、PF、RE、MH 和 GH 各项目分数均优于对照组($P < 0.05$);观察组患者的桡神经功能恢复率 97.5%(39/40)明显优于对照组 82.5%(33/40)($P < 0.05$)。结论 肱骨骨折合并桡神经损伤患者经治疗后,能有效提高患者的生活质量,值得临床推广应用。

关键词:肱骨骨折;桡神经损伤;黄芪桂枝五物汤;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.046

文章编号:1672-2779(2019)-02-0115-03

Clinical Observation on Therapy of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Tibial Fracture with Radial Nerve Injury

GAO Ming

(Department of Orthopedics, Daqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Daqing 163311, China)

Abstract: Objective To observe the effect of Huangqi Guizhi Wuwu decoction combined with upper limb injury prescription in the treatment of patients with tibiofibular fracture complicated with radial nerve injury. **Methods** Eighty patients with tibiofibular fractures and radial nerve injury were enrolled between July 2017 and July 2018. They were divided into control group and observation group. 40 patients in the control group were given conventional therapy and upper limb injury prescription. After routine treatment, 40 patients in the observation group were treated with Huangqi Guizhi Wuwu decoction combined with upper limb injury wash. The therapeutic effects, quality of life and neurological status of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the observation group was 97.5%, which was significantly better than that of the control group (80%) ($P < 0.05$). The scores of SF, PF, RE, MH and GH in the observation group were better than those of the control group ($P < 0.05$). The recovery rate of radial nerve function in the observation group was 97.5%, which was significantly better than that in the control group (82.5%) ($P < 0.05$). **Conclusion** After treatment, patients with tibiofibular fracture combined with radial nerve injury can effectively improve the quality of life of patients, which is worthy of clinical application.

Keywords: humeral fracture; radial nerve injury; Huangqi Guizhi Wuwu decoction; arthromyodynia

肱骨骨折是骨外科患者就诊的常见病之一。临床研究显示,近 11%~12% 的肱骨骨折患者可发生桡神经损伤,严重影响患者的上肢正常功能及生活质量^[1]。而骨折所致的神经损伤若得不到有效的临床治疗,可引起其功能障碍,从而影响患者的生活质量。因此,及时正确选择有效的临床治疗方法,对肱骨骨折的愈合及神经功能的有效康复具有重要的临床意义。本研究采用黄芪桂枝五物汤联合上肢损伤洗方治疗肱骨骨折合并桡神经损伤患者,取得良好的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选择我院 2017 年 7 月—2018 年 7

月收治的肱骨骨折合并桡神经损伤患者 80 例。按照研究方法的不同分为对照组与观察组,对照组 40 例,其中男 21 例,女 19 例;年龄 15~64 岁,平均 33.2 岁。观察组 40 例,其中男 20 例,女 20 例;年龄 15~64 岁,平均 33.4 岁。2 组患者的年龄、性别等方面进行比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组患者拆除石膏后给予甲钴胺、维生素 B₁、B₁₂、依达拉奉针等药物进行营养神经治疗,此外加上肢损伤洗方进行治疗。上肢损伤洗方药物组成:丹参 35 g,海桐皮、桂枝、伸筋草各 25 g,红花、川芎、当归尾各 20 g,鸡血藤、羌活、菖术、三棱各 15

g. 在患者拆线 7 d 后, 给予患肢熏洗, 将方剂中诸药放置于 2000 mL 注满水的锅中煮沸 30 min, 先用蒸汽熏患肢, 待水温度与机体皮肤温度相适应时, 将患肢放进药水中约 20 min 进行治疗, 同时对患肢进行按摩, 2 次/d, 7 d 为 1 个疗程, 连续应用 2~3 个疗程。

观察组患者在对照组基础上采用黄芪桂枝五物汤治疗, 药物组成: 黄芪 25 g, 芍药 20 g, 桂枝、生姜各 15 g, 大枣 15 枚。每次 100 mL, 日服 2 次, 7 d 为 1 个疗程。连续应用 2~3 个疗程。

1.3 疗效评价标准 观察 2 组患者的治疗效果、生活质量、神经功能状况等相关指标。治疗效果: 优良率=(优+良)/病例×100%。生活质量: 采用 SF-36 量表通过社会功能 (SF)、生理功能 (PF)、情感职能 (RE)、心理健康 (MH) 和总体健康 (GH) 等 5 个方面评判患者的生活质量, 各指标分数越高, 表示生活质量越好。恢复率=(完全恢复+部分恢复)例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法 本研究收集的数据采用统计学软件 SPSS 18.0 进行数据处理分析, 计量资料以均数±标准差表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以百分比表示, 采用卡方检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者经治疗后效果对比 对照组、观察组治疗总有效率分别为 80%、97.5%, 组间差异显著 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
对照组	40	19	13	8	32(80.0)
观察组	40	28	11	1	39(97.5)

2.2 2 组患者生活质量对比分析 观察组 SF-36 量表中 SF、PF、RE、MH 和 GH 各项目评分均高于对照组 ($P<0.05$), 差异具有统计学意义, 如表 2 所示。

表 2 2 组患者 SF-36 生活质量量表各项目对比分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SF	PF	RE	MH	GH
对照组	40	75.40±5.16	67.46±4.32	74.01±4.95	76.88±4.61	66.64±3.80
观察组	40	88.69±6.30	89.66±6.61	88.96±6.78	89.80±5.20	88.31±4.90

2.3 2 组神经功能恢复对比分析 观察组桡神经功能完全恢复 65.0% (26/40), 部分恢复 32.5% (13/40), 未恢复 0.25% (1/40), 恢复率为 97.5% (39/40)。对照组桡神经完全恢复 50% (20/40), 部分恢复 32.5% (13/40), 未恢复 17.5% (7/40), 恢复率为 82.5%, 2 组桡神经功能恢复率相比, 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.92$, $P<0.05$)。

3 讨论

肱骨中下段骨折时, 容易使桡神经出现损伤, 同时桡神经在上臂紧贴肱骨中 1/3 骨折等解剖结构的原因, 所以骨折多好发于中下段位置。若不及时给予安全相应

的有效治疗, 可严重影响肱骨骨干及桡神经正常的功能恢复, 从而影响患肢手部的运动功能^[2]。因骨折时受损的桡神经为运动感觉神经, 在其损伤后, 可致使该区域出现不同程度的感觉和运动功能损伤。桡神经受损后感觉障碍, 表现出背伸手腕、背伸拇指、伸展 2~5 指掌指关节的功能障碍以及手背部分区域的皮肤感觉功能减退等情况^[3]。运动功能障碍则会出现桡神经所支配区域的各种肌群出现功能障碍, 表现为患肢掌指关节不能伸直, 腕和各手指下垂, 患肢上臂肌群出现萎缩等, 严重影响患者的生活质量。因此, 在肱骨骨折合并桡神经损伤出现的初期, 应尽早对其进行有效治疗。

中医学认为, 肱骨骨折合并桡神经损伤属“筋伤”“痹症”等范畴, 骨折后气滞血瘀, 气血闭阻不能通行, 且卫气不固, 以致于风寒湿邪乘虚侵入机体。风寒湿邪与瘀血搏结, 导致腕关节疼痛和功能障碍, 治疗当以祛风散寒, 行气化瘀、活血通络为主。近年来, 临床研究表明, 中医学在肱骨骨折合并桡神经损伤的治疗效果优于西医治疗方法。

本研究中采用上肢损伤洗方, 此方剂由多种中药如防风、伸筋草、海桐皮、桂枝、川芎、归尾、红花、透骨草、千年健、丹参、威灵仙等药物组成。其中防风、威灵仙、桂枝、川芎祛风散寒; 伸筋草、红花舒筋通络、活血化瘀。应用该方在熏洗时由于热力的作用使得毛孔开放, 致使血管扩张, 有利于药物渗入到机体内, 起到宣通气血、舒经通络的作用^[4]。黄芪桂枝五物汤, 由黄芪、桂枝、大枣、芍药、生姜等五味药组成。其中, 方中黄芪为君药, 性微温, 具有祛邪扶正、补元固表的功效。现代药理学研究显示, 黄芪有增强机体免疫力、降压、抗菌、利尿及保肝等功效^[5]; 桂枝具有散寒止痛, 温经通脉, 促阳化气之疗效^[6]; 芍药有益血补气、柔肝止痛、抗炎抗菌等功效, 可治四肢拘挛疼痛、阴虚发热、抗溃疡等效果^[7]; 生姜发汗解表、温经通脉, 同大枣均为使药, 助桂枝和芍药调营和卫。此方剂以通经络、补卫气为主, 可预防术后水肿的发生, 提高机体修复。本研究中观察组经治疗后总有效率 97.5% 明显优于对照组 80%; 观察组 SF-36 量表中 SF、PF、RE、MH 和 GH 各项目分数均优于对照组; 观察组患者的桡神经功能恢复率 97.5% 明显优于对照组 82.5%。

由此表明, 黄芪桂枝五物汤联合上肢损伤洗方治疗肱骨骨折合并桡神经损伤患者具有良好的效果, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 刘战江. 肱骨骨折合并桡神经损伤 33 例临床分析 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(7):59-60.
- [2] 沈国栋, 王新, 朱永展. 带锁髓内钉治疗肱骨骨折术后骨不连的临床研究 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(17):242-243.
- [3] 周海清. 肱骨骨干骨折合并桡神经损伤不同治疗方法的临床分析 [J].

- 神经损伤与功能重建,2013,8(4):305-306.
- [4] 张思辰. 中医治疗周围神经损伤的研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2010,26(1):43-44.
- [5] 何强, 王喆. 黄芪桂枝五物汤联合上肢损伤洗方治疗肱骨骨折合并桡神经损伤疗效观察[J]. 陕西中医,2017,38(6):771-773.
- [6] 金玉峰. 加味黄芪桂枝五物汤配合针灸对胸腰椎骨折合并脊髓损伤患者神经功能恢复的影响[J]. 四川中医,2017,35(8):108-110.
- [7] 程真真, 唐洪涛, 田涛涛. 加味黄芪桂枝五物汤治疗桡神经损伤的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志,2013,21(5):25-27.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:马建华 收稿日期:2018-08-29)

尿毒清颗粒联合高通量血液透析 治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床观察

曹永庚

(江西省上饶市婺源县人民医院肾内科,江西 上饶 333200)

摘要:目的 观察尿毒清颗粒联合高通量血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒患者的临床疗效。方法 将2017年5月—2018年5月收治的尿毒症伴皮肤瘙痒患者80例,采用抽签法均分为对照组和观察组,各40例。对照组患者给予高通量血液透析进行治疗,观察组患者在对照组的基础上加以尿毒清颗粒进行治疗,比较2组尿毒症伴皮肤瘙痒患者的临床疗效、疼痛量表评分以及C反应蛋白情况。结果 观察组治疗后,总有效率显著高于对照组($P<0.05$);观察组VAS评分显著低于对照组,2组患者的C反应蛋白治疗前后对比具有统计学意义($P<0.05$)。结论 高通量血液透析联合尿毒清颗粒治疗效果十分明显,能够改善患者病情,缓解皮肤瘙痒症状,并降低C反应蛋白,应用价值较高,值得推广。

关键词:尿毒清颗粒;尿毒症;皮肤瘙痒;高通量血液透析;中成药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.047

文章编号:1672-2779(2019)-02-0117-02

Clinical Observation of Niaoduqing Granule Combined with High Flux Hemodialysis in Treating Uremic Pruritus

CAO Yonggen

(Nephrology Department, Wuyuan People's Hospital, Jiangxi Province, Shangrao 333200, China)

Abstract: Objective To explore the clinical efficacy of Niaoduqing granule combined with high-flux hemodialysis in the treatment of uremic pruritus. **Methods** From May 2017 to May 2018, 80 uremic patients with pruritus were selected by random sampling. The 80 uremic patients with pruritus were divided into control group and observation group. The control group was treated with high flux hemodialysis, while the observation group was treated with Niaoduqing granule on the basis of the control group. The clinical efficacy, pain scale score and C-reactive protein of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of uremia patients with pruritus in observation group was significantly higher than that of control group after treatment. Data comparison between groups had $P<0.05$. Moreover, the VAS score of uremia patients with pruritus in the observation group was significantly lower than that of the control group. The C-reactive protein of the two groups was also statistically significant before and after treatment $P<0.05$. **Conclusion** High flux hemodialysis combined with Niaoduqing granule has obvious therapeutic effect, can improve the patient's condition, alleviate itching symptoms, and reduce C-reactive protein. It is worth recommending.

Keywords: Niaoduqing granule; uremia; pruritus; high flux hemodialysis; therapy of Chinese patent drug

对于长期使用血液透析治疗的患者而言,皮肤瘙痒是治疗过程中最为常见的并发症之一,该症状表现十分强烈,给尿毒症患者的治疗带来较大痛苦和影响。相关研究表明,导致皮肤瘙痒发生的主要原因是由于尿毒素刺激、周围神经病变等^[1]。长期临床实践证实,采用血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒效果一般,因此临床上不断探索合适的治疗方案以提高尿毒症皮肤瘙痒患者的治疗效果。本研究选择本院收治尿毒症伴皮肤瘙痒患者在血液透析治疗上加以尿毒清颗粒,探讨尿毒清颗粒在治疗中的应用效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年5月—2018年5月本院收

治的尿毒症伴皮肤瘙痒患者,采用随机抽样法抽出80例均分为对照组、观察组,各40例。对照组中,男23例,女17例;年龄28~78岁,平均59.7岁;原发性疾病:高血压肾病14例,慢性肾小球肾炎14例,糖尿病肾病12例。观察组男24例,女16例;年龄26~76岁,平均59.8岁;原发性疾病:高血压肾病15例,慢性肾小球肾炎12例,糖尿病肾病13例。对比2组患者的临床资料,差异无统计学意义: $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 所有尿毒症伴皮肤瘙痒患者均符合《肾脏病学》诊断标准,且均知晓研究内容并自愿参与。排除患有恶性肿瘤、心力衰竭、水电解质紊乱、酸碱失衡患者。

1.3 治疗方法 对照组患者给予高通量血液透析进行治疗,选择德国费森尤斯公司生产的 4008S 透析机及德国费森尤斯生产的高通量透析器,透析流量控制在 500 mL/min,血流量控制在 220~250 mL/min,单纯血液透析时间为 4 小时^[2]。

观察组患者在对照组基础上加以尿毒清颗粒进行治疗(广州康臣制药有限公司,国药准字:Z20073356,5 g/袋),温水冲服,每天 4 次。2 组患者均以 2 个月为 1 个疗程^[3]。

1.4 观察指标 对比 2 组患者的临床疗效、治疗前后数字疼痛量表评分以及 C 反应蛋白水平。

1.5 疗效评估标准 临床疗效根据患者瘙痒恢复情况分为治愈:经治疗,患者皮肤瘙痒完全消失;有效:经治疗,患者皮肤瘙痒得到有效改善,疼痛程度在可以忍受范围内;无效:患者未达到上述标准。总有效率=治愈率+有效率。数字疼痛量表(NRS)评分标准^[4]:0~10 分,分值与患者疼痛呈正比。0~3 分为轻度疼痛、4~6 分为中度疼痛、7~10 分为重度疼痛。C 反应蛋白:在患者治疗前、治疗后清晨空腹采集静脉血,采用乳胶凝集试验,在自动分析仪中检测血浆中的 Hs-CRP。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 23.0 软件对所得数据进行统计处理,NRS 评分、Hs-CRP 水平均视为计量资料,采用 *t* 检验,以 ($\bar{x}\pm s$)表示;计数资料采用率(%)表示,行卡方检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后的 NRS、Hs-CRP 对比 治疗前,2 组患者对比,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后 2 组患者对比差异显著 ($P < 0.05$) 见表 1。

表1 2 组患者治疗前后NRS、Hs-CRP比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	NRS(分)		Hs-CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	7.95±1.43	5.37±1.02	3.15±1.12	3.17±1.06
观察组	40	7.89±1.31	3.10±0.93	3.16±1.15	2.72±0.81
<i>t</i> 值		0.1956	10.4009	0.0393	2.1333
<i>P</i> 值		0.8454	0.0000	0.9687	0.0360

2.2 2 组患者的临床疗效对比 观察组患者的总有效率为 95.00%,高于对照组的 80.00%, $P<0.05$ 。见表 2。

表2 2 组患者临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
对照组	40	19(47.50)	13(32.50)	8(20.00)	32(80.00)
观察组	40	27(67.50)	11(27.50)	2(5.00)	38(95.00)
χ^2 值					4.1143
<i>P</i> 值					0.0425

3 讨论

血液透析是治疗尿毒症患者的主要方式,该治疗手

段能够延长患者的生命时限,为众多尿毒症患者带去希望。然而皮肤瘙痒作为尿毒症患者治疗时最为常见的并发症,不仅阻碍了治疗,还由于临床表现过于明显,影响患者的正常生活^[5]。

单纯使用血液透析治疗尿毒症伴皮肤瘙痒并无明显效果,而尿毒清颗粒中含有黄芪、大黄、何首乌、茯苓、白术、苦参等中药材,能起到健脾补肾、益气安神的作用。从现代药理学角度分析,大黄能抑制肾功能衰竭患者的肿瘤坏死因子,减少肿瘤因子对肾脏的损伤,诸药联合应用后,可促进免疫细胞增殖分化,提高中性粒细胞吞噬作用,对尿毒症患者的治疗具有重要意义^[6]。

C 反应蛋白水平作为尿毒症患者全身炎症反应标志,与周围神经病变、心肌梗死密切相关。由于尿毒症患者发生皮肤瘙痒主要与周围神经病变有关,因此检测患者 C 反应蛋白十分重要。此外,疼痛情况直接反应了尿毒症患者皮肤瘙痒情况。因此,针对尿毒症伴皮肤瘙痒患者采用尿毒清颗粒与高通量血液透析治疗效果进行探讨,分析患者的疼痛评分以及 C 反应蛋白水平^[7],有助于改善患者皮肤瘙痒情况。

本研究中,观察组患者接受尿毒清颗粒+高通量血液透析治疗后,临床疗效显著高于对照组,2 组患者的总有效率对比存在差异性 ($P<0.05$);且 2 组患者治疗前的 NRS、Hs-CRP 对比无统计学意义 ($P>0.05$),经治疗后,观察组尿毒症患者的 NRS、Hs-CRP 改善程度明显优于对照组 ($P<0.05$)。

因此,对尿毒症伴皮肤瘙痒患者实施高通量血液透析治疗的同时,加以尿毒清颗粒进行治疗,有助于改善患者的疼痛情况,提高治疗效果,应用价值较高,值得推广。

参考文献

- [1] 余登,李良志,张尚瑜.尿毒清颗粒联合高通量血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床疗效分析[J].实用医院临床杂志,2017,14(6):204-206.
- [2] 刘晴晴.分析探讨中药外洗联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的效果[J].内蒙古中医药,2016,35(17):125.
- [3] 刘金平.血液透析联合血液灌流治疗尿毒症患者皮肤瘙痒的疗效观察[J].当代医学,2016,22(36):36-37.
- [4] 邱锦霖,袁忠勇,黄惠萍,等.血液透析联合血液灌流治疗尿毒症患者皮肤瘙痒的临床疗效[J].医疗装备,2017,30(24):21-22.
- [5] 胡成福.血液灌流串联血液透析在尿毒症血液透析患者皮肤瘙痒护理中的应用[J].实用临床医药杂志,2016,20(12):53-55.
- [6] 邢英英,马文录,王全哲.血液透析联合血液灌流治疗尿毒症顽固性皮肤瘙痒的临床疗效[J].中国社区医师,2016,32(10):57-58.
- [7] 孙嘉康.尿毒清颗粒联合血液透析应用于尿毒症患者对其营养改善及肾功能保护作用研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2017,18(12):1105-1107.

(本文编辑:张文娟 本文校对:祝清秀 收稿日期:2018-09-21)

热敏灸治疗小儿秋季腹泻 60 例临床护理研究*

杨静 杨涛

(江西中医药大学附属医院外二科,江西 南昌 330006)

摘要:目的 探讨防治小儿秋季腹泻更好的方法。方法 将 60 例小儿秋季腹泻患儿随机分为观察组 30 例和对照组 30 例。在综合护理治疗基础上,观察组采用热敏灸;对照组采用病毒唑治疗。2 组患儿均治疗 5 d,观察止泻时间(包括粪便性状和便次恢复正常时间)、临床症状改善时间(包括失水纠正、精神和胃纳增加时间),评定其临床疗效。结果 观察组有效率 93.33% (28/30),明显优于对照组 80.00%(24/30),止泻时间、临床症状改善时间上观察组与对照组比较改善更加显著($P < 0.05$)。结论 对于防治小儿秋季腹泻,热敏灸护理治疗能显著缩短止泻时间、有效快速改善临床症状,值得推广研究。

关键词:热敏灸;秋季腹泻;护理研究;儿科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.048

文章编号:1672-2779(2019)-02-0119-03

Clinical Nursing Research on Heat Sensitive Moxibustion of Autumn Diarrhea in Children for 60 Cases

YANG Jing, YANG Tao

(Surgical Department, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: Objective To explore a better method to prevent autumn diarrhea in children. **Methods** 60 children with autumn diarrhea were randomly divided into the observation group (30 cases) and the control group (30 cases). On the basis of comprehensive nursing treatment, the observation group was treated with heat sensitive moxibustion, while the control group was treated with ribavirin. The two groups were treated for 5 days. The antidiarrheal time (including the time of fecal character and normal stool time) and the improvement time of clinical symptoms (including the time of dehydration correction, mental and gastric intake increase) were observed to evaluate the clinical efficacy. **Results** The effective rate of the observation group was 93.33%, which was significantly better than that of the control group (80.00%). The improvement of antidiarrheal time and clinical symptoms in the observation group was more significant than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** For the prevention and treatment of autumn diarrhea in children, heat-sensitive moxibustion nursing treatment can significantly shorten the antidiarrheal time, effective and rapid improvement of clinical symptoms, and is worthy of promotion and research.

Keywords: heat sensitive moxibustion; autumn diarrhea; nursing research; pediatrics

小儿秋季腹泻是由轮状病毒引起的病毒性胃肠炎,目前全球每年儿童的死亡病例仅次于呼吸道疾病^[1]。治疗方法多给予补液、纠正水电解质酸碱平衡紊乱、抗病毒、对症等治疗,病情恢复较慢,有时迁延不愈。临床发现热敏灸是一种治疗小儿腹泻安全可靠的方式,同步对患儿加强必要的临床护理,可提高治疗效果。因此设立课题,对我院收治的秋季腹泻患儿进行相关护理治疗研究,并报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2017 年 4 月—2018 年 5 月门诊腹泻患儿 60 例,诊断为轮状病毒腹泻。分为观察组与对照组,各 30 例。观察组男 17 例,女 13 例;年龄最小 10 个月,最大 4 岁,平均 3.3 岁。对照组男 16 例,女 14 例;年龄最小 11 个月,最大 4 岁,平均 3.2 岁。

2 组患儿在性别、年龄等基本性资料进行比较,均无明显差异 ($P > 0.05$),有可比性。

1.2 纳入标准 所有患儿均主要表现为频繁性和突发性腹泻,大便轮状病毒检测呈阳性。排除重度脱水、住院患儿、外科其他相关的急腹症。

1.3 护理方法 2 组患儿均常规护理,调整饮食,纠正脱水,维持电解质平衡。治疗期间如发生高热,给予相应的对症处理。

1.3.1 观察组 (热敏灸护理疗法) 工具: 2 支特质精艾绒艾条,直径 22 mm、长 120 mm,江西省中医院生产,材料为二级精艾绒。方法: (1) 灸前护理治疗: 灸前为患儿提供舒适的环境,关闭门窗,避免患儿受凉;同时在家长安抚下,患儿取平卧位或侧卧位,以神阙、关元、足三里作为腧穴热敏化探查部位。使用无菌纱布对以上穴位所处皮肤进行认真清洁,以保证皮肤的干燥与卫生;并注意对患儿的腹部加强保暖。(2) 灸时护理治疗: 将点燃的艾条距离皮肤 3 cm 左右的高度施行回旋、雀啄、

* 基金项目: 江西省卫生计生委中医药科研立项课题 [No. 2016B073]

温和灸,当患儿出现感觉施灸部位出现下列热敏化现象(透热、传热或是腹痛缓解),继续温和灸热敏化部位,一般每穴不超过 5 min 为宜,每日 1 次。施灸时及时擦拭患儿汗液,注意间断弹去灰烬,保持施灸过程被施灸部位受热均匀,施术者以自己手指在艾条与患儿皮肤之间感知温度,调整施灸高度,同时也要防止艾火脱落而烫伤皮肤;另外,对患儿的脉搏、面色以及体温等做好密切监测。(3)灸后护理治疗:灸后将艾条彻底熄灭,及时更换衣物及床单位并注意防寒保暖。疗程 5 d。

1.3.2 对照组 予以病毒唑 10~15 mg/(kg·d) 抗病毒。疗程 5 d。

1.3.3 常规护理 (1) 护理沟通:治疗前与患儿家长进行沟通,讲解治疗的相关知识以及治疗的安全性,消除患儿家长的担忧,并让患儿家长积极协助进行治疗;(2) 臀部护理:患儿每次便后使用温水清洗,对于婴幼儿应注意选用柔软的尿布,并勤换尿布,注意保持患儿臀部的干燥^[2];(3) 饮食护理:母乳喂养的患儿应注意加强乳房的卫生,乳母避免食用刺激性食物。人工喂养患儿应注意食用米汤等易消化吸收食物,同时要注意对患儿使用的餐具每天进行严格消毒。

1.4 观察和评定指标

1.4.1 疗效观测指标 (1) 止泻时间(包括粪便性状和便次恢复正常时间);(2) 临床症状改善时间(包括失水纠正、胃纳增加时间);(3) 总有效率。

1.4.2 安全性观测指标 (1) 血、尿、粪常规,治疗前后各检查一次。(2) 不良反应如皮疹和烫伤,由研究医师及时记录,并在相应的部分写明不良反应。

1.4.3 疗效评价标准 参照 1998 年全国腹泻病防治学术研讨会关于腹泻病的疗效判断标准。①显效:治疗 72 h 内粪便性状及次数恢复正常,全身症状消失;②有效:治疗 72 h 内粪便性状及次数明显好转,全身症状明显改善;③无效:治疗 72 h 内粪便性状及次数、全身症状均无好转,甚至恶化。总有效率=显效率+有效率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件处理所有相关数据,并以 $P<0.05$ 认为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2 组疗效比较 2 组患儿治疗后,总有效率分别为 80.00% 和 93.33%,观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义 ($Z=-2.145, P=0.004$),见表 1。

表 1 2 组患者治疗后疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	10(33.33)	14(46.67)	6(20.00)	24(80.00)
观察组	30	13(43.33)	15(50.00)	2(6.66)	28(93.33)

2.2 2 组观察指标比较 观察组止泻时间、症状改善时间短于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2~3。

表 2 2 组患儿治疗后止泻时间比较 ($\bar{x}\pm s, d$)

组别	例数	粪便性状恢复正常时间	便次恢复正常时间
对照组	30	4.86±1.02	4.13±1.15
观察组	30	3.28±0.87 ^①	3.54±0.93 ^①

注:与对照组比较,① $P<0.05$

表 3 2 组患儿治疗后症状改善情况比较 ($\bar{x}\pm s, d$)

组别	例数	失水纠正时间	胃纳增加时间
对照组	30	4.41±0.57	4.62±1.05
观察组	30	2.78±0.67 ^①	2.85±0.87 ^①

注:与对照组比较,① $P<0.05$

2.3 安全性评价 对照组患儿治疗过程中出现粒细胞减少 2 例,不良反应发生率为 6.66%;观察组出现皮肤红疹 2 例和轻度灼伤 1 例,不良反应发生率为 10.00%,调整热敏灸时间及部位,并予局部处理后症状缓解;2 组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($\chi^2=0.567, P=0.510$)。

3 讨论

小儿秋季腹泻多见于 3 岁以下婴幼儿,A 组轮状病毒 RV 是主要病原体,RV 侵入肠道致病后,会使肠腔内渗透压增高,肠道吸收分泌功能受损,大量体液和电解质进入肠腔,引起水样腹泻^[3]。在发病 1~2 d 内,患儿大便次数增多,量多、水分多,呈黄色水样或蛋花样带少量黏液,部分甚至会出现脱水或电解质紊乱的症状,有可能危及生命。因此加强补液和对症治疗,恢复胃肠功能特别重要。一般来说,急性腹泻时不须用抗生素治疗,用好液体疗法患儿多可自愈^[4]。但补液治疗不能直接缓解胃肠症状及缩短病程。现代医学也认为,本病临床缺少特效药治疗,病毒唑作为广谱抗病毒药物,是本病常规用药,具有抑制 DNA、RNA 病毒的作用。但是该药物对病毒腺苷激酶依赖性太强,易产生耐药性,单纯治疗疗效并不突出。

随着医学的发展,中医及中西医结合成为不可阻挡的潮流,利用 2 种医学的优势,采取中医或中西医结合治疗本病,已成为一种趋势。中医从整体观念出发,多采用辨证与辨病相结合方法,或健脾益气,或温中行气,或渗湿止泻,重在提升机体能动性,调节机体的免疫功能,使肠道的消化吸收分泌功能得以快速恢复,达到迅速止泻的目的,从而防止变证的发生。鉴于小儿服药困难较大,使外治法优势日益突出,加之合理护理饮食则可缩短病程,因此,我们采用热敏灸治疗小儿秋季腹泻。在护理治疗基础上与常规病毒唑组进行对比,观察组所用热敏灸疗法^[5]是陈日新教授等人通过长期的灸疗临床实践中创新研究出的一种艾灸方法,陈日新等^[6]认为,热敏化腧穴的最佳刺激为艾灸热刺激,通过艾灸作用于热敏化态的穴位,极易诱发透热、传热及扩热等灸感反应,从而激发经气传感,达到“气至病所”,起到振奋阳

气、祛风散寒止痛之功效，对腹泻病尤为适应。

热敏灸部位选择治疗胃肠疾病的要穴，包括足三里、神阙、关元。《四总穴歌》用“肚腹三里留”高度地概括了腿部的足三里穴具有调理脾胃、善治脘腹疾病的作用；神阙穴则在人体上下左右的中部，乃“居中立极”，是气机升降出入的总枢；而关元穴乃小肠之募穴，故温通腹部二穴能分清浊而别阴阳，行气消胀止痛。古代文献《铜人》载“神阙泄利不止，小儿利不绝，腹大绕脐痛，水肠鼓胀肠鸣，状如流水声，久冷伤惫。”现代医家成泽东等^[7]观察温灸腹部募穴（关元穴）对慢性疲劳大鼠肠道菌群的影响，结果表明，肠道中双歧杆菌、乳酸杆菌两种厌氧菌的菌群数量增加，说明关元灸可调整由慢性疲劳引起的肠道菌群失调，改善大鼠腹泻症状。

本研究采众家之经验，发小儿之特色，而临床实践数据表明热敏灸疗法在止泻时间、临床症状改善方面均有明显效果，总有效率高于对照组。研究中发现热敏灸治疗护理的作用包括两点：（1）让治疗的依从性更佳。小儿需要家长的配合和陪护，细心亲和的护理可以拉近与患儿的距离，患儿的配合是治疗顺利的前提和保障；（2）有利于寻找热敏点。年龄2岁以上的患儿大部分能较准确地表达热的传递，而年龄小的患儿则不能表达清

楚。护理时我们观察到，患儿灸疗时多为四肢渐渐温热、腹肌紧张慢慢变松，从而腹胀减轻，患儿表情也逐步轻松，甚至由涕转喜；提示热敏点定位的准确，可产生“气至而有效”^[6]的作用。同时，通过本次临床研究，并未出现明显的不良反应，只要护理治疗得当，对小儿秋季腹泻有较好疗效，故此方法值得推广运用。但是我们仍要不断总结新方法、新方药，提高临床疗效，丰富中医病机理论，指导新的临床工作。

参考文献

- [1] 马慧,黄敬孚,林书祥,等. 儿童轮状病毒腹泻的流行病学研究[J]. 中国实用儿科杂志,2010,25(1):52-53.
- [2] 年红艳. 小儿秋季腹泻的护理体会[J]. 按摩与康复医学,2011,2(10):125.
- [3] Cook S M, Glass R I, LeBaron C W, et al. Global seasonal rotavirus infections[J]. Bull WHO, 1990,68(2):171-177.
- [4] 王慕狄. 儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:232-242.
- [5] 陈日新,陈明人,康明飞. 热敏灸实用读本[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:12-14.
- [6] 陈日新,康明非. 灸之要. 气至而有效[J]. 中国针灸 2008,28(1):44-46.
- [7] 成泽东,陈以国,张涛. 温和灸对慢性疲劳大鼠肠道菌群的影响[J]. 中国中医药信息杂志,2013,20(1):45-46,63.

