Education and Teaching 教育教学

中医师承教育模式的创新发展对中医卓越人才培养的指导意义※

秦大平[1,2] 宋 敏[1] 张晓刚[2] 姜劲挺[1] 曹林忠[1] 蒋宜伟[1]

（1 甘肃中医药大学中医临床学院，甘肃 兰州 730000；2 甘肃中医药大学附属医院脊柱外科，甘肃 兰州 730020）

摘 要：师承教育的发展是培养中医卓越人才的重要途径和教育方法，在中医传承发展与教育教学及临床人才培养中发挥着关键作用。在我国健康中国建设与发展、中医药传承创新发展及“一带一路”战略大背景下，改革中医教育体制模式，不断创新与发展中医师承教育模式，多方位、立体化构筑中医卓越人才培养的平台，培养“重素质、厚文化、重传承、熟经典、重实践、多临床、重创新”的新型卓越中医药人才，推动和促进中医药事业的发展。

关键词：中医传承；师承教育；创新发展；卓越人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.001 **文章编号**：1672-2779(2019)-12-0001-03

The Guiding Significance of the Innovation and Development of Traditional Chinese Medicine Teacher-Inheriting Education on Outstanding Talents Training of Traditional Chinese Medicine

QIN Daping[1,2], SONG Min[1], ZHANG Xiaogang[2], JIANG Jinting[1], CAO Linzhong[1], JIANG Yiwei[1]

(1. Clinical College of Traditional Chinese Medicine, Gansu University of Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China;
2. Department of Spine Surgery, the Affiliated Hospital of Gansu University of Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730020, China)

Abstract: The development of education is an important approach to cultivate excellent talents of traditional Chinese medicine and education methods, in the development and education of Chinese teaching and clinical training, it plays a key role. Under the health in our country China construction and development, inheritance innovation and development of traditional Chinese medicine and the strategy of "the Belt and Road" big background, the reform of traditional Chinese medicine education system mode, constant innovation and development of traditional Chinese medicine to learn education mode, all-round, three-dimensional platform of outstanding talents of traditional Chinese medicine, cultivate "heavy quality, heavy and thick cultural heritage, cooked classic, heavy practice, many clinical, innovation" of the new outstanding talents of Chinese medicine, promote and promote the development of Traditional Chinese medical.

Keywords: traditional Chinese medicine inheritance; teacher-inheriting education; innovation and development; outstanding talent training

中医药学是我国独特的传统医学，源远流长，薪火相传，在漫长的发展历史中，师承教育作为其主要的传承方式与途径[1]。随着西方科学文化和现代医学传入，院校教育逐渐成为中医人才培养的主要手段，通过院校教育与师承教育相结合的一体化模式使中医药人才培养获得了前所未有的发展[2]。而师承教育是中医教育中的重要组成部分，是中医药发展过程中的关键环节所在，也是中医学不断传承与创新发展的基石。

1 师承教育是中医学传承与创新发展的基石

在以中医学为代表的中华民族几千年优秀历史文化发展中，师承教育的不断发展为中医学的发展发挥了巨大作用。自1956年以来，我国开始在本科教育中开设中医教学的院校教育的开端后，突破了传统的“家传师授”中医传承教育模式[3]，培养了大批中医药人才，使得我国的中医人才数量有了大幅度的提升，加强了学术交流。使现代中医药院校教育与中医师承教育模式有机结合，着力塑造和培养“重素质、厚文化、重传承、熟经典、重实践、多临床、重创新”的新型卓越中医药人才规划[4]。不断将中医师承教育开拓创新发展，更加注重中医特色、卓越人才培养，有利于中医学理论知识与实践能力、社会实践卫生服务的发展需要以及对名老中医药专家的临证经验、学术思想进行传承与创新发展奠定基石，应用现代先进的医学技术发展手法，将中医师承教育模式不断创新，提升师承教育模式的高水平、一体化、一流化发展形势，更加符合我国当前“健康中国”“一带一路”国家战略，推动中医药事业的国际化发展水平。

2 师承教育模式创新性发展是中医卓越人才培养的关键

中医学是一门理论与临床实践紧密结合的医学，师承教育的发展能够更加因材施教，实现个性化教育，有

※ 基金项目：甘肃中医药大学教学改革科研项目【No.230514520202】；甘肃中医药大学中青年科研基金项目【No.ZQ2014-22】

利于中医学术思想与经验的传承发展与创新。师承教育的创新发展，不但能够加强基础理论知识的系统化学习与掌握，还能适应当前新形势下我国医疗卫生事业健康发展的需求与健康中国战略实施要求，突出培养适合我国医疗卫生事业健康发展要求的中医卓越人才，同时还应致力于我国医改政策的重点是“保基本、强基层”[5]，培养面向广大基层需求的卓越中医人才，努力改变现有的中医教育的培养体制，探索坚定的中医群体化、集约化、常态化的创新性的培养模式，培养大批信中医、用中医、继承中医、推广中医、发扬中医的优秀专业人才，打造名中医、国医大师的摇篮，着力解决中医药发展面临的突出问题，坚持“西医学中医，中医学经典，中西医并重”的发展道路，结合“经典是基础，师承是关键，实践是根本”中医药人才的培养过程，将“大医精诚”“以人为本”“仁心仁术”的高尚人文道德情操与职业精神贯穿人才培养始终，为国家实施名院、名科、名医战略提供有力的人力支持和保障，实现中医的振兴，更好地造福人类健康事业。

3 师承教育与院校教育相结合是中医药教育传承与创新的原动力

结合当前我国医药卫生体制和社会医疗保险制度的全面深化改革，为中医药事业发展带来前所未有的机遇和挑战，也对中医药人才培养提出了更新更高的要求。如何培养、怎样培养高素质中医药临床优秀人才，是关系到在新的历史条件下我国传统医药事业继往开来、推陈出新，关系到中医药事业走出国门、面向国际，关系到中医药事业走出传承与创新并举的发展道路。而教育的关键在于人才培养和学术的发展。师承教育在我国中医药教育史上占据重要地位，通过师承教育不仅使先辈丰富的临床经验不断得以继承和发扬，而且通过一脉相承数代人的努力，逐渐形成各具特色的学术思想与学术流派。我国中医药院校教育自20世纪50年代中期开始创建，通过半个多世纪来的不断探索和改革，在人才培养、学科建设、思想与学术特色等方面成效显著，为社会输送大量优秀中医药人才，在中医药高等化教育水平提升方面取得了长足稳定的发展。

就师承教育与院校教育相结合，继承与发扬名医名师独特临床经验和学术思想，通过课堂学习掌握中医药理论基础的辨证论治体系与中医经典内容，熟读中医经典，强化中医药文化积淀。课后通过朝夕临诊，耳濡目染，心授口传的跟师学习，提高领悟与掌握能力促进思维活跃，建立与增强创新意识[6-7]。借力教育部对高等中医药院校实施中医岐黄英才、中医卓越医师计划战略进行分类指导、突出特色、优势互补、面向基层、服务社会的背景下建立实施师承教育与院校教育相结合的中医药教育模式，通过建立多种形式的导师制、跟师制、学术继承与传承项目、名医名师学术思想传承工作室等载体和途径[8-10]，不断挖掘和凝炼中医师承教育的核心精髓，并将其与现代院校教育理念和中医药人才培养制度相融合，是创建现代新型中医师承教育模式的基础和前提。将师承教育与院校教育相结合的教育模式突出特色、扬长避短、互为补充、相互融合。这将大大有利于发挥中医传统教育特色，提高学生临证实践水平[11]，促进中医药优秀人才的培养和中医药文化的传承发展，同时也为中医药教育的传承与创新发展提供原动力。

4 师承教育模式的创新性发展高度契合健康中国发展战略的实施

2014年，国家主席习近平在调研农村医疗卫生事业发展时指出：“没有全民健康，就没有全面小康”[12]。全民健康是全面小康的重要基石，既是全面建成小康社会的核心目标之一，也是全面建成小康社会的重要保障。2015年2月，李克强在政府工作报告中提出“打造健康中国”战略[13]，同时国家卫计委相继制定出《健康中国建设规划（2016—2020）》纲要，明确表示了健康是国家软实力的重要组成部分。同时结合我国当前大力开展医疗卫生体制和社会医疗保险制度的的全面深化改革，这一举措为中医药事业发展带来了前所未有的机遇与挑战，也为中医药教育事业的繁荣和发展带来了前所未有的机遇与挑战。中医药事业能否振兴与发展，能否适应现代社会的需要，关键取决于中医学术的进步与中医人才素质的提高，归根到底就是人才培养，只有培养和造就一批素质良好、结构合理的中医药人才群体，才能进一步发展学术，促进中医药事业兴旺发达。为此，高等中医药教育必须深化改革与创新，将师承教育模式不断创新发展，特别在中医卓越人才的培养模式方面亟待突破传统思维短板，探索新的培养模式。这将为健康中国发展战略实施保驾护航。

5 结语

中医师承教育模式的创新发展是培养中医卓越人才的重要途径和载体，在中医药传承发展与繁荣创新的征程上发挥着关键作用。在我国健康中国建设与发展、中医药传承创新发展及“一带一路”战略大背景下，改革中医教育体制模式，遵循中医药学科发展特点和发展规律，从师承教育中汲取精髓融于院校教育，将2种教育模式紧密结合、扬长避短、相互融合，不断创新与发展中医师承教育模式，多方位、立体化构筑中医卓越人才培养的平台，培养“重素质、厚文化、重传承、熟经典、重实践、多临床、重创新”的新型卓越中医药人才，推动和促进中医药事业的可持续、创新性、国际化发展水平。

参考文献

[1] 岳秀永. 现代新型中医师承人才培养模式探讨[J]. 卫生职业教育，2016，34(5)：12-13.

[2] 翟双庆,石琳,吴宇峰,等.遵循人才成长规律的中医药人才培养探索与实践[J].中医教育,2012,31(2):11-13.
[3] 刘建航,董岚,徐志为,等.中医师承教育的时代特征和发展探讨[J].中医药管理杂志,2015,23(5):4-6.
[4] 杨关林.大力发挥师承教育优势和作用-探索中医药特色人才培养模式[J].中医教育,2012,31(1):8-11.
[5] 刘彦晶.创新师承教育模式-培养卓越中医人才[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(12):59-61.
[6] 玛依努尔·斯买拉洪.探讨院校教育和师承教育相结合的模式,培养中医临床优秀人才[J].新疆中医药,2012,30(1):60-62.
[7] 方九亿,郭飞.中医药师承教育价值浅论[J].实用全科医学,2008,6(6):603-604.
[8] 严光俊,马维平,王丽萍,等.探索中医高专教育与师承教育相结合模式[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(9):75-76.
[9] 东晓明,孙晓霞,丁慧芬,等.中医高校师承教育中导师管理的问题分析[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(9):142-143.
[10] 罗强,宋敏,郭钰龙,等.师承教育模式在中医学领域中的应用[J].西部中医药,2015,28(2):47-49.
[11] 王乃平,朱华,罗伟生.现代中医师承教学模式的实践探索[J].广西高教研究,2001,8(4):17-18.
[12] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.2014年中国卫生计生十大新闻[J].中国实用乡村医生杂志,2015,22(3):1-2.
[13] 李滔,王秀峰.健康中国的内涵与实现路径[J].卫生经济研究,2016,33(1):4-9.

(本文编辑:张文娟 本文校对:徐 斌 收稿日期:2018-12-14)

以《金匮要略》在线开放课程建设为介整合中医临床基础课程的探讨※

黄震洲[1] 荣宝山[2*]

(1 呼和浩特市蒙医中医医院男科,内蒙古 呼和浩特 010030;
2 内蒙古医科大学中医学院,内蒙古 呼和浩特 010030)

摘 要:在互联网+时代,各高校相继掀起了一轮在线开放课程的线下、线上混合教学模式为主的教学教法和教学模式的创新热潮。本文基于目前中医经典课程教学滑坡的现象、"回归经典"逐渐成为中医教育界的趋势的潮流。探索以《金匮要略》在线开放课程的建设,整合中医临床基础课程,以期提升学生对中医临床基础课程的学习兴趣、提高中医临床基础课程的教学效果、促进学生分析解决问题的能力。

关键词:金匮要略;在线开放课程;中医临床基础课程;教学改革
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.002 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0003-02

Discussion on the Integration of Traditional Chinese Medicine Clinical Basic Course with the Construction of Online Open Course of *Jingui Yaolue*

HUANG Zhenzhou[1], RONG Baoshan[2*]

(1. Department of Andrology, Hohhot Mongolian Hospital of Traditional Chinese Medicine and Mongolian Medicine, Inner Mongolia, Hohhot 010030, China;
2. School of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010030, China)

Abstract: In the era of Internet+, colleges and universities have successively set off an upsurge of innovation of teaching methods and teaching modes based on online and online mixed teaching modes. Based on the phenomenon of the current decline in the teaching of classic traditional Chinese medicine courses, this article has gradually become the trend of the traditional Chinese medicine education community. This article explores the construction of the online open course of *Jingui Yaolue* and integrates the clinical basic courseof traditional Chinese medicine in order to enhance students' interest in the basic course of traditional Chinese medicine, improves the teaching effect of the basic course of traditional Chinese medicine, and promotes students' ability to analyze and solves problems.

Keywords: *Jingui Yaolue*; open online courses; clinical basic course of traditional Chinese medicine; teaching reform

中医四大经典包括《黄帝内经》《金匮要略》《伤寒论选读》《温病学》,是中医学专业必修的主干课程。而后三门课程同属于中医临床基础课程范畴,三者从理论到辨治存在天然的联系,所以,不论学生还是老师,在学习或讲授本门课程的同时,需要前后参考另两门课程的相关知识[1-2]。然而由于历史以及现实原因,现各中医药院校普遍压缩经典课时数,甚至部分院校还将其列为选修课,且各中医经典课程往往分开讲授,使得学生对本就文字古朴,医理深奥,融经典性、文献性、实践性于一体的经典课程学习起来难度加大,学习积极性降低。本文以《金匮要略》在线开放课程的建设,探索在

※ **基金项目**:内蒙古自治区教育科学"十三五"规划课题【No.NGJGH2018272】;内蒙古医科大学校级精品在线开放课题【No.NYJPZXKC2018008】;内蒙古医科大学教改项目【No.201821004】;内蒙医科大学教改项目【No.NYJXGG2019042】
* **通讯作者**:rongbaoshan2009@163.com

互联网+时代，“回归经典”逐渐成为中医教育界的趋势的潮流的背景下，整合中医临床基础课程的可能性，以期改善中医经典课程教学滑坡的现象，提升学生对中医经典课程的学习兴趣、提高中医经典课程的教学效果、促进学生分析解决问题的能力。

1 金匮要略线下课程建设对于整合临床基础课程的探索

《金匮要略》作为一部近2000年前的医学巨著，其文字古朴，医理深奥，融经典性、文献性、实践性于一体，故学生学习起来难度较大，教师教授起来亦比较吃力。如何红珍等[3]通过调查发现：由于文字晦涩，义理深奥等原因，导致学生对学习中医经典著作失去了兴趣。所以加强重点、难点条文的注释、结合病案等[4-5]传统的教学方法不能丢弃，并且基于学生对中医临床基础各课程学习积极性不高，甚至有厌学心理等现象[6]。我们在传统教学方法诸如PBL教学、启发式教学、体验式教学等多种教学基础之上，在多部门的配合下，开设了经方实践课，创办了中医临床模拟医院，鼓励学生在课间跟诊，编写了《四部经典医案》，结合执业医师分阶段考试编写了《四部经典晨读手册》《四部经典试题》，与学工办配合，开展四部经典等级考试等多种寓教于乐，融知识性、趣味性于一体的活动，贯通中医临床基础各课程的相关知识于一体，使学生在轻松的活动中、紧张激烈的赛场中潜移默化地体会中医经典晦涩难懂的知识，加强各临床基础课程间有效的联系与贯通，促进经典学习风气的形成。

2 《金匮要略》在线开放课程的建设

国务院发布的《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》，其在教育方面的核心内容就是在网络时代，充分利用信息技术推动开展学历教育在线课程资源共享，推广在线开放课程的网络学习模式，引导学生充分发挥其积极主动性，根据自己的需要，自觉主动的从开放课程教学平台搜索其学习相关的内容，并最终达到“学习无处不在”的崭新的学习方式[7]。所以为了更好地适应高等教育现代化发展的需求，我们在“回归经典”的大趋势以及《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》的背景下，通过教研室内部教师的积极相互交流、外出培训等方式，提高教师对于《金匮要略》等临床基础课程的教学能力、对于临床基础各课程知识的涵盖领域，以便在自录视频、在线答疑等网络资源时能充分统筹临床基础各课程间的联系与贯通；在建设各自负责的开放课程时，以方便学生学习为主的前提下，除了按照课程中心要求的罗列教学大纲、课程简介、参考资料、学习方法等学生了解本门课程所必需的资料，使学生能自由地根据自己时间的多少，灵活地通过课程中心，及时了解、巩固自己对知识点的掌握程度。本教研室教师间还相互鼓励，通过长期、持久的建立案例赏析库，方药运用小故事、名家学习经典感悟等多种在内容上贴近生活、在形式上生动活泼的方式方法，以激发学生学习经典、运用经方的热情，辅助加强课堂教学效果。并且充分利用现有较为普遍的微信、QQ等通讯信息资源，对分课堂、翻转课堂等教学方式，以便于学生能更好地利用零散的时间进行课前预习、课后复习、作业考试等，以弥补由于缺勤、落课等传统教学模式下的弊端。

3 结语

长期以来，中医临床基础各课程间教师在教学及临床带教等方面，缺乏彼此间的沟通与联系，以致在实际教学中对于其他各课程内容间的“起、承、转、合”缺乏有效的联系贯通，学生在学习各课程间由于教学内容、临床运用等方面存在一定的困惑，虽然各中医院校教师在现代信息技术的辅助下，进行了诸如微课、慕课、磨课、潮课等教学模有益探索，但对于现代信息技术的运用却并未得以明显体现。尤其在“互联网+”的背景下，没有把互联网和经典课程深度结合，几门课程间的资源缺乏有效整合和关联衔接，因此造成学生学习《金匮要略》等中医经典课程缺乏兴趣，课堂教学气氛难免沉闷，教学效果不理想[8-9]。孔子说过，知之者莫如好之者，好之者莫如乐之者。所以兴趣是推动学生学习活动的直接动力，在当今信息时代，我们在经典教学过程中，开展以在线开放平台为介，以培养学生兴趣为主，以整合优化中医临床基础课程为纲，通过形式多样的线下线上活动，以期达到提高中医临床基础课程的教学效果、促进学生分析解决问题的能力。

参考文献

[1] 荣宝山，王乐平，任存霞，等. 中医临床基础各课程整合的探索[J]. 内蒙古中医药，2016，35(12):164.

[2] 荣宝山，王乐平，任存霞，等. 优化中医经典各课程初探[J]. 内蒙古医科大学学报，2016，38(S1):6-8.

[3] 何红珍，袁俊枫，陈岚. 中医院校大学生的中医经典书籍阅读需求调查——以广西中医药大学图书馆为例[J]. 中国中医药图书情报杂志，2014，38(2):48-51.

[4] 荣宝山，钱占红. 加强条文注释及配合经典病案在《金匮要略》教学中的体会[J]. 内蒙古医学院学报，2012，34(S3):662-664.

[5] 荣宝山，黄震洲，白雅雯，等. 结合病案浅谈《金匮要略》奔豚气的证治[J]. 内蒙古医科大学学报，2014，36(S2):773-775.

[6] 周庆莹，张茂云.《金匮要略》病案模拟教学的探索研究[J]. 中国中医药现代远程教育，2016，14(12):19-21.

[7] 李铭. “互联网+”时代开放大学网络课程资源建设思考[J]. 广西广播电视大学学报，2017，28(5):9-13.

[8] 李鑫辉，李彩云，苏丽清，等. 中医经典开放式探究性教育模式构建及启示[J]. 科教文汇(上旬刊)，2016，13(4):66-67.

[9] 张国俊，孙爱平，赵铁锁，等. 在线开放课程在《医学免疫学》教学中的应用与思考[J]. 中国免疫学杂志，2018，34(8):1254-1257.

（本文编辑：张文娟　本文校对：钱占红　收稿日期：2018-12-14）

西医院校中医学辨证体系教学模式改革的探索※

李晓晨　张　杰

（中国医科大学附属第一医院中医科，辽宁　沈阳　110001）

摘　要：辨证体系与临床联系紧密，是西医院校中医学教学中的重点。受多种因素影响，该部分教学在应用传统的LBL教学模式时存在较多不足。本教研室对中医学辨证体系的教学方法进行改革，采用LBL联合PBL与CBL教学模式进行授课，在充分讲解中医辨证知识的同时，提高了临床应用，改良了教学效果，也更利于培养学生的中医思维。

关键词：西医院校；中医学辨证；PBL教学；CBL教学；教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.003　　**文章编号**：1672-2779(2019)-12-0005-03

Exploration of Teaching Mood on Syndrome Differentiation of Traditional Chinese Medicine in General Medical University

LI Xiaochen, ZHANG Jie

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

Abstract: Syndrome differentiation is closely related to the clinic as the key point of traditional Chinese medicine. There are a lot of questions on teaching syndrome differentiation with traditional LBL teaching mode under the influence of multiple factors. It is found that teaching method combined LBL with PBL and CBL is better than the traditional teaching method. While explaining the knowledge of syndrome differentiation, it is helpful to enhance practical application, improve teaching effect, and cultivate the students' TCM thought.

Keywords: general medical university; syndrome differentiation of traditional Chinese medicine; PBL teaching; CBL teaching; teaching reform

辨证体系是中医学的核心内容，突出体现了中医特色，是最具代表性的中医课程之一，与临床联系最为紧密。西医院校的中医学教学，应当把辨证体系作为教学的重点内容，以满足西医临床医生对于中医的实用性要求。但由于受到教学时数、课程内容以及同学主观学习兴趣等多种因素的影响，该部分教学始终未能达到预期效果。近两年，我教研室通过教学改革，将辨证体系的教学模式，由传统的讲义为导向（lecture-based learning，LBL）教学模式，逐步转化为LBL联合问题为导向（problem-based learning，PBL）与案例为导向（case-based learning，CBL）结合的教学模式，教学效果取得一定的进步。

中医辨证体系与临床联系最为紧密，它是中医诊断学和方剂学、针灸学等章节的桥梁，也是将来最有可能被西医院医生所使用的中医知识，因此，它有极强的临床意义[1]。目前西医院校中医学，由于受到教学学时的限制，学生们很难将中医辨证实际应用于临床。而传统的LBL教学法，也使此部分教学相对枯燥，不能激发学生的兴趣，教学成效与临床应用距离较远，同学们对中医辨证的认识仅仅停留在考试的卷面上，不能第一时间加以应用。正是在这种情况下，才使我们更加坚定了使用PBL与CBL相结合的教学方法，即利用课堂理论授课时间，将八纲辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证等内容讲解清楚。没有在理论教学部分加入过多的PBL教学方式，主要是因为西医院校的学生中医知识基础较为薄弱，对于刚刚接触中医的同学来说，讲解清楚是首要任务。而我们把PBL和CBL教学安排到临床实习阶段，充分利用临床实习，激发学生学习兴趣，提高教学成效[2]。经过近两个学年的实践，我们发现其教学效果明显改善，提高了教学效率，激发了学生的学习兴趣，更为重要的是培养了学生们的中医思维，让学生“能用”“会用”中医进行简单辨证，处理临床病证，为将来实际临床工作服务。

1　联合模式教学过程

1.1　理论授课　由于西医院校学生中医基础知识薄弱，所在中医辨证体系的理论课，仍然采取传统的LBL教学方式，教师将八纲辨证、脏腑辨证以及六经辨证等知识梳理清楚，简洁明了地讲解，尽量让学生理解、掌握基础知识。我们仍然把教学重点放在八纲辨证和脏腑辨证，对于六经辨证以及卫气营血辨证，只要求理解即可。

1.2　案例分析　将随后的实习课以PBL与CBL联合的教学模式进行，课时为8~10学时，其中八纲辨证4学时，脏腑辨证4~6学时。我教研室已经根据教材以及我中医科病房常见病种以及证型制作案例库，其中证型以脏腑辨证和八纲辨证相结合，脏腑涉及肝、心、脾、肺、肾以及经脉肢体等，西医病种包括常见疾病以及我科特色专科疾病，如溃疡性结肠炎、类风湿关节炎、骨关节炎、

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

缺血性脑血管病、冠心病、2型糖尿病、慢性阻塞性肺病、面神经炎、突发性耳聋等，这既是常见病，也是能够发挥中医特长的疾病。

在案例提供的信息中，我们充分考虑西医院校学生的特点，比如在病症的描述上，尽量回避完全的中医语言，而更倾向于普通日常语言的描述，比如“畏寒肢冷”，描述为“怕冷，手脚凉”等；另外配以大量的面色、舌象、体态等图片，并做到典型化、标准化，突出视诊，而相对弱化脉诊，以便学生们可以更直观获取四诊信息，提高学习中医辨证的信心。在PBL及CBL教学模式中，案例与问题的设置非常关键，在这里始终把提高同学的中医辨证能力作为核心内容，如四诊的内容与证型之间的关联性，以及相似疾病或证型的鉴别点等，让同学能够明明白白地辨证[3]。在每次带教前确定当天病房有哪些病种患者，并在之前征得患者同意，如病房现有溃疡性结肠炎患者、类风湿关节炎患者，那么就将泄泻与痹证作为此次带教的重点病种。如溃疡性结肠炎患者，即诊断为泄泻，依表现分为脾阳虚型、肾阳虚型、大肠湿热型等；冠心病，稳定性心绞痛患者，即诊断为胸痹，辨证分为瘀血内阻型、痰浊阻络型、心阳虚衰型；高血压患者，可诊断为眩晕或头痛，辨证分为肝火上炎型、肝阳上亢型、肝阴虚型等……将上述病例制作成案例库。以溃疡性结肠炎、脾阳虚弱的泄泻为例，在问题设置上，首先对于患者的主诉和现病史进行描述，这里着重描述的是患者中医伴随症状，如患者怕冷、形体比较瘦削、平时喜欢吃热的食物和饮品……然后让学生们以小组为单位初步判断患者的虚实、寒热。在这里，教师会适当引导，如哪些表现可以帮助你判断患者是热证还是寒证？而寒又分为实与虚，那么这位患者是虚证还是实证？又是哪些信息让你判断出了虚证或实证？然后再引入脏腑辨证，对教材中的常见证型进行分析。另外，通过小便情况、腰部的症状以及有无下肢浮肿等来鉴别脾胃虚寒与脾肾阳虚两者的区别，最后给予完整的证型，给出治疗方案。

1.3 实际接诊 接下来便是以小组为单位，开展实际接诊，带着之前典型案例归纳与分析的结果，来到中医科病房，患者的床旁，实践接触患者。通过望闻问切重新收集四诊资料，与之前标准化案例中的信息进行比较，有哪些内容与之前的标准化案例不同，而哪些信息需要进一步询问或诊查，有哪些存在矛盾等。尤其对于症与脉、症与舌象相佐时，如患者可能既有喜欢热的食物，但又有一些黄色的苔，这与标准化案例有所不同，此时就需要教师进一步讲解，在临床辨证中对脉症进行取舍。另外，通过实际接触患者，切实体会中医四诊收集信息、概括证型的过程，如舌紫暗、有瘀斑、肌肤甲错、以及腹部抵触感等，收集后如何归纳；哪些症状可以确定脏腑，哪些症状可以判断虚实，哪些又可以作为相似证的鉴别点……正是通过实际进行四诊采集和归纳，才更好地发挥PBL和CBL教学模式的优势。最后带教教师提出开放性问题，学生们以小组为单位回答，教师进行评价。

1.4 教学中的细节 在典型案例的设置以及标准答案中，我们在某种程度上弱化了西医诊断，以避免学生们形成某方剂治某病的惯性思维，而相对突出中医诊断，包括中医病名以及证型名称。比如诊断前庭功能障碍所致眩晕患者，突出其眩晕的中医诊断，即表现为视物旋转，如坐舟船，并在PBL和CBL教学模式下，将中医诊断相似的病例同时给出，如头痛、厥证等，让学生认识到，眩晕是患者主症，造成上述疾病的西医疾病有很多，但中医辨证所归纳出的证型才是指导中医用药的关键。如果证型相同，那么就可以用同一类的方药，无论是美尼埃症还是脑缺血。这也是对同病异治和异病同治的巩固和学习，完善课堂知识。另外，对于病种及证型的选择，以及教师统筹把握课堂的能力上，均应该在课前准备完善。

2 采用联合教学模式的体会

中医学在西医院校的教学当中角色比较特殊，一方面它的理论基础不同于现代医学，更重要的是二者的思维方式也大相径庭，因此，在教学中存在很多问题。传统教学多采用“灌输式”“填鸭式”，其缺点显而易见。因此，如何提高学生学习兴趣、改善教学效率、培养中医思维，学以致用是目前中医学教学的改革方向。正是在这种要求下，LBL联合PBL和CBL教学模式改革应运而生[4]。PBL教学法是1969年由美国的神经病学教授巴洛斯在加拿大的麦克马斯特大学首创，是以建构主义理论为指导的、以学生为中心的教学方法，是基于现实问题的以学生为中心的教育形式。而CBL教学法最早起源于希腊，后在1870年由哈佛教授兰德尔推广使用，其核心是“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，是围绕一定教学目标把现实世界中真实的情景加以典型化处理，形成供学生思考分析和决断的案例，通过独立研究、相互讨论的方式来提高学生分析问题和解决问题能力的一种教学方法。可以看出，尽管2种教学模式的教学方法不同，但有很多共同之处，CBL教学模式在某种程度可以看作是一种特殊的PBL教学，因此在教学中不必刻意的将其割裂开。而以案例为主导的教学模式，可以最大限度的激发学生们学习的兴趣，让他们真正以中医者的思维接触病人，将“要我学”变成“我要学”，后续的教学效果自然水到渠成。

在此次教学改革中，除上述教学模式外，更重要的是与病房病人真实的接触，让书本上、课件中的病人来到身边，形成了更加直观的CBL教学模式，教学内容更鲜活，也更接近于实际临床情况，所谓“纸上得来终觉浅，绝知此事要躬行”。这种教学模式在某种程度上与中医传统的“师带徒”模式极为相似，更能突出中医辨证

特色，发挥医者与患者互动的教学优势。此外，我们将实习课中的成绩计入期末总成绩中，所占比例为10%~15%。实习课考试题以主观题为主，设置开放性的问题，答案不拘一格，关键在于突出中医辨证的思维[5]。另外，我们并未将成绩提高与否作为此次教学改革的考查指标，这在客观上强化了学生们的实习参与度，激发他们主动学习的动力，突出了着重培养中医思维和辨证能力的主旨，避免学生陷入以往学习中的“唯成绩论”的传统评价模式[6]；同时也使教学团队更加重视对中医辨证思维的培养，对临床的指导，使教师在主观上认识到，教学的目标是培养思维，学以致用，而非成绩的高低。

3 结语

作为与临床联系最为紧密的中医知识，辨证体系部分应该作为中医学教学重点内容，而传统教学模式很多时候仅在学生脑海中留有“学过”的表浅印象，与临床明显脱节。而通过近几年的教学改革，LBL联合PLB与CBL教学模式充分体现中医学“来源临床，见长疗效”的特点，把课堂还给学生，将学生交给患者，这也与中医学的核心理念一脉相承。中医学来源于实践，更强调应用的个体化，因此，每个鲜活的案例，是学生接触中医、学习中医、理解中医和应用中医的先导。通过我们的教学改革以及实践，此联合教学模式值得在西医院校中推广。

参考文献

[1] 何晓辉,陈建章,徐宜兵,等.强化辨证论治教学,培养临床实用人才[J].中医教育,2007,26(4):70-72.
[2] 王悦华,郑亚民,江华,等.基于临床决策思维模式的PBL与CBL相结合的教学课件设计[J].中华医学教育探索杂志,2017,16(7):702-705.
[3] 王红明,吴云华,许东云,等.CAI、PBL、CBL联合教学模式在西医院校中医学课程中的应用探索[J].昆明医科大学学报,2015,36(10):158-160.
[4] 孙宝志,于娜,郭淑英,等.PBL教学模式对学生批判思维能力影响的研究[J].中国高等医学教育,2008,16(12):26-28.
[5] 梁润英,刘晓峰,薛敏.中医教育方法的探索——引入中西医比较、中医思维学课程[J].中医教育,2007,26(1):8-10.
[6] 匡海学,殷越,杨炳友,等.形成性评价与终结性评价相结合的多元型考试模式的研究与实践[J].中医教育,2015,34(2):1-2.

（本文编辑:张文娟　本文校对:宗士群　收稿日期:2018-11-19）

数字化教材在中药专业课程中的应用※

易延逵　张　璐　谢银萍　卢静雅

（南方医科大学中医药学院,广东　广州　510515）

摘　要:数字化医学教材的发展是医学教育信息化建设的重要组成部分,不仅能改进教师教学模式、转变学生学习方式,而且能够培养学生创新精神和创新意识,增强实践与协作能力。我们深入分析了中药学科专业的主要专业课程的知识结构,提出创制数字化教材以适应现代教学的需要。我们将中药学主干课程进行综合考虑,合理安排各知识结构,形成统一的整体数字化教材模式。从现状分析、数字化教材制作和实施过程、应用展望等方面论述了数字化教材在中药专业课程中的应用创制。

关键词:数字化教材;中药专业;专业课程;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.004　　**文章编号:**1672-2779(2019)-12-0007-03

The Application of Digital Teaching Material in the Course of Chinese Medicine Specialty

YI Yankui, ZHANG Lu, XIE Yinping, LU Jingya

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

Abstract: The developing of medicine digital teaching material is the important part of the information construction of medicine education, it not only can improve the teaching mode of teacher, change the learning style of students, but also can develop the creative spirit and creative thinking of students, enhance the ability of practice and cooperation. We deeply analyze the knowledge structure of the main course of Chinese medicine specialty, and propose create digital teaching material for the need of modern teaching. We overall considerate the main course of Chinese medicine specialty, reasonable arranges the knowledge structure, form total mode of digital teaching material. We discussed the applying and creating of digital teaching material in Chinese medicine specialty from situation analysis, the process of creating and implement of digital teaching material, and the forecast applying.

Keywords: digital teaching material; Chinese medicine specialty; specialized courses; teaching reform

数字化医学教材的发展是医学教育信息化建设的重要组成部分，不仅能改进教师教学模式、转变学生学习方式，而且能够培养学生创新精神和创新意识，增强实践与协作能力。通过调查研究，分析数字化医学教材推广的可行性、必要性，并提出推广数字化医学教材的对策即要加强硬件条件建设、转变教学方式、强化师生业

※ 基金项目:广东省高等教育教学改革项目【No.C1033551】

务培训。

随着互联网+时代的到来，随着宽带无线接入技术和移动终端技术的飞速发展，互联网技术应运而生并迅猛发展，智能终端的普及使得台式机，笔记本电脑与移动终端的界限越来越模糊，许多以前只能在台式机或笔记本实现的功能已经越来越多可以在智能移动终端上实现了。随着越来越多的内容和语音服务逐渐数字化，内容将更具移动性，更加个性化。同时移动数据能充分适应不同传输格式，包括移动终端、电视、PC 等等。目前，随着移动互联的普及，对于高校的教学和教材提出了更高的要求，要求充分利用互联技术引入到教学和教材中[1-3]。

中药学科专业的主要专业课程如中药炮制学[4]、中药药剂学[5]、中药分析学[6]、中药药理学[7]、中药化学[8]等等，要求学生结合中医学、中药学基本理论，以及药物分析化学、中草药化学、药理学、微生物学等学科知识为基础进行学习，同时这些主干课程也相互联系，互为基础，要想很好的掌握这些课程，在现今互联网技术迅猛发展的时代，借助这些数字化技术将更有利于学生的学习和老师的教授。

针对这一需要，我们深入分析了中药学科专业的主要专业课程的知识结构，提出创制数字化教材以适应现代教学的需要。我们将中药学主干课程进行综合考虑，合理安排各知识结构，形成统一的整体数字化教材模式。比如各主干课程电子教材中，我们注明重点难点，分别区分标注为掌握内容、熟悉内容或者了解内容，同时注明联系其他学科的内容，并采用图片、视频、PPT 等加以说明和讲解。通过整体立体的数字化教材模式使学生既掌握相关学科的有关知识体系，又能体会各学科相互的联系和影响，同时也可以帮助教师更全面系统的将学科知识清晰的展示给学生，不用找更多的资料，或讲授更多的内容，改变这种仅仅通过广泛讲授而后学生又很快忘记的教学模式。数字化教材将整体考虑，并交互渗透，为现代数字化教材提供一种模式。

1 现状分析

目前，互联网技术已经深入到各个领域，给人们生活、学习、工作带来了极大便利，也使人们在各个方面都获得了更大的信息量，近年人们获得的信息量可以说是爆炸式地增加，无论是从移动终端，还是早期的电视终端、电脑终端都通过互联网技术的深入，人们可以获得大量的信息，从而使生活更加丰富，学习、工作的方式也变得更加多样，这也要求互联信息的提供者能够提供丰富多彩、形式多样的信息。

目前高校教育因为互联网技术注入了全新的活力[9]。首先是文献资料，因为互联网技术，我们查阅资料变得快捷和迅速，可以随时随地浏览世界各地学者发表的文献资料，很多期刊也弃用了纸质版，已完全电子版的形式进行展示，进而使得资料查阅完全改变了过去依赖纸质图书资料在图书馆查阅资料的繁琐过程，也使得世界的图书馆真正连为一体，供世界各地的学者共享。再者是教学媒体和资源变得丰富，呈现出各种不同的形式，完全改变了过去仅使用黑板的模式，现在的教学媒体有PPT、视频、录像等多种电子媒体，乃至直接连接互联网展现有关资料和信息[10]。随着教学资源和教学媒体的不断丰富，形式不断多样，也要求教材改变过去纯纸质教材的现状，要求开发出新型的教材如数字化电子教材等。数字化电子教材可以包含更丰富的内容，可以加入视频、图片、注解等等，教师或者学生还可以根据需要自己增添一些相关资料，可以预见数字化的电子教材将会更适应高校的需要。

中药学专业的主干课程，如中药炮制学、中药药剂学、中药制剂分析学、中药药理学、中药化学等等，都是一些以基础课程为基础的应用性专业学科，需要学生掌握以前学习的基础课程如中药学、物理化学、分析化学、无机化学、有机化学、药理学等多门基础课和专业基础课。一方面需要学生将这些课程相互结合；另一方面还需要将这些基础知识同现代应用相结合，而应用于中药炮制学、中药药剂学、中药制剂分析学、中药药理学、中药化学的学习、试验和实践中。例如中药炮制学是一门综合性的应用学科，与其他学科有着密切的联系，中药炮制是以中医药理论为依据，并且以此理论来解释炮制作用，例如，某方某药必须用什么样的炮制品才能保证临床疗效，故必需具有中医药的基础理论知识。中药经炮制后往往引起成分中质和量的变化，故而要应用中药化学和分析化学的知识和技能，进行解释和测定中药经炮制后也会引起药理作用的改变，故而也需要应用药理学的有关知识和技能。要确认炮制品的质量优劣，必须知道原药材的质量优劣，故而也需要中药鉴定学的知识和技能。炮制和制剂紧密联系，炮制往往是调剂和制剂的前一段工序。再如中药药剂学也是涉及到药物的的分析、药理药效的一些内容。

因此，中药学专业的主干课程的数字化电子教材应综合考虑，整体把握，充分体现各课程的相互联系，中药学专业的主干课程的数字化电子教材在创制过程中将体现以下几个方面：(1) 综合应用的数字化电子教材，数字化电子教材将综合考虑各课程间的联系，在相互存在联系的地方给于标注和给出说明；(2) 形式多样的数字化电子教材，数字化电子教材将采用文字说明、视频、图片、PPT 等多种形式对文中有关知识进行讲解；(3) 层次分明的数字化电子教材，数字化电子教材将根据教

学内容标注掌握、熟悉和了解内容；（4）灵活应用的数字化电子教材，使用者可以根据自己需要添加有关资料和笔记，便于使用者使用。

中药学专业的主干课程的数字化电子教材将为数字化教材的创制提供一种可借鉴的模式，也将促进电子教材的开发和利用。

2 数字化教材制作和实施过程

2.1 教材的电子化 将选用的教材首先要进行电子化处理，处理成在终端比如台式电脑、移动手提、平板电脑以及移动终端比如手机等都能查阅的电子格式，一般采用的是 Word 文档格式，但要保证该格式可以在各种终端通用，也能在各种终端下载使用。

2.2 数字化电子教材层次注解 数字化电子教材将根据教学内容标注出掌握、熟悉和了解等内容，这部分的编辑需要提炼本课程知识点，如概念、性质、定理、公式、方法、模型、关系、类别、意义、技能等，可根据教师理解提示知识点。这部分的编辑将有利于教师或者学生对内容进行分层次把握，一方面为教师备课提供依据，另一方面为学习者复习、把握要点提供依据。

该部分主要依据教学大纲的有关要求进行分层次的标注，可以根据各学校的教学要求差别标注，以更好地体现电子教材的个性化。

2.3 数字化电子教材课程间联系的标注 数字化电子教材将根据课程间的联系进行标注，便于使用者查阅相关的知识，同时也体现出各课程或学科间的联系和差别。标注的形式可以标注跟哪些知识点存在联系，也可以链接的形式进行标注。

例如中药炮制学是一门综合性的应用学科，与中药化学、中药药理学、中药药剂学、分析化学、中医基础理论、中药学等，甚至其他学科之间都存在密切的联系，中药经炮制后往往引起成分中质和量的变化，与中药化学和分析化学的知识和技能存在联系，中药经炮制后也会引起药理作用的改变，故而也跟中药药理学、药理学等的有关知识和技能存在联系。要确认炮制品的质量优劣，必须知道原药材的质量优劣，故而与中药鉴定学的知识和技能存在联系。炮制和制剂紧密联系，炮制往往是调剂和制剂的前一段工序。而中药药剂学涉及到药物分析、药理药效的一些内容，与分析化学、中药药理学、物理化学等等之间存在联系。

2.4 数字化电子教材说明的标注 数字化电子教材根据课程的内容标注说明或标注相关的多媒体，以便于使用者掌握知识，或易于理解相关的内容。标注的形式可以采用以下多种方式。

（1）文字说明。为了增加某一知识点的理解，可以适当地加以文字说明，使用者可以自己添加一些笔记。（2）图片。图片能更形象直观的说明问题，尤其是有关中药、设备等需要大量图片来说明问题。在电子教材中直接添加，或者添加链接形式。（3）视频。视频能形象直观的说明问题，尤其是对于某一工艺、操作过程，实验过程等有着独到的效果，一般视频因为容量较大，可以采用链接的形式。（4）PPT。PPT 能形象直观的说明问题，便于使用者、学生学习和复习，这部分也可以使用者自己添加，比如学生将老师的 PPT 链接到相应的位置。（5）其他形式，此外随着各种新的媒体形式的出现，我们也可以加以应用，比如动画、流媒体等等形式。

2.5 数字化电子教材模式的形成 数字化电子教材的创制过程是教材不断完善和模式形成过程。首先在数字化电子教材创制中以中药炮制学为模版，创制过程中不断完善数字化电子教材，形成可借鉴的模式，进而进行复制应用，从而推动数字化电子教材的创制。

2.6 数字化电子教材推广应用 数字化电子教材创制完成后推广应用，首先在我校本科生中进行试用，并根据试用情况对数字化电子教材进行改进。

3 展望

近年来高校在提高专业教学方面，尤其在教材建设方面，进行了一些改革与探索，并取得了一定的成效。如何采取有效措施提高学生的科研能力，培养出更多适应二十一世纪发展需要的复合型高级人才是我们急需研究的重要课题。中药学专业数字化电子教材的建设和推广有助于中药学专业学生更方便地掌握中药学基础理论基本知识，提高基本技能和能力。数字化电子教材将成为中药学专业学生随身携带的电子书，随时翻阅查阅有关资料和知识；还可以成为方便专业人士查阅的工具书。对于数字化电子教材的制作、推广和应用等等将需要每一位高校的教师、管理人员和学生深入思考。

参考文献

[1] 刘晓宇. 数字化教材在高等教育中的应用研究[J]. 新课程研究：中旬，2017,12(1):109-110.
[2] 柴龙会，肖向红，张晶钰，等. “互联网 +”时代关于新形态教材建设与应用的思考[J]. 中国教育信息化，2017,23(2):50-52.
[3] 王飞，刘辉，陈昕昀. 数字化医学教材推广的可行性调查及对策研究[J]. 中国高等医学教育，2015,29(6):6-7.
[4] 龚千锋. 中药炮制学[M]. 北京：中国中医药出版社，2016.
[5] 杨明. 中药药剂学[M]. 北京：中国中医药出版社，2016.
[6] 梁生旺. 中药分析[M]. 北京：中国中医药出版社，2016.
[7] 彭成. 中药药理学[M]. 北京：中国中医药出版社，2016.
[8] 张晶，袁珂. 中药药剂学[M]. 北京：中国农业大学出版社，2015.
[9] 郑兆华，彭金莲，邱锡光，等. 移动互联网在高校教育中的应用[J]. 计算机教育，2014,12(5):80-83.
[10] 蒋引娣. 互联网时代数字图书馆在高校教育中的作用[J]. 福建图书馆理论与实践，2007,28(1):1-3.

