

# 提高西医院校中医教学实效性路径的探赜<sup>※</sup>

苏丽 李平\* 张梅

(安徽医科大学第一附属医院中西医结合肿瘤科,安徽 合肥 230017)

**摘要:**中医学是我国传统医学的象征,作为临床学科,具有较强的实践性。目前,在西医院校中较多专业的学生选修了这门课。然而在当前西医院校中医学教学中,由于中医学课程往往具有多学科交叉及内容多等特点,存在诸多问题,实际教学效果并不理想。基于此,本文重点概况了西医院校中医教学实效性意义及教学存在的问题,为提高西医院校中医学课堂教学质量,需要改进教学方法,即 LBL、PBL 与 CBL 教学法在中医学教学中的综合应用。

**关键词:**西医院校;中医教学;实效性;教学法;LBL;PBL;CBL;综合教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.001

文章编号:1672-2779(2019)-04-0001-03

## Discussion the Way to Improve the Effectiveness of Traditional Chinese Medicine Teaching in Western Medical Colleges

SU Li, LI Ping, ZHANG Mei

(Department of Oncology of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Anhui Province, Hefei 230001, China)

**Abstract:** In the present, as a symbol of traditional Chinese medicine in the Western medicine colleges, TCM has become an indispensable professional course. TCM is a clinical discipline that has strong practicality. Due to the TCM course has the characteristics of multidisciplinary cross and a lot of content, there are serious problems in our teaching. Based on this, the author focuses on the practical significance of CTM and analyzes the existing problems in the teaching of CTM to improve the quality of TCM classroom teaching in Western medical university, and should improve teaching methods of TCM, LBL joints with PBL and CBL application in teaching of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** Western medical college; traditional Chinese medicine teaching; effectiveness; Teaching methods; LBL; PBL; CBL; comprehensive teaching

中医学至今已有数千年的历史,是中华民族的优秀文化遗产,它是中国劳动人民经过长期临床实践而取得的成果,它是我国医药卫生事业重要组成部分。中医学经历了一个漫长而曲折的过程,逐渐特色鲜明的理论体系被建立,多种多样的诊治手段被广泛运用,其独特的临床疗效为广大劳动人民的身心健康做出了不可磨灭的贡献。当下,在西医院校中较多专业的学生选修了这门课,体现了学生们对学习中医学充满了浓厚的兴趣,作为授课老师其目的是让同学们掌握中医学基本理论知识和基本诊疗技术以及中医辨证论治的思维方法,切身感受中医药的实用价值。然而,由于中西医思维模式的差异性以及传统“填鸭式”的教学方式均会影响到中医教学的实效性<sup>[1-3]</sup>。因此,本文试着从中医教学存在的问题思考入手,结合 LBL、PBL、CBL 等教学方式来探讨西医院校中有效的中医教学模式。

### 1 西医院校中医教学的目标和现状

中医学是世界医学史上具有独特理论体系和临床疗

效的一门学科。经历了两千多年的理论发展及实践积累,中医学已建立其经典的医学理论、独特的诊疗手段和完整的中医体系。中医学的独特理论体系和思维方法与西方医学有着天然的本质区别。目前,我国大多数西医院校的中医学教学目标在于了解中医产生与发展,理解中医的整体观、生命观、疾病观以及独特的认知方法论,使学生在较短的时间内掌握中医学的基本理论和熟悉诊疗思路,充分理解不同的医学体系对人体生命现象的不同感知,在不断拓展临床思维的基础上不断丰富治疗方法,掌握中医学的基本知识和技能,使学生认识、理解及运用中医。由于西医院校学生毕业后多数从事西医临床工作,开设中医课程主要是为了把这些人培养为中医的接纳者,能客观地看待中西医各自的优劣之处,使他们对中医产生认同感,并对中医学作出不失公允的评价,进而在以后的医疗工作中能借鉴中医和应用中医。通过对中医学课程的学习,只是想让他们在掌握先进的现代医学技术的基础上,能适时地运用传统中医学的方法诊治疾病,而不是要让他们达到精通的程度。

由于中医学知识涉及的相关知识面广,教学内容晦涩难懂,在日常教学中遇到了学生的学习缺乏兴趣、积极性不高、重视程度不够等问题。导致学期结束后部分

<sup>※</sup> 基金项目:国家中医药管理局中医肿瘤病学重点学科基金资助项目【No.国中医药发(2009)30】

\* 通讯作者:liping64@sina.com

学生对中医学仍是一知半解,不知道中医学能够解决什么样的临床问题。传统的教学多以教师理论授课为主,对学生们采取灌输式的教学,这种教学模式很容易造成理论与实际相脱节,课堂缺乏互动现象较为普遍,学生在学习过程中是被动的,他们缺乏主动的思考过程,易形成机械性死记硬背习性,学生不仅容易疲劳,而且即使记忆了理论知识也只是用于应付考试而不会用于临床实际工作。学生对所学知识的理解度和接受度均较低,即使对所学知识有所记忆,记忆也是短暂的,很容易被遗忘,并且教学内容多与教学课时少的矛盾非常突出,加之中医理论与西医体系不同,学生们的认同感也存在差异性,这都是导致教学效果不佳原因之所在。

## 2 西医院校提高中医教学实效性的思考

在西医院校的教学安排中,中医学课程的开设大多数被放在第三学年,这时学生们的西医思维模式已经逐渐被建立,面对中医学中抽象的阴阳学说、五行学说以及脏腑学说等很容易出现理解障碍。这样一来,教师在讲解中医学课程时就陷入了被动,课程很难推进,学生的学习热情很难被调动,对中医知识的理解很容易陷入尴尬的境地,便无法从知识的传承与发扬上提升中医学的应用。这些问题都对中医学教学的实效性产生了巨大的影响,因此,只有从中医学的教学活动中突破瓶颈,才能更好的传承璀璨的中医文化。

**2.1 培养学习中医的兴趣** 兴趣是学习的最大动力,培养兴趣对于学习中医来说是至关重要的。历史上的一些著名医家有先从士儒之学而后转学中医的,如皇甫谧、朱丹溪;有既是政府官员又懂医学的,如王冰、徐大椿,而且大都有医著传世。如何培养学生学习中医的兴趣?首先要使学生在思想上对中医有认同感。在学习之初向学生展示有趣的中医史资料,通过一些古代名人典故的事例让学生明白中医的疗效,从而培养他们对中医的认同感和亲切感。笔者认为中医教学中互动非常重要的,要想想方设法调动学生的积极性,让学生参与教学,可借助于多媒体的手段,多结合自己的临床经验,多举例子,有条件的还可以把病人的阳性体征拍下来,让学生一起参与讨论。在医学中注入人文色彩,把医学人性化,将病人的体会、自己生病的经历、名人的疾病等都可以点燃学生学习的热情。

**2.2 优化中医教学的授课内容** 在不可能增加中医学授课学时的前提下,我们可以通过优化授课的内容,使教学目标能更好的完成。注重医学史的教学,贯彻逻辑与历史的统一的观点,这样学生对于这个疾病的认识有个动态的过程,看得会更深。着重给临床医学生们讲解在日常生活中能应用到的内容,如中医关于如何养生及治未病等部分,与人们生活息息相关的内容。中医很有特色的治疗和保健的方法,如拔罐、膏药、刮痧、火疗、气

功、推拿、药茶、药酒、药浴、针灸等,具有非常明显的疗效,可以结合教学内容适当在课堂上进行演示。在整个中医学讲授过程中我们一定围绕中医学基本特点、辨证论治和整体观念进行。要有不同的侧重点进行讲解,多通过临床失误阐述正面的知识,讲述别人的、自己的失误——误诊、误治、教训,从而让学生在临床工作中学会从中医学角度出发,弄清如何去辨证和施药。

**2.3 提高教师素养 丰富教学手段** “教学有法,而无定法”。如何能把学生教好,教师的能力是关键。中医学的教师不仅需要扎实的中医功底,还能准确把握教学内容的重点、难点以及中医学的最新进展,同时还应当充分的了解西医知识,跟得上西医快速发展的步伐,以便从中西医不同的角度帮助学生认识及理解疾病。在课堂上尽量少用灌输式教学,尽可能将文字、动画、图片、声音等有机结合起来,使中医学的教学内容更加地生动和形象。教师可以通过对现代化教学手段的应用,如PBL教学法、CBL教学法等,丰富教学模式,提高教学品质。在授课中可以结合自己和古代或现代的老中医的临床经验,精选一些具有代表性的临床案例,采用启发式讲解,比如在讲述中药课程时,可以附加一些关于中药名字由来的小故事,以便帮助学生进行理解和记忆。

**2.4 重视临床实践 加强中西结合** 中医学是门实践医学,具有自然科学与人文科学双重属性特色鲜明的学科,其实所孜孜不倦、汲汲以求的只有四个字——理、法、方、药。因此,要让学生理解中医学的理、法、方、药在临床中是一脉相承的,同时,让学生了解中医学的辨证论治和用药规律其实与西医学所讲的“个体化治疗方案”有着异曲同工之处。中医学具有很强的实践性,其理论来源于历代医家的临床实践,经后人不断完善及总结最终用于指导临床实践。而西医学多采用分析归纳法及科学的观察和精确的实验研究方法进行了解人体内部构造,在该方法的指导下,大量现代科学技术及理念被应用到西医学中,使得西医学在近百年里得到了迅速的发展,顺应医学发展的时代潮流,使中西医互补短长,推动我国医学的发展<sup>[4]</sup>。因此,在中医学教学中也要注意中西医结合授课,通过现代化研究来帮助学生理解中医理论,如在授课中有针对性的加强对临床常用中成药知识的讲解。

## 3 综合应用多方法推进中医教学改革探讨

医学教育改革至今,学者们创建的各式各样教学模式多数已经超越了传统的固有的教学方法,然而,任何一种教学模式都存在其独特的优点和相对的不足之处。中医学课程涵盖知识信息量很大,目前西医院校中医学教学中使用的教材内容很多,重点多而分散,授课教师难以在短时间内将所有的知识一一讲授给学生,难以达到预期教学目标。针对中医学教学中存在的实际问题,可在教学中采用LBL、PBL、CBL等多种教学方法,形

成综合式教学模式,对临床实践中的案例进行分析,启迪学生的深入思考,提高教学水平,培养学生灵活的临床思维能力。

**3.1 LBL、PBL、CBL 教学方法分析** LBL (LBL, lecture-based learning) 是以授课为基础的教学法,即老师台上讲授、学生台下听课的传统教学模式<sup>[5]</sup>。是目前仍为应用最广泛的一种教学法。其基本做法、相关条件要求、相适应的考试评价方法、教案讲稿要求、备课预讲试讲做法等,都有成熟的定型的范式。

PBL (PBL, problem-based learning) 是以问题为基础的教学法,有效的提高了学生分析和解决问题能力。PBL 是一种以问题为基础、以学生为主体,以教师为导向的小组讨论式教学。实施该教学可以充分发挥学生的主动性,让学生自己去分析问题和解决问题<sup>[6-8]</sup>。比如教师在授课时可以展示一个典型的病例,让学生自己搜集疾病的相关资料、自由分组讨论,经过剥丝抽茧摆出诊断依据,说出诊断病名以及拟定治疗方案,最后老师再进一步分析和总结,从而在学习的过程中不断培养学生缜密的临床思维能力。

CBL (CBL, case-based learning) 开展以病例为先导、以问题为基础、以学生为主体、以教师为主导的小组讨论式教学法,能够提升临床思维能力、逻辑能力、解决实际临床问题的能力<sup>[9]</sup>。CBL 是根据中国的实际情况提出的一种新型的教学模式。根据这种教学模式,我们可将中医学基础理论讲授与中医临床实践教学进行有机的结合起来,从而加强医学生对所学的中医学知识的理解和记忆,从而提高学生对中医学相关知识的运用能力。此外,在中医学授课过程中通过选取典型的病案对某个疾病进行生动的讲解,引导学生对病案进行中西医两种不同的诊疗思路进行分析,使学生慢慢学会如何运用两种完全不同的理论体系对同一个疾病进行思辨,从而提高学生的辨证论治的能力。

**3.2 LBL、PBL、CBL 综合教学方案设计在中医学教学中的运用** 西医院校中医教学的综合教学方案设计:依据教学大纲所规定的内容,适当调整每个章节的先后次序,恰当地合并某些教学内容,以多方法综合教学。教学过程一般可以分为讲授中医学绪论内容,介绍中医学的发展史,重点介绍中医学与西医学的不同之处,特别是中医学的学科优势和未来的展望,采用图文并茂的方式或引用经典故事、古装电视剧情节等促使学生对中医学的认可和激发学生学习中医学的热情。讲授中医学的哲学基础及其核心理论如藏象学说时,要与西医的各大系统相区别,采取简单化的图表方式,使学生简明扼要的理解并掌握中医学的基础知识。采用展示典型的病案,以讨论形式讲解中医学中某些章节,首先案例引入,教师按照教学要求设计病案,让学生以病案和思考题为重点

思考、查阅资料、自主学习,学生分组准备,结合书本内容。然后课堂讨论,讨论以小组辩论的形式进行,计入平时成绩,待全部讨论完毕后,教师进行系统的分析、归纳和总结,肯定学生的讨论分析的能力和独创的见解,并指出其中的不足之处,从而达到教学相长的效果。通过 LBL 结合 PBL、CBL 教学法在西医院校中医教学中的综合应用,实践表明 PBL、CBL 联合 LBL 授课的较单一教学模式的教学效果良好,能很好的提高学生的分析能力和临床思辨的能力,充分地调动了学生学习的积极性,促进了课堂上师生之间、学生之间的互动,增进了彼此之间的感情。

#### 4 结语

中医学理论知识存在一定的抽象性、难懂性,不容易被学生记忆和理解。在临床实践中学生很难将所学理论知识灵活地应用到临床实际中。传统的教学方法 LBL 虽存在一些弊端,但它有利于学生全面系统的掌握中医学的基本知识。结合 PBL、CBL 教学法所展示的医案,可以使学生围绕医案从四诊、辨证、论治等方面展开,学生可以自由分组进行查阅相关资料、自主深入学习,课堂上再进行互相讨论、辩论,教师再进一步分析、归纳、总结等,引导学生独立思考,充分发挥教与学的积极性,从而较好地完成了教学任务,提高教学质量。西医院校是培养西医人才的摇篮,让他们学习一定的中医学知识只为拓宽他们在今后工作中的思路,更好地为日后的临床工作服务,而不是单纯的为了多掌握一门理论知识。因此,我们有必要剖析西医院校中医教学的特点,结合存在的问题进行多方面的反思和改进,在教学过程中不断揣摩和创新。“教学有法、但无定法,妙在启发、贵在得法”。相信通过教学方式的改进,可显著提高西医院校中医学的教学实效性。

#### 参考文献

- [1] 卢建平. 对西医院校中医学课堂教学的想法和体会[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14 (1): 25-27.
- [2] 吴丽丽, 严灿. 基于 LBL 和 PBL 相结合的《中医基础理论》教学实践[J]. 陕西中医学院学报, 2014, 37(4): 25-28.
- [3] 田君明, 周红海. PBL+CBL 教学法在中医骨伤科见习教学中的应用探讨[J]. 广西中医药大学学报, 2014, 17(3): 110-111.
- [4] 危北海. 创新理论, 提高疗效——发挥中西医结合医学的优势[J]. 北京中医药, 2016, 25(12): 723-727.
- [5] 文娟, 杨铮, 李冬华, 等. 多种方法在中药专业《中医学基础》教学中的综合运用[J]. 继续医学教育, 2016, 30(8): 43-44.
- [6] 许阔广, 叶凤, 王晗, 等. 开展 PBL 教学过程中的理论和实践问题[J]. 中国高等医学教育, 2012(1): 114-115.
- [7] 黄育牧, 陈利国, 董军, 等. PBL 教学模式的理论及应用[J]. 中国高等医学教育, 2012 (2): 11-12.
- [8] 张国伟. 在高等医学院校开展 PBL 教学研究的经验与总结[J]. 基础医学教育, 2012, 14 (2): 111-112.
- [9] 李晓东, 曹艳霞, 郑晓萌, 等. 多种教学方法在核医学教学中的应用[J]. 医学研究与教育, 2016, 33(4): 62-65.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张锋利 收稿日期:2018-09-29)

# 任务驱动 + 翻转课堂教学模式 在生物药剂学与药物动力学教学中的应用<sup>※</sup>

王红芳 王捧英 刘兴超 张清清 李春花\*

(河北中医学院药学院药剂学教研室,河北 石家庄 050200)

**摘要:**针对本校《生物药剂学与药物动力学》教学的实际情况,发扬以学生为中心的教育理念,将任务驱动式教学和翻转课堂相结合的教学模式应用于该课程的教学,对中药学专业的生物药剂学与药物动力学课程的教学方法、教学流程及教学模式进行改革,以提高学生的自学能力、分析和解决问题能力以及创新能力。

**关键词:**任务驱动;翻转课堂;生物药剂学与药物动力学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.002

文章编号:1672-2779(2019)-04-0004-03

## The Application of Task-driven Combined with Flipped Classroom Teaching in Biopharmaceutics and Pharmacokinetics Course

WANG Hongfang, WANG Pengying, LIU Xingchao, ZHANG Qingqing, LI Chunhua\*

(Department of Pharmaceutical Sciences, Hebei University of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Shijiazhuang 050200, China)

**Abstract:** According to our college actual situation of biopharmaceutics and pharmacokinetics teaching, carrying out the "student-centered" education idea, the task-driven teaching style and the flipped classroom teaching model were applied to the teaching of the course. In order to improve self-study ability, analysis and problem solving skills and ability to innovate of the students majoring in traditional Chinese medicine, biopharmaceutics and pharmacokinetics teaching methods, teaching process and teaching mode reform, the teaching method, teaching process and teaching mode of the courses of biopharmaceutics and pharmacokinetics were reformed.

**Keywords:** task-driven; flipped classroom teaching; biopharmaceutics and pharmacokinetics

《生物药剂学与药物动力学》是两门相对独立的学科组合在一起的,生物药剂学主要研究药物及其制剂在体内吸收、分布、代谢、排泄等的过程,并阐明药物的理化因素、剂型因素以及机体生物因素与药物疗效之间的相互关系;药物动力学是运用动力学原理,利用数学方法,定量描述药物通过各种途径如静脉注射、口服给药等进入机体后的吸收、分布、代谢、排泄等过程的动态变化规律,并提出解释这种变化规律的数学模型<sup>[1-2]</sup>。对生物药剂学与药物动力学的研究,在创新药物研究、药物制剂开发及体内质量控制以及在临床合理用药的指导等方面均发挥着不可或缺的作用。

在教学过程中,应以学生为中心的教育理念渗透入日常教学活动中,要以学生为主体,以教师为主导,充分发挥学生的主动性,把促进学生健康成长作为学校一切工作的出发点和落脚点<sup>[3]</sup>。如何推进生物药剂学与药物动力学的教学改革,在紧张有限的教学课时里,不仅仅保障教学任务的完成,而是重在提升学生的综合素质和创新能力,是高等教育深化改革的重要内容,也是打破以往传统封闭的、僵化填鸭式的教学模式向新型教学模式转变的源动力。本文就近几年中药学专业对生

物药剂学与药物动力学课程的教学情况,将任务驱动型的翻转课堂教学模式应用于该课程的实践过程进行分析总结。

### 1 我校生物药剂学与药物动力学的教学现状

由于该课程为多学科交叉,涉及药剂学、药理学、高等数学、生物化学等多学科的知识及技能,具有很强的综合性、复杂性、抽象性及实践性。该课程于第七学期开设,授课专业包括中药学等相关专业,该专业学生的医学基础课如解剖、生理学、药理学等由于授课学时短,基础相对薄弱,且与《中药药剂学》为同一个学期上课,因此,学生普遍反映该课程难度大,部分内容难以理解掌握,且我校对该课程的教学课时分配较少,因此,如何在现有课时情形下,注重以学生为中心,充分发挥学生的主观能动性,提高教学效果,成为该课程教学改革的核心问题。

### 2 翻转课堂教学模式与 PBL 教学方法简介

翻转课堂是充分体现以学生为中心的教学模式,是利用现有的信息技术手段重新规划课前、课上、课后的教学安排,通过知识传递、内化、巩固的次序颠倒安排以实现传统教学中的师生角色的翻转<sup>[4]</sup>。该教学方法更加注重在完成具体任务的过程中培养学生的责任感和团队协作能力、提升学生进行自主拓展创新的意识和能力。

任务驱动教学法是在教学过程中,以富有趣味性、

※ 基金项目:河北中医学院校级教育教学改革课题[No.18yb-37]

\* 通讯作者:13803369966@163.com

能够激发学生学习的动机与好奇心的情景为基础, 以与教学内容紧密结合的任务为载体, 使学习者在完成特定任务的过程中获得知识与技能的一种教学法<sup>[5]</sup>。该方法注重学生对知识的探求、构建的主动性, 充分体现教师为主导、学生为主体的教育理念, 尤其适用于综合性、实践性较强的课程。

### 3 任务驱动+翻转课堂模式在生物药剂学与药物动力学教学中的应用

**3.1 教学流程** 针对以往传统讲授为主的授课过程中出现的问题, 确定实施教学模式改革的章节内容, 然后将该内容设定的总任务下达至事先分好的各实施小组, 并明确目标和要求; 于相关学习平台上传如教材、参考文献、视频、微课等供学生运用, 由学生自主学习; 给每个组设计一个可操作性的学习任务, 由各组协作完成学习任务, 制作 PPT, 并由该组负责人在课堂上讲解、展示任务成果。教师在学生完成任务的过程中进行指导、检查, 并对共性问题在课堂上进行统一解答; 任务结束后, 教师对该任务的实施过程及结果进行反思, 评价, 以更好地进行下一轮的教学流程<sup>[6]</sup>, 流程图见图1。

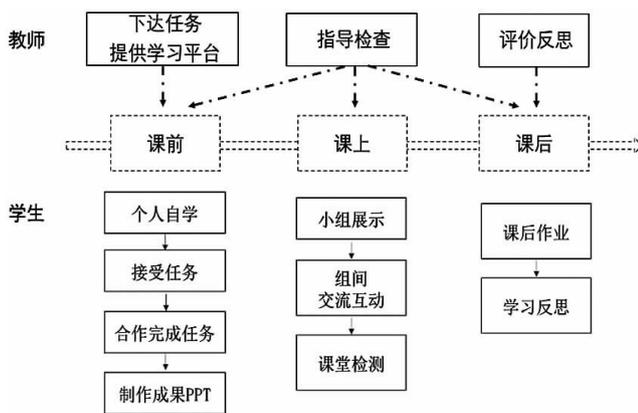


图1 “任务驱动+翻转课堂”教学流程图

**3.1 理论教学** 以非胃肠道给药的药物吸收为例。目前, 在临床上非胃肠道给药的药品品种规格有许多, 发挥着重要作用, 且吸入性给药、经皮给药系统, 经鼻给药等给药方式由于其各自的特点也越发受到药物研究者的青睐。为使学生更加深入了解该部分内容, 又保证在限定学时内完成教学任务, 因此, 设计、组织翻转课堂教学模式进行教学。

教师事先对该部分的基本内容以 PPT 形式制作课件, 并充分利用学习网络资源, 搜集相关精品课程、视频、参考文献等资料放入学习平台, 课堂检测及作业分别在课上及课后放入。根据教材内容分别列出五个任务, 分别为注射给药、肺部给药、经皮给药、经鼻给药、直肠给药, 要求各组分别列出该给药方式的药物吸收的优缺点、影响因素以及中药制剂在该给药途径方面的进展研究等内容。于课前一周将相关资料上传, 将任务下达。

各组学生于课前进行该部分内容学习, 并对任务进行讨论, 由负责人进行组内工作部署、实施, 共同完成下达的任务, 制作成果 PPT。

课上, 各组制定发言人进行成果展示, 以答辩形式进行班内的交流探讨, 最后由教师进行点评, 并对共性问题进行解答, 学生完成课堂测试。

课后, 学生对成果展示的 PPT 进行修改完善, 提交, 完成课后作业。教师对各组任务的完成过程及结果进行评价, 成绩纳入形成性评价中, 并对整体完成情况进行反思, 吸取经验以更好地应用于下一轮教学实践中。

**3.2 实验教学** 以对乙酰氨基酚片的溶出度实验为例。分别选取三个不同厂家的相同规格的对乙酰氨基酚片 (0.3 g/片)、三个不同厂家的相同规格的对乙酰氨基酚缓释片 (0.65 g/片) 共 6 个任务进行实验。

教师于课前一周将溶出度实验的相关资料以及制作的溶出度微课视频上传至学习平台, 供学生自学, 并将实验任务分发给各学习小组, 每组完成一个厂家的一个规格的对乙酰氨基酚制剂的溶出度实验。

学生在实验课前各自学习有关溶出度的知识及药典中对固体制剂溶出度的要求, 并于组内讨论, 制定溶出度实验方案, 完成实验设计, 如实验原理、实验器材、实验步骤、含量检测方法、结果记录、数据处理各环节内容。提交给教师, 由教师对实验设计进行把关, 并对实验注意事项进行讨论。

实验课上, 学生进行实验, 从对乙酰氨基酚标准曲线制作、模拟胃液配制、溶出仪参数设定、各设定时间点的取样、样品处理、含量检测到数据的处理, 均由学生自行完成, 教师仅仅负责旁从指导。实验结束后学生完成实验报告, 并进行对乙酰氨基酚相同规格的组间对比, 即不同厂家的相同规格的制剂溶出度比较。

课后, 教师对实验过程和结果进行评价、总结, 计入学生的形成性评价成绩中, 此外, 教师会给出一些开放性的思考题, 如: 若进行某药物肠溶片的溶出度, 实验如何设计? 若检测片剂中的挥发油成分的溶出度, 实验该如何设计? 针对特殊人群如胃动力不足的患者, 需要测定某药物制剂在该特殊状况下的溶出度, 又该如何设计实验? 等问题供学生研究、讨论, 使得学生对所学的知识进行总结、拓展和升华。

## 4 讨论

以任务驱动+翻转课堂教学模式进行教学实践后, 在学生中间进行了问卷调查和访谈, 大多数学生对这种新的教学方式非常满意, 该方式将以前的传统被动接受知识的学习模式, 转为以学生自身为中心、为主体的主动学习、自发研习的学习模式, 使学生有了更多地参与课堂活动、展现自己风采的机会, 显著提高了学生的自学能力、对信息的搜集与加工能力、分析

问题、解决问题的能力；在完成任务后，有着不同以往的成就感和自豪感；并且，在课上翻转课堂展示小组成果的过程中，学生也反映采取“答辩模式”进行组间交流互动，更能促进学生间的相互成长；成果展示、组间提问及答辩讲解和教师的补充促进并加深学生对相应内容的理解与掌握。

教师在整个教学过程中，实现从教学环节的“教授”者向学习的“引导”者转变，这种角色的转变，表面看是教师的地位弱化了，而实际上则是要求教师对教学内容更加熟知、对教学内容的外延更加拓宽、对教学活动要有更高的把控力，从台前走向幕后，与学生一起，真正做到教学相长。

在该教学模式的实施中也存在一些不足，如在任务完成后，教师进行评价时，每个组的完成情况可设定量化指标等进行评价，但组内每位学生对任务完成的贡献尚不能以量化指标或其他明显的考察指标予以体现，个

别学生存有“偷懒”的现象，需要在以后的教学活动中进行完善和修正。

#### 参考文献

- [1] 林宁. 生物药剂学与药物动力学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社, 2017.
- [2] 贾永艳, 李民, 祝侠丽, 等. 生物药剂学与药物动力学实验教学改革探索[J]. 中国医药导报, 2012, 9(11):162-163.
- [3] 教育部关于实施卓越工程师教育培养计划的若干意见 [EB/OL]. <http://www.moe.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/moe/s3860/201102/115066.html>.
- [4] 郑君芳, 贺俊崎. “微课”与“翻转课堂”应用于生物化学教学的初步探析[J]. 继续医学教育, 2014, 28(11):71-73.
- [5] 李秀明, 武怀生. “任务驱动”教学法的教学应用—《Word 图文混排》教学设计[J]. 中国电化教育, 2007(1):88-90.
- [6] 吴军其, 刘萌. “任务驱动”法在高校翻转课堂中的应用研究—以“网络教育资源设计与开发”课程为例[J]. 现代教育技术, 2015, 25(9):58-64.

(本文编辑:李海燕 本文校对:施 靖 收稿日期:2018-08-27)

## 互动式教学法在天然产物波谱解析教学中的应用<sup>※</sup>

宁若男<sup>1,2</sup> 徐佳琦<sup>3</sup> 徐一新<sup>1,2\*</sup>

(1 上海健康医学院药学院, 上海 201318; 2 上海健康医学院附属卫生学校, 上海 200237;  
3 上海中医药大学附属龙华医院药剂科, 上海 200032)

**摘要:**天然产物波谱解析是天然药物化学中成分结构研究的核心问题。其由于高度的抽象性、专业性和应用性而成为传统课堂的教学难点。为了满足本校应用型和创新型复合人才培养的需要,本文从教学内容、教学工具和创新性实验三方面进行了互动式教学模式的思考和探索,增加课堂的启发性、趣味性和实践性,激发学生的学习积极性,提高教学质量。

**关键词:**互动式教学法;天然药物化学;天然产物;波谱解析

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.003

文章编号:1672-2779(2019)-04-0006-03

### The Application of Interactive Teaching Method in the Teaching of Spectrum Analysis of Natural Products

NING Ruonan<sup>1,2</sup>, XU Jiaqi<sup>3</sup>, XU Yixin<sup>1,2</sup>

(1. College of Pharmaceutical Sciences, Shanghai University of Medicine and Health Sciences, Shanghai 201318, China;

2. The Affiliated Health School of Shanghai University of Medicine and Health Sciences, Shanghai 200237, China;

3. Department of Pharmacy, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China)

**Abstract:** Spectrum analysis of natural products plays the core role in chemical research on structures of natural products. It is the teaching difficulty of traditional classroom, due to height of abstraction, professionalism and application. In order to culture practical and innovative talents, this paper reveals the interactive teaching consideration and exploration from three aspects: teaching content, teaching tool and innovative experiment, increasing inspiration, interest and practicality of class, which improved students' learning enthusiasm and achieved the aim of improving teaching quality.

**Keywords:** interactive teaching method; medicinal chemistry; natural products; spectrum analysis

#### 1 天然产物波谱解析教学的现状分析

《天然药物化学》作为药学专业重要基础课程之一,基于现代科学理论与方法,对天然产物的结构特点、理

化性质、提取分离方法以及化学结构鉴定进行研究<sup>[1]</sup>。随着各类先进色谱技术的涌现,天然产物的分离提取变得容易。天然产物结构鉴定仍旧主要依靠紫外光谱(UV)、红外光谱(IR)、核磁共振波谱(NMR)和质谱(MS)<sup>[2]</sup>。Richard R.Ernst教授在《有机化合物结构鉴定与有机波谱学》第二版序言中提到“波谱技术成为探究大自然中分子内部秘密的最可靠、最有效的手段”。科技

※ 基金项目:上海健康医学院教育教学改革专项基金【No.JG(18)07-C1-02】

\* 通讯作者:xuyx@sumhs.edu.cn

的进步促使分析测试仪器飞速发展,波谱解析已经广泛应用于医药、材料、食品、化学、生物、卫生、环境等重要领域<sup>[3]</sup>。因此,天然产物波谱解析是天然药物化学中成分结构研究的核心问题。

其教学目标是学生通过学习四大波谱的基础理论与基本规律掌握各类化合物的谱学特征,最终达到能够独立解析各种小分子化合物结构的能力。然而日常教学过程中常出现以下问题:(1)内容复杂抽象,学生不能掌握重点;(2)知识点晦涩枯燥,无法激发学生兴趣;(3)缺乏相关实训,导致学生所学的理论在实践中脱节。为了提高教学质量,我们引入互动式教学法,增加教学的启发性、趣味性和实践性,帮助学生加快吸收课堂内容。

## 2 互动式教学的内涵

在传统课堂中,教师作为主角滔滔不绝地讲授理论,学生作为听者消极被动地接收知识,形成单项式和灌输式的教学模式。面对药学专业学生今后在医药企业就业和高等院校深造的应用性及创新性需求,教师需要改革教学方法,注重教学过程,增加师生互动。互动式教学是指教学过程中教师设计营造互动情境,培养学生独立思考能力和创新思维,使其全身心投入到课堂中,积极沟通交流,共同完成教学任务<sup>[4]</sup>。作为学习活动的组织者和指导者,教师从学生的需要和实际出发,采用灵活多元的教学方式,激发学习热情和创造精神,促进知识与能力综合发展<sup>[5]</sup>。

该教学方法在现代教育中具有诸多优势。第一,突破教师“一言堂”,鼓励学生提出质疑,大胆发言,积极参与教学活动,增强学生的创新意识;第二,形成快速的反馈机制,帮助教师了解学生的学习情况,促使教师及时根据反馈结果制定针对性、计划性的教学方案,促进教学相长;第三,学生掌握的理论知识在互动中得到验证和拓展,其思维过程及学习成果得以展现,激发学习的积极性和主动性。最终学生通过严密的逻辑推理和多向的交流探讨达到不同观点想法的碰撞融合,从而构建新的知识体系。

## 3 互动式教学的应用

天然产物波谱解析注重培养学生利用波谱技术解析化合物结构的应用能力。我们在具体教学过程中遵循“深入浅出、循序渐进、难易适当”的原则,从教学内容、教学工具和创新性实验三个方面进行了互动式教学模式的思考和探索。

**3.1 优化教学内容** 本校药学专业的天然产物波谱解析属于《天然药物化学》课程内容之一,基础理论介绍属于绪论,案例讲解穿插于具体结构章节,课时分配有限,教学难度较大。因此我们对教学内容进行了精炼优化及合理安排。

首先,课程内容层次化,重点讲解核磁共振氢谱和

碳谱的结构解析,简要介绍质谱、紫外和红外光谱相关内容。在小分子化合物结构解析过程中,质谱用于测定分子量,红外光谱用于验证结构片段,紫外光谱用于检测含有共轭基团的化合物。它们是化学结构研究的辅助手段,难度较低。科研人员解析化合物结构的主要有效手段是核磁共振波谱。其中共振峰的位置、强度和精细结构是推断化合物结构的重要信息。另外本校药学专业学生已经学习《有机化学》《分析化学》和《药物分析》,对波谱基本原理已有所涉及。所以在讲解天然产物波谱解析时,教师避开对量子化学等基本原理赘述,侧重讲授天然产物核磁共振波谱解析的实例,用知识延伸的方法囊括其他三种波谱的知识点,使学生明确课堂重点,消除惧怕心理。

其次,合理安排教学环节,精心准备课堂问题。基于学时数量和课程内容,将每节课的重点控制在两个之内,给予学生充分思考互动的的时间,做到“因材施教,因材施教”。同时针对学生心理特征和教学目的,设计若干问题,制造课堂亮点,使学生通过分析解决这些问题的过程来突破重难点。对于难度较低的直观性内容,如紫外光谱的应用范围,核磁共振氢谱中谱线积分面积的辨别等,鼓励学生提前预习课堂抢答,降低课内耗时。对于难点内容,如苯环质子之间的耦合常数,低级耦合和高级耦合的裂分规律等,课堂必须提供一定的时间和空间,利用精心准备的问题,引导学生自主归纳、举一反三、融会贯通。随后教师根据学生的回答进行补充和总结。高效的互动将课堂气氛推向高潮,引起学生共鸣,提高学生在互动教学活动的参与率。例如,在讲解苯环类核磁共振氢谱耦合规律时,教师将阿魏酸、咖啡酸、苯甲酸和大黄素甲醚的结构中苯环质子的氢谱数据列出,要求学生分组讨论,总结邻位、间位及对位的耦合常数范围,并对大豆素中苯环质子的峰型和耦合常数进行预测。最终学生不仅对相关耦合常数规律进行了细致归纳,还主动结合苯甲酸中 2/6 位和 3/5 位的氢信号化学位移等价内容,准确预测了大豆素 B 环出现的氢信号多重峰重叠现象。

最后,适时拓展课本内容,巧妙衔接科研动态。课堂结合生动有趣的科研实例,能够鼓励学生独立思考,培养创新思维,增强专业自豪感。例如,在前言章节加入中国学者修正天然产物结构的案例:Hideji Itokawa 和 Hiroshi Hikino 两个日本小组根据同样的波谱数据解析出不同结构,并在 20 多年的时间里未能达成一致意见。最终中国科学院上海药物所赵维民课题组通过 2D NMR、化学降解以及 X-射线单晶衍射等方法确定了这个孕甾烷糖苷类化合物(periploside C)的准确结构,解决了多年“争端”。该案例使学生深刻体会波谱解析研究的重要意义,并引起热烈讨论。教师对学生讨论进行

点评总结后,将原始文献的阅读布置为课后作业,引导学生养成追根溯源的钻研精神。另外,教师科研成果和课堂内容的有机结合能够培养学生科研兴趣。例如,本人从刺苞南蛇藤中曾分离得到一类结构简单,含有多种酰氧基团的二氢- $\beta$ -沉香呋喃型倍半萜。因此在讲解萜类化合物章节时,引入该类新化合物(含有甲酰氧基和芳环酰氧基)氢谱,提示学生从取代基的峰型、位移及耦合常数三方面进行思考讨论,并最终引出课程的相关内容。结果每个组都能准确找到甲基、甲酰氧基以及肉桂酰氧基信号峰。还有部分组别深入探究了该类的化合物的提取分离流程。

**3.2 丰富教学工具** 构建网络互动能够有效打破地域和空间的限制,实现了真正的“教”“学”相长。网络互动式教学模式为现代教学手段的重要组成部分,是指学生借助现代教育技术和丰富的网络资源,完成自主学习和创新学习<sup>[6]</sup>。快捷、开放的交流平台使得学生与教师之间的气氛更加民主、和谐。在天然产物波谱解析教学中,我们利用“蓝墨云班”进行丰富多彩的互动式教学,突出以学生为主体的教学思想,使得单向传授变为多向交流,帮助学生进行个性化、层次化及主动化的学习。

“蓝墨云班”是一个教学助手APP,包括“班课资源”“小组任务”“在线测验”等多个栏目。它能够帮助教师开展课前预习、课后练习和课外拓展,并进行网上批改,及时获得学生的学习反馈情况,完成课堂教学内容的适当调整与综合设计。

例如,在讲解核磁共振碳谱课前,教师将已学的氢谱课件和即将学习的碳谱重点内容以及相关趣味微课上传“班课资源”,要求学生对比总结影响氢谱与碳谱化学位移的主要因素,在课堂中抽取学生回答,使得课堂节奏更为紧凑。同时,给学生布置多个课前问题“是否可以利用碳谱数据直接辨别黄酮醇与二氢黄酮醇?分子内氢键能否影响碳谱位移?”该类具有挑战性的问题促使学生进行目的性预习,培养分析问题、解决问题的能力。课堂教学结束时,教师利用“在线测试”考核学生对碳谱重点内容的掌握,并发布两个“小组任务”(核磁共振全去耦氢谱的发展和全H去耦碳谱发生裂分的现象与原因)。学生选择一个主题,通过文献查询、信息处理、团队协作,最终完成调研报告并上传作业。教师进行在线批改评价。课后互动的精心设计帮助学生复习重点内容,协助教师拓展课堂内容,增强学生的思维延展性,提升互动的广度与深度。

**3.3 有效结合验证性与创新性实验** 天然产物波谱解析是一类应用性内容。只有通过实践教学才能帮助学生进一步验证和巩固理论知识,锻炼应用技能。传统验证性实验中,学生根据一套已知的操作步骤验证实验结果是否

正确。其训练了学生基本的实验技能,但易导致思想惰性以及对老师的依赖性。创新性实验则侧重培养学生的知识迁移能力和灵活性,需要其自行设计实验方案,对未知内容进行探索性研究。因此,我们将验证性实验与创新性实验进行有效结合,培养学生利用所学知识解决实际问题的综合能力和利用创新思维进行自主思考的创新能力。

基于本校实训中心的大型仪器平台资源,验证性实验要求学生黄酮类化合物槲皮素和芦丁进行紫外测试,对蒽醌类化合物芦荟大黄素进行红外测试,并且利用图书馆资源检索上述化合物的紫外与红外波谱数据,进行数据对比和结果讨论。学生严格按照实验步骤准确操作,掌握紫外和红外波谱测试的操作要领,提高文献检索的能力。

创新性实验要求学生以小组为单位根据教师提示自行设计方案,完成“未知物”的化学结构波谱解析。每个小组通过抽签得到一个标有编号的“未知物”(教师已知,学生未知)。随后通过积极讨论和合理分工,进行相应的实际谱学测试和数据库的信息检索。接着每组根据自己的测试结果以及检索结果提交“未知物”结构解析报告并由代表进行专题PPT演讲。最后进行小组互评和教师总评。在小组任务的驱动下,学生学习目标更加明确,对知识的渴求和兴趣更加强烈,对理论知识的理解更加深刻,交流能力和实践能力显著提高。

#### 4 结语

天然产物波谱解析由于其抽象性、专业性和应用性而成为教学的重难点。通过引入互动式教学法,激发学生的学习主动性,提高学生的学习能力、创新能力、实践能力和交流能力,满足本校应用型和创新型复合人才培养的需要。需要注意的是,教师的讲解仍旧是课堂教学的核心,凝结着丰富的教学经验和深厚的知识储备。只有将现代教学方法和传统优质讲授高效结合,才能扬长避短,形成更契合的培养机制。

#### 参考文献

- [1] 廖彭莹,卢汝梅,杨海玲,等.天然药物化学课程考核体系的优化[J].药学教育,2017,33(5):35-38.
- [2] 夏钦钦.青年教师药学专业《波谱解析》教学改革初探[J].广州化工,2018,46(10):150-151.
- [3] 张建业,张超,李悦山,等.波谱解析题库的建设[J].中国实用医药,2013,8(31):245-246.
- [4] 龙敬.互动式教学模式存在的问题与对策[J].教学与管理,2014(30):119-121.
- [5] 齐敏友,宋英,宋必卫.“互动式”教学法在药学类专业人体解剖学教学中的应用[J].中国高等医学教育,2010(7):111-112.
- [6] 申永春,李金光.浅论积极运用网络开展网络互动式教学之必要性[J].现代情报,2004,24(12):192-193.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孟祥国 收稿日期:2018-09-21)

# 基于慕课的中医儿科学翻转课堂教学模式探索<sup>※</sup>

翟文生<sup>1</sup> 何改丽<sup>1\*</sup> 任献青<sup>1</sup> 杨濛<sup>2</sup> 张建<sup>1</sup> 张霞<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450046;2 河南中医药大学第一附属医院儿科,河南 郑州 450000)

**摘要:**随着信息时代的到来,医学教育的创新试图在网络教育中找到突破。基于慕课的翻转课堂的教学模式在临床医学各专业的教学中拥有广阔的应用前景,用于中医儿科学教学优势突出,下面将我们在探索中医儿科学翻转课堂教学模式的过程中的一些体会分享如下,以供同道参考。

**关键词:**中医儿科学;慕课;翻转课堂;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.004

文章编号:1672-2779(2019)-04-0009-02

## Exploration on the Teaching Mode of Flipped Classroom in Pediatrics of Traditional Chinese Medicine Based on MOOC

ZHAI Wensheng<sup>1</sup>, HE Gaili<sup>1</sup>, REN Xianqing<sup>1</sup>, YANG Meng<sup>2</sup>, ZHANG Jian<sup>1</sup>, ZHANG Xia<sup>2</sup>

(1. The First Clinical Medical School, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Department of Pediatrics, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine,

Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** With the arrival of information age, innovation in medical education attempts to find a breakthrough in online education. The teaching mode of the flipped classroom based on MOOC has broad application prospects in the teaching of clinical medicine, especially of Chinese Medicine pediatrics. In the following, some of the experiences in the process of exploring the teaching mode of TCM pediatrics flipping the classroom are shared as follows for reference.

**Keywords:** pediatrics of traditional Chinese medicine; MOOC; flipped classroom; teaching mode

中医儿科学是以中医基本理论为指导,以中医治疗方法为手段,研究从胎儿至青少年这一时期的生长发育、生理病理、喂养保健,以及各类疾病预防和治疗的一门临床医学学科。是中医学临床各专业的必修课,也是中医学理论构架中不可或缺的组成部分。在儿科的诊疗中占有重要地位。根据2017年5月发布的《中国儿科资源现状白皮书》显示,中国儿科医生总数仅为10万人左右,根据2020年每千名儿童儿科执业(助理)医师数要达到0.69名的目标,我国儿科医生数量目前缺口86042名<sup>[1]</sup>。鉴于这种现状,各大中医药院校开始考虑开设中医儿科学本科专业。2018年,我校成为全国继安徽中医药大学之后第二个开设中医儿科学本科专业的高等院校,旨在培养从事中医儿科、儿童保健工作及学科研究的中医儿科专门性人才,以缓解我国“儿科荒”的现状。那么,如何借助信息时代的便利条件探索能够将临床教学与基础学习衔接更加紧密的教学模式,培养更加符合临床需要的儿科专业型人才显得尤为迫切。

### 1 慕课与翻转课堂相结合的教学模式在中医儿科学教学中的优势

慕课是借助于网络建立的大规模开放学习平台,2011年由斯坦福大学首先发起,迅速席卷全球<sup>[2]</sup>。随着信息时代的到来,这种以互联网为媒介的学习方式成为

必然。随着各大慕课平台的建立,各学科亦在寻求新的教学模式。源于基础教育的翻转课堂近两三年在国内呈爆发式发展,数学、经济、科学、人文等领域均有应用。慕课平台的建立为翻转课堂的实现提供了条件,优质的慕课平台为翻转课堂提供了丰富的素材。教师可以借助慕课平台丰富多样的资源有选择地将知识传递的过程转移至课下,亦可以自己制作个性化的微视频建立自己的网络资源平台以满足授课需要。慕课与翻转课堂相结合的新的教学模式是信息时代由线下课堂到线上课堂转换的完美呈现。中医儿科学为临床学科,理论的学习是为了更好地服务于临床,因此,理论与临床相结合的教学更有利于学生的知识转化。儿科素有“哑科”之称,“望而知之谓之神”,四诊合参,而儿科尤重望诊。审苗窍、察指纹在中医儿科诊断中占重要地位。“粉笔+黑板”的传统课堂无法将望诊的生理病理信息直观准确地传递给学生,而线上教学则可以借助图片、视频等媒介为学生提供鲜活的临床病例,并能够培养学生准确获取症状体征最终给出相应的诊疗意见的整体临床思维能力。这种课下自学,课上互动答疑,理论与临床病例相结合的学习模式,既增加了学习的趣味性,同时又可以通过这种师生互动、小组内及组间互动碰撞出更多思想的火花,拓展临床诊疗思维及科研思路,深化理论知识,使理论学习与将来复杂多变的临床实践工作更好地衔接起来。另外,这种直观生动的知识传递的方式更加符合中医“四诊合参、整体观念”的理论原则,课堂上的互动讨论、百花争鸣则更适于中医辨证论治、三因制宜的观念。

※ 基金项目:河南省教育科学“十三五”规划课题【No.〔2018〕-JKGHYB-0121】

\* 通讯作者:hgl15903600134@163.com

目前许多医学课堂教育已经逐步引入慕课资源以丰富课堂知识,更清晰直观生动形象地阐述教学内容,注重对学生分析能力和临床思维的培养,课堂模式也由教师的单向灌输式授课转变为师生共同参与讨论。

## 2 慕课与翻转课堂相结合的教学模式应用于中医儿科学教学实施过程中的问题分析

由于慕课与翻转课堂相结合的教学模式尚处于探索阶段,操作过程尚不完善,具体实施还存在很多问题。现将我们在探索慕课与翻转课堂相结合的中医儿科学教学模式过程中存在的问题及应对措施分析如下。

### 2.1 缺乏高质量的中医儿科学慕课平台

探索中医儿科学翻转课堂的教学模式,建立高质量的慕课平台是基础。为了探索新的教学模式,适应信息时代课堂模式的转变,目前,各大中医药院校开始尝试录制微课,将一部分课堂内容转移至课下,以拓展知识,启迪思维。慕课为各大院校的微课共享提供了平台。通过微课大赛汇集更优质的微课于慕课平台以做到资源共享。目前尚无已经建立的适应于翻转课堂的中医儿科学慕课平台,试图尝试翻转课堂教学模式的授课教师需要自己录制所有教学内容的微视频。一方面授课教师备课难度较大,另一方面学生在课下网络学习的过程中容易产生疲惫心理,限制了翻转课堂的高效实施。所以,首先需要加强校际合作,联合各中医药院校中医儿科学各学科,整合优势资源,打造高质量的中医儿科学 MOOC 平台。视频制作方面,根据中医儿科学各部分的知识结构特点制作微视频。如总论部分在视频表现方面可以结合图片、图表展示,注重对比。各论部分则可引入 PBL 教学法的案例式教学,录制临床病例,采用病例分析的问题式教学逐步深入,引导学生将理论知识与临床实践相结合。亦可以利用各高校优质的师资力量,制作不同风格,形式多样的微课供学生及教师选择,以满足学生的个性化需求。

### 2.2 缺乏经验丰富的教师团队

由于该教学模式尚处于探索阶段,没有成熟的授课方案供教师拿来即用,教师普遍缺乏视频制作相关经验,因此,在视频制作、相关互动平台的建立,视频学习后考评等方面均需配套专业人员做教辅,与教师协同合作,制作兼具知识性与趣味性于一体,同时又可以满足多方位考核需求的微课视频。在课程开始前,举办专门的教师培训班,针对具体的授课流程、考核方式等方面对教师进行培训,课程进行中定期举行教师交流培训会,及时发现问题解决问题。然而,教师所面临的挑战绝不限于此。一方面,习惯于与学生面对面互动的教师普遍缺乏镜头感,在视频录制时容易显得过于呆板,照本宣科,难于像面授教学一样及时抓住和利用灵光一现的教学时机进行创作发挥,丧失了一部分教学过程中的生成性资源。但在教学设计中采用生成性的教学设计思路可以一定程度上弥补以上缺憾。生成性的教学设计主要关注教学过程,注重教学过程中人与人的关系,强调教学过程由

“复制”走向“理解”,即由“知识迁移”走向“理解课程”,凸显创造性。教学目标也由确定走向弹性<sup>[3]</sup>。另一方面,翻转课堂的课堂上考验教师的基本功和应变能力,“有备无患”的课堂模式已经不再可能,教师仅仅凭藉课前的一次性备课根本无法顺利高效地完成教学任务,课堂上超出预期的现象此起彼伏,学生的思维千变万化,问题层出不穷,可能让教师应接不暇。这就要求教师在备课时投入更多的精力,预先登录慕课进行学习,关注交流互动平台中的学生留言,及时与助教沟通,了解学生的主要问题所在,并适当限制拓展的范围。

### 2.3 缺乏系统的综合考评方案

该教学模式尚未在本科教育中广泛开展,如何结合本科教育现有的学分制考评制度制定更加综合完善的考评方案是该教学模式广泛推广所面临的又一个重大挑战。本课程旨在培养一批能够解决临床实际问题的中医儿科人才,因此,在综合考评方面,临床综合素质是评估的重点,该教学模式的优点在于能够为多方位的综合考评提供平台。如在线上学习的过程中可以根据学生在互动平台的积极程度,提出的问题,以及为别人解决问题的表现进行考评。而在翻转后的课堂上,可以根据小组内互作程度等进行组内互评及组间评估<sup>[4]</sup>。学期结束后的考试是综合考评体系中另一个重要组成部分。三种考评方式相结合能够更加准确全面地评估学生的综合素质,达到知识、能力兼顾的目的。

中医儿科学具有学科交叉性强和实践性强的特点,是在中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学等基础学科的基础上发展起来的一门临床应用型学科。探索一种理论结合临床的新的教学模式对中医儿科学及其他临床医学学科的教学具有重要意义。在建构主义学习理论指导下提出的基于慕课的中医儿科学翻转课堂的教学模式能够实现差异化教学和个性化学习于一体,有效凸显了以学生为中心的核心教育理念,更加注重对学生分析能力和临床思维的培养,注重基础理论教学与临床实践相统一,实现了学生从被动、依赖、统一、虚拟与认同的传统学习方式向主动、独立、独特、体验与问题的现代学习方式的转变,有利于培养和提升学生最需要的创新能力、独立思考能力、学习能力和执行应用能力。同时,该教学模式的建立能够启发其他临床应用型学科的教学改革模式的发展。具有重要的社会价值。

## 参考文献

- [1] 王明晓.我国儿科医师缺乏的原因及对策[J].中华医院管理杂志,2016,32(4):312-313.
- [2] 王文礼.MOOC的发展及其对高等教育的影响[J].江苏高教,2013(2):53-57.
- [3] 姜旭英,蔡铁权.生成性教学设计的多维观照[J].全球教育展望,2007(10):38-42.
- [4] 尹战海,程青青,李志强.基于翻转课堂的临床医学教学模式研究[J].中国医药导报,2016.13(7):153-156.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李 东 收稿日期:2018-09-28)

# 智慧型微课在中医学 创新型实验技术教学改革中的应用<sup>※</sup>

吕美君 宋 因 王 莹 王建波 冷 雪 李 宁 李 阳 贾连群\*

(辽宁中医药大学中医脏象理论及研究教育部重点实验室·重大科研平台, 辽宁 沈阳 110847)

**摘要:**为培养中医药创新应用型人才,以创新型医学实验技术教学体系改革为契机,将智慧教育与微课有机融合,依据开放性、多元性、研创性的设计要点建设医学实验技术“智慧型微课”。通过师生共建、教学资源深度开发以及引入竞赛机制将“智慧型微课”初步应用于创新型医学实验技术教学体系改革中,为中医院校创新型实验技术教学及创新应用型人才提供可借鉴的路径。

**关键词:**智慧教育;微课;实验技术;教学体系;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.005

文章编号:1672-2779(2019)-04-0011-04

## The Application of "Intelligent Micro Lesson" in the Teaching Reform of Innovative Medical Experimental Technology in Traditional Chinese Medicine

LYU Meijun, SONG Nan, WANG Ying, WANG Jianbo, LENG Xue, LI Ning, LI Yang, JIA Lianqun  
(Key Laboratory of Ministry of Education for TCM Viscera-State Theory and Applications, Ministry of  
China·Major Scientific Research Platform, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

**Abstract:** In order to cultivate innovative and applied talents of TCM, with the reform of innovative medical experimental technology teaching system as an opportunity to integrate the wisdom education and micro courses organically, the "intelligent micro class" is built on the basis of the open, pluralistic and creative design points. Through the construction of teachers and students, the deep development of teaching resources and the introduction of competition mechanism, the "intelligent micro class" is applied to the reform of the innovative medical experimental technology teaching system, which provides a useful way for the teaching of innovative experimental technology and the training of innovative applied talents in TCM colleges.

**Keywords:** intelligence education; micro lesson; experimental technology; teaching system; personnel training

《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020年)》<sup>[1]</sup>中强调“信息技术对教育发展具有革命性影响,必须予以高度重视”,“把教育信息化纳入国家信息化发展整体战略”。而目前的教育正从信息化步入教育与技术深入融合和创新的阶段,在这不断发展的阶段中,教育越来越需要变革为技术支持的智慧教育,以智慧教育引领教育信息化的创新发展,从而带动教育教学的创新发展,已经成为信息时代的必然趋势<sup>[2]</sup>。随着科技信息化的发展,电脑、手机、网络等信息跨屏快速传递载体方便了人与人之间的沟通,也为医学教育事业的发展提供了新的契机与方向。技术中介的智慧教育是现今教育信息化的新境界、新诉求,微课因此应运而生。医学实验技术作为一门综合性实验技能课程,涉及生理学、病理生理学 and 药理学等多门课程的理论基础,通过培养学生的实践操作能力,为其专业所需的技能奠定基础。现行的医学实验技术教学中存在着授课人数众多而实验设备

有限、教学模式陈旧、学生接受度不高等困窘<sup>[3]</sup>,而以教学视频为主要载体的微课,具有微型化、主题化、碎片化、可视化、泛在化和易控化等特点。因此,只有将微课置于“智慧教育”的框架里,充分利用微课的特色与优势,改革创新医学实验技术教学体系,才能使医学实验技术教学中的困境迎刃而解,从而充分培养创新创造能力及转化应用能力突出的医学生,适应国家由制造大国转向创新型大国的需要,适应教育由不完全适应社会到适应社会的转型,适应人才培养由学习型人才到创新型、应用型人才的模式转变。

### 1 中医院校创新型实验技术教学体系改革的必然性

医学实验技术教学是医学生培养过程中非常重要的环节<sup>[4]</sup>,在创新型及应用型人才培养过程中,医学实验技术教学在学生创新精神培养、实践能力训练、分析和解决问题能力培养等方面发挥不可替代的作用<sup>[5]</sup>。目前的中医院校医学实验技术教学体系中存在着授课班级人数众多而实验设备有限、教学模式陈旧、学生接受度不高等问题。由于班级平均人数较多,而设备数有限,往往需要多人组成小组,围观一台实验设备,无法满足每个同学亲自动手操作的机会,久而久之,学生就会出现

※ 基金项目:辽宁省普通高等教育本科教学改革研究基金资助项目【No.2016395】;辽宁省沈阳市科教系统“双服务”重点项目【No.20170306】;辽宁省沈阳市科学计划项目【No.17-139-8-00】

\* 通讯作者:240715158@qq.com

消极怠学状态,课堂纪律散漫,无法完成“课前预习-课堂练习实践-课后复习总结”的学习流程,严重影响学习质量及学习效率。另外,由于长久以来的教学模式是以教师为主的传统教学模式,教师依赖性问题严重,自主学习消化及创新研究能力较差。以上医学实验技术教学体系存在的问题严重制约了中医院校创新型、转化应用型医学人才的培养及输送。

随着医学实验技术教学改革不断深入,实验教学由传统的验证式实验教学转变为探究性、综合性实验教学,人才培养模式也正向创新型、转化型、应用型人才培养模式转变。而培养适应社会需求的高素质创新应用型医学人才,就要从改革传统的教学体系和教学模式做起,因此,中医院校创新型实验技术教学体系改革工作迫在眉睫。

## 2 智慧型微课医学实验技术的设计意义

**2.1 “智慧教育”的提出与真谛** 2008年,IBM在《智慧地球:下一代领导议程》(A Smarter Planet: the Next Leadership Agenda) (Palmisano, 2008)<sup>[6]</sup>中首次提出智慧地球概念,当“智慧地球”思想冲击到不同领域时,新的思想随之迸发,如出现智慧城市、智慧交通、智慧医疗等。当这一技术与文化相互交织的浪潮涌向教育领域时,“智慧教育”便应运而生。智慧教育的真谛就是通过构建技术融合的学习环境,使教师能够施展高效的教学方法,使学生能够获得适宜的个性化学习服务和体验,使其由不能变为可能,由小能变为大能,从而培养具有较强行动能力、较好思维品质、较深创造潜能的人才<sup>[7]</sup>。而信息时代的智慧教育是在信息技术的支持下,培养具有主动实践能力的智慧型人才。

**2.2 微课的表象与本质** 微课是以教学微视频为核心载体,基于一个学科知能点(如知识点、技能点等)或结合某个教学要素和环节(如目标、活动、导入、评价等),精心设计和开发的微型优质学习资源<sup>[8]</sup>。微课发展的最终目的是服务于学生的学习,适宜学生个性化发展,提升学生学习效率及质量,同时让学生获得愉快的学习体验,进而提高学习兴趣。微课的表象是以教学视频为主要载体,具有微型化、可视化、主题化、泛在化、碎片化和易控化等特点;微课的本质属性在于其短小精悍,表现手法具有先进、巧妙、科学、激发兴趣、启迪智慧以及传播高效率等特点。在信息化时代,微课的本质特征在于给学习者建构知识和能力大厦的材料,给学习者留有更多更大的空间以自主选择学习内容,而不是由教师系统化的越俎代庖<sup>[9]</sup>。

**2.3 智慧型微课在医学实验技术教学中的设计意义** 微课的设计既要彰显其自身特色,又要支持智慧教育,为智慧教育的本质服务,让智慧与微课完美融合,在智慧教育指导下设计微课,要智慧性设计微课,设计“智慧型微

课”。医学实验技术作为医学院校各专业必修的一门实践课程,与其他学科相比,具有交叉性强、创新性高、灵活性大、重复性难等特点。很多实验技术需要学生在课后反复学习实践,领会技术要点,而“智慧型微课”的特点与医学实验技术教学中的问题非常人的吻合。调查显示,66.09%的学习者都希望教师能录制他们所需要的实验技术微课,来帮助其课下的自主学习,为实验技术的掌握与应用提供学习载体<sup>[10]</sup>。因此,将“智慧型微课”作为医学实验技术课堂教学的有效补充,对于有效发挥学习者的主观能动性,增强学习的积极主动性,提高公共学习资源利用率,提升医学实验技术学习效果具有重要的现实意义。

## 3 智慧型微课医学实验技术的设计要点

“智慧型微课”的主要设计要点是要具有开放性、多元性以及研创性。

**3.1 开放性** 微课的设计要保证时间、空间和结构三个维度的开放<sup>[9]</sup>。首先,“时间开放”是指微课的创作要具有可持续发展性,并在不断生成的同时不断的完善已有的课程,赋予微课持久的生命力,使学生既能接触新的实验技能,又能精进已掌握的实验技能,既能保持学习的热情,又能扎实学习的基础,形成良性循环。除此之外,学生可以充分利用课余时间学习微课,既有利于学习时间的合理分配,又有利于自主学习能力的培养。其次,“空间开放”是指微课要通过网络呈现,充分利用微信、微博、国家及省市教育资源公共服务平台等信息技术载体,允许教学资源门户网站链接,学生无论在什么地点都可以下载微课,实现教学资源广泛共享及开放讨论。教育资源公共服务平台要更好地实施公建战略,赋予微课更多的公共资源属性,根据访问量、下载量以及反馈意见等综合指标,给微课设计者开发者一定的奖励和报酬,激发微课开发者的创作热情,提升微课开发质量<sup>[11]</sup>。最后,“结构开放”是指在微课教学过程中或结束时,设计一些“交互与互动环节”,适时提出一些启发性的问题让学生产生认知冲突与好奇心,以启发学生思考、激发其思维,进而增强其发现问题、深层次思考问题、合作研究问题和解决问题的能力,培养其批判性思维、发散性思维以及团队合作思维。微课设计通过时间、空间和结构三个维度的开放,以充分发挥微课“人人皆学、处处能学、时时可学”的价值。

**3.2 多元性** 主要体现在配套教学资源多元性以及适应人群的多元性。首先是配套教学资源多元性,微课不等同于传统意义上的微视频,不仅是一个单纯的视频资源,而是一个微主题相关的、完整的、多元化的学习资料包,其以微视频为核心,同时囊括与微视频主题相关的微学习指南、微课件、微练习、微拓展资料,共同构成一个完整的“智慧型微课”。另外,根据微课学习者数量不

定、层次不定、需求不定的特点,要求微课将课程内容作为独立单元进行设计,使其更具有组件的特点,有助于学习者将其嵌入自己的知识和能力体系。

**3.3 研创性** 智慧教育的本质和核心是培养社会所需求的创新型、应用型人才,因此要将微课定位上升到促进创新型应用人才培养的高度进行内容和要求设计。时代要求学习过程中贯穿创新创造。“研创”要以“长链智慧学习理论”作为指导。在微课制作过程中,将故事、案例、问题、动画、科学、人文等“创设情景”融入于重难点知识讲授,达到“随风潜入夜,润物细无声”的效果。同时,内容中要具有激发、引导学生创新创造、活学活用的元素,部署创新创造、转化应用的任务,让学生通过线上线下相结合的学习进行创新创造及转化应用。

#### 4 智慧型微课在中医院校创新型实验技术教学体系改革中的应用初探

胡铁生等<sup>[12]</sup>把微课的制作过程分为 9 个环节:(1)确定微课的教学主题;(2)细化微课知识点;(3)微课的教学设计;(4)制作微课的教学课件;(5)撰写微课视频的拍摄/制作脚本;(6)微课视频的拍摄或者录制;(7)微课视频后期编辑与优化;(8)设计制作微课配套资源;(9)教师的微课教学活动实施。本次“智慧型微课”设计遵循以上微课制作过程,同时突出师生共建、教学资源深度开发特色,并引入竞赛机制。本文着重介绍后者。

**4.1 师生共建** 本次“智慧型微课”采用一种教师设计内容、制作教学课件,学生拍摄视频,师生协作完成微课建设的方法。在微课的准备阶段,由教师确定教学主题及知识点,进行教学设计及制作教学课件,展示知识点框架图及时间分配方案,制作示范用脚本与视频;教师与学生共同确定参加人员并分配任务。微课制作阶段,学生作为主体,负责撰写微课视频的拍摄/制作脚本,微课视频的拍摄或录制,视频的修改及优化,教师主要对视频进行筛选并指导纠正。微课实施阶段,以教师为主体,教师结合收集整理的微视频对相关内容进行串讲,使学生的知识系统化。同时以加强重难点的学习为目的,抽取具有代表性的视频及问答进行重点讲解,并现场听取学生的意见和建议,以利于下一次微课制作的改进。微课的准备、制作、实施三个阶段的工作各不相同,实施主体也在教师、学生、教师与学生之间转换,不同工作角色各有侧重。

**4.2 教学资源深度开发** 微课教学资源的应用应贯穿于学生课前预习、新课导入、核心讲解、过程演示、课后总结等全过程。除了拓宽课程内容的深度和广度,弥补传统课堂教学的不足以外,更应该引导学生注重自主探究学习。因此,医学实验技术“智慧型微课”教学资源开发应用必须建设医学实验技术“智慧型微课”教学资源库与教学平台,有助于医学实验技术网络教学资源的传

播与共享,实现交互管理,既能减少同一教学资源的重复建设,又能促进微课教学资源的不断优化。本次微课设计在深刻理解微课这一新型教学资源手段的基础上,从实际案例着手,探讨了教学资源的深度开发。

将所学的实验技术应用于实验操作中,解决实验操作中的问题,是培养学生医学实验技术的重要途径,学生分析问题解决问题的能力培养贯穿教学的全过程。医学实验技术中一项较为实用、新颖的实验技术-微循环检测技术,在学习这项技术的过程中,常常需要联系动物解剖取材实验技术、显微镜观察细胞形态实验技术、组织液配备实验技术等相关知识,微循环检测技术标准操作规程中却没有涉及以上实验技术知识,知识衔接中断,学生学习起来非常有难度,导致学生无法独立完成整套实验技术。而深度开发的模块化微课教学资源——《实验动物解剖取材实验技术》、《显微镜观察细胞形态技术》、《组织液配备技术》、《移液器使用技术》弥补了这方面的不足,使相关实验技术无缝链接,确保了学生对该项实验技术的完全掌握及实际应用。以此类推,教师在实际教学过程中,根据实验需求,可以有目的性的开发相关实验技术微课,形成技术链,融会贯通,提高学生的系统学习能力,以及应用技术解决问题能力,为其他课程的学习以及更高层次的科学研究奠定坚实的基础。

**4.3 引入竞赛机制** 为贯彻落实《国务院关于加强教师队伍建设的意见》和《教育部关于全面提高高等教育质量的若干意见》、《教育部 2017 年教育信息化工作要点》精神,推动教师专业发展和教学能力提升,促进信息技术与课程教学融合,促进学校资源平台建设,提高教师教育技术能力和水平,举办了“超星杯”微课制作大赛,并于赛前安排技术人员为参赛教师进行了微课技术培训,制备了详细的微课制作大赛比赛方案,以及微课制作大赛评审规则,比赛将遵循公平、公正、公开原则,组织专家对选手的作品进行评选,并对获奖选手予以表彰。最终共有 96 个实验技术相关微课参加比赛,分别获得了优秀奖、一、二、三等奖及特等奖。通过此次竞赛,大大激发了教师与学生参与医学实验技术“智慧型微课”制作的热情,促进了学校资源平台建设,对于保持医学实验技术教学的长久活力,有效发挥学习者的主观能动性具有重要意义。

#### 5 结语

中医药事业的现代化及国际化离不开高素质的创新型医学人才,中医院校创新型实验技术教学体系改革工作势在必行。希冀以“智慧型微课”建设为契机,充分利用“智慧型微课”的开放性、多元性以及研创性,将“智慧型微课”初步应用于中医院校创新型医学实验技术教学体系改革中,充分发挥学生的主观能动性,提高公共学习资源利用率,提升医学实验技术学习效果,

为社会输送创新型、应用型人才提供有效路径。

#### 参考文献

- [1] 钟晓流. 从九方面解析智慧教育体系架构[J]. 中国教育信息化, 2015(1):39-40.
- [2] 祝智庭. 智慧教育新发展:从翻转课堂到智慧课堂及智慧学习空间[J]. 开放教育研究, 2016, 22(1):18-29, 49.
- [3] 何秀贞. 基于智能手机的基础医学实验技术教学改革初探[J]. 科技资讯, 2015, 13(23):153-154.
- [4] 李琼, 隋建峰. 基础医学综合实验与实验设计建设实践与探索[J]. 山西医科大学学报(基础医学教育版), 2010, 12(5):516-518.
- [5] 刘建明, 王益光, 梁淑娟, 等. 综合实验竞赛推动基础医学实验教学改革探讨[J]. 基础医学教育, 2017, 19(8):607-609.
- [6] Palmisano, S. J. (2008). A smarter planet: the next leadership agenda [J]. IBM. November, 6:1-8.
- [7] 祝智庭, 贺斌. 智慧教育信息化的新境界[J]. 电化教育研究, 2012(12): 5-13.
- [8] 冯智慧, 郑晓丹. 微课新界定:从技术开发迈向有效设计——访华南师范大学胡小勇教授和佛山教育局胡铁生老师[J]. 数字教育, 2015(8):56-60.
- [9] 陈琳, 王运武. 面向智慧教育的微课设计研究[J]. 教育研究, 2015, 36(3):127-130.
- [10] 钟晓流, 宋述强, 焦丽珍. 信息化环境中基于翻转课堂理念的教学设计研究[J]. 开放教育研究, 2013, 19(1):60-66.
- [11] 陈琳. 中国高校教育信息化发展战略与路径选择[J]. 教育研究, 2012(4):50-56.
- [12] 胡铁生, 周晓清. 高校微课建设的现状分析与发展对策研究[J]. 现代教育技术, 2014(2):5-13.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杜莹 收稿日期:2018-09-14)

## 基于慕课的生物化学课程混合式教学法探索<sup>※</sup>

赵乐 马利刚 郑晓珂 卢萍\*

(河南中医药大学药学院, 河南 郑州 450046)

**摘要:**“慕课”是一种全新的教学模式,目前国内高校生物化学课程“慕课”资源较少。本文在开展基于“慕课”生物化学课程混合式教学法探索的基础上,从生物化学“慕课”现状、混合式教学实践、混合式教学成绩评价、以及运行过程中的一些问题等方面,我们探索了将“慕课”在线教学与传统教学相结合的混合式教学,这将提高生物化学课程的教学质量,提高学生的学习效果,为促进医学院校生物化学课程教学改革提供经验。

**关键词:**生物化学;慕课;混合式教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.006

文章编号:1672-2779(2019)-04-0014-03

### Exploration on the Blended Teaching Model of Biochemistry Based on MOOC

ZHAO Le, MA Ligang, ZHENG Xiaoke, LU Ping\*

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

**Abstract:** At present, massive open online course (MOOC) is a brand-new teaching model, but in domestic universities there are few biochemistry courses in the MOOC. Based on the exploration for the blended teaching model of biochemistry course in the MOOC, this paper investigated the status of biochemistry course in the MOOC, practice of blended teaching, academic achievement evaluation of blended teaching, and some problems in the practice. We try to explore the blended teaching model in biochemistry by combining MOOC online teaching with traditional teaching, aiming at improving the quality of biochemistry teaching, prompting students' learning effects, as well as providing some suggestions for biochemistry teaching reform in medical universities.

**Keywords:** biochemistry; massive open online course; blended teaching

MOOC (massive open online course), 即大规模在线开放课程, 也称“慕课”, 具有大规模、网络化、开放性等特点, 迅速席卷全球。从 2012 年开始, 美国的顶级大学陆续开设网络学习平台并在网上提供免费课程, 目前已形成了 Udacity、Coursera 和 edX 三大平台, 拥有数百万注册用户, 包括了从人文科学到自然科学的数千门

课程<sup>[1]</sup>。2013 年“慕课”开始全面进入中国, 清华大学、北京大学、上海交通大学、香港大学、台湾大学等开始提供网络在线课程。教育部在 2015 年出台了《关于加强高等学校在线开放课程建设应用与管理的意见》, 意见中提出计划在 2017 年前认定 1000 余门国家精品在线开放课程, 到 2020 年, 认定 3000 余门国家精品在线开放课程。在这样的趋势下, 国内各大高校都开始建设自己的在线开放课程, 目前在中国大学 MOOC 平台已经上线了 1780 余门在线课程<sup>[2]</sup>。

虽然基于“慕课”的在线开放课程使学习者具有更多的开放性和自由性, 但需要学习者有极高的自主性。

※ 基金项目: 河南省高等教育教学改革研究与实践立项项目【No. 2017SJGLX070】; 河南中医药大学教育教学改革研究立项项目【No. 2017JX51】

\* 通讯作者: pinglu3274@163.com

有相关报道指出,虽然“慕课”在线课程的注册用户数量能达到成千上万,但完成课程的最多只有 15% 的学生,最低只有 5%<sup>[3]</sup>。这也是“慕课”运行过程中需要注意的问题。

### 1 生物化学课程慕课的现状

目前(截止到 2018 年 9 月),在中国大学 MOOC 平台上(<https://www.icourse163.org/>) 1780 余门的在线课程中仅有 5 门生物化学在线开放课程,分别是:南京大学-结构生物化学、山东大学-医学分子生物学、中国医科大学-生物化学与分子生物学、河南中医药大学-生物化学、浙江工业大学-生物化学、徐州工程学院-生物化学。其中南京大学-结构生物化学,主要讲解了生物大分子(蛋白质、核酸)的结构与功能,而关于物质的代谢和调控,以及遗传信息的传递等内容没有涉及。

《生物化学》是从分子水平研究生物体化学组成和结构、生命活动化学原理的学科,也是医学专业、药学类专业和生物学类专业一门重要的专业基础课程<sup>[4]</sup>。由于生物化学的理论和技术发展突飞猛进,《生物化学》规划教材中信息量越来越大,但由于课程体系的改革,生物化学授课学时数却有减无增,内容增加与课时减少之间的矛盾日益增加,再加上医学院校各专业招生规模不断扩大,给生物化学的授课效果带来了很大障碍。

因此,对目前《生物化学》的教学方法进行改革,开展基于“慕课”的生物化学混合式教学探索,使在线课程更加有效的作为传统课堂教学的辅助教学资源,利用在线课程进行课前学习、引导学生思考和发现问题,培养学生的自主学习能力。

### 2 生物化学线上线下混合式教学实践

医学院校生物化学课程信息量大,但授课学时少,所以使用中国大学 MOOC 平台上的生物化学在线课程(河南中医药大学-生物化学),将教学过程分为线上自学部分和线下课堂讲授部分。在开课之前,我们组织学科教学经验丰富的教师,精心录制学习视频,每个视频时间在 5~10 min,讲解 1~2 个知识点。以蛋白质化学章节为例,在线学习内容以知识点为主,可分为:氨基酸、氨基酸的等电点、肽键和肽、蛋白质的一级结构和二级结构、模体和结构域、蛋白质的三级结构和四级结构、蛋白质结构和功能的关系等 11 个知识点。每位教师录制 1~2 个章节的内容,每个章节的内容以知识点的形式呈现,每个知识点时间在 5~10 min,避免学生观看视频时间过长产生厌倦,同时方便学生利用自己的碎片时间进行学习,而且学生可以反复观看视频直到理解教师所讲内容为止。目前河南中医药大学生物化学在线课程已经完成了生物化学教材 16 个章节的视频录制,视频制作完成后,已在中国大学 MOOC 平台开课 3 次,选课人数达 24000 余人。

在讲课之前要求学生对所讲授章节的在线课程部分,在中国大学 MOOC 平台进行自主学习。课堂讲授部分,教师主要对教学内容中的重点和难点讲解,同时对在线部分没有讲到的内容讲解。在讲授过程中可加入提问,根据学生在线学习内容,进行提问,了解学生对在线内容的掌握程度,及时调整课程讲授进度。

学生经过在线自主学习,教师课堂讲解,对所学知识有深入的理解后,在课程平台上完成本章节的测验。测验主要有单选、多选、判断等题型,每次测试有 15~20 题,教师可在“慕课”平台查看测验成绩,根据学生的测验情况了解学生的学习难点,以便在下次课堂讲授时有针对性地对难点、以及学生学习的薄弱环节进行详细讲解,调整教学过程。鼓励学生在课程讨论区留言,对学习过程中产生的问题提问,同时鼓励学生对其他专业同学提出的问题回答,学生的在线上课程讨论区的发帖数量以及回答问题数都将考虑入最后形成性成绩评价。而且教师可以根据学生在讨论区的提问、课堂回答问题、在线测验情况,调整教学内容,或者重新录制视频包括学生共性的问题。

此外,对于一些程度比较好、有强烈的求知欲的同学,可以推荐一些课外的学习内容或者介绍和章节内容相关的前沿进展,如生命科学领域十大进展、以及顶级学术期刊发表最新研究成果等,将这些资料上传到在线学习平台,放到课外学习部分,供学生扩展生物化学的知识体系。

### 3 生物化学混合式教学的成绩评价

在“慕课”平台对学生学习数据进行分析,能够发现学生学习过程中的问题,然后及时调整教学过程。生物化学混合式教学的成绩考核可分为两部分,一部分是平时形成性考核成绩占 40%,一部分是期末终结性考核成绩占 60%,通过提高形成性考核在最终成绩中的比例,鼓励学生进行在线学习和自主学习,打破学生平时不学、考前突击的习惯,而是把生物化学的学习放到平时的自主学习过程,而不是靠考前突击只能获得对生物化学的短时记忆。终结性考核是学期末对学生一学期学习效果的最终考核,采用闭卷考试,试卷通过生物化学题库命题,任课教师不参与命题工作。

形成性成绩考核也分为两部分,一部分是线上成绩(占总成绩的 25%),一部分是线下成绩(占总成绩的 15%)。线上成绩包括,(1)视频:每个视频的观看进度大于 90% 才算完成;(2)测验:每个章节有一个测验,每次测验允许尝试 3 次,30 min 内完成,取最高成绩;(3)在线期末考试包括 40 道题,每题 1 分,共 40 分,需要在 60 min 内完成。线下成绩包括,(1)考勤:每旷课一次扣 1 分,每迟到、早退一次扣 0.5 分,直至扣完该项应得分为止;(2)实验报告:由任课教师根据

实验报告情况给分。

#### 4 生物化学在线课程建设中的一些问题

在生物化学在线开放课程运行过程中,教师要面临着视频更新、在线答疑、成绩统计、资料整理等,都会占用教师很多的时间和精力,而参与在线开放课程建设的教师都有很繁忙的教学和科研工作。是否应该对参与课程建设的教师在职称评审、教学工作量、教学评价、绩效奖励等方面有所体现,来激发参与生物化学在线课程建设教师的积极性,而且在线答疑,是否可以引入助教团队,以减轻教师的压力,这些问题都需要进一步讨论。

生物化学线开放课程的经费资助与其他课程(如伤寒论、医古文等)一致,但在生物化学在线开放课程的建设过程中,有些实验操作、实验动画和视频需要找专业的视频公司制作,此外视频录制和后期剪辑、以及视频更新过程中也需要专业公司的参与,这就需要在更多的经费资助。

在医学院校生物化学的教学过程中实行混合式教学,让以往传统的教学模式与基于“慕课”的在线开放教学模式有机的结合,改变了传统教学过程中满堂灌、以教师为主导的传统教学模式,实现了学生的自主学习,提高了学生发现问题、解决问题的能力,增强了学生学习的积极性,同时在网上和课堂上加强了老师和学生之间、学生与学生之间的有效交流互动。在医学院校开展基于“慕课”的生物化学混合式教学探索,是生物化学教学改革过程中一次有益尝试,也为其他课程的教学改革提供了宝贵经验。

#### 参考文献

- [1] 何克抗.从 Blending Learning 看教育技术理论的新发展[J].国家教育行政学院学报,2005(9):10-15.
- [2] 中国大学 MOOC[OL].<https://www.icourse163.org/>, 2018-9-18.
- [3] 李锋,朱蕙霞,贾惠,等.独立学院医学生物化学混合式教学探索[J].江苏科技信息,2016(30):37-38.
- [4] 郑晓珂.生物化学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2016.

(本文编辑:李海燕 本文校对:时博 收稿日期:2018-09-27)

## 伤寒金匱温病综合实训创新课程的特色与优势<sup>※</sup>

钱伟强 王敏 马晓峰\*

(天津中医药大学中医学院,天津 300193)

**摘要:**本文探讨了“伤寒金匱温病综合实训”创新课程(以下简称“综合实训”)的教学实践与特点。本课程主要以 PBL 教学方法为手段,学生以自主学习为主,教师以启发式为引导,无论在形式上还是内容上,均与传统伤寒、金匱、温病的单科教学有所不同,具有一定特色与优势。

**关键词:**三部经典;综合实训;特色与优势;中医教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.007

文章编号:1672-2779(2019)-04-0016-03

### **The Characteristics and Advantages of the Innovative Curriculum of Comprehensive Training for *Treatise on Cold Pathogenic Diseases, Synopsis of Golden Chamber and Epidemic Febrile Diseases***

QIAN Weiqiang, WANG MIN, MA Xiaofeng

(College of Traditional Chinese Medicine, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

**Abstract:** This paper discusses the teaching practice and characteristics of the innovation course of "comprehensive training of *Treatise on Cold Pathogenic Diseases, Synopsis of Golden Chamber and Epidemic Febrile Diseases*" (The following is referred to as "comprehensive training"). This course is mainly based on the method of PBL teaching, the students are based on self-study, and the teachers are guided by the heuristic. Both in form and in content, they are different from the traditional teaching of *Treatise on Cold Pathogenic Diseases, Synopsis of Golden Chamber and Epidemic Febrile Diseases*, with certain characteristics and advantages.

**Keywords:** three classics; comprehensive training; characteristics and advantages; teaching reform of traditional Chinese Medicine

近五年来,我校在中医临床基础学科三部经典的教学方面做了创新性尝试—开设了“伤寒金匱温病综合实训”课,其为中医专业长学制班的必修课。强调学生以自主学习、讨论为主,即以学生为主体,以教

师的启发式为引导,使学习者在已有基础上,自主发现问题,进而深入思考和学习,最终分析解决问题,从而达到培养学生的中医经典思维能力,以及提高经方临床运用能力的教学目标。本课程的性质属于经典提高课,所开设的“综合实训”课与传统的伤寒、金匱、温病以单门课独立教学,在形式和内容方面都有所不同。

※ 基金项目:天津市教委教育改革课题[No.C04-1005K]

\* 通讯作者:mx200679@163.com

## 1 单科教学与综合实训在形式上的比较

**1.1 单科伤寒、金匱、温病课的教学形式** 《伤寒论》<sup>[1]</sup>、《金匱要略》<sup>[2]</sup>及《温病学》<sup>[3]</sup>三门课程是连接中医基础课与临床课的桥梁,称为中医临床基础学科。通常这些课程由伤寒金匱温病三个教研室的教师在不同学期分别讲授。传统的教学方式是各门课程独立,这有利于初学经典的同学系统了解经典的内容,逐渐积累一门课的专业知识。但这种教学方式较为单一,各科之间相对缺乏联系性;另一方面,教师仅以一个授课者的角色出现,单方面向学生传授知识,学生只是被动接受者,师生互动相对受限,因此存在着一定的局限性。

**1.2 综合实训在教学形式上的特点**“伤寒金匱温病综合实训”课是我校教学改革深入开展的重要标志之一。它是在前期经典课程基础上将三科相关知识融为一炉,通过专题思考与病案学习的形式进行小组讨论,互相启发。“综合实训”课的形式特点主要有以下三方面。

**1.2.1 学生自主组织讨论** 小组学习中,同学自荐或推荐出主席、秘书及干事,分别完成全面主持,确定议题,以及记录考勤、发言的工作。自主学习确定并讨论议题,在很大程度上锻炼了小组同学的组织能力及提出问题、分析问题的能力,有利于他们的学习责任感培养。

**1.2.2 学生自主完成作业** 小组拟定议题,进行分工,课后同学自主完成“个人学习版”中的学习内容,如:(1)创作思维导图;(2)拓展病案;(3)制作PPT。这样一方面极大程度地提高了自主学习的意识,另一方面也加强了对中医三部经典的思考与理解,从而提高了动脑和动手能力。

**1.2.3 教师引讲与总结** 每次上课前全班同学先集中,教师针对当堂要学习的专题进行意义、内容框架、学习方法、参考资料等介绍,时间约15~30 min,充分发挥课堂引导者的作用;之后全班同学随机分成四组,每组8~10名,进行小组学习讨论,各组配1名小组老师,讨论过程中以倾听为主,针对同学们的模糊认知,小组老师予以适度启发,使他们不仅能够掌握知识,还学会思维方法;下课前小组老师再有针对性地作简短总结。

## 2 单科教学与综合实训在内容上的比较

**2.1 单科伤寒、金匱、温病课的教学内容** 传统伤寒、金匱、温病课程在授课内容上分别以一本教材为主,从绪言到各论,进行逐篇、逐节、逐条文讲解。形成了教师主讲条文,学生理解条文、课后背诵,期末笔试的方式。由于各科内容独立,教师对三科相关知识的引导不足,加之同学是首次学习这些经典,关注点基本放在对原文背诵、理解和应对考试上,因而,师生均对于伤寒、金匱、温病三部经典的内在联系思考不够,缺乏三科的横向相关性学习,日后临床应用,势必具有一定局限性。

**2.2 综合实训在教学内容上的特点**“综合实训”在内容上较传统单科伤寒、金匱、温病课程相比,是在此基础上得到了升华。通过横向学习三部经典来提高中医水平,这种学习方法培养了一代名老中医<sup>[4]</sup>。“综合实训”通过专题讨论与病案学习相结合,最终使学生学会了善于发现问题、思考问题和解决问题。

**2.2.1 综合实训设专题讨论**“综合实训”设“思考经典”专题为伊始,目的是引发同学的思考,加强学生对三部经典内涵联系的理解。

(1) 课前调查。首先给同学发放课前问卷:①你认为伤寒、金匱、温病有相关性吗?开展三科的综合实训有意义吗?②在既往经典学习中,你认为哪一门最难把握?学习中最大的困难是什么?③通过参加本次课程学习,你最希望收获什么?有什么良好建议?此问卷目的在于要有的放矢地开展综合实训教学。

根据问卷反馈统计,大致有以下几点初步认知:①绝大多数同学认为三部经典之间具有相关性,都涉及理法方药,都能指导临床实践;开设综合实训课很有意义,可以使同学们对这三门课程融会贯通,横向对比,加深理解,学会经典的辨治思路;②大部分同学认为伤寒最难掌握,原文背诵、理解困难,临床也不会运用;③小组同学普遍渴望获得中医三部经典与中医临床相结合的能力,如,通过更多的病案,从临床反向来学经典。同时建议依靠小组这个团体,互抒己见,共同进步。老师推荐理解经典的书籍,化解学习难解之处,在头脑中形成一个完整框架体系,最后实现三部经典的综合把握和运用。

(2) 小组讨论。设立“思考经典”专题的目的是,使同学们充分发散思维,而后确定议题,进行课后自主学习。以笔者所在一班一组进行讨论后,他们提出以下议题:①三部经典的历史源流是什么?②学习经典当从何起始?③如何学习三部经典条文?④三部经典在方药上有哪些联系?⑤如何运用经典中的治法方药指导当今临床?等等。

(3) 小组交流。同学们课上讨论集思广益,课后独立完成个人议题,以本组某同学“学习经典当从何起始”议题为例,在第二次回课交流时他谈到:《伤寒论》作为中医学经典,率先构造了完整的理法方药体系;而温病为后世医家在伤寒的基础上,延续了“条文加方药”的形式,拓展了外感温热疾病的内容,故学习经典还是当以伤寒为主。另一位同学就“如何学习三部经典条文”一题谈到:首先要理解条文,可将病因病机的条文和方证的条文分类背诵,同时根据艾宾浩斯记忆曲线,要有计划地及时反复记忆;其次,要格外注意经方的加减用法;最后,在学习过程中注意前后联系,相互比较。总

之,同学们通过“思考经典”专题讨论,充分了解了三部经典中的理法方药,以及历史渊源,从而强化了中医思维方式的形成。

“感悟少阳”是本课程的另一个专题。以伤寒半表半里证为主线,使学生回归三部经典:①通过对伤寒邪结协下之柴胡证、胆火内郁之少阳病的讨论,深入学习了少阳层面的证法方药;②学习温病的气机阻滞之邪留三焦证、湿热阻滞之膜原证,掌握了半表半里的膜原<sup>[5]</sup>;③而在金匱杂病所谓的半表半里层面可理解为:中风病的邪在于经,肝着、肾着,四饮中的溢饮,水气病中的皮水、黄汗,产后病郁冒,妇人热入血室等。从而加深了对三科不同病证表里浅深层次、感邪轻重以及选方用药规律的感悟。

**2.2.2 综合实训设病案讨论** 在完成“思考经典”第一专题讨论后,“综合实训”课相继以多个病案形式综合呈现了伤寒、金匱、温病的主要知识点。所设病案为全体教师提前教研备课的结晶,筛选名家验案,联系三科相关知识,病案总体分为三大版块:①以伤寒为主线设:太阳病的“痉病案”<sup>[6]</sup>,阳明病的“三急下案”<sup>[7]</sup>;②以温病为主线设:湿热类的“冰伏案”,温热类的“少阴温病案”;③以金匱为主线设:气分病的“胸痹虚实案”,水分病的“痰饮咳喘案”,以及血分病的“水血内结案”。这些病案不仅较系统地展现了三部经典的理论框架,而且每一案的不同病因病机、证候特点,都蕴含着病证辨识,以及治法、方药的选择。

**2.2.3 综合实训设过程性评价** 所谓过程性评价,是一种在课程实施的过程中对学生的评价的方式进行评价的方式<sup>[8]</sup>。这种评价方式采取目标与过程并重的价值取向,对学习的动机效果、过程以及与学习密切相关的非智力因素进行全面的综合评价。我们采用的方式有“生自评、生评生、师评生”,最后还有“生评师”。具体评价指标有:出勤占20%(18周),课堂发言占40%(18周),课后作业占30%(伤寒1次、金匱1次、温病1次),百条原文背诵竞赛(必答题和抢答题)占10%。学生在此过程中,不是被动的评价对象,而是评价主体和客体的整合,即在学习过程中不断进行反馈,从而使学习得到不断地优化,师生共同构建了“综合实训”的评价体系。

总之,“综合实训”通过专题讨论与病案讨论,能够发散思维,灵活变通,有利于学生掌握三部经典的精华;通过原文背诵竞赛进一步夯实经典基础,同时也锻炼了大家的思维反映能力和语言表达能力。提高了中医理论修养,使之对经典核心内涵熟记于心,为今后临床打下良好基础。

### 3 总结与展望

“伤寒金匱温病综合实训”为期18周,共36学

时,9大单元,开设了2个专题、9个病案。学期结课时,我们对学生的动脑、动手、动口及协作能力作了问卷,设为“明显提高、略有提高、没有提高”三级。其结果显示,同学们的“发现病案信息能力,提出议题与拟定目标能力,综合辨析能力,搜集、整合资料提炼结论能力,有力表达个人见解、恰当质疑反驳、善于反思和自我修正”等10方面能力,80%以上得到明显提高。对于课程设置从“总学时数,专题设立,病案例数,内容,小组讨论,全班交流形式,教师启发引导,评价比例”8方面也作了问卷,分为“较多、适中、较少”三级,结果表明,75%同学认为适中,较为满意。

总之,我校开展的“综合实训”创新课,将以往传统单科伤寒、金匱、温病课程的精华进行提炼,三者有机结合学习,有利于对中医经典的横向联系,将相关内容融会贯通、温故知新<sup>[9]</sup>。“综合实训”注重三部经典整体框架的传授,注重学生自主学习各种能力的培养,倡导“点线面”学习方式,结合“病证症,法方药”,从一个病案发散学习,再回归三部经典,掌握其中的精华,夯实基础,从而学会临证鉴别诊断、合理立法和精选处方。在“综合实训”中,教师的角色不仅是过程的设计者、课堂的引导者,三科综合教学者,还是执行的监督者与效果的评价者<sup>[10]</sup>。这对于中医临床基础学科的建设,也具有十分重要的意义。

当今形势下,人才培养不仅仅是传授知识,而且更注重能力提升和情感态度的投入,中医教学改革倍受关注,仍在不断探索中。期待着“综合实训”课的教学形式和内容更加完善,适用面更广,不断发展,更好地发挥中医经典的传承作用。

### 参考文献

- [1] 王庆国. 伤寒论讲义[M]. 北京:高等教育出版社,2012.
- [2] 张仲景. 金匱要略[M]. 范永生. 北京:中国中医药出版社,2015.
- [3] 马健,杨宇. 温病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [4] 周凤梧,张奇文,丛林. 名老中医之路(第二辑)[M]. 济南:山东科学技术出版社,1982.
- [5] 温玉,陈思茵,马晓峰. 伤寒温病之半表半里证探析[J]. 四川中医, 2015,33(1):16-18.
- [6] 马晓峰,郝征,常淑卿,等. “伤寒金匱温病综合实训课”的教学实践与研究[J]. 天津中医药大学学报,2015,34(1):45-47.
- [7] 胡玥,马晓峰. 基于病案的“伤寒金匱温病综合实训课”临床思维培养[J]. 中国中医药信息杂志,2015,22(8):121-123.
- [8] 冯磊,吴静,郭敏辰,等. 过程性评价体系在医学生物化学教学中的构建与应用[J]. 基础医学教育,2016,18(12):970-972.
- [9] 张再良. 中医临床经典概要[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:7-8.
- [10] 郝征,马晓峰. 谈“伤寒金匱温病综合实训课”教学团队的建设[J]. 中药管理杂志,2015,23(6):33-35.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郝征 收稿日期:2018-09-11)

# 从语言教学到文化育人<sup>※</sup>

## ——中医药专业人才跨文化外语交际能力培养模式的新思考

陈立群

(广西中医药大学外语部,广西壮族自治区 南宁 530200)

**摘要:**本文从文化育人的角度,以提高中医药专业人才跨文化外语交际能力为目标,从广西中医药大学外语教学现状出发,探讨把大学外语教育与中医药传统特色文化相融合的教学模式。提出大学外语教学应加强专业特色与母语文化的融入教育,增加中医药笔译与口语教学的权重;同时将中国传统文化课列为公共基础课,让学生在提升语言能力的同时,加深对中国文化的认知,树立母语文化自信,从而提高跨文化交际能力。

**关键词:**文化育人;中医药专业人才;跨文化外语交际能力;国际交流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.008

文章编号:1672-2779(2019)-04-0019-02

### From Language Teaching to Cultural Education

### --A New Study on the Cultivation Model of Cross-cultural Foreign Language Communication Skills of Chinese Medicine Professionals

CHEN Liqun

(Department of Foreign Language, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530200, China)

**Abstract:** Starting from the current situation of foreign language teaching in our university, this study aims to improve the intercultural and foreign language communication ability of Chinese medicine professionals under the idea of cultural education. This paper discusses the teaching mode of integrating the university foreign language education with Chinese medicine characteristic culture. It proposes that foreign language teaching should attach more importance to the integration of native language culture into professional characteristics education, and the weight of Chinese medicine translation and oral English teaching should be increased as well. Moreover, the Chinese culture course should be listed as the public basic course. By doing these, students can deepen their understanding of Chinese culture through language learning, build their confidence in the culture of their mother tongue, and improve their intercultural communication skills.

**Keywords:** cultural education; Chinese medicine professionals; cross-cultural foreign language communication skills; intercultural communication

随着中国社会经济的发展和综合国力的提升,世界范围内的中国话语权日渐增强。外语是中西文化思想碰撞激烈的学科,如何让中医药专业学生在学习外语的同时,将大学外语教育与中医药传统特色文化结合起来,坚定文化自信,让学生在提升语言能力的同时,树立母语文化自信,是当前文化育人和文化传播的研究热点问题。本文正是研究如何将大学英语这门语言与中国传统文化密切结合的意识形态课程做为高校重要的育人阵地,提高中医药专业人才跨文化交际能力,并期待能对其他高校同行提供思考和借鉴。

### 1 文化育人的概念及研究现状

文化是一个民族最基本的象征,育人是教育最根本的任务。前教育部部长袁贵仁在大学文化研究与发展中心成立大会上提出:“大学的教育教学过程实质上是一个有目的、有计划的文化过程。所谓教书育人、管理育人、服务育人、环境育人,说到底都是文化育人”<sup>[1-2]</sup>。可见,文化育人是大学科学实施素质教育的重要职责和

必要途径。

国内学者的相关研究比较集中3大研究方向:外语课程与母语文化育人结合的研究;大学文化育人的功能、模式和路径研究;国家文化利益与语言教学安全和政策研究。通过对相关文献梳理发现:从研究方法来看,基于实证研究的现状调查分析偏少,理论研究居多;从研究平台或模式来看,现有文化育人视角研究大多以德育(思政)课为主阵地,将母语文化与外语教学相结合的研究尤为不足;从研究视角来看,主要体现在文化意识形态、国家文化利益和安全、母语文化重要性等。因此,目前高校外语课程中,文化育人与课程结合较少,结合的意识不强,中国传统文化教育缺失的现象比较普遍,广西高校的研究还属于起步阶段,大学外语学科以课程为平台的文化育人模式的研究成果匮乏。中医药文化是我国传统文化的瑰宝,中医药专业人才的培养离不开传统文化的教育,因此,中医药大学应该成为文化与专业结合的重要阵地,将语言教学文化与文化育人相结合是中医药专业大学外语课程的重要任务。

### 2 教学现状

高校大学英语教学改革已经推行了多年,各种教学

※ 基金项目:广西中医药大学课程思政教学改革重点项目[No. 0501802432]

模式、教学法的推广层出不穷。各高校大力开展“以学生为中心”的教育思想大讨论,引导全校教师转变教育观念,积极开展教学改革,改革初见成效,然而,在改革过程中,有的老问题犹如顽疾依然存在,新的问题也不断出现,而且具有一定的普遍性。

**2.1 外语教学模式单一性 教师讲授式和灌输式占主导地位** 根据笔者2017年对包括我校在内的广西7所高校六个专业班级进行的网路问卷调查,调查结果显示,目前大学英语教师采用的主要教学方法中,学生认为教师采用讨论式、启发式教学模式的还不到半数,约占44.81% 大部分课堂教学模式属于以教师为主导的灌输式,学生课堂活动参与度很低。

**2.2 外语教学功能单一性 单纯空洞的纯语言学习的教学普遍存在** 有的语言教学脱离了文化,恰如无源之水,课堂教学十分枯燥;有的课堂一味地强调西方文化,致使母语文化在外语教学中经常被忽视,母语文化失语现象比较普遍。目前在大学课程中,依托课程的“育人”观念意识不强。教师普遍把照本宣科和批改作业,视为教学育人的全部内涵,这实际上是对教学育人的狭隘理解。要改变以上困境,将外语教学与中国文化元素结合,不失为一条值得探讨的路径。

**2.3 跨文化知识外语课程结合不够 不能满足大学生对跨文化交际能力提升的需求** 外语是中西文化思想碰撞激烈的学科,对不同文化的理解和适应,是跨文化交际能力的重要体现。2018年初笔者在针对“中外合作办学效果学生满意度的调查”中发现,超过80%的学生认为“跨文化交际能力的培养对未来职业发展方向的影响力”非常重要,47%以上的学生感到“在课堂中把跨文化能力与思辨能力培养相结合的课程”不多,31%学生觉得“目前的外语课程中关于跨文化学习的内容”只是偶尔涉及。可以推测,其他不涉及专业的教学现状情况只会更加堪忧。

(4) 课程结构显得单薄,课程设置缺乏连贯性。体现在学生英语学习的断线、专业与外语结合的跨学科特色课程严重不足。目前我校一年级的大学英语课程是必修课,二年级的英语课程改为选修课。由于没有对外语课程学分的要求,二年级后,大多数专业的学生基本不用选择再学英语,医学专业英语课更是少之又少。此外,有跨文化特色的公选课也寥寥无几,不能更好地体现中医药专业国际化人才培养的目标。

#### 4 讨论与建议

《中共中央国务院关于进一步加强和改进大学生思想政治教育的意见》指出:“所有教师都负有育人职责”,“要把思想政治教育融入到大学生专业学习的各个环节,渗透到教学、科研和社会服务各方面。”在新形势下迫切需要拓展外语教学的功能,拓宽教学育人的领域,适量增加院校特色课程,提高国际化人才培养的质量。

**4.1 对课程结构进行改革 构建专业+文化的课程育人体系** 构建“语言技能教育+中外文化精髓+多学科专业知识”的课程模式,拓展大学英语的教学功能,提高学生学习的兴趣,满足人才培养的目标。建议增加中医药笔译与口语教学的权重,增加专业外语等有专业特色的跨学科课程;将中国传统文化课列为公共基础课,增设与跨文化相关的课程;从而使得课程结构丰满起来,学生的知识结构丰富起来。

**4.2 对教学模式进行改革 构建“三结合”的多渠道教学途径** 从教学内容到授课方式进行改革,构建“课堂与课外结合”“语言与文化结合”“专业与外语结合”的大学外语育人路径。

其一、将课程与文化结合,达到课程思政育人目的。在课程各章节知识点的内容中,挖掘和提炼教学内容的中国传统文化元素,如感恩、孝道、诚信等元素,在语言学习教学中融入中国优秀传统文化的精髓,传播中华文化,帮助学生树立母语文化自信,从而树立正确的价值观和意识形态。

其二、将课堂讲授与学生讨论相结合。以学生为中心,采用案例教学法,通过让学生讲故事、看视频、写感受等教学环节的设计,提高学生课堂学习的兴趣和参与度,改变单一的灌输式的教学模式。

其三、将课堂育人与课外实践育人渠道相结合<sup>[3]</sup>。围绕课程主题,采用任务教学法,将教育的成果最终落实到学生的实践行为。通过鼓励学生假期海外游学、布置课外社会实践活动,引导学生踏入社会,提升职业认同感和责任感,提高学生的社会实践能力和跨文化交流的能力。

#### 5 结语

课程与文化是教育模式所带来的新机遇与新挑战。外语学科要充分发现与挖掘课程育人的优势,改进大学英语教学以语言技能训练为主的单一功能,进一步提升大学英语教学的成效,就必须加强外语课程育人理念意识,明确中医药专业人才培养目标,探讨把大学外语教育与中医药传统特色文化相融合的教学模式,提高中医药专业人才跨文化外语交际能力,让学生在提升语言能力的同时,加深对中国文化的认知,树立母语文化自信<sup>[4]</sup>,从而提高跨文化交际能力,促进大学生综合素质教育的全面发展。

#### 参考文献

- [1] 朱永坤.从“文化素质教育”到“文化育人”:高校全面教育理念的发展[J].教育评论,2016(3):39-42.
- [2] 袁贵仁.加强大学文化研究,推进大学文化建设[J].中国大学教学,2002(10):4.
- [3] 任雅才.文化育人理念融入大学暑期社会实践的模式[J].高校辅导员,2014(2):11-14.
- [4] 纪秀生,索燕华.全球化视域下中国母语认同的重塑[J].华侨大学学报(哲学社会科学版),2016(6):65-73.

(本文编辑:李海燕 本文校对:方宝 收稿日期:2018-09-29)

# 中医院校学术型研究生培养的现状思考<sup>※</sup>

郭 杨<sup>1,2</sup> 潘娅岚<sup>1</sup> 马 勇<sup>1,2\*</sup> 黄桂成<sup>1,2</sup> 司马川秀<sup>3</sup>

(1 南京中医药大学第一临床医学院,江苏 南京 210023;2 南京中医药大学附属医院骨伤科,江苏 南京 210029;  
3 南京中医药大学现代教育技术中心,江苏 南京 210023)

**摘要:**在医教协同发展的大环境下,学术型研究生是中医药专业基础研究的主力军,目前各中医院校对学术型研究生的培养方案不尽相同。本文通过分析中医类专业学术型研究生的培养现状与部分院校的改革探索,提出了一些系统改进培养模式的思路和设想,以期为进一步提高中医学术型研究生质量提供参考。

**关键词:**研究生教育;学术型;创新思维;培养方案

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.009

文章编号:1672-2779(2019)-04-0021-03

## The Present Situation and Reflection on the Cultivation of Academic Postgraduates in Colleges of Traditional Chinese Medicine

GUO Yang<sup>1,2</sup>, PAN Yalan<sup>1</sup>, MA Yong<sup>1,2\*</sup>, HUANG Guicheng<sup>1,2</sup>, SIMA Chuanxiu<sup>3</sup>

(1. The First Clinical Medical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China;

2. Department of Orthopedics and Traumatology, the Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China;

3, Modern Education Technology Center, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

**Abstract:** Academic postgraduates are the main force of scientific researches for Chinese medicine under the circumstances of the "medical and educational coordination". Presently, the training mode varies in different universities and colleges. In this article, we analyzed the present situation of education and the reform in some universities and colleges, and put forward some ideas for reforming the academic postgraduate training mode systematically, in order to provide reference to improve the quality of TCM academic postgraduates.

**Keywords:** postgraduate education; academic type; innovative thinking; training mode

中医药学有着悠久的历史 and 深刻的文化特征,发挥中医药的优势和特色,提高中医药课程的教学质量,是中医药教育的基本任务。2015年10月,中国科学家屠呦呦先生荣获诺贝尔生理学或医学奖,激励我们所有中医药人不断提高自身的科研素质。研究生教育作为中医高等教育的重要组成部分,是提高国力和国际竞争力的主要途径,而学术型研究生是中医药专业基础研究的主力军,因此优化中医药类学术型研究生的培养模式,有利于改善中医药科研水平,提高中医药科研人才的素质。笔者通过分析目前中医学学术型研究生培养的现状与存在的问题,寻求合理的改革对策,以期进一步提高研究生质量提供参考。

### 1 中医院校学术型研究生培养与探索现状

现代医学研究生教育分为学术学位和专业学位两种类型,随着中医专业学位研究生培养并轨住院医师规范化培训,针对作为中医科研的生力军和后备力量的学术学位研究生,又该采用怎样的培养模式以提高科研思维和科研能力?