(本文编辑:张文娟 本文校对:徐卫东 收稿日期:2018-09-14)

托管模式下护理人员层级培训需求调查分析

胡立芹 张燕美 李雪薇

(北京中医医院平谷医院护理部,北京 101200)

摘要:目的 了解托管模式下医院各层级护士岗位培训需求,为制定科学合理的培训计划提供依据。方法 采用一般问卷和牟旭红等设计的《基于岗位胜任力的新护士培训需求调查问卷》,对托管模式下某三甲医院330名护理人员进行培训需求问卷调查。结果 不同层级护士培训需求侧重点有所不同,并存在交叉现象。结论 通过调查分析,为不同层级护士制定合理的培训方式和内容提供了依据。

关键词:托管模式;护理人员;培训;调查

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.049

文章编号:1672-2779(2019)-02-0121-04

Survey and Analysis of Training Needs among Different Level Nurses under Hospital Trusteeship Mode

HU Liqin, ZHANG Yanmei, LI Xuewei

(Nursing Department, Pinggu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101200, China)

Abstract: Objective To study the training needs among different level nurses under hospital trusteeship mode, and to provide some evidence to make a scientific and reasonable training model. **Methods** General information questionnaire and a questionnaire the training demands of new nurse based on the job competency which was designed by Mou Xuhong were conducted among 330 nurses in a district third-level grade-A hospital in Beijing which is implementing hospital trusteeship mode. **Results** Different requirements for training were found among different level nurses whereas some aspects are common. **Conclusion** Survey analysis will provides some evidence to establish reasonable training method and content for different level nurses.

Keywords: hospital trusteeship mode; nurse; training; survey

医院托管是公立医院改革的一种重要形式,是在被托管方产权不变的情况下,实现所有权和管理权分离的

一种模式^[1]。国内医院托管的护理实践通常是下派护理管理者加强被托管医院的护理管理工作,提供各种学习

培训机会,开展管理培训、护理查房、进修学习等方式提高护士的整体素质,但未对受托医院护理人员开展相关需求的调查。本研究旨在了解托管医院护理人员培训的需求,为进一步提高培训效果,提升护士专业能力提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 调查对象为被托管医院在职护理人员共330名。

1.2 工具 问卷由三部分组成,第一部分为一般情况,包括研究对象的性别、年龄、学历、职称、护士分级等10项内容;第二部分为培训现状的调查,包括培训的方式、培训的动机、培训的时间、培训的频率等9个条目;第三部分为培训需求,采用牟旭红等^[2]设计的《基于岗位胜任力的新护士培训需求调查问卷》,内容包括技能、知识、态度和价值观3部分内容共计90个条目,其中知识部分45个条目,技能39个条目,态度和价值观6个条目,经检验问卷具有良好的信度和效度。在问卷处理中对培训内容需求按照Likert 5级评分法计分,非常需要计5分,需要计4分,一般计3分,不需要计2分,非常不需要计1分。分数越高,说明需求程度越高。

1.3 调查方法 问卷采取不记名形式进行调查,调查前说明调查问卷的目的和方法,详细讲解问卷填写注意事项,问卷由护理部干事现场发放,20 min后收回。共发放问卷330份,回收问卷330份,回收率100%。剔除无效问卷后,有效问卷为319份,有效率为96.67%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计软件进行数据分析。计数资料采用百分比表示,用描述性统计方法对数据进行统计分析。

2 结果

2.1 临床护士一般资料 见表1。

表1 临床护士一般资料 [人数(%),n=319]

项目	人数	百分比	
年龄(岁)	20~29	192	60.2
	30~39	115	36.1
	40~49	6	1.9
	>50	6	1.9
工作时间(年)	<5	74	23.2
	5~10	170	53.3
	>10	75	23.5
第一学历	中专	167	52.3
	大专	125	39.2
	本科	27	8.5
最高学历	中专	18	5.6
	大专	109	34.2
	本科	192	60.2
职称	无职称	5	1.6
	护士	95	29.8
	护师	174	54.5
	主管护师	44	13.8
	副主任护师及以上	1	0.3
护士分级	一级	69	21.6
	二级	124	38.9
	三级	75	23.5
	四级	38	11.9
	护士长	13	4.1

2.2 不同层级护士对培训现状的需求 见表2。

2.3 不同层级护士对培训形式的需求 见表3。

2.4 不同层级护士对培训内容的需求(知识类前20位) 见表4。

2.5 不同层级护士对培训内容的需求(技能类前20位) 见表5。

表2 不同层级护士对培训现状的需求

[人数(%)]

	培训频率			培训时间				每次培训时间			
	每月1次	每月2次	每月3次	上午10点以后	中午休息时间	下午	下午下班以后	30分钟	40分钟	1个小时	2个小时
低年资护士(N1、N2)	159(82.4)	27(14)	7(3.6)	79(40.9)	12(6.2)	88(45.6)	14(7.3)	126(65.3)	28(14.5)	35(18.1)	4(2.1)
高年资护士(N3、N4)	97(85.8)	14(12.4)	2(1.8)	36(31.9)	5(4.4)	63(55.8)	9(7.9)	74(65.5)	16(14.1)	20(17.7)	3(2.7)
护士长	10(76.9)	2(15.4)	1(7.7)	1(7.7)	3(23.1)	8(61.5)	1(7.7)	7(53.8)	3(23.1)	2(15.4)	1(7.7)

表3 不同层级护士对培训形式的需求

[人数(%)]

	人数	课堂讲授(内训)	现场演练	科内培训	实际工作场景中练习	外出学习	自学	看录像	案例分析	外聘专家来院培训	进修	查房
低年资护士(N1、N2)	193	76(39.4)	63(32.6)	59(30.6)	51(26.4)	47(24.4)	46(23.8)	44(22.8)	43(22.3)	32(16.6)	31(16.1)	13(6.7)
高年资护士(N3、N4)	113	42(37.2)	39(34.5)	36(31.9)	31(27.4)	40(35.4)	17(15.0)	22(19.5)	47(41.6)	40(35.4)	19(16.8)	11(9.7)
护士长	13	5(38.5)	5(38.5)	3(23.1)	5(38.5)	5(38.5)	2(15.4)	2(15.4)	9(69.2)	6(46.2)	1(7.7)	2(15.4)

表4 不同层级护士对培训内容的需求(知识类前20位)[人数(%)]

	人数	培训主题	频数(%)
低年资护士 (N1、N2)	193	危重病人的病情观察及抢救配合	177(91.7)
		病人紧急状态时的应急预案	176(91.2)
		抢救药物	174(90.1)
		急性肾功能衰竭	174(90.1)
		医院感染知识和职业防护知识	173(89.7)
		临床常用药物的相关知识及护理	172(89.2)
		新收治病人、转科、出院及死亡病人的工作程序	171(88.6)
		压疮的预防及护理	171(88.6)
		呼吸功能衰竭	170(88.1)
		护理相关法律法规	169(87.5)
		护理程序在临床中的应用	168(87.0)
		突发事件的应急预案	167(86.5)
		意识障碍	167(86.5)
		常用临床标本采集注意事项及临床意义	166(86.0)
		酮症酸中毒	166(86.0)
		创伤抢救	165(85.5)
		护理投诉及差错事故的防范	165(85.5)
		交接班的内容与方法	164(84.9)
		护理文书书写规范	163(84.5)
		生命体征的评估与护理	163(84.5)
高年资护士 (N3、N4)	113	医院感染知识和职业防护知识	99(87.6)
		压疮的预防及护理	97(85.8)
		抢救药物	97(85.8)
		护理相关法律法规	96(84.9)
		病人紧急状态时的应急预案	96(84.9)
		突发事件的应急预案	96(84.9)
		危重病人的病情观察及抢救配合	96(84.9)
		常用临床标本采集注意事项及临床意义	96(84.9)
		急性肾功能衰竭	94(83.2)
		临床常用药物的相关知识及护理	93(82.3)
		十大患者安全目标	91(80.5)
		呼吸功能衰竭	91(80.5)
		创伤抢救	91(80.5)
		心功能衰竭	90(79.7)
		肝功能衰竭	90(79.7)
		护理投诉及差错事故的防范	90(79.7)
		护理质量标准	87(77.0)
		新收治病人、转科、出院及死亡病人的工作程序	87(77.0)
		生命体征的评估与护理	87(77.0)
		水电解质酸碱平衡	87(77.0)
护士长	13	各项护理制度	13(100.0)
		护理质量标准	13(100.0)
		突发事件的应急预案	13(100.0)
		护理相关法律法规	12(92.3)
		病人紧急状态时的应急预案	12(92.3)
		护理文书书写规范	12(92.3)
		交接班的内容与方法	12(92.3)
		新收治病人、转科、出院及死亡病人的工作程序	12(92.3)
		医院感染知识和职业防护知识	12(92.3)
		抢救药物	12(92.3)
		危重病人的病情观察及抢救配合	12(92.3)
		常用临床标本采集注意事项及临床意义	12(92.3)
		常用检查注意事项	12(92.3)
		健康教育实施方法	12(92.3)
		医院各项规章制度	11(84.7)
		护理程序在临床中的应用	11(84.7)
		十大患者安全目标	11(84.7)
		皮肤护理	11(84.7)
		压疮的预防及护理	11(84.7)
		饮食与营养	11(84.7)

表5 不同层级护士对培训内容的需求(技能类前20位)[人数(%)]

	人数	培训主题	频数(%)
低年资护士 (N1、N2)	193	心肺复苏	176(91.2)
		临床工作压力及情绪的舒缓方法	175(90.7)
		各种注射方法	174(90.1)
		除颤	172(89.1)
		动脉采血	172(89.1)
		生命体征的监测	170(88.0)
		静脉输液	169(87.6)
		静脉采血	169(87.6)
		独立值班的工作技巧	168(87.0)
		血糖检测	167(86.6)
		日常工作的合理安排	167(86.6)
		无菌技术	165(85.5)
		雾化吸入	165(85.5)
		输液泵/微量注射泵的使用	165(85.5)
		心电监护	165(85.5)
		中心静脉管的维护	165(85.5)
		口服给药	164(84.9)
		加压输液袋的使用	163(84.5)
		中医适宜技术操作	163(84.5)
		导尿	162(83.9)
高年资护士 (N3、N4)	113	心肺复苏	95(84.0)
		除颤	94(83.2)
		临床工作压力及情绪的舒缓方法	94(83.2)
		中心静脉管的维护	90(79.7)
		护理查房的方法	89(78.8)
		中医适宜技术操作	88(77.9)
		吸痰	88(77.9)
		动脉采血	87(77.0)
		输血	87(77.0)
		静脉采血	87(77.0)
		沟通技巧	86(76.1)
		导尿	84(74.4)
		雾化吸入	84(74.4)
		灌肠	84(74.4)
		静脉输液	82(72.6)
		手卫生	81(71.6)
		日常工作的合理安排	81(71.6)
		无菌技术	81(71.6)
		生命体征的监测	80(70.8)
		各种注射方法	80(70.8)
护士长	13	日常工作的合理安排	12(92.3)
		临床工作压力及情绪的舒缓方法	12(92.3)
		小讲课的技巧	12(92.3)
		护理服务理念	12(92.3)
		职业道德和行为准则规范	12(92.3)
		心肺复苏	11(84.6)
		除颤	11(84.6)
		无菌技术	11(84.6)
		动脉采血	11(84.6)
		导尿	11(84.6)
		吸痰	11(84.6)
		更换引流袋	11(84.6)
		手卫生	11(84.6)
		沟通技巧	11(84.6)
		独立值班的工作技巧	11(84.6)
		护理查房的方法	11(84.6)
		护理专业思想教育	11(84.6)
		护士礼仪	11(84.6)
		职业规划	11(84.6)
		生命体征的监测	10(76.9)

3 讨论

3.1 临床护理人员一般资料的调查 临床护士学历结构比例发生很大变化,第一学历为中专学历,占 52.3%;最高学历为本科,占 60.2%,这表明医院高学历的护士数量在逐渐增加,护士们意识到自身的知识储备还不能满足临床护理工作的要求,希望通过学历的提高,进一步获取新的知识,提高自我的工作能力。临床护士的素质不仅直接影响护理队伍的整体素质,而且也影响着护理质量的提高,尽快提高护士的素质和能力是护理专业发展的需要,是护士队伍建设的需要,同时也是护理自身的需求^[3]。

3.2 培训现状需求的调查 低年资护士、高年资护士、护士长对培训频率需求较多的是每月 1 次;在培训时间上需求较多的是下午和上午 10 点以后;在每次培训时间上需求较多的是每次 30 min。研究表明,不同层级护士在培训频率,时间上无显著差异,周期长,培训时间短的培训安排受到临床护士的首选。近年来,随着医院规模的扩大和优质护理服务的开展,护士的工作量不断增加,工作标准要求越来越高,工作任务加重,一方面要保质保量的完成培训任务,另一方面还要圆满完成日常工作,这成为护理人员参与培训所面临的实际问题^[4]。

3.3 培训形式的需求调查 对于低年资护士培训形式需求最高的是课堂讲授、现场演练、科内培训。低年资护士参加培训的主要目的是为了解决临床专科问题,掌握专科基本知识和基本技能,更快的适应临床工作。在专科知识讲座过程中,授课老师应注重理论联系实际,通过师生互动、案例讨论分析、模拟情景等方式帮助护士全面掌握专科知识,培养其评判性思维能力,提高其分析问题、解决问题的能力。对于高年资护士和护士长培训形式需求最高的是案例分析、外请专家来院培训、课堂授课。高年资护士和护士长参加培训的目的是为了深入掌握专科知识、培养科研能力和提高管理水平。因此,主管部门可定期组织高年资护士针对疑难病例、新技术等进行专题讨论,以提高专科护理水平和科研能力。此外,还可以聘请院外专家来进行授课、选派高年资的护士到上级医院进修学习或参加市内外的学术交流,以提高护理管理水平。护理管理者应注重多种培训的灵活应用,针对不同年资的护士,根据学习目的的不同,采取不同的培训方式。

3.4 培训内容需求的调查 低年资护士和高年资对培训的需求相似,在前 20 项培训主题中,知识需求有 15 项是相同的,技能需求有 14 项是相同的。而两者主题的差异性表现为:各项主题的排序有所不同,体现了不同层级对培训需求的侧重点有差异。与低年资相比,高年资护士更倾向于护理规章制度、患者安全、质量标准、专

科护理等,这说明高年资护士通过长期的临床工作实践,对患者的安全护理更加重视,有参与科室管理的意识。护士长认为应开展的培训主题与其他两类护士差异性明显,以政策、规章制度、护理管理知识为主,这可能是因为医院托管后,工作质量和标准的提高,护士长逐渐意识到了护理人员对政策、法规的了解和掌握越来越重要。与托管医院的管理才能真正达到医疗同质、学根同源、管理同道、文化同源的同质化管理。这与护士长本身的管理者定位有关。由此可见,不同层级护士培训需求存在交叉现象,因此在进行护理人员培训项目设计时,应充分考虑关注点和区分度,保证同类项目在不同级别护士培训过程中的合理延伸,以达到培训的有效性^[5]。

4 小结

医院托管是我国医疗体制改革多项举措之一,是利用市级三甲医院的优质资源,提高区级医疗机构的管理水平和诊疗服务能力、提升护士的专业素质和技术水平。加强护理人员的继续教育,是提高护理人员素质和保证护理质量的重要举措。本研究通过对问卷调查了解了托管模式下不同层级护理人员对培训的需求,为合理设置护理人员培训课程提供依据。

参考文献

- [1] 朱跃州,朱永生,鲁翔.基于医院发展战略管理模式下的托管实践与思考[J].中国医院管理,2012,32(9):10-11.
- [2] 牟旭红.基于岗位胜任力的新护士培训需求调查分析[D].杭州:浙江大学,2011.
- [3] 姜小鹰,刘敦.临床护士规范化培训现状与需求分析[J].中国护理管理,2012,12(1):50-52.
- [4] 邵文利,庞蓓蕾,杨莘.初级职称护士岗位培训现状及需求调查[J].护理管理杂志,2011,11(12):847-849.
- [5] 何雅娟,毛雅琴,张根生,等.基层医院护理人员层级培训需求调查分析[J].护士进修杂志,2015,30(1):33-35.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李晓翠 收稿日期:2018-09-21)

关于变更投稿邮箱的通知

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

感谢您一直以来对我刊的关注与支持!

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

咨询电话:010-57289308/57289309

官方网站:www.zgzyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社编辑部

2015 年 2 月 10 日

中医康复护理在脑卒中恢复期 肢体功能障碍患者的应用价值

刘娜

(中国医科大学附属盛京医院康复中心,辽宁 沈阳 110134)

摘要:目的 研究中医康复护理在脑卒中恢复期肢体功能障碍患者中的应用价值。方法 选取2014年1月—2017年9月收治的脑卒中恢复期肢体功能障碍患者100例,随机分为对照组和治疗组各50例。对照组实施常规西医护理,治疗组在对照组基础上实施中医康复护理。比较2组干预前后神经功能缺损评分和日常生活活动能力评分,并比较2组干预前后生活质量评分。结果 干预前2组患者的神经功能缺损评分、日常生活活动能力评分及生活质量评分均无明显差异($P>0.05$),干预后2组各项评分均得到改善,但治疗组干预后的各项评分优于对照,数据差异显著($P<0.05$)。结论 中医康复护理在脑卒中恢复期肢体功能障碍患者中的应用能有效促使其神经功能和日常生活活动能力改善,并促使其生活质量提升,临床价值较高。

关键词:中医康复护理;脑卒中恢复期;肢体功能障碍;应用价值

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.050

文章编号:1672-2779(2019)-02-0125-03

The Application Value of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation Nursing in Patients with Limb Dysfunction during Stroke Recovery Stage

LIU Na

(Rehabilitation Centre, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110134, China)

Abstract: Objective To study the application value of rehabilitation nursing of traditional Chinese medicine in patients with limb dysfunction in convalescent stage of stroke. **Methods** From January 2014 to September 2017, 100 stroke patients with limb dysfunction were randomly divided into control group and experimental group, with 50 cases in each group. The control group received routine western medicine nursing, while the experimental group received rehabilitation nursing on the basis of the control group. Neurological deficit score and daily living ability score were compared before and after intervention, and the quality of life score before and after intervention was compared between the two groups. **Results** There was no significant difference in the scores of neurological deficit, activities of daily living and quality of life between the two groups before intervention ($P > 0.05$). After intervention, the scores of the two groups were improved, but the scores of the experimental group were better than those of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of TCM rehabilitation nursing in patients with limb dysfunction in stroke convalescence can effectively improve their neurological function and activities of daily living, and promote their quality of life, clinical value is higher.

Keywords: traditional Chinese medicine rehabilitation nursing; stroke convalescence; limb dysfunction; application value

脑卒中是最常见的脑血管疾病,其主要是因为脑血管突然破裂或阻塞而导致脑组织供血供氧中断,引起脑组织细胞坏死的情况^[1]。脑卒中患者通常突然发病,且发病后病情进展较快,及时有效的治疗往往能让卒中患者的死亡率降低,但患者在治疗后通常会遗留肢体功能障碍、语言功能障碍和吞咽功能障碍等各种功能障碍,导致其生活质量受到严重影响^[2]。本研究对中医康复护理在脑卒中恢复期肢体功能障碍患者中的应用价值进行分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月—2017年9月于我院进行治疗的脑卒中恢复期肢体功能障碍患者100例,随机分为对照组和治疗组各50例。对照组男29例,女21例;年龄43~76岁,平均59.16岁;其中脑梗死32例,脑出血18例。治疗组男28例,女22例;年龄41~78岁,平均59.29岁;其中脑梗死34例,脑出血16例。

2组基线资料比较 $P>0.05$,有可比性。

1.2 纳入标准 所有患者均处于脑卒中恢复期;所有患者均有明显的功能障碍情况;所有患者均能如期完成康复治疗;所有患者均自愿参与本研究且签署知情同意书。

1.3 排除标准 排除患者中有意识障碍和语言障碍的情况;排除患者中合并重要脏器功能严重损害的情况;排除患者中属于短暂性脑缺血和小脑及脑干梗死的情况;排除患者中有精神疾病或病史的情况;排除患者中治疗期间死亡的情况。

1.4 治疗方法 对照组实施常规西医康复护理,治疗组在对照组基础上实施中医康复护理,具体如下。

1.4.1 情志护理 中医认为患者的情志不畅将影响机体的正常运行,不利于其各项功能的恢复,因此要给予患者有效的情志护理。首先联合患者家属采用以情胜情法、暗示法、顺情法、引导法等完成对患者的情志护理,干预过程中应根据患者的实际情况选择相应的方法。其中

情胜情法主要是根据中医恐胜喜、悲胜怒、怒胜思、喜胜忧和思胜恐的理论,根据患者存在的不良情绪给予相应干预,如让家属帮助患者回忆以往生活中的快乐令其消除忧愁烦闷的情绪。同时,给予患者疏肝解郁的中药方剂及镁元素、维生素 B₂ 含量较高的食物如燕麦粥等来调节其悲观情绪和焦虑情绪,从而让患者的情志得到有效改善。

1.4.2 穴位贴敷及针灸 中医的穴位贴敷具有活血通络、调和阴阳的作用,在对患者进行护理时可采取穴位贴敷以促进功能恢复。使用没药、红花、三七、白芥子、乳香和当归等药物制成的药膏对患者进行穴位贴敷,选取的穴位通常以内关、曲池、手三里、足三里、阳陵泉和三阴交为主,将药膏贴敷于患者穴位持续 3 h 后取下,每日 1 次。贴敷过程中可根据患者的临床证型不同进行辨证处理,其中阴虚风动证患者可增加太溪和复溜两穴;风痰上亢患者可增加太冲和太溪等穴位。同时,可对患者进行针灸护理,选取内关、曲池、合谷、手三里、足三里、阳陵泉和三阴交等主要穴,如有风痰阻络加丰隆穴;气虚血瘀加气海和血海穴;风痰上亢加太冲和太溪穴;阴虚风动加太溪和复溜穴;痰热腑实证患者加解溪和风隆穴。先对患者上肢进行针刺,持续 20 min,再对患者下肢穴位进行针刺,持续 20 min。

1.4.3 中药熏蒸 患者康复治疗期间还可给予中药熏蒸护理,根据患者的实际情况选择相应方药。其中,风痰瘀阻证使用半夏白术天麻汤加减;气虚血瘀证使用补阳还五汤加减;风痰上亢使用天麻钩藤饮加减;阴虚风动证使用镇肝熄风汤;痰热腑实证使用星蒺承气汤。用沸水对药物进行冲泡后加入木桶中,让患者进行熏洗,每日对患侧肢体熏洗 1 次,每次持续时间控制在 20 min 左右。

1.5 疗效评定标准 对 2 组干预前后的神经功能缺损和日常生活活动能力进行评分;对患者干预前后生活质量进行评分。神经功能缺损评分用 CSS 量表完成,分值越高代表神经功能缺损越严重。日常生活活动能力评分用 Barthel 指数评定量表完成,分数越高代表患者日常生活活动能力越强。生活质量评分用 SF-36 量表完成,分别对物质生活、心理功能和躯体功能三项进行评分,各项满分均为 100 分,分值越高代表生活质量越高。

1.6 统计学方法 SPSS 22.0 软件处理数据,计数资料行 χ^2 检验和计量资料行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 神经功能缺损及日常生活活动能力 干预前 2 组评分无显著差异,干预后治疗组评分优于对照组,数据差异

显著 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 CSS 评分与 BI 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	CSS 评分	BI 评分
治疗组	50	干预前	17.26±3.52	46.23±7.14
		干预后	7.15±2.69 [#]	75.69±8.25 [#]
对照组	50	干预前	17.18±3.67	46.39±7.08
		干预后	13.25±3.16 [*]	59.62±7.55 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$,与对照组比较,[#] $P < 0.05$

2.2 生活质量 干预前 2 组生活质量评分无显著差异,干预后治疗组评分优于对照组,数据差异显著 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 CSS 评分与 BI 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	物质生活	心理功能	躯体功能
治疗组	50	干预前	65.12±7.14	57.68±7.25	54.39±7.95
		干预后	91.33±5.22 [#]	86.19±5.84 [#]	84.33±5.27 [#]
对照组	50	干预前	64.96±7.25	59.12±7.33	54.68±7.92
		干预后	80.15±5.67 [*]	71.39±6.25 [*]	76.25±5.35 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$,与对照组比较,[#] $P < 0.05$

3 讨论

对于脑卒中康复期患者的护理,临床上通常采用西医护理方式。首先对患者病情进行全面评估,掌握其功能障碍程度,并根据实际情况制定相应的康复训练计划。实际康复护理中指导患者进行早期床上训练,协助患者完成坐立训练与平衡训练,在患者病情恢复较好的情况下指导下床活动并开展相应训练,之后逐渐让患者进行上下楼梯训练,给予有效的饮食护理以确保恢复过程中营养摄入充足且均衡等。以上护理方式临床应用效果较差,并不能让患者的恢复速度得到有效提升。

中医认为脑卒中患者术后肢体功能障碍主要是为血脉瘀阻所致,患者恢复过程中容易因不良情志而影响恢复效果,因此在康复期给予有效干预^[3]。首先要给予患者情志护理,使用中药及情志相胜法等帮助患者消除不良情绪^[4];然后根据患者的实际情况给予中医针灸和穴位贴敷干预,起到舒筋活络的功效。另外结合中药熏洗以行气活血,从而让患者的神经传导功能得到改善,促使其神经功能的恢复^[5]。

本研究对中医康复护理在脑卒中恢复期肢体功能障碍患者中的应用价值进行分析,干预前 2 组患者的神经功能缺损评分、日常生活活动能力评分及生活质量评分均无明显差异 ($P > 0.05$),干预后 2 组各项评分均得到改善,但治疗组干预后的各项评分优于对照组,数据差异显著 ($P < 0.05$)。综上所述,中医康复护理在脑卒

中恢复期肢体功能障碍患者中的应用效果显著,值得推广应用。

参考文献

- [1] 李艳. 中医康复护理在脑卒中肢体功能障碍患者中的应用[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(9):110.
[2] 向宏凤. 中医康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的影响分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(8):115.

- [3] 李淑萍, 郭淑玲. 中医康复护理在脑卒中恢复期肢体功能障碍中的应用价值[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(11):154-155.
[4] 唐靖. 中医康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J]. 承德医学院学报, 2017, 34(1):50-52.
[5] 徐臻, 夏进. 中医康复护理在脑卒中肢体功能障碍患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(2):139-140.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李柏新 收稿日期:2018-09-05)

热敏灸联合护理在艾滋病并发腹泻患者治疗中的临床观察

闵宇燕

(江西省中西医结合医院医务科, 江西 南昌 330003)

摘要:目的 探讨热敏灸联合护理在艾滋病并发腹泻患者治疗中的临床效果,以利于指导临床。方法 分析2011年8月—2013年8月收治的60例艾滋病并发腹泻患者,随机分成对照组和治疗组,每组30例,治疗组采用对症及支持治疗,加用热敏灸联合护理,对照组采用对症及支持治疗,用常规方法护理,统计2组的疗效,得出结论。结果 治疗组总有效率为86.7%,对照组总有效率为56.7%,2组有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对于艾滋病并发腹泻患者,热敏灸联合护理,有良好的治疗效果,值得临床进一步探讨。

关键词:热敏灸;护理;艾滋病;腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.051

文章编号:1672-2779(2019)-02-0127-03

Clinical Observation on Thermosensitive Moxibustion Combined with Nursing in Patients with AIDS Complicated with Diarrhea

MIN Yuyan

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

Abstract: Objective To explore the clinical effect of thermosensitive moxibustion combined with nursing in treating patients with AIDS complicated with diarrhea, and to facilitate clinical guidance. **Methods** 60 patients with AIDS complicated with diarrhea admitted between August 2011 and August 2013 were analyzed and randomly divided into control group and treatment group, with 30 patients in each group. Symptomatic and supportive treatment combined with thermosensitive moxibustion and nursing care were used in the treatment group, and symptomatic and supportive treatment and routine nursing was used in the control group. The curative effect of the two groups was counted, and the Conclusion was drawn. **Results** The total effective rate of the treatment group was 86.7%, and that of the control group was 56.7%. The difference between the two groups was statistically significant ($P<0.05$).