（本文编辑：张文娟 本文校对：陈活记 收稿日期：2018-12-06）

针灸学教学团队中教师实践教学能力的培养※

郝 华 奥晓静 苗 茂 刘白雪 袁佳梦 谭亚芹*

（内蒙古医科大学中医学院，内蒙古 呼和浩特 010110）

摘 要：针灸实践教学是培养学生针灸临床能力的一种教学方法。文章结合“针灸学”教学团队在实践教学中的认识和经验，探讨在“针灸学”教学团队建设中教师实践教学能力提升培养的重要性以及培养方式。在当代社会急需高素质应用型人才的国情下实践教学越来越受到重视，提升针灸实践教学师资队伍的教学能力是提高针灸实践教学质量，培养合格针灸临床人才的最根本途径。

关键词：针灸学；高校教师；实践教学；教学能力培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.005 **文章编号**：1672-2779（2019）-12-0010-03

The Cultivation of Teachers' Practical Teaching Ability in the Acupuncture and Moxibustion Teaching Team

HAO Hua, AO Xiaojing, MIAO Mao, LIU Baixue, YUAN Jiameng, TAN Yaqin

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

Abstract: The acupuncture and moxibustion practice teaching is a kind of teaching method to cultivate students' clinical ability of acupuncture and moxibustion. Based on the cognition and experience of the acupuncture and moxibustion teaching team in practical teaching, this paper discusses the importance and ways of promoting on teachers' practical teaching ability in the construction of the acupuncture and moxibustion teaching team. Under the situation of high-quality applied talents in contemporary society, more and more attention has been paid to practical teaching. It is the most fundamental way to improve the quality of practical teaching of acupuncture and moxibustion and to train qualified clinical talents of acupuncture and moxibustion to improve the teaching ability of teaching staff of acupuncture and moxibustion practice.

Keywords: acupuncture and moxibustion; college teachers; practical teaching; teaching ability cultivation

针灸学是一门实践性很强的学科，因此在“针灸学”教学团队的建设中教师实践教学能力是保证教学质量的关键。实践教学能力强的教师在教学过程中是一个很好的引导者，因此对教师实践教学能力的培养是提高针灸学教学质量、培养高水平针灸临床人才的重要措施。本文查阅相关文献并结合“针灸学”教学团队建设的经验，针对团队教师实践教学能力培养的重要性以及培养方式进行探讨。

1 教师实践教学能力培养的重要性

对于高校而言，推行实践教学势在必行。国务院在2017年发布的《国家教育事业发展“十三五”规划》中提出，践行知行合一，将实践教学作为深化教学改革的关键环节，并推进教师教育综合改革，大力培养教师自身素质。教师在实践教学中充当着引导者、辅助者的角色，所以教师实践教学的能力对培养具有较强实践动手能力的人才有着直接的影响，而只有师资队伍实践教学能力提高了，才能在教学活动中提高实践教学的质量，学生们才能获得更好的指导，成为具备扎实理论知识和较强实践技能的优秀人才。

现如今各级各类医疗机构为了提高医疗卫生服务水平，更好的保障患者的健康和安全，都在积极引入医学基本理论扎实、临床实践能力强的人才。高等医学院校是医学人才培养的重要基地，更应根据市场需求加强对医学人才综合能力的培养，尤其注重医学生临床实践能力的培养与提高，这就要求教师要具备更高水平的实践教学能力。国务院在2017年《国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》中提出，在医学人才培养中，要推动基础与临床融合，规范临床实习管理，提升医学生解决临床实际问题的能力。这些要求都有赖于教师在实践教学中来实施组织、引导并推广。

针灸治疗技术具有简、便、验、廉的特点，其操作便捷、疗效显著、适应证广、安全无害，为大众广泛接受，适宜在各级各类医疗机构开展，市场需求量大，培养针灸临床实践能力强的高级医学人才是当务之急，因而大力培养提升“针灸学”教学团队中教师实践教学能力势在必行。

对于教师和学生来说，不论是教学方法还是学习方式都是要与时俱进的，新时代需要的是专业素质过硬的针灸医学毕业生，素质能力的提高要靠多实践、多临床来提升。因此教师要不断提高自己的专业素质、教学能力，才能做好学生实践教学的引导与教学，为医疗机构和国家培养更多优秀的临床针灸医师。同时在进行实践

※ **基金项目**：内蒙古自治区品牌特色专业“针灸推拿学”；内蒙古自治区精品课程“针灸学”

* **通讯作者**：tanyaqin2008@126.com

教学的过程中不仅提高了学生的临床实践能力，教师也能从师生互动、生生互动中激发创新思维，教学相长。

2 理论教学与实践教学

传统教学一直以来重视知识讲授式教学，简单讲就是“老师讲、学生听”模式，这种教学只是单向的教学，虽保证了学生对于理论知识的获取，但只局限于课本上所讲的内容。在传统理论教学中，老师是知识的拥有者，他们传授知识给学生，没有突出学生在教学活动中的主体地位。而实践教学中老师的角色是组织者、引导者、辅助者、督促者，学生才是课堂的主体，这样的教学方法有利于培养中医学生的临床思辨能力。针灸教学中，理论教学重视的是学生知识的获取与记忆，而实践教学培养的是学生的实践动手能力及临床思辨能力，知识的传授结合实践能力的培养，学生才不会死板的只学习理论知识，变成“书呆子”或“高分低能”。因此针灸实践教学是对针灸理论教学的重要补充，二者是整个针灸教学中的重要内容、不可或缺。现在许多医疗机构更重视的是毕业生的动手能力、临床的思辨能力以及创新的思维，希望高校毕业生在初上临床时就具备一定的临床能力，能够灵活运用所学知识，快速成长，早日独当一面，发挥救死扶伤的职责。因此高校加大针灸实践教学的投入、促进教师实践教学能力的提升对于学生临床能力的提高具有重要意义。理论教学与实践教学相辅相成，学生的综合素质才得以提高[1]。

以经络学、腧穴学课程为例，课程重点是让学生学习人体经络走行路径以及腧穴定位所在、主治所及等内容。传统的理论教学是老师单向对学生讲述书本知识，但学生实际操作能力并不是很强，这时便突出了实践教学的优势所在。我们通过加设画经点穴的实操课程，让学生在模特身上亲自点出穴位并叙述主治，不仅加强了其对理论知识的记忆与理解，更为将来临床治疗疾病打下了坚实的基础，事半功倍。更在教学改革中开展人体经络模拟教学系统建设的实践与探索，通过现代化的教学手段提升实践教学能力，扩展实践教学内容，让实践教学不仅仅局限在课堂中。

3 培养教师实践教学能力的探索

3.1 教师观念的转变 高校可以通过培养针灸教师的创新思维来转变其教学观念。传统的大学教育一直保持的是教师课堂讲授的方法来教学，因此很多教师固守这样的教学模式，不思考改变教学方法。然而这种传统的教学方法早已不能满足当代教育的需求，高校必须对旧的教学模式进行改革和补充，才能适应时代的需求，培养出高素质应用型人才。加大实践教学的投入是一种很好的方法，针灸教师只有深入了解实践教学后才能从专业的角度出发，学习并思考如何提高自身的实践教学能力，如何开展实践教学，如何在实践教学中培养学生的临床能力。

3.2 提高教师自身素质 培养双师型师资队伍 首先，要加强岗前培训。建议医学院校在培养针灸教师时就要对教师的专业水平进行提升，不仅要有好的课堂教学能力，还要有良好的实践教学能力。同时在岗前培训中不仅要提高教师的道德品行、业务素质，还要加强对教师实践教学能力的培训，并提高教师对实践教学的重视[2]。其次，完善继续教育与培训制度。医学院校的继续教育内容应符合医学院校本身的特点，同时加强教学基本功的培训与临床实践能力的提升，通过参加继续教育、外出进修和培训，学习新的教学理念和方法，改进自己的教学方式，学习实践教学的具体方法，不断提高自身的教学水平[3]。最后，提高教师专业素质，培养“双师型”教师。医学院校要求教师不仅要有教学方面的能力，还要具备较强的临床技能，这也是“双师型”教师所该具备的能力，教师应定期参加临床技能培训，定期出门诊保证临床出诊时间，同时丰富专业知识，学习解决临床问题的方法，并从中得到启发，探索新的教学方法[4]。

3.3 教师实践教学方法的创新与完善 想要建设一个好的针灸实践教学课堂，教师还需要具备的就是效率更高的教学方法，但一套完善的教学方法不是一朝一夕之间而成的，需要教师在平日的教学中不断的探索、反思和总结，并且在与他人的经验交流中方能沉淀而出。高校要培养教师的实践教学能力，首先要强化教学团队建设。高校的教学团队承担着教学内容与教学方法的研究和教育教学改革，可以通过强化教学团队来研究更多适合当代针灸医学生的教学方法并提高教师个人的教学能力[5]。高校要培养教师的实践教学能力，还要注重发挥优秀教师的示范引领作用。优秀教师起到好的带头作用，将自身的教学及临床经验发挥发扬，引领青年教师努力钻研高效的教学方法。最后高校要培养教师的实践教学能力，一定要鼓励青年教师积极参与“针灸学”教学团队建设和教学改革。教学团队建设和教学改革是提高教学质量的一种重要的手段。青年教师在教学团队中可以相互交流借鉴教学经验，取长补短，有利于提高个人的教学水平，提高高校的教学质量[6]。教师在教学中积极开展实践教学改革，进行教学方法的创新是提升自身实践教学的有效途径。

4 总结

总而言之，理论知识掌握扎实并且临床实践能力也强的针灸医学生才更能符合社会的实际要求，而“教育大计，教师为本”，优秀的针灸教师不仅要拥有好的理论教学功底，还要有较强的实践教学能力，因此在“针灸学”教学团队的建设中教师实践教学能力培养是重中之重。

参考文献

[1] 胡小玲.应用型本科理论教学与实践教学的平衡问题[J].管理观察,2018(7):97-98.

[2] 王悦,孟婷婷,汪丽聪,等.新形势下医学院校青年教师岗前培训探究[J].继续医学教育,2018,32(4):60-61.

[3] 孙晶,王奇,周铭懿.基于教学能力提升的医学院校青年教师继续教育措施探讨[J].继续教育,2017,31(8):58-59.

[4] 卢慧聪,钟越.医学院校"双师型"教师实践能力培养创新研究[J].中国市场,2016,23(32):227-228.

[5] 林志艳,陈彻,徐厚谦,等.医学院校教研室建设面临的问题与挑战[J].中外女性健康研究,2018,26(5):192-193.

[6] 汪丽燕,覃泱,王昌明,等.教学团队建设在医学教学改革中的作用[J].华夏医学,2014,27(6):120-122.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张 锁 收稿日期:2019-04-09)

蓝墨云班课的混合式教学在医学统计学中的应用※

闫国立 王瑾瑾 赵倩倩 孙春阳

(河南中医药大学基础医学院公共卫生与预防医学教研中心,河南 郑州 450046)

摘 要:随着我国卫生事业的发展,信息化建设的不断推进和深入,我国各级医疗卫生机构积累了海量的医疗卫生服务的数据,因此对医学统计学的需要也日益增加。如何培养在校大学生形成系统严谨的统计学思维模式,如何系统地掌握医学统计学的基本原理与方法,可以更好地为医疗卫生行业服务,提高在校生的科学素养,成为亟待解决的问题。近年来,各种智能终端的不断兴起,利用其成为教师开展课堂互动、反馈与督促的辅助教学工具,成为一种趋势。本研究以医学统计学为例,依托蓝墨云班课平台,将其与教学合理结合,从而探究出拓宽教学渠道,提升教学质量的新型教学模式。

关键词:蓝墨云班课;医学统计学;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.006 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0012-03

The Application of Mixed Teaching Based on Moso Teach in Medical Statistics

YAN Guoli, WANG Jinjin, ZHAO Qianqian, SUN Chunyang

(Teaching and Research Center of Traditional Chinese Medicine Prevention, Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: With the development of China's health industry and the continuous advancement and deepening of informatization construction, medical and health institutions in China have accumulated a large amount of data on medical and health services, so the need for medical statistics is also increasing. How to train college students to form a systematic and rigorous statistical thinking mode, how to systematically master the basic principles and methods of medical statistics, can better serve the medical and health industry. In recent years, the rise of various intelligent terminals has become a trend by using them as auxiliary teaching tools for teachers to carry out classroom interaction, feedback and supervision. Taking medical statistics as an example, this study relies on the Moso Teach platform to combine it with teaching reasonably, so as to explore a new teaching mode that broadens the teaching channels and improves the teaching quality.

Keywords: Moso Teach; medical statistic; teaching mode

医学统计学是对数据资料进行搜集、整理、分析和表达的科学,属于方法性学科,其目的在于探索客观现象的内在数量规律性,具有用科学的方法去认识客观事物的数量性、总体性和变异性等特点。在当今信息化社会里,我们所面临的各种医学科学研究以及卫生管理决策等各方面的问题日益复杂化,探讨这些复杂问题的规律性与特征时,统计学是重要工具之一。在如今科研工作中,对于统计学处理的要求愈发严格规范,因此对于在校大学生进行统计学思维的培养以及统计技能的掌握亟不可待。在中医类院校中,大多数专业医学统计学被设置为限选课的类别,课时受限,授课内容过于抽象,而且普遍存在学生不够重视,教学效果提升较为困难的现象。为了更好的辅助课堂教学,让学生充分参与到课程中来,本学期首次尝试将蓝墨云班课平台引入到日常教学中。

蓝墨云班课是一款基于移动网络环境方便教师与学生课堂内外即时反馈教学互动的电子平台,以帮助教师提高与学生的互动效率,激发学生在移动设备上实现学习的目的,从而完成与学生之间教学互动、资源推送和反馈评价。

1 蓝墨云班课在医学统计学教学中的实践过程

本研究选取了2017级医学检验专业的一班与二班学生为研究对象,一班采用蓝墨云班课作为辅助教学的工具,二班采用传统教学方式。课程开设前,教师可以选择在电脑端或手机端创建云班课,并将课程邀请码发给学生,学生通过手机注册,并利用邀请码加入班级。

授课过程可分为课前、课中以及课后3个教学环节,

※ **基金项目**:河南省教学科学"十三五"规划重点课题【No.[2016]-JKGHA-0027】

在不同的环节，教师可借助平台组织不同的教学相关活动，以达到促进教学效果的目的。

1.1 课前教学准备 课前的自主预习，对于一门较为抽象，难以理解的课程来说至关重要。而传统的教学模式每周与学生见面的时间只有课堂上极为有限的课时，上课前与学生无法建立有效的沟通渠道，因此对于学生的预习环节无法进行及时的督促。而蓝墨云班课，可以帮助教师实现督促学生课前自学，吸引学生加强自主学习的目的。蓝墨云班课可以进行课前学习资源的推送，包括课前学习任务单、教学相关的课件甚至是微课视频等，通过上传到蓝墨云班课的资源平台，预设学习场景，引导学生按照教师所下达的教学任务进行自主学习[1]。学生可通过手机客户端随时随地查看学习资源，并且教师在上课前通过查看学生的学习情况，来进行有效的督促，对没有及时完成课前预习工作的学生，发送推送消息以提醒其完成。

1.2 课中环节的辅助教学 课程的终结性考核中必不可少的一项为考勤。传统的考勤方式多为教师或学生干部人工点名，费时费力且无法有效避免学生的代签现象。蓝墨云班课提供了课堂上更为快捷便利的签到方式，包括一键签到以及教师自行设置手势签到等功能，简单快捷完成签到环节，并增加了课堂的趣味性，且可以通过查看已签到学生的位置信息，有效避免代签现象的出现。在课堂提问的环节中，云班课设置了摇一摇的方式，随机点名抽答，时刻保持了课堂节奏的紧张性，避免学生课中环节的各种倦怠情绪。

1.3 课后复习与巩固 授课结束后，教师可以通过蓝墨云班课布置作业，并规定学生的提交时间，评分方式也较为多样化，包括学生互评，教师自评以及自评与互评相结合[2]。学生提交的作业与传统手写作业相比，更加灵动多变，有文字部分，同样也有图片，甚至包括音频与视频。同时，学生在完成作业时，如果碰到相应的问题，可以及时给老师留言，授课教师可根据学生的反馈找出学习的薄弱环节，帮助学生对于重点与难点进行巩固。每一个章节结束后，教师可以发起小测试，检测学生对于本次授课内容的掌握程度。在对学生参与活动情况的汇总结果中，可以及时发现活跃度不高的学生并加以提醒，尽量做到照顾到每一位学生的学习进度。学生提交作业后，教师可在任务中心模块中将学生作业打包导出，导出时会以学生的学号作为名称自行建立每个学生的文件夹，便于教学的痕迹管理以及期末的形成性考核的存档。

除了三个主要的授课相关环节外，蓝墨云班课还设置问卷功能，可在学期末对于学生的学习态度以及参与活动的活跃度的数据进行收集，并可调查授课方式以及教师讲授环节中学生的意见与建议，真正实现以学生为中心的授课方式[3]。而课程包模块中设置了经过优选的各类课程的优秀资源，包括课件、视频等，教师可根据自己的需要，按照关键字或标题或教师姓名等关键词进行检索，并将成熟的课程包导入到自己的资源库中使用。除此之外，蓝墨云班课还提供题库资源，有已成型的题库模板可导入，同时也可自己根据每个章节的授课内容建立起自己的题库，便于每个章节学习后对于学习效果的评价。

2 蓝墨云班课使用效果的评价

经过一个学期的使用，学生由最初的抵触情绪非常浓重，而发展为慢慢对于辅助教学平台的接受。每个章节结束后，以思维导图的形式对知识点的梳理，使他们受益匪浅。因为有了资源共享平台，学生上课时也不必为了忙于各种课件上知识点的记录而错过重要内容，课件的及时分享大大提高了学生预习与复习时的效率。对于医学统计学这种应用性极强的课程，需要对学生进行及时的引导，让他们改变统计学就是公式与计算，难以掌握的错误观念，认识到医学统计学要重在应用，去解决科学研究中的实际问题。

在最终的终结性考核中，借用蓝墨云班课辅助教学平台的班级，成绩明显高于传统授课方式的班级，且学生对于课程的喜爱程度以及与教师之间的互动都较传统授课班级有很大程度的提高。学生在完成作业的同时，不仅提高了医学统计学的应用能力，还扩展了其他软件的操作技能，例如，初始时学生在完成思维导图进行知识点梳理采取的是手画图的形式，但一学期过后已经熟练掌握了利用绘图软件进行思维导图制作的技能。因此，相较于传统授课模式要求学生提交纸质版作业的方式，蓝墨云班课提供了更为多元化的平台，充分激发出学生的自学能力以及创造性。

3 蓝墨云班课使用时的局限性

（1）蓝墨云班课创建后，只能由创建者进行维护与操作，其余学生只能作为参与者被动参加，如果可以设置其他人作为辅助管理者，可以加强教学的辅助效果，这样可以选择一些学习积极性较高，学习效果较好而且具有管理能力的学生加入进行平台的维护与操作，他们可将同学的问题集中进行分类，再交于任课教师进行解答，可以更为高效地运转，也避免教师因时间受限，无法及时回复等情况的出现，便于提高辅助教学效率。

（2）蓝墨云班课的使用必须有流畅的网络条件作为支持，因此网络信号的好坏会直接影响到课中环节的教学辅助功能的实施。

（3）蓝墨云班课中学生可以通过资源的查看，积极参与教师发起的各种活动来换取经验值，但其是否真正对课件等教学资源进行了学习，没有有力的监控措施，

无法避免学生只是登录查看换取经验值，而并未认真进行预习与复习。因此还需要教师在课堂上积极引导，而并非完全依赖于教学辅助平台。

(4) 蓝墨云班课在课中教学的环节，需要学生利用手机进行参与，会导致部分自制力差的学生以此为借口，名正言顺地进行与授课内容完全无关的其他娱乐项目。因此，在课堂上尽量控制使用云班课的时长，且不可喧宾夺主。

4 小结

随着信息化时代的到来，平板电脑、智能手机等电子设备的普及，高校学生对其依赖性日趋严重，课堂上玩手机的低头一族比比皆是。如何利用这些设备成为教学的辅助工具，改革传统单一的授课模式，摆脱传统讲堂的沉闷、枯燥与乏味，增强学生的参与与互动，从而为更好的提升教学效果成为高校教师应积极去思考的教学改革问题。混合式教学将教学的内容与时间扩展到了课外，充分将线上的辅助教学平台以及线下的知识点梳理与提升相结合，学生带着目标与问题来参与学习，将会取得更为良好的教学效果。

参考文献

[1] 许缦. 基于蓝墨云班课的BOPPPS教学模式设计研究[J]. 湖北函授大学学报,2018,19(31): 131-133.
[2] 霍娜. 基于“蓝墨云班课+SPOC”的英语翻转课堂教学实践研究[J]. 现代信息科技,2018,2(9): 151-153.
[3] 何倩毓,张莹,宋军. 基于蓝墨云班课的翻转课堂在《生物统计学》教学中的事实[J]. 畜牧与饲料科学,2018, 39(9): 74-76.

(本文编辑:张文娟 本文校对:申 杰 收稿日期:2018-11-15)

慕课在全科医学教学中的应用※

曲光瑾[1,2] 路 英[1,2] 赵 超[1,2] 罗善顺[1,2]
王 峰[1,2] 秦 颖[1,2] 张 婧[1,2] 韩 辉[1,2]

(1 哈尔滨医科大学附属第一医院干部病房,黑龙江 哈尔滨 150001;
2 国家老年疾病临床医学研究中心,黑龙江 哈尔滨 150001)

摘 要:全科教学是培养全科医生的基石,随着互联网时代的迅猛发展,全科医学教学也面临巨大的变革。将慕课利用到现代教育技术推进全科教学改革的进程,将为我国利用网络来进行医学教改的有益探索,也将给我国医疗领域制度变革、诊疗水平提升、全科医学人才培养方面带来巨大的优势。

关键词:慕课;全科医学;教学
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.007 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0014-03

The Application of MOOC in the Education of General Practice Medicine

QU Guangjin[1,2], LU Ying[1,2], ZHAO Chao[1,2], LUO Shanshun[1,2], WANG Feng[1,2], QIN Ying[1,2], ZHANG Jing[1,2], HAN Hui[1,2]
(1. Department of Geriatrics, the First Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Heilongjiang Province, Harbin 150001, China;
2. National Clinical Research Center for Geriatric Diseases, Heilongjiang Province, Harbin 150001, China)

Abstract: General practice education is the cornerstone of training general practitioners. With the rapid development of the Internet era, the teaching of general practice medicine is also facing tremendous changes. It will be a beneficial exploration for our country to make use of the MOOC to carry out the reform of medical education by utilizing modern educational technology. MOOC will also bring tremendous advantages to the reform of medical system, the improvement of the level of diagnosis and treatment, and the training of general practitioners in our country.

Keywords: MOOC; general practice medicine; education

全科医学是医学精细化发展后的整合需求，也是集预防、治疗和康复于一体的现代医学。我国现在急需大量全科医师构建基层卫生服务网络，满足广大国民对健康和医疗的基本需求，而全科人才培养在我国尚处于起步阶段，21世纪初才逐渐引起国家重视，因此全科教学的发展关系到国民健康的基本利益。目前网络技术日新月异，已进入5G，和互联网加时代，互联网作为优秀的平台为个人提供了广阔的发展舞台，甚至已经出现了利用b站学习党课的互联网学习风潮，慕课作为互联网教学的新兴代表，起到了全科教育传承优秀独到的医学文化和理念的作用。在慕课这一条崭新的起跑线上，全科医学教学能否迎头赶上，需要广大全科教育工作者的齐心协力。

1 慕课的概念和兴起

慕课是大规模在线开放课程的简称，即massive open

※ 基金项目:哈医大一院临床医学教育改革工程项目【No.2017040】

online courses（MOOC），是通过互联网将课程传输到世界各地来满足人们求知欲和追求的一种新的教育模式，具有学习便捷性和移动性，也是强调情景化和交流共享的一种学习方式[1]。慕课是开放教育资源发展的最新阶段，其课程内容和资源可长期多次在线获取，国外许多在线课程的学历已经得到公认，并且成为一种被认可的学历成为获取工作的途径，这一目标的实现对高等教育模式带来巨大、不可逆转的冲击[2]。

2008 年戴夫·科米尔与布赖恩·亚历山大首次联合提出慕课的概念，随后的两年国外多所大学开展了慕课建设。2011 年斯坦福大学的免费慕课《人工智能导论》得到了全球 16000 人次的注册，自此慕课正式进入互联网的关注视线[3]。2012 年 edX， Udacity， Coursera，Open2Study 等慕课平台如雨后春笋般出现，因此也将 2012 年称为美国的“慕课元年”。同年我国清华大学，北京大学等国内知名院校也开始构建慕课课程（如清华大学的“学堂在线”，上海交大的“好大学在线”等），并于 2013 年加入国际慕课联盟，将之推广在各个慕课网络平台，率先探索和实施“在线开放课程”资源向社会开放，因此 2013 年也是我国的慕课元年[4-5]。国内医科大学也认识到了慕课的重要性，并利用慕课推动医学教育模式的改革。2014 年 3 月，中国医学教育“慕课联盟”成立，有近两百家医学院校加盟，目标是通过中国医学教育慕课平台和优质课程建设，践行开放、共享的互联网精神，做好在校高等医学教育，以更好地服务于我国医药卫生人才培养[6]。

2 慕课教育对全科医学的影响

慕课教育被誉为“印刷术发明以来教育最大的革新”[7]，是教学改革中的新事物，在我国医学院校中尚属于起步阶段。全科医生被称为国民健康的守门员，是国民健康的第一道守护屏障，目前国家大力发展的全科医疗，旨在为国民卫生健康提供更为切实的保障，需要培养越来越多的全科医生[8]。全科教学在起步时就遇到了慕课这种网络资源为基础的教育革新手段，有利于更多优秀的师资和教学资源共享交流，避免了全科师资良莠不齐的教学水平带来的影响，更有助于加快全科教育的发展速度。由于全科医学教育的受众群体也可以是普通群众，而慕课降低了学习者的门槛，因此慕课的网络教学也有助于广大人民对全科医疗意识的培养。

慕课的教学形式多样，比传统的板书或 PPT 更加有趣和有吸引力，而且课程内容短小精悍，相比于几年前风靡的精品课程更具核心竞争力。比如在线学习全科医生工作的基本特征这一章节，可以采用提前录制好全科医生日常的工作内容，学生在观看的过程中总结照顾的基础、人性化、可及性、持续性、综合性和协调性，加深全科医疗服务的内容，对今后自己的执业内容有深刻的了解。而全科医生应诊中的主要任务如果单纯讲述，学生的理解可能并不深刻，但是如果配合慕课，学生如遇疑问，还可通过发帖，论坛等方式进行提问，并且进行讨论，会加深学生的印象，提高学生核心素养，教学效果也会明显优于传统教学的方法。

慕课教学的时间、地点、内容更加灵活，学生注册后可以在手机电脑上反复多次学习，具有更加机动的自主学习时间，可以提高学习效率[9]。全科医学的范围广，病种多，慕课教学每个视频在 15 min 左右，可以简洁明了的介绍各个疾病的重难点，避免了长篇累牍的介绍内外妇儿神等学科已经反复多次学习的疾病。

3 全科医学的慕课教育构建内容和特点

我国医学慕课联盟正在紧跟国际形势大力发展，但是全科医学课程本身也是比较新的教学内容，尚有许多需要探索和斟酌的教学内容。慕课主要分为在线课程教育和线下课程 2 个部分。在线课程主要是教师的授课视频，PPT 和板书，学习者所需进行的课后考试或闯关习题。线下课程包括学习社区、讨论区、课程答疑、参考资料、翻转课程及其他互动形式。因此一节优秀的全科慕课需要全科教师缜密的设计，如何在有效的时间内用新颖的形式吸引学生，让学生能够深入浅出的理解课程是慕课成功的关键，也是让慕课点击率提高的关键。线下部分是对线上部分的有力补充，线上的考试题一般以选择题或填空题、判断题等客观题为主，这样有利于批阅和标准化答案，但无形中降低了考试难度。慕课的结构现在也非常先进，教师可以进行点名、互动，也可以发起讨论，并且迅速分析学生回答的关键词，掌握学生的理解程度。在学生进行视频学习时可以设置定时打卡，避免了学生注意力分散的情况发生。而学生可以在课程学习过程中随时对教师进行评价和提出改进意见，实现教学相长。考试方面可以从题库中随机抽取题目组成试卷，避免了抄袭的可能，由机器阅卷，减少了人工批阅和出题的时间，考试题目的分析更是较传统模式考试省时省力。医学是一门介于科学和哲学之间的学科，除了死记硬背答案还需要学生开动脑筋，对于疾病的诊断和鉴别诊断进行思考，诊断依据是什么，需要进行什么样的辅助检查，采用怎样的治疗和预防手段，这种疾病有没有更新的进展等都是学生需要掌握和学习的知识。在讨论区的交流教师可以通过提问的形式引导学生自由发言，这样一方面可以加深学生的印象，拓宽学生的视野；另一方面也有利于教师发现学生的不足，

进行更有针对的指导。全科教师在参考资料中还可以增添各种疾病治疗指南，教材章节，教师自行录制微视频等电子内容，有利于学生的自主学习。

全科教学起步较晚，全科师资也较其他医学师资相对薄弱，因此在构建全科慕课时可以向内外科等学科的慕课吸取经验，甚至可以聘请经验丰富的内外科慕课名师录制相关慕课，由全科教师在课堂讲授时引入，实现课堂翻转，线上线下结合的授课方式[10]。大多数医学院校全科医学都是临床和基础医学的本科生的选修课，更重要的是普及全科意识，全科医学部分章节或整门课程设置为专科学生或成人教育的网络慕课学习，这样极大的减少了学生必须在课堂学习的负担，有效缓解了工学时间冲突的矛盾，提高了学习效率。

4 全科医学慕课的挑战

慕课促进了学生学习的自主性，以学生为中心，实践性强，但是在全科教学的过程中如何添加更多的实践性和人文教育，如何把人与人之间的感情需求表达出来，怎样把传统课堂上教师的移情作用体现出来，都对教师提出了新的挑战。而且随着信息技术和电子技术的更新，慕课的配套培训也需要必须的支持，其培训内容和指导必须具有长期的统筹规划，完善教师和学生的培训体制，大力推动师生的核心素养和技术更新，促进慕课在教学中的应用。

慕课的学习成本低廉，但制作成本还相对较高，目前国内录制慕课公司收费的价格尚比较昂贵，超星泛雅，人卫等录制公司每门课程录制的造价成本在5~20万元，再加上后期的推广和应用（比如国家精品课程、网易公开课、好大学在线、中国大学MOOC等网络开放视频资源上线，动画配备；后期教师和助教辅助教学答疑等过程），每门课程的造价和耗费时间均由教师承受的话，全科教师的负担极大，况且大多数全科师资是基层医院或社区卫生院的医生，经济负担会影响教师积极性的调动，这就需要教育部门，大学对其加强资助和激励，减少全科教师的后顾之忧。国内各个慕课网络平台壁垒森严，慕课的开放性和市场运作规律都需要强有力的法律保障。一个慕课如果在多个网络平台播放，其版权问题有可能会产生矛盾，需要明确慕克的权力，义务和责任，甚至优秀的慕课中的知识产权或核心技术容易被剽窃，也敦促国内尽快出台在线课程知识产权的申报和保护立法。

学习慕课后获得学分或后续认证，国内外接轨互认等的事宜，在我国尚未向国外一样流畅，也成为影响学生和教师的积极性的重要因素，有待于进一步总结经验并磨合。

5 展望

慕课作为一种新兴的教育模式，与传统医学教育模式相比有巨大的飞跃，也是教学改革中的“蓝海”，具有蓬勃的生机，为名师和名校提供了更多的知名机会。慕课的与时俱进也为全科医学教育改革带来了重要契机。虽然全科医学的慕课教育还存在一定的问题，但是也存在更广阔的前景：慕课结合传统课堂教育，充分利用碎片化时间学习不但在学生的全科医学教学中有重要优势，更是非医学生甚至是普通居民了解全科医学的窗口。全科医学中合理利用慕课，使医学教育模式多样化将有助于我国的教育事业和全科医学事业的快速发展。

参考文献

[1] 贺培风. MOOC——医学信息学教育的新机缘[J]. 中华医学图书情报杂志,2014,23(7): 1.
[2] 魏伦收,张祎捷,索智敏,等. 慕课在内科学教学中的应用探讨[J]. 中国继续医学教育,2017, 8(31): 4-6.
[3] 胡冰雪,白雪,曲波. 慕课在国内外医学教育中的应用研究[J]. 中国高等医学教育,2016,30(6):20-21.
[4] 孙雨霞,刘佩梅,魏屹晗,等. 医学院校慕课课程建设的实践与探索[J]. 中国高等医学教育,2015,29(11): 56-57.
[5] 杨华夏,梁乃新,赵峻,等. 慕课课程对医学教育系统各层次的影响[J]. 协和医学杂志,2016,7(1): 71-73.
[6] 温静,李小艳,梅爱红,等. MOOC对我国高等医学教育发展的启示[J]. 解放军医院管理杂志,2014,21(9): 881-883.
[7] 姬军生,刘刚,陈虹,等. 国外全科医生培养概况及其对我国全科医学教育的启示[J]. 中华医学教育杂志,2014,34(3):474-477.
[8] 朱润秀,袁军,李自如,等. 浅析慕课时代医学教育教学改革与建设[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,15(85): 40-41.
[9] 何国平,杨云帆,陈嘉,等. “慕课”在护理教学中的应用与展望[J]. 中华护理杂志,2014,49(9): 1095-1099.
[10] 张晓玲,王娇,穆剑玲. 微课、慕课在医学影像技术教学中的应用[J]. 中国医药导报,2014, 11(36): 129-133.

（本文编辑：张文娟　本文校对：王　昕　收稿日期：2019-04-16）

《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！

中医各家学说教学中的中医临床思维培养模式新探

杨必安

（北京中医药大学中医学院各家学说教研室，北京 100029）

摘 要：针对目前中医各家学说教学中出现的缺乏中医临床思维培养的现象的分析，存在教学理念陈旧、教学模式单一、讲课内容陈旧、缺乏主线贯穿的问题，对教学理念、教学模式、教学内容进行深入研究分析思考，提出中医各家学说教学改革需要强化临床思维、优化教学模式、丰富教学设计、梳理医家脉络、引入医案教学的思路及方法，从而实现提高学生的临床中医思维。

关键词：中医各家学说；中医临床思维；教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.008 **文章编号**：1672-2779（2019）-12-0017-03

A New Exploration of the Training Model of Clinical Thinking of Traditional Chinese Medicine in the Teaching of Doctrines of Traditional Chinese Medicine

YANG Bian

(College of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing100029, China)

Abstract: In view of the lack of training of clinical thinking of TCM in the teaching of Doctrines of TCM, there are some problems, such as outmoded teaching concept, single teaching mode, outmoded lecture content and lack of main thread. This paper makes a thorough study and analysis of teaching concept, teaching mode and teaching content, and puts forward TCM. The teaching reform of various schools of thought needs to strengthen clinical thinking, optimize teaching mode, enrich teaching design, sort out the vein of doctors, and introduce ideas and methods of medical case teaching, so as to improve students' thinking of clinical Chinese medicine.