**1.1 中医院校学术型研究生培养普遍存在的问题** 刘铜华等<sup>[1]</sup>回顾了中医研究所教育38年发展以来的各个阶段,认为目前中医学学术型研究生教育在招生、培养模式、社会需求、学生管理和学位论文质量等方面都存在一定的缺陷。

**1.1.1 招生与培养方案** 研究显示,从2014年全面推行中医临床规培教育以来,中医院校的学术型研究生数量正在逐年递减,且在培养质量上也呈下降趋势<sup>[2]</sup>。优秀的中医学本科生更倾向于攻读专业型学位,直接影响了学术型研究生的学术创新与学科的学术发展。此外,与西医院校和专业相比,中医类院校专业在规划学术型研究生培养方案时,尚存在实验课程开设不足、导师课题有限、科研资源缺乏等问题<sup>[3]</sup>,尽管中医临床型研究生的培养已并轨住院医师规范化培训,但大多院校并未很好地区别学术型研究生与临床型研究生的培养方案,以及学术型研究生与临床规范化培训的衔接,很多中医学学术型研究生培养方案中只注重了实验技能的培训但完全没有临床基本技能,因而无法真正培养出服务于中医的科研人才。

**1.1.2 科研思维与能力培养** 大多研究生本科阶段没有参与科研项目的经历,同时还有部分学生对中医药的文化缺乏自信和价值认同。这致使有的研究生不注重自身科研思维的培养,习惯被动接受导师的任务安排,主动参与度低;有的专注于实验技术,结果只锻炼了动手操作

<sup>※</sup> 基金项目:江苏省品牌专业建设资助项目【No.PPZY2015A068】;江苏高校“青蓝工程”资助项目【No.苏教师[2018]12号】;南京中医药大学中医学品牌专业建设教学改革研究重点课题【No.NZYZYXP-PJG2017-05】

\* 通讯作者:zhongyi-my@263.net

能力而缺乏创新科研思维；还有的研究生认为中医是纯临床学科，于是选题照搬西医的科研思路，最终导致了为研究而研究，很难转化到中医临床。这导致了研究生毕业脱离导师团队后，不少都无法独立进行科学问题的探索——即发现问题、分析问题、解决问题，或只能模仿已有的研究模式和方案，缺乏原创性和创新性，无法体现出来源于临床的、具有中医药特色的科研思维。

**1.1.3 学生管理与学位论文** 目前研究生的普遍管理是“导师负责制”，然而，目前学术型研究生导师相当一部分仍是临床医生，他们的大部分时间需要在临床处理病人和带教专业型研究生，这导致了学术型研究生和导师接触的时间有限，如果学生不能主动安排自己的学习进度并及时与导师汇报沟通，则势必导致导师不了解学生动向，形成“放养”的局面。近年来，学术廉洁已经成为高校科研工作的重点关注问题<sup>[4]</sup>，研究生正处在科研工作的起步阶段，因此更应树立严谨求实的科研态度，对学位论文的考察除了关注论文自身的科学意义和创新性外，不可忽视对其原始资料的记录以及文献的科学引用等加强督导。

**1.2 中医院校学术型研究生培养探索改革** 面对各种各样不尽如人意的现状，在医教协同新时代的研究生教育过程中，中医药教育者应不断更新教育观念，探索更优质的培养模式，以面对中医药科研蓬勃发展的新时代。

目前已有不少院校针对中医类专业开展了学术型研究生培养模式的改革实践，取得了一定的成效，如山东中医药大学提出“精研中医经典、博学传统文化”以培养中医创新思维的对策，结合跟师培养临床辨证思维，扎实学术型研究生的中医功底<sup>[5]</sup>；北京中医药大学成立了研究生创新与发展中心，并基于该中心开展学术沙龙，既传承了名中医的思想，同时又为研究生提供了实践的平台<sup>[6]</sup>；广州中医药大学以“增强研究生学术与研究素养”为核心进行的探索，改革课程设置，优化授课方式，定期举办研讨会、学术论坛等活动，以提升学术型研究生的综合素质<sup>[7]</sup>；南京中医药大学采用“研究生培养小组负责制”，以导师为主要负责人，配合科研指导老师、临床指导老师等，分工管理培养学术型研究生，全面提升研究生的科研素养<sup>[8]</sup>。

## 2 中医院校学术型研究生培养模式改革对策

我们在医教协同发展的大环境下，通过多年的学术研究生的带教实践，结合本校及兄弟院校在培养中的探索经验，思考总结，对中医专业学术型研究生教改提出了如下的培养思路——以构建学术平台，强化学科、导师队伍为基础，完善研究生培养方案，并建立系统规范的研究生培训和考核制度；在此基础上通过学术沙龙、讲座等形式建设开放的、创新的学术环境，以带动和增强研究生学术和研究素养的形成。

**2.1 遵循人才成长规律 调整优化培养方案** 与现代医学不同，中医学是传统文化积淀下的实践医学，因此各大中医院校首先应积极营造富有中医药特色的校园文化，全面引导学生增强对中医药的文化自信和价值认同。同时，中医学既包含丰富的基础理论，又离不开扎实的临床技能，高质量的中医学学术型研究生的培养，不仅要继承与创新并重，更要基础与临床并重<sup>[9]</sup>，而不是完全脱离临床的现代科学实验。纵观中医人才的成长规律，我们发现，传承流派在中医人才成长和学术观的形成过程中，发挥了重要的作用。即使是学术型研究生，也应该保证一定的跟师临床实践的时间，一方面可以深度挖掘导师或导师指定传承人的临证经验，另一方面学术可以通过临证的体会和感受，寻找自己感兴趣或适合自己的科学问题。在此基础上，导师再安排有针对性的科研能力和思维的培养，形成个性化的研究生培养方案，以便学生更好地进行独立的探索和实践。

**2.2 实施学生自我管理 建立考核制度规范** 学生是学习的主体，研究生更应具备自我学习、自我管理的能力。但在学生自我管理的过程中，还应配合健全的考核制度，例如课题组定期开会，由研究生汇报学习情况或实验进度，导师根据学生的具体学习进度布置任务，并对学生的汇报表现和任务完成情况做出考核评价；另外还应建立研究生个人学术征信体系<sup>[4]</sup>，从学生阶段强调学术廉洁与诚信，以保证学术论文的原创性、提高成果的科学价值。

**2.3 构建创新学术平台 强化学科导师队伍** 研究生本人作为创新能力培养的主体，除了个人能力的培养和自我管理之外，还需要所在学校或学科提供的专业学术平台的支撑，以及导师个性化教学的启发和解惑。学术平台的建设体现在三个方面：第一，教学平台，针对文献检索、科研设计、数据统计等公共科研技能，采用多种教学方式集中授课；第二，互动平台，针对不同专业方向的特点和发展近况，采用专题讲座、学术沙龙等形式交流解惑；第三，实验平台，除了针对实验操作技能和实验室安全等内容采用专职科研老师集中系统培训外，还应为老师和学生提供尽可能先进的仪器设备和研究空间，以及和校外机构共享研究资源的便利。师资力量应当与学术平台配套，针对学术型研究生可采用“双导师”或“导师指导小组”的形式，指导小组内必须有具备丰富的专业知识储备的资深老师和具备创新科研的能力的年轻教师，并让学生适当的参与到导师队伍的课题申报、结题等工作中，方可以通过启发式教学、基于问题的教学、微课、慕课等多媒体的教学方法，引导学生自主学习、独立思考，有针对性的培养学生的创造力。

## 3 结语

在医教协同趋势下，如何按照十九大报告“坚持中

西医并重,传承发展中医药事业”的要求,引导学生热爱中医药、增强自信心,培养研究生的创新能力,同时又不背离中医人才的发展规律,是中医学术型研究生培养改革的关键。目前各大院校围绕中医类研究生培养的改革都有各自创新的尝试,也给了我们不少启发,学校不仅应注重对学生实践能力的培养,更应强化中医药特色的校园文化、强调以创新型科研人才为培养目标的培养模式,加快完善与之配套的平台建设,方能真正提高祖国医学的科研水平,培养出高层次的中医药科研人才。

#### 参考文献

- [1] 刘铜华,唐继卫,孟闫燕,等.我国中医学位与研究生教育38年回顾与发展对策[J].中医教育,2016,35(3):54-59,64.
- [2] 司富春.关于进一步加强我国中医基础类研究生教育的思考[J].教育与职业,2016,870(14):30-31.
- [3] 贾永森,杜晨光,曹慧娟,等.“医教协同”背景下中医学术型研究生

培养模式现状及改革对策[J].中国民族民间医药,2016,25(11):141-142,145.

- [4] 范晓强,易耀森.高等中医院校研究生学术廉洁文化调查与建设路径探究——以福建中医药大学为例[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2015,17(1):6-8.
- [5] 张庆祥,相光鑫.中医学术型研究生创新能力不足的对策探析[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(22):45-47.
- [6] 申子龙,肖永华,王世东,等.学术沙龙在中医研究生教育中的实践与思考[J].现代中医临床,2014,21(3):47-49.
- [7] 黄纯美,樊粤光,方熙茹,等.中医院校临床医学学术学位硕士研究生培养模式研究[J].西北医学教育,2014,22(1):64-66,81.
- [8] 傅淑平,朱冰梅,卢圣锋,等.科研型中医专业研究生培养现状及思考[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(23):74-77.
- [9] 赵瑞宝,张世霞,吴晋英.中医研究生教育如何遵循中医人才成长规律的思考[J].光明中医,2016,31(6):892-894.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王健伟 收稿日期:2018-09-18)

## 微信即时通讯平台在中医内科学课堂教学中的运用<sup>※</sup>

韩佳瑞<sup>1</sup> 左振魁<sup>2</sup> 庞欣欣<sup>2\*</sup> 张玉峰<sup>1</sup> 张文宗<sup>1</sup>

(1 河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450002;2 河南省中医院肾病科,河南 郑州 450002)

**摘要:**中医内科学作为中医临床课程的主干,在中医教学中占有极其重要的地位,如何提高中医内科学教学效果也是中医教师一直探索研究的内容。随着科技的迅猛发展,信息技术已经不断融入到教学中。本文从微信即时通讯平台在中医内科学课堂教学中应用的可能性、优越性及其课堂教学实践方面,探讨了新的信息技术的应用对于中医教学效果的提高。

**关键词:**中医内科学;教学法;微信;信息技术

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.010

文章编号:1672-2779(2019)-04-0023-03

### The Application of WeChat Instant Messaging Platform in the Classroom Teaching of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

HAN Jiarui<sup>1</sup>, ZUO Zhenkui<sup>2</sup>, Pang Xinxin<sup>2</sup>, ZHANG Yufeng<sup>1</sup>, ZHANG Wenzong<sup>1</sup>

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

2. Nephrology Department, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

**Abstract:** The internal medicine of traditional Chinese medicine, as the main part of TCM clinical course, occupies a very important position in traditional Chinese medicine teaching. How to improve the teaching effect of internal medicine of traditional Chinese medicine is also the content of traditional Chinese medicine teachers. With the rapid development of science and technology, information technology has been integrated into the teaching. This paper discusses the application of new information technology to improve the teaching effect of traditional Chinese medicine from the micro channel instant messaging platform in internal medicine of traditional Chinese medicine teaching in the application of the possibility, superiority and classroom teaching practice.

**Keywords:** internal medicine of traditional Chinese medicine; teaching method; WeChat; information technology

中医学是富有中国文化特色的医学,是中华民族在长期医疗、生活实践中,积累总结而成的具有特色理论和丰富诊疗经验的医学体系。中医学数千年丰富临床经验的积淀以及显著的临床疗效,使其经历了历史的沧桑

巨变,依然独立于世界医学之林,这也是中医的独特魅力所在。注重高水平中医临床人才的培养是21世纪中医临床医学发展的重中之重,是继承和发展中医临床优势的根本。中医内科学是中医学的主干课程,是基础理论联系临床实践的桥梁,是中医临床各科的基础,因此在中医临床教学中占有极其重要的地位。如何提高中医内科学教学效果也是中医教师一直探索研究的内容。

#### 1 教学效果的影响因素分析

1.1 学生的主观能动性 医学类专业一直是高考中的热门

※ 基金项目:河南省教育科学“十二五”规划课题【No.[2014]-JKGHC-0096】;河南中医药大学教育教学改革研究立项重点项目【No.2017JX31】

\* 通讯作者:doctorpang@aliyun.com

专业,有研究表明,高校招生中几类专业报考人数与录取计划的平均百分比分别为:政法类 439%、财经类 186%、医学类 150%、师范类 91%、农林类 54%<sup>[1]</sup>。虽然绝大多数高中生在填报高考志愿时选择专业主要是根据自己的兴趣,然而对于选择医学专业有它职业的特殊性,需要具备高水平的专业知识以外,更需要具有高尚的职业道德。对于选择医学专业的学生需要在学习过程中,不断深化对于“救死扶伤”、“健康所系、性命相托”的职业誓言的理解,将其作为终生的职业信念和追求。近年来,但医患关系紧张事件时有发生,成为当今社会高度关注的热点问题<sup>[2]</sup>。暴力伤医事件屡屡发生,高达 42.3% 重点高中的学生表示暴力伤医事件影响了他们对医学类专业的选择<sup>[3]</sup>,超过 1/3 的医学生对从事医疗职业的态度有所动摇<sup>[4]</sup>。如何能让学生不受不利环境的干扰,增强职业自信心?作为一门中医临床的主干课程,在中医内科学课堂教学中应尽可能结合较多的生动的临床实案,从大量的新鲜临床病例中,给学生提供最新的知识,让学生们能够感知中医的临床疗效,这样才能更加生动,有吸引力,才能增进学生对中医的信心。

**1.2 教学内容的生动性** 中医内科学虽然与中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学等中医基础课程密切联系,但它也具有自己的独特理论体系。引领学生从中医基础理论的学习顺利跨到中医临床课程的学习中,改变中医内科学的枯燥乏味,使其变得更生动形象,增加学生学习的主动性。中医形成于几千年前,中医学语表达大多较为晦涩繁杂,不利于学生理解掌握。因此,应将语言从繁到简,使其更为通俗易懂。中医内科学是临床课程,典型病案的融入,能够更好地使课堂教学更为生动,增强学生的学习兴趣。目前,多媒体教学已经广泛运用于中医内科学的课堂教学中,使教学更为图文并茂,生动有趣。但是,这些手段仍不能很好的增加教学期间的充分互动,促进教学相互交流。

## 2 与时俱进 应用微信即时通讯平台进一步提高教学效果

**2.1 微信即时通讯平台在教学中运用的可行性** 随着时代的不断发展,科技不断进步,我们已经进入了一个全球化信息互联的时代,截止 2014 年 3 月底,我国移动互联网用户总数达到 8.5 亿户,手机上网用户达 8.15 亿户<sup>[5]</sup>。随着智能手机的普及,腾讯公司于 2011 年推出了新款免费的即时通讯服务软件—微信,其具有信息表现形式多种多样,可即时收发短信、视频、图片、文字。微信群功能给多人聊天提供一个很好的交流平台,可以实现文字、影像信息(图片、视频)以及网址等资源的共享。目前,该软件已加入实时对讲机、视频通话功能,以及社交插件如“朋友圈”“公众平台”“语音记事本”“漂流瓶”“摇一摇”。由于目前网络费用较为低廉,且微信软件免费,并可以即时互动,人们通过微信的传播与交流

变得更加简易化、现实化、新鲜化、紧密化<sup>[6]</sup>。微信有着强大的群众基础,目前应用群体已经突破 5 亿。微信在大学生中应用相当普遍,因此使得在中医教学中应用微信即时通讯平台成为可能。

## 2.2 微信即时通讯平台在教学中运用的优势

**2.2.1 促教学内容即时共享 增进师生互动 利于教学反馈** 互动式教学是指在教学中教与学双方的交流、探讨,通过理性说服甚至辩论,激发教学双方的主动性,拓展创造性思维,以达到提高教学效果的一种教学方式<sup>[7,8]</sup>。在目前中医内科学的课堂教学中,虽然尽可能的增加师生互动的机会,但由于时间及空间的相对限制,实施效果欠佳。微信的应用突破了上述限制,对于可随时随地进行师生互动,有利于从灌输式的教学模式向自由式的教学模式进行转变。同时也有利于进行教学反馈,成为了课堂教学的补充和延伸。通过微信交流,也强化了师生感情<sup>[9]</sup>,可以在相互交流学习中,碰撞出学术的火花,增进教与学的主动性,也可以了解到学生的各自特点,有利于因材施教。

**2.2.2 使移动学习成为可能** 随着经济的快速发展,竞争压力不断增大,大学生也面临着来自各方面的压力<sup>[10]</sup>。在大学生们的各种心理压力中,学习压力又是影响最大的,较非医学专业,医学生学习压力更大<sup>[11-12]</sup>。通过提高学习效率,可以从另一途径减轻学生的学习压力。微信软件可以安装在手机及平板电脑移动电子设备上,教师可以根据教学需要将宜用利用碎片化时间学习的相关知识发到微信即时通讯平台,这也更加增进了学生们对于时间的充分利用,提高学习效率。

## 3 微信即时通讯平台在中医内科学教学中的实际应用

**3.1 微信即时通讯平台在课堂教学前的应用** 在教学前,预先以年级为单位建立微信群,邀请同学及任课老师进入该微信群。在课堂教学前,将教学中所涉及基础理论的问题作为课堂预习发送至微信群中。例如在讲授水肿病前,将预先设计的问题,如参与水液代谢的脏腑有哪些?它们的生理功能是什么?它们之间是如何联系的?古代医籍中是如何论述水液代谢的?《金匱要略》中如何论述水肿病的?真武汤、越婢加术汤、五皮饮的方剂组成、功效、主治如何?三者之间有何区别?可以让学生除了独立思考问题以外,充分利用微信平台展开同学之间的相互交流,及师生互动。这种方式可更利于在课前进行充分预习,有利于在随之的课堂教学中对于相关内容的理解和掌握。

**3.2 微信即时通讯平台在课堂教学中的应用** 在课堂教学前,结合本节课所讲述的疾病,选取临床典型病例,在征求患者知情同意的前提下,通过微视将能反映患者的症状、体征等信息录制成短视频,发布到微信群中,供学生在导课前观看,并设计微信抢答问题,以活跃课堂气氛,增加教学互动,这种将文字与音像结合的模式有利于中医教学的生动性、形象性,通过增进学生学习的

兴趣以提高其学习的主动性。

**3.3 微信即时通讯平台在课堂教学后的应用** 在课堂教学后,可利用微信平台对于临床实案进行实时分享,让学生能够跟踪整个治疗过程,看到治疗效果,在此过程中可以根据治疗进程不断提出新的问题,进行互动讨论。也随时可以将专业相关的研究进展、有利于学习的学术专业微信平台号等及时发布到微信群,实现资源共享,提高学生在课下的自主学习能力。同时利用微信平台,也可以随时接收学生的提问和对教学效果的反馈,从而可以及时调整教学设计,利于整体教学效果的提升。

总之,在科技迅猛发展的时代,中医教学也应与时俱进,充分合理的利用信息平台,做到课堂教学在时间及空间上全方位的利用与扩展。有利于进一步提高教学效果,提升学生的自主学习能力,更好的掌握专业知识,为今后过度到临床实习打好坚实的理论基础。

#### 参考文献

[1] 余扬. 医学类报考“防”什么[J]. 高校招生, 2016(4):41.  
[2] 尹雪如. 从影响医患关系的因素探索医学生培养发展的方向[J]. 山

西中医学院学报, 2012, 13(2): 70-72.  
[3] 陈少敏, 任川, 陈宝霞, 等. 暴力伤医事件对高中生报考医学类专业意向的影响[J]. 中国高等医学教育, 2015(5): 25-26.  
[4] 黄娇娇, 欧阳静, 李斌. 暴力袭医事件对医学生职业价值观影响的调查[J]. 新疆医科大学学报, 2014(2): 227-230.  
[5] 黄鑫. 我国移动互联网用户逾 8.5 亿户[N]. 经济日报, 2014-04-27(1).  
[6] 纪家涛, 韩庆奇, 刘安安, 等. 论微信在动物外科教学中的作用[J]. 西北医学教育, 2013(2): 367-370.  
[7] 张冠鑫, 刘小鸿, 韩林, 等. 互动式教学模式在胸心外科教学中的应用研究[J]. 西北医学教育, 2012(20): 189-192.  
[8] 杨敏. 微信对大学生思想政治教育的挑战及应对策略研究[J]. 思想理论教育, 2012(11): 72-76.  
[9] 游婧. 微信信息巨能量-浅析当代微博与高校思想政治教育联姻的可行性[J]. 兰州教育学院学报, 2012(5): 87-88, 91.  
[10] 何维林, 李哲, 白淑敏, 等. 大学生心理健康状况及对策[J]. 中国健康教育, 2004, 20(8): 719-720.  
[11] Abouserie R. Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university[J]. Educational Psychology, 1994, 14(3): 323-330.  
[12] 李文晓. 大学生学习心理与学习压力[J]. 中国健康心理学杂志, 2006, 14(4): 378-380.

(本文编辑:李海燕 本文校对:左振魁 收稿日期:2018-09-18)

## 高职高专中医基础理论课程 PBL 教学法的应用<sup>※</sup>

吴红玲 雷家骏

(湖南中医药高等专科学校临床医学系, 湖南 株洲 412012)

**摘要:** PBL教学法是以问题为基础、以学生为主体、以教师为导向的讨论式教学方法,被广泛应用于中西医学教育中,尤其是临床各课程的教学。但医学基础课程尤其是《中医基础理论》课程,受其自身特点的影响,应用时存在一定的局限性,本文阐述了PBL教学法在高职高专中医学类专业《中医基础理论》课程教学中应用的优势和存在的问题,并总结了四个方面的运用体会。

**关键词:** PBL; 中医基础理论; 高职高专

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.011

文章编号:1672-2779(2019)-04-0025-04

### The Application of PBL Teaching Method in the Course of Basic Theory of Traditional Chinese Medicine in Higher Vocational College

WU Hongling, LEI Jiajun

(Department of Clinical Medicine, Hunan Traditional Chinese Medical College, Hunan Province, Zhuzhou 412012, China)

**Abstract:** PBL teaching method is a question-based, student-centered and teacher-oriented discussion-based teaching method, which is widely used in education of Chinese and western medicine, especially in the teaching of clinical courses. But medical foundation course, especially of the curriculum, the basic theory of TCM is affected by its own characteristics, the application has certain limitation, this article expounds the PBL teaching method in higher vocational college medical professional application of the curriculum teaching of the basic theory of TCM advantages and existing problems, and sums up the four aspects: the use of the experience.

**Keywords:** PBL; basic theory of traditional Chinese medicine; higher vocational college

PBL教学法(problem-based learning)是以问题为基础、以学生为主体、以教师为导向的讨论式教学方法<sup>[1]</sup>,它倡导以学生为中心、基于问题学习的教学理念,通过问题来激发学生的求知欲,让学生独立地思考分析问

题,寻求解决问题的方法和途径,并交流合作,最终在解决问题的过程中实现知识和能力的构建。大量研究表明,这种教学模式非常契合医学人才培养要求“早临床、多临床”的特点,较之传统教学方式,它在培养医学生临床能力与综合素质方面具有不可替代的优越性,因而被广泛应用于中西医学教育中,尤其是临床各课程的教

※ 基金项目:湖南省教育科学规划课题[No.XJK17CGD038]

学中取得了卓越的教学效果<sup>[25]</sup>。

中医基础理论是高职高专中医学类专业（中医学、中医骨伤、针灸推拿）的一门必修课和入门学科，它主要讲授中医学中最基本、最重要的理论，是后续学习中医临床各课程的基础，对培养初学者的中医思维方式和临床思维能力尤为重要。但中医的象思维模式决定了中医基础理论具有抽象性、系统性、多层次性和立体性强的特点，学生普遍反映其理论晦涩难懂。传统的教学方式以课堂讲授知识为主，缺乏实际情境的支持，学生很难将理论知识和临床应用情境联系起来，导致课堂教学效果不好，学习兴趣不高，期末考试完全依赖死记硬背过关，学生的中医临床思维能力和临床诊疗技能弱化，进而影响了后续临床各课程的教学效果，影响了技能应用型人才培养目标的实现。近年来我们在高职高专中医学类专业中医基础理论课程教学中采用了PBL教学法，取得了较好的教学效果，有一定的心得体会，现总结如下。

## 1 PBL教学法在中医基础理论运用的优势

**1.1 加强对理论知识的理解和记忆** 中医基础理论是高职高专中医学类专业的基础课程和基石课程，是探求中医学伟大宝库的“敲门砖”，但其中医术语繁多，理论晦涩难懂，直观性不强。如果采用单一的传统“灌输式”教学模式，则教与学的难度均较大，而PBL教学通过临床案例较好地实现了理论知识与临床实践的对接，用从临床案例反证中医理论，既增加了学生对理论知识的感性认识，巩固了学生对理论知识的理解和掌握，又培养了学生对临床实际问题的分析能力和对理论知识的临床应用能力，促进学生中医思维模式的培养，如此可帮助学生建立以解决实际临床问题为主导的知识学习体系<sup>[6]</sup>。

**1.2 激发学习中医的兴趣** 中医基础理论古奥而抽象，很难被学生潜在的现代思维意识所接受。传统的教学法以教师为主体，课堂上老师不停口，学生不停手，学生被动接受知识，课堂气氛沉闷呆板，致使学生对中医缺乏学习兴趣，专业思想不稳固，甚至对前景失去信心<sup>[7]</sup>。PBL教学以学生为中心，以问题为导向，把临床问题引入基础课中，创设临床情景，要求学生自主探究学习，形成了一种由教师指导的以问题为基础的小组教学模式，使学生对学习有了深刻的体验，其学习的主动性和积极性都得到了提高，且从中医临床疗效中增强了对中医的信心，从而激发了学生对中医的学习兴趣，稳固了专业思想。

**1.3 培养团队协作能力** PBL教学是以团队来共同探讨学习，课前需将学生按7~8人分成若干个学习小组，需要团队成员分工协作，共同完成学习任务，最后推出代表在全班作总结性发言。在小组合作、探究、讨论过程中，大家需要相互配合，才能共同完成学习任务。如此学生彼此既可加深了解，又可培养学生的团队精神、协作精神。

## 2 PBL教学法在中医基础理论课程运用时存在的问题

对不同的教学对象和教学阶段而言，任何一种教学方法都有它的优势和不足，PBL教学法同样如此。我校在中医基础理论课程实施PBL教学过程，主要存在以下几个不足之处。

**2.1 师生观念因循守旧 主动参与性不够** 相比于传统教学方式，PBL教学法对教师和学生两个主体的要求都更高，且新的教学改革必然增加教学工作量，教师不仅需在课前花大量的时间设计病案和问题，且课中需教师精心地组织策划和引导，学生也应于课前查阅大量文献资料，且需分工协作才能共同完成，这对教与学的的能力要求都更高。而受传统教育教学方式的影响，部分教师习惯于传统方式授课，病案和问题的设计不能紧扣教学的重点、难点；学生也习惯于教师的课堂灌输，被动接受课堂知识，而不愿主动探索学习，有一定的学习依赖性和被动性，自主学习能力欠缺，因而影响了PBL教学方法的推进。

**2.2 学生缺乏相关原有知识衔接 学习难度较大** 建构主义理论认为，知识是学习者在同环境交互作用之中借助社会相互作用而共同建构的，它要求学习者以自身原有经验为基础，把当前学习内容尽量与自身已有的知识经验联系起来，并对这种联系加以认真思考，故认为进行有效地联系和思考是知识体系建构的关键。PBL教学是采用问题导入的方式，利用原有知识来实现对新知识的熟悉和理解，从而让学生在解决问题的过程中构建新的知识体系，这就需要学生具备一些相关知识基础。而中医基础理论课程中所需学习的中医学知识与学生以往的知识构架相距甚远，学生现有知识构架与所要学习的知识构架之间存在知识断层，无法在短时间内建立新的学习思维模式，故实施PBL教学方法，必然增加了学习难度。所以PBL教学法在临床课程教学中运用得较多，而基础课程尤其是中医基础理论课程运用得少，对于缺少医学知识和医学经验的学生而言，若在PBL教学方式中导出复杂的病案和问题无疑会增加学生的学习负担。

**2.3 学生缺乏自主学习能力的过渡** 我国长期的应试教育模式使得学生自主学习能力较弱，获取知识及信息的能力也不够。刚进入大二的学生还没有形成大学期间较高的自主探索学习能力，提出的问题往往会偏离主题，查阅资料、处理信息、与人合作的技能都有待提高，此时容易造成对PBL教学方式的不适应，甚至感觉增加学习负担。这就需要在实施PBL教学时，应结合课程和学生的局限性，选择难度适宜的案例，逐步引导和培养自主思考、自主解决问题的意识，同时允许中医课程和西医课程在PBL教学上的差异，也允许临床课程和基础课程之间存在PBL教学上的差异。

## 3 PBL教学的几点体会

**3.1 转变师生观念是前提 提升教学能力是基础** 教师和学生是PBL教学中的两个主体，是决定教学成效的关键环

节。教师是整个 PBL 教学环节的设计者、引导者和评价者，对 PBL 教学的效果起着决定性作用。相比于传统教学方式，PBL 教学法对教师的要求更高，它要求教师不仅要会“教”更要会“导”，教师需要花费更多的精力和心血。PBL 教学前教师需围绕教学目标做大量的教学准备工作，如选取合适病例、设计恰当问题、策划教学活动、编写教案等；课堂中教师需把握教学进程、引导和促进教学实施；最后还要对教学过程进行评价及总结。从表面上看，教师的角色从台前隐向幕后，但教师的作用贯穿于教学过程的始终，这种教师角色的由单一向多元化转变，给教师带来了难度和挑战。所以教师首先要转变教育理念，从知识的灌输者转变为学生获取知识的引导者，引导学生发现问题、学会解决问题，并从中掌握所学知识；其次，老师需提升自己的专业能力、教育教学能力以及组织策划能力，如此才能有效掌控教学实施过程，完成教学环节的设计者、引导者和评价者的使命，达到教学目标。可见教师的素质和能力对 PBL 教学的进行起着重要的作用。

另一方面，作为教学主体的学生，其对 PBL 教学法的接受度也是影响教学效果的重要因素。PBL 教学法它要求学生具有一定的自学能力、较强的语言表达能力以及积极参与和主动学习的习惯，而我国学生长期受到传统教学方式的影响，在学习上形成了依赖教师的习惯，使得刚刚进入大一的学生自主探索学习能力较弱，容易造成对 PBL 教学方式不适应，甚至感觉增加学习负担，高职高专学生尤其如此。因此，老师应采取循序渐进的方式，引导学生改变学习观念和方式，鼓励学生提问题，逐步培养其自主思考和自主解决问题的意识，增强其学习的积极性和主动性，提高其独立思考能力和问题分析能力，从而让学生在问题讨论中加深对中医基本理论知识的理解。

**3.2 问题的设置是PBL教学成效的关键** PBL 教学法是以问题为基础的学习，因此问题设计的质量和水平直接影响到教学效果。尽管 PBL 教学模式与医学的学科特点非常契合，但由于授课对象是刚入校的大一新生，缺乏原有医学知识体系，因此在中医基础理论课程实施 PBL 教学时，问题的设置应与临床课有所不同，教师必须围绕教学目标，充分考虑学生的认知水平，兼顾综合性、启发性和趣味性。具体来说，问题的设置应考虑以下因素。

(1) 围绕病因、病机、病位和基本治法的分析判断而设计问题。由于学生尚未学习中医诊断学、中药学、方剂学等课程，所以问题的设计不是要求学生给病人诊断和开出具体方药，而是着重于脏腑的定位判断、病因的初步诊断、病机的分析以及基本治法；问题讨论的目的是加深对中医基础理论的认知和论证，而不是临床诊断与治疗方案的确立。因此在中医基础理论课程实施 PBL 教学方法时，应允许中医课程和西医课程的差异，允许基础课程和临床课程之间的差异，采用改良式 PBL

教学法，简化 PBL 教学的流程和难度，将 PBL 与案例教学两者结合，目的在于通过对案例的分析和问题的解答，加深学生对基础理论知识的理解和掌握，以及运用基础理论解决临床实际问题的能力。

(2) 问题的难易程度适中，符合学生的认知水平。中医基础理论课程开设于新生入校的第一学期，学生只具有一般的日常生活知识及医学科普知识。因此，设计的问题难易度应适中，应以已有知识经验为问题的基础。若问题设计太简单，对学习没有一定的挑战性，则不利于学生主动探索资源来获取知识；但在学生尚未掌握基础知识和基本概念的情况下，若问题设计过于复杂，超过学生的认知水平，学生对案例内容不能作出明确辨别和合理推论，则往往会使学生无处着手，无的放矢，课堂气氛就会出现沉默冷场现象，反而会挫败学生自主学习的积极性，造成学生对课程学习的畏难情绪，达不到预期的教学目标和效果。总之，问题的难易度应当与学生学过的医学知识水平相适应，所学知识的“激活”是问题解决过程中的有利条件<sup>[8]</sup>。

(3) 问题的设计要有一定的趣味性，能充分调动学生的兴趣。设置疑问是调动兴趣的重要手段，而兴趣又是学习的最好动机，可以激发探索新知识的欲望，调动学习热情<sup>[9]</sup>。对学生而言，只有产生了学习兴趣才能发挥其内在的认知潜能，学习兴趣直接影响学生解决问题的积极性和从中获取知识的能力。所以在设置 PBL 教学问题时，可以生活实际中最常见的临床病案为素材进行典型化加工处理，再结合书本上的知识点进行问题设置，以增强学生的感性认识，确保所设问题既具有一定的真实性，又贴近生活实际，具有一定的趣味性，以激发学生的探索兴趣。

**3.3 利用好蓝墨云班课平台 充分发挥混合式教学的优势** 混合式教学将课堂教学与网络信息技术相结合，使教学过程达到“线上”和“线下”有机统一。蓝墨云班课做为专门为移动环境下的教学而设计的平台，具有操作简便、课堂活跃、实时检测、快速分享、即时交流、数据化学习过程管理等优点。我们在进行 PBL 教学时，可按照教学大纲要求，精心设计符合教学目标的案例，于课前 1~2 周将设计好的临床病例和相关问题、图片资料等推送给学生，作为课堂讨论提纲，并给学生留下可以查阅资料的参考书目，指导学生如何查阅资料，寻找答案。将学生按 7~8 人分成若干个学习小组，各小组成员围绕病例和问题对教材内容进行预习、查阅相关资料，并可进行“线上”和“线下”的交流讨论，最后在课堂上由各小组代表作总结性发言。在此过程中，教师要做好引导，鼓励学生提出问题，引导他们去分析问题、解决问题，培养学生创造性的思维。如此既调动了学生的学习积极性，也提高了学生的自学能力和学习效果。

**3.4 注重传统教学法与PBL教学法的比例** PBL 教学是以问题为引导的自主性、讨论式学习,其知识传授和理解往往没有传统教学方式的效率那么高,且容易影响到基础理论知识接受的完整性与系统性,遗漏一些教学内容或知识点。所以我们在中医基础理论教学过程中,针对不同的教学内容,采用 PBL 与传统教学法相结合的模式,合理安排 PBL 教学法在教学中的比重。如中医哲学理论、经络学说、中医体质等部分内容,可采用传统教学法讲授,而藏象学、气血津液、病因病机、防治原则等内容,可就某个知识点或章节教学结束后安排 PBL 教学。此时学生已具有一定的中医理论知识,通过病案的讨论和分析,了解枯燥的理论知识在临床中的有效应用,可进一步提高学生学习中医的兴趣,加深对中医理论的理解和记忆,有助于学生中医思维的形成。这样既按照教学大纲的要求讲清了概念和理论、讲透了难点,从而保证了基础知识的系统学习,又能发挥了 PBL 教学方法的优点,使学生在系统掌握中医基本理论的基础上,正确理解和深入领会中医基础理论的核心内容和思维方法。

总之, PBL 教学法在中医基础理论课程的实施,弥补了传统教学法的不足,激发了学生学习中医的兴趣,强化了对中医理论知识的理解和记忆,培养了团队协作精神,有助于学生临床思维的建立和能力培养。但因课

程本身性质和学生原有知识结构的特殊性,使得 PBL 在本课程的应用中存在一定的不足之处,这就需要我们不断地探索和实践,吸取现代教学法的精华,总结 PBL 教学法在中医基础理论教学中的应用规律,为创新型优秀中医人才的培养奠定良好的基础。

#### 参考文献

- [1] Lohfeid L, Neville A, Norman G. PBL in undergraduate medical education: a qualitative study of the views of Canadian residents [J]. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 2005, 10(3):189-214.
- [2] 毛成洁. PBL 教学法在神经内科教学中的应用探索[J]. *中国继续医学教育*, 2018, 10(18):19-20.
- [3] 苏德望,王跃生,李英夫,等. PBL 教学法在普外科实习带教中的应用[J]. *黑龙江医学科学*, 2017, 40(6):41-42.
- [4] 梁启胜,李玉珍,朱晨晨,等. PBL 教学法应用于麻醉医学生临床实习的效果分析[J]. *中华全科医学*, 2018, 16(2):299-301.
- [5] 李鑫辉,司马旦旦,喻嵘,等. 基于 PBL 教学法的《温病学》教学实践与探索[J]. *湖南中医杂志*, 2017, 33(10):129-130.
- [6] 吕翠田,崔姗姗,梁鹤,等. 《中医基础理论》PBL 教学方法的研究与探索[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2015, 13(10):91.
- [7] 吴元洁,王键,周美启,等. 中医基础理论课程问题教学模式的实践研究[J]. *中医教育*, 2013, 30(1):45.
- [8] 张文玲. PBL 教学法教学效果的影响因素分析[J]. *中国高等医药教育*, 2010(8):116.

(本文编辑:李海燕 本文校对:徐慧 收稿日期:2018-10-09)

## 临床医学专业机能学实验教学中微课教学的应用

邴艳华 于海玲 李迎军 朴日龙 崔弘 李秀国 初春平\*

(延边大学医学院机能学实验教学中心,吉林 延吉 133002)

**摘要:**临床医学专业机能学实验教学中加入微课作为一种新的教学形式,在各个层次和各个学科的教学中正逐步的实践和应用,近年来这种教学形式在高等教育尤其是在医学教育中也在尝试应用。本文对机能学实验教学概况、设计微课主题、实施等方面进行探讨,以期改善传统教学弊端,进一步提高临床医学专业教学效果。

**关键词:**机能学实验;微课;临床医学;教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.012

文章编号:1672-2779(2019)-04-0028-03

### The Application of Micro-course in Functional Experiment Teaching of Clinical Medicine

BING Yanhua, YU Hailing, LI Yingjun, PIAO Rilong, CUI Hong, LI Xiuguo, CHU Chunping \*

(Functional Experimental Teaching Center, College of Medicine, Yanbian University, Jilin Province, Yanji 133002, China)

**Abstract:** As a new teaching form, micro-course is being gradually applied in functional experiment teaching of clinical medicine. It is being practiced and applied progressively in the teaching of various levels and subjects. In recent years, this teaching form has been applied in college education, especially in medical education. In this paper, the general situation of functional experiment teaching, the design of micro-course theme and implementation were discussed. The purpose is to improve the disadvantages of traditional teaching and to enhance the teaching effect of clinical medicine.

**Keywords:** functional experiment; micro-course; clinical medicine; teaching

传统的机能学实验教学是将生理学、病理生理学、药理学三门课程的实验部分整合在一起,在有限的课堂

时间中,由教师讲解实验内容相关的理论部分和实验操作部分,并指导学生完成实验操作过程。但随着科技的发展和现代信息化技术的普及,学生获得知识的方式也发生了巨大的变化,这种传统的课堂教学模式,已经远

\* 通讯作者:cpchu@ybu.edu.cn

远无法满足现阶段各医学专业的人才培养需求,尤其是临床医学专业。当前众多新的教学方法和教学形式如PBL、翻转课堂、微课、慕课等已获得了教师和学生的广泛认可,同时这些新型的教学方法对于信息化时代下成长的学生而言,也成为了一种更为容易接受和适应的教学形式。

微课又名微课程,是一种新型的课程资源,其主要功能是提供教师和学生一个“教”与“学”的平台,使得教学方式更加多样化,其主要特点是内容短小精悍、目标明确、时间短、以视频为主要载体<sup>[1]</sup>。同时微课的使用更为灵活,可以避免慕课、翻转课堂、PBL等大型或复杂的课程教学给学生带来的巨大负担,因此基于微课而设计的教学方法更容易被学生接受,可能会起到较好的教学效果。本文就高等医学教育阶段,在临床医学专业机能学实验教学中基于微课进行的课程设计、教学实施、效果评价等方面进行探讨。

### 1 机能学实验教学概况

机能学实验是以机体的机能活动为观察对象,研究正常机体机能活动的变化规律、病理状态下的变化特点及药物对机能活动影响的一门基础医学实验学科。本校整合三个实验室仪器设备和教学内容,开设独立设课、考核评价为一体的机能学实验课程,并建立机能学实验中心。编写适合本校的机能学实验教材,内容包括实验动物基本知识和基本操作训练、机能实验学经典实验和综合性实验、设计性实验等。机能学实验课程面向临床医学等专业开展实施。制定课程考核评价体系,机能学实验课程不同于传统理论考核评价单一的形式,涵盖了平时考核、操作技能考核、实验基本理论知识考核、实验设计实施的考核等多元化考核评价方式。

医学教学的重点内容是临床专业教学,普通高等学校本科教学临床专业认证,对临床专业提出具体要求,包括思想道德与职业素质、知识及技能目标,知识目标和技能目标也具体化。知识目标要求掌握与医学相关的生命科学等基础知识和科学方法,并能用于指导未来的学习实践。技能目标要求内、外、妇、儿各类常见病、多发病的诊断、处理能力等结合自身专业的具体要求<sup>[2-3]</sup>。这要求在基础课程阶段开始培养专业人才的人文精神、综合思维能力、创新能力的培养。机能学实验教学是作为医学实践教学的重要环节,培养临床医学专业学生掌握医学基础知识、动手操作能力,培养临床思维和综合分析能力、人文情怀、合作能力等众多方面具有重要的基础性的作用。

本校教学手段比较单一,教学一直采用传统的教学模式,即教师讲解,带领学生进行课堂教学,很难调动学生的学习积极性,并且授课时数的局限,教师

在上课时需赶进度,满堂灌。这样使学生接受能力减弱,教学效果一般。使学生从被动接受转为主动接受,其中调动学生的学习积极性是重要的一方面,另一方面要培养学生的自学能力。同时在教学内容的安排上,应结合临床专业特色,培养学生基础与临床知识有机结合能力。

### 2 精心设计微课主题 提高教学质量

传统的传授式教学方法对学生来说很难始终将精力集中于课堂,如果学生注意力稍不集中,就可能错过一些重点内容,导致获取知识的不全面,因此在传统教学方法的基础上,针对每个重点知识点制作微课,并采用线上和线下混合教学,以改善学生的学习效率。如可从一些较为简单的章节入手,设计微课的主题,比如尿的生成的影响因素实验中以肾小球的滤过功能中的影响肾小球滤过的因素为主题,通过设计10 min以内的微视频,让学生简单容易的掌握其重点内容,影响到肾小球的因素有5方面,肾小球毛细血管血压、囊内压、血浆胶体渗透压、肾血浆流量和滤过系数等。通过微课内容学生学的主动,而且记忆深刻。

微课视频或动画,可以形象直观地表达相关的理论知识,产生丰富生动的教学情景,使学生在有限的单位时间内获取更多的信息,减少信息在大脑中从形象到抽象,再由抽象到形象的加工转换过程。每个微课时长控制10 min以内,可以减少长时间观看视频而产生的枯燥感觉。每个微课内容短少,重点阐述课堂上的重点和难点问题,使学生对内容有一个提前了解。每个微课视频占用空间少可随时下载手机上观看,随时学习,提高学习效率。

机能学实验教学中应用微课作为一种新的教学形式和手段,抓住微课的特点来吸引学生的积极性。制作微课时抓住某一章节难点讲透彻又能提高兴趣,这要求教师制作微课设计上下功夫。微课中应减少文字,融入大量图片、动画等将抽象难懂的内容形象化,容易理解。微课教学形式需要教师重新设计教学内容、拍摄视频、设计课程、制作等,需要占用教师教学以外的额外精力投入,可通过自学和培训相结合方式学习相关视频制作软件等,降低微课制作难度,并在大量技术支持的条件下,会有更多的教师参与投入微课制作中。

微课教学形式融入要求学生在课前自主学习,掌握相关知识,并且有针对性的对课堂重点内容着重强调,对不明确的地方或者难理解的部分做好记录,课堂时间用于同教师面对面交流并解决这些问题。这种教学形式可以让学生提前掌握相关内容,并且拥有充足的时间,同时可以增加学生与教师之间以及学生之

间的知识交流,不但提高了学生的课堂效率和效果,也可以更大限度的提高教学质量。因此机能学实验教学中应用微课形式,对提高课堂教学效果,促进学生学习和能力等都具有重要的意义。为了让学生能得到最新的信息和知识,可在每次课前,给学生提供下次课实验提要及相关微视频,要求学生以小组为单位线上学习。不仅促进学生的自学能力,同时也增强了学生学习机能学实验的兴趣。

### 3 微课教学方法的实施

面对新的教学形式,教师和学生都需要有适应的过程,因此基于微课的教学实施,可以根据每门课程的自身情况进行设计,并逐步完善和标准化。课程教学内容可从课前开始深入,通过推荐自制微视频、录屏课件、大量的网络视频资料等要求学生进行自主学习<sup>[4]</sup>。课堂学习可以采取不同形式,由于我国的学生课堂提问、互动思考能力弱,直接进行课堂提问、交流等可能不会达到预期效果,因此应根据学生具体情况进行适当改变(比如不同教学方法分组方式等),以激发学生的参与度和积极性,但必须保证以学生为中心,教师需要放弃讲授式和灌输式教学方法。

**3.1 课程教学设计** 机能学实验课前预习的非常重要。学生如不进行预习就开始实验,不仅实验失败率高,而且实验后没有学习收获。基于微课的教学方法,可以在课前提前安排实验内容,将学生分成小组,组长安排和督促小组课外学习,通过微课学习进行组内讨论。课堂上随机选择一个小组,限时 10 min,根据预习的微课内容,提问和讨论实验的重点和难点内容,无法解答的问题可以询问教师。这种方法不仅可以督促学生的课前学习,而且避免了因学生与老师交流能力缺乏而导致教学效果受到影响,因此更适应现阶段学生的学习习惯。实验课结束后,评价学生学习效果,了解学生知识点掌握情况,同时对本次实验课中遇到问题对学生反馈和评价。

**3.2 教学效果评价** 选择 2017 级临床医学本科班学生 68 人作为研究对象,课程结束后,以问卷调查形式对两种教学方法(微课教学方法和传统教学方法)进行比较并评价,评价内容包括五个方面:(1)与传统教学相比是否有更多收获;(2)课堂学习是否有更好的互动性;(3)内容是否更通俗易懂;(4)内容了解是否更完整;(5)内容掌握是否更准确。以“星号”作为评价程度标准,五星级评价为最高,即微课教学形式优于传统教学形式;三颗星评价为两者相似,差别不大;一颗星评价为最低,即微课教学形式不如传统教学形式。从调查评价中可看出学生对微课教学形式基本认可,在收获、易懂性、内容掌握完整性及准确性方面的评价,为多数在四

星以上。微课教学形式增强机能学实验教学中教师与学生的互动,提高学生兴趣,同时也增加了教学的多元化,通过课下自学和课上讨论结合,在有限的课堂内将学生学习积极性调动起来,对于教学效率与效果的提升具有重要现实意义<sup>[5]</sup>。但也有部分学生认为两种形式并无太大差别,甚至认为不如传统教学形式,表明每种教学形式只能适合一部分学生,提示可以采取分组的方式,将不同学习习惯的学生分别进行不同的教学,充分发挥个体化教学的特点,但具体的课程设计仍需进一步探讨。

目前的条件下,大面积开展微课教学,如果平衡性不好,反而会起到相反的效果。比如课前放手让学生在课下自学而不进行监控和指导,可能会出现脱离内容主题的情况。此外应当注意微课制作的质量,多数使用的教学视频仅仅涉及到教学幻灯片或网络上相关的视频,教学效果并不理想,教师应当根据本校学生特点,自制短小并能最大限度的激发学生学习的兴趣的微课视频。此外培养能胜任教学的师资,改变学生的学习习惯,建立科学有效的评价体系等问题还有待于进一步的探索和实践。

### 4 小结

临床医学专业机能学实验教学中应用微课教学方法,对医学生自学能力、创新能力、自主学习能力等提高方面可以起到很好的促进作用。相信随着微课教学形式的进一步实践和应用,机能学实验的教学实践和教学经验的不断丰富,可以逐步提升机能学课程的教学目标。

### 参考文献

- [1] 张俊飞. “微课”一种新的教学形态[J]. 福建电脑, 2014, 30(1): 204-205.
- [2] 许杰华, 王源, 侯樊兴, 等. 教育部医学本科教学评估与专业认证的解毒和比较[J]. 中国高等医学教育, 2013(10): 18-19.
- [3] 彭英福, 李春燕, 袁带秀, 等. 专业认证背景下机能学课程体系的构建与实践[J]. 基础医学教育, 2016, 18(3): 218-220.
- [4] 陈功义, 陈伟, 高继英. 互联网+背景下的动物生理课程信息化教学资源开发与应用研究——以河南农业职业学院为例[J]. 河南农业, 2016(10): 21-22.
- [5] 欧瑜, 朱崎. 微课在生理学课堂教学中的应用分析[J]. 科技资讯, 2016(3): 126-128.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邱德来 收稿日期:2018-09-28)



# 提高留学生中医教学质量的思考

黎 威 张邵宁\*

(锦州医科大学附属第一医院中医科,辽宁 锦州 121000)

**摘要:**留学生中医学课程的教学中存在很多问题,比如兴趣和态度问题,以及汉语水平的参差不齐,对中国传统文化不了解等,致使他们理解中医知识点不准确,甚至错误,教学质量提高缓慢,本文作者多年从事留学生教学工作,从实践中摸索出解决问题的方法,目的是为了提留留学生理解中医学的能力,在趣味中轻松掌握中医理论和常用临床技能。

**关键词:**留学生;中医学;传统文化;文化交流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.013

文章编号:1672-2779(2019)-04-0031-02

## Reflections on Improving the Teaching Quality of Traditional Chinese Medicine for Foreign Students

LI Wei, ZHANG Shaoning

(Department of Traditional Chinese Medicine, Jinzhou Medical University, Liaoning Province, Jinzhou 121000, China)

**Abstract:** There are many problems in the teaching of TCM courses for foreign students, such as the problems of interest and attitude, and the uneven level of their Chinese language, not understanding of traditional Chinese culture, makes them can not grasp the knowledge point or even wrong. The quality of teaching improved slowly. The author of this paper has been worked for many years, and finds out the way to solve the problem from teaching. The purpose is to improve the understanding of TCM for students' studying abroad.

**Keywords:** foreign students; traditional Chinese medicine; traditional culture; cultural exchange

近几年,我校招收了大量医学留学生,专业主要为临床医学,而中医学也是留学生临床教育的一门重要课程,但中医文字精炼,理论深邃,即使中国人都难以理解,又译成英文,有时词不达意,使教学困难加大。因此,如何将中医学的专业术语和深奥的古代哲学知识,通俗易懂地传授给学生,并掌握一定的中医临床技能,成为中医学留学生教学过程中必须解决的难题。笔者多年从事中医学留学生教学工作,总结出目前留学生中医教学的几点不足之处,并提出了相应的解决方法,对教学很有裨益,愿与大家分享。

### 1 目前留学生中医教学中存在的问题

**1.1 学习兴趣体现不出来 学习态度不端正** 一般情况下我们学校留学生,首要任务是学习西医课程,《中医学》是一门重要的考试课。所以,有的学生对中医重视程度不够,认为学不学一样;有的学生对中医没有兴趣,有态度不端正,经常迟到,十分懒散,上课不注意听讲,或根本听不太懂,又不跟老师进行有效的交流,导致他们跟不上老师思路,对中医这套理论根本没有兴趣学习,结果课程越拉越多,最后完全放弃对中医的学习。

**1.2 汉语水平程度和中国文化认知程度对中医关键词理解的影** 留学生汉语水平良莠不齐,中医学一般都是古文字,中国学生理解都费一番周折,汉语水平好的理解容易一些,汉语吃力的,老师即使英语表达没有问题,

他们也是如坠云雾之中。有的授课教师即使精心准备了一些认为激发他们兴趣的“段子”,但是效果不好,因为他们没有懂是什么意思;或者授课教师提问或解释一些中医名词,都发现留学生的思维角度和方式都与中国人不同<sup>[1]</sup>,教学达不到预期效果。不能不说中国文化在中医学中的重要作用,天文、历法、节气、民俗、节日等都深刻影响对中医理论的理解。

**1.3 授课教师英语表达限制留学生对中医理论的理解** 由于留学生是要求全英文授课的,尽管教材翻译的中医理论词汇是各个学校通用的标准,如果只是根据课件照本宣科的讲解,肯定会存在有的知识点理解费力,甚或引入歧途,所以教师必须对这样的知识点加以打磨细讲,有的教师会绕着弯去解释具体含义,但苦于缺乏合适的英语去表达。因此教师的英语水平,也是阻碍留学生学好中医课程的一个因素。

**1.4 理论与实践不能结合** 留学生教学理论与实践不协调,实践时间短,教学实践与理论授课时间间隔过长,理论知识由于长时间不用就遗忘,等实践时又得重新复习理论知识;间隔时间过短也不好,理论还没有理解深刻,实习就来了,他们反应不过来,许多临床技能还没有展示就结束了,这样他们不能通过实践很好地理解理论上的疑难问题,也不利于他们熟练掌握如按摩、拔罐、刮痧等基本临床技能,没有从理论到实践,再由实践到理论的提高过程<sup>[2]</sup>。

## 2 解决方法

**2.1 必须激发留学生学习兴趣和学习态度** 兴趣始终是学

\* 通讯作者:leining0608@sina.com

习任何知识的前提<sup>[3]</sup>，兴趣来源于课程本身的魅力，以及学习者个人对本学科知识的喜好。《中医学》本身就具备这样的性质，中国几千年神秘的医学经验，中医理论如此贴近生活，中医独特诊疗技术的实效性和方便性，都是引人入胜的，尤其针灸技术驰名中外，许多外国友人对此产生浓厚兴趣。只要师者稍加引导，详细解释学习中医的益处，不单纯在于掌握一门诊治疾病的方法，更重要的是她的思维方式，整体观念，对生活、工作都是有指导意义的，即使将来作为一名医生，也能启发诊治思路。所以，在教学过程中始终让学生保持听课兴趣，并端正学习态度，严格要求，才能提高教学质量。

**2.2 加强留学生汉语水平和对中国文化的理解程度** 《中医学》的教学过程是离不开中国传统文化的<sup>[4]</sup>。应该加强留学生的中文学习，尤其加强他们对汉字的理解程度，汉字是记载中国文明的符号，中国传统文化博大精深，依托于汉字，一字多意，或偏义复词等都对汉语意思的理解有很大的影响；同时，对中国传统文化理解越深，就越容易弄清楚每个知识点的含义。所以，应该多让学生了解常见的中国的天文、历法、节气、节日的习俗或民俗都是有实际意义的。实践教学，中文好的，了解一些中国传统文化的学生，往往对中医理论理解得比其他学生快，比其他学生透彻，能够举一反三，达到很好的授课效果。

**2.3 根据内容巧妙植入有关的中国文化元素 增加趣味性和通俗性** 中国文化元素，诸如语言文字、传统文化、节日文化、甚至民俗等，充斥着整个《中医学》<sup>[5]</sup>。这些因素不但影响留学生理解的程度，还关系到授课教师授课的精彩程度。

确立教学目标后，就要研究并确定教学模式的逻辑步骤和操作程序，要以学生为主体，取其与留学生特点相符的步骤，舍弃与教学目标相背离的设计。教师分析留学生群体对中国元素和历史文化的了解程度，通过教学整合学生的课内外感官认知，应用具体案例、CAI 课件、计算机多媒体技术等教学手段，授课教师认真备课，详细地设计教学步骤，把中国文化元素巧妙植入相关的理论知识中，以及用适当的英语表达这些元素，这些元素就像相声中的一个“包袱”一样，使教学生动活泼而有趣味儿，这样才能抓住学生的兴奋点，激发其兴趣，才能让学生充分地理解，使中医学教学更加通俗化、规范化、趣味化。

**2.4 必须提高授课教师英语表达水平** 对于英语水平不足的授课教师，学校应该给与机会以提高英语听说能力，包括日常生活交流表达，以及专业词汇表达。这样中医学中的难点，才有可能通过教师的变换讲解，反复举例贴近生活的现象或事物，使内容变得通俗而浅显易懂。

授课教师平时多和留学生广泛交流，时间长了，就洞悉他们的想法和思维方式，更能抓住学生的心理。

**2.5 实践教学 把理论同实践对应起来** 《中医学》是一门实践性科学，所以课间实习非常重要，它是教学的一部分。课间实习应该安排在相关知识点的理论学习后，不能间隔过长，如果时间超过一周，恐怕有同学理论知识有点模糊了，实践效果就不好，这样在初步地理解理论的基础上，反复的实践，是逐步加深理论理解的有效途径<sup>[6]</sup>。

适当增加实践课时，使学生有充足的时间去揣摩所学的理论知识，灵活运用各种实践方法：比如阴阳五行的理解，可增加实践内容，到自然界、生活中去找到实际事物和实例；诊断方法的实践，可以利用脉诊仪器，还应该进行真实病人模拟，熟悉中医望闻问切的过程；中药可以增加野外采药，药房识别饮片等内容；治疗方法实践增加独立操作的考核内容，让他们真正地掌握常见中医技术等。通过这些，能够加深和矫正学生对理论知识的理解。

### 3 结语

留学生的中医学教学，不同于本科教学，应该以认知心理学作为授课思路<sup>[7]</sup>。通过教学，帮助学生把注意、知觉、记忆、思维等全部认知现象统一起来，从整体上认知中医，激发学生的学习中医的兴趣，加强留学生的汉语水平，从每一个汉字字意开始，了解中国人在生活中是怎么应用的，要加强中国天文历法等传统文化的宣传，让他们真正的融入中国，了解中国文化元素，才能提高他们对中医词汇的精确理解，再加以大量的临床实践操作，就能提高留学生的中医学教学质量，使他们掌握一定的临床常用技能，使他们回国后学有所用，扩大中医在世界范围的影响。

### 参考文献

- [1] 王海颖. 建立中医的思维模式在留学生《中医学》教学中的重要性[J]. 继续医学教育, 2012, 26(7): 67-78.
- [2] 杨建光. 教育创新的关键—从理论原则到实践过程[J]. 西安文理学院学报(自然科学版), 2003, 18(2): 41-42.
- [3] 卞振志, 靳建新. 兴趣是学好任何一门课的前提条件[J]. 河北建筑科技学院学报, 1999(3): 32-38.
- [4] 王育林, 樊经洋. 试论中医学与中国传统文化的关系[J]. 中华中医药杂志, 2014(6): 421-426.
- [5] 王蕊芳, 曹瑛, 于恒. 中国传统节日民俗的中医药文化内涵[R]. 中国民间疗法, 2009, 17(12): 63-64.
- [6] 张兰, 张宁苏, 等. 构建中医临床实践教学体系的探索与实践[J]. 教育教学论坛, 2013(13): 231-233.
- [7] 谢冬华. 理论、实验与应用有机结合——读《认知心理学——理论、实验和应用》[J]. 心理科学, 2007, 30(6): 1526-1527.

(本文编辑:李海燕 本文校对:佟晓哲 收稿日期:2018-09-30)

## 李杲对眼病病因病机的认识※

张弘 周计春 董尚朴\*

(河北中医学院基础医学院,河北 石家庄 050200)

**摘要:**李杲为金元四大家之一,创立了脾胃学说,在眼科方面亦有独到的认识和丰富的经验,尤其是对眼病病因病机的见解是其临证处方的基础,对后世影响深远。通过全面整理其著作可见李杲认为眼病病因以饮食失宜、劳役过度为主,同时强调外来六淫对机体的影响;病机上以脏腑功能异常为主,尤其突出了脾胃的重要性,此外亦兼顾了维持眼正常生理功能的物质基础气、血、精、津的生成情况。

**关键词:**眼病;病因病机;脾胃;饮食;劳役;李杲;学术思想

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.014

文章编号:1672-2779(2019)-04-0033-03

### The Understanding of Li Gao on the Etiology and Pathogenesis of Ophthalmopathy

ZHANG Hong, ZHOU Jichun, DONG Shangpu

(Basic Medical School, Hebei University of Chinese Medicine, Hebei Province, Shijiazhuang 050200, China)

**Abstract:** Li Gao is one of the four famous schools in Jin-Yuan Dynasty, who founded the spleen-stomach theory. He had unique opinions and rich experience in the field of eye disease. Especially that, his opinions on the cause and mechanism of eye disease, which was fundamental in his clinical practice and prescription, had magnificent influence on the future generations. It was observed that, by comprehensively sorting out his academic works, Doctor Li thought that, the major cause of eye disease were improper diet and excessive labour, meanwhile he emphasized the influence of the Six exopathogens on the body, and that the mechanism of the disease relied mainly on the dysfunctional viscera, he stressed, in particular, the importance of spleen and stomach, as well as the generating condition of the material foundation of qi blood and body fluid which keep the eye function in order.

**Keywords:** ophthalmopathy; etiology and pathogenesis; spleen and stomach; diet; corvee; Li Gao; academic thought

李杲是金元时期易水学派的杰出代表,《元史·方技传》称:“其学于伤寒、痲痘、眼目病为尤长。”较全面收录李杲著作的《李东垣医学全书》<sup>[1]</sup>(以下简称《全书》)共收录其医书七部,虽然无一眼科专著,却有《兰室秘藏·眼耳鼻门》《活法机要·眼证》《东垣试效方·眼门》等专篇论述眼病。另外,在其他篇章中也分散存在他关于眼病病因病机的论述,这些为其眼病临床辨证论治提供了理论依据。

笔者通过整理、研究《全书》中和眼目相关的所有内容以分析李杲对眼病病因病机的认识。首先就是书中关于临床专门眼病的记载如内障(包括翳)、瞳子散大等;其次书中涉及到的所有眼部异常症状的论述如目赤、目黄、目痛、目涩、目中溜火和视物眈眈,以及眼分泌物泪、眵异常等。此外还整理了在其他疾病中出现的眼部异常表现如见于水肿病的目睛,见于中风病的目眩、口眼歪斜等。通过研究发现李杲对这些眼病的病因病机阐述具有以下特点。

### 1 饮食劳役是主因 六淫、五邪常兼有

在《全书》中涉及到的眼病,明确提到病因的有近20条,其中一半以上为饮食失节,劳役过度,基本包括了李杲书中提到的各类眼病,不但可以出现眼部胬肉、瞳子散大,目赤、目中流火,还可以使人目开口瞪、视物不清、眼目昏花等。此外,另有几处提到情志刺激,如“心事烦冗”,“劳心过度”等也能引起眼部异常。实际上,这些病因正是李杲脾胃内伤理论病因的主要内容,因为李杲认为其能够“内伤脾胃,百病由生”。可见眼病的发生必和脾胃功能的异常有密不可分的关系。

除了内因外,李杲还提到了外因,但是多以脏腑不利为前提继而外感邪气。如“脾胃虚弱”或“中气不足”加之“冬天阴寒”;脾胃虚弱“遇夏天气热盛”而发眼病。单独提到的外因致病仅见于两处,“冒风沙”使内外眦破,以及旧有风证出现的眼涩、眼黑因而“不敢见风”。另外,还有些风、寒、湿、热、燥等李杲虽提到可以产生眼部异常表现,却没有说明来源,可能是外感六淫入里而来,也可能是各种原因导致的内生五邪,如“风湿热头上壅损目”“寒湿相合”眼痛。

总之,外感、内伤病因都可以产生眼部疾病,李杲

※ 基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目[No.2016002]

\* 通讯作者:zhanghongchina@163.com

所载一般以内伤病因为主，多数同时或兼之感受外来六淫，或本身转化内生五邪，因此在临床经常有风、寒、湿、燥、热相兼导致的眼病，如“寒湿乘其”“湿热为病”等。

## 2 病机关键在脏腑 脾胃虚弱处处见

眼的正常功能和精、气、血密切相关，是维持眼生理活动的物质基础。五脏之中肝藏血、心主血、脾统血、肾藏精，因此这些脏器异常都可以导致眼病的发生。其中脾能化生元气，是人体后天精、气、血的主要来源，故脾胃异常更是眼病病机的关键。在李杲著作中关于眼病病机肺脏的异常提到的则相对来说较少，六腑之中也仅出现胃、膀胱、心包功能异常导致眼病发生。其中无论哪一眼病、哪一脏腑，在分析病机时都或直接或间接涉及到脾胃不足，这正是李杲脾胃理论在眼病的体现。

**2.1 肝肾相见多** 肝藏血，血养目，肝开窍于目，肝脉连目系，因此历来对眼病辨证时，首提肝脏。李杲在辨治眼病时同样注重肝脏。如《脉诀指掌》肝脏脉中就有多种肝脏异常出现的眼部疾病或症状描述“浮迟冷眼泪难收”“肝实眼翳能生疔”“肝微内瘵共筋挛”“肝脉浮洪偏眼赤”。肾藏精，精聚乃能视，如视歧即为精气不能全面运行输布，从而精气耗散、经络阻滞、气血运行不畅，导致筋脉失于濡养而弛缓不用，视一为两<sup>[2]</sup>。

肝、肾是和眼目功能最为密切相关的脏器。又因为肝肾乙癸同源、五行母子相生，临床也常同时出现异常。《全书》中多次提到的“足太阳寒水”即膀胱肾水可导致眼目病，包括膜子遮睛、白翳在上，隐涩难开、两目紧缩而无疼痛，目胞赤等。分析其对病机的描述可见为肾中相火随肝之升发之势而上犯于目所致。但是根据临床表现、处方用药分析完整的疾病过程，全程应该是先有脾胃气虚，元气不足，肾命相火扰动，母病及子，肝肾同寄相火，故而才有水附木势而上。故临床上认为此以无疼痛为主症的寒水翳及寒膜遮睛，证属元气不足<sup>[3]</sup>。

**2.2 辨心在于火** 《灵枢·大惑论》“目者，心使也。”李杲言“夫神寤则出于心而见于目”。心藏神，主血脉，内藏君火，心经连于目系，故心和眼亦关系密切。同时李杲认为君相之火皆荣于目，得血则安，亡血则危。因此对眼病病机中关于心的异常主要为心火不宁，心君包络相火妄动，常常和肝脏异常，相火上乘于目互为因果。如由心及肝“火盛则令母实，乙木肝旺是也，瞳子散大，视物则花”<sup>[1]</sup>；“肝木旺，则挟火热无所畏惧而妄行内障”<sup>[1]</sup>则是由肝及心。

对于产生心火旺的原因李杲或直言“脾胃虚弱，心火大盛”“脾胃先受之”；或通过“血弱阴虚不能养心”暗含脾胃虚弱，不能化生阴血，致血不养心。因此心火导致眼病的发病关键实际却在于脾胃，脾胃虚弱，不但

血液化生不足，同时元气亦不足，阴火不能潜降而上扰，李杲认为心火即阴火之一种。火与元气不两立，形成恶性循环致使阴血愈虚、阴火愈炽，最终心血不足、君火不宁。

**2.3 肺脏不为主** 李杲在阐述眼病病机时五脏之中提到最少的就是肺，而且不是单独出现，全部和其他脏腑同时出现，在涉及到的方剂中也没有专门针对肺脏的药物。究其根本还是病机中虽提到肺脏，但是在疾病发展的过程中其不过是个中间环节，重要性远不如其他脏器，尤其是脾胃的影响。如《兰室秘藏》中有和肺有关的眼部症状为目中泣，目中流火，视物眊眊病机为“复气乘冬，足太阳寒水、足少阴肾水之旺。子能令母实，手太阴肺实，反来侮土，火木受邪。上热如火，下寒如冰。”<sup>[1]</sup>此段病机论述中五脏全部出现，根据疾病发展过程依次为脾、心、肝、肾、肺、心、脾。即脾气虚，阴火盛，心火亢盛，脾虚不能克制肝木，则肝木盛，同时因冬季肾水旺，子能令母实故肺金燥，最终金水反复火土之仇。由此也可见肺在此过程中的作用相对于其他脏则较弱了。

**2.4 脾胃是关键** 李杲被后世称为“补土派”，脾胃理论在临证各科无处不在，对眼目疾病的病机阐述中同样是以脾胃为关键。主要体现在脾胃伤损则化生元气不足、气机升降失常，以及所导致的阴火上乘。故言“脾虚则五脏之精气皆失所司，不能归明于目矣”<sup>[1]</sup>。

一方面脾胃化生的气、血、精、津是维持眼正常功能的重要物质，同时元气充沛阴火自然戢敛；另一方面脾阳升清可使这些物质到达眼部，同时只有阳气生发才能使阴气潜降；反之，元气不足、脾阳不升导致的阴火上乘于目，却可使目窍不利。故李杲在《脾胃论》中言“胃气一虚，耳、目、口、鼻，俱为病。”

李杲分析目有瘀肉、视物昏花，胬肉红丝，内障眼，多年目昏暗等病机是“损伤脾胃，元气不足”；泪出异常病机是“脾胃虚弱，谷气不行，荣卫下流，清气不上”<sup>[1]</sup>；以及“火上炽，故令人昏冒”<sup>[1]</sup>。以上囊括了李杲脾胃伤损病机的主要内容即元气不足、清阳不升、阴火内乘。

其中的阴火源于中焦，即由脾胃虚弱而来。故很多眼病虽表现似实热证，但实际上却是脾虚证。如口开目瞪很可能是“内虚而伤之者”；目红赤也可能是“饥困劳役血虚发热”；更有目中流火、热壅头目，得之于损伤脾胃。因此会出现以“人参、黄芪益元气而泻火邪”<sup>[1]</sup>治疗目黄的组方方法。

现代临床实践亦表明，内外眼病均与脾胃息息相关。如胞睑色泽浅淡为脾虚血少。上睑下垂，无力上举，为脾虚气陷。瞬目频频，或胞轮振跳，阵阵发作，为脾虚有风<sup>[4]</sup>。

## 3 讨论

李杲对眼病病因以饮食失宜、劳役过度为主，或

兼有外感六淫。病机以脏腑功能异常为主，五脏之间互相影响，其中以脾胃为核心，肝、心、肾次之，肺为最次；虚证多见，或虚实兼杂。认为“心肾脾胃，一切虚损”<sup>[1]</sup>都可见于目不明。《全书》中明确为实证的眼病较少，仅在《脉诀指掌》肝实脉提到可见“窍热眼赤”。李杲对眼病病因病机具有独到的见解，并以此为基础创立了大量的方剂，这些为眼科临床提供了新的思路和方法。

#### 参考文献

- [1] 张年顺. 李东垣医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015.
- [2] 金福鑫, 谷峰. 《黄帝内经》眼病述要[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(6): 740-741, 758.
- [3] 盛倩, 庄曾渊. 李东垣从脾胃论治眼病的学术思想探讨[J]. 中医杂志, 2014, 55(18): 1540-1543.
- [4] 刘怀栋, 张彬. 浅谈李东垣脾胃论在眼科临床的应用[J]. 河北中医, 1987: 37-40.

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

## 从五脏论治甲状腺功能减退症<sup>※</sup>

王府存 刘春红 陈芝燕\* 覃诗华

(广西中医药大学研究生院, 广西壮族自治区 南宁 530000)

**摘要:** 甲状腺功能减退症是由于甲状腺激素合成、分泌或生物效应不足而引起基础代谢率和神经系统兴奋性下降为表现的临床综合征。中医属于“癯劳”“虚劳”“虚损”“痰饮”“水肿”等范畴。其发生、发展与五脏的生理功能、病理变化关系密切，主要涉及脾、肾，亦与肺、肝、心有关。本病的治疗，立足中医整体观念，从五脏论治，在改善症状、防治并发症方面有较满意的疗效。

**关键词:** 甲状腺功能减退症; 虚劳; 五脏; 中医基础理论

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.015

文章编号: 1672-2779(2019)-04-0035-03

### Treatment of Hypothyroidism from Five Viscera

WANG Fucun, LIU Chunhong, CHEN Zhiyan, QIN Shihua

(Graduate School, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530000, China)

**Abstract:** Hypothyroidism is a clinical syndrome characterized by a decrease in basal metabolic rate and nervous system excitement due to insufficient thyroid hormone synthesis, secretion, or biological effects. Traditional Chinese medicine belongs to the categories of "colic labor", "virtual labor", "virtual damage", "phlegm drinking", "edema", etc.. Its occurrence and development are closely related to the physiological and pathological changes of the five organs, mainly involving the spleen and kidneys, and also related to the lungs, liver, and heart. The treatment of the disease, based on the overall concept of traditional Chinese medicine, from the treatment of the five organs, in the improvement of symptoms, prevention and treatment of complications has a satisfactory effect.

**Keywords:** hypothyroidism; consumptive disease; five viscera; basic theory of traditional Chinese medicine

甲状腺功能减退症（简称甲减），是由多种原因导致甲状腺激素合成、分泌或生物效应不足而引起的一组临床综合征，以基础代谢率和神经系统兴奋性下降为主要表现，其表现为畏寒、乏力、嗜睡、食欲减退、手足肿胀感、记忆力减退、少汗、关节疼痛、肌肉疼痛、僵硬、体质量增加、便秘，女性月经紊乱或月经过多、不孕，或见表情呆滞、精神抑郁、反应迟钝、语速减慢、声音嘶哑、听力障碍、面色苍白、轻度贫血、颜面和（或）眼睑水肿、唇厚舌大、常有齿痕、皮肤干燥、粗糙、脱屑、皮肤温度低、黏液性水肿、手脚掌皮肤可呈姜黄，

或见毛发稀疏干燥、跟腱反射时间延长、肌肉收缩与松弛均缓慢、脉率缓慢，常可伴有心血管、消化、呼吸、精神神经等多系统的损害。甲减并无对应中医名，现多根据其临床症状，将其归属于中医“癯劳”“虚劳”“虚损”“痰饮”“水肿”等范畴<sup>[1]</sup>。甲减属本虚标实之证，虚多实少，阳虚为本，邪实为标。本病病理变化复杂，累及脏腑较多，重责于脾、肾，与肺、肝、心有关。现就甲减从五脏论治论述如下。

#### 1 中医对甲减的认识

关于癯劳，《千金要方》提出“石癯、气癯、昔癯、土癯、忧癯、五癯”的名称，将甲减归为“癯劳”<sup>[2]</sup>。宋代《圣济总录·皮瘤门》赵佶认为“忧癯”“劳癯”“气癯”则本于七情。关于虚劳，《内经》首次提出“虚”“劳”。《诸病源候论》中提出“夫虚劳者，五劳、六极、

<sup>※</sup> 基金项目: 广西壮族自治区研究生教育创新计划资助项目【No. YCSY2018032】

\* 通讯作者: 372351085@qq.com

七伤是也。”各代医家均认为多需从同补先后天治疗虚劳。关于痰饮，张仲景《金匱要略》始有“痰饮”名称，并立《痰饮咳嗽病脉证并治》专篇加以论述，提出痰饮的形成与肺、脾、肾关系密切，并指出痰饮总治则为“当以温药和之”。关于水肿，《诸病源候论·水肿候》首次提出：“夫水肿病者……肾脾虚弱所为。”《丹溪心法·水肿》将水肿分为阴水、阳水两大类。《素问·至真要大论》曰：“诸湿肿满，皆属于脾。”叶天士提出治阳水可“通表利小便”，治阴水可“暖水脏，温脾肾”。

## 2 从五脏论治甲减

### 2.1 从脾论治

脾为后天之本，主运化、统血，输布水谷精微，为气血化生之源。《素问·玉机真脏论》曰：“脾脉者土也，孤脏中央以灌四傍。”脾居中焦，运化水谷与水湿，灌溉心肝肺肾，濡养五脏六腑、四肢百骸、皮毛及筋肉，调节全身水液输布。脾失健运，水谷精微难以转运，则食欲不振，便秘，倦怠，消瘦，乏力，形寒肢冷；脾失健运，水液潴留，则颜面和（或）眼睑水肿、手足肿胀、黏液性水肿，结节易生等。脾主血、统血，《沈注金匱要略·卷十六》曰：“人五脏六腑之血，全赖脾气统摄。”脾失生血、统血，则面白舌淡，全身乏力，月经不调等。

朴春丽<sup>[3]</sup>认为，甲减多为脾胃虚弱、中阳不足所致，而脾虚是各种虚证发病之关键因素。不管是否因情志不遂、禀赋不足、外邪侵袭等因素诱发，最终都会影响到脾胃。《脾胃论》谓：“内伤脾胃，百病由生。”脾为孤脏，为后天之本，运化水谷精微、水液至全身，内养五脏六腑，外养四肢百骸。谢春光教授提出气血亏虚亦可导致甲减，可用十全大补汤以益气健脾<sup>[4]</sup>。故治疗上，可用真武汤、补中益气汤、十全大补汤等益气健脾，行气利水。常用药物如黄芪、人参、白术、茯苓、茯苓皮、附子、桂枝、芍药、干姜、椒目、车前子、大腹皮、厚朴、苍术、泽泻、陈皮等。

### 2.2 从肾论治

肾为先天之本，藏精，主水液，主纳气，主一身阴阳。《傅青主女科·妊娠》谓：“脾为后天，肾为先天，脾非先天之气不能化，肾非后天之气不能生。”肾中精气可促进生长发育，肾精亏虚，则毛发稀疏干燥，肌肉收缩与松弛均缓慢；肾主气化，水液输布周身濡养脏腑组织，水液代谢平衡，肾阳虚，气化无力，则全身水肿，少汗，手足肿胀感；肾阳为人体阳气之本、肾阴为人体阴液之本，两者相互为用，滋养、濡润、温煦、推动全身脏腑组织，肾阴阳俱虚，则腰膝酸软、冷痛，不孕等。

冯建华教授<sup>[5]</sup>认为肾阳虚是甲减病机之根本，肾中元阳衰微，阳气不运，气化失司，开阖不利，以致水湿、痰浊、瘀血等阴邪留滞，故而发病。梁国平<sup>[6]</sup>认为甲减多为脾肾阳气不足，主张二仙汤加减治疗甲减。徐德凤<sup>[7]</sup>认为，甲减虽临床病机复杂，但患者多为肾阳虚体质，皆

是在肾阳虚基础上发展而来。谢老根据多年临床经验，提出用肾气丸加减益气温阳利水治疗甲减<sup>[8]</sup>。故治疗上，可用肾气丸、右归丸、二仙汤等温阳补肾。常用药物如附子、肉桂、巴戟天、淫羊藿、鹿角胶、肉苁蓉、仙茅等。

### 2.3 从心论治

心为阳脏，阳中之阳，主血脉、藏神志。心主血脉，阳气充沛，不但可维持正常的心力、心率、心律，而且可维持血脉通利，故心阳不足，血液亏虚，脉道不利，则血液不畅，或血脉空虚，面色无华，脉象细弱无力等；心藏神，主人体思维、意识、精神，《灵枢·邪客》曰：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。”故心神失养，则反应迟纯、精神萎靡。

肾阳虚衰，可致水液代谢障碍，水饮停留，上凌于心肺，郁阻心阳。心阳虚与肾阳虚二者往往形成恶性循环，加重病情，临床常见甲减性心脏病的发生。徐荣娟等<sup>[9]</sup>主张针对甲减而致心率慢、脉迟，可用麻黄附子细辛汤；若脉迟不复，则可用参附汤、生脉散，并酌加细辛鼓舞心阳。杨传经等<sup>[10]</sup>用稳心颗粒联合参附注射液治疗甲状腺功能减退性心脏病60例，总有效率达93.33%，较单纯使用甲状腺片组比较有显著性差异（ $P<0.05$ ）。故治疗上，可用苓桂术甘汤、生脉散、麻黄附子细辛汤等温补心阳，化气行水。常用药物如附子、茯苓、桂枝、白术、炙甘草、五味子、干姜、大枣等。

### 2.4 从肺论治

肺为阳中之阴脏，主气司呼吸，助心行血，通调水道。《素问·五脏生成论》曰：“诸气者，皆属于肺。”肺主一身之气，生成宗气，调节全身各脏腑之气，故肺气失司，则少气不足以息、声低气怯、肢倦乏力；肺朝百脉，助心行血，维持正常血脉循行，故肺气虚，血行不畅，则血脉空虚，面色无华，脉象细弱无力等；肺主水，可通过宣发、肃降调节体内水液输布，肺气宣降失常，难以行水，水道不调，则可出现水液输布和排泄障碍，如痰饮、水肿等。

明代汪绮石善从肺论治虚劳，喜用通利之品，导气机而利三焦而通水道以保华盖的治节之权，他提出可用“治水之神功”的泽泻、“逐水之妙剂”的桑皮和“治节之君主”的桔梗，尽得宣上、畅中、润下之精髓，加之参苓等补益之品使水畅而虚补<sup>[11]</sup>。故治疗上，可用麻黄连翘赤小豆汤宣肺利水。常用药物有桑白皮、泽泻、桔梗、杏仁、赤小豆、白术、五味子等。

### 2.5 从肝论治

肝为刚脏，喜条达而恶抑郁，主疏泄，藏血生血，且开窍于目。《血证论》曰：“木（肝）之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化。”肝主疏泄，可调畅气机，调节情志，促进消化吸收，维持气血运行，调节水液代谢，调理冲任等。肝失疏泄，气血津液温煦濡养功能减退，则乏力、畏寒、嗜睡、少汗、反应迟钝、记忆力减退、皮肤温度低、皮肤干燥、粗糙、脱皮屑、毛发稀疏干燥；肝失疏泄，筋膜

失养,则关节疼痛、肌肉僵硬;肝泄不及,情志失调,则表情呆滞、精神抑郁;肝泄不及,木郁土壅,脾失健运,则食欲减退、便秘;肝泄不及,三焦气机不畅,水液代谢失司,则颜面和(或)眼睑水肿、舌有齿痕、手足肿胀、黏液性水肿、体质量增加。肝藏血,肝失疏泄,气血生化不足,冲任失调,则轻度贫血,月经紊乱或月经过多、不孕。

路志正教授认为肝郁不疏常是甲减的起因和源头,情志失调亦加重病患,故路志正教授常用柴胡疏肝散、逍遥丸、四逆散以疏肝解郁<sup>[12]</sup>。高天舒<sup>[13]</sup>认为,情志不遂、肝郁及脾是甲减初期的主要病机,肝郁及脾,脾气虚日久致脾阳虚是甲减中期的主要病机。陈放中<sup>[14]</sup>认为肝阳虚是甲减的重要病机,肝阳虚肝失疏泄变生六郁,导致气结、水停、痰阻、食滞、血瘀。故治疗上,可用柴胡疏肝散、逍遥丸、四逆散疏肝解郁。常用药物如柴胡、白芍、郁金、香附、川芎、陈皮、青皮等。

### 3 小结

目前因各种原因所致甲减患者越来越多,西药治疗确实存在症状难以缓解、患者生活质量较低等问题。中医强调整体观念,辨证论治,从五脏出发论治甲减贯彻整体观念,可明显改善患者症状,提高患者生活质量,值得临床多应用。

### 参考文献

[1] 叶文君. 甲状腺功能减退症中医辨证现状及思考[J]. 光明中医, 2010, 25

(3):539-549.

- [2] 朱文锋, 黄惠勇. 中医内科病名的分化研究[J]. 中国中医药信息杂志, 1995, 2(11):41-43.
- [3] 于淼, 曲博文, 朴春丽. 朴春丽从脾论治甲状腺功能减退症经验探析[J]. 中医药通报, 2016, 15(2):15-17.
- [4] 莫崇念, 康晓燕, 邓丽莎. 谢春光教授治疗甲状腺功能减退症经验[J]. 湖南中医杂志, 2012, 28(1):27-28.
- [5] 张晓斌, 司徒林. 冯建华教授治疗甲状腺功能减退症的经验[J]. 光明中医, 2011, 26(11):2206-2208.
- [6] 梁国平. 中西医结合治疗脾肾阳虚型原发性甲状腺功能减退症 23 例[J]. 现代中医药, 2010, 30(1):14-16.
- [7] 徐锦平. 徐德凤辨治甲状腺功能减退症经验[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(2):149-150.
- [8] 邱惠琼, 谢春光. 谢春光教授诊治甲状腺功能减退症经验撷菁[J]. 四川中医, 2014, 32(1):7-9.
- [9] 徐荣娟, 葛芳芳, 李红. 中医辨治甲状腺功能减退症[J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(6):52-43.
- [10] 杨传经, 赵胜. 稳心颗粒联合参附注射液治疗甲状腺功能减退性心脏病 60 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2009, 30(6):24-25.
- [11] 李颖, 蔡亚贤, 刘宝森, 等. 《理虚元鉴》从肺论治虚劳学术特色浅析[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(12):42-44.
- [12] 魏华, 路洁, 殷翠儿. 国医大师路志正教授辨证治成人甲状腺功能减退症经验浅析[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(12):3132-3134.
- [13] 李静. 高天舒教授治疗原发性甲状腺功能减退症经验介绍[J]. 新中医, 2007, 39(11):8-9.
- [14] 陈放中. 34 例原发性甲状腺功能减退症肝阳虚辨证分析[J]. 湖北中医杂志, 2007, 27(11):23-24.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘春红 收稿日期:2018-09-19)

## 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

## 名医经验 Experience of Prestigious Doctors

# 林丹教授应用半夏泻心汤诊疗隐性消渴病的经验分析<sup>※</sup>

董秀娟<sup>1</sup> 李才岛<sup>2</sup> 林丹<sup>3\*</sup>

(1 海南医学院中医学院,海南 海口 571199;2 海南汉唐国医馆,海南 海口 571199;  
3 海南医学院第一附属中医科,海南 海口 571199)

**摘要:**辨证论治是中医治疗疾病之准则,但临床亦可见症状不典型,仅因实验室指标异常而就诊者。对此,林丹教授认为当审病因,知病机,定病位,晓病性,断病势,予以论治,仍未辨证论治的指导。文章就林丹教授在长期的临床实践中对无症状性的消渴病(临床又称为隐性消渴病)的诊疗进行分析研究,认为该病的辨证过程因详问病史,查找病因,分析病机,确定病位,知晓病性,判断病势这一临床辨证思路,并在临床实践过程中发现,半夏泻心汤加味治疗隐性消渴病,疗效甚佳,另嘱病人节饮食、调情志、动筋骨,偶可达临床痊愈之目的。

**关键词:**林丹;半夏泻心汤;隐性消渴病;名老中医;名医经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.016

文章编号:1672-2779(2019)-04-0038-04

## Empirical Analysis on Professor Lin Dan in the Diagnosis and Treatment of Recessive Diabetes with the Application of Modified Banxia Xiexin Decoction

DONG Xiujuan<sup>1</sup>, LI Caidao<sup>2</sup>, LIN Dan<sup>3</sup>

(1. College of Traditional Chinese Medicine, Hainan Medical University, Hainan Province, Haikou 571199, China;  
2. Hainan Han Tang National Medical Museum, Hainan Province, Haikou 571199, China;  
3. Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Hainan Medical University, Hainan Province, Haikou 571199, China)

**Abstract:** Treatment according to syndrome differentiation is the criterion of diagnosis and treatment of Chinese medicine, but the clinical symptoms are also untypical. Professor Lin Dan believes that the degree of seriousness of the disease cause, the pathogenesis, the location of the disease, the disease's nature, degree of seriousness of the disease, and the treatment of the disease. The diagnosis and treatment of the recessive diabetes also follows this clinical diagnosis and treatment idea. The treatment has good curative effect. It is also necessary for patients to have a reasonable diet, adjust their mood and exercise reasonably, sometimes, the purpose of clinical recovery is to be achieved.

**Keywords:** Lin Dan; Banxia Xiexin decoction; recessive diabetes; famous veteran doctor of TCM; experience of famous doctor

林丹系海南医学院教授,从医执教30余载,临验颇丰,精于辨证,妙用经方,屡起沉痾。笔者有幸跟师侍诊,聆听教诲,获益匪浅。就吾师诊疗消渴病的临床思路介绍如下,以飨同道。

### 1 特殊病因分析

消渴病临床多见口渴、易饥、尿频及困倦乏力等症,亦有毫无症状者,仅在体检时发现血糖异常,寻医诊治,临床亦称其为“隐性消渴病”。相较于农耕时期,今日生活工作模式转变甚大,消渴病之病因亦随变之,除常见病因外,吾师特重视如下病因,详述之:

#### 1.1 饮食之特殊 《素问·奇病论》说:“此肥美之所发也,

此人必数食甘美而多肥也,肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”<sup>[1]</sup>当今传统的一日三餐从家庭推向了餐馆饭店,出现早餐多甜食,中餐多快餐,晚餐多饱餐,饮食习惯可令消渴病之人愈发增多。其二,长期大量软饮料的服用亦与该病之年轻化有关。《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行,合于四时五藏阴阳,揆度以为常也。”论述水液代谢之过程<sup>[2]</sup>。而软饮料的含糖量极高,且含有各种添加剂,而今人又喜冷饮之,久必伤及脾胃,升降乖戾,水谷必不能及时转化为精微,而停积于体内,易成病理产物引起消渴病及多种并发症。此二者皆当重视。

#### 1.2 运动之特殊

城市化建设及工作模式的改变,致运动场所缺失及运动机会减少,此为消渴病的另一重要因素。《吕氏春秋·尽数》:“流水不腐,户枢不蠹,动也。形体亦然。形不动则精不流,精不流则气郁。”<sup>[3]</sup>指出运动对

※ 基金项目:国家自然科学基金【No.81460692】;国家中医药管理局全国名老中医药专家林丹传承工作室项目【No. 国中医药人教发(2016)42号文】

\* 通讯作者:lindan0898@126.com

人体健康的重要性。脾主四肢，而因运动减少，或坐或躺，致脾气呆滞，运化迟滞，脾气耗伤，胃气亦伤，久则脾胃虚弱，虽饮食不多亦肥。另一方面，因运动之减少，而饮食却倍增，必致“精”的过度滞留不能转化，而出现郁堵不畅，必致诸身不适。气郁最易化火，火性炎上之特性，必伤及肺脏致肺燥，伤及胃致胃热，伤及肝致肝阴不足肝火过旺等证。

**1.3 睡眠之特殊** 依中医子午流注图之循行，子时入睡为最佳，人体方可休养生息，消除疲劳，各脏腑归位，为次日的劳作做好准备，此为肝胆之功。而现代人更沉迷于夜生活，夜间加班，或痴迷于电脑，电视等，入睡甚晚，甚则通宵达旦，引起肝胆功能失调。“肝者，罢极之本，魂之居也”，“罢极”之意，一可通“疲”理解为消除疲劳之意，只有子丑安睡，魂才有所居；二“罢”“极”说文解字均有伸展、到头之意，可引申为调达之意，则子丑入睡之时，为肝做功之日。入夜而不寐，则会致肝失其功能，肝气虚则血不养，魂无所居，易出现恐惧，记忆力差；肝气实则气机郁闭，疏泄失司而易怒。最终肝因失于疏泄，而五脏不调，出现易于疲劳，亦可发为消渴。

**1.4 体质之特殊** 临床上孕妇常因营养过剩，胎儿过大或为确保母婴平安而选剖宫产，而后天的喂养由传统的母乳喂养变为了配方奶粉喂养，都可能成为未来的消渴病之体质，皆当引起医生之注意。

## 2 论治分析

对于消渴病的诊治仍遵循辨证论治，而对于却无症状的消渴病患者，分析病因病机，常可定病位在脾胃，病性为本虚表实，病势为病之初期。多年临床经验，可首选半夏泻心汤为主加减化裁，使之方证相符，收效颇佳。

**2.1 辨证分析** 隐性消渴病重在详问病史，亦见患者有诸多不适，多为偶尔发作或交替发作而忽视。如口干咽干甚则咽痛（夜间尤甚），患者自认为是“上火”或感冒而治疗症状消失；如自觉胃脘部胀满不适，或饮食倍增，而仍有饥饿感者按胃肠不适治疗后缓解；如每每饭后特别的困倦乏力，上下肢沉重，认为缺少休息，而却越发乏力，自服补气药物治疗；如视物不清，眼睛干涉，畏光等，按眼疾治疗；如四肢麻木不适，按颈椎病治疗；如皮肤瘙痒，按皮肤病诊治；如夜尿频，伴有尿急尿频尿痛等，按淋证治疗；又如发现小便之后，便池有大量蚂蚁，此种情况患者自觉血糖可能异常；再者确实没有任何不适，单纯体检发现血糖异常者等等。故辨证时，应详问病史，审病因，知病机，结合舌苔脉象四诊合参，定病位，晓病性，断病势，予正确治疗。吾师临证多年后认为，隐性消渴病四诊合参，可见五脏功能失调，寒热错杂之证，但就具体分析，主要病位多在中焦脾胃，

乃消渴病之初期。

**2.2 隐性消渴病论治** 半夏泻心汤始见于《伤寒论》，为辛开苦降的代表方，凡病机属寒热错杂，升降失调，多用本方加减治疗。吾师结合长期的临床经验对该方进行加减配伍，用于治疗各种疾病，其中治疗隐性消渴病的临床收效颇佳。其方药基本组成为：黄连、黄芩、法半夏、党参、干姜、大枣、炙甘草、夏枯草、仙鹤草、肉桂、忧遁草。随症之加减变化为：困倦乏力甚则加黄芪，女贞子；口干甚则加石斛，葛根；大便干结则加生地，火麻仁；四肢麻木不适则加鸡血藤；脉症合参瘀血者加丹参，红景天；肥胖者加二陈汤；皮肤瘙痒加白鲜皮，白蒺藜等随症加减（适医者用药之喜好灵活配之），且用药剂量因人因证而异。煮法以水 500 mL 煎至 300 mL，去渣再煎 15 min，早晚温服，日 1 剂。

现将该方治疗隐性消渴病的配伍特点及临床指征分析如下：该验方可以理解为数个方的合方，如“黄连、黄芩、法半夏、党参、干姜、大枣、炙甘草”七味药组成的半夏泻心汤；如“黄连、肉桂”二味药组成的交泰丸；如“党参、干姜、大枣、炙甘草”组成的理中汤；如“黄连、半夏”二味药为小陷胸汤重要组成；“黄芩、法半夏、党参、大枣、炙甘草”五味药为小柴胡汤重要组成。故该方可调五脏功能，依据各脏腑精气之盛衰对其药量进行增减，最终达到调五脏之平衡的效果。

验方配伍详解：黄连、黄芩、夏枯草苦寒之药可以清泄胃、肺、肝经之热；干姜，肉桂温中祛寒，兼补脾胃肾阳气；法半夏、党参、大枣、甘草固护已伤之脾胃，培补中气；仙鹤草补虚，干祖望将其称为“脱力草”曰：“凡人精神不振、四肢无力、疲劳怠惰或重劳动之后的困乏等，土语称‘脱力’。”<sup>[4]</sup>忧遁草为海南的地方草药，临证发现其有明显降糖之效，其味甘，性平，入肝、肾经。功效为清热解毒、散瘀消肿、除湿抗癌、止痛、活血疏经、增力气、消除疲劳之功效。吾师认为消渴病病位在心下脾胃，脾胃升降失调而致机体出现水火失调，而表现为寒热错杂之证，故用辛开苦降之法的目的，均在调理后天脾胃之功能，而此方对于隐性的消渴病患者则更多舍性而取用其配伍，起到调五脏，平阴阳（水火），“阴平阳秘，精神乃治”之效果。

## 3 调整生活方式

“治病求本，本于病因”，消渴病源于患者日常生活起居等不规律而引起该病，服用药物仅仅是辅助作用，而消除病因，合理的生活起居方式才是治愈该病的根本，吾师从饮食、睡眠、运动等各方面进行了观察认为，常嘱病人节饮食、调情志、动筋骨。

**3.1 节饮食** 《吕氏春秋·尽数》曰“凡食无强厚，味无以

烈味重酒，是以谓之疾首。食能以时，身必无灾。凡食之道，无饥无饱，是之谓五藏之葆。”<sup>[5]</sup>故饮食调理对于消渴病患者非常重要。故给出以下忠告：一则，主食多吃杂粮，少吃“精米，精面”，中医认为“吃得越精，脾胃功能越差”。食用油建议用橄榄油或椰子油；二则，从食物代谢快慢角度，建议“先吃干的，尽量少吃稀的”；三则，尽量一日三餐在家吃，确保食材健康，食量易于控制。四则，有添加剂及含糖的食品尽量少吃。五则，多吃蔬菜，适量水果，忌含糖量太高的水果。六则，忌饮酒。

**3.2 调情志** 《儒门事亲·三消之说当从火断》说：“不减滋味，不戒嗜欲，不节喜怒，病已而复作。能从此三者，消渴亦不足忧矣。”<sup>[6]</sup>二则，保证夜间子时入睡，禁忌熬夜或通宵达旦。

**3.3 动筋骨** 俗语“饭后百步走活到九十九”，但吃完饭不建议立即运动，亦不可坐卧，可室内散步，并作腹部顺时针的按摩。每日3餐0.5 h后，建议做1 h的有氧运动，以散步为主。

二则，早晨睡醒及晚上入睡时，嘱咐患者根据个人情况做胸式呼吸、腹式呼吸、肋式呼吸、后背式呼吸，可达到平衡脏腑功能之效，同时调控情绪。对于肥胖的患者，将减肥作为第一任务。

#### 4 典型医例举隅

患者，男，50岁，广东潮汕人。主因“发现血糖异常6个月，余无明显不适”就诊。有家族遗传史，既往喜好夜间海钓，平素嗜食甜食，喜饮软饮料20余年。因自觉无特殊不适，拒绝长期服用西药治疗。刻下医详诊之，患者纳眠可，无明显不适，但详问诊，该患常感全身困倦乏力，眼干涩，偶有夜间或晨起口干欲饮，夜尿频，偶觉餐后脘腹胀满不适，因症状较轻，并未予以关注。体查：体型适中，舌尖红，舌体胖大边有齿痕，苔白微腻，右脉寸滑微数关弱迟沉，左脉寸数关弦细迟沉。3日内辅助检查示：空腹血糖9~10 mmol/L，餐后2 h血糖15~18 mmol/L，糖化血红蛋白HbA1c 7%。诊断：消渴病，证属上热下寒，中焦脾虚证。治以半夏泻心汤加味，药用：黄连10 g，黄芩12 g，法半夏15 g，党参30 g，干姜10 g，大枣3枚（去核）、炙甘草5 g，夏枯草15 g，仙鹤草15 g，肉桂5 g（后下），忧遁草全草15 g。煎服法以水500 mL煎至300 mL，去渣再煎15 min，早晚温服，日1剂。嘱患者吃糙米，少喝汤，忌口辛辣肥甘厚味生冷，每日3餐食后1 h散步，23时前入睡。

二诊：服用2周后，血糖明显下降，血糖动态记录本显示：晨起空腹血糖6.7~9 mmol/L，餐后2 h血糖11~13 mmol/L，午时空腹血糖8~10 mmol/L，餐后2 h血糖9~15 mmol/L，晚餐前血糖7~10 mmol/L，餐后2 h血糖

8~11 mmol/L，血糖偶有波动，但整体下降趋势明显，以晚餐血糖控制为最佳。详问之，患者晚餐素食，餐后2 h散步，而早上，中午因工作原因未能做到1 h的运动。

患者诉服药期间偶有口干口渴，眼干涩余未觉明显不适。舌淡胖，苔薄白，边少许齿痕，随机血糖7.8 mmol/L。守前方加石斛15 g，续服半月，并嘱患者不需要每天都检测血糖，若自觉血糖稳定，无明显不适，可测晨起空腹，晚餐后2 h血糖，并要求患者，每周查1次凌晨4点的血糖值（林丹教授认为人体在凌晨3、4点血糖值会较低，可作为血糖调控的指标）。

三诊：服用2周后，复查血糖空腹血糖5.6~7 mmol/L，餐后2 h血糖9~10 mmol/L，第1周凌晨4点血糖6.0 mmol/L，第2周凌晨4点血糖6.2 mmol/L。其中有1次晚上餐后2 h血糖15 mmol/L，询问病史，怀疑与晚餐饮白酒有关，嘱患者禁酒。

患者四诊未见明显不适，方药配伍不变，剂量稍做调整：黄连6 g，黄芩10 g，法半夏10 g，党参30 g，干姜8 g，大枣3枚（去核），炙甘草5 g，夏枯草15 g，仙鹤草15 g，肉桂5 g（后下），忧遁草全草20 g，续服半月。继续监测血糖。

四诊：服用2周后，患者自述血糖空腹血糖6 mmol/L左右，餐后2 h血糖9左右 mmol/L。与患者沟通，停药汤剂，改为服用散剂胶囊。具体为黄连60 g，黄芩100 g，法半夏100 g，党参300 g，干姜80 g，大枣100 g，炙甘草50 g，夏枯草150 g，仙鹤草150 g，肉桂50 g（后下），麦冬100 g，打粉装胶囊，每粒胶囊0.8 g，每次4粒，1日3次，餐前0.5 h服用。若自觉患者血糖升高，可多吃2~3粒胶囊，另继续遵医嘱，节饮食、调情志、动筋骨。每半个月复诊1次。

患者连续复诊3个月后，血糖控制稳定，复查糖化血红蛋白HbA1c 6.0%。给予停药定期复查。随访追踪，患者至今血糖比较稳定，偶尔会有波动，患者时有吃少许甜类食品，血糖波动亦不明显。此案例，可以认为临床基本痊愈。

**按语：**本案患者血糖异常之因与熬夜、嗜食甜食及软饮料相关，故对其饮食生活的调理最为重要，截断病因本身为治疗方法之最重。初诊，四诊合参，可知该病非单一脏腑之病变，《素问·经脉别论》有云：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋；食气入胃，浊气归心，淫精于脉；脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛，毛脉合精，行气于府，府精神明，留于四肢，气归于权衡，权衡以平，气口成寸。”<sup>[7]</sup>可知，谷入于胃后，胃为五脏六腑之海，气血生化之途径。患者因嗜食甜食及软饮料致脾胃受损，生化气血之功能降低，此为主要病因，

另因入夜而不寐，甚通宵达旦，致营血不能归于肝、心，心肝火旺，筋脉必失于营养，亦可引起心肾之不交，从而引起五脏关系之失衡。故选择“交泰丸合半夏泻心汤加减化裁”：黄连、肉桂交通心肾，可得水火既济；黄芩、夏枯草二药合用，清肝热，泻肝火。《本草求真》言夏枯草：“一切热郁肝经等证，得此治无不效。”；法半夏、党参、干姜、大枣、炙甘草，固护脾胃，培补中气；仙鹤草补虚；忧遁草全草清热降糖。诸药合用，诸症悉除。然贵在辨证基础上，巧妙加减化裁经方、时方、

验方，运用灵活，即“师古而不泥于古”。

#### 参考文献

- [1] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:261-262.
- [2] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:139-140.
- [3] 张双棣.吕氏春秋[M].北京:中华书局,2007:23.
- [4] 干祖望.专题笔谈[J].中医杂志,1992,33(10):1.
- [5] 张双棣.吕氏春秋[M].北京:中华书局,2007:25.
- [6] 萧国钢.儒门事亲研究[M].北京:中医古籍出版社,1998:12.
- [7] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:139.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高 颀 收稿日期:2018-09-27)

## 卢跃卿运用济生肾气丸治疗良性前列腺增生经验总结

刘红莉<sup>1</sup> 卢跃卿<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学研究生 2016 级,河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院血液净化中心,河南 郑州 450000)

**摘要:**良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia BPH)多发于中老年男性,主要临床表现有排尿踌躇、排尿困难、小便次数增加、尿流变细、尿流滴沥甚至闭塞不通等症状。随着人类老龄化的日趋增加,BPH发病率逐年上升,使之成为世界普遍关注的重大疾病。BPH归于中医学的“癃闭”范畴。西医治疗多以药物、手术等方法缓解,病情反复发作,疗效欠佳,且患者多年老体弱,不耐手术。中医拥有独特、完备的理论及治疗体系,并且在疗效更佳、痛苦较少、价格较低等方面表现出一定的优势。卢跃卿教授抓住“男子以肾为根本”强调补肾重要性。本文意在介绍其运用济生肾气丸治疗良性前列腺增生的临床治疗经验总结。

**关键词:**卢跃卿;前列腺增生;癃闭;济生肾气丸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.017

文章编号:1672-2779(2019)-04-0041-03

### Experience of Professor Lu Yueqing in the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia with the Application of Jisheng Shenqi Pills

LIU Hongli<sup>1</sup>, LU Yueqing<sup>2</sup>

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. The Blood Purification Center, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Benign prostatic hyperplasia (benign prostatic hyperplasia BPH) is more common in middle-aged and elderly men. The main clinical manifestations are dysuria, increased urination frequency, fine urine rheology, impassable flow of urine and even obstruction. With the increasing of human aging, the incidence of BPH is increasing year by year, which makes BPH a major disease of universal concern in the world. BPH falls under the category of "uroschesis" in traditional Chinese medicine. Western medicine treatment can only be alleviated by medicine, surgery and other Methods. Chinese medicine is unique, has complete theory and treatment system, and in the effect of better, less pain, lower price and other aspects shows certain advantages. Professor Lu Yueqing grasps the importance of kidney tonifying by "men based on kidney". The purpose of this article is to introduce the clinical experience of him in the treatment of benign prostatic hyperplasia with Jisheng Shenqi pills.

**Keywords:** Lu Yueqing; benign prostatic hyperplasia; uroschesism; Jisheng Shenqi pills

良性前列腺增生(BPH)是中老年男性常见疾病之一。在40岁男性中,有5%~10%出现前列腺增生的病理改变,发病率随着年龄增长而上升,60岁男性患病率为50%,80岁达88%<sup>[1]</sup>。临床表现主要有储尿期的尿频、尿急、尿失禁、夜尿增多;排尿期的排尿踌躇、排尿困难、间断排尿和排尿后尿不尽、尿后滴沥和其他症状。一般检查包括外生殖器检查、直肠指诊,前列腺彩超及膀胱残余尿量等。

#### 1 西医对良性前列腺增生的病因认识及治疗

BPH属于男科临床中常见的难治性疾病之一,大多病因不清,发病机理不明,临床症状缺乏特异性。现代研究表明BPH发病机制与多种因素有关,发生的两个必要条件是高龄、有功能的睾丸。其可能与上皮和间质细胞增殖、细胞凋亡的平衡遭到破坏,或雄激素与雌激素的相互作用、前列腺间质与腺上皮细胞的相互作用、生长因子、炎症细胞、神经递质及遗传因素等因素有关。

再者,肥胖、吸烟、饮酒、家族史等可能对其也有影响。

常见的西医治疗方法有:药物治疗,如5 $\alpha$ -还原酶抑制剂、 $\alpha$ 1-受体阻滞剂、M受体拮抗剂等;手术治疗;微创治疗,如冷冻治疗、射频治疗、气化治疗、前列腺网状支架放置等。这些方法虽能暂时缓解患者痛苦,但患者多年老体弱,体力不耐受,也不能从根本上解决问题,远期疗效并不突出。

## 2 中医对癃闭的认识及病因病机

“癃闭”是指小便不畅,点滴而出,甚则闭塞不通为主要临床症状的一种疾患。其中以小便不利、点滴短少、病势缓者为“癃”;小便闭塞、点滴不通、病势急者为“闭”。两者虽有区别,但均指排尿困难,只程度上不同,因此多合称癃闭<sup>[2]</sup>。“癃闭”病名首见于《内经》。如《素问·五常政大论》云:“其病癃闭,邪伤肾也”。《素问·灵兰秘典论》云“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出焉。”《素问·宣明五气论》云“膀胱不利为癃”。说明癃闭的基本病机为膀胱气化失调。肺为水之上源,肺气失肃,不能通调水道,累及膀胱可致癃闭。脾主运化,恶水湿。《内经》云“诸湿肿满,皆属于脾。”中焦之气不化,当责之于脾虚,运化水湿无权,故可导致癃闭。肝主疏泄,医书云,气滞则水不行,水不行则气愈滞,二者相因为病。肾为水之下源,与膀胱互为表里,统摄全身之水液。从脏腑之间的整体关系来看,水液的吸收、运行、排泄,有赖于三焦的气化作用和肺、脾、肾的通调、转输、蒸发。故中医认为癃闭的病位在膀胱,与肺、脾、肾、肝、三焦密切相关。卢跃卿教授认为此病虽病因多端,但基本病机为膀胱气化失调,并指出小便的通畅依赖于肺的通调、脾的转输、肾的气化、肝的疏泄共同完成。

隋代巢元方认为小便不利的病机为肾气亏虚,其在《诸病源候论》云:“肾主水,劳伤之人肾气虚弱,不能藏水,胞内虚冷,故小便后水液不止而有余沥,尺脉缓细者,小便余沥也。”明代张景岳云:“今凡病气虚而闭者,必以真阳下竭,元海无根,水火不交,阴阳痞隔,所以气自气,而气不化水,水自水,而水蓄不行。气不化水,则水腑枯竭者有之;水蓄不行,则浸渍腐败者有之。”综上所述,历代医家简明扼要地阐述了本病以肾虚为本的基本病机,《傅青主男科》下卷:“小便不通,乃膀胱之气化不行,即小便不通,似乎治膀胱也,然而治法全不在膀胱”,治疗小便不通“不去通小便而专治肾水,肾中有水,而膀胱之气,自然行矣,盖膀胱之开阖,肾司其权也”<sup>[3]</sup>。

卢师指出对于本病应首辨虚实,标本兼治,并侧重补本。“实”责之于膀胱气化不利,宜清泄肺热、疏理肝气、行散瘀结;“虚”责之于肾虚而不气化,宜补脾

肾、助气化。下焦气之不化,责之于肾,肾阳不足,气化不及州都;肾阴亏虚,水府枯竭,水液不能下注膀胱均可发为本病。观之临床患者多见于高龄或是体虚久病之人,起病缓慢。《调经论》:“肾者水藏,主津液”,老年男性正值“五八,肾气衰”,肾主水,可司膀胱之开阖,体内水液之分布排泄,皆赖于肾之气化。肾虚日久则气化无力,虚而致瘀,瘀阻膀胱则致小便不利。且研究发现BPH发生率在70岁时可达36%<sup>[4]</sup>,患者多有肾虚的临床症状(肾阳不足及肾阴亏虚者占30.5%)<sup>[5]</sup>。故卢跃卿教授认为男子以肾为本,肾气虚弱是本病发生的基础,其根据前人“非与温补之剂,则水不能行”的思想,提出本病以补肾气为主,使肾之阴阳平衡,开合有度。治疗上方选“济生肾气丸”加减。药物组成:肉桂6g,淡附片6g,熟地黄20g,山药30g,酒萸肉10g,泽泻15g,茯苓30g,牡丹皮10g,牛膝20g,车前子20g。方中淡附片、肉桂大热,补下焦之阳,以鼓舞肾气;熟地黄滋补肾阴、填精益髓,山药益气养阴、化阴助阳,酒萸肉补益肝肾、收敛固涩,三药合用以补肝脾肾,佐桂附以阴中求阳,收阴生阳长之效;泽泻利水渗湿,泻熟地黄之浊腻,使补而不壅;茯苓助山药益气,又渗利山药之壅塞;牡丹皮清热养阴,又制约桂、附温热不伤阴;车前子渗湿、利尿通淋,牛膝苦泄下行,善补肝肾、利水通淋。全方配伍,温化与通利并施,共奏温肾利水之效。兼见腰膝疼痛者,加杜仲、续断补肝肾、强腰膝;兼见大便不通者,加大黄、杏仁通腑泄热;兼见心烦、失眠者,加酸枣仁、竹叶泻火安神;兼见气机郁滞者,加柴胡、枳壳疏理气机;兼见肺热阴虚者,加生地、麦冬、天花粉养阴生津;兼见湿热者,加黄芩、知母清热燥湿;兼见瘀血者,加桃仁、红花活血化瘀。

## 3 医案举隅

患者谢某,男,65岁。2018年5月11日以“小便不利1年余”为主诉来诊。临床表现:小便不利,欲解不出,小腹满胀,面色苍白,精神不振,腰膝冷而酸软乏力,眠差,大便调。舌淡苔白,脉迟弱。行尿常规、前列腺液检查未见明显异常,彩超提示:前列腺增生。卢师指出该患者已年过“八八”,根据舌苔脉象,四诊合参,为元阳衰惫而致膀胱气化功能失常,宜调理脾肾补其虚,以达通达水道之目的。故中医诊断为癃闭,证属肾阳衰微;治则:温补肾阳,化气行水。方选济生肾气丸加减。药物:肉桂6g,淡附片6g,熟地黄10g,山药30g,酒萸肉10g,泽泻15g,茯苓30g,牡丹皮10g,牛膝20g,车前子20g,黄芪30g,白术30g,酸枣仁30g,茯神20g。7付,水煎服。卢师在济生肾气丸的基础上加黄芪以补气健脾利水,《本草备要》云:“黄芪益元气,温三焦,可补肾气之不足,三脏兼顾,鼓

动真气运行,协同诸药治疗”<sup>[6]</sup>;加白术健脾益气,燥湿利水,与茯苓合用,一利一燥,意在使脾气健运,中焦枢机转运如常;并配以酸枣仁、茯神养心安神。1周后复诊,小便不利明显减轻,小腹胀满、眠差症状基本改善,卢师在前方基础上去酸枣仁、茯神,余同前。继服7付后诸症消失。

#### 4 小结

良性前列腺增生主要以排尿异常为主,包括排尿踌躇、终末滴沥、尿线细而无力、排尿不尽、尿频、夜尿多等常见于中老年男性的一种疾病,其发病机制尚不明确,且发病率随老龄化逐年上升。目前西医以药物或手术等为主要治疗手段,远期疗效并不如意,亦不能从根本上解除患者痛苦。而中医学以其渊源的历史文化,完备且独特的治疗体系,在诊疗疾病方面疗效渐增。卢跃卿教授指出,BPH属于中医学“癃闭”范畴。癃闭病位在膀胱,发生与肺、脾、肾、肝等密切相关,各种原因常常相互关联,或彼此兼夹,故临床上应首辨虚实,实

证宜清邪热、利气机,散瘀结;虚证宜补脾肾,助气化;虚实夹杂者应标本同治,切忌一味利尿。该病多见于中老年男性,故平时应注意锻炼身体,起居规律,清淡饮食,不憋尿,忌烟酒。

#### 参考文献

- [1] 郑曲. 苏荻教授治疗良性前列腺增生尿潴留(癃闭)经验总结[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2012.
- [2] 王永炎,严世芸. 实用中医内科学[M]. 上海:上海科技出版社,2009:376-378.
- [3] 郑曲. 苏荻教授治疗良性前列腺增生尿潴留(癃闭)经验总结[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2012.
- [4] SAFARINEJAD M R. Prevalence of benign prostatic hyper-plasia in a population-based study in ranian men 40 years old or older [J]. Int Urol Nephrol, 2008, 40 (4): 921-931.
- [5] 胡海翔,刘洪源,夏恺,等. 良性前列腺增生症中医证型与西医临床客观指标的相关性研究[J]. 辽宁中医杂志,2014,41(11):2349.
- [6] 陈润东,严夏,李小燕. 王琦教授治疗老年前列腺增生症经验介绍[J]. 新中医,2012,44(3):148-149.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李智全 收稿日期:2018-10-12)

## 孙伟教授治疗老年性尿路感染经验

刘琼 李蔚 刘利华\*

(南京中医药大学附属医院肾内科,江苏 南京 210029)

**摘要:**老年人因免疫力低下等因素易出现尿路感染,尿路感染属中医“淋证”范畴,其主要病机为湿热蕴结下焦,肾与膀胱气化不利,病位在肾与膀胱。本文总结老年人尿路感染特点及易感因素,指出老年人尿路感染治疗应遵急则治标、缓则治本的原则,治疗以益肾健脾为先,补益同时兼顾清利,治疗应长疗程,日常注意调护,防止尿路感染复发。

**关键词:**尿路感染;中医药疗法;经验传承;孙伟;淋证;老年科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.018

文章编号:1672-2779(2019)-04-0043-03

### Experience of Professor Sun Wei in Treating Senile Urinary Tract Infection

LIU Qiong, LI Wei, LIU Lihua

(Nephrology Department, the Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

**Abstract:** Elderly people prone to urinary tract infections due to factors such as low immunity, urinary tract infection is a traditional Chinese medicine "stranguria" category, and the main pathogenesis is damp and hot accumulate knot and hardness, kidney and bladder gasification. Disease lay in kidney and bladder. The treatment of urinary tract infection in elderly patients should follow the principle as follows: urgency is temporary treatment, while mild treatment is the root cause. Treatment with kidney and spleen first, benefit while taking care of clearing heat and dampness, treatment should be long course. Daily care and prevention can prevent recurrence of urinary tract infection.