Conclusion For the patients with AIDS complicated with diarrhea, thermosensitive moxibustion combined with nursing has a good therapeutic effect, and it is worthy of further clinical discussion

Keywords: thermosensitive moxibustion; nursing; AIDS; diarrhea

艾滋病又称获得性免疫缺陷综合征(AIDS)是由人类免疫缺陷病毒(HIV)引起的致命性慢性传染病,主要侵犯和破坏T淋巴细胞,造成人体细胞免疫功能严重缺陷,导致各种机会性感染。目前全球3700万感染者中腹泻是艾滋病患者的常见感染症状之一。艾滋病患者的腹泻发生率在30%~90%^[1]。由于免疫缺陷的持续存在,感染往往难以控制,即使控制,其复发也几乎不可避免。感染的反复频繁发生,导致患者生存质量下降。艾滋病腹泻是机体免疫功能低下和胃肠道功能紊乱引起,属于中医的“泄泻”范畴,主要病变在于脾胃和大

小肠。脾胃湿盛是导致本证重要因素,湿邪侵入,损伤脾胃,运化失常,所谓“湿胜而濡泄”,另脾虚失运,水谷不化精微,湿浊内生,混杂而下。艾滋病患者常因病毒侵袭脾胃,伤及正气,外邪致泻。病毒内侵,以致脏腑虚衰,调摄失宜或饮食不节,情志失调,湿盛内阻,伤及脾胃以致脾失健运,大肠传导失司引起泄泻。另抗逆转病毒治疗,也可导致腹泻。临床出现腹泻便溏、脘闷食少,泻下清稀,迁延不愈,病程达数月甚至数年,导致患者体质量下降,营养不良,形体枯萎,以致死亡。临床使用抗生素,往往由于耐药性产生和菌群失调的出

现,而疗效不佳。现结合临床采用中医热敏灸治疗又称热敏灸,全称“腧穴热敏化新疗法”,属于针灸的一种,因其不用针,不直接接触人体,无伤害、无痛苦、无副作用而著称,所谓“针所不为,灸之所宜”。此技术是江西中医学院陈日新教授为首的团队经过18年的临床观察实践的科研成果、专利技术,是以“简、便、验、廉”的承古创新型技术。现将其临床资料分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例患者均为我院2011年8月—2013年8月收治的患者,年龄25~70岁;女22例,男38例。随机分为对照组和治疗组各30例。2组患者临床资料经统计学处理,差异有统计学意义,具可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照2004年国家卫生部、中华医学会制定的《艾滋病防治指南》^[2]标准,确诊为艾滋病患者,大便每日3次以上(含3次),质稀不成形,便次增加者,持续时间3周以上。参照《中药新药临床研究指导原则》^[3],腹泻表现为大便溏泻或大便清稀,完谷不化或大便溏烂,先硬后溏,时溏时硬。每日3次以上,持续3周以上。体倦乏力或神倦懒言,或胃纳减少,食后或午后腹胀。舌质淡、舌体胖或有齿印,苔薄白或白腻,脉细弱或濡或虚或缓,具备以上条件即诊断为脾气虚泄泻者。

1.3 治疗方法 ① 治疗组采用对症及支持治疗,加用热敏灸联合热敏灸护理,对照组采用对症及支持治疗,用常规方法护理,治疗组选取调节人体诸经血脉的神阙,补摄下焦元气的关元以及健运脾胃、补益后天的足三里,健脾化湿的脾俞、三阴交,升降清浊之枢纽的天枢等穴位进行热敏灸;② 按照热敏灸技术要点中“十六字技术要诀”对施灸部位与施灸剂量进行定位定量规范操作,选择仰卧位,充分暴露腹部及小腿内外侧,艾条点燃后在上述部位距离皮肤3cm左右施行温和灸,在艾热的刺激下,施灸部位会产生6种灸感[透热,扩热,传热,局部不热(或微热)远部热,表面不热(或微热)深部热,实灸处酸、胀、麻、痛、压、重、冷等],患者有一种及一种以上的灸感时,此即是所谓的热敏穴位。艾滋病并腹泻患者通常在神阙,关元以及足三里,脾俞、三阴交、天枢等穴位出现热敏现象;③ 分别在探出的热敏穴上依序进行回旋灸、雀啄灸、往返灸、三角温和灸或双点温和灸等的施灸操作,先回旋灸距皮肤3cm 2min 温热施灸穴局部气血,后循经往返灸3min 以疏通经络,激发经气,继以雀啄灸1min 加强热敏化感,再施以温和灸发动感

传、开通经络,产生一个“小刺激大反应”。施行温和灸直至热敏感消失为一次施灸剂量。双天枢、关元穴施以三角温和灸,至自觉热感深透至腹腔或沿两侧扩散至腰,灸至热敏灸感消失。命门穴、大肠俞施以三角温和灸补益肾气,调节肠胃。足三里穴施以双点温和灸一支在足三里上方,另一支放置于感传所达部位的近心点,进行接力灸,最后固定于足三里与腹部进行温和灸。要求患者集中注意力,体会灸感变化。对完成1次治疗的施灸时间因人、因穴而异,施灸时间从10~60min,标准为热敏穴的热敏灸感消失为度,每日1次,连续治疗10次为1个疗程,疗程间歇休息2~3d,共治疗3个月。

1.4 护理要点

1.4.1 治疗前 需要评估患者配合程度,施灸部位皮肤情况,皮肤完整性,避开溃烂或感染、破损灶,询问是否有酒精或胶布过敏史。保持皮肤清洁干燥。向患者做好耐心解释工作,以取得其密切配合,注意保护患者隐私。

1.4.2 治疗中 询问患者有无烧灼感,瘙痒等不适。施灸过程中密切观察患者皮肤颜色,避免艾灰脱落,灼伤皮肤。

1.4.3 治疗后 向患者解释施灸处皮肤微红为正常现象。讲解注意事项,施灸后勿剧烈活动,勿洗浴,局部皮肤出现红、肿、痛、痒等不适时,立即告知医护人员,保持施灸处皮肤清洁干燥。

1.5 疗效判定标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中腹泻的治愈好转标准拟定。显效:腹泻停止,腹痛消失,成形便每天1~2次,食欲增加;有效:腹痛减轻,稀便次数减少,每天少于3次,食欲较前提高;无效:大便次数及性状无改变,腹痛无减轻,食欲无改善。

1.6 统计学方法 将本组研究所涉数据录入SPSS 10.0软件行数据分析,数据资料采用 χ^2 检验,计量资料呈正态分布采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗结果比较 2组总有效率相比较,差异有显著性($P<0.05$),提示热敏灸联合护理在艾滋病并发腹泻患者治疗中取得较好疗效。

表1 2组患者治疗结果比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	16	10	4	86.7
对照组	30	10	7	13	56.7

注:与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

热敏灸是采用点燃的艾材产生的艾热悬灸热敏态穴

位, 激发透热即灸热从施灸点皮肤表面直接向深部组织穿透、扩热即以施灸点为中心向周围扩散; 传热即灸热从施灸点开始沿某一路线向远部传导; 局部不(微)热远部热使远离施灸部位感觉甚热; 表面不(微)热深部热使皮下深部组织甚至脏器受热; 非热感酸、胀、麻、压、重、痛、冷等和经气传导, 并施以个体化的饱和消敏灸量, 从而提高艾灸疗效。采用热敏态穴位点艾灸极易激发感传, 操作简便, 疗效显著, 无副作用, 完善和发展了“气至病所”“气至有效、效之信, 若风之吹云, 明乎若见苍天”的针灸理论与疗效, 并施以个体化的饱和消敏灸量, 从而提高艾灸疗效的一种新疗法源于《黄帝内经》, 基于临床, 有感就灸的新法艾灸。自《灵枢·背腧》中初提灸法补泻以来, 历代医家对其均有研究阐述。近代针灸家朱璉提出艾灸补泻方法, 主分抑制法和兴奋法; 现代灸疗专家周楣声提出疾徐强弱补泻法与疾徐开阖法^[4]; 邓春雷^[5]从灸法补泻操作、施灸方法及施灸材料的合理选择3个方面论述灸法补泻作用的定向控制, 其补泻操作遵循《针灸大成》。施灸方法宜辨证选用, 施灸材料可针对不同疾病选择相应的药物加入艾中或隔于艾下, 使艾灸的温热作用结合药性共同达到补泻效果。基于前人的学术思想, 张巧凤^[6]认为: 灸有补泻, 且灸法补泻效应是通过调控施灸量而实现。

现对热敏灸临床护理 HIV 感染脾虚泄泻作以下总结: 热敏灸的操作要领为施灸过程中保持艾热温和持久, 但艾条燃烧产生艾灰对艾热辐射影响程度较大, 故要适时弹掉艾灰, 要求腧穴、艾条应保持相对 3 cm 的距离并随时调整。操作过程中护士需集中注意力, 可提高灸法效果又能防止烫伤。施灸前向患者耐心解释热敏灸灸灸过程, 解除患者对艾灸的紧张、恐惧心理, 使其能够积极配合。治疗期间要保持病区独立, 保护患者隐私。诊室安静、整洁、通风排烟设施完善, 播放轻音乐, 并使室内温度保持在 26℃ 左右。嘱患者取舒适体位, 充分暴露艾灸部位, 全身放松, 思想集中, 体会艾灸感觉。治疗中护士应思想集中于施灸处, 不断询问患者灸疗处的感受, 以便及时调整艾灸位置。治疗结束后, 须尽快熄灭剩余燃着艾条, 以防复燃。并开窗通风以保证室内空气流通。患者常因病程迁延、痛苦而致情绪低落、态度消极严重影响其生活质量, 医护人员对患者进行有效的心理护理, 热情接待, 耐心解释, 确保各项操作动作轻柔, 准确到位, 使患者有亲切感、安全感, 同时向患者讲解情绪对疾病的影响, 帮助其树立信心, 积极配合可有效帮助患

者减轻症状和痛苦。

参考文献

- [1] 倪量, 万钢, 王融冰, 等. 311 例艾滋病相关慢性腹泻的中医证候特点研究[J]. 北京中医药, 2011, 30(5):323-326.
- [2] 黄世敬, 王阶, 薛柳华, 等. 艾滋病腹泻中医临床研究概况[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(6):1237-1239.
- [3] 陈日新, 康明非. 一种新类型的疾病反应点—热敏点及其临床意义[J]. 江西中医学院学报, 2006, 18(2):29-30.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中华医学会. 艾滋病诊疗指南[S]. 2004.
- [5] 刘冠军. 中医灸疗集要[M]. 南昌:江西科学技术出版社, 1991:446.
- [6] 邓春雷. 灸法补泻作用的机理和控制[J]. 中医杂志, 1986, 36(8):45-46.
- [7] 张巧凤. 论施灸刺激量对灸法补泻效应的影响[J]. 福建中医学院学报, 2002, 12(1):45-47.
- [8] 康明非, 陈日新, 田宁. 热敏灸治疗肌筋膜疼痛综合征的临床疗效研究[J]. 江西中医药, 2006, 37(4):49-50.
- [9] 康明非, 陈日新, 付勇. 热敏灸治疗膝关节炎的临床疗效研究[J]. 江西中医学院学报, 2006, 18(2):27-28.
- [10] 徐振华. 热敏灸配合穴位贴敷治疗感冒后咳嗽 26 例临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(9):49-50.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杨 阳 收稿日期:2018-09-14)

表的编排要求

1 表应具有自明性和可读性。表的内容不应与正文文字及插图内容重复。

2 表包括表序、表题、表头、表身和表注。表序、表题列在表的上方。表序使用阿拉伯数字依序编排。表序与表题之间应留 1 个汉字的空隙。只有 1 个表时标注“表 1”。

3 表应按统计学的制表原则设计, 力求结构简洁。表的内容一般是内容和测试项目由左至右横读, 数据依序竖读, 建议采用国际通行的三线表格式。

4 表中各栏应标明标目词, 参数栏的标目词一般为量或测试项目及其单位符号。若表中所有参数的单位相同, 单位符号可标注在表的右上方, 或加括号标注在表题之后; 各栏参数的单位不同, 则应将单位符号加括号标注在各栏标目词后或下方。表内参数同一指标保留的小数位数应相同。

5 表中同一栏的数字应按位次上下对齐。表内不宜用“同上”、“同左”等类似词, 应一律填入具体数字或文字。表内“空白”代表未测或无此项, “-”或“...”代表未发现, “0”代表实测结果确为零。统计表中应列出样本数。

6 表中不设“备注”栏, 若有需说明的事项, 可在表内有关内容的右上角标出注释符号, 在表格底线的下方以相同的注释符号引出简练的文字注释, 出现缩略语宜在表注中注明中文名称。

7 同一种期刊表格编排体例应一致。表应尽量排在靠近正“续表×”, 并重复排印表头。

——摘自中华中医药学会《中医药期刊编排规范》, 中国中医药出版社出版, 2017.

科研进展 SCIENTIFIC RESEARCH
PROGRESS

抗衰老在慢性阻塞性肺疾病中的应用※

黄琦玢¹ 武志娟¹ 敖然² 谭玮璐¹ 黄守写¹ 黎宛妍² 张志敏^{1*}

(1 广州医科大学附属第一医院中医科,广东 广州 510120;2 广州医科大学研究生院,广东 广州 510120)

摘要:慢性阻塞性肺病简称慢阻肺,是一组以不完全可逆的持续性气流受限为特征的慢性呼吸系统疾病,其确切的发病机制未明。近十几年来国内外许多相关文献报道,慢阻肺的发病与肺衰老关系密切,被称为“加速的肺老化疾病”,研究热点多集中在氧化应激失衡、炎症加重、内分泌紊乱、免疫功能低下、端粒假说、抗衰老蛋白表达异常等层面上,二者相互影响,互为因果。中医学在养生保健方面颇有建树,如何把抗衰老的细想运用到中医治疗慢阻肺等慢性病上,将为今后中医治疗慢阻肺等慢性病提供更丰富的手段和依据。

关键词:肺衰老;抗衰老;慢性阻塞性肺疾病;综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.052

文章编号:1672-2779(2019)-02-0130-03

The Application of the Anti-aging in Chronic Obstructive Pulmonary Disease

HUANG Qifan¹, WU Zhijuan¹, AO Ran², TAN Weilu¹, HUANG Shouxie¹, LI Wanyan², ZHANG Zhimin¹

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangdong Province, Guangzhou 510120, China;

2. Graduate School, Guangzhou Medical University, Guangdong Province, Guangzhou 510120, China)

Abstract: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic respiratory disease, which characterized by incomplete reversible persistent airflow limitation, and pathogenesis is unclear, closely related to the pathogenesis of copd and lung aging found in nearly a decade of many literature reports, known as "accelerated aging lung disease". COPD and lung aging were influence each other each. Research hotspot are mostly concentrated in imbalance oxidative stress, inflammation aggravating, endocrine disorders, immune system weakened, telomere hypothesis, anti-aging abnormal protein expression level. Traditional Chinese medicine in health care is quite effective. It will be a new way to apply the anti-aging in TCM treatment on COPD and other chronic disease.

Keywords: lung aging; anti-aging; chronic obstructive pulmonary disease; review

慢性阻塞性肺疾病是一种常见的以持续性气流受限为特征的可以预防和治疗的疾病,其高发病率,高死亡率已成为致人类死亡的第四大疾病,现代研究关于肺衰老的研究日益增多,慢阻肺发病的确切发病机制不明,与个体内外危险因素、遗传、气道炎症等多因素相关,然而临床发现去除吸烟、粉尘接触等危险因素后,患者肺功能下降仍逐年下降,且下降明显。流行病学发现^[1-2],40岁前即使大量吸烟,慢阻肺发病率仍不高,而随着年龄的增大,慢阻肺发病率以指数增加。国内外研究发现COPD患者肺脏衰老明显加速,细胞衰老在COPD发病中起重要作用^[2],因此是否可从慢阻肺“衰老假说”方面探究其发病机制,进而提出抗衰老、抗氧化等可行性的治疗手段值得我们进一步研究。

1 现代医学研究

衰老是指生物在生殖阶段完成后体内的平衡逐渐衰退,导致疾病和死亡的风险增加。Rappaport 和 Mayey

于1954年首次提出“老年肺”概念,是指肺结构老化,单纯因增龄而引起的肺衰老。随着衰老,人的生理结构出现改变,如鼻、肋软骨弹性下降、气道的腺体萎缩、胸廓的形态改变、气道管壁弹性下降、气道管腔扩张、小气道萎陷等各种改变^[3],造成了老年性肺气肿及小气道阻塞性改变。在这一点病理生理改变上与慢性阻塞性肺疾病(COPD)有契合点。健康人群肺功能随增龄而下降,且吸烟患者、有咳嗽咳痰患者肺功能下降更快。现代医学对于肺衰老研究多集中于以下几点:

1.1 与氧化过激的相关性 肺的上皮细胞有一层含氧化剂液体可保护常暴露于空气中的肺组织。当外源性氧化或病理生理改变打破氧化与抗氧化平衡时,即出现氧化应激^[4],如细胞衰老、凋亡、生殖等生理过程,慢阻肺、肺纤维化、肺癌等疾病都与其有相关性。机体氧化应激过程常伴有 ROS(氧自由基)的产生,ROS可刺激体内炎症反应,使内皮细胞和巨噬细胞分泌炎症介质增加,大量中性粒细胞与巨噬细胞聚集从而再次加重氧化,因此氧化应激与炎症反应互为因果^[5]。COPD患者肺、骨骼肌中存在过多的 ROS(氧化应激反应的证据)。研究表明 ROS 通过 p21 诱导 DNA 损伤灶介导细

※ 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81202674];国家自然科学基金基金项目[No.81774103]

* 通讯作者:zhangzhimin51666@163.com

胞衰老^[6]。另有研究显示, Nr2 是体内重要的内源性抗氧化应激通路, 其缺失或激活障碍可引起细胞对应激源的敏感性增高, 炎症修复过程延长, 其通过诱导各种抗氧化及保护基因可保护机体免受多种呼吸系统疾病^[7]。但目前对于抗氧化仅选取单一靶点或抗氧化剂治疗临床病例观察, 造成了各类试验结果的前后不一致, 其有效性还有争议。

1.2 与内分泌系统的相关性 糖皮质激素、甲状腺激素、性激素等被认为与肺功能、肺损伤及呼吸肌恢复有关^[8]。老年人和慢阻肺患者对糖皮质激素的敏感性下降, 促进了 HPA 轴 (下丘脑-垂体-肾上腺轴) 的激活, 糖皮质激素的负反馈作用减弱, 继而引起皮质醇的增多。此类现象导致了机体的免疫功能下降, 促进了炎性反应, 导致肺结构的重塑。肺部感染时组织间液的清除主要依靠水通道蛋白 1, 5, 衰老的血管内皮细胞水通道蛋白亚型 (水通道蛋白 1, 5) 水平降低, 管腔内渗透水转运减少而引起肺水肿^[9], 而给予适量地塞米松可使水通道蛋白的表达得以恢复。

1.3 与免疫反应的相关性 随着机体衰老, 原始 T 细胞减少, 胸腺组织逐步被脂肪组织替代, CD⁴⁺ T 细胞增殖能力降低^[10], 而老年人在合并 COPD 等慢性肺部疾病又会进一步增加呼吸道感染的机率, 进一步消耗 CD⁸⁺ T 细胞的储备, 使老年人的免疫功能下降。老年人肺泡巨噬细胞功能也在逐步下降, 主要表现在 Toll 样受体 (TLR) 表达减少、吞噬功能下降、产生一氧化氮能力下降、一些趋化因子和细胞因子的分泌受损。TLR 是巨噬细胞对抗原反应的关键受体, 在维持肺和血管内皮的氧化与抗氧化的平衡起到重要作用, 老年人肺泡巨噬细胞功能下降, 其 TLR 表达减少, 进一步促进了肺衰老, 有研究表明 TLR 与 COPD 的严重程度相关^[11]。

1.4 与炎性反应的相关性 炎症是细胞衰老、机体老化的陪同反应, 对机体衰老及老化起着推动和维持的作用^[12], 这是一种慢性的、低程度的炎症状态, 可称之为炎性衰老。肺泡巨噬细胞不仅起防御功能, 更重要的是起着炎性应答的作用, 老年人肺泡巨噬细胞功能的下降, 吞噬功能也随之下降, 巨噬细胞浸润相应增多。Abdelmagid SM 等^[12]发现, 老年哺乳动物的循环促炎症细胞因子明显多于年轻动物, 且在抑制抗衰老蛋白 klotho 后的小鼠, 其衰老过程加速炎性反应升高, 这说明了衰老过程伴随着炎症失衡, 同时氧化应激及免疫反应又加速了炎性反应。

1.5 端粒、端粒酶 端粒、端粒酶成为现代研究的热点, 现有研究认为细胞的衰老与端粒的长度相关, COPD 患者外周血的单个核细胞的端粒缩短, 并与其临床症状的

严重程度及吸烟史相关^[13]。同时端粒酶的缺乏或减少又可使 IL-6、IL-8、MCP-1、sICAM-1 等因子增多, 造成了 COPD 患者的慢性炎症反应, 肺气肿患者的肺中 II 型肺泡细胞和内皮细胞 P16 和 P21 表达明显增加^[14], 而细胞周期的进程即由周期依赖性激酶 (CKD) 及其抑制剂 (如 P16 和 P21) 调控, p16 和 p21 的增多, 提示细胞走向衰老。

1.6 抗衰老分子 对组蛋白去乙酰化 SIRT1 则被称为人类长寿基因, COPD 患者及吸烟者外周肺组织细胞核内 SIRT1 水平显著降低; SIRT1 水平下降促进 COPD 患者内皮祖细胞衰老及功能异常。另有新的研究证据表明可延长高等生物体寿命的酶蛋白为 SIRT6, 而不是 SIRT1^[15]。其与抗衰老的关系主要体现在具有去乙酰化酶的活性。研究发现白藜芦醇可激活 SIRT1 的表达来延缓小鼠的肺衰老。淫羊藿苷为中药淫羊藿的主要有效成分, 淫羊藿苷可明显激活 SIRT6 的酶活性, 且在极低的药物浓度下也可激活 SIRT6 的活性, 且明显优于对照组的白藜芦醇^[16]。

现代医学认为慢阻肺的肺衰老与机体多个系统相关, 循证医学观察发现与衰老相关的因子, 在慢阻肺疾病的进展过程中起着一定的作用, 针对抗衰老的干预措施, 目前研究多基于动物研究。中医学是祖国文化的宝库, 中医药在肺衰老方面也有不少研究, 包括基于临床患者的观察, 但多发表于国内文献, 因此需要我们寻找更多的循证医学证据。

2 中医学研究进展

中医学源远流长, 早在《黄帝内经》对衰老就有阐述“女子……五七, 阳明脉衰, 面始焦, 发始堕; 六七, 三阳脉衰于上, 面皆焦, 发始白; 七七, 任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭, 地道不通, 故形坏而无子也。丈夫……五八, 肾气衰, 发堕齿槁; 六八, 阳气衰竭于上, 面焦, 发鬓颁白; 七八, 肝气衰, 筋不能动; 八八, 天癸竭, 精少, 肾藏衰, 形体皆极, 则齿发去。”描述了人体衰老过程的表现以及衰老的年龄, 并与肾及五脏的功能密切相关。中医认为肾藏精, 主生殖生长发育, 为人之先天之本。《医学正传》阐述: “肾气盛则寿延, 肾气衰则寿夭”, 至明代的“命门学说”, 均言明了肾为一身之根本, 与衰老密切相关, 是各脏腑的调控中心。沈自尹等人采取中西医结合理论和方法对增龄性肾虚衰老进行了整合研究发现, 衰老大鼠 HPAT 轴衰退、免疫系统受损明显, 与肾虚时的 HPAT 轴上的相关基因表达相符, 且经过补肾后相关基因被逆转^[17]。

临床实验研究也发现经过补肾法能改善患者肺功能、内分泌系统、免疫系统等, 如潘露茜等^[18]对 70 例健康老年人随机分组, 治疗组服用益肾口服液后肺功能得到

改善。蔡定芳等^[19]对皮质酮 (CORT) 造成下丘脑-垂体-肾上腺-胸腺轴 (HPAT) 抑制的大鼠模型使用中药右归饮灌胃观察发现, 右归饮可以有效保护 CORT 对 HPAT 轴的抑制。右归饮改善肾虚患者的免疫功能, 使循环免疫复合物 (CIC) 水平下降 ($P < 0.01$), 淋巴细胞转化率 (淋转率) 和自然杀伤 (NK) 细胞活性提高 ($P < 0.01$)。

肺: 主气, 司呼吸;《灵枢·经脉》所谓:“手太阴气绝则皮毛焦”, 肺主皮毛, 肺脏衰老亦会出现毛发的衰老。肺主气, 主的是一身之气, 陈修园《医学实在易》“凡脏腑经络之气, 皆肺气自所宣。”肺司呼吸、维持呼吸通畅, 决定生命的存亡。“肺气的衰亡, 决定生命的长短”, 肺主气功能异常, 则气滞痰凝、气滞血瘀、气滞食积, 导致一系列病理产物生成, 加速衰老。同时肺宣发调节卫气, 卫气起着防御的作用, 抵御外邪入侵, 延缓机体的衰老。研究显示呼吸道黏膜与肠道黏膜、生殖道黏膜等各黏膜系统相关^[20]。如补肺汤^[21]发现能减少小鼠肺组织中自由基含量、抑制细胞凋亡、增强肺的免疫功能, 从而延缓肺组织衰老。

脾为后天之本, “气血生化之源”, 主水谷精微生化, 承担着化生气血的重任。饮食的消化和吸收, 在胃和小肠内进行, 但必须依赖于脾的运化功能, 才能被人体利用吸收。《素问》“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺”, 脾的运化水谷精微功能旺盛, 则机体的消化吸收功能才能健全, 才能为化生精、气、血、津液提供足够的养料, 使脏腑、经络、四肢百骸, 以及筋肉皮毛等组织得到充分的营养, 而进行正常的生理活动。脾失运化, 机体不能吸收足够的营养, 亦会促进衰老。对益气健脾中药黄芪的研究发现, 含黄芪血清的培养基可增加细胞 SOD 活性, 减少 MDA 含量与 P16 的表达, 抑制端粒缩短而起到抗衰老作用^[22]。全真一气汤为明清医家冯兆张的著名方剂, 以健脾益肾、调补气血阴阳为法, 研究发现其多糖对 COPD 有抗氧化作用, 对 COPD 大鼠受损的肺组织有较好的保护作用, 临床发现使用全真一气汤亦可改善肺功能^[23]。

慢性阻塞性肺疾病已成为全球性问题, 而其发病机制并不明确, 随着医学的发展已发现慢阻肺与肺衰老存在一定的联系, 从抗衰老方向治疗慢阻肺不失为一种方法, 但具体的靶点方向还值得我们进一步研究, 这将会创造一个全新的领域。

参考文献

[1] Tudor R M. Aging and cigarette smoke: fueling the fire[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2006, 174: 490-491.
 [2] Ito K, Barnes P J. COPD as a disease of accelerated lung aging[J]. Chest, 2009, 135: 173-180.