Keywords: doctrines of TCM; clinical thinking of TCM; reform in education

任应秋先生执教北京中医学院后，集前贤及自身研究中医之体会，认为欲造就大批高级中医人才，必须师百家之长，集前人理论与经验之大成。经过数年的努力研究，1959年编撰了《各家学说及医案选》，介绍了历代著名医学家的学术思想与经验，并附以验案印证。后经卫生部批准将各家学说正式列为高等中医院校本科大学生的必修课程，并由他主编了第1版《宋元明清各家学说及医案选》。其后又经20年的潜心研究，提出中医学发展史上存在着7大医学流派，即医经、经方、河间、易水、伤寒、温病和汇通。并以此为主线，主编了全国高等中医学院教材《中医各家学说》第3版教材[1]，从此该教材基本成型。中医各家学说是中医学研究历代著名医家的学术理论及其特色诊疗经验的一门学科，是连接中医基础理论到临床的桥梁，对学生临床能力及临床思维的培养具有重要的意义，这也是高校基本上针对大三的学生都开设这门课程的原因，因此在常规教学中如何进一步提升学生将理论知识转化为临证能力是我们需要重点关注的问题。

由于各种原因，中医各家学说的课时设置少，教学模式单一，同时因为课程中涉及各家医学思想，这些医家思想互相对立，观点不一，很难统一，知识不能形成体系，导致中医各家学说课程教学困难很多，学生也很难掌握，进而出现厌学而不重视该课程，学生普遍反应学完中医各家学说，虽然学习了中医历史上各家学派的百家争鸣的学术风采，但是到了临床不知道如何运用，不知道哪个医家的思想能解决当下的临床问题。虽然近年相继出现诸多教学模式，例如案例教学、专题教学、目标教学等，由于客观实际问题，理想化的教学模式也有很多难以转变为现实的困难。如何培养中医思维，一直是中医各家学说教学改革的焦点。在中医各家学说教学中，如何培养中医临床思维，丰富学生的临床专业知识，为今后工作打下良好的中医理论和临床基础，笔者有以下思考。

1 传统教学模式的不足之处

由于多种原因，目前中医各家学说教学在培养学生中医临床思维方面，存在以下4个方面的不足。

1.1 教学理念陈旧 对学生的中医临床思维培养重视不够，中医各家学说课程由于归属于中医医史文献类，从而容易导致学生对这门课程产生误解，认为其与临床无关，从而忽略了它与临床紧密相关的本质。传统的教学里只是集中讲授医家思想，而忽视了医家的中医临床思路特色的诠释，不利于启发学生的中医临床思维。

1.2 教学模式单一 教师课堂讲授一直是传统的教学模式，该教学模式带来的结果是学生处于一种被动地位，认为自己是在接受知识，而不是主观地渴望获得知识，时常会松懈倦怠，甚者完全忽视该课程。笔者认为在教

学过程中，应该以学生为主体，充分发挥学生的主观能动性，令学生能积极地去学习、掌握和探索知识[2]。

1.3 讲课内容陈旧 重学派轻学说，或者重医家轻学派与学说，中医各家学说的研究内容主要包括医学流派、主要学说和著名医家学术思想3个部分。其中最基本也是最重要的内容是著名医家学术思想。教材中学说、学派、医家三者都应作为本学科内容的有机组成，不能随意偏颇。

1.4 缺乏主线贯穿 中医各家学说涉及各家主要医学流派，各个医学流派之间的学术观点不一致，甚至相互对立，这不利于学生客观掌握各家医学思想和灵活运用医家思想指导临床，因此需要一条主线去贯穿诠释医家学术思想的异同。

2 中医各家学说教学改革思考

由于中医各家学说学科可以衔接中医基础理论到中医临床，在强调中医药教育一定要强化中医思维的培养方针指导下，笔者以为中医各家学说教学改革可以从以下几个方面进行改进。

2.1 强化临床思维 通过中医各家学说的学习，使学生的中医理论和临证水平得到系统提高，对学生中医临床思维方式的培养起到重要的作用[3]，因此在中医各家学说的教学设计中要重点强化医家理论的临床运用案例分析，以及取类比象、象数思维等中医思维的培养，同时结合中医经典诠释医家思想，加深学生对中医经典理论的理解，从而更好地指导临床，此外，教师可以列举自己的临床案例，引导和培养学生的中医临床思维。

2.2 优化教学模式 长期以来，在教学过程中如何切实促进学生将理论知识内化成临证能力，均是中医各家学说教学改革的重中之重。然而传统中医教学方法却无法有效调动起学生学习的主观能动性，又由于中医各家学说课时设置有限，课程地位偏低，使得中医各家学说课程教学成效不尽人意[4]。提高对课程内涵特征的有效认识，根据各家医学流派的特征，进行多种教学方法融合入课堂中，切实推进目标教学法，PBL教学法，三维教学法等教学方法在中医各家学说课程中的科学合理应用，积极促进中医各家学说课程教学的有序开展，同时提高学生学习该课程的积极性，加深学生对中医各家学术思想及临床特色的认知，最终通过中医各家学说强化学生的中医临床思维。

2.3 丰富教学设计 对于中医各家学说主要内容而言，主要包括各个学术流派的学术成就以及不同医学名家的学术思想观点等，每位医家对各个学术问题产生的学术思想观点不尽相同，这些思想观点既存在差异性也存在一定的联系，即众多医家的学术理论大都源自于《黄帝内经》，因而存在相一致的理论基础[5]。一直以来，中医各家学说的教学重视医家的医学思想的讲解，而忽视了医家思想与中医经典如《黄帝内经》《难经》等相衔接的方面，因此在中医各家学说的教学过程中，有必要在这方面对学生进行有意地引导和启发，从而让学生在更好地理解经典的理论的同时，又促进了临床实践能力的掌握。

此外，在教学设计中，对各家医学原著挖掘不够，很多的知识点更多地来源于教材，没有深度和厚度，这些让整个课堂的教学内容枯燥乏味，不利于培养学生的积极性和对中医学的热情。另外教学设计缺乏人文教育，历代中医名家都是德艺双馨的大家，在高校强调思政教育的今天，医学院校的学生人文素养的培养尤为重要，故在中医各家学说的教学设计中，应该加入古代名医大家的医德案例，对学生未来职业素养以及职业道德形成潜移默化地教育。

2.4 梳理医家脉络 中医各家医学思想不一，有些医家的思想还互相矛盾，这对老师教学和学生学习中医各家学说的过程中都形成了非常大的难度，笔者在系统研究中医五运六气的思想以后，发现可以运用五运六气的学术思想分析各家医学流派的形成原因及关系，因此尝试了运用运气学说梳理各家医学流派的脉络，贯穿各家医学流派，提纲挈领，纲举目张，让学生清晰地理解各家医学流派的学术特色，同时更容易地掌握各家医学思想的形成原因及学术内涵，从而缕清整个医学流派脉络，从而培养学生的中医临床思维。

2.5 引入医案教学 在中医各家学说的教学中可采用提取历代医家代表性医案进行解析，进而培养学生中医思维的方法，即可从原著中选择典型医案，并从各位医家的用药、辨证、按语中提取四诊信息，最大限度还原四诊资料，使医案内容丰富易懂，同时，在医案的教学中，尝试应用PBL教学法。即以问题为中心，充分调动学生的学习积极性和自主学习能力，辨证分析及解决问题能力。围绕医案提出若干问题-收集查阅资料-学生分组讨论-课堂启发引导辨证思路-课堂集中讨论辨证及用药-归纳总结医家学术特点[6]。

3 讨论

中医各家学说是阐明和研究中医主要医学流派、主要学说和历代著名医家学术思想和临床经验的一门学科。学习中医各家学说是通向“名医”之路上必不可少且颇为重要的一步，中医药理论具有其独特的思维方式，这种特有思维方式是建立在中国哲学思维模式以及中国传统文化基础之上的，先秦文化的异常繁荣基本确立了中华文化的基调，先秦道家哲学虚静大通和审时度势的思维方式，对中医哲学影响十分深远，并突出体现在中医的典籍之作《黄帝内经》[7]。总之，中医思维的培养在中医各家学说的教学中可以从求其本源和解析代表医案两个方向进行，充分运用运气学说的思想解析医家思想

的异同，从而将中医的经典理论和历代医家的学术内容有机结合，从而有效地促进学生中医理论水平和临床实践能力的提高，逐渐形成在中医理论知识指导下，有效地指导诊断和治疗疾病的临证中医思维方法。

参考文献

[1] 胡方林，易法银. 对《中医各家学说》课程教学的思考[J]. 西北医学教育杂志，2015，23(3)：518-520.
[2] 孔沈燕，杨小红.《中医各家学说》教学要点探讨[J]. 中医临床研究，2016，8(30)：7-8.
[3] 胡方林，刘仙菊，蔡莹，等.《中医各家学说》在培养中医专业学生中医思维方式中的重要性[J]. 西北医学教育，2014，22(5)：851-853.
[4] 陈文潇，李志远. 中医各家学说课程的教学方法研究[J]. 文学教育(下)，2018，14(3)：142-143.
[5] 林怡，戴铭. 中医各家学说课程应用医案教学法的探讨[J]. 广西中医药大学学报，2011，14(2)：87-88.
[6] 张明锐. 中医各家学说教学与中医思维的培养[J]. 内蒙古医科大学学报，2013，35(S1)：164-165.
[7] 程雅君. 先秦道家哲学对中医学思维方式的影响[J]. 河北学刊，2009，29(2)：63-66.

（本文编辑：张文娟　本文校对：黄作阵　收稿日期：2018-11-29）

方剂学课程教学中思政元素融入点挖掘

马金玲　张文凤*

（长春中医药大学基础医学院，吉林　长春　130117）

摘　要：思想政治教育是高等院校德育工作的重要内容，也是培养大学生创新精神和综合素养的重要途径，将思政教育融入到专业课程的教学之中，是达到“课程思政化”教学效果的最佳方式。这一过程中，思政元素融入点是方剂学课程思政最为关键和最难解决的部分，将思政元素分阶段、分主题的渗透到方剂教学中还没有相关的报道。本文以方剂学理论中的思想观切入，从整体到具体，从面到线到点，层层深入地挖掘方剂学课程教学中的思政元素融入点，旨在促进《方剂学》课程思政教学质量的提高。

关键词：方剂学；思政元素；融入点；渗透式；教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.009　　**文章编号**：1672-2779(2019)-12-0019-03

The Integration of Ideological and Political Elements in the Teaching of the Science of Prescription

MA Jinling, ZHANG Wenfeng

(Basic Medical School, Changchun University of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China)

Abstract: Ideological and political education is an important content of moral education in colleges and universities, and also an important way to cultivate the innovative spirit and comprehensive literacy of college students. It is the best way to achieve the teaching effect of curriculum thinking by integrating ideological and political education into the teaching of professional courses. In this process, the integration point of thought politics element is the most critical and difficult part of the thinking politics in the course of prescription science. There is no relevant report on the infiltration of thought politics elements into the teaching of prescription in stages and sub-themes. In this paper, we use the ideological view in the theory of prescription medicine, from the whole to the concrete, from the face to the line to the point, and thoroughly excavate the integration points of the elements of politics in the teaching of prescription science, in order to promote the improvement of the teaching quality of science of prescription.

Keywords: science of prescription; ideological and political elements; integration point; osmosis; teaching reform

课程思政是指以构建全员、全程、全课程育人格局的形式将各类课程与思想政治理论课同向同行，形成协同效应，把“立德树人”作为教育的根本任务的一种综合教育理念。如何深入挖掘方剂学课程之中蕴含的思政要素，对专业课教师思想政治素养和思想政治教育能力问题要求较高，如何将专业课程思政与思想政治理论课程衔接妥当是关键问题。思想政治理论课程即“思政课程”，是我国开设的具有中国特色的马克思主义理论课程，是对大学生进行思想政治教育和培养的主要方式[1]。“课程思政”与“思政课程”不同[2]，它指的是学校所有教学科目和教育活动，以课程为载体，以立德树人为根本，充分挖掘蕴含在专业知识中的德育元素，实现通识课、专业课与德育的有机融合，将德育渗透、贯穿教育和教学的全过程，助力学生的全面发展[3]。这意味着“课程思政”要具有本课程的特色，要从课程中挖掘思政元素，而绝对不是生搬硬套、牵强附会的把思政课加入到专业课之中。推动“思政课程”向“课程思政”的转变，使各类专业课程与思想政治理论课形成协同效应，这是当前贯彻落实全国高校思想政治工作的重要任务。

*通讯作者：1139607280@qq.com

如何在日常的教学实践中贯彻这项重要任务，如何在中医学专业课程中挖掘出课程思政的结合点，赋予方剂学课程新的德育内涵是需要我们方剂学科全体教师们在教育教学实践过程中不断研究和探讨的。总结多年教学经验，我们提出方剂学课程思政“渗透式”教学法，及方剂学课程教学中的思政元素融入点，仅供同道参考[4]。

1 方剂学理论中的思想观

方剂学是研究治法与组方原理、配伍规律及临床运用的一门学科，其中药物的配伍是方剂教学中需重点讲授的内容，是方剂区别于其他学科的特色内容。中医界自古便有“上医治国、中医治人”的传统，方剂学也常提到“处方如布阵，用药如用兵”。用药与用人是一样的，如果能把中药合理的搭配到一起，相互联系、各尽其用就能药到病除、效如桴鼓；如果能把人团结到一起，各尽其才、各司其职就能众志成城、事半功倍。在方剂课的学习中，培养学生的大局意识、团队意识，每位同学要明确自己在团体中的位置。如同一个方子中有“君臣佐使”，虽然地位不同，但是都在发挥着各自的作用，缺一不可。通过老师的引导，学生们了解到：人在社会之中，需要得到别人的认可，想得到他人的认可首先要自己明确自身的价值。我们就是要提升学生的自我认可，并且努力提升自我，为社会做出更大的贡献。

2 方剂学教学内容的连接

习近平总书记多次在讲话中提及“横渠四句”，即“为天地立心，为生民立命，为往圣继绝学，为万世开太平。”首届国医大师朱良春老先生在国医大师表彰及座谈会发言中吟诵了“横渠四句”，并将此进行了中医解读。“为天地立心”，可以认为是中医培养中最强调的医德；“为生民立命”，可以认为是中医培养中最注重的医技；“为往圣继绝学”，是对经典学术精粹的传承；“为万世开太平”，可以说是中医对人民生命健康的承诺，为万世生民之健康繁衍而开太平。

方剂学的教学大约有4个月，我们将“横渠四句”按顺序融入教学中，每个月有1个主题，期望达到“润物细无声”的教学成果。第一个月，主题“为天地立心”，方剂讲授内容为总论部分，在课堂中加入古代名医的医德故事；第二个月，主题“为生民立命”，方剂讲授内容为“经方”，加强监督学生方歌背诵，夯实基础、研习医术；第三个月，主题“为往圣继绝学”，方剂讲授内容为“时方”，传承不同学术流派经典方剂；第四个月，主题“为万世开太平”，方剂讲授内容融入“健康中国”理念下的医疗保健、奉献社会。

3 方剂学具体内容的思政融入点

3.1 第一阶段

3.1.1 绪论、总论 通过学习方剂的发展历史，培养学生对古代医师及医学事业的崇敬之情，加强学习中医、学习方剂学的信心和热情。通过学习方剂的分类和组成原则，并与现代社会医疗现象相联系，使学生能够辩证客观地对待社会上所出现的各种声音，从内心深处树立良好的医德医风，树立正确的人生观、价值观，为今后步入临床奠定思想道德基础。

3.1.2 解表剂 通过学习各种不同类型的解表方剂，使学生知道不同的感冒应该应用不同种类的药物，不能一概而论，在日常生活中对感冒这种常见病的治疗，会出现很多误区，尤其是抗生素的应用，一定要正确对待。

3.1.3 泻下剂 泻下剂治疗的里实证在生活中最常见的就是大便不通，学生了解不同人群所表现出来的证候有所不同，结合生活实际，关注自身健康，确立积极的生活态度，良好的饮食习惯和健康的生活方式。

3.1.4 和解剂 通过学习和解剂的“和”法，学会一分为二地辩证地看待问题，通过了解病位在半表半里、病性寒热错杂的复杂病证，培养学生对中医学的认可。学生知道了治疗疾病首先要了解疾病的病因和发展过程，细心地分析每一个病症表现，抓住病机关键，用最少的药物达到最大的疗效。

3.2 第二阶段

3.2.1 清热剂 让学生知道病邪与疾病关系极其密切，人的气机不畅则“郁而化火”，火邪停于不同部位就会引发不同表现。精神因素（心理健康、乐观开朗）可以使气机通调、气血调和，如此就不易被火邪所侵袭。要注意心理素质的培养、健康人格的塑造等。

3.2.2 祛暑剂 暑邪有季节性，应使学生们知道如何避免暑邪侵袭，同时也要知道“物极必反”，夏季不能过多食用寒凉饮食，贪凉饮冷、温差过大极易引起身体不适，甚至引发疾病。每个人都喜欢舒适，但也不能过于贪图，增强自身对外界的抵抗能力。

3.2.3 温里剂 阴阳是中医看待自然和疾病的基本观点，阳气是万事万物生长发育的根本，经云：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明，是故阳因而上，卫外者也。”说明阳气在人生中何其重要，比作天与日，贯穿始终，主宰命运，有阳则生、无阳则死。因此，要教育学生固护一身之阳气，方可永葆生命活力。更要引导学生爱国爱校，多多接触正能量，“温暖”心理。

3.2.4 表里双解剂 辩证唯物主义认为，矛盾是事物发展的根本动力，事物的发展是受多方面因素影响的，既有外因，更有内因。通过表里双解剂的讲解，使学生明白

治病需要考虑表里，处事也要多方面考虑，分清主次，抓大放小，或者全面兼顾，三思后行，切勿冲动。

3.2.5 **补益剂** 人体生长发育需要气血阴阳的濡养，各种精微物质缺一不可，一旦缺乏就会影响脏腑功能，进而发生各种疾病，但是人体又不是这些物质的简单堆砌，所以在针对虚损疾病的时候既要考虑补益的“度”，还要考虑气血阴阳各因素之间的联系，更重要的是精微物质并不是越多越好，补药不能随意乱吃。通过本章方剂讲解，让学生知道“度”的重要性，学习要循序渐进，不可好高骛远。

3.2.6 **固涩剂** 固涩剂用来治疗人体气血阴阳过度流失的滑脱病，但是很多滑脱病却不是简单的固涩就能治愈，甚至有的滑脱病恰恰需要攻下、消导，或者理气、祛湿这样的看似相反的治法方能奏效。通过学习固涩剂让学生明白，很多问题并不是表面上那样简单，要透过现象抓本质，不要被假象所迷惑。增强自己防骗意识。

3.3 **第三阶段**

3.3.1 **安神剂** 根据“心者，君主之官，神明出焉”，中医认为“人的思维、意识及一切活动皆归于心”，使学生了解因神志不安等疾患，多与精神因素有关，故治疗时应结合心理疗法。同样，思虑过度，劳伤心脾，可以导致心神不安、失眠多梦等，使学生们知道要保持良好健康的心理状态，不要胡思乱想，端正正确、积极的生活态度。

3.3.2 **理气剂** “气为人之根本，贵在疏通畅达，升降出入有序，则百病不生”。若气的升降出入失常，就会出现脏腑的各种变化，其治疗关键是保持气机调畅。由此，让学生知道，事物都有其规律，不可违背规律，亦不可矫枉过正。

3.3.3 **理血剂** 让学生知道常见血病的发生机制，生活中注意健康饮食，多运动，防治瘀血发生；同时，让学生明确气血之间的关系，从中了解到事物之间的联系，加深理解中医的“整体观念”。

3.3.4 **治风剂** 讨论内风和外风对人体的影响，通过交流，达成共识，养成正确对待风病的科学态度，青年人要选择健康的生活方式，注意保暖，远离外风；保持心情愉快，远离内风发病高危行为。

3.3.5 **治燥剂** 治燥剂分为外燥和内燥，两者在临床表现方面基本相同。但病因、病机、治法方药却完全相反。前者以发散为主，后者以滋润为主。提示学生相同现象，其背后的本质却不同。看待事物对待生活要透过现象看本质，不要被表面现象迷惑。

3.4 **第四阶段**

3.4.1 **祛湿剂** 湿邪产生的原因很多，如脾虚、气滞，兼症也很多：风湿、寒湿、湿浊、水湿、湿热等等，故而治法也很多，祛风胜湿、温化寒湿、芳香化湿、利水渗湿、清热利湿、健脾化湿、行气则湿行等等。提示学生“条条大路通罗马”，解决问题可有多种途径，培养学生乐观豁达的人生观。

3.4.2 **祛痰剂** 痰是肺脾肾三焦功能障碍产生的，是水液代谢不正常的产物。脏腑功能正常，体内气化正常，则水液变成津液，滋补机体；脏腑功能不正常，体内气化不利，则水液变成痰饮危害机体。由此及彼，提示学生成长与所在社会环境息息相关，珍惜我国安定团结的好环境，努力成为新时代的有素质的大学生。

3.4.3 **消食剂** 食积证有脾虚和食积两个方面，且相互影响。脾胃为后天之本气血生化之源。《内经》说：“饮食自倍，肠胃乃伤”“半日不食则气少，一日不食则气衰”，因此饮食当有节制，过多过少都伤脾胃气血。提示学生们养成规律饮食的好习惯，注重养生防病，饮食有节有益身心。

3.4.4 **驱虫剂** 对人体有损害的寄生虫有多种多样，这些寄生虫的表现也有所不同，都是由于饮食卫生所导致的。因此要提示学生不仅自己要养成良好的饮食卫生习惯，在公共环境也要注意提高道德修养。

中医界宣扬“大医精诚”，欲成“大医”必须“精于术、诚于人”。在新时代的背景下，不仅要求学生具备高尚的医德、精湛的医术，还要具备传承与奉献精神，将“医德、医术、传承、奉献”四个主题渗透进方剂学的日常教学中，最终达到“四位一体”的人才培养模式，我们方剂学教育的目的。中医学课程融入思政教育，为了进一步实现从“思政课程”到“课程思政”，我们专业教师应坚持将专业知识传授与“思想观”引领相结合，运用可以培养医学生的医德医风、理想信念、政治信仰、社会责任等，同时融入社会主义核心价值观教育，通过“大思政”工作格局，全面提高大学生缘事析理、明辨是非的能力，让学生成为德才兼备、全面发展的人才。

参考文献

[1] 张皪. 创新教学模式下的思政课堂实效性研究[J]. 好家长,2018,18(6):48.

[2] 陆道坤. 课程思政推行中若干核心问题及解决思路——基于专业课程思政的探讨[J]. 思想理论教育,2018,34(3):64-69.

[3] 高德毅,宗爱东. 从思政课程到课程思政:从战略高度构建高校思想政治教育课程体系[J]. 中国高等教育,2017,53(1):43-46.

[4] 张晓红. 浸润法在当代高职学生思想教育中的应用[J]. 教育与职业,2015(9):46-48.

（本文编辑:张文娟 本文校对:赵宏巨 收稿日期:2018-11-20）

微课在推拿手法实践教学中的应用探索

郭现辉　李伟彪

（河南中医药大学针灸推拿学院，河南　郑州　450000）

摘　要：微课作为一种新型的教育信息资源形式，以“主题突出、精简、交互性好、应用面广”等特点被广泛认可，已成为我国当前教育信息化资源建设的研究热点和重点。推拿手法学是我国传统医学的瑰宝，是一门既古老而又新型的学科，是推拿基础和推拿临床的桥梁，推拿手法实训对培养合格推拿医师至关重要。笔者通过开展微课教学使学生更容易掌握相关知识，能积极调动学生的学习积极性和对新知识的探索。在推拿手法教学中运用微课教学有明显的效果。

关键词：微课；推拿；实践教学；教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.010　　**文章编号**：1672-2779（2019）-12-0022-03

Exploration on the Application of Micro-course in the Practical Teaching of Tuina Manipulation

GUO Xianhui, LI Weibiao

(College of Acupuncture and Tuina, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: As a new form of educational information resources, micro-classes are widely recognized for their characteristics such as "prominent theme, streamlined, good interactivity and wide application". It has become a research hotspot and focus of China's current educational information resources construction. Tuinaology is a gem of traditional Chinese medicine. It is an old and new discipline. It is a bridge between the foundation of massage and the clinical practice of massage. The training of massage techniques is crucial for the training of qualified doctors. Through the micro-teaching, the author makes it easier for students to master relevant knowledge, and can actively mobilize students' enthusiasm for learning and exploration of new knowledge. The use of micro-teaching in the teaching of massage techniques has obvious effects. Now the authors will discuss the practical teaching experience of micro-course teaching in the technique of massage.

Keywords: micro-course; Tuina; practice teaching; teaching reform

推拿手法，在学习推拿中是务必要掌握与应用的基本操作技能，作为一种临床常见治疗方法，其操作性非常强，而以“重理论，轻实践”为特点的传统教学模式已经远远不能满足当前的教学需求。因此，众多高等院校都在努力探索新培养方案与教学方法，寻找一种能够在有限的时间内，让学生掌握更多类手法的操作步骤、操作要领及治疗作用的教学模式，以解决传统教学模式的弊端[1]。笔者在推拿手法教学中运用微课教学有明显的效果，现就微课教学在推拿手法学的实践教学体会，报告如下：

1　微课教学在推拿手法学的可行性和优势

1.1 微课教学的可行性　微课教学在传统教学模式的基础上应用现代信息技术与一种教学模式，它具有主题鲜明、精简和交互性良好等诸多特点。1960年，美国阿依华大学附属学校率先提出这一概念，它是应对某一特定主题设计与实施的课程单元或短期课程。与传统的课程相比，微型课程用时短，内容独立、单一，并且依据教师和学生两方面的兴趣共同研发，其侧重的知识面并非广度，而是其深度，使学生对其理解更加深刻，记忆更深。因此，利用网络进行传播，尤其是智能手机等移动设备利用无线及4G网络的传播，更加使学习可以随时随地化，使学生能够依据自身条件进行移动化、网络化、碎片化学习。参照医学专业的学制长，课程多，学科体系严谨等特点，结合微课教学与传统教学，能够使医学生找到连接各专业之间特点的线，并使其清晰化，加深其掌握力。从不同方位角度阐述疾病与人之间的联系，使学习重点、难点和易错点在教学中更清晰明确[2]。推拿手法学作为培养专业医生的职业教育，对学生的理论知识与动手能力要求均很高，微课以“微教学”“微视频”“微动画”“微讨论”为载体，学习容易化，实训操作直观化，学生亦乐于接受。通过多种移动设备、平台的使用，学生能够解除时间和地点的束缚进行学习，解除固定教学大纲与教室限制，构造以课程为中心的学习模式，使得学习方式越发灵活多变。

1.2 微课教学的优势

1.2.1 精准讲解　重点突出　微课要求在有限的时间内，不仅要将1个知识点讲清，更要讲深、讲透，因此，要求任课教师有广博的知识面，对知识点有深厚的理解，以其精准的取舍。在选取知识点后，能够做出并优化微课教学方案，更加有助于学生的理解与掌握。一段视频教授的东西是有限的，要达到这一目标，还要囊括素材选取、教学设计、课件制作、学生测试与反馈、教学结果

评估等诸多方面，需要教师综合全面的思考，系统化、规范化的设计。微课时间短而有限，要求课堂语言表达言简意赅，讲解思路清晰，重点突出，主题明确，同时要求语言规范，学术用语精准，切忌方言和口头用语。依据这些要求，高校教师完成课程设计、录制，同时提高信息化应用水平与教学能力的结合。除此之外，有深度微课制作亦能够促使高校教师在科研领域的进一步探索研究。

1.2.2 **提高学生自主学习能力** 在推拿手法学的教学过程中，为提高学生自主学习能力，重中之重的是培养学生的学习兴趣。例如，一指禅推法、揉法等众多基础与综合手法的练习并非一朝一日，而且其学习过程特别枯燥乏味，让人很难坚持下去，但一旦你产生了兴趣，学习将变得很有意思，这将会加深学生对手法的理解与感悟，忘却枯燥乏味，不断提升手法操作水平。微课不仅可以培养学生自主学习，更能提高终身学习的能力。学生作为微课的使用者，微课是一种新发展的教育方式，其目的就是为了满足学生碎片化及个性化学习的需要。借助网络，学生可以随时随地在微课中学习自己所需要的知识，并对相关问题有更深刻的了解，那么这将有助于学生自主学习能力提高。将教学内容中的重难点制作成为微课，学生可以利用网络随时随地点播，反复观看学习，这解除了学习者以往因时间与空间的限制而不能学习的困境。正因为微课时间短，内容丰富多彩、形式多种多样，使其成为了一种非常好的学习资源。借助网络，微课学习者与开发者进行交流，可以及时准确地处理学习中出现的问题。同时，这也为学生离校后的继续教育以及终身学习提供了一种有效途径。

总而言之，目前有许多高校教师已经将微课教学与课堂教学相互融合，对原有的教学模式产生了很大的影响，微课培养了学生的自学能力，使学生成为教学的主体，而教师则从传统的教学主体转换组织引导、穿针引线、答疑解惑的地位。因此微课在手法教学中优势明显，并为推拿相关课程微课开展打下基础。以便使微课更好的服务于医学临床教学，提高课堂效率。

2 微课在推拿手法学教学中的具体应用

2.1 **合理选题 突出重点难点** 与传统的教学模式相比，微课教学虽然时间短，内容少，但是制作一节微课所需要的人力物力资源消耗很大，因此，如何选题是非常重要的内容。首先选取某一个或几个重难点，教师课堂讲授进行讲解与深层次分析。确保学生能够基本掌握推拿手法的操作以及基础理论知识。其后由带教老师进行现场操作示范，学生仿制教师操作动作，感受推拿手法的运动形态与魅力，提高学生主动学习探究的兴趣，引发学生的操作灵感；然后让学生进行分组模仿练习，部分进行手法操作，部分作为模特，部分录像观察。紧接着学生与老师一起观察手法操作者动作录像，寻找其操作要领、施力的不足与错误之处，先进行模特评价感觉，其他学生点评，然后操作者本人进行自我评价，最终教师分析总结原因，操作者吸纳有利的意见进行更正练习，直至规范。此教学方法具有重点清晰、难点突出等优点，可以满足推拿手法练习动作规范化的要求。

2.2 **优化教学设计** 微课设计的优劣应辨别是否具有简明扼要、表述清晰、井然有序等特点。其一般内容应包括教学目标、教学重难点、教学步骤、教学方法与教学时间分配等多个环节[3]。不能简单的复制原先课程，它必须要进行新的划分和编排，要有创新性，而且应该集中一个或者几个要点进行教学。由于时间有限，微课设计的开头务必要将学习者的注意力吸引起来，诱发学习者的兴趣，连接逻辑性要强，要缓滑流畅，转换跨越应尽量缩小。

教师需在短时间内将手法操作的重难点讲解透彻。笔者在经历多年教学后认为，教师在进行教学设计时，应明确下列几项内容：(1) 课堂中教学标本、教学模型如何使用；(2) 为使学生更清晰的掌握操作动作与方法，应采用哪些方法进行演示以及操作手法；(3) 为使学生明确学习内容，并增强其理解力与记忆力，应如何使用生动形象的言语。

2.3 **模拟临床 培养学生动手能力** 理论与手法技能以及临床实践的结合，是推拿手法实训教学的主要目的，借此培养学生应用推拿手法处理常见疾病的能力。为此，我们学院设立了专门的场地进行临床模拟教学，提供给学生模拟接触临床场景的平台。模拟过程经由具有丰富经验的指导教师掌控，引入临床常见病及典型病例，然后进行详细治疗方案的制定，学生轮流充当患者、医生的角色。依次进行接诊问诊，规范的体格检查，实施推拿治疗手法，完全模拟现实的就诊流程、医疗环境，让学生在理论学习阶段提前感受到临床的气氛，从而产生职业的责任感和认同感，以便更加有效地减轻医学生临床初期接触患者产生的恐慌感。在校模拟学习并不能完全满足教学，更重要的是校外教学实习。故学生会被定期地安排到附属医院推拿科室进行实习，在临床医生的指导下进行临床工作。这既使学生的临床实践能力得到提升，同时也使得实际操作能力与理论知识快速融会贯通。同样可以利用推拿疗法简便廉验、易于接受的特点，鼓励学生把自己的亲戚朋友、同学等作为练习手法的对象。

2.4 **完善临床考核方法 规范考核过程** 针对以往重理论、轻技能的考核模式，现采用新的考核模式，按照标准规范进行推拿操作评分。然后通过三种不同途径综合开展推拿手法实践技能的考核。目测法：是评价者通过视觉观察学生手法操作时 （下转第28页）

经典温课 CLASSICS REVIEW

眩晕病(证)学术源流探讨※

李明哲　王连志

(辽宁中医药大学附属第三医院内科,辽宁　沈阳　110003)

摘　要:由于眩晕病(证)在临床出现的频率较高,也可兼见于其他疾病,其病因和病机也较为复杂,临床上应当对该病给予高度重视。历代医家对其论述颇多,流传至今的历代医书也有大量关于其治疗的文字记载,并积累了大量的方药,值得我们研究效法与发扬光大。本文尝试对中医诊治眩晕病(证)的学术源流进行探讨,按照年代,自先秦至清代对历代医家之论述,从流溯源,知其由来,审其变迁,不仅是对中医药宝库的挖掘,也可供医生临证参考。

关键词:眩晕;学术源流;中医基础理论

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.011　　**文章编号**:1672-2779(2019)-12-0024-03

Discussion on the Academic Origin of Vertigo Syndrome

LI Mingzhe, WANG Lianzhi

(Department of Internal Medicine, the 3rd Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110003, China)

Abstract: Based on the high frequency of vertigo syndrome in clinic, the etiology and pathogenesis are complex and diverse, so physicians have attached great importance to the disease. There are many discussions on vertigo by many doctors in the past dynasties, many of whom are very knowledgeable. There is also a large number of records of vertigo treatment in the past medical books and accumulated a large number of prescriptions. The rich contents of the treatment of vertigo syndromes by predecessors are worthy of our research and development. This article attempts to discuss the academic origin of the diagnosis and treatment of vertigo syndrome in TCM. According to the historical history of the times, from the Ming Dynasty to the Qing Dynasty on the discussion of physicians of the past dynasties, trace the origin, know its origin, and review its changes for clinical reference.

Keywords: vertigo; academic origin; basic theory of traditional Chinese medicine

眩晕是临床常见病证，且发病率逐年增高。本病常反复发作，妨碍正常生活及工作，重者可发展为中风或晕厥，甚则危及生命。中医治疗从整体出发，以辨证论治为核心，具有综合作用的优势。以《黄帝内经》为起始点，至清朝末期，无数医家以文字形式记载了关于眩晕的诸多心得，其中宋金元时期学术争鸣最活跃，一些新的观点不断被提出。至明清时期，眩晕的中医诊治内容更加丰富，从疾病概念、病机、证候，到治则治法、治疗方药、预后转归等方面的认识和记述逐渐趋于系统化和条理化。

本文以中国历史朝代为主轴，对清代及以前的历代著名医家针对眩晕一证的论述进行剖析和总结，使中医先贤宝贵学术经验更清晰地呈现。

1　眩晕的病名历史与含义

眩晕是“目眩”与“头晕”的总称。有文献又称其为“眩冒”“头眩”“掉眩”“眩瞀”“目眩”“风眩”等。“眩”即“目眩”，指眼前昏花、缭乱；“晕”为“头晕”，是指感觉自身或外界景物旋转，甚至站立不稳。由于两者常并见，故而统称“眩晕”。本病常反复发作，轻者妨碍正常生活及工作，重者可发展为中风或晕厥，甚则危及生命。

眩晕多伴随头部不适，故古人认为其病位在头，眩晕以及相关的头部疾病出现的历史非常久远。殷墟出土的甲骨文是我国记载中医疾病最早的文字。“王疾首”和“子疾首亡延”首见于甲骨文[2]，“疾首”即指患有头部的疾病。甲骨文中出现的“疾亡旋”和“旋有疾王”[1]记录更是描述了眩晕的表现。“旋”为旋运转动，“疾旋”即“眩晕证”。近人根据《诗·伯兮》：“愿言思伯，甘心首疾。”《周礼·疾医》：“首疾，头痛也”，其注解为心脑血管疾病[3-4]。《山海经·西山经》：“食之不眴目。”眴，通眩，杨雄《剧秦美新》：“臣常有颠眴病。”眴，也作目摇解，班固《西都赋》：“目峭转而意迷。”

2　先秦至两汉时期——出现对眩晕的描述

从先秦时期零散的文献资料、点滴的经验积累，到汉代以《黄帝八十一难经》《黄帝内经》《伤寒杂病论》和《金匮要略》为标志的中医学理论体系的创立。如《素问·至真要大论》中曰：“诸风掉眩，皆属于肝”，《灵枢·口问》曰：“上气不足，目为之眩”，《灵枢·海论》

※ 基金项目：国家重点基础研究发展计划（973计划）项目【No.2013CB532000】;辽宁省名中医工作室建设项目;辽宁省教育厅科学技术研究青年项目【No.L2017023】;辽宁中医药大学附属第三院师承项目

篇曰：“髓海不足，胫酸眩冒”，张仲景《伤寒杂病论》提及“眩冒”等，都是重要的标志性经典文献。

先秦时期有关眩晕文献仍然零散不成系统[5]，只简单记述了眩晕的临床表现，未能就其病因、病机提出更多论述。及至两汉，随着中医药学术体系的形成，医家对眩晕的认识又进了一步。

3 隋晋唐时期——眩晕证治发展时期

隋朝《诸病源候论》提出了“风头眩候”、唐代的孙思邈[6]（《千金翼方》）与王焘[7]（《外台秘要》）认为眩晕的诊治应当主要从“外风”来立论，是因血气虚，风邪入脑，而引目系故也。即若风邪在头，且久病不愈，就可因风邪入脑而变为头眩。

《敦煌医学残卷》收录的陶弘景所著《辅行诀脏腑用药法要》一篇中，记录有大补肾汤、小补肝汤、大阴旦汤等用来治疗眩晕的方剂[8]。

晋唐医家对眩晕研究仍沿《黄帝内经》中“诸风掉眩”以及“上虚则眩”等理论进行发挥和完善，并注重总结和应用验方诊治该病。该时期医学文献记录逐渐增多，进入了经验积累阶段，为下一发展时期有关中医理论的创新奠定了坚实基础。

4 宋金元时期——理论创新与临证实践

这一时期是中医理论和学术发展的一个重要阶段。宋代医家比较注重收集前朝和本朝验方，宋代涌现的方书成为研究该时期中医药发展的重要文献，如陈无铎《三因极一病证方论》[9]对“眩晕”病的阐述等。金元时期刘完素[10]提出了“风火皆属阳，多为兼化”的理论，认为其发生是由于风火相搏，则为眩晕。朱震亨[11]对刘完素所著《素问·玄机原病式》进行了认真研读后提出了自己的观点：眩晕之风非谓肝木之风，亦非外中之风，而是痰夹气虚并火，主张眩晕以“治痰为先”的原则，他创新提出了“无痰则不作眩”的理论，为后世所推崇。宋代后期，官办医学临床偏重验方修制成方成药，相较之偏忽视理论研究。其时期战乱频繁，加之旱灾疫病丛生，各种疾病的发生和传播模式发生改变。在这样的大背景下，金元时期医学家开始了学术探讨与理论创新，并产生了以著名的“金元四大家”为代表的一大批优秀医家，其中对眩晕有独到见解的代表人物是朱震亨和刘完素。

5 明清时期——临证与理论的新发展

该时期中医内科的发展有以下主要特点：（1）围绕理论与前一时期医家学说及经验、流派开展争论，如张介宾[12]对刘完素、朱震亨等有关论述的评论。（2）对病症诊治的总结更完善。如“风（中风）、劳（虚劳，虚损，肺痨）、蛊（蛊胀，臌胀）、膈（噎膈，关格）”中医内科“四大证”概念，就在该时期形成。（3）综合性医学著作数量空前增多。

明清时期中医日臻成熟，医学全书、类书、医案以及专病专科著述等都包含有眩晕的内容。在这一背景下，有关的理论与临床实践继续发展并有所突破。张介宾认为“眩运，虚者居其八九，而兼火兼痰者，不过十中一二耳。”他提出“无虚不能作眩，当以治虚为主”的理论。实际上这是针对“主火”的刘完素和“主痰眩”的朱震亨提出的理论学说展开探讨。本时期医学著作较多，部分对眩晕论述有代表性的医家论述较为典型，如何梦瑶定义：“眩晕。眩，惑乱也，从目从玄。玄，黑暗也，谓眼见黑暗也。虚人久蹲陡起，眼多黑暗是也。晕与运同，旋转也，所见之物皆旋转如飞，世谓之头旋是也[13]。并建立了“火、热、痰、湿”理论”，认为其适合岭南地理气候及其用药特点。虞抟[14]论治眩晕应当考虑患者的体质与血瘀等因素；李用梓的《证治汇补》[15]提出诊治眩晕病因证候辨证用药分类法。沈金鳌[16]《杂病源流犀烛》对眩晕源流总结较为全面，从流溯源，本源于《黄帝内经》；审其变迁，至宋金元明清学术流派始形成；无风不作眩，无痰不作眩，无虚不作眩——“三不作眩说”成为中医眩晕临床证治主流。

由此可见：关于眩晕的论述最早见于《黄帝内经》[17]，开创了“虚、实皆可致眩”的理论先河。至汉代，以张仲景为代表的医家用中医理论对眩晕的证治进行了进一步阐述。晋唐时期是中医药学全面发展的阶段，亦对眩晕证治有所发挥。宋金元时期是中医药发展史上的一个重要阶段。它上承秦汉晋唐的医学成就，下启明清时期医学开端，形成了多个中医学术流派。到了明清时期，中医日臻成熟，对眩晕的分析更为详尽，流传至今的医书中也有大量关于眩晕治疗的记载，并积累了大量的方药。

流传下来的中医经典论著浩如烟海，不仅凝聚了作者的经验和心血，更是后学的宝贵财富。历代医家在从先秦到明清两千多年里，记述的临床经验不仅覆盖了地域的广度，也跨越了时间的维度，更有着临床验证的效度。因此，整理古籍便于后续研究发展，是一项振兴中医不可或缺的工作。前人对眩晕的治疗留下的丰富经验，值得我们更加深入地研究与发扬光大。

参考文献

[1] 张炜. 商代医学文化史略[M]. 上海:上海科学技术出版社,2005:100.
[2] 辞海编辑委员会. 辞海 (缩印本)[M]. 上海：上海辞书出版社,1979:1669.
[3] 商务印书馆编辑部. 辞源(第三册)[M]. 北京:商务印书馆,1981:2211.
[4] 辞海编辑委员会. 辞海 (增补本)[M]. 上海: 上海辞书出版社,1982:490.
[5] 张山雷. 中风斟诠[M]. 福州:福建科技出版社,2006:11.
[6] 唐·孙思邈. 千金翼方[M]. 北京:人民卫生出版社影印本,1955:188.