**Keywords:** urinary tract infections; therapy of traditional Chinese medicine; experience; Sun Wei; stranguria; geriatrics

尿路感染是指病原体在机体内尿路中生长繁殖,侵犯尿路粘膜或组织而引起的尿路感染性疾病<sup>[1]</sup>。细菌是最多见的病原体,真菌、病毒、寄生虫等也可引起感染。本病好发于女性,10%~20%的妇女在一生中都得过尿路感染,尤其是婚育期妇女。但无论是女性还

是男性,进入老年期后,患尿路感染的机会均会增加。尿路感染是老年人的常见病,在老年人感染性疾病中仅次于呼吸道感染,且发生率随年龄增大而升高<sup>[2]</sup>。导师孙伟教授从事中西医结合肾病工作30余载,针对老年人尿路感染采取益肾健脾清利大法辨证治疗,在改善症状、减少复发方面疗效显著,现将其经验总结如下,以飨同道。

\* 通讯作者:liulihua0403@126.com

## 1 老年人尿路感染特点

老年人尿路感染临床症状不典型,没有典型的尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激征,有些以发热为起始症状,容易误诊或漏诊,导致病程延长而发展成慢性。老年人尿路感染发病率明显升高,考虑与老年人尿路感染的诱发因素相关,如膀胱防御机制减弱、神经源性膀胱、尿路梗阻、留置尿管或泌尿系器械检查、糖尿病等等。同时,老年人一旦患有尿路感染,往往缠绵不去,不易治愈,严重者还可引起败血症、肾功能衰竭、尿毒症等严重后果。

## 2 中医对本病的认识

**2.1 病因病机** 尿路感染属于中医学“淋证”范畴,淋证始见于《内经》,《金匱要略》曰:“淋之为病,小便如粟状,少腹弦急,痛引脐中。”关于淋证的病因,《诸病源候论·淋病诸侯》载:“若饮食不节,喜怒失常,虚实不固,脏腑不和,致肾虚膀胱热,肾虚则小便数,膀胱热则小便涩,数而且涩,则淋漓不宣。”因此,淋证发病主要因“肾虚而膀胱热也”,本病的病位在肾与膀胱,与肝、脾、肺有关,其主要病机为湿热蕴结下焦,肾与膀胱气化不利。《证治准绳》曰:“淋病必由热盛生湿,湿生则水液浑,凝结而为淋。”故湿热下注贯穿疾病始终。病初多为邪实之证,久病则由实转虚或为虚实夹杂的证候。若久淋不愈,湿热留恋膀胱,由腑及脏,继则由肾及脾,脾肾受损,正虚邪弱,遂成劳淋;淋证的病理性质有实,且多见虚实夹杂之证。淋久湿热伤正,由肾及脾,每致脾肾两虚,常见阴虚夹湿热、气虚夹水湿等证型。

**2.2 辨证分型** 孙师从医 30 余年,根据临床表现特点将老年人尿路感染分成以下常见证型。(1) 气阴两虚:常见尿频急或有涩痛,滴沥不尽,小腹不适,遇劳加重,腰膝酸软,神疲乏力,口干,舌淡苔薄,脉沉细;(2) 脾肾阳虚:常见尿频急,欲出不尽,夜尿较多,小便清长,畏寒肢冷,腰膝冷痛,小腹凉,便溏,舌淡苔薄白,脉沉细或细弱;(3) 肝肾阴虚:常见尿频而短涩,灼热或有刺痛,腰膝酸软,两目干涩,五心烦热,或有便秘,舌红苔少,脉细数;(4) 湿热下注:常见尿频数短涩,灼热或有刺痛,少腹拘急胀痛或腰痛,或有发热、纳呆,舌红苔黄腻,脉数或滑或濡;(5) 瘀血阻络:朱丹溪曰“血受湿热,久必凝浊”,淋证日久,迁延不愈则易出现血行不畅,凝滞阻络,常见淋证病久,面色晦暗,尿频涩滞,血尿,腰部刺痛,舌质紫黯或有瘀斑,脉沉细或涩。

## 3 中医治疗本病经验

**3.1 急则治标 缓则治本** 关于淋证的治疗历代医家主张

清热利湿通淋,《丹溪治法·心要》曰:“淋有五,皆属热,解热利小便为主……”。孙师在临床工作中发现多数尿路感染患者尤其是老年患者,在临床表现上多有气虚、阴虚、阳虚或气阴两虚的症状,故治疗不能一味清热解毒,明代张景岳亦指出:“热者宜清,涩者宜利,下陷宜升提,虚者宜补,阳气不固者宜温补命门”。“切不可因小便黄赤,一概皆从火治”。《医学正传·淋闭》曰:“肾虚极而淋者,当补肾精而利小便,不可独用利水药。”因此孙师在治疗老年尿路感染患者遵中医“急则治标,缓则治本”的治疗原则,在尿路感染缓解期注重扶正祛邪,固本培元,根据患者临床表现予以补气、滋阴、温阳等治疗。在治疗过程中,老年患者尿路感染急性期表现多以邪实为主,多选用:瞿麦、萹蓄、蒲公英、车前草、石韦、泽兰、泽泻、白花蛇舌草、金银花、紫花地丁等清热利湿之品,治疗时不可苦寒、清利太过,以免重伤肾气;而在慢性期则以正虚表现为主,但多有余邪稽留,治疗时不可一味进补,以免碍邪,须佐以祛邪之品,标本兼顾。

**3.2 补肾益精 充养先天** 老年人易发生尿路感染主要原因是全身及局部免疫功能下降,尿路感染存在复发率高及反复感染的特点,《内经》云:“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”。肾为先天之本,肾主藏精,肾中的元阴元阳具有促进人体生长发育,温煦濡养全身脏腑、经络等组织,保证脏腑功能协调,肾精充盈,则机体能保持正常的生理活动,若肾精亏虚,正气不固,则易感邪气,因此治疗时需注意补肾益精,顾护正气,现代研究表明肾虚会导致不同程度的神经、内分泌、免疫系统功能紊乱,一般认为肾虚是淋证发病的病理基础,亦是防治上的关键<sup>[3]</sup>。孙师在治疗尿路感染时常采用平补肾气法,临床常选用黄芪、黄精、生地黄、枸杞子、淮山药、杜仲、山萸肉、桑寄生、金樱子等,其中黄芪为孙师常用药物,《本草纲目》中云:“黄芪为补药之长”。孙师认为黄芪既能通过补中益气来补肾,又能益元气而补三焦。在临床应用时配伍理气药如陈皮,补气而不壅滞,补中有疏。

**3.3 补中益气 培补后天** 《内经》云:“中气不足,溲便为之变”,《医宗金鉴》说:“一有此身,必资谷气,谷入于胃,洒陈于六腑而气至,和调于五脏而血生,而人资之以为生者也,故曰后天之本在脾。”脾胃为后天之本,气血生化之源,脾虚则水谷精微不化,脾失健运,胃失受纳,精微不化,水液失约,致三焦水液运化异常,膀胱气化失司,且五脏之伤,穷必极肾,导致脾肾俱虚,水液失约。故治疗淋证应培土补肾,健脾补肾,顾护脾胃,临床常用四君子汤加减来调补脾胃,药如炒白术、

潞党参、太子参、茯苓、淮山药、沙参、麦冬等。

**3.4 清热解毒 利湿通淋** 淋证《证治准绳》曰：“淋病必由热盛生湿，湿生则水液浑，凝结而为淋。”老年人尿路感染急性发作期表现为尿频、尿急、小便短涩、灼热刺痛，苔黄，脉数等，为湿热下注证，治疗应清热解湿，利湿通淋，现代研究表明清热利湿汤治疗慢性尿路感染具有清热解毒、利湿通淋、补肾益虚、活血化瘀的功效，对治疗慢性尿路感染疗效确切，在杀灭病菌、抑制细菌黏附、提高机体免疫功能等方面具有较好的作用<sup>[4]</sup>。孙师在老年人尿路感染急性期常用黄芩、瞿麦、黄柏、篇蓄、石韦、泽泻、蒲公英、车前子、土茯苓等清热解湿药，清热而不峻猛，解毒而不伤阴损气，中病即止。有研究表明车前子、黄柏、瞿麦、蒲公英等中药具有抗菌抑菌作用，对尿路感染有较好疗效，有利于毒素及病菌排出体外，可以抑制细菌生长繁殖<sup>[5]</sup>。

#### 4 经典医案

2017年7月28日，刘某，76岁，既往慢性膀胱炎病史2年、左肾切除术病史10余年，主诉：尿频、尿急、尿不尽反复发作2年，加重半月。患者诉2年前来尿频尿急尿痛，外院查尿常规示白细胞3+，膀胱镜检查示慢性膀胱炎，诊断为“慢性膀胱炎”，予以抗生素等药物间断治疗，尿痛症状缓解，仍有尿频、尿不尽感，近半月感尿频、尿急症状加重，解尿不畅，小腹坠胀，得矢气则舒，肛门坠胀，大便稀溏，不发热，口干，纳可，寐安，舌暗有瘀点，苔薄少津，脉弦。查尿常规：白细胞+，余(-)。

方药组成：生黄芪20g，太子参15g，炒白术15g，赤芍15g，老苏梗12g，青防风15g，广木香10g，台乌药15g，制黄精15g，肥玉竹15g，生甘草4g，炙乌梅12g，醋柴胡10g，石韦20g，土茯苓30g，金樱子15g，厚杜仲20g，菟丝子15g，益母草30g，猪苓15g。14剂，每日1剂，水煎服。嘱平素服用鲜金桔果泡水。

2017年8月22日二诊：患者一直服药，尿频尿急症状改善，小腹胀感缓解，大便尚调，纳可，寐安，舌淡胖，苔薄腻，脉细弦。

原方去肥玉竹、金樱子，加淡干姜6g，青陈皮各10g，粉葛根15g。14剂，每日1剂，水煎服。后患者坚持服药，随诊半年，诸症平。

**按语：**该患者年老体弱，淋证日久不愈致脾肾气虚，脾虚中气不足，气虚下陷，则见尿频尿急，大便稀溏；脾失健运，则气化失司，故出现小腹胀，得矢气则舒；肾与膀胱相表里，肾虚则直接影响膀胱气化功能，出现尿频尿急尿不尽。病属本虚标实之证，病位在肾、脾、

膀胱，辨证为脾肾气阴两虚、湿热下注膀胱，采用益肾健脾清利大法，治疗以补脾益肾为主，兼清热理气，遵标本兼顾的原则，以扶正为本，补益先后天之气，调补脾肾，兼以清热祛邪。该方以补益先天肾中精气，黄芪、太子参补脾气，益肾气，炒白术健脾利水，杜仲、菟丝子补肾精、强筋骨，黄精、玉竹、赤芍、白芍滋补肾阴，使肾之气阴始坚，下元得固，方可驱邪；乌梅、金樱子取其收涩之意，固精止泻，同时，补气不忘行气，补中有理，补中有清，加台乌药、益母草、苏梗、木香、柴胡行气活血，调畅气机，猪苓、石韦、土茯苓、防风清热利湿、利尿通淋，使补益同时而不滋腻恋邪，诸药合用，共奏益肾健脾，清热通淋之功。

#### 5 预防调护

治疗老年性尿路感染，一般疗程较长，故治疗强调守方的重要性，在治疗有效的情况下，遵效不更方的原则，长程服用中药，巩固治疗3月甚至更长，防止复发。同时注意清淡饮食，忌食辛辣刺激，保持心情舒畅，勤饮水，多排尿，每日饮水量在2000mL左右，不可憋尿，保持良好卫生习惯，对于留置导尿的患者，尽量缩短留置导尿的时间，减少尿路感染的发生。

#### 参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2015:528.
- [2] 朱宁.老年人尿路感染的临床特点及诊治要点[J].中华老年医学杂志,2006(25):946-948.
- [3] 蒋春波,金伟民,孙伟.复发性尿路感染免疫机制研究意义及进展[J].中国中西医结合肾病杂志,2010(8):735-737.
- [4] 毛建川,冯蓉.清热利湿汤治疗慢性尿路感染45例临床观察[J].山东中医杂志,2009(8):539-540.
- [5] 王本祥.现代中药药理与临床[M].天津:天津科技翻译出版社,2004:51-52,270-272.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈继红 收稿日期:2018-09-25)

### 《中国中医药现代远程教育》杂志 微信公众号开通啦

为方便广大作者随时随地地查询所投稿件的状态。方便读者免费下载本刊已发表的论文,《中国中医药现代远程教育》微信公众号将于2019年1月份正式开通并上线,编辑部将通过该微信公众号向广大读者、作者提供精华文章、最新出版目录、期刊社动态等。您可以通过微信平台给本刊留言,我们期待与更多老师们进行互动,留下您最关注的内容。欢迎扫码二维码关注!



# 周文波教授回阳救逆论治乳腺癌

黄钰<sup>1</sup> 周文波<sup>2\*</sup>

(1 辽宁中医药大学研究生学院 2016 级中医内科, 辽宁 沈阳 110032;

2 辽宁中医药大学附属第二医院肿瘤科, 辽宁 沈阳 110032)

**摘要:**周文波教授认为, 乳腺癌的发病、进展与情志息息相关, 乳腺癌患者在就诊过程中往往表现出不同程度的惊恐、畏惧。恐则气下, 惊则气乱, 恐伤肾, 肾为阳之根, 日久阳气亏耗, 虚阳外越, 病情加重。故而现代中医治疗乳腺癌, 重在回阳救逆, 标本兼治。在控制疾病进展的同时缓解患者症状, 给予患者信心, 帮助患者克服对于癌症的恐惧, 从而达到改善患者生活质量、延长生存时间的目的。

**关键词:**乳腺癌; 乳岩; 回阳救逆; 四逆汤; 周文波; 灸疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.019

文章编号:1672-2779(2019)-04-0046-02

## Professor Zhou Wenbo in the Treatment of Breast Cancer by Restoring Yang and Rescuing Patient from Collapse

HUANG Yu<sup>1</sup>, ZHOU Wenbo

(1. Grade 2016 Graduate of TCM Internal Medicine, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine,

Liaoning Province, Shenyang 110032, China;

2. Oncology Department, the Second Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine,

Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

**Abstract:** Professor Zhou Wenbo thinks that the incidence and progress of breast cancer are closely related to the mood, and breast cancer patients often show varying degrees of panic and fear in the process of treatment. Fear leading to qi sinking, fright leading to qi turbulence, fear impairing kidney, kidney being the root of yang qi, longer yang qi loss, and deficient yang qi with upper manifestation, aggravated illness. Therefore, modern Chinese medicine treatment of breast cancer, focusing on restoring yang and rescuing patient from collapse, both symptoms and root causes. While controlling the progress of the disease, it relieves the patient's symptoms, gives the patient confidence, and helps the patient overcome the fear of cancer, thereby improving the patient's quality of life and prolonging the survival time.

**Keywords:** breast cancer; mammary cancer; restoring yang and rescuing patient from collapse; Sini decoction; Zhou Wenbo; moxibustion

乳腺癌是发生在乳腺腺上皮组织的恶性肿瘤。乳腺并不是维持人体生命活动的重要器官, 但由于乳腺癌细胞丧失了正常细胞的特性, 细胞之间连接松散, 容易脱落。癌细胞一旦脱落, 游离的癌细胞可以随血液或淋巴液播散全身, 形成转移, 转移到人体其他组织器官而危及生命。目前乳腺癌已成为威胁女性身心健康的常见肿瘤。根据 2018 年 9 月 12 日发布的全球癌症统计报告<sup>[1]</sup>, 2018 年, 预计将有 1810 万新癌症病例和 960 万癌症死亡病例, 而我国癌症的新发病例占全世界的 1/4。其中全球女性乳腺癌的发病率占全球 36 种癌症的 11.6%, 与肺癌的发病率 (11.6%) 相差无几, 位列恶性肿瘤发病率第 2 名。而死亡率则占据第 5 名 (6.6%)。乳腺癌的防治工作至关重要。

周文波教授现任辽宁中医药大学附属第二医院肿瘤科主任, 主任医师、硕士生导师, 从事中医肿瘤临床工作 35 年, 喜读古籍, 穷究其理, 崇尚温阳, 对乳腺癌的临床治疗有着自己独到的见解, 临床疗效显著。

### 1 病因病机

《素问·生气通天论》言:“阳气者, 若天与日, 失其所折寿而不彰, 故天运当以日光明, 是故阳因而上, 卫外者也”<sup>[2]12</sup>。说明了阳气在人体生命运行中占据着非常

重要的位置, 有阳则生, 无阳则寿不彰。同时, 阳气是向上、向外的, 可以保卫身体, 抵御外邪侵袭。当阳气不足, 卫外不固时, 外邪侵袭人体, 金·窦汉卿《疮疡经验全书》中提出“阴极阳衰”<sup>[3]48</sup>的病因学说, 认为乳岩的病机是阳气不足, “阴极阳衰”导致阴寒过剩, “血无阳安能散, 故此血渗于心经, 即生此疾。”《素问·举痛论》指出“积之始生, 得寒乃生, 厥乃成积也”<sup>[2]105</sup>。《难经·五十五难》中同样指出“积者, 阴气也。”<sup>[4]165</sup>是故肿瘤属阴性。阴阳学说《素问·阴阳应象大论》曰:“阳化气, 阴成形”<sup>[2]19</sup>由于阳气虚而无法推动温煦人体的气血津液的化生, 气血津液运行缓慢不畅, 日久阴寒内盛, 气滞、痰凝、血瘀内生, 搏结乳络, 发为乳岩。

周文波教授认为, 乳腺癌主要因情志致病, 随着现代社会竞争压力的逐年上升, 现代妇女往往因家庭、工作、经济产生的心理危机而引发惊恐、焦虑、抑郁, 这也是乳腺癌发病率逐年上升, 同时城市妇女乳腺癌发病率高于农村妇女的主要原因。精神压力过大, 情志不遂, 惊恐焦虑日久, 损伤人体气机, 《素问·举痛论》:“余知百病生于气也。怒则气上, 喜则气缓, 悲则气消, 恐则气下, 寒则气收, 炅则气泄, 惊则气乱, 劳则气耗, 思则气结”<sup>[2]106</sup>。罹患癌症后, 人类原始的恐惧情结将被激活, 心理学家荣格认为:“在我们的心灵里, 一组一组的心理内容, 可以聚集在一起形成一簇心理丛, 可以称

\* 通讯作者:lnzyzbf117@163.com

之为‘情结’<sup>[5]34</sup>。”而情结是无意识的，是由一个居中的或核心的心理要素所组成，围绕着这一心理因素而聚集着一大批次要的联想。某一心理系统一旦过分发达，就会尽可能的从其他系统那儿夺取能量，当能量牢牢的束缚于某一心理系统，要夺走它是很困难的<sup>[5]77</sup>。荣格在观察到的情结中发现有许多情结是病人的神经症状中支配着人的活动。周文波教授认为，当既往的原始恐惧情结被激活后，这个情结将会支配着人高效率的去获取相关信息，使恐惧的情结能量越来越大，而这个恐惧情结一旦过分发达，就会尽可能的从其他情结那里夺取能量，能量牢牢的束缚在恐惧情结中，使人很难从恐惧中走出，甚至导致惊恐发作<sup>[6]144</sup>。恐伤肾，肾为先天之本，阳气之根，《医醇剩义·劳伤》中指出：“惊则气浮，真阳外越，真阴不守”<sup>[7]42</sup>所以说，惊恐日久，虚阳外越，阳气上逆、真阴不守，最后导致阴阳离绝。故而治疗乳腺癌，不论早、中、末期，均应逆转阴阳离绝之势，回阳救逆，使阴阳得以正常重新运转，自然药到病除。

## 2 临床治疗

### 2.1 内治法

**2.1.1 基本方** 周文波教授认为，乳腺癌的治疗应以回阳救逆为基本原则，基本方采用四逆汤，用药为炙甘草、干姜、附子。《汤液本草》中云：“甘草，盖甘之味有升降浮沉，可上可下，可内可外，有和有缓，有补有泻，居中之道尽以。”<sup>[8]54</sup>甘草的中和之性最接近阴阳运转的中心<sup>[9]47</sup>，李时珍认为，甘草“通入手足十二经”“协和群品，有元老之功；普治百邪，得王道之化”。以之为君。干姜入脾胃中焦，守而不走，性近甘草，故上接甘草，味辛，与附子同性，下连附子，作为佐使。附子祛寒邪，通肾阳，使生长之机得复，与甘草同归，如此则救逆成功，阴阳离绝之势逆转。此方价格低廉，疗效佳，于临床取得了良好的疗效。

**2.1.2 据证加减** 乳腺癌发生后，随着病情的发展会出现很多的兼症，可依据不同的情况在基本方内酌情添加治疗兼证的药物，如消食导滞可加三棱、神曲、麦芽、枳壳等；上焦气机不畅可加柴胡、木香、陈皮、枳壳、香附、白芍、当归等；中焦气机不畅可加半夏、茯苓、桔梗、厚朴等；便秘可佐用周文波教授自拟膏方理气润肠膏；乳腺癌化疗患者可同时使用自拟扶正一号方等。

**2.2 外治法 灸法** 《难经·六十六难》指出：“脐下肾间动气者，人之性命也，十二经之根本也”<sup>[4]196</sup> 艾灸关元穴可回阳救逆，《扁鹊心书》云“真阳元气虚则人病，真阳元气脱则人死。保命之法，灼艾第一，丹药第二，附子第三。人至三十，可三年一灸脐下三百壮；五十可两年一灸脐下三百壮；六十可一年一灸脐下三百壮，令人长生不老”<sup>[10]8</sup> 认为用艾灸回阳救逆之疗效胜于丹药和附子，临床辅助治疗疗效甚佳。

**2.3 情志疗法** 周文波教授指出，在所有的疗法中，情志疗法最为重要，中医的治疗原则在于“整体观念”而患者的生理与心理息息相关“形神合一”。同时，情志致病

为乳腺癌的主要病因，故应常常开导患者，给予患者信心，树立对于乳腺癌的正确认知，避免盲目惊恐和焦虑，达到身心同治的目的。

### 3 典型医案

某女，57岁。2017年11月20号初诊。左乳腺癌术后1年，左前臂疼痛1天。1天前无诱因出现左前臂区疼痛，头胀，四肢不温，易汗出，焦虑，心烦易怒，饮食可，二便可，睡眠差。家族史：母亲因乳腺癌骨转移去世，姐姐患有盆腔癌。查体：舌质暗淡，苔薄黄，脉弦细结。DR（左前臂正侧位）：未见明显确切异常。诊断：乳腺癌-肝郁气滞。药用四逆汤加减：炙甘草30g，干姜25g，附子10g，芍药10g，香附10g。7付，日1剂，水煎服，分3次温服。关元穴日1次灸（自备），以泛红发热为度。嘱避风寒、畅情志、勿过劳，疏导患者情绪，帮助患者树立信心。

2017年11月27日复诊，诸症大减。原方去芍药、香附，加合欢皮10g，炒酸枣仁10g。后每月定期复查至今，病情平稳，未出现复发转移征象。

**按语：**本患者有家族遗传肿瘤病史，其母亲因乳腺癌骨转移去世，是故当其左前臂区不明诱因疼痛时，患者怀疑自己乳腺癌术后复发并骨转移，心情焦虑、恐惧、烦躁易怒、失眠多梦，虽然经查体左前臂无明显异常，仍坚持要求复查DR以明确病情，经心理疏导后患者情绪恢复平静。四逆汤回阳救逆，芍药、香附柔肝理气、缓急止痛，服后诸症大减，患者信心增强，情绪好转，复诊于原方去芍药、香附，加合欢皮，炒酸枣仁改善患者睡眠质量，诸症大减。

### 3 小结

乳腺癌患者大多有一定程度的惊恐、焦虑、抑郁、易怒等，但主要“情结”在于“潜意识”里的惊恐，惊恐主宰着人的行为和生理唤起。中医认为，恐伤肾，肾为阳气之根，惊入心，惊则气浮，真阳外越，真阴不守，日久阴阳离绝，病情危矣。而惊恐持续不解常导致病情易反复、加重，不能根治。周文波教授采用回阳救逆之法，内外同治，联合情志疗法，临床疗效颇为显著，值得推广。

### 参考文献

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2018; 1-31.
- [2] 黄帝内经[M].北京:中国文联出版社,2016.
- [3] 金·窦汉卿.疮疡经验全书(中华医书集成·外科类[M].北京:中医古籍出版社,1999,07.
- [4] 战国·秦越人(扁鹊)著.黄帝八十一难经[M].高丹枫,王琳,注.北京:学苑出版社,2007.
- [5] 霍尔.荣格心理学入门[M].冯川,译.北京:三联书店,1987.
- [6] David H. Barlow, V. Mark Duran. 变态心理学:整合之道[M].7版.北京:中国轻工业出版社,2017.
- [7] 朱雄华.孟河四家医集[M].南京:东南大学出版社,2006.
- [8] 元·王好古.汤液本草[M].北京:中国医药科技出版社,2011.
- [9] 张东.元气神机:先秦中医之道[M].西安:世界图书出版西安有限公司,2016.
- [10] 宋·窦材.扁鹊心书[M].北京:中医古籍出版社,1992.

(本文编辑:李海燕 本文校对:索风茹 收稿日期:2019-01-22)

# 从微观看宏观<sup>※</sup>

## ——论初学中医基础理论的困惑及解决方法

王子旋 李忠正\* 孟红<sup>△</sup>

(天津中医药大学针灸推拿学院,天津 300000)

**摘要:**目的 探求学习中医基础理论的方法。方法 通过查阅文献资料、问卷调查、访谈在校大学生和老师等方式,发现低年级同学在初次学习中医基础理论中的问题和困惑,并从现代医学知识的角度提出相应的解决方法。结果 中医基础理论是从宏观上描述人体的生理现象、脏腑组成和病机变化等,初学者由于对中医概念缺乏感性认识和相关知识积累,且不具备中医思维模式,导致容易感到枯燥、无味和难以理解。现代医学善于从微观上进行研究,具有直观、生动、形象的特点,初学者可以借助现代医学知识来理解中医基础理论,有利于学习和掌握中医基础理论知识。结论 “从微观看宏观”是初学中医基础理论者的有效学习方法之一。

**关键词:** 中医基础理论;困惑;循环系统;肝胃结构;人体结构

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.020

文章编号:1672-2779(2019)-04-0048-03

### Macroscopical View from Microcosmic Point of View

### --Discussion on Problems and Solutions of Learning the Basic Theory of Traditional Chinese Medicine in Beginners

WANG Zixuan, LI Zhongzheng, MENG Hong

(School of Acupuncture and Massage, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300000, China)

**Abstract: Objective** To explore ways to learn the basic theory of traditional Chinese medicine. **Methods** Through literature review, questionnaire survey and interview with college students and teachers, we found the problems and puzzles of junior students in their initial learning of the basic theory of traditional Chinese medicine, and put forward corresponding solutions from the perspective of modern medical knowledge. **Results** The basic theory of traditional Chinese medicine is to describe the physiological phenomena, the composition of organs, and the pathogenesis of the human body from macroscopic perspective. Beginners may easily feel boring, tasteless and hard to understand because of the lack of perceptual knowledge, related knowledge accumulation, and thinking mode of traditional Chinese medicine. They are always facing issues such as lack of perceptual knowledge, lack of relevant knowledge, and lack of corresponding modes of thinking. Modern medicine is good at microscopic researching, which is intuitive and vivid, helps to learn and master the basic knowledge of traditional Chinese medicine, so beginners can use it to understand the basic theory of traditional Chinese medicine. **Conclusion** "macroscopical view from microcosmic point of view" is one of the effective learning Methods for beginners of the basic theory of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** basic theory of traditional Chinese medicine; confused; circulatory system; liver and stomach structure; human body structure

中医基础理论是阐述人体的生理、病理、病因、病机以及疾病的诊断、防治等基本理论和基本知识的课程<sup>[1]</sup>, 是一门医学基础课程, 是日后学习其它中医学课程的基础。中医理论体系是包括理、法、方、药在内的医学理论体系, 以整体观念为指导思想, 以精气、阴阳和五行学说为哲学基础和思维方法, 以脏腑经络及精气血津液为生理病理学基础, 以辨证论治为诊疗特点。中医学是一门经验科学, 来源于中国古人对事物和现象的观

察和认识, 以及中医长期的临床实践经验, 是中华优秀传统文化的代表。中医学的一些基本理论, 源于中国古代文化, 受到中国古代哲学思想的影响, 具有比较强的抽象性和逻辑性, 中国古代认识事物的方法也与现代的认识方法存在差异, 造成了学习时理解中医学理论困难, 知其然而不知其所以然, 逐渐发现中医学的理论枯燥而无味, 从而丧失了学习中医学理论的兴趣。由此可见, 要解决学习中医学枯燥无味的问题, 提升学习中医学的兴趣, 加深对中医理论的理解和认识, 则必须突破这一瓶颈。鉴于此, 本文从现代医学知识的角度谈谈如何理解中医基础理论。

#### 1 初学中医基础理论困惑的原因

初学中医基础理论者在学习时之所以感到困难, 是因为中医基础理论从宏观上研究问题、看待生理病理现象,

※ 基金项目: 天津中医药大学第八届科技创新基金【No. CXJJ2018YD26】

\* 通讯作者: 15002245089@126.com

△ 指导老师

同时,穿插着气一元论、阴阳学说、五行学说等中国古代哲学思想,因此造成了中医基础理论难以理解的现象。而且,初学中医基础理论者在学习时,存在缺乏感性的认识、缺乏哲学思维模式、缺乏古汉语和经典名句积累等问题。由此可见,这几方面造成了初学者的诸多困惑。

**1.1 缺乏感性认识** 初学者在学习中医学理论以前,接触中医临床和中医学相关知识的机会比较少,对中医知识比较陌生,缺乏感性认识<sup>[2]</sup>。在开始学习以后,则快速进入了一个陌生的领域,书上的大量知识体现着中国传统看待问题的方法和思维,如果缺乏一定的积累和基础,则难以理解中医基础理论,因此,缺乏感性的认识造成了初学者学习中医基础理论的困难。

**1.2 缺乏哲学思维模式** 中国古代文化的哲学核心观点是气一元论、阴阳学说和五行学说,中医学则通过取象比类和演绎推理的方法,将哲学观点运用到人体当中,解释人体脏腑间的关系,人体的生理、病理变化,以及人与自然环境之间的关系<sup>[3]</sup>,中医学的理论体现了中国古代文化当中的哲学思想和观点,因此中医学的相关理论必然在认识观、方法论和思维模式等这些方面具有强烈的逻辑性、思辨性和抽象性,初学者从未接触过这些相关的哲学思想和哲学理论,想要真正地去理解透彻这些古朴、枯燥、难解的中医学理论并不容易<sup>[4]</sup>。因此,初学者缺乏相应的哲学思维模式,造成了理解中医基础理论的困难。

**1.3 缺乏取象比类的思维模式** 中医学常用的取象比类法,也称“类比法”,常常以整体观念为基础,从自然环境和社会环境当中的事物或者现象,推测人体的脏腑组成、生理功能、病理变化,并且进行疾病的诊断和防治,这种方法在大多数情况下有效。在学习中医基础理论时,也可以通过类比自然环境、社会环境当中的现象以理解书本上的理论<sup>[5]</sup>。然而,初学者在学习中医基础理论的时候,接触取象比类的思维方法还比较少,也不太能够熟练运用,因此造成了理解中医基础理论的困难。比如说,秋季干燥,雨水较少,燥邪较盛,一旦燥邪侵犯机体,则损伤卫气,肺主气司呼吸,因此伤及肺脏,出现干咳少痰等症状。

**1.4 缺乏古汉语和经典名句的积累** 中医基础理论中引用了很多古代传统医学著作中的观点,在书上都是以文言文的方式摘录,要很好地理解这些观点,了解作者叙述这些观点的原意,必须有一定文言文知识的积累。初学者文言文知识和名家名句积累的并不多,理解古文的功力也有所欠缺,因此造成了理解中医基础理论中经典原文的困难,影响了中医基础理论的学习。

**1.5 缺乏动态看待生命的思维模式** 中国人认为自然的根本规律是运动,自然界的万事万物都处于一个不断运动和变化的过程中<sup>[4]</sup>。包括人的生、长、壮、老、已

以及疾病的发生、发展、变化,都是在不断运动和变化的。因此,理解中医基础理论,需要运动的思维模式。比如说,木、火、土、金、水五种物质都是处于生克制化的不断运动和变化当中;阴阳平衡失调的时候,则会发生阴阳偏盛、偏衰、转化、互损等现象;原本一个实证的病人,可能转化为虚证,原本一个虚证的病人,也可能转化为实证,寒热的变化也是如此<sup>[4]</sup>。因此,具备运动变化的思维模式,才能够更好地理解中医基础理论。

由此可见,初学者存在缺乏哲学的思维模式、缺乏感性认识、缺乏取象比类的思维模式、缺乏古汉语和名句积累以及缺乏动态看待生命思维模式的问题。当读到中医基础理论中相对浅显易懂的语句时,往往还能够理解,但是,对于中医基础理论里面相对宏观、抽象的理论,便会产生理解上的困难。下面笔者从现代医学知识的角度谈谈如何理解中医基础理论。

## 2 借助现代医学知识理解中医基础理论

现代医学主要从分子、细胞、组织、器官等水平上对机体的结构进行研究,借助显微镜、解剖等手段,从微观上观察和认识人体的结构,具有形象、具体、容易理解的特点,因此,借助现代医学的知识,能够更加容易理解中医学宏观、抽象的理论。下面以血液循环、肝的结构与功能、胃的结构和人体的基本结构为例,谈谈如何借助现代医学知识理解中医基础理论。

**2.1 从血液循环理解肺朝百脉** 《素问·经脉别论》曰:“肺朝百脉”,这是中医对肺调节和治理血液运行的概括,指的是肺具有助心行血于周身的的作用,其意思是全身的血液都经过百脉汇聚于肺,通过肺的呼吸作用进行气体交换,然后通过肺气宣降的作用,将营养物质输送至全身。从人体解剖学上理解,这实质上指的是一个肺循环(小循环)的过程。体循环(大循环)流回心脏的静脉血,经过房室隔,从右心房流入右心室。当右心室收缩时,静脉血流出右心室,经过肺动脉干及其各级分支,到达毛细血管,并在毛细血管内进行气体交换。在进行气体交换时,肺将体内的CO<sub>2</sub>排出体外,同时吸入O<sub>2</sub>。完成气体交换的肺静脉血经过四条肺静脉分支流入左心房,完成肺循环的过程。

动脉血经过肺动脉由心脏流入肺,静脉血经过四条肺静脉由肺流入心脏,因此,中医上认为全身血液都归属于心,心是血液循环运行的基本动力。而经过肺循环产生的动脉血,富含氧气和营养物质,经过左心房和左心室进入体循环,通过体循环进入人体各器官、组织和细胞,参与各器官、组织和细胞的代谢,所以说,肺具有助心行血于周身的生理功能。因为肺与血液代谢的关系十分密切,所以中医上把肺称为“相傅之官”。由此可见,借助血液循环的知识,我们便不难理解中医中所说的肺朝百脉、相傅之官等生理现象。

**2.2 从肝的结构与功能理解肝主藏血** 《素问·调经论》曰：“肝主藏血”，《灵枢·本神》曰：“肝藏血，血舍魂”。由此可见，中医认为肝主藏血对于肝的生理功能有重要意义。肝主藏血，中医上认为肝具有贮藏血液、调节血量、防止出血的生理功能，有着涵养肝气、调节血量、濡养肝及筋目、作为经血之源、防止出血的生理意义。从组织学上理解，肝小叶内含肝血窦，肝血窦内血流缓慢，能够与肝细胞进行充分的物质交换，含各种肠道吸收物的门静脉血液和含氧的肝动脉血液，同时，窦周隙内也充满了血浆。肝脏的血容量相当于人体总量的14%，成人肝每分钟血流量有1500~2000 mL。由此可见，肝具有贮藏血液的生理功能。肝脏具有双重血液供应，来自心脏的动脉血经过肝动脉输入肝脏，经过各级分支到小叶间动脉，来自门静脉的静脉血进入肝脏后，经过各级分支到小叶间静脉，这两种来源的血液最终都将进入肝血窦，流经窦间隙被肝细胞吸收，经过肝细胞的加工，一部分贮藏在肝细胞内，当人体做剧烈运动或大量失血时，肝脏收缩，将贮藏的血液释放出来，参与人体的循环与代谢，因此，肝具有调节血量的生理功能。肝细胞能够合成凝血酶原等蛋白质，肝脏内含凝血因子，所以肝能够防止出血。

中医学理论中所述肝主藏血是宏观的、抽象的，而组织学通过显微镜观察出来的肝小叶、小叶间动脉、小叶间静脉等是微观的、形象的、具体的，通过微观的手段，能够让我们更加容易理解宏观的理论，留下深刻的印象。

**2.3 从胃的结构理解胃主受纳腐熟** 中医基础理论认为胃主受纳腐熟，指胃能够接受和容纳水谷和饮食物，能够将食物初步消化，形成食糜，是参与饮食物代谢的一个结构，因此，胃又有“水谷气血之海”之称。通过解剖的方法，可以观察到胃是一个中空的结构，成年人的胃容量可在1000~3000 mL，当胃高度充盈时呈囊袋状，因此胃能够接受和容纳水谷、饮食物。食物在胃中与胃液混合，形成食糜。胃粘膜的固有层包含胃底腺、贲门腺和幽门腺，胃底腺中的壁细胞是泌酸细胞，分泌胃酸，使胃蛋白酶原转化为胃蛋白酶，提高其活性，促进消化，颈粘液细胞能够分泌可溶性的酸性粘液，幽门腺则可以产生促胃液素，促进壁细胞分泌胃酸。由此可见，胃能够促进饮食物的消化，即胃可以腐熟水谷。

**2.4 从人体的基本结构理解阴阳学说** 中医的阴阳学说认为凡是明亮的、温热的、上升的属阳，凡是晦暗的、寒冷的、下降的属阴，阴与阳是相对的，强调的是整个内部两个相对的方面。阴与阳需要保持相对的稳定与平衡，人体则表现为生理功能的正常，不会产生疾病。人体结构是所有功能的基础，人体除心脏、肝脏等少部分单一组织器官外，大部分组织器官均以任脉和督脉为

中轴线左右对称生长，比如双肩关节、双髋关节、双肾、双肺等。中医认为，左属阳、右属阴，人体这种左右结构的对称可以理解为阴阳平衡，只有结构保持了这种对称和稳定的时候，人的生理功能才会正常，不会产生疾病。如果脊柱侧弯等改变导致任督二脉偏离中轴线，会引致人体结构左右两边失去对称性，这可以理解为阴阳平衡失调，从而出现病证。通过药物、针灸和推拿等手段恢复结构的左右对称性，可以理解为调节偏盛或者偏衰的一方，使得偏盛的一方不偏盛，偏衰的一方不偏衰，最终达到阴平阳秘的健康状态。

无论是从血液循环、肝和胃的微观结构理解肺、肝和胃的生理功能，还是从人体的结构理解阴阳学说，都可以运用现代医学研究已经证实的观点来帮助我们理解中医基础理论当中相对困难和抽象的语句和片段。这些语句和片段可能只是浩瀚中医理论当中的微小一部分，或者只是当今在中医临床实践中被广泛运用的一部分理论。若要完整地掌握中医文化、理解中医文化的精髓，则需要以此思维模式和理解方法为基础，深入中医经典书籍当中，理解原汁原味的中医经典原文，探索璀璨的中医传统文化。中医理论当中所描述的一些现象，并不存在科学或者不科学的问题，而是应当深入研究这些现象所隐藏的道理，让有益的东西为人类健康服务，让古老的中医学理论在现代社会的发展当中发挥价值，让中医文化薪火相传。

中医学理论是宏观的，具有抽象、哲学化和难以理解的特征，而现代医学的微观研究具有形象、生动的特点，对于初学中医者而言容易接受，因此，借助人体解剖学、组织学等现代医学知识能帮助初学者更好地理解中医学的理论，虽然有不十分恰当之处，甚至有一些曲解或牵强，但对于初学者而言，在学习中医学理论时多联系现代医学的知识，既可以融会贯通，又加深理解，同时，中医学理论中所描述的现象，能够通过现代医学的知识得到解释，说明古老的中医文化有它的道理和奥妙，这对于传承和发扬中医文化、增加中医学子的专业信心、让中医得以薪火相传而造福于人类健康，很有裨益。

#### 参考文献

- [1] 宋传荣. 中医学概要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 2005-2008.
- [2] 魏凤琴. 漫谈《中医基础理论》学习[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011(4): 65-66.
- [3] 王禹萌, 张桂侠. 浅谈《中医基础理论》学习体会[J]. 中国药物经济学, 2013(5): 191-192.
- [4] 刘禹辛. 浅析学习中医基础理论必备的哲学思维模式[J]. 吉林省教育学院学报, 2012(28): 27-28.
- [5] 夏丽. 论《中医基础理论》学习方法[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013(10): 84-85.

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

# 半夏泻心汤联合西医三联疗法 治疗慢性胃炎伴Hp感染的临床观察

谭明琴 林海燕\*

(滨州医学院中西医结合学院, 山东 烟台 264003)

**摘要:**目的 探讨半夏泻心汤联合西医三联疗法对慢性胃炎伴幽门螺杆菌(Hp)感染的疗效。方法 纳入112例慢性胃炎伴Hp感染患者为研究对象,随机分为观察组与对照组,各56例。对照组给予三联治疗,观察组在对照组的基础上加服半夏泻心汤,2周为1个疗程,1个疗程结束后,对比2组症状消失时间与Hp清除率。结果 2个疗程后,观察组症状消失时间明显短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组Hp清除率显著高于对照组( $P < 0.05$ )。结论 在西医三联疗法的基础上联合半夏泻心汤治疗更有利于改善慢性胃炎伴Hp感染患者的临床症状,能更有效地清除幽门螺杆菌。

**关键词:**半夏泻心汤;三联疗法;慢性胃炎;Hp感染

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.021

文章编号:1672-2779(2019)-04-0051-02

## Clinical Observation on Banxia Xiexin Decoction Combined with West Medicine Triple Therapy in Treating Chronic Gastritis Complicated by Hp Infection

TAN Mingqin, LIN Haiyan\*

(College of Combining Traditional Chinese and Western Medicine, Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264003, China)

**Abstract: Objective** To explore the efficacy of Banxia Xiexin decoction combined with triple therapy in treating chronic gastritis complicated by Hp infection. **Methods** 112 patients with chronic gastritis complicated by Hp infection were selected and randomly divided into observation group and control group, and each group had 56 cases. The control group was treated with triple therapy, and the observation group was additionally given Banxia Xiexin decoction, 2 weeks for 1 treatment course. After 1 treatment course, time of symptom vanished and Hp eradication rate between two groups were compared. **Results** After 2 courses of treatment, the time of symptom vanished in the observation group was significantly shorter than that in the control group ( $P < 0.05$ ). Hp eradication rate of the observation group was significantly higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Triple therapy combined with Banxia Xiexin decoction is better for improving symptoms in patients with chronic gastritis complicated with Hp infection, and is more effective for eradicating Hp.

**Keywords:** Banxia Xiexin decoction; triple therapy; chronic gastritis; Hp infection

慢性胃炎是一种由多因素引起的胃黏膜慢性炎性反应,相关研究已证实,幽门螺杆菌(Helicobacter pylori, Hp)感染是慢性活动性胃炎、消化性溃疡等疾病的重要致病因素, Hp感染者几乎均会出现胃黏膜炎性反应,因感染后机体难以清除Hp,易发展成慢性感染<sup>[1]</sup>。近年来,随着抗生素在Hp根除治疗中的广泛应用, Hp对抗生素已产生的一定的耐药性,传统药物治疗的效果有所下降<sup>[2]</sup>。因此,找到更有效治疗慢性胃炎伴Hp感染的方法显得尤为重要。本研究探讨了半夏泻心汤联合西医三联疗法对慢性胃炎伴Hp感染的疗效,以期临床参考提供依据。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入2017年1月—2018年6月收治的112例慢性胃炎伴Hp感染的患者为研究对象,随机分为观察组与对照组,各56例。观察组男32例,女24例;平均年龄39.6岁;平均病程(4.4±1.7)年。对照组男35例,女21例,平均年龄42.3岁;平均病程(3.9±

2.1)年。2组一般资料比较无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 胃镜检查确诊为慢性胃炎; Hp涂片和组织学染色阳性或尿素酶依赖性试验阳性。

**1.3 排除标准** 有腹部手术史;患有消化性胃溃疡、胃癌、重度萎缩性胃炎;患有精神病、痴呆不能配合治疗;中途放弃治疗。

**1.4 治疗方法** 对照组:给予阿莫西林(生产企业:云南铭鼎药业有限公司;批准文号:国际准字H53020955;规格:24片/盒)1g口服,每日2次+雷贝拉唑(生产企业:四川迪康科技药业股份有限公司;批准文号:国药准字H20040715;规格:10片/盒)20mg口服,每日2次+克拉霉素(生产企业:江西汇仁药业有限公司;批准文号:国药准字H20033513;规格:6片/盒)0.5g口服,每日2次三联治疗。

观察组:在对照组的基础上加服半夏泻心汤,其配方如下:姜半夏12g,干姜10g,黄连10g,甘草10g,黄芩8g,党参15g,大枣各15g。每天1剂,早餐、晚餐前30min各服1次,每次150mL。根据辨证分型适当调整配方,脾虚湿蕴型加黄芪20g,白术、薏苡仁

\* 通讯作者:mailzhong@163.com

各12 g; 肝胃气滞型去党参、干姜, 加柴胡 15 g, 炒枳实、木香各 12 g; 痰热互结型去党参、干姜, 加蒲公英 15 g, 连翘、枳壳各 12 g; 胃阴不足型加麦冬 12 g, 山药 15 g。

2 组均连续治疗2周, 且治疗期间忌辛辣、油腻饮食。

1.5 观察指标 观察 2 组上腹部不适、胃胀满、纳差等症状消失时间, 采用  $^{13}\text{C}$ -尿素呼气实验检测 Hp 清除情况。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 19.0 处理数据, 计量资料以  $(\bar{x}\pm s)$  表示, 行  $t$  检验, 计数资料以  $n$  (%) 表示, 行  $\chi^2$  检验, 以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2 组症状消失时间比较 观察组患者症状消失时间均显著短于对照组 ( $P<0.05$ ), 见表1。

表1 2 组症状消失时间比较 ( $\bar{x}\pm s, d$ )

组别	例数	上腹部不适	胃胀满	纳差	嗝气	口苦、口臭
对照组	56	10.3±1.7	7.3±1.8	9.4±3.5	9.8±3.1	10.7±2.3
观察组	56	7.2±2.1	5.9±1.3	8.1±2.3	6.7±1.9	8.4±2.2
$t$ 值		8.586	4.718	2.323	6.380	5.408
$P$ 值		0.000	0.003	0.022	0.000	0.000

2.2 2 组Hp清除率比较 治疗 1 个疗程后, 观察组 Hp 清除率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

表2 2 组 Hp 清除率比较 (例)

组别	例数	阴性	阳性	清除率(%)
对照组	56	46	10	82.14
观察组	56	53	3	94.64
$\chi^2$ 值				4.264
$P$ 值				0.039

## 3 讨论

慢性胃炎是发病率最高的消化系统疾病, 其临床症状包括上腹部不适、胃胀满、纳差等, 病情严重者可能导致胃出血<sup>[3]</sup>。其发病机制与 Hp 感染、饮食不洁等因素密切相关<sup>[4]</sup>。传统治疗多采用抑酸剂、胃黏膜保护剂等药物三联或四联治疗<sup>[5]</sup>, 但随着药物的滥用, Hp 的耐药性不断增强, 临床治疗的效果不断降低。因此, 如何更有效地治疗 Hp 相关性慢性胃炎在临床上引起了重视。

中医认为慢性胃炎病机在于脾胃虚弱、气滞血瘀, 治疗应以健脾和胃、通络止痛及行气活血为主<sup>[6]</sup>。半夏泻心汤是中医治疗慢性胃炎的常用方剂。方中, 半夏能起到消痞散结、燥湿化痰的作用, 甘草可祛痰止咳、清热解毒, 党参有健脾益肺、补中益气之功效, 干姜起到温中散寒、回阳通脉的作用, 黄芩、黄连均具有清热燥湿、泻火解毒的功效, 大枣可补气健脾, 养血安神。诸药配伍, 辛开苦降, 共奏健脾益气、和胃降逆之功效<sup>[7]</sup>。

现代医学研究证明, 半夏泻心汤具有以下多种作用:

(1) 促进胃动力: 李赛等<sup>[8]</sup>研究发现, 半夏泻心汤全方及其4种组方均具有促胃动力作用, 其中辛开甘补与辛开苦降组方促胃动力作用最强; (2) 保护胃黏膜: 有研究表明<sup>[9]</sup>, 半夏泻心汤可通过增强超氧化物歧化酶的活性, 减轻机体脂质过氧化反应, 从而减少自由基对胃黏膜的损伤, 保护胃黏膜; (3) 促进胃黏膜修复: 姜成等<sup>[10]</sup>研究发现, Hp 感染后胃黏膜上皮细胞凋亡率显著升高的同时 Bax mRNA 和蛋白表达增加, 而半夏泻心汤可通过下调 Bax 基因的表达, 将过高的细胞凋亡率恢复至正常; (4) 抗溃疡: 王江等<sup>[11]</sup>研究发现: 半夏泻心汤可通过提高胃黏膜修复因子 EGF、VEGF 的表法, 发挥治疗胃溃疡的作用。

本研究结果显示, 观察组各症状消失时间明显短于对照组, 表明半夏泻心汤与西医三联疗法能更有效的缓解症状、缩短病程。这是因为方中半夏、黄芩等寒热互用以和其阴阳, 党参、大枣补气健脾, 能促进脾胃生理功能的恢复, 进而缓解并消除胃胀满、纳差等症状。本研究结果还显示, 观察组 Hp 清除率为 94.64%, 明显高于对照组的 82.14%, 提示半夏泻心汤联合三联疗法治疗能更有效的清除 Hp。推测与方中黄连、黄芩均对 Hp 有灭杀和抑制作用有关。

综上所述, 半夏泻心汤治疗与西医三联治疗具有协同作用, 加服半夏泻心汤可更有效地消除症状、清除 Hp, 值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 黄勇, 张晓青, 金忠芹, 等. 慢性胃炎组织病理特征和 Hp 感染与炎症程度的关系研究[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(14):2707-2710.
- [2] 汪楠, 王垂杰, 李玉峰. 中药联合“四联疗法”治疗 Hp 阳性慢性胃炎疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(4):406-409.
- [3] 丛云燕, 黄雪平, 陈美竹, 等. 艾普拉唑联合铋剂 10 天四联方案治疗 HP 感染慢性胃炎疗效观察[J]. 山东医药, 2014, 54(14):45-47.
- [4] 张强, 阳力, 喻斌. 中西医结合治疗脾胃湿热型慢性胃炎伴 HP 感染 60 例临床观察[J]. 四川中医, 2016, 34(10):118-119.
- [5] 钟安朴, 常建国, 周玲. 中西医联合治疗慢性胃炎幽门螺杆菌感染的疗效[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(13):3270-3272.
- [6] 杜坤庭, 杨伟捷, 葛勤利, 等. 中西医结合治疗幽门螺杆菌感染慢性胃炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(13):1414-1415.
- [7] 刘思珠, 陈天艳. 半夏泻心汤与三联疗法联用治疗幽门螺杆菌感染慢性胃炎的临床效果分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2017, 22(4):516-518.
- [8] 李赛, 李东. 半夏泻心汤之治疗功能性消化不良的系统评价[J]. 北京中医药, 2016, 35(5):456-461.
- [9] 陈少芳, 黄彦平, 万石川. 半夏泻心汤含药血清对 Hp 感染人胃黏膜上皮细胞增殖的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(10):2150-2152.
- [10] 姜成, 刘芬, 鄢春锦, 等. 半夏泻心汤对幽门螺杆菌诱导 GES-1 细胞凋亡及 Bax 表达的影响[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(8):2631-2634.
- [11] 王江, 周永学, 谢勇波. 半夏泻心汤拆方对胃溃疡大鼠胃黏膜修复因子 EGF、VEGF 表达的影响及方中寒热并用配伍意义的研究[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(11):2700-2702.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高辉 收稿日期:2018-09-21)

# 益肾逐瘀助复汤对脑梗死后遗症期影响研究

梅琳琳

(沈阳松辽中医院内科, 辽宁 沈阳 110021)

**摘要:**目的 探讨益肾逐瘀助复汤辅助治疗对脑梗死后遗症期患者肢体痉挛及神经功能修复的影响。方法 90例脑梗死后遗症期肢体痉挛患者随机分成2组,各45例,对照组予以基础治疗及康复训练,每日1次,每次60min,每周6次为一个疗程,试验组在对照组的基础上予以益肾逐瘀助复汤,日1剂水煎服,一周为一个疗程,2组共治疗4个周期。比较2组患者治疗前后运动功能、活动能力、痉挛评分及神经功能修复情况。结果 治疗后2组患者FMA(上、下肢)及MBI评分升高,上、下肢痉挛评分降低,NDS降低,FCA升高( $P<0.05$ );与对照组相比,试验组FMA(上、下肢)及MBI评分较高,上、下肢痉挛评分较低,NDS较低,FCA较高( $P<0.05$ )。结论 益肾逐瘀助复汤辅助治疗可改善脑梗死后遗症期肢体痉挛患者的肌张力及肢体运动功能,修复神经功能,提高日常生活活动能力。

**关键词:**益肾逐瘀助复汤;脑梗死后遗症;肢体痉挛;神经功能;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.022

文章编号:1672-2779(2019)-04-0053-03

## Study on the Effect of Yishen Zhuyu Zhufu Decoction in the Treatment of Sequelae of Cerebral Infarction

MEI Linlin

(Department of Traditional Chinese Medicine, Shenyang Songliao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110021, China)

**Abstract: Objective** To explore the effect of Yishen Zhuyu Zhufu decoction in the treatment of patients with sequelae of cerebral infarction and limb spasm and neurological function. **Methods** 90 patients with limb spasm after cerebral infarction were selected and randomly divided into 2 groups, with 45 cases in each group. The control group received basic treatment and rehabilitation training for 60 minutes, qd, six times a week for a course of treatment, and the treatment group received more with Yishen Zhuyu Zhufu decoction, qd, and 1 week for a course. 2 groups were treated for 4 weeks. The motor function, activity ability, spasm score and nerve function recovery were compared between 2 groups before and after treatment. **Results** After treatment, the scores of FMA (upper and lower limbs) and MBI increased, the scores of upper and lower limbs spasm decreased, NDS decreased, and FCA increased ( $P<0.05$ ). Compared with the control group, the scores of FMA (upper and lower limbs) and MBI in the treatment group were higher, the scores of upper and lower limbs spasm were lower, NDS were lower, and FCA were higher ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Yishen Zhuyu Zhufu decoction can improve the muscle tension and limb motor function of patients with limb spasm after cerebral infarction sequelae, repair the function of nerve and the ability of daily living.

**Keywords:** Yishen Zhuyu Zhufu decoction; sequela of cerebral infarction; limb spasticity; nerve function; stroke

脑梗死后遗症期可能发生运动功能障碍合并肢体痉挛,这是造成我国患者生活质量降低的重要原因<sup>[1]</sup>。患者后遗症期常出现瘫痪肢体肌张力升高诱发的肢体痉挛,运动模式及功能恢复均受影响<sup>[2]</sup>。相关研究表明,超过60%脑梗死后遗症期患者会发生肌肉痉挛<sup>[3]</sup>。促进脑功能重塑,抑制痉挛,促进运动功能恢复是本病康复的关键。中医药在缓解痉挛、改善生存质量方面疗效是值得肯定的,因此本文就益肾逐瘀助复汤辅助治疗对脑梗死后遗症期患者肢体痉挛及神经功能修复的影响进行研究,现报道如下。

### 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取2015年8月—2016年12月在我院内科收治脑梗死后遗症期肢体痉挛患者90例,采用随机编码表将入选者分成试验组及对照组,各45例。试验组男27例,女18例;年龄43~79岁,平均65.12岁。观察组男26例,女19例;年龄42~78岁,平均64.82岁。试验组和对照组一般资料相比不存在差异( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 参考《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[4]</sup>中脑梗死诊断标准,实验室检测或头颅计算机断层扫描/核磁

共振(CT/MRI)等确诊为单侧或双侧大脑半球区域梗死病灶,发病时间超过6个月处于后遗症期,生命体征较为稳定,合并一侧肢体偏瘫;上、下肢Brunnstrom分期为Ⅲ~Ⅳ期;分别按照知情同意、医学伦理及人员培训等标准操作执行。

**1.3 排除标准** 由于其他疾病诱发的肢体运动障碍;合并恶性肿瘤者;存在认知障碍或精神疾病,无法正常交流、配合治疗;依从性差,不能按规定服药者,资料不全者。

**1.4 治疗方法** 2组均予以有针对性的对症治疗,具体包括降压、降糖及降脂药等;服用拜阿斯匹林肠溶片100mg每次,日1次以抗血小板聚集。对照组患者实施康复训练<sup>[5]</sup>,护理人员帮助良肢摆放,并定时予以体位变动,根据患者个人情况予以关节活动度训练、Bobath技术及Rood技术等,应用反射性抑制模式和感觉刺激对抗紧张痉挛的肌肉活动;予以平衡训练及转移训练;实施作业治疗以改善活动能力,每日1次,每次60min,每周治疗6次为1个疗程,试验组在对照组的基础上予以益肾逐瘀助复汤辅助治疗,组方:黄芪30g,生地黄20g,

当归 15 g, 川芎 15 g, 生白术 12 g, 丹参 12 g, 葛根 12 g, 地龙 12 g, 清半夏 12 g, 天麻 12 g, 酸枣仁 10 g, 水煎煮取汁 200 mL 分早晚 2 次温服, 日 1 剂, 1 周为 1 个疗程, 共治疗 4 周。

### 1.5 观察指标

**1.5.1 运动功能及活动能力** 根据 Fugl-Meyer 量表 (FMA) 对肢体运动功能进行评定, 观察并记录上、下肢运动分数, 共 100 分; 根据改良 Barthel 指数 (MBI) 对日常生活活动能力进行评价。

**1.5.2 痉挛评分方法** 改良 Ashworth 量表评价上肢痉挛评分, 分为 0、1、1+、2、3、4 级, 分别为 0~5 分, 其中 0 级肌张力无升高, 被动活动患肢于完全不存在阻力, 评定分数为 0 分; 随着等级升高肌张力升高逐渐明显, 患肢阻力逐渐增加, 4 级为肌张力明显升高, 患肢僵硬、阻力较大, 被动活动非常困难, 评定 5 分。

采用 CSI 量表进行下肢痉挛评分, 对痉挛程度改善情况进行比较, 具体包括腱反射 (0 分为不存在反射; 1 分为反射减弱; 2 分为反射基本正常; 3 分为反射较为活跃; 4 分为反射亢进)、肌张力 (0 分为无阻力, 患者处于软瘫状态; 2 分为阻力降低, 患者肢体肌张力较低; 4 分为正常阻力; 6 分为阻力轻到中度增加; 8 分为阻力重度增加)、阵挛 (1 分为不存在阵挛; 2 分为阵挛次数 1~2 次; 3 分为阵挛次数超过 2 次; 4 分为阵挛持续时间 >30 s)<sup>[6]</sup>。

**1.5.3 神经功能修复情况** 治疗前后, 采用临床神经功能缺损程度评分 (NDS) (共 8 项条目, 每个条目分数为 0~6 分, 总分 0~45 分, 分数越高提示缺损程度越重) 及功能综合评定量表 (FCA) 运动功能评分 (包括认识及运动功能两大部分, 6 个条目, 每个 1~6 分, 最高分为 108 分, 分数越低提示患者功能越差)。

**1.6 统计学方法** 予以 SPSS 19.0 行统计学分析, 运动功能、活动能力、痉挛评分、NDS 评分及 FCA 评分等计量资料采用 *t* 检验, 均数±标准差表示, *P*<0.05 提示为存在统计学差异。

## 2 结果

**2.1 运动功能、活动能力及痉挛评分比较** 治疗后 2 组患者 FMA (上、下肢) 及 MBI 评分升高, 上、下肢痉挛评分降低 (*P*<0.05); 与对照组相比, 试验组 FMA (上、下肢) 及 MBI 评分较高, 上、下肢痉挛评分较低 (*P*<0.05), 如表 1。

**2.2 神经功能修复情况比较** 治疗后 2 组患者 NDS 降低, FCA 升高 (*P*<0.05); 与对照组相比, 试验组 NDS 较低, FCA 较高 (*P*<0.05), 如表 2。

表 2 2 组神经功能修复情况比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	时间	NDS	FCA
试验组	45	治疗前	22.43±2.68	39.59±4.56
		治疗后	13.14±1.49**	60.32±6.33**
对照组	45	治疗前	22.53±2.65	40.12±4.59
		治疗后	18.10±2.01*	51.39±5.31*

注: 与治疗前相比, \**P*<0.05; 与对照组比较, \*\**P*<0.05

## 3 讨论

我国脑梗死发病率逐年升高且年轻化趋势严重, 现代研究显示, 我国每年脑梗死后遗症期肢体痉挛患者超过 200 万人<sup>[7]</sup>, 本病常出现于软瘫期后, 由于瘫痪侧肌张力增强、存在肢体痉挛至痉挛大部分消退的时期, 此阶段患者主动性运动逐渐恢复, 但由于联合反应、共同运动以及抗重力肌痉挛, 运动功能受到影响, 无法随意快速的运动、协调进行, 日常生活活动能力受到影响。若治疗不及时和方法选择不当可能由于脑组织血管神经单元受到损失, 进而诱发神经元的坏死和凋亡、神经胶质细胞功能异常、血管内皮细胞受损, 最终出现神经功能缺损、生活能力降低, 甚至致残<sup>[8]</sup>。因此选择正确的治疗方法以改善神经功能损害、有效抑制肢体痉挛及促进运动功能是现今临床脑梗死后遗症期肢体痉挛的关键问题。祖国医学认为, “脑络” 是中风病出现的主要病位, 基本病机为瘀血阻络及脑府失养。气血运行不畅, 瘀血痹阻脑脉, 诱发脑髓损失, 必将致使督脉失其所主、功能紊乱, 脉气痹阻, 总督诸阳功能失司, 继而产生全身经脉气血运行失常, 肢体存在运动功能障碍<sup>[9]</sup>。康复学认为后遗症期出现的肢体痉挛治疗主要以降低肌张力、缓解痉挛及打破共同运动的运动模式为主要治疗原则。王清任《医林改错》曾有相关记载: “元气既虚, 必不能通达于血管, 血虚无气, 必停留而瘀”, 提示本病以肾虚为本, 血瘀络阻为标, 治则为益肾佐以活血化瘀通络。因此本实验选择益肾逐瘀助复汤, 方中黄芪能够益气健脾; 丹参及葛根善活血化瘀; 生地黄能补肾滋阴; 白术与茯苓能够健脾利湿; 当归及川芎能够补血行血活血; 地龙通络止痛; 天麻及半夏善于燥湿化痰; 酸枣仁能养心安神; 全方共奏补脾益肾、活血化瘀、化痰通络的功效。研究表明, 治疗后与对照组相

表 1 2 组患者运动功能、活动能力及痉挛评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	时间	FMA(上肢)	FMA(下肢)	MBI	上肢痉挛评分	下肢痉挛评分
试验组	45	治疗前	17.78±2.28	10.02±1.16	27.13±2.94	4.05±0.43	13.64±1.75
		治疗后	41.02±4.39**	24.43±2.63**	74.88±8.06**	1.55±0.16**	9.43±1.20**
对照组	45	治疗前	17.66±2.29	10.05±1.18	26.94±2.98	4.03±0.40	12.67±1.79
		治疗后	34.14±3.73*	19.21±2.21*	63.42±6.90*	1.81±0.20*	11.02±1.45*

注: 与治疗前相比, \**P*<0.05; 与对照组比较, \*\**P*<0.05

比, 试验组 FMA (上、下肢) 及 MBI 评分较高, 上、下肢痉挛评分较低, NDS 较低, FCA 较高。证实益肾逐瘀助复汤辅助治疗有助于改善后遗症期肢体痉挛, 提高日常生活活动能力, 是治疗脑梗死后肢体痉挛之良剂, 与叶静<sup>[1]</sup>研究结果基本一致。

综上所述, 通过对 90 例脑梗死后遗症期肢体痉挛患者的运动功能、活动能力、痉挛评分及神经功能修复情况进行研究, 证实益肾逐瘀助复汤辅助治疗可改善脑梗死后遗症期患者肢体痉挛的肌张力及肢体运动功能, 具有神经修复功能。

#### 参考文献

[1] 康健. 巴曲酶和尤瑞克林联用治疗老年急性脑梗死的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(23):130-131.

- [2] 穆小青. 中西医结合治疗脑梗死的临床疗效[J]. 实用医技杂志, 2017, 24(9):1021-1022.
- [3] 曾金艳. 脑梗死的康复护理进展[J]. 蛇志, 2017, 29(2):238-240.
- [4] 王新德. 各类脑血管疾病诊断要点 (1986 年中华医学会第二次全国脑血管病学术会议第三次修订)[J]. 中华神经科杂志, 1988, 21(1):60.
- [5] 汤莉. 脑梗塞患者偏瘫肢体康复训练护理方法探讨[J]. 医药前沿, 2016, 6(22):296-297.
- [6] 冯裕欣. 浮针疗法治疗脑梗死后肢体痉挛的临床研究[J]. 中国社区医师, 2017, 33(35):94-95.
- [7] 韩柳, 田润溪, 姜雨婷, 等. 基于文献的我国脑梗死中医护理研究现状分析[J]. 护理学杂志, 2016, 31(19):40-43.
- [8] 李宁, 滕飞, 陈玉辉, 等. 缺血性卒中后痉挛发生情况及预测因素分析[J]. 中国卒中杂志, 2016, 11(6):443-448.
- [9] 杨明锦. 通脉舒络汤结合张力平衡针法治疗缺血性中风 (气虚血瘀型) 痉挛性瘫痪的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(4):9-10.
- [10] 叶静. 益肾逐瘀助复汤配合针刺疗法对脑卒中后后遗症神经功能修复的影响[J]. 四川中医, 2018, 36(3):158-159.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王素贤 收稿日期:2018-09-25)

## 辨证论治原发性支气管肺癌 96 例

马理海<sup>1</sup> 孟令占<sup>2\*</sup>

(1 贵阳中医学院硕士研究生 2016 级, 贵州 贵阳 550002; 2 重庆市中医院肿瘤科, 重庆 400021)

**摘要:**目的 辨证论治观察中医药治疗原发性支气管肺癌的疗效。方法 将 96 例肺癌患者分为气虚痰湿组 21 例, 气血瘀滞组 28 例, 气阴两虚组 22 例, 阴虚毒热组 25 例, 通过中医学辨证论治, 予以对应的中药治疗, 对治疗前及治疗后 Karnofsky 评分、中医症候积分及安全性进行观察。结果 治疗后 Karnofsky 评分气虚痰湿组提高率 57.14%, 稳定率 28.57%, 总有效率 85.71%; 气血瘀滞组提高率 50%, 稳定率 35.71%, 总有效率 85.71%; 气阴两虚组提高率 50%, 稳定率 36.36%, 总有效率 86.36%, 阴虚毒热组提高率 56%, 稳定率 28%, 总有效率 84%; 总数提高率 53.13%, 稳定率 32.29%, 降低 14.58%, 总有效率 85.42%。中医临床主症、次症积分治疗后与治疗前相比均有明显改善, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 辨证治疗原发性支气管肺癌可显著改善患者体力状况及临床症状。

**关键词:**辨证论治; 原发性支气管肺癌; Karnofsky 评分; 咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.023

文章编号:1672-2779(2019)-04-0055-03

### The Treatment of Primary Bronchial Lung Cancer Based on Syndrome Differentiation for 96 Cases

MA Lihai<sup>1</sup>, MENG Lingzhan<sup>2</sup>

(1. Grade 2016 Graduate, Guiyang University of Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550002, China;

2. Oncology Department, Chongqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400021, CChina)

**Abstract:** **Objective** To observe the the clinical curative effect of primary bronchogenic carcinoma based on syndrome differentiation. **Methods** 96 patients with lung cancer were divided into qi deficiency and phlegm-dampness group of 21 cases, qi-blood stasis group of 28 cases, qi-yin deficiency group of 22 cases, yin deficiency and toxic heat group of 25 cases. Through TCM syndrome differentiation and supply corresponding Chinese medicine treatment, the Karnofsky, Chinese medicine symptoms scores and safety were observed before and after treatment. **Results** Through the treatment, the Karnofsky increased by 57.14% in the qi deficiency and phlegm dampness group, with a stable rate of 28.57% and a total effective rate of 85.71%. The improvement rate of qi and blood stasis group was 50%, the stability rate was 35.71%, and the total effective rate was 85.71%. The improvement rate of qi and yin deficiency group was 50%, the stability rate was 36.36%, the deficiency of yin improvement rate was 56%, the stability rate was 28%, and the total effective rate was 84%. The total increase rate was 53.13%, the stability rate was 32.29%, the reduction rate was 14.58%, and the total effective rate was 85.42%. 2. After the treatment, the main symptoms and secondary symptoms of TCM were significantly improved compared with those before treatment, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The treatment of primary bronchogenic carcinoma can significantly improve the physical condition and clinical symptoms of patients.

**Keywords:** syndrome differentiation; primary bronchial lung cancer; Karnofsky; cough and dyspnea

随着社会环境、生活习惯、经济快速发展和疾病谱的变化, 肺癌的发病率及病死率在全世界范围内逐

渐增高。手术、放疗、靶向治疗等虽为肺癌主要治疗手段, 但因其显著的不良副反应及副作用, 让患者及家属避而远之, 越来越倾向于中医药治疗<sup>[1-2]</sup>。中医运用其自身优势, 用其整体观念及辨证论治, 以人为本,

\* 通讯作者: menglingzhan@csc.org.cn

全面调理, 在提高机体免疫力、提高患者生活质量、延长其生存时间、控制肿瘤病灶进展等方面受到广大患者及医者的青睐。现辩证论治原发性支气管肺癌 96 例, 报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2017 年 5 月—2018 年 6 月肿瘤科门诊及住院且病理诊断为原发性支气管肺癌 IIIb 期~IV 期患者, 男 54 例, 女 42 例, 病程 0.2~2 年, 平均 0.83 年。临床表现为咳嗽、咳痰、胸痛等。

1.2 诊断标准 中医症候诊断标准及分型参考《中药新药临床研究指导原则》(2002 年试行版)。西医诊断标准参照卫生部医政司编写的《常见恶性肿瘤诊治规范》中的原发性支气管肺癌的诊断标准。

1.3 纳入标准 西医诊断符合原发性支气管肺癌诊断标准者; 预期生存期 >3 月, KPS 评分 >60 分。签署知情同意书并配合治疗者。

1.4 排除标准 合并严重心脑血管系统、消化系统等严重原发疾病, 肝肾功能异常患者; 精神病患者; 预期生存期 ≤3 月, KPS 评分 ≤60 分以下者; 不配合治疗者。妊娠或哺乳期妇女。

## 1.5 治疗方法

1.5.1 气虚痰湿证 黄芪 30 g, 党参 30 g, 白术 15 g, 茯苓 15 g, 陈皮 15 g, 法半夏 10 g, 薏苡仁 30 g, 炒白扁豆 30 g, 砂仁 10 g, 鸡内金 15 g, 浙贝母 15 g, 白花蛇舌草 30 g, 黄精 15 g, 僵蚕 15 g, 蒲公英 15 g, 竹茹 10 g, 谷芽 30 g。胸背疼痛者, 加威灵仙 15 g, 延胡索 15 g; 大便溏甚者, 加山药 30 g, 芡实 30 g。

1.5.2 阴虚毒热证 玄参 30 g, 南沙参 30 g, 麦冬 15 g, 知母 15 g, 牡丹皮 15 g, 陈皮 15 g, 三七粉 9 g (冲服), 石斛 15 g, 桔梗 15 g, 浙贝母 15 g, 薏苡仁 30 g, 白花蛇舌草 30 g, 半枝莲 30 g, 苦杏仁 15 g, 仙鹤草 30 g, 鳖甲 15 g, 谷芽 30 g。痰中血甚者, 加白茅根 30 g, 地榆炭 10 g, 白及 15 g; 夜寐不安甚者, 加合欢皮 15 g, 夜交藤 30 g, 益智仁 15 g, 酸枣仁 30 g。

1.5.3 气阴两虚证 北沙参 30 g, 黄芪 30 g, 麦冬 15 g, 五味子 15 g, 陈皮 15 g, 白术 15 g, 石斛 15 g, 桑叶 15 g, 浙贝母 15 g, 天花粉 15 g, 炒白扁豆 30 g, 玉竹 15 g, 白花蛇舌草 30 g, 百合 15 g, 谷芽 30 g。盗汗甚者, 加糯稻根 30 g, 浮小麦 30 g; 纳呆恶心者, 加砂仁 15 g, 鸡内金 15 g, 木香 15 g。

1.5.4 气血瘀滞证 黄芪 30 g, 党参 30 g, 当归 15 g, 生地 30 g, 陈皮 15 g, 桃仁 30 g, 红花 15 g, 白花蛇舌草 30 g, 半枝莲 30 g, 蒲公英 15 g, 柴胡 15 g, 枳壳 15 g, 赤芍 15 g, 川芎 15 g, 三棱 15 g, 莪术 15 g, 土鳖虫 15 g,

肉苁蓉 15 g, 谷芽 30 g。胸胁刺痛甚者, 加香附 15 g, 延胡索 15 g; 胸闷苔腻者, 加法半夏 15 g; 大便干结甚者, 加火麻仁 15 g。

以上药物, 放入 1000 mL 水中泡 30 min, 煎煮 30 min, 取汁液 500 mL, 分 3 次温服, 每日 1 剂, 连服 4 周。

1.6 观察指标 采用 Karnofsky (KPS) 判定标准, 在治疗前后进行观察; 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002 版) 中肺癌症状分级量表中的主症咳嗽、咳痰、痰血、胸闷、胸痛, 次症食欲不振、心烦失眠、自汗盗汗、腹泻、便秘、口干咽燥进行疗效, 观察治疗前后变化情况; 监测治疗后不良反应, 包括其临床表现、指标异常等。

1.7 疗效评定 Karnofsky (KPS) 疗效判定: 以行为状况评分标准为指标, 对各组患者治疗前后进行评分, 观察其变化情况。其标准参考《肿瘤内科治疗的疗效评定》评分标准。

根据中医症候积分, 以尼莫地平法计算, 尼莫地平法:  $[(\text{治疗前}-\text{治疗后}) \text{积分}/\text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。方法根据症状评定, 中医主要症状中若患者无症状计为 0 分、轻度计为 1 分、中度计为 4 分、重度计为 6 分。中医次要症状中若无症状计 0 分、轻度计 1 分、中度计 2 分、重度计 3 分, 治疗前及治疗后根据症状出现情况记录临床症状积分值。根据不良反应分级判定, 客观评价其安全性。

## 2 结果

2.1 KPS 评分比较 根据 Karnofsky 评分治疗前后对比, 治疗前后 KPS 评分, 见表 1。

表1 原发性支气管肺癌辨证治疗KPS评分疗效比较 [例(%)]

组别	例数	提高	稳定	降低	总有效
气虚痰湿组	21	12(57.14)	6(28.57)	3(14.29)	18(85.71)
阴虚毒热组	25	14(56.00)	7(28.00)	4(16.00)	21(84.00)
气阴两虚组	22	11(50.00)	8(36.36)	3(13.64)	19(86.36)
气血瘀滞组	28	14(50.00)	10(35.71)	4(14.29)	24(85.71)
合计	96	51(53.13)	31(32.29)	14(14.58)	82(85.42)

2.2 临床主症积分比较 根据临床症状主症积分治疗前后对比, 全组患者中医临床症候主症积分比较  $P < 0.001$ , 治疗前后相比具有统计学意义, 治疗后患者中医临床主要症状改善疗效明显。治疗前后临床主症积分比较见表 2。

表2 原发性支气管肺癌辨证治疗临床主症前后比较表 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

	咳嗽	咳痰	痰血	胸闷	胸痛
治疗前	4.74±1.64	3.19±1.85	4.17±1.96	4.49±1.94	4.42±1.85
治疗后	3.09±1.53	1.89±1.47	2.57±1.38	2.81±1.64	2.48±1.69
P值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

**2.3 临床次症积分比较** 根据临床症状次症积分治疗前后对比,全组患者中医临床症候次症积分比较  $P<0.001$ ,治疗前后相比具有统计学意义。治疗前后临床次症积分比较见表3。

表3 原发性支气管肺癌辨证治疗临床次症前后比较表  
( $\bar{x}\pm s$ ,分)

	心烦失眠	自汗盗汗	腹泻	便秘	口干咽燥	食欲不振
治疗前	2.4±0.71	2.2±0.77	2.1±0.83	2.1±0.61	2.5±0.65	2.0±0.68
治疗后	1.6±0.50	1.9±0.54	1.1±0.65	1.0±0.85	1.5±0.47	1.0±0.56
P值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

**2.4 安全性** 在临床观察中,患者服药后没有出现与中医辨证治疗无关的不良反应,安全性良好。

### 3 讨论

支气管肺癌,是最常见的恶性肿瘤之一,同时也在威胁着人们的健康,它的危害不仅体现在持续升高的发病率和死亡率,还表现为较差的预后率<sup>[3]</sup>。笔者通过对原发性支气管肺癌患者进行辨证分析,并给予相应的中药汤剂治疗,取得了较好的疗效。对气虚痰湿证者治以健脾补肺,化痰祛湿为主,方中用黄芪、党参、白术、茯苓健脾益气,痰湿犯肺而肺失宣降,用半夏、陈皮燥湿化痰,有经典方二陈汤之功效,配以炒白扁豆、薏苡仁、砂仁、鸡内金等健脾化湿和胃,白花蛇舌草清热解毒等,对 KPS 评分治疗前后观察,其提高率达 57.14%,稳定率 28.57%,总有效率 85.71%。肺脏娇嫩居于上,不耐受寒热,邪毒易侵,郁于体内,耗气伤津,对于此类阴虚毒热证患者,益气养阴、清热解毒之法可见其效,以玄参、南沙参、麦冬、半枝莲、蒲公英、鱼腥草等为常用,相关文献研究认为清热解毒药具有直接抑制肿瘤、提高机体免疫、防止致癌物质突变、诱导肿瘤细胞凋亡等功效<sup>[4]</sup>,此次观察对于阴虚毒热组 KPS 评分提高率 56%,稳定率 28%,总有效率 84%。气阴两虚证者,应以益气养阴为主,予北沙参、麦冬、五味子、石斛、玉竹、白花蛇舌草等药以养阴生津补肺,治疗后观察 KPS 评分提高率 50%,稳定率 36.36%,总有效率 86.36%,有显著疗效。气血瘀滞证患者,瘀血不通,阻滞于内,应当疏畅血气、活血化瘀、条畅气机为主,其活血化瘀之法在临床被广泛应用,方以柴胡、生地黄、桃仁、川芎、赤芍、三棱、莪术等活血化瘀行气以达其功,本次治疗后观察提高率 50%,稳定率 35.71%,总有效率 85.71%。肺癌发生与患者正气虚弱和邪毒内侵有着密切的关系,全方配以黄芪、党参、黄精等药物扶助正气,配砂仁、鸡内金、稻芽等物滋养后天。纵观中医辨证论治原发性支气管肺癌,对于虚则施以固本扶正,于毒则清热解毒、于痰则化痰祛湿,于瘀以活血化瘀之法,照

其偏重兼顾,又可标本兼顾,局部整体均顾即可达到其想要功效,本次临床观察中,对于中医临床主症而言,治疗后患者咳嗽、咳痰、痰血、胸闷、胸痛症状较治疗前明显改善,治疗前后相比  $P<0.05$  具有统计学意义。对于中医临床次症而言,治疗后患者心烦失眠、自汗盗汗、腹泻、便秘、口干咽燥、食欲不振中医临床症状积分较治疗前明显下降,  $P<0.05$  具有统计学意义。且此次观察中,各组患者服用药物后均未出现与治疗无关症状,药物安全性对比无统计学意义。综上所述,中医辨证论治原发性支气管肺癌可明显改善患者体力状况,缓解患者咳嗽、咳痰、胸痛、心烦失眠、便秘、食欲不振等症状,其对于改善患者生活质量、临床症状,提高患者生存周期等方面获得肯定疗效<sup>[5-7]</sup>,可广泛应用。

### 参考文献

- [1] 旋静,连树林.肺癌的中医辨治[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(11):7-8.
- [2] 周岱翰.中医肿瘤学[M].北京:中国中医药出版社,2013:197.
- [3] 杨付红,张春娣.肺癌的研究现状[J].中国继续医学教育,2015,29(2):30-31.
- [4] 李金泽.二陈汤加减方联合铂类化疗方案治疗痰证非小细胞肺癌的临床研究[D].北京中医药大学,2016.
- [5] 郭玉明,姜淼,郑光,等.基于文本挖掘技术分析治疗肺癌的中药用药规律[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(16):277-280.
- [6] 朴钟元.中医药治疗肺癌的研究进展[J].光明中医,2011,26(4):854-855.
- [7] 雷震霄.中医药治疗肺癌的研究进展[J].湖南中医杂志,2017,33(12):154-156.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李春燕 收稿日期:2018-09-30)

### 佩兰药材(饮片)鉴别要点

**药材鉴别** 药材茎呈圆柱形,下部光滑无毛,长 30~100 cm,直径 0.2~0.5(0.8) cm,节明显。表面黄绿色至黄棕色,有的略带紫色,有细纵纹,质脆,易折断,断面呈纤维状,类白色,木部疏松的孔,髓部白色约占直径 1/2 或中空。叶对生,叶片多皱缩破碎,或脱落,黄绿色至绿褐色。完整叶呈 3 裂或不分裂,分裂者中间裂较大,长椭圆形至长圆状披针形,不分裂完整叶呈披针形,先端渐尖,基部楔形,叶边缘有锯齿,质脆,易破碎。气味芳香,揉之有特异香气。味微苦。

**饮片鉴别** 为不规则的段。茎圆柱形,表面黄棕色至绿褐色,叶多皱缩破碎,边缘有细锯齿,表面绿褐色至暗绿色。气芳香,味微苦。

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

从先后天之本探讨老年性精神疾病的病机及治则<sup>※</sup>刘立瑾<sup>1</sup> 王建军<sup>1</sup> 郑浩涛<sup>2</sup> 周流畅<sup>1</sup> 庞喜乐<sup>1</sup> 李薇<sup>1</sup> 柯金菊<sup>1</sup> 魏周科<sup>1,2\*</sup>

(1 广州中医药大学第四临床医学院,广东 深圳 518033;2 深圳市中医院脑病与心理病科,广东 深圳 518033)

**摘要:**随着现代医疗水平的提高,人类平均寿命不断延长,老年人口比例逐渐增加。人口老龄化的发展,使老年性精神疾病的发病率不断上升。现有的治疗老年性精神疾病的手段副作用大、效果一般。中医认为,肾为先天之本,脾为后天之本,脾肾两脏在人体的衰老进程中起着决定性作用。先天渐亏,后天渐损是老年精神疾病发病的核心环节,而由先后天之虚所致的瘀血与痰浊内停之实,同样也是老年精神疾病发病的重要病机之一。补肾健脾,活血化痰法用于治疗老年精神疾病具有显著成效。

**关键词:**先天之本;后天之本;补肾健脾;活血化痰;老年科;精神疾病;抑郁

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.024

文章编号:1672-2779(2019)-04-0058-03

**Discussion of the Pathogenesis and Treatment of Senile Mental Illness Based on the Theory of "the Congenital Foundation and the Foundation of Acquired Constitution"**

LIU Lijin<sup>1</sup>, WANG Jianjun<sup>1</sup>, ZHENG Haotao<sup>2</sup>, ZHOU Liuchang<sup>1</sup>, PANG Xile<sup>1</sup>, LI Wei<sup>1</sup>, KE Jinju<sup>1</sup>, GUO Zhouke<sup>1,2\*</sup>

(1. The Fourth Clinical Medicine School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Shenzhen 518033, China;

2. Department of Encephalopathy and Psychiatry, Shenzhen Hospital of Traditional Chinese Medicine,

Guangdong Province, Shenzhen 518033, China)

**Abstract:** With the improvement of modern Medicine, the living age of human expanded as well, keeping the incidence rate of senile mental illness rising. The treatments we possess are ineffective and have a lot of side-effects. From traditional Chinese medicine's aspect, the kidney is the congenital foundation and the spleen is the foundation of acquired constitution. The loss of both is the core of the onset of senile mental illness, and the blood stasis and turbidity caused by stagnation is also one of the important pathogenesis of the senile mental illness. Invigorating the kidney and strengthening the spleen, promoting blood circulation and removing blood stasis is effective in treating senile mental illness.

**Keywords:** the congenital foundation; the foundation of acquired constitution; invigorating the kidney and strengthening the spleen; promoting blood circulation and removing blood stasis; geriatrics; mental illness; depression

随着社会的进步、医疗水平显著提高,人类平均寿命不断延长,老年人口比例逐渐增加。人口老龄化的发展,使老年性精神疾病的发病率不断上升,老年性精神疾病严重威胁着老年人的身体健康和生存质量,给患者、患者家属及社会带来了沉重的负担。

老年性精神疾病包括血管性痴呆与阿尔兹海默症患者伴随的精神行为症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)<sup>[1]</sup>, 以及老年抑郁症等。在各种痴呆类型的各个时段,几乎所有的患者都伴有BPSD, BPSD的严重程度通常会随着疾病的发展而加重,同时也随着痴呆的加重与认知功能的损害而日趋严重<sup>[2-3]</sup>。

冷漠、睡眠障碍、食欲改变以及异常的运动行为在血管性痴呆及阿尔兹海默症所伴随的 BPSD 中更为常见<sup>[4]</sup>, 而躁动与脱抑制则在额颞叶痴呆中更为普遍<sup>[5]</sup>。老年抑郁与年轻抑郁患者相比,在临床表现上存在许多不同之处,如伴发躯体症状、焦虑、精神运动迟滞的比例更高,执行功能、认知抑制及控制能力更差等<sup>[6]</sup>。

## 1 现代医学治疗

现有老年性精神疾病的治疗,主要有生物学治疗和心理治疗两种模式。生物学治疗包括药物治疗、光疗、电痉挛治疗等;心理治疗包括人际心理治疗、支持性心理治疗、心理音乐治疗、认知行为治疗等。对于 BPSD 的治疗,尽管包括美国精神医学学会 (APA) 在内的很多权威机构均建议,将非药物干预作为 BPSD 的一线治疗手段,很多情况下,非药物干预并不能在临床管理及常规护理中得到实施,在没有其他更好选择的情况下,当前抗精神病药仍是治疗 BPSD 的首选,但抗精神病药治疗 BPSD 副作用大、死亡率高,疗效微弱<sup>[7]</sup>,从风险收益比的角度出发,抗精神病药不应作为一线治疗,而

※ 基金项目:国家自然科学基金【No.81804004】;广东省中医药局科研项目【No.20171243】;广东省深圳市卫生系统科研项目【No.SZBC2018005】;广东省深圳市科创委学科布局课题【No.JCYJ20160428174825490】;广东省深圳卫生计生系统科研项目【No.201604130510】;广东省深圳市科创委学科布局课题【No.JCYJ20170307154620600】

\* 通讯作者:szyygzk@126.com

更应该用于一种保底手段；对于治疗老年抑郁，所使用的抗抑郁药种类与年轻患者基本一致，但考虑到老年人代谢速度较慢，在剂量上应加以调整，且老年患者较年轻患者更易产生副作用，尽管现代研究认为选择性5-HT再摄取抑制剂（SSRIs）及其他二代抗抑郁药物（SNRI、NaSSA、NDRI等）为治疗老年抑郁的一线手段<sup>[6]</sup>，其产生的副作用、老年患者依从性差等问题同样不可忽视。在此背景之下，寻找治疗老年性精神疾病安全可行的办法成为当务之急。

## 2 中医病因病机

中医认为，老年性精神疾病属于老年郁病范畴。老年人在生理上具有四大特点，即五脏日衰，易感外邪，易生积滞和易伤七情<sup>[8]</sup>，因此老年病多因虚致实，虚实夹杂。年迈体弱，五脏日衰，其中以脾肾两脏之虚为主<sup>[9]</sup>，《医宗必读·脾为后天之本论》说：“故善为医者，必责其本，而本有先天后天之辨。先天之本在肾，肾应北方之水，水为天一之源。后天之本在脾，脾应中宫之土，土为万物之母”。肾为先天之本，肾中之阴阳为五脏阴阳之根本，肾中精气对五脏的功能活动有推动作用，调补肾脏，润养真元，使气血阴阳达到平衡<sup>[10]</sup>。《素问·上古天真论》中有云：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以下，故能有子；七七天癸竭，任脉虚，太冲脉衰少，地道不通，故形坏而无子也”。“丈夫八岁肾气实，齿更发长；二八肾气盛……八八天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，则齿发去”。强调了肾气在人生发育过程中的重要作用。随着年岁的增长，肾中所藏先天之精不足，为老年人患病的一个根本因素。脾为后天之本，李东垣《脾胃论》指出：“内伤脾胃，百病由生。”宋代医学家陈直认为：“脾胃者，五脏之宗也，四脏之气皆察于脾，故四时皆以胃气为本。”治疗主张“法重脾胃”，认为“高年之人，真气耗竭、五脏衰弱，全仰饮食以资气血”，认为调理脾胃是“养老之大要”<sup>[11]</sup>。而先后天之本之虚，又易导致痰浊瘀血之实，因而发为郁病。脾气虚弱，水谷精微运化失常，聚而成痰；肾阳不足，水湿可上泛成痰，命门火衰，脾土失之温煦，水湿不化而生痰。老年人脾肾不足，则脾失运化，肾失气化，影响水液运化、输布、吸收、排泄各个环节，致痰湿内生，故在老年病中，多有痰浊之象<sup>[11]</sup>。痰浊之邪粘滞难祛，极易阻碍气机，使气机升降不畅，气为血之帅，气滞则血运不行，久而导致瘀血内停。现代医学研究也表明，瘀血与痰浊在微循环、血液流变学、血液生化及自由基等方面的病理表现极为相似，因而许多学者认为“痰瘀同源”<sup>[12]</sup>。痰浊与瘀血两邪互为因果，相互影响，瘀血阻滞气机，气不行津，津停为痰；痰浊阻滞气机，气不行血，血停为瘀。痰浊

瘀血两邪互结，则会进一步加重气滞，使得气机不畅，肝气不舒，无以条达，则发为郁病。

## 3 中医治则及临证应用

老年精神性疾病的主要病机为脾肾亏虚，痰瘀阻络。补肾健脾，活血化瘀为治疗老年性精神疾病的大法。临床上运用此法治疗老年性精神疾病也取得了一些成效。杨华等<sup>[13]</sup>将60例AD患者纳入观察，疗程为4周，均服用活血化瘀的通窍活血汤加减（桃仁12g，红花9g，赤芍12g，川芎9g，麝香0.5g，制胆南星12g，石菖蒲12g，炒白术12g，陈皮9g等），治疗前后用痴呆行为量表（BEHAVE-AD）评定精神行为症状，严重障碍量表（SIB）判定患者认知功能，日常生活能力量表（ADL）判定患者日常生活能力，结果表明运用活血化瘀法能有效治疗老年性痴呆办法的精神行为症状，且安全性好；曹琳等<sup>[14]</sup>将72例中风后抑郁的患者随机分为治疗组和对照组，治疗组口服解郁通络颗粒，对照组口服黛力新，结果表明活血化瘀，祛痰开窍的解郁通络颗粒治疗痰瘀阻络的中风后抑郁有显著的疗效；孔繁鑫等<sup>[15]</sup>将125例卒中后抑郁持续疼痛患者简单随机分为2组，对照组60例使用文拉法辛，治疗组65例使用补肾健脾，活血化瘀的髓康方（黄芪30g，葛根20g，女贞子15g，天麻10g，川芎10g，丹参20g等）与脑心通胶囊联合度洛西汀治疗卒中后抑郁，疗效满意，无严重不良反应，值得推广。

## 4 结语

由此可见，临床上运用补肾健脾，活血化瘀为基础疗法治疗血管性痴呆与老年痴呆患者伴随BPSD，以及老年抑郁等老年性精神疾病取得的疗效显著，可进一步证实老年性精神疾病总的基本病机在于脾肾亏虚，痰瘀内阻。运用补肾健脾，活血化瘀法治疗各种老年性精神疾病值得推广运用。

## 参考文献

- [1] 陶树利,张俊杰,申德.利培酮口服液治疗老年痴呆精神行为异常的疗效及副反应观察[J].中国医药导刊,2010,12(7):1254.
- [2] PINIDBUNJERDKOOL A, SAENGWANITCH S, SITHINAMSUWAN P. Behavioral and psychological symptoms of dementia[J]. J Med Assoc Thai, 2014, 97 Suppl 2: S168-174.
- [3] POLETTI M, NUTI A, CIPRIANI G, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia: factor analysis and relationship with cognitive impairment[J]. European Neurology, 2013, 69(2): 76-82.
- [4] MANUEL F-M, JESSICA C, ANA M, et al. Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimers Disease and Vascular Dementia[J]. Current Alzheimer Research, 2008, 5(1): 61-69.
- [5] SRIKANTH S, NAGARAJA A V, RATNAVALI E. Neuropsychiatric symptoms in dementia-frequency, relationship to dementia severity and comparison in Alzheimer's disease, vascular dementia and frontotemporal dementia[J]. Journal of the Neurological Sciences, 2005, 236(1): 43-

- 48.
- [6] PRUCKNER N, HOLTHOFFDETTO V. Antidepressant pharmacotherapy in old-age depression—a review and clinical approach[J]. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2017, 73(6): 1-7.
- [7] SAJATOVIC M, KALES H C, MULSANT B H. Prescribing Antipsychotics in Geriatric Patients: Focus on Schizophrenia and Bipolar Disorder: Avoid Adverse Effects by Using the Lowest Effective Dose of a Second-Generation Agent[J]. *Current Psychiatry*, 2017, 16.
- [8] 邝丽仪. 老年抑郁症病因病机与辨证论治研究[D]. 南京中医药大学, 2009.
- [9] 陈刚, 郭茂川, 张六通, 等. 肾虚、血瘀、痰浊阻络为衰老的基本病机[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2001(7):489-491.
- [10] 马向东, 李中梓“肾为先天之本”论析[J]. *安徽中医学院学报*, 2001(2):4-6.
- [11] 李求兵, 张铁忠补益脾肾、升降气机治疗老年病学术思想和经验总结[D]. 中国中医科学院, 2012.
- [12] 欧阳帅领, 郭蓉娟, 崔丽凤, 等. 老年期抑郁症中医证候要素及相关因素分析[J]. *北京中医药大学学报(中医临床版)*, 2009(6): 4-6.
- [13] 杨华, 王翰, 李霞, 等. 活血化痰法治疗痰瘀交阻型老年性痴呆伴发精神行为异常 60 例[J]. *山东中医杂志*, 2012(8): 574-575.
- [14] 曹琳, 张长旭, 张辉, 等. 解郁通络颗粒治疗中风后抑郁痰瘀阻络证的临床观察[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2015(52):53.
- [15] 孔繁鑫, 魏周科. 脑髓康与脑心通胶囊联合西药治疗卒中后抑郁持续性疼痛随机平行对照研究[J]. *实用中医内科杂志*, 2017(10):35-37.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:孔繁鑫 收稿日期:2018-10-26)

## 王晓燕教授助婴通便汤 治疗婴儿功能性排便困难的临床经验

张佳林<sup>1</sup> 王晓燕<sup>2\*</sup>

(1 河南中医药大学附属郑州市中医院, 河南 郑州 450007; 2 河南省郑州市中医院儿科, 河南 郑州 450007)

**摘要:** 王晓燕导师认为婴儿功能性排便困难的病位主要在大肠, 常与肺、肝、脾、胃、肾诸脏相关。因婴儿脾常不足, 且易为后天饮食所伤, 所以认为与脾胃关系最为密切, 提出“婴儿脾气不升, 胃气不降, 胃肠不通, 则排便困难”为本病的基本病机, 治疗上强调“补中益气”, 以升寓降, 升降相因为基本立法原则, 自拟助婴通便汤, 辨证加减取得良好疗效。

**关键词:** 王晓燕; 婴儿; 功能性排便困难; 助婴通便汤; 名医经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.025

文章编号:1672-2779(2019)-04-0060-03

### Clinical Experience of Professor Wang Xiaoyan in the Treatment of Functional Defecation Difficulty in Infants with Zhuying Tongbian Decoction

ZHANG Jialin<sup>1</sup>, WANG Xiaoyan<sup>2\*</sup>

(1. Grade 2017 Graduate, Zhengzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450007, China;

2. Department of Pediatrics, Zhengzhou Hospital of traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450007, China)

**Abstract:** Professor Wang Xiaoyan has been engaged in pediatric clinical scientific research for more than 30 years. Defecate difficulty in infants is in the large intestine, which is often associated with the lung, liver, spleen stomach and kidney. Moreover, infants spleen is often deficient, and it is easily injured by diet, it is believed to be most closely related to spleen and stomach, proposed "the disposition does not rise, the stomach qi is not healthy, the stomach bowel is blocked, is constipation", as the basic pathogenesis, with the raising you'll fall, interdependence between ascending and descending, the legislative principle is to tonifying middle-jiao and qi in treatment. Professor Wang in the infant's treatment of this disease pay attention to Zhuying Tongbian decoction, dialectical therapy has a good curative effect.

**Keywords:** Wang Xiaoyan; infants; functional defecation difficulty; Zhuying Tongbian decoction; experience of famous doctor

婴儿排便困难是指大便秘结不通, 排便次数减少或排便间隔时间延长, 或大便艰涩排出不畅的病症<sup>[1]</sup>。排便困难是儿科常见病, 可单独作为主要症状出现, 也可以发生在其他疾病之中, 严重患儿会因疼痛而排便产生

畏惧感, 而导致恶性循环, 不仅给患儿带来痛苦, 最终可能影响患儿的生长发育<sup>[2]</sup>。排便困难包括器质性与功能性两大类。功能性排便困难约占婴儿排便困难的 90% 以上, 其发生可能与肠动力缺乏、肠道刺激不够而引起的肠粘膜应激力减弱有关。现代医学治疗排便困难的方法, 无外乎胃肠动力剂 (如莫沙必利)、肠道导泻剂,

\* 通讯作者: 18337179707@163.com

其中包括容积型泻剂（如乳果糖口服液）、润滑性泻剂（如液体石蜡油）、接触性泻剂（如比沙可啶肠溶片）、局部刺激性泻剂（如开塞露、甘油灌肠剂）<sup>[3]</sup>。西药在治疗时不分人群、不分症状使用，一种无效就换另一种，结果病情反反复复，给患儿和家长带来身体和心理的痛苦。历来中医书籍中无排便困难病名，相当于“便秘”范围。

导师王晓燕教授为第六批全国名老中医学术经验传承指导老师，致力于儿科疾病研究、科研30余年，对本病的治疗有独特见解，认为本病与脾胃关系密切，治疗上强调补中益气，以升寓降、升降相因，临床效果显著。

### 1 王晓燕教授对婴儿排便困难病机的认识

排便困难的原因多种多样，外感寒热之邪，内伤饮食，情志失调，阴阳气血不足等皆可形成，而且各种原因又常相兼为病，使发病之因复杂多变。其发病机制总以虚实为纲，实者在于邪滞胃肠，壅塞不通；虚者在于肠失温润，推动无力，同时虚实之间又常转化，可由实转虚，可因虚致实，还可虚实夹杂，其病位在大肠，系大肠传导失常所致，但常与脾、胃、肺、肝、肾等脏腑功能失调有关。《素问·金匱真言论》说：“北方色黑，入通于肾，开窍于二阴。”，认为大小便的病变与肾的关系密切。小儿肾常虚，“气血未充，肾气未固”则不能正常发挥肾的先天功能，导致一身之阴阳不足，温煦濡润失常，则肠道不行。《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行……”，认为将脾转输至肺的津液及部分水谷精微向下向内布散于肠以濡润之<sup>[4]</sup>。且肺为娇脏，主一身之气，位于上焦与大肠相表里；主治节，通过呼吸运动，调节一身之气的升降出入，保持全身气机调畅，故肺不足，大肠推动、濡润功能失调，则肠通不畅。《格致余论·阳有余阴不足论》提出：“司疏泄者肝也”，肝主疏泄，与脾胃之气关系密切，认为肝气疏泄功能正常，气机调畅，使脏腑经络之气的运行通畅无阻。气能行津，气行则津布，水气并行则糟粕不存，若肝气疏泄失常则胃失和降，胃肠不通故形成便秘。小儿脾常不足，脾为后天之本，主运化水谷精微，为气血生化之源，小儿生长发育迅速，生长旺盛，对营养精微需求较成人相对较多，但小儿脾胃薄弱，且不知饮食自节，易食肥甘厚味，稍有不慎即易损伤脾胃引起运化功能失调，大肠传导失司则出现排便困难。加之小儿天性顽皮，玩耍过度，无规律排便，导致胃肠不降，脾气不升，脾胃升降失常，则发排便困难。婴儿排便困难特点多是大便数天一次而便质正常，以虚为主或本虚标实。尽管与脾胃、肺、肝、肾相关，但王教授认为婴儿脾气不升，胃气不降，胃肠不通，大肠传导失

常，则为排便困难为本病的基本病机。在治疗上，王晓燕教授注重补中健脾益气，自拟助婴通便汤治疗，脾升胃降，运化通畅，则便无所留。

### 2 婴儿排便困难的治疗

2.1 基础方药配伍分析 助婴通便汤是以补中益气汤为基础而拟定。补中益气汤出自金元四大家之一·李东垣《内外伤辨惑论》具有补中益气，升阳举陷，是治疗脾胃疾病的常用方。王教授在此基础上，根据临床经验，化裁为助婴通便汤。本方由黄芪、太子参、苍术、当归、肉苁蓉、生白术、火麻仁、陈皮、升麻、柴胡、生麦芽、炙甘草组成。方中重用太子参、黄芪补中益气，升阳固表，苍术运脾除满，共为君药。生白术健脾益气通便，当归补血润肠通便，肉苁蓉补肾阳、益精血、润肠道，火麻仁润肠通便，共为臣药。陈皮理气和胃，调理气机；升麻、柴胡辛散升举，助黄芪、太子参升阳举陷，以升寓降，升降相因；生麦芽消食和胃通便为佐药。炙甘草益气和中，调和诸药，为佐使药。全方共奏补中益气通便之效，临床根据辨证加减治疗婴儿便秘取得较好疗效。

### 2.2 临床辨证施治

2.2.1 乳食积滞 本证以大便排出困难、脘腹胀痛、不思饮食、手足心热、或有口臭为辨证要点。临证在助婴通便汤中加连翘、枳壳或枳实，连翘清脾胃之郁热，为临床清解郁热之常用药，以防食积化热。枳壳、枳实，宽中下气，枳壳缓而枳实速也，根据体质强弱、病情急缓酌情选用。

2.2.2 燥热内结 本证以大便偏干、排便困难、甚至便秘不通、舌质偏红、苔黄、指纹色紫为辨证要点。临证在助婴通便汤中加玄参、枳实或枳壳，玄参清热滋阴，润肠通便。

2.2.3 气机郁滞 本证以大便排出不畅、欲便不得、甚或腹胀疼痛、胸胁痞满、暖气频作、脉弦为辨证要点。临床在助婴通便汤中加香附、枳实或枳壳。《滇南本草》：“香附，调血中之气，开郁，宽中，消食，止呕吐”具有疏肝理气以助脾升胃降，大肠传导。

2.2.4 气虚不运 本证多见于禀赋不足或病后失调儿，以时有便意、大便不干燥、但努挣难下、挣时汗出短气、便后疲乏为辨证要点。《本草逢原》载“黄芪能补五脏诸虚”，临床上在助婴通便汤中重用黄芪，以健脾益气通便。

### 3 典型医案

王某，男，5月。2017年11月12日初诊。主诉（代）：长期排便困难，患儿无明显原因长期排便困难，5~6日一次，便质不干，努挣难下，便后疲乏，无发热，吐泻等症，精神可，睡眠佳，饮食欠佳，小便可，大便未解。查体：一般情况可，（下转第66页）

## 退黄汤药浴对新生儿黄疸的早期干预的探讨

范淑华 陈文霞 黄文龙 苏素静

(河南中医药大学第一附属医院儿科医院,河南 郑州 450000)

**摘要:**目的 探讨退黄汤药浴对早期新生儿黄疸的干预作用。方法 将2017年3月—2018年7月本院出生的106例足月健康新生儿随机分为观察组(药浴组54例)和对照组(常规沐浴组52例),观察组患儿出生后1d开始药浴,对照组患儿常规沐浴;对2组患儿出生后1d、3d、5d、7d进行经皮胆红素测定,2组进行比较。结果 从出生后3d开始,观察组患儿平均经皮胆红素值低于对照组,2组比较有临床意义;对照组患儿需住院行光疗退黄的比例高于观察组( $P<0.05$ ),2组比较有临床意义。结论 中药药浴对预防新生儿黄疸有积极作用。

**关键词:**新生儿;黄疸;退黄汤;药浴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.026

文章编号:1672-2779(2019)-04-0062-03

## Discussion on Tuihuang Decoction Drug Bath in the Early Intervention of Neonatal Jaundice

FAN Shuhua, CHEN Wenxia, HUANG Wenlong, SU Sujing

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

**Abstract: Objective** To explore the intervention effect of Tuihuang decoction drug bath on early neonatal jaundice. **Methods** 106 healthy full-term neonates born in our hospital from March 2017 to July 2018 were randomly divided into observation group (54 cases in the drug bath group) and control group (52 cases in the routine bath group). The observation group started drug bath 1 day after birth, and the control group received routine bath. Percutaneous bilirubin was measured on 1d, 3d, 5d and 7d after birth, and the two groups were compared. **Results** From 3 days after birth, the mean value of percutaneous bilirubin in the observation group was lower than that in the control group, the two groups had clinical significance. The proportion of patients in the control group who needed to be treated with phototherapy was higher than that in the observation group, and the two groups had clinical significance ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Chinese medicine bath has positive effect on preventing neonatal jaundice.