[3] Janssens J P, Pache J C, Nicod L P. Physiological changes in respiratory function associated with ageing[J]. Eur Respir J, 1999, 13(1): 197-205.
 [4] Filaire E, Dupuis C, Galvaing G, et al. Lung cancer: what are the links with oxidative stress, physical activity and nutrition [J]. Lung Cancer, 2013, 82(3): 383-389.
 [5] 孙涛, 夏世金, 郑松柏. 肺衰老[J]. 老年医学与保健, 2013, 19(5): 322-325.
 [6] Passos J F, Nelson G, Wang C, et al. Feedback between p21 and reactive oxygen production is necessary for cell senescence[J]. Mol Syst Biol, 2010, 6: 347.
 [7] 李彦霖, 王思一, 刘持. 肺衰老与呼吸系统疾病发病关系的研究进展[J]. 广东医学, 2016, 37(6): 925-928.
 [8] CHEN Hua, ZHOU You sheng, ZHU Lin, et al. Study on the function of sex hormone in acute lung injury[J]. Chinese Journal of Emergency Medicine, 2004, 13(1): 34-36.
 [9] Minneci P C, Deans K J, Natanson C. Corticosteroid therapy for severe sepsis and septic shock[J]. JAMA, 2009, 302(15): 1643.
 [10] Wertheimer A M, Bennett M S, Byung P, et al. Aging and cytomegalovirus infection differentially and jointly affect distinct circulating T cell subsets in humans[J]. J Immunol, 2014, 192(5): 2143-2155.
 [11] Freeman C M, Martinez F J, Han M K, et al. Lung CD8⁺ T cells in COPD have increased expression of bacterial TLRs[J]. Respir Res, 2013, 14: 13.
 [12] Abdelmagid S M, Barbe M F, Safadi F F. Role of inflammation in the aging bones[J]. Life Sci, 2015, 123: 25-34.
 [13] Houben J M, Mercken E M, Ketelslegers H B, et al. Telomere shortening in chronic obstructive pulmonary disease[J]. Respir Med, 2009, 103: 230-236.
 [14] Amsellem V, Gary-Bobo G, Marcos E, et al. Telomere dysfunction causes sustained inflammation in chronic obstructive pulmonary disease[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2011(184): 1358-66.
 [15] Kim H S, Xiao C, Wang R H, et al. Hepatic-specific disruption of SIRT6 in mice results in fatty liver formation due to enhanced glycolysis and triglyceride synthesis[J]. Cell Metab, 2010, 12(3): 224-236.
 [16] 陈洋, 平键, 沈自尹, 等. 淫羊藿苷提高 SIRT6 酶活性及抑制小鼠 NF- κ B 炎症信号通路的实验研究[J]. 老年医学与保健, 2012, 18(6): 338-341, 346.
 [17] 沈自尹, 张新民, 林伟, 等. 基于基因表达谱数据建立肾虚证量化数学模型[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(2): 131-134.
 [18] 潘露茜, 顾耘, 许若玢, 等. 益肾口服液延缓肾精亏虚型生理性衰老的试验研究[J]. 老年医学与保健, 2015, 21(2): 90-92, 100.
 [19] 蔡定芳, 沈自尹, 张玲娟, 等. 右归饮对大鼠下丘脑-垂体-肾上腺-胸腺轴抑制模型的影响[J]. 中国免疫学杂志, 1994, 10(4): 236-239.
 [20] Buffie C G, Pamer E G. Microbiota-mediated colonization resistance against intestinal pathogens[J]. Nature Reviews Immunology, 2013.
 [21] 蔡瑞元. 肺与衰老相关的理论及实验研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2005.
 [22] 李静, 陈超畅. 黄芪抗衰老作用分子机制的研究进展[J]. 中国现代药物应用, 2008, 2(2): 92-93.
 [23] 朱汉平, 张志敏, 武如通, 等. 全真一气汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 36 例[J]. 中国中医急症, 2011, 20(1): 124-125.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 黄婉怡 收稿日期: 2018-11-21)

中医药在体外受精-胚胎移植中的临床研究进展

庞保珍¹ 庞清洋² 庞慧卿¹ 李霞³ 宋国宏⁴

(1 聊城市中医医院不孕不育科,山东 聊城 252000;2 山东大学附属生殖医院生殖医学,山东 济南 250000;
3 山东省医学科学院基础医学研究所,山东 济南 250062;
4 新疆医科大学第五附属医院中医科,新疆 乌鲁木齐 830011)

摘要:通过归纳近18年中医药在体外受精-胚胎移植中的临床研究成果以及相关文献,分析其在中医辅助生殖临床的共性特征。认为近18年补肾法在体外受精-胚胎移植中的优势更加突显:肾虚是不孕症患者的主要病机;IVF-ET前辨证补肾是提高成功率的关键;IVF-ET前应重视其相关“基础疾病”的治疗:辨证调理体质治疗多囊卵巢综合征;补肾活血法治疗子宫内膜异位症;驱邪与扶正并用治疗盆腔炎;肾虚是IVF-ET中的主要病机;IVF-ET中应辨证补肾为主;IVF-ET中应重视辨病辨证结合:补肾健脾法治疗IVF-ET中的卵巢低反应;调肾为主,兼调心肝脾治疗IVF-ET的多囊卵巢综合征;活血解毒法治疗IVF-ET的子宫内膜异位症;补肾活血治疗反复IVF-ET失败者子宫内膜容受性差等。电针辅助有效防治IVF过程中OHSS发生。IVF-ET中应重视男方的调理。

关键词:不孕症;辅助生殖技术;体外受精;胚胎移植;中医药疗法;综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.053

文章编号:1672-2779(2019)-02-0133-06

Clinical Research Progress of Chinese Medicine in In Vitro Fertilization and Embryo Transfer

PANG Baozhen¹, PANG Qingyang², PANG Huiqing¹, LI Xia³, SONG Guohong⁴

(1. Infertility Department, Liaocheng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Liaocheng 252000, China;

2. Reproductive Medicine, the Affiliated Reproductive Hospital of Shandong University, Shandong Province, Jinan 250000, China;

3. Institute of Basic Medicine, Shandong Academy of Medical Sciences, Shandong Province, Jinan 250062, China;

4. Department of Traditional Chinese Medicine, the Fifth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Xinjiang, Urumqi 830011, China)

Abstract: By summarizing the clinical research Results and related literature of traditional Chinese medicine in vitro fertilization and embryo transfer (IVF) for the last 18 years, the common characteristics of the auxiliary reproductive clinic in traditional Chinese medicine were analyzed. It is believed that the advantages of kidney tonifying method in in vitro fertilization and embryo transfer in the last 18 years are more obvious: kidney deficiency is the main pathogenesis of infertile patients; syndrome differentiation before IVF-ET is the key to improve the success rate; before IVF-ET should pay attention to its related "basic disease" treatment: syndrome differentiation and conditioning treatment of polycystic ovary syndrome, kidney invigorating and blood activating therapy Endometriosis, exorcism and correction and treatment of pelvic inflammation, kidney deficiency is the main pathogenesis in IVF-ET, IVF-ET should be the main kidney tonifying, IVF-ET should attach importance to differentiation of diseases and syndrome differentiation: tonifying the kidney and invigorating the spleen method for the treatment of ovarian low reaction in IVF-ET, regulating the kidney mainly, and regulating the IVF-ET of the polycystic ovary syndrome of the heart and the spleen and the spleen; activating blood Detoxification was used to treat endometriosis of IVF-ET, and Bushen Huoxue therapy was used to treat recurrent IVF-ET failure, and endometrial receptivity was poor. Electroacupuncture was used to assist in the effective prevention and treatment of OHSS in IVF. IVF-ET should pay attention to the man's conditioning.

Keywords: infertility; assisted reproductive technology; in vitro fertilization; embryo transfer; traditional Chinese medicine; therapy of traditional Chinese medicine; review

目前以中医药辅助生殖治疗特征的体外受精-胚胎移植 (in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET) 模式正在世界范围内逐步发展,取得了可喜成果。现代科技与传统中医药的不断融汇,中医辅助生殖源于传统中医,拓展中医治疗范畴,使得中医辅助生殖不断呈现新的气息,中西医结合生殖医学前景广阔。近17年中医药在体外受精-胚胎移植中的临床研究成果,主要有以下几个方面:肾虚是不孕症与IVF-ET中的主要病机;IVF-ET中应以辨证补肾为主线;IVF-ET中应重视男方的调理等。现分述如下。

1 不孕症的主要病机

中医认为肾藏精,主生殖,肾为产生卵子之本,女子肾气盛,则天癸至,任脉通,太冲脉盛,卵子得以肾精的濡养,逐渐发育成熟,阳主动,卵子发育到一定程度,在肾阳达到一定的推动力则顺利排出。不孕症虽可辨证分为肾虚型、肝郁型、脾虚型、痰湿型、血瘀型,但女性不孕症患者以肾虚型最多,且行IVF-ET中肾虚型的临床妊娠率低于其他证型^[1],肾虚是不孕症的主要病机。

2 IVF-ET前应辨证补肾

由于肾虚是不孕症患者的主要病机,因此,在IVF-

ET 前应以中医的思维辨证补肾治其本, 酌情辨证调理 3~6 个月为宜。对于肾气虚证宜用五子衍宗丸, 肾阳虚证或肾阳虚血瘀证宜用定坤丹, 肾阴虚证宜用六味地黄丸; 可辨证应用中药调周疗法。连方等²¹认为一般在助孕前 3 个月开始调理: (1) 卵泡期 (月经周期 5~11 d), 补益肝肾; (2) 排卵期 (月经周期 12~16 d), 补肾活血通络; (3) 黄体期 (月经周期 17~24 d), 温肾助阳; (4) 行经期 (月经周期 25 d 到行经), 活血调经。谈勇³¹认为尤其对 35 岁以上不孕或 IVF-ET 多次失败患者, 在 IVF-ET 前期采用中药调周法。研究证明, 补肾调周中药可改善卵巢储备功能⁴¹, 提高患者对促性腺激素的敏感性, 改善卵子质量, 增加获卵数, 提高辅助生殖技术的种植率与妊娠率⁵¹, 且能促进再次 IVF-ET 成功率⁶¹。

3 中医药对 IVF-ET 前相关基础疾病的治疗

3.1 辨证治疗多囊卵巢综合征 章勤等⁷¹认为, 对于 PCOS 患者, IVF-ET 术前的体质调理尤为关键, 体型偏瘦患者多属气郁质或阴虚质, 气郁质患者常兼见心烦易怒或精神抑郁, 经前乳胀等症, 治疗应疏肝解郁, 多以开郁种玉汤化裁; 阴虚质患者常兼见腰酸少寐, 口干烦热舌红等症, 治疗宜滋养肝肾, 多以养精神玉汤化裁; 体型偏胖患者多属痰湿质, 常兼见喉中有痰, 体重倦怠等症, 治疗应温肾化痰, 多以苍附导痰丸化裁。黄日亮⁸¹研究认为排卵障碍性不孕症患者临床应用定坤丹治疗, 可以增大子宫内厚度, 提高患者的妊娠率, 具有重要的应用价值。卫爱武等⁹¹研究认为定坤丹联合氯米芬能明显改善多囊卵巢综合征伴不孕患者的临床疗效。

3.2 补肾活血法治疗子宫内膜异位症 章勤等⁷¹认为, 内异症反复发作而需行 IVF-ET 者, 其病机多为肾虚夹瘀。平时以补肾活血, 化瘀消癥为主, 经前期以补肾温通为主, 行经期以活血化瘀止痛为主。如此急则治其标, 缓则治其本, 攻补兼施, 补肾以促进卵泡的发育, 提高子宫内膜的容受性, 活血即可消癥, 又利于卵子的生长与排出。安向荣¹⁰¹研究结论对子宫内膜异位症性不孕症患者使用腹腔镜手术和中药定坤丹进行治疗安全、有效。

3.3 驱邪与扶正并用治疗盆腔炎 章勤等⁷¹认为由于盆腔炎迁延日久, 正气渐衰, 邪热余毒残留, 与冲任之气血相搏结, 日久难愈, 耗伤气血而致, 治宜驱邪与扶正并用, 多以黄芪建中汤合血竭化癥汤化裁。此外, 在输卵管炎性不孕症术前调理时, 章勤尚配合驱邪与扶正的中药保留灌肠。

对于盆腔炎的治疗必须用中医的思维辨证用药, 不要被西医的“炎”束缚治疗的思维, 如肾阳虚血瘀证, 适用于定坤丹; 气虚血瘀, 痰湿凝滞证, 适用于丹黄祛瘀胶囊。

3.4 补肾养血填精治疗卵巢储备功能下降 章勤等⁷¹认为卵巢储备功能下降主要责之于“天癸早枯”, 治宜养血填

精为大法, 多以河车大造丸合四物汤化裁。女子常不足于血, 顾护精血为女子之要。女子只有在精血充足的前提下才能月事以时下, 卵巢的储备功能才健全, 特别是在体外受精-胚胎移植中更要顾护精血。谈珍瑜等¹¹¹研究认为定坤丹对肾虚型月经后期卵巢储备功能下降 (DOR) 患者治疗效果好, 能有效改善患者性激素水平, 增大平均卵巢体积, 增加窦卵泡计数, 促进月经来潮, 进而恢复和改善卵巢储备功能。

3.5 滋肝、柔肝治疗 IVF-ET 反复失败 章勤等⁷¹认为 IVF-ET 反复失败患者以肝虚为主, 而非肝气横逆, 故治疗以滋肝、柔肝为主, 而非疏肝、泄肝, 临床常用温养肝肾之药, 酌加轻灵之品以顺肝木曲直之性, 从而春生阳回, 雨露自滋, 经水渐复, 常用药物: 鹿角霜、石决明、龟甲、绿梅花、玫瑰花、炒白芍、王不留行子、枣仁。

4 肾虚是 IVF-ET 中的主要病机

IVF-ET 失败后女性的常见中医证候为肾虚及肝郁证, 常见证型为肾虚肝郁血瘀、肾虚肝郁、肾虚肝郁血瘀夹湿热, 且肾虚肝郁血瘀的发生率随不孕病程、流产次数的增加而升高¹²¹。

5 中医药在 IVF-ET 中各期的应用

5.1 施术前期宜益肾填精 佐以疏肝解郁宁心安神 施术前期, 即口服避孕药治疗 21 d 期间。宜辨证应用益肾填精, 佐以疏肝解郁, 宁心安神之法。其疏肝解郁, 宁心安神可选用柴胡、桑叶、绿萼梅、淡竹叶等, 随口服避孕药服用 20 d¹³¹。其益肾填精傅萍等¹⁴¹主张遣用毓麟珠加减; 蔡小荪等¹⁵¹经验: 促排卵前育肾调经: 经后期即卵泡期, 为经净后至排卵前, 方药为: 茯苓 12 g, 生地黄 10 g, 牛膝 10 g, 路路通 10 g, 公丁香 2.5 g, 制黄精 12 g, 麦冬 10 g, 淫羊藿 12 g, 石楠叶 10 g。经间期和经前期, 即排卵期和黄体期, 方药为: 茯苓 12 g, 生地黄 10 g, 熟地黄 10 g, 仙茅 10 g, 淫羊藿 12 g, 鹿角霜 10 g, 女贞子 10 g, 紫石英 12 g, 巴戟天 10 g, 麦冬 12 g, 山萸肉 10 g。蔡小荪特别强调, 在促排卵前需辨证加减用药; 李小英¹⁶¹研究在 IVF-ET 中以补肾疏肝为调养基方能够改善临床症状, 减少 Gn 用量, 降低促卵泡生成素水平, 有利于提高优质胚胎率和临床妊娠率。

5.2 降调期第一步宜辨证滋肾阴为主 佐以温阳 降调期第一步, 即使用 GnRH-a 控制性超促排卵期第 1~9 d。GnRH-a 在短期内募集多个卵母细胞, 极大的打破了正常的生理状态, 超越了正常调控能力。中医认为肾主生殖, 此期造成肾气聚伤, 阳化气, 阴成形, 因此, 此期特殊生理状态下, 以肾阴虚为主, 兼有肾阳虚之征。故, 尤昭玲等选用生地黄、熟地黄、桑椹子、鹿角片、覆盆子、沙参、石斛等组成的 2 号方, 随用 GnRH-a 第 1~9 天服药¹³¹; 连方等²¹主张滋肾助阳以调节整体状态; 蔡小荪¹⁷¹主张围种植期健肾柔肝, 方药: 党参 10 g, 茯苓

10 g, 麸炒白术 10 g, 黄芩 6 g, 苈麻根 10 g, 白芍 10 g, 续断 10 g, 杜仲 10 g, 桑寄生 10 g。

5.3 降调期第二步治宜酌情补肾益精为主 佐以理气活血 降调期第二步, 即使用 GnRH-a+Gn 控制性超促排卵期。在进行垂体降调节的第一步, 本已出现医源性肾阴亏虚为主的病机; 此期超排卵要求多个卵细胞共同发育, 卵泡期由于短时间内天癸大量泌至, 突然耗损肾之阴阳, 使得肾阴更加匮乏, 难以聚而为精, 导致缺乏卵子形成的物质基础, 极易造成卵泡不能充分发育成熟。此外, 阴虚容易导致阴虚血瘀, 故此期以肾阴虚极, 兼有血瘀、肝郁为主要病机。故治宜酌情补肾益精为主, 佐以理气活血。尤昭玲在 2 号方的基础上加减, 选用西洋参、大腹皮、黄精、荔枝、赤小豆、薏苡仁等组成的 3 号方, 接 2 号方用至注射 HCG 前 2 d 服用^[13]; 连方等^[2]主张超排卵时补肾滋阴以促卵泡发育; 傅萍等^[14]选用养精种玉汤合二至丸加味; 梁莹等^[18]分别联合补肾调经方、逍遥散方; 刘芳等^[19]研究应用加味左归丸方; 张建伟^[20]研究二至天癸颗粒能明显提高 IVF 周期卵巢对超促排卵药物的反应性, 而未增加 OHSS 发生的危险性; 连方等^[21]研究 IVF-ET 中 COH 后临床上所出现中医证型按出现频率由高到低依次为肾气阴两虚证, 脾肾阳虚证, 肝郁气滞兼血瘀证, 其他证型。

5.4 取卵前期宜酌情辨证采用温肾助阳 佐以活血排卵之法 取卵前期, 即使用 HCG 促卵泡成熟期。中医认为阳化气, 肾之阳气充足, 鼓动有力, 经络畅通, 卵子才能顺利排出。故此期宜酌情辨证采用温肾助阳, 佐以活血排卵之法。尤昭玲选用菟丝子、桑椹子、复盆子、紫石英等药组成的 4 号方, 随 HCG 注射前 1 天至取卵前 1 天服药, 连服 3 d^[13]; 连方等^[2]经验: 绒毛膜促性腺激素 (HCG) 日温肾活血以促卵泡排出。连方等^[21]报道在辅助生殖中当优势卵泡直径达到 18 mm 时, 每日 1 剂桃红四物汤加味, 服至卵泡排出或取卵日。

5.5 取卵后期治宜酌情补肾健脾为主 佐以活血 取卵后期, 即取卵后 1~5 d。此期由于抽吸卵泡, 引起颗粒细胞过多丢失, 导致颗粒黄体细胞数下降, 影响黄体的生成, 不利于胚胎的种植发育。中医认为此期由于上述超促排卵、取卵等措施已导致机体肾虚兼有血瘀等情况, 脾为后天之本, 后天养先天, 脾肾功能正常, 则为胚胎种植提供充足的物质基础, 而血瘀不利于精微物质的生成与吸收, 故治宜酌情补肾健脾为主, 佐以活血。尤昭玲用麦冬、山萸肉、炙龟甲等组成的 5 号方, 从取卵之日起, 连服 5 d^[13]。连方等^[2]在常规应用黄体酮维持黄体基础上, 辅以补肾健脾、固冲安胎中药。有研究从取卵当日起在 HCG 健黄体的基础上加服滋肾育胎丸^[22]; 张建伟^[20]研究提示二至天癸颗粒改善控制性超排卵周期卵子质量与子宫内膜容受性; 傅萍等^[14]主张移植前疏补

为要, 选用毓麟珠, 酌加路路通、皂角刺等活血通络之品; 蔡小荪^[7]经验: 移植前后健肾助孕, 设健肾助孕方: 党参 12 g, 茯苓 12 g, 白术 10 g, 黄芩片 10 g, 续断片 10 g, 杜仲 10 g, 桑寄生 12 g, 苈麻根 12 g, 白芍 10 g。从胚胎植入前 7 d 至胚胎植入后 14 d, 即从鲜胚周期取卵后服用至确诊生化妊娠时。

5.6 移植后期宜酌情健脾益肾, 助胎长养 移植后期, 即胚胎移植后 1~12 d。超排卵本身导致黄体功能异常等, 影响胚胎的发育。中医认为肾主生殖, 后天养先天, 故此期宜酌情健脾益肾, 助胎长养。尤昭玲选用西洋参、苏梗、白术、莲心、桑寄生等组成的 6 号方, 从胚胎移植后第 3 天起, 连服 12 d^[13]; 傅萍等^[14]多用寿胎丸加减, 用药宜轻、性味宜平; 蔡小荪^[7]主张种植后固肾安胎, 方药: 黄芩片 6 g, 麸炒白术 10 g, 党参 10 g, 苈麻根 10 g, 续断 10 g, 杜仲 10 g, 桑寄生 10 g, 紫苏梗 10 g。

5.7 妊娠期治宜酌情采用健脾补肾法 清肝养胎法 化瘀止血法等 妊娠期, 即胚胎种植后 11~13 d 查 HCG 确诊妊娠后。虽然健脾补肾是固系胎元之大法, 但孕后常兼有肝热、血瘀的情况, 故治宜酌情采用健脾补肾法、清肝养胎法、化瘀止血法等。尤昭玲一般用西洋参、白术、菟丝子、苈麻根等组成的 7 号方, 从确认妊娠后服药, 至 B 超看到胎儿心率时酌情停药^[13]; 蔡小荪等^[7]设健肾安胎方: 杜仲 12 g, 续断 12 g, 狗脊 12 g, 桑寄生 12 g, 党参片 12 g, 炒白术 12 g, 黄芩片 10 g, 紫苏梗 10 g, 白芍 10 g, 生地黄 10 g, 苈麻根 12 g。傅萍等^[14]辨证酌情采用补肾健脾法, 方用泰山磐石散, 酌加阿胶珠、熟地黄、山萸肉等; 凉血滋阴法, 当用保阴煎加苈麻根, 可入桑叶、生白芍、旱莲草等; 化瘀止血法, 于胎元饮基础上, 辨证遣入牡丹皮、酒大黄、参三七等止血不留瘀、化瘀不伤胎之品; 叶敦敏等^[24]教授强调阶段性用药, 确认妊娠阶段主张健脾补肾养心以安胎。

6 IVF-ET 中应重视辨病辨证结合

6.1 补肾健脾法治疗 IVF-ET 中的卵巢低反应 基于“补肾健脾法治疗 IVF-ET 中的卵巢低反应的研究”, 突破了中医学关于“肾主生殖”的传统病机的认识, 依据“脾胃为后天之本, 气血生化之源”的理论, 只有在脾胃运化的水谷精微及气血充足的基础上, 卵泡才能在肾气及天癸的作用下正常发育成长, 先天后天相互滋生。认为卵巢低反应的主要中医病机在于“脾肾亏虚”, 同时研究认为补肾健脾法可改善 IVF-ET 中卵巢低反应 (POR), 提高卵巢储备功能^[25]。益气养阴方可改善 POR 患者 IVF-ET 过程中的卵巢反应性, 提高获卵数并增加患者妊娠率, 其作用机制可能与调控卵巢颗粒 GDF-9、BMP-15 表达有关^[26]。

6.2 调肾为主 兼调心肝脾治疗 IVF-ET 的多囊卵巢综合征 肾

主生殖，阳主动，阴主静，心主神明，肝主疏泄，人的情志与心肝的关系最为密切。肾为先天之本，脾胃为后天之本，后天养先天。因此，要辨证的科学应用调肾为主，兼调心肝脾治疗 IVF-ET 的多囊卵巢综合征。尤昭玲对于中医辅助治疗 IVF-ET 助孕的 PCOS 患者，创造性提出多泡、少泡二型；从 IVF-ET 的 3 个过程降调期、促排期、移植后期介入，环环相扣，互为基础。降调期勿动，清心静候，抚卵静养；促排期多泡型敛泡固泡，少泡型益肾增泡，且调泡不忘调膜；移植后期，健脾助膜，益肾固胎，安胎前移；并辅以耳穴、食疗等多种方法综合治疗，提高了 PCOS 患者着床率及临床妊娠率^[27]。

6.3 活血解毒法治疗 IVF-ET 的子宫内膜异位症 叶敦敏^[24]为子宫内膜异位症的中医病机是瘀毒，治宜活血解毒，并主张在确认患者胚胎着床、早期妊娠阶段，可酌情使用活血化瘀之品，增加子宫内膜容受性，降低试管流产率，常用活血之力较平缓之品，如丹参、赤芍、牡丹皮等，并遣方用药时加上清热解毒之品，如猫爪草、半枝莲、毛冬青等。

7 补肾活血治疗反复 IVF-ET 失败的子宫内膜容受性差

反复体外受精-胚胎移植失败 (RIF) 属中医学“滑胎”范畴，其主要病机是肾虚血瘀。杨维等^[28]研究以补肾活血为治则，从月经第 5 d 开始服用温肾养血颗粒，连服 5 d，月经第 10 d 开始服用培育颗粒，连服 15 d，疗程结束后进入生殖医学中心的体外受精 (IVF) 周期。其研究结果提示可改善 RIF 患者的中医证候及子宫内膜容受性，提高临床妊娠率；刘瑞芬^[29]在整个辅助治疗中，补肾气的同时，强调瘀血作为病理产物，阻滞胞宫胞脉，是影响妊娠成功不可忽视的因素，所以在明确宫内妊娠前 3 个时期 (调理期、移植前期、移植后) 要兼顾活血化瘀，临床效果显著；卫爱武^[30]认为肾虚血瘀是 IVF-ET 患者的主要病机，补肾活血是治疗的关键；马大正等^[31]将补肾填精，养血活血作为改善胞宫功能的重要方向，创制补胞汤来改善子宫内膜容受性，移植后应用补肾填精、养血活血为治法的补胞汤及着床后应用温补肾阳、安养胎儿为治法的温肾安胎汤能提高体外受精-胚胎移植的着床率，降低临床妊娠患者先兆流产症候群积分，改善妊娠结局；尤昭玲等^[32]认为脾肾两虚是子宫内膜容受性低的主要病机，治宜健脾补肾；徐玲等^[33]认为子宫内膜血供丰富者可在一定程度上促进子宫内膜生长并促进胚胎着床，中药方面应在辨证论治的基础上增加疏肝理气养血药物和健脾益气生血药物共同作用改善内膜血流状态，辨证施治，不可千篇一律而丢失中医特色。针灸方面可探寻有益的穴位靶点借助三维超声及其衍生技术对针灸的影响机制进行更深层次的探索。同时开发出更加先进的宫腔理疗设备和在理疗设备上增加可

促进子宫内膜血流的药物从物理作用及化学作用两方面改善子宫内膜血流状态。范波等^[34]研究认为定坤丹治疗子宫内膜发育不良性不孕症临床疗效确切，可有效增加患者子宫内膜厚度，提高临床妊娠率。总之，对于反复 IVF-ET 失败的子宫内膜容受性差，只有按中医的思维辨证组方用药，才能有好的疗效，且单一证型少，复杂类型多，如对于辨证属于肾阳虚血瘀证者适用于定坤丹。

8 辨证应用电针与益肾健脾利水法预防 OHSS 发生

8.1 辨证应用电针防治 IVF 中 OHSS 发生 谈勇等^[35]认为，OHSS 的发生是肾虚基础上，加之受到医源性因素的侵袭之后，妨碍或破坏了正常的生理机转，导致脏腑功能失常，气血失调，从而影响到冲任、子宫、胞脉、胞络。且这种病变所产生的病理产物可作为第二致病因素，再度妨碍脏腑气机的升降调节，导致脏腑气血的严重紊乱。本研究取穴足三里、关元、中极，具有疏通气机、导滞止痛之功；配合子宫穴、三阴交补益肾气、理气化瘀；而血海补血行气，活血祛瘀；气海则可以调理一身气机运行。从中医角度不难看出，针刺干预通过调理全身气血运行、达到行气活血，以利水液运行，缓解患者症状的作用；洪艳丽等^[36]对行 IVF-ET 的患者取穴：足三里、血海、关元、三阴交、子宫穴、气海、中极；辨证加减穴：肾虚型加太溪穴；痰湿内滞型加丰隆穴；肝郁气滞型加太冲穴、合谷穴。采用华佗牌针灸针，在所选的穴位上针刺定位，有酸、胀、重、麻感后用 G6805-1 型电针治疗仪 (青岛鑫升实业有限公司)，频率 40~60 Hz，幅度 15~30 V，输出脉冲波型为疏密波型，连于针灸针，每天 1 次，1 次 30 min，于注射 Gn 第 1 日开始至 ET 日接受电针治疗。电针辅助能有效防治 IVF 过程中 OHSS 发生，且不降低 IVF 优胚率及妊娠率，可能与其降低患者卵巢局部血管通透性有关。

8.2 益肾健脾利水法预防 OHSS 发生 赵芳^[37]研究认为脾肾两虚是 OHSS 的主要病机，并用五皮饮加减益肾健脾利水治疗体外受精-胚胎移植过程中 OHSS 倾向患者，减少了盆腔积液量，改善了 OHSS 症状，不仅对 OHSS 倾向患者有较好的预防作用，而且有效提高了移植周期的妊娠率。

9 IVF-ET 中应重视男方的调理

男方生殖之精壮，女方生殖之精强，是优生的关键，是 IVF-ET 成功的关键。因此，在 IVF-ET 之前应高度重视男方精子的科学检测与调理，只重视女方卵子质量，不重视男方精子状况是不可取的。叶敦敏等^[24]认为在女方进入 IVF-ET 周期的同时，男方也可服用中药辅助调理，以提高精子的活力、质量及受精卵质量，从而提高 IVF-ET 的成功率，主张以补肾活血为原则，使用熟地黄、黄精等滋养肝肾的同时，常配合运用毛冬青、车前

子、路路通、丹参、浙贝母、王不留行等活血通经散结之品，在提高男方精子活力及质量、改善生育能力方面取得满意疗效。郭军等^[38]研究认为龟龄集对勃起功能障碍患者有显著疗效，可改善其伴随症状，且未见明显不良反应。郭军等^[39]研究认为龟龄集能提高少弱精子症精液质量且安全性良好。

10 展望

不孕症是影响育龄夫妇双方与夫妇双方家庭身心健康的世界性问题。目前体外受精-胚胎移植 (IVF-ET) 已成为治疗女性不孕症的重要方法之一，但目前国际上 IVF-ET 妊娠率仍在 30%~40%^[2]。存在由于卵巢反应功能低下而取消促排卵周期、子宫内膜接受能力差引起着床障碍，卵巢过度刺激综合征 (OHSS)，自然流产率高 (18.4%~30%)，婴儿出生率低等并发症^[23]，与费用昂贵等不足。而中医药在增强整体体质、促进卵巢自身功能正常、诱导排卵、提高优质卵泡数量、改善子宫内膜容受性、提高妊娠率与试管婴儿出生率、降低西药的不良反应等方面有其独特而强大的优势，因此，有更多的家庭在 IVF-ET 的同时，寻求中医药辅助而取得满意的疗效。

中医药在体外受精-胚胎移植应用中取得了令人瞩目的成就，越来越多的研究报道证实，中医辅助治疗能有效提高 ART 妊娠成功率^[40]。尤其中医药在身体整体调节，特别是调节自身卵巢功能，诱导排卵与提高优质卵泡数，改善子宫内膜容受性，提高妊娠成功率与试管婴儿出生率，并有效降低西药的不良反应等方面成绩显著。目前的研究中仍存在一些不足之处，如能做辅助生殖技术的中西医结合医生较少，治疗方案尚不规范，缺少不同中西医结合治疗方案间的对比，对现有文献资料整理不全面，缺乏统一、客观的诊疗标准^[2]。存在缺乏用中医思维指导体外受精-胚胎移植的诊疗，存在用西医思维开中药的现象，存在个别过度应用的现象。有些患者应用多次 IVF-ET 无效，但应用中医辨证调理而自然怀孕，因此，应严格掌握 IVF-ET 的适应证。中医辅助过程中，一定要注意密切观察 IVF-ET 并发症 OHSS 的发生。特别是：年龄<35 岁、瘦弱、PCOS 患者或 B 超下卵巢皮质内呈项链状表现的患者、用 HCG 诱导排卵、用 HCG 支持黄体的敏感人群等。此外尚应警惕 IVF-ET 妊娠不良结局流产和宫外孕的发生^[13]。为了进一步发挥中医药在辅助生殖技术中强大优势，提高体外受精-胚胎移植临床治疗效果，有必要制定全国统一的体外受精-胚胎移植辨证论治标准及施治方案。读经典，做临床，以中医的思维指导体外受精——胚胎移植的治疗，以辨证论治为前提，衷中参西，针对目前辅助生殖技术中的瓶颈问题，进行中医药的科学研究，做到中西医，取长补短，相互促进，提高辅助生殖技术的临