[7] 王焘.医学全书·外台秘要[M].北京:中国中医药出版,2006:385-387.
[8] 从春雨.敦煌中医药全书[M].北京:中医古籍出版社,1994:104.
[9] 宋·陈无择.三因极一病证方论[M].北京:中国中医药出版社,2005:87-88.
[10] 金·刘完素.素问玄机原病式[M].北京:人民卫生出版社,2005:1.
[11] 元·朱震亨.丹溪心法[M].北京:人民卫生出版社,2005:220-222.
[12] 明·张介宾.景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,1991:391.
[13] 清·何梦瑶.医碥[M].上海:上海科学技术出版社,1982:190.
[14] 明·虞抟.医学正传[M].北京:人民卫生出版社,1965:3.
[15] 清·李用梓.证治汇补[M].北京:中国中医药出版社,1999:l.
[16] 清·沈金鳌.杂病源流犀烛[M].北京:中国中医药出版社,1994:5.
[17] 林丰基.中医诊治眩晕证学术源流探讨及文献整理与数据库建立[D].广州:广州中医药大学,2007.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王 佳 收稿日期:2018-10-11)

沉脉在张锡纯病案中的运用※

刘 晓[1] 景佳星[1] 聂金涛[2] 于文涛[1,3*] 董尚朴[1*]

(1 河北中医学院研究生学院,河北 石家庄 050200;2 邯郸市中医院儿科,河北 邯郸 056002;
3 河北省心脑血管病中医药防治重点实验室,河北 石家庄 050091)

摘 要:探讨著名中西医汇通代表人物张锡纯对沉脉的认识。张锡纯是近代著名的中医大家,其著作记载医案颇丰,对临床实践具有重要的参考价值,但学者对其研究多局限于学术观点及诊病用药经验等方面,关于其脉诊方面的研究比较少。本文分析了其代表著作《医学衷中参西录》中关于沉脉的病案,探讨脉诊张氏医案中对脉诊的运用,以期对中医脉诊的研究发挥积极作用。

关键词:沉脉;张锡纯;医学衷中参西录;中西医汇通
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.012 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0026-03

The Application of Deep Pulse in the Cases of Zhang Xichun

LIU Xiao[1], JING Jiaxing[1], NIE Jintao[2], YU Wentao [1,3*], DONG Shangpu[1*]

(1. Graduate School, Hebei University of Chinese Medicine, Hebei Province, Shijiazhuang 050200, China;
2. Department of Pediatrics, Handan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Handan 056002, China;
3. Hebei Key Laboratory of Chinese Medicine Research on Cardio-cerebrovascular Disease, Hebei Province, Shijiazhuang 050091, China)

Abstract: The research mainly studied the understanding of deep pulse by Zhang Xichun, a famous representative of Chinese and western medicine. He was a famous master of traditional Chinese medicine in modern times. His book was rich in medical records and thorough in medical treatment, which important reference value for clinical practice was. However, most of the researches were limited to academic views and experience in diagnosis and treatment of diseases. The subject analyzed the medical records of deep pulse in his representative work *Records of Tradition Chinese and Western Medicine in Combination*, and discussed Zhang's understanding of pulse diagnosis, which play a positive role in the research on the characteristics of TCM diagnosis of pulse.

Keywords: deep pulse; Zhang Xichun; *Records of Tradition Chinese and Western Medicine in Combination*; Chinese medicine and western medicine

历代医家皆重视脉诊在诊察疾病中的作用，对沉脉的记载最早见于《黄帝内经》中“沉而石者，是肾气内着也”，同时还指出沉脉病位在里，主脏病、久病、少阴病以及石水等。张仲景所著的《伤寒杂病论》中指出“肥人当沉”，说明沉脉亦可为平人脉象。及至脉学专著《脉经》，对于沉脉又有了具体的认识，王叔和指出“举之不足，重按乃得，沉脉主里证”[1]。李时珍所著的《濒湖脉学》中是这样描述沉脉的“沉潜水蓄阴经病，数热迟寒滑有痰。无力而沉虚与气，沉而有力积并寒”，指出沉脉需辨沉而有力无力[2]。在继承前人的基础上，张锡纯又提出自己独特的观点，他认为“脉分部位，实大致不分部位”，注重以脉测证，脉诊合参往往药到病除，本篇总结了张氏临证中对于沉脉的理解运用，简单概括如下。

1 水肿

水肿虽是现代医学中的常见病，但早在《黄帝内经》中就有许多散在的论述，认为水肿的病机和阴阳不和、脏腑失调以及痰饮等因素有关[3]。对于脉象沉迟无力的水肿，张氏创立加味苓桂术甘汤，依据脉象沉迟无力，结合水肿，自觉寒凉的症状，诊断为阳气不能宣通所致。他认为“人之水饮，非阳气不能宣通，上焦阳虚者，水

※ 基金项目：河北省中医药管理局科研计划资助项目【No.2014004】；河北省中医药发展资金中医药重大科研专项【No.20181002】
*通讯作者:ywtawen@163.com;dongshangpu@163.com

饮停于膈上，中焦阳虚者，水饮停于脾胃，下焦阳虚者，水饮停于膀胱。”依据此理论，给予加味苓桂术甘汤，往往奏效。书中还指出“若药服数剂后，脉仍如故，病虽见愈，实无大效，此真火衰微太甚，恐非草木之品所能成功，硫磺内服能补火助阳通便，使补火之中大有行水之力，此时可服少许”。张氏曾治年近六旬的水肿证老人，周身皆肿，小便不利，诊其脉沉细，患者自述有疝气，下焦常觉寒凉。此病案给予苓桂术甘汤加野台参、威灵仙一日煎渣再服，皆送服生硫黄末，因硫磺性善利水，施之火不胜水而成水肿者尤为对证，待水肿消去大半后，停汤药单服硫黄，月余水肿尽消，下焦亦觉温暖。他指出，虽皆为脉沉水肿，然须辨有力无力，有力者为热，无力者为寒。“若沉而按之有力者，系下焦蕴热未化，仍当用凉润之药，滋阴以化其阳，惟其脉沉而且迟，微弱欲无，询之更自觉寒凉者，方可用加味苓桂术甘汤。”此外，张氏还提出了很多富有借鉴意义的观点，例如他认为，“牛肉属土，食之能壅滞气血，且其彭亨之形，有似腹胀”，因此水肿治愈后应终身忌食牛肉，否则容易复发。因甘草性偏壅滞，故“凡肿满之证，忌用甘草”，然甘草与茯苓同用，可以转泻湿满，组方用药时可以酌情考虑。“阴虚水肿者，多用利水之药则伤阴；阳虚水肿者，多用利水之药则伤阳”，因此治疗水肿时应以利水药用作向导为辅，辨别病因以根本调治为主。张氏认为水肿之证，“脉浮者宜发汗，恒佐以凉润之药；脉沉者宜利小便，恒佐以温通之药，是知水肿原分凉热，其凉热之脉，可于有力、无力辨之。”

2 气陷

张氏对于大气下陷有独到的见解，他宗李杲之理论，在补中益气汤的基础上拟升陷汤系列，对后世临床有重要的指导意义[3]。他在此类医案中记载的脉象多见沉脉，或沉迟微弱，或沉细欲无，或沉濡，或沉紧等。张氏曾治一人，年近五旬，素有喘疾。因努力任重，旧证复发。诊视其脉，数近六至，而兼有沉濡之象。又一人，年四十八，素有喘病，受外感即发，服小青龙汤有效，一日反复甚剧，大喘昼夜不止，再服小青龙汤分毫无效，诊视其脉数至六至，兼有沉濡之象。两病案皆因患者素有喘病，因外因诱感而旧证复发，出现上逆作喘之证，上逆作喘本应用降逆平喘药治之，然诊其脉皆有沉濡之象，张氏认为“脉濡而兼沉者，中焦气化亦有所不足也”，故不用降气之品，而给予生山药、熟地黄等滋补真阴，再根据兼证加减用之，数剂痊愈。他认为此种喘乃“阴虚不能纳气，故难于吸。因用力太过，大气下陷，故难于呼。其呼吸皆须努力，故呼吸倍形迫促。但用纳气法治之，止治其病因之半，是以其喘亦止愈其半也”，因此投以升陷汤。另有一人，禀赋素弱，自觉胸中之气下坠，努力呼之犹难上达，其下坠之气行至少腹，小便即不能禁，兼见下焦凉甚，肢体无力，诊其脉象左右皆沉濡，而右部寸关之沉濡尤甚，张氏认为此脉乃胸中大气下陷之剧者也。“大气虚陷，心血之循环无力，是以脉象沉濡而迟，肺气之呼吸将停，是以努力呼气外出而犹难上达。不但此也，大气虽在膈上，实能斡旋全身统摄三焦，今因下陷而失位无权，是以全身失其斡旋，肢体遂酸软无力，三焦失其统摄，小便遂泄泻不禁。其下焦凉甚者，外受之寒凉随大气下陷至下焦也。”一人年四十八，大汗淋漓，数日不止，衾褥皆湿，势近垂危，用净萸肉煎汤饮之，翌晨诊其脉沉迟细弱，而右部沉细尤甚，患者亦诉胸中气不上升如有巨石相压。此实系大气陷后，卫气无所统摄而外泄也，遂用生黄一两，萸肉、知母各三钱，数剂以善其后。

3 少阴病

《伤寒论》中有“少阴病，始得之，反发热脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。”的记载。此症为感受寒邪，外表纵有发热，然少阴已为寒邪所伤，而外表纵有发热之时。因少阴之脉微细，近乎于沉。若见寒战脉沉细，可用此方，因病传少阴故而脉沉，麻黄既能发散解表，不但走太阳之经，也能走太阳之府，因此伤寒少阴病用之为宜。曾有一病人，因下利脓血屡治不愈，迁延至下利无度，所下者夹有脂膜，患者自觉上有浮热，饮食皆难下咽，乃肠溃疡之证，肠溃疡大多属于热，然其脉微弱而沉，左三部几乎不见，张氏认为“脉微弱而沉，乃少阴之脉也”，给予生硫磺、熟地黄、龙眼肉等十余剂，下痢始愈。

4 痰热

张氏曾治一年二十许妇人，此人数日之前觉胸中不舒，忽然昏睡，半日不醒。唇动，其脉沉迟。他认为“凡唇动者，为有痰之征。肾气不上达于心，其阴阳之气不相接续，心脏遂跳动无力，致脉象沉迟细弱也。”又一妇人，因临盆努力过甚，产后数日，胁下作疼，又十余日，更发寒热。服生化汤两剂，病大见愈，数日后寒热又作。时当仲夏，身热如炙，又复严裹浓被，略以展动，即觉冷气侵肤。左脉沉细欲无，右脉沉紧，皆有数象。紧为受寒之脉，数为有热，乃知此证为热药所伤。“脉沉紧者，其脉沉而有力也。夫有力当作洪象，此证因大气下陷，虽内有实热，不能鼓脉作起伏之势，故不为洪而为紧，且为沉紧也。其独见于右部者，胃先受之也。”张氏认为此病案中左脉沉细欲无，右脉沉紧皆有数象，从前服生化汤，借川芎升举之力而暂时见效，然川芎能升举清阳却不能补清阳之气，故而病情又出现反复。

5 温病

《伤寒论》中说“太阳病，发热而渴，不恶寒者为温

病”。张氏认为温病多受于冬，至春而发，其病机自内向外，有时病机郁而不能外达，其脉或即现沉细之象，此时若误以为凉，必至误事。张氏曾治一病人，因天气燥热，迁居劳碌，有汗受风，遂觉周身微发热兼酸懒不舒，渐至卧床闭目，精神昏昏，诊其脉左部沉弦，右部洪实，数近六至。家人告知平时性多急躁，忧思过度，大便干燥。遂给予白虎汤以清阳明之热，并以调气舒肝之药佐之。因“其左脉沉弦者，知其肝气郁滞不能条达，是以呻吟不止，此欲借呻吟以舒其气也，其右脉洪实者，知此证必有伏气化热，窜入阳明，半日之间若斯之剧也。”又一人得温病，见咽喉作疼，舌强直，心中热且渴，频频饮水，然脉异常沉细，脉症不符，张氏认为“温病脉若沉细，则多系阳证”，因温病多为冬季感受温邪，至春季发之，邪气郁而不能外达而见沉脉，给予寒解汤治之。一五旬老叟，夏日得温热结胸，心下痞闷，甚烦热，诊脉左部沉弦，右部沉牢，此为温病早下形成结胸，张氏对症施治，使痞闷与烦热皆愈。此外，张锡纯对于温病的用药亦有独到的见解。例如他认为“薄荷内透筋骨，外达肌表，为温病汗解的要药。”温病发汗不用麻黄而用薄荷，因薄荷味辛性平，服后出凉汗，可解温病之热，麻黄用之不易出汗，即便出汗也难以取效。又经反复验证得之“蝉蜕为温病初得之要药”。对于“麻杏石甘汤为救温病误治之方”，张氏认为将古方分量稍加变通后，实为“温病初得之主方”；大青龙汤治疗温病时，以薄荷易桂枝更为妥当。

6 讨论

脉诊自古以来就是中医诊察疾病、收集病情资料的重要手段，然而由于“脉理精微，在体难辨，心中了了，指下难明”，因此传承脉诊成为中医学者面临的重要难题之一。张锡纯为清末民初著名中西汇通医学大家，是近现代中国中医学界的医学泰斗，其深厚的理论造诣和丰富的临床经验集中体现在《医学衷中参西录》中。张氏在临床辨证治疗中非常重视以脉测证，据统计在《医学衷中参西录》中共计2473处对脉诊的描述[4]，大多出自医案，其中既有单因素脉，也有复合脉，对于临床诊疗具有借鉴和指导意义，值得我们进一步挖掘其宝贵的经验。

参考文献

[1] 于晓飞，王天芳，赵燕，等. 浮脉、沉脉的脉象特征及临床意义发展源流[J]. 中医杂志，2016，57(5)：366-369.
[2] 程宝书，张艳秋. 濒湖脉学译注[M]. 北京：中国中医药出版社，2013：64-65.
[3] 范晓燕，任红艳.《黄帝内经》对水肿病机的探析[J]. 河南中医，2018，38(10)：1473-1475.
[4] 李海松. 张锡纯“大气下陷”学说初探[J]. 内蒙古中医药，2017，8(15)：140-141.
[5] 王云凯，杨医亚，李彬之. 医学衷中参西录[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1991.

（本文编辑：张文娟 本文校对：李 强 收稿日期：2018-12-11）

（上接第23页）“手形”动作轨迹，施力方向及柔和度等操作环节，评价其技能操作水平的一种考核方法，属于传统推拿手法评价方法。体测法：以评价者本身作为施术对象，切身感受操作者手法操作，评价操作者手法力度、均衡度及渗透性的一种考评方法。机测法：使学生在推拿手法测定仪上操作，根据仪器显示的数据参数与教师操作出来的参数比较，来评价操作者推拿手法操作水平的一种考核方法。并且规范了实践技能考核过程：要求教师一对一地对学生进行考核，以确保其质量。这些实践技能考核方法有效激发了学生积极的实践，学生的实际操作技能水平及学习效果得到显著的提升。经过多方面、多层次的考核，提高学生推拿手法的规范性、准确性以及在临床中的应用能力，以培养学生的临床应用能力，提高学生技能操作水准，弥补缺陷。

3 结语

随着信息技术在各个行业的广泛普及，网络信息教育也在大趋势下催生。微课具有“主题突出、内容精简、交互性好、应用面广”等众多优点，作为一种新的教育信息资源，其已经得到教育界人士的广泛认同，微课概念在教育领域迅速散播，相关实践与应用亦快速开展，并由此拉开了在全国各地各级各类微课大赛的序幕。微课已成为我国当前教育信息化资源建设的研究热点和重点。推拿手法学是我国传统医学的重要宝藏，其不仅是一门古老，更是一门新型的学科。其作为桥梁连接了推拿临床和推拿基础，使其相互融合。因此，推拿手法实训对能否培养合格的推拿医师是不可缺少的。本着多动手，勤训练的原则，强化学生实践操作能力，笔者通过开展微课教学使学生更容易掌握相关知识，能积极调动学生的学习积极性和对新知识的探索，如通过观看微课视频，可加深对手法操作的理解，更容易体验重点难点以及易错点。使学生能够快速成长到“一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”的推拿境界。

参考文献

[1] 王树东，董宝强，王芳玉. 推拿手法教学的探索与实践[J]. 中国校外教育，2014，8(S3)：81，87.
[2] 李冀. 翻转课堂在特殊教育学校推拿专业实践教学中的应用[J]. 卫生职业教育，2016，34(11)：59-60.
[3] 李亚军，安世林，师振江，等. 骨伤科疾病手法治疗的微课教学评价[J]. 中国社区医师，2017，33(16)：163-164，166.

（本文编辑：张文娟 本文校对：王雪霞 收稿日期：2018-09-30）

Experience of Prestigious Doctors 名医经验

米子良教授治疗心系病证临证经验※

史圣华 金 星 王亚梅 麻春杰 张志芳*

（内蒙古医科大学中医学院，内蒙古 呼和浩特 010110）

摘 要：介绍米子良教授治疗心系病证的临床经验，米子良教授诊断心系病证的病理变化不外乎虚实两个方面，虚证主要有气血阴阳的不足，实证主要有气郁化火、痰气瘀阻、血瘀阻络等，在治疗时，对于虚证其偏重益阴养血，补气生血及温阳益气之法。对于实证善用清火、涤痰、行瘀之法。另其对于心系病证的患者常嘱咐其在生活、情志方面要保持乐观心态，有利于病情的康复。

关键词：心系病证；临床经验；米子良；中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.013 **文章编号**：1672-2779（2019）-12-0029-03

Clinical Experience of Professor Mi Ziliang in Treating Heart System Diseases

SHI Shenghua, JIN Xing, WANG Yamei, MA Chunjie, ZHANG Zhifang

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

Abstract: This paper introduces Professor Mi Ziliang's clinical experience in the treatment of heart diseases and syndromes. Professor Mi Ziliang's diagnosis of heart diseases is nothing more than deficiency and excess. Deficiency syndromes mainly include deficiency of qi, blood, yin and yang. Empirical evidence mainly includes stagnated qi transforming into fire, phlegm and qi stagnation, blood stasis blocking collaterals. In the treatment of deficiency syndrome, Professor Mi emphasizes the methods of nourishing yin and blood, invigorating qi and promoting blood circulation, and warming yang and invigorating qi. The methods of clearing fire, eliminating phlegm and removing blood stasis are good for evidence. In addition, Professor Mi often tells patients with heart diseases to keep optimistic attitude in life and mood, which is conducive to the recovery of the disease.

Keywords: heart disease; clinical experience; Mi Ziliang; therapy of TCM

米子良（1939—），男，内蒙古自治区著名中医专家，是内蒙古自治区首批和第二批老中医专家学术经验继承工作指导老师，国家中医药管理局重点学科“伤寒学”学术带头人，享受政府特殊津贴。米子良教授一直在中医教学、临床、科研的工作岗位上默默奉献，其临床经验丰富，擅长用经方诊治内科疾病，尤其对于心系、脾胃系疾病治疗效果显著。

心为五脏六腑之大主，主血脉，主藏神。心系病证病理变化以虚证和实证为主，但也有虚实夹杂者。虚证为气血阴阳的不足，实证为火热、痰浊、瘀血等邪气的阻滞，而虚实夹杂者病机较为复杂。米老师从医五十余载，对心系病证的治疗有独特的认识，而临床其所治心系疾病以失眠、胸痹多见。现将其治疗心系疾病之经验介绍如下。

1 温阳补气滋阴养血以补虚

心病的虚证主要有气血阴阳的不足。对于此类虚证米老偏重益阴养血，补气生血及温阳益气之法。

1.1 气血亏虚 益气生血以补虚 心气的产生与肺、脾、肾三脏关系密切。因此无论感受外邪，或饮食不当，或先天不足，或年老体弱，病及肺脾肾，日久均可导致心气亏虚。心以血为养，以神为用。如果心血化生不足、或消耗过度、或严重失血等都可导致血不养心。此外，肝为藏血之脏，脾为气血生化之源，肝血虚、脾气虚均可致心血亏耗，心神失养。米老善用归脾汤加减治疗心脾气血两虚之失眠。药用参、术、苓、草健脾益气，辅黄芪以增强益气之效；当归、枣仁、龙眼肉、远志补血养心安神；木香理气醒脾，使补而不滞；生姜开胃进食，大枣补脾和胃，益气调营，并能益血止血，养心安神。生姜得大枣，可缓和其刺激之性，大枣得生姜，可防止气壅致胀之偏，姜枣相配，能增进食欲，帮助消化，从而有利于药物的吸收和作用的发挥。

1.2 阴血不足 滋阴养血疗不足 各种因素引起的机体津液亏损，阴精亏虚，均可导致心之阴血不足。心阴不足，水不济火，心火独亢；或阴血亏虚，阳无所附，虚阳内扰；均可使虚热内生，扰乱心神。心肺同居上焦，心肾水火相济。心火上炎时常伴肾阴不足，使肾水不能上济心火，形成心肾不交证；米老善用天王补心丹、六味地黄丸、炙甘

※ **基金项目**：第六批全国老中医药专家学术经验继承项目；国家中医药管理局全国老中医药专家传承工作室建设项目；国家中医药管理局重点学科——伤寒学建设项目课题【No.2012】；内蒙古自治区自然科学基金项目【No.2017MS08117】

* **通讯作者**：1131794336@qq.com

草汤、交泰丸等加减治疗心之阴血不足而致的失眠、心悸等证。米老认为由于阴血不足，不能涵养心神，故会出现心神不安，失眠，多梦，心悸等症，所以药用生地黄、当归、白芍滋阴养血，清虚热，党参、甘草等补益心气，党参与生地黄，二者配伍，一益气，一补血，一阴一阳，一动一静，生地黄甘寒质润资心血充于脉道，党参阳动迅捷益气之能，使血行阳动，畅旺不休[1]。天冬、麦冬滋阴润燥、清心除烦。茯神、远志、酸枣仁、柏子仁养心安神，交通心肾。若阴虚不能涵阳而致心火偏亢，则加黄连、黄芩清心火，菊花清热平肝，大黄清热泻火，釜底抽薪。

1.3 阳气不足 益气温阳补其虚 《素问·金匮真言论》有曰："心阳，阳中之阳也。"谓心居上焦，属阳脏而主阳气。胸阳不振，则鼓动血脉无力，阴寒内盛，阴乘阳位，痹阻心脉，而见胸部痞闷或疼痛，米老善用枳实薤白桂枝汤加减治疗。方中桂枝通阳散寒，降逆平冲，薤白辛温通阳散结，化痰散寒，能散胸中凝滞之阴寒、化上焦结聚之痰浊、宣胸中阳气以宽胸，瓜蒌与薤白，一荡涤胸膺之痞结，开气机之闭塞，一洞心胸之君阳，使离照之空无阴霾之虞[1]。枳实开胸散结，消痞除满。若有瘀滞则配伍丹参以活血祛瘀，且丹参可扩张冠脉，增加心肌血流量，扩张外周血管合血流增加。

2 清火涤痰化饮行瘀以祛实

心系病的邪实，不外乎气郁化火、痰气瘀阻、血瘀阻络，对于此类实邪，米老善用清火、涤痰、行瘀之法。

2.1 气郁化火 疏肝解郁以清火 心主血脉、主神明的物质基础在于气血，气血精微周行脉中依赖于肝木条达疏泄之功，肝之疏泄不及与太过均可致心脉气血功能紊乱[2]。情志过激可导致心神血脉失常。《素问·阴阳应象大论》曰："暴怒伤阴，暴喜伤阳，厥气上行，满脉去形"[3]。若气机不畅，情志失常，可影响心之气血运行，初起气机阻滞，日久心血瘀阻；若素有胸痹、心痹，情志过激，常可诱发病情急发或加重。若忧思过度，耗伤心脾，可致气血更虚，心神失养。若素体阴虚，复加情志不舒，日久化火，可致阴液更亏，虚火扰神。米老善用丹栀逍遥散加减治疗，牡丹皮、栀子清肝热；肝体阴而用阳，柴胡、薄荷疏肝清热；当归、白芍养肝血，共同配伍补肝体助肝用；茯苓、白术健脾胃；若肝郁甚胁痛，加香附，郁金疏肝解郁。

2.2 痰气阻滞 豁痰泄浊 《古今医统大全·不寐候》："痰火扰心，心神不宁"；清朝唐容川《血证论·卧寐》中记载："肝经有痰，扰其魂而不得寐，温胆汤加枣仁治之。"[4]《医学心悟·不得卧》："有痰湿壅遏神不安者，其症呕恶气闷，胸膈不利，用二陈汤导去其痰，其卧立安。"米老用化痰法治疗失眠症往往适用于久治不愈的顽固性失眠。方用温胆汤加减，方中枳实、竹茹清热化痰，加瓜蒌化痰宽胸，散结通痹，远志化痰安神，石菖蒲开心窍；生龙骨重镇安神；合欢皮解郁安神；酸枣仁、夜交藤养血安神，茯苓、车前子健脾利湿。米老常教导我们，无论病之新久，若辨证明确，用药得当，就会收到桴鼓之效。

2.3 瘀血阻络 通利血脉以行瘀 心主血脉，血液运行于脉中，如环无端，周流不息，其运行有赖于五脏的协调作用：即心气的推动作用，肺朝百脉及其宣降作用，肝气的疏泄和调节作用，脾气的统摄作用，肾阳的温煦作用。若寒邪侵袭，血脉收引，血液凝滞；或邪热内迫，汗出伤津，血液黏稠；或心气虚衰，推动无力，血行缓慢；或气机阻滞，痰瘀互结，闭阻脉络；或血脉失养，管壁受损，脉管滞涩；均可引起血液在脉中运行不畅，不通则痛，则会引起心脉痹阻。

米老认为心脉瘀阻是导致胸痹的主要原因，治疗在辨证论治的基础上要注重活血化瘀、通利血脉。常用方为血府逐瘀汤加减，药用桃红四物汤活血祛瘀，四逆散疏肝解郁，桔梗开胸膈之气，与枳壳、柴胡同用，尤善开胸散结，牛膝引瘀血下行，一升一降，促使气血更易于运行。瘀阻甚加丹参与三七，一者活血止痛、养血安神而有功，再者强虚止血、消肿止痛而无瘀，二者配伍，有相辅相成之妙[5]。米老临证用药灵活，善传统药效与现代药理相结合，还常用决明子、葛根皆取现代药理研究之成果，决明子降血脂、降血压，葛根扩张冠脉以改善心肌之供血，诸药合用可使瘀祛痰消，肝阳沉潜，血压下降，心脉通畅而心体得安。

另外，米老在治疗心系病证时，常常不忘嘱咐患者要保持生活规律、心情舒畅，因生活无节制，精神抑郁是发病的根源，身心愉快则有利于疾病的康复。

3 医案举隅

史某，男，47岁。2011年9月3日初诊。主诉：失眠20年，伴心慌，心悸4个月。初诊：患者自述20年前因婚姻与工作不顺，逐渐出现失眠，严重时彻夜不寐，后经多方治疗效欠佳，失眠仍时好时坏，一直迁延至今。4个月前因突发心梗入院治疗，安放心脏冠脉支架后病情缓解，然失眠反而加重，遂求治于米老。刻症见：每晚入睡困难、睡后梦多且易醒，醒后无法入睡，每夜睡眠约2 h，且心中时觉恐惧紧张，心悸，胸闷太息，望其面色晦暗、二目无神，查其舌暗苔黄厚腻，脉弦滑数。心电图示：T波异常（心肌缺血改变）。中医诊断：不寐，证属痰热扰心，治宜清热化痰，方用温胆汤加减。处方：陈皮10 g，法半夏9 g，枳实10 g，竹茹10 g，茯神20 g，夜交藤40 g，合欢皮15 g，石菖蒲15 g，远志10 g，瓜蒌20 g，生龙骨20 g。7剂水煎服，日1剂。

服药2剂后入睡困难已稍有改善，睡眠质量好转，仍感胸闷，气短，上方加丹参10 g，郁金10 g。7剂水煎服，日1剂。

服药7剂后入夜可寐7 h，仍多梦，胸闷、恐惧感消失，夜尿2~3次，上方加益智仁10 g，桑螵蛸10 g。7剂

水煎服，日1剂。

服药7剂后已能基本正常睡眠，每日睡5~7 h，只偶感心前区憋胀或疼痛，余症均愈，仍以上方加减10剂服之，诸症消除。

按语：此患20余年前因情志不遂而致气郁痰结扰动心神而发失眠，虽经医治，但未能彻底根治，痰气郁结未除，日久气滞又致血瘀，终渐使气滞血瘀痰结痹阻心脉而发心梗。虽放冠脉支架改善心脏供血，然病因仍未去除，痰热内扰，故见心烦、心悸、失眠；痰火扰动心神则恐惧、紧张；痰瘀内阻，气机不畅则胸闷、胸痛。故米老启用温胆汤清热化痰，加瓜蒌化痰宽胸，散结通痹，远志化痰安神，石菖蒲开心窍；生龙骨重镇安神；合欢皮解郁安神；夜交藤养血安神。全方共奏清热化痰安神之功，因药证相符，用药精当，故获效甚捷。二诊加郁金、丹参，逐心脉之瘀，且有凉血清心安神之力，可改善心脏供血。三诊加用益智仁、桑螵蛸为收涩缩尿而设。

20年之宿疾，经20 d治愈，可见中医辨证准确，用药得当，定有桴鼓之效。诚如《黄帝内经》云：“……疾虽久，犹可毕也。言不可治者，未得其术也”。米老亦常教导弟子，在治病过程中，若用药不效，需深究自己医术，详审辨证与用药，不可反责病者所患之疾为顽证，重证；更不可危言耸听，增加患者心理压力，使病情加重或疾病缠绵不愈。

参考文献

[1] 李轶璠,刘签兴,赵永辰,等.国医大师李士懋治疗心系疾病用药心法[J].中华中医药杂志(原中国医药学报)2017,9(32):4020-4022.
[2] 高源,王饶琼,白雪.“双心疾病”中医辨治思路[J].中医药导报,2016,22(13):5-7,10.
[3] 程士德,孟景春.内经讲义[M].上海:上海科学技术出版社,1993:25.
[4] 唐容川.血证论[M].北京:人民军医出版社,2007:115.
[5] 肖森茂,彭永开.百家配伍用药经验采菁[M].北京:中国中医药出版社,2012:213.

（本文编辑:张文娟 本文校对:莫日根 收稿日期:2018-12-11）

李吉彦教授对阳虚盗汗的独特见解※

赵慧燕[1] 李 薇[2] 高奎亮[3] 李吉彦[2*]

（1 辽宁省大连市普兰店区中医医院中医科,辽宁 大连 116200;2 大连市中医医院中医科,辽宁 大连 116013;
3 大连医科大学中西医结合研究院,辽宁 大连 116044）

摘 要:汗证是临床常见杂病中较为常见的一个病症,中医对其有比较系统、完整的认识,常有自汗、盗汗之分。盗汗主要以寐中汗出,醒后即止为特点,既往医家多以阴虚立论,认为盗汗为虚火内扰、阴血亏虚、逼津外泄所致。李吉彦依据中医经典理论对盗汗的论述,着眼于阴阳,从阳虚证辨证并对盗汗进行治疗。指出临证时应审因辨证,视其阴阳,然后施治,不可拘泥于“盗汗必属阴虚”一说。

关键词:盗汗;阳虚;辨证施治;李吉彦;医案
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.014 **文章编号:**1672-2779(2019)-12-0031-04

Unique Insight of Professor Li Jiyan into Yang Deficiency and Night Sweats

ZHAO Huiyan[1], LI Wei[2], GAO Kuiliang[3], LI Jiyan[2]

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Pulandian District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116200, China;
2. Department of Traditional Chinese Medicine, Dalian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116013, China;
3. Research Institute of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116044, China)

Abstract: Sweating disease is a common disease in common clinical disease. Traditional Chinese medicine has a relatively systematic and complete understanding of it, often with self-sweating and night sweats. Night sweats are mainly characterized by sweating in the middle of the sputum, and they are characterized by waking up. It is believed that night sweats are caused by virtual fires, yin and blood deficiency, and forced leakage. Based on the classical traditional Chinese medicine theory, Li Jiyan's discussion of night sweats focuses on yin and yang, and distinguishes syndrome from yang deficiency syndrome and treats night sweats. It is pointed out that when the clinical card is examined, it should be judged by syndrome differentiation, depending on its yin and yang, and then treated. It should not be discerned that "the night sweats must be yin deficiency".

Keywords: night sweats; yang deficiency; treatment based on syndrome differentiation; medical cases

在临床上，汗证常有自汗、盗汗之分，是指汗出异常的证候。“盗汗”名出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》，可由虚火扰津、阴液不足、逼津外泄作汗，或心液不藏、心神不宁、心血不足而成盗汗，其特点是寐则汗出，寤则汗收。历代医学家多将盗汗归为虚火内扰、阴血亏虚、逼津外泄。《医学正传·汗证》[1]云：“若夫自汗与盗汗者，病似而实不同也。其自汗者，无时而激激然出，

※ 基金项目:辽宁省名老中医药专家传承工作室建设项目
* 通讯作者:lijiyan_9@163.com

动则为甚，属阳虚，胃气之所司也；盗汗者，寝中而通身如浴，觉来方知，属阴虚，营血之所主也。大抵自汗宜补阳调卫，盗汗宜补阴降火。”但并不是所有盗汗均为阴虚所致，也有部分为阳虚所致，使用温阳益气的方法效果显著。如《灵枢·本脏证》[2]中有云：“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合者也……卫气和则分肉解利，皮肤调柔，腠理致密矣。”因此，卫气也就是阳气，主要作用是协调汗孔的开闭，阳气不足者卫气也会虚弱，卫气旺盛则盗汗不发。夜间卫气入于阴分，表阳不足，汗液自出，清晨腠理能固，卫气出表，汗液自止。《景岳全书·汗证》[3]提到：“若睡中盗汗而无火者，宜参苓散、独参汤主之；若阳气俱虚者，宜参附汤、大建中汤之类主之。若气虚火衰之甚者，宜大补元煎、六味回阳饮之类主之。”《诸病源候论卷三·虚劳盗汗候证》[4]曰“盗汗者，因眠睡而身体流汗也，此由阳虚所致。”因此，盗汗并不都是阴血亏虚，属阳虚者亦有之。

李吉彦教授作为全国第三批名老中医学术经验优秀继承人，辽宁省名老中医药专家传承工作室指导老师，辽宁省名中医学术继承老师，辽宁省名中医，辽宁省高层次人才项目成员，大连市第一、二、三批省名中医学术经验指导老师，大连市名中医，大连市优秀专家、市政府特帖专家，大连市中医医院科研教学副院长，师从国医大师唐祖宣、李佃贵。一直从事着内科临床工作30余年，临床擅用经方治疗内科疑难杂症，尤其对脾胃疾病效果显著。

李吉彦教授不但对脾胃病的治疗颇有造诣外，而且对内科杂病辨证见解独特，通过深入研究和巧妙用药，收到较好疗效。李师认为并非所有的盗汗都属于阴虚，属血虚者有之，属气虚者有之，属阳虚者有之，属湿盛者有之，并强调虽然在临床上阳虚盗汗并不多见，但却真实存在，故不能忽视其存在。现将李吉彦治疗阳虚盗汗2例验案进行归纳分析，报道如下。

1 医案分析

案1 王某，男，45岁，公务员。2016年8月16日因盗汗6月有余，加剧伴疲乏7天，前来我院就诊。自诉6月以来，晚间寐后汗出，以肩颈部为主，醒后方止，晨起四肢稍冷、头稍沉，曾服用知柏地黄丸、六味地黄丸、玉屏风散和当归六黄汤等药物无效。7天来，盗汗程度加重，次数增加，汗后全身发凉，皮肤湿冷粘手，白天困倦乏力嗜卧，精神欠佳，工作无法集中精力。观其神疲气短，面色白，舌淡胖边有齿痕、苔薄白，脉沉细。属阳气虚衰，阴寒内盛，桂枝加附子汤合黄芪桂枝汤主之。黄芪100 g，赤白芍各15 g，桂枝10 g，炒白术10 g，炮附片20 g（先煎），细辛5 g，党参15 g，土茯苓20 g，防风15 g，羌独活各20 g，葛根20 g，生甘草10 g，海风藤15 g，青风藤15 g，白芥子10 g，片姜黄15 g，浮小麦35 g，川芎10 g。姜枣引，服用7剂，盗汗减轻，睡眠改善。继服原方7剂，盗汗停止，已恢复正常工作。

按语： 盗汗由阴虚所致较为多见，但不应忽略阳虚所致之证。出现阳虚之证者投以滋阴养血之药不仅无功反而可能有害。李师分析，该患者符合《伤寒论》第20条原文：“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。”方中浮小麦配黄芪益气固表敛汗；细辛、海风藤、青风藤、白芥子、片姜黄祛风湿止痹痛；附片、桂枝、生姜扶阳固表止汗；防风、葛根达表解肌；白芍配桂枝调和营卫；白术、党参、土茯苓健脾；川芎、赤芍活血化瘀。

案2 谭某，男性，68岁，农民。于2015年6月12日来我院就诊，以“反复寐时汗出3年余，加剧7天”为主诉。患者为农村妇女，自2012年5月以来常在入睡后全身汗出，曾服大量滋阴养血敛汗之剂，证候未见明显好转。近7天症状加剧，入睡后周身汗出淋漓，刻下症见面色白，伴神疲乏力、肢寒畏冷，夜尿多。其舌淡、苔白、脉沉细。辨属心肾阳虚，表疏不固，桂枝加附子汤合生脉散主之：炮附片10 g（先煎），党参15 g，桂枝10 g，炒白芍15 g，麦冬10 g，苏梗15 g，五味子5 g，浮小麦35 g，连翘10 g，防风15 g，生龙牡各50 g（先煎），山萸肉5 g，炙甘草5 g，生熟地黄各15 g，姜枣引。

按语： 李师认为该患者常年家事繁忙，劳伤卫阳，久病伤及心肾所致。所见肢寒畏冷，面色白，神疲气短，夜尿多，脉沉细均是阳虚之征，温阳固表可愈之。《伤寒论》[5]第64条原文“发汗过多，其人叉手自冒心、心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之”。方中附片、生姜、桂枝扶阳固表止汗；桂枝配甘草可温补心阳；防风、浮小麦固表；生龙牡敛汗安神；生脉散益气滋阴；山萸肉、生熟地黄滋养肾精。

案3 张某，女，26岁。隆冬之时因咳嗽，伴畏寒肢冷无汗，服清热化痰、解表散寒药后好转，但盗汗不止。于2016年5月28日来我院就诊，自诉睡觉时汗出如雨，每夜内衣湿透，醒则自止，曾服用当归六黄汤无效。观症见：形体肥胖，声低懒言，面色㿠白，畏风，口干喜热饮，便溏，舌质红，苔薄黄，脉沉细。辨其为虚火上灼、阳气亏虚所致，阳虚盗汗，方投玉屏风散合桂枝加附子汤化裁：炒白术50 g，防风15 g，炙黄芪30 g，桂枝15 g，炙甘草12 g，生姜15 g，大枣20 g，附片20 g（先煎），白芍15 g，人参15 g。服用7剂后盗汗止，诸症皆愈。

按语： 《景岳全书·汗证》[3]曰：“若睡中盗汗而无火者，宜参苓散、独参汤主之；若阳气俱虚者，宜参附汤、大建中汤之类主之。若气虚火衰之甚者，宜大补元

煎、六味回阳饮之类主之。”人参补气助玉屏风散益气固表；附片温阳；炒白术既可益气敛汗又可健脾除湿；桂枝调和营卫。诸药合用，使阴平阳秘，盗汗得解。

2 临证经验

“盗汗”出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》，历代医家多将其病机概括为阴血亏虚、虚火内扰、逼津外泄，如《医略六书·汗病》指出：“盗汗属阴虚……因阴气空虚，睡时卫气乘虚陷入，则表无护卫而营中之火独旺于外，蒸藤汗出；醒则卫气行阳而气固于表，其汗乃止。多见于虚劳之人。”《医学正传·汗症》云：“盗汗者，寐中而通身如浴，觉来方知，属阴虚，营血所主也……宜补阴降火”[1]。朱丹溪对汗证的病理属性做了概括，认为盗汗当属血虚、阴虚。现代历版教材亦均将盗汗归于阴血虚，如周仲瑛主编的《中医内科学》中就指出“盗汗多属阴虚内热”，在“分证论治”中将盗汗辨为“心血不足”和“阴虚火旺”两型。

李师从医数十载，发现盗汗并非均属阴虚。以阳虚论治盗汗者亦不少见，如《素问》云：“阳者，卫外而为固也。”阳虚则卫外不利，故睡时汗出，醒后阳气渐复则汗止也。《诸病源候论》认为：“盗汗者，因睡眠而身体流汗也，此由阳虚所致。”清代名医郑钦安于《医理真传》中曰：“夜分乃阳气潜藏之时，然而夜分实阴盛之候，阴盛可以逼阳于外，阳浮外亡，血液随之，故汗之，曰盗汗。”阐述了盗汗发生是由于阳气亏耗日久，津液失固，心液不能内藏而外泄所致。因此，临证时若拘泥于旧法，未能细致辨证，而一味滋阴降火、养血敛汗，不去扶阳益气，则难成其效。而王肯堂在《证治准绳》中指出：“卫与阳一体也，阳衰则卫虚，所虚之卫行阴，当瞑目之时，更无以固其表，故腠理开津液泄而为汗，迨寤则目张，其行阴之气复散于表，则汗止矣。”十分明确地阐述了阳虚盗汗的机理。李师认为，卫阳虚弱，不能卫外，自身卫气虚弱者，阴液不能固护于内，阳虚盗汗的病因是血行外泄而盗汗，醒后卫阳复出于表，阴阳内外协调，则汗止。

阳虚所致盗汗，治当温阳益气为法。气与阳本属同类，但程度不同，气虚病情轻浅，阳虚病情较深。因此，两者治疗时宜区别对待，否则就有可能出现病轻药重（仅有气虚而阳虚不甚，却运用补阳之药）或病重药轻（阳虚较甚却仅用补气之药）之误。下面分 2 种证型来进行论述。气虚所导致的盗汗主要责之肺脾，治疗应以补益肺脾为法。具体用药时，还应该根据肺虚与脾虚的不同分而治之，如李中梓在《医宗必读》中云：“肺虚者益其皮毛，脾虚者壮其中气”，肺虚当以补肺汤化裁治疗。方中人参、黄芪大补肺脾元气，固表实卫，为主药；熟地黄滋养肾水，肾水足则上滋肺阴，肺阴充则能滋养肺气，间接增强肺气益卫固表的功效，同时肺气足则肾阴充，实寓金水相生之意；五味子酸温，具有收敛固涩、益气生津的功效，能助人参、黄芪固表止汗，为辅药；紫菀辛能润肺，温能补虚，为佐使药。阳虚所致盗汗，治宜温阳固表。阳与气本属同类，阳虚是气虚的进一步发展和加重，故可在前面阐述的益气方基础上加用附片、肉桂等温壮真阳之药，就可获温阳益气之功效，以达到阳旺气充卫固而汗止之目的。李师认为，阳虚盗汗的治疗应温阳固表，敛汗扶正，以达到扶正祛邪，清收并用之效。在临床治疗中常用桂枝加附子汤合黄芪桂枝汤或桂枝加附子汤合桂枝甘龙牡汤和生脉散加减，并结合《伤寒论》[5]第 20 条原文“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。”《伤寒论》[5]第 64 条原文“发汗过多，其人叉手自冒心、心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之”。可见，李师治疗阳虚盗汗多以经方立论，并善用附子。

附子始载于《神农本草经》[6]，是一味传统中草药，其味辛苦，有毒，性辛、大热，具有补火助阳，回阳救逆，散寒止痛之功效。《伤寒论》[5]中使用附子的方十余个。在《本草汇言》[7]中：“回阳气，散阴寒，逐冷痰，凡阳虚阴极之候，肺肾无证者服之有起死之殊功。”李师指出，附子虽有毒，但其功较著，临证当视其证者巧妙用之，只要严谨配伍，并按要求煎煮，就会有事半功倍之效。

他认为，阳虚阴寒非附子不能胜任也。在治疗中，需要兼顾阴虚盗汗、阳虚自汗之常法的同时不能拘泥于一己之见，需要全局考虑。在临床治疗中，根据病情随证加减。常在方中用桂枝、附子、生姜扶阳，固表止汗，重用大剂量的浮小麦和黄芪，益气固表敛汗，方中可用白术调和营卫，可佐防风、葛根解表达肌，用细辛、青风藤、海风藤等祛风止痹；气滞血瘀者，可用赤芍活血化瘀；脾虚卓著者，用党参、白术、土茯苓以健脾气；汗出卓著、伴有心神不安、夜寐欠佳者可加生龙骨牡蛎敛汗安神；肾精不足者，可用熟地黄、山萸肉增养肾精；气阴两虚者，可合用生脉散益气养阴[8-15]。

李师认为，审因辨证，谨守病机是治疗盗汗的关键，如《景岳金书·汗证》[3]有载：“所以自汗盗汗，亦各有阴阳之证，不得谓自汗必属阳虚，盗汗必属阴虚也。”盗汗实质上是疾病过程中的一个特殊症状，是由于阳气亏耗日久无法固护阴液，致使心液（汗为心之液）不能内藏而外泄，如果一味滋阴养血，不去温阳益气，则不仅无功，反而有害。

因此，在临床治疗盗汗时，应视其阴阳属性，然后施治，就能收到预期效果。同时兼顾考虑固表敛汗以及脏腑之间的相互关系，正邪兼顾，标本兼用，其中至要者，常观其脉证，知犯何逆，随证治之。

参考文献

[1] 明·虞抟. 医学正传[M]. 北京：中医古籍出版社，2002：105-106.