**Keywords:** neonates; jaundice; Tuihuang decoction; drug bath

黄疸是新生儿期最常见的临床症状,可发生于约50%的足月儿和80%的早产儿<sup>[1]</sup>,多数预后良好,部分重症黄疸可能发生胆红素脑病,是引起脑性瘫痪的重要原因之一,遗留神经系统后遗症,降低患儿的生存质量,对家庭及社会造成极大危害。而相较于其他因素引起的脑损伤,胆红素脑病引起的脑损伤是可以而且最容易预防的新生儿脑损伤<sup>[2]</sup>,因此,我们要积极治疗新生儿黄疸,降低重症黄疸和胆红素脑病的发生率。目前临床常采用中成药制剂联合益生菌口服预防或治疗早期轻症新生儿黄疸,由于新生儿肠道功能弱,多数患儿会出现腹泻症状,依从性欠佳,住院蓝光治疗造成母婴分离,经济成本相对较高。近年来,我院通过中药药浴的方法对新生儿黄疸进行早期预防,收效甚佳,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2017年3月—2018年7月本院出生的健康足月新生儿106例,其中男62例,女44例,胎龄 $\geq 37$ 周,出生体质量2.5~4.36 kg,1 min、5 min Apgar评分均 $\geq 8$ 分。按照随机的方法分为观察组54例,对照

组52例,2组在性别、胎龄、出生体质量、Apgar评分及生后1d经皮胆红素值差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 排除标准** (1)胎龄 $<37$ 周;(2)出生体质量 $<2.5$  kg;(3)1 min、5 min Apgar评分 $\leq 7$ 分;(4)生后24 h内出现黄疸的患儿;(5)严重的新生儿脓疱疮或其他皮肤疾病不能沐浴患儿;(6)发生溶血的患儿;(7)伴有其他遗传代谢性疾病或先天胆道畸形患儿;(8)发生肺炎、败血症等感染的患儿。

**1.3 治疗方法** 2组患儿均母婴同室,母乳喂养或混合喂养,除中药药浴外,其他护理措施相同。(1)治疗组采用退黄汤药浴,将退黄汤(药物组成:茵陈15 g,栀子10 g,郁金10 g,金钱草15 g,虎杖10 g,金银花10 g,黄芩10 g,车前草10 g,净山楂10 g,麦芽10 g,甘草6 g,苍术10 g)中的各药打成粉,隔纱用4 L开水浸泡10 min,将药液去渣后倒入洁净水350 L中,控制室温 $28^{\circ}\text{C}$ 左右,水温 $37\sim 39^{\circ}\text{C}$ ,每池1人。从生后1d开始,于吃奶后1 h进行药浴,由经过专业培训的护士进行一对一操作,

每次 10~15 min, 药浴完毕后用洁净浴巾擦干全身皮肤, 碘伏进行脐部消毒护理, 观察 20 min 无不适后交由家长护理, 每日 1 次; (2) 对照组患儿予普通洁净水沐浴, 余护理方法同治疗组。

**1.4 观察指标** 使用北京麦邦 MBJ20 经皮黄疸仪, 于生后 1 d、3 d、5 d、7 d, 每天 8:00~9:00 测定黄疸, 选取部位为额部、胸部、大腿前侧, 取平均值, 记录结果。

## 2 结果

**2.1 2 组新生儿黄疸指数比较** 见表 1。

表 1 2 组新生儿黄疸指数比较 ( $\bar{x}\pm s$ , mg/dl)

组别	例数	1 d	3 d	5 d	7 d
观察组	54	6.35±0.80	9.05±1.09	10.73±1.29	9.52±1.41
对照组	52	6.10±0.78	11.56±1.31	13.87±1.79	12.78±1.09
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 两组新生儿住院蓝光治疗率比较** 观察组仅 2 例患儿住院蓝光治疗, 占 3.7%; 对照组 7 例患儿住院蓝光治疗, 占 13.4%, 两者比较, 差异显著 ( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

新生儿黄疸又称新生儿高胆红素血症, 是由于胆红素代谢异常引起血中胆红素水平升高而表现皮肤、黏膜及巩膜黄染的一种病症, 是新生儿期最常见的临床症状, 约 60% 的新生儿会出现不同程度的黄疸<sup>[3]</sup>, 其中大部分较轻微, 可自行消退, 约 5%~10% 是需干预防治疗的病理性黄疸<sup>[4]</sup>。新生儿时期严重的高胆红素血症, 或者部分低于现行生理性黄疸标准的高胆红素血症在某些特定情况下有发生胆红素脑病或核黄疸的风险<sup>[3]</sup>, 尤其是生后 1 周内发生的严重高胆红素血症常易导致急性神经系统损害, 即急性胆红素脑病。据统计, 发生胆红素脑病者, 50%~70% 死于急性期, 幸存者 70%~90% 有神经系统后遗症<sup>[5]</sup>。胆红素神经毒性具有高度的选择性, 苍白球是最常受累的神核团之一<sup>[6]</sup>。新生儿非结合胆红素增高还与患儿听觉脑干反应异常有关<sup>[7]</sup>。由于严重的高胆红素血症引起的胆红素脑病及神经系统的后遗症是可以预防的, 因此, 早发现、早干预、及时治疗是非常必要的<sup>[2]</sup>。

西医对于生理性黄疸仅仅是观察, 对于病理性黄疸治疗方案有药物治疗、光疗、换血疗法等, 均有一定疗效<sup>[8]</sup>, 但是往往有皮疹、腹泻等不良反应, 造成母婴分离。而中医则对于生理性黄疸进行早期干预以预防病理性黄疸的发生, 对于病理性黄疸则根据患儿的临床症状辨证施治, 取得了较好疗效。

中医很早对新生儿黄疸就有所认识, 称之为“胎黄”“胎疸”。《诸病源候论·胎疸候》云:“小儿在

胎, 其母脏气有湿热, 熏蒸于胎, 至生下小儿体皆黄, 谓之胎疸, 或因小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 脾常不足, 感受外邪, 外邪内侵, 脾为邪困, 失健运之功, 移湿热于肝胆, 肝失条达, 胆失疏泄, 胆液外溢于肌肤而发黄。”阐明了黄疸发生的病因病机, 确定了黄疸的病变部位在肝胆, 同时与脾密切相关。现代医家根据患儿不同的临床证候进行辨证分型, 将新生儿黄疸辨证分为湿热型、寒湿型、瘀积型、感受邪毒型, 拟定处方并随证加减, 均取得良好疗效<sup>[9]</sup>。而针对早期轻症黄疸的治疗, 临床医家多选用茵栀黄口服液、茵陈五苓糖浆、清肝利胆口服液、退黄颗粒等中成药制剂联合益生菌口服, 取得较好疗效<sup>[10]</sup>。但新生儿胃肠功能薄弱, 多数患儿服药困难, 会出现腹泻等不良反应, 依从性欠佳。有医家应用中药保留灌肠或针刺的方法治疗新生儿黄疸<sup>[10]</sup>, 疗效值得肯定, 但操作难度大, 增加患儿痛苦, 不易于被家长接受。抚触和游泳能增加患儿迷走神经兴奋性, 促进胃泌素和胰岛素分泌<sup>[11]</sup>, 可增加食欲, 促进消化, 促进胎便排出, 减少肝肠循环, 加快胆红素排出, 是常见的新生儿黄疸的物理治疗和护理手段。利用新生儿皮肤嫩薄、体表面积大的特点, 将中药与洗浴抚触相结合, 使药物易透过皮肤进入毛细血管, 进而促进血液循环, 促进胃肠道蠕动, 促进排便, 减少胆红素肝肠循环, 能够有效的预防和治疗早期轻症新生儿黄疸, 由于其操作简便, 价格低廉, 不增加患儿的痛苦, 越来越受到广大医家及患儿家属的青睐。退黄汤为我院自拟方, 在茵陈蒿汤的基础上加减而成, 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; 栀子清热降火, 通利三焦, 助茵陈引湿热从小便而去; 郁金活血行气、利胆退黄, 金钱草、虎杖清热解毒、利湿退黄, 黄芩清热燥湿, 均为治疗湿热黄疸的常用药; 车前草通利小便, 助栀子使黄疸随小便而去; 山楂可提高胃蛋白酶活性, 刺激胃黏膜促进胃液分泌, 搭配行气消食、健脾开胃之麦芽, 可增进食欲; 苍术, 燥湿健脾; 甘草调和诸药。通观全方, 既可清热、燥湿、通淋, 使湿热得解, 黄疸得消, 又可增进食欲、促进消化, 减少肝肠循环。利用新生儿皮肤薄嫩, 体表面积大的生理特点, 将中药汤剂和游泳抚触相结合, 使药物透过皮肤进入毛细血管, 促进血液循环, 可进一步达到利湿退黄的作用, 有事半功倍的效果, 既避免了口服药物带来的消化道不良反应, 又操作简便, 费用低廉, 能有效预防新生儿黄疸, 降低住院治疗率, 易于被小儿及家长接受, 值得推广。

## 参考文献

- [1] 金汉珍,黄德珉,关希吉.实用新生儿学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2013:271.
- [2] Bhutani V K, Johnson L. Kernicterus: A preventable neonatal brain injury [J]. J Arab Neonatal Forum, 2005(2):12-24.
- [3] 李秋平,封志纯.美国儿科学会最新新生儿黄疸诊疗指南[J].实用儿科临床杂志,2006,21(14):958-960.
- [4] Mishra S, Agarwal R, Deorari A K, et al. Jaundice in the newborns [J]. Indian J Pediatr, 2008, 75(2):157-163.
- [5] 唐卉,李慕军,杨晓娅,等.脐血胆红素早期预测新生儿病理性黄疸的价值[J].广西医学,2001,23(8):729-730.
- [6] 毛健,富建华,陈丽英,等.重度高胆红素血症新生儿苍白球磁共振成像特征及其临床意义[J].中华儿科杂志,2007,45(1):24-29.
- [7] Ahlfors C E, Parker A E. Unbound bilirubin concentration is associated with abnormal automated auditory brainstem response for jaundiced newborns [J]. Pediatrics, 2008, 121(5):976-978.
- [8] 赵菁,霍慧钦.新生儿黄疸治疗新进展[J].九江医学,2007,22(1):61-64.
- [9] 陶钧.中医药防治新生儿黄疸研究进展[J].中医儿科杂志,2010,6(1):50-52.
- [10] 王玉蛟,王立新.中医防治新生儿黄疸的研究进展[J].中国医药科学,2016,6(1):26-30,34.
- [11] 鲍珊,杨晓燕,唐军,等.新生儿黄疸研究现状的共词分析[J].中国当代儿科杂志,2014,16(8):820-823.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘玉慧 收稿日期:2018-10-23)

## 泽泻汤联合半夏白术天麻汤治疗高血压的临床观察

邓文娟

(江西省南城县中医院内科,江西 南城 344700)

**摘要:**目的 评价分析泽泻汤联合半夏白术天麻汤治疗高血压的临床疗效观察。方法 选择 46 例高血压患者作为研究对象,将其随机分为对照组与观察组,各 23 例,对照组采用西药进行治疗,观察组则在西药治疗基础上采用泽泻汤联合半夏白术天麻汤治疗。比较分析 2 组的具体护理效果。结果 观察组的收缩压与舒张压下降情况优于对照组,且  $P < 0.05$ ; 观察组的临床治疗效果比对照组高,且  $P < 0.05$ 。结论 采用泽泻汤联合半夏白术天麻汤治疗高血压,不仅能有效缓解患者的临床症状,还能降低其血压水平,临床治疗效果显著。

**关键词:**高血压;泽泻汤;半夏白术天麻汤;眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.027

文章编号:1672-2779(2019)-04-0064-03

### Clinical Observation on Zexie Decoction Combined with Banxia Baizhu Tianma Decoction in Treating Hypertension

DENG Wenjuan

(Nancheng County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nancheng 344700, China)

**Abstract: Objective** To evaluate and analyze the clinical effect of traditional Chinese medicine health education and nursing intervention on hypertension treated with Zexie decoction combined with Banxia Baizhu Tianma decoction. **Methods** 46 patients with hypertension were randomly divided into the control group and the observation group. The control group was treated with western medicine, and the observation group was treated with Zexie decoction combined with Banxia Baizhu Tianma decoction on the basis of western medicine. The specific nursing effects of the two groups were compared and analyzed. **Results** The decrease of systolic and diastolic blood pressure in the observation group was better than that in the control group ( $P < 0.05$ ), and the clinical effect in the observation group was higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Zexie decoction combined with Banxia Baizhu Tianma decoction can not only relieve the clinical symptoms, but also lower the blood pressure level, and has clinical effect.

**Keywords:** hypertension; zexie decoction; Banxia Baizhu Tianma decoction; vertigo

随着人们生活条件与生活环境的不断改善,高血压等心血管疾病的发病率也在逐年上升,且呈现出了年轻化的趋势,给人们的健康与正常生活带来了较大的影响。当前,临床上主要采用西药的方式治疗高血压,但效果并不理想,部分患者用药后病情并无明显改善<sup>[1]</sup>。随着中医研究的不断深入发展,中药在治疗心血管疾病方面取得了较为良好的效果,从中医的角度来看,高血压属于“眩晕”范畴,具体发病机制与饮食不规律、思虑过

度、疲劳过度等有关,临床治疗应当通过辨证论治以及整体调理来改善患者的血压情况<sup>[2]</sup>。本次研究选择了 46 例高血压患者作为研究对象,并给予其泽泻汤联合半夏白术天麻汤治疗,且取得了较为良好的效果,现作具体报告如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本院选择 46 例高血压患者作为研究对象,将其随机分为对照组与观察组,时间为 2017 年 2 月—

2018年2月,本次研究已取得了伦理委员会的批准与认可。其中,对照组男13例,女10例;平均年龄56.32岁;平均病程(3.46±0.49)年。观察组男12例,女11例;平均年龄57.59岁;平均病程(3.89±0.59)年。2组的各项临床资料比较并无明显差异( $P>0.05$ ),可继续进行其它方面对比分析。

**1.2 纳入标准** (1) 患者入院后,临床对其进行相关检查,确诊为原发性1级、2级高血压;(2) 患者心功能、肾功能等脏器功能基本正常;(3) 患者精神正常,可配合完成各项研究;(4) 患者及家属了解本次研究内容之后,同意参与研究。

**1.3 排除标准** (1) 患者对本次研究所使用的药物过敏;(2) 患者合并有严重心、肝、肾等功能性疾病;(3) 患者精神存在障碍,无法配合完成研究工作;(4) 患者及家属不同意参与研究。

**1.4 治疗方法** 给予2组患者常规西药进行治疗,患者每日口服硝苯地平缓释片(生产商:北京红林制药有限公司;批准文号:国药准字H20103238),每日2次,每次10mg;同时口服马来酸依那普利片(生产商:湖南千金湘江药业股份有限公司;批准文号:国药准字H20066383),每日2次,每次10mg。

观察组在常规治疗的基础上采用泽泻汤联合半夏白术天麻汤进行治疗,具体药方如下:泽泻25g,白术25g,茯苓15g,珍珠母10g,天麻10g,钩藤15g,大枣分8g,清半夏15g,陈皮10g,生姜10g。以上药物水煎服,取汁300mL,早饭后与晚饭后服用各服用150mL。随症加减药物:如患者存在头痛情况,则加用延胡索10g;如患者经常感到疲乏无力,则加党参、山药各15g;如患者呕吐情况,则加柿蒂15g。

**1.5 观察指标** 对比分析2组患者的血压改善情况与临床治疗效果。

**1.6 疗效评估标准** 采取相应的药物对患者进行治疗后,如血压并未发生明显变化,临床症状亦无明显改善,则为无效;如患者舒张压下降幅度为10~20mmHg,或者下降幅度为<10mmHg,但处于正常范围内,临床症状有有明显改善,则为有效;如患者舒张压下降幅度 $\geq$ 20mmHg,或者下降幅度为<20mmHg,但处于正常范围内,临床症状基本消失,则为显效。100%-无效率=总有效率。

**1.7 统计学方法** 本研究采用SPSS 20.0软件处理数据,患者年龄、病程、收缩压与舒张压等计量资料应以( $\bar{x}\pm s$ )表示,并采用 $t$ 进行对比;患者性别比例、临床治疗效果等计数资料采用卡方值进行对比, $P<0.05$ ,表明差异具

有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 比较分析2组的血压变化情况** 经过治疗后,2组患者的血压状况均有明显改善。观察组的收缩压与舒张压下降情况优于对照组,且 $P<0.05$ ,具体见表1。

表1 比较分析2组患者的血压变化情况 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	收缩压		舒张压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	23	168.26±10.25	127.85±8.54	105.59±9.45	75.48±5.22
对照组	23	165.45±12.49	142.36±8.33	102.14±8.78	87.69±5.18
$t$ 值		0.83	5.83	1.28	7.96
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

**2.2 比较分析2组患者的临床治疗效果** 经过治疗后,观察组的总有效率比对照组高,且 $P<0.05$ ,具体见表2。

表2 比较分析2组的临床治疗效果 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	23	15(65.22)	7(30.43)	1(4.35)	22(95.65)
对照组	23	8(34.78)	8(34.78)	7(30.43)	16(69.57)
$\chi^2$ 值		4.26	0.10	5.44	5.44
$P$ 值		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

高血压属于临床常见的慢性疾病,尽管病情进展相对较为缓慢,但如若不及时采取措施进行治疗,则可能会对患者的脑、肾等脏器功能构成严重损害,严重时甚至会危及患者的生命安全。当前,临床上主要采用西药对患者进行治疗,如硝苯地平缓释片、马来酸依那普利片、氯胺地平片等,此类降压药物虽具有一定的作用与效果,可暂时对患者的血压进行抑制,但并不能达到根治的目的<sup>[3]</sup>。近年来,随着我国医疗技术的不断发展与进步,中医治疗在临床上得到了广泛的运用,且取得了较为良好的临床效果。

本次研究给予对照组硝苯地平缓释片、马来酸依那普利片进行治疗,并且取得了一定的效果。硝苯地平缓释片进入人体后,可对血液中钙离子的生成进行抑制,降低血液流通的阻力,并使得心肌收缩性发生降低、血管发生扩张,以此保证血液循环的畅通性,最终降低了心肌耗氧量、增强心肌抗缺氧能力<sup>[4]</sup>。马来酸依那普利片属于临床常见的血管紧张素转换酶抑制剂,当该药物进入人体后,可对醛固酮、血管紧张素等影响血液循环物质的生成进行抑制,从而使得血管能保持舒张的状态,最终达到降低血压的效果<sup>[5]</sup>。然而,长期采用西药进行治疗,人体会产生一定的抗药性,从而进一步降低用药物治疗的效果。

从中医的角度来看,高血压的发病机制是因为患者的饮食习惯、作息习惯不良,导致肝肾功能失调、痰浊血瘀、瘀血阻络,最终导致血压升高。中医养生教育讲究的是以养脾气、辨证论治、整体调理,强调从人的整体出发,利用天然草本药物来调动人体本能,使得人体失衡状态尽快恢复正常,最终达到改善患者病情的效果。临床在治疗高血压应当以“镇肝化痰、祛湿除燥、活血化痰,健脾和胃”为主<sup>[6]</sup>。泽泻性甘味苦,具有祛湿化痰、利水消肿等效果,半夏白术天麻汤中的半夏、茯苓可燥湿化痰、化痰湿水饮、和胃止呕;白术味苦,但可燥湿利水、健脾益气;珍珠母、天麻等中药可平肝息风、缓解眩晕、安神定志;陈皮微苦,可健脾行气、利水通便;生姜可调和脾胃、促进血液循环。以上诸药合用,可起到化痰通络、祛湿利水、健脾和胃等效果,不仅能有效降低患者血压,还可改善患者头晕、乏力等临床症状,治疗效果较为良好<sup>[7]</sup>。本研究而结果显示,观察组的收缩压与舒张压下降情况优于对照组,且 $P<0.05$ ;观察组的临床治疗效果比对照组高,且 $P<0.05$ ,差异存在明显的统计学意义。

综上所述,采用泽泻联合半夏白术天麻汤治疗高血压,不仅能有效缓解患者的临床症状,还能降低其血压水平,临床治疗效果显著,对患者病情的改善具有重要的促进作用。

#### 参考文献

- [1] 杨万勇,蒋静静.个性化治疗方案联合中医治疗干预对高血压患者免疫功能及血压的影响[J].中华中医药学刊,2017,14(12):3211-3213.
- [2] 罗明玉.泽泻汤和半夏白术天麻汤治疗痰湿内阻型原发性高血压36例临床观察[J].中医临床研究,2012,4(11):76-77.
- [3] 马宁,侯雅竹,王贤良,等.基于文献的中医治疗高血压病阴虚阳亢证用药规律探析[J].中国中西医结合杂志,2016,36(4):403-410.
- [4] 冯建海.硝苯地平缓释片联合依那普利治疗老年冠心病合并高血压的疗效观察[J].河北医药,2016,38(15):2330-2332.
- [5] 王静,李浩,刘剑刚,等.中西医结合治疗方案对老年高血压患者生活质量的影响观察[J].中国药师,2018,21(4):640-643.
- [6] 彭友亮.半夏白术天麻汤合泽泻汤治疗高血压病41例疗效观察[J].湖南中医杂志,2015,31(6):39-40.
- [7] 崔静.高血压采用泽泻汤联合半夏白术天麻汤的疗效观察[J].中西医结合心血管病杂志:电子版,2016,4(26):164-165.

(本文编辑:李海燕 本文校对:宁小平 收稿日期:2018-10-25)

(上接第61页)腹胀,无压痛,反跳痛,肝脾肋下未触及,舌淡苔薄,指纹淡。中医辨证为气虚便秘(气虚不运)。治以补中益气,润肠通便。方用助婴通便汤,处方:太子参9g,黄芪15g,陈皮6g,升麻3g,柴胡3g,生白术15g,苍术5g,火麻仁6g,生麦芽6g,肉苁蓉6g,炙甘草3g。5剂,水煎服,日1剂。

11月18日二诊:患儿排便正常2d1次,大便不干,便后仍感疲乏,舌淡苔薄,指纹淡红。效力不达,继续巩固治疗,继服3剂。

11月22日,电话随访,大便正常,饮食可。

**按语:**患儿饮食欠佳,怒挣难下,便后疲乏,此为中焦脾胃运化失常,脾胃为后天之本,气血生化之源,脾胃虚弱则气血无以化生,气血不行,百病丛生。脾运胃化,运化不行则腑气不通;脾升胃降,升降失常,则胃气难下,停滞胃肠,则发为排便困难。本患儿为气虚不运的典型病例,王教授提出“补中益气,润肠通便”的治疗大法,自拟助婴通便汤,重用黄芪,效果显著。导师临床治疗便秘常用生麦芽、生白术。魏晴等<sup>[5]</sup>利用炭末推进实验研究生麦芽、炒麦芽和焦麦芽对小鼠胃肠运动功能的影响,比较麦芽不同炮制品间消食作用的差异。结果表明麦芽生品及不同炮制品能够增强胃肠运动功能,且生麦芽强于炒麦芽强于焦麦芽。生白术既有健脾益气作用,又有通便之效。我国经典医书《伤寒论》

中已有白术通便之说,第179条:“伤寒八九日,风湿相搏……桂枝附子汤主之;若大便坚,小便自利者,去桂加白术汤主之”。现代研究显示,白术主要化学成分有挥发油、内酯、多糖和氨基酸等。其中挥发油作用于胃肠道的主要成分,有苍术酮、苍术醇、苍术醚;内酯中有白术内酯、双白术内酯等。白术经炮制后挥发油含量明显降低,所以促进小肠蠕动作用减弱,挥发油经炮制后转化为白术内酯,故脂类含量明显升高,因此抑制小肠蠕动作用增强<sup>[6-7]</sup>。所以导师治疗便秘用生白术,而非炒白术。

#### 参考文献

- [1] 汪受传,虞坚尔.中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:129.
- [2] 潘璐.安效先教授治疗小儿便秘经验[J].世界中西医结合杂志,2010,5(9):745-741.
- [3] 郑婧,古赛.功能性便秘的治疗进展[J].医学综述,2015,21(7):1235-1237.
- [4] 孙广仁.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社,2011:111.
- [5] 魏晴,王蒙,匡海学,等.麦芽及不同炮制品对小肠推进及胃排空的影响[J].中国药师,2016,19(12):2206-2208.
- [6] 杨娥,钟艳梅,冯毅凡.白术化学成分和药理作用的研究进展[J].广东药学院学报,2012,28(2):218-221.
- [7] 张印,窦永起.白术不同炮制品对小鼠小肠运动的影响[J].国医论坛,2005,20(5):13-14.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王晓燕 收稿日期:2018-10-26)

## 二陈汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床研究

廖中林 许媛 吴霞

(宜春市中医院肺病科,江西 宜春 336000)

**摘要:**目的 观察加味二陈汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰浊壅肺型)的临床疗效。方法 将我科收治的42例慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰浊壅肺型)患者,随机分为对照组和治疗组各21例。对照组给予西医常规治疗,治疗组在对照组基础上联合加味二陈汤内服,1周后评价临床疗效。结果 治疗组总有效率为90.5%,对照组为71.4%,2组疗效比较,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 加味二陈汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰浊壅肺型)的临床疗效显著,值得推广。

**关键词:**慢性阻塞性肺疾病;急性加重期;痰浊壅肺型;加味二陈汤;哮喘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.028

文章编号:1672-2779(2019)-04-0067-02

### Clinical Study on Erchen Decoction in the Treatment of Acute Exacerbation Chronic Obstructive Pulmonary Disease

LIAO Zhonglin, XU Yuan, WU Xia

(Pulmonary Disease Department, Yichun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Yichun 336000, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of the modified Erchen decoction in treating acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease (phlegm turbidity obstructing lung type). **Methods** 42 patients with acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease (phlegm turbidity obstructing lung type) were randomly divided into control group and treatment group, with 21 cases in each group. The control group was treated with routine western medicine treatment, and the treatment group was treated with Erchen decoction on the basis of the control group. The clinical efficacy was evaluated after one week. **Results** The total effective rate was 90.5% in the treatment group and 71.4% in the control group. The difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The modified Erchen decoction is effective in treating acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease (phlegm turbidity obstructing lung type).

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease; acute exacerbation; phlegm turbidity obstructing lung type; modified Erchen decoction; cough and dyspnea

慢性阻塞性肺疾病为肺病科常见病,患者常因感染等因素诱发而出现病情急性加重;导致肺功能逐渐恶化,从而进展为慢性肺源性心脏病,生活质量逐步下降;因此,对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的中医研究具有重要临床价值;笔者应用加味二陈汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(中医辨病辨证:肺胀-痰浊壅肺型)的临床疗效满意,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院肺病科住院治疗的慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者42例,中医辨病辨证为肺胀(痰浊壅肺型),将患者随机平均分为对照组和治疗组,各21例,其中对照组21例,男11例,女10例;年龄50~82岁,平均67岁;病程10~25年,平均病程19.5年。治疗组21例,男10例,女11例;年龄53~80岁,平均68岁;病程9~27年,平均病程20.6年。对照组和治疗组在性别、病程及年龄上差异比较,均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《中医内科学》<sup>[1]</sup>《内科学》<sup>[2]</sup>及《慢

性阻塞性肺疾病诊治指南》<sup>[3]</sup>中的相关诊断标准制定。

**1.2.1 西医诊断标准** (1) 主要症状:慢性咳嗽,表现为长期性、反复性、逐渐加重、早晨较重等特征;咳痰,通常为白色粘液痰,部分患者在清晨较多,合并感染时痰量增多,常有脓性痰,痰中可伴有血丝或咳血;气短、呼吸困难、喘息和胸闷;晚期患者常伴有体质量下降、食欲减退、精神抑郁、焦虑等;(2) 主要体征:肺部视诊为桶状胸;听诊呼吸音减弱,可闻及干、湿性啰音;(3) 辅助检查:胸部DR正位片检查提示肺纹理增粗紊乱并伴有斑片状阴影;血常规检查提示白细胞计数 $> 10 \times 10^9/L$ ,并且中性细胞比例 $> 76\%$ ;肺功能检查提示第一秒用力呼气容积/用力肺活量( $FEV_1/FVC$ ) $< 0.70$ (吸入支气管扩张剂后)。

**1.2.2 中医诊断标准** 辨病辨证为肺胀-痰浊壅肺型,证候特点:胸满闷,短期喘息,稍劳即著,咳嗽痰多,色白粘腻或呈泡沫,畏风易汗,脘痞纳少,倦怠乏力,舌暗,苔薄腻或浊腻,脉滑。

**1.3 排除标准** (1) 支气管炎,支气管哮喘、尘肺、肺炎、支气管扩张、肺脓肿、肺结核、及肺部肿瘤等出现

咳嗽、咳痰的疾病；(2) 合并严重心、肺、肝、肾功能不全患者。

#### 1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 予以抗感染、止咳化痰等对症治疗，低氧血症者予以吸氧；静脉滴注头孢他啶，2.0 g/次，2次/d，持续治疗1周。

1.4.2 治疗组 予以抗感染、止咳化痰等对症治疗，低氧血症者予以吸氧；静脉滴注头孢他啶，2.0 g/次，2次/d，并联合加味二陈汤内服，处方组成：法半夏 9 g，陈皮 10 g，茯苓 10 g，炙甘草 20 g，白芥子 10 g，枳壳 10 g，桔梗 10 g，黄芪 30 g，1剂/d，每剂水煎至 200 mL，分早、晚温服，每次 100 mL，持续治疗1周。

1.5 临床观察指标 2组治疗前后均予以检查胸部 DR 正位片及血常规，观察对比2组临床疗效。

1.6 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>的相关规定制定。(1) 临床控制：咳嗽、咳痰、喘息等症状消失，肺部干、湿性啰音消失，血常规复查提示正常，胸部 DR 正位片复查提示斑片状阴影消失；(2) 显效：咳嗽、咳痰、喘息等症状明显好转，肺部干、湿性啰音显著减少，血常规复查提示基本正常，胸部 DR 正位片复查提示斑片状阴影基本消失；(3) 有效：咳嗽、咳痰、喘息等症状有所好转，肺部干、湿性啰音减少，血常规复查提示好转，胸部 DR 正位片复查提示斑片状阴影部分吸收好转；(4) 无效：咳嗽、咳痰、喘息等症状无改善或加重，肺部干、湿性啰音无改善或加重，血常规复查提示无改善或加重，胸部 DR 正位片复查提示斑片状阴影无改善或加重。

1.7 统计学方法 数据采用 SPSS 17.0 统计学软件进行处理，计数资料采用例(百分率)表示，行  $\chi^2$  检验； $P < 0.05$  示差异有统计学意义。

## 2 结果

经统计学处理，治疗组总有效率为 90.5%，对照组为 71.4%，2组比较，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 治疗组与对照组疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	21	5	12	2	2	90.5
对照组	21	2	9	4	6	71.4

## 3 讨论

慢性阻塞性肺疾病，即慢阻肺，以不完全可逆的气流受限为特点。目前，公认吸烟为慢阻肺的重要发病因素，吸烟时间越长，吸烟量越大，患病率也越高。慢阻肺气流受限常呈进行性加重，并伴有对有害气体或有害颗粒导致的肺部异常炎症反应。不完全可逆的气流受限主

要依靠肺功能检查确定；吸入支气管扩张剂后，第一秒用力呼气容积/用力肺活量 ( $FEV_1/FVC$ )  $< 0.70$  则表明存在不完全可逆的气流受限，慢性阻塞性肺疾病与慢性支气管炎和肺气肿有密切关系，慢性咳嗽、咳痰常先于气流受限许多年存在，但不是所有的慢性咳嗽、咳痰患者都会发展为慢阻肺，当此类患者进行肺功能检查时出现不完全可逆的气流受限，则可诊断为慢性阻塞性肺疾病。临床上将本病分为稳定期和急性加重期；急性加重期在治疗上主要是以抗感染、氧疗、应用支气管扩张药物及祛痰剂等对症治疗，严重的患者可采用机械通气治疗<sup>[6]</sup>。

中医将慢性阻塞性肺疾病归属为肺胀病，常因痰多潴留、肺虚久病、外感风邪导致病情加重。《内经》谓“虚满而喘咳。”《金匱要略》云：“肺胀者，咳而上气，肺胀者，则人喘，目如脱物。”<sup>[7]</sup>本病的病位在肺，涉及到脾肾两脏，一般是由于肺虚造成痰浊潴留，脾为生痰之源，肺为贮痰之器，脾虚则会引起脾胃升降功能失常，造成了水液的运转失常，因此聚湿成痰，影响了肺的宣发肃降，进而出现咳嗽、咳痰、喘息等症状<sup>[8]</sup>。我院在常规西医的治疗基础上联合使用加味二陈汤进行治疗，方中半夏为君药，具有燥湿化痰之功；陈皮为臣药，具有燥湿理气之功；茯苓健脾利湿；黄芪补气健脾；桔梗开宣肺气；枳壳行气宽中；白芥子温肺化痰利气，一升一降使肺脏宣发肃降功能得以恢复；炙甘草调和诸药。全方具有燥湿化痰，理气健脾之功。现代药理学研究表明半夏、茯苓、甘草可以使支气管平滑肌舒张，具有止咳化痰功效，陈皮能够刺激呼吸道腺体分泌增加，稀释痰液<sup>[9]</sup>。

该临床研究提示，在常规西医治疗基础上应用加味二陈汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者(痰浊壅肺型)临床疗效满意，能有效控制临床症状，减少复发率，缩短住院时间，安全性好，值得推广。

#### 参考文献

- [1] 陈湘君. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2013:65-71.
- [2] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2013:21-27.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-256.
- [4] 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,2002:129.
- [5] 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,1994:22-23.
- [6] 李新巧. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期的中医治疗临床观察[J]. 光明中医,2014,29(3):544-545.
- [7] 邓青峰,曾蕊珠. 三子养亲汤合二陈汤加味治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2017,33(12):1366-1367.
- [8] 翁凤钗,王振伟,汤杰. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期的中医治疗进展[J]. 临床肺科杂志,2011,16(12):1923-1925.
- [9] 张跃. 二陈汤加味对慢性阻塞性肺疾病的治疗作用[J]. 中国基层医药,2012,19(18):2813-2814.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邓蓉燕 收稿日期:2018-08-29)

# 穴位注射胎盘多肽 对中晚期非小细胞肺癌化疗患者的临床观察

邓维<sup>1</sup> 杨柳柳<sup>2</sup> 张伟<sup>2</sup>

(1 广州市越秀区北京街社区服务中心中医科, 广东 广州 510030;

2 广州中医药大学第一附属医院呼吸科, 广东 广州 510405)

**摘要:**目的 观察足三里穴位注射胎盘多肽注射液对中晚期非小细胞肺癌(NSCLC)化疗患者免疫功能及骨髓抑制的疗效。方法 将符合纳入标准的80例中晚期NSCLC患者随机分为治疗组( $n=40$ )和对照组( $n=40$ )。对照组给予常规化疗方案治疗,治疗组在常规化疗方案基础上,联合使用足三里穴位注射胎盘多肽注射液,21d为1个治疗周期,连续治疗2个周期。治疗后比较2组患者的免疫指标、骨髓抑制、近期疗效和生存质量。结果 治疗组 $CD^{3+}$ 、 $CD^{3+}CD^{4+}$ 比例及 $CD^{4+}/CD^{8+}$ 比值明显高于对照组( $P<0.05$ ), $CD^{3+}/CD^{8+}$ 比例明显低于对照组( $P<0.05$ );治疗组白细胞(WBC)、中性粒细胞(NEU)、血红蛋白(HGB)、血小板(PLT)减少程度均明显小于对照组( $P<0.05$ );治疗组肿瘤大小近期有效率和控制率与对照组相比,无统计学差异( $P>0.05$ );治疗组卡氏(KPS)评分总稳定率明显高于对照组( $P<0.05$ )。结论 中晚期非小细胞肺癌患者在化疗期间,联合使用足三里穴位注射胎盘多肽注射液,能较好地保护机体免疫功能,减轻化疗引起的骨髓抑制及改善患者的生存质量。

**关键词:**非小细胞肺癌;免疫功能;骨髓抑制;胎盘多肽注射液;足三里穴;咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.029

文章编号:1672-2779(2019)-04-0069-04

## Clinical Observation on Acupoint Injection of Placenta Polypeptide on Chemotherapy in Patients with Advanced Non-small Cell Lung Cancer

DENG Wei<sup>1</sup>, YANG Liuliu<sup>2</sup>, ZHANG Wei<sup>2</sup>

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Community Service Centre of Beijing Street in Yuexiu District,  
Guangdong Province, Guangzhou 510030, China;

2. Respiratory Department, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine,  
Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

**Abstract: Objective** To observe the efficacy of immune function and myelosuppression of the patients with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) in chemotherapy by placenta polypeptide injection in the Zusanli (ST36). **Methods** 80 patients with advanced NSCLC who met the inclusion criteria were randomly divided into treatment group ( $n=40$ ) and control group ( $n=40$ ). The control group was given conventional chemotherapy treatment, and the treatment group applied injection of Zusanli (ST36) with placenta polypeptide injection on the basis of conventional chemotherapy. There are 21 days for a treatment cycle. The observation includes 2 treatment cycles. After treatment, immune index, bone marrow suppression, the recent curative effect and quality of life was compared. **Results** The proportion of  $CD^{3+}$ ,  $CD^{3+}CD^{4+}$  and the ratio of  $CD^{4+}/CD^{8+}$  in the treatment group was significantly higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ), and the proportion of  $CD^{3+}/CD^{8+}$  in the treatment group was significantly lower than the control ( $P < 0.05$ ). The reduction of white blood cells (WBC), neutrophils (NEU), hemoglobin (HGB), and blood platelet (PLT) in the treatment group was significantly smaller than that of the control group. The short-term efficiency and control rate of tumor size in the treatment group were not statistically different from those in the control group ( $P>0.05$ ). The index of stability of karnofsky performance status (KPS) of the treatment group was obviously higher than the control group. **Conclusion** During chemotherapy of the patients with advanced non-small cell lung cancer, the combination of Zusanli (ST36) placental polypeptide injection can better protect the immune function of the body, reduce the inhibition of bone marrow caused by chemotherapy and improve the quality of life of the patients.

**Keywords:** non-small cell lung cancer; immunity; myelosuppression; placental polypeptide injection; Zusanli (ST36); cough and dyspnea

肺癌的发病率和死亡率居恶性肿瘤之首,是临床上最常见的恶性肿瘤<sup>[1]</sup>。非小细胞肺癌(NSCLC)占肺癌总数的75%~80%,是肺癌中最常见的病理类型<sup>[2]</sup>。因其发病早期隐匿性,临床表现缺乏特异性,导致70%~80%患者在确诊时已发展至中晚期<sup>[3]</sup>。对于中晚期NSCLC患者,因失去最佳的手术治疗时间,化疗仍是目前最主要的治疗手段之一<sup>[4]</sup>。但化疗药物在起治疗作用的同时,会产生严重的骨髓抑制,使患者对化疗的耐受性降低,严重者甚至导致化疗中断,同时会降低机体的免疫功能,影响患者预后及转归<sup>[5-6]</sup>。胎盘多肽是一种小

分子多肽,源自健康产妇的胎盘,具有多种活性功能,能增强机体免疫功能和改善骨髓造血功能<sup>[7-8]</sup>,与化疗药物联合,广泛运用于口腔癌、鼻咽癌、食管癌、肝癌、胃癌、宫颈癌、卵巢癌等多种恶性肿瘤,具有一定的辅助治疗作用。笔者采用足三里穴位注射胎盘多肽联合化疗治疗中晚期NSCLC,观察其对免疫功能和骨髓抑制的治疗作用,临床疗效理想,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年3月—2018年3月在广州中医药大学第一附属医院呼吸科诊治的80例中晚期

表1 2组患者一般临床资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)	肿瘤类型			肿瘤分期			PS评分		
					腺癌	鳞癌	其他	IIIA	IIIB	IV	0	1	2
治疗组	40	23	17	66.12±5.36	28	9	3	6	4	30	4	25	11
对照组	40	25	15	66.54±5.87	29	9	2	6	6	28	5	26	9
<i>t</i> / <i>χ</i> <sup>2</sup> 值			0.208	0.334		0.218			0.469			0.331	
<i>P</i> 值			0.648	0.739		0.897			0.791			0.848	

NSCLC患者,按随机数字表法分为治疗组( $n=40$ )和对照组( $n=40$ )。2组患者一般临床资料比较,无统计学差异( $P>0.05$ ),具有可比性。见表1。

**1.2 纳入标准** (1) 所有患者均经病理学或细胞学明确诊断为NSCLC,且病理分期属于TNM分期的III~IV期;(2) 预计生存期 $\geq 3$ 个月,KPS评分 $\geq 60$ 分,PS评分 $\leq 2$ 分;(3) 无手术适应症或不愿意行手术治疗者;(4) 愿意接受本次研究的治疗方案并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** (1) 不符合纳入标准;(2) 对胎盘多肽注射液过敏;(3) 穴注局部组织皮肤有瘢痕、溃疡、硬结、肿物等不适合局部穴注;(4) 合并有多脏器功能障碍不能耐受化疗,或有严重精神疾病不能配合化疗。

**1.4 治疗方法** 对照组采用常规化疗方案治疗,治疗组在常规化疗基础上联合使用胎盘多肽注射液,2组患者在治疗过程中均给予对症支持治疗,包括抗感染、止痛、止呕、保护肝肾功能、营养支持等。

**1.4.1 常规化疗方案制定** 参考《NCCN 2015年临床实践指南:非小细胞肺癌》<sup>[4]</sup>制定常规化疗方案。(1) 对PS评分为2分的患者,采用单药化疗方案,选用长春瑞滨、吉西他滨、培美曲塞或紫杉烷类;(2) 对PS评分 $< 2$ 分患者,采用双药组合化疗方案,以卡铂为主的组合化疗方案包括:卡铂+紫杉醇、卡铂+培美曲塞、卡铂+多西他赛、卡铂+吉西他滨;非铂为主的组合化疗方案包括:吉西他滨+多西他赛、吉西他滨+长春瑞滨。化疗方案及药物用量根据患者具体情况制定,21d为1个治疗周期,共治疗2个周期。

**1.4.2 胎盘多肽给药方法** 在化疗第1d即开始给予胎盘多肽注射液(贵州泰邦生物制品有限公司,国药准字H20046260,4mL/支)双侧足三里交替穴位注射,每次4mL,1次/d,连续治疗14d,停药7d,21d为1个治疗周期,共治疗2个周期。

### 1.5 观察指标及疗效评定方法

**1.5.1 免疫功能** 分别于治疗前、治疗后进行免疫指标检测以观察患者免疫功能变化情况,以“T淋巴细胞亚群水平”为指标,进行免疫功能疗效评定。

**1.5.2 骨髓抑制** 分别于治疗前、治疗后进行血液常规检查以观察患者骨髓抑制变化情况,参照WHO颁布的《抗癌药物急性与亚急性毒副反应的表现及分度标准》<sup>[9]</sup>,以“血液细胞”为指标,进行骨髓抑制程度评定,主要

分为0~IV度。

**1.5.3 近期疗效** 分别于治疗前、治疗后进行胸部CT检查以观察患者瘤体大小变化情况,参照实体瘤疗效评价标准(RECIST1.1)<sup>[10]</sup>,以“瘤体大小”为指标,进行近期疗效评定:完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)和进展(PD),有效率(ORR)=CR+PR,控制率(DCR)=CR+PR+SD。

**1.5.4 生存质量** 分别于治疗前、治疗后进行KPS评分测定以观察患者生存质量变化情况,参照Karnofsky评分标准<sup>[11]</sup>,以“KPS评分”为指标,进行生存质量评定:凡治疗后比治疗前评分增加 $\geq 10$ 分为提高,变化 $< 10$ 分为稳定,减少 $\geq 10$ 分为降低。生存质量总稳定率=(提高+稳定)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 19.0统计软件进行分析。计量资料首先进行正态性检验,对于正态分布数据,方差齐者选用*t*检验,方差不齐者选用*t*检验;对于非正态分布数据,选用秩和检验。计数资料的比较选用 $\chi^2$ 检验,等级资料的比较选用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 免疫功能** 治疗前,2组患者CD<sup>3+</sup>、CD<sup>3+</sup>CD<sup>4+</sup>、CD<sup>3+</sup>CD<sup>8+</sup>、CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>水平比较,差异均不具有统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,治疗组CD<sup>3+</sup>、CD<sup>3+</sup>CD<sup>4+</sup>、CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>水平高于对照组,CD<sup>3+</sup>CD<sup>8+</sup>水平低于对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患者治疗前后T淋巴细胞亚群变化情况比较

( $\bar{x}\pm s, \%$ )

组别	例数	CD <sup>3+</sup>		CD <sup>3+</sup> CD <sup>4+</sup>	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	62.32±8.57	61.27±9.11	35.55±8.54	34.12±8.89
对照组	40	61.16±9.21	56.43±9.23	34.73±7.61	29.37±8.44
<i>t</i> 值		0.422	2.390	0.453	2.451
<i>P</i> 值		0.674	0.021	0.652	0.017
组别	例数	CD <sup>3+</sup> CD <sup>8+</sup>		CD <sup>4+</sup> /CD <sup>8+</sup>	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	25.28±7.53	24.46±8.65	1.35±0.48	1.39±0.43
对照组	40	24.78±8.52	28.73±8.78	1.37±0.52	1.13±0.46
<i>t</i> 值		0.278	2.244	0.179	2.612
<i>P</i> 值		0.782	0.028	0.857	0.011

表3 2组患者治疗前后骨髓抑制情况比较

(例)

组别	例数	WBC					NEU				
		下降0度	下降I度	下降II度	下降III度	下降IV度	下降0度	下降I度	下降II度	下降III度	下降IV度
治疗组	40	23	12	4	1	0	20	13	5	2	0
对照组	40	13	15	6	4	2	12	14	7	5	2
Z值		-2.525					-2.183				
P值		0.012					0.029				

组别	例数	HGB					PLT				
		下降0度	下降I度	下降II度	下降III度	下降IV度	下降0度	下降I度	下降II度	下降III度	下降IV度
治疗组	40	28	10	2	0	0	32	6	2	1	0
对照组	40	21	15	3	1	0	23	10	5	2	0
Z值		-1.982					-1.995				
P值		0.048					0.046				

2.2 骨髓抑制 治疗组 WBC、NEU、HGB、PLT 减少程度明显轻于对照组，差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表3。

2.3 近期疗效 治疗后，2组患者均无 CR 病例；治疗组 PR 13 例，SD 20 例，PD 7 例，DCR 32.5%，ORR 82.5%；对照组 PR 9 例，SD 22 例，PD 9 例，DCR 22.5%，ORR 77.5%。治疗组 ORR 和 DCR 与对照组相比，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表4。

表4 2组患者近期疗效比较 [例(%)]

组别	例数	CR	PR	SD	PD	有效率	控制率
治疗组	40	0(0.0)	13(32.5)	20(50.0)	7(17.5)	13(32.5)	33(82.5)
对照组	40	0(0.0)	9(22.5)	22(55.0)	9(22.5)	9(22.5)	31(77.5)
$\chi^2$ 值						1.003	0.313
P值						0.317	0.576

2.4 生存质量 治疗后，治疗组 KPS 评分提高有 29 例，稳定有 9 例，总稳定率为 95.0%(38/40)；对照组 KPS 评分提高有 21 例，稳定有 11 例，总稳定率为 80.0%(32/40)，治疗组的总有效率与对照组相比，差异具有统计学意义 ( $\chi^2=4.114$ ,  $P=0.043<0.05$ )。见表5。

表5 2组KPS评分变化情况 [例(%)]

组别	例数	提高	稳定	降低	总稳定率
治疗组	40	29(72.5)	9(22.5)	2(5.0)	38(95.0)
对照组	40	21(52.5)	11(27.5)	8(20.0)	32(80.0)
$\chi^2$ 值		4.114			
P值		0.043			

### 3 讨论

对于中晚期非小细胞肺癌患者，因失去了最佳的手术治疗时间，化疗仍是目前能使患者临床获益的主要治疗手段，尤其是对于体能状态评分较佳 (PS评分 $\leq 2$ 分) 的患者，合理的化疗方案能延长其生存期<sup>[4]</sup>。化疗药物通过杀伤肿瘤细胞，减轻肿瘤负荷达到改善临床症状、

提高生活质量、延长生存期，但化疗药物也同时会产生严重的骨髓抑制，是导致患者化疗耐受性降低，甚至化疗中断的重要原因<sup>[6]</sup>。此外，化疗药物还会导致机体免疫功能降低，是导致肿瘤临床治疗效果不佳、肿瘤转移、复发和预后差的重要因素<sup>[5]</sup>。因此，寻求相关辅助治疗手段以增强机体免疫力、减轻化疗骨髓抑制，对化疗的顺利完成、临床症状的改善、生存质量的提高、生存期的延长具有极其重要的意义。

胎盘多肽是一种小分子多肽，源自健康产妇的胎盘，具有多种活性功能。胎盘，中药名为紫河车，兼具“补虚扶正”和“养血填精”之功，《本草拾遗》：“主血气羸瘦”。现代研究发现，胎盘多肽可以提高机体免疫应答能力，改善机体免疫自稳功能和免疫监视功能，激活 T 淋巴细胞，诱导 NK 细胞、B 淋巴细胞的增殖与分化<sup>[7]</sup>，能有效地改善化疗药物对机体造成的免疫功能损害，增强机体免疫功能<sup>[12]</sup>。同时胎盘多肽还可以促进骨髓造血细胞增殖分化，提高骨髓造血细胞生存能力和生物活性，减少骨髓造血细胞的凋亡<sup>[8]</sup>，能有效地改善化疗药物对机体造成的骨髓抑制，增强骨髓造血功能<sup>[13]</sup>。因此，对于恶性肿瘤需要进行化疗的患者，无论在提高机体免疫功能方面，还是在改善骨髓抑制方面，胎盘多肽注射液均具有重要的临床应用价值。

足三里，兼具“扶正培元”和“养后天气血”之功，《针灸大成》记载“足三里能强壮补益，养血益气”。现代研究发现，刺激足三里穴可以提高免疫球蛋白含量，调节 T 淋巴细胞亚群数量，促进免疫调节因子生成，增强 NK 细胞功能活性<sup>[14]</sup>，能有效地改善化疗药物对机体造成的免疫功能损害，增强机体免疫功能<sup>[15]</sup>。同时足三里还可以促进骨髓造血细胞的分裂与增殖，刺激造血细胞的成熟与释放<sup>[16]</sup>，有效地改善化疗药物对机体造成的骨髓抑制，增强骨髓造血功能<sup>[17]</sup>。因此，对于恶性肿瘤需要进行化疗的患者，无论在提高机体免疫功能方面，还是在改善骨髓抑制方面，足三里穴均具有重要的临床

应用价值。

穴位注射疗法是在中医理论和经络学说指导下,根据患者所患疾病,选择合适的药物和特定的穴位,将小剂量药物注入穴位,施以相应的针刺手法,达到防治疾病目的的一种治疗方法。穴位注射疗法与传统针刺疗法及现代药物治疗有着不同的作用特点与规律,其将“穴位”“针刺”“药物”的治疗作用进行有机结合,使整体疗效高于单一疗效<sup>[18]</sup>,尤其当药物的治疗作用与穴位的主治作用相一致时,可以使药物药理作用呈几何数量级增加,在短时间内产生强烈的“药穴”疗效,兼具“高效性”与“速效性”<sup>[19]</sup>,具有用药量小、起效迅速、有效率高、不良反应少等治疗优势。

本研究在常规化疗方案基础上,加用足三里穴位注射胎盘多肽注射液,旨在观察其对中晚期非小细胞肺癌化疗患者免疫功能和骨髓抑制的临床疗效,结果显示:治疗后治疗组 CD<sup>3+</sup>、CD<sup>3+</sup>CD<sup>4+</sup> 比例及 CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup> 比值明显高于对照组 ( $P<0.05$ ),提示在化疗期间联合使用足三里穴位注射胎盘多肽具有保护机体免疫功能的作用。治疗组 WBC、NEU、HGB、PLT 减少程度明显轻于对照组 ( $P<0.05$ ),提示在化疗期间联合使用足三里穴位注射胎盘多肽具有减轻化疗引起的骨髓抑制作用。2组患者的瘤体大小疗效评价相当 ( $P>0.05$ ),但治疗组的 KPS 评分明显高于对照组 ( $P<0.05$ ),提示在化疗期间联合使用足三里穴位注射胎盘多肽注射液虽不能明显提高化疗患者的近期疗效,但能明显改善化疗患者的生存质量。

综上所述,在中晚期非小细胞肺癌患者化疗过程中,联合使用足三里穴位注射胎盘多肽注射液能保护机体的免疫功能,减轻化疗药物引起的骨髓抑制及改善化疗患者生存质量,具备一定辅助治疗价值,在恶性肿瘤的综合治疗模式中具有良好的应用前景。

#### 参考文献

- [1] Parkin D M, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002[J]. CA Cancer J Clin, 2005, 55(2):74-108.
- [2] 冯青. TP 方案和 NP 方案治疗晚期非小细胞肺癌[J]. 中国实用医药, 2010(25):47-48.
- [3] 张桂芳, 慕竹青, 吕素兰. 国产吉西他滨联合顺铂治疗 45 例老年中晚期非小细胞肺癌[J]. 中国民康医学, 2007(7):289.
- [4] Ettinger D S, Wood D E, Akerley W, et al. Non-Small Cell Lung Cancer, Version 6.2015[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2015, 13(5):515-524.
- [5] 陈丽, 焦顺昌. 化疗对肿瘤免疫功能影响的研究进展[J]. 临床肿瘤学杂志, 2011(9):853-856.
- [6] 范奎, 代良敏, 伍振峰, 等. 放化疗所致骨髓抑制的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2017(1):210-214.
- [7] 吴兴茂, 汪海源, 杨振宇, 等. 胎盘多肽对重症呼吸机相关性肺炎老年患者免疫功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2013(10):2240-2242.
- [8] 王清, 丁倩, 黄竹芸. 胎盘多肽对 MDS 患者骨髓病态造血的影响[J]. 西部医学, 2015(6):908-910.
- [9] 孙燕. 抗肿瘤药物的近期和远期不良反应[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003.

- [10] Eisenhauer E A, Therasse P, Bogaerts J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1)[J]. Eur J Cancer, 2009, 45(2):228-247.
- [11] 孙燕, 周际昌. 临床肿瘤内科手册[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2003.
- [12] 张峰. 宫颈癌应用同步放化疗联合胎盘多肽对机体免疫功能及临床疗效的影响分析[J]. 实用癌症杂志, 2018(1):150-152.
- [13] 马东阳, 崔庆丽, 胡彦辉. 胎盘多肽用于非小细胞肺癌高龄化疗患者的临床观察[J]. 中国药房, 2016(14):1937-1939.
- [14] 施茵, 吴焕淦. 足三里穴在免疫功能调节中的应用[J]. 现代中医药, 2003(3):3-6.
- [15] 徐生贵, 孙俊山. 足三里穴位注射黄芪注射液对胃癌化疗患者免疫功能的效果影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016(7):189-191.
- [16] 阎杜海, 赵喜新. 针灸对环磷酰胺小鼠骨髓粒-单祖细胞集落形成单位的影响[J]. 中国针灸, 1998(5):39-40.
- [17] 刘龙彪, 徐景毅, 乐进, 等. 艾炷灸足三里治疗化疗后骨髓抑制的临床观察[J]. 吉林中医药, 2004(2):33-34.
- [18] 赵兴梅, 陈华德. 穴位注射的临床应用及其作用机理[J]. 光明中医, 2014(10):2242-2244.
- [19] 刘祖舜, 周爱玲, 丁斐, 等. 腧穴对药物(化学性刺激)的反应性[J]. 上海针灸杂志, 1996(5):34-36.

(本文编辑:李海燕 本文校对:董洪珍 收稿日期:2018-09-28)

## 蒺藜

### 蒺藜药材(饮片)鉴别要点

蒺藜由 5 个分果瓣组成, 呈放射状排列, 直径 7~12 mm。常裂为单一的分果瓣, 分果瓣呈斧状, 长约 6 mm, 背部黄绿色, 隆起, 有纵棱和多数小硬刺, 并有对称的长刺和短刺各一对, 两侧面粗糙, 有网纹, 灰白色, 质坚硬。气微, 味苦、辛。

### 中药一字之差辨异同

刺蒺藜与沙苑蒺藜, 药名相近而易混, 共有别名:“白蒺藜”。然, 刺蒺藜性平, 味辛, 独入肝经, 长于平肝疏风, 同时又疏风而明目之要药以治上; 沙苑蒺藜性温, 味甘, 主入肝、肾二经, 长于补肾而固精, 为补肝肾明目之要药而治下。

刺蒺藜辛散苦泄为主, 善破癥结, 下乳, 治难产, 祛风止痒; 沙苑蒺藜性收, 善止遗精溺与妇女白带等。

### 蒺藜不同炮制药物的临床功用

**生刺蒺藜:** 刺蒺藜生用平肝疏风, 用于治疗头痛、眩晕。

**清炒蒺藜:** 清炒蒺藜长于活血祛风, 用于目赤肿痛。

**盐水炒蒺藜:** 盐水炒蒺藜, 既可平肝解郁, 又可补肝肾益肾而明目, 用于肝阳上亢之高血压病, 头目眩晕等。

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

# 麻醉术后患者用温胃饮配合针灸对胃肠功能的影响观察

章宏斌

(江西省婺源县人民医院 ICU,江西 婺源 333200)

**摘要:**目的 研究观察麻醉术后患者用温胃饮配合针灸对胃肠功能的影响。方法 选取 60 例在 2017 年 5 月—2018 年 5 月入我院进行腹部手术的患者作为本次的研究对象,将所有纳入研究的患者随机分为 2 组,每组 30 例手术患者。对照组手术患者在术后未给予特殊护理,试验组手术患者在术后进行温胃饮配合针灸治疗,比较 2 组患者的胃功能。结果 试验组患者采用硬膜外麻醉、静脉全麻和蛛网膜下腔麻醉的排便时间和肠鸣音恢复时间均比对照组患者采用 3 种麻醉方式的排便和肠鸣音恢复时间短,2 组数据比较有差异,具有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论 对腹部手术的患者在术后采用温胃饮联合针灸的治疗方法可以有效改善患者的胃肠功能,缩短排便时间和肠鸣音恢复时间,促进胃肠功能的恢复。

**关键词:**麻醉;温胃饮;针灸;胃肠功能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.030

文章编号:1672-2779(2019)-04-0073-02

## Observation on the Effect of Wenwei Drink Combined with Acupuncture and Moxibustion on Gastrointestinal Function after Anesthesia

ZHANG Hongbin

(ICU, Wuyuan People's Hospital, Jiangxi Province, Wuyuan 333200, China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of Wenwei drink combined with acupuncture on gastrointestinal function after anaesthesia. **Methods** 60 patients admitted to our hospital from May 2017 to May 2018 for abdominal surgery were selected as the subjects of this study. All the patients were randomly divided into two groups, and each group had 30 surgical patients. Patients in the control group were not given special nursing after operation, while patients in the experimental group were treated with Wenwei drink and acupuncture after operation. The gastric function of the two groups was compared. **Results** The defecation time and the recovery time of bowel sounds, general intravenous anesthesia and subarachnoid anesthesia in the experimental group were shorter than those in the control group under epidural anesthesia. There were significant differences between the two groups  $P < 0.05$ . **Conclusion** Wenwei drink combined with acupuncture can effectively improve gastrointestinal function, shorten defecation time and recovery time of bowel sounds, and promote the recovery of gastrointestinal function.

**Keywords:** anesthesia; Wenwei drink; acupuncture and moxibustion; gastric function

腹部进行手术的患者由于腹部受到创伤,胃肠功能减退,是腹部手术后常见的不良反应。术后如果未给予患者良好的干预措施,术后容易出现肠粘连、肠梗阻等并发症,影响患者的生活质量,威胁患者的生命健康<sup>[1]</sup>。在本次研究中,选取我院在 2017 年 5 月—2018 年 5 月入我院普外科胃肠组 60 例进行腹部手术治疗的作为本次研究对象,分 2 组进行不同的术后护理和治疗,腹部手术患者在温胃饮联合针灸治疗措施下对其胃功能有明显的改善功能,能够减少术后并发症的发生率,临床质量高。现具体研究结果如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 60 例腹部手术的患者作为本次的研究对象,在我院治疗的时间在 2017 年 5 月—2018 年 5 月,将所有纳入研究的患者随机分为 2 组,对照组和试验组。各 30 例。其中对照组男 17 例,女 13 例;年龄 17~69 岁,平均 48.48 岁;平均体质量是 (68.13±2.14) kg;阑尾炎切除术的患者有 8 例,胆道手术 10 例,胃癌根治术 4 例,胃十二指肠溃疡切除术

4 例,胃穿孔修补术 4 例,硬膜外麻醉的手术 14 例,静脉全麻 12 例,蛛网膜下腔麻醉 4 例。试验组男 18 例,女 12 例,年龄 21~72 岁,平均 46.43 岁;平均体质量是 (66.67±1.76) kg;阑尾炎切除术 14 例,胆道手术 5 例,胃癌根治术 4 例,胃十二指肠溃疡切除术 3 例,胃穿孔修补术 4 例,硬膜外麻醉 12 例,静脉全麻 13 例,蛛网膜下腔麻醉 5 例。对比对照组和试验组腹部手术患者的性别、年龄、疾病类型等临床基本资料比较差异无统计学意义, $P > 0.05$ ,可以进行比较。

**1.2 纳入标准** (1) 患者均进行腹部手术,且术前无肠粘连等并发症;(2) 纳入研究患者的临床资料完整,且自愿签署书面知情同意书,获得本院伦理委员会的批准和认可。

**1.3 排除标准** (1) 妊娠或者哺乳期的女性患者;(2) 患有精神障碍的疾病或者有精神疾病史的患者<sup>[2]</sup>。

**1.4 治疗方法** 对照组腹部手术患者在术后未实施特殊的护理措施,实施常规的禁食、补液和卧床休息等常规的治疗和护理措施,排便通气后可以进食。

试验组腹部手术患者在术后实施温胃饮联合针灸的治疗措施,温胃饮的组成成分是生大黄 20 g,丹参 20 g,枳实 15 g,干姜 10 g 和熟附片 10 g,将其放置在 300 mL 水中煎服,温度在 30 ℃~37 ℃ 时可以饮用,术后 2 h 后服用温胃饮,每隔 4 h 服用 1 次,低压保留灌肠给予清肠汤,其主要中药成分是生大黄 50 g,芒硝 30 g 和巴豆霜 2 g,将其放置在 500 mL 水中煎服至 250 mL 时混合,冲入芒硝溶化,温度降低至 30~40 ℃ 时进行灌肠,灌肠 1 L 后,保持平卧位,0.5 h 后随大便排出,4 h 后可以重复使用。选择双侧足三里和支沟进行针灸治疗,上腹部手术的患者加关元,下腹部手术的患者加中脘。足三里使用 125 mm 的针穿刺,刺入 6.6 cm,支沟使用 50 mm 的针进行穿刺,刺入深度为 3.3 cm,关元和中脘使用 40 mm 的针进行穿刺,刺入深度也为 3.3 cm<sup>[3]</sup>。

**1.5 观察指标** 比较 2 组腹部手术患者的硬膜外麻醉、静脉全麻和蛛网膜下腔麻醉三种麻醉方式的术后排便时间和肠鸣音恢复时间。

**1.6 统计学方法** 所有临床观察数据均进行准确核对和录入,采用 SPSS 17.0 for windows 软件进行统计学处理。硬膜外麻醉、静脉全麻和蛛网膜下腔麻醉的排便时间和肠鸣音恢复时间均为计量资料,使用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较使用 *t* 检验。当 2 组数据对比存在  $P < 0.05$  时,为 2 组腹部手术患者的临床观察指标差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 排便时间** 试验组患者采用硬膜外麻醉、静脉全麻和蛛网膜下腔麻醉的排便时间分别为 (16.58±2.45) h、(5.38±2.19) h 和 (11.27±1.45) h,比对照组患者采用三种不同麻醉方式进行手术的术后排便时间短,2 组数据比较有差异,具有统计学意义, $P < 0.05$ ,见表 1。

表 1 2 组腹部手术患者不同麻醉方式排便时间的比较  
( $\bar{x}\pm s, h$ )

组别	例数	硬膜外麻醉 排便时间	静脉全麻 排便时间	蛛网膜下腔 麻醉排便时间
对照组	30	63.48±3.47	23.42±3.16	53.20±2.37
试验组	30	16.58±2.45	5.38±2.19	11.27±1.45
<i>t</i> 值		60.474 8	25.700 1	82.659 7
<i>P</i> 值		0.000 0	0.000 0	0.000 0

**2.2 肠音恢复** 试验组患者采用硬膜外麻醉、静脉全麻和蛛网膜下腔麻醉的肠鸣音恢复时间分别为 (26.58±2.23) h、(11.38±2.16) h 和 (9.27±1.45) h,比对照组患者采用三种不同麻醉方式的肠鸣音恢复时间短,2 组数据比较有差异,具有统计学意义, $P < 0.05$ ,见表 2。

表 2 2 组腹部手术患者不同麻醉方式肠鸣音恢复时间的比较  
( $\bar{x}\pm s, h$ )

组别	例数	硬膜外麻醉 肠鸣音恢复时间	静脉全麻 肠鸣音恢复时间	蛛网膜下腔麻醉 肠鸣音恢复时间
对照组	30	53.48±3.36	33.42±3.28	43.20±2.22
试验组	30	26.58±2.23	11.38±2.16	9.27±1.45
<i>t</i> 值		36.535 9	30.737 9	70.087 3
<i>P</i> 值		0.000 0	0.000 0	0.000 0

## 3 讨论

腹部手术患者术后的交感神经和副交感神经受到抑制,胃肠功能障碍,胃肠蠕动减弱或者消失,影响患者的生活质量。如果患者未得到及时的治疗,将出现多种并发症,威胁患者的生命安全。胃肠功能障碍患者的主要临床表现是腹部柔软以及身体乏力等,治疗的主要措施是针灸联合温胃饮治疗,温胃饮的主要成分中附子、干姜和巴豆霜具有补火助阳、泻积通便以及回阳逆救的作用,干姜能够促进胃部血液循环,促进胃液分泌,具有暖胃止呕的疗效,临床药效好。但是巴豆霜具有毒性作用,因此,对体弱、孕妇以及习惯性流产的腹部手术患者要禁止服用巴豆霜。针灸的穴位中穴足三里和关元穴有健脾和胃的功能,支沟穴和中脘具有消积化滞和清泻三焦的作用<sup>[45]</sup>。

在本次研究中,选取我院 60 例进行腹部手术的患者作为本次的研究对象,在我院接受手术治疗的时间在 2017 年 5 月—2018 年 5 月,对照组患者在腹部手术后只实施常规的禁食、补液等术后护理,未进行特殊的临床治疗,试验组患者在术后采用温胃饮联合针灸的治疗措施,结果表明试验组患者不同麻醉方法的腹部手术患者实施治疗后的排便时间和肠鸣音恢复时间均短于对照组的患者,2 组数据比较差异明显,具有统计学意义。

综上所述,温胃饮联合针灸的治疗措施在腹部不同麻醉方式的手术患者中应用可以有效改善患者的胃肠功能,促进胃肠蠕动,具有较高的临床疗效,药物安全可靠,值得在临床中推广应用。

## 参考文献

- [1] 许秀东. 温针灸在胃癌术后胃肠功能恢复中的作用观察[J]. 中国医疗器械信息, 2016, 22(10): 96-97.
- [2] 黎鉴秋, 梁家源, 何柏辉, 等. 几丁糖联合针灸预防腹部术后粘连性肠梗阻的研究[J]. 中国医药科学, 2018, 8(7): 63-65.
- [3] 马碧茹, 唐波炎, 姚耿圳, 等. 针灸防治胃肠道术后胃肠功能恢复临床观察[J]. 新中医, 2013, 45(7): 131-133.
- [4] 黎家楼, 余白桦, 梁景星. 温胃饮加味联合蒙脱石散、美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(19): 2108-2110.
- [5] 刘跃平, 王志敏, 柳茂森, 等. 黄芩汤加减联合培菲康胶囊对溃疡性结肠炎的干预效果及对免疫功能的影响[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(6): 1552-1554.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张国兴 收稿日期:2018-09-28)

# 柴胡疏肝散治疗高血压合并焦虑状态临床观察

章立芬

(高安市祥符卫生院中医内科,江西 高安 330800)

**摘要:**目的 分析柴胡疏肝散加减对高血压合并焦虑状态的治疗效果。方法 择取50例高血压合并焦虑状态患者,收治时间从2015年12月—2017年12月,将上述患者分为2组,各25例。给予对照组患者口服苯磺酸氨氯地平片及氟哌噻吨美利曲辛片,研究组患者在上述基础上增加口服柴胡疏肝散加减方,观察2组患者的临床治疗效果、血压治疗后的变化情况、HAMA总分治疗前后的变化情况。结果 研究组患者当中,20例患者为显效,占80%,4例患者为有效,占16%,无效患者为1例,占4%;对照组患者当中,15例患者为显效,占60%,2例患者为有效,占8%,无效患者为8例,占32%。研究组患者的收缩压是(136.8±12.8)mmHg,舒张压是(80.6±4.9)mmHg;对照组患者的收缩压是(143.9±10.3)mmHg,舒张压是(90.4±5.3)mmHg;治疗前研究组患者的HAMA总分是(23.3±2.8)分,治疗后的HAMA总分是(10.6±0.9)分,治疗前对照组患者的HAMA总分是(23.9±2.3)分,治疗后的HAMA总分是(19.4±2.3)分。结论 柴胡疏肝散加减对高血压合并焦虑状态患者的临床治疗效果较好,能显著稳定患者的血压,同时缓解患者的焦虑状态,值得临床上的广泛推广。

**关键词:**柴胡疏肝散;高血压;焦虑;眩晕;郁证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.031

文章编号:1672-2779(2019)-04-0075-02

## Clinical Observation on Chaihu Shugan Powder in the Treatment of Hypertension with Anxiety

ZHANG Lifen

(Department of TCM Internal Medicine, Xiangfu Health Center, Jiangxi Province, Gaoan 330800, China)

**Abstract:** **Objective** To analyze the therapeutic effect of Chaihu Shugan powder on hypertension and anxiety. **Methods** Fifty patients with hypertension and anxiety were divided into two groups, with 25 patients in each group from December 2015 to December 2017. Patients in the control group were given amlodipine besylate tablets and droperidol-methotrexate tablets orally. Patients in the study group were given Chaihu Shugan powder on the basis of the above. The clinical effects, blood pressure changes and HAMA scores of the two groups were observed before and after treatment. **Results** Among the study group, 20 cases were markedly effective, accounting for 80%, 4 cases were effective, accounting for 16%, 1 case was ineffective, accounting for 4%. In the control group, 15 cases were markedly effective, accounting for 60%, 2 cases were effective, accounting for 8%, 8 cases were ineffective, accounting for 32%. In the study group, the systolic and diastolic blood pressure was (136.8±12.8) mmHg and (80.6±4.9) mmHg. The systolic and diastolic blood pressures of the control group were (143.9±10.3) mmHg and (90.4±5.3) mmHg respectively. The total score of HAMA was (23.3±2.8) in study group before treatment, (10.6±0.9) in HAMA after treatment, (23.9±2.3) in control group, and (19.4±2.3) in HAMA after treatment. **Conclusion** The modified Chaihu Shugan powder has a better therapeutic effect on hypertension patients with anxiety, can significantly stabilize the blood pressure of patients, while alleviating the anxiety of patients, it is worthy of clinical promotion.

**Keywords:** Chaihu Shugan powder; hypertension; anxiety; vertigo; melancholia

高血压疾病为导致患者病发心肾功能的衰竭、脑卒中、冠心病的危险因素<sup>[1]</sup>。患者经过长期的治疗,在上述过程中也许会受到一些不良刺激,进而引起患者出现一些精神性的症状,其中常见的症状就是焦虑,高血压与焦虑的关系相当密切,并且相互的影响,这给临床上的治疗工作增加较大的难度<sup>[2,3]</sup>。目前为止,西医治疗上对于高血压合并焦虑状态的患者大多使用降压药物和抗焦虑抑郁药物的联合应用,但在上述治疗的过程中,患者会出现较多的不良反应,进而影响了整体的治疗效果<sup>[4]</sup>。本文主要分析柴胡疏肝散加减对高血压合并焦虑状态的治疗效果,现作如下报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 择取50例高血压合并焦虑状态的患者,收治时间从2015年12月—2017年12月,将上述患者分为2组,各25例。研究组中年龄30~70岁,平均年龄50.1岁;体质量60~80 kg,平均体质量(71.0±2.4) kg,病程1~10年,平均病程(4.8±1.3)年。对照组年龄29~

71岁,平均49.8岁;体质量60~80 kg,平均体质量(70.4±1.3) kg;病程6~13年,平均病程(4.9±1.2)年。2组患者经比较无明显差异。本研究通过伦理委员会批准,入组患者知情同意。

**1.2 治疗方法** 对照组患者进行苯磺酸氨氯地平片(批准文号:国药准字H20020390,购自苏州东瑞制药有限公司)口服治疗,每天口服1次,每次口服5 mg,同时口服药物氟哌噻吨美利曲辛片(批准文号:国药准字H20153014,购自四川海思科制药有限公司),每天口服2次,每次0.5 mg。研究组患者在上述基础上增加柴胡疏肝散加减方治疗,方剂组成是:炙甘草6 g,郁金10 g,川芎10 g,香附10 g,枳壳10 g,白芍10 g,柴胡12 g。若患者痰湿明显,则加竹茹10 g,茯苓10 g,法半夏10 g,陈皮10 g;若患者气郁化火,则加黄芩10 g,栀子10 g;若患者腹胀嗳气,则增加山楂10 g,莱菔子10 g;若患者忧郁伤神,则加远志10 g、茯神10 g。水煎服,每日1剂,分别在早饭前及晚饭后服用。

1.3 观察指标 观察2组患者的临床治疗效果、血压治疗后的变化情况、HAMA 总分治疗前后的变化情况。

1.4 疗效判定 患者的舒张压在治疗后的下降程度高于 10 mm Hg, 或降至正常或是下降的程度高于 20 mm Hg 的为显效; 患者经治疗, 其舒张压的下降程度低于 10 mm Hg, 但已经降到正常或下降的幅度在 1~10 mm Hg, 收缩压的下降程度在 30 mm Hg 左右的为有效; 未达到上述两项标准的为无效。

1.5 统计学方法 将 2 组患者的临床治疗效果、血压治疗后的变化情况、HAMA 总分使用 SPSS 22.0 统计学软件。其中 HAMA 总分及血压变化为计量资料, 应采用  $t$  检验, 而疗效为计数资料, 应进行卡方检验。如果组间  $P < 0.05$ , 说明差异有统计学。

## 2 结果

2.1 2组患者的临床疗效对比 研究组总有效率是 96%, 显著较对照组高, 差异有统计学 ( $P < 0.05$ )。

表1 2组患者的临床治疗效果 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
研究组	25	20	4	1	96
对照组	25	15	2	8	68
$\chi^2$ 值					22.2478
$P$ 值					0.0006

2.2 2组患者血压治疗后的变化情况 研究组患者的收缩压及舒张压均显著较对照组低, 差异有统计学 ( $P < 0.05$ )。

表2 2组患者血压治疗后的变化情况 ( $\bar{x} \pm s$ , mm Hg)

组别	例数	收缩压	舒张压
研究组	25	136.8±12.8	80.6±4.9
对照组	25	143.9±10.3	90.4±5.3
$t$ 值		2.160 7	6.788 6
$P$ 值		0.035 7	0.000 0

2.3 2组患者 HAMA 总分治疗前后的变化情况 治疗 HAMA 总分无显著差异 ( $P > 0.05$ ); 治疗后研究组 HAMA 总分显著较对照组低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表3 2组患者 HAMA 总分治疗前后的变化情况 ( $\bar{x} \pm s$ , mm Hg)

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	25	23.3±2.8	10.6±0.9
对照组	25	23.9±2.3	19.4±2.3
$t$ 值		0.827 9	17.815 1
$P$ 值		0.411 8	0.000 0

## 3 讨论

现如今, 高血压的发病人群正在逐年的上升, 因为高血压疾病是诱发心血管类疾病的主要因素, 所以, 对于高血压的控制和治疗是刻不容缓的。目前, 高血压疾

病的发病机制还没有完全清晰, 研究学者发现, 该种疾病可能与基因遗传、环境及生活方式有关。随着高血压病程的延长, 患者在治疗期间极易发生心理问题, 而患者心理问题常常也会影响其日常血压的水平, 严重者还会影响患者高血压的控制结果, 这给临床上医生的治疗增加了难度<sup>[5]</sup>。传统的治疗方法主要是通过口服降压药来达到治疗目的, 但该方法治疗的周期较长, 与此同时还会衍生出一系列的不良反应, 使患者依从性变差, 苦不堪言, 进一步影响患者心理状态。随着医疗技术不断的发展, 中医学研究对于高血压伴焦虑状态的发病机制及治疗方法研究也在日益深入。

本研究表明, ①研究组总有效率是 96%, 显著较对照组高, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); ②研究组患者的收缩压及舒张压均显著较对照组低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); ③治疗 HAMA 总分无显著差异意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后研究组 HAMA 总分显著较对照组低, 差异有统计学 ( $P < 0.05$ )。说明在降压药物的基础上增加使用的柴胡疏肝散, 可以显著提高患者的临床效果, 缓解患者的焦虑状态。

现代药理学的研究发现<sup>[6]</sup>: 柴胡疏肝散中的柴胡有一定的安定和镇静的功效, 该药物可以通过兴奋下丘脑及海马多巴胺, 进而影响了中枢神经递质的代谢, 进而发挥抗焦虑及抗抑郁的功效。此外, 相关动物试验的结果也发现<sup>[7]</sup>: 柴胡疏肝散可以通过多种途径、多种系统来改善肝郁证大鼠模型的易激惹状态, 进而缓解患者的焦虑程度, 稳定好患者情绪。所以, 柴胡疏肝散是从调理肝脏的方面入手, 对降压和缓解焦虑状态发挥重要作用。

总之, 柴胡疏肝散加减对高血压合并焦虑状态患者的临床治疗效果较好, 能显著稳定患者的血压, 同时缓解患者的焦虑状态, 值得临床上的广泛推广。

## 参考文献

- [1] 何逸, 孔婉文, 刘培建. 原发性高血压并抑郁症改良中医临床路径的临床观察[J]. 江西医药, 2017, 52(6):493-496.
- [2] 黄伟明. 苯磺酸氨氯地平联合柴胡加龙骨牡蛎汤或氟哌噻吨美利曲辛治疗原发性高血压病伴焦虑的效果比较[J]. 中国当代医药, 2017, 24(14):122-124.
- [3] 张林, 钟艳, 全淑林, 等. 柴胡疏肝散加味治疗脑卒中后焦虑障碍的临床疗效及其对心率变异性的影响[J]. 中国全科医学, 2018(9):1104-1108.
- [4] 马元元, 李朝璇. 中西医结合治疗高血压病伴焦虑症状 23 例临床观察[J]. 山西中医学院学报, 2015, 16(3):67-68.
- [5] 张向东, 程旺强, 王永刚, 等. 大柴胡汤加味治疗高血压病合并焦虑的疗效观察[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(11):2181-2186.
- [6] 王红霞. 加减柴胡疏肝散联合西药治疗抑郁症的疗效[J]. 光明中医, 2017, 32(1):107-108.
- [7] 张新平, 刘金鹏, 刘军. 柴胡疏肝散治疗焦虑症随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(11):26-28.

(本文编辑:李海燕 本文校对:聂益成 收稿日期:2018-09-25)

# 葛根汤治疗上呼吸道感染外寒内热证的临床观察

潘磊

[湘雅萍矿合作医院(萍矿总医院)药剂科中药房,江西 萍乡 337000]

**摘要:**目的 探讨上呼吸道感染外寒内热证患者采用葛根汤加减治疗的临床效果及安全性。方法 选取2016年9月—2018年4月在我院就诊的92例上呼吸道感染外寒内热证患者,根据随机数表法分为对照组和观察组,每组46例。对照组采用复方盐酸伪麻黄碱缓释胶囊治疗,观察组予葛根汤加减治疗,对比2组体温变化、降温时间、外周T淋巴细胞亚群水平及安全性。结果 观察组治疗后体温明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组解热时间及痊愈时间均短于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组治疗后 $CD^{4+}$ 、 $CD^{3+}$ 及 $CD^{4+}/CD^{8+}$ 均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗期间2组均未出现明显不良反应。结论 葛根汤加减治疗可有效降低上呼吸道感染外寒内热证患者体温,增强机体免疫功能,缩短降温时间,且安全性高。

**关键词:**上呼吸道感染;外寒内热证;葛根汤;安全性;外感;热病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.032

文章编号:1672-2779(2019)-04-0077-03

## Clinical Observation on Gegen Decoction in the Treatment of Upper Respiratory Tract Infection with External Cold Internal Heat Syndrome

PAN Lei

(Pharmacy Department, Xiangya Pingxiang Mine Cooperative Hospital (Jiangxi General Hospital), Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect and safety of modified Gegen decoction in the treatment of upper respiratory tract infection with external cold and internal heat syndrome. **Methods** 92 cases of upper respiratory tract infection with external cold and internal heat syndrome were selected from September 2016 to April 2018. They were divided into control group and observation group according to random number table, and each group had 46 cases. The control group was treated with compound pseudoephedrine hydrochloride sustained-release capsule, and the observation group was treated with Gegen decoction. The changes of body temperature, cooling time, peripheral T lymphocyte subsets and safety of the two groups were compared. **Results** After treatment, the body temperature of the observation group was significantly lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). The antipyretic time and recovery time of the observation group were shorter than that of the control group ( $P<0.05$ ), and the  $CD^{4+}$ ,  $CD^{3+}$  and  $CD^{4+}/CD^{8+}$  of the observation group were higher than that of the control group ( $P<0.05$ ). No obvious adverse reactions occurred in the two groups during treatment. **Conclusion** Modified Gegen decoction can effectively reduce the body temperature of patients with upper respiratory tract infection of external cold and internal heat syndrome, enhance immune function, shorten the cooling time, and has high safety.

**Keywords:** upper respiratory tract infection; external cold internal heat syndrome; Gegen decoction; safety; exogenous disease; calentura

上呼吸道感染是一种常见的感染性疾病,病毒为主要致病菌,易引发全身症状及咽炎、鼻炎、扁桃体炎等局部症状,影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。西医治疗中以抗病毒及退热等对症治疗为主,虽有一定的效果,但无法缩短病程,且价格较贵。在中医学中,上呼吸道感染属于“外感热病”范畴,且经研究发现中药有抑制病毒复制、调节免疫功能、抗炎、镇痛、解热等综合效果,有助于患者康复<sup>[2]</sup>。葛根汤属于中医辛温解表汤剂,有辛温解表散寒、清透内热的作用。基于此,本研究对我院92例上呼吸道感染外寒内热证患者展开研究,进一步探讨上呼吸道感染外寒内热证患者采用葛根汤加减治疗的疗效。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取研究对象为2016年9月—2018年4月在我院接受治疗的92例上呼吸道感染外寒内热证患者,参照随机数表法分为对照组和观察组,各46例。对照组中男20例,女26例;年龄20~60岁,平均33.39岁;病程4~40h,平均(18.83±7.02)h。观察组中男22例,女24例;年龄21~60岁,平均33.42岁;病程4~42h,平均(18.85±7.06)h。2组病程、年龄、

性别对比差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可对比性。我院伦理委员会已审核本研究方案,且入选者及家属均已知并自愿签署知情同意书。

**1.2 诊断标准** 西医标准参照《内科疾病诊断标准》<sup>[3]</sup>中上呼吸道感染标准:有受凉、体弱、呼吸道慢性炎症、过累等病史。主要有以下几种类型:①普通感冒:春秋冬季多见,多为病毒感染。起病急,具有鼻塞、咽部肝阳、喷嚏、咳嗽等局部症状,全身症状较强。检查可见鼻黏膜水肿、充血,分泌物较多,咽部有轻度充血症状。②急性呼吸道疾病:多见春冬季,多由病毒引起。有发热、声嘶、轻度干咳、咽痛,体温39℃,全身酸痛。检查可见咽部充血,渗出灰白色点状物,颌下淋巴结肿大,咽喉壁淋巴滤泡增生。③疱疹性咽喉炎:夏季可见,病毒引起,表现为发热、咽痛。检查可见咽充血,有灰白的丘疹及浅表溃疡出现在咽部及扁桃体表面。④细菌性咽扁腺炎:细菌引起,起病急,明显咽痛、发热,体温 $\geq 39$ ℃,呕吐、腹泻、全身不适等。检查可见有明显咽部充血,扁桃腺充血、肿大,有黄白色点状渗出物在表面,颌淋巴结肿大、压痛。中医辨证标准:外寒内热证

参照《中医内科学》<sup>[4]</sup>。主症：恶寒，发热，周身酸痛、酸困。次症：无汗，鼻塞身重，头痛，喷嚏，流清涕，口干，便秘，尿黄，咳嗽痰白质稀量少。舌脉：舌苔薄白，脉浮紧。符合舌脉，具备主症和 2~3 项次症即可确诊。

1.3 纳入标准 符合上述中西医诊断标准；体温  $\geq 37.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ ；病程  $\leq 48\text{ h}$ 。

1.4 排除标准 过敏体质或对多种药物过敏；并发精神疾病；心、肝、肾功能和造血系统严重原发病；已接受其他药物治疗。

1.5 治疗方法 对照组采用复方盐酸伪麻黄碱缓释胶囊（中美天津史克制药有限公司，国药准字 H20010430）治疗，口服复方盐酸伪麻黄碱缓释胶囊 1 粒/次，2 次/d。观察组采用葛根汤加减治疗，组方为生石膏 30 g，葛根 15 g，杏仁、桂枝、连翘、生甘草、生麻黄、柴胡各 10 g，白芍 8 g，桔梗 6 g。温水煎煮，取汁液 200 mL，分早晚 2 次服用。2 组均治疗 3 d，并随访至体温正常。

1.6 评价指标 (1) 体温变化：记录 2 组治疗前及治疗 3 d 是体温情况；(2) 降温时间：记录 2 组起效时间（服药至体温下降  $0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$  所需时间）、解热时间（服药至温度降至  $37\text{ }^{\circ}\text{C}$  所需时间）及痊愈时间（服药至体温恢复正常时间）；(3) 外周 T 淋巴细胞亚群水平：分别于治疗前及治疗 3 d 时采集患者外周静脉血 3 mL，采用流式细胞仪测定 T 细胞亚群 ( $\text{CD}^{4+}$ 、 $\text{CD}^{8+}$ 、 $\text{CD}^{3+}$ ) 水平，并计算  $\text{CD}^{4+}/\text{CD}^{8+}$ ；(4) 安全性：统计治疗 3 d 内 2 组不良反应发生情况及治疗后常规检查结果。

1.7 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 24.0 处理数据，( $\bar{x}\pm s$ )描述计量资料，组内用配对样本  $t$  检验，组间用独立样本  $t$  检验；以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 体温变化 与对照组对比，观察组治疗后体温较低，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组治疗前后体温变化对比 ( $\bar{x}\pm s, ^{\circ}\text{C}$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
对照组	46	37.92±0.57	37.01±0.53	7.930	0.000
观察组	46	37.89±0.54	36.65±0.49	11.534	0.000
$t$ 值		0.259	3.383		
$P$ 值		0.796	0.001		

2.2 降温时间 与对照组对比，观察组解热时间及痊愈时间均较短，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组降温时间对比 ( $\bar{x}\pm s, \text{h}$ )

组别	例数	起效时间	解热时间	痊愈时间
对照组	46	13.02±4.21	27.26±9.26	49.63±4.42
观察组	46	11.72±4.11	17.69±9.91	33.32±7.82
$t$ 值		1.499	4.786	12.315
$P$ 值		0.138	0.000	0.000

2.3 外周 T 淋巴细胞亚群水平 2 组治疗前  $\text{CD}^{8+}$ 、 $\text{CD}^{4+}$ 、 $\text{CD}^{3+}$  及  $\text{CD}^{4+}/\text{CD}^{8+}$  比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；

与对照组对比，观察组治疗后  $\text{CD}^{4+}$ 、 $\text{CD}^{3+}$  及  $\text{CD}^{4+}/\text{CD}^{8+}$  均较高，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组治疗前后外周 T 淋巴细胞亚群水平对比 ( $\bar{x}\pm s, \%$ )

组别	例数	$\text{CD}^{4+}$		$\text{CD}^{8+}$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	20.09±4.51	38.43±4.52*	24.31±3.28	24.62±3.18
观察组	46	20.03±4.54	44.68±5.04*	24.41±3.16	24.81±3.29
$t$ 值		0.064	6.261	0.149	0.282
$P$ 值		0.949	0.000	0.882	0.779

组别	例数	$\text{CD}^{3+}$		$\text{CD}^{4+}/\text{CD}^{8+}$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	44.69±4.28	65.31±5.15*	0.85±0.21	1.57±0.46*
观察组	46	45.02±4.06	73.29±5.28*	0.83±0.26	1.82±0.56*
$t$ 值		0.379	7.338	0.406	2.340
$P$ 值		0.705	0.000	0.686	0.022

注：与同组治疗前对比，\* $P < 0.05$

2.4 安全性 2 组治疗期间均未出现明显不良反应，且心电图、肝肾功能等常规检查均处于正常范围。

## 3 讨论

上呼吸道感染在中医中归属于“外感热病”范畴，以往认为外感风寒或风热是其发生的主要原因。但由于自然环境恶化、社会压力增加及生活方式转变，造成人的中医体质标准下滑，导致人们普遍存在郁热内蕴证候。而在此基础上若感受外寒，寒邪外束，阳气不伸，邪正相争则出现高热伴有恶寒严重、关节疼痛等，加之郁热内伏，而外寒束闭，将促使郁热加重，欲透而不达，郁热上扰，出现咳嗽、咽痛等症状，故中医治疗中以解表散寒为主，辅以清透内热<sup>[5]</sup>。

上呼吸道感染多发生冬春季，特别是时行感冒，易爆发流行，传染迅速，急骤起病，易产生较为严重的症状，甚至引起患者死亡。抗菌药物是西医治疗上呼吸道感染的常用药物，多用于治疗细菌感染，但大部分呼吸道细菌感染在病毒感染后发生，故在使用抗菌药物时应谨慎，防止发生机体菌群失调，促进病毒繁殖，加重病情发展<sup>[6]</sup>。本研究中，观察组治疗后体温明显低于对照组，解热时间及痊愈时间较短，且未出现明显不良反应，证实葛根汤加减治疗可有效提高降温效果，缩短体温恢复正常时间，安全性较好。葛根汤加减治疗由葛根汤、小柴胡汤、麻杏石甘汤复合调整而成，方中葛根性凉，味甘、性，归胃经、脾经，有解肌清热，与麻黄合用可行外散表寒，内清郁热之效。桂枝性温，味辛、甘，归肺经、心经、膀胱经，有解肌发表，温经散寒之效，可增加麻黄发汗解表之效，使邪气去而营卫和。生石膏有清内热生津之效；柴胡轻清升散，疏邪透表，舒畅气机，助郁热外散；杏仁性微温，味苦，归大肠经、肺经，有降利肺气之效，与麻黄合用可促进宣肺之效增强；连翘性微寒，味苦，归小肠经、心经、肺经，善行清热解暑、消肿散结之功；桔梗宣肺祛痰；（下转第 81 页）

## 中国穴位埋线疗法系列讲座(93)

# 技术规范是埋线针刀疗法的有效保障<sup>※</sup>

鲁作晶<sup>1</sup> 杨才德<sup>2\*</sup>

(1 甘肃中医药大学针灸推拿学院,甘肃 兰州 730050;  
2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科,甘肃 兰州 730020)

**摘要:** 穴位埋线疗法是针灸疗法留针理念的延伸和发展,该疗法刺激穴位,激发人体机能效应良好,我国埋线专家杨才德副主任医师在穴位埋线与针刀疗法基础上发明了新型埋线工具——埋线针刀,埋线针刀及其技术综合了穴位埋线长效针刺作用与针刀松解作用,是中西医结合的微创介入疗法。《埋线针刀技术规范》的发布为我们在临床当中很好的利用这项技术治疗疾病提供了更加规范、安全、有效的保障。本文就这一论点进行初步的探索与论述,以利我们在临床当中更规范的操作治疗,在安全的基础上取得更为理想的疗效。

**关键词:** 埋线;针刀;技术操作;规范化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.033

文章编号:1672-2779(2019)-04-0079-03

### Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (93)

#### Technical Operation Standard as an Effective Guarantee for Embedding Needle Knife Therapy

LU Zuojing<sup>1</sup>, YANG Caide<sup>2\*</sup>

(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)

**Abstract:** Acupoint catgut embedding therapy is the extension and development of the concept of retaining needles in acupuncture and moxibustion therapy. It stimulates acupoints and stimulates human body's function well. On the basis of acupoint catgut embedding and needle-knife therapy, associate chief physician Yang Caide, deputy director of catgut embedding expert in China, invented a new catgut embedding tool-needle-knife, which integrates The long acting acupuncture effect of the location line and the release of acupotomy is a minimally invasive and mediating therapy combining traditional Chinese and Western medicine. The promulgation of "Technical Operational Code of Embedded Needle Knife" provides a more standardized, safe and effective guarantee for us to make good use of this technology in clinical treatment of diseases. This article makes a preliminary exploration and discussion on this point, in order to facilitate more standardized operation and treatment in clinical practice, and achieve more ideal curative effect on the basis of safety.

**Keywords:** embedding thread; acupotomy; technical operation; standardization

(上接第3期)

穴位埋线疗法是针灸疗法留针理念的延伸和发展,该疗法刺激穴位,激发人体机能效应良好,我国埋线专家杨才德副主任医师在穴位埋线与针刀疗法基础上发明了新型埋线工具——埋线针刀,埋线针刀及其技术综合了穴位埋线长效针刺作用与针刀松解作用,是中西医结合的微创介入疗法,属于中医外治法的范畴,目前在我国各地临床应用广泛。

埋线针刀疗法具有穴位埋线、针刀松解、穴位注射

的作用,解决了线体排异反应和可吸收外科缝线线软的难题,降低了神经、血管等特殊部位的操作风险,融合了即刻松解与长效针刺的治疗方法,显著提高了临床疗效,扩大了临床应用范围<sup>[1]</sup>。

《埋线针刀技术规范》的发布为我们在临床当中很好的利用这项技术治疗疾病提供了更加规范、安全、有效的保障。本文就这一论点进行初步的探索与论述,以利我们在临床当中更规范的操作治疗,在安全的基础上取得更为理想的疗效。

#### 1 埋线针刀疗法的理论基础

埋线针刀疗法的松解作用是将中医基础理论和人体解剖知识相结合,配合其独特的闭合性手术理论、慢性软组织损伤动态平衡失调理论等指导临床实践,结合西

※ 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

医外科手术疗法和传统针刺手法,以治疗患者疾病的一种新型疗法。埋线针刀疗法自发明至今经过师父杨才德教授团队研究探索和全国数万名基层医生的临床实践,目前已经形成了较为完善的理论和临床治疗体系,其临床应用范围逐渐扩大,由开始仅限于慢性软组织损伤性疾病扩大到内、外、妇、儿、五官等多科疾病。对很多疾病的发病机制有着全新的理解。

埋线针刀疗法中穴位埋线是传统中医针灸学留针理念的延伸和发展,它是融合多种疗法(针刺、埋针、组织疗法等)、多种效应(刺血、机体组织损伤的后作用、留针、组织效应等)于一体的复合性的治疗方法。该法是以线代针,将可被人体吸收的一种蛋白肠线植入相应的穴位,通过线体对穴位产生持续有效的刺激作用(线在体内15d自然被溶解吸收),来达到治疗疾病的目的<sup>[2]</sup>。

## 2 埋线针刀疗法操作规范的基本要求

**2.1 操作步骤与要求** 埋线针刀操作步骤和要求参考《埋线针刀技术操作规范(试行本)》<sup>[3]</sup>。

### 2.1.1 施术前准备

**2.1.1.1 工具选择** 应根据病情需要和操作部位选择不同型号的埋线针刀和可吸收性外科缝线。所选刀具应光滑、无锈蚀,力刃应锐利、无卷刃,刀柄应牢固、无松动;可吸收性外科缝线应符合YY1116的要求。

**2.1.1.2 治疗点选择** 应根据患者病情选取适当的阳性点,即病变组织解剖结构的体表投影点。这些点都以“杨五针”的方式形成了杨氏埋线针刀疗法特色套餐。

**2.1.1.3 体位选择** 应选择患者感觉舒适、医者便于操作的体位。

**2.1.1.4 环境要求** 应注意环境清洁卫生,避免污染。工作人员应穿无菌手术衣,戴一次性口罩和手术帽。

**2.1.1.5 消毒** 包括器械消毒应达到国家规定的医疗用品卫生标准以及消毒与灭菌标准。施术部位消毒一般用0.5%的碘伏在施术部位由中心向外环形消毒。也可采用2%碘酒擦拭,再用75%乙醇脱碘的方法。然后铺无菌洞巾,治疗点应该在洞巾中间。还有术者消毒,一般双手应用肥皂水清洗、流水冲净,再用75%乙醇或0.5%碘伏擦拭,然后戴无菌手套。

## 2.2 施术方法

**2.2.1 麻醉** 在定点处旁开一定距离处选择进针点,局部皮肤消毒后施行局部麻醉。

**2.2.2 持针** 术者左手拇指再次定点并按压固定皮肤,右手拇指、食指持穿有可吸收性外科缝线的埋线针刀,右手中指及无名指指端支于操作点旁,将埋线针刀的开孔斜面及外露线体朝左手拇指,刃口线与身体纵轴平行,使刃口线与重要血管、神经及肌腱走行方向平行,针体与皮面切线位垂直。

**2.2.3 进针** 快速刺入皮肤,缓慢推进到达治疗效果深度。

**2.2.4 留线** 将埋线针刀旋转360°稍退针身。

**2.2.5 切摆** 切开浅,深筋膜及由该处经过的肌组织,呈线状切开2~4刀,然后选择性地行纵横切摆手法,以针下有松动感为度。

**2.2.6 穴位注射** 将抽好药物或气体的注射器去除针头,接至埋线针刀针尾,回抽无血液,注入药液或气体。

**2.2.7 退针** 缓慢退出埋线针刀,用无菌干棉球(签)按压针孔止血。

**2.2.8 术后** 宜用无菌辅料包扎,保护创口3~5日。患者以卧床休息30min,防止施术部位出血。密切关注患者生命体征,出现异常变化时,应及时对症处理。

## 3 埋线针刀疗法的适应证和疗程

(1)应根据疾病的特点,病人的病情选择适当的治疗方法;(2)治疗间隔及疗程根据病情及所选部位对线的吸收程度而定,间隔时间可为2个星期至1个月;3次或者6次为一个疗程;(3)注意事项:①埋线针刀治疗前,患者应签署知情同意书。②线在使用前可使用适当的药液、生理盐水浸泡一定时间,应保证溶液的安全无毒和清洁无菌。③操作过程应保持无菌操作,埋线针刀操作后创面应保持干燥、清洁,防止感染;(4)注意断针的预防和处理;(5)若发生晕针应立即停止治疗,按照晕针处理;(6)埋线针刀操作后,拟留置体内的可吸收性外科缝线线头不应露出体外,如果暴露体外,应给予相应处理;(7)埋线针刀操作后应进行定期随访,及时处理术后反应;(8)有出血倾向的患者慎用埋线针刀疗法。

## 4 技术规范是埋线针刀疗法的有效保障

埋线针刀疗法具有穴位埋线、针刀松解、穴位注射的多重作用,解决了线体排异反应和外科缝线吸收缓慢等埋线技术的关键问题,融合了即刻松解与长效针刺的叠加效应,如何在临床上使这些效应转变为实实在在疗效,这就需要我们严格按照《埋线针刀技术操作规范》的要求,明确诊断后,正确的选择相应的埋线针刀特色套餐。精准定点、埋线、松解操作。也只有这样,才能最大程度的避免风险,显著提高了临床疗效。

埋线针刀技术规范能在临床取得疗效的有效保障。是对疾病发病机制的全面、准确的掌握是应用埋线针刀技术规范的重要前提,即明确诊断。这里特别的需要掌握相关的解剖学知识。掌握疾病为什么发生,能够明确导出发生之后可能出现的症状,也就是导致症状出现的原因,这个原因不一定就是形成疾病的病因,也有可能是疾病在发展过程中的一个或多个病理因素。例如:疼痛—骨刺—肌肉的关系。明确诊断后,就是选择合适的杨氏3+套餐。套餐选择好了,也就明确了需要操作的治疗阳性点。这个时候,就需要我们严格按照《埋线针刀技术操作规范》的具体要求,一步一步完成,

首先是定点的准确性。这个需要二位平面的定点，其实更需要三维的定向，最好能够精确到受损伤的组织。松解的准确性：埋线针刀疗法的即时效果主要来自“针刀”的松解作用和空心针的“缓解张力”作用。在准确定点，定向基础之上的准确的松解操作是整个治疗的最核心部分。这个按照操作部位的不同，依要求行相对应的“切”、“摆”等精细操作。医者的手下感觉，患者施术部位均有“针到病所”的感觉。医者的感觉需要一定时间的操作体验积累，需慢慢体会，才能精准的做到有效的松解操作。按照规范要求，埋线包括两个方面：一个是西医方面的。把线体埋在治疗点（面）上，不论这个治疗点是不是穴位，是不是在某条经络上。只要允许埋线的地方，都可以埋线，笔者认为主要是线体埋入后由于刺激作用，可以使局部组织发生类炎症反应<sup>[4]</sup>，进而启动人体的自我修复机制，从而使失调的功能得到恢复，减轻或消失症状。线体吸收过程会减缓切开粘连阻滞的二次粘连<sup>[5]</sup>。中医方面的，即埋到具体的穴位上。引入除局部埋线之外的全身辨证埋线。

埋线针刀技术操作规范是在临床操作中医疗安全的有效保障。操作规范明确了如何能取得疗效的问题，同样也规定了规避医疗风险的问题。操作前对患者整体身体情况要有一个简单的评估，是否耐受，是否有不宜进行埋线针刀操作的疾病等。这些在注意事项当中均有明确的表述，需要我们脚踏实地的落实。另外，在行治疗操作时，进针、推进、深度、旋转、埋线等动作均有明确的技术要求。只有完全的做到了，才能避开施术部位

的神经、血管及其他组织和健康的组织。使治疗过程中的损伤最小化。术后的注意事项也是保证安全保障的重要方面，这些都需要与患者有效的说明沟通，避免由于这些信息的不对称造成的医疗不安全因素。

总之，操作规范是埋线针刀疗法在实际临床的详细的操作说明，详细到操作中的每一个动作。形成标准操作步骤和要求，用于指导和规范日常的操作治疗，便于基层医生快速熟悉操作流程和操作方法。操作规范的精髓将具体操作内容中的细节进行量化，用标准的形式表现出来，不会产生歧义和理解上的偏差。针对工作内容中的某关键控制点进行细化和量化。

埋线针刀疗法作为一种新型的临床治疗手段，经过实践，临床效果逐步受到患者和医生的认可，其技术操作的规范性和严谨性也越来越受到注重，严格的操作也将会是埋线针刀疗法会不会取的有效疗效的重要保障。

#### 参考文献

- [1] 杨才德,高敬辉,刘文韬.埋线针刀治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2018:8-9.
- [2] 杨才德,维成林,等.穴位埋线疗法[M].北京:中国中医药出版社,2015:156-158.
- [3] 甘肃省针灸协会标准.埋线针刀技术操作规范(试行本)[M].北京:中国中医药出版社,2018:3-7.
- [4] 杨才德,包金莲,李玉琴.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(5):63-64.
- [5] 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[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(23):102-04.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李强强 收稿日期:2018-12-14)

(未完待续)

(上接第78页)甘草燥湿化痰，顾护胃气，调和诸药。全方药物配合使用共奏辛温解表散寒、清透内热之效<sup>[7]</sup>。现代药理学中，麻黄具有解热和不同程度的抗病原微生物的效果，可抑制流感病毒；杏仁有止咳平喘、抗炎的作用；柴胡具有抗炎、抗菌、镇咳、解热及抗惊厥的效果；桔梗具有抗炎、镇静、降体温的作用<sup>[8]</sup>。因此，葛根汤加减治疗可有效提高降温效果，且安全性较好。

免疫功能低下是上呼吸道感染发生的主要因素，且长时间反复发生上呼吸道感染，将促使周围淋巴细胞凋亡，降低T淋巴细胞亚群水平，造成免疫功能失调，促使患者免疫功能进一步降低，形成恶性循环，造成病情发作、迁延难愈。葛根、麻黄、桂枝等药物中有葛根总丙酮、麻黄碱等化学成分，可对机体的内分泌代谢进行调节，有效改善抗微生物及机体细胞功能；甘草中多种皂苷可促进机体细胞免疫功能提高，扩长毛细血管。因此，葛根汤加减治疗可有效促进机体免疫细胞的成熟与增殖，改善血清免疫蛋白水平和T淋巴水平，进而发挥增强机体免疫力的效果，减少疾病复发。

综上所述，上呼吸道感染外寒内热证患者采用葛根汤加减治疗具有较好的降温效果，可有效缩短温度下降时间，增强机体免疫功能，安全性高。

#### 参考文献

- [1] 吴卓耘,周晓俊,王东华,等.金莲花软胶囊治疗急性上呼吸道感染外感风热证的疗效观察[J].现代药物与临床,2018,33(3):532-536.
- [2] 王华,孟盼,陈鸣凤,等.双黄片对急性上呼吸道感染患者炎症因子及免疫功能的影响[J].湖南中医药大学学报,2018,38(5):570-573.
- [3] 贝政平.内科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,2001:380-382.
- [4] 王永炎,鲁兆麟.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:126-145.
- [5] 陈婕,余衍亮.中医临床路径治疗急性上呼吸道感染628例临床观察[J].中医杂志,2017,58(22):1934-1938.
- [6] 凌恩,陈小梅,尹光丽,等.温针结合葛根汤加减治疗落枕临床观察[J].中国中医急症,2017,26(4):687-689.
- [7] 王群羊.电针联合桂枝加葛根汤加减治疗风寒阻络型颈型颈椎病临床研究[J].国际中医中药杂志,2016,38(8):717-720.
- [8] 徐桂琴,李哈,李雪苓.清热解毒法在急性上呼吸道感染中的应用分析[J].中国中医急症,2017,26(8):1416-1417,1422.

(本文编辑:李海燕 本文校对:韩玉 收稿日期:2018-09-21)

下关为主三穴治疗三叉神经痛的临床研究<sup>※</sup>白伟<sup>1</sup> 张宁<sup>2</sup> 徐立光<sup>1\*</sup>

(1 长春中医药大学附属医院针灸科,吉林 长春 130012;2 天津市武清区人民医院康复科,天津 301700)

**摘要:**目的 对下关为主三穴治疗三叉神经痛的疗效进行研究和判定。方法 我院将2018年1月—2018年7月收治的48例三叉神经痛患者进行随机分组为治疗组与对照组。治疗组予以针刺下关、合谷、足三里穴治疗,对照组对三叉神经痛患者采用传统针刺方法进行治疗,并观察2组三叉神经痛患者的治疗总有效率。结果 治疗组三叉神经痛患者的总有效率优于对照组, $P < 0.05$ 。结论 针刺下关、合谷、足三里穴对治疗三叉神经痛效果更为显著,值得在临床上推广。

**关键词:**下关;三穴;三叉神经;疼痛;针灸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.034

文章编号:1672-2779(2019)-04-0082-03

## Clinical Study on Xiaguan (ST7) as the Main Point in the Treatment of Trigeminal Neuralgia

BAI Wei<sup>1</sup>, ZHANG Ning<sup>2</sup>, XU Liguang<sup>1</sup>

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130012, China;

2. Department of Rehabilitation, Wuqing District People's Hospital, Tianjin 301700, China)

**Abstract: Objective** To study and determine the curative effect of Xiaguan (ST7) as the main three points in the treatment of trigeminal neuralgia. **Methods** From January 2018 to July 2018, 48 patients with trigeminal neuralgia were randomly grouped into treatment group and control group. The treatment group was treated with acupuncture Xiaguan (ST7), Hegu (LI4) and Zusanli (ST36). The control group adopted the method of traditional acupuncture treatment. The total effective rate of the treatment of patients with trigeminal neuralgia was observed. **Results** The total effective rate of patients with trigeminal neuralgia in the treatment group was higher than that in the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** Acupuncture of Xiaguan (ST7), Hegu (LI4) and Zusanli (ST36) is more effective in treating trigeminal neuralgia and is worthy of clinical application.