床妊娠率与出生率。

参考文献

- [1] 邵玉,梁欣娟,张金玉,等.不同中医证型患者体外受精-胚胎移植妊娠率的比较[J].广州中医药大学学报,2014,31(2):189-191.
- [2] 连方,王瑞霞.辅助生殖技术治疗不孕症中的问题与中医药干预策略[J].中国中西医结合杂志,2010,30(7):677-681.
- [3] 谈勇.中医药在辅助生殖技术中应用的优势与思路[J].江苏中医药,2002,23(1):7-11.
- [4] 李东,郭佳.补肾调周法改善卵巢储备功能在辅助生殖技术中运用的临床研究[J].北京中医药大学学报,2008,31(2):131-134.
- [5] 连方,王琳,张建伟,等.二至天葵方对高龄不孕妇女卵巢反应性的影响[J].中国中西医结合杂志,2006,26(8):685-688.
- [6] 单志群,曾勇,胡晓东,等.补肾调冲法在试管婴儿助孕技术中的运用-附96例临床报告[J].中医药学报,2002,30(6):10-11.
- [7] 何易,章勤.章勤对体外受精-胚胎移植术前调理的思路[J].江西中医药大学学报,2015,27(1):23-24,28.
- [8] 黄日亮.定坤丹治疗排卵障碍性不孕症的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(12):120-122.
- [9] 卫爱武,肖惠冬子,宋艳丽.定坤丹联合氯米芬治疗多囊卵巢综合征伴不孕疗效观察[J].中国实用妇科与产科杂志,2018,34(4):444-447.
- [10] 安向荣.中药定坤丹配合腹腔镜治疗子宫内膜异位症性不孕症128例分析[J].中国现代药物应用,2016,10(20):270-271.
- [11] 谈珍珠,游卉,尤昭玲,等.定坤丹治疗卵巢储备功能下降致月经后期肾虚证的临床观察[J].中华生殖与避孕杂志,2018,38(5):406-409.
- [12] 方晓红,高涛,马景,等.体外受精-胚胎移植失败患者中医辨证分型及相关因素的分析[J].中国中医药科技,2015,22(3):326-327.
- [13] 尤昭玲,王若光,谈珍珠,等.体外受精-胚胎移植中医辅助方案的构建[J].湖南中医药大学学报,2009,29(5):3-5.
- [14] 傅萍,楼毅云.中医药在体外受精-胚胎移植技术中的辨治思路[J].中华中医药学刊,2009,27(9):1870-1873.
- [15] 金毓莉,张婷婷,翁雪松,等.蔡小荪三步助孕法在体外受精-胚胎移植技术中的应用[J].中医杂志,2014,55(18):1547-1550.
- [16] 李小英.以补肾疏肝为调养基方在提升体外受精-胚胎移植成功率的应用研究[J].四川中医,2015,33(7):94-96.
- [17] 许江虹,陈旦平.蔡小荪中药干预体外受精-胚胎移植术经验[J].中医杂志,2014,55(6):461-463.
- [18] 梁莹,杜惠兰,赵胜男.体外受精-胚胎移植术联合补肾、疏肝对不孕症患者活化素受体样激酶5的影响[J].中医杂志,2014,55(1):34-37.
- [19] 刘芳,唐雪莲,范媛媛.加味左归丸预防治疗对控制性超排卵治疗中卵巢低反应患者临床结局的影响[J].广州中医药大学学报,2013,30(6):824-827.
- [20] 张建伟.补肾对控制性超排卵周期 HCG 日 E₂/E₁/卵子水平及 OHSS 的影响[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(1):32-33.
- [21] 连方,梁静雅.体外受精-胚胎移植中控制性超排卵后的中医证候分布[J].中医杂志,2012,53(6):485-487.
- [22] 连方,滕依丽,孙振高.中药调周法在辅助生育技术中的应用(上)[J].山东卫生,2006(10):63-64.
- [23] 曹泽毅.中华妇产科学(下册)[M].北京:人民卫生出版社,2004:2626-2628.
- [24] 刘蓝笛,叶敏敏.运用中医药辅助体外受精-胚胎移植思路探讨[J].广州中医药大学学报,2015,32(4):765-767,771.
- [25] 沈明洁,齐聪,匡延平.补肾健脾法治疗体外受精-胚胎移植中卵巢

- 低反应临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(3):57-59.
- [26] 洪艳丽, 谈勇, 施艳秋, 等. 益气养阴方联合体外受精-胚胎移植对卵巢低反应患者卵细胞质量及妊娠结局的影响 [J]. 中医杂志, 2015, 56(2): 115-119.
- [27] 王肖, 尤昭玲. 多囊卵巢综合征患者行体外受精-胚胎移植的中医辅助治疗方案[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(8):2817-2819.
- [28] 杨维, 郭春雨, 李玛健, 等. 滋肾调周法对反复体外受精-胚胎移植失败者子宫内膜容受性的影响[J]. 北京中医药, 2015, 34(4):267-271.
- [29] 王亚荣. 刘瑞芬教授体外受精-胚胎移植辅助治疗辨治经验[J]. 河北中医, 2015, 37(8):1132-1134.
- [30] 郭燕京. 卫爱武教授将中药运用于体外受精-胚胎移植的经验[J]. 中医学报, 2015, 30(5):716-718.
- [31] 胡欣欣, 孙云, 马大正, 等. 移植后应用补胞汤及着床后应用温肾安胎对体外受精-胚胎移植妊娠结局的研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2014, 38(8):970-972, 975.
- [32] 李俊敏, 尤昭玲. 尤昭玲“安胎前移法”在体外受精 胚胎移植技术中的应用[J]. 中医杂志, 2015, 56(9):737-739.
- [33] 徐玲丽, 连方. 改变子宫内膜血流状态以提高体外受精-胚胎移植成功率的中西医研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(9): 157-158.
- [34] 范波, 冉伟, 张凤. 定坤丹对子宫内膜发育不良所致不孕症患者妊娠率的影响[J]. 河南中医, 2016, 36(7):1242-1244.
- [35] 谈勇, 夏桂成. 卵巢过度刺激综合征的中医证治探讨[J]. 山西中医学院学报, 2005, 6(4):24-26.
- [36] 洪艳丽, 谈勇, 殷燕云, 等. 电针对体外受精-胚胎移植结局及卵巢过度刺激综合征发生的影响[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(6):2110-2113.
- [37] 赵芳. 五皮饮加减对体外受精-胚胎移植过程中 OHSS 倾向结局的影响[J]. 河南中医, 2015, 35(3):600-601.
- [38] 郭军, 张春影, 王瑞. 龟龄集胶囊治疗勃起功能障碍的疗效观察[J]. 中国性科学, 2010, 19(11):14-16.
- [39] 郭军, 张春影. 龟龄集胶囊治疗少弱精子症的疗效观察[J]. 中国男科学杂志, 2009, 23(7):48-50.
- [40] 杨永琴, 尤昭玲, 游卉. 浅谈尤昭玲教授体外受精-胚胎移植中医调治诊疗框架与策略[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(1):198-201.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:赵焕云 收稿日期:2018-10-09)

复发性流产的中西医研究进展

郝黎婷¹ 王晓旭^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生 2016 级, 河南 郑州 450046;

2 河南中医药大学硕士研究生 2015 级, 河南 郑州 450046)

摘要:近年,复发性流产发生率日益增多,免疫性因素导致的复发性流产也日益突出,已经引起临床的重视。复发性流产的不良生育现状是育龄期及高龄产妇所面临的严峻问题,所以在中西医两方面寻求一种安全有效的治疗方案是目前生殖医学科及妇产科亟待解决的问题。本文就近年来复发性流产的中西医临床研究进展进行了综述。

关键词:复发性流产; 中西医结合治疗; 综述; 滑胎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.054

文章编号:1672-2779(2019)-02-0138-05

Research Progress of Traditional Chinese and Western Medicine on Recurrent Spontaneous Abortion

HAO Liting¹, WANG Xiaoxu²

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Grade 2015 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: In recent years, the incidence of recurrent spontaneous abortion has increased, and recurrent abortion caused by immune factors has become increasingly prominent, which has drawn everyone's attention constantly. The poor fertility status of recurrent abortion is a serious situation faced by women in the reproductive period and older women. Therefore, seeking a safe and effective treatment plan in both traditional Chinese and Western medicine is an urgent problem to be solved in the reproductive medicine department and obstetrics and gynecology. This article reviews the recent advances in clinical research of traditional Chinese and Western medicine for recurrent spontaneous abortion in recent years.

Keywords: recurrent spontaneous abortion; treatment of traditional Chinese and western medicine; review; habitual abortion

自然流产是指在妊娠 28 周以前, 胎儿体质量小于 1000 g 而自行终止者^[1]。复发性自然流产 (RSA) 是指在妊娠 20 周前或胎儿体质量 <500 g 的患者中, 自然流产 ≥2 次者^[2-3]。或同一性伴侣连续发生 2 次或 2 次以上的自然流产^[4], 复发性流产又称为“习惯性流产”。每

次发生流产的时间基本为同一个妊娠月份。研究发现, 大部分复发性流产出现在妊娠早期, 一般在怀孕 10 周之内^[5], 其流产过程与一般流产过程相类似。

1 中医对复发性流产的认识

1.1 复发性流产的病名起源 中医学中, 复发性流产属于“滑胎”^[6]“屡孕屡堕”或“数堕胎”等范畴, 具有反复发作、胚胎应期而堕的特点。中医学对滑胎的认知源远流

* 通讯作者: 1043101786@qq.com

长,《诸病源候论·妇人妊娠病诸候》^[3]首先提出了“数堕胎”之名。《叶氏女科证治·安胎》中也提到:“妊娠有三四月而堕者,有六七月而堕者,有屡孕屡堕者。由于气血不充,名曰滑胎”。陈修园在《女科要旨》中说道“惯患半产”及“应期而堕”。《医宗金鉴·妇科心法要诀》及《明医杂著》均有“无故至期数小产”的记载。

1.2 中医对复发性流产病因病机的认识 古代大多数医家将数堕胎、滑胎的病因归结为肾虚、气血虚弱及血瘀。《素问·奇病论》中提到包络系于肾。认为胚胎发育与肾脏关系密切。肾为先天之本,主藏精、主生殖,胞胎所养,胚胎的着床发育均依靠先天肾精的滋养和肾气的固护。《诸病源候论》中指出:“候其妊娠而恒腰痛者,喜堕胎”认为反复堕胎者是因妊娠期间一直腰痛引起的,提示了肾虚与滑胎的密切关系。孕期阴道流血时,轻症者可出现腰酸腹痛,伴发胎动不安下坠,重症者可导致堕胎,揭示了胎漏的转归结局,此外,尚有医家如陈自明在《妇人大全良方·妊娠数堕胎方论》写到:“若血气虚损者,子脏为风寒所苦,则血气不足,故不能养胎。”如果气血亏损,则不能濡养胎元,以至于数堕胎。认为滑胎的主要原因是气血虚弱。《景岳全书·妇人规》中亦有类似说法:“凡妊娠之数堕胎者……血虚则灌溉不周。”指的便是凡是在妊娠期间频频堕胎,一定是因为气脉虚损所造成的。

同时,亦有医家认为滑胎与血瘀相关的说法,如王清任在《医林改错》中首先提出了这一说法:“不知子宫内,先有瘀血占其地,胎至三月再长,其内无容身之地,胎病靠挤血不能入胎胞,从傍流而下,故先见血。血既不入胎胞,胎无血养,故小产。”说的就是子宫如果被瘀血阻滞其内,受孕后胚胎长至三月大时空间变小,瘀血从胚胎旁流而下,故流产时先见到阴道流血,同时瘀血不能濡养胎元而导致流产。其创立的“少腹逐瘀汤”成为治疗血瘀型滑胎的代表方剂,广为后世医家所沿用。

《广嗣纪要》中有记载:“孕而多堕者,男子贪淫无度,女子好欲性偏,兼以喜食辛酸热物,暴损冲任,故有堕胎之患”。意为孕后反复堕胎者,是由于男女双方纵欲太过,加之喜食辛辣,损伤冲任二脉导致。提出了滑胎与肾精亏虚、血热导致的冲任损伤有关。

随着近年来复发性流产发病率的不断增加,后世医家对复发性流产有了较为系统全面的认识,中医认为滑胎的发生主要是由于母体冲任虚损,不能固摄胎元,以致胎元不健而流失。将其病因主要归纳为:肾虚、气血亏损、血瘀、血热、脾肾两虚等,其中肾虚为主要病因,故治疗上重在培补肾元,固冲安胎,同时可加用疏肝理气、清热化痰、化瘀止血等药物^[7]。

1.3 现代中医家对本病病因病机的认识 现代中医家认为冲任损伤,胎元不固为本病的发病机制,导致滑胎的病因病机为肾虚和气血虚弱,根本原因在于肾气亏损,治

疗主要以补肾益气,调固冲任为则^[1]。滑胎以虚证为多见,当“虚则补之”,以预防为主,防治结合。胎元正常时,治疗应在“治病与安胎并举”等治疗原则的基础上紧扣病机。孕前多肾虚兼有血瘀,治疗上当培补其损,调理冲任,并可兼用活血化瘀药物。现代研究表明,活血化瘀类中药具有扩张血管、增加血流量、改善血液循环等功效^[8]。孕后则以及时保胎治疗为主,标本同治,共奏补益肾气、调理冲任、固元安胎之功。则多采用培补肾元药物,并结合患者体质差异制定综合治疗方案。

1.4 复发性流产的中医药治疗进展

1.4.1 辨证分型 现代医家大多认为,滑胎的病因病机主要在于“肾虚、气血失于调和、损伤冲任二脉”。肾虚是反复自然流产的主要病机,肾气虚弱,封藏失职,固摄无权,从而系胎无力,为其病理关键。故大多数医家采用以补肾为主的治疗方法。

1.4.1.1 肾虚型 罗颂平教授遵循“肾-天癸-冲任-胞宫轴”的基本理论,提出本病发病主要由于肾虚不固、冲任损伤,治疗以补肾固冲为首要准则^[9]。

徐峻苗等^[10]认为肾为先天之本,寓元阴元阳,肾阴阳平衡才能够维持人体内外生理上的整体动态平衡,正所谓“阴平阳秘故邪不可侵”。肾阴阳平衡失于调和,则邪气入侵,导致肾气亏损,胎元不固。

傅萍在治疗封闭抗体缺乏的复发性流产患者时,采用自拟方药在患者孕前随证加减,以温补肾阳,使肾阳充盛,气血畅通,血海充盈,为胞宫受孕打下良好基础^[11]。另外,傅萍等^[12]在研究复发性流产患者中的中医证型发病率时发现,在RSA患者中以肾虚证最多见,所占比例为89.1%。而吕丽云^[13]以观察的100例RSA患者中,灵活运用国医大师班秀文老先生的临床经验方——安胎防漏汤,该方旨在补肾益精、温养气血、固胎防滑。治疗5~7个疗程后,其中85例患者足月分娩,有效率85%,充分验证了滑胎与肾气血亏虚有着不可分割的联系。

1.4.1.2 肾虚血瘀型 白云^[14]采用补肾兼活血化瘀方法治疗的RSA患者,成功保胎者21例,失败者3例,总有效率占87.5%。冯晓玲等^[15]对不明原因复发性流产(URSA) Th1、Th2 细胞因子失衡患者采用补肾活血方法治疗后,成功率高达95%。刘娟等^[16]运用补肾活血法对30例复发性流产,同时合并多囊卵巢综合征患者进行治疗,使再次流产率降低到13.3%,有效提升了妊娠成功率。

1.4.1.3 脾肾两虚 气血虚弱型 于宝萍^[17]运用益肾固冲汤以补肾安胎,益气养血,治疗156例复发性流产患者,治愈率达90%。李春梅^[18]使用育肾健脾安胎方治疗78例滑胎患者,以补肾健脾、益气养血固胎,总有效率达93.6%。

此外,本病发生的相关因素还包括肝郁及血热、血瘀等^[19],故治疗时可适当疏肝解郁、养阴清热,方可收到更好疗效。

1.4.2 外治法 中医治疗滑胎的外治法主要有针灸、中药贴敷等。《妇人大全良方》云:“妊娠二个月数堕胎法、灸膝下一寸,七壮。”意为治疗反复妊娠2个月即发生胚胎自然陨堕者,应当用艾灸膝下一寸,共灸七次。中医学认为,针灸刺激经络穴位能够起到疏通经络、调和阴阳、扶正驱邪之功效。此疗法可协助药物治疗滑胎,到达药物力所不及之处,大大提高药效。中药贴敷法亦有异曲同工之妙,作用于局部,使药物通过体表直接吸收,直达病灶,促进病情好转,提高妊娠率。

1.4.3 食疗法 食疗法在治疗滑胎方面早已为古代医家所重视,《产经》中有云:“治数落胎,方以大麦豉羹食之,即安胎。”《录验方》中讲到:“治妊娠数落胎方,以生鲤鱼二斤,粳米一升,作膳……食至儿生。”

2 复发性流产的西医学研究进展

2.1 西医学对本病流行病学认识 复发性流产(recurrent spontaneous abortion, RSA)是育龄期妇女常见的妊娠并发症,同时也是较难防治的疾病。多项流行病学调查结果显示,近年来临床中复发性流产发病率明显上升,其发病率已占据已婚育龄期妇女的10%左右^[20]。严重者导致不孕,造成患者心理创伤,直接影响了患者的家庭幸福和生活质量,进而影响到社会的和谐与发展。随着我国二胎政策的开放,以及社会经济的发展,人们生活节奏的加快及工作压力的增加,加之环境污染的影响,复发性流产的不良生育现状是育龄期及高龄产妇面临的严峻问题。所以,寻求安全有效的治疗方法是目前生殖医学科及妇产科亟待解决的问题,同时也是众多医家研究的热点课题。

2.2 西医学对本病病因病理的认识 现代医学认为复发性流产的病因较复杂,尚未明确的原因占40%~60%^[21],主要包括遗传因素、解剖因素(如发育异常、宫腔粘连等)、内分泌因素、免疫性因素、环境及心理因素等方面,其中免疫功能异常引起的RSA所占比例较大,逐渐引起关注和重视。

2.2.1 免疫功能异常

2.2.1.1 自身免疫功能异常 自身免疫功能异常所导致的RSA患者中,检查抗磷脂抗体、抗 β_2 糖蛋白1抗体、狼疮抗凝血因子均为阳性,表现为抗磷脂综合征(antiphospholipid syndrome, APS),APS是一种非炎症性自身免疫性疾病,临床上主要表现为动静脉血栓形成,早期妊娠流产,中晚期胎死宫内和血小板减少等症状^[22],最终导致胎盘内血栓形成而发生流产。文献报道,现代医学对于合并抗磷脂抗体综合症的产妇的治疗尚缺乏统一、规范的治疗^[23]。

2.2.1.2 同种免疫功能异常 同种免疫功能异常是指母体对

胎儿这一“同种异体移植物”的免疫不耐受导致最终流产。故提高母胎的免疫耐受性是胎儿在母体内得以生存的基础。妊娠期母体对胎儿的免疫耐受主要依靠封闭性因子(blocking factors, BA)的存在,当来自父系的精子与来自母系的卵子结合形成受精卵作为同种异体移植物在进入母体后,正常情况下能刺激母体产生一种阻断母体T淋巴细胞的毒性作用^[24],从而阻止其杀伤胚胎而促使正常妊娠继续的一种抗体,即封闭抗体(BA)。封闭抗体阳性是维持正常妊娠过程必备的因素之一,是一种怀孕后由母体所产生的能够使胎儿免于受到母体免疫系统攻击而具有保护作用的抗体,可抑制淋巴细胞反应,阻断母体淋巴细胞对滋养层细胞的毒性作用。然而,当夫妇之间的人白细胞抗原(HLA)相容性增大,母体对胚胎中来自父系的抗原识别性降低,造成封闭抗体缺乏,从而降低对胎儿的免疫耐受性,发生免疫排斥反应而导致流产。

2.2.2 胚胎染色体异常 包括遗传因素:早期自然流产最常见的原因是胚胎或胎儿染色体异常,主要包括数目和结构异常,前者异常者大多数于胚胎期自然流产或死亡,仅有少部分存活出生,往往存在智力、生殖、生长健康等方面的严重缺陷,以三体居于首位,常见的包括16、21和22三体。后者不常见,包括平衡易位(最常见,占50%左右^[25])、倒置(易位和倒置主要是染色体不同部位断裂、交换,没有片段变化^[26])、缺失和重叠及嵌合体等。此外,引起胚胎染色体异常的还有感染、药物等因素。

2.2.3 全身性疾病 如严重的细菌或病毒感染、高热性疾病等可导致子宫收缩而发生流产;严重的贫血、心力衰竭等可引起胎儿宫内缺血缺氧致宫内窒息而流产;血栓性疾病、慢性消耗性疾病、高血压、慢性肝脏疾病、肾脏疾病等可引起胎盘循环障碍发生梗死而流产;或生殖道感染包括细菌(支原体、衣原体等)、毒素、病毒(TORCH)等,由母体通过胎盘进入胎儿血液循环,感染死亡引发流产。

2.2.4 生殖器官疾病 生殖道解剖异常会限制胚胎的生长发育从而导致流产。先天生殖器官解剖结构异常主要包括子宫发育不良、发育畸形等,包括纵隔子宫、单角子宫、双角子宫、弓形子宫、鞍状子宫、双子宫、宫颈机能不全等。有研究发现^[27],正常女性中7%~8%存在子宫畸形,复发性流产患者中子宫畸形发生率可达25%,另外还包括子宫良性肌瘤(如黏膜下肌瘤及部分肌壁间肌瘤)、卵巢肿瘤等。同时因手术操作造成的创伤导致宫颈、宫腔粘连,使宫腔缩小,内膜严重破坏,被瘢痕组织所取代,以至于胚胎着床后血液循环障碍,血供较差而发生流产。或宫颈重度裂伤、内口松弛等,可导致胎膜早破而发生晚期自然流产。

2.2.5 内分泌异常 女性内分泌功能异常,比如黄体功能不足、高泌乳素血症、多囊卵巢综合征(有报道称因为

PCOS 导致的稀发排卵使育龄期妇女不易受孕,且受孕后易发生早期自然流产)等;甲状腺功能减退等影响性腺轴的正常功能导致流产发生;另外,糖尿病血糖控制不良也是妨碍胎儿正常发育而流产的重要因素。

2.2.6 环境因素 育龄期妇女在备孕期间或怀孕过程中若过多接触砷、铅、甲醛、苯、氯丁二烯、氧化乙烯等有毒化学物质和放射性物质均能导致流产。

2.3 复发性流产的西医临床治疗进展

2.3.1 免疫调节治疗 现代医学多采用主动免疫治疗和被动免疫治疗两种疗法,前者通过使用患者配偶或健康无关第三者的淋巴细胞进行,后者使用丙种球蛋白。

2.3.1.1 主动免疫治疗 淋巴细胞主动免疫治疗可能的作用机制是诱导封闭抗体的产生,促进 Th1、Th2 细胞因子趋于平衡,降低自然杀伤细胞的活性,促使 Treg (调节性 T 细胞) 细胞增殖,并产生活化作用^[28]。

具体方法:首先要确诊患者丈夫或无关第三方无传染病,抽取其静脉血 10 mL,用肝素抗凝,提取淋巴细胞,使浓度保持在 $(2\sim6) \times 10^7/\text{mL}$,然后将提取过的淋巴细胞悬液 1.5~2 mL 装于注射器中,给予患者多点皮下注射(每只胳膊 6 针)。治疗期间患者应严格避孕。之后每 3 周治疗 1 次,1 个疗程共 4~6 次,1 个疗程结束后可复查微量淋巴细胞毒试验。如死亡细胞比率 $>6.5\%$ 、则可暂停治疗,正确指导患者妊娠,怀孕 5 周时可再次采用上述方法进行淋巴细胞主动免疫治疗,3 周 1 次,至孕 16 周左右结束。治疗期间需定期复查 B 超以了解妊娠情况;如死亡细胞比率 $<6.5\%$,则 3 周以后再次治疗,直至死亡细胞比率 $>6.5\%$,方可妊娠^[29]。

此外,有学者认为^[30],4 次 1 个疗程,2 周 1 次。治疗 1 个疗程后用酶联免疫吸附试验(ELISA)法测定封闭抗体,若抗体转阳,则建议妊娠。孕后可加强治疗 3~4 次,每次间隔 3~4 周,直至正常怀孕至 12 周。若 BA 转阳后,仍未能妊娠,每隔 6~8 周加强治疗 1 次;若未转阳,可继续免疫治疗 4 次后方可考虑妊娠。

目前,学者普遍认为治疗复发性流产最安全、有效的方法为淋巴细胞主动免疫治疗,该方法可明显提高母体内封闭抗体的水平,降低了母体对婴儿的免疫排斥反应,这使得再次妊娠的成功率大大提高。邹琳等^[31]在对 RSA 患者治疗时采用淋巴细胞主动免疫,证实了封闭抗体阳性者其妊娠成功率更高。麦明琴等^[32]对复发性流产患者进行主动免疫治疗,共研究 454 例,其中 316 例成功妊娠至 20 周后,成功妊娠率为 69.96%。董枫^[33]研究发现复发性自然流产经过主动免疫治疗后妊娠成功率可提高至 76.47%。以上研究均在一定程度上证实了主动免疫治疗的有效性与可行性。

2.3.1.2 被动免疫治疗 静脉注射丙种免疫球蛋白的免疫治疗方法可能与免疫调节机制相关联^[34]。它能够激活补体系

统、抑制炎性细胞因子的产生、降低外周血中 NK (自然杀伤细胞) 细胞数目及活性,从而促进受精卵着床与发育,提高妊娠率。但目前此种方法仍缺乏明确的应用指征和治疗方案,其疗效和安全性尚不统一,仍存在争议。

2.3.2 宫腔镜手术 对于先天性生殖器官发育畸形者,如双角子宫或鞍状子宫的 RSA 患者可行宫腔镜下矫形术;子宫纵膈明显者,可在宫腔镜下行纵膈切除术;但对于单角子宫来说,目前尚无有效的手术纠正方法,期待疗法的妊娠结局也差强人意,可加强孕期监护,定期复查,及时发现异常并予以处理;

对于后天获得性解剖学异常者,如宫腔粘连,宫腔镜下可以准确把握病变部位、粘连范围,并可准确剪除病灶,分离粘连,疏通管腔,减少损伤,并放置节育器于粘连分离以后的宫腔内,或让患者口服雌二醇以预防粘连再次发生,提高疗效和妊娠率。

2.3.3 经阴道宫颈环扎术 对于先天性或后天获得性宫颈机能不全者可选择预防性宫颈环扎(1 次以上无痛性子宫颈扩张、没进入产程和无胎盘早剥的孕中期流产者;或 3 次及 3 次以上不明原因的中期妊娠流产或早产,建议在 13~14 周进行宫颈环扎术,即预防性手术^[35])。或当宫颈缩短或形成漏斗时行应急宫颈环扎;或当宫口开大,有胎膜膨出或者无膨出者均应行紧急宫颈环扎术。

2.3.4 内分泌替代疗法 对黄体功能不足者,可通过药物替代疗法提高黄体功能以维持妊娠。在确诊妊娠后,常规给予黄体酮 100 mg 口服,日 2 次,根据患者血孕酮值水平酌情肌注黄体酮 20 mg 或 40 mg,每日 1 次,至停经 14 周;或血清 HCG 水平低于正常时,可肌肉注射人绒毛膜促性腺激素,2000 U,隔日 1 次,至停经 10 周;或是度过上次流产的月份为止^[36]。另外,查甲状腺功能。2012 年我国《妊娠和产后甲状腺疾病诊治指南》认为^[37],亚临床甲减是指 TSH $>$ 妊娠期参考值上限,血清 FT₄ 在妊娠期正常范围之内;而甲亢为 TSH <0.1 mU/L, FT₄ $>$ 妊娠特异值参考上限,需在临床医生指导下口服抗甲状腺药物或促甲状腺素片减少流产发生率。

2.3.5 超声技术 近年来,超声检查技术在应用于诊断自然流产方面不断成熟,经阴道超声检查、经阴道彩色多普勒血流显像不仅可以了解子宫及双侧附件区的形态大小,而且能够提供妊娠期孕囊、胚胎、胎儿及其附属物的发育情况及血流动力学方面的信息,有效提升了诊断水平。

2.3.6 抗凝治疗 有文献表明^[38],部分 URSA (不明原因的复发性流产) 的患者与妊娠期间凝血功能增强,导致胎盘部位血栓形成有关。对于这类患者给予抗凝药物如小剂量阿司匹林和低分子肝素可以改善高凝状态,预防胎盘梗死,提高妊娠率和胎儿的活产率,增加新生儿体重质量。

2.3.7 心理疗法 研究表明^[39],采用认知法、放松疗法、音乐疗法等对 URSA 进行心理干预,可降低心理压力,

消除患者的恐惧、悲观等心理,改善妊娠结局。

3 小结

3.1 目前存在问题 中医方面:辨证分型因人而异,全面兼顾的方案有待进一步细化,缺少严格且全面的实验研究项目和相关评定标准、整个疗程偏长等,有待学者更深入研究,灵活选用适当方法,提高临床疗效。西医方面:本病病因复杂多样,部分原因不明,尚有无法解释的流产发生率日渐增多,且手术治疗、辅助生殖技术费用昂贵、创伤较大,这令大多数家庭无法承受,目前亟待寻找到安全、有效、切实可行、花费低的治疗方案。

3.2 展望 中医治疗研究应当坚持“扬弃”理念,在继承传统中医整体观念和辨证论证的特色和优势同时不断创新。随着新技术、新产品的出现,诊断方法多种多样,多途径的治疗方案也日益增多,但如何选择使患者能够在疾病所处阶段及应有的经济水平上得到最系统、最大化的诊治是目前临床当中最实际的问题。因此,在明确病因的同时,选择较科学的诊疗手段提高诊出率,并联合多途径治疗,优势互补,共同协作,实现尽快提高妊娠率的目的。

参考文献

[1] 杜惠兰. 中西医结合妇产科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:235-241.

[2] Mei S, Tan J, Chen H, et al. Changes of CD4+CD25high regulatory T cells and FOXP3 expression in unexplained recurrent spontaneous abortion patients[J]. Fertil Steril, 2010(94):2244-2247.

[3] Beaman K D, Ntrivalas E, Mallers T M, et al. Immune etiology of recurrent pregnancy loss and its diagnosis[J]. Am J Reprod Immunol, 2012(67):319-325.

[4] Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion[J]. Fertil Steril, 2013, 99(1):63.

[5] Branch D W, Gibson M, Silver R M. Clinical practice. Recurrent miscarriage[J]. N Engl J Med, 2010, 363:1740-1747.

[6] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:219-224.

[7] 沈华, 韩丽娟, 张文红. 复发性流产的中医治疗进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(6):674-676.

[8] 高冲, 刘璐, 胡爱菊, 等. 活血化痰药的药理作用研究进展[J]. 药物评价研究, 2013, 36(1):64-68.

[9] 邵洁, 曾蕾, 曹蕾, 等. 罗颂平教授治疗反复自然流产经验介绍[J]. 新中医, 2008, 40(11):12-14.

[10] 徐峻苗, 傅萍. 中医药孕前调治对封闭抗体低下性复发性流产的影响[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(6):1311-1313.

[11] 李静益, 傅萍. 傅萍治疗封闭抗体低下性复发性自然流产的经验[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(6):401.

[12] 傅萍, 周菲菲, 盛晓园. 221 例复发性流产患者中医证候分布规律研究[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(4):803-805.