[2] 河北医学院.灵枢经校释[M].北京:人民卫生出版社,1982:225.
[3] 沈钦荣.张景岳康复医学思想及学术成就[J].康复学报,2017,27(4):51-54.
[4] 吴晓云,刘天君.《诸病源候论·目病诸候》之三候原文整理[J].中国中医眼科杂志,2012,22(5):380-383.
[5] 柯雪帆.伤寒论选读[M].上海:上海科学技术出版社,2013:82.
[6] 神农本草经[M].北京:人民卫生出版社,1963:212-213.
[7] 明·倪朱谟.本草汇言[M].上海:上海科学技术出版社,2005:115-116.
[8] 罗仁,曹文富.中医内科学[M].北京:科学出版社,2012:63-64.
[9] 梁华龙.伤寒论评话第31章三阳病皆有盗汗,汗溲便正负相关——阳明病总论(二)[J].中医学报,2014,29(7):975-978.
[10] 陈娇娥.凝血酶封堵假性动脉瘤1例失败原因分析及护理体会[J].中医学报,2014,29(B07):91.
[11] 孙宇鹏,张伟.从五脏相关论治"肺胀"汗证[J].中医药学报,2016,44(1):6-8.
[12] 郭宇飞,蔡文敏.从中医"风邪致病"理论看浆细胞性乳腺炎的发病[J].中医学报,2015,30(3):386-388.
[13] 宋淑芳.中西医结合治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J].中医学报,2015,11(9):1348-1350.
[14] 吕波,王雪榕,赵铭宇,等.王克勤教授辨治情志病经验[J].中医学报,2015,11(2):216-218.
[15] 刘华明,刘丽梅.糖尿病肾病别于其他慢性肾脏病的中医认识发微[J].中医学报,2017,32(11):2088-2090.

(本文编辑:张文娟 本文校对:于世军 收稿日期:2018-12-05)

贾敏教授对瑞尔黑变病的临床证治经验

宋居艳[1] 贾 敏[2*]

(1 贵阳中医学院研究生院,贵州 贵阳 550002;2 贵阳中医学院第一附属医院皮肤科,贵州 贵阳 550002)

摘 要:瑞尔黑变病依其外观表现与中医病"面尘""黛黑斑"相类,贾敏教授认为此病主要病因病机为气血不足、肝肾阴虚。气血不足,无以上荣于面,而变为黧黑色;肝"体阴而用阳",肝阴不足则肝之疏泄功能失常,气机不畅,瘀血内停,筋脉失养;肾阴不足,则水亏不能制火,血弱不能华肉,以致火烁结成黑斑,色枯不泽。补益气血、滋养肝肾之阴是基本治法。常用女贞子、墨旱莲等补益肝肾,黄芪、白术等益气,当归、川芎等补血;从中医的黑色主病归于肾,以及久病及肾的理论,提出肾阳虚可生黧黑的观点,并强调补肾阳在黧黑斑治疗中的重要性,故治疗时既滋养肾阴,同时亦重视温补肾阳,加用淫羊藿、补骨脂、肉苁蓉、锁阳等温补肾阳。

关键词:贾敏;瑞尔黑变病;补益气血;滋养肝肾之阴;黧黑斑
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.015 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0034-04

Experience of Professor Jia Min in Clinical Diagnosis and Treatment of Riehl's Melanosis

SONG Juyan[1], JIA Min[2*]

(1. Graduate School, Guiyang College of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550002, China;
2. Department of Dermatology, the First Affiliated Hospital of Guiyang College of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550002, China)

Abstract: According to its appearance, Riehl's melanosis is similar to "face dust" and "Dai black spot" of traditional Chinese medicine. Professor Jia Min believes that the main causes and pathogenesis of Riehl's melanosis are deficiency of qi and blood, deficiency of liver and kidney yin. Lack of qi and blood, no more than glory in the face, but become dark, liver "body yin and yang", liver yin deficiency is the liver of the catharsis dysfunction, dyspnea, blood stasis stopped, veins and muscles dystrophy, kidney yin deficiency, water deficiency can not control fire, blood weakness can not luxuriant flesh, so that fire blinks into black spots, pale. Nourishing qi and blood, nourishing liver and kidney yin are basic therapies. Ligustrum lucidum, Herba Drynariae are commonly used to nourish liver and kidney, astragalus, Atractylodes macrocephala, Angelica sinensis, Ligusticum Chuanxiong and so on. From the theory that the main black disease of traditional Chinese medicine belongs to kidney, as well as chronic disease and kidney, the authors put forward the view that kidney-yang deficiency can cause darkness, and emphasized the importance of tonifying kidney-yang in the treatment of dark spots, so it nourishes both kidney-yin and kidney-yin at the same time. We should pay attention to warming and tonifying kidney yang, and add epimedium, psoralen, Cistanche deserticola and lock yang to supplement kidney yang.

Keywords: Jia Min; Riehl's melanosis; nourishing qi and blood; nourishing liver and kidney yin; blackish facial patch

瑞尔黑变病是一种色素性皮肤病。病因复杂,其发病机制尚不明确。该病好发于面、颈,特别是额、颞、颧部、耳后、颈的两侧和其他暴露部位最明显,损害初为局限在毛孔周围淡褐色至紫褐色斑,排列呈网点状,以后逐渐融合成大小不一的斑片,上覆微细的粉状鳞屑,呈特征性粉尘样外观[1]。现代医学对此病的治疗可以分为系统治疗、局部治疗、物理治疗等,虽然能缓解症状,

*通讯作者:jiamin0851@163.com

但容易反复。该病属中医学“黧黑斑”范畴，《外科正宗》[2]认为“黧黑斑者，水亏不能制火，血弱不能华肉，以致火燥结成斑黑，色枯不泽。”

贾敏，国家第三批名老中医学术继承人，贵州省名中医，贵阳中医学院第一附属医院皮肤科主任，三级教授，贵州省性病防治专家组成员。中华医学会贵州皮肤科学会副主任委员。从事中医、中西医结合皮肤性病临床、教学、科研工作 40 余年。擅长诊治扁平疣、带状疱疹、白癜风、天疱疮等皮肤疾病。导师贾敏教授在深入研究古代医家对此病认识的基础上，对其病机进行了新的认识，为临床治疗提供借鉴。

1 瑞尔黑变病的病因病机

黧黑斑是由肾水既亏，肝血亦少，脾气亦弱，精血不能互化，肝脾肾不能互济，血枯而肌肤不泽，气虚不能帅血，血脉涩少，血流稽迟，涩血阻络，随肾色而外露。血弱不能华肉，以致火燥结成斑黑，色枯不泽。《外科证治全书·卷一·面部证治·面尘》[3]载：“面色如尘垢，日久煤黑，形枯不泽。或起大小黑斑，与面肤相平。由忧思抑郁，血弱不华。”从上述文献可以看出，古人对此病临床症状进行了生动的描述，认为其病因既有内因，又有外因，内有“忧思抑郁”“水亏”“血弱”“痰饮”为患，外有“风邪”客于皮肤。黑乃是肾之本色，肾阳虚本色上泛而为黑色，故此病病机除有肾阴亏虚外，同时亦有肾阳不足存在，肾阳不足，不用温补肾阳之药则黑色难退；肾阴亏虚，不滋养肾阴则阳不固，也难退黑色，故治疗时既滋养肾阴，同时亦重视温补肾阳，同时导师认为血瘀是该病的病理关键，阴液不足，血行不畅，可致血瘀；肾水亏虚，肝阴失养，疏泄失职，可致血瘀；病程长，久病入络入血，久病多瘀。故治疗中始终不离活血化瘀药的使用，因此治疗当以补益气血、滋养肝肾之阴，同时温补肾阳，活血祛瘀四法合用。总之，瑞尔黑变病主要病机为气血不足，肝肾阴亏。

1.1 中医学对黧黑斑病因病机的认识 隋巢元方在《诸病源候论·面皯候》指出：“人面皮上，或有如乌麻，或如雀卵上之色是也。此由风邪客于皮肤，痰饮渍于腑脏，故生皯。”宋《太平圣惠方》中指出气血失和是导致皮肤色素沉着发生的病机：“夫面黛黑者，由脏腑有痰饮，或者皮肤受风邪，致令气血不调，则生黑。”《女科百问》则认为“面黑皯者”的病因病机是“痰饮渍脏”和“腠理受风”而致“血气不调，不能荣于皮肤”。中医学认为，“有诸内必行诸外”“治病必求于本”。皮肤色素沉着虽发于皮表，然其根本却在于内，是脏腑气血失和的外在表现。

1.1.1 脾 脾为后天之本，气血生化之源，主受纳、运化水谷。脾失健运，则水湿内停，津失输布，气血生化乏源。脾主升清，脾气虚弱，清阳不升，浊阴不降，致痰湿内停，阻碍气血的生成和运化，致使颜面肌肤失于荣养，气血凝滞而黧黑斑。

1.1.2 肝 肝藏血，有贮藏血液和调节血流量的生理功用。若肝之藏血功能失职，则不只会引起血虚、出血、肌体脏腑失于濡养等病症外，还会因血虚致脉络空虚，血液无以荣养皮肤，而发生皮肤色素沉着。肝的另一功能是主疏泄，如若肝气疏泄不及，肝气郁结，日久或血行瘀滞；或化热化火，灼伤阴血；或津液输布代谢失调，化生痰浊，阻滞脉络，气血失和，肌肤失养，痰瘀浊气停留，而出现皮肤色素沉着。《灵枢·经脉》云：“肝足厥阴之脉……，是动则病……，面尘脱色。”此从经络学角度阐述了肝经和皮肤色素沉着的关系。因此，肝的藏血和疏泄功能必须平衡协调。藏血不足，疏泄太过或者疏泄不及，都是引发皮肤色素沉着最重要原因之一。

1.1.3 肾 肾为先天之本，主一身之阴阳。若肾阴不足，虚火内生，致肝失肾水滋养，而失于条达。肾为水火之宅，寓真阴而涵真阳。二者既相互对立，相互制约，又相互依存，相互为用，共同维持人体阴平阳秘的状态。由于肾阴、肾阳皆以肾精、肾气为物质基础，因此当肾阴虚到一定程度时可伤及肾阳。

1.1.4 气滞血瘀 《难经》曰：“脉不通则血不流，血不流则色泽去，所以面色黑如漆，此血先死。”《医宗金鉴·外科心法要决》认为皮肤色素斑“原于忧思抑郁，血弱不华，血燥结滞而生于面上，妇女多有之。”均指出气机紊乱，气血悖逆，不能上荣于面，则面生色斑。目前很多医家赞成“无瘀不成斑”的观点，认为气滞血瘀是皮肤色斑发病的关键。不论是气病及血，还是血病及气，最终都可导致气滞血瘀。气滞血瘀和脏腑的损伤往往是互为因果的。瘀血停滞于经络脏腑，肌肤失于荣养而产生皮肤色素沉着。病程长，久病入络入血，久病多瘀。

1.2 女子好发黧黑斑 若先天禀赋不足，或素体肝肾亏虚，加之后天经、带、胎、产、乳的耗损，以致津伤血耗而阴虚血弱，这可能是女性患者较多的原因之一。“七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭”，肝肾阴精进一步亏虚，阴液不足则血行不畅致经络滞塞。

1.3 阴阳失调 中医学认为，人体阴阳两个方面保持在相互对立、相互消长的动态平衡之中，这时机体处于正常的生理状态。即《素问·生气通天论》所说：“阴平阳秘，精神乃治”。黎黑斑患者脏腑阴阳功能的失调与其病因病机关系密切。如血虚肝旺证患者，长期血虚，血液属阴，阴血不足，脉络空虚，头面肌肤失养而致黎黑色斑，此乃阴虚复以肝火旺盛，肝阳上亢，火热上炎，熏蒸肌肤，燥热内蕴而致黎黑色斑更加严重。此类患者属典型的阴虚阳亢，阴阳失调之证。故《素问》云：“善诊者，察色按脉，先别阴阳”。在针对具体的病因病机进行辨证施治时，一定要以调整阴阳为基本准则。

2 治则治法

黧黑斑的基本病机为气血不足，肝肾阴亏，肾阳不足及气滞血瘀，故治疗以补益气血、滋养肝肾之阴为主，兼以温补肾阳、化瘀祛斑。疾病尤其是慢性病的发病原因[4]，国医大师刘尚义教授提出了“久病不愈，非痰则瘀”的观点，在治疗上，刘尚义教授特别重视病程，遵从叶天士的“久病入络”的理论，认为痰浊与瘀血常常相兼为病，不仅在于两者同为病理产物，而且两者常可互衍，临床上常见痰湿死血互相胶结而成顽症。导师贾敏教授为刘尚义教授学术继承人，在治法上开辟痰瘀同治一径，治以豁痰化瘀。同时，滋阴药易滋腻碍脾，治疗全程注重顾护脾胃，防苦寒伤胃。另外也要慎用辛燥之品，以免耗伤津液。

2.1 滋补肝肾 导师贾敏教授认为黧黑斑的发生与肝、脾、肾功能失调及气血运行不当，痰阻瘀滞等有关，尤其与肝肾阴虚最为密切。肾阴不足，肾精不能上充于面部，加之肝肾精血同源，肾虚血脉不充，又瘀阻肌肤，故以女贞子、墨旱莲、生熟地黄、山萸肉、制何首乌、枸杞子、黄精补肾。

2.2 益气健脾 脾主运化，为气血生化之源，为津液生成输布的关键，故健脾能生津，能输布水谷精微，荣养四肢肌肉。若脾胃运化功能减退，则生湿聚痰。故临床常用黄芪、白术等健脾益气。此外滋阴药易滋腻碍脾，治疗全程注重顾护脾胃，防苦寒伤胃，常用山楂、神曲培补胃气。

2.3 温补肾阳 肾主黑色，肾阳虚本色上泛而为黑色，故此病病机除有肾阴亏虚外，同时亦有肾阳不足存在，肾阳不足，不用温补肾阳之药则黑色难退；肾阴亏虚，不滋养肾阴则阳不固，也难退黑色，故治疗时既滋养肾阴，同时亦重视温补肾阳，加用淫羊藿、补骨脂、菟丝子、肉苁蓉、锁阳等药。

2.4 活血化瘀 同时导师认为血瘀亦为此病重要病机，阴液不足，血行不畅，可致血瘀；肝气郁结，气机不畅，可致血瘀；病程长，久病入络入血，久病多瘀。故治疗时重视活血化瘀药的使用，治疗中始终不离当归、川芎、丹参、泽兰、红花、益母草等药。

3 医案举隅

患者，女，63岁。2018年2月27日初诊。主诉：面、颈、手臂皮肤色素沉着半年。半年前患者无明显诱因颈部两侧出现网点状淡褐色斑、边界不清，无不适感。褐色斑持续不退，日晒后明显。面积逐渐扩大，面部、手臂部亦出现黑褐色斑，自觉局部微痒不适，肝肾功能、内分泌及性激素检查均正常，在某医科大学附院皮肤科诊为“瑞尔氏黑变病”。予“维生素A、维生素B及维A酸凝胶”等治疗后，好转不明显，颜色逐渐加深，经人介绍，求治于导师贾敏教授。刻下除上症外，伴有头发无光泽、稀疏，脱发，眠差，多梦，易疲倦，喜叹息，小便正常，大便干，舌淡红、少苔，舌底青紫，脉弦细。诊断为黧黑斑。中医辨证为气血不足，肝肾亏虚，兼气滞血瘀 。治以补益气血、滋养肝肾之阴，兼活血化瘀。处方：女贞子20 g，墨旱莲10 g，当归20 g，川芎10 g，黄芪20 g，葶苈子10 g，盐知母10 g，生地黄10 g，车前草10 g，郁李仁9 g，生大黄3 g（后下），生龙骨20 g（先煎），生牡蛎20 g（先煎），泽兰10 g。7剂，每日1剂，水煎服。

2018年3月6日二诊：患者额部、双颊、颈部、手臂皮损区黑褐色斑面积较前变小，黑斑颜色变淡，精神好转，眠差多梦有所改善，舌淡红、苔多，舌底青紫不明显，双尺脉稍沉细。治以温补肾阳、活血消斑。守方，加淫羊藿15 g。7剂，每日1剂，水煎服。

2018年3月13日三诊：患者皮损区有光泽，额部、双颊部已无明显色斑，颈部、颏部、双手臂皮损区黑褐色斑进一步变浅，皮损区可见数十个、散在的、米粒大小的正常肤色，自觉睡眠明显改善，大便已通。舌红、苔薄白，脉细数。治以健脾益气、活血消斑。原方去生大黄、生龙骨、生牡蛎，加建曲、山楂。10剂，每日1剂，水煎服。

2018年3月24日四诊：患者颈部、手臂皮损区点状正常肤色增多，部分融合成片，颏部皮肤恢复正常。舌淡红，苔薄白，脉细数。治以补益气血、滋养肝肾之阴，兼以温补肾阳、化瘀祛斑。处方：女贞子20 g，墨旱莲10 g，当归20 g，川芎10 g，黄芪20 g，白术15 g，黄芩10 g，补骨脂10 g，骨碎补10 g，淫羊藿10 g，车前草10 g，白及15 g，枸杞子10 g，菟丝子10 g，薤白10 g。20剂，每日1剂，水煎服。后症状平稳，连服1月。仅颈部、前臂留有少量色斑。

2018年5月15日复诊，色素沉着全部消退。肤色恢复正常。后随访3个月，未见复发，至今仍在随访中。

按语：本案患者初诊时乃肝肾阴亏，气血不和之证，治宜补益气血、滋养肝肾之阴，兼活血化瘀。处方中女贞子、墨旱莲归肝、肾经，甘平滋阴补肾，填精益髓而生血，以壮水之主；当归甘温和血而益脾，使血有所统，川芎辛温活血，为血中之气药，行血中之气，与养阴药同用，祛瘀而不伤血，补而不滞；黄芪甘味归土，和而健脾利湿治水脏之邪，且补脾为补后天之本；生地黄味苦入肾，清热凉血、养阴润燥，固封蛰之本，使瘀去而阴不伤，且育阴有助于祛瘀；泽泻味咸入膀胱，开气化之源，二者补少阴太阳之精也。葶苈子化痰下气，痰瘀

同治；盐知母滋阴润燥泻火，阴液不足则火旺消灼阴精，日久可使血虚燥滞内生瘀血；郁李仁、生大黄通便，生龙骨、生牡蛎宁心安神，车前草归肾经，清热利尿、祛痰，使瘀热从小便而解。诸药合用，共奏滋阴活血之功，使全身气血条畅、经络疏通，瘀滞得通，则皮肤色素沉着自除。二诊时，患者黑斑颜色变淡，面积变小，精神好转，出现舌淡红、苔多，舌底青紫不明显，双尺脉稍沉细的肾阳虚征象。治宜温补肾阳、活血消斑。故在原方基础上加淫羊藿温补肾阳，肾阳不足，不用温补肾阳之药则黑色难退，诸药合用，攻补兼施，祛邪而不伤正。三诊时额部、双颊部已无明显色斑，其余皮损区可见散在的正常肤色，患者睡眠改善，大便已通。出现舌红、苔薄白，脉细数。治以健脾益气、活血消斑。故在原方基础上去生大黄、生龙骨、生牡蛎，加建曲、山楂入脾，健消运之机。四诊时患者皮损区正常肤色增多，部分皮肤恢复正常。治以补益气血、滋养肝肾之阴，兼以温补肾阳、化瘀祛斑。故在原方基础上加补骨脂、骨碎补、菟丝子温肾助阳，鼓舞肾气；枸杞子补血滋阴，益精填髓；白及、薤白具有增白的作用，体现辨证与辨病相结合。五诊时，色素沉着全部消退，肤色恢复正常。后随访3个月，未见复发。

参考文献

[1] 赵辨.临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2003:759.
[2] 明·陈实功.外科正宗[M].北京:中医古籍出版社,1999:257.
[3] 清·许克昌,清·毕法.外科证治全书[M].北京:人民卫生出版社,1961:26.
[4] 贾敏,邹克扬.橘井春回:刘尚义学术思想和医疗经验[M].北京:高等教育出版社,2011:10.

（本文编辑:张文娟　本文校对:黄惠刚　收稿日期:2018-12-14）

邹铭西治疗银屑病经验总结

张紫琪[1]　张　毅[2]

（1　成都中医药大学临床医学院中西医结合外科,四川　成都　610075;
2　四川省中西医结合医院皮肤科,四川　成都　610041）

摘　要:邹铭西教授通过几十年的临床探索,对银屑病有其独特的见解。其认识如下:银屑病病人体质属血热;病因为外感风湿;主要病机是血分热毒壅盛,次要病机须分期看待:疾病初期,本受风湿,再感风热,风毒而湿少;疾病中期,产生了瘀血、湿邪、内风等病理产物;疾病末期,血热毒盛而渐消,毒邪稽留、余热未清,少有风湿,而阴血不足;治疗方面是以土茯苓、半枝莲为主药的辨证施治。

关键词:邹铭西;银屑病;病因病机;临床经验
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.016　　**文章编号**:1672-2779(2019)-12-0037-03

Experience Summary of Zou Mingxi in the Treatment of Psoriasis

ZHANG Ziqi[1], ZHANG Yi[2]

(1. Department of Integrated Chinese and Western Medicine, Clinical Medical College, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610075, China;
2. Department of Dermatology, Sichuan Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610041, China)

Abstract: Through decades of clinical exploration, Professor Zou Mingxi has its unique insights on psoriasis. The understanding is as follows: psoriasis patients' constitution is blood heat, disease because of external rheumatism. The main pathogenesis is the excessive accumulation of heat and toxin in the blood, and the secondary pathogenesis should be treated by stages. In the middle stage of the disease, blood stasis, dampness and internal wind were produced. At the end of the disease, the blood heat becomes increasingly toxic and dissipates, and the toxin remains, residual heat is not clear, and there is little rheumatism, and yin blood is insufficient. The treatment is based on the differentiation and treatment of glabrous greenbrier rhizome and barbated skullcup herb.

Keywords:Zou Mingxi; psoriasis; etiology and pathogenesis; clinical exploration

邹铭西教授是我国著名的中西医结合皮肤病学专家，从医近60载，邹老认为中医治疗皮肤病需“先辨病后辨证，先明确诊断，找到疾病的基本矛盾，利用局部皮损辨证结合整体辨证的辨证理念，根据患者情况进行个体化治疗，找出疾病的主要矛盾”，现以银屑病为例，将侍诊心得整理如下：

1　体质与病因病机分析

1.1　体质分析—血热　针对银屑病，老师认为自身体质是决定是否得病的关键，体质是人体生命过程中先天禀赋和后天调养的基础上所形成的形态结构生理机能和心理状态方面综合的相对稳定的固有特性。邹老称银屑病病人为“血热人”，此学说借鉴于《伤寒论》对特殊人群的

特殊认知，如“酒家”[1]、“尊荣人”[2]。“血热人”存在的特性有：平素嗜食厚味之品，形体多壮实，一般不易生病，易从阳化热：如外感多为热证，甚至喉核肿大，形成乳蛾。

1.2 **病因外感风湿** 隋代《诸病源候论·干癣候》记载“干癣，但有匡郭，皮枯索，痒，搔之白屑出是也。皆是风湿邪气，客于腠理，复值寒湿，与血气相搏所生”[2]。银屑病患者本就“血分热盛”，当血分有热遇到外邪时，此时外邪作用有二：其一：邪气与血热博结相争，从阳化火，“火盛者，必有毒”，故由热生毒。其二：外感风湿，从外向里，闭塞腠理，邪无出路，郁于肌肤必会发病。再说风湿之邪：《诸病源候论》云“若其风毒气多，湿气少，故风沉入深，故无汁，为干癣也”[2]。故在发病机理里，“风毒、热毒”并存，而“湿气”较少。外感六淫，为何偏为“风湿”二邪？首先从发病机理来看：风为百病之长，外感之邪中只有风邪可夹杂他邪直中入里，风湿邪气博结于血气，故其病位相对较深；湿为阴邪，最易阻塞气机，耗伤阳气，无湿邪则风邪无法稽留；另外六淫中暑、热、燥邪均为阳邪，原本银屑病患者就体内血热、阳气偏盛，易从阳化热，如遇此类阳邪，易导致腠理大开、汗大泄，但很明显，银屑病病人多汗出不畅、腠理闭塞。寒邪亦为阴邪，易伤阳气，阻遏气机，但寒热相争，病邪入里，势必会相互转化，从寒化热，故单有寒邪，无法稽留于肌肤。再从皮损特点来看：风为阳邪，易袭阳位，“巅顶之上，唯风可到”，故头部、额角、肘关节伸侧均为好发部位；风邪善动不居，善行而数变，故皮损形态多样，部位可波及全身，无处不有；湿邪缠绵难愈，故其病程缠绵日久，鳞屑黏腻、垢浊，皮损边界清晰，“有匡郭”，此均为有形湿邪困阻之象。

1.3 **病机** 血分热毒壅盛是银屑病发病的主要病机，是贯穿疾病的基本矛盾。疾病初期，本受风湿，再感风热，血热毒盛，风毒湿少，邪正相争故表现为一派热象，此时风邪虽盛，但相对表浅，外风入里；疾病中期，血热毒盛日久产生瘀血、湿邪、内风等病理产物，热邪耗伤阴血，使血液浓缩壅聚，血液运行不畅，血液瘀滞出现一派肌肤不荣之象；皮损漫肿而难消，且病情缠绵难愈，为“湿邪”作怪，正所谓“血不利则为水”；同时血热毒盛日久后生风化燥，内外风相合而风毒日胜。疾病末期，血热毒盛而渐消，毒邪稽留、余热未清，少有风湿，故疾病基础上还表现出一派阴血不足之象。

2 临床表现及治疗

关于银屑病的临床表现，邹老学习借鉴《中国临床皮肤病学》的分期，将银屑病分为进展期，静止期和消退期[3]三期，此三期的皮损形状、范围、皮损的薄厚、皮温的高低、疾病进展的快慢，及伴随的全身症状等都有所不同。

关于银屑病的治疗，清热凉血解毒是基本治疗思路，对于不同的时期，治疗略有不同，首先清热凉血解毒的程度不同，其次不同时期兼夹病机不同，治疗的侧重点有所区别，如进展期要兼顾疏风清热；静止期要兼顾活血化瘀，祛风利湿；消退期要兼顾养血润燥。具体阐释如下：

2.1 进展期

2.1.1 **临床表现** 可为初次发病、皮疹消退中突然加重或消退后再次复发，发病前可有感冒，咽炎或扁桃体炎等上呼吸道感染病史，也可无明显诱因，皮损为点状突出皮面的丘疹，呈点滴状或钱币状，颜色鲜红，表面覆有白色鳞屑，蜡滴现象、薄膜现象及点状出血现象均为阳性，皮损好发部位为头部，额角，肘关节伸侧，进而泛发全身；全身症状可伴有口干，烦躁，大便干等，舌红或淡红，苔薄白或薄黄，脉有力。

2.1.2 **治疗** 进展期治疗主要考虑清热凉血解毒的基础上同时疏风散热、清利咽喉，方以克银方化裁而来，用药主要有土茯苓、半枝莲、生地黄、水牛角、大青叶、板蓝根、连翘、忍冬藤、蝉蜕、北豆根、威灵仙、炒槐花等。其中土茯苓、半枝莲清热解毒，疗效专一，生地黄、水牛角清热凉血，相须为用，连翘、忍冬藤疏风清热，大青叶、板蓝根清热解毒、凉血消斑，北豆根清热解毒、利咽消肿，蝉蜕疏风利咽。此方中威灵仙与槐花二味祛风之品极为考究：邹老认为在疾病初期，风邪占主导地位。《本草经疏》记载“威灵仙感春夏之气，入足太阳经。春为风木之化，故主诸风，而为风药之宣导，善走者也”[4]。春本风木之化，其气应肝，故冬春季节加入槐花，槐花本入血分，归肝经，故清热凉血，清肝泻火，平肝熄内风，从而斩断内风的来源，截断疾病的进展。诸药合用，共奏清热凉血解毒、疏风利咽之效。

2.1.3 **临证加减** 全身瘙痒难耐，皮损以下肢多见者，加地肤子，苦参清热燥湿止痒；舌淡苔白腻者，加厚朴，木香行气化湿；舌红苔黄腻，去威灵仙，加白茅根清肺胃实热；局部皮损漫肿，鳞屑不多，稍有增厚，皮色鲜红，加生侧柏祛风湿热，泽泻、茯苓利湿消肿。另外需注意此时不可用羌活、白芷等辛温发散之品，以免风火

相煽，加重病势。

2.2 **静止期**

2.2.1 **临床表现** 一般病程很长，至少超过 1 个月，反复发作，时轻时重，或者治疗不当，诱因刺激等致使病情迁延，皮损多呈斑块型、地图型、蛎壳型，皮损面积较大，以头皮，额角，四肢，躯干等均可见，肘关节伸侧多见，表面附着鳞屑，易脱落，皮纹明显，局部皮损肥厚，严重者可见双下肢肿胀，颜色晦暗瘀紫，皮肤绷紧光亮。全身症状可有口干，口苦，纳食不香，大便干结、黏质或正常，或无明显全身症状，此期病程较长，进展缓慢，一般就诊之前就诊断过银屑病，初诊者不多见。

2.2.2 **治疗** 静止期治疗主要考虑清热凉血解毒，活血化瘀，同时兼顾疏风利湿消肿。用药主要有土茯苓、半枝莲、生地黄、赤芍、桃仁、白花蛇舌草、白英、北豆根、苍耳子、羌活、蒺藜等，其中土茯苓、半枝莲清热解毒，药效专一；生地黄、赤芍、桃仁用于清热凉血，活血化瘀，此型皮损多肥厚缠绵，邹老认为为“湿邪”作祟，故用白花蛇舌草、白英、北豆根辅以清热解毒，利湿消肿，正所谓“血不利则为水”；而羌活、苍耳子为辛温之品，可祛风湿，疏散风邪；一般关节部位皮损较难消退，故用蒺藜引药直达病所，同时疏肝祛风止痒。诸药合用，共奏清热凉血解毒，活血化瘀，疏风利湿消肿之效。

2.2.3 **临证加减** 皮损明显肥厚，表面覆盖大量鳞屑，可加用煅牡蛎、皂角刺、地龙、煅瓦楞子、煅蛤壳软坚散结，使皮损变薄；伴见关节红肿疼痛者，可加用穿山龙、延胡索、没药、威灵仙活血通络，行气止痛；若皮损颜色晦暗，漫肿，发于下肢，夜间痒甚，口唇发绀，舌上瘀斑，舌下脉络瘀曲，脉艰涩者，可加用三棱、莪术破血逐瘀，地龙、皂角刺活血通络，利湿消肿；若平素纳食不佳，大便溏薄，偶有反酸烧心者加用厚朴、陈皮理气，白术健脾。

2.3 **消退期**

2.3.1 **临床表现** 表现为长期病情无明显进展，余留几块皮损不消，或者治疗末期，病情稳定，皮损颜色淡红或淡粉，少有新发，可无明显痒感，表面鳞屑薄，无明显肥厚，可伴有皮肤干燥，失眠，纳少，舌淡，苔薄白，脉细等。

2.3.2 **治疗** 治疗上采用清热凉血解毒，养血润燥之法，另外还要兼顾阴液耗伤情况，具体用药为土茯苓、半枝莲、生地黄、当归、赤芍、蛇莓、龙葵、北豆根、白茅根、牡丹皮、紫草、水牛角、炒槐花、生侧柏、麦冬。其中土茯苓、半枝莲清热解毒，疗效专一，生地黄、当归、赤芍养血润燥，蛇莓、龙葵、北豆根辅以清热解毒，牡丹皮、紫草清热凉血，炒槐花、侧柏叶清解血中余热，麦冬养阴生津。诸药合用，共奏清热凉血解毒，养血润燥之功。

2.3.3 **临证加减** 大便干结难解者用火麻仁、郁李仁润肠通便；手足心热者，加用白薇、玄参清解余热；皮肤明显干燥者，用沙参、麦冬养阴润燥；皮损无明显进展者，加红花、羌活等辛温之品，温经活血；瘙痒明显者加用苦参、地肤子清热燥湿止痒等。

3 总结

银屑病作为一个难治性、复发性疾病，治疗方法虽多种多样，但从根本上仍未能解决，在解决患者焦虑方面，邹老总说，世界上的病种千千万，真正能治愈的又有几个，感冒好了也会复发，高血压也要长期吃药控制病情，这些最普通的病都没做到治愈，银屑病能做到控制不发展，能和平共处就是我能尽的最大的努力了，接下来的问题还要靠你们年轻人来解决。老前辈谦虚致学，严谨认真，实乃我辈学习楷模。

参考文献

[1] 汉·张仲景. 伤寒论[M]. 钱超尘，郝万山，整理. 北京：人民卫生出版社，2005：8，23，75.

[2] 清·巢元方. 诸病源候论[M]. 黄作阵，点校. 沈阳：辽宁科学技术出版社，1997：310-312.

[3] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 郝慧华，校注. 南京：江苏科学技术出版社，2010：1014.

[4] 明·缪希雍. 神农本草经疏[M]. 夏魁周，赵瑗，校注. 北京：中国中医药出版社，1997：105-106.

（本文编辑：张文娟 本文校对：刘晶晶 收稿日期：2019-03-12）

关于南沙参的品种问题

南沙参的品种问题，南沙参的近缘品种较多，从药材和饮片很难区分，如果没有原植物很难鉴定，而《中国药典》拉丁名"ADENOPHORAERADIX"意为该属植物的根，均作南沙参入药。目前各省区作为南沙参入药品种尚有以下几种。

1. 杏叶沙参 Adeno phora hunanensis Nannf.

2. 展枝沙参 Adenophora divaricata Fanch.et Savat.

3. 云南沙参 Adenophora khasiana (Hook.f.et Thoms.) Call.etHemsl.

4. 紫沙参 Adenophora paniculata Nannf.

5.长柱沙参 Adenophora stenanthina(Ledeb.)Kitag.

6.川藏沙参 Adenophora lilifolioides Pax et Hoffm.

7.狭叶沙参 Adenophora gmelinii Fisch.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(4)》，人民卫生出版社，2018.

临床论著 CLINICAL WORKS

近现代医家治疗瘿病组方用药规律分析※

刘 旭 田 娜 喻 嵘* 刘慧萍 蒋宛瑾 谢 聪 赵 灿

（湖南中医药大学中医学院，湖南 长沙 410007）

摘 要：目的 探讨近现代医家治疗瘿病的临床用药规律，通过聚类分析方法对该时期中医治疗瘿病选方用药特点加以分析。**方法** 查阅近现代医家医案并从中摘录治疗瘿病的方药，将所涉及到的单味药建立Excel 2017用药数据库，运用频数分析法与聚类分析法对用药规律进行统计学分析。**结果** 共搜集得到38位医家50例病案，筛选摘录复方61首，共涉及药物179味，用药频次达871次，其中用药频次20次以上的分别为夏枯草、牡蛎、浙贝母、玄参、当归、白芍。按照中药类别分析，用药总频次最多的是补虚药，其次为清热药、化痰药。聚类分析结果显示滋阴补气、清热解毒燥湿、理气化痰、活血化瘀，是临床治疗瘿病的常用配伍。**结论** 近现代医家治疗瘿病的中药以补虚、清热、化痰、散瘀为主，海藻玉壶汤、栀子清肝汤、当归六黄汤、天王补心丹、四物汤等为治疗瘿病的主要方药。

关键词：瘿病；组方用药规律；聚类分析；文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.017 **文章编号：**1672-2779(2019)-12-0040-04

Cluster Analysis of Chinese Medicine in the Treatment of Thyroid Disease in Modern Times

LIU Xu, TIAN Na, YU Rong*, LIU Huiping, JIANG Wanjin, XIE Cong, ZHAO Can

(Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

Abstract: Objective To study the period of modern times Chinese medicine treatment of thyroid disease by use cluster analysis. **Methods** Consult medical works of the modern times, then extract Chinese medicine treatment of thyroid disease from those works, and put the involved herbs into a database by Excel software. Frequency analysis and cluster analysis were applied to analyze the prescription law. **Results** There were 38 doctors, 50 medical records, 61 formulas selected involving 179 herbs, with medication frequency of 871, in which the medication frequency of Xiakucao, Muli, Zhebeimu, Xuanshen, Danggui, Baishao was more than 20 times. According to the herbal category, herbs for tonifying with the highest frequency followed by heat-clearing and phlegm-resolving were made. Cluster analysis results showed that yin tonifying qi, clear heat, detoxify dryness and dampness, regulating qi-flowing for eliminating phlegm, promoting circulation and removing stasis were the commonest combination. **Conclusion** The treatment for thyroid disease in modern times mainly involves tonifying deficiency, clearing heat, resolving phlegm, and removing blood stasis. The type of Haizao Yuhu decoction, Zhizi Qinggan decoction, Danggui Liuhuang decoction, Tianwang Buxin mini-pill, Siwu decoction were the mainly formulas of thyroid disease.