**Keywords:** Xiaguan (ST7); three points; trigeminal neuralgia

三叉神经痛是指三叉神经某一支或几支分布区内出现的短暂而反复发作的呈刀割样、电击样、撕裂样的剧烈疼痛,持续时间短,发作间歇期无明显症状。患者非常痛苦,影响正常的工作和生活。目前临床治疗上有采用药物治疗的,但依赖性强,副作用大,又有手术治疗的,但术后神经损伤较多,复发率高。笔者采用下关为主辅以合谷、足三里治疗此病,取得较好疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 此次研究采用2018年1月—2018年7月本院治疗的48例三叉神经痛患者,随机分配成治疗组和对照组2组,各24例。48例患者中男17例,女31例,男女比例约1:1.82,年龄18~85岁;病程最短者3周,最长者17年;按病情级别判断标准,轻度8例,中度26例,重度14例。其中治疗组男9例,女15例;年龄18~85岁;病程最短3周,最长18年。对照组男8例,女16例;年龄18~81岁;病程最短3周,最长18年。治疗前2组间性别、年龄、病程、病情程度经卡

方检验、秩和检验,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )比较均具有可比性。治疗前2组患者VAS评分比较与治疗前2组患者疼痛症状积分比较均具有可比性。

**1.2 治疗方法** 治疗组采用深刺下关穴配合合谷、足三里的方法:采用深刺下关穴,向对侧目内眦方向进针6cm左右,达到蝶腭神经节部位,直接刺激三叉神经受累分支,使患者该侧面颊、鼻部及上唇出现强烈的电麻感,配合合谷、足三里,施以泻法并留针。足三里采用直刺法,稍偏向胫骨方法,直刺1~2寸。针刺感觉为有麻电感向足背放射。合谷也采用直刺法,直刺0.5~1.0寸,局部酸胀,可扩散至肘、肩、面部,以扩散到面部为佳。每日治疗1次,连续10次休息1d,1个月为1个疗程。留针20~30min,留针期间行针1~2次。治疗1个月,随访3个月,观察患者的病情发展变化和有无不良反应。

对照组采用普通传统针刺的方法:针刺穴位:第1支痛:阳白,外关;第2支痛:下关,合谷;第3支痛:颊车,内庭。施以泻法并留针,针刺时宜先取远端穴,外关直刺0.5~1寸,若刺中神经,应向外提针,留针至神经旁;合谷也采用直刺法,直刺0.5~1.0寸,局部酸胀;内庭直刺或斜刺0.5~0.8寸。局部穴位在急性发作期宜轻刺。阳白平刺0.3~0.5寸;下关略向下,直刺1.5~2寸;颊车直刺0.5寸,或横刺透向地仓穴。每日

※ 基金项目:吉林省教育厅“十三五”科学技术研究规划项目  
[No. JJKH20170733KJ]

\* 通讯作者:33483857@qq.com

治疗1次,连续10次休息1d,1个月为1个疗程。留针20~30min,留针期间行针1~2次。治疗1个月,随访3个月,观察患者的病情发展变化和有无不良反应。

**1.3 观察指标** 视觉模拟评分(visual analogu scale, VAS)用来测定疼痛强度。由一条从0~10cm的直尺组成,0代表无疼痛,10代表最疼痛。0~10cm计1分……9~10cm计10分。(0无疼痛;1~3轻微疼痛不影响休息,可忍受;4~6中度疼痛,并影响睡眠,尚可忍受;7~10疼痛并影响睡眠食欲,难以忍受。)

疼痛症状积分,根据患者疼痛的范围、疼痛程度、VAS评分、疼痛持续时间、疼痛发作的频次、扳机点、痛性抽搐、间歇期不适感、日常生活影响进行评分,最少0分,满分24分。

表1 2组治疗前VAS、疼痛症状积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	VAS	疼痛症状积分
治疗组	24	6.67±1.65*	13.87±5.92*
对照组	24	7.20±1.65	14.60±6.04
平均		6.93±1.66	14.23±5.94
范围		4~11	4~24

注:治疗组与对照组比较, \* $t=-1.775$ , \* $P=0.082$ , \* $t=-1.266$ , \* $P=0.212$ 。差异无统计学意义,说明治疗前2组患者VAS评分具有可比性、疼痛症状积分具有可比性

**1.3 疗效评价** 2组治疗前、后VAS评分比较及2组治疗前后疼痛症状积分比较。治疗组前后比较, \* $t=14.833$ , \* $P<0.01$ ;对照组前后比较, \* $t=14.412$ , \* $P<0.01$ ;2组间治疗后比较,  $\Delta t=-2.917$ ,  $\Delta P=0.008$ 。结果表明2种方法均能改善三叉神经痛患者的VAS评分,且治疗组优于对照组。

表2 2组治疗前、后VAS评分比较 ( $\bar{x}\pm s/M, P_{25}, P_{75}$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	$\Delta$ VAS评分
治疗组	24	6.42±1.792	3.17±1.633* $\Delta$	3.3(2.7, 3.7)
对照组	24	7.33±1.786	4.50±1.445*	2.8(2.4, 3.2)

治疗组前后比较, \* $t=8.383$ , \* $P<0.01$ ;对照组前后比较, \* $t=10.342$ , \* $P<0.01$ ;2组间治疗后比较,  $\Delta t=-2.704$ ,  $\Delta P=0.013$ 。结果表明2种方法均能改善三叉神经痛患者的疼痛症状积分,且治疗组优于对照组。

表3 2组治疗前后疼痛症状积分比较 ( $\bar{x}\pm s/M, P_{25}, P_{75}$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	$\Delta$ 疼痛症状积分
治疗组	24	13.25±6.582	4.79±3.635* $\Delta$	9.2(7.7, 10.7)
对照组	24	15.63±6.412	7.96±4.175*	7.7(6.1, 9.2)

**1.4 观察指标** 观察并统计2组三叉神经痛患者治疗后的总有效率。

**1.5 疗效判定** 参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>进行疗效评定。治愈:疼痛停止,面部感觉等功能

正常,随访3个月以上无复发;显效:疼痛停止后,3个月内复发,但发作频次较前减少50%以上;有效:疼痛发作频次较前减少25%~50%;无效:疼痛发作频次较前减少小于25%。总有效率为显效率和有效率之和。

## 2 结果

经治疗后,治疗组治愈5例,显效9例,有效8例,无效2例,总有效率91.67%,愈显率58.33%;对照组治愈2例,显效5例,有效13例,无效4例,总有效率83.33%,愈显率29.17%;2组疗效经秩和检验,治疗组优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表4 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	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	24	5	9	8	2	58.33	91.67
对照组	24	2	5	13	4	29.17	83.33

注:2组间疗效比较采用秩和检验,结果 $Z=-1.982$ ,  $P=0.048$  ( $P<0.05$ )

## 3 讨论

目前,三叉神经痛的病因尚未明确,但中医认为该病多因受凉、受风、情绪不佳等因素引起,其气血阻滞不通为其病机。三叉神经痛属中医学“面痛”的范畴,认为是风、火、痰、瘀杂至,相互交结于面部,三阳经脉瘀阻,气血不通所致;或由于外邪侵袭三阳经脉,经气运行受阻,不通则痛<sup>[2]</sup>。下关,下:指本穴调节的气血物质为属阴、属下的浊重水湿。关:关卡。该穴名意指本穴对胃经上输头部的气血物质中阴浊部分有关卡作用。本穴物质为颊车穴传来的天部水湿之气,上行至本穴后,水湿之气中的浊重部分冷降归地,本穴如有对上输头部的气血精微严格把关的作用,以此得名。由此可以看出下关与经气运行有着密切的关系。下关穴属于足阳明胃经,是足阳明、足少阳经交会穴。三叉神经痛的针灸选穴与其气血阻滞不通的病机相对应,应多选用一些主五官病且多气多血的腧穴,而合谷、足三里均为阳明经穴,为多气多血的腧穴且具有祛除风、火、痰之邪,通经络、活气血之功。合谷具有镇静止痛,通经活经,清热解表之功能。是治疗热病发热及头面五官各种疾患之要穴,《四总穴歌》中将这一功效主治特点归纳为“面口合谷收”。阳明经多气多血,此穴是阳明经之原穴,又位关口,是调理人体气机之大穴,通过调气,以达理血活血,通经止痛之效。足三里具有调理脾胃、补中益气、通经活络、疏风化湿、扶正祛邪之功能。最主要的功能作用是燥化脾湿,生发胃气。气血物质为地部的稀湿脾土及天部的气态物,地部脾土燥化水湿后固化于足三里穴周内外,天部之气则循胃经上行,从而使气血的运行更为顺畅,从而气血运行,通则不痛。

另外,针刺下关可以达到翼腭窝内的神经和神经节,对面部五官的生理功能调节起到非常重要的作用,从而在治疗三叉神经痛方面有很好的疗效<sup>[3]</sup>。刘瑾<sup>[4]</sup>经过人

体解剖分析,发现下关穴的解剖结构比较复杂,下关穴的传入神经元来自三叉神经节和三叉神经中脑核;传出神经元来自三叉神经运动核和面神经核。因此,下关穴与三叉神经有着密切的关系,位于面颊部,距离三叉神经节及蝶腭神经节都非常近,针刺下关穴可以缓解痉挛并促进局部血液循环,阻断其疼痛传导及异常放电,促进代谢,加速神经肌肉的恢复,从而发挥镇痛的作用<sup>[5]</sup>,达到激发经气、疏通经络、活血化瘀、行气止痛的目的。综上所述,下关为主三穴治疗三叉神经痛安全有效,适合临床推广使用。

#### 参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科出版社,2002.
- [2] 李雪冰. 针刺阳明经穴位治疗三叉神经痛疗效观察[J]. 中国疗养医学,2009,18(11):1017-1018.
- [3] 邵浩清. 谈头面部针灸应注意的一些问题[J]. 中国针灸,2002,22(4):245-246.
- [4] 刘瑾. 下关穴的局部解剖学及神经元分布定位[D]. 天津:天津医科大学,2003.
- [5] 张中一. 针灸治疗三叉神经痛[A]// 中国针灸学会第七届全国中青年针灸推拿学术研讨会论文集[C]. 2006.

(本文编辑:李海燕 本文校对:曹洋 收稿日期:2018-09-25)

## 耳穴贴压联合早期乳房按摩 对初产妇产后泌乳的应用价值<sup>※</sup>

毕雪荣

(瑞昌市中医院妇产科,江西 瑞昌 332200)

**摘要:**目的 探讨初实施耳穴贴压联合早期乳房按摩对产妇产后泌乳的应用价值。方法 选取我院 2017 年 12 月—2018 年 12 月收治的 62 例初产妇作为研究对象,根据治疗方案分为 2 组,各 31 例。对照组采取早期乳房按摩,观察组采取耳穴贴压联合早期乳房按摩,比较 2 组的初始泌乳时间、产后 3 d 阴道出血量、乳汁分泌情况。结果 观察组初始泌乳时间、产后 3 d 阴道出血量等指标显著优于对照组( $P < 0.05$ )。观察组产后 48 h 乳汁分泌率为 96.78% 显著优于对照组的 80.65% ( $P < 0.05$ )。结论 对于初产妇,在产后实施耳穴贴压联合早期乳房按摩,有利于促进乳汁分泌和产后康复,值得在临床进一步探讨。

**关键词:**初产妇;耳穴贴压;乳房按摩;产后康复;泌乳;少乳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.035

文章编号:1672-2779(2019)-04-0084-03

### The Application Value of Auricular Acupressure Combined with Early Breast Massage for Primipara after Delivery

BI Xuerong

(Department of Obstetrics and Gynecology, Ruichang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Ruichang 332200, China)

**Abstract: Objective** To explore the application value of auricular acupressure combined with early breast massage after primipara.

**Methods** 62 cases of primipara admitted to our hospital from December 2017 to December 2018 were selected as the research objects. According to the treatment plan, they were divided into two groups, and each group had 31 cases. The control group was given early breast massage, and the observation group was given auricular acupressure combined with early breast massage. The initial lactation time, vaginal bleeding volume and milk secretion of the two groups were compared. **Results** The initial lactation time and vaginal bleeding volume of the observation group were significantly better than those of the control group ( $P < 0.05$ ). The secretion rate of 48h in the observation group was 96.78%, which was significantly better than 80.65% in the control group ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion** For primipara, auricular acupoint combined with early breast massage is helpful to promote milk secretion and postpartum rehabilitation, which is worthy of further discussion in clinical practice.

**Keywords:** primipara; auricular acupressure; breast massage; postpartum rehabilitation; lactation; hypogalactia

WHO 将支持和促进母乳喂养当做工作的重要内容。母乳喂养对于母婴健康均有益处,母乳作为婴儿的天然营养品,初乳中含有大量的乳铁蛋白、溶菌酶、牛磺酸等,可促进婴儿生长发育,提高其免疫力,且可促进产妇产后康复<sup>[1]</sup>。不过产妇产后泌乳不足属于影响母乳喂养成功与否的关键之处。因产妇在自然分娩时消耗大量

的体力和精力,其身体虚弱、肝郁气滞、气血不足,且初产妇多存在知识和信心缺乏,加上缺乏婴儿吮吸,可造成泌乳不足。乳房穴位按摩和耳穴贴压均属于无创护理技术,有利于促进产妇泌乳,减轻乳房肿胀。本院对于初产妇,在产后实施耳穴贴压联合早期乳房按摩,取得了不错的进展,分析内容见下文。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 12 月—2018 年 12 月收

※ 基金项目:江西省卫生计生委科技计划[No.20187098]

治的62例初产妇作为研究对象,根据治疗方案分为2组,各31例。观察组:年龄21~36岁,平均26.24岁。孕周平均(39.48±0.30)周,产时出血量平均(164.22±3.06)mL;新生儿2.7~4.2kg,平均(3.42±0.19)kg;新生儿出生1min的Apgar评分平均为(9.33±0.12)分。对照组:年龄21~37岁,平均26.22岁。孕周平均(39.44±0.33)周,产时出血量平均(164.29±3.00)mL;新生儿2.7~4.1kg,平均(3.47±0.13)kg;新生儿出生1min的Apgar评分平均为(9.30±0.14)分。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。所有初产妇已签署知情同意书,本研究经伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 均为头位、单胎妊娠、自然分娩者;主动选择母乳喂养的初产妇;配合度好的初产妇。

1.3 排除标准 合并有妊娠期糖尿病、妊高症、妊娠期肝内胆汁淤积症的初产妇;乳房发育异常者;精神障碍的产妇;胎儿头盆不称者;耳廓皮肤破损、炎症者。

1.4 治疗方法 所有的初产妇均接受母乳知识宣教,给其讲解正确的哺乳知识和方法,指导按需哺乳。对照组采取早期乳房按摩,护士在初产妇产后10h开始进行按摩,1次20~30min,在产后24h和48h再各按摩1次。具体的按摩方法如下:指导产妇采取仰卧位,清洁双侧乳房,护士采用双手的大拇指,环状按摩产妇的乳晕,将输乳管窦疏通,并按揉乳根穴、膻中穴和双乳基地边缘;护士的双掌按摩产妇乳房的外侧缘,将外侧的输乳管疏通,以乳中穴作为中心,并采用食指、中指或者是大拇指,沿着乳根部轻轻推揉,直至乳头,且挤压乳房,直至乳房排空变软,保持按摩的力度适中,以产妇感觉轻微酸胀为宜。观察组在其基础上采取耳穴贴压,具体操作步骤为:在产妇处于潜伏期时即开始,采用乙醇将产妇的耳廓消毒,选取神门、脑穴、子宫、乳腺穴、肝穴、内分泌穴、胃穴、脾穴等穴位,采取0.5cm×0.5cm的王不留行籽,将其贴于产妇的耳穴,并指导产妇采取食指和拇指按压穴位,力度以产妇感觉局部发热、发麻和酸胀为宜,1穴3min,1d按揉3次,隔日更换贴药,直至产后48h。

1.5 观察指标<sup>[2]</sup> (1) 比较2组产妇的初始泌乳时间和产后3d阴道出血量;(2) 产后48h乳汁分泌率:显效:挤压乳房,乳汁呈喷射状,且在新生儿吸吮后无法排空;有效:挤压乳房,发现有乳汁流出,不过需要添加配方奶粉才能够满足新生儿生长发育需求;无效:挤压乳房,发现无奶液流出,或者是仅可见少量的清亮乳汁从乳头溢出,产妇的乳房无胀感,且在按摩后,产妇乳房的泌乳量无增加。治疗有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%

1.6 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行数据的统计与

分析,计量资料数据用( $\bar{x}\pm s$ )表示,作 $t$ 检验;计数资料以 $n$ , (%)表示,行 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 指具有显著差异性,具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 比较2组产妇的各项指标 观察组初始泌乳时间、产后3d阴道出血量等指标显著优于对照组( $P<0.05$ )。具体内容见表1。

表1 2组产妇的各项指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	初始泌乳时间(h)	产后3d阴道出血量(mL)
观察组	31	24.01±2.18	84.53±1.20
对照组	31	29.70±2.11	97.06±1.30
$t$ 值		10.442	39.433
$P$ 值		0.000	0.000

2.2 比较2组产妇的乳汁分泌率 观察组产后48h乳汁分泌率为96.78%显著优于对照组的80.65%( $P<0.05$ )。具体内容见表2。

表2 2组产妇的乳汁分泌率比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	乳汁分泌率(%)
观察组	31	10(32.26)	20(64.52)	1(3.22)	96.78
对照组	31	8(25.81)	17(54.84)	6(19.35)	80.65
$\chi^2$ 值					4.026
$P$ 值					0.045

## 3 讨论

产后出血属于产妇分娩后常见的并发症,其也属于影响产妇产后恢复的重要因素。而产后出血最主要的原因是子宫收缩乏力,故减少产妇产后出血、促进子宫恢复是主要原则。母乳属于婴儿的天然营养品,不仅易于婴儿吸收,且富含免疫细胞和抗体,可增强婴儿的免疫力。现代医学认为乳汁合成、分泌属于复杂的生理过程,主要受到丘脑下部、卵巢、垂体、胎盘、肾上腺、甲状腺等调节。不过对于初产妇而言,多可出现泌乳不足,泌乳量跟产妇的心理、生理状态等因素相关。睡眠障碍、焦虑、抑郁等不良情绪均可直接、间接的作用于神经反射,并对乳汁分泌造成影响。据国外有关资料报道,大概只有54%的婴儿有充足的乳汁喂养<sup>[4]</sup>。

中医将产后缺乳归属于“乳汁不通”“少乳”“乳汁不行”等范畴,中医认为冲任气血可化作乳汁,当产妇产后血水聚下,即可出现肝郁气滞、气血不足,进而泌乳不足<sup>[3]</sup>。中医认为耳朵属于听觉器官,但也和人体经络、脏腑密切相关。王不留行可通利血脉,活血通经、消肿止痛,在《本草纲目》中早有记载:王不留行能走血分,乃阳明冲任之药。耳穴贴压是通过在产妇耳穴表面贴敷压丸,对相应的穴位进行持续的刺激,可通利血脉、活血通经、调养气血,促进规律宫缩,促进子宫恢复,减轻产后出血;且可有效的减轻产妇分娩的疼痛感,也可缓解产妇的紧张、焦虑等不良情绪,促进机体分泌

催乳素,为分泌乳汁创造条件。早期乳房按摩,可对产妇的乳房起到刺激作用,且可疏通乳腺管,使乳管周围的肌肉收缩,乳腺管扩张,改善乳房局部的血运状态,且能够对乳头神经末梢起到刺激作用,将信息传至垂体后叶,促进催产素产生,且经血液循环至乳房,促使乳腺周围肌细胞进行收缩,将乳汁挤出,即可存在喷乳现象<sup>[5]</sup>;且可促进子宫收缩,促进产妇产后恢复,且可压迫宫壁窦,达到止血的目的,可减少产后出血。此外早期乳房按摩,可有效预防乳腺炎,且该项操作简单,产妇无痛苦。

观察组初始泌乳时间、产后3 d 阴道出血量等指标显著优于对照组 ( $P<0.05$ )。观察组产后48 h 乳汁分泌率为96.78% 显著优于对照组的80.65% ( $P<0.05$ )。以上研究表明实施耳穴贴压联合早期乳房按摩的效果显著优

于单独采取乳房按摩。不过本次研究尚且存在不足之处,样本容量过小,可在今后研究中改进。综上所述,对于初产妇,在产后实施耳穴贴压联合早期乳房按摩,有利于促进乳汁分泌和产后康复,值得在临床进一步探讨。

#### 参考文献

- [1] 羊静.耳穴贴压联合早期乳房按摩对初产妇产后康复和泌乳功能的影响[J].检验医学与临床,2014,11(3):385-385.
- [2] 何志群,刘桂英,何丽亚,等.乳房按摩联合耳穴贴压促进剖宫产术后早期泌乳的护理观察[J].河北中医,2016,38(7):1102-1104.
- [3] 吕来芝.耳穴埋豆方法联合早期乳房穴位按摩在促进母乳喂养中临床效果观察[J].中国实用医药,2014,11(16):230-231.
- [4] 邵艳,陈莉俊,任燕青,等.耳穴贴压配合乳房穴位按摩对初产妇产后乳房胀痛及泌乳功能的影响[J].护理实践与研究,2017,14(6):65-67.
- [5] 施秀芳.产妇缺乳的中医护理效果观察[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(10):111-112.

(本文编辑:李海燕 本文校对:柯水英 收稿日期:2018-09-20)

## 耳穴压豆配合穴位贴敷 预防肿瘤患者化疗时恶心呕吐的临床观察

刘喜梅

(江西省中西医结合医院肿瘤科,江西 南昌 330003)

**摘要:**目的 观察耳穴压豆配合穴位贴敷预防肿瘤患者化疗时恶心呕吐的临床疗效。方法 将本院收治的60例肿瘤患者随机分为对照组和实验组,对照组常规西医治疗及护理,实验组在常规西医治疗及护理的基础上运用耳穴压豆与穴位贴敷治疗,治疗时间直至化疗结束后三天。结果 实验组总有效率明显高于对照组,2组总有效率比较  $P<0.05$ 。结论 运用耳穴压豆配合穴位贴敷预防肿瘤患者化疗引起的恶心呕吐,研究表明,患者恶心持续时间短,迟发性呕吐控制率高,生活质量得到提高。

**关键词:**耳穴压豆;穴位贴敷;恶心;呕吐;化疗;肿瘤;副作用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.036

文章编号:1672-2779(2019)-04-0086-03

### Clinical Observation on Auricular Points Plaster Therapy Combined with Acupoint Application on the Prevention of Nausea and Vomiting Symptoms of Tumor Patient during Chemotherapy

LIU Ximei

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

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of auricular points plaster therapy combined with acupoint application in the prevention the nausea and vomiting symptoms of tumor patients during chemotherapy. **Methods** 60 tumor patients of the hospital were randomly into control group and experimental group. The control group adopted the routine western medicine treatment and nursing. The experimental group adopted routine medical treatment and nursing combined with therapies of auricular points plaster and acupoint application. The treatment duration lasts until 3 days after chemotherapy ends. **Results** The total effective rate of the experimental group was obviously higher than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Through adoption of auricular points plaster therapy combined with acupoint application in the prevention of nausea and vomiting symptoms of tumor patients during chemotherapy, the research showed that, patients' nausea symptom lasts shorter, control rate of delayed vomiting becomes higher and patients' life quality gets improvement.

**Keywords:** auricular points plaster therapy; acupoint application; nausea; vomiting; chemotherapy; tumor; side effect

肿瘤是指机体在致瘤因子作用下,局部组织细胞增生所形成的新生物<sup>[1]</sup>。以新生物细胞特性、机体危害性,在临床上分为良性、恶性肿瘤两类,癌症是恶性肿瘤的

总称<sup>[2]</sup>。肿瘤临床治疗方法包括化学药物治疗、手术治疗以及放射治疗等,其中化疗是常用的重要治疗手段之一<sup>[3]</sup>。化疗药物可将肿瘤细胞杀伤,但是也会对人体正常组织

细胞造成损伤,导致肾脏损害、骨髓抑制及消化道反应等并发症产生,特别是发生严重呕吐反应的患者,会造成水电解质紊乱情况发生,使化疗药物不适感增加,由于严重胃肠道反应对化疗进行延迟和拒绝的患者占化疗比例的50%左右。因此,在化疗治疗中对消化道反应,比如恶心、呕吐等进行预防至关重要。我院在临床实践中发现耳穴压豆与常规止吐剂联合应用效果较为理想,可对化疗造成的胃肠道反应进行预防,本研究对其应用价值进行进一步探析,以下为探析经过和结果。

其中中医以辨证论治及经络学说为基础,采用耳穴压豆及穴位贴敷治疗化学治疗引起的恶心呕吐具有显著效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 中医诊断及辨证标准参照《中医病症诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>及《中医内科学》<sup>[5]</sup>。选择2016年10月—2017年10月在我科住院60例肿瘤患者,其中非霍奇金淋巴瘤26例,直肠低分化腺癌34例;男49例,女11例;年龄60~79岁,平均68.2岁。将上述患者按随机数字表法分为实验组和对照组,各30例。2组患者基本资料无统计学差异,具有可比性。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** 遵医嘱非霍奇金淋巴瘤26例实施CHOP方案、直肠低分化腺癌34例实施奥沙利铂加卡培他滨方案化疗,化疗第一天使用帕洛诺司琼0.25 mg 静脉注射及氯化钠100 mL+地塞米松10 mg 静脉点滴,均做好心理护理、饮食指导等健康宣教常规护理。

**1.2.2 实验组** 在对照组西医护理的基础上运用耳穴压豆及穴位贴敷治疗。

**1.2.2.1 耳穴压豆** 取穴神门、交感、内分泌、胃、食道、贲门,对耳廓进行全面评估,观察有无脱屑、硬结等,双耳用酒精棉球消毒并消毒后,取耳穴阳性反应点,将王不留行籽用胶布粘贴对准耳部穴位贴压固定,用食指、拇指采用揉、按、捏、压等方法使患者感到麻木或疼痛,疼痛以耐受为度,并嘱患者自行按压每日3~5次,每次4~5 min,隔日更换对侧耳穴,两耳交替,疗程为化疗结束后3 d。

**1.2.2.2 穴位贴敷** 药物组成:熟附子10 g,肉桂5 g,干姜5 g,吴茱萸5 g。选穴:中脘(人体的上腹部,前正中线上)、内关(位于掌侧腕横纹正中直上2寸筋间)、足三里(外膝眼下三寸,胫骨外侧约一横指)、涌泉(位于足底,在足掌的前1/3,曲趾时凹陷处),将药物碾碎打成细粉,再用凡士林调成膏状,涂抹在5 mm×5 mm胶布上,分别贴敷在以上中脘、内关、足三里、涌泉穴位处,每日1次,每次贴敷6 h,至化疗结束后3天。

**1.2.2.3 注意事项** (1)病室要求环境整洁、安静、舒适,空气清新,温湿度适宜,定时通风换气;(2)患者

选择舒适的体位,穴位选择要准确,耳廓皮肤有炎症或冻伤者不宜采用耳穴压豆,患者感觉局部酸胀,有温热感为得气;(3)贴敷前询问有无药物过敏史,如有过敏史者应密切观察,加强巡视,做好局部皮肤清洁护理;(4)穴位选择一定要准确,保持床单的整洁;(5)贴敷期间饮食宜清淡,避免寒凉及刺激性食物摄入;(6)贴敷时充分暴露部位,应注意保暖并保护隐私。

**1.2.2.4 观察指标** 观察2组患者化疗结束疗效及总有效率。

**1.3 疗效评价** 临床控制:化疗期间及化疗结束后恶心呕吐症状未发生;显效:化疗期间及化疗结束后恶心呕吐症状未发生。有效:化疗期间及化疗结束后恶心呕吐症状减轻。无效:化疗期间及化疗结束后恶心呕吐症状较重。

**1.4 统计学方法** 2组治疗后数据经卡方检验,差异有显著性( $P<0.05$ ),实验组疗效优于对照组。

## 2 结果

2组患者经过治疗,其治疗效果比较差异有统计学意义。见表1。

表1 2组治疗效果比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
实验组	30	11	8	8	3	90.00
对照组	30	3	5	8	16	46.66

注:与对照组比较, $P<0.05$ ,统计学有差异性

## 3 讨论

恶性肿瘤患者在化疗过程中会发生一定的毒副反应,其中常见的恶心、呕吐,胃肠道反应严重会造成水电解质紊乱情况,难以进食,造成营养不良,不得不将化疗中断。中医观点认为,化疗药物属于热毒药物,对气会造成消耗及伤害,造成无法化湿,气虚,胃气上逆,胃失和降而导致呕吐发生。曰:“耳者,宗脉之所聚也。”(《灵枢·口问》)。耳汇聚全身各个大脉络,全身脏腑均与耳联系密切。人整体缩影用耳郭进行表现,在耳郭上人体各个部分均有相应的对应区域和点,呈现母体子宫倒置的胎儿形状分布,耳垂下缘为头部,耳垂上缘为脚部,中部为躯体<sup>[6]</sup>。人体四肢躯干及内脏器官中反应点均可在耳穴中相对应,针刺这些反应点,可对相应部位疾病进行有效治疗。因此,在耳郭的选取神门、交感、内分泌、胃、食道、贲门穴等,神门穴其功效为降逆止吐、镇静安神,以此对疾病进行防治,并且联合应用止吐剂,可对化疗过程中导致的胃肠道反应进行明显减轻,对患者痛苦进行减轻,对顺利治疗进行有效保证。

穴位贴敷疗法是使用不同的药物贴敷于穴位,通过渗透作用,药力通过穴位肌肤直达经脉而发挥调理气血,促使脏腑功能恢复的作用。对于化疗患者,该疗法药物不需要通过胃肠道,避免了药物多胃肠道的刺激而诱发

或加重恶心呕吐反应<sup>[7]</sup>。患者在常规护理的基础上给予耳穴压豆及穴位贴敷,可改善患者化疗后恶心程度和食欲情况明显有改善,恶心持续时间短,迟发性呕吐控制率高,便秘、头晕发生率低,患者生活质量得到提高<sup>[8]</sup>。

本研究证实,实验组化疗引起的恶心呕吐症状治疗效果优于对照组 ( $P < 0.05$ ),耳穴压豆配合穴位贴敷治疗肿瘤患者化疗引起的恶心呕吐,效果显著,值得在临床上推广应用。

#### 参考文献

- [1] 仲文艳. 心理护理在肿瘤外科护理中的运用[J]. 医药前沿, 2015, 5(30): 224-225.
- [2] 谢桂花. 心理护理在肿瘤外科护理中的应用分析[J]. 中外健康文摘, 2014(26): 263-263, 264.
- [3] 万文娟, 李红, 许能文, 等. 综合性护理干预对恶性肿瘤患者化疗后负性心理及生活质量的影响[J]. 中国现代医生, 2015, 53(32): 149-152.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 2-3.
- [5] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 9版. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 88-96.
- [6] 郑春英. 耳穴压豆在预防肿瘤患者化疗后胃肠道反应中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 12(12): 72-73.
- [7] 周松晶, 李玉玲, 史佳. 穴位贴敷治疗化疗后恶心呕吐的临床有效性和安全性研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(9): 1259-1261.
- [8] 林敏, 冯园园. 穴位贴敷对乳腺癌化疗患者恶心呕吐反应的影响[J]. 中西医结合护理, 2016, 2(6): 20-22.

(本文编辑:李海燕 本文校对:罗时辉 收稿日期:2018-09-14)

## 针刺捻转补法治疗心脾两虚抑郁症失眠的临床观察

胡瑞先<sup>1</sup> 赵华<sup>2\*</sup>

(1 新疆医科大学附属中医医院针灸科, 新疆 乌鲁木齐 830000; 2 新疆医科大学中医学院, 新疆 乌鲁木齐 830011)

**摘要:**目的 比较常规针刺法和针刺捻转补法治疗心脾两虚抑郁症失眠患者的疗效差异。方法 将60例心脾两虚抑郁症失眠患者随机分为常规针刺组和针刺捻转补法组,各30例,2组取穴相同,每日治疗1次,10次为1疗程,共治疗2个疗程。观察治疗前后患者组内、组间匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和抑郁自评量表(SDS)评分,比较2组疗效。结果 治疗后2组各评分均低于治疗前(均 $P < 0.05$ ),且针刺捻转补法组优于常规针刺组( $P < 0.05$ )。结论 常规针刺法和针刺捻转补法均可有效治疗心脾两虚抑郁症失眠患者,明显改善该病的临床症状,且针刺捻转补法优于常规针刺法。

**关键词:** 针刺; 捻转补法; 失眠; 抑郁症; 心脾两虚型

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.037

文章编号:1672-2779(2019)-04-0088-03

### Clinical Observation on Acupuncture Twist-reinforcing Therapy in Treating Depression Type Insomnia with Deficiency of both Heart and Spleen

HU Ruixian<sup>1</sup>, ZHAO Hua<sup>2</sup>

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, the Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine,

Xinjiang Medical University, Xinjiang, Urumqi 830002, China;

2. College of Traditional Chinese Medicine, Xinjiang Medical University, Xinjiang, Urumqi 830011, China)

**Abstract: Objective** To compare the therapeutic effects of conventional acupuncture and acupuncture twist-reinforcing therapy on depression type insomnia patients with deficiency of heart and spleen. **Methods** 60 cases of depression type insomnia patients with heart-spleen deficiency were randomly divided into routine acupuncture group and conventional acupuncture twist-reinforcing therapy group, with 30 cases in each one. Two groups took the same acupoint, 1 time per day, 10 times as a course of treatment, 2 courses of treatment. The scores of the Pittsburgh sleep index scale (PSQI), the Hamilton Depression Scale (HAMD) and the self-rating Depression Scale (SDS) were compared before and after the treatment. The Results were compared between the two groups. **Results** After treatment, the scores of the two groups were lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the routine acupuncture combined with twist-reinforcing therapy group was better than the routine acupuncture group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Conventional acupuncture combined with twist-reinforcing therapy can effectively treat the depression type insomnia patients with heart-spleen deficiency, and it also shows the significant improvement in the clinical symptoms of the disease, and the routine acupuncture combined with twist-reinforcing therapy on depression type insomnia patients with deficiency of heart and spleen group is better than the conventional acupuncture group.

**Keywords:** acupuncture; twist-reinforcing method; insomnia; depression; deficiency of both heart and spleen

抑郁症是以心境低落为主要临床表现的情感障碍精神疾病,而睡眠障碍是伴随抑郁症最常见的症状之一。

调查显示,80%以上的抑郁症患者伴有失眠,失眠症的患者在中至重度抑郁者为31%<sup>[1]</sup>。抑郁症和失眠两者之间存在双向关系,并非只是抑郁导致失眠的单向关系,失眠可能是导致抑郁症发生的独立风险因素<sup>[2]</sup>。临床研

\* 通讯作者:470293912@qq.com

究表明运用针灸治疗抑郁症失眠具有独特优势,有关中医证候的分析显示,心脾两虚证是抑郁障碍相关性失眠最主要的证候类型<sup>[3]</sup>。本研究在常规针刺穴位的基础上,从针刺手法角度,比较不同针刺方法治疗心脾两虚抑郁症失眠患者的疗效,为治疗抑郁症失眠病提供临床研究依据。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 60例研究对象均来自2016年1月—2016年12月新疆医科大学附属中医医院神志科患者。随机分为2组,各30例,在研究中,针刺捻转补法组脱落3例,常规针刺组脱落2例。2组患者的一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《中国精神障碍分类与诊断标准》<sup>[4]</sup>,以心境低落为主要症状,且至少有下列四项:(1)兴趣丧失、无愉快感;(2)精力减退或疲乏感;(3)精神运动性迟滞或激越;(4)自我评价过低,或自责,或有内疚感;(5)联想困难或自觉思考能力下降;(6)反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为;(7)睡眠障碍,如失眠、早醒,或睡眠过多;(8)食欲降低或体重明显减轻;(9)性欲减退。

中医失眠诊断及证候分型标准参照《中医病症诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>。主症:入寐困难或寐而易醒,醒后不能再寐,甚则彻夜不寐;兼症:多梦易醒或朦胧不实,心悸健忘,头晕目眩,神疲乏力,面色不华,舌淡,苔薄,脉细弱。具备全部主症并有1~2项兼症,舌脉符合者即可。

1.3 纳入标准 (1)符合以上中医、西医及证型诊断标准;(2)8分 $\leq$ HAMD(24项版本评分) $\leq$ 35分;(3)PSQI总分 $\geq$ 7分;(4)18岁 $\leq$ 年龄 $\leq$ 65岁;(5)患者神志清楚,无语言及智力障碍,能理解量表内容并配合治疗;(6)近2周末服用抗抑郁药;(7)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)不符合以上纳入标准的患者;(2)患有器质性精神障碍或精神活性物质所致抑郁;(3)合并有严重心、脑等疾病及生活不能自理者。

1.5 治疗方法 2组均在口服草酸艾司西酞普兰片的基础上分别结合常规针刺法、针刺捻转补法治疗。基础治疗:草酸艾司西酞普兰片(丹麦灵北药厂,10mg $\times$ 7片/盒,国药准字J20100165)每次10mg,每日1次,早餐后服用。

分组治疗:2组选穴相同,取百会、印堂、安眠、

内关、神门、足三里、三阴交、合谷、太冲、心俞、脾俞。选用0.25mm $\times$ 40mm毫针,2组均每日治疗1次,10次为1疗程,疗程间休息2天,共治疗2个疗程。

常规针刺组:先嘱患者俯卧位,针刺心俞、脾俞穴,得气后即取针,不留针;其次嘱患者仰卧位,针刺百会、印堂、安眠、内关、神门、合谷、足三里、三阴交、太冲穴,得气后留针,治疗30min后取针。

针刺捻转补法组:先嘱患者俯卧位,针刺心俞、脾俞穴,得气后行捻转补法(拇指向前,食指向后左捻针为主,重复操作,行九阳数,9次为1组,每穴每次行3组),结束后取针;其次嘱患者仰卧位,针刺其余穴位,得气后留针,在留针过程中,在百会、安眠穴行平补平泻手法(均匀的捻转),在双侧神门、内关、足三里、三阴交穴行捻转补法,每10min行针1次,留针30min,每次治疗过程中在指定穴位上行针3次。

1.6 观察指标及方法 治疗前后分别对2组患者进行PSQI、HAMD和SDS评分。

1.7 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中关于失眠的疗效判定标准。治愈:睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间在6h以上,睡眠深沉,醒后精神充沛;显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加3h以上,睡眠深度增加;有效:症状减轻,睡眠时间较前增加不足3h;无效:治疗后失眠无改善或反加重者。

1.8 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析,计量资料用 $t$ 检验;计数资料用 $\chi^2$ 检验;等级资料用秩和检验, $P<0.05$ 则差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者临床疗效比较 见表1。

表1 2组临床疗效的比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
常规针刺组	28	1	3	16	8	71.4
针刺捻转补法组	27	2	13	9	3	88.9

注:2组间疗效比较, $P<0.05$ ,差异有统计学意义

2.2 2组患者治疗前后组内自身比较及治疗后2组间各量表差值的比较 治疗前2组PSQI、HAMD、SDS量表评分比较,均 $P>0.05$ ,差异无统计学意义,具有可比性。2组进行治疗前、后组内自身比较,均 $P<0.05$ ,差异有统计学意义;治疗前后2组间HAMD、SDS量表差值比较, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。见表2。

表2 2组治疗前、后PSQI、HAMD、SDS量表差值的比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	PSQI			HAMD			SDS		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
常规针刺组	28	17.89 $\pm$ 2.11	13.11 $\pm$ 2.63	4.78 $\pm$ 1.22	22.36 $\pm$ 5.55	16.53 $\pm$ 4.94	5.82 $\pm$ 1.05	54.89 $\pm$ 6.17	46.28 $\pm$ 6.58	8.60 $\pm$ 2.76
针刺捻转补法组	27	17.22 $\pm$ 1.78	9.01 $\pm$ 1.82	8.21 $\pm$ 1.18	23.04 $\pm$ 6.07	13.18 $\pm$ 5.03	9.85 $\pm$ 1.45	54.48 $\pm$ 5.75	41.92 $\pm$ 3.93	12.55 $\pm$ 2.73

## 3 讨论

中医中失眠又称之为不寐，多由“神不安”而致，《景岳全书》中提到：“神安则寐，神不安则不寐”，“神”包括了“心神”和“脑神”，脑为元神之府，心藏后天之神，脑神与心神共同调控人体的生理功能和精神活动。故在针灸治疗失眠时，应调节“脑神”和“心神”并重。

《素问·生气通天论》曰：“阴平阳秘，精神乃治，阴阳离决，精气乃绝”。失眠的病机主要是阳盛阴衰，阴阳失交，治疗的关键在于补虚泻实，调和阴阳，使机体归于“阴平阳秘”，恢复正常的生理功能。当今临床工作中，由于患者众多，医师工作繁忙，往往忽略在针刺操作过程中针刺手法的运用。《灵枢·九针十二原》曰：“刺之要，气至而有效”，“只有在得气的基础上，施行适度的手法才能达到‘补虚’或‘泻实’的目的”，说明手法是获得疗效之关键。

综上所述，运用针刺捻转补法治疗心脾两虚抑郁症

失眠患者，不仅可以提高其睡眠质量，还可减轻其抑郁症状，疗效显著，值得临床推广。针刺手法乃历代医家对针灸、得气不断思考所得宝贵经验，我们应继承发扬光大。

## 参考文献

- [1] 施建安, 王版, 焕林. 失眠症的研究进展[J]. 中华神经精神科杂志, 1994;22(5):287.
- [2] Ohayon M M, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders[J]. J Psychiatric Res, 2003, 37(1):9-15.
- [3] 张根明, 宋琪, 张章. 抑郁障碍相关性失眠的临床特点及中医证候分布情况初步研究[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2008, 15(1):12-14.
- [4] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南:山东科学技术出版社, 2001:107.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994:19-20.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 第1辑, 1993:186-187.

(本文编辑:李海燕 本文校对:魏建华 收稿日期:2018-09-19)

## 不同拔罐方法治疗颈型颈椎病的临床观察

田乃佳 王亚杰 王自旺

(中国人民解放军第306医院中医科, 北京 10010)

**摘要:**目的 观察不同拔罐方法治疗颈型颈椎病的疗效差异。方法 根据纳入及排除标准筛选120例颈型颈椎病患者, 随机分为留罐组和闪罐组, 分别采用留罐方法和闪罐方法治疗。2组治疗均每周治疗五次, 治疗2周即10次后评价疗效。结果 留罐组痊愈25例, 好转30例, 无效5例, 总有效率85%。闪罐组治愈15例, 好转26例, 无效19例, 总有效率68.3%。结论 留罐组治疗颈型颈椎病疗效优于闪罐组。

**关键词:**留罐; 闪罐; 颈型颈椎病; 眩晕; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.038

文章编号:1672-2779(2019)-04-0090-03

### Clinical Observation on Different Cupping Methods in the Treatment of Cervical Spondylosis

TIAN Naijia, WANG Yajie, WANG Ziwan

(Department of Traditional Chinese Medicine, the 306th Hospital of PLA, Beijing 100101, China)

**Abstract: Objective** To observe the curative efficacy of different cupping Methods for cervical spondylosis. **Methods** According to the inclusion and exclusion criteria, 90 patients were screened out and randomly divided into retaining cupping group and successive flash cupping group. Both groups received five treatments each week for two weeks (10 treatments), and the clinical efficacy of the two groups was assessed. **Results** In the retaining cupping group, 25 cases were cured, 30 were improved and 5 cases had no effect, with an overall response rate of 85%. In the successive flash cupping group, 15 were cured, 26 were improved and 19 cases had no response, with an overall response rate of 68.3%. **Conclusion** The clinical efficacy of retaining cupping for cervical spondylosis is better than that of successive flash cupping.

**Keywords:** retaining cupping; successive flash cupping; cervical spondylosis

颈椎病是由于慢性劳损或急性损伤或感受风寒湿邪, 使颈椎力学平衡改变, 出现颈肩部软组织紧张痉挛、椎间盘退变、颈椎椎体骨质增生等一系列的病理改变, 刺激周围的神经、脊髓产生以颈肩背及上肢不适为主要表现的疾病。

临床上根据颈椎病患者的症状体征、病变具体部位及影像学检查结果, 通常将颈椎病分为颈型颈椎病、神经根型颈椎病、椎动脉型颈椎病、交感神经型颈椎病、脊髓型颈椎病五型。其中颈型颈椎病是以颈肩部疼痛为主要表现, 病变局限于颈肩部肌肉, 未累及神

经根、脊髓等组织。颈型颈椎病是颈椎病的早期阶段，属于比较轻的一型颈椎病，在颈型颈椎病阶段进行积极治疗，比较容易见效，且可延缓颈椎病的进程。故积极寻求颈型颈椎病的有效治疗方法具有较高的研究价值和临床意义。笔者在临床上研究探索留罐和闪罐两种不同拔罐方法治疗颈型颈椎病的疗效对比，发现留罐方法治疗颈型颈椎病效果优于闪罐疗法，现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 根据诊断及纳入标准，入组120例颈型颈椎病患者，均为2017年2月—2017年9月就医于解放军第306医院中医科门诊或住院部病人，其中男65例，女55例；年龄19~68岁，平均46.7岁；病程最短2天，最长31年。将入组患者随机分为留罐组和闪罐组，各60例，经统计学分析，2组患者在性别、年龄、病程等方面无统计学差异，具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参考1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>的颈型颈椎病诊断标准：(1)多数有受凉或慢性劳损史；(2)症状主要表现为颈肩背疼痛；(3)体征见颈部僵硬、活动受限，伴有相应压痛点，椎间孔挤压试验、神经根牵拉试验、霍夫曼征均阴性；(4)X线片常提示颈椎生理曲度改变，椎间关节失稳，椎体骨质增生等病理改变；颈椎CT可提示颈椎退行性改变，颈椎核磁可提示颈椎间盘退变甚至突出。

**1.3 纳入标准** (1)符合上述诊断标准；(2)年龄在18~70岁；(3)自愿接受本研究治疗方法；(4)未接受本研究外的其他治疗方法。

**1.4 排除标准** (1)不符合诊断标准；(2)合并严重心脑血管疾病、皮肤病、肿瘤、传染病患者；(3)备孕妇女及孕妇；(4)不接受拔罐疗法的患者；(5)容易发生“晕罐”反应的患者；(6)属于其他类型的颈椎病。

## 1.5 治疗方法

**1.5.1 留罐组** 病人俯卧，暴露颈背部皮肤，选用中号玻璃罐，医者一手持夹有酒精棉球的止血夹，一手持玻璃罐，点火后将酒精棉球迅速放到玻璃罐里再迅速取出，立即将罐具吸拔在大椎、天宗穴、肩井穴、风门穴。罐具吸牢后留罐10 min。

**1.5.2 闪罐组** 病人俯卧位，暴露颈背部皮肤，选用中号玻璃罐，采用留罐组的拔罐方法将罐具吸拔在大椎穴，再迅速将罐取下，随即再次将罐吸拔在大椎穴，随即取下，如此一拔一取为1次，操作10次。随后在天宗穴、肩井穴、风门穴行上述操作，每穴操作10次。

2组治疗均每周治疗5次(周一到周五)，治疗2周即10次后评价疗效。治疗期间嘱患者避免长时间伏案，避免感受风寒等可能影响治疗效果的因素。

**1.6 疗效评价标准** (1)治愈：临床症状基本消失，颈部活动基本正常，颈肩部原有压痛点消失；(2)好转：临床症状好转，颈部活动基本正常，颈肩部原有的压痛点减轻；(3)无效：临床症状治疗前后基本无变化。

## 2 结果

留罐组痊愈25例，好转30例，无效5例，总有效率85%。闪罐组治愈15例，好转26例，无效19例，总有效率68.3%。经统计分析2组总有效率具有明显统计学差异( $P<0.05$ )，说明留罐组治疗颈型颈椎病疗效优于闪罐组。见表1。

表1 2组临床疗效对比 (例)

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率(%)
留罐组	60	25	30	5	85.0
闪罐组	60	15	26	19	68.3

## 3 讨论

随着电子产品的普及，现代人久坐低头办公娱乐成为一种常态，极大增加了颈椎劳损的速度。现代化的取暖设备使人们温暖过冬的同时也降低了皮肤腠理抗寒的能力，空调等制冷设备的出现普及，也大大增加了人们感受风寒的机会。所以在当今临床上，颈椎病成为常见病，且发病率呈上升趋势，发病年龄呈年轻态。在常见的五型颈椎病中，颈型颈椎病是临床常见类型，是颈椎病的初级阶段，也是治疗最易见效，最有治疗价值的一型颈椎病，故本研究将颈型颈椎病作为研究病种。

中医学并无颈椎病病名，但根据颈型颈椎病患者的临床表现，当属中医学“痹症”“项痹”范畴，认为发病机理为风寒湿邪气瘀滞经络，不通则痛。《黄帝内经》言“风寒湿三气杂至合而为痹”，根据这一病机，治疗方法当祛风除湿，疏通经络。唐志红<sup>[2]</sup>均认为颈椎病因风寒侵袭颈部致经络闭阻，引起疼痛。

拔罐疗法是中医传统的特色疗法，源远流长，在古代典籍中亦称之为角法，因为古时代医家最早应用动物的角作为吸拔工具，在一九七三年湖南长沙马王堆汉墓出土的帛书《五十二病方》中，就已有关于角法治病的记述。拔罐疗法是通过火燃烧排空罐内空气，造成罐内负压吸拔于相应腧穴及治疗部位，改善局部气血运行，激发经气运行，使入侵人体的风寒湿邪气祛除体外。清代赵学敏在《本草纲目拾遗》中提到：“罐得火气合于内，即牢不可脱，肉上起红晕，罐中气水出，风寒尽出。”王富春等<sup>[3]</sup>提出拔罐疗法在机体自我调整中产生行气活血、舒筋通络、消肿止痛、祛风除湿等功效，起到一种良性刺激，促使机体恢复正常功能的作用。无论用何种罐具，其刺激的作用途径皆是通过罐内负压进行吸拔皮部，有激发气血运行，吸邪外出、疏通经络的作用。颈型颈椎病的病机就是风寒湿瘀阻络，(下转第123页)

# 还少丹治疗阿尔兹海默病方证效相应的 理论探析与医案举隅<sup>※</sup>

乔丽君 李炜弘\* 陈卫银 张文韬 胡洪铭

(成都中医药大学基础医学院, 四川 成都 610075)

**摘要:** 阿尔兹海默病(Alzheimer's Disease, AD)病因未明,病理机制不详,中西医治疗方案均未明确有阻断 AD 病程的方药。本文详细剖析了 AD 的临床症状并结合中医大家观点,提出衰老是 AD 发病的主要病因,脏腑亏虚、髓海失养是基本病机,肝脾肾亏虚、心神失养为本,痰浊、血瘀为标,并结合已故国医大师郭子光教授采用还少丹治疗 AD 的临床验案赏析,提出还少丹在临床早期干预 AD,延缓该病进程上具有潜在价值,为临床防治 AD 提供新的思路。

**关键词:** 还少丹;阿尔兹海默病;脏腑亏虚;郭子光;呆证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.039

文章编号:1672-2779(2019)-04-0092-03

## Theoretical Analysis and Medical Cases of Huanshao Mini-pills in the Treatment of Alzheimer's Disease

QIAO Lijun, LI Weihong, CHEN Weiyin, ZHANG Wentao, HU Hongming

(School of Basic Medical Sciences, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610075, China)

**Abstract:** The etiology of Alzheimer's disease (AD) is unknown, and the pathological mechanism is unclear. The traditional Chinese and Western medicine treatment programs have not clearly defined the prescription for blocking the course of AD. This article analyzed the clinical symptoms of AD in detail and combines the views of Chinese medicine practitioners. It is proposed that aging is the main cause of AD. The viscera deficiency and medullary dystrophy are the basic pathogenesis. The liver, spleen, kidney and mind deficient dysfunctional is essence, and turbidity and blood stasis as the standard, combined with the late traditional Chinese medicine master Professor Guo Ziguang to use the clinical examination of the treatment of AD with Huanshao mini-pills, and proposed that Huanshao mini-pills has potential value in the early stage of clinical intervention of AD, delaying the progress of the disease, and providing clinical prevention and treatment of AD.

**Keywords:** Huanshao mini-pills; Alzheimer's disease; viscera deficiency; Guo Ziguang; dementia

阿尔兹海默病,是一组原因未明的原发性退行性脑变性疾病。AD 起病隐匿,呈进行性加重,临床上表现为不同程度的认知障碍以及非认知性精神障碍。据 WHO 统计,2015 年有 4700 多万痴呆症患者,而 AD 是最常见的痴呆类型,占痴呆总数的 50%~60%。目前中西药只能改善早期症状,并不能阻断 AD 的发病进程。本文基于中医基础理论结合阿尔兹海默病的临床症状加以辨证,给出还少丹早期干预具重要的临床意义和社会价值。

### 1 阿尔兹海默病的病理机制研究概述

目前对该病机制存在很多研究,主要有以下两种说法: $\beta$ -淀粉样蛋白毒性机制和 Tau 蛋白异常磷酸化。 $\beta$ -淀粉样蛋白是由  $\beta$ -淀粉样前体蛋白( $\beta$ -amyloid precursor protein, APP)水解而来,由细胞分泌,在细胞基质沉淀聚积后具有很强的神经毒性作用<sup>[1]</sup>。Tau 蛋白是含量最高的微管相关蛋白,而由微管蛋白和微管相关蛋白组成的微

管系统是神经细胞骨架的重要成分,正常脑中 Tau 蛋白的细胞功能是与微管蛋白结合促进其聚合形成微管;与形成的微管结合,维持微管稳定性,降低微管蛋白分子的解离,并诱导微管成束。Tau 蛋白生物作用受其磷酸化调控, Tau 蛋白异常过度磷酸化则失去对微管的稳定作用,丧失正常生物功能。和正常人相比,AD 患者脑中的 Tau 蛋白总量显著偏高,同时异常 Tau 蛋白也有明显的增多<sup>[2]</sup>。

### 2 阿尔兹海默病的治疗进展

针对 AD 发病机制的不同靶点,出现了品种较多的治疗 AD 的药物,如胆碱酯酶抑制剂、抗淀粉样  $\beta$  蛋白、抗 Tau 蛋白磷酸化、抗氧化应激、抗凋亡等,这些药物大部分只对 AD 的某一环节有阻断作用,只能对症治疗,并不能阻断 AD 发病的病程<sup>[3]</sup>。

笔者基于方证效相应的原则,拟从中医病因、病机、验案等多方位剖析 AD 的机制,为该病探寻中医药解决方案。

### 3 中医病因病机分析

#### 3.1 病因

3.1.1 年老体虚 AD 是痴呆最常见的类型,流行病学调查

<sup>※</sup> 基金项目:国家科技部国家重点研发计划“中医药现代化研究重点专项”课题[No.2017YFC1703304];成都中医药大学“杏林学者”计划资助

\* 通讯作者:willh998@163.com

发现,65岁以上老年人患病率约为5%,患病率随年龄的增加而增加,80岁以上的患病率可达到20%以上<sup>[4]</sup>。年老肾衰,髓海失充,神机失运而成痴呆。年老气虚,无力推动血液运行,血液停而为瘀,瘀阻于脑络,气血运行受阻,脑髓失养,神明失常,发为呆病。

**3.1.2 情志所伤或久病损耗** 郁怒伤肝,肝气郁结,日久化热,上扰神明,则见急躁易怒,善忘而成呆病。国医大师颜德馨等认为痴呆的发生是由于情志所伤、气机逆乱、气滞血瘀、脑失所养、灵机混乱而致。或者年老患中风、眩晕等病日久,久病虚耗,气血亏虚,脑失所养,神明失用。

综上所述,以肾虚精亏为主的衰老是AD发病的根本病因,气血亏虚是重要原因,气滞、痰浊、血瘀是加速其进程的主要病理因素。

### 3.2 病机分析

**3.2.1 髓海空虚** 《黄帝内经》言“女子七岁,肾气盛,齿更发长……八八则齿发去。肾者主水,受五藏六府之精而藏之,故五藏盛乃能泻”。可见随着年龄的增长,肾中精气逐渐损耗。脑为髓海,元神之府,主宰人体生命活动、精神、感觉和运动等。《素问·阴阳应象大论》言“肾生骨髓”,《灵枢·经脉》中曰:“人始生,先成精,精成而脑髓生”,“肾藏精,精充髓,髓荣脑”,可见肾精充养脑髓,若肾精不足,髓海空虚,脑络失养,神机失运,则导致智能低下、善忘等。

**3.2.2 肝脾肾亏虚** 《素问》言“肝者,罢极之本,魂之居也”。肝藏魂,五脏化生的精神情志活动皆藏于肝,肝主藏血,肝主筋。肝血充沛,肝正常的生理功能才能运作,老年肝血不足,肝失濡养,则魂无所藏,出现情绪不宁,妄想幻觉等。肝血不足,筋失其养,运动能力减弱,动作迟缓,运动不灵敏。脾为后天之本,其主要职能是将饮食水谷转化为精、气、血、津液等精微物质,并运输至全身各脏腑组织,以维持人体后天生命活动。肾主藏先天之精,是生命之本源。脾气的健运依赖肾气的资助、激发,而肾所藏之精亦赖脾气所运化水谷精气的充养、培育。若脾胃虚衰,运化失职,气血亏虚,则见肾精失养,髓海失充,神机失运。《素问·灵兰秘典论》说“肾者,做强之官,技巧出焉。”肾精充沛,人体格强健,智能、技巧较高,反之,则形体衰弱,记忆力、定向力、判断力和解决问题能力、社会事务、家庭爱好、个人料理等涉及智力、技巧的能力减退。脾主四肢肌肉,若脾的运化功能失常,则见肌肉四肢失养,四肢软弱无力,甚至为废不用,基本生活能力受累。

**3.2.3 心神失养** 《素问·灵兰秘典论》说“心者,君主之官,神明出焉。”心主人的精神、意识、思维、情感活动等,若心血充沛,心神得养,则精神振奋,思维敏捷清晰,反应灵敏等,反之,老年气血亏虚,心神失养,神

明失用,则见遗忘、计算能力减退、思维迟缓等。

**3.2.4 痰瘀互结** 该病多发于老年,年迈体虚,气血运行迟缓,易生阻滞,气行则血行,气滞则血瘀,气血瘀滞日久,津液停聚而为痰,痰瘀互结,随气上逆,蒙蔽清窍,致神机失运,痰浊血瘀日久亦可化热,热邪损耗肝肾之阴,致使水不涵木,阴不制阳,肝阳上亢,阳亢动风,上扰清窍,使病情加重。国医大师颜德馨<sup>[5]</sup>教授认为脑髓纯者灵,杂者钝,人至老年,血行艰涩,若血滞成瘀,随经脉流入入脑,与脑髓错杂,致使清窍受蒙,灵机呆钝,则可病发本证。王永炎院士等<sup>[6]</sup>认为,老年人髓海、脏腑渐衰,髓减则脑消,脏衰则气虚留滞,水津、气血输布运行失常,痰瘀交阻,因虚致实,虚实夹杂,脑窍失养,神机失用,发为痴呆。

综上所述,肝脾肾亏虚,气血津液生成不足,心神失养,髓海失充,髓海空虚,脑络失养,神机失运,发为本病;肝脾肾亏虚,气血运化失常导致痰浊、瘀血阻滞脑络、蒙蔽脑窍而发病。

### 4 对AD的诊疗思路赏析

**4.1 补肾填精 益气养血** 国医大师张琪<sup>[7]</sup>认为本病其病位,根在肾,位于脑,其病机关键为阴阳俱虚,气血不足,痰浊血瘀,精髓失养,脑络不利,治宜滋阴与扶阳兼顾,扶正与祛邪并举,故选用地黄饮子。国医大师郭子光先生认为本病的发生病机关键在于脏腑的亏虚,主张五脏并治,善用还少丹加减治疗。

**4.2 化痰开窍 活血化瘀** 国医大师裘沛然<sup>[8]</sup>认为,对于本病的调治,除了治病必求其本而据证选方用药外,根据“怪病多痰,久病多瘀”,要配伍化痰开窍和活血化瘀之品。国医大师张发荣<sup>[9]</sup>认为老年痴呆病机为肾精不足,脾气(血)亏虚,或兼痰湿、瘀血阻滞脑络,最终导致髓海失养,脑窍闭塞致病,主因肾脾两亏,治疗上除补肾填精外,痰浊阻滞型宜化痰降浊,开窍醒脑,方用涤痰汤加减;气虚血瘀型治宜益气活血,开窍醒脑,方用补阳还五汤、通窍活血汤化裁。

**4.3 分型分期论治** 田金洲教授<sup>[10]</sup>根据AD病情演变分为三个阶段,即平台期、波动期和下滑期,且三者常交替出现,根据其证候特点,平台期治宜健脾补肾,波动期及下滑期常用化痰、平肝、活血、解毒等法。卢永兵教授<sup>[11]</sup>认为老年痴呆病位在脑,与五脏相关。为虚实夹杂之证,以脑髓不足,五脏阴阳气血虚损为本,血瘀、气滞、痰浊为实为标。治疗上主张辩证论治,主要分为五个证型:肾虚髓少,治以补肾滋阴;心肾不交,治以清心宁神,交通心肾;心脾两虚,治以健脾益气;肝气郁结,治以疏肝解郁,佐以清肝泄火;痰瘀互结,治以活血化痰祛瘀。

### 5 国医大师郭子光先生临床医案赏析

董某,女,70岁。2013年8月7日就诊,主诉:

记忆力下降 4 年余。患者 2009 年开始以健忘发病，服安理申、金刚烷胺，病情仍呈进行性加重，现症见记忆力、定向力、判断力下降，不认识直系亲属外的人，多行则神疲乏力，情绪急躁不稳定，畏寒怯冷，淡红嫩舌、苔薄少。诊断为老年痴呆，辨证为肾虚精亏夹瘀，治宜滋补肝肾、填精益髓、活血化瘀，处方：菖蒲 15 g，炙远志 10 g，山药 20 g，丹参 20 g，法半夏 15 g，熟地黄 20 g，枸杞 15 g，锁阳 15 g，肉苁蓉 20 g，制龟板 20 g，龙骨 20 g，黄芪 50 g，红参 10 g，炒稻芽 20 g，另服成药还少丹。

复诊：情绪转佳，记忆有改善，能少量回忆往事，糊涂状态稳定，多汗，食可便可眠可，舌红少苔，脉滑数。处方：菖蒲 15 g，炙远志 10 g，龙骨 20 g，牡蛎 20 g，龟板 20 g，黄芪 50 g，熟地黄 20 g，川芎 15 g，山药 20 g，丹参 20 g，法半夏 10 g，肉苁蓉 20 g，制龟板 20 g，麦冬 30 g，太子参 30 g，牡丹皮 10 g，炒稻芽 30 g，另服成药还少丹。

再以原方略有增减，另成药还少丹继服数月，诸症日趋于稳定。2014 年 8 月随访，经某三甲医院智力测评，记忆明显好转，生活基本自理。

按语：郭老认为老年痴呆的基本病机为肾虚血瘀、脏腑亏虚。患者年及古稀，脏腑之气逐渐衰退，髓海失养，再加病程日久，痰浊瘀血等有形之邪停滞，闭塞脑窍，故郭老先以山药、丹参、黄芪、枸杞等补脏腑亏虚之药，兼菖蒲、炙远志、红参等化痰活血之品共为汤剂先达病所，并嘱常服还少丹，一者补五脏之虚、活血化瘀，提高疗效、防止病情加重，二者还少丹为丸剂，方便携带服用，延长疗效。

### 6 还少丹起效机制探析

还少丹处方源于宋代《洪氏集验方》一书，方由干山药，牛膝（酒浸一宿，焙干，各一两半），山茱萸，白茯苓（去皮），五味子，肉苁蓉（酒浸一宿，焙干），石菖蒲，巴戟（去心），远志（去心），杜仲（去粗皮，用生姜汁并酒合和，涂炙令热），楮实，舶上茴香（各一两），枸杞子，熟干地黄（各半两）组成。方中巴戟天、肉苁蓉补肾益精；小茴香温肾散寒，疏肝理气；杜仲、牛膝补肝肾强腰膝；楮实子滋肾阴、清肝明目；熟地黄、枸杞子、山茱萸、五味子滋养肾水而固精；山药、茯苓、大枣能健脾益气，山药、茯苓亦能涤湿痰，以上药物能滋补肝肾、填精益髓、健脾益气，既用于肾精不足，髓海空虚智力减退，善忘等，也可用于脾肾两虚、心肝血虚之表情痴呆，记忆减退，失认失算，急躁易怒等。石菖蒲，芳香化湿，除秽祛痰，开窍宁神；远志宁心安神，祛痰开窍二药既用于湿浊阻滞中焦之胸脘痞闷，更常用于痰浊蒙蔽清窍之神志昏乱，健忘失语，耳鸣耳聩诸证。故还少丹滋补肝肾、填精益髓、健脾益气、化痰开窍，

以利元神。

表1 还少丹方药功效分析表

功效 归经	温肾散寒	滋补肝肾	健脾益气	养心安神	化痰开窍
肾	巴戟天、 小茴香	熟地黄、 牛膝、杜 仲、枸杞 子、楮实 子、五味子			
脾			茯苓、山 药、大枣		
心				五味子、 茯苓	石菖蒲、 远志
肝		山茱萸、 枸杞子、 楮实子			

近百年来，中西医都致力于探索 AD 病因、病机，寻找治疗方法，治疗方法和手段多种多样，但这些药物只能改善某一阶段的症状，并不能彻底治愈。还少丹善治心、肝、脾、肾虚损，精血亏虚，髓海失养，是临床早期干预 AD、延缓其病程发展的新思路。AD 是慢性疾病，还少丹便携、易服具有剂型优势。

### 参考文献

- [1] Riemenschneider M, Lautenschlager N, Wagenpfeil S, et al. Cerebrospinal fluid tau and betaamyloid 42 proteins identify Alzheimer disease in subjects with mild cognitive impairment[J]. Arch Neurol, 2002;59(11): 1729-1734.
- [2] Joshi P, Benussi L, Furlan R, et al. Extracellular Vesicles in Alzheimer's Disease: Friends or Foes? Focus on Aβ-Vesicle Interaction[J]. Int J Mol Sci, 2015, 16(3):4800-4813.
- [3] 孙磊, 杨莹, 窦彩艳. 阿尔兹海默病治疗的研究进展[J]. 医学信息网, 2010(7):1969-1970.
- [4] 宋昕, 洪羽蓉, 胡秋莹. 阿尔兹海默病发病原因及机制的研究进展[J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 10(14): 871-873.
- [5] 李剑颖. 国医大师验案良方·心脑血管[M]. 北京: 学苑出版社, 2010:328.
- [6] 王永炎. 关于提高脑血管疗效难点的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(4):195-196.
- [7] 高尚社. 国医大师张琪教授治疗痴呆案赏析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(21):10-12.
- [8] 刘淑红, 高尚社. 国医大师裘沛然教授辨治痴呆案赏析[J]. 光明中医, 2011, 26(9):1764-1767.
- [9] 衡先培, 孙鸿辉. 张发荣论治老年期痴呆的经验[J]. 四川中医, 1997, 2(15):4-5.
- [10] 马洪明. 田金洲教授学术思想与临床经验总结及其治疗阿尔茨海默病用药规律研究[D]. 北京: 北京中医药大学第五批全国老中医药专家学术经验继承工作临床医学专业硕士学位论文: 2016.
- [11] 卢灿辉, 林汉平, 卢有祥, 等. 卢永兵主任医师治疗老年性痴呆经验介绍[J]. 新中医, 2008, 1(40):15-16.

(本文编辑:李海燕 本文校对:和靖 收稿日期:2018-09-27)

## 从滞而论慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生<sup>※</sup>

李朝辉<sup>1</sup> 邹文君<sup>2</sup> 韩钰<sup>3</sup> 李吉彦<sup>2Δ\*</sup>

(1 朝阳市第二医院中医科,辽宁 朝阳 122000;2 大连市妇幼保健院中医科,辽宁 大连 116033;  
3 长春通源医院肿瘤科,吉林 长春 130000)

**摘要:**慢性萎缩性胃炎是消化系统常见病,其中肠上皮化生为癌前病变的一种,存在进展、恶变为胃癌的可能,常规的西医对症治疗,难以达到满意的疗效,部分患者存在较大的心理负担。辽宁省著名中医李吉彦主任,通过长期的临床实践,在中医治疗消化系统疾病方面积累了丰富的经验。提出从“滞”论治慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生,认为脾虚为发病之因,治疗可分为脾胃虚弱,气滞食积;肝郁脾虚,气机郁滞;寒热错杂,壅滞中焦等三种证型,并归纳了相应的方药,临床疗效满意。

**关键词:**慢性萎缩性胃炎;肠上皮化生;滞;李吉彦;痞满

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.040

文章编号:1672-2779(2019)-04-0095-04

### Treatment of Chronic Atrophic Gastritis with Intestinal Metaplasia from Qi Stagnation

LI Zhaohui<sup>1</sup>, ZOU Wenjun<sup>2</sup>, HAN Yu<sup>3</sup>, LI Jiyan<sup>2</sup>

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, the Second Hospital of Chaoyang, Liaoning Province, Chaoyang 122000, China;  
2. Department of Traditional Chinese Medicine, Dalian Maternal and Child Health Care Hospital, Liaoning Province, Dalian 116013, China;  
3. Oncology Department, Tongyuan Hospital, Jilin Province, Changchun 130000, China)

**Abstract:** Chronic atrophic gastritis is a common disease of the digestive system. Intestinal metaplasia is a kind of precancerous lesion, which has the possibility of progression and malignant transformation into gastric cancer. However, the conventional Western medicine symptomatic treatment is difficult to achieve satisfactory Results, and some patients have larger psychological burden. Director Li Jiyan, a well-known Chinese medicine practitioner in Liaoning Province, has accumulated rich experience in the treatment of digestive diseases by Chinese medicine through long-term clinical practice. It is proposed to treat chronic atrophic gastritis with intestinal metaplasia from "stagnation" and thought that spleen deficiency is the cause of the disease. The treatment can be divided into spleen and stomach weakness, qi stagnation and food; liver stagnation and spleen deficiency, qi stagnation; cold and heat miscellaneous, stagnant Jiao and other three types of syndromes, and summed up the corresponding prescriptions, from the "stagnation" treatment of the disease has good clinical effects.

**Keywords:** chronic atrophic gastritis; intestinal metaplasia; qi stagnation; Li Jiyan; distention and fullness

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)伴肠上皮化生(intestinal metaplasia, IM),属消化系统常见病,系指胃黏膜发生萎缩性改变,胃黏膜上皮细胞被肠型上皮细胞所代替的一种慢性胃炎。CAG伴IM常见于老年患者,但近年来的研究显示年轻人罹患CAG伴IM的数量也在逐年上升,究其原因,可能与生活节奏加快、信息污染影响人们的情志,加之饮食不节、饮食不洁,导致脾胃功能受损加速而引起胃黏膜萎缩,甚至出现肠上皮化生。在临床上多以上腹部疼痛、饱胀、恶心等不适感为主要表现,病势缠绵难愈,西医在治疗CAG伴IM主要予根除幽门螺杆菌(Hp)、保护胃黏膜、促进胃动力等对症治疗,暂时没有疗效满意的针对性治疗方案<sup>[1]</sup>,治疗比较棘手,因其癌变可能性较大,故被广泛重视<sup>[2-4]</sup>。

中医对本病的认识由来已久,属于中医学“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”等疾病范畴。近些年临床研究显示通过中

医辨证用药干预治疗CAG伴IM可有效阻止本病的发展,甚或对本病的病理改变有逆转作用,体现出了明显优势和确切疗效。导师李吉彦教授师承国医大师李佃贵、唐祖宣和国家名中医白长川,是全国第三批名老中医学术优秀经验继承人,辽宁省首批省名老中医药专家传承工作室指导老师,辽宁省名中医,大连市名中医,大连市优秀专家,政府特贴专家,从事中医脾胃及疑难杂症的临床研究30余年。擅用经方治疗脾胃病及其他疑难杂症,对CAG伴IM的治疗颇有研究,且在临床上也取得了较好的效果。认为本病的发生主要责之于“滞”,脾虚为发病之因,可分为脾胃虚弱,气滞食积;肝郁脾虚,气机郁滞;寒热错杂,壅滞中焦等三种证型。现将李师的临床经验简介如下,以飨同道。

#### 1 脾虚为本 气滞为先

古代文献中无专门论述CAG伴IM,但根据其临床表现,将本病归属于中医的“痞满”“胃脘痛”等范畴,对其病因病机的看法多认为是因为脾胃虚弱、情志不畅、升降失和等因素相关,历代医家多有论述,《景岳全书·嘈杂》曰:“脾弱则食不运化,中虚则虚烦杂不饥……嘈杂一证,多由脾胃不和,或受伤脾虚而然。”《脏器法时论》曰:“脾虚则腹满肠鸣,飧泻,食不化。”阐明脾虚

※ 基金项目:辽宁省名老中医药专家李吉彦传承工作室【No.辽中医药函字(2015)82号】

\* 通讯作者:lijian\_9@163.com

Δ 指导老师

为本病基本病机。《周慎斋遗书·卷八·嘈杂》言：“嘈杂，是脾虚肝火得以乘聚也。”《杂病源流犀浊·卷三·胃病源流》曰：“胃痛，邪干胃脘病也……惟肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”指出脾胃虚弱，虚而木乘，或忧思恼怒，思则气结，易形成肝郁脾虚之象。《临证指南医案·卷三·脾胃》曰：“纳食主胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降则和”。阐述脾升胃降乃为气机升降之枢纽，失于和降则易生成寒热错杂之象。有学者认为虚实夹杂、脾虚阻络是 CAG 伴 IM 的基本病机<sup>[5]</sup>，而脾胃虚弱，湿寒之邪气，日久侵袭胃络是导致本病的重要病因<sup>[6]</sup>和根本病理机制。同时 CAG 伴 IM 的病因可能为中阳不足、痰凝血癖<sup>[7]</sup>，可分为中阳虚寒、中虚气滞、寒凝瘀阻及气阴两虚，治以温养中阳、活血止痛。另有部分学者认为本病与肾虚有关，脾滞肾虚、痰瘀阻络为主要病机。肾虚，则温润脾胃之力减弱，故脾胃失养不能化生气血津液充养肾精，变生气滞痰瘀，胃络失养而发为本病<sup>[8]</sup>。综上所述，对 CAG 伴 IM 的认识，各位医家既有共识，亦有自己独到的见解。多数医家认为脾虚为本病的根本，但病机总属脾胃虚弱，肝郁脾虚。

《脾胃论》指出“土为万物之母”，故李师认为，因本病病位主要在脾胃，病程缠绵日久，虽本病病机复杂，但仍以脾胃虚弱为本，故应以调理脾胃为基本治法。“见肝之病当先实脾”，肝郁则气机不畅，脾虚则津液输布失常，津停成饮，聚而生痰，说明情志与本病的关系尤为密切。脾胃为气机升降之枢纽，受损则纳运失司，升降失常，壅滞中焦，渐致脾阳、胃阴亏虚受损，气机升降失司而出现寒热错杂之象。中老年人，常因脏腑功能减退及病久入络，易出现气滞食积等，年轻人工作或学习压力繁重，作息饮食无规律，易加速脾胃受损出现肝郁气滞，但 CAG 伴 IM 为慢性脾胃疾患，日久均易变化成寒热错杂，而出现中焦壅滞之象。

## 2 脾胃虚弱 气滞食积

《脾胃论》：“老弱元气虚弱，饮食不消，脏腑不调，心下痞闷”。《症因脉治·卷一·胃脘痛论》：“脾胃素虚，日饮水谷，不能消受，停积中脘，则成痰饮而痛”。脾胃虚弱，纳运无力，食滞内停，痰湿中阻，胃气壅滞，终发为本病。此类患者常表现为胃痛隐隐、胀闷，或食入增剧、食消则减，或痛无定处、时作时止，肠鸣矢气，本病常见于老年，或饮食不节而致脾胃损伤，或久病体虚之人，常以四君子汤为基本方，党参、白术之类健脾益气。通过临床实践对 CAG 伴 IM 的证型研究表明，脾胃虚弱证多见，故健脾理气为本病的基本治法<sup>[9]</sup>。在临床上常见“瘀、热”之象，兼气滞、瘀血、痰浊等标实之证<sup>[10-11]</sup>。

综上所述，年老者或久病体虚，或饮食不节日久等因素可导致脾胃功能受损、纳运失常，然脾胃为气血生化之源，故易出现气亏血虚，气虚则纳运无力，血亏则脾

胃失养，而出现气机不畅、食滞中脘，又“气行则血行”，气虚推动无力亦可出现胃脘血瘀而滞，故李师认为，脾胃虚弱，气滞食积，为本病常见证型，治以健脾益气为主。脾气不足者，李师常以厚朴半夏生姜人参甘草汤加减应用于临床中，体虚日久者多有耗气伤阴之象，故常以党参、沙参代人参益气滋阴，阳气虚弱较重者，党参用量增加，阴虚甚者，沙参用量酌情增加，以防人参燥热之弊端。以白术健脾益气，兼便秘者，改用生白术可加强运脾通便之效。脾胃虚弱，痰湿中阻，以性温味苦之厚朴，燥湿温运而腹胀得消，半夏燥湿开结，降气化浊。且党参与半夏配伍可增强降逆化痰，使得清阳得升，气机得畅。以脾阳不足为主证者，以小建中汤加减在临床疗效亦为显著，兼气虚，加生黄芪为黄芪建中汤，温中补虚的同时，补益脾气，同时应注意，患者素有脾胃虚弱，又有食滞中脘，纳呆之象，黄芪味甘，为滋腻之品，应防止用量过大致使患者出现食欲不振加重。腹胀痛兼有寒象者，以乌药、香附温肾散寒，行气止痛。纳运无力，食积中脘，烧心反酸者，以炙鸡内金、神曲、焦山楂之类化食消滞，以海螵蛸抑酸保胃，重者再加煅瓦楞子、儿茶之类加强其作用。曾以厚朴半夏生姜人参甘草汤化裁治疗一位 CAG 伴 IM 的患者，症见脘腹胀满而痛，连及左侧肋肋部，烧心，偶有呃逆，食欲较差，服药 14 剂，症状明显减轻。

## 3 肝郁脾虚 气机郁滞

《素问·阴阳应象大论》：“思虑过度，脾气郁结，久则伤正，运化失常。”《张氏医通·嘈杂（嗳气）》：“嘈杂与吞酸一类，皆由肝气不舒，水挟相火乘气脾胃，则谷之精微不行，浊液攒聚……”。情志不遂，肝气郁滞，疏泄失司，脾气受损则运化不利，胃腑失和则气机不畅，而出现脘腹满闷，胃脘不适，莫可名状，食道有梗阻感，口苦，咽干，善太息，上述症状随情志波动而变化。此类常见于情绪波动较大、急躁易怒的患者，故常以疏肝健脾，行气消滞为主要治疗方法。在针对慢性萎缩性胃炎肝胃不和型的治疗，予疏肝和胃之法，临床上应用柴胡疏肝散化裁进行治疗，取得良好疗效<sup>[12]</sup>。有些学者认为 CAG 伴 IM 肝郁气滞临床多见，以疏肝解郁，活血解毒为治疗方法，通过大量的临床实践观察总结出经验方柴芍消痞汤在治疗本病效果显著<sup>[13]</sup>。

肝郁脾虚，气机郁滞型多见于较年轻的患者，考虑与生活压力大，情志失调相关。大量研究已证实中枢神经系统与胃肠道具有双向活动，在肠道运动、吸收、内分泌、免疫功能，维持消化道内环境稳定等起重要作用。然肠道微生物在脑-肠轴之间起着重要作用，不良情绪和精神状态会增加肠道通透性、机体免疫力下降，这两种因素都会使微生物的种群数量改变，微生物也会因为减弱的肠道免疫保护而发生位移而导致本病。在临床上，李师在治疗 CAG 伴 IM 的患者时，发现此类患者合并精

神疾病较为常见，常常有急躁易怒、坐卧不安、敏感紧张等临床表现，而肝木盛则克脾土，故情志因素多影响脾胃功能，再因本病病情错综复杂、缠绵难愈，其易发生癌变的特性使得大多数患者心生恐惧，此类患者的病情与情志变化密切相关，有些患者甚至需要口服抗焦虑药物治疗。研究表明半夏厚朴汤在临床上有镇呕止吐、增强胃肠功能、镇静催眠等多种药理作用<sup>[14]</sup>。且李师通过长期的临床观察表明半夏厚朴汤对此类焦虑状态的患者有很好的疗效。半夏化痰散结、降逆和胃，厚朴行气除满消滞；伴口干、口苦者，联合小柴胡汤化裁增强疏肝解郁之力。肝郁气滞，气机失调而出现胸胁胀满暖气、腹胀，李师常用颠倒木金散，李师以二者相合，加强疏肝理气之功效。食欲不振者，生炒麦芽并用行气消食、健脾和胃。李师在治疗肝郁气滞型的CAG伴IM的患者常以半夏厚朴汤加减，在临床上疗效确切。

#### 4 寒热错杂，壅滞中焦

脾与胃俱属土，以脏腑言，脾内而胃外；以表里言，脾阴而胃阳；以气化言，脾主运而胃主化。故脾胃功能受损，则脾失运化，胃失受纳，清阳不升，浊阴不降，壅滞中焦，受纳、运化呆滞，渐致脾阳受损，阳气伤则脾失运，胃阴亏虚，阴不足则胃不濡，津液代谢失调，气机升降失司而出现寒热错杂之象。临床上常以心下痞满而不痛，恶心呕吐，肠鸣下利，纳呆，舌淡，苔白腻或微黄，脉弦细数为主要表现，以辛开苦降，寒热平调，疏利中焦为主要治则。刘南梅<sup>[15]</sup>以辛开苦降之法治疗慢性萎缩性胃炎属寒热错杂证者136例，取得较好疗效。

李师认为，CAG伴IM的患者在临床上虽早期症状多较单一，但病势缠绵难愈，加之误用寒热药物，或久病损阳伤阴，终致寒热错杂，壅滞中焦之象，临床多以嘈杂、痞满多见。半夏泻心汤是《伤寒论》中治疗寒热错杂的经典名方，有寒热平调、补泻同用的组方特点，李师以此方为基本方治疗寒热错杂之证在临床上取得了明显的效果。半夏苦辛而燥，辛可散结除痞，助脾升清，味苦可助胃降浊，且半夏经姜炮制后，减弱毒性的同时可减弱患者恶心等不适感；黄连、黄芩苦寒清降泄热开痞，通过研究表明黄连是一种清热解毒且副作用小的广谱抗生素<sup>[16]</sup>；因本病为较为棘手的慢性病，故治疗上不能一味只求效果显著，更应循序渐进的治疗，一般患者初诊，寒象不是十分明显者，可在方剂中适当加大生姜用量，观察患者服药效果在考虑是否应用于姜等辛热之品以散寒除痞；炙甘草健脾和中。若患者恶心呕吐明显，李师常配伍吴茱萸，取左金丸之效加强疏肝郁，清胃热，辛开苦降之效。两方联合化裁使用，在临床上疗效显著。

#### 5 典型医案

患者王某，女，76岁。2017年2月10日就诊。主诉：脘腹满闷伴反酸1年余，加重1周。1年前患者因

情志不遂出现脘腹满闷，伴反酸，偶有胃脘隐隐作痛，自觉口气较重，乏力，纳呆，二便调，寐差。舌淡红、苔白略腻，脉弦。中医诊断：痞满。证属肝郁脾虚，气机郁滞。治以疏肝健脾之法。辅助检查：胃镜示：慢性萎缩性胃炎。病理示：(中度)肠上皮化生。处方：姜半夏10g，厚朴10g，鸡内金15g，海螵蛸20g，煅瓦楞子(先煎)25g，儿茶(包煎)5g，生麦芽15g，炒麦芽15g，苏梗(后下)15g，连翘15g，木香10g，土茯苓25g，茯苓30g，白术10g，炙甘草10g，蒲公英25g，青皮15g，陈皮15g，珍珠母(先煎)30g，酸枣仁15g，夜交藤15g，郁金15g。10付，日1付，水煎服，日3次。

2017年3月1日二诊：脘腹满闷、反酸明显缓解，自觉情志急躁有所缓解，寐差缓解，余症同前，舌淡红，苔白略腻，脉弦。上方加党参15g，土茯苓30g。10付。

2017年3月20日三诊：腹胀明显改善，偶有反酸，余症同前，舌淡红，苔白略腻，脉弦。上方：党参20g，生地黄15g，泽泻10g。10付。

后以上方稍作加减继服巩固治疗3个月，服药近半年复查胃镜提示慢性萎缩性胃炎，但肠上皮化生未见。

按语：患者主因脘腹胀满伴反酸1年余，加重1周为主症来诊，中医诊断为“痞满”。患者以脘腹满闷，反酸为主要临床表现，伴乏力，纳呆，寐差。舌淡红，苔白略腻，脉弦。中医辨证“肝郁脾虚”。本案患者平素易情志不畅，肝木盛而克脾土，日久脾胃功能因情志因素受损，脾虚运化无权，升降失司，郁滞中焦，加之年老，诸证明显而缠绵难愈。本病主要病因为肝郁脾虚，故治疗上李师予以疏肝解郁健脾之法，以半夏厚朴汤为主方，加青陈皮、生麦芽、木香、郁金等理气之品，重在行气解郁。考虑患者反酸重，以海螵蛸、煅瓦楞子、儿茶之品以制酸止痛，以鸡内金消食和胃同时以保护胃黏膜，以苏梗、连翘除痞散滞。食欲一般，以茯苓、白术健脾除湿，生炒麦芽、青陈皮行气健脾。土茯苓、蒲公英解毒除湿。寐差以酸枣仁、夜交藤养肝宁心安神。二诊时症状明显缓解，但仍有乏力，舌苔略腻，在上方基础上加党参以补虚扶正，略加大土茯苓的用量。三诊时症状明显改善，舌苔薄白而腻，加入利湿之品。服药半年诸证悉除，且肠上皮化生消失。CAG伴IM，病情绵长复杂，西医暂无有效的治疗方案，李师以中医辨证理论，灵活运用方剂治疗本病，疗效颇为显著。

#### 6 结语

日益先进的检测手段，提高了CAG伴IM的诊断率，发现本病日趋于年轻化。随着社会的进步、节奏的加快，尤其是年轻人压力也越来越大，这些因素更容易引起情志的变化，“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，阐明肝病及脾之理。思伤脾，怒损肝，忧思恼怒，伤脾及肝，肝失疏泄，脾失健运，气机升降失常，肝郁与脾虚相互影响，出现肝脾功能因滞而虚，出现气滞、食滞，

影响津液输布,脾胃功能受损。现代大多数年轻人作息不规律,非日出而作、日落而息,这违背自然养生规律,进而也导致脾胃功能紊乱;加之饮食不节,暴饮暴食,终致脾胃功能受损,宿食留胃,如“脾虚食不磨,有宿食则酸,胃虚饮不消,有宿饮则嘈。”当今社会生活水平提高,检测手段进步,而临床所见痰瘀阻络致病的情况逐渐减少。现代医学认为本病为不可逆转,容易发生癌变,多以对症治疗为主,给部分患者造成严重心理阴影。但通过大量研究证明,在CAG伴IM的治疗上通过中医的准确辨证施治,中医汤药合理干预治疗,可明显缓解患者的症状,甚至部分患者出现了逆转胃黏膜肠化生的病理结果,取得了显著的疗效。大量的资料显示CAG伴IM多以脾虚为主,现代医者在治疗上多强调清热药物、解毒药物、除湿药物为主,如白花蛇舌草的应用,以及三棱、莪术破气行血之品的应用,但通过临床观察后,李师认为CAG伴IM发病日趋年轻化,不单纯为脾胃虚弱型,更兼夹气滞、肝郁、寒热错杂。

#### 参考文献

- [1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海:复旦大学出版社,2011:845-846.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- [3] 康建林. 慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生患者200例临床分析[J]. 华夏医学,2012,25(1):19-21.
- [4] 莫剑忠,江石湖,萧树东. 江绍基胃肠病学[M]. 2版. 上海:上海科学技术出版社,2014:155-156.
- [5] 郑保平. 慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的病机和证治探讨[J]. 江苏中医药,2010,42(1):8-9.
- [6] 崔一鸣,周斌. 慢性萎缩性胃炎寒湿入络病机探讨[J]. 中华中医药杂志,2012,27(8):1327-1329.
- [7] 杨强,祝其荣,卞篙京. 卞篙京辨治慢性萎缩性胃炎肠上皮化生经验[J]. 上海中医药杂志,2015,49(10):20-21.
- [8] 相宏杰,赵红,王惠娟,等. 肾虚为CAG癌前病变发病的关键[J]. 辽宁中医药杂志,2011,38(7):1347-1348.
- [9] 陈晶,周晓虹,韩树堂. 慢性萎缩性胃炎证型分布规律研究[J]. 江苏中医药,2007,40(11):36-38.
- [10] 刘庚,丁洋,张声生. 张声生从“虚”、“毒”、“癖”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中医基础医学杂志,2012,18(10):1098-1099.
- [11] 王富莉,张连庄,崔应珉. 崔应珉教授治疗慢性萎缩性胃炎肠上皮化生的经验[J]. 国医论坛,2016,31(5):26-28.
- [12] 邢登洲. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎80例临床观察[J]. 甘肃中医学院学报,2008,26(3):23-25.
- [13] 林启有,陈瑞发,欧阳东亮. 柴芍消痞汤治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的临床研究[J]. 2014,6(4):204-205.
- [14] 林昶,杨长福,杨红梅,等. 半夏厚朴汤的现代药理研究进展[J]. 2016,38(6):92-99.
- [15] 刘南梅. 半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎136例疗效观察[J]. 中国现代药物应用,2009,3(3):92-93.
- [16] 周瑾. 中药黄连治疗慢性萎缩性胃炎的研究[D]. 长春:吉林大学,2017:9-10.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙增建 收稿日期:2018-10-12)

## 原发性高血压及其并发症的预防

陈娟

(湖北职业技术学院美容学院,湖北 孝感 432100)

**摘要:**原发性高血压是一种特别常见的心血管疾病,长期患高血压病者很容易引起心、脑、肾脏等靶器官的损害<sup>[1]</sup>。虽然近年来人们对高血压及其并发症的研究在不断的提高,但是,到今天为止,原发性高血压病仍然是导致靶器官受损、心脑血管疾病死亡率持续增高非常重要的其中一个原因。笔者认为,从中医的角度,利用中医养生方法,对高血压病及其并发症,卓有成效。  
**关键词:**原发性高血压;并发症;预防;治未病;眩晕;中风;胸痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.041

文章编号:1672-2779(2019)-04-0098-03

### Prevention of Essential Hypertension and Its Complications

CHEN Juan

(Academy of Cosmetology, Hubei Polytechnic Institute, Hubei Province, Xiaogan 432100, China)

**Abstract:** Essential hypertension is a very common cardiovascular disease. Long term EH patients can easily cause damage to target organs such as heart, brain and kidney. Despite the continuous improvement of research on hypertension and the rapid progress of cognition on it, great progress has been made in the diagnosis and treatment of hypertension. However, nowadays, EH is undoubtedly one of the most important causes of target organ damage and mortality of cardiovascular and cerebrovascular diseases. The author holds that under the guidance of the thought of "treating pre-disease" in TCM, the comprehensive application of TCM health preservation and the prevention and treatment of hypertension and its complications by TCM have a remarkable effect.

**Keywords:** essential hypertension; complication; prevention; preventive treatment of disease; vertigo; stroke; chest discomfort

高血压病多分为原发性和继发性两种,其中原发性高血压是以血压升高为主要临床表现伴或不伴有多

种心血管危险因素的综合证,占全部高血压患者的95%以上。

## 1 中医对原发性高血压的认识

高血压的病名在中国传统医学典籍中是没有记载的,但是古籍中记载了心悸、头痛等病名,目前对于高血压的认识,大致相当于古籍当中的眩晕之证。《内经》中有关于眩晕病因的记载,如“邪中于项,因逢其身之虚……入于脑则脑转,脑转则引目系急,目系急则目眩以转矣。”认为导致眩晕的是感受风邪入脑;并且有“髓海不足”等原因引起。因风、因虚导致眩晕病的发生这一观点首见于《内经》。医圣张仲景则从外感和内伤两个方面探讨眩晕病的预防和治疗,而眩晕证的病因还可与体内痰饮、水湿有关则见于《金匱要略》等著作。若预防和治疗不及时,疾病发展到一定程度,会出现心、脑、肾等靶器官的损害,则可归属于“心悸”“怔忡”“胸痹”“水肿”“痰饮”及“中风”等范畴<sup>[3]</sup>。

中医中药在防治非传染性、慢性疾病、亚健康状态以及延缓衰老等方面具有优势<sup>[4-5]</sup>。以“未病先防、既病防变”为指导,在没有得病的时候注意预防,已经是高血压病患者则要注意其并发症的预防,《素问》中曰:“是故圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎!”唐代著名医家孙思邈提出:“是故上工治未病之病,中工治欲病之病,下工治已病之病”。一是利用中医中药养生保健等各种方法来预防既病发生;二是已经患有疾病,应该极早治疗,以防止既病进一步发展;三是在既病恢复后,采取积极的措施以防止复发<sup>[6]</sup>。相当于现如今中国高血压防治管理将人群分为一般人群、高危人群及高血压人群<sup>[7]</sup>。

## 2 未病先防

原发性高血压病以头痛、头晕为主要临床表现,在中医学中基本归属于“头痛”“眩晕”等范畴。中医认为,原发性高血压病的病因有以下三种,一是经常情志不畅,精神异常紧张,导致的肝气不舒,郁久而化热,肝阳上亢致病;二是过于劳累、纵欲,肾亏阴精不足,水不涵木,导致的阴虚阳亢;三是饮食不节,嗜酒、暴饮暴食等,导致脾胃受损,脾运失健,内生痰湿。故原发性高血压病在肝阳质、阴虚质、痰湿体质之人最为常见。人体正气的盛衰,直接关系到抗病能力的强弱,而正气的强弱,与体质密切相关。因此,采取各种方法来增强体质,使气血阴阳充盛和协调,是培养正气,提高抗病能力的关键。

中医理论的特点是“整体观念、辨证论治”,这在养生保健方面体现在面对健康与亚健康人群,需“辨证施调”,在未患高血压病之前,有针对性的对以上三种体质

进行调理,就可以预防高血压病的产生。

**2.1 情志调理** 人的精神情志活动,是脏腑功能活动的表现之一。正常的精神情志活动有利于人体健康,而不良的精神情志则有损脏腑的生理活动,导致既病的发生。《素问·上古天真论》说“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”,即是说,人若具有较为高尚的情操,无私寡欲,心情舒畅,精神愉快,那么全身气机调畅,气血平和,正气旺盛,就可以减少既病的发生,因此,减少不良的精神刺激和过度的情志波动,对养生防病有着十分重要的意义。孙思邈曰:“善养性者,治未病之病。”即强调人要时时保持心情舒畅豁达,劳逸结合,气机舒畅、保持淡泊宁静、少思寡欲。

其次,以情制情法,中医根据情志及五脏间五行生克的理论,用互相制约的情志来干扰和转移对机体有害的情志,达到协调情志的目的,即为以情制情法。如喜伤心者,以恐(惊)胜之;思伤脾者,以怒胜之;悲(忧)伤肺者,以喜胜之;恐(惊)伤肾者,以思胜之;怒伤肝者,以悲(忧)胜之。此法对高血压病、冠心病等受情志影响较大的疾病有非常显著的疗效。

**2.2 饮食起居** 饮食是供给机体营养物质的源泉,是维持人体生长、发育、完成各项生理功能,保证生存的不可缺少的条件,同时又是防治疾病的重要手段。而饮食物主要是依赖脾胃进行消化,故饮食失宜,首先是损伤脾胃,导致脾胃的运化失常,在此基础上,就会聚湿、生痰、化热,引起多种疾病。人们在日常生活中如果能够注意调和饮食五味,讲究饮食卫生,掌握饮食宜忌,并根据自身的需要选择适当的食物进行调养,则可保证机体的营养需求,使五脏功能旺盛,气血充足,体质强壮,避免疾病的发生。

《素问·上古天真论》中说,“起居有常”而能“尽终其天年”;反之,若“起居无节”多致“半百而衰”。“起居有常”是按照客观规律安排生活起居,制定合理的作息制度,作为法规,坚持长期实行,人类生活在自然环境中,人与自然有着密切关系。所以人们应当自觉遵从客观规律,按照时令、时辰和人体的变化规律调节起居,使人体的生理功能保持在良好的协调状态之中。

**2.3 运动疗法** 人体的生理活动要张弛有度,劳逸适度。孙思邈在其《备急千金要方》中指出“养性之道,常欲小劳”“体欲牢于形,百病不能侵”,说明适当的劳动对健康和预防疾病的重要性。

孙思邈曰:“动则不衰,用则不退”。经常进行体育锻炼,能够达到增强体质、防病延寿的目的,著名医学

家华佗,根据“流水不腐,户枢不蠹”的道理,编制了“五禽戏”,即模仿虎、鹿、熊、猿、鸟五种动物的动作姿态来进行身体锻炼,以促使血脉流通、关节活利、气机调畅,从而增强体质,防治疾病。此外,后世不断发展演变的太极拳、八段锦及气功、广播体操等多种健身方法,不仅能增强体质,提高健康水平,预防疾病的发生,而且对多种慢性病的预防和治疗均有一定的作用。

**2.4 中药调养** 原发性高血压病在肝阳质、阴虚质、痰湿体质之人最为常见,形成阴虚质的主要病理是人体内真阴不足,因此必须以滋阴为首务。阴不足多有内热,故应同时加用清热法,长期阴不足,必然成燥,燥者宜润。故阴虚体质的调养原则是滋阴、清热、润燥。宜选用药性平和的滋润养阴之品,如沙参、麦冬、玉竹、山药、生地黄、熟地黄、枸杞子、旱莲草、山茱萸、女贞子、黄精等。肺阴虚为主者,宜滋养肺阴,方如沙参麦冬汤、百合固金丸等;以心阴虚为主者,宜滋养心阴,方如天王补心丹、炙甘草汤等;以脾阴受损为主者,则当补养脾阴,方如参苓白术散、归芍六君子汤等。形成痰湿质的主要病机在于脏腑功能低下,体内津液运化功能受阻,而使某些代谢产物形成痰湿积聚体内所致,因此,治疗这种体质当以除湿化痰为根本。因此,应以振奋肺脾肾的功能为要务。方如贝母、草决明、薏苡仁、白豆蔻、砂仁、藿香、半夏、茯苓、陈皮、木香等。痰湿之人,湿在上焦者宜化,在中焦宜燥,在下焦宜利,湿在上焦,肺气不宣,宜宣通肺气,可用微微发汗的方法,方如越婢汤等,湿在中焦,可用芳香化浊之品,醒脾和中,方如藿香正气散等,湿在下焦者,可用淡渗利湿之品,方如实脾饮、真武汤、金匱肾气丸等。

### 3 早治防变

原发性高血压病本身的危害并不是最严重的,最严重的往往是其并发症:中风、胸痹等。高血压患者应该及早诊断、及早治疗,防止发展为更危险的并发症

**3.1 中风** 朱丹溪曰:“眩晕者,中风之渐也。”原发性高血压病肝阳上亢者,久病不愈,易出现肝阳暴动,引动心火,风火相煽,血气并走于上而发中风之病;叶天士《临证指南医案·中风》中曰:“内风乃身中阳气之变动,肝为风脏。因精血衰耗。水不涵木,木少滋荣,故肝阳偏亢,内风时起。”如果肾阴不足,水不涵木,肝阳偏亢,阴虚风动,血气上逆也可发生中风。肝阳上亢证应该使用滋阴养肾、平肝潜阳的方剂,如三草汤、玄参钩藤饮、化痰清散汤等。如果证属痰浊中阻,久病不愈,痰郁化热,蒙蔽清窍而导致的中风。如朱丹溪《丹溪心法·论中风》曰:“东南之人,多是湿土生痰,痰生热,热生风也。”则重在调补肺脾肾三脏,根据湿邪停留的部

位和病机选用或化、或燥、或利的方法,方如越婢汤、六和汤、甘露消毒丹、五皮饮、二妙丸等。

**3.2 胸痹** 肾阳虚无法鼓动五脏的阳气,导致心气不足,血脉无法得到阳气的温煦、气血运行不畅,发为心痛;若肾阴亏虚,则不能滋养五脏之阴,阴亏则火旺,灼津为痰,痰热上犯于心,心脉痹阻,则为心痛。《诸病源候论·心痛病诸候》曰:“痛者,风凉邪气乘于心也。”因此居住地要温暖适宜,避免寒凉,湿浊中阻,久则经络阻塞,发生胸痹,针对不同病机,施以滋养肾阴或化痰祛湿之剂,方如六味地黄丸、二陈汤等。中医认为:久病必瘀,原发性高血压病患者若久病不愈,不管有没有血瘀的表现,都应当适当使用活血化瘀的药物,保持气血通畅,预防胸痹等并发症。

总之,中医在预防高血压病及其并发症方面,指导我们未病先防、已病防变,从精神调养、饮食调养、运动及起居护理等各个方面作出了全面的阐述。

### 参考文献

- [1] 毛书琴. 补阳还五汤治疗 VBI 眩晕的临床研究[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 1997, 5(4):153-155.
- [3] 吴晓青. 高血压病的中医研究进展[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2010, 7, 17(4):37-38.
- [4] 郭新峰, 赖世隆. 对中医药领域开展循证医学研究的几点看法[J]. 中国循证医学杂志, 2008, 8(1):1012.
- [5] 王俊文, 崔蒙, 赵英凯, 等. 中医药领域循证医学发展建议[J]. 世界中医药, 2010, 5(5):305-307.
- [6] 杨启富. “治未病”思想在临证中的运用[J]. 中医, 1997, 15(3):16.
- [7] 余震球, 牟建军, 朱鼎良, 等. 社区高血压防治[M]. 北京: 科学出版社, 2010. 5. 218.

(本文编辑:李海燕 本文校对:许杰 收稿日期:2018-09-27)

### 白英药材(饮片)鉴别要点

药材为藤本,长约1~4 cm,全体被白色柔毛,幼枝及叶尤为明显。根较细,弯曲,浅棕黄色。茎圆柱形,有棱,灰绿色至灰黄色。叶互生,叶片皱缩已碎。完整叶展平呈长卵形至琴形,先端渐尖,基部心形,全缘,下部有浅裂至中裂,裂片耳状或戟形。叶面棕绿色,下面灰绿色。叶柄长约2~4 cm,聚伞花序与叶对生,浆果球形,绿棕色。

种子近圆形,扁平。气微,味淡,微苦。

**饮片鉴别** 白英饮片呈不规则的段。根、茎、叶、花、果实混合。根浅棕黄色。茎圆柱形,稍有棱,表面灰绿色至灰黄色,横切面中空。叶片皱缩破碎,完整叶片展开后呈戟形或琴形,棕绿色至灰绿色。聚伞花序。浆果球形,绿棕色,种子近圆形,扁平。气微,味微苦。

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

# 从脏腑论治肠癌术后的腹泻

张皓婷

(沈阳市中医院内六科,辽宁 沈阳 110004)

**摘要:**肠癌术后腹泻是近年来就诊患者较多的一类疾病,西医对此的治疗手段有限。中医学认为本病的病因主要为脾虚湿盛,同时与肾、肝、肺脏关系密切。本文从脏腑理论的角度出发,结合现代肠癌术后腹泻患者的症状,分别从脾、肾、肝、肺及癌毒论述该病的病因病机及治疗,从而为中医药治疗肠癌术后腹泻提供理论依据。

**关键词:**脏腑论治;肠癌;术后;腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.042

文章编号:1672-2779(2019)-04-0101-03

## Treatment Diarrhea after Colorectal Cancer Surgery from Regulating Zang-fu Viscera

ZHANG Haoting

(Department of Internal Medicine, Shenyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

**Abstract:** In recent years, diarrhea after colorectal cancer surgery is a kind of more diseases, and the treatment of western medicine is limited. Traditional Chinese medicine believes that the etiology of this disease is mainly spleen deficiency and dampness, which are closely related to kidney, liver and lung. From the perspective of zang-fu viscera theory and combined with the symptoms of diarrhea after modern colorectal cancer surgery, this paper discussed the etiology, pathogenesis and treatment of this disease from the aspects of spleen, kidney, liver, lung and cancer toxin, so as to provide theoretical basis for the treatment of postoperative diarrhea after colorectal cancer with traditional Chinese medicine.

**Keywords:** treatment from regulating zang-fu viscera; colorectal cancer; postoperation; diarrhea

结直肠癌术后有多种并发症,其中腹泻是最常见的并发症之一,其原因可能与肠道吸收能力减弱、回盲瓣抗返流功能消失、菌群紊乱、内环境改变、肠管吻合口炎症、肛门括约肌功能失调等因素有关<sup>[1]</sup>,甚至饮食改变及情绪的变化等都是导致术后腹泻出现等原因之一。因长期腹泻造成了患者肛门及局部皮肤糜烂溃疡,甚至因不定时的腹泻,连出行都造成严重的心理障碍。常规西医治疗主要是应用盐酸洛哌丁胺、微生物制剂等药物治疗,临床疗效欠理想。而中医药在此时突显其良好的治疗效果,不仅可改善肠癌术后的腹泻情况,还可以针对原发肿瘤进行辨证抗肿瘤治疗。通过患者的临床表现及中医脏腑理论特点相结合,以下将从脏腑论治肠癌术后腹泻的治疗。

### 1 病因病机

肠癌术后的腹泻,其主要表现仍是以排便次数增多、粪便稀薄,甚至出现泻出如水样为主。属于中医“泄泻”范畴,但究其病因主要为大病久病后,脾胃受损、肾气亏虚为主。明代张介宾《景岳全书·泄泻》曰:“泄泻之本,无不由于脾胃。”脾胃虚弱,则不能腐熟水谷、运化水湿,水湿不化,湿滞内生,混杂而下,故成为泄泻。此外,中医对肠癌病因的认识主要包括正虚为本,兼夹六淫邪毒、情志失调及饮食内伤<sup>[2]</sup>。将两者病因相结合,可得出本病的基本病机为脾虚湿盛,脾失健运,肠道清浊部分,传导失司,同时与肝、肾、肺关系密切。

### 2 从脏腑论治

**2.1 从脾论治** 对肠癌患者而言,脾气虚弱是其基本病机。《景岳全书·泄泻》曰:“泄泻之本,无不由于脾胃,

盖胃为水谷之海,而脾主运化,使脾健胃和,则水谷腐化而为气血以行营卫。若饮食失节,起居不时,以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,乃致合污下降而泻痢作矣。”结合肠癌患者平素嗜食肥甘厚味、烧烤辛辣之品等,致使脾胃虚弱,湿热之毒内蕴,终成癌瘤。患者素体脾胃衰弱,加之手术,脾胃之气更加耗伤,故如《古今医鉴·泄泻》所云:“脾胃为水谷之海……,脾胃停滞,以致阑门清浊不分,发注于下,而为泄泻。”脾失健运,水湿不化,脾不升清,湿邪困脾,更加重泄泻。《素问·阴阳应象大论》云:“湿盛则濡泻。”《金匱钩玄》云:“泄注者,土主湿,湿主脾,湿下注,故泄注也。”《类证治裁》曰:“泄泻者,胃中水谷不分,并入大肠,多因脾湿不运。”患者术后,脾胃功能更加虚弱,运化水谷精微功能减弱,若此时过食滋补之品,反而更加滋腻碍脾,使脾虚湿盛,加重泄泻。《医碕·泄泻》曰:“有脾虚不能受食,食毕即肠鸣腹满,必泻出所食方快,不食则无事,名脾泻。”《素问·藏气法时论》曰:“脾病者,……虚则腹满肠鸣,飧泄,食不化。”故治疗上主要以健脾益气为主,常用四君子汤、补中益气汤、参苓白术散等为基础方。故常用黄芪、党参、白术以健脾益气;茯苓、泽泻淡渗利湿等健脾益气、渗湿止泻之品。金维等<sup>[3]</sup>研究参苓白术散加减治疗84例结直肠癌术后腹泻患者,发现治疗组单用参苓白术散比应用蒙脱石散组的患者腹泻次数明显减少,且还对血红蛋白及体质量指数的升高有良好的效果。脾气宜升,胃气主降,且脾以健为运。故在治疗时可配合风药的运用,其

一可使脾气健运，使补而不滞，其二“风能胜湿”，升阳化湿，有助于泄泻的治疗。常用升麻、葛根、柴胡等，用量宜少，可起到画龙点睛之效。

再者，脾胃为后天之本，气血生化之源。《脾胃论》云：“元气充足，皆有脾胃之气无所伤，而后能滋养元气。若胃气之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，诸病之所由生也。”提出了在疾病的治疗中一定要调理脾胃。而上述常用之品，如黄芪、党参、白术等药物其现代药理研究均提示具有调节机体免疫力、抗肿瘤之功。所谓善治百病，以脾胃为先，脾胃纳运协调，正如《素问·经脉别论》所云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行，合于四时五脏阴阳，揆度以为常也。”肠癌患者治疗中一定要注重保护胃气，即“有胃气者生，无胃气者死”。

**2.2 从肾论治** 《人斋直指方论》云：“人皆以泄为脾恙，而不知肾病有泄焉。”对于肠癌术后患者长期泄泻，《景岳全书·泄泻》曰：“久泻无火，多因脾肾之虚寒也。”《医宗必读》曰：“溏泄，久而不愈，是肾虚失闭藏之职也。”临床该类患者可见明显手足肢冷，下利清谷，腰膝酸软，面色晄白，舌淡胖，苔白腻等一派虚寒之象。因脾主运化，肾司二便；肾为先天之本，主一身阴阳，脾为后天之本，主一身气血；久泻之后，脾失健运，运化水谷精微失职，不能充养肾阳；肾阳亏虚，命门火衰，失于温煦，上不能温煦脾土，下不能固涩二便。两者相互影响，故在治疗上，主要以温补脾肾，收敛固涩为主。《医方解集》中提到：“久泻皆由肾命火衰，不能专责脾胃，故大补下焦元阳，使火盛土强，则能制水而不复妄行。”《冯氏锦囊》云：“若肾气实，则能约束不泻，虚则失职而无杳固之权矣。”故方以四神丸为主，方中补骨脂温补肾阳，肉豆蔻、吴芋温中止泻，五味子收敛固涩。此外还常用菟丝子、覆盆子、芡实、巴戟天等温补肾阳之品。若久泻滑脱不止，则可适当加用真人养脏汤或配伍收敛固涩之品。《本草求真》：“乌梅，酸涩而温，入肺则收，入肠则涩。”主要常用诃子、乌梅、五倍子等。陈琪<sup>[4]</sup>运用真人养脏汤加减治疗 60 例结直肠癌术后腹泻的临床观察，对照组采用盐酸洛哌丁胺治疗，两组患者经 7 天治疗后，治疗组可明显改善患者排便功能，同时还可减轻患者躯体疼痛、调节情志，有助于改善患者生活质量。在肠癌的治疗中补肾法亦为治疗大法，常用的补肾健脾中药，如黄芪、菟丝子、首乌等药物可参与免疫调节，提高 NK 细胞活性，增加机体免疫力<sup>[5]</sup>。

**2.3 从肝论治** 《素问·举痛论篇》曰：“怒则气逆，甚则呕血及衄泄。”最早指出情志失常，愤怒可以导致泄泻发生。此后众多医家对此进行了探讨，张景岳在《景岳全书·泄泻》云：“凡遇怒气便作泄泻者，必先以怒时挟食，

致伤脾胃，故但有所犯，即随触而发，此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土，脾气受伤而然。”唐容川在《血证论》云：“肝性疏泄，食气入胃，全赖肝木之气疏泄之，而水谷乃化，设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗泻中满之证在所难免。”故有“肝与大肠相通”之论<sup>[6]</sup>。肝主疏泄，调畅气机，当肝气被郁，气机升降失常，肠道气机逆乱，故导致泄泻；再者肝郁横逆克脾，致使脾失运化，水湿内滞，清浊不分，亦为泄泻。治疗上以疏肝理气，养血柔肝为主，兼顾健脾。方剂以痛泻要方、逍遥散为基础方。方中柴胡、枳壳疏肝理气，当归、芍药养血柔肝，白术、陈皮健脾理气。李志明<sup>[7]</sup>运用逍遥散联合乌梅丸治疗 40 例大肠癌康复期胃肠功能紊乱的患者，对比口服药物前后患者的临床症状改善情况，对患者腹泻、腹胀、纳呆等临床症状均有良好的改善，总有效率可达 72.5%。

其次，肠癌患者本身多有情志不遂，性格抑郁，加之长期腹泻，心理压力骤增，极易形成肿瘤抑郁，而究其根源为肝气郁结，脾失健运<sup>[8]</sup>。《丹溪心法》云：“忧思太过，脾气结而不能升举，陷入下焦而泄泻者，开其郁结，补其脾胃，而是谷气升发也。”通过从疏肝解郁法来调理情志，从而有效缓解患者的消极情绪，使气机畅通，从而达到“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。”

**2.4 从肺与大肠论** 总所周知，“肺与大肠相表里”，手太阴经属肺络大肠，手阳明大肠经属大肠络肺，两者通过经脉相互络属。肺主水、宣发肃降，散布津液，可促进大肠传导，而大肠传导糟粕，腹气畅通，以有助于肺气的下降，两者之间相互制约，相互影响。当肺失宣降，不能输布津液，肠道内痰浊、邪毒互结，可导致肠癌的发生<sup>[9]</sup>。肠癌术后的腹泻亦与此有密切的联系，且肠癌的患者宜常伴有肺气不宣之症状，如咳嗽、声低懒言、自汗、畏风等症。《医经精义·脏腑之官》云：“大肠之所以能传导者，以其为肺之腑。肺气下达，故能传导。”治疗上以宣发肺气为主。因肺为娇脏，位于上焦，主宣发，故在治疗时药性宜轻灵，药量宜轻，即《温病条辨》所云：“治上焦如羽，非轻不举。”常选用桔梗、紫苏、枇杷叶、杏仁等药物，宣通一身之气，即常说的“提壶揭盖法”。

### 3 从癌毒论治

肠癌术后腹泻虽为主要症状，但切要记得“治病求本”，即针对癌毒的治疗。有研究指出，肠癌的基本病机为“痰瘀郁毒”<sup>[10]</sup>，其中包含有痰浊、瘀毒等病理因素，故在治疗肠癌术后腹泻时，还应该针对上述病理产物给予对症治疗。如痰浊明显者，可配合半夏、胆南星、薏米等化痰泄浊的药物；如瘀毒明显，可加用三棱、莪术、半枝莲、花蛇草等活血通络消积之品，可起到防止肿瘤复发、转移之功。

### 4 医案举隅

患者么某，女，74 岁。自述 1992 年 10 日无明显诱因出现便血，遂就诊于当地肿瘤医院，行肠镜检查，病理

提示直肠腺癌，遂于该院行“直肠癌根治术”，未造瘘，术后病理提示高分化腺癌。术后于该院行辅助放化疗治疗，具体不详。2007年3月患者因下腹部不适，就诊于医大一院，完善肠镜检查，结果提示结肠癌可能性大，遂行“结肠癌切除术，远端闭锁，近端造瘘术”。术后病理提示：乙状结肠癌，中分化腺癌，淋巴结0/4枚无转移，癌结节1/1枚转移。术后行“POLFIRI方案”化疗6周期，后间断“CHOP+替加氟”维持治疗。2014年3日复查肠镜时发现升结肠（似回盲部）癌，腹部CT亦提示升结肠管壁异常增厚，故再次行结肠癌切除术，术后病理提示结肠癌，中分化腺癌。2014年5月于该院行“XELOX方案”化疗7周期，具体为“艾恒200mgd1，卡培他滨”1500mg日2次口服，化疗后出现1度消化道反应，4周期后出现2度血小板减少，后行单药“卡培他滨”化疗1周期，之后复查病情稳定，无复发转移。

2016年3月17日初诊：患者自2016年3月初无明显诱因出现腹泻，为黄色稀水样便，量多，既往每日仅需换1~2次便袋，而现每日需换7~10次便袋，局部造瘘口红肿疼痛，倦怠乏力明显，口干口渴，头晕目眩，食少纳呆，腹部胀满，手足不温，腰膝酸软，小便量少，夜寐一般。查舌淡，舌体胖大、有齿痕、苔白，脉细弱。中医诊断：泄泻（脾肾阳虚），治疗以温补脾肾，涩肠止泻为主。予四神丸合真人养脏汤加减口服，具体方药如下：附子15g，干姜10g，肉桂15g，诃子20g，芡实50g，肉豆蔻20g，山药50g，天麻15g，党参20g，陈皮15g，白芍25g，白术20g，木香10g，葛根20g，茯苓20g，佩兰15g，半枝莲15g，白花蛇舌草30g，金樱子30g，桑叶15g，吴茱萸15g，防风15g，藁本15g，补骨脂20g，羌活15g。上方5付，水煎服，早晚日2次口服。同时嘱患者避风寒、节饮食、畅情志，不可进食寒凉及刺激性食物。

2016年3月22日二诊：患者口服上方后，自述需换便袋的次数减少，每日约5~6次，排便偶有成型软便，局部造瘘口红肿疼痛均减轻，倦怠乏力改善，手足转温，腹胀减轻，口干口渴，小便量增多，略烦躁，夜寐一般。查舌淡红，舌体胖、边有齿痕、苔薄黄，脉细弱。据患者现症状改善，调整中药汤剂家，具体如下：附子15g，干姜10g，肉桂15g，诃子20g，芡实50g，肉豆蔻20g，山药50g，天麻15g，党参20g，陈皮15g，白芍25g，白术20g，木香10g，葛根20g，茯苓20g，佩兰15g，半枝莲15g，白花蛇舌草30g，金樱子30g，桑叶15g，吴茱萸15g，防风15g，补骨脂20g，羌活15g，知母20g，薏米30g，黄柏20g。上方5付，水煎服，早晚日2次口服。

2016年3月29日三诊：患者自述口服上方后，现腹泻较前明显改善，每日需换便袋的次数2~3次，成型

软便较多，现无明显乏力，生活自理，时有小腹坠胀，仍口干，无明显口苦，手足较前转温，纳可，小便可，夜寐可。据其现病情变化，调整中药汤剂如下：附子15g，干姜10g，肉桂10g，诃子15g，芡实40g，肉豆蔻20g，山药50g，天麻15g，党参20g，陈皮15g，白芍20g，白术20g，木香10g，葛根20g，茯苓20g，佩兰15g，半枝莲15g，花蛇草30g，金樱子30g，桑叶15g，吴茱萸15g，防风15g，补骨脂20g，羌活15g，知母20g，薏米30g，升麻15g，石斛10g。上方5付，水煎服，早晚日2次口服。

**按语：**该患者老年，女性，曾为因肠癌行3次手术治疗，术后均进行过放化疗，本次来诊主要想解决的问题就是近期无明显诱因出现的腹泻，根据其来诊时的症状，辨证求因，考虑主要是以脾肾阳虚为主。患者老年，本身就肾阳不足，失于温煦，阴寒内生，故可见手足不温；腰膝失养，故可见腰膝酸软；脾阳虚，不能腐熟水谷，故见食少纳呆；清浊不分，故见大量黄色稀便；脾失健运，气机不行，故可见腹部胀满。故治疗上以温补脾肾为主，运用了大量温中药物，如附子、干姜、肉桂以温补脾肾，山药、党参、白术以健脾益气；其次因患者腹泻近半月余，故配合涩肠止泻之品，予诃子、肉豆蔻、芡实以温中涩肠止泻；结合患者本身病史，肿瘤频发复发，故在佐以半枝莲、花蛇草以解毒消积、抗肿瘤；使以风药，如防风以健脾气，使补而不滞，以风胜湿，以加强止泻效果；配合桑叶清宣肺气。口服该药5付后，患者症状即有所改善，但出现了烦躁、口干口渴等相火之象，故配伍黄柏、知母以清虚热、滋相火。到三诊之时，患者腹泻已基本控制，故适当减少温中涩肠之品，但存在小腹坠胀、口干等中气下陷之证，故加升麻以升阳举陷，石斛以生津滋阴。随后患者病情平稳，未再出现明显腹泻。

#### 参考文献

- [1] 党长宁,刘铁龙,于永铎,等. 大肠癌术后腹泻等中西医治疗[J]. 中国医学装备,2014,8(11):61-62.
- [2] 杨阳. 中医药对直肠癌治疗进展研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2013,15(6):239.
- [3] 金维,周雪雷,杨鸿. 参苓白术散加减治疗结肠癌部分结肠切除术后腹泻等疗效观察[J]. 四川中医,2016,34(7):148-149.
- [4] 陈琪. 真人养脏汤加减治疗结肠癌术后腹泻的疗效观察[J]. 大医生,2018(2):83-84.
- [5] 吴超军,刘宁宁,李琦. 补肾法治疗大肠癌等临床研究进展[J]. 中国医药导报,2018,15(29):26-28.
- [6] 蒋健. 郁证发微(三十) 郁证泄泻论[J]. 上海中医药杂志,2018,52(1):7.
- [7] 李志明. 逍遥散合乌梅丸加减治疗大肠癌康复期胃肠功能紊乱40例[J]. 按摩与康复医学,2018,9(14):47-48.
- [8] 胡嘉芮,罗先,马龙飞,等. 肿瘤相关抑郁的研究进展[J]. 中医药导报,2017,23(10):69-71.
- [9] 臧明泉,任建琳,靖琳,等. 从“肺与大肠相表里”论大肠癌防治[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(1):42.
- [10] 程海波,李柳,吴勉华,等. 癌毒病理理论辨治肠癌探讨[J]. 时珍国医国药,2017,28(10):2488.