[13] 吕丽兰. 安胎防漏汤治疗习惯性流产 100 例 [J]. 实用中医药杂志, 2013, 29(6):437.

[14] 白云. 补肾化痰法治疗原因不明复发性流产临床研究 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(4):30-31.

[15] 冯晓玲, 杜昊, 王玲. 补肾活血方治疗 Th1 / Th2 失衡不明原因复发

性流产的应用研究[J]. 中医药学报, 2013, 41(3):140-141.

[16] 刘娟, 梁瑞宁, 范培. 补肾活血法对多囊卵巢综合征并复发性流产患者早期自然流产影响的临床观察[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(7):1150-1151.

[17] 于宝萍. 益肾固冲汤治疗胎漏胎动不安滑胎 156 例[J]. 光明中医, 2013, 28(6):1176-1178.

[18] 李春梅. 中医辨证治疗习惯性流产 78 例[J]. 中国民间疗法, 2013, 21(9):26.

[19] 陆启滨. 抗心磷脂抗体阳性先兆流产的病因病机探析[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(6):1127-1129.

[20] 侯哲, 孔欣, 张婧辉, 等. 反复自然流产患者封闭抗体检测与免疫治疗分析[J]. 武警医学, 2011, 22(3):240-241.

[21] 张艳华, 刘梅梅, 李佩玲. 淋巴细胞主动免疫联合丙种球蛋白治疗复发性流产的研究[J]. 国际免疫杂志, 2012, 35(5):398-402.

[22] 中华医学会风湿病学分会. 抗磷脂综合征诊断和治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(6):407-410.

[23] Alijotas-Reig J. Treatment of refractory obstetric antiphospholipid syndrome: the state of the art and new trends in the therapeutic management[J]. Lupus, 2013, 22(1):6-17.

[24] 鲍粉红, 赵可宁. 封闭抗体不足性反复自然流产治疗研究[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(5):831-833.

[25] 黄肖利, 梅端容, 黄毅. 218 对反复自然流产或胚胎停育史夫妇细胞遗传学分析[J]. 国际检验医学杂志, 2013, 34(22):3021, 3023.

[26] 俞菁, 龚波, 侯雅萍, 等. 自然流产夫妇人群中染色体平衡易位与倒位的临床分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2016, 24(4):54-56.

[27] Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations[J]. Hum Reprod, 2013, 8(1):122-126.

[28] 周冒秀, 付锦华. 环孢素 A 治疗难治性免疫性复发性流产的可行性分析[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2014, 8(18):3376-3378.

[29] 周先韦, 李伟莉, 汪春, 等. 补肾安胎冲剂联合免疫疗法治疗反复自然流产 40 例[J]. 安徽中医学院学报, 2011, 30(1):27-29.

[30] 诸莉莉. 异体淋巴细胞主动免疫治疗复发性流产护理观察[J]. 医学信息, 2017, 30(20):142-143.

[31] 邹琳, 彭彩玲, 许丽华, 等. 321 例复发性流产患者采用丈夫或无关个体淋巴细胞免疫治疗的临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(24):3951-3952.

[32] 麦明琴, 吴菁, 魏然, 等. 复发性流产的免疫治疗效果分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2010, 18(7):68-69.

[33] 董枫. 免疫治疗反复自然流产的效果分析[J]. 中国实用医药, 2014, 9(13):124-125.

[34] Calleja-Agius J, Brincat MP. Recurrent miscarriages: what is the role of cytokines[J]. Gynecol Endocrinol, 2008, 24(12):663-668.

[35] American college of obstetricians and gynecologists. ACOG practice bulletin NO.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency [J]. ObstetGynecol, 2014, 123(2):372-379.

[36] 罗庚秋. 中西医结合治疗习惯性流产的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(3):78-79.

[37] 中华医学会内分泌分会. 妊娠和产后甲状腺疾病诊疗指南[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2012, 28(5):353-367.

[38] Kiesewetter H, Radtke H, Becker R, et al. Risk pregnancies and how to treat them[J]. Hamostaseologie, 2012, 32:90-94.

[39] Nakano Y, Akechi T, Furukawa T A, et al. Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage[J]. Psychol Res Behav Manag, 2013, 6(19):37-43.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李颖 收稿日期:2018-09-28)

河北省贫困县农村基层中医医疗服务现状调查与分析[※]

韩聚强 薛军利 李杰茹 安阳阳 赵润生 李爱英*

(河北中医学院护理学院,河北 石家庄 050200)

摘要:目的 调查河北省贫困县农村基层中医医疗服务现状,为助力河北省中医药系统精准健康扶贫工作提供帮助。方法 随机抽取河北省52个贫困县的197个农村基层医疗机构,对其服务现状进行问卷调查,采用描述性统计方法进行分析。结果 约95%的贫困县农村设有基层医疗服务机构,但仅有20.2%贫困县农村配置了中医医疗服务。在基层中医医疗服务中,有中医服务人员的仅为42.2%,且中医服务人员的学历偏低(有学历的44.2%)。农村基层常用中医诊疗项目的开展受限,仅有中成药、中草药、针灸、刮痧、拔罐、推拿在开展。结论 河北省贫困县基层中医医疗服务能力较低,机构设置、人员层次、诊疗项目开展还需进一步提高。

关键词:基层中医医疗服务;贫困县;调查分析

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.055

文章编号:1672-2779(2019)-02-0143-03

Investigation and Analysis on Medical Service Actuality of Primary Health Care Institutions in Rural Areas of Poor Counties in Hebei Province

HAN Juqiang, XUE Junli, LI Jieru, AN Yangyang, ZHAO Runsheng, LI Aiyang

(College of Nursing, Hebei University of Chinese Medicine, Hebei Province, Shijiazhuang 050200, China)

Abstract: Objective To investigate the Chinese medicine medical service actuality of primary health care institutions in rural areas of poor counties in Hebei province, and to provide help for the accurate health poverty alleviation work of the Chinese medicine system of our province. **Methods** One hundred and ninety-seven rural primary health care institutions were randomly selected from 52 poor counties in Hebei province. A questionnaire survey on their service status was conducted. The descriptive statistical Methods were used for data analysis. **Results** Primary health care institutions were set up in 95% of rural areas of poor counties, however, only 20.2% of the poor rural areas were provided with medical service by Chinese medicine. There is only 42.2% of Chinese medicine medical service personnel in primary Chinese medicine medical service, and the degree of medical personnel of Chinese medicine was relatively low (44.2% of those with education background). The development of common Chinese medicine diagnosis and treatment projects in rural areas was limited, and only a few Chinese medicine service technology was carried out, such as Chinese patent medicine, Chinese herbal medicine, acupuncture and moxibustion, scraping, cupping and massage. **Conclusion** The basic level of Chinese medicine medical service capacity of poverty counties in Hebei province was low, and the organization setting, personnel level and diagnosis and treatment project development needed to be further improved.

Keywords: traditional Chinese medicine medical service; poor rural areas; investigation and analysis

中医学作为我国的传统医学,在农村具有广泛而深厚的群众基础,着力推广基层中医医疗服务,是农村卫生事业发展的重要途径^[1]。根据省卫生计生委、省中医药管理局等14部门《关于推进健康扶贫工程的实施意见》和《河北省基层中医药服务能力提升工程十三五行动方案》,为助力我省中医药系统健康扶贫工作,开展了贫困县农村基层中医医疗服务现状调查。2017年7月—2017年9月,随机抽取河北省9个地市52个贫困县197个贫困村,对基层医疗服务机构的中医医疗服务相关内容进行调查,调查内容包括中医医疗服务机构的设置、中医医疗服务人员的配备及学历层次,常用中医诊

疗项目的开展、运用中西医手段治疗的比例情况等。问卷调查结束后分析处理回收数据,并对我省贫困县农村基层中医医疗服务的基本情况进行分析,为助力我省中医药系统精准健康扶贫工作提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从河北省9个市52个贫困县中随机抽取197家具有独立法人资格的农村基层卫生服务中心作为研究对象。

1.2 研究方法 采用自行编制的“河北省贫困县基层中医医疗服务现状自评调查表”进行问卷调查,由各调查对象自填。该问卷是根据“全国基层中医药工作先进单位建设标准”“示范社区卫生服务中心参考指标体系”等文件为参考标准,结合河北省基层中医医疗服务具体情况进行改进来设计调查问卷,并由专家讨论、定点试用后

※ 基金项目:河北省创新能力提升计划项目[No.174576266H]

* 通讯作者:lay1963@126.com

制定而成，具有很好的信度效度、科学性和实用性。其内容涉及中医医疗服务机构的设置、中医医疗服务人员的配备及学历层次，常用中医诊疗项目的开展、运用中西医手段治疗的比例情况等内容。

1.3 质量控制 对所调查基层医疗机构相关人员详细说明调查的意义和要求；对参加调查相关人员进行培训，掌握本次调查的目的和调查方法；对填写好的调查表及时复核、补缺、补漏，并抽取 5% 的样本进行复调，一致率要达到 90% 以上。

1.4 统计学方法 数据采用专人双录入计算机，并经过一致性检验。计算结果采用 SPSS 18.0 软件处理。计数资料采用例数和构成比进行描述性说明。

2 结果

共发放问卷 197 份，有效填报问卷 187 份。回收率为 94.9%。

2.1 河北省贫困县基层中医医疗服务机构的开设情况 在调查的河北省贫困县当中，有基层医疗服务机构的为 95%，但在基层医疗服务机构中开设中医医疗服务的仅为 20.2%，约 79.8% 的地区无中医医疗服务。

2.2 河北省贫困县基层中医服务人员情况 调查结果显示：基层卫生服务机构中有中医服务人员的仅为 42.2%。其配备中医类别服务人员的学历偏低，有学历人员占 44.2%，学历多为大专以下。无学历者占 55.8%，多为家传及自学。

2.3 河北省贫困县农村基层中医诊疗项目的开展情况 在河北省贫困县农村，中医诊疗项目的开展使用率可达 60.4%，开展的项目仅限于中成药、中草药、针灸、刮痧、拔罐、推拿，且种类少、内容单一。而一些治疗效果好、见效明显的诸如火疗、艾灸、中药熏蒸、中药熏洗、埋线疗法、中药封包、中药塌渍、姜灸、贴敷、割治疗法等项目基本未开展。

2.4 河北省贫困县基层中医方法治疗使用的比例情况 河北省贫困县基层卫生服务在疾病的诊治过程中以中医诊疗方法为主占 34.6%，以西医手段治疗为主的为 65.4%。见表 1。

表 1 河北省贫困县农村基层中医医疗服务 [人数(%)]

项目	是	否
基层医疗卫生服务的开设	177(95.0)	10(5.0)
基层中医医疗服务的开设	35(20.2)	138(79.8)
基层中医服务人员配备	76(42.2)	104(57.8)
基层中医服务人员学历	50(44.2)	63(55.8)
中医治疗方法的使用比例	63(34.6)	119(65.4)
中医医疗服务项目的开展情况	113(60.4)	64(34.2)

3 讨论

农村基层中医医疗服务是中医药参与农村基层卫生服务，在预防、医疗、保健、康复等方面发挥中医药的

优势和特色作用，满足基层农村群众对中医药的需求，将中医药知识、理论与技术充分运用到农村基层卫生服务各个环节中，为农村基层群众提供方便、优质、价廉、可及的基层卫生基本服务^[2-3]。本次对河北省贫困县 197 个村的中医医疗服务现状调查中显示，河北省贫困县农村基层中医医疗服务正处于起步阶段，中医医疗服务机构的开设、中医医疗服务人力资源、技术水平及项目开展等方面还存在许多问题和不足。

3.1 河北省贫困县基层中医服务资金投入不足 在调查的贫困地区中，有医疗服务机构近 95%，但能够给予中医医疗服务的仅为 20.2%，未设中医医疗服务的农村基层卫生服务中心的原因均为经费不足。政府资金投入的不足直接导致了中医医疗服务相关硬件不完善甚至无法启动。史慧敏等^[4]认为中医药疗法在基层卫生服务有市场，但由于缺少政策和资金支持，作用发挥得不好。中医收费低廉，中药调剂费时费力，针灸尤其是按摩既是技术活，又是体力活。中医中药的繁琐费时使收支两条线的农村基层不能促进医疗行为的积极开展。

3.2 中医医疗服务人力资源有待完善 本调查发现，河北省贫困县农村基层卫生服务的中医医疗服务人员数量偏少，无法满足居民在中医预防保健方面的迫切需求。在现有的中医医疗服务人员中仅有 44.2% 接受过大中专院校的中医专业学习（包括函授学习），相对于上级中医院医师本科以上学历来讲^[5]，农村基层中医医疗服务人员专业素质整体偏低，导致对中医中药及中医诊疗知识掌握不够，无法很好地开展中医医疗服务。因此农村基层中医医疗服务人员的技术水平提升尤为重要。基层高水平中医医疗服务人员缺乏是不争的事实，这导致农村基层卫生服务能够开展的中医药服务项目有限，不能更好的吸引患者到基层卫生服务机构就诊。

3.3 中医医疗服务项目开展受限 2014 年版的中医药医疗服务项目包括针灸、推拿等中医非药物诊疗技术及中药适宜技术、中药饮片、中成药、医疗机构中药制剂等。本次河北省贫困县农村基层中医医疗服务调查中显示仅限于中成药、中草药、针灸、刮痧、拔罐、推拿等极少数项目在开展，但诸如一些在临床上必需的诊疗项目（诸如火疗、艾灸、中药熏蒸、中药熏洗、埋线疗法、中药封包、中药塌渍、姜灸、贴敷、割治疗法等）并没有被广泛采用。农村基层卫生服务中心对中医医疗服务项目开展少，一方面可能是由于农村基层中医医疗卫生资源配置和技术队伍水平还存在一些问题，出现了诸如基层中医医疗卫生服务领域偏小、服务量少、项目不够、服务病种少等不足。另一方面可能是因为现行的基层医疗机构的分配制度、激励机制不利于中医医疗服务的发展，也不利于提高中医医疗服务人员工作积极性，还有

中医医疗服务收费低廉,基层医疗机构不够重视中医医疗服务,中医医疗服务人员无法获得自身价值的认同感^[6]。可通过完善农村基层中医医疗服务的基本条件的建设,加强农村基层中医医疗服务人员培训及继续教育提高医务人员整体素质、学历水平,适当提高中医药服务价格,制定有效的中医医疗服务人员激励机制来促进中医医疗服务项目的开展。

总之,调研结果显示我省贫困县农村已经开展了中药、针灸、推拿、刮痧、拔罐等中医药基本服务项目,并取得了一定成果。但仍存在着基层中医服务机构覆盖面不足、中医专业技术人员严重缺乏、中医医疗服务项目开展不充分等制约农村中医药发展的因素,这种现状严重制约着我省中医基层服务能力的推广。精准医疗扶贫将是助力健康中国和精准扶贫的重要举措,建议省政府在管理体制、财政补贴、收入分配、保障和人事等制度上进行综合改革。增加卫生资金投入、加强基层卫生院建设;加大基层卫生技术人员的中医服务能力培训,

通过订单式培养提升基层中医专业技术人员的业务能力和技术水平,更好发挥我省中医药大省的优势,确保为广大群众提供优质廉价的中医医疗服务,推动落实国家健康扶贫政策。

参考文献

- [1] 韩志琰. 基于医疗服务分流的农村医疗机构住院患者就医选择行为及满意度研究[D]. 济南:山东大学,2012.
- [2] 施永兴,陈继根. 社区中医药服务贡献率应用与评价[M]. 上海:上海科技教育出版社,2010.
- [3] 鲍勇. 抓住机遇,可持续发展中医药特色社区卫生服务(一)[J]. 实用全科医学,2006(5):497-498.
- [4] 史慧敏,李富和. 北京市昌平区社区中医发展现状分析及对策研究[J]. 中国全科医学,2010,13(26):2962-2963,2966.
- [5] 冯妍,王以新,杨敏京,等. 基于北京大屯社区卫生服务中心管理经验探讨社区医疗体系建设问题及应对策略[J]. 中国全科医学,2014,17(14):1650-1653.
- [6] 武志欢. 北京市基层老中医传承现状分析[D]. 北京:北京中医药大学,2013.

(本文编辑:张文娟 本文校对:宋晓宇 收稿日期:2018-09-14)

独立学院药学综合实训课程教学改革与实践[※]

杨明利 徐群为* 张 焕 王维维 李洪雷 王 萌 李园园

(南京医科大学康达学院药学部,江苏 连云港 222000)

摘要:为了提高独立学院药学专业学生综合实践能力、岗位胜任能力及创新能力;以项目为载体,采用“理论+见习+实践操作”的形式开展药学综合实训课程,制定实训过程管理细则和课程考核方案;并经过2013级、2014级两届学生实践验证,通过调查问卷反馈结果。实践表明该方案的顺利实施,显著提高了学生综合运用专业知识分析解决问题的能力,为应用型人才培养提供了新途径。

关键词:独立学院;药学综合实训;教学改革;实践操作

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.056

文章编号:1672-2779(2019)-02-0145-03

Reform and Practice of Comprehensive Pharmaceutical Training Course in Independent College

YANG Mingli, XU Qunwei, ZHANG Huan, WANG Weiwei, LI Honglei, WANG Meng, LI Yuanyuan

(Department of Pharmaceutical Sciences, College of Kangda, Nanjing Medical University, Jiangsu province, Lianyungang 222000, China)

Abstract: In order to improve the comprehensive practice ability, post competence and innovation ability of the pharmacy students in independent college, the comprehensive training course of pharmacy is carried out, with the support of the project as the carrier, in the form of "theory + probation + practice operation", and the rules of practical training management and course assessment are formulated, practice verification is carried out in the two students about 2013 and 2014 levels. And through the questionnaire feedback Results, practice shows that the smooth implementation of the program, significantly improved the ability of students to use professional knowledge to analyze and solve problems, and provide a new way for the training of applied talents.

Keywords: independent colleges; pharmacy comprehensive training; teaching reform; practice

药学综合实训是考察药学专业学生综合运用专业知识、分析解决实际问题,培养学生实践操作的一门课程^[1],对于独立学院应用型人才培养显得尤为重要。目前大多数

院校实训课程的设置都侧重学生单项技能训练^[2],使学生熟悉药物生产制备技术^[3],并没有按项目流程对学生进行系统训练。或者即使按项目设计实训内容^[4],但由于时间短,“双师型”教师缺乏,实训过程管理不到位,导致考核流于形式^[5-10],使得大多数学生不够重视综合实训课程,也就不能为学生毕业实习及就业选择提供应有

※ 基金项目:南京医科大学十三五教育研究课题[No.YB2017115]

* 通讯作者:qunweixu@njmu.edu.cn

的指导。鉴于独立学院生源素质和办学定位,使得我们更应加大药学专业学生综合实践能力的培养。本着“校内实训与岗位技能需求相结合”的课程开发理念^[1],提出以项目为载体^[12-13],采用“理论+见习+实践操作”共计 100 学时的形式开展药学综合实训课程,并制定实训过程管理细则和考核方案,全方位调动学生积极性和参与度,促进学生综合实践能力和岗位胜任能力的培养,为独立学院应用型人才开辟新途径。

1 构建药学综合实训课程实施方案

1.1 按照授课内容精选双师型授课教师 学院地处中国药都“江苏连云港”,拥有丰富的制药企业资源,课程设置首先邀请药企研发、生产和医院临床药学等行业专家教授(双师型)对学生进行 24 学时的药品研发综合理论知识讲授,内容详见表 1。

表 1 药学综合实训理论课方案

授课内容	学时	预期目标
药品研发基础知识	3	熟悉药品研发流程
原料药	3	掌握原料药概念,熟悉原料药来源及研发流程
药物制剂	3	掌握药物剂型选择、处方筛选原则
药物分析	3	熟悉药物质量研究流程,方法学验证等内容
药理、毒理	3	清楚药理毒理试验内容和基本原则
药品注册	3	熟悉药品注册资料撰写要求及相关监管机构
药品生产经营	3	熟悉药品生产、经营企业岗位设置与职责要求
医院药学	3	熟悉医院药学相关岗位设置与职责要求

行业专家授课主要采用案例式教学,从药物研发和应用的角度讲解药专业知识,使学生对所学理论知识进一步融会贯通,熟悉药物研发流程,清楚药品生产和经营企业、医学药学、药品注册等岗位设置及职责要求,为后期毕业实习和就业选择提供指导。

1.2 开展课外见习 虽然综合实训最终目的是提高实践能力,但学生没有亲眼目睹实际工作环境,始终是雾里看花,很难理论联系实际。为了做到课内课外相结合,本方案在理论课结束后,以班级为单位,分组去药品生产企业、实训车间和附属医院进行 6~10 个学时的见习,使学生了解企业、研究院和医院药学的厂房布局、仪器设备、工作内容、岗位职责及工作环境等,学生开拓视野,促进感官认识,引导学生针对理论学习提出问题,再带着问题回到课堂进行实践训练。

1.3 以项目为载体 开展药物研发实践训练 本方案拟设计某一具体药物从原料药合成到制剂制备,再分别对原料药和制剂进行质量研究和方法学验证,最后撰写 CTD 注册资料,共计 70 学时,综合考察学生运用专业技能完成一个完整项目的的能力,旨在培养学生具备高水平专业技能和团队协作能力,实践操作方案详见表 2。

表 2 药学综合实训实践操作方案

名称	内容	学时	预期目标
原料药研究	评价至少三种工艺路线的优缺点,提出使用本路线的依据,撰写论证报告;	2	使学生通过查阅文献,了解药物的理化性质、合成
	提出所用物料的规格及质量标准;	2	工艺步骤及所用仪器设
	画出原料药工艺流程图;	1	备,并清楚研发过程中需
制剂研究	按照工艺步骤制备各中间体、原料药,并进行质量研究。	15	做哪些记录和数据分
	根据项目要求,评价至少三种处方的优缺点,提出使用本处方的依据,撰写论证报告;	2	使学生清楚制剂制备工
	提出所用物料及辅料的规格、质量标准;	2	研发流程及思路,明确制
质量研究	画出制剂制备工艺流程图;	1	剂过程中的相关记录
	按照工艺步骤制备制剂,送样品给质量组检测。	10	
	起始物料的质量检验;	15	包括检测方法选择、HPLC
	中间体、原料药、制剂的质量检验;	20	操作、记录、检验报告及方
	方法学验证检验。		法学验证

2 综合实训课程方案验证及过程管理研究

2.1 方案验证 按照前述制定的综合实训方案,目前选择治疗缺血性脑卒中的药物依达拉奉,从原料药到注射液的研发过程。分别设置依达拉奉原料药合成、依达拉奉原料药的精制、依达拉奉原料药质量研究(有关物质及含量测定均采用 HPLC 法)、依达拉奉制剂处方研究及制备、依达拉奉注射液质量研究及方法学验证(HPLC 法)五大块内容。

在 2013 级和 2014 级两届药学专业学生中运行,4 个人一组,按项目流程进行管理。一方面团队成员合理分工,培养学生团队协作能力;另一方面,实践操作环环相扣,便于学生理解项目流程,也更注重实验结果及分析。最后以 CTD 资料格式整理实验内容及结果,由带教老师进行审核修订,逐步培养学生文献查阅、文字编辑和专业论文撰写能力。实践证明,学生对这种全新的课程设计很感兴趣,积极性很高,纷纷表示对药专业知识、实验耗材及仪器设备有了全新的认识,清楚了药品研发流程和质量研究内容,最终提交的 CTD 资料也逻辑清晰、文字简洁、图表分明,超出了我们综合实训方案最初的预期结果。

2.2 实训课程过程管理及最终考核 加强综合实训课程管理及考核是保障实训效果的有效手段,针对药学综合实训课程的教学目标,制定见习报告 10%+实践操作 50%+注册资料 40% 的考核方式。其中见习报告每人一份,注册资料每组一份(包括原料药注册和注射剂注册两本资料),实践操作过程则有详细的考核指标,详见表 3。

表 3 实践操作过程考核细则

考核项目	考核重点	分值
实训态度	考勤和纪律	10
文献查阅	文献来源及分析应用情况	10
实践操作	搭装置、物料称取、配溶液	10
	仪器设备使用	10
	试验台面清洁	10
	实验结果	实验现象是否明显、原始数据是否准确
实训报告	数据分析、处理	10
	内容是否完整、格式是否规范	10
创新能力	文字描述是否为专业术语	10
	是否有新想法、新思路	10

表4 综合实训课程评价调查结果

(n=299, %)

综合实训课程评价指标	很满意	满意	一般	不满意	满意率
能够促进药学专业知识融会贯通	46.2	43.3	9.8	0.7	89.5
能够提高实践操作技能	48.2	42.0	9.3	0.5	90.2
能够提高HPLC、紫外、红外及熔点仪等的使用能力	56.3	36.2	7.5	0.0	92.5
能够提高专业素养与职业道德	36.8	49.4	13.0	0.8	86.2
能够提高文献查阅和分析能力	43.8	41.6	12.4	2.2	85.4
能够提高专业文字撰写和编辑能力	42.9	43.3	13.1	0.7	86.2
能够提高发现、分析、解决问题能力	41.4	44.8	12.4	1.4	86.2
能够提高团队协作能力	48.8	40.8	10.2	0.2	89.6
能够提高沟通交流、语言表达能力	43.6	41.9	12.6	1.9	85.5
能够提高自主思考、随机应变能力	40.7	45.2	12.5	1.6	85.9
能够提高自我管理、继续学习能力	44.6	42.6	11.4	1.4	87.2
能够为毕业实习和就业提供指导	52.6	43.9	3.5	0.0	96.5

3 课程改革效果与评估

为了更好地评价综合实训课程改革效果,笔者特意在学生毕业实习期间,通过问卷形式发布调查问卷,让学生结合实习经历感受药理学综合实训课程的意义和作用。问卷共设置12个问题,每个问题分“很满意、基本满意、一般、不满意”四个等级进行评价。2014级药学专业人数332人,参与调查299人,参与率超过90%,统计结果见表4。

从表4调查结果可知,89.5%的学生认为能够促进药理学专业知识的融会贯通;90.2%学生认为可以提高实践操作技能;92.5%的学生认为可以提高他们HPLC、紫外、红外及熔点仪等的使用能力,为他们以后走上工作岗位奠定了坚实的基础;且有超过85%的学生表示能够提高他们专业文字撰写和编辑能力、能够提高自主思考、自我管理和团队协作能力;更有96.5%的学生认为药理学综合实训课程的设置能够为他们的毕业实习和就业提供指导,提高发现问题、分析问题、解决实际问题的能力,达到综合实训的目的。

4 讨论

独立学院应用型人才培养目标要求教师不断更新观念,丰富实践教学内容与方式,做到与时俱进,从而使人才培养更好地适应社会需求,本方案的构建与实践验证只是研究的开端,此后要不断深入研究药理学综合实训开展模式。

4.1 丰富实训项目 在此模式下,通过模拟药房、实训车间、参与医院临床处方分析等方式,逐步开展药品经营、药品生产、合理用药等实训项目,使实训项目多样化,可更好的迎合独立学院就业需求。

4.2 尝试PBL学习模式 实训课程开展过程中,当以学生为主体,教师提出实训基本要求和最终考核方式,由学生自己制定实验方案,进行实践操作。教师只是充当引导者和答疑者,但要细化过程考核细则,尝试

PBL(problem-based learning,也称作问题式学习)学习模式。

4.3 引入教师科研项目 在该方案顺利运行的基础上,可以陆续引入大学生创新创业训练项目和教师科研项目,组织一部分学生进行条件摸索或方法验证等内容,培养学生创新创业精神,同时也达到教学科研相融合的目的。

参考文献

- [1] 陈建济. 药理学实验教学的探讨[J]. 福建医科大学学报(社会科学版),2007,8(2):39-42.
- [2] 王毅,刘斌,罗月娥. 药理学综合实训教学实践[J]. 医学信息,2009,1(7):44-45.
- [3] 相会欣,郝艳霞,李素霞. 药物制剂技术综合实训课程的实践与评价[J]. 教育与职业,2012,45(17):160-161.
- [4] 崔燕兵. 医药高职院校药理学专业综合实训项目设计开发探索[J]. 中国中医药现代远程教育,2012,10(10):67-69.
- [5] 邢志霞,崔燕兵,王丹. 药理学专业综合实训项目实践过程中存在问题分析及解决思路[J]. 卫生职业教育,2016,34(17):85-86.
- [6] 张丽,王克威,侯琳,等. 构建创新药理学综合型开放实验项目初探[J]. 天津药学,2016,28(1):76-77.
- [7] 黄东. 职业导向、能力本位的项目式教学——浅谈《电工技术基础》课程的项目式教学改革[J]. 广西教育学院学报,2010,25(3):143-146.
- [8] 舒洁倩,梁盈军. 高职药理学专业实践课程改革探讨[J]. 广东化工,2010,37(6):162-163.
- [9] 吴君,陈开考,谈黎虹,等. 高职顶岗实习过程管理有效机制研究[J]. 职业技术教育,2012,33(2):54-56.
- [10] 潘馨慧,张华,刘青广,等. GMP仿真实训在药理学综合实验教学中的应用及探索[J]. 卫生职业教育,2016,34(22):53-54.
- [11] 刘玮,来海南,刘丽. 基于项目任务驱动的药理学综合实训课程的开发[J]. 中国科教创新导刊,2014,43(4):179-180.
- [12] 周明虎,汪木兰,封世新. 项目教学法的实施与典型案例[J]. 中国现代教育装备,2010,13(13):6-8.
- [13] 苏春梅,杨红,武佳,等. 高职药理学专业开放式综合实训教学探讨[J]. 卫生职业教育,2017,35(23):74-75.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张 焕 收稿日期:2018-09-25)

以学生为中心的实验针灸学教育教学改革实践[※]

张小卿 吴景东 隋月皎 张志星

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110847)

摘要:为进一步更新教育思想观念,深化教育教学改革,落实学校“十三五”发展规划纲要,提高教学水平和人才培养质量,实验针灸教研室开展了教育思想大讨论活动。活动要求教研室教师从观念上更新对课程目标、课程内容、课程结构、评价体系等方面的理解,强调“以学生为中心”,强调“学”重于“教”,重视师生的配合与互动,积极推进“新课程标准”下高等教育思想的学习与实践。

关键词:实验针灸学;以学生为中心;教育改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.057

文章编号:1672-2779(2019)-02-0148-03

Student-centered Teaching Reform Practice of Experimental Acupuncture and Moxibustion Education

ZHANG Xiaoqing, WU Jingdong, SUI Yuejiao, ZHANG Zhixing

(College of Acupuncture and Massage, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning province, Shenyang 110847, china)

Abstract: In order to renew education ideology, deepen education teaching reform, implement the "13th five-year" plan of the school, and improve the teaching level and the quality of talent training, the experimental acupuncture teaching and research section of our university has carried out a great discussion on educational thoughts. This activity requires that teachers in this teaching and research section update their understanding of curriculum Objectives, curriculum content, curriculum structure and evaluation system from the concept. And it is emphasizing "students as the center", emphasizing "learning" more than "teaching", emphasizing the cooperation and interaction between teachers and students, and promoting the learning and practice of higher education thought under the "new curriculum standard" actively.