Keywords: thyroid disease; prescription law; cluster analysis; literature research

瘿病是由情志内伤、饮食及水土失宜等因素引起的，以致气滞、痰凝、血瘀壅结颈前，以颈前喉结两旁结块肿大为主要临床特征的一类疾病。在中医著作中，有瘿、瘿气、瘿瘤、瘿囊、影袋等名称。关于“瘿”之记载首见于《神农本草经》，隋代巢元方《诸病源候论》对瘿病的证候有了较明确的论述并初步提出分类，宋代《圣济总录》指出瘿病以山区发病为多，并从病因角度归为五瘿。明代陈实功《外科正宗》指出瘿病的病理基础是气痰瘀壅结。

现代医学的甲状腺疾病可归属中医学瘿病范畴，是内分泌系统的常见疾病，主要包括甲状腺功能亢进症、甲状腺功能低下症、甲状腺炎、甲状腺肿、甲状腺瘤。据中华医学会内分泌学会调查显示，我国甲亢患病率为1.3%，甲减患病率为6.5%，甲状腺结节患病率达12.8%[1]，发病率逐年升高。中医药治疗瘿病具有悠久历史与显著疗效，总结现代医家医案，对所用药物进行聚类分析，可找出其用药规律性，对指导临床具有意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 检索近现代医家医案，如《汇通学派医案》《赵绍琴临证验案精选》《沈绍功验案精选》中瘿病相关内容。

1.2 纳入标准 选择检索书籍中治疗“瘿病”的内服方剂。凡符合标准的方剂多次出现者或者方同名异者仅取一首纳入；医案中记录完整、临床疗效肯定的治疗瘿病内服方剂予以纳入；对仅有组成记录而无方名的方剂按书名编号予以纳入。

1.3 排除标准 记录不完整、疗效不明显、组成药物不符合现代用药理念、非内治法的方剂予以排除。

※ **基金项目：**国家自然科学基金项目【No.81573956】

* **通讯作者：**yuron@21.cn

1.4 数据规范化处理 根据新世纪高等中医药院校第 2 版《中药学》[2]教材对方剂中涉及的中药进行统一药物规范命名，如将大力子统一为牛蒡子，飞来鹤统一为隔山消，栝楼根、花粉统一为天花粉，元参统一为玄参等。

1.5 统计学方法 将纳入资料输入电脑，建立数据库，运用 SPSS 21.0 统计软件进行聚类分析，采用系统聚类分析法，以树状图形式显示聚类分析结果。

2 结果

2.1 治疗癫病单味中药用药频次 经统计，共纳入 61 首合格复方，涉及中药 179 味，其中单味中药用药频次最多的为夏枯草，其次为牡蛎、浙贝母、玄参等。具体用药频次见表 1。

表 1 治疗癫病单味中药用药频次分析

序号	中药	频次	序号	中药	频次
1	夏枯草	39	9	柴胡	20
2	牡蛎	29	10	生地黄	20
3	浙贝母	28	11	甘草	19
4	玄参	26	12	昆布	17
5	当归	24	13	半夏	17
6	白芍	24	14	丹参	15
7	海藻	20	15	黄芪	15
8	茯苓	20			

2.2 治疗癫病单味中药类别 按照新世纪高等中医药院校第 2 版《中药学》教材对 179 味中药进行归类，共涉及 21 类，总用药频次达 871 次，其中以补虚药总用药频次最多，其次为清热药、化痰药、活血化瘀药。见表 2、图 1。

表 2 治疗癫病用药类别及其频次比

药物类别	药物味数	总频次	频次比(%)
补虚药	31	201	23.80
清热药	38	191	21.93
化痰药	16	131	15.04
活血化瘀药	19	86	9.87
解表药	14	49	5.63
理气药	9	47	5.40
平肝熄风药	3	37	4.25
利水渗湿药	5	34	3.90
安神药	10	33	3.79
收涩药	5	15	1.72
止血药	5	8	0.92
息风止痉药	4	7	0.80
泻下药	3	6	0.69
消食药	5	6	0.69
温里药	2	5	0.57
祛风湿药	3	3	0.34
开窍药	1	3	0.34
化湿药	2	3	0.34
攻毒杀虫药	1	3	0.34
止咳平喘药	2	2	0.23
驱虫药	1	1	0.11

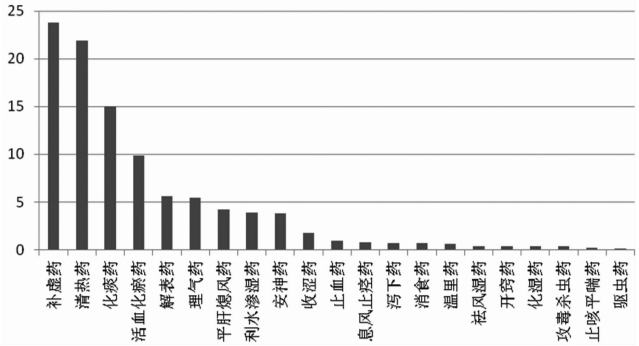

图 1 治疗癫病用药类别及其频次比

2.3 高频药物聚类分析 采用系统聚类法对 15 味高频药物进行聚类分析，得到聚类树状图（见图 2）。由分析结果，可得到 5 组药物聚类组合（见表 3）。

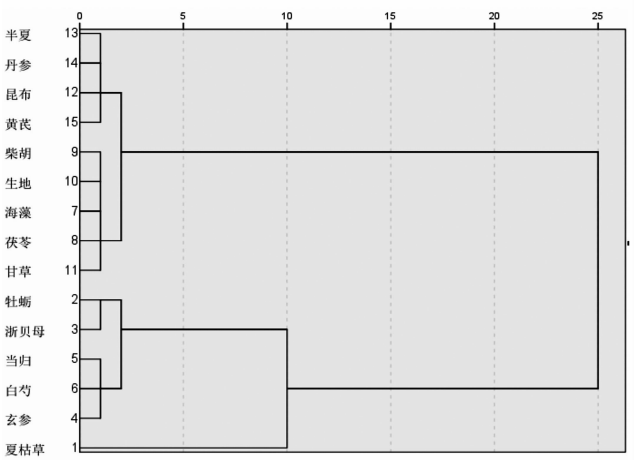

图 2 高频药物聚类分析结果

表 3 治疗癫病高频药物聚类结果

序号	药物
C1	夏枯草
C2	玄参、白芍、当归
C3	浙贝、母牡蛎
C4	甘草、茯苓、海藻、生地黄、柴胡
C5	黄芪、昆布、丹参、半夏

3 结论

本研究查阅选取近现代时期医家医案，共搜集得到 38 位医家 50 例癫病治验医案，摘录复方 61 首，共涉及药物 179 味，用药总频次达 871 次。经统计，用药频次 20 次以上的分别为：夏枯草、牡蛎、浙贝母、玄参、当归、白芍等 6 味药。夏枯草清热泻火、明目，消肿散结；牡蛎重镇安神，潜阳补阴，软坚散结；浙贝母清热散结，化痰止咳；玄参清热凉血，泻火解毒，滋阴；当归补血活血，调经止痛；白芍平肝止痛，养血调经，敛阴止汗。上述诸药配伍组合，对癫病具有显著疗效。

对 179 味治疗癫病的中药按照《中药学》教材进行归类及应用频次统计，所用药物共 21 类，其中总频次大于 100 次的有补虚药、清热药、化痰药，总频次大于 40次的

有活血化瘀药、解表药、行气药。与瘿病本虚标实，虚则火郁伤阴、气阴两虚，实则气、火、痰、瘀壅滞的病理性质相符，治之以理气化痰，消瘿散结为基本治则，并予益气养阴清热。

由高频药物的聚类分析结果显示，可得到5组，C1系列中夏枯草清泄肝火、散结消肿为治痰核瘰疬属痰火者之要药，常与牡蛎、昆布、蒲公英等同用。现代药理学研究表明夏枯草制剂在治疗甲状腺肿、亚急性甲状腺炎等甲状腺疾病疗效显著[3]。C2系列中玄参、当归、白芍，为天王补心丹加减方之主药，天王补心丹用治心肝阴虚之瘿病，滋养阴精，宁心柔肝。玄参清热泻火，常与夏枯草配伍用治瘿病郁久化火而见烦热之症，现代药理学研究表明玄参醇提取物能够有效改善甲状腺素诱导小鼠表现为形体消瘦、食欲亢进、口干喜饮、烦躁易怒等阴虚火旺证的临床特征[4]。当归养血活血，与化痰软坚药、活血化瘀药相配伍具有理气活血，化痰消瘿的作用。白芍养肝熄风用治瘿病肝阴亏虚、虚风内动、经络失养，而见手指及舌体颤动者。C3系列中浙贝母清热化痰、开郁散结，为用治瘿病痰结血瘀证之海藻玉壶汤的组成药味，与青皮、陈、皮半夏等配伍，共奏理气化痰散结之功，实验证明浙贝母能降低模型大鼠体内T_3（三碘甲状腺原氨酸）、T_4（甲状腺素）、cAMP（环磷酸腺苷）水平，并能抑制模型大鼠基础代谢率的增加，浙贝母具有一定的对抗甲状腺素所致的实验性甲亢的作用[5]。牡蛎重镇潜阳、软坚散结，桂枝甘草龙骨牡蛎汤、加味牡蛎黄芪汤治疗甲状腺机能亢进症，在临床上取得显著疗效[6-7]。C4系列甘草、茯苓、海藻、柴胡组合，为栀子清肝汤合藻药散加减之药味，用治瘿病肝火炽盛证；生地黄、茯苓组合为天王补心丹加减之药味，用治心肝阴虚之瘿病。柴胡疏肝解郁清热，茯苓、甘草与当归相伍益气生血，生地黄、玄参同用奏养阴清热之功，海藻消痰软坚为消瘿要药，常配昆布、贝母等，如海藻玉壶汤，与夏枯草、玄参同用，如内消瘰疬丸，与茯苓同用消痰饮及水肿。C5系列黄芪为主药之黄芪建中汤用治桥本甲状腺炎、牡蛎黄芪汤用治甲状腺功能亢进症、黄芪扶正汤能够明显改善甲状腺癌患者术后各项免疫功能指标，增强患者免疫能力，同时有助于患者提高生活质量[8-9]。丹参活血祛瘀、宁心安神，为用治心肝阴虚之瘿病天王补心丹之药味，与酸枣仁、柏子仁、远志配伍养心安神，研究发现丹参具有一定的抗氧化效果，可减少氧自由基的产生，从而下调细胞表面Fas-FasL系统表达，减少甲状腺细胞凋亡，可有效地避免桥本甲状腺炎患者甲状腺功能进一步损伤[10]。昆布、半夏为瘿病痰结血瘀证主方海藻玉壶汤的主药，海藻玉壶汤中碘含量较高，但富碘中药方剂的使用与单纯摄入大剂量的无机碘不同，大部分海藻玉壶汤治疗甲状腺良性肿瘤的案例中并未出现单纯高碘摄入所致的甲状腺肿、甲亢和甲减等副作用，相反，还能够有效的调节免疫、减轻甲状腺内的氧化应激反应，提高抗氧化应激防御能力，保护甲状腺细胞[11]。

中医学对瘿病的治疗由来已久。晋代葛洪《肘后备急方》载“海藻酒”首先用昆布、海藻治疗瘿病。《千金要方》及《外台秘要》记载了数十个治疗瘿病的方剂，常用到海藻、昆布、羊靥、鹿靥等药，表明此时对含碘药物及用甲状腺作脏器疗法已有相当认识。《本草纲目》指出黄药子有“凉血降火，消瘿解毒”的功效。《外科正宗》所载的海藻玉壶汤等方，至今仍为临床所用。通过对近现代医家治疗瘿病医案的整理与分析，对瘿病以及治疗瘿病的组方用药有了更深入的理解。瘿病的治疗以辨证为先，首先辨别虚实，痰气凝结为瘿病基本病理，进而瘀阻脉络，血行瘀滞，痰、气、瘀三者为实证；然病久易郁而化火，由实致虚，常出现阴虚、气虚。次则辨有无火热以及火热程度，因瘿病的发生多与肝气不舒、肝郁化火有关，故多见肝火亢盛、心肝阴虚。属实者，治之以化痰、行气、化瘀；属虚者，治之以滋阴、补气；实火者，予清肝泄火之法；虚火者，予滋阴降火之法。统计结果与瘿病病因病机及治则一致，在单味药的使用方面，夏枯草、牡蛎、浙贝母、玄参、当归、白芍等使用频率较高。在用药类别方面，滋阴补气药、清热解毒燥湿药、理气化痰药、清化热痰药、活血化瘀药、疏风散热，清肝泄火药以及疏肝理气健脾药为主。理气化痰之海藻玉壶汤，疏肝清热之栀子清肝汤，滋阴清热之当归六黄汤、滋水清肝饮、加味逍遥散、天王补心丹，补血养血之四物汤等为治疗瘿病基本方药，临床应用中随证加减。

随着社会经济发展，生活节奏不断加快，工作压力不断增加，瘿病发病率显著增加。传统医学对于瘿病的诊治历史悠久，现代医学研究也表明了传统医学诊治手段的科学性、有效性，因此在总结继承前人经验的基础上，更要灵活判断证型与运用方药，不断开拓新思路。

参考文献

[1] 杨柯君. 我国甲状腺患者人数量或超2亿[J]. 上海医药,2013,34(12):44.
[2] 高学敏. 中药学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2010:1-524.
[3] 姚洋,李定祥,张杰. 夏枯草药理作用与临床应用研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(5):157-160.
[4] 贺玉伟,柴程芝,寇俊萍,等. 玄参醇提物对甲状腺素诱导小鼠表观指征变化的作用[J]. 中药药理与临床,2013,29(1):87-89.
[5] 林明宝,周志愉,万丽玲. 浙贝母对甲状腺功能亢进模型鼠的保护作用研究[J]. 中国药房,2010,21(15):1362-1363.
[6] 阳怀来. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗甲状腺机能亢进症38例[J]. 实用中医药杂志,1996,12(3):3-4.
[7] 周永军. 加味牡蛎黄芪汤联合比拜克胶囊治疗甲状腺功能亢进临床观察[J]. 实用中医药杂志,2018,34(8):937-938.
[8] 李存杰,雷婷. 复方黄芪建中汤加减结合优甲乐对桥本甲状腺炎患者

细胞因子和抗体水平的影响[J]. 现代中医药结合杂志,2016,25(27):3001-3003.
[9] 常青, 李勇. 黄芪扶正汤对甲状腺癌术后免疫功能及生活质量的影响[J]. 中华中医药学刊,2018,36(3):691-693.
[10] 张杰群,徐肖,刘雷. 左甲腺素钠联合复方丹参滴丸治疗桥本甲状腺炎的临床疗效及对自身免疫抗体的影响[J]. 广西医科大学学报,2018,35(2):220-223.
[11] 刘洁,蔡鹊,等. 海藻玉壶汤治疗甲状腺瘤研究进展[J]. 实用中医药杂志,2016,32(12):1262-1264.

（本文编辑:李海燕 本文校对:肖碧跃 收稿日期:2019-03-29）

君子消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫临床观察及机制探讨※

王晓蕴 赵红敏 张忠勇* 李华君 王元松
（河北省沧州中西医结合医院内分泌科,河北 沧州 061001）

摘 要:目的 研究君子消痞汤组方对糖尿病胃轻瘫的治疗效果和机理的分析。**方法** 选取 2016 年 1 月—2017 年 12 月进行治疗的糖尿病胃轻瘫患者 100 例,随机分为观察组(51 例)和对照组(49 例),2 组都进行一般治疗后,观察组实施中药口服和低频脉冲共同治疗,对照组应用甲钴胺静点和莫沙必利口服共同治疗,治疗 1 个疗程(2 周)。治疗后,以病患的症状积分,胃排空时间,胃腔内食物潴留量和胃肠激素的变化来判断治疗效果。**结果** 经治疗后,观察组症状计分,胃排空时间和胃腔内食物潴留量都比对照组少,且胃肠激素改善较好,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 利用君子消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫病患可明显降低不良症状的产生,促进胃排空,有推广应用价值。

关键词: 君子消痞汤;糖尿病;胃轻瘫;胃排空时间;胃肠激素;消渴;脘痞
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.018 **文章编号:** 1672-2779(2019)-12-0043-02

Clinical Observation and Discussion on the Mechanism of Junzi Xiaopi Decoction on Diabetic Gastroparesis

WANG Xiaoyun, ZHAO Hongmin, ZHANG Zhongyong, LI Huajun, WANG Yuansong
(Endocrinology Department, Cangzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hebei Province, Cangzhou 061001, China)

Abstract: Objective To study the therapeutic effect and mechanism of Junzi Xiaopi decoction on diabetic gastroparesis. **Methods** From January 2016 to December 2017, 100 cases of diabetic gastroparesis patients were selected as the research objects, and were randomly divided into observation group (51 cases) and control group (49 cases). Both groups were generally after treatment. The observation group was given oral medicine and low frequency pulse treatment, and the control group used a static point and moser cobalt amine will benefit oral treatment together. The treatment continued a course of treatment (2 weeks). After treatment, the therapeutic effect was judged by the patient's symptom score, gastric emptying time, amount of food retention in the stomach and changes in gastrointestinal hormones. **Results** After treatment, the symptom score, the duration of gastric emptying and the amount of food retention in the gastric cavity of the observation group were less than those of the control group, the improvement of gastrointestinal hormones of the observation group was better, and there had statistical significance ($P<0.05$). **Conclusion** The use of Junzi Xiaopi decoction in the treatment of diabetic gastroparesis can significantly reduce the occurrence of adverse symptoms and promote gastric emptying.

Keywords: Junzi Xiaopi decoction; diabetes; gastroparesis; gastric emptying time; gastrointestinal hormone; consumptive thirst; distention and fullness

糖尿病胃轻瘫是一种常见的糖尿病引发的慢性疾病,其主要是由于胃神经功能失调降低了胃动力的能力而产生的,其主要特点是胃排空时间较长,运动减慢以及蠕动能力下降等,临床症状为呕吐、恶心和早饱等[1-2]。近年来,治疗糖尿病胃轻瘫的方法主要是服用胃动力药物,但此法的副作用较大,而中药治疗不仅有效且毒副作用小[3]。本文研究了君子消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫的疗效以及机理。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月—2017 年 12 月来我院进行治疗的糖尿病胃轻瘫患者 100 例,所有患者都符合中西医诊断标准。观察组 51 例,男 29 例,女 22 例;年龄 26~73 岁,平均 57.31 岁;病程 4~27 年,平均病程(15.74±8.69)年。对照组 49 例,男 30 例,女 19 例;年龄 23~79 岁,平均 59.84 岁;病程 5~34 年,平均病程(18.53±7.23)年。

1.2 治疗方法 2 组患者都先采用一般疗法,主要内容有:(1) 控制病患的危险因素,医护人员要让病患禁止抽烟,喝酒,且注意控制体质量。此外,还应避免酮症酸中毒,高渗性昏迷等并发症;(2) 医生要嘱咐病患少吃多盐,高脂的食物,且禁止食用辛辣刺激性食物,多吃蔬菜补充足够的维生素和膳食纤维;(3) 患者应该每天保持一定量的运动,以避免体质量的增长,调节胰岛素抵抗,提高胃肠蠕动能力;(4) 医护人员应先予以患者心理和健康教育,让患者有良好的心态接受治疗;(5) 医护人员依据每个患者的情况制定相应的降糖方案,让患者在空腹时血糖调节小于 7.0 mmol/L,进食 2 h 后调控小于 9.0 mmol/L,糖化血红蛋白小于 7%。此外,应选取合适的降压药物让血

※ 基金项目:河北省中医药管理局王元松名中医工作室建设项目【No.2016137】
* 通讯作者:zzyhappy666@126.com

压调控小于130/80 mm Hg。在进行一般治疗后，观察组每天在早餐和晚餐后分别服用君子消痞汤150 mL，且每天进行低频脉冲治疗1次。对照组每天给予病患静点甲钴胺粉针1.0 mg，每天进食前半小时口服莫沙必利5 mg，每天3次。2组病患都治疗1个疗程，每个疗程2周。

1.3 观察指标 （1）根据相关文献[4]使症状计分法：没有症状计为0分；稍有症状，要仔细观察才能判定计为1分；患者能显著感受到症状，但没有对生活造成影响计为2分；症状显著且影响患者的工作生活计为3分。（2）依据症状发生频率计分可计为：从不发生症状计为0分；每周有1~2 d发生症状计为1分；每周有3~5 d发生症状计为2分；每天都发生症状计为3分。（3）分别在治疗前后测定病患空腹血中的胃动素（MOT），胃泌素（GAS）以及胃囊收缩素（CCK）。

1.4 疗效评定标准 有效：恶心、呕吐、早饱等症状都没有发生；X线钡餐检查正常；胃排空时间正常；经胃镜检查后没有发现胃潴留。无效：若未满足以上情况则视为治疗无效。

1.5 统计学方法 对数据进行统计分析，所用统计软件为SPSS 20.0，计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示，行t检验；计数资料以率（%）表示，行χ^2检验，P<0.05时，数据的差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组病患治疗前后症状积分变化 2组病患在治疗前，症状积分没有显著差异，而经治疗后，观察组较对照组症状积分低，且治疗前后症状积分有明显变化，差异有统计学意义（P<0.05）。见表1。

表1 2组患者治疗前后症状积分变化 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
观察组	51	103.96±15.21	26.74±22.32	−10.97	<0.01
对照组	49	103.46±14.69	42.86±24.56	−16.42	<0.01
t值		0.19	3.21		
P值		>0.05	<0.01		

2.2 2组病患治疗效果比较 观察组有效率明显高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表2。

表2 2组患者的治疗效果 [例(%)]

组别	例数	有效	无效
观察组	51	46(90.20)	5(9.80)
对照组	49	26(53.06)	23(46.94)

2.3 治疗前后2组胃激素变化 经治疗后观察组与对照组的MOT，GAS以及CCK都差异显著，差异有统计学意义（P<0.05）。见表3。

表3 治疗前后2组患者胃激素的变化 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	时间	MOT	GAS	CCK
观察组	51	治疗前	490.31±73.21	158.23±22.78	32.07±56.74
		治疗后	328.74±60.23	97.24±23.78	58.56±5.72
对照组	49	治疗前	486.72±68.79	157.65±23.46	33.32±65.21
		治疗后	394.47±56.28	114.26±19.47	45.78±30.89

3 讨论

糖尿病胃轻瘫是一种常见的疾病之一，其发病机理较为复杂，虽然众多学者已开始研究，但目前都没有对其发病机理做过多的研究。中医认为该病主要表现为消渴日久，脾胃功能下降，容易产生腹胀、早饱、体质量减轻、机体无力等表现[5]。治疗该病的主要方法有西医和中医，前者药物毒副作用大，不良反应多，后者由于其靶点多，毒性小，因此具有较好的治疗效果，因此研究有效的中药治疗方法是有必要的[6]。

君子消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫患者，其中药方里的生晒参、白术和茯苓能够改善血中的的胃肠激素的水平，调节胃肠运动；生姜、半夏可以明显的调节病患的呕吐症状；旋覆花、代赭石具有止吐功能，且可以有效的提高胃动力；厚朴、枳实理气宽胸，行气消胀；生地黄、麦冬、葛根升阳布津，生津止渴；黄芩、黄连苦寒泄热，配伍半夏、生姜则辛开苦降，寒热并用，调节脾胃气机升降；鸡内金消食健胃，活血散瘀。甘草既能健脾补中又能调和药性[7]。此外，低频脉冲辅助治疗能够起到刺激神经，促进局部的血液循环以及止痛的作用，可有效配合君子消痞汤治疗。对照组应用甲钴胺和莫沙必利共同治疗病患。其中甲钴胺是一种营养神经药物，能够加快神经修复；莫沙必利是一种常见的胃动力药物，可以提高胃肠蠕动能力，缩短胃排空时间[8]。但长时间服用这些药物会造成耐药性，且有较大不良反应。本文研究表明君子消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫较对照组有效，症状计分低，且大大缩短了胃排空的时间。

在治疗糖尿病性胃轻瘫过程中，本研究发现君子消痞汤明显降低了血浆中胃动素以及胃泌素的水平，由于两者是降低糖尿病胃轻瘫患者排空的主要原因，从而可判定这2种激素发病期间明显升高。本实验结果也表明治疗前后胃动素和胃泌素发生了明显变化，且经治疗后2种激素水平得到有效的减少。因此，君子消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫的机理可能是参与到了控制胃动素和胃泌素的产生。

综上所述，君子消痞汤可有效治疗糖尿病胃轻瘫，有推广应用价值。

参考文献

[1] 郭潇，李莉，白雪琴. 加味枳实消痞汤联合莫沙必利治疗糖尿病胃轻瘫临床观察[J]. 新中医，2015，47(10):67-69.
[2] 丘文戈，周冰峰，张丽蓉. 加味枳实消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫的疗效及作用机制[J]. 深圳中西医结合杂志，2016，26(11):62-64.
[3] 崔文雅. 中西医结合治疗糖尿病胃轻瘫的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志，2015，3(4):23-23.
[4] Harred J F，Knight A R，McIntyre J S. Inventors. Dow chemical campany，assignee eXpoXidation process[J]. USP atent，3，2014，3(17)：1927-1904.
[5] 徐坦，许馨予，张大锐. 自拟理气消痞汤内服配合针刺治疗糖尿病胃轻瘫的临床观察[J]. 湖北中医杂志，2016，38(8):41-43.
[6] 朴春丽，韩笑. 益气消痞方联合电针治疗糖尿病胃轻瘫疗效观察[J]. 中医临床研究，2016，8(35):62-63.
[7] 孙占杰. 消痞汤联合胃动力治疗仪和枸橼酸莫沙必利片治疗糖尿病性胃轻瘫35例[J]. 中医研究，2016，29(1):25-26.
[8] 陈伦，祁佳，张宇锋，等. 香砂六君子汤治疗糖尿病性胃轻瘫临床疗效对比研究[J]. 西部中医药，2016，29(7):90-93.

（本文编辑：张文娟　本文校对：李文东　收稿日期：2018-11-20）

儿科外治疗法的思考及建议

刘应科[1] 王俊宏[2] 肖和印[3] 杨 晔[1] 王秋莉[1] 白万红[1] 张 辰[1] 崔 红[4*]

（1 北京市和平里医院儿科，北京 100013；2 北京中医药大学东直门医院儿科，北京 100007；
3 中国中医科学院望京医院儿科，北京 100102；4 北京友谊医院儿科，北京 100050）

摘 要：儿童外治疗法源远流长，其源起大约是在距今五千年前或更早一些，早在《五十二病方》《颅囟经》就有论述，发展到现在更是增添了不少的光辉。外治疗法是使用药物、手法、器械、光、电、声、磁等介质，作用于机体表面或腔道，不经传统消化道的吸收，用来治疗疾病或预防保健，达到健康长寿的一种治疗方法。有推拿按摩、针灸疗法、点刺疗法、拔罐疗法、穴位贴敷疗法等。外治疗法的西医可能机制：药物经过皮肤的吸收；药物或刺激作用于疾病靶点；物理因子刺激并调节神经、体液、内分泌继而调节机体。中医可能机制：整体观念的指导；皮部理论的指导；穴位、经络的作用靶点；调整全身的气血。儿童外治疗法具备5大特点：不用吃药，不用打针，依从性良好。简单、方便、灵验、廉价。（简便效廉）使用简便，易于掌握，既可单独外用，亦可结合内治法配合应用。外治特色，容易被病人记住，容易传播。不良反应小，相对安全。但是外治疗法也存在一些糟粕，甚至存在一些玄学，作为真正的医者，一定要有质疑的精神，要实事求是，一切从患者的利益出发，取其精华，去其糟粕，去“玄”求“道”。

关键词：外治疗法；儿科学；作用机理；疗效性；安全性

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.019 **文章编号**：1672-2779（2019）-12-0045-04

The Thoughts and Suggestions on the External Treatment of Pediatrics

LIU Yingke[1], WANG Junhong[2], XIAO Heyin[3], YANG Ye[1], WANG Qiuli[1], BAI Wanhong[1], ZHANG Chen[1], CUI Hong[4]

(1. Department of Pediatrics, Beijing Hepingli Hospital, Beijing 100013, China;
2. Department of Pediatrics, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, 100007, China;
3. Department of Pediatrics, Wangjing Hospital, China Academy Chinese Medical Sciences, Beijing 100102, China;
4. Department of Pediatrics, Beijing Friendship Hospital, Beijing 100050, China)

Abstract: The treatment of children's external treatment has a long history. The origin of the external treatment method is about 5,000 years ago or earlier. As early as in the *Prescriptions for Fifty-two Diseases* and *Cranial Sutra*, it has been added to the present, and it has added a lot of brilliance. Conceptually, external treatment is the use of drugs, techniques, instruments, light, electricity, sound, magnetic and other media, acting on the surface or cavity of the body, without the absorption of traditional digestive tract, used to treat diseases or preventive health care, a treatment that achieves longevity. There are massage, acupuncture, pricking, cupping, and acupressure and so on. The possible mechanisms of external treatment include: absorption of the drug through the skin, drug or stimulation at the target of the disease, physical factors that stimulate and regulate the nerves, body fluids, endocrine and then regulate the body. The possible mechanisms of in Chinese medicine include: guidance of the overall concept, guidance of the theory of the skin, target of acupoints and meridians, adjustment of blood and blood throughout the body. The external treatment method has five major characteristics: no medication, no injection, and good compliance, simple, convenient, effective and cheap. It is easy to use and easy to master. It can be used alone or in combination with internal treatment. Features of external treatment are easy to be remembered by patients, and are easy to spread. The adverse reactions are small and relatively safe. However, there are some ruins in the external treatment. There are even some metaphysical studies. As a true medical practitioner, we must have a spirit of questioning. We must seek truth from facts. Everything starts from the interests of patients, taking its essence, going to its dregs.

Keywords: external treatment; pediatrics; mechanism; efficacy; safety

俗语云“良医不废外治”，一个良好的大夫是应该擅长使用外治疗法的，儿童的外治疗法更有其必要性。儿童外治疗法历史悠久，早在《五十二病方》就载有“婴儿孛痉”“婴儿病痫”等小儿疾病的外治法，径至儿科专著《颅囟经》就更加重视儿童外治疗法了，全书中外治疗法的方剂占全书的一半，书中运用外敷、药浴、喷鼻、洗眼、糁耳等法治疗小儿各种病症。可见外治疗法从古即有之，发展到现在更是增添了不少的光辉。国外的学者已经不单纯关注药物的外治，而是从光、电、磁、声等多种介质，结合最新发明高科技来作用于机体表面，关注疾病，提升健康。应该说，外治法从来不是中医学的专利，但是应该可以推断外治法最早源自于中医，而

*通讯作者：wangql0823@sina.com

今国外已经有许多科学家利用高科技手段，采用外治的途径，促进健康，我们应该有高度的危机感，不然又会被人模仿、窃取、使用、甚至超越。基于此，笔者近年来着手关注儿童外治方法，搭建各种临床平台，召开相应学术研讨会，呼吁有识之士高度关注此种疗法，希冀更多的人加入进来，形成中医学的一种特色治疗，继而进行推广，造福国人。本文只是对儿童外治疗法的一个宏观思考，不端之处，敬请斧正。

1 外治疗法的概念

有许多学者发文对此进行了阐述，甚至写入了《中医外科学》的教材，但是尚存在不足，第一，过分的强调药物外治，而忽略了其它介质。第二，过分的强调体表，而忽略腔道等体内。故而，窃以为外治疗法是使用药物、手法、器械、光、电、声、磁等介质，作用于机体表面或腔道，不经传统消化道的吸收，用来治疗疾病或预防保健，达到健康长寿的一种治疗方法。

常用的外治疗法有推拿按摩、针灸疗法、点刺疗法、拔罐疗法、穴位贴敷疗法等，尚有放血疗法、灌肠疗法、药浴疗法、敷脐疗法、眼疗法、耳疗法、膏摩疗法、熏蒸疗法、肛疗法、取嚏疗法、熨烫疗法等一些非常见外治疗法。外治疗法的药物剂型多样，常有丹剂、酒剂、水银剂、敷剂、膏剂、摩膏剂、熏蒸剂、枕药、线药等。

2 外治疗法的缘起

外治疗法是如何来的？人类的始祖进化于猿猴，从直立行走开始，一直过着群居的生活。从考古角度而言，人类可以溯源到170万年以前，而从有史以来的文字记载来看，也就约5000多年的历史，并没有史料载何时开展外治疗法，又为什么有外治疗法？盖远古时代，环境恶劣、居住简略，又没有丰富的物质资源，为了生存、繁衍，选择了群居生活，并且还需得谋生。外出打猎、捕鱼、开荒就成了必须的日程生活，然而在这个过程中，难免受伤，被猎物攻击、跌打损伤，人们多是带着血淋淋的创伤而回，居家的老人或女人，随手用燃尽的草木灰外敷止血，发现果然有效，乃至烧炭止血的方法绵延至今。也就是这些点点滴滴的行为，转化为口口相传的经验，甚至记载于最原始的龟甲上，继而固化于我们的先辈们，甚至流传至今。

当然，这仅是我们对外治疗法一次源头思考，或为臆测，毕竟历史的场景不能复原，但是散在早期的古籍已经有了外治疗法的记载，如《山海经》载有熏草等7种药物，“佩之，可以已厉（疠）”。这是药物外治疗法用以防疫的最早记述。《周礼》载疗疡“五毒”时提到“今医人有五毒之药……烧之三日三夜，其烟上著，以鸡羽扫取之以注创，恶肉破骨则尽出”。有学者[1]也提出了外治法的起源大约是在距今五千年前或更早一些，从发掘的甲骨文中发现，夏商时代人们在同疾病的斗争中，已经采用了按摩、针刺、砭法、熨法、简单的外科手术等外治疗法。这与笔者的思考大体是吻合的。

3 外治疗法的理论探析

外治疗法到底是一种什么样的机理呢？是否科学呢？这个问题迫在眉睫的需要解决，否则没有说服力，难免有更多的受众性，难免会受到批评，甚至攻击。正如有人攻击经络、穴位，言其看不见、摸不着，纯为子虚乌有、主观臆测，进而攻击中医。但我想，真理永远会是真理的，正如磁场也是看不见摸不着的，最终被证实，被公认一样。

早在清朝就有一著名医家对此进行了精妙的阐述[2]，似乎成了该领域的经典名言，言及“外治之理，即内治之理，外治之药，即内治之药。所异者，法耳!”（《理瀹骈文》）事实真是这样的吗？有这样简单吗？别忘了，那时候尚没有物理、化学、生物，更谈不上中药药理学、药物代谢动力学。也许，外治之理还真不是内治之理，外治之药还真不是内治之药。我权且从中西医角度对此进行了初步思考。

3.1 西医角度的认识

3.1.1 现代药理学的认识 药理学是研究有关使用化学物质治疗疾病时引起机体机能变化机制的学问，其目的是阐明药物作用及作用机制、改善药物质量、提高药物疗效、防治不良反应。传统的经消化道吸收的药物，我们多从药物的吸收、分布、代谢、排泄角度进行探析，即药代动力学，但是外治疗法是经过皮肤或者腔道吸收，不同于消化道吸收，此种方式的吸收、分布、代谢、排泄我们并不清楚，我们不知其在体内进行了一种何种变化，正犹如黑匣子一样。亦正因为如此，外治疗法的毒理学方面我们亦无相关数据及研究，不清楚外治疗法的安全阈值和疗效窗口。

从药效动力学方面分析，虽然有时药物通过体外吸收要远比体内吸收的要少，但是一个客观事实是外治疗法的疗效是可靠的，有一种可能是药物发挥疗效与其血药浓度有时未必是成正比。研究发现[3]，在某些疾病尤其是慢性疾病中，血药浓度低的反而比浓度高的作用好。此种状态，目前尚没有找到理想的答案，或有人臆测为安慰剂效应，但尚为牵强，缺乏说服力。

3.1.2 现代科学技术的发展 随着现代科学技术的发展，对人体的认识越来越深入，体表皮肤或者腔道跟疾病密切相关，有的甚至是某些疾病的直接靶点。《Cell》杂志

刊登一篇文章显示[4]，自闭症的病位不在大脑而是在皮肤神经，这项研究再一次说明了皮肤是人体最大的神经-内分泌-免疫器官，有的称为第三脑。该项研究表明，对于该疾病的治疗可能作用靶点应该是皮肤，这就意味着外治疗法在该疾病的干预中将起到重大作用。

3.1.3 **物理刺激的拓展和疗效验证** 运用声、光、磁、冷、热、电、力（运动和压力）、水等刺激，采用非侵入性、非药物性的治疗来恢复身体原有的机体生理功能，可以称为物理疗法，简称为理疗，它是通过物理因子的物理能，调节神经、体液、内分泌等而作用机体，达到预防及治疗疾病的作用。具有消炎、镇痛、抗菌、镇静、兴奋等作用，在神经系统疾病、骨骼肌肉系统疾病等具有确证疗效，得到了广泛推广，常用疗法有声疗、光疗、水疗、电疗、冷疗、热疗、压力疗法等。

3.2 **按照中医理论的认识**

3.2.1 **整体观念** 中医理论的两大特点是整体观念和辨证论治。整体观告诉我们人体与天、地、社会是一个统一的整体，人体自身也是一个统一整体，是密不可分的，正因为如此，机体的内在疾病，一定会反映到体表，正所谓“有诸内，必形诸外”（《孟子·告子下》）。也可以说局部病变大都是整体生理机能失调在局部的反映。根据整体观念，可以指导我们内病外治，上病下取，下病上取，左病右取，右病上取。

3.2.2 **皮部理论** 根据中医经络理论，人体有十二皮部，是十二经脉之气在体表皮肤的聚集及反映，具体而言是十二经脉及所属脉络在体表的反映，正如《素问·皮部论》所说：“欲知皮部，以经脉为纪”“凡十二经络脉者，皮之部也。”故而在皮肤一定部位施行穴位贴敷、艾灸、热熨、梅花针等疗法，可治疗内在脏腑的病变。

3.2.3 **药物作用病变靶点** 根据整体观念和经络理论，内在脏腑与外在形体、官窍之间，通过经络密切相连，故而病变的靶点可能就在肌表，《灵枢·本藏》说：“经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。”《灵枢·海论》言：“夫十二经脉者，内属于腑脏，外络于肢节。”《灵枢·九针十二原》说：“五脏有疾也，应出于十二原，而原各有所出。明知其原，睹其应，而知五脏之害矣。”

每条经脉散布着穴位，穴位可能是各种疾病的应点，如：中府穴压痛或肺俞穴出现梭状或条索状结节，可以显示肺脏的疾病；阑尾穴明显压痛，多为肠痈；脾俞穴有异常变化，多为脾胃病变；横骨压痛，多反映月经不调或遗精。

故而外治疗法可以通过作用经络、穴位达到治疗疾病的作用，吴师机强调“膏药贴法与针灸通”，重点是指“膏药与针灸取穴相通”。

3.2.4 **气血理论** 气与血是充斥在人体中的重要物质，“人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也。”（《灵枢·本藏》）、“气者，人之根本也。”（《难经·八难》）、“人之有生，全赖此气。”（《类经·摄生类》），气有推动调控、固摄、温煦与凉润、防御等作用，血有濡养、化神等作用，外治疗法能够通过调节气血继而达到调节脏腑功能的作用，使得疾病得以恢复。

4 外治疗法疗效及安全性

即使有比较充分的理论支持，尚且存在一些质疑的声音，这是完全可以理解的，这更说明外治疗法需要充分的关注与广泛的践行。曾有著名西医儿科专家就三伏贴的疗效问题与我探讨，因为有微信软文抨击三伏贴、指责患者家属的从众心理。我从三伏贴的源起及理论支持做了详细解释，并且希望跟他联合做一个关于三伏贴的多中心、大样本的研究，得到了他的认可。这是一种质疑心态、这是一种谨慎心态、这是一种探讨心态、这是一个真正的学者。

我们暂时并没有做一些严格意义上的临床观察，但是从我们科室开展的小儿捏脊疗法、小儿推拿疗法、小儿刺四缝疗法在治疗小儿厌食、小儿夜啼、小儿食积、小儿便秘、消化不良等疾病来看，疗效是确切的，受到了广大家长的好评，甚至有的家长认为比吃药要好，尤其是我们开展的穴位贴敷，得到了更多的良好评价，诸如小儿退热贴、小儿利咽清扁贴、小儿通便贴、小儿止咳贴、小儿生长贴、小儿消脂贴已经成了“明星贴”，好多家长来就是要求开这些贴的。

曾有一个 2 岁患者，呕吐，吃什么吐什么，又有腹泻，家长不愿意输液，辨证为暑湿证，适合用藿香正气口服液，但是吃了就吐，起不到作用，嘱咐家长夜间用棉球蘸满藿香正气口服液敷贴于患儿神阙穴，3 天以后，患儿痊愈了。

这一些经验说明外治疗法是有效的，但尚需要更多的同道进行践行，继而验证并予以推广。

除却疗效，安全性亦是大家高度关注的，2017 年 8 月有一篇微信文章影响很大，内容为一个按摩大夫猛烈的手法造成了婴儿的摇晃综合征（SBS），在按摩 7 d 后引起死亡，后续跟帖的很多，有非议按摩手法欠缺安全性的。我尚不能考证本消息的真实性，通过网络及附载的图片来看，按摩大夫手法夸张，确实对婴儿脑部造成了强烈摇晃和刺激，但是图片有没有 PS 处理，不好评判。前者有报道因为采用扳法也出现偏瘫的报道，这是

有可能的。但是这些不良反应的出现，一定是违规操作的，或不是真正的中医，或根本就没有系统的学习过，为了挣钱，混入圈中，为了哗众取宠，手法夸张，不计后果，根本没有专业性、规范性可言。这种情况下，再安全的方法也是难免有安全隐患的。况且，小儿脏腑娇嫩、形气未充，手法就应该更加轻柔了。

从外治途径来看，药物的吸收总是不如口服的，故而总体而言外治疗法是安全的，外治的手法只要是规范操作，再结合儿童的生理特点，也是安全的，此亦需要更多同道的践行及总结，继而为专业的、规范的外治疗法正本清源。

5 外治疗法的特色

外治疗法确实有其独到的特色，具备5方面的特点：(1) 不用吃药，不用打针，依从性良好；(2) 简单、方便、灵验、廉价；(简便效廉) (3) 使用简便，易于掌握，既可单独外用，亦可结合内治法配合应用；(4) 外治特色，容易被病人记住，容易传播；(5) 不良反应小，相对安全。

但是，在特色的同时也存在一些不足，或者说是为了过分的特色、过分的渲染，反而增加了一些玄学在里头，或者说是存在一些糟粕，如《卫济·宝书》载打针法："用马衔铁于甲子日，一日炼打阳针一枚如韭叶，长三寸六分；丁酉日打阴针一枚，长二寸四分；惊蛰日打雷锋针一枚，长二寸四分……阳针，针独疽。阴针，针痈。雷锋针，针怪形。非怪形者，必须辨认仔细，乃可针。"一副外治的针具的制作真的是要分阴阳吗？正如鲁迅先生所讽刺的需要蟋蟀一对，并且要求是原配的一样。

又有《中医外科学》做载，野外毒蛇咬伤时，可立即用火柴头5~7个放在伤口上点燃烧灼1~2次，破坏蛇毒，此法盖用热力破坏蛇毒，何必拘泥于火柴头，又非得是5~7根呢？

此种类似的玄道，不胜枚举，基本可以界定为糟粕，应该去除。为什么有这些玄呢？

"玄"是生财之"钥"，越玄越易让人相信，越愿意掏钱。"玄"产生了诱惑性。但是，作为真正的医者，一定要有质疑的精神，要实事求是，一切从患者的利益出发，取其精华，去其糟粕，去"玄"求"道"。

6 对外治疗法的建议及展望

诚然，外治疗法是有理论的，是有疗效的，是相对安全的，是有特色的，有很多疗法是应该推广的适宜技术。我们应该怎么接受呢？大胆接受？宽容的接受？小心谨慎的接受？还是拒绝？鉴于目前的状态，我还是推荐宽容的接受，小心谨慎的接受。诸位同道可以首先尝试，正所谓"良医不废外治"，不断的观察总结，如果发现疗效好，安全性好，就应该大力推广。不应该心存芥蒂，人云亦云，将一些好的方法拒之门外。当然，采用外治疗法相对而言是要复杂一点的、麻烦一点的，不像口服药物那么简单，这需要我们不怕麻烦，努力去探索。

鉴于外治疗法的特色，我们绝对有理由相信外治疗法的前景一定是好的，一定能够服务更多的患者。随着外治疗法关注度的增强，现代科技的进步，外治法的治疗机理将会日渐解开神秘面纱。在这个过程中，外治疗法应该尽可能的借助当今高科技；外治疗法不应该有中西医门户见地，要打破思维禁锢，初期采用拿来主义，有用即用，尽量融合；外治疗法要有广泛的临床实践及大量的临床数据，继而进行机制、机理方面的研究。

参考文献

[1] 唐汉钧. 中医外治纲要(上)—中医外治历史溯源与传承发展[J]. 中医外治杂志,2014,23(4):3-6.
[2] 吴师机. 理瀹骈文[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:5.
[3] 马俊杰，张以来. 关于中医穴位外治现代研究的思考. 辽宁中医杂志,2014,41(5):1010-1011.
[4] L Orefice, A Zimmerman, A Chirila, et al. Peripheral Mechanosensory Neuron Dysfunction Underlies Tactile and Behavioral Deficits in Mouse Models of ASDs.Cell, 2016 ,166(2):299.