(本文编辑:李海燕 本文校对:田明健 收稿日期:2019-01-25)

## 实验研究 EXPERIMENTAL STUDY

# 降脂平肝汤对非酒精性脂肪性肝炎大鼠的抗炎机制研究<sup>※</sup>

刘杨 李若瑜 刘晋芳 张冉冉 陈浩 徐慧超 苗宇船\*

(山西中医药大学基础医学院病理教研室,山西 晋中 030619)

**摘要:**目的 探讨降脂平肝汤对非酒精性脂肪性肝炎(NASH)大鼠的抗炎作用机制,为其临床应用提供实验依据。方法 选取24只SPF级SD雄性大鼠,随机分为正常组、模型组和治疗组( $n=8$ )。正常组大鼠给予基础饲料常规饲养;模型组和治疗组大鼠均给予“高糖高脂饲料”14周以建立NASH大鼠模型,并分别给予生理盐水 $10\text{ mL}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 灌胃和降脂平肝汤水煎剂(含3g生药/mL) $10\text{ mL}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 灌胃。灌胃4周后处死大鼠,并提取肝脏组织。采用HE染色法检测肝脏形态学改变,采用Real-time PCR和Western-blot技术检测各实验组大鼠肝内TLR-4/TRIF信号转导通路的活性变化。结果 与正常组比较,模型组大鼠肝脏的脂肪变性及炎症反应程度升高,TLR-4 mRNA和TRIF mRNA相对含量及TLR-4和TRIF相对表达量升高( $P<0.05$ )。与模型组比较,治疗组大鼠肝脏的脂肪变性及炎症反应程度明显减轻,TLR-4 mRNA和TRIF mRNA相对含量及TLR-4和TRIF相对表达量显著降低( $P<0.05$ )。结论 降脂平肝汤可有效抑制NASH大鼠肝脏的炎症反应,其作用机制与调节TLR-4/TRIF信号转导通路的活性有关。

**关键词:**降脂平肝汤;非酒精性脂肪性肝炎;TLR-4/TRIF;信号转导通路;动物实验;痰证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.043

文章编号:1672-2779(2019)-04-0104-04

## Study on the Anti-inflammatory Mechanism of Jiangzhi Pinggan Decoction on Rats with Non-alcoholic Steatohepatitis

LIU Yang, LI Ruoyu, LIU Jinfang, ZHANG Ranran, CHEN Hao, XU Huichao, MIAO Yuchuan\*

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

**Abstract: Objective** To investigate the anti-inflammatory mechanism of Jiangzhi Pinggan decoction in rats with non-alcoholic steatohepatitis (NASH), and to provide experimental evidences for its clinical application. **Methods** 24 SPF male SD rats were randomly divided into normal control group, model group and treatment group. The normal control group rats were fed with basic diet, the model group and the treatment group was fed with high glucose and high fat fee for 14 weeks to establish the NASH model. And then, the normal saline and Jiangzhi Pinggan decoction (3 g crude drug/mL) were given intragastrically for 4 weeks at the dosage of  $10\text{ mL}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$  in model group and treatment group, respectively. After being executed, the liver tissues of all rats were extracted under aseptic and low temperature conditions, and the degree of steatosis and inflammatory cell infiltration and activity of TLR-4/TRIF signal transduction pathways in liver were detected with HE staining and Real-time PCR, Western-blot technique, respectively. **Results** Compared with the normal control group, the degree of steatosis, relative content of TLR-4 mRNA and TRIF mRNA and the relative expression of TLR-4 and TRIF increased in the rats of model group ( $P<0.05$ ). Compared with the model group, the degree of steatosis, relative content of TLR-4 mRNA and TRIF mRNA and the relative expression of TLR-4 and TRIF decreased in the rats of treatment group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Jiangzhi Pinggan decoction can effectively inhibit the inflammatory response in liver of rats with NASH, and its mechanism is related to regulating the activity of TLR-4/TRIF signal transduction pathway.

**Keywords:** Jiangzhi Pinggan decoction; non-alcoholic steatohepatitis; TLR-4/TRIF; signal transduction pathway; animal experiment; phlegm syndrome

近年来,非酒精性脂肪性肝病(nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD)的发病率日益升高,全球患病率约为10%~30%(尤以经济发达区域为重),其中约10%~20%的患者已达到非酒精性脂肪性肝炎(non-alcoholic steatohepatitis, NASH)的程度,如不及时治疗,10年内继发非酒精性脂肪性肝硬化(non-alcoholic fatty cirrhosis)或肝细胞癌(hepatocellular carcinoma, HCC)的概率为25%<sup>[1-2]</sup>。NASH不仅是人体代谢网络紊乱在肝脏集中体现,而且还与2型糖尿病、动脉粥样硬化等慢性代谢性疾病的发生发展密切

相关<sup>[3-5]</sup>。前期研究发现,降脂平肝汤可通过减轻机体的胰岛素抵抗(insulin resistance, IR)从而发挥调节脂质代谢、防治NASH的作用,对改善NASH患者的临床症状具有良好的疗效<sup>[6-9]</sup>。但降脂平肝汤参与NASH的抑炎机制目前尚不清楚。本文拟通过观察降脂平肝汤对NASH大鼠肝脏TLR-4/TRIF炎症信号通路活性的影响,从而对降脂平肝汤的抑炎机制进行探讨,为其临床应用提供实验依据。

### 1 材料与方 法

#### 1.1 材 料

**1.1.1 实验动物** 本实验已获山西中医药大学实验动物伦理委员会批准。24只SPF雄性SD大鼠,体质量( $200\pm 20$ )g,许可证号SCXK(京)2014-0013,购自北京海澱兴旺实验动物养殖场。实验动物经1周适应性饲养后随

※ 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81470190];山西省卫生厅科研课题项目[No.201301100];山西中医药大学“肝脏炎性疾病中西医结合基础研究创新团队”资助项目[No.2018TD-016]

\* 通讯作者:mych65@163.com

机分为正常组、模型组和治疗组 ( $n=10$ )。

**1.1.2 药物与试剂** 降脂平肝汤含丹参 30 g, 泽泻 30 g, 生山楂 30 g, 大黄 10 g (药物购自北京同仁堂药业有限公司), 常规制成水煎剂, 并浓缩至每毫升含 3 g 生药。RNA 提取试剂盒、反转录试剂盒和 Real-time PCR 试剂盒购自 TaKaRa 公司 (D9108B、DRRO47A、DRR420A); *TLR-4 mRNA*、*TRIF mRNA* 和  *$\beta$ -actin mRNA* 引物由 TaKaRa 公司合成, 引物序列见表 1; RIPA 组织细胞裂解液和 HRP- 标记 IgG 购自海斯信公司 (PAB180006、PAB160013), BCA 蛋白浓度测定试剂盒购自碧云天公司 (P0010), TLR-4 和 TRIF 单克隆抗体购自 abcom 公司 (ab22048、ab13810),  $\beta$ -actin 单克隆抗体购自 Santa cruz 公司 (sc-47778), ECL 超敏发光液购自普利莱公司 (P1010); 其他相关生化试剂或耗材均购自 Sigma 或 ZSGB-BIO 公司。

表1 TLR-4 mRNA、TRIF mRNA和  $\beta$ -actin mRNA引物序列

引物名称	引物序列(5'to 3')	大小(bp)
<i>TLR4-F</i>	CTGCATAGAGGTTAGTTCCT	128
<i>TLR4-R</i>	TCCAGCCACTGAAGTTCCTGA	
<i>TRIF-F</i>	AGATCAGCCAGTCGCCACTCT	131
<i>TRIF-R</i>	GTCAGTTCTTCGCAGCCTTCAG	
<i><math>\beta</math>-actin-F</i>	ACTCTGTGTGGATTGGTGGC	155
<i><math>\beta</math>-actin-R</i>	AGAAAGGCTGTAACCGCAGC	

## 1.2 实验方法

**1.2.1 模型建立** 采用“高糖高脂饲料”饲养 14 周的方法, 建立 NASH 大鼠模型。其中“高糖高脂饲料”的配制方法为基础大鼠饲料 (68.6%)、猪油 (20%)、蔗糖 (10%)、胆固醇 (1%)、胆酸钠 (0.2%) 和丙硫氧嘧啶 (0.2%)<sup>[10]</sup>。

**1.2.2 分组处理** 大鼠随机分为正常组、模型组和治疗组 (每组 8 只)。正常组大鼠常规饲料饲养, 模型组和治疗组大鼠在建立 NASH 模型后, 模型组大鼠给予生理盐水 10 mL·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup> 灌胃; 治疗组大鼠参照文献<sup>[7-8]</sup>的方法, 给予降脂平肝汤水煎剂 10 mL·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup> 剂量灌胃 (含 3 g 生药/mL)。上述各实验组大鼠均在灌胃 4 周后处死, 无菌、低温条件下提取肝脏组织, 部分液氮保存, 部分 4% 多聚甲醛固定。

**1.2.3 察各实验组大鼠大鼠肝脏形态学改变** 上述各实验组大鼠肝组织经 4% 多聚甲醛固定后, 常规制作石蜡切片和进行 HE 染色。参照文献<sup>[10]</sup>的方法, 计算炎症积分。

**1.2.4 Real-Time PCR法检测TLR-4 mRNA和TRIF mRNA的含量** 按 RNA 提取试剂盒说明书的方法提取各实验组大鼠肝组织中总 RNA, 并按反转录试剂盒说明书的要求进行反转录反应, 反应条件: 37 °C×15 min, 1 次循环; 85 °C×5 秒, 1 次循环。反转录产物 4 °C 保存。取 2  $\mu$ L 反转录产物与 Real-time PCR 试剂盒相关试剂混合后 (总体积为 20  $\mu$ L) 进行 PCR 扩增, 反应条件: 95 °C×30

秒, 1 次循环; (95 °C×5 sec, 60 °C×34 sec), 40 个循环。根据 Real-Time PCR 原始检测结果, 按照 $2^{-\Delta\Delta Ct}$ 相对定量计算公式, 计算出各样品的目的基因相对含量结果。

**1.2.5 蛋白免疫印迹法 (Western-blot) 检测TLR-4和TRIF的表达量** 取各实验组大鼠肝组织 1 g, 与 1 mL-RIPA 组织细胞裂解液混合后, 冰上研磨后消化 5 min, 4 °C 12 000 r 离心 10 min, 上清液采用 BCA 法进行蛋白质定量 (总蛋白浓度调整为 1 g·L<sup>-1</sup>)。采用 SDS-PAGE凝胶电泳分离蛋白质 (电泳条件为 10% 浓缩胶 80 V×40 min, 4% 分离胶 120 V×50 min), 湿转法转移蛋白质 (条件为: 90 V×30 min)。常规 5% 脱脂奶粉室温封闭 2 h, 后分别加入 1:1 000 稀释的 TLR-4 单抗、TRIF 单抗及  $\beta$ -actin 单抗 4 °C 孵育过夜, TBST 缓冲液洗涤 5 min×3 次; 1:500 稀释的 HRP-IgG 室温孵育 1 h, TBST 缓冲液洗涤 5 min×3 次; 加入 ECL 超敏发光液曝光, 结果输入电脑后, 采用 IMS 图象分析系统计算 TLR-4, TRIF 与  $\beta$ -actin 条带灰度值的比值, 作为其各自的相对表达量。

**1.2.6 统计学方法** 所得计量数据均以 ( $\bar{x}\pm s$ ) 形式表示, 并使用 SPSS 13.0 软件进行方差分析和 SNK 检验,  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 降脂平肝汤对各实验组大鼠肝脏形态学的影响** 与正常组比较, 模型组大鼠肝组织内可见肝细胞中度至重度水肿, 胞质内出现大量脂肪空泡, 肝小叶正常结构破坏, 小叶内可见散在的点状坏死和炎细胞浸润, 其炎性积分显著升高; 与模型组比较, 治疗组大鼠肝组织可见肝细胞脂肪变性程度明显减轻, 细胞内仅可见少许小泡性脂肪滴, 炎细胞浸润程度明显减轻, 其炎性积分显著降低 (结果见图1~2)。

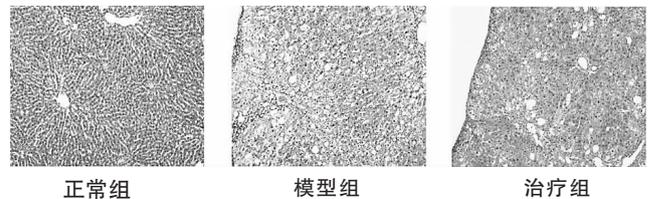
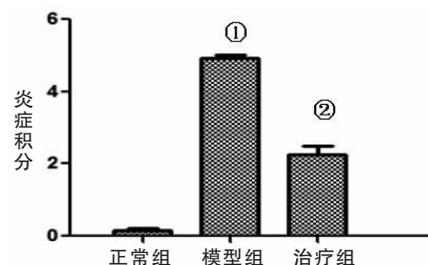


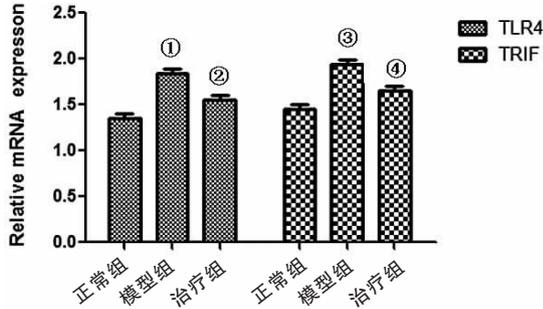
图1 降脂平肝汤对各实验组大鼠肝细胞脂肪变性及炎性反应的影响(HE×200)



注:① $P<0.05$  vs 正常组;② $P<0.05$  vs 模型组

图2 降脂平肝汤对各实验组大鼠肝脏炎症积分的影响

2.2 降脂平肝汤对大鼠肝脏 TLR-4 mRNA 和 TRIF mRNA 相对含量的影响 与正常组比较, 模型组大鼠 TLR-4 mRNA 和 TRIF mRNA 相对含量升高 ( $P < 0.05$ ); 与模型组比较, 治疗组大鼠肝脏内 TLR-4 mRNA 和 TRIF mRNA 相对含量显著降低 ( $P < 0.05$ ) (结果见图3)。



注: ① $P < 0.05$  vs 正常组, ② $P < 0.05$  vs 模型组; ③ $P < 0.05$  vs 正常组, ④ $P < 0.05$  vs 模型组

图3 降脂平肝汤对各实验组大鼠 TLR-4 mRNA 和 TRIF mRNA 相对含量的影响

2.3 降脂平肝汤对大鼠肝脏 TLR-4 和 TRIF 相对表达量的影响 与正常组比较, 模型组大鼠肝组织内 TLR-4 和 TRIF 的相对表达量升高 ( $P < 0.05$ ); 与模型组比较, 治疗组大鼠肝组织内 TLR-4 和 TRIF 相对表达量显著降低 ( $P < 0.05$ ) (结果见图4~5)。

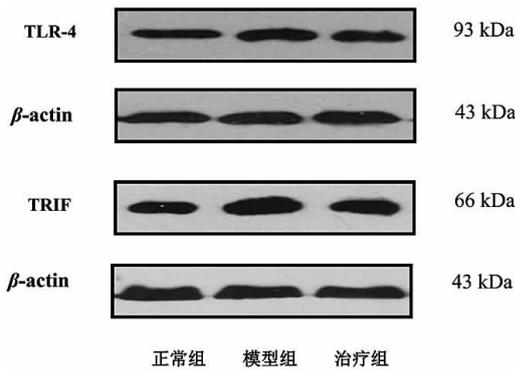
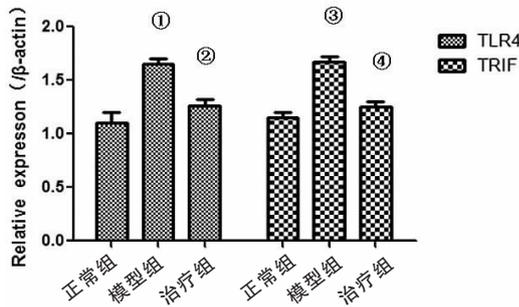


图4 各实验组大鼠肝脏 TLR-4 和 TRIF 蛋白的表达变化



注: ① $P < 0.05$  vs 正常组, ② $P < 0.05$  vs 模型组; ③ $P < 0.05$  vs 正常组, ④ $P < 0.05$  vs 模型组

图5 降脂平肝汤对各实验组大鼠 TLR-4 和 TRIF 相对表达量的影响

### 3 讨论

根据中医学的基础理论, NASH 属“痰浊”“积聚”“湿阻”等范畴, 临证多因饮食不节、劳逸无度、情志失调、久病体虚引起, 导致肝失疏泄、脾失健运、湿邪内侵、痰浊内蕴、痰浊不化, 湿、痰、瘀、积互结, 痹阻于肝脏脉络而至发病<sup>[11-13]</sup>。因此, 应以“疏肝健脾、化痰利湿、活血化瘀、通腑降浊”作为 NASH 基本治法。降脂平肝汤由大黄、丹参、泽泻、生山楂等药物组成, 其中丹参、大黄具活血化瘀之功, 泽泻有除湿消痰之效, 而生山楂可祛瘀消积。诸药合方, 可达“祛痰湿、化瘀积、调肝脾、通气血”之功效。本次实验结果显示, NASH 大鼠经降脂平肝汤治疗 4 周后, 大鼠肝脏内脂肪变性及炎症反应程度显著降低, 表明降脂平肝汤可有效抑制 NASH 大鼠肝脏内的炎症反应。

根据现代分子生物学理论分析, 降脂平肝汤对 NASH 大鼠的抑炎机制可能与调节 TLR-4/TRIF 信号转导通路的活性有关。TLR-4 属于 Toll 样受体 (Toll-like receptors, TLRs) 家族之一 (包括 TLR1~TLR11<sup>[14-16]</sup>)。TLRs 识别内、外源性配体后, 可以启动炎症应答信号通路、诱导炎症因子表达, 从而对机体产生保护或损伤作用。TLR-4 可通过介导髓样分化因子 (myeloid differentiation primary response gene, MyD)-88 依赖性信号转导通路和非 MyD88 依赖性信号转导通路 (TLR-4/TRIF 信号转导通路), 激活核转录因子 (nuclear transcription factor, NF)  $-\kappa B$ <sup>[17-18]</sup>。

在正常状态下, NF- $\kappa B$  在细胞质内与 I $\kappa B$  结合, 构成非激活状态的复合物。而脂多糖 (lipopolysaccharide, LPS) 等致炎因子可以通过激活 TLR-4 及其下游的 MyD-88 或 TRIF, 引起 I $\kappa B$  的磷酸化和降解, 从而使 NF- $\kappa B$  与 I $\kappa B$  解离、活化, 并向细胞核内转移, 进一步介导大量炎症因子的合成与释放 (见图6), 从而导致包括 NASH、自身免疫性肝炎 (autoimmune hepatitis, AIH)、类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 等在内的多种慢性炎症性疾病的发生、发展<sup>[19-23]</sup>。

本次实验结果显示, 与正常组大鼠比较, NASH 模型大鼠肝组织内 TLR-4/TRIF 信号转导通路的活性显著升高, 表明 MyD88 非依赖性转导途径的 TLR-4/TRIF 信号转导通路是“高糖高脂饮食”所致肝脏炎症反应及肝组织损伤的分子生物学机制之一。而与 NASH 模型比较, 治疗组大鼠肝组织内 TLR-4/TRIF 信号转导通路的活性显著降低, 表明降脂平肝汤的“祛痰湿、化瘀积、调肝脾、通气血”功效, 可能就是与抑制 TLR-4/TRIF 信号转导通路的活性, 从而抑制肝组织内的炎症反应有关。

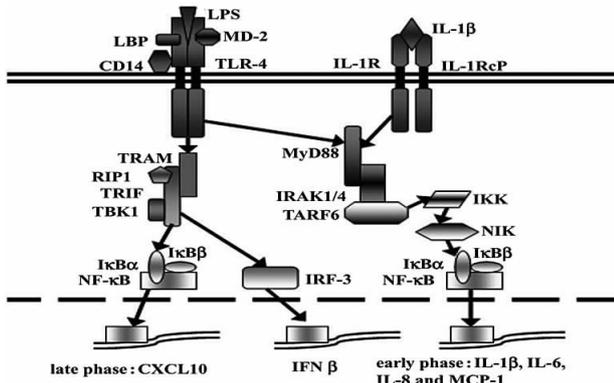


图 6 TLR-4 参与炎症的调控机制 (引自 Meng G, et al, 2010)

降脂平肝汤调节 TLR-4/TRIF 信号转导通路活性的机制, 我们分析认为可能与丹参以及大黄所含的大黄素有关。有研究发现, RAW 264.7 细胞株经丹参乙醇提取物预处理后, TLR-4 的表达明显受到抑制, 同时细胞所产生的促炎因子显著降低 (包括 IL-1 $\beta$ 、IL-6、TNF- $\alpha$  等), 抗炎因子显著升高 (包括 IL-4、IL-10、TGF- $\beta$  和 IL-1Ra 等), 提示丹参可以通过抑制 TLR-4 的表达从而参与炎症的调控<sup>[24]</sup>。而 Meng G 等<sup>[25]</sup> 研究发现, 经 LPS 诱导后, 人脐静脉内皮细胞 (human umbilical vein endothelial cells, HUVECs) 中 TLR-4 的表达水平、I $\kappa$ B 的降解水平以及 NF- $\kappa$ B 的活化水平均显示升高, 同时促炎因子 (包括 IL-1 $\beta$ 、IL-6) 以及趋化因子 (IL-8、CCL2) 的含量显著增多; 而经过大黄素预处理后, HUVECs 中 TLR-4 的表达水平、I $\kappa$ B 的降解水平以及 NF- $\kappa$ B 的活化水平均显示降低, 同时促炎因子 (包括 IL-1 $\beta$ 、IL-6) 以及趋化因子 (IL-8、CCL2) 的含量显著减少, 并且上述效应呈大黄素浓度依赖性变化。上述研究均提示, 大黄以及丹参可以通过调节 TLR-4 的表达, 进而发挥抑制炎症反应的作用。因此, 二者可能是降脂平肝汤抗炎机制的关键组分。但由于上述研究均为离体细胞研究, 因此, 丹参及大黄的在体动物实验研究, 将是我们今后研究降脂平肝汤抗炎机制的重点。

综上所述, TLR-4/TRIF 炎性信号转导通路可能是降脂平肝汤治疗 NASH 的关键抗炎靶点之一, 而大黄及丹参可能是降脂平肝汤抗炎机制中的关键组分。

#### 参考文献

- [1] Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease—Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes[J]. *Hepatology*, 2016, 64(1):73-84.
- [2] Oliveira C P, Stefano J T, Carrilho F J. Clinical patterns of hepatocellular carcinoma (HCC) in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): a multicenter prospective study [J]. *Hepatobiliary Surg Nutr*, 2017, 6(5):350-352.
- [3] Dai W, Ye L, Liu A, et al. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96 (39) :e8179.
- [4] Dharmalingam M, Yamasandhi P G. Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Type 2 Diabetes Mellitus[J]. *Indian J Endocrinol Metab*, 2018, 22(3):421-428.
- [5] Lonardo A, Nascimbeni F, Mantovani A, et al. Hypertension, diabetes,

- atherosclerosis and NASH: Cause or consequence? [J]. *J Hepatol*, 2018, 68(2):335-352.
- [6] 苗宇船, 李明磊, 刘杨, 等. 降脂平肝汤含药血清对 HepG2 细胞胰岛素抵抗的影响 [J]. *中国实验方剂学杂志*, 2012, 18(5):201-210.
- [7] 苗宇船, 张志岗, 柴宝, 等. 降脂平肝汤对脂肪肝大鼠胰岛素抵抗的影响 [J]. *山西中医*, 2008, 24(3):45-47.
- [8] 苗宇船, 张志岗, 柴宝, 等. 脂平肝汤对非酒精性脂肪性肝病大鼠肠源性内毒素血症的影响 [J]. *中西医结合肝病杂志*, 2008, 18(4):238-239.
- [9] 苗宇船, 李美蕊. 降脂平肝汤治疗肥胖性脂肪肝 39 例临床观察 [J]. *山西中医*, 2003, 19(2):14.
- [10] 苗宇船, 刘杨, 李若瑜, 等. 大鼠非酒精性脂肪性肝炎肝郁脾虚证模型的建立 [J]. *世界中西医结合杂志*, 2018, 13(4):445-448, 461.
- [11] 吴丽, 张峰, 郑仕中, 等. 中医药治疗非酒精性脂肪肝的研究进展 [J]. *中成药*, 2015, 37(5):1072-1075.
- [12] 司晓雪, 白光. 从脾论治脂肪肝 [J]. *实用中医内科杂志*, 2016, 30(8):30-32.
- [13] 徐亮, 宓余强, 李萍. 非酒精性脂肪肝中医证型客观化研究 [J]. *中华中医药杂志*, 2015, 30(7):2544-2547.
- [14] Gao X X, Cui J, Zheng X Y, et al. An investigation of the antidepressant action of Xiaoyao powder in rats using ultra performance liquid chromatography-mass spectrometry combined with metabolomics [J]. *Phytotherapy Research*, 2013, 27(7):1074-1085.
- [15] Vijay K. Toll-like receptors in immunity and inflammatory diseases: Past, present, and future [J]. *Int Immunopharmacol*, 2018, 59:391-412.
- [16] Hernández-Aquino E, Muriel P. Beneficial effects of naringenin in liver diseases: Molecular mechanisms [J]. *World J Gastroenterol*, 2018, 24(16):1679-1707.
- [17] Miura K, Yang L, van Rooijen N, et al. Toll-like receptor 2 and palmitic acid cooperatively contribute to the development of nonalcoholic steatohepatitis through inflammasome activation in mice [J]. *Hepatology*, 2013, 57(2):577-89.
- [18] Broering R, Lu M, Schlaak J F. Role of Toll-like receptors in liver health and disease [J]. *Clin Sci (Lond)*, 2011, 121(10):415-26.
- [19] Li J, Sasaki G Y, Dey P, et al. Green tea extract protects against hepatic NF  $\kappa$  B activation along the gut-liver axis in diet-induced obese mice with nonalcoholic steatohepatitis by reducing endotoxin and TLR4/MyD88 signaling [J]. *J Nutr Biochem*, 2018, 53:58-65.
- [20] Chi G, Feng X X, Ru Y X, et al. TLR2/4 ligand-amplified liver inflammation promotes initiation of autoimmune hepatitis due to sustained IL-6/IL-12/IL-4/IL-25 expression [J]. *Mol Immunol*, 2018, 99:171-181.
- [21] Eser B, Sahin N. Evaluation of toll-like receptor-2 and 4 and interleukin-6 gene expressions in Turkish rheumatoid arthritis patients [J]. *Clin Rheumatol*, 2016, 35(11):2693-2697.
- [22] Dias A T, de Castro SBR, de Souza Alves CC, et al. Genistein modulates the expression of Toll-like receptors in experimental autoimmune encephalomyelitis [J]. *Inflamm Res*, 2018, 67(7):597-608.
- [23] Ferreira T B, Hygino J, Wing A C, et al. Different interleukin-17-secreting Toll-like receptor+ T-cell subsets are associated with disease activity in multiple sclerosis [J]. *Immunology*. 2018 Jun;154(2):239-252.
- [24] Moon S, Shin S, Kim S, et al. Role of Salvia miltiorrhiza for modulation of Th2-derived cytokines in the resolution of inflammation [J]. *Immune Netw*, 2011, 11(5):288-298.
- [25] Meng G, Liu Y, Lou C, et al. Emodin suppresses lipopolysaccharide-induced pro-inflammatory responses and NF- $\kappa$ B activation by disrupting lipid rafts in CD14-negative endothelial cells [J]. *Br J Pharmacol*, 2010, 161(7):1628-1644.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵焕新 收稿日期:2018-09-27)

# 獐宝对大鼠胃黏膜 HSP60、HSP90、Cyt-c、Caspase9 表达的影响<sup>※</sup>

王媛媛 郑亮\*

(南京中医药大学第二附属医院脾胃病科,江苏 南京 210017)

**摘要:**目的 探讨獐宝治疗胃癌前病变的机理。方法 清洁级 Wistar 雄性大鼠 14 只,随机分为 4 组,空白组(N),模型对照组(NR),獐宝治疗组(D),胃复春对照组(W),每组 3 只,剩余 2 只 16 周时取样观察造模情况。12 周后处死大鼠,剖腹取胃,应用荧光定量 PCR 及免疫印迹法检测各组胃组织样本中 HSP60、HSP90、Cyt-c、Caspase9 蛋白的表达。结果 胃组织荧光定量 PCR 及免疫印迹法均显示:与空白组相比,模型对照组的 HSP60、HSP90 的表达减少( $P<0.05$ );而与模型对照组相比,给药组 HSP60、HSP90 的 mRNA 表达均有所增加( $P<0.05$ ),其中獐宝组较胃复春组增加更明显( $P<0.05$ )。与空白组相比,模型对照组的 Cleaved-Caspase9、Cyt-c 的 mRNA 表达增加( $P<0.05$ ),而与模型对照组相比,给药组 Cleaved-Caspase9、Cyt-c 的 mRNA 表达有所减少,其中獐宝组较胃复春组减少更明显( $P<0.05$ )。结论 胃癌前病变的机制可能与凋亡信号通路过度激活有关,獐宝与胃复春能够抑制凋亡通路的过度激活,其中獐宝疗效优于胃复春。

**关键词:**獐宝;胃癌前病变;细胞凋亡;免疫印迹;胃黏膜;动物实验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.044

文章编号:1672-2779(2019)-04-0108-03

## Effect of Zhangbao on the Expression of HSP60, HSP90, Cyt-c and Caspase9 in Gastric Mucosa of Rat

WANG Yuanyuan, ZHENG Liang\*

(Department of Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210017, China)

**Abstract: Objective** To investigate the mechanism of Zhangbao in the treatment of precancerous lesions of gastric cancer. **Methods** Fourteen Wistar male rats were randomly divided into 4 groups: blank group (N), model control group (NR), Zhangbao treatment group (D), and Weifuchun control group (W). Only the remaining 2 samples were taken at 16 weeks to observe the modeling. After 12 weeks, the rats were sacrificed and the stomach was taken by laparotomy. The expressions of HSP60, HSP90, Cyt-c and Caspase9 in gastric tissue samples were detected by real-time PCR and immunoblotting. **Results** Quantitative PCR and immunoblotting of gastric tissue showed that the expression of HSP60 and HSP90 in the model control group was lower than that in the blank group ( $P<0.05$ ). Compared with the model control group, the administration group was HSP60 and HSP90. The mRNA expression was increased ( $P<0.05$ ), and the Zhangbao group was more significantly increased than the Weifuchun group ( $P<0.05$ ). Compared with the blank group, the mRNA expression of Cleaved-Caspase9 and Cyt-c in the model control group was increased ( $P<0.05$ ), while the mRNA expression of Cleaved-Caspase9 and Cyt-c in the drug-administered group was compared with the model control group. The reduction was more obvious in the Zhangbao group than in the Weifuchun group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The mechanism of precancerous lesions of gastric cancer may be related to the excessive activation of apoptotic signaling pathway. Zhangbao and Weifuchun can inhibit the excessive activation of apoptotic pathway, and the efficacy of Zhangbao is better than that of Weifuchun.

**Keywords:** Zhangbao; precancerous lesions; apoptosis; immunoblotting; gastric mucosa; animal experiment

胃癌是一个严重危害人民健康的疾病。我国是胃癌全球高发国家,胃癌发病率和死亡率显著高于全球平均水平<sup>[1-2]</sup>。国内外大多数学者认可的胃癌发病模式为:慢性萎缩性胃炎(CAG)→肠上皮化生(IM)→异型增生(Dys,现归于上皮内瘤变)→胃癌。2000年世界卫生组织公布的新版消化系统肿瘤病理学和遗传学分类中<sup>[3]</sup>,将上皮内瘤变和肠化生视为胃癌前病变(preneoplastic lesion of gastric cancer, PLGC)<sup>[4]</sup>。目前早期胃癌患者

术后5年生存率达90%以上<sup>[5]</sup>,所以,PLGC的早诊早治,是提高胃癌存活率的唯一有效措施。现代医学对治疗胃癌前病变尚无理想的治疗方法,而中医在此方面具有一定优势。中医学讲究整体观念,重视辨证论治,药食兼顾,综合治疗,克服西药治疗阻断单环节的不足,疗效确定,副作用小。

獐宝早在《本草纲目》中就有记载,是一种名贵稀有药材。它是鹿科动物幼獐吮吸獐奶后在胃中凝结的奶凝块,过去主要用于小儿疳积,功能性消化不良等。江苏省第二中医院脾胃病科郑亮教授研发獐宝治疗胃癌前病变获得三项国家发明专利,并且在临床中取得满意疗效。近年来基于此所做的前期动物实验

※ 基金项目:江苏省第十三批“六大人才高峰”高层次人才选拔培养资助项目[No.WSN-018]

\* 通讯作者:13915919898@126.com

研究发现<sup>[6]</sup>, 獐宝可以逆转慢性萎缩性胃炎大鼠胃粘膜肠上皮化生, 轻度-中度不典型增生。本课题旨在进一步探讨獐宝对胃癌癌前病变凋亡机制线粒体通路的影响。

### 1 实验材料

清洁级 Wistar 雄性大鼠 (由南京市江宁区青龙山动物繁殖场提供) 14 只 (4 组, 每组 3 只, 剩余 2 只 16 周时取样观察造模情况), 体质量 180~220 g。胃复春片 (由杭州于庆堂制药有限公司提供), 獐宝: (由南京万御宝生物技术有限公司提供)。

### 2 实验方法

#### 2.1 分组与造模

2.1.1 分组 将雄性大鼠体质量 180~220 g, 随机分为: 4 个组, 每组 3 只大鼠。空白组 (N); 模型对照组 (NR); 胃复春对照组 (W); 獐宝治疗组 (D)。

2.1.2 造模 采用 MNNG 自由饮水法配合抑酸、饥饿失常及脱氧胆酸钠、乙醇灌胃法联合造模。空白组给予等量生理盐水灌胃。于造模 16 周末将待观察造模情况的 2 只大鼠, 取胃窦及胃体组织各 1 块, 用常规苏木素-伊红染色, 用 20% 福尔马林固定后, 光镜下观察胃黏膜均存在萎缩, 且出现肠上皮化生和不典型增生, 确认造模成功。

2.1.3 给药处理 造模 16 周后, 獐宝剂量组以 56 mg/kg 灌胃, 胃复春组 25.13 mL/kg 灌胃, 空白组、模型对照组给予 10 mL/kg 生理盐水灌胃, 每日 1 次, 每周 6 次。连续给药时间均为 12 周。

2.1.4 样本取材 12 周后处死大鼠, 剖腹取胃, 在胃的大弯侧剖开全胃, 取出 0.2 cm×0.2 cm 长条形胃组织, 迅速放于 4% 甲醛溶液固定。

2.1.5 采用荧光定量 PCR 检测胃组织 HSP60、HSP90、Cyt-c、Caspase-9 的 mRNA 表达情况。

2.1.6 采用免疫印迹法测定胃组织 HSP60、HSP90、Cyt-c、Caspase-9 的蛋白浓度。

2.4 统计学方法 采用统计软件 SPSS 19.0 软件进行统计学分析。连续型变量采用“均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ )”进行统计学描述。多组间比较用单因素方差分析, 组间比较采用 *Q* 检验。*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

### 3 实验结果

3.1 Q-PCR 实验结果 Q-PCR 检测各组大鼠胃组织的 HSP60、HSP90、Caspase9、Cytc 的 mRNA 表达水平, 与空白组相比, 模型对照组的 HSP60、HSP90 的表达均减少 (*P*<0.05); 而与模型对照组相比, 给药组 HSP60、HSP90 的 mRNA 表达均有所增加 (*P*<0.05)。与空白组相比, 模型对照组的 Cleaved-Caspase9、Cytc 的 mRNA

表达增加 (*P*<0.05), 而给药组与模型对照组相比, Cleaved-Caspase9、Cytc 的 mRNA 表达有所减少 (*P*<0.05), 且獐宝对凋亡信号通路的抑制效果优于胃复春组 (*P*<0.05)。见表1、图1~2。

表1 獐宝对不同组别 Q-PCR 实验  
凋亡信号通路的抑制作用的比较

组别	HSP60	HSP90	Caspase9	Cytc
空白组	1.00±0.12	1.08±0.15	1.03±0.15	1.04±0.19
模型对照组	0.35±0.16	0.23±0.08	7.61±1.05	4.65±1.15
胃复春组	0.51±0.21	0.32±0.11	5.52±1.65	3.57±1.06
獐宝组	0.63±0.16	0.42±0.16	4.33±1.37	2.95±0.65
<i>P</i> 值	0.000 <sup>*</sup>	0.000 <sup>*</sup>	0.000 <sup>*</sup>	0.000 <sup>*</sup>
	0.007 <sup>**</sup>	0.002 <sup>**</sup>	0.000 <sup>**</sup>	0.003 <sup>**</sup>
	0.000 <sup>***</sup>	0.037 <sup>***</sup>	0.016 <sup>***</sup>	0.027 <sup>***</sup>
	0.045 <sup>#</sup>	0.000 <sup>#</sup>	0.000 <sup>#</sup>	0.000 <sup>#</sup>

注:<sup>\*</sup>模型组与空白组相比;<sup>\*\*</sup>胃复春组与模型组相比;<sup>\*\*\*</sup>獐宝组与模型组相比;<sup>#</sup>獐宝组与胃复春组相比

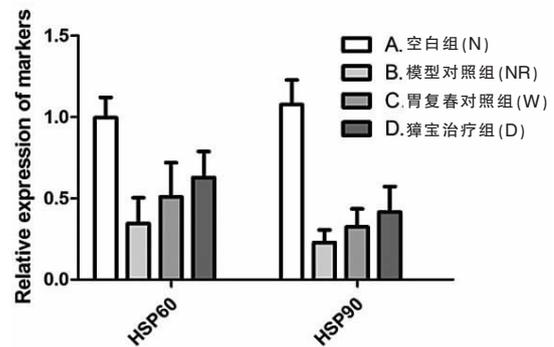


图1 獐宝对不同组别 Q-PCR 实验 HSP60 和 HSP90 的影响

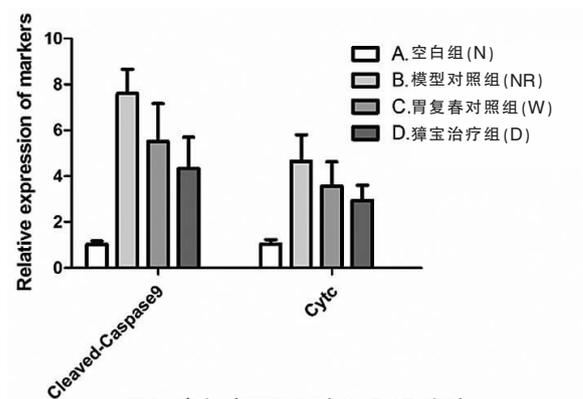


图2 獐宝对不同组别 Q-PCR 实验  
Cleaved-Caspase9 和 Cytc 的影响

3.2 免疫印迹实验结果 提取动物胃组织样本, 提取蛋白进行免疫印迹实验, 结果大体上与 Q-PCR 一致, 与空白组相比, 模型对照组的 Cleaved-Caspase9、Cyt-c 的蛋白表达增加 (*P*<0.05), 总 Caspase9 保持不变 (*P*>0.05), 而给药组与模型对照组相比, 总 Caspase9 仍然保持不变 (*P*>0.05), 而 Cleaved-Caspase9、Cyt-c 的蛋白表达有所减少 (*P*<0.05)。见表2、图3。

表2 獐宝对不同组别免疫印迹实验结果比较

组别	HSP60	HSP90	Cleaved-Caspase-9/GAPDH	Caspase-9/GAPDH
空白组	1.00±0.00	1.00±0.00	1.00±0.00	1.00±0.00
模型对照组	0.27±0.12	0.15±0.05	4.45±0.93	1.14±0.14
胃复春组	0.55±0.12	0.40±0.04	2.65±0.53	0.99±0.15
獐宝组	0.88±0.08	0.65±0.05	1.83±0.49	1.19±0.13
P值	0.003*	0.001*	0.000*	0.503*
	0.008**	0.001**	0.006**	0.311**
	0.002***	0.000***	0.013***	0.762***
	0.008#	0.002#	0.000#	0.189#

注:模型组与空白组相比;\*胃复春组与模型组相比;\*\*\*獐宝组与模型组相比;#獐宝组与胃复春组相比

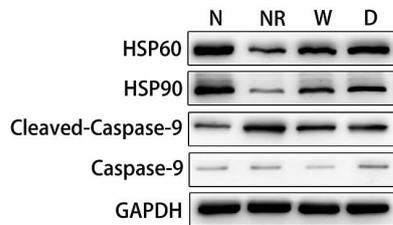


图3 獐宝对不同组别免疫印迹实验电泳结果

#### 4 讨论

近年来研究表明,胃癌的发生发展与癌基因激活、抑癌基因失活、抗凋亡基因过度表达、抑制细胞凋亡、刺激细胞分化和增殖密切相关。细胞凋亡的异常是胃粘膜癌变的重要原因之一。细胞凋亡是一个复杂的过程,至少有三条通路参与了细胞凋亡的发生,即死亡受体通路、内质网通路以及线粒体通路<sup>[7]</sup>。虽然凋亡刺激信号可激活三种凋亡通路中的一种,但是在某些情况下三者是相互联系的,它们之间存在串话(cross talking),其中线粒体是多种促细胞凋亡信号转导分子的靶点,同时也是细胞死亡通路的整合元件,在细胞凋亡三条通路中均起着中心调控作用,细胞凋亡中许多重要事件都与线粒体密切相关。线粒体的膜间腔内有很多促凋亡因子,其中重要的一种就是细胞色素C(Cyt-c)。线粒体途径可使Cyt-c从线粒体中释放至胞浆中,从而激活 caspas9,一旦 caspas9 被激活,即激活下游的效应 Caspase-3,启动Caspase的级联反应,引发细胞凋亡。本课题发现与空白组相比,模型对照组的 Cyt-c、Cleaved-Caspase9 的 mRNA 表达增加,提示我们胃癌癌前病变的病理机制与过度激活凋亡信号通路有关,而给药组与模型对照组相比,Cyt-c、Cleaved-Caspase9 的 mRNA 表达有所减少,说明獐宝与胃复春可以抑制 Cyt-c 的释放,降低 caspas9 的活性,从而抑制凋亡信号通路的过度激活,且獐宝对凋亡信号通路的抑制效果优于胃复春组。热休克蛋白(HSPs)又称作应激蛋白(SP)<sup>[8]</sup>,近年来研究发现,HSPs与肿瘤的发生发展存在一定关联性<sup>[8]</sup>。HSP60是原核细胞和真核细胞

的分子伴侣,可能参与了肿瘤特殊信号的传递,在胃粘膜炎症、萎缩和癌变中所起的作用近年来也越来越被重视。在发生胃粘膜萎缩初期,其蛋白表达是增加的。随着萎缩程度的加重,表达反而下降,疾病进展过程中呈现出一个双向性。一般认为 HSP60 具有抗凋亡作用。HSP90 不仅参与蛋白的运输、解聚以及保护细胞免受环境压力,同时还参与了抗感染、肿瘤免疫、自身免疫,可能对肿瘤细胞的增殖和存活起着重要的作用。本试验与空白组相比,模型对照组 HSP60、HSP90 表达减少 ( $P<0.05$ ),胃复春治疗组、獐宝治疗组 HSP60、HSP90 表达增加 ( $P<0.05$ )。其中獐宝组较胃复春组比较增加更为显著 ( $P<0.05$ ),这也进一步证实了胃癌癌前病变造模后,模型组凋亡处于活跃状态。而给予獐宝治疗一定程度减少凋亡的过度激活。这一结果与部分文献报道不一致<sup>[8-9]</sup>,其原因可能因为胃粘膜癌变启动阶段可能存在着活跃的细胞增殖和大量细胞凋亡共存的现象<sup>[10]</sup>。慢性萎缩性胃炎向胃癌的发生是个多步骤缓慢的过程,是正常细胞增殖与凋亡平衡打破的过程,这一过程非常微妙,目前仍有一些未知的凋亡通路中的蛋白表达高低影响着凋亡的过程。HSP60、HSP90 同时具有抗凋亡和促凋亡的作用,其在恶性肿瘤的表达中呈现双向性,即或促进凋亡亦或抑制凋亡。本研究得出的结果是不同个体在同一疾病状态下凋亡蛋白的表达,验证以上推论还需要监测同一个体在不同疾病状态下凋亡蛋白的表达,这也是我们今后研究的一个方向。

#### 参考文献

- [1] 王宝华,王宁,冯雅靖,等. 1990年与2013年中国人群胃癌疾病负担分析[J]. 中华流行病学杂志,2016,37(6):763-767.
- [2] Feday J, Shin H, Bray F, et al. GLOBOCAN 2008: cancer incidence and mortality worldwide[M]. Lyon: IARC Press, 2010: 29.
- [3] Hamilton S R, Aaltonen L A. World Health Organization classification of tumours, Pathology and genetics of tumours of digestive system[M]. Lyon: IARC Press, 2000.
- [4] Gutierrez-Gonzalez L, Graham T A, Rodriguez-Justo M, et al. The clonal origins of dysplasia from intestinal metaplasia in the human stomach[J]. Gastroenterology, 2011, 140(4):1251-1260.
- [5] 王永向,高亮,王元宇,等. 早期胃癌预后的影响因素分析[J]. 中华胃肠外科杂志,2014,17(2):180-181.
- [6] 梅雨玫,郑亮. 獐宝治疗大鼠胃癌前期病变的实验研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(23):156-157.
- [7] 陈月桥,王丽,武建华. 细胞凋亡信号传导途径研究进展[J]. 中国实用医药,2007,2(33):186-187.
- [8] 高艳萍,原素梅,张海芳. 幽门螺杆菌感染与胃黏膜病变中 HSP60 表达的相关性研究[J]. 医学综述,2008,14(7):1112-1113.
- [9] 余慧. 胃癌中 Hsp90 $\alpha$  和 p53 的表达及意义[J]. 中国医药导报,2010,7(1):27-29.
- [10] Grenz S, Naschberger E, Merkel S, et al. IFN- $\gamma$ -driver intratumoral microenvironment exhibits superior prognostic effect compared with colon carcinoma[J]. Am J Pathol, 2013, 183(6):1897-1909.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李镇 收稿日期:2018-10-09)

# 中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察

陈丽萍

(江西省兴国县第二医院消化内科,江西 兴国 342400)

**摘要:**目的 通过临床试验研究,探讨中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征的疗效,为临床治疗提供数据参考。方法 随机选取我科室2016年3月—2017年3月接收治疗的132例腹泻性肠易激综合征患者为观察对象,根据不同治疗方法,按就诊次序将患者分为观察组(66例)和对照组(66例),其中观察组采用中西医结合治疗,对照组采用西药治疗,对比2组患者病情发展及临床疗效。结果 经比较,观察组患者的各项生活质量得分情况和肠道症状均明显优于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 经过实验分析表明,中西医结合针对腹泻型肠易激综合征的治疗副作用小,疗效有优势,具有重要的临床意义。

**关键词:** 中西医结合;腹泻;肠易激综合征

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.045

文章编号:1672-2779(2019)-04-0111-02

## Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treating Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome

CHEN Liping

(Department of Gastroenterology, The Second Hospital of Xingguo County, Jiangxi Province, Xingguo 342400, China)

**Abstract: Objective** To explore the curative effect of integrative Chinese and Western medicine on diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS) and to provide data for clinical treatment. **Methods** 132 patients with IBS were randomly selected from March 2016 to March 2017 in our department. According to different treatment Methods, the patients were divided into observation group (66 cases) and control group (66 cases). The observation group was treated with integrated traditional Chinese and Western medicine, and the control group was treated with Western medicine. The development and clinical efficacy was compared between the two groups. **Results** By comparison, the quality of life scores and intestinal symptoms of the observation group were significantly better than those of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The experimental analysis shows that the combination of traditional Chinese and western medicine for IBS has less side-effects, better curative effect and important clinical significance.

**Keywords:** integrated traditional Chinese and Western medicine; diarrhea; irritable bowel syndrome

肠易激综合征属于功能性肠道疾病,是临床常见病之一,全球多发,多见于中青年,可分为腹泻型、便秘型、未分类型及混合型<sup>[1]</sup>。临床多为腹泻型肠易激综合征,症状表现为腹痛、腹胀、腹泻、便后痛减、黏液便、便后窘迫感等,为持续或间歇性发作。该疾病临床治疗病程长,病情易反复,治疗费用高,严重影响人们正常生活。因此,本人做出关于中西医结合治疗方法对腹泻型肠易激综合征的临床疗效分析,具体探讨过程如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 随机选取2016年3月—2017年3月我科室接收治疗的132例患者,均符合腹泻型肠易激综合征诊断标准。根据治疗方法不同,按就诊顺序将患者分为观察组和对照组,各66例。其中,观察组男20例,女46例;年龄20~58岁,平均38.51岁;病程1~5年,平均病程(2.32±0.25)年。对照组男28例,女38例;年龄23~60岁,平均40.52岁;病程1~6年,平均病程(2.81±0.43)年。2组患者基础信息对比无特殊差异( $P > 0.05$ ),可行对比分析。

**1.2 排除标准** 胃泌素瘤患者;有胃肠道手术史;具有任

何已知的吸收不良患者;具有器质性病变患者。

**1.3 治疗方法** 对照组用单纯西医治疗方法,具体治疗过程如下:给予患者(1)口服匹维溴铵片,每次50 mg,每日3次;(2)口服蜡样芽孢杆菌活菌胶囊,每次2粒,每日3次。每4周为1个疗程。

观察组则在对照组的基础上加入中医方法,具体治疗过程如下:(1)汤药治疗。中药以健脾益气、温补肾阳为原则,以固护根本、行气散寒、祛湿止泻,使用升阳温肠汤,方药组成为:炙黄芪30 g,制附子10 g,党参10 g,炒白术、茯苓、肉豆蔻、白芍各10 g,木香5 g,炙甘草6 g,每日1剂,早晚2次分服,200 mL水煎服;(2)中成药治疗。中成药采用补脾益肠丸,以补脾益气、健脾止泻为原则,口服,每次6 g,每日3次;(3)针刺治疗。选穴以内关、足三里、天枢、中脘、下腕、气海穴为主穴,达到调和阴阳、疏通经络、扶正祛邪的疗效。针刺治疗8周后,观察治疗效果;(4)中药灌肠治疗。采用中药灌肠疗法,患者普遍能接受中药灌肠的价格,且疗效显著、毒副作用低,可降低西药的不良反应发生率;(5)穴位贴敷治疗。穴位贴敷疗程短、

操作简单,选穴脾俞、肾俞、天枢、神阙、足三里穴等,治疗4周后观察治疗效果。

**1.4 观察指标** 记录研究对象的调查问卷,观察其生活质量,包括总体健康、生理功能、精神健康、情感智能等,得分越高说明患者生活质量越好。

调查2组患者的肠道症状,包括排便满意度、腹胀程度、腹痛程度、生活干扰程度等,排便满意度越高表示患者肠道症状越好,腹胀程度、腹痛程度和生活干扰程度越低表示患者肠道症状越好。进行2组患者的疗效对比。

**1.5 疗效判定标准** 根据中医症候量表进行效果评定,量表内容包括患者腹胀、腹痛、大便性状、排便频率、排便急迫程度等进行积分,症状由轻至重依次记为0分、2分、4分、6分,其中得分 $\geq 7$ 分,表示诊断成立;得分7~14分,表示轻度;得分15~22分,表示中度;得分 $\geq 23$ 分,表示重度;证候积分=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

**1.6 统计学方法** 根据SPSS 19.0统计学软件进行数据分析处理,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验,计数资料以 $(\%, n)$ 表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者生活质量对比** 治疗后,观察组患者的总体健康、生理功能、精神健康、情感智能各项得分情况均明显优于对照组,差异显著有统计学意义, $P < 0.05$ ,见表1。

表1 2组患者生活质量对比  $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

组别	例数	总体健康	生理功能	精神健康	情感智能
观察组	66	65.46 $\pm$ 21.05	90.78 $\pm$ 15.82	68.54 $\pm$ 22.98	73.21 $\pm$ 22.96
对照组	66	48.32 $\pm$ 16.53	77.96 $\pm$ 17.05	52.35 $\pm$ 28.76	55.62 $\pm$ 21.08

注: $P < 0.05$

**2.2 2组患者肠道症状对比** 经比较,观察组患者肠道症状明显优于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ ,见表2。

表2 2组患者肠道症状对比  $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

组别	例数	排便满意度	腹胀程度	腹痛程度	生活干扰程度
观察组	66	83.35 $\pm$ 15.32	1.27 $\pm$ 0.22	3.12 $\pm$ 0.08	20.06 $\pm$ 3.98
对照组	66	50.22 $\pm$ 10.53	1.88 $\pm$ 0.32	5.43 $\pm$ 1.98	31.17 $\pm$ 5.03

注: $P < 0.05$

## 3 讨论

肠易激综合征发病率较高,属于肠功能紊乱性疾病,临床表现主要为大便性状改变、排便习惯改变、腹胀、腹痛等,发病率为2.00%~15.00%。现在西医疗法针对腹泻型肠易激综合征的疗效尚不确切有效,且治疗作用单一,病情易反复,不良反应显著,临床应用方面极其受限<sup>[2]</sup>。而近年来,中西医结合疗法在临床上逐渐受到众多患者的支持,在针对该疾病的治疗上也具有独特的优势,尤其在缓解腹泻型肠易激综合征的症状、控制其

复发率、提高患者生活质量等方面有着较大的优势<sup>[3]</sup>。

对照组的西医治疗方法采用:①匹维溴铵片,主要是通过阻断胃肠道平滑肌的钙离子通道,且具有可选择性,对平滑肌过度收缩运动<sup>[4]</sup>;②蜡样芽孢杆菌活菌胶囊,主要是促进患者肠道菌群生态平衡,帮助患者改善肠道的生物学屏障,抑制致病菌的入侵及定植,从而可实现抑制有害菌生长于繁殖,减少肠道内毒素的产生,维持人体肠道的正常功能,改善其临床症状。

观察组的中西医结合治疗方法中,在给患者使用西药的基础上,增加中药方剂、中成药、针刺治疗、中药灌肠法及穴位贴敷治疗,副作用较少、疗效快、治疗更加全面。中医理论中,腹泻型肠易激综合征归类为泄泻范畴,病因多为外感时疫、饮食不节、情志失调、脾胃阳气虚弱等,基本病机为脏腑气机不利、脏腑失养、经脉气血阻滞,不通则痛。中医处方因地制宜、强调患者个体差异,在治疗该疾病时采用升阳温肠汤,以健脾益气、温补肾阳;补脾益肠丸可调节肠道功能;针刺治疗操作简单,不良反应小,疗效好;中药灌肠法疗效显著、价格低廉;穴位贴敷操作方便,效果佳<sup>[5-8]</sup>。

采用中西医结合的方法强调个体化质量,可增强患者体质、调节患者机体免疫功能,平衡肠道菌群等,取长补短、疗效快、毒副作用小,进而达到高效的治疗作用。经过本试验对比分析表明,观察组患者的总体健康、生理功能、精神健康、情感智能各项生活质量得分情况均明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患者肠道症状明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );说明中西医结合治疗方法针对腹泻型肠易激综合征有明显优势。

综上所述,治疗腹泻型肠易激综合征,使用中西医结合治疗方法,可以发挥疗效最大化,不良反应相对较小,疗效显著,具有临床推广及应用价值。

## 参考文献

- [1] 余玮,金奕.中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J].现代中医药,2017,37(2):89-92.
- [2] 谢志明,张介眉.中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征的研究[J].内蒙古中医药,2017,36(4):69.
- [3] 李逢春,钟振裕,吴东南.中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(1):29-30.
- [4] 王济邦.中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J].浙江医学,2016,38(2):144-145.
- [5] 白佩军.中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征的疗效观察[J].中国卫生标准管理,2016,7(5):151-152.
- [6] 邱健,叶凡,李连勇.调畅心阳、厚肠补土法治疗腹泻型肠易激综合征60例[J].中国中医药现代远程教育,2018(6):106-109.
- [7] 朱秀华.针刺联合匹维溴铵治疗腹泻型肠易激综合征44例[J].中国中医药现代远程教育,2017(3):104-105.
- [8] 陈素华,石志敏,郝丽君,等.针刺不同腧穴对腹泻型肠易激综合征的疗效及血清脑肠肽的影响[J].中国中医药现代远程教育,2017(18):114-116.

(本文编辑:李海燕 本文校对:谢军 收稿日期:2018-09-27)

# 中西医结合治疗良性位置性眩晕合并后循环缺血

陈丹

(盘锦市中心医院神经内四科,辽宁 盘锦 124010)

**摘要:**目的 研究中西医结合用药治疗良性位置性眩晕合并后循环缺血的临床疗效及血流动力学参数的影响。方法 选取2014年5月—2017年2月于我院就诊的良性位置性眩晕合并后循环缺血患者共67例,按不同用药方案将患者分为对照组( $n=31$ 例)和研究组( $n=36$ 例)。对照组患者采用甲磺酸倍他司汀治疗,研究组患者采用甲磺酸倍他司汀联合银杏叶滴丸治疗。对比2组患者临床疗效及椎动脉血流动力学参数。结果 对照组治疗总有效率为45.16%(14/31),显著低于研究组治疗总有效率为94.44%(34/36),差异有统计学意义( $\chi^2=10.458, P<0.05$ )。2组患者治疗前阻力指数、平均流速、舒张末期流速和峰值流速等血流动力学指标对比均无统计学差异( $P>0.05$ ),治疗后,2组各项指标均有所改善,与治疗前比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且研究组治疗后各项指标改善程度好于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 良性位置性眩晕合并后循环缺血患者治疗中,采用甲磺酸倍他司汀联合银杏叶滴丸治疗可提高临床疗效,改善血流动力学,无明显不良反应。

**关键词:**良性位置性眩晕;后循环缺血;甲磺酸倍他司汀;银杏叶滴丸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.046

文章编号:1672-2779(2019)-04-0113-03

## Integrated Chinese and Western Medicine in the Treatment of Benign Positional Vertigo with Postcirculatory Ischemia

CHEN Dan

(Department of Neurology, Panjin Central Hospital, Liaoning Province, Panjin 124010, China)

**Abstract: Objective** To study the clinical efficacy and hemodynamic parameters of combined Chinese and Western medicine in the treatment of benign positional vertigo with post-circulation ischemia. **Methods** A total of 67 patients with benign positional vertigo and post-circulatory ischemia who were treated in our hospital from May 2014 to February 2017 were enrolled. The patients were divided into control group ( $n=31$  cases) and study group ( $n=36$  cases) according to different medication regimens. Patients in the control group were treated with betahistine mesylate, and patients in the study group were treated with betahistine mesylate combined with ginkgo biloba pills. The clinical efficacy and vertebral hemodynamic parameters of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the control group was 45.16%, which was significantly lower than of the study group (94.44%). The difference was statistically significant ( $\chi^2=10.458, P<0.05$ ). There were no significant differences in the hemodynamic parameters between the two groups before treatment ( $P>0.05$ ). After treatment, both groups improved and treated. Before the comparison, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ), and the improvement of the indicators in the study group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** In patients with benign positional vertigo and post-circulatory ischemia, treatment with betahistine mesylate combined with ginkgo biloba pills can improve clinical efficacy and hemodynamics without obvious adverse reactions.

**Keywords:** benign positional vertigo; posterior circulation ischemia; betahistine mesylate; ginkgo biloba dropping pills

眩晕作为缺血性脑血管疾病中常见的一种,后循环缺血占缺血性卒中的20%<sup>[2]</sup>。很多患者在良性阵发性位置性眩晕的基础上<sup>[1]</sup>,常合并后循环缺血。中医的病因病机在于风、痰、虚,治疗重在治风化痰,息风定眩<sup>[3]</sup>。本研究从中西医不同角度探讨内耳眩晕病的发病机制,对良性位置性眩晕合并后循环缺血患者采用甲磺酸倍他司汀联合银杏叶滴丸治疗,找到中西医治疗本病的最佳结合点,提高临床疗效。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2014年5月—2017年2月于我院就诊的共67例良性位置性眩晕合并后循环缺血患者作为研究对象,按不同的用药方案将所有患者分为对照组( $n=31$ 例)和研究组( $n=36$ 例)。对照组患者采用甲磺酸倍他司汀治疗,研究组患者采用甲磺酸倍他司汀联合银杏叶滴丸治疗。对照组中女14例,男17例;年龄55~65岁,平均59.32岁,研究组中女15例,男21例;年龄56~66岁,平均61.05岁。2组患者中年龄、性别

比例等对比均无统计学差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** (1)符合后循环缺血诊断;(2)发病时间 $<72$ h;(3)仰卧侧头位试验(Roll-test)阳性;(4)Dix-Hallpike试验阳性;(5)所有患者及家属均告知实验目的及方法,并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** (1)合并严重心、肺、肝、肾功能疾病者;(2)合并颅内肿瘤、血液病者;(3)合并眼源性眩晕、内耳疾病,如突发性聋、美尼尔氏病、前庭神经炎等;(4)合并短暂性脑缺血发作(TIA)或颈内动脉系统脑梗死等。

**1.4 治疗方法** 对照组患者采用基础治疗,糖尿病患者给予降糖治疗,高血压患者给予控制血压,同时给予6mg甲磺酸倍他司汀治疗,1片/次,每日2次,口服,共15d。研究组患者在对照组患者基础上给予银杏叶滴丸治疗,2粒/次,每日2次,共21d。

**1.5 疗效评价标准** 根据治疗前后UCLA眩晕调查问卷<sup>[4]</sup>进行疗效判定:无效:位置性眼震和眩晕加剧或无变化;有效:位置性眼震或眩晕未消失,且减轻,发作频次减少 $\geq$

60%，生活或工作受到一定影响，但能坚持工作；痊愈：位置性眼震或眩晕完全消失，其他伴随症状也完全消失。

**1.6 观察指标** 椎动脉彩超检查：采用美国GE 高频彩色多普勒超声检查仪对前后椎动脉颈段第5~6横突孔之间椎动脉阻力指数（RI）、舒张末期血流速度（Vd）、平均血流速度（Vm）和收缩期峰值血流速度（Vs）。安全性分析：观察2组患者治疗过程中不良反应发生情况。

**1.7 统计学方法** 以SPSS 19.0软件包进行数据分析，*t*检验比较计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）， $\chi^2$ 检验比较计数资料。以  $P < 0.05$  作为判断差异有显著性的标准。

## 2 结果

**2.1 2组患者临床疗效对比** 对照组患者中17例患者无效，9例患者有效，5例患者痊愈，治疗总有效率为45.16%（14/31）；研究组患者中2例患者无效，10例患者有效，24例患者痊愈，治疗总有效率为94.44%（34/36）。2组患者总有效率对比有统计学差异（ $\chi^2=10.458$ ， $P < 0.05$ ）。

**2.2 2组患者治疗前后椎动脉血流动力学指标对比** 2组患者治疗前阻力指数、平均流速、舒张末期流速和峰值流速等血流动力学指标对比均无统计学差异（ $P > 0.05$ ），研究组患者治疗后各项指标与对照组患者对比均有统计学差异（ $P < 0.05$ ），且2组患者治疗后阻力指数、平均流速、舒张末期流速和峰值流速等血流动力学指标与各自治疗前对比均有统计学差异（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 2组患者治疗前后椎动脉血流动力学指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	阻力指数(RI)		平均流速(Vm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	0.83±0.12	0.76±0.08	20.74±0.76	24.97±0.74
研究组	36	0.84±0.13	0.69±0.10	20.92±1.24	34.21±3.42
<i>t</i> 值		0.514	2.569	0.608	4.066
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	舒张末期流速(Vd)		峰值流速(Vs)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	13.39±1.68	20.74±1.77	32.64±3.13	39.47±2.13
研究组	36	13.54±1.42	24.20±2.31	32.75±2.68	44.24±3.44
<i>t</i> 值		0.599	3.448	0.524	3.618
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

**2.3 2组患者用药安全性分析** 2组患者用药期间未发现明显不良反应。

## 3 讨论

汉代张仲景认为痰饮是眩晕发病的原因之一，临床表现特征是头晕与目眩，发作间歇期长短不一，严重者可发展为中风、厥证或脱证而危及生命<sup>[5]</sup>。临床上常用活血化瘀中药和有扩冠、改善微循环药物治疗眩晕，对其发生发展均有很好的抑制作用<sup>[6]</sup>。从中药银杏叶中提取的有效成分为银杏叶滴丸，其主要成分为总内酯和总黄酮醇苷，具有改善循环、扩张血管、活血化瘀的作用<sup>[7]</sup>。常

用于瘀血阻络引起的胸痹、心痛、中风、半身不遂、舌强语蹇等疾病的治疗。

甲磺酸倍他司汀的药理性质和化学结构与组胺类似，是组胺H<sub>3</sub>受体强拮抗剂，组胺H<sub>1</sub>受体的弱激动剂，最为有效的给药方式为口服给药<sup>[8]</sup>。甲磺酸倍他司汀可直接松弛内耳毛细血管前括约肌，增加内耳血流量，消除内耳淋巴水肿，改善内耳循环，发挥抗眩晕疗效<sup>[9]</sup>；与利尿药、皮质激素等抗眩晕常用药物对比，甲磺酸倍他司汀对各种发作频率及程度的不平衡、头晕、眩晕的症状有明显作用，且有较轻微的副作用<sup>[10]</sup>。

临床上关于眩晕的治疗，多采用中西医结合用药的方式，如参麦注射液联合甲磺酸倍他司汀片治疗后循环缺血眩晕的临床疗效要显著好于单纯采用甲磺酸倍他司汀的治疗效果<sup>[11]</sup>，复方天麻蜜环糖肽片联用甲磺酸倍他司汀片治疗颈性眩晕的疗效高于单用甲磺酸倍他司汀片<sup>[12]</sup>。本研究采用银杏叶滴丸与甲磺酸倍他司汀联合用药的方法，结果显示，对照组临床治疗总有效率为45.16%；研究组临床治疗总有效率为94.44%。2组患者总有效率对比有统计学差异（ $\chi^2=10.458$ ， $P < 0.05$ ）。这说明，采用甲磺酸倍他司汀联合银杏叶滴丸治疗的研究组患者的治疗效果明显优于单用甲磺酸倍他司汀治疗的对照组患者。2组患者治疗前阻力指数、平均流速、舒张末期流速和峰值流速等血流动力学指标对比均无统计学差异（ $P > 0.05$ ），研究组患者治疗后阻力指数、平均流速、舒张末期流速和峰值流速等血流动力学指标与对照组患者对比均有统计学差异（ $P < 0.05$ ），且2组患者治疗后阻力指数、平均流速、舒张末期流速和峰值流速等血流动力学指标与各自治疗前对比均有统计学差异（ $P < 0.05$ ）。这说明，采用甲磺酸倍他司汀联合银杏叶滴丸治疗的研究组患者的血流动力学参数明显优于采用甲磺酸倍他司汀治疗的对照组，这与银杏叶滴丸可明显改善血流动力学有关。

综上所述，良性位置性眩晕合并后循环缺血患者治疗中，采用甲磺酸倍他司汀联合银杏叶滴丸治疗可提高临床疗效，改善血流动力学，无明显不良反应，值得临床推广。

## 参考文献

- [1] 杨璐瑜, 许建梅, 张逸国. Epley手法复位配合甲磺酸倍他司汀片治疗后良性阵发性位置性眩晕的临床观察[J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(8): 1089-1091.
- [2] 李亚楠. 良性阵发性位置性眩晕患者临床特点及手法复位疗效分析[J]. 中外医学研究, 2015, 13(10): 47-48.
- [3] 郭敏, 江超武, 李书聆, 等. 手法复位配合甲磺酸倍他司汀治疗老年良性阵发性位置性眩晕效果分析[J]. 中国医学创新, 2015, 12(36): 126-129.
- [4] 刘开福. 盐酸甲磺酸倍他司汀氯化钠注射液治疗伴有1级高血压眩晕症58例[J]. 中外医学研究, 2015, 13(15): 144-146.
- [5] 刘红钊, 王靖博, 秦慧兵, 等. 药物辅助Epley手法复位治疗良性阵发性眩晕的临床观察[J]. 神经损伤与功能重建, 2013, 8(4): 270-272.
- [6] 宋岩, 白伟良, 马秀岚. 手法复位配合药物治疗良性阵发性位置性眩晕

- 疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 27(21): 1217-1218.
- [7] 王超, 陈卓, 黄辉. 手法复位结合心理疏导治疗良性阵发性位置性眩晕 58 例分析[J]. 中国医学创新, 2013, 10(23): 103-105.
- [8] 王慧, 于栋祯. 良性阵发性位置性眩晕的卫生经济学研究[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2015, 22(5): 222-224.
- [9] Go Sato, Kazunori Sekine, Kazunori Matsuda, et al. Risk factors for poor outcome of a single Epley maneuver and residual positional vertigo in patients with benign paroxysmal positional vertigo[J]. Acta Oto-Laryngologica, 2013, 133(11): 1124-7.
- [10] 张祎, 邹怡, 刘博. 良性阵发性位置性眩晕复发的影响因素分析[J]. 中国卒中杂志, 2013, 8(5): 351-355.
- [11] 邢海辉, 李本红, 李巧云, 等. 参麦注射液联合甲磺酸倍他司汀片治疗后循环缺血眩晕的临床疗效探讨[J]. 当代医学, 2017, 23(27): 113-115.
- [12] 孙少斌. 复方天麻蜜环糖肽片联用甲磺酸倍他司汀片治疗颈性眩晕[J]. 北方药学, 2015, 12(4): 82-83.
- (本文编辑: 李海燕 本文校对: 孙元林 收稿日期: 2018-09-14)

## 生化汤联合米索前列醇、缩宫素预防产后出血临床观察

徐亚琴

(山东省曹县中医院妇产科, 山东 曹县 274400)

**摘要:**目的 探讨加味生化汤联合米索前列醇、缩宫素预防产后出血的疗效。方法 600 例顺娩妊娠足月产妇, 随机分为观察组和对照组, 每组各 300 例。对照组产妇在胎儿娩出后仅用缩宫素 10 U 静脉注射; 观察组产妇在此用药基础上, 采用直肠给药 0.4 mg 米索前列醇, 并给予中药加味生化汤口服, 比较 2 组产妇产后血钙、D-二聚体水平、纤维蛋白原(fibrinogen, FIB)以及 2 h 出血量、产后 24 h 出血量、第三产程时间, 同时观察 2 组不良反应发生率。结果 2 组产妇产后血钙水平比较无差异( $P>0.05$ ); FIB 水平观察组高于对照组, D-二聚体水平观察组比对照组低( $P<0.05$ ); 观察组产妇的产后 2 h 出血量、24 h 出血量均比对照组少( $P<0.05$ ), 且观察组产妇的第三产程时间比对照组短( $P<0.05$ ); 2 组不良反应发生情况比较无差异( $P>0.05$ )。结论 加味生化汤联合米索前列醇、缩宫素预防产后出血比单用缩宫素效果显著, 第三产程时间明显缩短, 而且不良反应较少, 安全性高, 尤其对于应用缩宫素无效者, 有临床推广应用价值。

**关键词:** 加味生化汤; 米索前列醇; 缩宫素; 产后出血

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.047

文章编号: 1672-2779(2019)-04-0115-03

### Clinical Observation on Shenghua Decoction Combined with Misoprostol and Oxytocin in the Prevention of Postpartum Hemorrhage

XU Yaqin

(Department of Obstetrics and Gynecology, Caoxian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Caoxian 274400, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of Shenghua decoction combined with misoprostol and oxytocin in preventing postpartum hemorrhage. **Methods** 600 full-term pregnant women who delivered naturally were randomly divided into observation group and control group, and each group had 300 cases. The control group was given intravenous injection of oxytocin 10 U after delivery, while the observation group was given misoprostol 0.4 mg rectally and orally with Chinese medicine Shenghua decoction. The amount of 24h bleeding and the duration of labor in third groups were recorded. The incidence of adverse reactions in the two groups was recorded. **Results** There was no significant difference in postpartum calcium level between the observation group and the control group ( $P > 0.05$ ). FIB level in the observation group was higher than that in the control group, and D-dimer level in the observation group was lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). Postpartum hemorrhage and 24-hour hemorrhage in the observation group were less than that in the control group ( $P < 0.05$ ), and the third stage of labor in the observation group was shorter than that in the control group ( $P < 0.05$ ). There was no difference in the incidence of adverse reactions between group two and group B ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Misoprostol combined with oxytocin and traditional Chinese medicine have a significant effect on preventing postpartum hemorrhage, shorten the third stage of labor, and have fewer adverse reactions and high safety. Especially for the puerpera whose oxytocin is ineffective, and it is worth popularizing.

**Keywords:** Shenghua decoction; misoprostol; oxytocin; postpartum hemorrhage

产后出血(出血量  $>500$  mL/24 h) 是分娩期严重的并发症, 亦是导致孕产妇死亡的重要原因之一<sup>[1]</sup>。临床上常采用缩宫素治疗, 但临床效果不满意, 严重威胁产妇的生命安全和影响产妇的生活质量。我院自 2017 年 1 月开始, 采用加味生化汤联合米索前列醇及缩宫素预防治疗, 效果满意, 现报告如下。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院妇产科 2017 年 1 月—2018 年 9 月收治的 600 例顺娩的妊娠足月产妇, 随机分为观察组和对照组, 每组各 300 例。观察组中初产妇 204 例, 经产妇 96

例; 年龄 21~36 岁, 平均 26.8 岁; 孕周 36~42 周, 平均孕周  $(39.1 \pm 2.3)$  周。对照组中初产妇 216 例, 经产妇 84 例; 年龄 22~35 岁, 平均  $25.9 \pm 3.1$  岁; 孕周 36~41 周, 平均孕周  $(39.3 \pm 2.4)$  周。2 组产妇年龄、孕周等一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义, 具有可比性 ( $P > 0.05$ )。

#### 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 产妇在娩出胎儿后仅给予缩宫素 10 U 静脉注射。

1.2.2 观察组 在上述用药治疗的基础上, 采用直肠给药 0.4 mg 米前列醇, 置放在距离肛缘 5 cm 左右。同时予

中药加味生化汤,方药组成:益母草 30 g,蒲黄炭 10 g,当归 10 g,川芎 6 g,桃仁 6 g,丹参 15 g,赤芍 12 g,党参 12 g,炮姜 6 g,三七粉 5 g,败酱草 15 g,黄芪 15 g,大枣 3 枚,甘草 3 g。水煎服,每日 1 剂,早晚 2 次服用,共 2~3 d。

**1.3 观察指标** 对 2 组产妇产后血钙、纤维蛋白原 (fibrinogen, FIB)、D-二聚体水平以及产后 2 h 出血量、24 h 出血量、第三产程时间分别进行观察,同时观察不良反应发生率。出血量计算方法<sup>[2]</sup>:采用称重法及容积法两种方法。测量主要方法为:胎儿娩出后,抽尽羊水,产妇臀下放置一次性防水纸垫,用于收集流出的血液,纸垫吸收血液前后称重取差值,以 1 mL 血液相当于 1.05 g 重量换算出血量。同时在将有刻度的聚血盆放置在产妇臀下,收集阴道流出的血液,直接读出出血量。两种方法收集总的出血量为出血量之和。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 13.0 进行统计学处理分析,计量资料以均数±标准差表示,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

**2.1 2 组产妇产后血钙、FIB、D-二聚体水平比较** 观察组与对照组产后血钙水平比较无差异 ( $P > 0.05$ ); FIB 水平观察组比对照组高, D-二聚体水平观察组比对照组低 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组产妇产后血钙、FIB、D-二聚体水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	血钙(mmol/L)	FIB(g/L)	D-二聚体( $\mu\text{g/L}$ )
观察组	300	2.21±0.22	3.32±0.72	0.18±0.94
对照组	300	2.27±0.26	2.28±0.26	2.12±1.01
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05

**2.2 2 组产妇产后 2 h 出血量、24 h 出血量、第三产程时间比较** 观察组产妇的产后 2h 出血量、24h 出血量均比对照组少 ( $P < 0.05$ ), 且观察组产妇的第三产程时间比对照组短 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组产妇产后 2 h 出血量、24 h 出血量、第三产程时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	产后 2 h 出血量(mL)	产后 24 h 出血量(mL)	第三产程时间(min)
观察组	300	161.6±64.7	206.5±86.8	7.1±2.4
对照组	300	221.4±86.6	341.5±105.2	10.2±4.2
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 不良反应** 2 组产妇用药后均未出现明显不良反应, 仅少数出现发热、恶心。经统计学处理, 2 组不良反应发生情况比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

## 3 讨论

产后出血是由于胎儿娩出后子宫较为松弛, 且长时间的分娩导致宫缩乏力, 不能进行有效止血而引起, 病情凶险, 如若不能有效处理, 后果十分严重, 是导致孕产妇患病和死亡的重要原因之一。因此在临床中采取积极

有效的方法预防产后出血, 对提高抢救成功率, 提高母婴健康水平有十分重要的意义。产后 2 h 是产后出血的高发期, 因此通过加强子宫收缩来减少产后 2 h 的出血量是预防产后出血的关键, 而第三产程时间的缩短也是预防产后出血的重要环节, 目前缩宫素是临床上预防产后出血最常用的药物。该药作为子宫收缩药, 主要成分为多肽类激素, 主要药理作用是通过促进  $\text{Ca}^{2+}$  的释放并向子宫肌细胞内流动, 促使发生强直性子宫收缩, 产生压迫子宫肌血管作用减少出血量, 从而达到止血效果。在临床应用中, 大部分产妇可以减少出血量 40% 左右, 但由于缩宫素药物半衰期较短, 维持效果需要多次给药, 且部分产妇对缩宫素缺乏敏感性。研究认为, 催产素受体与缩宫素在体内发挥作用有关, 当受体饱和后增加药物剂量也不能再引起子宫收缩。因此单独应用缩宫素并不能够达到理想临床效果, 我们通过加味生化汤联合米索前列醇、缩宫素预防产后出血的取得满意临床疗效。本治疗结果显示, 2 组产妇产后血钙水平比较无差异 ( $P > 0.05$ ); FIB 水平观察组高于对照组, D-二聚体水平观察组比对照组低 ( $P < 0.05$ ); 观察组产妇的产后 2 h 出血量、24 h 出血量均比对照组少 ( $P < 0.05$ ), 且观察组产妇的第三产程时间比对照组短 ( $P < 0.05$ ), 且未发生明显不良反应 ( $P > 0.05$ )。

米索前列醇是一种前列腺素衍生物, 作用于子宫是通过在肌体内转化为米索前列醇酸而发挥生物学活性, 可促进节律性子宫收缩, 抑制子宫出血, 同时还可使第三产程时间缩短, 促进子宫创面血窦迅速关闭<sup>[3]</sup>。米索前列醇起效快、半衰期较长, 服药 2 min 后即可检出, 30 min 后即可达到最高血药浓度。同时有口服、阴道和直肠给药等多种给药途径, 对于孕妇产后出血的预防, 临床一般采用直肠给药, 该方法操作简单易行, 显效快, 而且还可以避免因口服给药而出现恶心、呕吐等不良反应。

产后出血属于中医的“产后血晕”范畴。子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道裂伤和凝血功能障碍等因素是引起产后出血的原因。这些原因可共存、互为因果或相互影响。中医认为, 导致血晕的病因病机有虚、实两证。虚者属阴血晕, 心神失守; 实者为瘀血上攻, 扰乱心神。应用加味生化汤中益母草通过兴奋子宫平滑肌, 使子宫收缩起到止血作用; 当归、桃仁、川芎、炮姜、三七粉、蒲黄炭、行气活血, 祛瘀止血; 金银花、败酱草清热解毒, 消炎止血; 党参、黄芪、大枣、调补气血, 扶正祛邪。服用后, 又能扶补气血, 改善患者一般情况, 增强耐受能力<sup>[4]</sup>。

产后 FIB、D-二聚体水平的变化主要原因为, 产后出血发生后机体代偿性激活纤溶系统, D-二聚体水平明显增高, 同时有研究显示, 若临产前孕妇处于临界高水平 D-二聚体含量, 则产后出血发生的概率增加。同时有学者认为, FIB 水平也是发生产后出血的危险因素, 当 FIB 在孕妇体内处于较低水平也容易发生产后出血。

本研究结果显示,加味生化汤联合米索前列醇、缩宫素预防产后出血效果显著,第三产程时间明显缩短,而且安全性高,不良反应较少,尤对缩宫素使用无效的产妇,效果更佳,值得推广使用。

#### 参考文献

[1] 张方芳,徐永莲,刘兴会,等.产后出血原因及相关危险因素 135 例

临床分析[J].实用妇产科杂志,2014,30(2):144-146.

[2] 江丽琴,周静,黄伟政.称重法、容积法、面积法、休克指数法测定产后出血量比较研究[J].中国医药导报,2014,16(1):161-162.

[3] 张晓雁,徐夏英,赖锡妹.米索前列醇治疗产后出血临床疗效观察[J].中国医药科学,2011,1(8):88-90.

[4] 段彩梅,王明霞.中西医结合治疗产后出血 218 例临床分析[J].大家健康,2014,8(16):43-44.

(本文编辑:李海燕 本文校对:袁进喜 收稿日期:2018-09-25)

## 针刺联合麻醉在肺切除手术中的应用探讨

张秀萍 金灿萍 范美玲

(江西省峡江县人民医院门诊,江西 峡江 331400)

**摘要:**目的 观察分析针刺联合麻醉在肺切除手术中的应用价值。方法 选取本院在 2017 年 1 月—2018 年 2 月收治的 58 例接受肺切除手术患者,按照数字随机表法分为实验组(应用针刺联合硬膜外麻醉方法)和对照组(应用硬膜外麻醉方法),每组均为 29 例。结果 2 组接受肺切除手术患者手术后平均住院时间、平均住院费用比较无统计学意义( $P>0.05$ ),实验组接受肺切除手术患者的术后 1 d、术后 2 d、术后 3 d 等不同时间点的不良反应发生率显著低于对照组( $P<0.05$ );2 组接受肺切除手术患者的利多卡因平均用量比较无统计学意义( $P>0.05$ ),实验组接受肺切除手术患者的右美托咪定平均用量显著少于对照组( $P<0.05$ )。结论 针刺联合麻醉在肺切除手术中的应用价值显著。

**关键词:**针刺;联合麻醉;肺切除手术

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.048

文章编号:1672-2779(2019)-04-0117-02

### Discussion on the Application of Acupuncture Combined with Anesthesia in Pneumonectomy

ZHANG Xiuping, JIN Canping, FAN Meiling

(Outpatient Department, Shanjiang People's Hospital, Jiangxi Province, Shanjiang 331400, China)

**Abstract: Objective** To observe and analyze the application value of acupuncture combined with anesthesia in pneumonectomy. **Methods** 58 patients with lung resection in our hospital from January 2017 to 2018 February were divided into experimental group (using acupuncture combined with epidural anesthesia) and control group (using epidural anesthesia), with 29 cases in each group. **Results** The average hospitalization time and average hospitalization cost of the two groups were not statistically significant ( $P>0.05$ ). The incidence of adverse reactions at different time points, such as 1D, 2D and 3D after operation in the experimental group, was significantly lower than that in the control group ( $P<0.05$ ). The average dosage of lidocaine in the patients with surgery was not statistically significant ( $P>0.05$ ), and the average dosage of right metomidine in the patients receiving pneumonectomy of the experimental group was significantly less than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Acupuncture combined with anesthesia is of great value in the operation of pneumonectomy.

**Keywords:** acupuncture; combined with anesthesia; pneumonectomy

随着腹腔镜技术的发展和进步,在肺切除手术过程中应用腹腔镜加以辅助已经成为常规手术方式<sup>[1]</sup>。但是,腹腔镜肺切除手术期间,必须使用相关麻醉技术,有效解决手术疼痛问题。针刺联合硬膜外麻醉方法能够减少腹腔镜肺切除手术患者的疼痛感,减少手术后麻醉镇痛药物用量。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院收治的 58 例接受肺切除手术患者,按照数字随机表法分为实验组(应用针刺联合硬膜外麻醉方法)和对照组(应用硬膜外麻醉方法),每组均为 29 例。实验组中男 22 例,女 7 例;平均年龄为 35.68 岁,平均体质量为(65.25±12.36) kg;原发疾病类型:肺大疱病变 19 例、肺部占位性病变 10 例。对照组中男 21 例,女 8 例;平均年龄为 35.72 岁,平均体质量为(65.32±12.27) kg;原发疾病类型:肺大疱病变 18 例、肺部占位性病变 11 例。2 组患者在年龄、体质量以及原发疾病类型等比较无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** (1) 均诊断为肺部疾病患者,均择期进行腹腔镜肺切除手术者;(2) 年龄在 18 岁以上者;(3) 均在知情下参与本次研究者。

**1.3 排除标准** (1) 针刺部位皮肤感染者;(2) 上肢神经损伤者、下肢神经损伤者;(3) 合并传染病者;(4) 不适合进行腹腔镜手术者。

**1.4 方法** 对照组应用硬膜外麻醉方法,取 250 mg~300 mg 利多卡因(1.5% 溶液)麻醉用药,取 4 μg/mL 浓度右美托咪定以 14 μg/mL 剂量静脉注射(输注时间大于 10 min);手术后常规提供洛索洛芬钠镇痛,一旦镇痛效果不理想,可追加杜冷丁。

实验组应用针刺联合硬膜外麻醉方法,在对照组基础上,针刺内关穴位、双侧合谷穴位、后溪穴位、支沟穴位。采用单手进针方法,行平补平泻得气后,连接穴位刺激仪器(电针频率为 2/100 Hz 疏密波,刺激强度以肺切除手术患者清醒状态下能够忍受为宜)。

1.5 观察指标 采用统计学分析 2 组接受肺切除手术患者手术后平均住院时间、平均住院费用、不同术后时间点(术后 1 d、术后 2 d、术后 3 d) 的不良反应发生率(恶心、疼痛等)以及手术过程中麻醉药物平均用量。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行统计学分析 [2 组间的疗效比较用  $\chi^2$  检验, 2 组间的构成比较用  $t$  检验, 以均数 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示计量资料, 以  $P < 0.05$  表示具有统计学意义]。

## 2 结果

2.1 2 组接受肺切除手术患者手术后平均住院时间、平均住院费用、麻醉平均用量分析 2 组接受肺切除手术患者手术后平均住院时间、平均住院费用比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 2 组接受肺切除手术患者的利多卡因平均用量比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 实验组接受肺切除手术患者的右美托咪定平均用量显著少于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 2 组接受肺切除手术患者手术后平均住院时间、平均住院费用、麻醉平均用量分析 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	平均住院时间(d)	平均住院费用(元)	利多卡因平均用量(mL)	右美托咪定平均用量( $\mu\text{g}$ )
实验组	29	4.68 $\pm$ 1.26	28032.66 $\pm$ 10254.33	10.66 $\pm$ 2.58	635.69 $\pm$ 38.88
对照组	29	4.72 $\pm$ 1.20	28100.36 $\pm$ 10002.41	11.02 $\pm$ 2.45	816.39 $\pm$ 56.65
$\chi^2$ 值		1.5423	1.6933	1.5878	12.3265
$P$ 值		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.2 2 组接受肺切除手术患者不同时间点的不良反应发生率分析 实验组接受肺切除手术患者的术后 1 d、术后 2 d、术后 3 d 等不同时间点的不良反应发生率显著低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 2 组接受肺切除手术患者不同时间点的不良反应发生率分析 [例(%)]

组别	例数	术后 1 d		术后 2 d		术后 3 d	
		疼痛	恶心	疼痛	恶心	疼痛	恶心
实验组	29	3(10.34)	3(10.34)	2(6.90)	2(6.90)	2(6.90)	2(6.90)
对照组	29	6(20.69)	6(20.69)	6(20.69)	7(24.14)	7(24.14)	5(17.24)
$\chi^2$ 值		2.65488		10.23656		6.25533	
$P$ 值		<0.05		<0.05		<0.05	

## 3 讨论

在腹腔镜辅助下进行肺切除手术具有手术时间短和术后恢复速度快等特点, 因此被广泛应用在胸外科中<sup>[2]</sup>。在开展腹腔镜肺切除手术时, 采取硬膜外麻醉方法比起全麻方法能够减少呼吸损伤, 继而显著加快肺切除手术患者的术后恢复速度。

麻醉技术自从诞生以来能够有效解决手术带来的疼痛问题, 开展麻醉手术时能够保证外科手术顺利进行, 继而进一步保证手术患者的生命健康安全<sup>[3]</sup>。但是, 麻醉技术对患者产生的负面影响不可忽视。肺部手术是外科手术中疼痛强度最强的一种手术, 手术过程中和手术

后的镇痛是广大医学者的关注重点内容之一。即使腹腔镜肺切除手术相比起传统开胸手术能够在很大程度上减轻患者机体疼痛, 但是腹腔镜肺切除手术患者仍然会面临疼痛反应, 需要加强镇痛来加以缓解。

中医学理论认为, 针刺通过经脉, 调节气血而达到镇痛效果。现代研究资料显示, 针刺镇痛的主要机制在于: 促进中枢神经系统释放内源性阿片肽类物质(如脑啡肽、强啡肽或者内啡肽等), 继而发挥出镇痛效果<sup>[4]</sup>。在腹腔镜肺部切除围手术过程中, 针刺能够显著提高肺切除手术患者体内的强啡肽, 继而增强患者的抗痛能力<sup>[5]</sup>。硬膜外麻醉方法虽然能够在手术后留置镇痛泵来加以止痛, 但是应用镇痛药物会加大腹腔镜肺切除手术患者的恶心呕吐等不良反应发生率<sup>[6]</sup>。本文研究结果实验组接受肺切除手术患者的术后 1 d、术后 2 d、术后 3 d 等不同时间点的不良反应发生率显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。有学者认为, 针刺联合硬膜外麻醉方法在肺切除手术中能够起到保护重要器官组织的作用, 与此同时能够相应减少肺切除手术患者的平均住院时间和住院费用。本文研究结果显示 2 组接受肺切除手术患者的利多卡因平均用量比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 实验组接受肺切除手术患者的右美托咪定平均用量显著少于对照组 ( $P < 0.05$ )。临床研究资料显示, 针刺镇痛联合硬膜外麻醉方法具有术后镇痛效果良好作用, 与此同时减少右美托咪定平均用量。既往还有研究资料显示, 针刺在围手术期过程中能够积极保护好患者的重要脏器器官组织, 减轻麻醉药物对重要脏器器官组织的损伤作用。本文研究结果显示 2 组接受肺切除手术患者手术后平均住院时间、平均住院费用比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。实验组和对照组所应用的方法在平均住院时间、平均住院费用等指标未有显著差异, 出现上述情况的主要原因是: 接受腹腔镜肺切除手术患者创伤比较小且手术后恢复速度快。

综上所述, 针刺联合麻醉在肺切除手术中的应用价值显著。

## 参考文献

- [1] 吕广春, 周嘉. 针药复合麻醉在肺切除手术围术期脏器保护作用机制的研究进展[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(8):899-901.
- [2] 闵屹华, 朱余明, 周红, 等. 微创埋线药物复合麻醉替代传统针麻用于肺切除手术的临床研究[J]. 中国针灸, 2015, 35(4):367-371.
- [3] 刘智, 滕永杰, 何慧鑫, 等. 针刺复合麻醉对肺切除患者肺功能影响及对氧化性应激反应蛋白表达的回顾性分析研究[J]. 临床肺科杂志, 2018, 23(1):111-115.
- [4] 彭文平, 黄舜, 梁汉生, 等. 经皮电刺激不同穴位对胸腔镜肺叶切除术患者术中阿片类药物节俭作用的比较[J]. 中华麻醉学杂志, 2014, 34(1):62-64.
- [5] 于晖, 何苗, 阎学梅, 等. 不同病程经皮穴位电刺激对胸腔镜肺叶切除术中患者阿片类药物的节俭作用[J]. 中华麻醉学杂志, 2015, 16(5):571-573.
- [6] 李晓曦, 陈冀衡, 范志毅, 等. 经皮多穴位电刺激对预防胸腔镜下肺叶切除术患者术后恶心的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(4):333-336.

(本文编辑:李海燕 本文校对:曹庚秀 收稿日期:2018-09-21)

# 中医护理临床路径在神经根型颈椎病住院患者中的应用

姜海碧

(中国医科大学附属盛京医院神经内科,辽宁 沈阳 110004)

**摘要:**目的 研究中医护理临床路径在神经根型颈椎病住院患者中的应用效果。方法 2015年6月—2018年1月于我院住院治疗的神经根型颈椎病患者100例,随机分为对照组和试验组各50例。对照组实施常规护理,试验组实施中医护理临床路径护理。比较2组治疗效果,比较2组住院时间、治疗费用和满意度评分。结果 试验组治疗总有效率为94.00%,高于对照组72.00%的治疗总有效率,数据对比差异显著( $\chi^2=8.5755, P=0.000$ )。试验组住院时间和治疗费用少于对照组,满意度评分高于对照组,数据对比 $P<0.05$ 。结论 中医护理临床路径在神经根型颈椎病住院患者中的应用效果较好,能有效促使其恢复速度的提升,降低患者的治疗费用,具有较高临床价值。

**关键词:** 中医护理;临床路径;神经根型颈椎病;眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.049

文章编号:1672-2779(2019)-04-0119-03

## The Application of Traditional Chinese Medicine Nursing Clinical Pathway in Hospitalized Patients with Nerve Root Cervical Spondylosis

JIANG Haibi

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

**Abstract: Objective** To study the effect of TCM nursing clinical pathway in patients with cervical spondylotic radiculopathy. **Methods** From June 2015 to January 2018, 100 patients with nerve root cervical spondylosis were hospitalized in our hospital. The control group received routine nursing, and the experimental group received TCM clinical nursing. The therapeutic effect, length of stay, cost of treatment and satisfaction scores were compared. **Results** The total effective rate of treatment in the experimental group was 94.00%, which was higher than that in the control group (72.00%), and there had a significant difference ( $\chi^2=8.5755, P=0.000$ ). The length of stay and treatment cost of the experimental group were less than those of the control group, and the satisfaction score was higher than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The clinical pathway of TCM nursing in hospitalized patients with nerve root cervical spondylosis has a good application effect, which can effectively promote the improvement of recovery speed and reduce the treatment cost of patients, and has a high clinical value.

**Keywords:** TCM nursing; clinical pathway; nerve root cervical spondylosis; vertigo

神经根型颈椎病<sup>[1]</sup>是颈椎病变中的一种,其主要是因为单侧或双侧脊神经根受到刺激或压迫所致。引起神经根型颈椎病的原因较多,其中髓核的突出或脱出,后方小关节的骨质增生或创伤性关节炎,钩椎关节的骨刺形成,相邻三个关节的松动与移位等,均可导致患者脊神经根受到刺激或压迫而导致患者发病<sup>[1]</sup>。另外,根管的狭窄、根袖处的粘连性蛛网膜炎和周围部位的炎症与肿瘤等也可引起与本病相似的症状。本研究对中医护理临床路径在神经根型颈椎病住院患者中的应用效果进行分析,报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2015年6月—2018年1月于我院接受住院治疗的神经根型颈椎病患者100例,随机分为对照组和试验组各50例。所有患者均对本研究知情,本研究经医院伦理委员会审核批准。对照组男29例,女21例;年龄37~74岁,平均51.62岁;病程最短3个月,最长14年,平均(5.26±1.24)年。试验组男28例,女22例;年龄36~77岁,平均51.39岁;病程1~13年,

平均(5.19±1.33)年。2组基本资料比较 $P>0.05$ ,有可比性。

**1.2 纳入标准** 所有患者均经过临床检查确诊为神经根型颈椎病;所有患者均有麻木和疼痛等典型的症状;所有患者入院后均能积极配合医护人员完成治疗。

**1.3 排除标准** 排除患者中患有恶性肿瘤的情况;排除患者中合并严重心脑血管疾病的情况;排除患者中患有精神疾病的情况;排除患者中属于颈椎骨骼实质性病变、胸腔出口综合征、肩关节周围炎和其它与本病症状相似疾病的情况;排除患者中不能遵医嘱完成治疗的情况。

**1.4 护理方法** 对照组实施常规护理,患者入院后对其进行健康教育,指导其完成各项检查并协助其办理入院手续,治疗期间指导患者遵医嘱用药并开展康复训练等。

试验组在对照组基础上实施中医护理临床路径,患者入院当天护理人员应积极热情接待,主动为其介绍医院的环境及医护人员的基本信息等,让患者快速适应医院环境。护理人员还要与科室医生进行沟通交流,掌握患者的病情,并通过文献的查阅了解患者治疗期间容易

出现的问题，并制定针对性的护理对策。完成护理对策的制定后应为患者讲解护理干预的重要性，以此提升患者的护理服务配合度；入院第 2 天，护理人员应指导患者完成相关检查，了解患者的心理状态，对于存在不良情绪的患者，护理人员可采用情志相胜法帮助其改善不良情绪，其中尤其是采用喜胜忧的方法帮助患者改善交流和抑郁情绪；入院后第 3 天开始，护理人员应根据患者的临床证型不同给予其相应的重要辩证施护，其中湿火型患者应给予其清热利湿、舒筋活络的饮食，提供与患者的沟通交流掌握其具体症状，并指导患者在治疗过程中多进行颈部活动。患者为寒湿型时，护理人员应指导患者在治疗过程中注意颈部保暖，多为患者准备活血养血、祛风散寒的食物，同时对患者病房的温度和湿度进行合理调节，确保患者的舒适度并防止温度过低而导致患者病情加重。对于虚寒型患者，护理人员应指导其在治疗期间多用温水泡脚，条件允许时可在水中加入艾草煎煮后泡脚，叮嘱患者多卧床休息，并让其进食益气温阳和化痰止咳的食物，让患者在出现肢体麻木时可轻轻拍打患肢，以此促进局部血液循环，或是采用中药熏蒸和热熨等防止改善肩部血液循环。对于气滞血瘀型患者，在其治疗期间应指导其多使用活血化瘀的食物，其中患者处于急性期时应让其尽量保持卧床休息，患者处于缓解期时可让其多进行颈部关节及上肢肌肉的锻炼，并使用活血化瘀膏在颈部涂抹。另外，可根据医嘱为患者准备中药汤剂口服，在患者感觉局部肌肉及关节疼痛时遵医嘱给予其按摩护理，可在医生的指导下给予患者针灸和拔火罐等治疗以缓解其疼痛，并根据实际情况给予患者牵引治疗等；患者出院前 1 天，护理人员应为其详细讲解出院后的注意事项，尤其要让患者保持良好的生活习惯，避免颈部长时间保持同一姿势，并且要在久坐后及时活动颈部。

**1.5 评价指标** 评价 2 组疗效，对 2 组住院时间和治疗费用进行统计，并对患者满意度进行评分。疗效判定标准为：治疗后患者颈部关节活动恢复正常，疼痛症状基本消失为显效；治疗后患者的颈部关节活动幅度明显提升，疼痛症状有所改善为有效；治疗后患者的疼痛及颈部活动范围无明显变化为无效。满意度评分用自制量表完成，满分为 100 分，分值越高代表患者的满意度越高。

**1.6 统计学方法** SPSS 22.0 软件处理数据，百分率和 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示计数资料与计量资料， $\chi^2$  检验和  $t$  检验数据差异， $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组疗效** 由表 1 统计数据可知，试验组治疗总有效率为 94.00%，高于对照组 72.00% 的治疗总有效率，数

据对比差异显著 ( $\chi^2=8.5755$ ,  $P=0.034$ )。

表 1 2 组患者护理疗效 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
试验组	50	29	18	3	94.00
对照组	50	20	16	14	72.00
$\chi^2$ 值					8.575
$P$ 值					0.000

**2.2 2 组住院时间、治疗费用和满意度评分** 对表 2 数据进行分析可知，试验组住院时间和治疗费用少于对照组，满意度评分优于对照组，数据对比  $P < 0.05$ 。

表 2 2 组患者住院时间、治疗费用和满意度评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	住院时间(d)	治疗费用(元)	满意度评分(分)
试验组	50	11.29±3.11	5647.54±961.14	93.25±4.59
对照组	50	17.24±2.85	8913.48±796.85	82.16±7.85
$\chi^2$ 值		4.460	8.272	3.856
$P$ 值		0.000	0.000	0.001

## 3 讨论

神经根型颈椎病是临床上常见的颈椎类型，其中在中老年人群中的发病率相对较高，患者发病后的临床症状以颈部活动受限、根性疼痛、根性肌力障碍、腱反射改变等为主，导致其日常生活受到严重影响。神经根型颈椎病的临床治疗方式较多，其中在患者积极配合治疗的情况下，各种治疗方式均能取得较好的治疗效果。但根据临床实践，患者在治疗过程中容易受到各种因素的影响。西医上一般会给予患者常规护理措施，以此让其治疗效果的得到保障，但西医护理通常不具有针对性，在患者中医分型不同时将不能取得预期的护理效果。

根据中医理论<sup>[3-4]</sup>，神经根型颈椎病患者通常可分为湿火型、虚寒型、风寒湿型和气滞血瘀型四种证型，不同证型的患者病理机制存在一定差异，并且临床症状有所不同，因此需要根据患者的证型不同给予其针对性的护理措施。根据临床研究，神经根型颈椎病患者治疗期间的不良情绪、饮食因素和环境因素等均可对其治疗效果造成不良影响，导致其不能达到预期的疗效。因此，在对患者实施中医护理临床路径时首先要给予患者有效的情志护理，根据中医情志护理理论，采用情志相胜法让患者的不良情绪得到改善<sup>[5]</sup>；其次，要在患者治疗过程中为其营造良好的病房环境，避免患者因环境因素的影响导致病情加重；另外，要根据患者的临床分型不同给予其针对性的饮食护理，起到协助治疗的作用，并让患者保持良好的生活习惯和作息规律，以此让其治疗效果得到提升；最后，在条件允许时，还可采用中药方剂、按摩、针灸和拔管等方式对患者进行辅助治疗，以此促

使其治疗效果提升。

本研究对中医护理临床路径在神经根型颈椎病住院患者中的应用效果进行分析, 试验组治疗总有效率高于对照组, 数据对比  $P < 0.05$ 。试验组住院时间和治疗费用少于对照组, 满意度评分高于对照组, 数据对比  $P < 0.05$ 。综上所述, 中医护理临床路径在神经根型颈椎病住院患者中的应用效果显著, 值得推广应用。

#### 参考文献

[1] 林静娥, 谷志建, 何美容. 中医护理临床路径在神经根型颈椎病住院

患者中的应用价值分析[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(5):121-122.

[2] 陈娟. 神经根型颈椎病患者应用中医护理对其住院时间、住院费用、护理满意度的影响[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(6):148-149.

[3] 梁爱先. 中医护理临床路径对神经根型颈椎病患者临床效果观察[J]. 中国实用医药, 2015, 10(1):211-212.

[4] 蔡丽莉. 颈椎病患者采用中医护理干预的效果观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(28):3179-3180.

[5] 马美芬, 张强. 中医适宜技术治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 中国全科医学, 2012, 15(18):2093-2094.