Keywords: experimental acupuncture and oxibustion; student-centered; education reform

随着现代教育事业的不断发展和终身教育的蓬勃兴起,教师作为精神文明的开拓者,文化知识的传播者,在社会发展中,起着承前启后,继往开来的重要作用。当前,我国改革开放和现代化建设事业进入了一个新阶段。国民经济整体素质和综合国力迈上了一个新台阶,提高教育教学质量已被提到了国家战略发展层面。它不仅是新时期经济社会发展的客观要求,更是高等学校改革与发展的必然选择。“以学生为中心”的教学理念不同于高校常规传统教学方法,在整个教学过程中,由教师给出知识点或者问题,抛砖引玉,学生在问题动机的驱动下,对学习资料和学习资源进行自主探索,并采取小组互动讨论形式,掌握学习方法,从而培养学生在实践中运用知识进行自主学习的能力^[1]。本文将近年来我教研室在此方面的教育教学改革内容总结如下。

1 以学生为中心的教育教学观念

“以学生为中心”的教育教学理念是联合国教科文组织于 1998 年在世界首届高等教育大会宣言中提出的,并预言“以学生为中心”的新理念必将对 21 世纪全世界高等教育产生深远的影响^[1]。近期召开的新时代全国高等学校本科教育工作会议精神要求高校教师必须不断更新教育思想,把本科教育放在人才培养的核心地位,

大学的首要职能一直未曾改变,就是育人。培养社会需要的高素质人才始终是大学的根本任务。而现阶段有些高校和教师为了提高学生的满意度,降低了对学生的要求,老师“放水”,学生“放松”,导致本科生培养的质量参差不齐。为了加强本科生教学水平,提高学生素质和创新能力,我院提出了加强“以学生为中心”的教育教学观念,通过转变教学思想观念和教学方法,实现从以“教”为中心向以“学”为中心转变,强调教育教学工作要从传统的“教师、教材、教室”为中心的三“教”模式,转向以“学生学习、学生发展、学习效果”为中心的三“学”模式。以实验针灸学为例,我教研室老师连续申请多项教育教学改革项目,改进教学方法,依据“十三五”规划教材制订了新的课程教学大纲,旨在从提高学生兴趣、培养学生应用能力、激发学生的创新思维出发,改善教学质量,以提高学生科研能力和动手能力为最终目标。

2 开放式教育教学管理机制

新的教学管理机制必须致力于有效调动教与学两个方面的积极性、创造性,突出学生的主体作用和教师的主导作用,主要体现在两方面。

2.1 优化教学内容 应按照国家新课程标准的要求,既开足开好规定课程,又不随意增加课时和提高难度,让学生有更多时间去思考、去动手、去锻炼。课堂教学中,应根

※ 基金项目:辽宁中医药大学教学研究项目[No.LNZYJG2018022]

据学生认知和接受能力,落实好有助于提升科学素养、提高应用实践能力的讲授内容。因《实验针灸学》课程在本科学习后期开设,学生即将准备考研,大部分学生有继续攻读硕士学位的需求,因此在讲授“实验针灸学研究方法”这一节时,教学目标主要以培养学生应用能力为主,为研究生阶段学习打好基础。教师讲授研究方法理论内容后,重点让学生进行应用实践,将全班同学自由组合成若干小组,每个组对针灸领域选择一个感兴趣的方向,或以针灸的热点研究问题入手,查阅文献搜集资料,每人撰写一篇文献综述,并设计一个实验研究或临床研究课题,将科研设计内容作成PPT,每个小组在上课时由组长代表本组其他同学进行讲授,老师做综合点评。学生的登台讲授调动了学习积极性,组长讲完同组学生提出补充和完善内容,其它组同学可以提出质疑,上述内容记入学生形成性成绩评价,收到了较好的教学效果。

2.2 创新教学方式 教有法,但无定法,贵在得法。以往的《实验针灸学》以传统教学方式,即教师讲授为主。这种教学形式有很大弊端,因为本学科内容与临床治疗关联不大,学生不够重视,因此上课时注意力分散。本教研室老师近年来开展了多种教学方法改革措施^[24],主要是要引导学生成为课堂的主体,学生不再被动的学,而是通过提前预习自己动手检索文献,在课堂上以主题发言的形式,对课程的知识点进行讨论,同学之间可互相支持、补充或反驳对方的观点。老师在学生讨论过程中不作或略作启示与评述,以主持学生发言为主,讨论结束后再予以总结。主要目的是促进学生积极思考,加深对所学知识的理解,提高学习效率。例如,在讲授经络的现代研究时,让学生们列举经络现象,充分表达自己的观点,讨论完后再进行课程内容讲授;在讲授经穴-脏腑相关神经节段机制时,鉴于往届同学对大一学习的解剖学知识掌握不扎实的情况,我们提前让学生做好预习神经系统解剖的知识,上课时教师抛出知识点,让学生主讲这部分内容。我们发现,通过提前预习并以学生为课堂主体这种教学形式,学生们参与度高,上课时注意力更集中,更有学习的意愿。因此今后我们要继续推进教学方式方法的改革创新,倡导启发式、探究式、讨论式、参与式教学,引导学生掌握科学的学习方式,让学生学会主动学习,使本门课程真正提高学生的创新思维和学习能力。通过近两年的实践我们发现,对于新教学方式参与度高的班级,学生学习成绩也大幅提高。

3 加快实验室建设 开放科研实验室

实验室是开展实验教学,培养学生科研动手能力的基地,也是社会对当代大学生提出的新的要求,具有鲜明实践性和理论联系实际的实验教学,是学生主动获取知识、总结经验、培养兴趣的最好教学途径之一^[5]。开

设计与教学大纲紧密结合的实验教学项目可以使学生对已有的知识和技能进行举一反三,并自主地去分析解决错综多变的实际问题,加深学生对科学问题的理解。特别是近十年来我们在实验课上开展了学生自行设计性实验和创新性实验内容,这对实验室建设和开放提出了更高要求,实验设计过程中,有时学生设计上没有问题,却由于受实验条件的限制,如实验器材陈旧破损,影响实验结果,不利于创新性实验的完成。因此,加快实验室建设,维护并及时更新实验设备是提高实验教学效果的前提。另外,在进行创新性实验时,学生设计的实验一般较教材上的实验复杂,对仪器的要求不局限与教学实验的仪器设备,为了保证学生能够顺利完成实验,我们开放了科研实验室,并且有专门的实验员对学生的创新性实验进行指导。有较为完善的实验条件作为前提,学生在设计实验时可选择的实验项目范围也会增大,实验完成的可行性也得到提高。有的学生完成实验后在学术期刊上发表了实验研究论文,或者继续申报了大创项目,为培养研究型人才奠定了基础。

4 加强师德师风建设 提高教师自身素质

“高教大计、本科为本,本科不牢、地动山摇”;“教育大计,教师为本;教师素养,立德为本”。高素质的教职工队伍是教育的生命源泉,师德师风建设是教育的灵魂所在,在教师队伍中进行作风建设和道德建设具有十分重要的意义^[6]。教师要热爱教学、倾心教学、研究教学,潜心教书育人,师德师风建设的最终目的,在于优化教风、净化校风、提高教育质量和培养优秀人才。对于实验针灸这门学科,要让学生真正运用好针灸实验,掌握科研能力,需要教师具备高度的责任心,把本科生当做研究生培养,其工作量之大是其它课程不能比拟的。教师要提高教学和科研的素质,既要有实验针灸学理论和实验知识,又要有教育学、心理学和教学法的知识,还必须脚踏实地亲手实践。实验针灸学是一门发展中学科,学科内容不断更新,实验针灸学教师也要不断跟进针灸学科研进展,提高自己的理论知识水平和实验教学能力,随着学科的发展,新的实验技术的不断涌现,而不断充实自己,提高自身的科学素质。此外,教师还需要有高度的责任心,学生实施创新性、设计性实验方案设计的全过程,教师都要全程参与,每名教师参与不同组别的讨论需要付出宝贵的业余时间。学生参与大创项目和参与科研课题研究、发表论文等都需要教师本着爱岗敬业、对学生负责的态度认真指导。

“以学生为中心”的教育教学改革实践要求我们真正把内涵建设、质量提升体现在每一个学生的学习成果上,以教师的人格魅力引导学生、感染学生,在帮助学生解决学习、生活和成长过程中的各种困惑的同时,引导学生求真学问、练真本领,激发学生的学习动力和专业

志趣,成为真正的中医药发展有用之才。

参考文献

- [1] 李凤莲.以学生为中心的研究性教学法探讨与实践——以工程制图课程为例[J].教育教学论坛,2018,10(24):163-164.
- [2] 张志星,张小卿,董宝强,等.实验针灸学研究性实验教学模式初探[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(11):9-11.
- [3] 张志星,张小卿,董宝强,等.角色互换结合微课在针灸学教学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(10):10-12.
- [4] 李春日,白增华,张小卿,等.基于临床问题的PBL教学模式在实验针灸实验课教学中应用[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(8):185-186.
- [5] 肖玲,王慧丽,黄文秀.现代高校实验教学存在的弊端[J].高师理科学刊,2016,36(1):106.
- [6] 张思坚.高校师德师风的文化内涵建设[J].教书育人(高教论坛),2018,15(3):60-61.

(本文编辑:张文娟 本文校对:苏 妆 收稿日期:2018-09-11)

基于综合创新型人才培养的 中药鉴定学教学模式探索与实践[※]

马雯芳 蔡毅 田慧 黎理

(广西中医药大学药学院,广西 南宁 530001)

摘要:本文注重树立以学生为中心的教学理念,采用问题导向、颠倒课堂等教学法进行中药鉴定学课程教学改革研究,提高学生学习的积极性与主动性,将药材实物带到课堂,使学生理论与实际更好地紧密结合,从而提高教学效果,注重学习过程的形成性评价,及时发现学生学习过程中存在的问题,促进学生发展。系列措施整体提高了中药鉴定学课程的教学质量,对中药学人才综合能力、创新能力的培养具有积极促进作用。

关键词:中药鉴定学;综合能力;教学改革;创新型人才

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.058

文章编号:1672-2779(2019)-02-0150-03

Exploration and Practice of Teaching Mode of Authenticaion of Chinese Medicines Based on Comprehensive and Innovative Talents Training

MA Wenfang, CAI Yi, TIAN Hui, LI Li

(College of Pharmay, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530001, China)

Abstract: This paper pays attention to the teaching concept of student-centered, using the teaching Methods of problem-oriented, reversed classroom teaching Methods to carry out the teaching reform of "authenticaion of chinese medicines" curriculum, improve the enthusiasm and initiative of students, bringing traditional chinese medicine specimen into the class, promoting the combination of theory and practice to improve the teaching effect, paying attention to the formative evaluation of the learning process, which can timely discover the problems in the learning process and promote the student's development. A series of measures have improved the teaching quality of the course of authenticaion of Chinese medicine, and have a positive role in promoting the cultivation of comprehensive and innovative ability of traditional Chinese medicine specialty talents.

Keywords: authenticaion of Chinese medicine; comprehensive talents; teaching reform; innovative talents

在创新中国的驱动下,中药现代化、国际化进程也日益加快,社会对中药专业人才的知识与能力的需求也发生了较大变化,对人才的综合、创新能力要求越来越高。综合、创新型人才的培养,要求在专业知识方面具有一定的知识广度和深度,不仅要有扎实的专业理论基础知识,还需要学以致用,有过硬的应用性知识;人才培养模式逐步向“基础扎实、增强后劲”转变。随着社会及产业的发展,尤其是“健康中国”战略的进一步推进,中药学综合、创新型人才日益紧缺,培养综合能力强、发展后劲足的高素质中药学人才尤为迫切。

中药鉴定学是研究和鉴定中药的品种和质量,制定中药质量标准,寻找和扩大新药源的应用学科,也是中

药类专业必修的课程之一,涉及中药学、药用植物学、中药化学、分析化学等内容,综合性、应用性强。此课程涵盖的中药品种多,知识点散杂,系统性不强,学习内容容易混淆,具有易学难记的特点。如何在有限的课时提高教学效率,增强学生学习的积极性、主动性,提高学习效果,改变过去“填鸭式”的传统被动教学并将所学专业知识与实际应用相结合,注重培养学生的综合能力、创新能力成为此课程教学迫切需要解决的问题。为提高教学质量,本文从以下四方面对中药鉴定学课程改革进行探索。

1 理论课实物进课堂开展教学

性状鉴别是中药鉴定常用的方法之一,对于药材鉴定,经验丰富的药工总结了很多朗朗上口的经典鉴别术语。课上采用多媒体课件的形式将药材鉴别的重要特征用

※ 基金项目:广西高等教育本科教学改革工程项目[No.2016JGA234]

图片的形式向学生展示讲解外,将药材实物带进课堂,理论知识与实物紧密结合,令学生真切看到药材鉴别特征,感受药材质地,体会药材的气、味,增强学生对药材的感性认识并提升理解力。如天麻的鉴别特征有“鹦哥嘴”“肚脐眼”;蕲蛇的特征有“翘鼻头”、“方胜纹”、“连珠斑”“佛指甲”等,鉴别术语生动形象地将药材的鉴别特征概括,而看到实物更好地理解鉴别术语,帮助学生掌握药材鉴别的要点,识别药材真伪。如川贝根据性状特征不同分为松贝、青贝、炉贝,松贝的特征是“怀中抱月”、青贝的特征是“观音合掌”、炉贝的特征是“虎皮斑”“马牙嘴”。不同的川贝母具有不同的典型性状特征,掌握鉴别术语根据性状区别可以鉴别不同的川贝母。药材实物进课堂,与图片结合,配合课堂讲授加深学生印象,使药材的鉴别特征不仅仅停留在纸面上,可激发学生思考问题并提出问题,促进师生互动,提高学习效果。

2 以问题为导向

以问题为导向的教学模式也称为问题教学法。在教学中,以学生为主体,教师为主导,问题为中心,是启发式教学方法。问题的提出使学生的学习更有目的性,教师在教学中引导学生通过文献查阅,运用掌握的知识和技能去解决问题,同时获取新知识,培养学生的学习能力及对专业知识的综合运用^[1]。如引入大家耳熟能详的广告语“药材好,药才好”,引导学生开展讨论,只有质量优良的中药材原料才能加工生产出质量好的中成药产品,“药材好”如何理解?怎样的药材才算好药材?好药材有什么标准?要形成好的药材有哪些影响因素等系列问题激发学生深入思考。如甘草、麻黄的采售,国务院颁发了《国务院关于禁止采集和销售发菜制止滥挖甘草和麻黄草的通知》,明确规定采集甘草和麻黄草均须经采集地的县级人民政府农牧主管部门签署意见后,向省级人民政府农牧主管部门申请办理采集证。要根据年度采挖计划量颁发采集证,不得超量颁发。采集证必须载明持证人年度采挖量,有效期为1年,禁止无证采挖和违规采挖。这样的规定可以引发学生对其产地、生长环境、生态环境、中药资源利用与保护等方面的思考。金银花为忍冬科植物忍冬 *Lonicera japonica* Thunb. 的干燥花蕾或带初开的花。山银花为忍冬科植物灰毡毛忍冬 *Lonicera macranthoides* Hand.-Mazz.、红腺忍冬 *Lonicera hypoglauca* Miq.、华南忍冬 *Lonicera confuse* DC. 或黄褐毛忍冬 *Lonicera fulvotomentosa* Hsu et S. C. Cheng 的干燥花蕾或带初开的花。1963年版《中国药典》仅收录金银花(忍冬)一个植物来源,1977年版《中国药典》增收其他3个植物来源(华南忍冬、红腺忍冬和毛花柱忍冬),2005年版《中国药典》将金银花和山银花分列进入药典目录。先介绍金银花使用的历史渊源,提出现在《中国药典》将金银花与山银花进行分列,原因可能是什

么?金银花花期短,未来得及采摘的花蕾很快就会开放导致其活性成分含量大幅降低,品质下降。而山银花花蕾期较长,采收时间较为宽裕,且山银花产量较高,导致金银花的价格较高,山银花价格较低。市场上常有二者混杂的情况,如何进行区分、鉴别?此类问题促使学生对金银花与山银花二者从来源、性状特征、化学成分、药用资源、市场行情、应用情况等方面进行了解、学习和思考,使学习不局限于课本,对药材进行发散性学习,培养学生综合素质能力。

3 采用颠倒课堂开展教学

建立以学生为中心的课堂教学模式即颠倒课堂。将课堂的主体交给学生,让学生主导课堂,老师起点拨和启发的作用,调动学生积极获取知识的积极性,激发主观能动性,使学生发挥自身的潜能高效学习,将课堂教学从基础知识的讲授提升为强化能力提升,促进综合能力、创新能力的发展^[2]。将学生每10人分成1个小组,选择感兴趣的中药主题进行学习。每个小组推荐1位代表在课堂上向班上同学进行讲解,讲解结束老师及同学对感兴趣或有疑问的内容进行提问,发言代表及小组成员进行解答。如报告——药缘文化,从食缘(中药与饮食的交融)、俗缘(中药与民俗的融合)、字缘(中药与文字的融合)以及文缘(中药与文学的融合)4个方面进行中医药文化的讲解。食缘以药膳天麻杜仲鸡为例,俗缘以焚香(沉香)为例,字缘以字谜形式“九死一生救阿斗,万水千山送昭君”,暗射四味药材,九死一生——独活;阿斗——使君子;万水千山——远志;送昭君——王不留行;文缘以经典武侠小说——射雕英雄传(蜈蚣酒)为例。直观、生动、有趣地感受中医药的博大精深。颠倒课堂颠覆了传统的教学模式,学生通过分工协作、小组讨论、文献资料查阅、整理知识点,制作PPT等全面锻炼了自主学习与协作学习的能力,锻炼了思维组织与口头表达能力,极大地调动了学习积极性。在整个构思、制作、报告过程中,不断强化学生的中医药思维,加强对专业能力的养成与锻炼。

4 实施形成性评价

形成性评价采用多种评价方法对学生学习过程进行持续评价,更关注学生学习的动态过程,及时了解学生学习的进展情况,关注学生学习兴趣、学习态度、存在问题、活动参与程度等,在不断的反馈和调整中帮助教师改进教学,帮助学生改进学习,促进学生发展^[3]。课程教学过程中改变终结式评价体系,采用形成性评价评估教学进程。形成性评价由出勤率、药材鉴别考核、作业、颠倒课堂学生汇报及实验报告五部分构成。其中出勤率占10%,每学期点名不少于5次;药材鉴别考核3次,在整个学习过程中分3次阶段性进行,充分利用中药、民族药辨识馆的资源进行考核,第一次、第二次考核以药材为主,第三次考核以饮片为主,以考带学,促

进学生充分利用空余时间进行药材辨识学习,提高对常用中药材的辨识能力;作业包括课堂作业和课后作业两部分,占10%;颠倒课堂学生汇报占15%;实验报告占50%。形成性评价对课程全过程进行动态评价,及时发现学生学习过程中存在的问题,调整教学方式、方法,同时促进学生学习,提高学习效果。

5 教学评价

在教学过程中采用多种形式进行教学改革,为了更好地了解改革实施效果,让学生以匿名问卷调查的形式对课程改革进行评价和反馈。对课程设置满意率为93.5%,学生普遍认为课程改革使课堂学习气氛更为活跃,能提高学习的积极性和主动性,提高教学质量。建议增加药市见习等内容,直接到市场参观学习,了解中药材价格、使用情况等。

6 小结

在中药鉴定学课程教学过程中,转变过去以教师讲授为主体传统的教学模式,采用将药材实物带入课堂,

使学生理论与实际相结合直观的观察药材特征;授课时注重以学生为中心教学理念的引导,树立学生的主体地位,以问题为导向,颠倒课堂使学生站上讲台等举措,提高学生自主学习能力,提高学生课堂参与度,不仅授人以鱼更授人以渔,培养学生终身学习的能力和思维,切实提高课堂效率及教学效果。注重观察学生学习过程中的学习态度、遇到的问题及取得的进步,实施形成性评价,不仅只关注学习结果更重视学习的整体过程,注重综合能力及创新能力的培养,使学生不断成长、进步,对中药学复合型人才培养具有积极促进作用。

参考文献

- [1] 佟晓丽,刘红,张素媛.以问题为导向的教学模式的研究与应用[J].辽宁经济,2017,36(11):74-75.
- [2] 刘亚男,窦志英,邱峰.以学生为中心的课堂教学模式[J].现代交际,2017,31(12):42-43.
- [3] 张敏,张荻,陈明.形成性评价在中药学类专业课程中的现状与发展思考[J].新课程研究(中旬刊),2017,12(11):63-64.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张笏梅 收稿日期:2018-08-28)

中医智慧课堂的理念构建及实施策略探讨[※]

王立国¹ 部爱贤^{2*} 陈谦峰¹

(1 江西中医药大学基础医学院,江西 南昌 330004;2 江西中医药大学杏林国医研究室,江西 南昌 330006)

摘要:中医课堂教育存在很多问题,如何提高中医课堂教育的质量一直是中医院校研究的课题。本文借用智慧教育的理念和现代教育技术,提出中医智慧课堂的概念,进而提出中医智慧课堂实施的策略。从形式和内容两方面来研究中医智慧课堂,现代教育技术能提高学生的学习兴趣 and 积极性,智慧教育理念能激发老师和学生的智慧潜力,希望本文能为中医课堂教育提供较好的参考。

关键词:中医智慧课堂;理念构建;实施策略

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.059

文章编号:1672-2779(2019)-02-0152-03

Discussion on the Concept Construction and Implementation Strategy of Traditional Chinese Medicine Wisdom Classroom

WANG Ligu¹, BU Aixian^{2*}, CHEN Qianfeng¹

(1. School of Basic Medicine, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China;

2. Xinglin Traditional Chinese Medicine Research Office, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: There are many problems in TCM education. How to improve the quality of traditional Chinese medicine classroom education has always been the focus of TCM colleges. With the help of modern educational technique and wisdom education theory, this paper puts forward the concept of TCM wisdom classroom and the implementation strategy. We can study the TCM wisdom classroom from the two aspects of form and content. The modern educational technique can improve learning interest and learning motivation. We hope to provide a better method for classroom education of Chinese medicine.

Keywords: TCM wisdom classroom; concept construction; implementation strategy

中医课堂教育存在很多问题,如何提高中医课堂教育的质量一直是中医院校研究的课题。本文借用智慧教育的理念和现代教育技术,提出中医智慧课堂的概念,

进而提出中医智慧课堂实施的策略。

1 中医课堂教育的问题

目前,大部分中医药院校采用传统课堂讲授的教学方式,这种教学方式虽然有很多特点和优势,但也带来很多问题。

(1) 学生处于被动接受的地位,这种教学方式在一

※ 基金项目:江西省教育科学规划课题[No.171B142]

* 通讯作者:ba_x20051001@126.com

一定程度上僵化了学生的思想,扼杀了学生的创造性思维。虽然学生对中医知识很陌生不易接受,但也不能成为我们采用课堂讲授为主的原因。由于中医的思想是两千多年前产生的,它是基于古人的一种思维产生的知识和智慧。而现代学生没有基本的中国传统思维和知识,更多的是西方的实证思维和知识,故学生需要一个接受的过程。如果过渡不顺畅就会出现厌恶情绪。有人认为^[1]在这种教学方式中,学生没有时间、没有机会、没有能力去思考问题。

(2) 教师处在封闭的地位,典型表现就是以教材、教案和教师为本位,然后把每节课的内容、任务和过程都具体分解在教案里,按部就班的完成任务。这样的中医课堂教学更多的是封闭和预设。同时教师还把教学资源狭窄地限制在教科书中,过分追求知识系统和训练系统的完整性,忽视临床实践能力。这就造成了教和学的割裂,“教学效果”是残缺不全、没有潜力的。那些在教学过程中的质疑、探究和创新的思想被束缚,学生想象的翅膀被折断。对于知识点的掌握,对于学生的考试成绩而言,在某种程度上确实有效。但是高等教育,尤其是中医这种专业性和实践性很强的医学教育,应更多考虑知识和技能怎样运用于临床中。所以我们有必要探究中医课堂教学的新模式。

皮亚杰提出了建构主义学习理论,其中包含了“知识观”“学习观”和“学生观”。其理论认为,学生要以自身的经验、知识为背景来分析学习内容的合理性,然后完成对新知识的建构,而不是被动的接受。学习要建立在有意义的基础之上,而意义是学生通过新旧知识经验间反复的、双向的相互作用过程而建构成的。如何将“知识”转变为“技能”是“知识”走向“智慧”的关键环节。所以本文提出中医智慧课堂的理念及模式。

2 中医智慧课堂的内涵及特点

中医智慧课堂是建立在“智慧课堂”这个概念之上的,我们可以借用现代教育发展的理论来解决中医课堂的问题。所以我们认为“中医智慧课堂”包括教育和技术两大方面的内容^[2]。

从教育视角来看,它是指让学生用创新思维发现问题、用智慧方式解决问题的课堂,是促进学生智慧生长的课堂。从技术视角来看,它强调课堂“智能化”感知的特点,强调移动智能终端的应用,通过基于动态学习数据分析和“云端”的运用,实现教学决策数据化、评价反馈即时化、交流互动立体化、资源推送智能化,全面变革课堂教学的形式和内容,构建大数据时代的信息化课堂^[3]。中医智慧课堂可定义为:将

新的信息技术运用在中医课堂教学中,为学习者创设情境化、智能化、互动化的学习环境,引导学生发现问题、思考问题、创造性地解决问题,并最终促进学生智慧成长的新型课堂。

对中医智慧课堂的理解,应从内容和形式两个角度把握其特征。从内容来看,中医智慧课堂“着力培养学习者高级思维能力和适应时代的创新创造能力”^[4],尤其是培养学生形成中国传统思维方法并利用中医知识解决现时代疾病的能力;智慧课堂“既是一种认知成长的活动,也是一种与经验实践相关的活动”^[5],尤其重要的是中医教学过程中师生情感与智慧的交流。从形式来看,中医智慧课堂依托数据挖掘技术对教学过程的数据进行分析,实现教学中各层面的智能性特征。比如可以针对学习需求实时推送个性化的学习内容,可以实现资源分层分类网络化存储,可以实现可视化反馈和师生间的即时评价。

所以中医智慧课堂既重视学生的主动学习,又强调教师的启发和引导。如要求学生在自学、思考过程中主动提出疑点和问题,同时要求带问题集体讨论,然后由老师总结和答疑。这有利于学生学习的主动性和创造性,发挥群体作用,形成一种浓厚的学习与研究气氛,有利于培养学生的智慧。陶行知先生说过“教是为了不教”,说明教师的“教”不但要增加学生的知识,更重要的是培养学生思维方式和自主学习的能力。而学生的“学”的过程则是一个逐渐的自我完善和自主建构的过程。因而教育过程中不应固化教学模式,而应依据受教育者身心发展水平选择不同的教学模式^[6]。现在高等教育仍是以教师主导的课堂教学模式为主,“尽管高等教育的对象不再是一张白纸,但出于对教师信任的惯性,在以教师为中心的课堂教学中,学生对教学内容的认识和对问题的思考通常会不由自主地循着老师讲解的方向进行,创新思维难以产生。”^[7]

3 中医智慧课堂的实施策略

中医智慧课堂的实施以师生智慧的产生为目的,以师生的全程参与为要求,以移动互联网技术为媒介,以教与学的倒序为特点,所以我们把“对分课堂”模式和“蓝墨云班课”有机结合,实现中医智慧课堂形式和内容的整合。

以下从教学的过程展示中医智慧课堂的实施。

第一阶段:导入和了解。第一次课,教师以讲授为主,主要介绍学习内容的基本构架、基本概念和基本内容等,着重讲授重点、难点。教师通过云班课发布有关学习内容的资料、问题及任务。学生在课堂首先了解所学内容的整体框架,把握和明确该部分的重点和难点,

明确需要自主解决的问题,无需学生进行太多的记忆和理解,不明白的知识点可通过云班课查看。同时在第一阶段,学生和教师之间,学生与学生之间都可以通过云班课及时沟通交流。这是中医智慧课堂实施的前提,首先明确教与学的目标。与传统的课堂模式不同,教师不是对课程内容进行全部讲授,而是提纲挈领式的讲授,对学生进行思维引导。

第二阶段:自学和指导。第一次课后,以学生自主学习为主,充分发挥学生学习的自主能动性,把“学”的过程前置和加重。学生可以通过仔细阅读教材内容,借助云班课资源及查阅相关文献资料,对课程内容进行独立思考,对于所涉及的概念和理论进行主动探索,形成自己的认识和理解,完成自学笔记,独立完成教师所布置的作业。教师在这一阶段主要是答疑和引导,通过云班课教师可以及时了解学生的自学情况,并对其学习给出指导,最终督促其完成自主学习。这一阶段是中医智慧课堂实施的基础和中介环节,教师要分情况指导,学生要根据自身情况完成任务,并通过云班课实现及时互联。

第三阶段:讨论和展示。第二次课,教师作为课堂的组织者,通过云班课组织整个课堂活动。首先通过云班课对学生随机分组进行讨论,随机分组使讨论更加充分和有深度。同时监督讨论内容不偏离主题和引导小组间良好学习氛围。老师也可以通过云班课与学生互动。学生是这一阶段的主体,学生要针对上次课的内容进行专门性讨论。每一组的每位同学都要就自己的学习心得和遇到的问题与小组成员之间进行充分的沟通与交流,形成小组讨论意见。小组可以随时把小组讨论情况上传到云班课,全班同学都可以查看,然后就各小组讨论形成的意见进行全班第二次讨论。这一阶段是智慧课堂的重点环节,真正实现师生之间、生生之间的教学相长和共同进步。

第四阶段:总结和练习。第二次课后,老师围绕教学目标,针对学生的自学情况和课堂讨论情况进行总结,查漏补缺,解答同学们的共同性问题,同时可以通过云班课解答其他问题,并通过云班课布置练习题及收集同学们的建议和意见。学生主要是解决自学及讨论中的问题,并在做练习题的过程中进一步加强对知识的掌握和总结,最终把要学的理论和知识变成自己的智慧。这一阶段是智慧课堂的必要补充。

4 总结

中医智慧课堂通过形式和内容两个方面的有机结合,最终实现教与学、老师和学生关系的良性发展,逐渐把课堂的主动权交还给学生,使学生能够自由表达自己的观点,选择学习和思考问题的方式,其目的是培养