(本文编辑:张文娟 本文校对:邓海莉 收稿日期:2019-04-19)

地榆

药材鉴别要点

约材呈不规则纺锤形或圆柱形,稍弯曲或扭曲,有时带有支根,长5~25 cm,直径0.5~2 cm。表面灰褐色,棕褐色或暗紫色，粗糙，有扭曲的纵皱纹、横裂纹及支根痕。质硬,断面较平坦,木部黄色或黄褐色,略呈放射状排列。气微,味苦涩。

绵地榆(长叶地榆),呈长圆柱形,稍扭曲,着生于粗短的根茎上,长6~20 cm,直径0.5~2 cm,表面红棕色至棕紫色,有细皱纹。质坚韧,断面黄棕色至红棕色,皮部有多数黄色或黄棕色棉条状纤维，其根较正种地榆更高纤维性,其断面不整齐,气微,味微苦涩。

饮片鉴别要点

饮片为不规则的类圆形或斜切片。外表皮灰褐色至深褐色,切面较平坦,粉红色、淡黄色至黄棕色,木部略呈放射状排列;或皮部有多数黄棕色棉条状纤维(长叶地榆),气微,味微苦涩。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(4)》,人民卫生出版社,2018.

中药炮制对药性和临床疗效的影响

李新华　李占芳

（聊城市人民医院药学部，山东　聊城　252000）

摘　要：目的　探讨中药炮制对药性及临床疗效的影响。**方法**　选取2017年2月—2018年6月收治的脾胃虚寒型功能性消化不良患者130例，分为观察组（经过炮制的中药）和对照组（经过一般修制的中药），各65例，比较2组患者在临床疗效上的差异。**结果**　与对照组相比，观察组患者的治疗有效率（93.85%＞81.54%）相对更高（$P<0.05$），不良反应发生率（6.15%＜13.85%）相对更低（$P<0.05$），而上腹痛缓解时间[（4.39±1.02）d＜（6.85±1.38）d]、嗳气症状缓解时间[（3.92±0.85）d＜（7.14±1.59）d]以及恶心呕吐缓解时间[（3.85±0.91）d＜（6.92±1.33）d]相对更短（$P<0.05$）。**结论**　中药炮制对于药性具有调节的作用，可以根据临床治疗的需要，合理进行选择，进而提升其临床疗效。

关键词：中药炮制；中药药性；临床疗效

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.020　　**文章编号：**1672-2779（2019）-12-0049-02

Influence of Chinese Medicine Processing on Drug Property and Clinical Curative Effect

LI Xinhua, LI Zhanfang

(Department of Pharmacy, Liaocheng People's Hospital, Shandong Province, Liaocheng 252000, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of Chinese medicine processing on the property and clinical efficacy. **Methods** 130 patients with functional dyspepsia of deficiency-cold type of spleen and stomach were selected from February 2017 to June 2018. Patients were divided into observation group (processed Chinese medicine) and control group (traditional Chinese medicine) averagely. Their clinical effect was compared. **Results** Compared with control group, the effective rate of treatment (93.85%>81.54%) in observation group was higher ($P<0.05$), the incidence of adverse reactions (6.15%<13.85%) was lower ($P<0.05$), and the relief time of upper abdominal pain [(4.39±1.02)d<(6.85±1.38)d], the relief time of belching symptoms [(3.92±0.85)d < (7.14±1.59)d]. The remission time of nausea and vomiting [(3.85±0.91)d<6.92±1.33)d] was shorter than that of nausea and vomiting ($P < 0.05$). **Conclusion** Processing of traditional Chinese medicine has a regulatory effect on drug properties. It can be reasonably selected according to the needs of clinical treatment, and then improve its clinical efficacy.

Keywords: Chinese medicine processing; drug property; clinical curative effect

在多种临床疾病的治疗过程中，中医药治疗是一种良好的选择。由于天然中药草本植物的化学成分较为复杂，并含有杂质，往往不能直接用于临床治疗中。中药草本经过采收后，需要对其进行加工，以获取纯净药材，中药炮制是其中的重要环节，主要起到增效、减副以及药性调节的作用，影响着药物的临床疗效。与此同时，经过炮制后的中药，更便于进行调剂和制剂[1]。本研究选取我院2017年2月—2018年6月收治的脾胃虚寒型功能性消化不良患者130例，探讨中药炮制对于其中医药治疗效果的影响，现报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取我院2017年2月—2018年6月收治的脾胃虚寒型功能性消化不良患者130例，在临床治疗中，分别使用经过炮制的中药（观察组）和经过一般修制的中药（对照组）进行治疗，2组各65例。观察组男34例，女31例；年龄22~76岁，平均39.24岁。对照组男33例，女32例；年龄24~78岁，平均40.51岁。2组患者的基本资料对照相仿（$P>0.05$），本研究具有可行性。

1.2　炮制方法　在2组患者的临床治疗中，选用黄芪建中汤加减方。在观察组患者的治疗中，取中药组方中的黄芪、甘草，洗净后，将其置于锅内，文火条件下进行翻炒，观察药物断面的颜色变化，一般呈黄色，颜色持续加深。药物发泡鼓起、爆裂和逸仙出固有气味后，说明达到所需程度。将药物取出，放冷后使用。使用炙黄芪15 g，炙甘草20 g，桂枝30 g，生姜30 g，白芍60 g，大枣12个，饴糖100 g。配制黄芪建中汤基本方，辨证加减，水煎取汁，温服，1剂/d（2次/d）。

对照组同样使用黄芪建中汤加减方进行治疗，中药组方中的黄芪、甘草未经炮制，使用黄芪、甘草、桂枝、生姜、白芍、大枣、饴糖。用量同观察组。配制黄芪建中汤基本方，辨证加减，水煎取汁，温服，1剂/d（2次/d）。1周为1个疗程，持续治疗3周，观察2组患者的治疗恢复情况。

1.3　统计学方法　以SPSS 19.0统计学软件进行数据的处理和分析，计量和计数分别应用（$\bar{x}\pm s$）和率（%）进行，分别行t检验和χ^2检验，$P<0.05$代表差异有统计学意义。

2　结果

2.1　2组患者的治疗效果　在脾胃虚寒型功能性消化不良

患者的临床治疗中，分别使用经过炮制处理的中药和未经炮制处理的中药进行治疗，比较疗效差异，见表1。

表1 2组患者治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	65	36(55.38)	25(38.46)	4(6.15)	61(93.85)
对照组	65	29(44.62)	24(36.92)	12(18.46)	53(81.54)
x^2值					11.183
P值					<0.05

2.2 2组患者症状改善情况 使用经过炮制处理中药和未经炮制处理中药进行治疗后，比较2组患者腹痛、嗳气、恶心呕吐等症状的发生情况，见表2。

表2 2组患者症状改善情况比较 ($\bar{x}\pm s$,d)

组别	例数	上腹痛缓解时间	嗳气缓解时间	恶心呕吐缓解时间
观察组	65	4.39±1.02	3.92±0.85	3.85±0.91
对照组	65	6.85±1.38	7.14±1.59	6.92±1.33
t值		5.161	5.219	5.114
P值			<0.05	

2.3 2组患者不良反应发生情况 比较经炮制处理中药和未经炮制处理中药应用后的不良反应发生情况，比较2组患者不良反应发生率差异，见表3。

表3 2组患者的不良反应发生情况 [例(%)]

组别	例数	过敏反应	头晕	血压异常	不良反应
观察组	65	2(3.08)	1(1.54)	1(1.54)	4(6.15)
对照组	65	4(6.15)	2(3.08)	3(4.62)	9(13.85)
x^2值					17.182
P值					<0.05

3 讨论

在中医药治疗中，中药材在使用之前，考虑到天然中药草本植物中存在杂质，需要经过加工炮制处理，用于提高纯度、增强药效、消减毒副作用以及调节药性，方便贮存和使用。中药炮制的目的，是为了进一步提升中药治疗效果。在临床用药的过程中，可以直接使用经过炮制的中药饮片，根据治疗的需要，进行制剂和调配[2]。在中药炮制的过程中，更多的关注药物药性的改变及其应用疗效，需要深入了解其关系。天然中药草本植物经过采收之后，还需要经过净选、清洗等程序来去除杂质，再进行拣、筛、揉、拌、去毛、磨、捣等一般修制，以获得纯度更高的药物。在此基础上，增强药物的药效，通过炙、煨、炒、煅等方式炮制药物。该过程中，能够进一步提升药物溶出率，药物成分更容易被吸收，进而达到增强药效的目的。与此同时，中药炮制是减少药物毒副作用的有效方法[3]。

中药炮制对于药物性能的调节作用，关系到中药临床应用的疗效。性味偏盛的药物，在临床用药的过程，容易产生过热、过寒、过酸等强烈的药性，其疗效确切，但是副作用显著。经过炮制之后，药物的性味得以缓和，维持良好疗效的同时，减少药物的不良反应[4]。本组研究中，以脾胃虚寒型功能性消化不良患者的中药治疗为例，应用经过炮制的中药治疗后，93.85%的观察组患者得到有效的治疗，6.15%的观察组患者出现过敏反应、头晕、血压异常等不良反应。治疗（4.39±1.02）d后，其上腹痛症状显著缓解；治疗（3.92±0.85）d后，其嗳气症状消失；治疗（3.85±0.91）d，其恶心呕吐症状得到缓解。应用经过一般修制的中药治疗后，81.54%的对照组患者得到有效的治疗，13.85%的对照组患者出现并发症。治疗（6.85±1.38）d后，其上腹痛症状显著缓解；治疗（7.14±1.59）d后，其嗳气症状消失；治疗（6.92±1.33）d，其恶心呕吐症状得到缓解。相比之下，经过炮制的中药的应用疗效显著优于经过一般修制的中药。

本组研究中，2组脾胃虚寒型功能性消化不良患者均使用黄芪建中汤加减方。该组方中的生黄芪性味甘温，功能以补气为主；炙黄芪性味甘温，功能以补气升阳为主。生甘草，性味甘凉，具有清泄之功。而炙甘草性味甘温，具有温补之功。将炙黄芪和炙甘草应用于黄芪建中汤加减方中，能够更好的发挥其补脾、益气、和胃的功效。由此可见，采取科学、正确炮制方法，能够对中药的药性进行调节，更好的满足临床治疗的需要。

刘德华[5]在临床研究中指出，中药炮制对于清洁中药和发挥药性有着积极的影响，可以通过合理的炮制方法，使药物符合临床治疗的要求。该研究采取对照的方式，比较了经过炮制处理中药和未经炮制处理中药在相关疾病临床治疗中的应用。使用经过炮制处理的中药，97.22%的患者得到有效的治疗，16.67%的患者出现不良反应。而使用未经炮制处理的中药，63.89%的患者得到有效的治疗，58.33%的患者出现不良反应。

综上所述，在临床疾病的中医药治疗中，根据患者的实际病情，选择合适的治疗药物，通过中药炮制，药性得到有效调节，进而达到增效、减副的效果，提高中医药治疗的有效性和安全性。

参考文献

[1] 张学银. 论中药炮制与临床疗效的关系[J]. 内蒙古中医药,2014,33(12):94.
[2] 许大庆. 中药炮制对临床疗效的影响分析探讨[J]. 中医临床研究,2016,8(1):34-35.
[3] 王桂芝,王现柱. 浅议中药炮制与临床疗效的关系[J]. 内蒙古中医药,2015,34(1):79.
[4] 王业勤. 中药炮制与临床疗效——由鳖甲、龟板炮制引起的反思[J]. 内蒙古中医药,2014,33(28):69-70.
[5] 刘德华. 中药炮制方法对其临床疗效影响的研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(9):106-108.

（本文编辑:张文娟 本文校对:杨桂芳 收稿日期:2018-12-11）

多层螺旋CT门静脉成像在肝硬化中医证型诊断的应用价值

胡天翔

（中国医科大学附属第四医院放射线科，辽宁 沈阳 110032）

摘 要：目的 对多层螺旋CT门静脉成像在肝硬化中医证型诊断的应用价值进行分析探讨。**方法** 本次将2017年3月—2018年3月收治的肝硬化患者72例，进一步根据中医辨证分型分为气滞瘀阻型组和其他类型组，各36例。2组均采取多层螺旋CT门静脉成像方法进行诊断，进一步比较2组诊断效果。**结果** 在峰值延长时间上，气滞瘀阻型组明显长于其他证型组，2组数据差异具备统计学意义（$P<0.05$）；在肝脏最大密度差值上，气滞瘀阻型组明显大于其他证型组，2组数据差异具备统计学意义（$P<0.05$）。在门静脉分支积分与轮廓边缘积分方面，气滞瘀阻型组明显高于其他证型组，2组数据差异具备统计学意义（$P<0.05$）。在门静脉灌注量、肝脏动脉灌注量、总肝灌注量三项指标水平方面，气滞瘀阻型组与其他证型组比较均明显更低，2组数据差异具备统计学意义（$P<0.05$）。**结论** 在临床中，针对肝硬化患者，采取多层螺旋CT门静脉成像方法诊断，能够对患者不同的中医证型情况反映出来，从而为进一步的临床诊疗工作提供客观、科学的参考凭据；因此，多层螺旋CT门静脉成像方法值得采纳及应用。

关键词：多层螺旋CT；门静脉成像；肝硬化；中医证型；诊断；臌胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.021 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0051-03

The Application Value of Multi-slice Spiral CT Portal Vein Imaging in Traditional Chinese Medicine Syndrome Diagnosis of Liver Cirrhosis

HU Tianxiang

(Radiology Department, the Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: Objective To analyze and discuss the application value of multi-slice spiral CT portography in the diagnosis of TCM syndromes of liver cirrhosis. **Methods** Seventy-two patients with cirrhosis admitted to our hospital from March 2017 to March 2018 were divided into two different groups according to TCM syndrome differentiation. Among them, 36 cases were qi stagnation type group and 36 cases were other type group. The two groups were diagnosed by multi-slice spiral CT portal vein imaging, and the diagnostic effect of the two groups was further compared. **Results** In the prolongation time of peak value, the group of qi stagnation and stasis was significantly longer than other syndromes, and the difference between the two groups had statistical significance ($P < 0.05$). In the difference of maximum liver density, the group of qi stagnation and stasis was significantly larger than other syndromes, and the difference between the two groups had statistical significance ($P < 0.05$). In terms of portal vein branch integral and contour edge integral, the qi stagnation group was significantly higher than other syndrome groups, and the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). In terms of portal vein perfusion, hepatic artery perfusion and total hepatic perfusion, the qi stagnation and stagnation group was significantly lower than other syndrome groups, and the difference between the two groups was statistically significant ($P< 0.05$). **Conclusion** In clinic, multi-slice spiral CT portography can reflect the different TCM syndromes of patients with liver cirrhosis, so as to provide objective and scientific reference evidence for further clinical diagnosis and treatment. Therefore, multi-slice spiral CT portography is worthy of adoption and application.

Keywords: multi-slice spiral CT; portography; liver cirrhosis; TCM syndromes; diagnosis; tympanites

肝硬化，为消化科常见的疾病之一，指的是因一类或者多类病因在长期反复作用条件下形成的弥漫性肝损害，该类患者的常见症状包括：乏力腹胀、肝脾大、黄疸以及腹水等。值得注意的是，诱发肝硬化的病因较多，包括：病毒性肝炎、酒精中毒、营养障碍以及代谢障碍等[1]。由于肝硬化会对患者的生活质量造成很大程度的影响，因此有必要采取及时有效的诊疗措施。近年来，临床研究表明：根据中医辨证分型，可将肝硬化患者分成多个不同的证型，其中气滞瘀阻型是最为常见的，此外还包括了湿热蕴结型、瘀血阻滞型、脾肾阳虚型以及肝肾阴虚型等；从临床中医治疗理念来看，需根据肝硬化患者不同的证型，采取不同的治疗方案[2-3]。而为了明确患者的具体中医证型，便需要结合行之有效的临床诊断方法。近年来，国内有学者表示，在肝硬化患者诊断过程中，多层螺旋CT门静脉成像诊断方法具备很高的使用价值[4]。鉴于此，本课题将我院于2017年3月—2018年3月收治的肝硬化患者72例，进一步对多层螺旋CT门静脉成像在肝硬化中医证型诊断的应用价值进行分析探讨，现将研究成果作如下报道：

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次一共纳入我院在2017年3月—2018年3月收治的肝硬化患者72例，所有患者均知情签署相关诊疗同意书，且均经医院医学伦理委员会审批通过，此外排除合并其他严重脏器疾病者及严重精神障碍者。按中

医辨证分型方法，分为气滞瘀阻型和其他类型组，各36例。气滞瘀阻型男20例，女16例；年龄28~56岁，平均年龄37.9岁；病程4~11个月，平均病程（4.8±0.3）个月。其他类型组（湿热蕴结型、瘀血阻滞型、脾肾阳虚型以及肝肾阴虚型等），男21例，女15例；年龄29~57岁，平均年龄37.8岁；病程4~11个月，平均病程（4.9±0.2）个月。在一般资料方面，2组对比没有明显差异性，通过计算P>0.05，代表2组后续数据具备研究的意义。

1.2 研究方法 本次2组患者均采取多层螺旋CT门静脉成像方法进行诊断，即：使用飞利浦256排128层螺旋CT进行检查，在检查过程中针对患者的肝脏进行增强扫描；值得注意的是，检查前需做好患者的指导工作，检查前30 min喝500~1000 mL的温开水，然后对拟定肝脏采取平扫操作，将扫描的位置设定为从隔顶到双侧肾门位置，将扫描的参数中电压设置为120 kV，200 mA，将扫描的层厚设置为5 mm；然后，选择欧乃派克注射液作为门静脉成像的造影剂，将注射的速度控制在每秒4.5 mL，然后在注射造影剂之后的大概45 s针对门脉期采取扫描操作，并进行图像重建操作，将层厚设置为1.0 mm，经CT扫描进一步对门静脉的直径及肝实质强化CT值进行详细测量。最终，把得到的数据传输至AW 4.2图像处理工作站中完成图像的分析工作，在图像数据分析过程中，需确保医师具备丰富的工作经验。

1.3 评价标准 （1）对2组门脉强化峰值延长时间、肝脏最大密度差值两项指标情况进行对比评价；对2组门静脉图像指标情况进行分析评价，包括：①门静脉分支积分；②轮廓边缘积分。（2）对2组兴趣区灌注相关参数指标水平进行对比评价，包括：①门静脉灌注量；②肝脏动脉灌注量；③总肝灌注量。

1.4 统计学方法 此次采取统计学软件SPSS 20.0处理数据；其中，计量数据使用（$\bar{x}\pm s$）表示，并用t检验，P<0.05表示2组数据差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 2组门脉强化峰值延长时间、肝脏最大密度差值两项指标情况比较 在峰值延长时间上，气滞瘀阻型组明显长于其他证型组，2组数据差异具备统计学意义（P<0.05）；在肝脏最大密度差值上，气滞瘀阻型组明显大于其他证型组，2组数据差异具备统计学意义（P<0.05）。见表1。

表1 2组患者门脉强化峰值延长时间、肝脏最大密度差值两项指标情况比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	门脉强化峰值延长时间(s)	肝脏最大密度差值(HU)
气滞瘀阻型组	36	8.82±0.41	64.32±3.21
其他证型组	36	7.06±0.36	45.46±2.89
t值		4.238	11.395
P值		<0.05	<0.05

2.2 2组门静脉图像指标情况比较 在门静脉分支积分与轮廓边缘积分方面，气滞瘀阻型组明显高于其他证型组，2组数据差异具备统计学意义（P<0.05）。见表2。

表2 2组患者门静脉图像指标情况比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	门静脉分支积分	轮廓边缘积分
气滞瘀阻型组	36	4.01±0.32	3.65±0.31
其他证型组	36	3.11±0.21	3.15±0.20
t值		4.156	4.127
P值		<0.05	<0.05

2.3 2组兴趣区灌注相关参数指标水平情况比较 在门静脉灌注量、肝脏动脉灌注量、总肝灌注量三项指标水平方面，气滞瘀阻型组与其他证型组比较均明显更低，2组数据差异具备统计学意义（P<0.05）。见表3。

表3 2组患者兴趣区灌注相关参数指标水平情况比较 （$\bar{x}\pm s$，mL/min）

组别	例数	门静脉灌注量	肝脏动脉灌注量	总肝灌注量
气滞瘀阻型组	36	17.24±1.50	19.48±1.62	35.22±2.11
其他证型组	36	20.89±2.11	23.32±2.48	43.28±3.59
t值		5.367	6.127	9.538
P值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肝硬化，是临床常见的慢性进行性肝病，临床研究发现大部分患者属于肝炎后肝硬化，少部分属于酒精性肝硬化及血吸虫性肝硬化。该类患者的临床症状较多，包括乏力腹胀、肝脾大、黄疸、肝掌、蜘蛛痣以及腹水等[5-6]。由于肝硬化疾病会对患者的生活质量造成很大程度的影响，所以临床建议采取早期诊断和及时治疗的诊治方案。

首先，基于中医治疗角度分析，通常会根据中医辨证分型思想，将肝硬化患者合理地分成不同的证型，包括：气滞瘀阻型、湿热蕴结型、瘀血阻滞型、脾肾阳虚型以及肝肾阴虚型等；值得注意的是，其中最为常见的是气滞瘀阻型。在明确患者的中医分型情况之后，再采取有效的中医治疗方法，这样便能够保证患者获得最为有效的中医治疗方案。与此同时，为了明确患者的中医分型情况，会利用到现代化诊断技术方法[7]。比如，本次研究提到的多层螺旋CT门静脉成像诊断方法，该诊断方法的应用能够提供清晰的肝硬化病变组织图像，进一步了解患者的门静脉图像具体情况、兴趣区灌注相关参数等，同时多层螺旋CT门静脉成像诊断方法具有无创、操作简单、诊断准确率高，易被患者接受等诸多优势，因此可在临床诊断肝硬化患者中采取及应用[8]。此外，近年来，临床有学者表示，多层螺旋CT门静脉成像诊断方法在肝硬化患者中的应用，能够为肝硬化患者中医辨证分型提供客观、科学的参考依据；此次得出了与之较为相似

的研究成果[9-10]。

在此次研究过程中，入选的肝硬化患者 72 例根据中医辨证分型分为气滞瘀阻型组和其他类型组，2 组均采取多层螺旋 CT 门静脉成像方法进行诊断，结果显示：（1）在峰值延长时间上，气滞瘀阻型组明显长于其他证型组；在肝脏最大密度差值上，气滞瘀阻型组明显大于其他证型组。（2）在门静脉分支积分与轮廓边缘积分方面，气滞瘀阻型组明显高于其他证型组。（3）在门静脉灌注量、肝脏动脉灌注量、总肝灌注量三项指标水平方面，气滞瘀阻型组与其他证型组比较均明显更低。由此可见，针对肝硬化患者实施多层螺旋 CT 门静脉成像方法，能够对患者的中医辨证分型情况加以了解，为中医辨证分型提供有效依据。此外，本人认为，在使用多层螺旋 CT 门静脉成像方法诊断过程中，还需保证诊断工作人员具备高水平的诊断技术水平，严格按照诊断规范流程执行诊断工作，并加强诊断后分析工作，避免误诊、漏诊等情况的发生，从而提高诊断准确率，为后续临床诊疗工作提供必要支撑。

综上所述：在临床中，针对肝硬化患者，采取多层螺旋 CT 门静脉成像方法诊断，能够将患者不同的中医证型情况反映出来，从而为进一步的临床诊疗工作提供客观、科学的参考依据；因此，多层螺旋 CT 门静脉成像方法值得采纳及应用。

参考文献

[1] 贾永谦. 肝硬化中医证型与腹部超声相关性分析[J]. 光明中医，2019，34(3):344-346.
[2] 龚红霞，邱晶. 多层螺旋 CT 门静脉成像在肝硬化中医证型诊断中的应用价值[J]. 西部中医药，2018，31(12):147-149.
[3] 曹爽，邢辉勇，孙玉，等. 肝硬化腹水中医证型与血常规指标相关性分析[J]. 当代医学，2018，24(27):133-134.
[4] 吴琼，李聪聪，石雪娅，等. 159 例乙肝肝硬化患者 T 细胞亚群与中医证型相关性研究[J]. 中医临床研究，2018，10(8):10-12.
[5] 徐峰，王娟，王静，等. 乙肝后肝硬化中医证型与 IL-6、IL-28B 及 TNF-α 表达的相关性研究[J]. 现代中西医结合杂志，2017，26(3):245-247，251.
[6] 谭非易，李平，李少波，等. 肝硬化肝内淋巴管扩张水肿 CT 表现与肝硬化中医证型的相关性分析[J]. 中国中西医结合影像学杂志，2016，14(2):134-136.
[7] 秦慧清，武旭梅. 乙肝肝硬化中医证型相关研究[J]. 中国民间疗法，2016，24(3):74-75.
[8] 龚向京，彭中娟，黎波，等. 乙型肝炎肝硬化患者合并全身炎症反应综合征的中医证型与临床特点研究[J]. 中国中医基础医学杂志，2016，22(1):104-106.
[9] 李蓉，焦彤. 肝硬化影像学诊断及其与中医证型相关性研究进展[J]. 中医临床研究，2015，7(36):20-23.
[10] 张锦峰，梁瑞敏，仪文静. 肝硬化中医证型与肝脏储备功能相关性研究[J]. 辽宁中医杂志，2015，42(7):1174-1176.

（本文编辑：张文娟　本文校对：郭　奕　收稿日期：2019-04-01）

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：zgzyyycjy@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.zgzyyycjy.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：zgzyyycjy@163.com
电话查询：010-57289309　010-57289308
财 务 部：010-87363190
官　　网：http://www.zgzyyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社
2015 年 2 月 10 日

硕博论坛 Graduate Forum

雷火灸结合康复训练治疗格林-巴利综合征4例※

孙文玉[1] 王万宏[1] 李琳琳[1] 徐朦婷[1] 陈玉潇[1] 毕鸿雁[2*]

（1 山东中医药大学康复学院，山东 济南 250014；2 山东中医药大学附属医院康复科，山东 济南 250014）

摘 要：目的 观察雷火灸结合康复训练对格林-巴利综合征康复效果的观察。**方法** 4例格林-巴利综合征患者运用雷火灸（通元药灸）采用穴位灸和局部实按灸的方式联合康复训练对GBS进行治疗。**结果** 3例患者肌力、步行能力及生活能力明显提高，1例患者肌力及平衡能力改善显著。**结论** 雷火灸结合康复训练对格林-巴利综合征有较好的康复疗效。

关键词：格林-巴利综合征；雷火灸；康复训练；物理因子治疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.022 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0054-03

Thunder Fire Moxibustion Combined with Rehabilitation Training in the Treatment of Guillain-Barre Syndrome for 4 Cases

SUN Wenyu[1], WANG Wanhong[1], LI Linlin[1], XU Mengting[1], CHEN Yuxiao[1], BI Hongyan[2]

(1. Rehabilitation College, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China;
2. Rehabilitation Department, the Affiliated Hosipital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China)

Abstract: Objective To observe the effects of thunder fire moxibustion and rehabilitation training on the recovery of guillain-barre syndrome. **Methods** Four patients with guillain-barre syndrome treated with acupuncture point moxibustion and local practical moxibustiond and combination rehabilitation training. **Results** The muscle strength, walking ability and living ability of the three patients were significantly improved, and the muscle strength and balance ability of one patient were prominently improved. **Conclusion** Fire moxibustion combined with rehabilitation training has a good effect on the rehabilitation of guillain-barre syndrome.

Keywords: guillain-barre syndrome; thunder fire moxibustion; rehabilitation training; physical factor therapy

格林-巴利综合征（Guillain Barre）是常见的脊神经和周围神经的脱髓鞘疾病。又称急性特发性多神经炎或对称性多神经根炎。临床上表现为进行性上升性对称性麻痹、四肢软瘫，以及不同程度的感觉障碍。2016—2017年，我科对4例GBS患者运用雷火灸结合康复训练治疗，取得明显的临床效果。报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 4例GBS患者，年龄30~63岁，平均46岁；男性4例，女性0例。患者情况如下：张某，工人，2017年7月22日因持续高温下劳作导致中暑意识丧失，送往医院救治，经治疗病情好转，意识恢复，四肢活动可，8月8日出现四肢肌力、肌张力下降，活动不能；孙某，公务员，发病前有感冒病史，随后出现四肢的无力和活动障碍等症状；另两位王某、李某则无明显诱因出现四肢无力，麻木，活动不能。4例患者中3例GBS患者（张某、王某、李某）都表现为对称性双上肢无力，麻木，酸胀，双下肢肌力降低，感觉减退，出现蛋白-细胞分离现象，电生理检查F波改变，神经的传导速度变慢等，都支持格林-巴利的诊断标准[1-2]。另1例GBS患者（孙某）以双侧面瘫发病，1周后才出现腱反射减弱、四肢肌力降低等症状。查体：张某、王某、李某病情较严重，双上肢下肢肌力平均1级左右，平衡能力均为0级，反射基本消失。孙某初发病情较轻，双上肢屈肌群肌力4-级，伸肌肌群肌力3+级，外展肌群肌力3-级，内收肌群肌力2+，双下肢屈肌群肌力3-级，伸肌群肌力3-级，左侧外展肌群肌力2+，右侧外展肌群肌力2级，双侧内收肌群肌力2+级，双侧肱二、三头肌腱反射（+），双侧膝腱反射（+），双侧深感觉正常。双侧Hoffmann征阴性，双侧Gordon征阴性。共济运动：指鼻试验、跟膝胫试验欠稳准，脑膜刺激征阴性。

1.2 治疗方法 首先4个患者根据病情都给予不同的对症和支持疗法来增强免疫、促进脑细胞代谢、营养神经、抗病毒等治疗。主要配合雷火灸结合康复训练对患者进行以下治疗。（1）雷火灸法：本研究所用的雷火灸均为重庆赵氏雷火灸研究所所生产赵氏雷火灸（渝食药监械（准）字2009第2270087号），规格约28×105 mm。赵氏雷火灸是用防风、麝香、黄芪、乌梅、

※ **基金项目：**国家中医药管理局科技司中医康复能力规范化建设项目【No.鲁财社[2016]47号】

* **通讯作者：**hongyan-bi@163.com

表 1 4 例患者治疗前后的指标变化

	肌力		平衡能力		日常生活能力(barthel指数评分)		简易Fugl-Meyer运动功能评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
李某	双上肢肌力0~1级 双下肢肌力1~1+级	双上肢肌力2~3+级 双下肢肌力2+~3-级	0级	坐位平衡3级 站位平衡2级	20~25分 重度功能障碍	50~60分中度功能障碍,生活需帮助	21分 严重运动残损	51分 明显运动残损
王某	双上肢肌力0~1级 双下肢肌力0~1+级	双上肢肌力2+~3+级 双下肢肌力3~4级	0级	坐位平衡3级 站位平衡2级	25~30分 重度功能障碍	65~70分轻度功能障碍,生活基本可自理	27分 严重运动残损	62分 明显运动残损
孙某	双上肢肌力3~4-级 双下肢肌力2~3-级	双上肢肌力4+~5级 双下肢肌力4~4+级	坐位平衡3级	站立平衡3级	65~70分 轻度功能障碍	85~90分轻度功能障碍,生活可自理	80分 明显运动残损	95分 轻度运动残损
张某	双上肢肌力1~2级 双下肢肌力1~2+级	双上肢肌力3~3+级 双下肢肌力3~4+级	坐位平衡1-级	坐位平衡3级 站位平衡2+级	30~35分 重度功能障碍	70~75分轻度功能障碍,生活可自理	35分 严重运动残损	71分 明显运动残损

沉香、木香等制成，温热渗透作用较强。根据身体各部位的不同选穴对患者进行悬灸或实按灸进行治疗。①悬灸：选取关元、气海、中脘、命门、肾俞等穴位，雷火灸与皮肤的高度大约 10~12 cm，每个穴位以灸微红为度，具体时间因人而异。②实按灸：主要灸四肢外侧，顺着三阳经的循行方向（以阳明经的穴位为主，其它两经的穴位为辅的原则）进行实按。方法：在所灸的部位垫上纯棉毛巾（两层为度，保护皮肤不被烫伤还可以起到温煦作用），点着的雷火灸用滤网固定好。在选取穴位处实按约 1~3 s，接着抬起，顺着规定的方向和位置，再在下一个穴位进行实按，平稳匀速有节律的移动，以皮肤微红为度。1 次/d，每次 40~50 min，1 周 5 d 治疗，15 次为 1 个疗程。（2）康复训练：①肌力、关节活动度的训练：患者肌力在 1~2 级主要进行被动运动训练，治疗师对患肢进行被动的活动，可借助悬吊治疗床，患者位于侧卧位，让悬吊带抵消部分重力，从而让患者进行主动的肌力训练；运用 PNF 技术训练躯干、肩胛骨、骨盆的肌力及协调性；运用悬吊训练患者的核心肌肉的肌力和耐力。根据人体发育规律，动作由简单到复杂，循序渐进的原则。1 次/d，每次 30 min，1 周 5 d 治疗，15 次为 1 个疗程。当患者肌力达到 3~4 级时，可在辅助下或者主动下进行各个方向上的运动练习，治疗师可通过自身力量或者弹力带等给患者施加一定阻力。患者双下肢有承重能力之后，可慢慢练习双杠内行走、上下楼梯站立等平衡、步行能力的训练。②物理因子治疗：利用肌肉反馈的低频脉冲治疗仪（KD-2A 型，石家庄三奥医疗器械有限公司）频率 1~10 Hz，将四个垫子两两并置，放于患侧股直肌、小腿三头肌部位，诱发肌肉被动收缩，可利于神经肌肉的协调性和稳定性的恢复[3]，1 次/d，每次 30 min，1 周 5 d 治疗，15 次为 1 个疗程。

1.3 观察指标 通过对比患者治疗前后的肌力变化，来判断肌力的恢复情况；用 barthel 指数评分来判断患者日常生活能力的提高；用简易 Fugl-Meyer 功能评分来评估患者整体运动功能的变化。

2 结果

4 例 GBS 运用雷火灸结合康复训练 3 个疗程后，四肢肌力较前有显著的提高，其中 3 例四肢肌力已恢复接近 4 级，生活基本能自理，2 例可缓慢步行，1 例可辅助下站立，另 1 例因病情影响呼吸条件及咳痰能力，行气管切开术接呼吸机辅助通气，四肢肌力肌张力完全消失，经过 3 个疗程治疗后，患者头颈部活动可，双肩较前明显有力（见表 1）。

3 总结

格林-巴利综合征的发病机制尚不清楚，治疗主要以对症、支持疗法为主。研究发现，中医对该病的治疗副作用小，疗效确切，值得推广应用，但中医治疗格林巴利以针灸、中药疗法为主，其他方法的应用探究较少，而雷火灸治疗该病的临床研究更是少之又少。格林-巴利综合征多属中医范畴的“痿证”，多本虚标实。该病的病因病机中医辨证无非于外感邪气，肺热叶焦，脾胃虚损，肾脏虚衰，肝肾阴虚，湿热内蕴，经脉受损[4]。邓铁涛[5]从“五脏相关”理论对痿证进行分析，认为痿证总属脾胃虚损，大气下陷，延及他脏。《灵枢》云：“阴阳俱不足，皆调于足三里”。《景岳全书》在“痿证非尽为火证”的观点上，提出肾阳不足，筋脉失温是痿证的主要病机，因此在治疗中选取胃经足三里、中脘穴，肾俞等穴位。戴恩来[6]在治疗中选取肾经原穴肾俞用雷火灸点按温煦。另外长期灸关元穴有调理气血、补肾固精等功效。

雷火灸是改雷火神针实按灸法为明火悬灸疗法，利用药物燃烧时产生的热力，红外线辐射力和药化因子、物理因子，通过脉络和腧穴的循经感传共同达到温通经脉、调节人体功能的作用，扩大了中医火热灸法治疗的范围[7]，更优于一般的灸法。《针灸资生经》：“治脏器疲惫，真气不足，一切气疾久不瘥，皆灸之。”治疗选穴以阳经为主，诸穴合用，促使经气通畅，以及感觉的恢复，可以起到补肝肾脾胃的功能。本研究发现雷火灸结合康复训练治疗 GBS 取得的临床效果是显著的，可为临床治疗提供一定的参考，但选取患者例数较少，还需要进一

步进行临床探究，提高说服力。

参考文献

[1] Asbury A K, Karp H R, Mcfarlin D E. Criteria for diagnosis of Cuilain-Barre Syndrome[J]. Ann Neurol, 1978, 3:565.

[2] Asbury A K. Assessment of current diagnosis criteria for Cuilain-Barre syndrome[J]. Ann Neurol, 1990, 27(suppl):21.

[3] 何成奇. 物理因子治疗技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:41.

[4] 殷越,刘玉岩,阿嘎茹. 以脏腑辨证治疗痿证的临床经验整理[J]. 中医药信息,2016,33(2):117-120.

[5] 刘小斌. 邓铁涛教授救治重症肌无力危象的方法与思路[J]. 河南中医,2004,24(1):18.

[6] 贾宝刚. 戴恩来教授运用麻黄附子细辛汤治疗阳虚痿证经验[J]. 中医研究,2010,23(2):60.

[7] 郭强中,汪蓉,陈敏军. 雷火灸研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(18):2338-2340.