(本文编辑:李海燕 本文校对:韩冬 收稿日期:2018-10-09)

## 中医辨证施护在复发性口腔溃疡患者中的应用

范葵

(江西省鹰潭市中医院口腔科, 江西 鹰潭 335000)

**摘要:**目的 探讨对复发性口腔溃疡患者应用中医辨证施护的临床价值。方法 从江西省鹰潭市中医院收治的复发性口腔溃疡患者中选取 58 例作为观察目标, 将其依照就诊顺序的前后随机分为 2 组(均为 29 例), 其中, 对照组接受常规护理, 试验组在对照组的基础上应用中医辨证施护, 对 2 组的护理效果给予评价。结果 相比对照组, 试验组溃疡复发间隔时间显著更长, 溃疡愈合时间以及疼痛消失时间均显著更短, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 试验组的总有效率显著高于对照组(96.55% vs 75.86%), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 对复发性口腔溃疡患者应用中医辨证施护, 可达到突出的护理效果。

**关键词:** 中医辨证施护; 口腔溃疡; 复发; 口疮

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.050

文章编号:1672-2779(2019)-04-0121-03

### The Application Traditional Chinese Medicine Nursing in Patients with Recurrent Oral Ulcer Based on Syndrome Differentiation

FAN Kui

(Department of Stomatology, Yingtan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Yingtan 335000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical value of TCM nursing for patients with recurrent oral ulcer based on syndrome differentiation. **Methods** Fifty-eight patients with recurrent oral ulcer were randomly divided into two groups according to the order of treatment, with 29 cases in each group. Among them, the control group received routine nursing care. On the basis of the control group, the experimental group applied TCM nursing based on syndrome differentiation. The nursing effect of the two groups was evaluated. **Results** Compared with the control group, the ulcer recurrence interval of the experimental group was significantly longer, the ulcer healing time and the pain disappearance time in the experimental group were significantly shorter than that in the control group ( $P < 0.05$ ), and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The total effective rate in the experimental group was significantly higher than that in the control group (96.55% vs 75.86%), and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The application of TCM nursing in patients with recurrent oral ulcer based on syndrome differentiation can achieve outstanding nursing effect.

**Keywords:** TCM nursing based on syndrome differentiation; oral ulcer; recurrence; aphtha

精神紧张、普通感冒、郁闷不乐、消化不良等都会导致复发性口腔溃疡的出现, 该疾病多出现于舌、颊、唇缘, 不受季节影响, 患者往往伴有淋巴结肿大、头痛、乏力、口臭、恶心、便秘、发热等现象。现阶段, 复发性口腔溃疡患者在人群中占比达到 20% 左右, 于口腔黏膜疾病中排名榜首。对于复发性口腔溃疡患者而言, 有效的护理模式对其疾病的改善和预后效果极为重要, 常规护理已无法满足其要求, 而中医辨证施护凭着其独特的优势, 能够为患者提供针对性的护理措施, 获得临床认可<sup>[1-2]</sup>。本次研究主要讨论对复发性口腔溃疡患者应用中医辨证施护的临床意义。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本次选取的 58 例复发性口腔溃疡患者均为我院 2017 年 1 月—2018 年 9 月收治对象, 本研究已得到我院伦理委员会的批准。其中, 试验组男 11 例, 女 18 例; 年龄 16~68 岁, 平均 37.14 岁; 病程 0.8~3.5 年, 平均 (1.64±0.17) 年。对照组男 12 例, 女 17 例; 年龄 16~68 岁, 平均 37.21 岁; 病程 0.8~3.5 岁, 平均 (1.69±0.25) 年。2 组患者的一般信息(包括病程、性别构成、年龄等)对比, 区别不显著 ( $P > 0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 与《口腔内科学》中有关本研究疾病的诊断标准相符<sup>[3]</sup>; 患者签署知情同意书。

1.3 排除标准 临床资料不完善；存在理解和认识障碍；伴有重要器官功能衰竭者。

1.4 护理方法 参照组接受常规护理（包括日常饮食注意、用药指导、环境管理等），试验组在参照组的基础上应用中医辨证施护，措施如下：

(1) 脾胃湿热型：饮食：忌食用狗肉、羊肉等，少食用热性水果，如荔枝、桂圆等，注重清淡、利湿清热。情志：注重情志调和以及疏理肝脾。运动：每 d 进行适当运动，秋冬季节运动适宜量为全身温热未出汗，春夏季节时，将运动量加大，达到出汗效果。出汗后防止对着空调直吹而导致湿热郁闭。耳穴按压：每日对双耳肾上腺、皮质下、内分泌、舌、口、神门等穴进行 4~5 次按压，每次维持 5 min，1 疗程为 12 d。

(2) 脾虚痰湿型：饮食：多食用薏苡仁、荞麦、玉米等食物，并制作萝卜海带汤、杏仁粥等药膳，注重泄浊化痰、利湿健脾。情志：向患者强调宣泄的重要性，告知其情志不和时，可通过向亲友倾诉、看搞笑电影、听音乐、唱歌等方式进行发泄。运动：每日保持一定锻炼，以呼吸急促但可忍受为适宜运动强度。每 d 进行 15 min 温水足浴，随后对脾俞、丰隆、承山、肺俞、三阴交等穴实施 20 min 按摩。

(3) 脾肾阳虚型：饮食：选取如桂圆、羊肉、生姜、狗肉等性温食物，尽量少食用梨、西瓜、猕猴桃等生冷寒凉食物，注重暖脾阳、温肾阳。情志：鼓励患者多去户外散步、玩耍，尽量不囿于室内，保持情志通畅。运动：适宜运动强度为无疲劳感、稍微出汗，并指导患者开展八段锦运动，以“双手攀足固肾腰”、“攒拳怒目增气力”为重点锻炼动作，加强补肾中精气的效果。将冰片 1 g 与吴茱萸 30 g 研末成粉，加入蜂蜜调和，涂抹在麝香膏上，于神阙穴贴敷，更换每隔 3 d 1 次，持续 4 个星期。

1.5 观察指标 对 2 组溃疡复发间隔时间、愈合时间、疼痛消失时间、临床疗效予以评价。其中，临床疗效分为三个级别：相比治疗前，患者溃疡全部愈合，疼痛日渐消失，颌下淋巴结未肿大，体温和进食均恢复正常，局部未出血表明显效；相比治疗前，患者溃疡面积缩小 1/2，淋巴结未肿大，无发热和出血，进食疼痛不显著表明有效；相比治疗前，患者溃疡面积未缩小，临床表现无改善，言谈和进食受到影响表明无效<sup>[4]</sup>。总有效率=（有效+显效）例数/总例数×100。

1.6 统计学方法 借助 SPSS 20.0 统计学软件对相关数据处理，通过  $(\bar{x} \pm s)$ 、百分比 (%) 分别表示计量资料和计数资料，并各自通过  $t$ 、 $\chi^2$  实施检验，若差异为  $P < 0.05$ ，则说明存在统计学意义。

## 2 结果

2.1 2 组各项指标用时比较 相比对照组，试验组的溃疡复发间隔时间显著更长，愈合时间以及疼痛消失时间均显著更短，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 2 组患者治疗后各项指标用时比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	溃疡复发间隔时间	愈合时间	疼痛消失时间
试验组	29	87.09±1.56	6.29±0.86	3.63±0.39
对照组	29	63.38±1.27	8.71±0.92	6.75±1.18
$\chi^2$ 值		2.91	3.84	9.67
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2 组临床疗效比较 试验组的总有效率显著高于参照组 (96.55% vs 75.86%)，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 2 组患者治疗后临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
试验组	29	18(62.07)	10(34.48)	1(3.45)	28(96.55)
对照组	29	8(27.58)	14(48.28)	7(24.14)	22(75.86)
$\chi^2$ 值					5.22
$P$ 值					<0.05

## 3 讨论

复发性口腔溃疡按照患者的临床表现可分为 3 种类型：重型、轻型、疱疹型，现代医学还未有效明确该疾病的发病原因，往往将精神、病毒和细菌感染、遗传、营养不良、免疫力降低等作为考虑因素。该疾病长时间折磨患者身体，且病情反复，对于患者的身心健康影响极大，有效的护理模式在患者的治疗过程中可起到重要影响<sup>[56]</sup>。

阳国英等<sup>[7]</sup>在研究中表明，对复发性口腔溃疡患者应用中医辨证施护，有助于患者病情的快速改善，促进疗效的提升。本次，试验组的治疗总有效率达 96.55%，且相比对照组其溃疡愈合时间以及疼痛消失时间均显著更短，溃疡复发间隔时间显著更长，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，表明中医辨证施护的应用效果突出。中医学将复发性口腔溃疡归于“口糜”“口疮”等范围，认为该疾病的产生受到素体阴虚、脾肾阳虚、外感六淫、饮食不节、心脾积热、情志失调等因素的影响，与胃、心、肾、脾等脏腑功能联系紧密<sup>[89]</sup>。心火亢盛，累及肾水，导致肾阴受损。舌为心之外候，肾经循喉咙夹舌本，肾阴虚的出现，导致心火炽于上，水亏于下，造成水火失衡，心阳偏盛，从而诱发疾病。脾以口为窍，肾阴亏虚，阳明胃热有余，导致火炎上行，出现相火妄动，从而引发口舌糜烂<sup>[10-11]</sup>。在临床中，复发性口腔溃疡多为虚实夹杂，对患者应用的护理措施应依照其实际类型决定。中医护理理念强调将人体看作一个有机整体，对人与自

然界的关系极为重视,在实施护理措施时参考患者的表现和病机。中医辨证施护通过四诊获取患者的临床信息,对患者的病性、病因、邪正、病位加以明确,依照辨证得到的资料为患者提供对应的护理措施,体现了护理措施的针对性<sup>[12-13]</sup>。本次对29例试验组应用中医辨证施护,其包括脾胃湿热型、脾虚痰湿型、脾肾阳虚型3种类型,依照不同类型,予以患者不同的饮食护理、情志护理、运动管理、中医特色外科治疗,能够使患者受到个性化、规范化的护理服务,在促进患者治疗效果提升的同时,有助于其康复进程的加快,减少疾病复发的可能性<sup>[14]</sup>。

因而,对复发性口腔溃疡患者实施中医辨证施护的效果突出。

#### 参考文献

[1] 陈会娟,毕伟博,崔红生.复发性口腔溃疡的郁热病机与六经辨证探析[J].中华中医药杂志,2016,31(8):2989-2992.  
[2] 罗岗.中医辨体施护在复发性口腔溃疡湿热体质患者中的应用[J].广西中医药大学学报,2017,20(3):77-78.  
[3] 张举之,樊明文.口腔内科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,1995:358-359.  
[4] 中华口腔医学会口腔黏膜专业委员会.复发性阿弗他溃疡疗效评价

试行标准[J].中华口腔医学杂志,2002,37(3):234.  
[5] 何芝林.中医辨证治疗慢性复发性口腔溃疡65例[J].新疆中医药,2017,35(4):29-30.  
[6] 赵建礼,李云合,谭金亮.中医辨证联合西药治疗复发性口腔溃疡疗效观察[J].山西中医,2016,32(9):22-22.  
[7] 阳国英,吴滨荣.辨证施护在复发性口腔溃疡患者中的应用[J].湖北中医药大学学报,2015,17(3):97-100.  
[8] 段淑红,王蕾,白瑞.辨证分型治疗复发性口腔溃疡56例疗效观察[J].辽宁中医杂志,2016,43(11):2305-2306.  
[9] 卢花平.复发性口腔溃疡的中医中药治疗[J].母婴世界,2015,22(4):102-103.  
[10] 崔珊珊.复发性口腔溃疡中医辨证分型研究[J].亚太传统医药,2015,11(19):48-50.  
[11] 高建伟.中医辨证治疗复发性口腔溃疡的临床疗效观察[J].光明中医,2017,32(5):694-696.  
[12] 徐琰.辨证治疗复发性口腔溃疡50例[J].实用中医药杂志,2016,32(9):872-873.  
[13] 罗岗.辨体施护对复发性口腔溃疡患者生活质量的影响[J].广西中医药大学学报,2017,20(4):66-67.  
[14] 侯莘,陈燕,江南春.辨证施护在复发性口腔溃疡患儿中的应用[J].现代临床护理,2016,15(5):11-14.  
(本文编辑:李海燕 本文校对:严国安 收稿日期:2018-11-06)

(上接第91页)不同则痛,故拔罐疗法是治疗此病的主要手段。临床上诸多医家采用拔罐疗法治疗颈椎病均取得了较好疗效。徐氏等<sup>[4]</sup>治疗颈型颈椎病患者100例,观察组采用平衡罐治疗,对照组采用枕颌牵引,各50例,2组均进行功能锻炼,结果治疗3周后,观察组总有效率明显优于对照组,随访1个月,观察组复发率明显低于对照组(4.0%与20.0%, $P<0.5$ )。赵萌<sup>[5]</sup>自制竹罐放于煮沸的药液中煎煮后进行拔罐,结果治愈29例,显效11例,有效6例,无效3例,总有效率93.88%。

故本研究探讨研究拔罐疗法治疗颈型颈椎病。留罐法和闪罐法是常见的两种拔罐方法。留罐是将罐具吸拔后留置一段时间,刺激比较强,作用层面比较深,作用时间比较长,对于病变位置比较深的疾病具有较好的治疗作用。闪罐是将罐具反复吸拔,不留罐,作用时间短,作用的层次比较浅,对于皮肤腠理的疾病效果比较好。《黄帝内经》言“故因其轻而扬之;因其重而减之;因其衰而彰之。”颈型颈椎病是颈肩部肌肉及颈椎椎体的病变,病变部位比较深,故留罐刺激治疗效果比较好。本研究选择大椎穴、天宗穴、肩井穴、风门穴,均为治疗颈型颈椎病的要穴。大椎穴为督脉腧穴,诸阳脉之交会穴,可以宣通阳气,疏通颈肩部经络。天宗穴是手太阳小肠经常用的腧穴之一,

位于肩胛区,小肠经“出肩解,绕肩胛,交肩上”,经络所过,主治所及,故是治疗颈肩部疾病的要穴。《针灸甲乙经》云:“肩重,肘臂痛不可举,天宗主之。”肩井穴位于大椎与肩峰端连线的中点上,是治疗局部颈肩部疾病的主要穴位,《针灸甲乙经》曰:“肩痛不可举,天容及乘风主之。肩背痹痛,臂不举,肩井主之。”风门穴,顾名思义,为风邪出入之门户,主治风疾,是临床驱风最常用的穴位之一。诸穴同用,可收祛除外邪,疏通经络的作用。

本研究为留罐和闪罐治疗颈型颈椎病,提供了一个选择的参考,具有临床意义。但有不足,在不同留罐时间及不同闪罐次数之间未作对比,值得以后继续探讨研究。

#### 参考文献

[1] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:201-202.  
[2] 唐志红,周迎东.按摩配合鸡血藤葛根汤治疗颈型、神经根型颈椎病临床体会明中国[J].中医急症,2008,17(9):1300-1301.  
[3] 王富春.刺灸灸法[M].上海:上海科学技术出版社,2009:87.  
[4] 徐敏,刘保新,黄承军,等.平衡罐配合功能锻炼治疗颈型颈椎病的临床观察[J].中国康复杂志,2009,25(5):338.  
[5] 赵萌.竹罐治疗颈型颈椎病98例临床观察[J].天津中医药大学学报,2010,29(1):20-21.  
(本文编辑:李海燕 本文校对:王光涛 收稿日期:2018-09-27)

# 中医药干预肺纤维化相关信号通路研究进展<sup>※</sup>

冀会鸽<sup>1</sup> 李亚<sup>2</sup> 余学庆<sup>2\*</sup>

(1 河南中医药大学·呼吸疾病诊疗与新药研发河南省协同创新中心,河南 郑州 450046;  
 2 河南中医药大学第一附属医院肺病科,河南 郑州 450000)

**摘要:**肺纤维化发病原因复杂,疾病发展过程涉及多条信号转导通路,如 TGF- $\beta$ 1 信号通路、wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路、Notch 信号通路、MAPK 信号通路、Nrf2/ARE 信号通路等,多项研究表明,干预信号转导通路的相关作用靶点可以影响肺纤维化的疾病进展过程。中医药治疗肺纤维化有一定的作用,本文以“肺纤维化”“信号通路”“中医药”为主题词,检索中国知网、维普期刊近两年期刊文献,对中医药干预肺纤维化信号通路的相关研究进展进行综述。

**关键词:**中医药;肺纤维化;信号通路;综述;肺胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.051

文章编号:1672-2779(2019)-04-0124-03

## Research Progress of Chinese Medicine Intervention in Pulmonary Fibrosis-related Signaling Pathways

Ji HuiGe<sup>1</sup>, Li Ya<sup>2</sup>, Yu Xueqing<sup>2</sup>

(1. Collaborative Innovation Center for Respiratory Disease Diagnosis and Treatment & Chinese Medicine Development of Henan Province, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Department of Pulmonary Disease, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** The pathogenesis of pulmonary fibrosis is complex, and the process of disease development involves multiple signal transduction pathways, such as TGF- $\beta$ 1 signaling pathway, wnt/ $\beta$ -catenin signaling pathway, Notch signaling pathway, MAPK signaling pathway, Nrf2/ARE signaling pathway, etc. Studies have shown that interventions targeting the signal transduction pathway can influence the progression of disease progression in pulmonary fibrosis. Traditional Chinese medicine has a certain role in the treatment of pulmonary fibrosis. This article uses the words "pulmonary fibrosis", "signal pathway" and "Chinese medicine" as the keywords to search the literature of China Knowledge Network and Weipu Journal in the past two years. The article reviews the related research on the intervention of Chinese medicine in pulmonary fibrosis signaling pathway.

**Keywords:** Chinese medicine; pulmonary fibrosis; signal pathway; review; lung-distension

肺纤维化是以肺泡上皮细胞进行性损伤及异常损伤修复为病理过程的纤维化性疾病,其损伤修复中致纤维化与抗纤维化之间的平衡紊乱是肺纤维化的关键环节,若二者之间的平衡关系被打破,则活化的上皮细胞刺激常驻的成纤维细胞增殖、循环中的成纤维细胞聚集,并促进上皮间质转化(epithelial mesenchymal transition, EMT),从而诱导成纤维细胞灶形成,引起肺泡结构破坏、基质沉积和瘢痕形成。其纤维化过程涉及多条信号通路的异常活化,如 TGF- $\beta$  通路、wnt/ $\beta$ -catenin 通路、Notch 通路、MAPK 通路、Nrf2/ARE 通路等。肺纤维化发病原因复杂,机制尚不明确,目前尚无有效的治疗药物能够改善纤维化进程。将中医药与信号通路相结合,通过干预其作用靶点改善纤维化进程可为临床治疗肺纤维化提供依据。本文就中医药干预肺纤维化信号通路及相关实验研究进展进行综述。

### 1 TGF- $\beta$ /Smad信号通路

转化生长因子(Transforming growth factor, TGF)- $\beta$  是关键的致纤维化因子,是迄今发现的最强的细胞外基质沉积促进剂,其促纤维化形成的作用主要是刺激成纤维细胞合成细胞外基质成分、诱导肺脏的结缔组织生长因子和基质金属蛋白酶(matrix metalloproteinase, Mmp)表达等<sup>[1]</sup>。TGF- $\beta$ 1 在上皮细胞、肺泡巨噬细胞、成纤维细胞等细胞中表达,在一些有害物质(二氧化硅、博来霉素等)刺激下活化,与 TGF- $\beta$ RII (II 型 TGF- $\beta$  受体)结合,募集 TGF- $\beta$ RI (I 型 TGF- $\beta$  受体),磷酸化下游的受体相关 Smads (R-Smads) 即 Smad2 和 Smad3, 后与 Smad4 形成低聚物复合体,转移到核内与共活化剂和协阻抑物共同参与目标基因的表达,促进细胞外基质沉积和纤维化进程。而 Smad7 通过 Smad3 依赖方式活化,与 R-Smads 竞争活化受体,负反馈调节 TGF- $\beta$ /Smad 通路<sup>[2,3]</sup>。TGF- $\beta$ 1 通路促进 Wnt/ $\beta$ -catenin 活化有两条途径,一是通过 Smads 依赖途径,即活化的 Smad3 抑制 GSK-3 $\beta$  活化,抑制  $\beta$ -catenin 降解,提高其转录活性,参与

※ 基金项目:国家自然科学基金【No 81673942; No 81673775】

\* 通讯作者:yxqshi@163.com

纤维化形成；二是 TGF- $\beta$ 1 抑制 DKK-1 的表达而促进 Wnt/ $\beta$ -catenin 通路的活化<sup>[4-5]</sup>。

樊茂蓉等<sup>[6]</sup>对博来霉素诱导的肺纤维化大鼠肺组织进行免疫组化定量分析 (IOD值) 发现, 模型组 TGF- $\beta$ 、Smad3 表达较对照组增多, Smad7 表达较对照组减少, 使用通痹补肺方 (生黄芪、生地黄各 30 g, 威灵仙 12 g, 海浮石 15 g, 旋复花 15 g, 鳖甲 10 g, 三棱 10 g, 莪术 10 g, 生甘草 6 g) 灌胃后发现, 中药组 TGF- $\beta$ 、Smad3 表达较模型组下降, Smad7 表达较模型组增多。周薇等<sup>[7]</sup>对博来霉素诱导的肺纤维化大鼠肺组织中 TGF- $\beta$ 1、Smad2、Smad7 蛋白水平测定发现: 与对照组比较, 模型组大鼠肺组织中 TGF- $\beta$ 1、Smad2 蛋白表达水平增高, Smad7 蛋白表达水平明显降低; 与模型组比较, 中药益气活血通络方 (黄芪 30 g, 太子参 20 g, 麦冬 20 g, 五味子 15 g, 丹参 10 g, 地龙 10 g, 水蛭 10 g, 川贝母 6 g, 灵芝 3 g, 甘草 6 g) 能显著下调肺纤维化大鼠的肺组织中 TGF- $\beta$ 1 蛋白的表达水平, 中药组能够显著下调纤维化大鼠的肺组织中 Smad2 蛋白的表达水平, 上调 Smad7 蛋白的表达水平。肺纤维化大鼠血清中 TGF- $\beta$ 1 水平较对照组明显上升, 中药组血清 TGF- $\beta$ 1 较模型组显著下降<sup>[8]</sup>。

## 2 Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路

Wnt/ $\beta$ -catenin 通路作为生物机体的一个重要信号通路, 生理状态下它按程序规律地激活和静止, 是诱导生物正常组织分化的信号, 参与胚胎进化及组织发育过程中的细胞增殖、极化与凋亡<sup>[9]</sup>, 在参与 EMT 形成过程中, 可诱导间充质细胞向肌成纤维细胞转化, 促进纤维化的发生。其转导取决于细胞内  $\beta$ -catenin 的水平。在正常状态下  $\beta$ -catenin 被磷酸化降解, 可使胞质内游离  $\beta$ -catenin 浓度保持相对较低水平, 当机体受到体内外刺激时, Wnt 信号活化, 可激活其下游因子, 导致  $\beta$ -catenin 降解减少, 在胞质及胞核中聚集, 调控 Wnt 信号通路的下游靶基因转录, 如基质金属蛋白酶 7、细胞周期蛋白、分泌型卷曲相关蛋白等, 影响细胞增殖、分化、迁移、凋亡等功能<sup>[10-11]</sup>。

孙兆瑞等<sup>[12]</sup>检测百草枯处理的人肺上皮细胞中  $\beta$ -catenin 蛋白的表达水平, 免疫荧光和 Western blot 结果均显示百草枯组蛋白表达水平升高, 通路抑制剂 DKK-1 组蛋白表达水平下降; 腹腔注射百草枯所致的肺纤维化模型大鼠肺组织中  $\beta$ -catenin 蛋白水平较对照组升高。李婧等<sup>[13]</sup>用艾灸肺俞、膈俞两穴治疗博来霉素致肺纤维化模型大鼠, 其肺组织中  $\beta$ -catenin 蛋白含量较模型组明显下降,  $\beta$ -catenin mRNA 表达较模型组表达降低。

## 3 MAPK 信号通路

MAPK 信号通路可通过调节炎症反应、介导细胞凋亡、参与血管新生等多种途径促进纤维化的形成。哺乳动物 MAPK 家族包括主要分为三大类, 即细胞外信号调

节激酶 (extracellular signal-regulated kinases, ERK)、e-Jun 氨基末端激酶 (e-Jun N-terminal kinases, JNK) 和 p38MAPK<sup>[14]</sup>。三条级联信号通路功能独立却又相互关联, p38MAPK 被激活后可促进巨噬细胞产生白介素-6 (interleukin-6)、肿瘤坏死因子 (tumor necrosis factor- $\alpha$ , TNF- $\alpha$ ) 等多种炎症因子, 进而诱导组织细胞凋亡; ERK1/2 信号通路可通过促进成纤维细胞增殖、凋亡和 I 型胶原沉积促进纤维化形成, TGF- $\beta$ 、成纤维细胞生长因子及基质金属蛋白酶等因子可促进其激活, TGF- $\beta$  可刺激纤溶酶原激活物和 I 型胶原增强子的生成, ERK 参与该过程并促进 ECM 沉积; JNK 信号通路可促进细胞凋亡, 促进肺纤维化, 可能作用机制为: (1) 通过上调 TNF、p53 等促凋亡蛋白的表达, 促进细胞凋亡; (2) 作用于线粒体, 激活 caspase-3 级联反应, 与凋亡底物结合引起细胞凋亡。

王晨等<sup>[15]</sup>发现博来霉素诱导的肺纤维化模型大鼠肺组织 VEGFR1 和 p38MAPK 蛋白表达水平均升高, 肺纤方 (冬虫夏草、红景天、生黄芪、白果、瓜蒌、海蛤壳、炙麻黄、水蛭) 组 VEGFR1 和 p38MAPK 蛋白表达水平较模型组明显下降, 证明肺纤方可通过减少肺炎及纤维化修复时异常血管新生介导的胶原沉积抑制纤维化进程。吴甜甜等<sup>[16]</sup>发现肺纤维化模型大鼠肺组织中 GRP78、IRE1 $\alpha$ 、p-JNK、TRAF2 基因表达、蛋白含量明显高于对照组, 补肾益肺消癥方 (当归、熟地、陈皮、法半夏、浙贝母、水蛭、连翘、炙甘草) 组基因表达和蛋白含量较模型组明显降低, 该方可减轻肺泡结构破坏, 减少成纤维细胞增生, 延缓纤维化进程。

## 4 其他

4.1 Notch 信号通路 Notch 信号通路可通过多种途径参与肺间质纤维化的形成和发展, 影响疾病预后<sup>[17]</sup>。TGF- $\beta$ 1 可诱导 Notch1、Notch4 的表达上调, Notch 信号通路可通过 TGF- $\beta$ 1 诱导肺泡上皮细胞发生 EMT, 进而促进纤维化发生<sup>[18]</sup>。Notch 信号通路可直接诱导 EMT 的发生, 也可与其他信号通路协同诱发肺纤维化: (1) Notch 可以通过调控相关转录因子 Snail 的表达, 促进 EMT 的表达; (2) TGF- $\beta$  可通过 Smad3 上调 Notch 受体相应配体靶基因的表达, 与 E-钙黏蛋白启动子结合, 抑制 E-钙黏蛋白表达, 诱导 EMT 发生; (3) Wnt 信号通路可以上调 Notch 信号通路靶基因 Snail-2 的表达, 从而促进 EMT 的发生<sup>[19]</sup>。

4.2 Nrf2-keap1-ARE 信号通路 Nrf2-keap1-ARE 信号通路是目前机体最主要的内源性抗氧化信号通路<sup>[20]</sup>, 核因子 NF-E2 相关因子 (Nrf2) 是细胞氧化应激通路中最重要转录因子, 通过与抗氧化反应元件 (Antioxidant Response Elements, ARE) 相互作用, 能够上调机体内多种抗氧化蛋白的表达水平, 清除体内氧化应激产生的

自由基,从而维持细胞的氧化还原状态,相反,Nrf2 缺失或激活障碍则会导致抗氧化酶减少,加重细胞的氧化应激的负效应,诱导某些氧化应激性纤维化疾病发病。Morito 等<sup>[21]</sup>认为 Nrf2/ARE 信号通路抗纤维化机制主要是提高细胞内 ARE 敏感的抗氧化酶表达水平,观察发现 IPF 患者增生的肺泡上皮细胞中红系衍生核因子 2 相关因子 2 (Nrf2) 的显著增加,Nrf2 能够与 ARE 结合,启动 ARE 调控的抗氧化酶基因表达。Nrf2 调节细胞凋亡主要通过两种途径:其一,Nrf2 过表达直接调节 Fas 途径诱导细胞凋亡的敏感性;其二,Nrf2 过表达提高 GSH 水平间接调节细胞对凋亡信号的敏感性。

**4.3 PI3K/Akt 信号通路** 磷脂酰肌醇 3 激酶 (phosphoinositide 3-kinase, PI3K) 是一种信号转导酶,是 PI (4,5) P2 磷酸化,形成 PI (3,4,5) P3,能被酪氨酸激酶受体、G 蛋白偶联受体/细胞因子受体和 Ras 蛋白相关的 GDP 酶受体激活,促进细胞增殖、分化、黏附。蛋白激酶 B (protein kinase B, PKB, 又称 Akt) 是 PI3k 下游中一种丝氨酸/苏氨酸激酶,Akt 的氨基酸末端具有 PH 结构域,能与细胞膜附近的 PI (3,4,5) P 结合形成复合体,复合体与 3-磷脂酰肌醇依赖性蛋白激酶 1 结合可促进 Akt 的氨基酸末端的 PH 结构域磷酸化,从而激活下游中的缺氧诱导因子等因子来共同参与细胞的增殖、分化<sup>[22-23]</sup>。AKT 通路被激活后,可激活雷帕霉素靶蛋白、缺氧诱导因子等共同参与纤维化形成。

肺纤维化发病原因复杂,涉及吸烟、环境暴露、基因突变、微生物因素等<sup>[24]</sup>,发病机制复杂,如炎症、氧化应激、肺泡上皮损伤等,并且涉及多条分子及信号通路,2015 年美国胸科学会 (ATS)/欧洲呼吸学会 (ERS)/日本呼吸学会 (JRS)/拉丁美洲胸科协会 (ALAT) 修订版的 IPF 治疗临床实践指南中推荐等级低或不推荐使用,指南中推荐使用吡啡尼酮、尼达尼布以及抑酸剂治疗,但这些药物存在潜在的不良反应<sup>[24-25]</sup>。中中医药基于信号通路上相关靶点作为肺纤维化发病机理,探讨中药治疗肺纤维化的效果为肺纤维化的治疗提供了新的研究方向。

#### 参考文献

- [1] Strieter R M, Mehrad B. New mechanisms of pulmonary fibrosis [J]. Chest, 2009, 136(5):1364-1370.
- [2] Xu F, Liu C, Zhou D, et al. TGF- $\beta$ /SMAD Pathway and Its Regulation in Hepatic Fibrosis. J Histochem Cytochem, 2016 Jan 8. 157-167.
- [3] Meng X M, Tang P M, Li J, et al. TGF- $\beta$ /Smad signaling in renal fibrosis. Front Physiol, 2015, 6:82.
- [4] Liang R, Sumova B, Cordazzo C, et al. The transcription factor GLI2 as a downstream mediator of transforming growth factor- $\beta$ -induced fibroblast activation in SSc [J]. Ann Rheum Dis, 2017, 76(4):756-764.
- [5] Tomcik M, Palumbo-Zerr K, Zerr P, et al. Tribbles homologue 3 stimulates canonical TGF- $\beta$  signalling to regulate fibroblast activation and tissue fibrosis [J]. Ann Rheum Dis, 2016, 75(3):609-16.
- [6] 樊茂蓉, 米爽, 韩克华, 等. 基于“痹-虚”病机中药对肺纤维化大鼠 TGF- $\beta$ /Smads 信号通路的影响 [J]. 山西中医, 2017, 33(11):52-56.
- [7] 周薇, 涂艳. 益气活血通络方对博来霉素致肺纤维化大鼠 TGF- $\beta$ /Smads 信号通路的作用机制研究 [J]. 中国中医急症, 2017, 26(2): 208-211.
- [8] 周薇, 涂艳. 益气活血通络方对博来霉素致肺纤维化大鼠 TGF- $\beta$ /ERK 信号通路影响的研究 [J]. 中国中医药科技, 2017, 24(4):415-418.
- [9] 黄伟, 沈金峰, 谢娟, 等. 浅谈 Wnt/ $\beta$ -catenin 与肾间质纤维化的关系 [J]. 江西医药, 2018, 53(1):90-93.
- [10] Mac Donald B T, Tamai K, He X. Wnt/beta-catenin signaling: components, mechanisms and diseases [J]. Dev Cell, 2009, (17): 9-26.
- [11] Wang Y, Li YP, Paulson C, et al. Wnt and the Wnt signaling pathway in bone development and disease [J]. Front Biosci (Landmark Ed), 2014, 19: 379-407.
- [12] 孙兆瑞, 赵扬, 杨志洲, 等. 抑制 Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路影响的研究 [J]. 医学研究生学报, 2017, 30(2):117-121.
- [13] 李婧, 汪弋力, 王晓芳, 等.  $\beta$ -连环蛋白在艾灸肺俞、膏肓俞治疗肺纤维化大鼠中的表达变化 [J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(9):1969-1971.
- [14] 唐姣, 何振华. MAPK 信号通路在肺纤维化研究进展 [J]. 现代医药卫生, 2016, 32(12):1841-1844.
- [15] 王晨, 张晓梅, 尹婷, 等. 肺纤方提取物对肺间质纤维化大鼠 VEGF-ERK1 介导的 p38MAPK/PI3K 信号通路表达的影响 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6):2659-2661.
- [16] 吴甜甜, 柴立民, 杨颖溪, 等. 补肾益肺消癥方干预肺纤维化大鼠 JNK 凋亡信号通路关键分子的表达调控内质网应激的作用机制 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(19):2053-2056.
- [17] 汤立建, 任敦强, 孙家兴, 等. Notch 信号通路在肺纤维化关系的研究进展 [J]. 青岛大学医学院学报, 2017, 53(3):614-617.
- [18] Aoyagiiked K, Maeno T, Matsui H, et al. Notch induces myofibroblast differentiation of alveolar epithelial cells via transforming growth factor- $\beta$ /Smad3 pathway [J]. Am J Respir Cell Mol Biol, 2011, 45(1):136-144.
- [19] Garg M. Epithelial-mesenchymal transition-activating transcription factors multifunctional regulators in cancer [J]. World Journal of Stem Cells, 2013, 5 (4):188-195.
- [20] Yu X, Kensler T. Nrf2 as a target for cancer chemoprevention [J]. Mutat Res, 2005, 591(1-2):93-102.
- [21] Morito N, Yoh K, Itoh K, et al. Nrf2 regulates the sensitivity of death receptor signals by affecting intracellular glutathione levels [J]. Oncogene, 2003, 22(58):9275-9281.
- [22] Spangle J M, Roberts T M, ZHAO J J, et al. The emerging role of PI3K/Akt-mediated epigenetic regulation in cancer [J]. Biochim Biophys Acta, 2017, 1868(1):123-131.
- [23] Fruman D A, Chiu H, Hopkin B D, et al. The PI3K pathway in human disease [J]. Cell, 2017, 170(4):605-635.
- [24] Raghu G, Rochberg B, Zhang Y, et al. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline: Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Update of the 2011 Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2015; 192(2):e3-19.
- [25] 李雅群, 朱庆均, 容蓉. 特发性肺纤维化药物治疗的研究进展 [J]. 中南药学, 2017, 15(5):631-634.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张蓝熙 收稿日期:2018-07-05)

# 益气养阴活血中药改善2型糖尿病胰岛β细胞功能的研究进展<sup>※</sup>

孙佳佳<sup>1,2</sup> 李文东<sup>2</sup> 张军<sup>3\*</sup>

(1 华北理工大学中医学院硕士研究生2016级,河北唐山063000;

2 河北省沧州中西医结合医院糖尿病四科,河北沧州061000;

3 河北省唐山市中医医院内分泌一科,河北唐山063000)

**摘要:**2型糖尿病属中医“消渴病”的范畴,是以血糖升高为主要表现的代谢性疾病,目前已成为继心血管疾病之后又一严重危害人类健康的全球性疾病。益气养阴活血中药能够通过改善糖脂代谢、减轻氧化应激并调控microRNA表达等,进而改善糖尿病胰岛β细胞功能,为防治2型糖尿病开辟了新的思路。

**关键词:**2型糖尿病;胰岛β细胞;益气养阴活血中药;综述;消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.052

文章编号:1672-2779(2019)-04-0127-04

## Research Progress of Replenishing Qi and Nourishing Yin for Promoting Blood Circulation on Improving Islet β Cells Injury in Type 2 Diabetes

SUN Jiajia<sup>1,2</sup>, LI Wendong<sup>2</sup>, ZHANG Jun<sup>3</sup>

(1. Grade 2016 Graduate, School of Traditional Chinese Medicine, North China University of Science and Technology, Hebei Province, Tangshan 063000, China;

2. Department of Diabetes, Cangzhou Integrated Hospital of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine, Hebei Province, Cangzhou 061000, China;

2. Department of Endocrinology, Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Tangshan 063000, China)

**Abstract:** Diabetes belongs to consumptive thirst in traditional Chinese medicine, and it is a metabolic disease with high blood sugar. Now it has become a global disease which seriously endangers human health after cardiovascular disease. Replenishing qi and nourishing yin for promoting blood circulation medicine can improve islet β cells function injury by improving glucolipid metabolism, reducing oxidative stress and regulating microRNA expression. New ideas have been developed for the prevention and treatment of type 2 diabetes.

**Keywords:** type 2 diabetes; islet β cells; replenishing qi and nourishing yin for promoting blood circulation medicine; review; consumptive thirst

近年来,随着生活水平的提高、饮食结构和生活方式的改变,2型糖尿病患病率呈现惊人的上升趋势,经研究预测2045年在全球2型糖尿病的患病人数将升至6.29亿。已知2型糖尿病发生发展的主要病理生理学特征是胰岛β细胞功能受损和胰岛素抵抗<sup>[1]</sup>。大量证据表明,胰岛β细胞功能受损贯穿2型糖尿病发生发展全过程<sup>[2]</sup>。保护胰岛β细胞功能已然成为当前控制糖尿病进一步发展的关键所在<sup>[3]</sup>。近年来,中医药关于糖尿病治疗与研究的热点逐渐转移到胰岛β细胞修复与保护方面,并取得相关进展。

### 1 中医对糖尿病的认识

中医将糖尿病归属于“消渴”范畴,根据其临床特点,《黄帝内经》还有膈消、消瘴、风消等名称的记载。胰岛β细胞属于胰腺的内分泌细胞。中医典籍中未发现“胰”和“胰岛素”的相关记载,“胰”字首先出现在明代李时珍的《本草纲目》中<sup>[4]</sup>,原文却以猪胰论述。《难经》中“散膏”一词,目前认为即为今之“胰脏”。

临床实践表明,“散膏”与消渴病发病之间联系密切<sup>[5]</sup>。“消渴的病位之本在人体之‘散膏’”<sup>[6]</sup>。《医学衷中参西录》中记载“盖脾为脾之副脏”<sup>[7]</sup>,将胰腺归于“脾”的附属结构。《尔雅》指出“脾,裨也,在胃下,裨助胃气,主化水谷”<sup>[8]</sup>,此时的“脾”并非特指某一脏器,而是具备运化水谷精微物质,输布津液的消化系统,而胰腺既可以分泌胰液又可以分泌激素调节血糖水平,这恰好与“脾”的运化功能相契合<sup>[9]</sup>。仝小林教授的研究小组经过多年临床实践,总结出2型糖尿病按照病程及严重程度可分为“郁、热、虚、损”四个阶段,这与机体从正常糖耐量进展到糖尿病过程中胰岛β细胞进行性损伤有着惊人的联系,并且指出了相应阶段的临床证型、证候表现及治疗策略,这对中医学在胰岛β细胞功能的认识和临床辨证治疗方面有着重要影响<sup>[10-13]</sup>。

### 2 2型糖尿病与胰岛β细胞损伤的病因病机

2.1 中医病因病机 赵志珉<sup>[14]</sup>对720本历代古医籍进行检索,将其病因主要归纳为禀赋不足、情志失调、饮食失节、劳欲过度、虫毒外感等因素。《灵枢·五变》指出“五脏皆柔弱者,善病消瘴。”表明先天禀赋不足,进而

※ 基金项目:河北省中医药管理局中医药类科研计划课题【No. 2017129】

\* 通讯作者:tszhangj@126.com

导致人体脏腑气血亏虚、阴阳失衡而致消渴，是消渴病发生的前提，且与肺、脾（胃）肾等多脏腑关系密切。2型糖尿病发生发展的一个重要病机即为胰岛 $\beta$ 细胞功能受损，这种病理性损伤将贯穿于2型糖尿病病程始终。因此，中医之“消渴”也必然存在胰岛 $\beta$ 细胞功能受损。

《易·义》记载有：“火炎则水干，故消渴责之于无水。”指出消渴病的主要发病原因即“无水”。其病机主要在于阴津亏损、燥热偏盛，而以阴虚为本，燥热为标<sup>[15]</sup>。这也可以说明，此即为胰岛 $\beta$ 细胞功能受损的病因病机。林兰<sup>[16]</sup>教授指出阴虚贯穿糖尿病发生发展的始终，为本；而燥热、痰浊、血瘀等为标。李克忠<sup>[17]</sup>将其病机分四期，分别为：食气太过，食积阻滞；郁热化火，灼伤津液；气随津脱，气阴两虚；气虚运血无力，瘀血内阻。田中伟<sup>[18]</sup>认为消渴病是正虚与邪实相互作用所致，就正虚方面将其分为三个阶段：气虚或阴虚阶段，以邪实为主，正虚次之；气阴两虚阶段，正气耗伤加重，邪气持续存在，而致正虚邪实并重；阴阳两虚阶段，邪盛正衰，标本俱急，危及生命。冷雪等<sup>[19]</sup>对425例2型糖尿病患者进行流行病学问卷调查，其辨证分型情况显示：气阴两虚证最多，占61.7%，而瘀血阻络证在糖尿病的每个证型中均存在，贯穿糖尿病的全过程。在糖尿病的治疗过程中，应该始终坚持益气养阴、活血化瘀的治疗方法。

**2.2 现代医学病因病理认识** 2型糖尿病是一种复杂的异质性的代谢性疾病，胰岛 $\beta$ 细胞受损原因多种多样，除与糖脂代谢紊乱、氧化应激、炎症反应等相关外，还可能与胃肠道激素、神经酰胺、内质网应激、DNA甲基化等多种因素密切相关<sup>[20-21]</sup>。最新研究表明，2型糖尿病作为多基因损伤性疾病，miRNA不断被提出与胰岛细胞损伤、凋亡有密切关系<sup>[22]</sup>。大量实验研究证明，剔除miR-200c可以保护胰岛 $\beta$ 细胞功能，改善2型糖尿病症状<sup>[23]</sup>。腺苷三磷酸结合盒转运抗体A1能够导致胰岛功能受损，而miR-133能够调节其表达水平从而对胰岛细胞起到保护作用<sup>[24]</sup>。miR-34a表达水平增高可以抑制凋亡基因Bcl-2沉默，使胰岛功能发生紊乱、胰岛素分泌减少，血糖升高<sup>[25]</sup>。另有文献指出，miR-142a、miR-9、miR-96等均参与调控胰岛素的分泌，改善胰岛 $\beta$ 细胞损伤<sup>[26]</sup>。

胰岛 $\beta$ 细胞是体内唯一能够分泌胰岛素的细胞，胰岛素作为机体唯一能够降低血糖的激素，其发挥作用，主要通过两条途径，一是PI3K/Akt信号通路，二是MAPK信号通路<sup>[27]</sup>。最新研究发现，在胰岛 $\beta$ 细胞上发现了以PI3K/Akt信号通路为主的胰岛素信号通路，磷酸化后的胰岛素受体（IR）与胰岛素受体底物（IRS）结合，IRS磷酸化后吸引PI3K调节亚基与之结合，使PI3K催化亚基激活，激活后的PI3K使下游PDK1磷酸化，从而激活AKT，活化的AKT能够使FoxO1失活<sup>[28-29]</sup>。实验证明，失活的FoxO1对胰岛 $\beta$ 细胞起保护作用<sup>[30]</sup>。因此，PI3K/Akt信号通路主要是通过调控胰岛素分泌，维持胰

岛 $\beta$ 细胞增殖生长，起到维持体内血糖稳定的作用。

### 3 益气养阴活血中药对胰岛 $\beta$ 细胞功能的保护作用

陈新则等<sup>[31]</sup>对治疗2型糖尿病的184种上市中成药方进行数据分析，数据涉及204种中药，总用药频率高达1504次，将其根据中药学归类方法分为18类，数据结果显示：补虚药、清热药、活血化瘀药位居前三，占52.59%。上述结果说明，益气养阴清热兼活血化瘀的治法在2型糖尿病的治疗上取得明显的疗效，并能够保护胰岛 $\beta$ 细胞功能，成为治疗2型糖尿病的根本大法。

**3.1 益气养阴活血中药改善糖脂代谢** 目前，脂毒性和糖毒性是普遍公认的造成胰岛 $\beta$ 细胞功能损伤的两大病理机制。糖脂代谢紊乱可以通过多种途径对胰岛 $\beta$ 细胞功能造成损害。高糖状态可导致膜电位离子通道失衡，胰岛素分泌异常；GLUT-2数目锐减，葡萄糖转移受限；干扰葡萄糖代谢相关酶的活性及抑制胰岛素基因表达，进而导致胰岛 $\beta$ 细胞功能损伤，胰岛素合成减少。陈敏<sup>[32]</sup>通过对48例糖尿病患者进行随机对照试验，实验组在对照组基础上给予具有益气养阴活血功效中药进行降糖治疗，结果显示：2组患者治疗前后比较，治疗后患者FPG、2hBG、HbA1c改善明显，TC、TG、LDL-C均明显降低，HDL-C明显增加；治疗组与对照组比较，糖化血红蛋白（HbA1c）水平、血脂水平均明显好转，治疗组改善糖脂代谢效果明显优于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。王明星等<sup>[33]</sup>亦从抑制糖脂毒性理论出发，采用益气养阴活血中药方对STZ诱导的糖尿病大鼠模型进行治疗，治疗后，与模型组比较，各中药组（高、中、低剂量组）血糖、血脂明显改善；各中药组间比较，中剂量组在改善血糖、血脂水平明显优于高、低剂量组。结果说明益气养阴功效中药具有改善糖脂代谢，保护胰岛 $\beta$ 细胞功能，降低胰岛素抵抗，从而降低血糖的作用。且提示方药在临床运用中要注重剂量与疗效的关系，使用合理的药量以达到最佳的治疗效果。

**3.2 益气养阴活血中药减轻氧化应激** 氧化应激是导致胰岛 $\beta$ 细胞功能衰退的重要原因。相关研究表明，氧化应激可引起胰岛 $\beta$ 细胞特别是线粒体结构的损伤；能够激活核转录因子 $\kappa$ B信号通路，引起 $\beta$ 细胞炎症反应；抑制胰十二指肠同源盒因子（PDX-1）的核质易位，减少胰岛素合成分泌功能。吴元洁等<sup>[34]</sup>采用具有益气养阴活血功效的丹蛭降糖胶囊（太子参、水蛭、泽泻、生地黄、菟丝子、丹皮等）对STZ诱导的糖尿病大鼠模型进行治疗，治疗组与模型组比较，结果显示：大鼠血糖血脂指标中，FBG、TG、TC明显降低，胰岛 $\beta$ 细胞功能指数（HOMA- $\beta$ ）明显升高（ $P<0.01$ ）。大鼠胰腺氧化应激指标中，胰腺丙二醛（MDA）水平降低明显，谷胱甘肽过氧化物酶（GSH-PX）、超氧化物歧化酶（SOD）水平升高明显（ $P<0.05$ ， $P<0.01$ ）。进一步实验研究<sup>[35]</sup>表明，丹蛭降糖胶囊可有效降低氧化酶亚单位22kD多肽

(p22phox)及8-羟基脱氧鸟苷(8-OHdG)在胰腺的阳性表达,降低NADPH氧化酶的表达,从而降低氧化应激对胰岛 $\beta$ 细胞的损伤。如上所述,益气养阴活血中药可以通过减轻氧化应激,有效修复和改善胰岛 $\beta$ 细胞功能,减少细胞凋亡,并促进其对INS的分泌。

**3.3 益气养阴活血中药调控 microRNA 的表达** miRNA在胰腺的发育、胰岛素的合成分泌以及胰岛 $\beta$ 细胞基因表达调控过程中起着不可忽视的重要作用<sup>[36]</sup>。成熟的miRNA在生成过程中离不开一种酶,即胰腺特异性Dicer1, Lynn等<sup>[37]</sup>利用被这种酶敲除过的小鼠,发现小鼠胰腺存在着发育上的缺陷,杂乱无章的上皮细胞堆积构成了胰腺组织。免疫组化检测结果显示, $\beta$ 细胞的分化减少了近94%,其分化过程几乎被完全摧毁。袁洁等<sup>[38]</sup>采用益气养阴活血方(太子参、黄芪、黄精、当归、山萸肉、鬼箭羽、丹参、三七粉)治疗2型糖尿病大鼠,观察相关指标发现,治疗后各给药组大鼠与模型组比较,FBG、2hPG、FINS水平及miR-375的表达均有不同程度降低,胰腺HE染色显示胰岛 $\beta$ 细胞趋于正常,而以益气养阴活血方中剂量组效果显著。提示益气养阴活血方可能是通过下调miR-375的表达从而改善胰岛 $\beta$ 细胞功能,降低血糖。戴金颖<sup>[39]</sup>、王顺意<sup>[40]</sup>对益气养阴活血方降糖机制做进一步研究,研究表明,益气养阴活血中药能够调控脂肪组织中miR-29及骨骼肌中miR-24的基因表达,改善2型糖尿病糖脂代谢紊乱,改善胰岛素抵抗,修复胰岛 $\beta$ 细胞功能,从而达到降低血糖的目的。

#### 4 总结与展望

近年来对保护胰岛 $\beta$ 细胞损伤机制的研究方兴未艾,目前大多数的研究都是从氧化应激、炎症反应等角度展开的。有报导指出,2型糖尿病与多基因遗传相关,且受表观遗传修饰的调控,其中miRNA介导的发病机制是目前研究的热点之一。而在研究胰岛 $\beta$ 细胞的损伤机制方面,miRNA及其相关信号通路的发现为研究者提供了一个全新的切入点。

传统中药相对于西药而言,具有多途径、多靶点、高效且毒副作用小的优势,尤其是益气养阴活血法,它是针对胰岛 $\beta$ 细胞损伤病因病机所提出的治则治法,无论是在动物实验,还是在临床观察方面,研究成果都颇为显著。因此,将miRNA及其相关信号通路的新概念引入中医理论中,进一步探索中医药保护胰岛细胞的具体机制,为增加临床用药、提高临床疗效起到促进作用。此研究目前尚处于初始阶段,随着生物技术和基因技术的发展,发挥中医整体调节和辨证论治的优势,中西医更高水平的结合在保护胰岛细胞功能、治疗2型糖尿病方面值得进一步研究。

#### 参考文献

[1] Chan J C, Zhang Y, Ning G. Diabetes in China: a societal solution for a personal challenge[J]. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2014;2(12):969-79.  
[2] 中国2型糖尿病防治指南(2010年版)[J]. *中国糖尿病杂志*, 2012, 20(1):81-117.

[3] RalPh A, DeFronzo. Banting Lecture: From the Triumvirate to the Omnipotent Octet: A New Paradigm for the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus[J]. *Diabetes*, 2009, 58(4): 773-795.  
[4] 李时珍著,陈贵廷校注.本草纲目[M].北京:中医古籍出版社,1994: 1115.  
[5] 王亚平.《难经》之“散膏”考义及其临床价值[J]. *中医文献杂志*, 2009(2):20-30.  
[6] 任继学.任继学经验集[M].北京:人民卫生出版社,2004:195-197.  
[7] 张锡纯.医学衷中参西录[M].石家庄:河北人民出版社,1974:158.  
[8] 王先谦.释名疏证补[M].上海:上海古籍出版社,1984:89.  
[9] 仝小林,赵昱,陈良.胰岛 $\beta$ 细胞功能保护的中医认识与对策[J]. *中医杂志*, 2006, 47(12): 888-890.  
[10] 欧阳阿娟.胰敏汤治疗痰湿瘀盛型2型糖尿病胰岛素抵抗的临床研究[J]. *湖南中医学院学报*, 2003, 23(5): 50-52.  
[11] 柳红芳,仝小林,朴信映.肝胃郁热证在消渴病治疗中的辨识[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2002, 8(3): 65-67.  
[12] 谢杜红,仝小林,徐远.糖尿病从肝胃辨治论[J]. *中国中医药信息杂志*, 2003, 10(2): 7-8.  
[13] 仝小林,段军.清泻肝郁胃热法在消渴病治疗中的地位 and 作用[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2004, 10(4): 8.  
[14] 赵志玥,刘波玲,张亚军.消渴(糖尿病)病因病机古文探析[J]. *内蒙古中医药*, 2014, 33(31):126-128.  
[15] 周仲瑛.金实.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:408.  
[16] 林兰.中西医结合糖尿病学[M].北京:中国医药科技出版社,1999.  
[17] 李克忠.2型糖尿病四期病机辨识[J]. *陕西中医*, 2009, 30(5):640-640.  
[18] 田中伟.2型糖尿病中医病因病机辨证论治初探[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2015, 13(4):1-3.  
[19] 冷雪,谷丽艳,朱芳.2型糖尿病中医证型流行病学调查及其中医病因病机初探[J]. *中华中医药杂志*, 2015, 30(3):732-735.  
[20] 蔡兵.2型糖尿病发病机制研究进展[J]. *继续医学教育*, 2017, 31(7): 94-96.  
[21] 孙宝,张伟. DNA甲基化与2型糖尿病发病机制研究进展[J]. *药学进展*, 2017, 41(8):614-618.  
[22] Farr R J, Joglekar M V, Hardikar A A. Circulating microRNAs in diabetes progression: discovery, validation, and research translation [J]. *EXS*, 2015, 106:215-244.25.  
[23] Belgardt B, Ahmed K, Spranger M, et al. The microRNA-200 family regulates pancreatic beta cell survival in type 2 diabetes [J]. *Nat Med*, 2015, 21(6):619-627.  
[24] Wijesekara N, Kaur A, Westwell-Roper C, et al. ABCAL deficiency and cellular cholesterol accumulation increases islet amyloidogenesis in mice[J]. *Diabetologia*, 2016, 59(6):1242-4246.  
[25] Ferland-McCollough D, Ozanne SE, Siddle K, et al. The involvement of MicroRNAs in Type 2 diabetes[J]. *Biochem Soc Trans*, 2010, 38(6):1565-1570.  
[26] 曹参,颜灿群,龙佳,等.微小RNA与糖尿病及其并发症关系的研究进展[J]. *中国糖尿病杂志*, 2016, 24(9):845-848.  
[27] 侯丽娜.丝胶对2型糖尿病大鼠胰腺胰岛素PI3K/Akt信号通路的调节作用[D].承德医学院,2015.  
[28] Kang G G, Chepurmy O G O, Rindler M J M, et al. A cAMP and Ca<sup>2+</sup> coincidence detector in support of Ca<sup>2+</sup>-induced Ca<sup>2+</sup> release in mouse pancreatic beta cells[J]. *Journal of Physiology*, 2010, 566(1):173-188.  
[29] 刘华瑜.桑皮粉添食对STZ诱导的糖尿病小鼠的预防和治疗作用[D].苏州大学,2016.  
[30] Shao S Y, Nie M B, Chen C, et al. Protective action of liraglutide in beta cells under lipotoxic stress via PI3K/Akt/FoxO1 pathway[J]. *Journal Cellular Biochemistry*, 2014, 115:1166-1175  
[31] 陈新则,马浩玲,丁丽琴,等.治疗糖尿病上市中成药处方规律研究[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2017(5):131-133.  
[32] 陈敏.益气养阴活血法改善2型糖尿病病人脂质代谢紊乱的临床观察[J]. *安徽医药*, 2017, 21(7):1314-1316.  
[33] 王明星,张军,刘颖.益气养阴活血方对2型糖尿病大鼠糖脂代谢的影响[J]. *内蒙古中医药*, 2016, 35(4):96-98.

- [34] 吴元洁,方朝晖,郑书国,等.丹蛭降糖胶囊联合运动对糖尿病大鼠胰腺氧化应激及胰岛功能的影响[J].中国中西医结合杂志,2012,32(11):1531-1534.
- [35] 吴元洁,方朝晖,郑书国,等.丹蛭降糖胶囊联合运动对糖尿病大鼠胰腺 NADPH 氧化酶亚单位 p22phox 表达水平的影响[J].中国中西医结合杂志,2013(5):641-645.
- [36] 李欣颖,关海东,王巍. MicroRNA 与胰岛  $\beta$  细胞的再生与分化及中药的靶向治疗[J].世界科学技术-中医药现代化,2016,18(7):1188-1194.
- [37] Lynn F C, Skewes-Cox P, Kosaka Y, et al. MicroRNA expression is required for Pancreatic islet cell genesis in the mouse[J]. Diabetes, 2007, 56(12): 2938-2945.
- [38] 袁洁,张军,戴金颖,等.益气养阴活血方对 2 型糖尿病大鼠胰腺 miR-375 表达水平和胰岛功能的影响[J].武警医学,2017(4):347-351.
- [39] 戴金颖.益气养阴活血方对 2 型糖尿病大鼠脂肪组织胰岛素抵抗的影响[D].华北理工大学,2017.
- [40] 王顺意.益气养阴活血方对 2 型糖尿病大鼠骨骼肌胰岛素抵抗影响的实验研究[D].华北理工大学,2017.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:迟秀娥 收稿日期:2018-09-27)

## 冠心病中医四诊客观化研究进展<sup>※</sup>

陈晓红 毛萍 孙艳艳 任姝俞 周小芳\*

(上海中医药大学教学实验中心,上海 201203)

**摘要:**冠心病属于中医“胸痹”范畴,是临床常见的心血管疾病。借助量化技术获得冠心病患者四诊信息,可以获得客观的中医诊断数据。本文对近期冠心病四诊客观化研究进展的文献进行了整理,通过中医四诊合参,四诊信息的客观化工作与冠心病的中医诊断、治疗相结合,以期对冠心病中医诊断和健康管理提供更为可靠的科学基础,发展新时代下的中医四诊客观化技术。

**关键词:**冠心病;中医诊断学;客观化;心悸;舌诊;脉诊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.053

文章编号:1672-2779(2019)-04-0130-02

### Research Progress on Objectification of Traditional Chinese Medicine Diagnosis of Coronary Heart Disease

CHEN Xiaohong, MAO Ping, SUN Yanyan, REN Shuyu, ZHOU Xiaofang\*

(Teaching Experiment Center, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

**Abstract:** Coronary heart disease belongs to the category of "chest discomfort" of Chinese medicine, and it is a common cardiovascular disease in clinic. With the help of quantitative technique, the four diagnoses information of coronary heart disease patients can be obtained, which provides Objective diagnostic data of Chinese medicine. This paper reviews the recent literature on the objectification of the four diagnostic Methods. Through the four diagnostic Methods of TCM, in order to provide a more reliable scientific basis for TCM diagnosis and health management of coronary heart disease and develops the Objective technology of four diagnostics in Chinese medicine. The objectification of the four diagnosis information is combined with the diagnosis and treatment of coronary heart disease.

**Keywords:** coronary heart disease; diagnostics of traditional Chinese medicine; objectification; palpitation; tongue diagnosis; pulse diagnosis

随着疾病谱的改变,冠心病(coronary heart disease, CHD)已经成为了危害人类健康的头号杀手。冠心病属于中医“胸痹”范畴,现代医学形式主要表现为心率失常、心力衰竭、心绞痛、心肌梗死等,是临床常见的心血管疾病。目前,越来越多学者致力于冠心病四诊客观化研究,在面诊、舌诊、脉诊均出现了可喜的研究成果,具体如下。

#### 1 冠心病面诊

中医认为人是一个有机的整体,可以通过观察神色、形、态的变化了解到人体健康状况并探测其病情。面部望诊在心系疾病诊断、治疗、评价中具有极大作用。目前中医在面部颜色及光泽、面部温度、血液流变学等方面研究颇多,如袁肇凯等<sup>[1]</sup>对比 114 例患者面部血管容积后,发现不同证型的面部颜色、血管变化与证候病理存在相关性。Baskurt OK 等<sup>[2]</sup>采用中医面色检测仪对 CHD 患者的面部特征信息进行检测,同时收集患者的临床资料,对病史

进行了解,发现不同证型患者的面色存在着不一样的特点。胡志希等<sup>[3]</sup>通过检测 55 例冠心病患者、72 例健康人的面部的血流情况,发现冠心病患者的血流数据变化有差异性。董梦青等<sup>[4]</sup>对冠心病、慢性肾功能衰竭、慢性乙型肝炎患者面色特点信息进行客观化探索,发现慢病面色参数与脏腑疾病呈一定规律性。张红凯等<sup>[5]</sup>通过检测五脏疾病与面色、唇色、光泽信息,验证了疾病与面部五色参数有相关性。王忆勤等<sup>[6]</sup>对比 359 例冠心病患者面色,证实了面色参数可作为不同证型辨证依据。合理利用现代科技产品能帮助中医医师客观分析面色信息,有利于医师诊断中医证型,及早判断患者身体异常情况并予以健康维护。

#### 2 冠心病舌诊

近年来,舌诊仪凭借着其简便、标准、快捷等优势,广泛应用于临床以及舌诊客观化研究中。李春杰等<sup>[7]</sup>与陈朝晖等<sup>[8]</sup>在对比了 366 例冠心病患者在治疗前后的舌象动态变化后,均发现治疗前冠心病患者的舌色可分为 9 种,比例最高的是暗红,其后依次为淡白、淡暗、淡红、淡紫、紫、紫暗、红,比例最少的为绛紫。通过治疗后,发现冠心病患者的舌色则以暗红、淡红为主。焦启超等<sup>[9]</sup>在

※ 基金项目:上海中医药大学第十一期大学生科创项目[No. 20181118]

\* 通讯作者:1640332655@qq.com

对比了150例冠心病患者以及100例非冠心病病人的舌象后,发现劳力型心绞痛患者的舌体胖大、边有齿痕、色青紫或淡青,而且颜色暗而无泽;变异型心绞痛患者舌象正常、舌体瘦小、舌色淡红;心肌梗死患者舌体胖大、色青紫且暗滞。孙怡春等<sup>[10]</sup>则提出急性心肌梗塞早期以薄白苔为主,若舌苔由薄至腻至黄至黑,则病情越来越严重,若舌苔由黑至黄至腻至薄,则病情有所好转。王发渭等<sup>[11]</sup>对比了112例冠心病患者以及88例正常人的舌下脉络变化,发现冠心病患者是舌下脉络变化显著,可见充盈、延长、迂曲、周围分支等,而且,随着年龄增长以及病程延长,舌下脉络的变化越明显。傅家武等<sup>[12]</sup>通过观察43例冠心病患者在治疗前后的舌下静脉变化,发现冠心病患者的舌下静脉均有充盈、延长、曲张的现象,其程度与病程相关。西原辰一等<sup>[13]</sup>通过使用可视分光光度计、舌分光定量对比了20例血瘀证冠心病患者在经过活血化瘀的中西医结合治疗前后的舌及其它部位的血氧饱和度,发现痰阻心脉证的冠心病患者的面部皮肤血氧饱和度在治疗后有升高,其中舌其他部位的氧饱和度在总体上都较舌中升高程度大,可见舌苔对舌诊也有一定影响。王忆勤等<sup>[14]</sup>对比了100例冠心病患者在接受中医治疗前后的舌图像参数,发现不同证型的患者前后的变化都较十分显著。曹蕊<sup>[15]</sup>通过研究发现,冠心病患者的舌象变化与血脂、血小板、血红蛋白等有着密切的关系。目前舌诊客观化研究不仅可以反映疾病不同程度的状态,而且也可以用中医语言给冠心病疾病预防奠基坚实的基础。

### 3 冠心病脉诊

西医诊断冠心病主要依靠各种实验室手段,如血常规、心电图、心肌酶谱等,而中医依靠的是四诊合参,脉诊是其中重要的诊疗手段之一。由于脉搏的跳动与心脏的搏动频率、节律基本一致,可以通过脉象了解冠心病病情的变化。为确保脉诊的准确性,不仅采用寸口把脉法进行脉诊,还结合了脉诊仪等现代化科学技术,运用量化的方法采集脉象,对图像参数进行分析从而了解人体的健康状况<sup>[16]</sup>。许多学者发现脉象的产生与心气的强弱、气血的充盈、脉管的畅通及各脏腑的有机协调息息相关。张海芳<sup>[17]</sup>通过289例冠心病患者进行脉象采集,根据脉象统计发现,冠心病患者可见脉象有11种,且数据显示冠心病患者中弦脉、滑脉、沉脉所占比例最大,这与中医中的胸痹心痛的脉象大致一样。丁立辉<sup>[18]</sup>通过四组证型对150例冠心病患者研究,认为中医证型与心功能有着密切联系。葛丽娜<sup>[19]</sup>将132例心悸患者通过中医辨证分为七种证型,并通过脉象分析,发现了虽然是同一种疾病,但是因为病因病机不同,症型不同,所以各个证型脉象之间存在差别,不同证型的基本脉象表现如下虚证型组以沉细脉为主,若是阴虚则为细数;痰湿证型组以滑脉、弦脉及其变异脉型为主,若湿中夹热则为滑数;瘀滞证型组以涩脉、

结脉、代脉为主,研究表明了冠心病病因病机不同时,其所呈现的脉象也不一样。宋伟庆等<sup>[20]</sup>对冠心病患者临床治疗前后的脉象进行对比,发现患者们在接受治疗后,患者的脉象趋于平脉。冠心病脉诊的研究有助于该病的辨证,利于医家们论治施药,以增强冠心病的治疗效果。

### 4 展望

目前我国冠心病患病人数达1100万,在我国死亡构成比中显著提升<sup>[21]</sup>,严重威胁着大众的健康。利用中医四诊合参,做好四诊信息的客观化工作可对冠心病的中医诊断、治疗以及健康管理有着重要的意义。特别是将“互联网+”技术融入中医健康状态辨识中去,寻找特异性的中医诊断指标,从而为人群提供中医特色的冠心病健康检查和疾病预警方式,使人群变被动接受健康服务到主动进行健康管理,中医四诊客观化技术在新的时代将大有作为。

### 参考文献

- [1] 袁肇凯,黄献平,范伏元,等.心气气血辨证面色变化特点及面部血管容积图检测分析[J].中医杂志,2001,42(3):173-175.
- [2] Baskurt O K, Meiselman H J. Blood rheology and hemodynamics [J]. SeminThrombHemost,2003,29(5):435-450.
- [3] 胡志希,袁肇凯,陈宝珍,等.55例冠心病心血瘀阻证病人面部光电血流容积检测分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2007,5(9):798-799.
- [4] 董梦青,李福凤,周睿,等.基于图像处理的不同脏腑疾病患者面部颜色特征分析[J].中华中医药杂志,2013,28(4):959-963.
- [5] 张红凯,李小雪,王祉,等.基于图像处理的五脏病面诊信息研究[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2897-2903.
- [6] 王忆勤,郭睿,许朝霞,等.中医四诊客观化研究在冠心病诊断中的应用[C].中医杂志:上海中医药大学基础医学院,2016:199-200.
- [7] 李春杰,曹洪欣,余柏林.陈旧性心肌梗死的舌象动态变化研究[J].中国中医药信息杂志,2003,10(11):85-86.
- [8] 陈朝晖,张宏生,薛广.从9种舌诊浅谈对冠心病诊治的意义[J].中国医药指南,2009,7(19):110-112.
- [9] 焦启超.冠心病病人舌象变化及临床意义[J].中西医结合心脑血管病杂志,2003,1(1):62.
- [10] 孙怡春.急性心肌梗塞舌象变化规律分析[J].辽宁中医学院学报,2003,5(2):107.
- [11] 王发渭,刘毅,林明雄.112例冠心病病人舌下络脉的观察分析[J].中国中医药信息杂志,2004,11(4):323-325.
- [12] 傅家武,罗小宁.望诊舌下静脉变化对冠心病治疗的观察[J].广州医药,2000,13(4):66-67.
- [13] 西原辰一,史载祥,酒谷薰.应用可视光组织氧监测评价冠心病血瘀证舌诊的研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2009(11):1274-1277.
- [14] 王忆勤,郭睿,许朝霞,等.中医四诊客观化研究在冠心病诊断中的应用[C].中医杂志:上海中医药大学基础医学院,2016:199-200.
- [15] 曹蕊.冠心病患者中医舌象与冠脉病变程度及生化指标的相关性研究[D].黑龙江中医药大学,2010:32-34.
- [16] 张子霖,陈清光,金龙珍,等.基于脉诊客观化的临床应用和评价方法[J].中医药导报,2016,22(4):101-104.
- [17] 张海芳,陆小左,于志峰,等.289例冠心病患者脉象变化规律探讨[J].西部中医药,2017,30(6):1-3.
- [18] 丁立辉.冠心病中医辨证分型与左心功能关系的临床研究[J].国医论坛,2018,33(1):32-33.
- [19] 葛丽娜.132例心悸患者脉象特征的客观化研究[D].辽宁中医药大学,2012.
- [20] 石静华,王振兴.冠心病中医证型与无创性客观化指标相关性研究[J].长春中医药大学学报,2013,29(3):435-438.
- [21] 宋伟庆,陆小左.冠心病中医脉诊客观化临床研究[J].吉林中医药,2015,35(4):352-354.
- [21] 马丽媛,吴亚哲,王文,等.《中国心血管病报告2017》要点解读[J].中国心血管杂志,2018,23(1):3-6.

(本文编辑:李海燕 本文校对:周子芳 收稿日期:2018-09-25)

# 中医药治疗异位妊娠的临床研究进展

左海红

(金华市永康市妇幼保健院妇科, 浙江 永康 321300)

**摘要:** 异位妊娠是妇产科最为常见的急腹症, 其发病率呈逐年升高的趋势, 以往对于异位妊娠治疗多以手术治疗为主, 随着二胎政策开放, 要求保留生育能力的患者增加, 保守治疗正逐渐成为主要治疗方式。其中药物治疗除西药治疗外, 中医药治疗异位妊娠因其较好的治疗效果及较低的不良反应率正成为临床研究的热点。本文主要对中医药治疗异位妊娠的临床研究进展进行综述。

**关键词:** 中医药疗法; 异位妊娠; 研究进展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.054

文章编号: 1672-2779(2019)-04-0132-03

## The Clinical Research Progress of Chinese Medicine in Treating Ectopic Pregnancy

ZUO Haihong

(Department of Gynecology, Yongkang Maternal and Child Health-care Hospital of Jinhua, Zhejiang Province, Jinhua 321300, China)

**Abstract:** Ectopic pregnancy is the most common acute abdomen in gynecology and obstetrics, and its incidence is increasing year by year. In the past, surgical treatment was the main treatment for ectopic pregnancy. With the opening of the second-child policy, the number of patients demanding to retain fertility increased, conservative treatment is gradually becoming the main treatment, in which drug treatment is excluded. In addition to western medicine treatment, traditional Chinese medicine treatment of ectopic pregnancy due to its better therapeutic effect and lower adverse reaction rate is becoming a hot spot in clinical research. This article mainly reviews the clinical research progress of traditional Chinese medicine in the treatment of ectopic pregnancy.

**Keywords:** therapy of traditional Chinese medicine; ectopic pregnancy; research progress

异位妊娠是指受精卵着床在子宫体腔以外部位而导致的妊娠, 是妇产科临床最为常见的急腹症之一, 约占妇产科急腹症的 80%<sup>[1]</sup>, 伴随着现代社会生活节奏加快, 人工流产、剖宫产、妇科炎症以及性传播疾病发病率的升高, 异位妊娠的发病率亦出现逐年增高的趋势<sup>[2]</sup>。目前针对异位妊娠的治疗临床上主要包括保守治疗和手术治疗。其中对于要求保留生育功能的患者而言, 保守治疗尤其是中医药治疗正成为临床治疗的一个重要手段, 近年来应用中医药治疗异位妊娠的临床研究均证实了中医药治疗异位妊娠的有效性和安全性, 现综述如下。

### 1 中医药治疗

**1.1 单方验方治疗** 中医古籍中虽无异位妊娠的病名, 但结合异位妊娠的临床表现及症状, 中医多将其归属于“妊娠腹痛”“癥瘕”“胎动不安”等范畴, 且中医认为本病多因气血运行不畅, 冲任失和, 或湿热内蕴, 停滞下焦, 导致孕卵停滞于胞宫之外, 脉络受阻, 不通则痛, 加之血瘀内溢, 积于少腹, 故见腹部包块、腹痛等症状。因此中医治疗异位妊娠多以活血化瘀治法为基础, 兼以消癥、理气、补血、益气等治法。

蔡文娟<sup>[3]</sup>以活血化瘀, 兼以补益气血为治则: 金银花 24 g, 红藤 30 g, 夏枯草 15 g, 山慈姑 15 g, 丹参 24 g, 赤芍 15 g, 莪术 10 g, 穿山甲 10 g, 蜈蚣 2 条, 路路通 15 g。气血亏虚者加生黄芪 30 g, 太子参 30 g, 当归 10 g。每日 1 剂, 连续服用 1~3 个月。其治疗

200 例异位妊娠, 全部病例血 HCG 均下降至正常, 最短治疗时间 3 d, 最长治疗时间 8 d, 包块全部消失, 最短治疗时间 7 d, 最长治疗时间 3 个月。且仅有 3 例病例再次出现异位妊娠。王玮瑾<sup>[4]</sup>使用桃红四物汤加减治疗异位妊娠 30 例, 观察其显效率、总有效率及血 HCG 回复率、包块消失率均明显高于只用甲氨蝶呤、米非司酮治疗的对照组。闫梅<sup>[5]</sup>以丹参 15 g, 党参 15 g, 莪术 9 g, 赤芍 9 g, 乳香 9 g, 三棱 9 g, 没药 9 g 为基础方进行加减治疗 30 例异位妊娠, 同时与对照组 30 例接受米非司酮治疗的异位妊娠患者进行比较, 结果显示采用中药治疗的观察组有效率为 90.0%, 远高于对照组的 70.0%。李思杰<sup>[6]</sup>运用导师自拟宫外孕方, 该方剂组成: 桃仁 10 g, 红花 6 g, 柴胡 10 g, 生地黄 15 g, 牛膝 10 g, 川芎 15 g, 赤芍 15 g, 天花粉 20 g, 当归 15 g, 三棱 6 g, 莪术 9 g, 香附 12 g, 甘草 6 g。与红金消结胶囊对比治疗输卵管妊娠, 结果表明宫外孕方在短期疗效、中医证候改善情况、治疗后血 HCG 下降至正常所需时间以及输卵管妊娠包块消失所需时间等方面均要优于对照组。李小电等<sup>[7]</sup>自拟宫外孕 II 号方加味治疗气滞血瘀型未破裂型异位妊娠, 其方剂组成: 丹参 30 g, 赤芍、鳖甲各 15 g, 桃仁、当归、香附、枳壳各 12 g, 莪术、三棱各 10 g。采用该方剂每天 1 剂, 分 2 次温服, 治疗 3 个月。观察干预组不仅在血 HCG, 孕酮以及痛经程度方面优于对照组, 而且在腹痛持续时间、阴道出血持续时

间、包块吸收时间均要短于对照组。

**1.2 中药内外合治** 除单纯应用中药内服治疗外,同时合并应用中药外敷治疗以及中药保留灌肠等治疗手段,能够使药物实现局部吸收,直接作用于病变部位,发挥活血化瘀止痛,消癥杀胚散结的作用,从而有效改善腹痛,促进包块的吸收。张治琼<sup>[8]</sup>对98例异位妊娠患者进行中医辨证分型,分别应用相应证型的中药方剂口服,辅以中药外敷及中药保留灌肠治疗,其治疗总有效率达88.7%,治疗后血HCG逐渐下降,最快4d,最慢15d降至正常,治疗后包块最快15d消失,最慢2个月消失。宋玲娟<sup>[9]</sup>利用大黄芒硝辅助治疗宫外孕,将大黄100g,芒硝300g混合均匀后外敷于下腹部包块部位,随访半年后评估患者治疗效果,实验组治疗的有效率为81.25%,对照组仅有56.25%。王琼<sup>[10]</sup>通过中药内服、热敷配合灌肠等多途径给药治疗异位妊娠的盆腔包块,与单纯中药内服的对照组相比较,治疗组治愈20例,显效7例,有效3例,无效0例,有效率达100%。而对照组治愈11例,显效9例,有效5例,无效4例,有效率为86.2%,表明采用中药内服、外敷以及灌肠等内服外治的综合治疗相较于单纯中药口服有着更高的治疗有效率。张国平等<sup>[11]</sup>在常规治疗的基础上给予双柏散外敷辅助治疗异位妊娠,结果显示与对照组相比较,加用双柏散外敷的观察组在血 $\beta$ -HCG降至正常的时间方面差异无统计学意义,但观察的盆腔包块缩小及消失时间方面要明显短于对照组。黄少雅<sup>[12]</sup>则采用麝香贴敷辅助治疗异位妊娠,其平均治愈时间为18.5d,比对照组的24.7d要明显缩短,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。刘春霞<sup>[13]</sup>应用中药内服联合中药外敷以及丹参注射液静滴的中医综合疗法治疗48例异位妊娠,其治疗总有效率达到95.83%,血HCG水平转阴时间为(20.1 $\pm$ 2.27)d,包块开始缩小时间为(8.7 $\pm$ 5.3)d,包块缩小 $\geq 30\%$ 的时间为(16.8 $\pm$ 6.9),均优于常规给予西药的对照组。秦开利<sup>[14]</sup>将利湿消症经验方内服、外敷治疗湿热瘀阻证异位妊娠,其内服主方为:三七末6g,皂刺6g,甘草6g,柴胡8g,五灵脂10g,黄芩炭10g,马鞭草10g,炒白术10g,生蒲黄10g,鸡内金12g,桃仁15g,红藤12g,连翘15g,川牛膝15g,丹参15g,刘寄奴15g,延胡索20g,白花蛇舌草20g,薏苡仁30g,白茯苓30g。每日1剂,早晚分服。外敷用药为白芷15g,炮姜20g,莪术25g,三棱30g,归尾20g,没药45g,乳香45g,艾叶50g,血竭60g,千年健60g,碾为细末以纱布包裹,热蒸15min后在腹部热敷,每日1~2次,持续1周。治疗总有效率达92.5%。

## 2 中西医结合治疗

**2.1 中药联合西药治疗** 目前西医药物治疗异位妊娠主要

采用米非司酮和甲氨蝶呤等药物,其中米非司酮主要通过竞争孕激素受体,降低机体内孕激素水平,从而导致胚胎组织得不到孕激素支持而死亡。甲氨蝶呤做为叶酸拮抗剂,通过抑制双氧叶酸还原酶,抑制快速增长细胞,破坏绒毛,造成胚胎组织坏死、吸收而起到治疗效果。两种药物均存在治疗过程较长,包块吸收缓慢的缺点。因此近年来临床上采用中药联合米非司酮和甲氨蝶呤或两者之一治疗异位妊娠的临床研究较多,且均表现出优于单纯应用西药的治疗效果。

曹文明等<sup>[15]</sup>自拟中药“宫外孕保守方”:赤芍10g,丹参12g,桃仁12g,紫草15g,天花粉15g,蜈蚣2条,三棱6g,莪术3g,连翘15g,炒谷芽15g。每日1剂水煎服,7d为1个疗程。同时联合米非司酮保守治疗异位妊娠,结果显示中药联合米非司酮能在短时间内杀死胚胎,使腹痛明显减轻,阴道出血时间缩短,并且让盆腔包块短期内缩小至消失。邓爱萍<sup>[16]</sup>则采用活血化瘀消癥方联合米非司酮治疗异位妊娠,其活血化瘀消癥方组成为:丹参30g,赤芍15g,鳖甲15g,桃仁12g,当归12g,香附12g,枳壳12g,莪术10g,三棱10g。联合米非司酮治疗7d,观察患者的腹痛持续时间、阴道出血持续时间、包块平均吸收时间以及平均住院时间,结果显示中西医结合组在上述方面均明显优于单纯应用米非司酮组,且2组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

范强芳等<sup>[17]</sup>在甲氨蝶呤肌注化疗杀胚的基础上加用活血消癥方:天花粉15g,赤芍10g,枳壳10g,三棱10g,莪术10g,三七5g,蒲黄10g,丹参15g,蜈蚣2g。每日1剂,水煎服早晚分服治疗异位妊娠。采用中药联合甲氨蝶呤的治疗组有效率92.0%高于对照组的77.8%。且在治疗2周和治疗后4周的血HCG值、盆腔包块、盆腔积液量方面比较,治疗组也优于对照组。周明锐<sup>[18]</sup>采用逐瘀止孕汤,药物组成为生地黄30g,大黄、赤芍、龟板各9g,丹皮3g,当归尾、枳壳各15g,桃仁10粒。联合甲氨蝶呤治疗未破裂型异位妊娠,其有效率为92.5%,治疗后附件包块明显缩小,且血HCG恢复正常时间和包块消失时间均较单纯应用甲氨蝶呤治疗的时间缩短。

宋家欣<sup>[19]</sup>对加味桃红四物汤治疗异位妊娠的临床疗效进行观察,对照组采用甲氨蝶呤联合米非司酮进行治疗,治疗组则在此基础上加用加味桃红四物汤内服,治疗10d,并进行为期4周的随访,结果显示治疗组的总有效率为93.02%,对照组为76.74%。治疗后治疗组的腹痛、阴道流血消失时间和血 $\beta$ -HCG恢复正常时间均要短于对照组,同时治疗组患侧的输卵管通畅情况要优于对照组。张媛艳等<sup>[20]</sup>评估中药汤剂联合米非司酮和甲氨蝶呤治疗异位妊娠的疗效和安全性,其中中药汤剂处方组成为红藤30g,当归15g,蜈蚣2条,三棱15g,莪

术 15 g, 土元 10 g, 丹参 30 g, 川牛膝 15 g, 花粉 30 g, 威灵仙 30 g, 桃仁 15 g, 红花 12 g, 甘草 6 g, 山甲 (打碎) 8 g, 皂刺 15 g, 夏枯草 25 g。研究组给予中药联合米非司酮和甲氨蝶呤治疗, 对照组则给予米非司酮和甲氨蝶呤进行治疗, 结果 2 组在治愈率、总有效率以及不良反应发生率等方面差异无统计学意义, 但研究组的住院时间、血 HCG 恢复正常时间以及痊愈时间要明显短于对照组, 差异有统计学意义。说明中药汤剂联合西药治疗异位妊娠具有更高的有效性和安全性。方国平<sup>[21]</sup>采用自拟中药杀胚方联合米非司酮和甲氨蝶呤治疗异位妊娠, 结果表明单纯西医治疗组的治疗有效率为 81.67% 要明显低于中西医结合治疗组的 91.67%。在血 HCG 恢复时间、异位妊娠包块吸收时间、月经复潮时间方面中西医结合治疗组要优于对照组, 且 2 组不良反应发生率无明显差异。

**2.2 中药联合超声介入治疗** 超声介入治疗是近年新兴的一种治疗异位妊娠的手段, 它通过药物的局部注射, 有效提高药物浓度, 从而获得较好的临床疗效。同时依靠无创操作的优势, 避免了对输卵管造成损伤, 在改善输卵管功能的基础上, 增加了输卵管复通和再次妊娠的几率。

李庆芬等<sup>[22]</sup>将天花粉 30 g, 蜈蚣 3 条, 桃仁 12 g, 红花 12 g, 三棱 10 g, 莪术 10 g, 陈皮 10 g, 皂角刺 10 g, 赤芍 15 g, 夏枯草 15 g, 野菊花 15 g, 蒲公英 15 g, 路路通 6 g 等药物进行提取制成生药含量体积分数 100% 的水凝胶制剂 10 mL, 通过超声电导仪进行局部透入治疗用以改善异位妊娠陈旧性包块, 而对照组单纯口服上述方药的水煎剂进行治疗。其结果显示 2 组患者治疗后包块均较治疗前缩小, 但采用超声透入治疗的观察组缩小较对照组明显, 且差异具有统计学意义。邱晓玲等<sup>[23]</sup>将大血藤、败酱草各 30 g, 丹参、赤芍、莪术各 20 g, 贯众、三棱、香附各 20 g, 桂枝 12 g, 红花 10 g 等中药免煎剂用 150~200 mL 开水充分搅拌后, 待药温高于人体正常体温 1℃~2℃ 后采用导尿管由肛门灌入患者体内, 每日 1 次, 同时使用超短波治疗仪进行理疗, 对异位妊娠保守治疗后妊娠结局进行临床观察。发现治疗组输卵管通畅率为 86.67%, 对照组为 66.67%。此外再次妊娠情况比较中治疗组宫内妊娠率为 83.33% 远高于对照组的 60.00%。

### 3 小结

中医药治疗异位妊娠在临床上的广泛应用, 为中医药治疗异位妊娠的有效性提供了丰富的临床依据和宝贵的治疗经验。目前中医治疗异位妊娠遣方用药多以活血化瘀、消癥杀胚为主要治则。治疗方法除单纯应用中药内服外, 同时也采用中药外敷、中药保留灌肠等治疗方式来提高治疗的有效率。而中西医结合治疗异位妊娠在临床上也取得了肯定的疗效。现有的临床研究表明中医药在减少并发症, 提高输卵管复通率、再次妊娠率, 以

及降低再次异位妊娠发生率等方面具有独特的优势。随着对异位妊娠认识的加深以及治疗手段的不断进步发展, 使得中医药在治疗异位妊娠中得到更为广泛的应用, 在有效治疗疾病的同时, 也有力地促进了中医药事业的发展。同时对中医药治疗异位妊娠药理机制的阐述认识也值得我们进一步加以研究探讨。

### 参考文献

- [1] 黄建琴, 朱芝玲. 中医药治疗 49 例异位妊娠的疗效分析[J]. 复旦学报(医学版), 2014, 41(4): 502-510.
- [2] 万凌屹, 陆华, 黄杰烽. 异位妊娠的中医药治疗概况[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(23): 3437-3440.
- [3] 蔡文娟. 中药治疗异位妊娠 200 例临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(1): 5.
- [4] 王伟瑾. 桃红四物汤加味治疗异位妊娠[J]. 中国卫生产业, 2013(3): 175.
- [5] 闫梅. 中医中药治疗异位妊娠 60 例临床观察 [J]. 实用妇科内分泌杂志, 2017, 31(4): 117.
- [6] 李思杰. 自拟宫外孕方治疗输卵管妊娠的临床疗效观察 [D]. 云南: 云南中医学院, 2017.
- [7] 李小电, 廖慧萍, 廖志萍. 宫外孕 II 号加味治疗气滞血瘀型未破裂型异位妊娠的临床分析[J]. 当代医学, 2017, 23(35): 108-109.
- [8] 张治琼. 中药内服外用治疗异位妊娠 98 例[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(1): 85-86.
- [9] 宋玲娟, 张增智. 大黄芒硝外敷辅助治疗宫外孕疗效体会[J]. 中国医药科学, 2011, 1(1): 41.
- [10] 王琼. 中药多途径给药治疗异位妊娠盆腔包块观察[J]. 中医临床杂志, 2015, 27(8): 1124-1126.
- [11] 张国平, 陈锦云, 茹银转. 双柏散外敷在异位妊娠保守治疗中的应用与病情观察[J]. 中国医药科学, 2016, 6(6): 55-58.
- [12] 黄少雅. 麝香贴敷治疗 30 例异位妊娠临床观察 [J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(12): 94-95.
- [13] 刘春霞. 中医综合疗法治疗异位妊娠 48 例疗效观察[J]. 国医论坛, 2017, 32(6): 43-44.
- [14] 秦开利. 利湿消症经验方内服、外敷辨治湿热瘀阻证异位妊娠的临床研究[J]. 中医临床研究, 2018, 10(3): 143-145.
- [15] 曹文明, 王秀荣. 中药联合米非司酮在异位妊娠保守治疗中的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(37): 141-142.
- [16] 邓爱萍. 活血化瘀消癥方联合米非司酮对异位妊娠的治疗价值探究[J]. 光明中医, 2018, 33(15): 2260-2262.
- [17] 范强芳, 柯婵. 化瘀消癥方联合甲氨蝶呤治疗异位妊娠临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2017, 39(11): 27-29.
- [18] 周明锐. 逐瘀止孕汤为主治疗非破裂型异位妊娠疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(8): 1074-1075.
- [19] 宋家欣. 加味桃红四物汤治疗异位妊娠未破裂型 43 例临床观察[J]. 新中医, 2016, 48(7): 155-156.
- [20] 张媛艳, 陆勤. 米非司酮联合甲氨蝶呤和中药汤剂治疗异位妊娠的临床疗效与安全性分析[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(13): 2684-2686.
- [21] 方国平, 方彩云. 中药杀胚方联合米非司酮、甲氨蝶呤治疗异位妊娠的临床研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(35): 61-63.
- [22] 李庆芬, 佟玉涛. 中药超声透入治疗异位妊娠陈旧性包块临床研究[J]. 河南中医, 2016, 36(8): 1469-1470.
- [23] 邱晓玲, 陈洁, 夏蓉, 等. 中药保留灌肠结合超短波对异位妊娠保守治疗妊娠结局的影响[J]. 山西中医, 2018, 34(3): 42-44.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胡黎清 收稿日期:2018-10-09)

## 医学生临床见习的实践与探讨<sup>※</sup>

张国民<sup>1</sup> 唐源苑<sup>1</sup> 谢军<sup>2</sup> 王诚喜<sup>2\*</sup> 刘平安<sup>1\*</sup>

(1 湖南中医药大学中西医结合学院,湖南 长沙 410208;2 衡阳市中医医院呼吸内科,湖南 衡阳 421001)

**摘要:**医学生临床见习是理论知识与临床实践之间的桥梁,而目前临床见习阶段相对于其他的临床实践阶段问题多,规范程度低。本文作者通过对目前临床见习环境分析及查阅相关文献,总结出医学生临床见习目前存在的问题,提出拟解决的方案,以提高临床见习的效果,从而为医学人才的培养质量打下坚实的基础。

**关键词:**临床见习;问题;培养质量

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.055

文章编号:1672-2779(2019)-04-0135-03

### Practice and Discussion on Clinical Probation of Medical Students

ZHANG Guomin<sup>1</sup>, TANG Yuanyuan<sup>1</sup>, XIE Jun<sup>2</sup>, WANG Chengxi<sup>2\*</sup>, LIU Pingan<sup>1\*</sup>

(1. College of Integrated Chinese and Western Medicine, Hunan University of Traditional Chinese Medicine,

Hunan Province, Changsha 410208, China;

2. Department of Respiratory Medicine, Hengyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hunan Province, Hengyang 410208, China)

**Abstract:** The clinical practice of medical students is a bridge between theoretical knowledge and clinical practice, and the current clinical practice stage is more problematic and less standardized than other clinical practice stages. By analyzing the current clinical practice environment and reviewing the relevant literature, the author summarizes the existing problems of clinical practice, and puts forward some solutions to improve the effect of clinical practice, so as to lay a solid foundation for the training quality of medical talents.

**Keywords:** clinical probation; problem; training quality

医学是一门专业性很强的学科,绝大部分的医学生将会成为一名医务工作者,直接接触患者;“健康所系,性命相托”,作为未来的白衣天使,医学生们任重道远,将要面对的是一个鲜活的生命,而这些生命的背后是多少生命的为之牵肠挂肚;要提高在校医学生的临床能力,临床见习的作用不可忽视。面对未来的挑战,只有提高医学生的临床见习能力,才能尽早为临床输出优秀人才。

本文将从目前医学临床见习存在的问题,目前部分学校的教学经验、方案,及个人对改进措施的想法等方面论述。

### 1 存在的问题

存在的问题主要包括学生自身、见习带教老师、学校三方面。

#### 1.1 学生方面

1.1.1 理论知识基础薄弱 临床见习是理论知识与临床实践间的桥梁,医学生们可以把抽象、枯燥的课本转变成

活生生、丰富具体的实操。但随着医学向服务模式的转变,强调以病人为中心,患者更多愿意选择经验丰富的医生,这需要医学生们掌握相关疾病的基本诊疗技术和方法去获得病人的信任,而实际情况是理论课后,学生们未及及时复习,相关延展知识更少有人主动查阅,不能获得病人的信任,所以见习效果往往不甚理想。例如询问病史时,不能抓住重点,时间耗费却不能获得有效信息;缺乏自己对病情的判断,病人云亦云;先入为主,对有类似典型症状、体征的病人,围绕相关疾病反复盘问,而不是系统了解;系统询问病情后,仍不能对相关疾病做出初步判断等。

1.1.2 缺乏良好的沟通能力 在校学生生活环境相对单纯,社交中需要运用技巧的情况较少,而在医院面对的是陌生人,许多学生面对这种情况无法及时适应,不知道如何开始交流。当沟通缺乏自信与沉着时,更容易引起病人的不信任。例如,接触病人时首先缺乏礼貌性用语,对谈话的目的没有提前告知,让病人产生突兀感;言语吞吐,不敢直视病人;询问病史时,不能把握话语的主动权,思路不断被病人“提问”打断;不能解决病人疑问时,无所是从等等。

1.1.3 见习目标不明确 大学课余生活丰富多彩,且许多学生缺乏对见习重要性的认识,所以往往时间冲突时,往往会“丢掉西瓜捡芝麻”,不去见习或是见习中途“人

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

\* 通讯作者:723679086@qq.com;954360184@qq.com

间蒸发”的情况屡见不鲜。

## 1.2 带教老师方面

**1.2.1 临床教师培养学生素质和能力的意识不强** 见习带教老师与大学专科教师不同,往往要承担较重的临床任务,同时资历深的临床医生还要承担规培生、实习生的教学任务,这使得老师们往往无心也无力在见习过程中培养学生的素质和能力。例如:有时教师直接介绍病人病史,然后进行病案讨论,而不是学生自己获得第一手资料,这样就造成学生沟通能力培养的缺乏,也不一定能对病情留下深刻印象;部分教师忽视见习生动手操作的重要性,不让见习生对病人进行相关检查,甚或没有示范;对考勤未有严格把关,对缺席早退现象“睁一只眼、闭一只眼”。

**1.2.2 临床带教老师见习内容安排欠合理** 临床见习时一般会尽量安排症状典型的病人。但实际上,有些科室症状典型的病人不多,这时候传统的“临床介绍+观察”的模式并不适用。带教老师缺乏对见习内容、见习方式的重新安排时,见习事倍功半。

**1.2.3 见习前准备工作不充分** 见习安排应基于学生对相关疾病有基本了解的基础上进行。少数教师把相关疾病见习安排在理论课程之前,见习前没有提醒预习,学生对该疾病的认识很少,见习效果大打折扣;见习前对基础临床技能、基本常识缺乏培训,导致见习学生面对临床举步维艰。

## 1.3 学校方面

**1.3.1 缺乏对学生见习情况的整体调控** 学校的作用不仅仅是为教授学生知识提供场所,对怎样学习,什么阶段应该达到什么样的目标,同样需要明确规划。往往现实是,没有明确的见习大纲,见习后缺乏考核制度,学生不知道见习时应该学什么,见习后应该达到什么样的水平,也不知道自己学到了什么,有什么不足。对“预见习”<sup>[1]</sup>安排较少,如临床技能室开放时间短,接触临床相关课程后,未及时为学生提供寒、暑假或是节假日临床见习点的平台。

**1.3.2 缺乏对教师带教情况的整体调控** 临床上,由于少有学校对带教情况反馈调查,不同老师之间的教学方式大相径庭,教学效果的好坏缺乏明确的规范再次指导教学;缺乏对带教情况的奖惩制度,对不同教学状态的教师予以鞭策或是鼓励。

## 2 目前教学方案经验

许多高校都将面临见习中突出的问题,在尝试解决这些突出问题的过程中,目前有如下模式为大家所推崇。

**2.1 以PBL为主导的教学模式** PBL模式<sup>[2]</sup>即基于问题的学习模式,是一种以学生为中心,在真实背景的问题下,

学生们一起合作、思考、解决问题的模式。这有利于培养学生的发现问题、独立思考问题、合作沟通的能力,并使其对知识点留下深刻印象。为目前各大高校实践运用较好的模式之一。

PBL在临床运用时,不同的教育者有不同的体会,实践中具体方案亦有差别。具体不同的方案会取得怎样的效果呢?北京中医药大学附属护国寺中医医院的王路宏<sup>[3]</sup>主任医师在见习带教中,通过病案导入式(CBI)、团队基础学习(TBL)、结合传统授课(LBL)三种教学法不同组合在心血管内科常见疾病临床见习带教中应用,探索出其中效果最好教学法组合形式。方法:选择在本院见习的学生104人;分成4组,每组26人。分别采用CBI+TBL+LBL, CBI+LBL, TBL+LBL及CBI+TBL四种模式带教;以理论、实践技能、综合能力的考核成绩评价效果。结果:CBI+TBL+LBL组在考核中成绩最好,与CBI+LBL, TBL+LBL比较差异有统计学意义( $P<0.05$ );且与CBI+TBL比较,差异较大( $P<0.01$ )。数据证明CBI+TBL+LBL的组合形式教学效果更好。也就是说在理论教学的基础上,学生自主发现问题,团队协作解决问题的方式更值得推广,同时自主学习又需在传统授课方式的基础上进行。

表1 四种教学模式组学生考核成绩评估 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	人数	理论考试	临床技能	综合能力	总成绩
		50%	考试40%	考试10%	100%
CBI+TBL+LBL	26	45.2±4.41	37.2±3.21	8.9±1.21	91.4±5.38
CBI+LBL	26	42.3±4.12	34.6±2.11	8.2±1.34	83.6±5.21
TBL+LBL	26	41.7±4.44	36.6±2.28	8.3±1.93	84.7±5.09
CBI+TBL	26	39.8±4.38	30.0±2.03	7.8±1.41	79.4±6.41

注:CBI+TBL+LBL教学组与CBI+LBL、TBL+LBL组比较, $^*P<0.05$ ,与CBI+TBL组比较, $^*P<0.01$

**2.2 用微信等移动技术弥补PBL教学法在教学中的不足** PBL教学法也存在局限,主要问题如下:(1)该教学法主观性大,以学生提出的问题为导向,提出的问题受自身兴趣及发现问题能力的影响,因此不利于对知识掌握的全面性、系统性的了解;(2)学生提问缺乏事先与教师沟通,教师需对问题相关知识点进行即兴扩展和讲授,这对教师的自身素质、教学技巧及相关专业知识水平要求都较高;(3)由于受见习课时间、地点的限制,很难在课堂上覆盖所有知识点<sup>[4]</sup>。

微信等新媒体的运用能在传统授课之外进一步弥补PBL教学法在教学中的不足,其功效主要体现在教师与学生之间的沟通上,如教师在见习前成立微信群,告知见习相关疾病和其他注意事项,学生通过复

习课本知识或查阅相关资料加深印象；在教学中，教师可以根据学生提问的相关内容进行分组；教学后，上传病人情况的 PPT 及疾病相关最新指南或是临床操作技能视频，并对尚未在课堂上解决的问题予以解决；同时在教学的全过程中，掌握学生发言的积极性，为其学习状态的评价提供一定的参考价值，方便教师的调控。

来自西南大学的李莹，通过选取 18 位拥有手机的临床专业见习生进行试验，运用网上资源及群聊等方式调查与移动设备结合的 PBL 在医学见习中的效果，通过运用后对使用者的问卷调查<sup>[4]</sup>，得出以下结果：

表2 使用者对相关指标评价的相关指标

相关指标	百分比(%)
易用性	67.00
学习性	94.00
系统认同度	83.33
有用性	72.23
资料提供满足度	94.00

结果表明：移动技术支持下 PBL 学习方式对解决目前见习教学中存在的问题具有重要意义，它为学习者提供了随时随地查看病例、进行交流讨论、查找学习资源、记录反思内容的便捷性。

在微信运用的同时，要注意以下几点问题：(1) 注意保护学生、患者隐私，不得随意转发 PPT 及相关病人信息相关内容；(2) 对于一些重要的技能操作视频，教师上传微信群前需要通过教学组的共同评估、预审再予以发布<sup>[5]</sup>。

### 3 个人观点

怎样提高见习效果？这个问题的解决需要多管齐下，从学生、带教老师、学校等多方面共同改进。

正如在上文问题中提到的，解决学生问题的方式的最重要的还是要发挥主观能动性，改变学习态度，树立正确的学医目标；并努力巩固自己的基础知识，拓宽自己的视野；在形成正确态度与夯实基础的同时，培养自身与人沟通的能力，例如，适量参与类似义诊、社团活动或是自己利用空闲时间去医疗机构见习等；再者，临床技能一样重要，实操例如体格检查、血压计的使用都是临床最基础的知识，是医师对患者病情了解的直接方式，医学生们可以利用空闲时间观看视频、多去实操技能培训中心锻炼，抓住见习时能动手的机会操作等方式提高自己能力。

带教老师方面问题同样不可小觑，“十年树木，百年树人”，一个优秀人才得来不易，离不开老师们的悉心培养。教师们应尽力为学生树立一个模范，对待工作坚

持认真、负责，不能消极态度应对；并思考如何提高教学能力，利用平时带教时学生的反馈，查阅文献等方式，形成自身个性化的良好的模式；同时，对学生的考勤情况严格要求，对学习目标不明确的学生，应适当单独教育；再者，注重对学生医德医风及医学伦理等方面的教育，利用自身经历与学生在闲聊、与病人沟通等其他方面渗透。

学校相关部门应加强对师生双方面的调控：在学生方面，首先应该提供更加良好的学习环境；联系医院，为学生提供自身空闲时间见习的机会；开放学校临床技能培训中心的时间适当增多，并安排专职教师、实践相关课程，把握学生“预见习”环节；组织与临床相关的在校活动，例如临床技能操作大赛，临床医生对目前临床学习方式等问题相关知识的个人经验分享等；同时，把见习的考勤状况纳入期末总成绩中，并令其所占比例达到足够引起学生重视水平；再者，有条件的学校可以编写自身见习大纲，明确见习内容、目的，学生每阶段应达到水平，并分发到学生手中。在教师方面，需对其进行教学技能培训，使教师们在大前提下再形成自身风格；对优秀的教师应有相应的表彰，在教师中形成良好的教学氛围。同时，教育需要不断调整，利用学生、教师双向反馈，如调查问卷的设立，了解学生想了解、所欠缺的知识点，教师的教学效果，教学状况等情况，及时调整培训内容，并让教师对自身教学方式的效果有大致了解等。

### 4 讨论

见习已成为各大医学高校培训医学临床人才的重要环节，但是见习的效果不尽相同，输出更多高素质的临床工作者需要我们在了解问题的同时，在新时代中不断探索良好教育方式以解决问题，而目前教育模式还不够丰富，需要后人不断探索，加以补充。同时在教育反馈问题上，重视程度应当提高，以期达到更贴合学生及教师的模式。

### 参考文献

- [1] 黄绍金. 以问题为基础教学法在外科护理学预见习带教中的应用[J]. 课堂教学与改革, 2013(4):57-59.
- [2] 李丽, 闫军. PBL 教学应用于临床见习带教的现状及思考[J]. 医学理论与实践, 2013(26):970-972.
- [3] 王路宏. 如何提高见习医学生临床带教的教学效果[J]. 中国高等医学教育, 2016(8):74-75.
- [4] 李莹. 移动 PBL 在医学见习教学中的应用研究[D]. 重庆: 西南大学, 2013:69-73.
- [5] 汪丽, 史源. 微信在儿科见习教学中的应用[J]. 检验医学与临床, 2017(24):3705-3706.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘慧萍 收稿日期:2018-09-27)

# 构建中医内科学临床思维框架※

彭海燕 周恩超 方祝元\*

(南京中医药大学第一临床医学院, 江苏 南京 210029)

**摘要:** 中医内科学是一门实践性很强的临床学科, 而其形成之初是以中医经典著作作为奠基的, 在教学中教师要围绕临床再现经典理论, 使学生掌握全面的中医基础理论知识, 提高临床实践能力。中医学有着特有的对疾病的认识方式, 在临床中找准切入点, 适时采用中医疗法, 能提高临床疗效。作为现代中医师, 既要坚守具有中国传统哲学思想特色的思维模式, 同时也要广泛吸纳和借鉴相关学科的最新研究成果, 不断促进中医学发展。

**关键词:** 中医内科学; 临床; 思维模式; 中西医结合

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.056

文章编号: 1672-2779(2019)-04-0138-03

## Constructing Clinical Thoughts Framework of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

PENG Haiyan, ZHOU Enchao, FANG Zhuyuan\*

(The First Clinical Medical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

**Abstract:** The internal medicine of traditional Chinese medicine is clinical and practical, and it develops on the basis of classical works. Reappearing classical TCM theory in the TCM clinical practice through teaching can help students grasp basic knowledge and elevate clinical ability. Because of the unique method of TCM in recognizing diseases, the proper pointcut of TCM in clinic can improve therapeutic effect. As a modern TCM physician, it is very important to combine traditional philosophical thoughts with advanced research achievements of related disciplines to propel the development of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** internal medicine of traditional Chinese medicine; clinical practice; thinking model, integrated traditional Chinese and Western medicine

中医内科学是高等中医院校的主干课程<sup>[1]</sup>, 是临床学科的基础, 也是中医学理论与实践结合的桥梁, 通过这门课程的教学, 帮助学生构建临床思维框架, 对于逐步培养和提高学生的临床实践能力非常重要。

### 1 围绕临床再现经典理论

中医经典著作是古代医家长期临床实践中积累经验的归纳, 是前人从临床中积累的海量信息, 通过整合及分析而形成的学术观点, 产生的学术思想, 继而衍生出学术流派, 最终上升至理论, 再精心加工整理成文, 流传给今人的宝贵精神财富。后学者通过阅读经典著作而能较快掌握中医基础理论知识, 学会必备的临床技能, 成为能够为患者解除疾苦的临床医师。经典著作中的理论又经过实践验证, 逐步丰富和完善, 在解决实际临床问题时还可能发展出新的理论, 如此不断推动学术进步。

中医内科学是中医学学科的主干课程, 在新中国成立以后得到了长足的发展, 而其形成之初是以中医经典著作作为奠基的, 如《黄帝内经》记载了内科疾病的病因病机、病证、诊断和治疗原则, 体现了整体概

念和辨证论治<sup>[2]</sup>; 再如《伤寒杂病论》创立了包括理、法、方、药在内的六经辨证论治理论体系和脏腑经络辨证论治理论体系<sup>[3]</sup>, 很多经方组成简略但临床疗效显著、屡试不爽。中医内科学是临床各个学科的基础, 是基础理论联系临床实践的桥梁, 是培养学生临床诊疗思维和临床技能的基石, 现代中医内科学形成发展过程中汲取了中医经典著作的精华, 全面保持中医学的专业特色, 能围绕临床实际案例而展现中医理法方药的一致性。例如虽然新版中医内科学有“癌病”篇章, 但分证较粗糙, 不能涵盖所有临床问题, 尤其较少提及现代医学治疗后带来的并发症: 如有些肿瘤患者化疗后出现手足麻木, 给患者带来痛苦而尚无较好的治疗方法, 在此结合张仲景的经典著作《金匮要略》<sup>[4]</sup>里有关“身体不仁, 如风痺状”的描述, 学习其益气通阳、和营行痹的治法, 对扩展思路、寻求有效的治法方药很有启发。可见, 面对错综复杂的临床病情, 从经典记述里既能找到理论支撑、帮助调整思路方向, 也能找到可以模仿运用的方药配伍。

学生刚踏入临床, 面对真实病人, 一步步从四诊资料收集、辨病辨证分析、立法处方用药开始, 既要求全面回顾、不断强化课堂内所学到的理论知识, 又要逐步培养临床思维 and 实践能力, 还要兼及良好的医患沟通技巧, 从书本、课堂到亲手接诊背景复杂的真实临床病人是一个跳跃性的过渡, 对于学生和带教老师均为严峻的

※ 基金项目: 国家中医药管理局第四批全国中医优秀人才研修项目[No.国中医药人教发[2017]24号];江苏省第二批名老中医药专家传承工作室项目[No.江苏省中医药局, 2016年]江苏省品牌专业建设项目资助[No.PPZY2015A068];南京中医药大学中医学品牌专业建设教学改革研究课题[No.NZYZYXPPJG2017-06];

\* 通讯作者: phy7073@163.com

考验。为防止有的学生迷失方向而转向全盘西医化,或者产生中医经典书籍内容已经过时、在临床无法运用的念头,中医内科学任课教师要正确引导学生,选择能体现中医学特色优势的临床病例,向学生展示中医学取象比类、审证求因、脏象学说、药物归经等经典理论知识如何针对性指导解决实际的临床问题,正是通过最有中医特色的思维模式才能有益于寻求到产生显著疗效的中医治疗方法,尤其是对于现代医学尚未确切认知的新发疾病或者诊断不清的疑难杂症,传统的整体观念、哲学思维方式能给中医师带来“山重水复疑无路,柳暗花明又一村”的惊喜体验,要以此为树立信心,增强学习动力。

## 2 现代诊疗框架下辨证施治

思维能力是一种抽象的能力,培养学生的中医临床思维能力需要构建好有中医基础理论知识作支撑的坚实框架,必须使学生掌握全面的中医基础理论知识,使其面对真实临床事件时能沿着正确的思维路径,导向有效的治疗抉择,提高临床实践能力。现代诊疗过程包括病史分析、症状体征观察、实验室检验、影像学检查等一系列内容,并且形成了具体疾病的诊断标准与临床路径,只要明确了诊断,就能基本确定治疗方案与药物。作为现代中医师,并不能完全脱离现代诊疗框架,也就是说,现代中医师都要做到能合理地中西医结合,对于诊断明确、如已经找到确切病原体的疾病,可以在现代诊疗框架下常规治疗,而当遇上诊断不清、尚无有效疗法的疑难杂症时,又能采用中医辨证施治,独辟蹊径地取得疗效。证候是中医学的独特概念,指疾病过程中某个阶段的病位、病因、病性、病势及机体抗病能力等状态的综合反应<sup>[5]</sup>,表现为患者的外在症状、舌象、脉象以及整体神色形态。辨证候就是根据四诊所得的资料进行分析归纳,以判断疾病的原因、部位、性质,从而作出正确的诊断,为治疗疾病提供依据的过程,准确辨证是保证中医临床疗效的关键。辨证是中医的灵魂,历代中医学家逐步归纳总结出了八纲辨证、六经辨证、脏腑辨证、气血津液辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证等理论,针对特定疾病选择适合的辨证方法,依此原则处方用药,多能药到病除,是中医发挥神奇疗效的基石。

中医临床思维模式根植于古代朴素哲学思想,比如中医阴阳理论,即根植于中国古代哲学思想,认为阴阳是宇宙间的最基本要素及其作用,蕴藏在自然规律背后的、推动自然规律发展变化的根本因素的描述,是各种事物孕育、发展、成熟、衰退直至消亡的原动

力,事物皆可分阴阳,一个事物中亦有阴阳,八纲辨证即以阴阳为总纲,阴阳理论被运用来认识人体的组织结构、生理功能及病理变化,并用于指导疾病的诊断和治疗。再如中医学引入五行的概念,用以解释人体生理病理,构建以五脏为中心的生理病理系统,并以五行的生克制化规律来分析五脏之间的生理联系,以五行的乘侮和母子相及规律来阐释五脏病变的相互影响,指导疾病的诊断和防治。这些思维模式为中医学所特有,要求医者在完整的中医临床思维框架下来分析临床资料,准确辨证,抓住证的本质来确定治则,选择有效的治法方药,要求方证合拍,有是证用是药,追踪观察疗效,以验证辨证施治的正确性,不断提高临床诊治疾病的能力。

## 3 准确定位中医治法切入点

疗效是评价所有治疗方法优劣的唯一标准,作为一名中医师,既不宜盲目吹捧中医治法的疗效,也不能轻易丢弃中医疗法的优势,关键是掌握好采取中医治法的切入时机。走上临床的中医师应当全面掌握中西医基础知识,建立现代中医临床思维框架,从整体观念认识临床问题,根据具体病情有机组合各种诊疗方法,分别作出中西医疾病诊断,遵循急则治其标、缓则治其本的原则,清楚认识应该先解决的关键问题,及时进行医患沟通,告知患者及其家属,选择每种疗法都可能同时存在利弊,哪些是中医善于解决的问题,哪些是无法解决的问题,医者自身要了然于胸,更要向患者及其家属说明,并且以充分的证据分析病情可能的发展方向,判断患者的预后转归。

现代中医学的发展进程中,一直面对着中西医是否可以结合?如何结合?等问题,专家们各执己见,并未形成共识<sup>[6]</sup>。作为临床工作者,在解决实际问题时得出的结论是,不同诊疗方法的有机整合能拓宽医者的思路,使患者最大程度受益,临床的大量案例都证明,准确定位中医治法切入点能提高疑难杂症的治疗有效率。中西医尽管存在着许多差异,但其研究对象是同一的,西医诊病以辨病为主,运用现代科学技术手段进行快速定位的检查,对病因、病位、病性等能做出明确的诊断,为治疗决策提供可靠的根据。中医诊病主要以整体综合的方法来认识人体状况,观察手段是通过医生和病人的感觉器官,感知的对象是人体整体层次,重点考察患者的症状集合,更强调辨证,证同则治同,证异则治异,其优势在于经过数千年的实践检验、不断地积累经验,建立了八纲辨证、六经辨证、脏腑辨证等理论体系,揭示了人体内运动形式之间、人与自然之间的相

互联系,能在疾病的任何阶段进行干预,未病防病,已病防变,在临床运用中之有效,尽管不能完全按照现代医学来解释,但以其真实疗效而不能被替代。治疗棘手的疑难杂症往往病程较长,病情多变,其发生和发展的不同阶段各有主要的矛盾,针对不同的矛盾,按照中、西医之所长,采用不同的方法加以解决,如“辨证与辨病相结合”“宏观与微观相结合”等,可以提高疗效。

中医内科学是一门实践性很强的临床学科,是高等中医院校的主干课程,是培养学生运用中医学理论知识解决临床问题的重要课程,是中医临床学科的入门学科,是从基础理论到临床实践的桥梁,也为其它临床学科的学习奠定了基础。中医内科学教学内容涉及50余个临床常见病、多发病的病因、病机、诊断、辨证施治、预后调养等,在具体病证的认识中,中医学以其特有的对疾病的认识方式,揭示了疾病发生发展的特征与必然性,对疾病的预后转归亦有较清晰的判断,在临床中找准切入点,适时采用中医疗法,能提高临床疗效。例如恶性肿瘤是危害人体健康的重大疾病,目前仍无治愈方法,现阶段的各种疗法有效率亦不高,还面临着副作用大、耐药发生率高、对患者的生活质量及生存期并无明显改善等困境,而中医治未病思想与方法在预防肿瘤发生上的切入,调和阴阳、扶正祛邪治则在肿瘤术后、化疗后、放疗后的切入,药膳理论、针灸外治等在缓解并发症、改善患者的生活质量上的切入,都占有不可忽视的地位,也充分体现着中医简便验廉、人文关怀的优势。

#### 4 思考与展望

在高等中医教育中,教师除传授学术知识以外,还应主动承担起培养学生高尚医德、职业情操的义务,学生作为未来走向临床的中医师,治病救人第一要务,需以丰富的医学知识为基础建立中医临床思维模式,充分发挥中医特色优势,不仅看到危害人体健康的病,更要重视生了病的人,目的是使人恢复“邪去正安”“阴平阳秘”的和谐状态,不宜过分干预、滥用药剂,谨记古训“谨察阴阳所在而调之,以平为期”。中医师在临床过程中更注重生了病的人,而不单纯只是人的病,这一点更体现了济世救人的医德情操。

中医学根植于中国文化,是中国传统哲学思想与自然科学的结合,历经数千年发展而不衰,为促进中华民族健康做出了杰出贡献。习总书记在墨尔本皇家理工大学中医孔子学院授牌仪式上说:“中医药学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经

验,是中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙”<sup>[7]</sup>。现代中医师既要坚守具有中国传统哲学思想特色的思维模式,同时也要广泛吸纳和借鉴相关学科的最新研究成果,不断促进中医学发展,将朴素的中医系统论思维提高到现代系统论思维,扩大中医的视野,以开放包容的态度保持中医学的动态发展,以临床疗效为导向,用疗效来说话,使传统中医学焕发新的生命力。

#### 参考文献

- [1] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学(新世纪第四版)[M]. 北京:中国中医药出版社,2017.
- [2] 翟双庆,黎敬波. 内经选读[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.
- [3] 王庆国. 伤寒论选读[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.
- [4] 范永升. 金匮要略[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.
- [5] 李旭东. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.
- [6] 弓箭. 中西医汇通、中医科学化、中西医结合的历史研究[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.
- [7] 袁长津. 中国传统哲学思想对中医学术及临床思维的影响[J]. 湖南中医杂志,2018,34(3):1-7.