学生自主学习的兴趣与能力,包括学会与人合作、自主决策、收集信息、解决问题等能力,使学生全面发展^[8]。同时现代教育技术的运用既方便了资源的共享及学生的自主学习,也提高了学生的学习兴趣,为中医智慧课堂的实施提供了必要支撑。

“课堂教学质量是人才培养质量的关节点和生长点,也是衡量一所学校教学水平的标志。”^[9]而大学课堂教学改革的核心环节是课程改革,课程改革的核心环节是课堂教学模式。因此,创设新型的课堂教学模式是大学课堂教学改革的必然追求,也是提升高校人才培养质量的必由路径^[10]。本文的中医智慧课堂教学模式只是一个初步的改革探索与尝试,教学效果如何,还需要不断研究和完善,同时需要整个学校相关层面的支持与配合。

参考文献

- [1] 李亚平. 中医课堂教学缺乏创新能力原因探析[J]. 中医教育, 2006, 29(2): 74-75.
- [2] 孙曙辉, 刘邦奇. 基于动态学习数据分析的智慧课堂模式[J]. 中国教育信息化, 2015, 34(22): 21-24.
- [3] 崔晓慧, 朱轩. 智慧课堂教学模式的特征及实践[J]. 职教通讯, 2017, 33(21): 69-72.
- [4] 陈琳, 陈耀华, 李康康, 等. 智慧教育核心的智慧型课程开发[J]. 现代远程教育研究, 2016, 32(1): 33-40.
- [5] 潘久武, 李明华. 聚焦: 课堂教学的反思与重构[J]. 工会理论研究·上海工会管理职业学院学报, 2005, 21(6): 43-45.
- [6] 杨淑萍, 王德伟, 张丽杰. 对分课堂教学模式及其师生角色分析[J]. 辽宁师范大学学报(社会科学版) 2015, 38(5): 653-658.
- [7] 李永安. 我国大学课堂教学的改革策略[J]. 中国高等教育, 2013, 49(5): 33-35.
- [8] 李德显. 师生权力与角色分析[J]. 教育理论与实践, 2000, 20(2): 35-40.
- [9] 钟瑞添. 提升大学课堂教学质量的路径选择[J]. 中国高等教育, 2008, 28(7): 37-39.
- [10] 杨淑萍, 王德伟, 张丽杰. 对分课堂教学模式及其师生角色分析[J]. 辽宁师范大学学报(社会科学版) 2015, 38(5): 653-658.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 张光荣 收稿日期: 2018-08-29)

临床常见吴茱萸炮制品

甘草汁炮炙: 目的在于降低毒性。辅料比: 吴茱萸每千克用甘草 0.06 kg 熬汁炙。

黄连汁炮炙: 目的在于增强止呕作用, 抑制吴茱萸燥性, 辅料比: 吴茱萸每千克用黄连 0.1 kg 熬汁炮炙。

盐水炮炙: 目的在于增强入肾作用。辅料比: 吴茱萸每千克用盐 0.02 kg。

醋炙吴茱萸: 目的在于增强入肝作用。辅料比: 吴茱萸每千克用醋 0.125 kg。

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

北京中医药大学英语(医学)专业就业情况的实证调查[※]

李晶¹ 农钦²

(1 北京中医药大学人文学院,北京 100029;2 世界中医药学会联合会国际联络部,北京 100101)

摘要:采用问卷调查法,针对北京中医药大学2008—2017届英语(医学)专业毕业生,调查其基本就业情况、职位描述、职业能力等就业信息。结果显示,该专业毕业生就业的首选地区为北京,主要集中于生物制药、医疗相关以及翻译、教育培训等专业服务领域;企业类型多为外企、民企和事业单位,主要岗位类型包括人事行政管理和教育培训等。招聘者十分看重毕业生的英语水平,实习经历和能力资格证书也是招聘单位选择的重要因素,而沟通协调能力被列为首要的核心职业能力。

关键词:英语(医学)专业;就业信息;职位描述;职业能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.060

文章编号:1672-2779(2019)-02-0155-04

An Empirical Study on the Employment of Medical English Major of Beijing University of Chinese Medicine

LI Jing¹, NONG Qin²

(1. School of Humanities, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2. International Office, World Federation of Chinese Medicine Societies, Beijing 100101, China)

Abstract: A questionnaire survey was conducted to investigate the employment information of the graduates ranging from 2008 to 2017 from medical English major of Beijing University of Chinese medicine, including the basic information on their employment, job description and professional competence. The result showed that the first choice of cities for the graduates is Beijing, and they mainly choose the field of biological pharmacy, medicine and professional service such as translation, education and training. The main types of enterprises are foreign enterprises, private enterprises and government-affiliated institutions. The main posts include personnel, administration, education, and training, etc. In view of professional requirements, recruiters value English proficiency very much, and the graduates' internship experience and qualification certificate are also important factors. In addition, communication and coordination competence is listed as the primary core professional competence.

Keywords: medical English major; employment information; job description; professional competence

随着中医药国际合作与交流的日益兴起,对既掌握一定中医药知识又精通国际交流技能的复合型人才的需求势必进一步增强。十几年间,越来越多的中医药院校开设了“英语”复合“专业方向”的特色专业,已成功培养出一批批同时具备英语技能与医学知识的复合型、应用型人才^[1]。这些英语专业虽然方向不尽相同,但大都是医学相关,因此本研究将其统称为英语(医学)专业。

虽然中医药院校英语(医学)专业的毕业生就业前景光明,就业选择多样,然而很多毕业生的就业方向与专业培养目标并不一致^[1]。同时,由于是新开设的专业,关于该专业就业情况的研究甚少。温涛针对英语(医学)专业某届毕业生的调查结果显示,大部分毕业生选择在北京的外企及民企开启职业生涯^[2]。杨红等^[3]针对2006—2008三届英语(医学)专业毕业生,每届毕业生随机抽取8名,采访学生本科毕业后的选择。采访结果显示,超过72%的毕业生从事的工作与专业不相关。这两项研究虽针对英语(医学)专业的毕业生进行了调查,但是研究对象的覆盖面仅为某届或几届毕业生,且未涉

及关于“任职行业”“具体职位”等就业信息。然而,该专业在读学生对毕业后的选择十分困惑。他们尤其希望了解如就业地区、任职企业类型、具体职位,以及职位要求等具体就业信息。

本研究采用问卷调查法,针对北京中医药大学2008—2017届英语(医学)专业毕业生,了解其就职行业、具体岗位、职业能力等就业信息,为中医院校英语专业制定培养方案及发展规划提供参考,为该专业学生尽早制定个人职业规划、提高就业竞争力提供帮助。

2 研究方法

本研究采用问卷调查形式收集就业信息数据,利用定量研究,分析英语(医学)专业毕业生的职位描述及职业能力要求等信息。

2.1 研究对象及工具 问卷调查的对象为北京中医药大学2008—2017届英语(医学)专业的毕业生,该专业目前共有400余名毕业生,抽样率约为22%,基本能够代表毕业生的整体情况。问卷向每个年级随机分配。调研涉及多个毕业年份,可减少误差,增加本研究的可信度。

问卷由四部分内容组成。第一部分为个人基本信息。

※ 基金项目:北京中医药大学教育科学研究课题[No.XJZX17048]

第二部分调查具体的就业信息,包括任职行业、企业类型、具体职位等。第三部分包括职位与知识、能力、经历的关系。前三个部分的问卷问题包括填空、单选及多选三种形式。问卷的第四部分为开放性问题。

2.2 研究过程 问卷通过纸质及电子两种形式发至参与者,所有问卷填写者皆为匿名参与。最终共回收 96 份问卷,有效率 100%。利用 Excel 录入问卷结果数据。记录单选题中的每一个选项的被选次数及概率;多选题中每个选项及每个组合选项的被选次数及概率。录入填空中的所有内容;尤其是关于问题“具体职位名称”,根据“职位类别”分类将答案划分成组,并分别计算每组的概率。

3 结果与分析

3.1 关于调查对象的基本信息 这一部分主要关注问卷调查对象的基本信息,包括毕业年份、毕业后的选择、研究生阶段所学专业(如果调查对象拥有研究生学历),以及就业地区。

问卷结果显示,68.75%的英语(医学)专业学生毕业后选择直接就业,28.13%的本科毕业生选择继续深造;这表明此次调研结果可以体现大多数本科学历的英语(医学)专业毕业生的就业情况。另外,结果显示,本研究调查的 96 名毕业生中,84 名目前为就业状态,12 名为研究生在读。

在本科毕业后选择继续读研的 27 名毕业生中,研究生阶段所学的专业多为公共卫生和语言相关专业,两者所占比例相同(均为 40.74%),这说明“英语+医学”的本科课程组合拓宽了该英语专业毕业生的深造方向。仅有 14.81%的毕业生选择“中医药相关”专业读研,这可能是由于非医专业学生很难取得医师资格,因此学生会更倾向于选择其他相关方向发展未来的事业。

就业地区方面,70.2%的应届生选择留在北京,仅有 29.76%的毕业生选择在其他城市就业。这可能是由于北京拥有更丰富的就业资源,另外调查对象在北京就读大学,对于该城市比较熟悉。此外,问卷还显示,在京外就业的毕业生中,对于所选择的城市分布较为分散,既有上海深圳等一线城市,也有省会和其他中小城市。

3.2 关于职位描述的结果与分析 职位描述部分包括针对就业行业、企业类型及具体职位的调查。如表 1 所示,该专业毕业生所在的就业行业虽较为分散,但 76.19%都集中在生物制药、医疗相关行业以及专业服务行业,这说明该专业毕业生首选的就业行业均为专业相关。在

问卷的开放问题中,毕业生也表示,5 年的大学学习对他们影响深远,他们更愿意选择自己投入了大量时间精力学习的相关行业。

表 1 2008—2017 届已就业毕业生代表的就业行业 [人数(%)]

选项	人数	比例
生物制药相关行业	14	16.67
医疗相关行业	22	26.19
专业服务行业(包括翻译/教育/培训/外事)	28	33.33
广告/媒体行业	4	4.76
服务行业	3	3.57
其他行业	13	15.48
合计	84	100

企业类型方面,英语(医学)专业毕业生选择的企业类型多样(表 2),其中外企所占比例最高,达 33.33%;民营企业及事业单位随后,分别占 26.19% 和 21.43%。这一结果与表 1 关于就业行业的结果较为吻合。制药和医疗行业中外资和民营企业较多,而专业服务行业也多集中在事业单位和民营企业。

表 2 2008—2017 届已就业毕业生代表所在企业类型 [人数(%)]

选项	人数	比例
外资	28	33.33
合资	2	2.38
国企	2	2.38
民营私企	22	26.19
政府机关	3	3.57
事业单位	18	21.43
非盈利机构	2	2.38
自主创业公司	3	3.57
其他	4	4.76
合计	84	100

岗位类型方面(表 3),工作岗位为人事/行政管理类的占比最高,达到 25%。教育/培训类岗位紧随其后,占比 23.81%。这两类岗位类型共占比近一半(48.81%)。其次为翻译类和专业技术岗位,同为 9.52%。根据问卷调查结果,英语(医学)毕业生任职的具体职位较为广泛,人事/行政管理类包括首席执行官助理、医学事务部项目管理专员、医院医务处或国际合作处干事、企业的人力资源等;教育/培训类包括大学或中学英语教师及医学教师、培训机构英语教师或教务人员、课程开发师、公司培训人员等;翻译和专业技术类包括医学翻译、英语或医学编辑等。当问及“现有工作是否与本科所学专业相关”时,仅有 9.52%的问卷填写者认为“不相关”或者“完全不相关”,这一结果表明大多数毕业生可以找到或选择与本科专业相关的工作。

表3 2008—2017届已就业毕业生代表的岗位类型 [人数(%)]

选项	人数	比例
销售/客服/咨询	6	7.14
公务员	3	3.57
翻译	8	9.52
科学研究	3	3.57
人事/行政管理	21	25.00
专业技术	8	9.52
广告/市场	6	7.14
教育/培训	20	23.81
服务	3	3.57
其他	6	7.14
合计	84	100

3.3 关于职业能力的结果与分析 这一部分旨在调查英语(医学)毕业生所从事的职业与校内校外获取的知识、能力及经历的关系,以及该专业毕业生在工作中需具备哪些核心职业能力。对于本科所学并有助于工作开展的知识(表4),80.95%的毕业生都选择了“英语语言知识”,48.81%认为“医学基础知识”重要,44.05%选择“医学英语知识”。毕业生普遍认为,扎实掌握本科期间的专业知识对求职非常有利,对于英语专业毕业生而言,招聘单位更加看重英语水平,他们通常以英语水平证书(英语专业八级或大学英语六级)为主要依据来判断求职者的英语水平。同时,用人单位十分重视被聘用者的英语实际运用能力,为增加个人职场竞争力,英语(医学)专业学生有必要加强口语和口笔译技能的练习。另外,对于复合型专业而言,医学知识和医学英语知识对于毕业生也很重要。

表4 毕业生代表认可的有助于就业的本科所学知识 [人数(%)]

选项	人数	比例
英语语言知识	68	80.95
医学基础知识	41	48.81
医学英语知识	37	44.05
人文知识	28	33.33
第二外语	6	7.14
其他	2	2.38

对就业有帮助的经历和证书方面,超过一半的毕业生认为实习经历(57.14%)和能力资格证书(54.76%)非常重要。此外,他们认为学生会/班级/社团工作(38.10%),辅修/自学/旁听课程(27.38%),志愿者活动(21.43%)和获奖证书(14.29%)也对就业有所帮助。见表5。李正卫等^[4]也在其研究中指出,接受过工作锻炼的人,往往具有更强的环境适应能力和职业意识,能够更好地适应并承担新的工作;因此,那些在校期间踊跃参加社会实践的大学生可能有更强的就业竞争力。

表5 毕业生代表认可的有助于就业的本科经历或证书 [人数(%)]

选项	人数	比例
学生会/班级/社团工作	32	38.10
辅修/自学/旁听课程	23	27.38
实习	48	57.14
志愿者活动	18	21.43
获奖证书	12	14.29
能力/资格证书	46	54.76
其他	6	7.14

核心职业能力方面,沟通协调能力和沟通能力位列第一,91.67%的毕业生都认可该能力的重要性;自学能力、抗压能力及团队合作精神并列第二(72.62%);此外外语语言表达能力、办公软件操作、时间管理能力和项目管理能力都获得了超半数毕业生的认同。见表6。这一结果说明,对于英语(医学)专业的毕业生而言,尽管外语语言表达能力非常重要,但作为团队成员,沟通协调能力更是至关重要。李正卫等指出,用人单位比较注重大学生的人际沟通能力,良好的沟通能力是构成大学生就业能力的一项重要内容,它对大学生就业竞争力有重要的影响^[4]。

表6 毕业生代表认可的核心职业能力 [人数(%)]

选项	人数	比例
办公软件操作	54	64.29
汉语语言表达能力	38	45.24
外语语言表达能力	56	66.67
沟通协调能力	77	91.67
自学能力	61	72.62
数理分析能力	15	17.86
项目管理能力	45	53.57
动手能力	11	13.10
抗压能力	61	72.62
团队合作精神	61	72.62
时间管理能力	55	62.02
创新能力	29	34.52
其他	2	2.38

4 结论

本研究针对北京中医药大学英语(医学)专业毕业生,调查其就业方向、职位描述及职业能力,旨在为中医院校英语专业制定培养方案及发展规划提供参考,为该专业在读生了解本专业就业信息、尽早制定个人职业规划、提高就业竞争力提供帮助。

根据问卷结果可以得出如下结论:首先,参与调查的大部分毕业生选择本科毕业后直接就业,而对于继续读研的毕业生,其首选专业为公共卫生和语言相关专业,大部分毕业生都倾向于在北京工作。其次,适合英语(医学)专业从事的职业呈多样化,主要行业分布于生物制药、医疗相关以及翻译、教育等专业服务领域;任职单位通常为外企、民企及事业单位;岗位类型主要包括

人事/行政管理及教育/培训等；绝大部分该专业毕业生选择从事与所学专业相关的工作。再次，英语语言知识是用人单位看重的首要因素，丰富的实习经历和能力资格证书也是求职成功的重要原因。核心职业能力方面，沟通协调能力位列第一，同时自学能力、抗压能力、团队合作能力、外语语言表达能力、办公软件操作能力、时间管理能力及项目管理能力等也都在工作中非常重要。

从本研究的调查结果我们可以看出，在目前中医药现代化和国际化的进程中，英语（医学）专业的毕业生就业前景较好，可选择的行业和岗位多样。对于复合型英语专业而言，英语、医学和医学英语三大知识模块对于学生的知识结构至关重要，而其中作为英语专业“看家本领”的英语语言知识及技能更是重中之重。学生在校期间除了打

下扎实的知识基础外，还应该积极参与各种实习活动，为将来走向社会积累实践经验。另外，高校可将大学生母语沟通能力的培养作为一项重要任务，考虑开设相关课程，帮助大学生提升沟通能力，增强其就业竞争力。

参考文献

- [1] 李晶, 都立澜. 高等中医药院校英语专业培养目标定位的思考[J]. 中医教育, 2013, 32(4):33-35.
- [2] 温涛. 北京中医药大学 2013 届英语(医学)专业毕业生就业情况的调查与分析[J]. 中医药管理杂志, 2014, 22(8):1218-1220.
- [3] 杨红, 余兰, 冉海勇. 关于医学英语专业定位的思考[J]. 贵州民族学院学报(哲学社会科学版), 2009, 29(5):181-183.
- [4] 李正卫, 傅剑, 裘颖. 大学生就业竞争力影响因素的实证研究[J]. 浙江工业大学学报(社会科学版), 2010, 9(1):30-35.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈铸芬 收稿日期:2018-09-14)

依托大型仪器共享平台 反哺中医本科教学模式的探索与实践[※]

冷雪 王莹 贾连群*

(辽宁中医药大学中医脏象理论及应用教育部重点实验室, 辽宁 沈阳 110847)

摘要:随着现代中医医学教学模式的改变, 实施创新教育, 培养学生创新意识、创新思维, 以满足创新型复合型医学人才培养的需求, 已成为目前中医高校教学改革趋势。辽宁中医药大学发挥大型仪器共享平台优势, 促进科研与教学互动, 将大型仪器共享平台集聚的高端仪器设备和师资等丰富的优势资源转化为实践教学平台和网络互动平台, 深化课程教学改革, 将科研试验项目融入实践教学, 提高学生创新能力和实践能力, 凸显中医科研的教育价值, 丰富中医文化, 提升教学水平, 进而实现高素质创新型人才培养的目标。

关键词:大型仪器共享平台; 反哺教学; 中医教育; 创新型人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.02.061

文章编号:1672-2779(2019)-02-0158-03

Exploration and Practice of Undergraduate Teaching Mode of Chinese Medicine Relying on the Large-scale Instrument Sharing Platform

LENG Xue, WANG Ying, JIA Lianqun

(Key Lab of Ministry of Education for TCM Viscera-State Theory and Applications, Ministry of Education of China (Province-Ministry Co-construct), Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

Abstract: With the change of modern TCM medical teaching mode, the implementation of innovative education, training students' innovative consciousness and innovative thinking to meet the needs of innovative multi-disciplinary medical personnel training has become the trend of TCM college teaching reform. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine takes advantage of large-scale instrument sharing platform to promote the interaction between scientific research and teaching. It transforms the rich resources of high-end instruments and equipment and teachers, which are gathered by large-scale instrument sharing platforms, into a practical teaching platform and a network interactive platform to deepen the reform of curriculum teaching. The research and experimental projects are integrated into practical teaching, improve students' ability of innovation and practice, highlight the educational value of TCM research, enrich the culture of TCM, improve the teaching level, and then achieve the goal of training high-quality innovative talents.

Keywords: large-scale instrument sharing platform; feedback teaching; traditional Chinese medicine education; innovative talents training

加快创建世界一流大学和高水平大学的步伐, 需要培养一批拔尖创新人才, 并要促进科研与教学在大学教

育中的互动, 实现真正的创新人才培养^[1]。对于现代医学的发展, 跨学科、多交叉、网络综合是医学未来发展的趋势。当前, 中医医学人才培养多以课堂讲授为主、实验验证为辅、师承教育为主要特点的培养模式。中医学生的科研实验思维较弱, 动手能力有待提高, 培养学

※ 基金项目: 辽宁省沈阳市科技计划项目【No.17-139-8-00】

* 通讯作者: jllq-8@163.com

生实践动手能力和创新能力最直接有效的方法就是将科研、课堂、网络、中医文化融为一体,利用中医学的特点打造新的教学培养模式。我们探索利用高端科研平台的优势反哺教学活动,提高人才培养质量^[2],将大型仪器共享平台优势与中医课堂、网络媒体相结合,体现科研在中医学中的创新价值,实现科研平台大型仪器反哺教学,进而实现科教融合的目标。因此,本文以大型仪器共享平台为基础,探讨科研反哺教学带来的新视角和机遇。

1 传统中医教育改革的契机

传统的中医药教育已有上千年的历史,其经过了世家传承、师徒教育、学校教育、讲学论辩、自学成才^[3]等几大模式。中医传统模式对中医文化教育起到了积极作用,但是对多学科多角度之间缺乏联系,课堂虽然逐渐从教师为主导变成学生为中心,但学生在科研创新能力上还有一定差距,学生始终注重成绩。实验课程作为主要培养学生动手能力的形式依然比较单一,不能很好的培养学生的创新思维和提高独立思考的能力。全面深化教学改革、利用科研平台的优势和特点,反哺教学,构建有利于医学人才脱颖而出的全新系统化教学模式,形成高素质中医人才的培养模式和教学特色,既是推进现代化事业的必然选择,也是中医大学科研性与教育性的统一。如何更好的利用大型仪器平台,将平台丰富的科研资源转化为新的创新能力培养的教学资源,促进中医院校大学生科研思维的和创新能力的培养,提高中医类人才的质量是推动中医类院校教育改革的契机。

2 大型仪器共享平台建设与创新人才培养的内涵联系

建立创新型人才的培养模式是一项长期而又艰巨的任务,中医药大学必须根据中医药发展的特色,建立创新型人才的培养目标,改变传统的以中医系统传授既有知识为主的教育教学体系,改变长期以来形成的以教师为主体、以课堂为中心、以教材为依托的人才培养旧模式,建立融知识传授与科研探索、创新能力培养三者合一的学校与社会互动、国际与国内结合的研究型大学的本科高素质创新人才^[4]。对于中医药院校的学生来说,更多实践能力的培养离不开学校教学模式的改革、课程的设置以及课外活动的设立。中医院校应更加尊重学生的个性,因材施教,切实为学生提供新的教学模式,发现和挖掘学生的潜能。

自 2012 年起,学校以教育部省部共建重点实验室的建设为契机,整合全校优势科研力量,成立了重大科研平台,建设大型仪器共享平台,共享大型仪器设

备。中医学基于经典而传承,源于实践而创新,是一门实践性很强的学科,创新能力的培养要更注重培养学生的中医思维和临床实践能力,突出培养其中医传承能力和创新能力。平台目前以实验室为依托,有效利用资源,不断探索开放共享、协作创新机制。先后开展大学生走进科研系列活动,每月举办一次“大学生开放日”,开设“科研常用仪器入门指导”选修课,发放大学生科研需求调查问卷,举办科研相关知识的学术讲座与技术培训等活动。服务大学生创新创业计划十余项,并成立“辽宁中医药大学大学生创新研究基地”。目前实验室已成为大学生创新能力培养的重要基地,在培养学生的创新精神、创新能力和实践能力方面发挥着重要的作用。

3 以大型仪器共享平台为基础创新模式

3.1 以大型仪器共享平台为依托,构建系统性、层次化实验课程体系模式 系统层次化实验课程体系改革一直都是教学改革的重中之重,是探索新形势下实验教学改革的基石。利用科研平台的开放性特点与优势将“实验课堂-理论课堂”的课程整合,加强大学生创新能力的培养。科研平台结合中医特点,设立 25 个实验功能区。利用实验平台的互动性、开放性、打造新的跨学科、跨年级、跨专业的系统层次化实验课程体系。探索建立新的实验教学模块体系——“多模块+层次化”的培养模式,以实验教学中心为主导,重组实验课程体系,优化课程结构,设立开放式、探究式科学研究模式,增加综合性、开放式、互动式实验研究项目。摒除以中医传统专业教育为中心的课程设置,确保既传承中医文化理论的精髓,又汲取以实验创新能力培养探索模式中的合理成分,淡化学科界限,促进多学科知识的交叉融合,提高学生对科研的热情,以及为未来培养创新型复合型人才打下基础。

3.2 以大型仪器共享平台为依托,引入实践教学平台,丰富中医文化教育 培养大学生创新精神、实践能力、科研能力是最直接、最重要的措施,也是科研试验平台反哺教学的重要途径。同时,科研实践内容与实践教学有机融合,克服了课堂教学与实践环节脱节的矛盾。通过推动科研活动与教学活动联动,依托平台内承担的“973”、国家自然科学基金等众多科研项目,将科研最新成果和最新试验项目转化为实践教学内容^[5]。大型仪器共享平台现分为三大平台,心脏象、脾脏象、药理研究平台,以大学生创新创业训练计划为科研起点,并将学生课堂与三大研究平台相结合,利用平台科研仪器设备的资源优势,将中医心脾脏象文化理论、前沿性专业

学术思想、观点以及目前专业领域最新的学术理论融入中医教学中。通过参与不同科研项目,将综合性、创新性试验内容进行整合,推进临床技能的实践。将科研创新融入临床实践中,建立心脏象实践教学平台、脾脏象实践教学平台、药理研究实践教学平台,以项目、活动为引导,教学与实践相结合,跨学科、跨专业、跨年级相融合,有针对性地加强对学生的创新创业能力的培养,加强学生文化素质教育和人文社会实践能力的培养,深化中医文化教育。同时加强对平台教学人员的整合,建立新的科研实践指导教师制度,对学生起到指导和帮助的作用。

3.3 以大型仪器共享平台为依托,建立互动传媒创新平台 对学生创新能力的培养,需要学生热爱中医文化、热爱探究,致力于让更多的学生理解科技与文化,爱上创新与创造。并根据大学生不同年级的特点,建立互动传媒创新平台。

3.3.1 利用新网络、新媒体的传播特点,建立微课学习平台 建立科研平台微课程网络互动平台,微课是以微型教学视频为主要载体,针对某个学科知识点或教学环节而设计开发的一种情境化、支持多种学习方式的新型教学模式。微课具有时间短、内容精、模块化、情景化、半结构化等特点^[6],不受时间地点限制,更好地激发学生对科研创新的兴趣,结合线上线下互动的特点,让学生独立学习。学生可以根据自身需要选择上课时间,通过课堂理论知识找到相关对照的科研微课堂,让学生们在没有拘束的规则下,自由思考。而再现某个知识点,是理论和科研课堂的再补充。

3.3.2 利用网络互动平台的特点,打造线上线下互动讨论平台 建立教师-学生互动平台,打造线上互动、线下头脑风暴平台,定期举办头脑风暴科研讨论平台,学生可根据兴趣和不同方向,找到自己的兴趣小组,参与定期讨论。同时可与相关教师进行互动讨论,从而促使学生从不同角度、不同层次、不同方位大胆地展开想象,尽可能地标新立异、与众不同,并提出独创性的想法。产生诸多的新观点和问题解决方法,使参加者更加自信,可发现并培养思路开阔、有创造力的人才。

3.3.3 利用信息化建设系统提供科研平台网络服务 利用信息化建设系统,建立网络共享平台,提供查询预约登记使用、处理现场预约,接受学生的咨询和建议等服务来建立大型精密仪器设备运行管理信息系统。建立学生互动窗口,每日提供科研前沿信息,建立微信互动平台,设立微信公共账号,及时发布最新实验

室信息等服务活动。

4 以大型仪器共享平台为基础反哺中医教学模式的意义

大型仪器共享平台是创新能力培养的重地,科研实验平台与教学结合有利于培养创新型人才。创新型人才的培养是高校育人的重要目标,是社会进步发展的需要。科研平台对于开展创新性科研活动、培养创新型人才具有不可替代的作用,是培养创新人才的摇篮^[7]。科学研究和人才培养相关联,“科教结合协同育人”的教育理念将逐渐成为大学教育改革的新风向^[8]。中医药院校要结合自身特点,遵循中医药人才成长规律,积极改革人才培养模式,为创新人才培养的孕育和成长提供丰沃的学术土壤。利用科研平台反哺教学的作用,加强中医院校学生创新思维的训练以及医学临床技能的探索,促进实践教学的开展,加快科研网络平台的发展,促进线上线下的互动。有助于中医学生了解传统中医文化,同时能利用科研试验平台学科交叉融合优势,培养学生的创新能力。

5 小结

学生通过各种方式参与平台科研活动,不仅培养了解决问题的创造性思维和严谨勤奋的科研态度,而且可以促进现有知识的理解、知识面的扩大、知识结构的建立,对创新能力、动手能力和团队协作能力的提高起到了积极的促进作用。教师要充分发挥科研平台资源优势,建立良好的科研反哺教学机制,推进教学模式的改革,完善实践能力的培养,利用好网络互动平台,将科技前沿知识和优秀成果融入教学过程,这是利用大型仪器共享平台反哺教学的重要举措和有效途径。

参考文献

- [1] 汪锋. 构建研究型大学的教学科研互动机制[J]. 中国高等教育, 2011,47(6):61-62.
- [2] 李昌祖,冯雯. 大学“科研反哺教学”及其实施[J]. 教育发展研究, 2009,30(19):71-74.
- [3] 马骥. 高等中医药教育人才培养模式的探索与实践[J]. 中医教育, 2009,28(4):1-3,9.
- [4] 张弘钧,宗士增,庄众. 高水平科研试验平台反哺教学的探索与实践[J]. 现代教育科学,2015,32(1):106-109.
- [5] 苏春建,王薛滔. 基于高水平科研平台机械类科研反哺教师教学理论与实践探索[J]. 教育教学论坛,2015,7(11):155-156.
- [6] 李娜,韩清恩,王日升. 微课与慕课在高等教育中的结合应用探究[J]. 山东工会论坛,2015,21(3):117-121.
- [7] 费正东,屠美玲. 科研平台反哺教学探索与实践[J]. 教学研究,2012,35(4):8-10,123.
- [8] 贾连群,王莹,张立德,等. 科教结合:中医药院校创新型人才培养的探索与实践[J]. 基础医学教育,2014,16(11):983-985.

(本文编辑:张文娟 本文校对:曲怡 收稿日期:2018-08-27)