(本文编辑:李海燕 本文校对:叶丽红 收稿日期:2018-09-28)

## 胡麻

### 关于胡麻植物考证

梁·陶弘景《本草经集注》在米食部药物项载:“胡麻……一名巨胜。叶名青蕞。生上党(古地名,即今之山西长治市)川泽。八穀之中,惟此为良。淳黑者名巨胜。巨者,大也,是为大胜。本生大宛,名胡麻。又茎方名巨胜,茎圆名胡麻。服食家当九蒸、九曝、熬、捣、饵之断穀,长生、充饥。虽易得,世中学者犹不能恒服,而况余药耶!蒸不熟,令人发落,其性与茯苓相宜。世方用之甚少,惟时以合汤丸尔。麻油生榨者如此,若蒸炒正可供作食及燃耳,不入药用也。”

### 胡麻药材(饮片)鉴别要点

黑芝麻呈扁卵圆形,长约3 mm,宽约2 mm。表面黑色,平滑或有网状皱纹。尖端有棕色点状种脐。种皮薄,子叶二,白色,富油性。气微,味甘,有油香气。

### 胡麻临床注意事项

脂麻(芝麻)有黑白二种,以色黑者入药为优,即黑芝麻。白色者炒熟榨油,名麻油或香油,可作膏药基质、解毒剂、润肠剂等而入药。

黑芝麻,又名胡麻仁、巨胜子。但作胡麻仁、巨胜子者有多种,分属于不同科属植物,临床功用各异,不可混淆,注意鉴别。

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

# 中医药科研成果转化与大学生创新创业能力融合探索<sup>※</sup>

王莹 宋因 杜莹 谷丽艳 吕美君 曹媛 冷雪\*

(辽宁中医药大学中医脏象理论及应用教育部重点实验室·辽宁中医药大学重大科研平台, 辽宁 沈阳 110847)

**摘要:**中国制造2025提出“创新驱动、质量为先、绿色发展、结构优化、人才为本”基本方针,高校如何增强大学生创新创业能力的培养和促进科研成果转化一直以来都是研究的热点,没有固定的模式与统一的标准。本文主要研究了大学生创新创业能力的培养与科研成果转化如何相互促进,相互融合,提出通过构建创新教学体系、建设新型实验室等一系列举措,促进创新成果形成、校企联合产学研,促进创新成果转化,在提高学生的创新创业能力同时,也为地方经济和社会发展注入新的力量。

**关键词:**中医药;科研成果转化;创新创业

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.057

文章编号:1672-2779(2019)-04-0141-03

## Discussion on the Transformation of Scientific Research Achievements of Chinese Medicine and the Innovative Undertaking Ability Fusion of the College Students

WANG Ying, SONG Nan, DU Ying, GU Liyan, LYU Meijun, CAO Yuan, LENG Xue

(Key Laboratory of Ministry of Education for TCM Viscera-State Theory and Applications, Major Scientific Research Platform, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

**Abstract:** Made in China 2025 "innovation-driven, quality first, the green development, structure optimization, the talented person for this" fundamental policy, colleges and universities how to enhance the cultivation of the college students' innovative undertaking ability and promoting the transformation of scientific research has long been a research hot spot, there is no fixed pattern and unified standard. This paper mainly studied the cultivation of the college students' innovative ability and scientific research into how to promote each other, mutual confluence, put forward by constructing innovative teaching system, construction of new laboratory and a series of measures, promote innovation formation, joint production between colleges, promote the transformation of innovation achievements, in improving the students' innovation ability at the same time, also infuse new power for the local economic and social development.

**Keywords:** Chinese medicine; transformation of scientific research achievements; entrepreneurial innovation

国家科学和技术发展规划指出:坚持把促进科技成果转化作为现实生产力的主攻方向。而高校作为国家科技体系的重要组成部分,人才资源丰富,研究成果聚集,是科技成果转化成为生产力的源泉和基础,其功能的发挥对于科技成果转化来说起着决定性的作用<sup>[1]</sup>。然而就目前而言,科技成果转化大部分来自企业,而高校恰是培养创新人才第一线。所以,探索如何将中医药科研成果转化途径与提高学生创新创业能力有着重要的意义。

### 1 现状与问题

经济全球化背景下,培养大学生的创新创业能力被多国认为是培养人才的最有效途径之一,尤其是英国、美国等发达国家在此方面已经取得了长足发展。近年来,我国很多大学也在不断完善大学生创新创业能力培养激励机制与管理组织机构,搭建多个科研实践平台,给予了资金保障支持与师资力量支持,并取得了一定的成果。2007年,教育部推出了国家大学生创新性实验计划,将我国大

学生创新创业能力的培养规划推向了新的高度。

然而,大学生创新创业能力提高的同时,也暴露了一些问题。首先,学生思维固化,成果转化的意识与观念淡薄,市场定位不准,来源于学科科研项目、成果和产学研工作相关的内容还较少,学科科研成果和特色未能在教学内容中得到很好的体现。其次,本科教学依然以模式化教学组织形式为主,这种以教师为主导的教学方法,难以兼顾学生的个性化差异,不符合现代人才发展的教学需求,不利于师生交流,难以迎合以人为本、素质教育理念的发展需要。再次,对专业前沿性课题有关的大型仪器设备和大学生创新创业平台,是高校科研成果的重要产出地,然而却鲜为开放,难以满足学生真正成果转化的需要,创新性培养上来讲也相对欠缺。

### 2 中医药科研成果转化与大学生创新创业能力的联系

中医药科技成果转化与大学生学术科研、创新创业能力培养,两者关系密切,相互促进。人才的培养不是简单的书本教育,是知识与技能合一的培养过程。目前,中医药科技成果的转化主要依赖于大学生创新创业项目,学生以小组形式出现,通过共同努力,承担不同的工作,所有人克服工作量大、涉及面广的问题,充分发挥各自的特长,同时成员科学、合理安排工作时间,相互配合,

<sup>※</sup> 基金项目:辽宁省沈阳市科技计划项目【No.17-139-8-00】;辽宁中医药大学教学改革研究项目【No.LNZYJG2018119, No.LNZYJG2018120, LNZYJG2018121】

\* 通讯作者:290404025@qq.com

集思广益,积极交流和沟通遇到的问题,团结协作,真正理解协作精神与团队意识的真谛。通过大学生创新创业项目的设计、实施、成果总结等环节,不仅能够支持中医药科技成果的转化、中医药相关课题研究以及增强大学生理论实践能力、解决就业问题,还实现了项目支持中医药学术、学术支撑就业、学生创造利润,促进中医药事业发展、加快中医药科技的进步<sup>[2]</sup>。

### 3 中医药科研成果转化与大学生创新创业能力融合的实践

#### 3.1 加强引导 增强成果转化意识 营造科研创新氛围

正确认识科技成果转化的重要性,转变注重理论而轻视实践的观念,增强科技成果转化中保护与市场意识,重视科技成果知识价值的意义<sup>[3]</sup>。我校特举办了关于成果转化问题相关讲座,从成果转化的途径、方法、分配制度等方面为师生全方位解读,深受师生欢迎。以中医药学生为导向,依托科技创新型社团或组织,开展具有普适性的大学生科技学术活动,激发学生的求知欲,从而增强大学生参与科创的积极性,自信心,使学生具有开展更高层次的科创活动的基本能力。加强宣传,营造大学生进行科技创新的良好氛围。

#### 3.2 建设创新型实验室 增强学生实践能力和创新精神

实验室是一所大学精神、文化、学术水平凝聚最有特色的地方,也是一个学校学术水平最主要的标志之一。我国《高等教育法》也把创新精神和实践能力作为高等专门人才的主要特征。加强高校实验室资源配套与共享,使高校科研实验室成为学生教学与创新教育的融合点,提高开放频次同时加强制度管理,帮助学生养成良好的科学精神,有助于提高学生的创新意识与创新能力。我校依托中西部高校基础能力建设项目,成功打造大学生创新创业实践能力训练中心,搭建中西医结合创新实验室、中药创新实验室、临床检验技能实训中心、中医临床技能实践中心、实验动物中心五个创新创业平台,为学生科研成果转化和创新创业能力提高提供平台,为学生全面开放,真正做到让学生深入其中。

#### 3.3 筛选科研项目 革新教学方法 构建创新教学体系

针对目前我国大学生创新资源较少的情况,可在教师的科研课题中筛选出合适的成果或某一阶段过程,促使其向实验项目转化<sup>[4]</sup>。首先将大的科研项目(成果)拆分成若干个小课题,转化成创新实验项目供学生根据自己的兴趣自主选择开展研究性学习研究;并将部分比较成熟的项目延伸或者调整为毕业论文选题,供学生进一步深入研究,探索更深层次的研究成果。每个实验项目围绕选题、查阅文献资料、设计实验方案、实验操作、结果讨论和论文或研究报告等环节,一般要求学生在一个学年(或者一个学期)内完成实验内容。通过这样的训练使学生得到科学研究思维和方法的综合训练,提高分析问题、解决问题和实际动手能力,培养学生独立工作能

力、创新精神和团队合作精神。在内容的安排上,注重连续性和应用性,突出先进技术、科研思维研究方法的引入,为学生掌握先进的科研思维和方法创造了条件,由老师引导学生了解与此项目有关的科研动态,不但调动了学生参与科研的主观能动性,又达到了科研思维和创新意识培养的目标。

#### 3.4 激励学生积极申报大学生创新创业课题 促进能力提升

抓住国家政策积极发展大学生创新创业建设的契机,引导和鼓励学生积极申报各级大学生创新创业训练项目。学生自己主持课题,加上指导教师的指导,让学生在课题研究过程中接受比较系统的科研训练。同时教师可以根据学生在创新实验中的表现,吸取部分低年级学生同学参与的创新课题研究。通过业余科研、毕业论文和研究性、探究性实验的方法,学生可加入到科研的各个环节中去,提高积极性,加速科研成果的转化,提高创新创业实践能力。2018年我校学生王群主持的项目获国家金奖1项、国家银奖1项、辽宁省金奖3项、银奖铜奖多项,目前已与多个企业达成合作意向。

#### 3.5 多学科交叉融合 产学研一体化 促进创新创业能力提高及成果转化

“学科交叉点往往就是科学新的生长点、新的科学前沿,这里最有可能产生重大的科学突破,使科学发生革命性的变化”<sup>[5]</sup>。中国工程院院长徐匡迪院士也强调,培养创新型人才,学科交叉是正途<sup>[6]</sup>。建设创新型国家,实现中华民族伟大复兴,需要中国在科技创新方面有所突破并对世界有所贡献。作为我国最具原始创新潜力的领域,中医药系统性和复杂性等关键问题的突破,将对生物医学、生命科学乃至整个现代科学的发展产生重大影响,将会促进多学科的融合和新学科的产生,使人类对生命和疾病的认识得到进一步提高和完善,使具有现代人文思想和中国传统文化内涵的中医药医疗保健模式和价值观念得到传播,从而成为中华民族对人类的新贡献。

同时加强校企合作,产学研一体化,拓宽协同育人环境,充分发挥创新主体的有利资源,优势互补。我校先后与辽宁亿灵科创生物医药科技有限公司、辽宁药都发展有限公司、辽宁大石药业有限公司等进行产学研基地合作。2012年4月29日,辽宁中医药大学本溪校区建设项目正式签约,目前学校本溪校区主体工程即将完成。学校将利用本溪药都的优势,继续加强与企业合作,充分实现产学研结合,建立有利于高校、科研院所、企业之间资源共享与沟通合作的跨组织科研平台,培养出能将新知识、新技术运用于企业技术创新的高层次应用型人才。通过学校的产学研一体化战略实施,达到培养学生创新创业能力,推动科研成果转化。

## 4 总结

高校科研成果转化过程不仅本身是科技经济活动,也是教学研究和培养创新人才的重要过程。通过增强创

新意识和科技成果转化意识,革新实践教学方案、多学科交叉融合、产学研一体化等一系列举措,以大学生创新创业行动计划和大学生科研训练计划为抓手,以建设创新型实验室为载体,搭建大学生创新创业教育平台,培养学生的科技素养和科学精神,真正将中医药科研成果转化与大学生创新创业能力互相融合,互相促进。

#### 参考文献

[1] 谢玲,帅辉明,朱俊,等.应用型本科高校大学生科技成果转化问题研究[J].中国教育技术装备,2018,2(428):76-92.

- [2] 齐勋,秦晓晔,徐杉,等.基于大学生科创项目提高中医药科技成果及转化途径研究[J].长春中医药大学学报,2017,33(5):836-838.
- [3] 陈东林,张晶晶.高校科技成果转化现状及促进对策[J].企业经济,2011(12):115-117.
- [4] 傅绪成,王小艳,吴菊.科研项目(成果)转化为创新实践教学资源的探索[J].广州化工,2014,7(42):173-175.
- [5] 路甬祥.学科交叉与交叉科学的意义[J].中国科学院院刊,2005.
- [6] 院士们关于研究生培养问题的讨论.中国工程院化工、冶金与材料工程学部第五届学术会议,2005.

(本文编辑:李海燕 本文校对:冷雪 收稿日期:2018-09-06)

## 开放性实验教学促进中药学本科生专业能力的培养※

### ——以天麻药材生产前质量控制为例

赵春丽<sup>1</sup> 周永强<sup>2</sup> 周涛<sup>1\*</sup>

(1 贵阳中医学院实验中心,贵州 贵阳 550025;2 贵阳中医学院药学院,贵州 贵阳 550025)

**摘要:**开放性实验教学是近几年新改革的一种教学模式,在各医药院校相继开展。学生利用已经掌握的知识,通过独立查阅相关文献或指导书籍独立设计实验方案及实施计划后,教师给与指导修改。学生通过团体合作方式开展实验项目,是将理论与实践相结合的一种新的教学模式,避免传统“黑板式”教学,按部就班的实验,使实验生动化,兴趣化,寓教于乐,激发学生的学习兴趣,从而培养学生的动手能力和思维能力,将学生培养成具有创新精神的高素质药学人才。

**关键词:**中药学;开放性实验;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.058

文章编号:1672-2779(2019)-04-0143-03

#### Opening Experimental Education for Promoting Cultivation of Pharmacy Undergraduate Professional Competence --Taking the Quality Control of Gastrodia Elata Medicinal Materials before Outputting as an Example

ZHAO Chunli<sup>1</sup>, ZHOU Yongqiang<sup>2</sup>, ZHOU Tao<sup>1\*</sup>

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

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

**Abstract:** Open experimental education is a teaching model of new reforms in recent years, which have been carried out in various medical colleges. Students use the knowledge they have mastered, independently design the experimental plan and implementation plan through independent review of relevant literature or instructional books, and teachers give guidance and revision. Students conduct experimental projects through group cooperation, and combine a new theory with theory and practice. The teaching mode avoids the traditional "blackboard" teaching, step-by-step experiments, making the experiment vivid, interested, and entertaining, stimulating students' interest in learning, thus cultivating students' practical ability and thinking ability, and cultivating students into innovation spiritual high-quality pharmacy talents.

**Keywords:** Chinese materia medica; open experiment; teaching reform

开放性实验是近几年高校教学改革的重要组成部分,对培养提升学生的动手能力和思维能力、发现问题、分析、解决问题的能力是一种重要的手段,从而促进学生创新思维、合作意识和综合能力的发展<sup>[1]</sup>。中药学专业的人才培养不仅要具备基本的理论知识,还要具有适应社会需

要的转换思维及实验技能,所谓开放实验不仅仅是实验室对外开放,实验时间不限及参与实验人员不限,更重要的是放手让学生参与到实验设计当中来,独立设计实验,操作实验,分析实验结果,在教师的指导下拟定可行的实验方案,从而去解决实际工作中的问题<sup>[2]</sup>,避免教师将所有的理论知识灌输学生,而学生面对自己的毕业课题或毕业工作时束手无策,理论知识与实际脱轨的现象出现<sup>[3]</sup>。

#### 1 开放性实验开展的必要性

药学院校本科生招生人数逐年增多,但院校可利用资源有限,学生所做的实验仅仅是结合课本所学的专业知识,额外所扩增的实验寥寥无几。实验次数少且和实际工

※ 基金项目:贵州省教育厅国内一流学科建设项目【No.GNYL(2017)008】;贵州省教育厅一流学科药学实验平台建设项目【No.黔教高发【2017】158号】;贵州省科技厅学术新苗项目【No.黔科合平台人才【2017】5735号-20】;贵州省教育厅人才成长项目【No.黔教合KY字【2018】206】;贵阳中医学院教学工程建设项目【No.GZY-JG(2018)36号】

\* 通讯作者:271058577@qq.com

作中关联较少,导致学生毕业后与药企或其他药学单位对接不足,且因为自己所学的书本实验有限,在专业领域从事工作信心不足,大多本科毕业以后走上销售行业,就业形势单一<sup>[4]</sup>,作者曾在药品生产企业工作,并深知企业的研发、生产、化验等相关技术岗位人才急缺,医药企业在药品生产及研发和质量控制管理岗位要求入职者具有较强的实验动手能力、分析问题与解决问题的能力,而实际上,学生经过四年的大学学习,多数还停留在理论知识学习阶段,实践动手操作能力往往达不到用人单位的要求。

中医药院校针对用人企业专门设置药品检测与鉴定等一系列开放性实验教学,能够培养不同层次学生的实践动手能力,对学生能力的全面发展有极其重要的作用,尤其是对于以实验为基础的药学类专业的本科生尤其重要。

## 2 开放性实验教学内容的改革探索与思考

实验教学内容改革以药学类开放性实验的实践出发,结合我校目前普遍存在的问题,将实验设计为理论知识与实践相结合,为药学专业学生毕业以后从事相关领域工作夯实基础。贵阳中医学院实验中心是学院的科研服务机构,我中心2014年获得省级实验室计量资质认证资格,具备了独立为社会开展药品检测、鉴定方面的检验资质,每年为各相关单位和制药企业提供了大量的技术服务和人才培训工作。依赖实验平台设置开放性实验,围绕中药学、药学等专业本科生,实验内容涉及分析化学、药物制剂、分子生药学等课程,结合药学工作者行业指导权威书籍《中国药典》,教学不仅仅存在于教学生实验技能方面,更要与实践相结合,加入兴趣点,如“中药配方颗粒与传统汤剂的有什么区别”“如何鉴定中成药是否非法添加化学品”“鱼腥草的腥味成分是什么呢?”“自制手工皂”“自制风油精”“天麻药材生产前质量控制”等,共12期实验,36学时,涉及药品生产及质量控制多个环节。本文以天麻药材生产前质量控制为例,依据2015年版《中国药典》一部天麻药材项下进行此次实验。

**2.1 实验方案的确定** 天麻药材在投入生产前,药品生产企业的化验室需要根据《中国药典》对其质量进行检查。本课题以天麻为实验教学药材,依据《中国药典》质量检查项下规定,模拟化验室开展天麻药材的水分,总灰分,浸出物,薄层鉴别,天麻素、对羟基苯甲醇含量测定,只有质量合格的药材投入到生产中才能生产出合格的药品,结合学生毕业就业的需求,确定该项目。项目确认后,指定实验方案教师设置学习内容:某企业要生产一批天麻丸,为了生产出合格的药品、生产前进行样品检验,前处理车间共送来3批药材,通过检验要及时发现其是否存在质量问题、质量合格才可投入提取车间。提出检验内容后,学生对所需要的检验设备,检验标准、检测过程,进行讨论,同时,教师可以鼓励学生借助《中国药典》一

部、四部等辅助开展实验,最后生成操作报告。

**2.2 制定实验方案** 采用小组学习法,以4~5人为单位,将学生划分为7~8个小组,每个小组推举组长一名,该组长负责整个实验的项目活动。划分小组之后,教师要求小组学生按照以下几点进行学习研究:(1)掌握天麻药材的水分、总灰分、浸出物的检测方法;(2)掌握分析天平、电热鼓风干燥箱、电阻炉的使用方法;(3)掌握薄层鉴别、含量测定的方法;(4)了解液相色谱仪的具体使用方法;(5)知道液相色谱仪的作用、构造、操作事项;(6)熟悉使用液相色谱仪开展本次实验的基本流程;(7)根据样品选择流动相、色谱条件等。此外,教师也可以鼓励学生根据自身的兴趣爱好进行相应的拓展学习,例如,根据《中国药典》中对其他的常用中药材进行质量检验。

**2.3 实验过程** 在整个检验过程中,教师事先将仪器正确的使用方法和可能产生的问题向学生重点强调后,完全将课堂交给学生,不参与任何学生的实验过程,要求每个小组相互配合,相互学习探讨完成实验目标,实验过程中教师密切观察学生的操作过程,记录学生在实验中存在的问题,并在检验完毕后统一探讨和总结。

**2.4 实验结果的评价** 在实验结束后,每个小组长向教师提供一份检测报告和原始记录,每位同学提交一份实验效果评估表。具体内容包括每个同学在实验中的收获及自我评价,实验操作过程中存在的问题及解决方法。教师根据反馈的意见结合自己在实验中的观察进行讲解,要求每位同学积极发言,及时总结自身在学习中的存在的问题,避免再次出现相同问题。通过天麻药材生产前质量控制的实验教学,学生的动手实践能力、相互之间的合作配合能力得到提高,为今后从事药物检验工作打下了良好的基础,把工作岗位和教学相结合式教学模式更具有实践性。

## 3 实验教学结果的探讨与思考

实验教学和理论教学是密不可分的两个环节,学以致用更是我们要积极去解决的问题,将学生放在一个模拟的实践工作环境中,以自我为主体,和周围人员的配合,积极主动解决问题,完成实际工作,正是毕业后的一种工作方式。实验教学取材于医药企业又与分析化学等实验教学内容相关,要求学生运用所学的理论知识,查找资料,自我设计实验方案,提高主观能动性,也提高学生查阅文献与独立思考和思维的能力。实践证明把分析化学实验与国家药品标准的要求相结合,获得了较好的教学效果<sup>[5]</sup>。通过这类设计性实验,学生既可以学会参照药典进行实验,不单单依靠老师所给的实验操作步骤,又结合了理论课上所学的知识 and 文献报道的方法,同时锻炼了动手能力和解决问题的能力,这对于培养学生的综合素质有很大帮助。与传统教学机械式老师向学生灌输实验方法步骤相比是一种新的教学模式。

但开放性实验课堂实施时也有不足,因为实验是以学

生为基础的探索式教学,如果教师不把握好课堂节奏很可能出现课堂混乱和失控的局面,所以教师一定要控制好课堂节奏,提前做好准备工作。同时教师也要把握好实验时间,按部就班的引导学生,否则会花费很多时间,从而影响教学进度和教学目标<sup>[6]</sup>。总体来说,开放式教学对于教师和学生无不是一种挑战,设计好还是利大于弊。

#### 4 结语

中药学、药学等专业本科生的培养应注重培养适合社会需要的技术人才,多元化的开展教学与实验改革,培养学生动手能力、分析能力,更能提高学生的就业信心,让学生有更多的就业空间和发展前景。而药品检测性的开放性实验以项目教学、探究式教学为切入点,在完成教学任务的同时也让学生积极地参与,提高学生的自身发展,最终提高学生的综合素质,才会使其在激烈

的社会就业大军中脱颖而出。

#### 参考文献

- [1] 刘李,缪明星,刘晓东,等.基于创新能力提升的药学开放性实验教学平台研究[J].药学教育,2014,6(30):62-65.
- [2] 吴兴应,张新桥,李云.基于培养大学生创新能力的开放性实验教学质量评价体系的研究[J].2012,2(15):161-163.
- [3] 俞远志,张立庆,傅晓航.开放性实验教学模式的实践与思考[J].实验室研究与探索,2012,3(31):153-155.
- [4] 何玲玲,张伟,胡奇军.基于就业为导向的药学专业分析化学立体化实验教学体系的改革探索[J].江西中医药大学学报,2017,5(29):81-85.
- [5] 亓云鹏,范国荣,金文祥,等.分析化学实验教学与《中国药典》的结合[J].药学教育,2005,3(21):38-39.
- [6] 张建华.以实验为基础的学生课堂体验探究教学——以苏教版“二氧化硫的性质和作用”为例[J].读与写杂志,2018,5(15):92-93.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邹 颖 收稿日期:2018-09-30)

## 研究生中医基础理论五星教学模式的应用<sup>※</sup>

王立国<sup>1</sup> 部爱贤<sup>2\*</sup> 刘凯军<sup>1</sup> 张敬文<sup>1</sup>

(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:**中医专业研究生的专业基础课是提升研究生基础理论水平的重要课程,是中医研究生以后进一步提升自己,进行自主研究和创新的保障。基于此,国内各大中医院校的研究生教育都不断进行改革和探讨,以期培养出既有扎实的理论基础,又有自主思考和研究能力的高素质研究生。然而,由于教师上课模式的僵化,学生被动接受的习惯,使得研究生的中医基础理论课程很难达到教学的目的。因此,本文结合戴维·梅里尔博士提出的“五星教学原理”构建中医基础理论课程的自主课堂,以有效推动该门课程的教学改革,优化其教学效果。

**关键词:**五星教学模式;中医基础理论;研究生

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.059

文章编号:1672-2779(2019)-04-0145-03

### The Application of the First Principles of Instruction in the Teaching of Basic Theory of Traditional Chinese Medicine for Postgraduate

WANG Ligu<sup>1</sup>, BU Aixian<sup>2\*</sup>, LIU Kaijun<sup>1</sup>, ZHANG Jingwen<sup>1</sup>

(1. School of Basic Medicine, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Xinglin Traditional Chinese Medicine Research Office, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

**Abstract:** The postgraduate professional basic course is important to the basic theory level of graduate students of traditional Chinese medicine. It is the guarantee for independent research and innovation to improve you. Based on this, the postgraduate education of major colleges and universities of traditional Chinese medicine continues to reform and explore. They expect to cultivate high quality graduate students with solid theoretical foundation and independent thinking and research ability. However, we failed to achieve the desired goal. The class teaching is too rigid. The causes of these problems are learners have formed the habit of passive acceptance in their past learning. Therefore, we build the independent classroom of TCM with the First Principles of Instruction of M. David Merrill. We hope to promoting teaching reform for optimizing teaching effect.

**Keywords:** First Principles of Instruction; basic theory of traditional Chinese medicine; graduate

中医基础理论是中医专业入门课和专业基础课,包含了很多中医基础的概念、理论和原理。学习和掌握的

程度直接关系到后续课程的学习。但是这些知识对于初学中医的学生比较不容易接受,概念和理论都比较繁杂、抽象、晦涩难懂。即便是学了几年中医以后,甚至是中医专业的研究生都不能对这些基本概念有比较清楚的理解。所以在研究生阶段怎样更好的掌握中医基础理论是需要我们认真思考的。

※ 基金项目:江西省教育厅学位与研究生教育教学改革项目[No. JXYJG-2017-102]

\* 通讯作者:ba\_x20051001@126.com

### 1 研究生《中医基础理论专题》教学存在的问题

虽然中医研究生基础理论教学在教学实践中进行了很多改革的尝试，但是仍有很多问题。主要表现为：(1) 授课内容重复，学生兴趣不高。经过五年中医的学习，他们对中医的基本内容都有了了解。固有知识阻碍了他们重新学习最基本的概念和理论；(2) 教学模式和教学方法单一，以讲授为主，不能发挥学习主动性。研究生教育应该侧重“为什么”，而不是“是什么”。所以怎样激发学生自主学习和探究的潜能是最重要的；(3) 学生的学习惰性是最大问题。学生从小到大都习惯了“听”，而很少去“问”和“讲”，而到了研究生阶段最需要的就是发现问题、研究问题和解决问题的能力。

五星教学模式是美国著名教育心理学家和教学设计理论家梅瑞尔 (M. David Merrill) 教授于本世纪初提出来的<sup>[1]</sup>。经浙江大学盛群力教授等引进<sup>[2]</sup>，并在我国的初等教育领域进行本土化改造试验，教学效果明显，受到师生的好评和欢迎。但在高等教育领域无论国内还是国外尚处于探索阶段。为此，笔者采用五星教学模式理论，对研究生《中医基础理论专题》课程教学模式进行改革尝试，取得了一定成效。

### 2 以问题为中心的五星教学模式

五星教学模式又叫“首要教学原理”。五星教学原理重在研究不同的教学策略和教学模式之间的共性，总结归纳出处方性教学原理。五星教学模式认为要获得良好的教学效果，围绕“解决现实问题”的教与学是最有效的方法。它以实现学生学习效果好、效率高和主动性强为特点。

**2.1 五星教学原理核心思想** 第一，必须以解决实际问题为中心，学生全情投入；第二，必须激活旧知识来进入新问题，学生接受度高；第三，必须充分、详实的展现和论证新知识，老师发挥专业引导作用；第四，必须运用新知识，学生真正理解新知识；第五，必须把新知识与现实生活融为一体，学生真正掌握知识。

**2.2 五星教学原理主要内容** 可以简单地概括为“一个中心、四个阶段”。其核心思想是以问题或者任务为中心，聚焦解决问题。教学过程的内循环圈是由“激活旧知”“示证新知”“尝试应用”和“融会贯通”四个阶段构成，外循环圈是由“结构→指导→辅导→反思”构成。五星教学原理不仅关注教学过程，同时更关注学习过程，它要求教师的课程讲授必须符合学生的学习和心理发展要求。本文借用盛群力老师的五星教学结构图。五星教

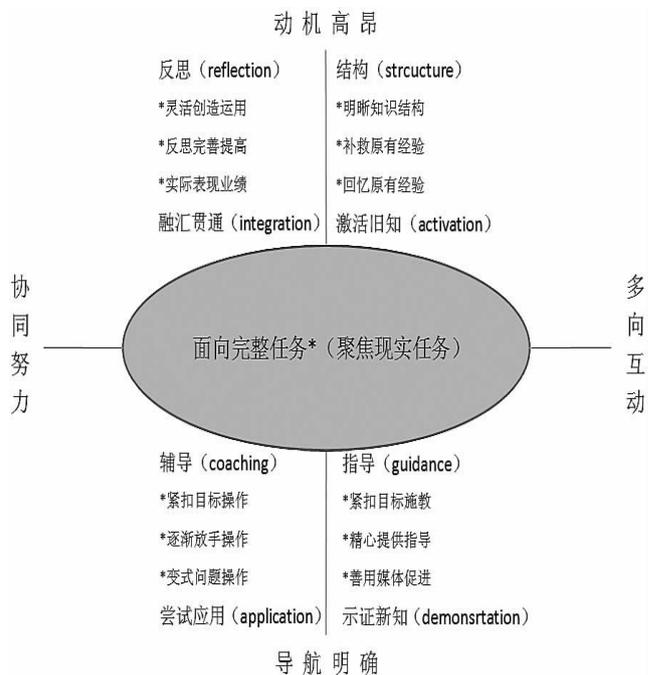


图1 五星教学原理结构图

### 3 五星教学模式在中医基础理论教学中实施策略

**3.1 基于现实创设问题** 中医学具有极强的实践性，它是以解决人类的疾病为存在的依据和价值。不同的理论的创设都是为解释和解决具体疾病问题的。所以学习中医基础理论时不能为了理论而学习，不能为了掌握知识而学习，而应明确学习这一理论有什么用。中医基础理论专题有不同的理论体系，根据不同理论可以创设不同问题，甚至可以形成具有体系的问题库，可以作为以后教学的资料。并且不同的问题可以附加一些医案。这些问题可以是日常生活常见现象，也可以是新闻报道的真实诊疗故事，也可以是常见自然现象。医案可以是自己真实医案，也可以选择有代表性名医医案，但是要有针对性。比如在藏象理论专题里面可以提出如下问题：“心想事成”“一心一意”“私心杂念”等词语中为什么把“心”和心理活动联系在一起？为什么天气闷热的时候人的食欲比较差？因此，教师在课堂教学过程中要引入有趣味性、挑战性的实际问题或任务，激发学生的探知欲望，引发学生深入思考。

**3.2 基于问题激活旧知** 任何知识的获得都是在有意义的基础之上，任何知识的获得都是在自己已有的知识构架中进行，所以在中医基础理论的学习中，要让学生知道现在所学的东西跟自己以前的额认知是什么关系，如何运用先前知识来学习新知识。老师在这个过程中充当指引者，引导学生回忆旧知识，让学生复述

旧知识。老师还要帮助学生明确旧知识在整个知识体系中的地位及作用。老师也可以把自己以前的经验告诉学生。比如学习气血津液的重要问题,可以帮助学生复习相关脏腑的功能,并且提出一些与脏腑关系的问题。比如学习病机的问题,可以让学生回忆前面学习的中医生理的内容,并启发学生思考生理和病理的关系。激活旧知的任务是帮助学生回忆先前知识,理顺旧的知识结构,以便与新的知识结构相联系,为解决接下来的新问题打下基础。

**3.3 基于案例示证新知** 基于中医基础理论的理论性及实践性的双重性质,我们一般可以把案例作为示证新知的工具。这一环节老师是主导者,学生是主体。老师要让学生完全理解新知识。比如脏腑的某个功能的理解,适当增加多种媒体形式对知识的示证。比如视频、音频、动画等形式。我们也可以提出一个与之相关的医案;然后用要学习的重要理论一步步阐释医案的相关症状。这样学生既感兴趣,又对要掌握的理论印象深刻,同时又知道这一理论怎样运用到临床。这一环节也可以适当增加师生互动的内容。为了教学的生动和有趣,可以让学生扮演医案中的医生和病人,书写完病例后,学生都会有很渴望的心理知道病人到底是什么问题,然后老师一步步解释清楚。最后可以借助思维导图对要讲解的理论进行结构总结。

**3.4 基于新知解决问题** 这一阶段老师是指导者,学生是实践者。但基于中医基础理论的特殊性,学生的实践形式有很多种。最有效的就是案例分析,给出与理论相关的医案,让学生分组进行讨论,然后在全班进行汇报并讨论,老师作适当指导。并且可以适当增加以前的知识,加强学生综合分析的能力,使理论前后联系形成体系。也可采取辩论的形式,让学生分为正反两方,利用所学的理论对论题进行辩论。简单的内容也可以用小测验的方式进行。这一环节非常重要,一方面老师可以及时掌握学生学习的情况,另一方面学生自己也可以从解决问题的过程中体验自己理解或掌握的程度。总之,五星教学模式认为不经过尝试练习,新学到的东西往往是一知半解、生吞活剥、自以为是、似懂非懂的<sup>[3]</sup>。

**3.5 融会贯通掌握内容** 五星教学原理认为当教学中学习者受到鼓励将新知识技能融会贯通或迁移到日常生活中去时,才能够促进学习。融会贯通是学生进一步熟练和迁移新知识的能力。这一阶段是培养学生进一步学习的意愿和持续地付出努力的关键时机。这是促成个性化地运用知识技能的一种重要方式。融会贯通包括两个环

节,第一个环节是对本次新知教学进行总结,第二个环节是对知识进行拓展,让学生运用已掌握的知识解决实际问题<sup>[4]</sup>。所以布置高质量的作业显得尤为重要。作业即要运用今天所学知识,有包含以前的知识,同时体现前后联系;作业还要有适当的延伸,让学生对以后新知识的渴望。

#### 4 总结

五星教学原理以解决问题为核心,各环节紧紧相扣,建立了新旧知识间的有机联系,包含师生互动,最终落实到灵活运用知识,是一种处方式的教学模式。五星教学模式符合“教学先扶后放,渐进撤除支架”的建构主义原则<sup>[5]</sup>,学生的学习目标更明确,学生将所学与实际应用更紧密联系起来,在教学过程中充分发挥了学生学习的积极性与主动性,使学生能循序渐进地接受和理解所学的新知识和技能,有效地提高了课堂教学的效果,培养了学生应用所学知识解决实际问题的能力。

当然,老师要充分理解和掌握五星教学模式的内涵及步骤,更好应用于教学过程,还需要更多的实践与反思,在以后的教学中,不断努力实践与运用。

#### 参考文献

- [1] 盛群力,宋洵.五星教学模式的应用探讨兼及一堂课的分析[J].湖南师范大学教育科学学报,2008,7(1):69-72.
- [2] 盛群力.教学设计[M].北京:高等教育出版社,2005.
- [3] 盛群力.五星教学过程初探[J].课程·教材·教法,2009,29(1):38.
- [4] 张伟.五星教学原理在现代汉语微课教学中的运用[J].教育观察,2016,5(19):79.
- [5] 罗继景.五星教学模式在高校《遗传学》教学中的应用[J].安徽农学通报,2013,19(21):96.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张光荣 收稿日期:2018-09-25)

### 连翘药材(饮片)鉴别要点

连翘果实,呈长卵形至卵形,稍扁,长1.5~2.5 cm,直径0.5~1.3 cm,表面有不规则的纵皱纹和多数突起的小斑点,两面各有1条明显的纵沟。顶端锐尖,基部有小果梗。青翘多不开裂,表面绿褐色,表面凸起的灰白色小斑点较少,质硬;种子多数,黄绿色,细长,一侧有翅。老翘自顶端开裂或裂成两瓣,表面黄棕色或红棕色,内表面多为浅黄棕色,平滑,具一纵隔;质脆;种子棕色,多已脱落。气微香,味苦。

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

# 高职院校中医养生保健专业 校企合作人才培养模式体系构建的思考<sup>※</sup>

张明丽 瓮 恒 周新强 赵增强 余小波

(南阳医学高等专科学校中医系,河南 南阳 473061)

**摘要:**目的 为高职院校中医养生保健专业校企合作人才培养模式体系构建提供参考。方法 以南阳医学高等专科学校中医系中医养生保健专业建设为例,从校企合作体制和机制建设、探索运行机制和管理模式等为切入点,以全面提高人才培养质量的校企合作人才培养模式体系构建。结果 职业教育办学水平和教育质量的提高与人才培养模式密切相关,校企合作是关键环节。我校中医养生保健专业对校企合作人才培养模式进行了实践探索,通过健全校企合作人才培养体系,实现了学校、企业、学生三方共赢发展。

**关键词:**校企合作; 养生保健专业; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.060

文章编号:1672-2779(2019)-04-0148-03

## Thoughts on the Mode of School-Enterprise Cooperative Talents Training of Traditional Chinese Medicine Health Care in Higher Vocational Colleges

ZHANG Mingli, WENG Heng, ZHOU Xinqiang, ZHAO Zengqiang, YU Xiaobo

(Department of Traditional Chinese Medicine, Nanyang Medical College, Henan Province, Nanyang 473061, China)

**Abstract: Objective** To provide reference for the establishment of school-enterprise cooperative personnel training mode system in the health care specialty of Chinese medicine in higher vocational colleges. **Methods** Taking the construction of traditional Chinese medicine health care major in the department of traditional Chinese medicine in Nanyang Medical College as an example, the construction of school-enterprise cooperation system and mechanism, exploration of operation mechanism and management mode was taken as the entry point, and the construction of school-enterprise cooperation talent training model system was taken to comprehensively improve the quality of talent training. **Results** The improvement of education education level and education quality is closely related to the personnel training mode, and school-enterprise cooperation is the key link. The traditional Chinese medicine health care major of our university has carried out a practical exploration of the school-enterprise cooperation talent training mode. By improving the school-enterprise cooperation talent training system, the school, the enterprise and the student have achieved a win-win development.

**Keywords:** school enterprise cooperation; health professions; talent training

校企合作是学校与企业利用各自教育资源、教育环境的优势,在资源、技术、师资培养、岗位培训、学生就业等方面深度合作,培养能适应市场经济发展、适合企业需要的高素质技能型人才为目的,最终实现学校与企业双赢的一种人才培养模式<sup>[1]</sup>。我校近年来以国家政策文件为指导,进行了中医养生保健专业校企合作培养模式体系的探索与研究,通过校企合作使教师的理论与实践融为一体,学生的动手能力和职业素养得以提高,企业员工掌握了一定的专业知识和技能,创新思维得以激发,学校养生保健专业建设得到快速发展,初步实现了学校与企业“优势互补、资源共享、互惠互利、共同发展”的双赢结果。

### 1 中医养生保健专业校企合作人才培养模式体系构建

**1.1 顺势而为 健全校企合作机制** 校企合作是加快高职高专人才培养质量提升的重要方式,国家为此出台了一系列推进职业教育校企合作政策。2005 年《国务院关于

大力发展职业教育的决定》(国发 [2005] 35号)就正式将“校企合作、工学结合”纳入职业教育体系;《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020年)》提出要“建立健全政府主导、行业指导、企业参与的办学机制”;《国务院关于加快发展现代职业教育的决定》(国发 [2014] 19号)要求“加快现代职业教育体系建设,深化产教融合、校企合作”。在此背景下,我校成立了由学校、企业、行业代表组成的校企合作委员会、专业建设指导委员会,带动了本专业人才培养模式体系的构建。

**1.2 优势互补 打造共赢命运共同体** 随着社会经济的发展 and 老龄化社会的到来,人们“防重于治”观念的提升,社会对中医养生保健高层次人才的需求增多,但大部分中医院校未开设相关专业,专业人才缺口很大。鉴于此,南阳医专中医系自 2015 年开始,就着手申报中医养生保健专业,并积极为新专业的开设进行前期的师资培养,从 2015 年起相继与南阳三统食养食疗科技有限公司、金地艾叶有限公司、万正远洋公司、仲景堂、仲泰医圣堂、南都中医馆建立了校企合作关系,合作初期主要是校方承担为企业员工进行培训、技术指导和产

※ 基金项目:河南省教育厅高等职业教育创新发展行动计划【No. XM-2】

品研发,为企业“订单培养”所需人才,同时,选派教师在无课学期到企业进行实践锻炼以提高动手能力,了解养生保健的市场需求及发展前景。2017年获批招收第一届学生后,为加快专业建设力度和人才培养质量,与校企合作企业中的“三统食养食疗科技有限公司”在原有合作模式的基础上,加深了合作的广度和深度,与该公司合作建立了校内生产性实训基地,设置了营养实训室、药膳实训室、美容实训室、针灸实训室、推拿按摩实训室、功法训练室、食养食疗研究室等。养生保健实训基地作为养生保健专业技能学习和实践的场所,实训基地在服务于教学之外,还建立了美容师职业技能鉴定站,承担了养生保健职业技能培训。建立“引企入校”机制,由企业投资进行场地装修、办公设备及养生保健仪器设备的配置,建成真实的体验工作场景,企业达到了宣传企业品牌、扩大影响力的效果。一方面便利了师生参与实践锻炼,另一方面,缓解了企业办公和科研、培训用房压力,实现了合作双方的互惠互利。

## 2 中医养生保健专业校企合作人才培养现状与问题

**2.1 人才培养的现状** 自2015年至今,学校已为企业培育员工近200人,96人取得相关的职业资格证书,如按摩师证、中医美容师证、营养师证、健康咨询师证,企业员工的专业素质得到明显提升;教师参与产品研发12种,人均为企业员工培训学时36,提高了教师的动手能力、授课水平和科研能力。2017级中医养生保健专业学生通过一学年的见习,亲历了产品制作的工艺流程,掌握了一些基本的养生保健技能,认识到了企业文化与校园文化的不同,感受到了职业人与学生人的不同,缩短了学生进入顶岗实习期的适应期。

**2.2 人才培养存在的问题** 高职学校的任务是顺应社会需要,为社会培养高素质技能型人才,企业的主要任务是占有市场,获得更多的利润,两者任务的不同,意味着在合作过程中难免会存在一定的问题,对校方来讲,选派的教师对参与产品的制作、参与理疗的过程兴趣不高,更热衷于做培训和参与产品的研发和技术性指导;学生在见习期只能做一些简单的体力性的工作,日久学生对于单调、枯燥,流水式的工作产生了一定程度的厌倦,而且因工资待遇较低和发放不及时,致使参与实践的动力不足。对企业方来说,校方的师生虽然在专业理论功底上高于企业员工,但实践动手能力却不足,有眼高手低现象,增加了企业培养成本的消耗,另一方面,师生是流动的员工,不便管理,出现产品质量问题,追责较难,一定程度上影响了企业的利润。

## 3 保障措施

**3.1 健全制度 发挥制度管理效能** 针对校企合作出现问题,首先从完善制度入手,从管理师生角度,制定了

《教师实践锻炼管理制度》,《学生顶岗见实习制度》,明确了考勤、完成任务、违纪、差错应负的责任;从企业管理角度,制定了《师生实践锻炼顶岗规章制度》;从保障师生权益角度,校企双方签订了《关于师生在企业工作期间有关待遇的规定》《关于企业技术人员在学校指导期间有关待遇的规定》协议,就学校方面,保障了师生工作的时长、安全、最低月薪酬劳,以及经营提成和支付时间等,就企业方面,保障了企业技术人员的指导费用的落实。通过制度的建立,有效保障合作双方正常的教学和生产秩序。

**3.2 培育双师教师 保证教学实践需要** 校企合作共建专兼结构的养生保健专业教学团队。制定双师型教学团队建设规划,要求教学团队专任教师每人每学年必须脱产到合作企业进行不少于3个月的顶岗锻炼,其间承担为企业员工培训专业知识、参与产品研发,参与产品制作等,以此提升教师的职业素质与创新能力。对企业兼职教师着重加强教学教法和利用信息化手段开展技术传授的能力,语言表达能力,以此提高“做中教”的能力。经过近三年的互培,本专业已经基本形成了一支具有较高教学能力、教研能力、行业实践能力的双师型教师队伍,为深化养生保健专业教学改革提供了保障。

**3.3 投入经费 保证制度的正常运行** 为保障学校与企业所制定的制度正常运行,落到实处,一方面学校将参与实践锻炼的教师固定工资拨付给企业,教师参与实践锻炼期间的工资薪酬由企业发放,企业可根据教师的考勤情况,实际工作贡献核算教师的工资薪酬,以此促使教师融入企业的管理,减轻企业的管理难度;另一方面,为保障师生的权益不受影响,企业每年要向学校交付一定的保证金,以保证师生按时正常获取劳动报酬及其他待遇的落实,企业一旦违约,学校将启用企业保证金来维护师生的权益。

**3.4 完善考评机制 堵塞制度漏洞** 学校企业双方建立科学合理、多方参与的考核评价体系,以此检验人才培养的质量。我们校方成立由校级和系级二个层面的教学督导组,二个层面的教学评价督导组均有学生和行业占比,以保证评价结果的客观真实。校方在评价内容上涉及教师和企业技术人员的教态、教法、重点内容、完成效果等,企业方主要评价学生的职业技能、职业道德、敬业精神、团队协作能力进行评价,通过评价使学校企业能及时调整人才培养方式,使其更加符合企业对人才的需求。

## 4 结语

学校和企业深度融合、密切合作,加强师资队伍和教学资源的共建、共管、共享、共同承担中医养生保健课程教学与实践,建设融教学、实训实习、教师实践、职业技能培训、社会服务、技术开发为一体的中医养生

保健生产性实训实习基地,是强化实践教学,缩短人才培养周期,提高人才培养质量的有效捷径。

#### 参考文献

- [1] 张建春,殷志扬,程培罡.高职院校校企合作研究:文献综述与展望-基于CNKI(2010—2011)收录文献的分析[J].现代教育管理,2013

(2):100-104.

- [2] 王振洪,王亚南.高职教育校企合作双方冲突的有效管理[J].高等教育研究,2011(7):75-79.  
[3] 舒岳.高职教育校企合作的文化建设:共容、共融和共荣[J].教育探索,2013(10):16-18.

(本文编辑:李海燕 本文校对:周新强 收稿日期:2018-09-27)

## 新形势下中药临床评价相关问题思考

陈科艳<sup>1,2</sup> 黄倩<sup>1,3</sup> 武江海<sup>1,2</sup> 徐贵丽<sup>1\*</sup>

- (1 成都军区昆明总医院药剂科,云南 昆明 650032;  
2 昆明医科大学成都军区昆明总医院临床学院,云南 昆明 650500;  
3 大理大学药学与化学学院,云南 大理 671003)

**摘要:**随着中医药现代化和国际化进程的推进,我国对中药临床研究质量要求不断提高。中药必须实施科学规范的临床研究,中药注射剂再评价迫在眉睫。本研究通过对目前中药临床评价相关形势的分析,旨在中药临床研究定位、研究设计、疗效评价和安全性等方面阐述我国中药临床评价的现状及存在的问题,并针对目前存在的问题对如何提升我国中药临床研究质量和开展中药注射剂再评价提出思考与对策,为规范实施中药临床研究和再评价提供参考。

**关键词:**中药;临床评价;中药注射剂;安全性

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.061

文章编号:1672-2779(2019)-04-0150-05

### Thoughts on the Related Issues of Clinical Evaluation of Traditional Chinese Medicine under New Situations

CHEN Keyan<sup>1,2</sup>, HUANG Qian<sup>1,3</sup>, WU Jianghai<sup>1,2</sup>, XU Guili<sup>1</sup>

- (1. Department of Pharmacy, Kunming General Hospital of Chengdu Military Region, Yunnan Province, Kunming 650032, China;  
2. Clinical College, Kunming Medical University-Kunming General Hospital of Chengdu Military Command, Yunnan Province, Kunming 650500, China;  
3. College of Pharmacy and Chemistry, Dali University, Yunnan Province, Dali 671003, China)

**Abstract:** With the advancement of modernization and internationalization of traditional Chinese medicine, China's requirements for the quality of clinical research in traditional Chinese medicine have been continuously improved. Traditional Chinese medicine must implement scientific and standardized clinical research, and re-evaluation of traditional Chinese medicine injections is imminent. This study analyzed the current situation of clinical evaluation of traditional Chinese medicine. This paper aims at the clinical research positioning, research design, efficacy evaluation and safety of traditional Chinese medicine, and expounds the status quo and existing problems of clinical evaluation of traditional Chinese medicine. In view of the existing problems, it puts forward some thoughts and countermeasures on how to improve the quality of clinical research of Chinese medicine and re-evaluate the injection of traditional Chinese medicine. It provides some references for standardizing the implementation of clinical research and re-evaluation of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** Chinese medicine; clinical evaluation; Chinese medicine injection; safety

1999年《新药审批办法》颁布后,我国中药临床研究开始起步并逐步推广<sup>[1]</sup>,2003年9月1日正式实施《药物临床试验质量管理规范》<sup>[2]</sup>,要求中药临床试验也要参照执行,自此中药临床研究水平明显提高。因中药在组成、作用方式等方面存在特殊性,2015年国家食品药品监督管理总局发布《中药新药临床研究一般原则》<sup>[3]</sup>,为中药临床试验的设计、实施和评价提供了详细的方法学指导。

“7·22”核查后制药行业迎来巨变<sup>[4]</sup>,2016年2月

国务院办公厅发布《关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的意见》<sup>[5]</sup>,该政策的实施从根本上改变了国内化学药品仿制药的低水平研究、同质化竞争的现状,提高了药品质量。随后,2017年中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《关于深化审评审批制度改革鼓励药品医疗器械创新的意见》<sup>[6]</sup>,特别强调了开展中药注射剂再评价工作,为新形势下提升中药质量和规范实施中药临床研究提供了良好的发展契机,同时也敲响了警钟。

#### 1 新形势下中药临床评价发展机遇与挑战

2017年10月9日国家食品药品监督管理总局明确

\* 通讯作者:kmxuguili@126.com

表示,国家对中药注射剂安全进行再评价的方案已经初步形成,将公开征求意见。根据药品科学进步情况,对已上市药品注射剂进行再评价,力争用5~10年时间基本完成。上市许可持有人须开展产品成份、作用机理和临床疗效研究,评估其安全性、有效性和质量可控性。通过再评价的,享受仿制药一致性评价的相关鼓励政策。中药注射剂有望迎来行业洗牌的机会,部分品种面临淘汰,疗效显著、安全性好的生产企业将受益。

## 2 中药临床评价现状及存在的问题

**2.1 国内外中药临床评价现状** 为规范中药临床研究,国家食品药品监督管理局相继出台了一系列中药新药临床研究技术指导原则<sup>[8]</sup>,为不同疾病中药临床研究提供了科学的技术指导。随着中药研究水平的不断提升,越来越多的高水平研究成果发表在国际顶级杂志上<sup>[9-11]</sup>,不仅带动了中医药研究水平的提高,也扩大了中医药在国际学术舞台上的影响力。部分中药已在俄罗斯、古巴、越南、新加坡和阿联酋等国以药品形式注册<sup>[12]</sup>。

近20年来,中药临床研究引进与实施了部分化学药品的临床研究技术<sup>[13]</sup>,在中药的安全性和有效性评价上发挥了很大作用,但由于中药与化药有很大不同,其临床评价体系并不完全符合中药的特点。

## 2.2 中药临床评价存在的问题

**2.2.1 临床定位不明确** 如用于癌症中成药(抗癌平丸、平消胶囊、西黄丸、安替可胶囊等)存在少数明确辅助治疗癌症,多数则未能明确定位,其疗效水平如何尚不得而知<sup>[14]</sup>。在糖尿病、高血压的治疗中,西药除降糖、降压外并未解决继发的全部问题,而中药对综合症状的改善及部分继发问题较西药有独特疗效<sup>[15-16]</sup>。故应针对所开发的中药,选择合适的临床定位,以体现中药的临床优势和特点。

**2.2.2 未体现分阶段的动态管理与评价** 大多数的中药临床研究将各期试验理解为规定病例数的单个试验设计,未体现出探索的过程和实质。对于Ⅱ、Ⅲ期临床试验设计的区别仅体现了样本量的大小,试验目的与设计方法基本一致。在Ⅱ期临床研究阶段只设置一个固定疗程和一个固定剂量,缺乏量效和时效探索。

**2.2.3 诊断与疗效评价标准不统一** 《中药新药临床研究一般原则》规定,诊断标准要公认、先进、可行,诊断标准不同可能导致不同研究纳入不同的受试人群,影响对药物临床定位的判断。在目前中医临床研究中,同一疾病不同研究采用的证候疗效评价标准并不一致,甚至有些研究采用自拟标准<sup>[17-19]</sup>,导致同类研究结果无法进行比较,无法为中医循证医学提供更高级别的证据,在一定程度上降低了临床研究价值。

**2.2.4 临床研究质量不高** 中医辨证基础的四诊主观性过

强,评价量表通常自行制订,尺度无法统一;部分受试者依从性欠佳,未按时服药或服药剂量不够,研究者不能及时发现和记录导致数据真实性隐患<sup>[20]</sup>。质控人员填写大量质控表只是流于形式,监查频次不足,不能及时发现问题,质量管理仍然是“终点管理”模式<sup>[21]</sup>,为检查而质控的现象普遍。

**2.2.5 中药注射剂安全性问题** 2006年因安全问题,鱼腥草注射液被暂停使用和审批<sup>[22]</sup>;2008年刺五加注射液和茵栀黄注射液引起严重不良反应,分别造成3例和1例患者死亡,国家局紧急通报暂停使用和召回<sup>[23-24]</sup>;2009年,发生双黄连注射液致死事件,同时药监局撤销了人参茎叶总皂苷注射液和炎毒清注射液2个品种的药品标准<sup>[25-26]</sup>;2012年国家局发布公告,淘汰穿山龙注射液、柴辛感冒注射液等11个中药注射剂品种<sup>[27]</sup>,一系列不良反应事件的爆发,使中药注射剂的安全性备受争议。

## 3 实施中药临床评价的思考与对策

**3.1 明确中药临床价值与定位** 《药品注册管理办法(修订稿)》提出,在药物临床研发策略上,应采用以目标为导向的临床试验研发模式<sup>[28]</sup>,整个临床研发计划要设定明确的治疗目标与清晰的研究路径。确定药物的临床定位需考虑:适应症疾病发生发展演变规律;适应症疾病现阶段医学所能达到的治疗水平,中医药目前在适应症疾病治疗中的作用及潜在的临床价值;明确是治疗用药还是预防用药,是影响疾病进程还是改善症状,是联合现有治疗方法还是单独使用等。

**3.2 开展中药剂量-效应关系研究** 在平行量效研究中,有效成分和有效部位制剂,应设置多个剂量组,通过试验取得剂量-效应曲线,证明其剂量-效应关系。复方制剂除安慰剂组以外至少应有2~3个剂量组。采用组间两两比较来确定量效关系,最终推荐的最佳剂量效应与其他剂量组比较,至少有一个剂量组的差异应该表现出有统计学意义的趋势。

**3.3 明确和统一诊断与疗效评价标准** 对于同一药物与疾病的研究,其诊断标准要统一,参考的是国内还是国外标准都应具体,以降低各研究之间的异质性。中药的疗效评价首先应明确是治疗病症还是治疗证候的,治疗病症的中药应该用西医的疗效标准对其进行评价,例如治疗冠心病心绞痛的中药应该以是否减轻患者症状为标准进行疗效评价。而治疗证候的中药应该以中医证候疗效进行评价<sup>[29]</sup>。

**3.4 加强临床研究质量控制** 采用信度、效度和反应度良好的量表或行业公认的症状量化标准对主观症状评价进行质量控制;通过第三方评价等方法对非实验室检查指标进行质量控制,以数据真实完整为管理基础,开展质量管理培训<sup>[30]</sup>。主要研究者应监督临床试

验现场数据采集,确保所有试验数据是可追踪的、清晰的、同步记录的、准确和完整的。申办者应加大监察频次和力度,使临床试验过程中发现的问题能及时得到反馈和解决,使质量管理由“终点管理”模式向“过程管理”模式转变,真正把临床试验的质量监管起来。

**3.5 开展中药注射剂再评价** 为规范和指导中药注射剂安全性再评价工作,国家食品药品监督管理总局制定了中药注射剂安全性再评价生产工艺评价等7个技术原则<sup>[31]</sup>。强调中药注射剂再评价需从生产工艺、质量控制、非临床研究、临床研究和风险效益评价等方面综合评价。

### 3.5.1 中药注射剂生产工艺再评价

**3.5.1.1 原料要求** 中药注射剂处方中的有效成份、有效部位、提取物、药材、饮片等应有法定标准,无法定标准的应建立质量标准。处方中原料为批准文号管理的,应提供原料的合法来源及质量控制资料。应固定药材的基原、药用部位、产地、采收期、产地加工、贮存条件等,以炮制品入药的应明确详细的炮制方法。

**3.5.1.2 工艺要求** 中药注射剂应严格按工艺规程规定的工艺参数、工艺细节及相关质控要求生产,并强化物料平衡和偏差管理。关键生产设备的主要技术参数应固定,应提供实际生产工艺规程、近期连续5批产品生产记录及检验报告。生产过程中所用材料应符合注射剂要求,对可能的残留物进行充分的研究,并制订相应的控制标准。使用前需要用其他溶剂稀释、配液的,应进行配伍稳定性研究。

**3.5.2 中药注射剂质量控制评价** 有效成份制成的注射剂,主药成份含量应不少于90%。多成份制成的注射剂,所测成份应大于总固体量的80%,注射剂中含有多种结构类型成份的,应分别测定至少一种代表性成份的含量,还应对未测定的其他成份进行研究。处方中含有毒性成份或已上市单一成份药品的,应测定其含量并规定其含量的上下限。应对生产中涉及的药材、提取物、中间体等进行稳定性考察,并结合流通、应用等环节规定贮存条件及贮藏时间,提供上市后产品留样稳定性考察及回顾性分析研究资料。

**3.5.3 中药注射剂非临床研究再评价** 对于在临床使用中已发现安全性风险信号的,须有针对性地进行非临床安全性研究。如果没有充分、规范的临床安全性数据支持,应进行系统的非临床安全性评价研究,包括一般药理学试验、急性毒性试验、长期毒性试验、制

剂安全性试验、遗传毒性试验等,具体要求参见药审中心网站关于中药、天然药物非临床安全性评价的相关指导原则。

### 3.5.4 中药注射剂临床研究再评价

**3.5.4.1 有效性评价** 单纯证明已上市中药注射剂有效性的临床研究应尽量采用注射给药途径的安慰剂作为对照,主要疗效指标需优于安慰剂且具有临床价值。其临床研究目的是单纯证明有效性。对已上市同类注射剂进行比较的临床研究需以阳性药作为对照药进行临床研究,主要疗效指标或安全性指标需优于阳性药,阳性药的选择应有充分的临床证据。

有关用法用量及疗程的研究应在批准的范围内进行:

(1) 用法的表述需明确稀释溶液的种类、配置过程、溶液用量等内容。(2) 用量可在原批准范围进行与疾病的分类、分型、分期、病情轻重程度等相关性的临床研究。(3) 根据已上市中药注射剂的临床使用过敏发生情况进行探索性研究,以规避和降低临床使用的风险。(4) 多个适应症,可根据适应症的特点和治疗需要确定不同的疗程。

**3.5.4.2 安全性评价** 所提供的安全性评价数据应为I、II、III、IV期临床研究资料,明确所批准功能主治、用法用量范围内常见、偶见、罕见不良反应的发生率;还应提供根据上市后临床使用或监测中发现的安全性风险信号、非临床研究发现的安全性风险信号等,有针对性地开展干预性临床研究。

对已上市中药注射剂安全性重点评价的内容:(1) 上市前未出现的不良事件,特别是严重的不良事件;(2) 已发现的不良反应严重程度或发生率明显增加;(3) 上市后发生了罕见的不良反应及一般不良反应;(4) 研究药物之间的相互作用、药物与配制溶液以及注射用装置之间相互作用等(如:研究稀释溶液的种类、药物配制后的存放时间、给药浓度、给药速度等。提供中药注射剂与临床常用药品的配伍禁忌,纳入说明书注意事项或相互作用项中);(5) 发现以前未认识到的危险人群(如:有特定种族或遗传倾向或合并症的人群等);(6) 进行特殊人群的研究(针对过敏人群进行过敏产生原因的分析研究。必要时对有脏器损害人群、老年人等进行临床安全性研究。)(7) 药品监督管理部门发现的其他需要关注的问题。根据研究目的设计相应的研究方案,病例数需符合统计学要求。可采用横断面研究、病例对照研究和队列研究等流行病学设计方法,保证临床安全性评价的质量。

**3.5.5 风险效益评价** 应充分考虑所有风险和效益,对来

自临床、非临床研究或潜在的严重风险进行综合分析,重点考虑在现有治疗效益条件下所能接受的最大风险程度,同时还要考虑与其他治疗方法相比,所能接受的最大风险程度。最终的评价结论包括:效益大于风险、利弊不确定、风险大于效益。

#### 4 展望

还应从企业的角度依据《药品不良反应报告和监测管理办法》<sup>[32]</sup>相关法规开展中药不良事件收集、报告、分析、评价、风险最小化行动等工作,需总结出新的不良反应/事件与严重不良反应/事件的性质、严重程度、发生率等有关流行病学信息,以及同类药的不良反应信息,其中哪些是已知风险,哪些是潜在风险,哪些风险需要进一步研究,这些风险是否存在高危人群等。应当将药品安全性信息及时、准确地告知医生、药师、护士和患者等相关人员,通过宣传教育,使医务工作者和患者了解药品可能发生的风险和规避药品风险的方法,利用预防措施努力减小用药风险。

化药仿制药一致性评价正全面推进,中药进行质量一致性评价或是未来趋势。如果中药再评价体系也参照化学药质量一致性评价体系,除中药注射剂外,2007年以前获批的中药基药和医保口服药亦有可能是重点被评价的产品。但没有参比制剂,没有明确标准,可能是中药再评价最大的难点。而经典名方和证候类中成药的再评价,因干预对象是中医病、症状和证,满足客观性、科学性要求的评价指标难以选择,同时,按照最新的《中医药法》<sup>[33]</sup>和相关中药注册法规的最新文件修订精神,经典名方的申报无需做临床试验,此类产品如何建立再评价体系将会非常有难度,因此中药临床评价还有很长的一段路要走。

#### 参考文献

[1] 国家食品药品监督管理总局. 新药审批办法(局令第2号)[EB/OL]. <http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL0053/25302.html>, 1999-04-22.

[2] 国家食品药品监督管理总局. 《药物临床试验质量管理规范》(局令第3号)[EB/OL]. <http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL0053/24473.html>, 2003-08-06.

[3] 国家食品药品监督管理总局. 中药新药临床研究一般原则[EB/OL]. <http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL1616/134582.html>, 2015-11-03.

[4] 国家食品药品监督管理总局. 国家食品药品监督管理总局关于开展药物临床试验数据自查核查工作的公告(2015年第117号)[EB/OL]. <http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL0087/124800.html>, 2015-07-22.

[5] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的意见[EB/OL]. [http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-03/05/content\\_5049364.html](http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-03/05/content_5049364.html), 2016-02-06.

[6] 中共中央办公厅 国务院办公厅印发《关于深化审评审批制度改革鼓励药品医疗器械创新的意见》[J]. 中国食品药品监管, 2017(10):9-13.

[7] 国务院印发《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》[N]. 人民日报, 2016-02-27(001).

[8] 国家食品药品监督管理总局药品审评中心. 国家食品药品监督管理总局关于发布中药新药临床研究一般原则等4个技术指导原则的通告(2015年第83号)[EB/OL]. <http://www.cde.org.cn/zdzyz.do?method=largePage&id=233.html>, 2015-11-03.

[9] Wang C, Cao B, Liu Q Q, et al. Oseltamivir compared with the Chinese traditional therapy maxingshigan-yinqiaosan in the treatment of H1N1 influenza: a randomized trial[J]. Ann Intern Med, 2011, 155(4):217.

[10] Li X, Zhang J, Huang J, et al. A multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled study of the effects of Qili Qiangxin capsules in patients with chronic heart failure[J]. J Am Coll Cardiol, 2013, 62(12):1065.

[11] Hao Pan-Pan, Jiang Fan, Chen Yu-Guo, et al. Traditional Chinese medication for cardiovascular disease[J]. Nature Reviews Cardiology, 2015, (12): 115-122.

[12] 国务院新闻办公室. 《中国的中医药》白皮书[EB/OL]. [http://www.gov.cn/zhengce/2016-12/06/content\\_5144013.html](http://www.gov.cn/zhengce/2016-12/06/content_5144013.html), 2016-12-06.

[13] ICH. GUIDELINE FOR GOOD CLINICAL PRACTICE E6(R1) [EB/OL]. [http://www.ich.org/fileadmin/Public\\_Web\\_Site/ICH\\_Products/Guidelines/Efficacy/E6/E6\\_R1\\_Guideline.pdf.html](http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6/E6_R1_Guideline.pdf.html), 1996-06-10.

[14] 秦培红, 席雪娇, 郑继宇, 等. 中药品种疗效再评价存在问题和对策[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2017, 19(2):197-202.

[15] 刘扬扬. 从药品审评角度看中药治疗糖尿病该何去何从[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(15):154-155.

[16] 高铸焯, 黄敏, 杨坤杰. 中医药治疗高血压临床定位思考与探析[J]. 世界中医药, 2016, 11(3):541-545.

[17] 蔡辉. 天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型原发性高血压病48例[J]. 中国处方药, 2018, 16(6):93-94.

[18] 郭修芹. 天麻钩藤汤加减治疗肝阳上亢型高血压的临床分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018(16):150-151.

[19] 孔志明. 天麻钩藤汤加减治疗肝阳上亢型高血压的临床应用效果研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(44):139.

[20] 宋毅鹏, 何丽云, 刘保延, 等. 中药新药研发临床评价若干问题探讨[J]. 中国中医药信息杂志, 2016, 23(6):14-15.

[21] 吴寅莹, 杨宇飞, 郭中宁, 等. 中医临床研究中数据管理电子化应用的探索[J]. 世界科学技术(中医药现代化), 2011, 13(4):714-718.

[22] SFDA 发布暂停使用和审批鱼腥草注射液等7个注射剂的通告[J]. 中国药房, 2006(11):853.

[23] 卫生部紧急停止茵栀黄注射液(批号 071001)的临床使用[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2008(11):57.

[24] 国家食品药品监督管理局. 关于暂停销售使用标示为黑龙江省完达山制药厂(黑龙江完达山药业股份有限公司)生产的所有注射剂的通知[EB/OL]. <http://www.lnfda.gov.cn/CL0887/28586.html>, 2008-10-17.

[25] 卫生部办公厅、国家食品药品监督管理局. 关于立即暂停使用和销售黑龙江乌苏里江制药有限公司佳木斯分公司生产的双黄连注射液的紧急通知[EB/OL]. [http://www.gov.cn/zwgk/2009-02/12/content\\_1229346.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2009-02/12/content_1229346.htm), 2009-02-12.

[26] 国家食品药品监督管理局. 关于撤销炎毒清注射液等品种药品标准

- 的通知 国食药监注 [2009]831 号 [EB/OL].<http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL0844/44400.html>, 2009-12-11.
- [27] 国家食品药品监督管理局药品安全监管司. 关于拟淘汰部分中药注射剂品种征求意见的函 食药监安函[2012]99 号 [EB/OL].<http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL0778/76029.html>, 2012-11-17.
- [28] 食品药品监管总局办公厅. 药品注册管理办法 (修订稿) [EB/OL].<http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL0778/160300.html>, 2016-07-22.
- [29] 国家食品药品监督管理局. 中药、天然药物治疗冠心病心绞痛临床研究技术指导原则 [EB/OL].<http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL1616/90942.html>, 2011-07-08.
- [30] 中医药与中西医结合临床研究方法指南 [J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(8):901-932.
- [31] 国家食品药品监督管理局. 关于印发中药注射剂安全性再评价生产工艺评价等 7 个技术指导原则的通知 [EB/OL]. <http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL0058/54917.html>, 2010-09-29.
- [32] 中华人民共和国卫生部. 《药品不良反应报告和监测管理办法》 [EB/OL]. [http://www.gov.cn/jflfg/2011-05/24/content\\_1870110.html](http://www.gov.cn/jflfg/2011-05/24/content_1870110.html), 2011-05-24.
- [33] 全国人民代表大会. 中华人民共和国中医药法 [EB/OL]. [http://www.npc.gov.cn/npc/xinwen/2016-12/25/content\\_2004972.htm](http://www.npc.gov.cn/npc/xinwen/2016-12/25/content_2004972.htm), 2016-12-25.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:冯恩富 收稿日期:2018-09-25)

## 糖尿病肾病中西医发病机制的研究进展

丁庆龙 王 琴

(河南中医药大学第一附属医院肾病科, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 糖尿病肾病(DN)是糖尿病最常见的微血管并发症之一,易进展致终末期肾病的主要病因,会出现不可逆转的肾功能衰竭,有极高的死亡率,给社会和家庭带来沉重的负担。目前,虽然 DN 的发病机制尚未十分明确,但中西医研究在糖尿病肾病的发展过程中已取得极大的进展,在明确病因、改善临床症状、减少尿蛋白和提高患者生活质量方面确有成就。本文就 DN 的发病机制的相关研究现状进行阐述。

**关键词:** 糖尿病;肾病;发病机制;中西医;综述;消渴;水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.062

文章编号:1672-2779(2019)-04-0154-03

### Research Progress on the Pathogenesis of Diabetic Nephropathy in Traditional Chinese and Western Medicine

DING Qinglong, WANG Qin

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

**Abstract:** Diabetic nephropathy (DN) is one of the most common microvascular complications of diabetes, which is easy to progress to the main cause of end-stage nephropathy. Irreversible renal failure will occur, with a very high mortality rate, which brings a heavy burden to the society and family. At present, although the pathogenesis of DN has not been clearly defined, great progress has been made in the research of traditional Chinese and western medicine in the development of diabetic nephropathy, and achievements have been made in clarifying the etiology, improving clinical symptoms, reducing urine protein and improving the quality of life of patients. In this paper, the pathogenesis of DN related research status quo is elaborated.

**Keywords:** diabetes; nephropathy; pathogenesis; traditional Chinese and western medicine; review; consumptive thirst; edema

近年来,随着人类饮食结构的改变、肥胖的增加及环境等因素的综合作用下,糖尿病的发病率逐年上升,患病率达 10.9%<sup>[1]</sup>,已经成为继肿瘤、心血管疾病之后第三大威胁人类生命健康的慢性非传染性疾病之一。糖尿病肾病(DN)又称为“糖尿病肾小球硬化症”,是糖尿病最常见的并发症,大约 15%~25% 的 1 型糖尿病和 30%~40% 的 2 型糖尿病出现肾脏方面的损伤,并最终发展成终末期肾脏病(end-stage renal disease, ESRD),患病率达 33.6%<sup>[2]</sup>,在我国,已成为继慢性肾小球肾炎的第二位病因。2007 年,美国肾脏病基金会(NKF)制定的“糖尿病和慢性肾脏病临床实践指南和临床实践推荐”,建议将糖尿病导致的肾脏病命名为糖尿病肾脏病(DKD),取代 DN。早期临床多表

现为蛋白尿、水肿、高血压,后期多出现肾功能不全等症状。尿微量白蛋白是目前诊断 DKD 的主要手段,但单纯依赖尿微量白蛋白仍存在不足之处,有些 DKD 患者依赖肾小球滤过率(estimated glomerular filtration rate, eGFR)来诊断与监测 DKD,但其与尿微量白蛋白的相关性并未十分明确,这对于临床的诊断和治疗造成不小的困难。因此,明确发病原因,有利于发掘 DKD 防治的有效措施。

糖尿病肾病在中医属于“水肿”“消渴”“尿浊”“关格”等范畴。

糖尿病肾病根据其病理生理特点及其演变过程,将其分为 5 期<sup>[3]</sup>, I 期为肾小球高滤过期,病变是可逆的,该期未出现组织学损害。II 期为正常白蛋白尿期,

肾小球结构出现改变,肾小球毛细血管基底膜增厚和系膜基质增加,肾小球滤过率大于150 mL/min,尿蛋白排泄率大于30 微克/分,Ⅲ期为微量白蛋白尿期,即早期糖尿病肾病期,出现微量白蛋白尿,Ⅳ期为临床糖尿病肾病期,或显性糖尿病肾病期,出现大量蛋白尿,Ⅴ期为肾功能衰竭期,此期肾小球滤过率多小于15 mL/min,进入肾衰竭期。

### 1 糖尿病肾病的发病机制

糖尿病肾病是由遗传和环境综合作用引起的,其发病机制尚未十分明确,目前公认为胰岛素分泌和或作用异常引起肾脏血流动力学及代谢异常改变的长期高血糖是导致糖尿病肾病的主要因素。近年来,遗传因素、炎症机制、基因表达等因素的研究较多。

**1.1 遗传因素** 有研究发现,DKD的发病多呈现家族聚集性及种族差异性,提示DKD的发生受遗传因素的影响,具有遗传易感性。结合基因功能等方面的研究,发现如ADIPOQ, IGF1, IGFBP1, TIMP3, CNPN1等多个候选基因经候选基因关联性分析后,提示基因变异与DKD易感性相关。另外,持续的表现遗传学改变也易引起DM患者发展为DKD,表现遗传学是指核苷酸序列不发生变化,基因表达发生可遗传的改变,主要包括DNA甲基化、组蛋白转录后修饰以及非编码RNA<sup>[4]</sup>。

**1.2 炎症机制** 传统观点认为,单核-巨噬细胞在肾脏炎症中发挥主要浸润作用,沉积于肾小球及肾间质,分泌炎症介质,激活氧自由基,促进DKD的发生。近年来,有研究发现足细胞产生的细胞因子可以释放炎症介质,激发炎症反应。此外,浸润的T细胞分泌TNF- $\alpha$ 、IL-6、INF- $\gamma$ 等炎症因子,也可以进入血流发挥作用,参与DKD的发病<sup>[5]</sup>。

**1.3 microRNA** 近年来,非编码的小分子RNA的作用越来越受到医学专家们的关注。它参与了多种疾病的发生与发展,调节基因的表达,调控细胞的增殖、分化与凋亡。研究发现在DKD患者肾脏组织中检测到miR-155和miR-146a表达明显增高,与正常人水平存在明显差异,且miR-155的表达,与血肌酐水平具有一定的相关性,高糖可以诱导肾小球内皮细胞内高表达的miR-155及miR-146a促进TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta$ 1和NF- $\kappa$ B等炎症因子的表达,参与DKD发病<sup>[6]</sup>。

**1.4 足细胞自噬** 足细胞在肾脏作用中具有重要的作用,可阻止蛋白从肾脏流失。Fang等<sup>[7]</sup>研究显示抑制足细胞的自噬,足细胞相关蛋白表达下降,蛋白尿增加;当恢复自噬功能后,足细胞相关表达下降减轻,滤过屏障功

能受损减轻。足细胞自噬通路包括mTOR、AMPK等信号通路<sup>[8]</sup>,mTOR是自噬过程起点的两个主要信号调节途径之一,主要起对自噬功能的负性调控作用。在肝细胞、结肠癌细胞及DM大鼠肾脏细胞等的研究中均证实了mTOR对自噬功能的抑制<sup>[9-11]</sup>。

**1.5 其他** 高血糖是引起疾病发生发展的始动因素,其引起的线粒体、内质网等亚细胞器应激功能紊乱也是DKD进展的发病机制之一。两者及两者之间构成的线粒体相关内质网膜,即MAM微环境<sup>[12]</sup>,既与细胞脂质代谢、炎症、自噬、Ca<sup>2+</sup>信号传导等方面密切联系,又在肿瘤、神经退行性疾病、糖尿病等方面发挥重要作用。非酶糖基化和晚期糖基化终产物、多元醇通路代谢增强等糖代谢障碍引起肾小球基底膜及肾小管间质病变推动疾病的发生与发展<sup>[13]</sup>。糖尿病早期肾小球毛细血管内高滤过、高灌注及高内压引起的血流动力学异常,引起的血清白蛋白从肾小球系膜区丢失,致使系膜细胞基质增加、肾小球基底膜增厚和足细胞损伤。有研究表明,癌基因及抑癌基因的活化同样参与DKD的发生发展<sup>[14]</sup>。

## 2 中医对糖尿病肾病病因病机的认识

**2.1 病因病机** 糖尿病肾病在中医发展中被归属于“消渴病”范畴,虽然在中医古籍中并无明确记载,但在《素问病机气宜保命集》《圣济总录》等医书中可见相关描述,如“消渴病久,肾气受伤,肾主水,肾气虚衰,小便至甜,有膏。”且根据其临床表现多认为属“水肿”“尿浊”“关格”等范畴,吕仁和教授据多年经验将糖尿病肾病中医病名定为“消渴病肾病”,也有学者将糖尿病肾病归为“脾瘅肾病”和“消瘅肾病”。中医认为糖尿病肾病的发生多与先天禀赋不足,饮食失节,情志失调或房劳失度所伤,致阴液耗伤,燥热偏盛,病机为本虚标实,责之于肺、胃及肾,本虚为气(肺气虚、脾气虚)阴(肾阴亏损)两虚,燥热血瘀为标。本病早期多见于肾阴虚;阴虚日久耗气,致肾气阴两虚;后期阴损及阳,阴阳两虚伤及心脾,脾肾阳虚,不能运化水谷精微,水液潴留;晚期可见肾阳衰败,浊毒内停,血行不畅,血脉瘀滞,发为血瘀。

**2.2 诸家析因** 鄢嘉琛<sup>[15]</sup>教授认为“内伤脾胃,百病由生”,本病病位主要在于脾肾,脾胃为后天之本,肾为先天之本,《素问·经脉别论》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行,合于四时五脏阴阳,揆度以为常也。”脾主运化水谷精微,化生气血津液,营养周身,肾

之元气赖与脾胃运化之水谷精微的涵养,若失于后天之精气滋养,元气渐亏,百病由生。邬老师认为,本病早期多见于脾肾气阴两虚。

杨霓芝<sup>[16]</sup>教授认为,本病病位主要在肾,可涉及脾、肺、肝等;其基本病机为阴虚燥热,气阴两伤,后期主要多见阴损及阳,阴阳两虚,最终致脾肾阳衰,浊毒瘀阻。气虚为本,气虚则百病由生,瘀血作为主要病理产物和加重、诱发因素始终贯穿于疾病发生发展的全过程。消渴患者日久耗气伤阴,阴液枯竭,津血同源,津亏血虚,脉道失于充养,血行涩结,致瘀血内停,损伤肾络,则血液、精微运行失常,水液不循常道,出现血尿、蛋白尿及水肿等。

张茂平<sup>[17]</sup>教授指出本病多发展为早、中、晚三期,主要责之于脾肾两脏,早期多见于肾脏络气瘀滞、虚滞,一般缺乏肾脏损害的特异性症状。中期出现脾肾亏虚,气虚血瘀,肾失封藏,精微外泄,出现尿浊。燥热伤阴,如《内经》“二阳结谓之消、《河间六书·消渴》“诸涩枯涸、干劲皴揭,皆属于燥”,故为阴液耗伤,络脉失养,玄府闭塞,气滞血瘀的特点。晚期病变日久,五脏衰微,肾阳不足,气血阴阳俱虚,水饮浊毒内蕴,血行瘀滞,化生瘀血,“血不利则为水”,日久则湿、瘀、毒互结,发为关格。

旷惠桃<sup>[18]</sup>教授认为本病总属本虚标实,久病消渴,气阴耗伤,阴损及阳为本,燥热、瘀血、痰浊之标,而“瘀血”贯穿疾病发展的全过程,主要累及肺脾肾三脏。其病机以气阴两虚为根本,肺脾肾偏于气虚,则易发展为脾肾阳虚、阴阳两虚;肝肾阴虚,则阴损及阳,致阴阳两虚。燥热日久,气津两伤,渐致气阴亏虚、阴阳两虚,发展为痰浊瘀血内阻。

### 3 讨论

随着对糖尿病肾病的中西医发病机制进一步研究,对于糖尿病肾病的防治也取得了更深的进展,但迄今为止,糖尿病肾病的发病机制并未十分明确,糖尿病肾病的防治我们需要深刻认识到难题,因此,深入发掘DKD的发病机制,任重而道远。

### 参考文献

- [1] Wang L, Gao P, Zhang M, et al. Prevalence and Ethnic Pattern of Diabetes and Prediabetes in China in 2013. JAMA, 2017, 317(24): 2515-2523.
- [2] Weng J P, Bi Y. Epidemiological Status of Chronic Diabetic Complications in China. Chin Med J (Engl), 2015, 128(24): 3267-3269.
- [3] Mogensen C E. Microalbuminuria, blood pressure and diabetic renal disease: origin and development of ideas [J]. Diabetologia, 1999, 42(3): 263-285.
- [4] Reddy M A, Natarajan R. Epigenetics in diabetic kidney disease. J Am

Soc Nephrol, 2011, 22(12): 2182-2185.

- [5] Hickey F B, Martin F. Diabetic kidney disease and immune modulation [J]. Curr Opin Pharmacol, 2013, 13(4): 602-612.
- [6] Huang Y, Liu Y, Li L, et al. Involvement of inflammation-related mi R-155 and mi R-146a in diabetic nephropathy: implications for glomerular endothelial injury. BMC Nephrol, 2014, 15: 142.
- [7] Fang L, Zhou Y, Cao H, et al. Autophagy Attenuates Diabetic Glomerular Damage through Protection of Hyperglycemia-Induced Podocyte Injury [J]. Plos One, 2013, 8(4): e60546.
- [8] Ding D F, You N, Wu X M, et al. Resveratrol attenuates renal hypertrophy in early-stage diabetes by activating AMPK [J]. American Journal of Nephrology, 2010, 31(4): 363.
- [9] 徐玲, 马红艳, 杨军, 等. 高脂饮食通过 p-AMPK/mTOR 信号通路下调小鼠肝细胞自噬水平 [J]. 基础医学与临床, 2018, 38(1).
- [10] Wu S, Sun C, Tian D, et al. Expression and clinical significances of Beclin1, LC3 and mTOR in colorectal cancer [J]. International Journal of Clinical & Experimental Pathology, 2015, 8(4): 3882.
- [11] 吴德佩, 肖瑛, 张莹莹, 等. 糖尿病大鼠肾组织中 PTEN/AKT/mTOR 通路对自噬的调控作用 [J]. 中国病理生理杂志, 2016, 32(11): 2015-2019.
- [12] Szymański J, Janikiewicz J, Michalska B, et al. Interaction of Mitochondria with the Endoplasmic Reticulum and Plasma Membrane in Calcium Homeostasis, Lipid Trafficking and Mitochondrial Structure. Int J Mol Sci, 2017, 18(7): 1414-1429.
- [13] 杨晓丹, 巴应贵. 糖尿病肾病发病机制的研究进展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(51): 94-95.
- [14] 高红梅, 唐亚, 王俭勤. 糖尿病肾病分子遗传学发病机制的研究进展 [J]. 临床荟萃, 2018, 33(3): 271-276.
- [15] 王冬燕, 邬嘉琛. 脾胃论治糖尿病肾病经验 [J]. 河南中医, 2018, 38(11): 1647-1650.
- [16] 蔡寸, 马红岩. 杨霓芝教授运用益气活血法治疗糖尿病肾病经验 [J]. 河北中医, 2018, 40(6): 805-808.
- [17] 赵庆. 张茂平教授分阶段治疗糖尿病肾病经验 [J]. 中医临床研究, 2018, 10(17): 44-46.
- [18] 吴鑫, 旷惠桃, 周月红. 旷惠桃治疗糖尿病肾病经验 [J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(2): 24-26.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张 翥 收稿日期:2019-01-22)

国医大师孙光荣孙光荣教授倡导中风病的病机是“痰瘀阻络”,治疗当益气化痰、活血通络,使用“化痰通络汤”(党参、黄芪、丹参、半夏、陈皮、三七、白芍、枳壳、水蛭、桑枝、浮萍、地龙、菖蒲、郁金、甘草)治疗;临床应用于缺血中风引起语言蹇涩、肢体偏瘫,疗效显著。在中风后痴呆病诊治方面,强调导致痴呆的原因,与先天气血不足有关,也与后天脾肾不足有关,或中风后痰浊壅塞,治疗需益气养血、化痰开窍。

——郭会军、曹柏龙摘编自《医道中和——国医大师孙光荣临证心法要诀》

# 中医院校生物化学混合式教学模式的构建

邹玉玺 黄睿 马利刚 郑晓珂 王蕾 杨联合  
武慧敏 史胜利 赵乐 安娜 张莉

(河南中医药大学药学院,河南 郑州 450046)

**摘要:**随着在线教育的发展,利用MOOC平台,进行混合式教学,探索MOOC和传统教学的最优结合方式是目前我国高校教育的一个重点。综合MOOC和传统教育的优势,构建相应的混合教学模式是非常必要的。文章分析了混合式教学模式的构建原因,从网络课程建立、教学基本程序及课程总成绩评定进行了设计,为下一步教学实践制定相应的操作程序,并可作为同类院校的课堂教学改革提供参考。

**关键词:**生物化学;MOOC;混合式教学模式;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.063

文章编号:1672-2779(2019)-04-0157-02

## Construction of Blended Teaching Model of Biochemistry in Colleges and Universities of Chinese Medicine

ZOU Yuxi, HUANG Rui, MA Ligang, ZHENG Xiaoke, WANG Lei, YANG Lianhe, WU Huimin, SHI Shengli, ZHAO Le, AN Na, ZHANG Li  
(College of Pharmacy, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

**Abstract:** With the development of online education, using MOOC platform to carry out blended teaching and explore the optimal combination of MOOC and traditional teaching is a key point of educational reform in universities in China. Comprehensive MOOC and traditional education advantages, the construction of a corresponding blended teaching model is very necessary. This paper analyzes the reasons for the construction of the blended teaching model, designs the basic program of the network curriculum, and the evaluation of the total performance of the course, and sets up the corresponding operating procedures for the next teaching practice. It can provide reference for the classroom teaching reform of similar institutions.

**Keywords:** biochemistry; MOOC; blended teaching model; teaching reform

随着在线教育的发展,在2008年,加拿大爱德华王子岛大学戴夫·科迈尔、国家通识教育技术研究院的布莱恩·亚历山大首先提出MOOC(Massive Open Online Course,慕课)这个概念。2012年,MOOC平台开始涌现<sup>[1]</sup>,全球在线教育蓬勃发展起来,很多国家都在打造自己的MOOC平台,开展在线教育,这种教育模式对传统教学模式也带来了极大的冲击。

### 1 MOOC 及其优势与缺陷

MOOC是利用网络信息技术,将优质教育资源以低成本或者免费的方式提供给任何有兴趣的人,并支持大规模人群互动参与的在线课程。可以在线为学习者提供课程视频、作业练习、测验考试及传统课程材料等教学资源并提供相互交流的论坛。

MOOC课程有广泛性、开放性、优质性、成本低、授课时长短、在线学习、无时限、互动性大等特点,可以让学习者突破时间和空间的限制,满足学习者在任何时间,任何地点的学习,加大学习者的自主性。

但有学者认为MOOC课程完成率不高、教学模式囿于传统、难以实现个性化学习、学习体验缺失、学习效果难以评估、学习成果缺乏认证六个主要问题<sup>[2]</sup>。在国外初期的MOOC课程实施过程中,完成率低是极为突出的问题<sup>[3-4]</sup>。

### 2 传统教学的优势及缺陷

传统教育是以教师“教”为主的教学模式,教师主

导着课堂的整个学习过程。传统教学的优势在于充分体现了教师的主导作用,利于学科知识的系统性传授,学习氛围相对良好,师生之间能有充分的交流,学习环境有利于大学生的身心发展,也有利于大学生集体观念和团结协作精神的养成<sup>[5]</sup>。

但传统教学存在教学模式固定,学习者的主体性受限。在班级教学中,学生的个体性差异往往得不到照顾,因材施教往往流于空谈<sup>[5]</sup>。

### 3 生物化学混合式教学模式的构建

在国内,各高校在教学中广泛开展MOOC与传统教学的混合教学模式的教学研究。这是我国目前高校教学改革的一个重点。随着我校网络课程的建设,混合式教学模式在各专业也逐渐应用起来。但对于公共基础课,特别是大班教学的课程,采取小班式的混合式教学模式显然是不适合的。那么,使用什么样的教学模式才能有效利用网络课程,在教学中将网络课程与教师的主导作用有机结合起来,充分发挥教师的主导作用及学生的主体作用就是我们面临的一个课题。

**3.1 构建原因分析** 目前,中医院校由于所开设的课程多,致使在教学上存在着一个非常突出的问题,就是从周一到周五,各班的课程表几乎没有空白,再加上周末的一些选修课,对学生来说,学习基本被捆绑在教室。自主时间几乎为零,这对大学生在大学期间各

种能力的培养极为不利。再者，各门课程的实际授课学时不断减少，而课程计划、授课内容又没改变，教师在授课时感觉时间紧张。因此改变传统的授课模式势在必行。

在大学中，大学生要有很强的自学能力。然而，在中学阶段，由于特定的原因，大多数学生自学能力一般都不强，这也是学生初入大学时，很多人不适应大学学习生活的原因之一。所以尽快让学生具有较强的自学能力，缩短适应大学生活的时间，也相应的成为大学基础课的一个任务。

在教学中选择什么样的教学方法和模式最终是为完成教学目的服务的。现在常见的教学模式都有各自的理论基础、教学基本程序、教学原则及相应的辅助系统，教学效果也各有优缺点。在教学中，只有教师的主导作用和学生的主体作用有机结合起来，才能有好的教学效果。在我校生物化学网络课程建设完成后，学生在学习时就多了一种辅助手段，能更加方便学生的自学。

再者，每个学生个性有差异，在自学过程中，出现的问题也不同，通过网上提问，助教团队可因人而异进行有针对性的答疑。通过学生自学，讨论答疑，教师讲授总结，课后学生通过习题集巩固所学知识，能使学生的学习循序渐进。在网络平台和课堂讲授时，教师还可以结合实际生活中的实例，提出问题，引导学生应用所学知识解决实际问题。

结合大学本科教育的教学要求，我们采取了学生自学与教师课堂讲授相结合的教学模式。这种混合式教学模式主要综合了传递-接受式和自学-辅导式两种教学模式。利用该模式进行教学时，网上教学与线下课堂教学学时比为1:1。

在这种模式下，先通过学生自学去掌握基本知识，基本技能，然后教师对学生所学知识进行归纳、总结及补充。尽最大可能将教师的主导作用和权威性与学生的主体作用结合起来。

## 3.2 混合式教学模式

**3.2.1 网络生物化学课程建立** 利用智慧树中国大学 MOOC 平台，录制上传生物化学各章节知识的视频资料及各知识点相应 PPT 资料，完成并上传各章测试题及总测验试题。教师通过用户注册，成为平台管理者。在教学实施过程中，为了学习的有序性，教师在每次学习前布置学生自修的内容，控制好学生的学习速度。

**3.2.2 教学基本程序** 在教学过程中按照下列程序进行：

(1) 学生通过视频、教材自学；(2) 网上讨论答疑；(3) 课堂讲授总结及补充；(4) 课后练习；(5) 网上各章节测试；(6) 在线进行总测验；(7) 闭卷考试。

教学中首先由教师介绍如何利用翻转课堂上好生物

化学这门课，教师怎么教，学生怎么学，最终怎样考核，并领着学生完成网上注册。通过教师介绍让学生知道整个学期生物化学的教与学的方式方法，让学生愉快接受并能按教师的要求准备所需要的全部材料，进而完成所有教学任务。

然后，布置第一次网上学习和教材中需要自学的內容，将这段时间全部交给学生支配，通过电脑或者手机上网观看网上的课程视频，然后自己看教材，将不懂的地方以问题的形式提交到网上讨论区，由助教团队在网上进行答疑。

第三步，学生完成自学内容后，进行课堂讲授，教师着重于对学生自学部分的重点与难点进行讲授和总结，并补充部分网上没有的内容，并要求学生按时完成网上章节测试。最后布置下次网上学习时间所学内容。

第四步，让学生课下完成习题集中相应章节的习题，巩固所学内容并完成网上章节测试。以后，以此流程进行各章节的教学内容。

最后，在完成所有教学内容后，进行小结及终结性考核。终结性考核包括在线进行总测验和最后的闭卷考试。

**3.2.3 课程总成绩评定** 课程总成绩包括形成性成绩和终结性考试成绩两部分。形成性成绩包括考勤成绩、网络学习成绩和实验成绩；终结性考试成绩由最终的闭卷考试形成，各部分成绩在总成绩中的比重是根据生物化学的课程类型和考核方式进行界定的。

## 4 教学效果预期

这种混合式教学模式有助于培养学生自理和自学能力，能够有效地培养学生发现问题、分析问题及解决问题的能力；由于学生基础不同，学习习惯和能力不同，这种模式有利于教师因材施教，只要愿意学习，学生可以避免大课堂教学中种种缺陷；还有利于培养学生的创造能力。但是遇到学生不喜欢所学专业，这种方法可能会达不到应有的效果，所以在实施之初，教师要尽一切可能诱发出学生的学习热情，教学过程中需要教师能从讨论区及课堂讲授时能敏锐察觉学生的情况，及时启发及调动学生的学习热情。

### 参考文献

- [1] 陈肖庚,王顶明. MOOC 的发展历程与主要特征分析[J]. 现代教育技术, 2013(11): 5-10.
- [2] 高地. MOOC 热的冷思考: 国际上对 MOOCs 课程教学六大问题的反思[J]. 远程教育杂志, 2014(2): 39-47.
- [3] Guzdial M, Adams J C. MOOCs need more work; so do CS graduates[J]. Communications of the ACM, 2014, 57(1): 18-19.
- [4] 林莹莹,魏安娜,陈盈. 结合传统课堂与 MOOC 的混合式教学模式构建与实施[J]. 台州学院学报, 2014, 36(6): 39-47.
- [5] 李彩霞,沈加敏,孙韩琼,等. 基于 MOOC 与传统高等教育的 O2O 混合式教学模式[J]. 中小学电教, 2015(7、8): 30-33.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高爱社 收稿日期:2018-09-29)

# “互联网+”背景下青年教师如何应对机遇和挑战

马庆亮<sup>1</sup> 刘鸣昊<sup>1</sup> 张丽慧<sup>1</sup> 宋军营<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆病科,河南 郑州 450000;  
2 河南中医药大学科研实验中心,河南 郑州 450000)

**摘要:**互联网的发展促进了教育教学模式的改变,慕课(MOOC)、微课(Microlecture)等作为新的信息化教育技术,逐渐形成中医教育新生态,对中医药学的发展产生巨大影响。本文结合中医药大学教学实践过程中存在的主要问题,分析互联网对中医发展的影响以及中医药大学青年教师如何应对互联网背景下教育教学改革,提高教育教学质量,促进中医药学的发展。

**关键词:**互联网+;青年教师;教育教学改革;机遇;挑战

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.04.064

文章编号:1672-2779(2019)-04-III-02

## How to Meet the Opportunities and Challenges of Young Teachers under the Background of "Internet+"

MA Qingliang<sup>1</sup>, LIU Minghao<sup>1</sup>, ZHANG Lihui<sup>1</sup>, SONG Junying<sup>2</sup>

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

2. Research Experimental Center, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000)

**Abstract:** The development of the internet has promoted the change of education and teaching models. As new information education technologies, MOOC and Microlecture have gradually formed a new ecology of Chinese medicine education, which has a huge impact on the development of Chinese medicine. Based on the main problems in the course of teaching practice in Chinese medicine university, this paper analyzes the impact of the Internet on the development of Chinese medicine and how young teachers of Chinese medicine universities should deal with the educational reform in the context of the internet, improve the quality of education and teaching and promote the development of Chinese medicine.

**Keywords:** Internet+; young teachers; reform of education and teaching; opportunity; challenge

基于互联网高速发展的“现代教育技术”已经渗透到我国各大高校中,其中慕课(massive open online courses, MOOCs)即大规模开放在线课程,是随着教育信息化的发展而形成的一个全新的教育生态环境,正在全球范围内蓬勃发展,已经成为教育发展变革的热点之一<sup>[1-2]</sup>。“慕课”在当今教育界已成为“热词”并被频频提及,2013年被视为中国MOOC启动年,2013年10月,清华大学首个中文版MOOC平台-学堂在线正式推出;2014年3月,中国医学教育慕课联盟在北京成立并宣布启动中国医学教育慕课平台建设,因此2014年被称为中国“医学慕课元年”,中国的医学教育发生了重大变革<sup>[3-5]</sup>。如今,“慕课”正以其大规模、开放性、低门槛等特点吸引着全球无数学生和教育工作者的目光,互联网背景下的中医药学教育被赋予新的内涵,青年教师作为中医药学的教育者和推广者获得了新的发展机遇,也遇到了前所未有的挑战。

### 1 青年教师面临的机遇

1.1 推动中医药“走出去”和“下基层” 中医药学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验,是中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙。随着经济的发展、人民生活水平的提高,

人们对中医药健康服务提出了更高的要求 and 期待;同时,全球的医疗危机使中医药学重新受到国内外医学专家的关注和重视,也受到很多国家、地区民众的欢迎和喜爱。国内外迫切的中医药需求,为中医药学的发展提供了契机<sup>[6]</sup>。互联网的普及和高速发展是中医药“走出去”战略的重要途径<sup>[7-8]</sup>,互联网+慕课、互联网+微课、互联网+中医APP相对于传统文化传播方式,可以克服知识学习和传递在时间、空间和规模上的限制,有利于中医文化的传播,中医药大学青年教师作为中医文化、网络技术和翻译理论综合性人才将成为中医药文化海外传播成效的关键因素之一。

传统中医来源于民间,在我国农村有“散养式”基层中医存在<sup>[9]</sup>,尽管中医具有简便、安全、价廉等优势,但由于基层中医学学历偏低且很少有正规中医药培训或进修机会,其业务水平、看病方式和理念无法得到提高和与时俱进,严重影响了农村中医药服务质量<sup>[10]</sup>。国务院《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》让互联网在基层中医药事业发展中“亮剑”,青年教师可以通过网络课堂、精讲课件和新技术、新知识讲座等向基层中医生宣传中医药理论和技术,宣传中医中药的优势和特色,使中医药真正“下基层”,将中医药的影响推向社会的各

个层面。

**1.2 促进青年教师提高教育教学水平** 医学教育是终身教育,青年教师不仅是中医药学的教育者和推广者,也是学习者,互联网的发展使医学教育超越了传统教育的时空限制,青年教师可以随时从网上找到丰富的优质资源,在线学习其他高校同行尤其是名校名师的授课,整合各种优质资源用于自己的教学,扩充自己的知识储备,从而取长补短不断提高自己的教育教学水平;同时,青年教师可以在“慕课”平台或网络上发布自己制作的课程、教学视频,通过加盟单位的学分互认扩大影响力,构建时时学中医、处处学中医的终身教育体系<sup>[7]</sup>。

## 2 青年教师面临的挑战

**2.1 教学理念的转变** 在我国医学教育领域,传统教育方式根深蒂固,传统的中医教育强调人文精神与科学精神的融通,强化医学的人文教育和人文关怀<sup>[11]</sup>;传统教育模式下教师在教学活动中占据主导地位,是知识的传播者和学生学习知识的引路人。“互联网”背景下的教育模式使教师逐渐沦为背景板,这导致教师很难实现作为教师的自我价值;同时,“互联网”背景下的教育模式强调师生之间线上的交流与互动,疏远了学生和之间的距离,消磨学生与老师之间的情感共鸣,忽略了师生之间的关心、共情和相互尊重,弱化医学的人文教育作用,大部分青年教师都比较熟悉传统教育模式,更喜欢师生面对面的交流与互动,所以部分教师对线上课程不认可,更喜欢线下课堂的课堂氛围。

因此,转变教育理念,找到传统教育和互联网教育模式新的平衡点是青年教师面临的新课题

**2.2 教师在教学中的角色转换** 传统的教学模式下是一种单项的知识传递,学生在很多情况下只是被动的、机械的接受知识。传教模式的好处是能发挥老师的主观能动性,学生只需紧跟老师的讲述就能掌握知识点,但缺点是忽视了学生潜能的开发,并且学生必须集中精力,否则很难达到良好的教学效果。

在“互联网+”背景下,课堂教学发生了巨大变化。教师在课堂上的角色也发生了改变,老师不仅是知识的讲授者,而且是课堂教学的组织者和引导者,学生可以不必跟着老师的节奏,可以根据自己的需求选择课程,这样能有效地激起学生的注意力和学习兴趣,挖掘学生的潜能,帮助学生构建自己的知识体系,引导学生发现问题,解决问题,培养学生创新能力<sup>[12]</sup>。最终,实现以学生为中心,以教师为导向的教学模式改革。

**2.3 对青年教师综合素质的挑战** 随着互联网席卷全球,“慕课”已经形成全国高校教学联盟,打破了教学资源限制,学生在网上能轻松找到大量免费优质课程,学习更

加轻松自由,如果我们还用老旧的教学手段,重复着千篇一律的教学内容,很难把学生吸引到传统课堂!互联网背景下对青年教师的综合能力提出了更高要求,授课老师必须对本领域知识有很强把握能力、有严格的课程标准、合理的课程安排及新颖的教学方法;同时又必须具备高水平信息化素养<sup>[13]</sup>。所以,青年教师也必须与时俱进、不断学习,丰富知识并通过教学方法的演进与不断创新,向学生提供独一无二的学习体验,让自己在整体教学中的地位无可取代。

“互联网+”背景下的教学改革在我国还处于摸索阶段,信息化技术的应用并不会立刻威胁到传统大学的生存。然而,“慕课”“微课”“中医APP”等通过引入一套新的设计,正在逐渐改变着教育景观<sup>[14]</sup>,面对这一新生事物,青年教师绝不能视而不见、置身事外,而是应该积极应对,主动参与,认真思考,勇于革新,将弱势转变为优势,将挑战转化为机遇,推进教育教学改革,提高教育教学质量,把中医药学和中医药文化发扬光大。

## 参考文献

- [1] 陈吉荣. 国外慕课研究最新发展述评. 外语教学与研究, 2016, 48(1): 118-127.
- [2] 马淑然, 许筱颖, 徐雅, 等. 慕课在中医基础理论教学中应用模式探讨. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(23): 1-3.
- [3] 岳根全, 王海生, 武瑞兵, 等. 慕课在医学教育中的探索[J]. 中国当代医药, 2018, 25(9): 152-154.
- [4] 张海运, 赵丹阳. 慕课对中医教育的影响[J]. 西部素质教育, 2017, 3(9): 178, 205.
- [5] 姜泓, 李宏增, 张昕, 等. 慕课对老年医学教学改革的启示[J]. 中华全科医学, 2015, 13(10): 1701-1703.
- [6] 王秋琴, 陈华. “互联网+”背景下中医护理慕课建设的SWOT分析[J]. 江苏科技信息, 2016(33): 53-55.
- [7] 卞尧尧, 杨丽丽, 严姝霞, 等. “慕课”对中医教育的影响与展望[J]. 中医药导报, 2015, 21(24): 114-117.
- [8] 中医药是中华文化伟大复兴先行者[J]. 中医药导报, 2013, 19(9): 73.
- [9] 梅松政. 让“互联网+中医”在基层有所作为[N]. 中国中医药报, 2018-05-10(003).
- [10] 占福丹. 我国农村中医药服务的现状、问题及建议[J]. 中国社会医学杂志, 2013, 30(5): 307-308.
- [11] 胡昕. 浅谈慕课在我国医学高等教学应用中的问题与困境[J]. 科教文汇(中旬刊), 2018(8): 90-91.
- [12] 周志焕, 童毅, 温景荣. 慕课对中医高校教师发展的推动作用[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(2): 139-140, 145.
- [13] 孟立锋, 杨端云, 粟胜勇. 基于翻转课堂的“互联网+课堂”教学模式在本科中医内科学教学中的应用探讨[J]. 中医教育, 2017, 36(1): 28-32.
- [14] 斯蒂芬·哈格德, 王保华, 何欣蕾. 慕课正在成熟[J]. 教育研究, 2014, 35(5): 92-99, 112.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘晓彦 收稿日期:2018-09-27)