（本文编辑:张文娟　本文校对:刘西花　收稿日期:2018-12-14）

社区精神病管理患者中医养生康复的应用思路※

邓秀花　张笑兴*　曾令文　郭少芬

（广州市天河区林和街社区卫生服务中心慢病科,广东　广州　510620）

摘　要:精神疾病作为一种慢性疾病需要长期服药、康复和管理,社区精神病管理在公共卫生服务中举足轻重,更是精神医学的重要组成部分。传统中医疗法对精神病患者调治效果佳,依托社区开展精神疾病防治的工作进一步探索,开展中西医结合、多种形式参与干预、运用中医养生及运动疗法对社区精神病管理患者实施康复技术指导,可提高其生活质量与精神意识,早日康复回归社会,促使社区平安和谐。

关键词:精神病;精神病管理;八段锦;耳穴贴压;社区;医院管理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.023　　**文章编号**:1672-2779(2019)-12-0056-03

Thoughts on the Application of Traditional Chinese Medicine in Health Preservation and Rehabilitation of Community Psychiatric Patients

DENG Xiuhua, ZHANG Xiaoxing, ZENG Lingwen, GUO Shaofen

(Department of Chronic Diseases, Linhe Street Community Health Service Center of Tianhe District, Guangdong Province, Guangzhou 510620, China)

Abstract: Psychiatric disease as a chronic disease requires long-term medication, rehabilitation and management. Community psychiatric management plays an important role in public health services and is an important part of psychiatry. Traditional Chinese medicine therapy has a good effect on psychiatric patients, relying on the community to further explore the prevention and treatment of psychiatric diseases, developing the integration of traditional Chinese and Western medicine, participating in various forms of intervention, using traditional Chinese medicine health preservation and exercise therapy to implement rehabilitation technical guidance for community psychiatric patients, can improve their quality of life and spiritual awareness. Return to society as soon as possible.

Keywords: psychiatry; psychiatric management; Baduanjin; auricular point sticking; community; hospital management

当前我国正处在经济高速发展的时期，人们的心理压力比较大，精神疾病发病率不断升高，其带来的危害现已居所有疾病中的第二位[1]，给个人、家庭以及社会均造成极大的不良影响[2]。过去那种把好转的病人放在家里、把严重的精神病人送进专科医院或社会福利院的管理方式已不能满足广大患者及家属的需求。精神疾病作为一种慢性疾病需要长期服药、管理和康复，通过社区卫生保健专业管理和技术处理能力可让精神病患者在社区进行可持续康复。传统中医在防治抑郁及精神疾病方面累积了丰富的经验，并有其“简便验廉”独特的优势，将中医传统养生保健方法融入精神病患者康复技术，使社区许多贫困患者得到免费治疗，病人不出社区就能得到很好的服务和管理，能更好的提高精神病患者康复疗效，提高社区精神病管理效果。

1　中医学对本病的认识

中医没有精神病专属病名，但与中医“抑郁症”“郁证”“癫证”“狂证”“脏躁”“梅核气”等病症临床症状相似，属情志范畴。《外台秘要》中详细记载了类似“抑郁症”的病因、症状等，认为情绪低落、注意力不集中、失眠、健忘等是常见症状，多因气机不畅，情志不舒有关。《三因极一病证方论》提出了七情致病的重要因素，《古今医统大全》中提到“誉为七情不疏，遂成郁结，既郁之久，亦病多端”，《灵枢》中也有“愁忧者，气闭塞而不行”的记载，因此中医学认为“抑郁症”与七情等其他病理因素相关。

※ **基金项目**:广东省广州市天河区科技项目【No.2018YY018】

* **通讯作者**:61592893@qq.com

2 现代医学对本病的认识

现代医学认为本病指严重的心理障碍，患者的认识、情感、意志、动作行为等心理活动均可出现持久的明显的异常；不能正常的学习、工作、生活、动作行为难以被一般人理解；在病态心理的支配下，有自杀或攻击、伤害他人的动作行为，严重影响了人们的生活质量与家庭幸福[3]。

3 具体实施技术与思路

3.1 社区精神病管理实施路径 按照《中国精神障碍分类与诊断标准 3 版（CCMD-3）》诊断标准，符合社区重性精神病管理中的六类精神病，包括精神分裂症、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞、分裂情感性障碍。将辖区纳入精神病管理的患者进行全面建档并实行常规管理、包括评估调查、定期检测、用药指导、电话回访等。此外，加强中医康复治疗，首先与辖区工疗站联合，制定社区精神病管理中医养生康复工作方案，定期派驻专业中医师或康复师下工疗站讲座并指导八段锦功法锻炼，根据精神病患者的理解能力与适应性等情况，分三轮深入学习八段锦功法，第一轮主要教授各个动作的分解练习，以单个动作和分段练习为主，强化技术要领，每周 2 次，共 4 周 8 节课，1 个月完成；第二轮开始将呼吸调息方法加入到动作之中，进行整套动作的练习，医生每周下工疗站领操督导 2 次，注重加强精神病管理患者动作练习的连贯性和稳定性，适时调整患者的姿势与不足之处，一个月完成；从第三个月开始指导工疗站工作人员每天按时播放音乐，组织患者练习整套工作，医生继续每周下工疗站领操督导 2 次，与患者一起锻炼，加强患者八段锦锻炼的熟练度与依从性。其次，由专业中医师为患者切脉诊断证型，为患者贴耳穴治疗调理、指导膳食调养及给予音乐养生情绪调治、同时与患者面对面进行健康教育、耐心解答患者及其家属的疑难问题、定期上门访视或电话随访等，积极将中医康复技术融于精神病管理服务各环节中，有效提高管理效果。

3.2 中医传统康复技术具体应用

3.2.1 音乐疗法处方 为精神病患者制作养生音乐 MP3 套餐，以古典乐曲、民族音乐和轻音乐为主，以解除其急躁情绪和不愉快的心理，如改善睡眠选用《高山流水》《月儿高》《感觉完美》；清心除烦选用《云水禅心》《至高心曲》《澄净心曲》；解除忧郁可选用《喜洋洋》《春风得意》；振奋精神可用《步步高》；除烦镇静选择《善缘曲》《风清云淡》等；或按个人的喜好选择进行有效的情志管理。要求每天播放 2 次：午时（中午 11~13 时）心经开经时段、戌时（晚上 19~21 时）心包经开经时段，实行音乐疗法配合时间养生效果更佳。

3.2.2 八段锦养生功法锻炼处方 选用国医大师邓铁涛编制的八段锦养生功法，共八段招式：分别是两手托天理三焦、左右开弓似射雕、调理脾胃臂单举、五劳七伤往后瞧、摇头摆尾去心火、两手攀足固肾腰、攒拳怒目增气力、背后七颠百病消。患者锻炼时要做到动静结合、松紧相宜，各神经肌肉、关节器官等都要全面放松，各动作间的衔接过程中要适当用力，已达到疏通经络、滑利关节、平衡阴阳之功，从而调节情志，提高精神意识，增强体质，促进心身康复的作用。处方要求每天做 1~2 次，每次 30 min，平均每周 3~5 次，运动强度以微微出汗为宜，肌肉稍微酸痛，稍有疲劳感，但感到舒服愉快、情绪平缓，运动后食欲和睡眠良好，次日精力尚佳、焦虑感、疲劳感减退，有继续锻炼的欲望为最佳锻炼效果。

3.2.3 耳穴贴压疗法 （1）取穴：神门、肾上腺、皮质下、枕。（2）操作：用医用酒精棉球对患者的外耳廓进行酒精消毒，用镊子夹取华佗磁疗贴 1 贴，确定穴位的位置，稍稍用力将其按压在穴位上。每次均需要按压穴位直到耳廓发热或有酸、胀、麻感为止，每次依据患者个人接受程度进行数分钟按压。医务人员需要指导患者家属每日按摩 3 次，每次按压次数在 50~100 次。（3）疗程：每周耳穴贴压 2 次（左右耳交替各 1 次），10 次为 1 个疗程。

3.2.4 精神病患者家属居家护理健康教育 （1）情绪调养：包容患者，理解患者，开导患者，减轻其思想负担；让患者调节情志，避免激动，指引患者建立康复的信心。（2）指导起居调养：清淡饮食，保持大便通畅，注意休息，充足睡眠。（4）居家护理：指导与督促患者按运动处方坚持八段锦锻炼，帮助其按压耳穴，每天 3 次，每次每穴按压 3~5 min，以患者承受力度为宜。注意患者耳部清洁，如贴耳穴处有皮肤破损，要及时就医。

4 讨论

由古至今，中医对抑郁症的自然疗法独特，疗效颇佳，《黄帝内经》首次提出了音乐疗法能使患者紧张心理得以松弛并恢复平静，情绪得到改善，而达到减轻或缓解抑郁的目的；现代研究表明导引养生功法八段锦属中小强度有氧运动，动作简单易学、健身效果显著，具有舒缓心理压力、提升自我效能、提高专注力及稳定情绪等作用[4]，大多临床实践报道，耳穴贴压作为传统中医绿色疗法，不仅经济价廉，操作简便，对抑郁症失眠疗效确定[5]，基于社区中医健康教育，可运用长期有效的健教模式对患者实施情绪养生疗法[6]，有效疏导精神病患者及其家属的不良情绪，促使家人对患者的理解与关怀照顾，增进家庭感情，有利于精神病患者的早日康复。

传统的社区精神病管理方法是进行常规健康教育、疾病监测、用药指导、提供心理咨询、职业技能训练等，还未达到新时代社区综合服务、中医进社区、全民健身的实际需求。提出中医特色疗法在社区精神病管理的应用思路，通过社区卫生专业医生（中医师、公卫医师、全科医师、全科康复医师、药师、护士等）团队式协助管理和综合技术处理，针对患者的特殊情况，将中医音乐养生疗法、导引功法、耳穴贴压、健康教育相结合融入精神病患者康复技术项目，帮助患者建立正确的精神意识与生活方式，提高其生活质量，让精神病患者在社区康复后早日融入社会，进一步得到家庭和社会的认同，实现其生存价值；此外，患者及其家属与社区医生有着良好的互动，实现着社区人文关怀、平安和谐社会的发展，这有着十分重要的社会价值与现实意义。目前，国内尚缺少社区卫生服务机构将中医传统技术融入精神病管理方案中，在社区探索并开展中医特色的精神病管理与康复技术，能够更好地填补社区精神病障碍重点人群管理在中医药保健服务方面的空缺，可为社区卫生服务的开展与应用提供新思路。

参考文献

[1] 蔡梅英，龚诚华，胡号应，等. 广州市越秀区重性精神病人生存质量社区干预效果分析[J]. 预防医学论坛，2013，19(7)：481-488.
[2] 胡德伟. 抑郁症在亚洲尤其是在中国引起的社会经济负担[EB/OL]. 人民网，http://health. people.com.cn/GB/26466/49473/49474/3478968.html，2005-06-18.
[3] 谢红芬，王桂梅，胡启梅，等. 个案管理对社区抑郁症患者病耻感及生存质量的影响[J]. 护理学报，2016，23(16)：70-75.
[4] 苏裕盛. 八段锦对人体生理与心理健康文献讨论[A]. 中华中医药运动医学分会首届中医运动医学学术交流大会论文集[C]. 北京：中华中医药学会，2015：1.
[5] 谢珊，傅荣，吴华. 耳穴贴压改善抑郁症相关性失眠的研究进展[J]. 临床合理用药，2017，10(10)：178-179.
[6] 邹艳梅. 健康教育对社区精神病人康复效果观察[J]. 大家健康，2016，10(18)：217-218.

（本文编辑：张文娟　本文校对：许书强　收稿日期：2018-12-05）

“汉医”“韩医”之繁荣对供给侧改革背景下中医药事业发展的启示

孙　晓

（山东药品食品职业学院教学改革研究中心，山东　威海　264210）

摘　要：中医学传入日本、朝鲜后产生的汉方医学、韩医学在当代都得到了较大发展，而传统中医药在我国的发展却遭遇到许多思想上和体制上的障碍。当前，我国中医药产业的发展质量亟待提高，在我国实施供给侧改革的背景下，汲取“汉医”“韩医”发展的有益经验具有重要意义。

关键词：中医药；供给侧改革；借鉴研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.024　　**文章编号**：1672-2779(2019)-12-0058-03

The Revelation of "Traditional Chinese Medicine" and "Korean Medicine" Prosperity on the Supply-side of Reform under the Background of the Development of the Traditional Chinese Medicine Career

SUN Xiao

(Teaching Reform Research Center, Shandong Drug and Food Vocational College, Shandong Province, Weihai 264210, China)

Abstract: After traditional Chinese medicine was introduced into Japan and North Korea, the Chinese prescription medicine and Korean medicine have got greater development in contemporary, while the development of traditional Chinese medicine in our country encounter many ideological and institutional obstacles. At present, it is necessary to improve the quality of the development of traditional Chinese medicine industry in China. Under the background of the supply-side of the reforms in our country, draw useful experiences of the development from "traditional Chinese medicine" and "Korean medicine" is of great significance.

Keywords: traditional Chinese medicine; supply-side reform; reference research

1　日本汉方医学的发展及现状

中医学传入日本后被称为汉方医学（汉医）或东洋医学。5世纪时，日本人认识到中医学的价值并接受了这一医学体系。汉方医学在学术理论和治疗实践方面均与中医学一脉相承，同时又有自己的特色。

1945年以来，日本医学界在普及、振兴汉方医学，在汉方药研发和高科技推进产业化等方面做了很多工作，取得了显著成就[1]，得到了政府的认可，受到了广泛重视。

1967年，日本开始接受汉方医学药物进入健康保险

允许使用药物名单。20 世纪 80 年代以后，日本文部省（相当于我国教育部）就过去忽视汉方医学教育的问题进行了调整，要求各大学医学院（部）设立汉方医学课程；厚生省（相当于我国卫生部）也支持研究与应用汉方，将 200 多万个汉方处方纳入医疗保险，规定符合标准的中药颗粒煮散方剂可以报销。

“汉方医学”重视开展汉方药改革，如津村、小太郎等制药公司依仲景方、万病回春方、局方开发的汉方浸膏制剂，其中成方颗粒多达 200 余种，可在保险医疗中报销，经济效益良好。

汉方药还积极利用中药提纯方式创制新药，自觉进行新药开发、生药研究，推动中药进入保健品、药膳和化妆品市场，使中药的优势得到较充分的发挥。

2 韩医学的发展及现状

前 2 世纪，中医药已传入朝鲜半岛。北宋时，中医药学成为朝鲜医学的主流。

1986 年 4 月，韩国国会通过《医疗改正案》，将其中的“中医学”改为“韩医学”，“韩医”提法首次正式以法律认可的形式出现，开始了一系列将中医改为韩医申报世界遗产的操作。2014 年 7 月 31 日，《东医宝鉴》被包装成总结“韩医学”精华的集大成之作，被第九届世界记录遗产国际咨询委员会载入世界文化遗产名录。

“韩医”概念提出前后，“韩医”事业得到了较快发展，如 1980 年韩国领取执照的韩医师仅 3015 人，到 1985 年就增加到 3789 人，到 2006 年已发展到 5000 余人。韩医学院由 1986 年的 5 所增加到 2006 年的 10 所[2]，培养的人才深受欢迎。韩医院和韩医诊所也如雨后春笋般发展起来。

在全球医药品市场规模快速增长的背景下，韩国政府把医药品产业作为国家朝阳产业，采取各种扶持政策全力提升产业竞争力。据韩联社 2016 年 5 月 23 日报道，韩国制药协会 23 日发布的一份报告显示，2015 年韩国医药品出口额同比增长 28.5%，达 23.08 亿美元[3]，创历史新高，且大量出口日本、中国。

3 我国中医药事业发展的现状及原因探讨

3.1 中医药事业的历史贡献 自中医诞生以来，中医药事业的发展对中华民族的繁荣兴盛产生了积极的促进和保障作用，使中华文明在“大灾大疫”来临之时得以平安度过，避免了像古代罗马文明、古代印第安文明等因鼠疫、天花等大规模烈性传染病而衰亡的命运，使中华民族在长期的历史发展过程中一直保持了在政治、经济、文化等方面的领先位置。中医药的历史功绩不容否认。

3.2 中医药事业发展面临的冲击与挑战 自明末以来，虽然因没有把握住产业革命的机遇而使中国逐渐让出了世界经济“领头羊”的位置，同时因西方医药科技的东传，中医药的主导地位和作用逐渐动摇，乃至于在民国时期因受到一批有欧美教育背景、掌握了社会话语权的知识分子的怀疑、否定，一时之间中医药“存废之争”甚嚣尘，中医药的命运岌岌可危。

3.3 近代以来中医药事业发展所面临危机的原因分析 当前中医药事业发展所面临的危机从根本上说是一种文化的危机。

（1）长期以来存在的西方文化中心论、现代科学霸权主义思想对人们文化观念的冲击。这种不良观念造成了我国医疗制度、教育教学、科研设计、生产组织等方面的日益西化，恶化了中医药事业发展和中医药文化传承的外部环境。

（2）中医药学思维方式、哲学思想、价值理念比较深奥难懂，中医药文化与中国传统文化紧密不可分割、相互间需要互相支撑和印证，这对中医药行业相关人员来说，往往成为一种天然的文化隔膜和壁垒，难以做到对中医药文化自觉认同、主动传承；即便认同，也做不到短时间内全面掌握。

（3）中医药事业的管理模式仍然不够合理，目前我国的医疗制度体系以向西方学习和移植为主，中医药管理处于附属地位，行业决策者中中医药专家比例相对不足，管理层面上对中医药事业的扶持针对性不强或出现错位，出台的法律法规、管理制度等与中医药行业的本质要求不契合。

（4）当前医药产业发展的主体力量以化学药物生产经营企业为主，中医药企业数量少、实力弱、对中医药资源挖掘不深入，在企业科研及生产经营的组织方面受化学药物模式影响，中医药民族特色不显著，至今未形成较成功的发展道路。

（5）承担中医药文化传承职能的重要主体——中医药高等院校，在较长时期内忽视了中国传统文化的教育，中医药传承所要依靠的主要力量——中医药高等院校的学生及从业人员的教育基础基本上都以现代科学教育为主，中医药传承存在根基不深的问题。

3.4 中医药事业在中日韩三国不同的发展现状之反思 目前日韩两国在中医药基础上发展起来的医药产业已成为世界医药产业的重要力量，而在中医药的发源地，我们的中医药产业却还在探索和徘徊中艰难前行。之所以出现这种反常现象，主要的经验教训应有以下方面：

（1）政府的坚定支持是否到位。这一点我们还有很大差距，如在我国管理中医药事业，决定中医药发展前途和命运的决策者，很大比例上以西方医药科技教育为背景。不掌握中医药文化的实质，以西医思维方式指导中医药发展。

（2）保障中医药健康发展的法律制度不够健全完善，许多法律制度看似保护其实却阻碍了中医药的发展。如现行的医师制度，过去规定必须有一定年限的正规全日制教育为条件才可取证行医，取消中医药的自学考试，就剥夺了一大批有专长但无学历的民间行医者继续行医的资格，现在虽然允许采取师带徒等方式取证，但许多民间老中医已然谢世，人才断层、文化断裂的现象已成现实。

（3）民众的认可是否形成潮流。赢得民众的认可必须从多方面努力，除了上述的政府支持、法律保障以外，还包括中医药教育的长期深耕、中医药企业的成功革新、社会各界的精心培育，目前我国在这几方面虽有很大改观，但仍需继续努力。只有在中医药经济效益不断提升、中医药人才队伍不断壮大、社会各界对中医药推崇倍至，才会迎来中医药事业发展的春天。

4 供给侧改革背景下发展中医药事业的思考

当前我国中医药产业存在着产品结构不合理、国际化水平不高、创新能力不强等众多问题，低附加值产品比例仍较高，中医药产业的外向度不高，研发投入不足、自主创新能力不强、高层次研发人员缺乏等长期困扰着产业的发展。

解决这些问题，在当前实施供给侧改革背景下意义尤为重要。通过实施供给侧改革，可以通过调整经济结构，使中医药产业的劳动力、土地、资本、制度创造、创新等要素实现最优配置，从而达到提升产业增长质量和数量的目标，在增加中医药产业投资的过程中优化投资结构、产业结构，在保障中医药经济较高增长速度的同时实现可持续发展，满足人民群众的健康需求。具体到地方政府层面，要做到：

4.1 有所作为 为中医药事业的发展创造良好的外部环境 要将中医药事业的发展纳入地方经济和社会发展规划，从宏观上进行布局规划，从政策提供服务支持；要积极倡导创新、协调、绿色、开放、共享发展理念及生态立市、科教兴市、产业强市战略，营造有利于中医药事业发展的外部环境；要为人才的引进提供便利条件，以人才的引进带动项目的开发；要为校企深度合作牵线搭桥，借助高校智力资源，通过成立中医药职业教育集团、促进校企中医药产品研究开发等，形成一批有示范效应的项目。

4.2 保障中医药健康发展的法律制度不断健全完善 在法律允许的范围内，通过地方性法规的制定，为中医药事业的发展松绑排障，形成有利于中医药事业发展的法律保障；尽快出台一批有利于中医药优秀文化遗产的保护的制度，加强民间中医药资源的发掘、搜集、整理，必要时可通过申报“文化遗产传承人”等方式予以保护；尊重民间有真才实学的“名老中医”，扶持各种形式的“师带徒”，促进中医药传统文化和技能的传承。

4.3 加强中医药文化的宣传教育 为中医药发展赢得民心 充分发挥中医药在医治现代疑难杂症和避免药害等方面的优势，向群众提供优质的医药医疗服务，赢得民众的认可和支持；要通过举办中医药养生讲坛、保健讲座等形式，加强中医药文化在群众中的宣传，让中医药健康理念深入人心，形成大家信赖喜爱中医药的风气；支持中医药高等教育、职业教育的发展，夯实中医药发展的基石，引领、把握中医药发展的“风向”。

4.4 实施中医药振兴发展战略 不断健全、完善扶持和鼓励中医药发展的财政投入、人才培养、价格调整和医保支持等政策体系，凸显中医药特色优势。如大力发展包括中医药养生保健和中医药生态旅游在内的中医药服务业[4]，积极建设多层次、全方位的中医药健康服务业集群，积极开发中医特色养生保健旅游产品，积极发展中医药服务贸易，加快中医药走出去的步伐。

4.5 加快中医药生产基地建设 探索中医药事生产模式 充分利用和发挥一些具备条件的地区气候、环境、土气水质、对外交往等有利条件，加快优质中药资源基地建设，加强优质中药资源种质保护，扩大中药原材料生产销售规模；大力扶持一批具有较大发展潜力的中医药生产企业，形成龙头企业和拳头产品，探索中医药生产经营的成功模式。

参考文献

[1] 陈锐. 日本汉方药业的发展战略［J/OL］. http://www.hyey.com/data/globlemarket/globlemarketanalysis/200312/38978.html，2003-12-23.

[2] 李红. 中医药在国外发展的特点和启示[J]. 中华中医药杂志，2006，21（6）：359-361.

[3] 消息简报：美联储官员称6月加息条件已成熟［J/OL］. http://intl.ce.cn/specials/ zxxx/201605/23/t20160523_11890601.shtml，2016-5-23.

[4] 矫晓虹. 山东省威海市打造中韩中医药健康服务先行区[N]. 威海日报，2015-12-9（6）.

（本文编辑：张文娟 本文校对：王美英 收稿日期：2018-11-13）

Teaching and Learning of Classical Prescriptions 经方新传

体质经方在治疗艾滋病抗病毒药不良反应中的应用※

朱冬红[1] 任玉玺[2*]

（1 南昌市第九医院感染二科，江西 南昌 330002；2 江西中医药大学基础医学院，江西 南昌 330004）

摘 要：基于体质经方“方-病-人”辨证论治模式，使用中医经典方剂，在艾滋病抗病毒药不良反应治疗过程中的临床实践，对艾滋病患者使用免费抗病毒药物容易出现的胃肠道不良反应使用小柴胡汤治疗，对出现的高脂血症使用大柴胡汤合五苓散治疗，对抗病毒药的神经系统毒性使用苓桂术甘汤合黄连温胆汤进行中医药干预，缓解患者接受抗病毒药治疗过程中的不良反应，提高抗病毒治疗的依从性。

关键词：经方；艾滋病；抗病毒药；不良反应；体质

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.025 **文章编号**：1672-2779(2019)-12-0061-03

The Application of Classical Prescriptions Based of Human Constitutions in HIV/AIDS HAART Drugs' Side effects

ZHU Donghong[1], REN Yuxi[2]

(1. Department of Infectious Diseases, the Ninth Hospital of Nanchang, Jiangxi Province, Nanchang 330002, China;

2. School of Basic Medicine, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

Abstract: Based on the traditional Chinese medicine classical prescriptions and the model of treatment-according to differentiation of "TCM prescription-diseases-human constitutions", the classical prescription of TCM was used in the clinical practice of the treatment of HAART drugs' side effects. Xiaochaihu decoction was used to treat the HAART drugs' side effects of adverse gastrointestinal reactions which easily occurring in AIDS patients with free antiviral drugs, and Dachaihu decoction was used to treat hyperlipidemia, Linggui Zhugan decoction and Huanglian Wendan decoction were used to intervene in the treatment of nervous system toxicity of antiviral drugs in order to alleviate the adverse reactions of patients receiving antiviral drugs and improve the compliance of antiviral treatment.

Keywords: classical prescription; HIV/AIDS; HAART drugs; side effects; constitution

艾滋病，即获得性免疫缺陷综合征，目前已成为严重威胁我国民众健康的重要公共卫生问题[1]。现代医学在高效抗反转录病毒治疗（highly active anti-retroviral therapy，HAART）、免疫重建、机会性感染和肿瘤、对症以及预防性治疗等方面取得很大成就，有效地改善了预后，延长了患者的生存寿命，提高了生存质量，把艾滋病从一个死亡率很高的传染病转变成一个可防可控的慢性传染病，做出了非常大的贡献。国家的“四免一关怀”政策，为绝大部分的艾滋病患者提供了免费的抗病毒药物治疗，患者规范服用抗病毒药物，能有效控制病毒，提高患者 $CD^{4+}T$ 淋巴细胞计数，从而减少罹患机会性感染。但是部分患者在口服抗病毒药物后常出现一些不良反应，如乏力、腹胀、腹泻、恶心、呕吐、血脂异常、多梦、眩晕等，现代医学对以上不良反应的治疗常乏佳效，笔者采用南京中医药大学黄煌教授总结的体质经方辨证论治经验对以上不良反应进行中医药治疗，做出了一些探索，取得了较好的效果，提高了患者对抗病毒药物治疗的依从性，谨报道如下。

1 小柴胡汤治疗艾滋病抗病毒药后消化道不良反应

案 胡某，女，62岁，已婚，无业。体形瘦小，面色微暗黄，缺乏光泽，大眼睛。因发现 HIV-1 抗体阳性1月就诊。患者于2018年6月23日发现 HIV-1 抗体阳性，$CD^{4+}T$ 淋巴细胞 626 个/μL，抗病毒前三大常规、肝肾功能、血脂血糖、血淀粉酶、乙肝、丙肝和梅毒等化验无异常，心电图，胸片以及腹部彩超也未见明显异常。常规给予齐多夫定片+拉米夫定片+克立芝片口服抗病毒治疗。半个月后患者复诊诉服药后乏力、纳差、恶心欲吐、腹胀等，考虑为抗病毒药物的消化道不良反应，复查血常规、生化无明显异常，处以小柴胡汤治疗：柴胡 15 g，黄芩 10 g，姜半夏 9 g，党参 15 g，生姜 6 g，大枣 10 g，生甘草 6 g。15剂，每日1剂水煎，分2次，早晚饭后各服 200 mL。

患者半月后复诊，诉精神明显好转，乏力、恶心、腹胀症状消失，目前有入睡困难，梦多。上诊方加酸枣仁 10 g，知母 10 g。15剂，服法同上。

三诊：睡眠较前改善，晨起精神可，二便调。舌淡红、苔薄白。要求巩固疗效，守二诊处方15剂。

※ 基金项目：江西中医药大学校级教改课题【No.2013070310】

* 通讯作者：renyuxi2008@qq.com

小柴胡汤的体质和方证：患者体型中等或偏瘦，心烦喜呕，或呕吐，口苦，默默不欲饮食等，现代应用于急慢性肝炎，胆囊炎，神经性食欲缺乏症等[2]，本例患者形体瘦小，面色微暗黄，缺乏光泽，肌肉偏紧，四肢清冷。主诉以自觉症状多，因此辨体质为小柴胡汤体质[3]，选用小柴胡汤治疗抗艾滋病毒药物所致的消化道不良反应，体质和方证对应，故疗效较好。

2 大柴胡汤合五苓散治疗艾滋病抗病毒药后血脂升高

案 周某，男，42岁，已婚，教师。因发现HIV-1抗体阳性1年，呕吐、上腹胀痛半天，于2018年4月8日入院。患者接受高效抗逆转录酶病毒病药物治疗1年，方案为齐多夫定片+拉米夫定片+克立芝片。此次因呕吐、腹痛入院，查体腹稍隆，腹肌紧，左中下腹有压痛反跳痛，两胁下按之饱满有抵抗感。既往体健。辅助检查：血常规未见异常，肝功能轻度异常，血淀粉酶：688 U/L，尿淀粉酶：9778 U/L，血脂四项：总胆固醇：7.15 mmol/L，三酰甘油：11.51 mmol/L，高密度脂蛋白：0.64 mmol/L，低密度脂蛋白：4.22 mmol/L，考虑为抗病毒药克立芝片导致血脂增高的不良反应。患者上腹部CT示：胰周少量渗出，双肾筋膜增厚，符合胰腺炎改变。诊断：艾滋病；高脂血症；急性胰腺炎。入院后给予禁食、胃肠减压、抑酸抗炎等对症处理。查患者体格壮实，面红，大便每日2~3行。舌质红、苔黄腻，脉弦滑，辨体质为大柴胡汤体质[2]，处方大柴胡汤合五苓散加减：柴胡12 g，黄芩10 g，姜半夏9 g，生大黄10 g，赤芍15 g，枳实10 g，大枣10 g，干姜6 g，桂枝10 g，白术10 g，猪苓15 g，土茯苓15 g，泽泻10 g。5剂。每剂水煎出200 mL药液，入院第2日起每4 h胃管注入60 mL。2 d后患者腹痛腹胀明显缓解，复查血淀粉酶：277 U/L，尿淀粉酶：2988 U/L。拔除胃管，予流质饮食，10 d后出院。患者自服用抗病毒药后高脂血症持续近1年，血脂最高时总胆固醇：7.93 mmol/L，三酰甘油：18.20 mmol/L。此次已是高血脂第2次诱发胰腺炎，因肝功能异常不适合换用其它抗病毒药物，出院时总胆固醇：6.81 mmol/L，三酰甘油：9.43 mmol/L，带上方30剂出院，每日1剂水煎，分2次，早晚饭后各服200 mL。

5月22日二诊：诉服用中药后每天稀软便2~3行，腹痛未作，体质量下降约3 kg，身体轻快，精神体力佳，舌苔薄黄，脉弦滑。效不更方，继予30剂，服法同上。

7月1日三诊：患者体质量又减3 kg，大便1~2次，较前成形，腹痛一直未作，此次复查血常规、肝肾功能均正常，总胆固醇：6.29 mmol/L，三酰甘油：6.37 mmol/L，较住院时有明显下降，原方去生大黄，60剂，服法同上。

9月6日四诊：复查总胆固醇：2.99 mmol/L，三酰甘油：3.81 mmol/L，总胆固醇已降至正常范围，三酰甘油也是患者近一年的最低值。为巩固疗效，嘱间断服用上方，服5 d停2 d，维持降脂效果，防治克立芝的不良反应。

大柴胡汤的体质和方证：患者体型胖壮，剧烈呕吐，心下部拘急疼痛，痞满，或胸胁苦满。现代应用于急慢性肝炎、胰腺炎、肥胖症、高脂血症等[2]，五苓散适用于水样便腹泻为表现的疾病，脂肪肝腹泻等[4]。本例患者形体壮实，腹上部充实，腹肌紧张，所患疾病为消化系统的腺体、腺管感染性疾病（肝胆胰）。辨体质为大柴胡汤体质[3]。而五苓散体质则为：实胖者肌肉充实而易腹泻，易见病证：头晕、头痛、自汗以及神疲乏力等神经系统症状，多伴有痛风、高血脂、脂肪肝[3]。故两方合用于胰腺炎发作以及高脂血症伴腹泻，取得较好疗效。

3 苓桂术甘汤合黄连温胆汤治疗艾滋病抗病毒药中枢神经系统副反应

案 谢某，女，49岁，已婚，无业。因发现HIV-1抗体阳性1周，于2018年7月9日至门诊抗病毒治疗，查$CD^{4+}T$淋巴细胞367个/μL，抗病毒前其它常规检查无明显异常，唯总胆固醇：6.81 mmol/L，三酰甘油：3.43 mmol/L，超过正常范围。根据病情及检验结果，给予齐多夫定片+拉米夫定片+依非韦伦片口服抗病毒治疗，1周后患者来诊，诉服药后晨起眩晕不能站稳，夜间烦躁眠差多梦，强烈要求换药，告知患者此为抗病毒药依非韦伦的不良反应，根据其病情，没有其它免费抗病毒药物可以替换，建议服用中药治疗眩晕。视患者体形中等偏胖，面稍浮肿晦暗，唇红，舌暗红、苔白厚腻，舌边舌尖有大量红点刺且高出舌面，为黄连温胆汤体质而兼苓桂术甘汤证，故处予苓桂术甘汤合黄连温胆汤加减：茯苓15 g，肉桂6 g，苍术15 g，甘草10 g，黄连3 g，姜半夏9 g，枳壳12 g，竹茹10 g，陈皮10 g，炮姜10 g，大枣30 g。7剂，每日1剂水煎，分2次，早晚饭后各服200 mL。

1周后患者复诊，诉晨起头晕明显缓解，夜梦减少，继予7剂。患者三诊，诉未再头晕。嘱停中药，继续原抗病毒方案治疗。

苓桂术甘汤方证为眩晕、心悸、胸胁部胀满、胃内有振水声，现代常应用于梅尼埃氏综合征、椎-基底动脉供血不足性眩晕等[2]。温胆汤常用于以眩晕、幻觉、失眠为表现的疾病，如眩晕症、高血压病、精神分裂症等[2]，此类患者营养状况较好，形体并不羸瘦而偏丰满者居多，肤色滋润或油腻，或黄暗。主诉繁多而阳性体征少，常在医院检查排除了器质性病变[3]。本例患者还有唇红烦躁即是此黄连温胆汤体质兼有苓桂术甘汤证，两方合用，方-病-人相应，故能取得较好效果。

医学中的“体质”是指人体生命过程中，在先天禀赋和后天获得的基础上形成的形态结构、生理功能、精神心理状态和对疾病的抵抗能力等各方面综合的，相对稳定的固有特质。“特质”的本质是人类在生长发育过程中所形成的与自然社会环境相适应的个体个性特征，表

现为结构、功能、代谢及对外界刺激反应等方面的个体差异，同时也表现为对某些疾病的易感性以及疾病传变转归中的某种倾向性。重视发病过程中人的因素，即体质的问题，是医学研究的主要课题之一。

《伤寒杂病论》中有丰富的体质学内容，详述了常见的各种体质类型及其与相关疾病的发病趋向、方证诊疗、剂量用法、转归预后等各种临床案例，经方的辨证论治展示了辨体质治病的经验和思路，确定了中医的临床工作规范[3]。

在我国当前艾滋病免费抗病毒治疗过程中，抗病毒药物的不良反应问题是降低患者治疗依从性的一个很大因素，若不能妥善处理，患者服药的依从性会明显降低，会自行停药或者漏服某药，更有患者因为明显的不良反应而拒绝继续接受抗病毒治疗和随访，甚至因抗病毒药不良反应引发一系列严重的疾病如胰腺炎、心肌梗死等，这对艾滋病的防控非常不利，难以达到国家对防治艾滋病“三个 90%”的要求，即 90% 的艾滋病病毒感染者通过检测知道自己的感染状况，90% 已经诊断的艾滋病病毒感染者接受抗病毒治疗，90% 接受抗病毒治疗的感染者的病毒得到抑制。

综上，在初始给予患者抗病毒药物治疗时，要和患者进行反复沟通，确保患者知晓规范服用抗病毒药物治疗的重要性，并且提前向患者说明一旦出现抗病毒药相关不良反应，可寻求包括中医药治疗在内的临床干预，而黄煌教授总结的体质经方辨证体系容易掌握，且我国目前在多地开展艾滋病中医药治疗试点，在抗病毒药减毒增效、治疗机会性感染和肿瘤、处理 HAART 药物不良反应等方面免费提供中医中药服务，经方治疗又简便廉验，既对抗病毒药的不良反应能进行治疗，又能增强患者的体质。基于黄煌教授的体质经方辨证体系，根据患者体质和当前症状决定经方选用，客观性强，可操作性佳，在针对艾滋病抗病毒药不良反应的治疗中，常可取得满意的疗效，而这方面报道的文献较少，故值得艾滋病防治工作者重视和进一步深入研究以及发掘使用。

参考文献

[1] 中国艾滋病诊疗指南(2018 版)[S]. 中华内科杂志 2018,57(12):867.
[2] 黄煌,杨大华. 经方一百首[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2013:28,71,74,162.
[3] 李小荣,薛蓓云,梅莉芳. 黄煌经方医案[M]. 北京:人民军医出版社,2013:12-24.
[4] 黄煌. 经方使用手册[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:167.

（本文编辑:张文娟 本文校对:胡 塔 收稿日期:2018-11-29）

葛根芩连汤治疗小儿秋季腹泻临床观察

夏祖恩

（江西省金溪县中医院儿科,江西 金溪 344800）

摘 要:目的 探析葛根芩连汤加减治疗小儿秋季腹泻的临床疗效。**方法** 选取 2017 年 8 月—2017 年 12 月儿科接诊的秋季腹泻患儿 86 例,采用隐匿数字随机法将其分为研究组和对照组,各 43 例。研究组采用葛根芩连汤加减治疗,对照组采用西药常规治疗，比较治疗效果及安全性。**结果** 研究组治疗总有效率 93.0%高于对照组 76.7%，副反应发生率 2.3%低于对照组 16.3%,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组患儿复发率 0.0%低于对照组 7.0%,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 小儿秋季腹泻给予葛根芩连汤加减治疗效果佳、安全性高且复发率低,值得临床推荐使用。

关键词:经方;秋季腹泻;儿科学;葛根芩连汤
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.026 **文章编号:**1672-2779(2019)-12-0063-03

Clinical Observation on Gegen Qinlian Decoction in the Treatment of Autumn Diarrhea in Children

XIA Zuen

(Pediatrics Department, Jinxi County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fuzhou 344800, China)

Abstract:Objective To explore the clinical efficacy of Gegen Qinlian d ecoction in the treatment of infantile autumn diarrhea. **Methods** From August 2017 to December 2017, 86 children with autumn diarrhea were randomly divided into study group (n = 43) and control group (n= 43). The study group was treated with modified Gegen Qinlian decoction, while the control group was treated with routine western medicine. The therapeutic effect and safety were compared. **Results** The total effective rate of the study group was 93.0% which was higher than 76.7% of the control group, and the incidence of side effects of the study group was 2.3% which was lower than 16.3% of the control group. The difference was significant (P < 0.05). The recurrence rate of the study group was 0.0% which was lower than 7.0% of the control group, but there was no significant difference (P > 0.05). **Conclusion** The treatment of autumn diarrhea in children with Gegen Qinlian decoction is effective, safe and low recurrence rate, which is worthy of clinical recommendation.

Keywords: classical prescription; autumn diarrhea; pediatrics; Gegen Qinlian decoction

秋季腹泻又称轮状病毒肠炎，是因轮状病毒引发的急性消化道传染病，该病起病急、病情进展快且症状严重，患儿发病初期多伴有呕吐、咳嗽、流鼻涕等感冒样症状，目前尚无特效药，以饮食疗法和液体疗法等对症

治疗为主，西药因成分明显、药效确切、见效快，被广泛应用于小儿秋季腹泻治疗中，但受制于药物不良反应加之患儿自身抵抗能力有限，致使疗效不甚理想。随着中医养生文化日渐兴盛，加之中医药国际化，当前部分医者推崇葛根芩连汤加减治疗，以期借助温补中药调理机体内环境，改善肌理，进而根除病症。本文旨在分析葛根芩连汤加减治疗小儿秋季腹泻的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年8月—2017年12月我院收治的秋季腹泻患儿86例，采用隐匿数字随机法将其分为2组，各43例。本研究经院领导及儿科医护人员共同审核通过，所有患儿家属均签署《知情同意书》，且经血常规、粪便检查和轮状病毒血清抗体检测确诊，排除药物过敏、遵医性差及先天肠道异常者。研究组男25例，女18例；年龄0.7~4岁，平均2.3岁；每日腹泻次数4~8次，平均（6.2±1.1）次。对照组男27例，女16例；年龄0.5~3岁，平均2.2岁；腹泻次数5~9次，平均（6.3±1.2）次。2组病例资料差异无统计学意义（P>0.05）。

1.2 研究方法 对照组患儿口服补盐溶液（批准文号：国药准字H20020554，2010年1月22日；生产单位：上海强生制药有限公司；规格：350 mL/瓶）。轻度脱水者50 mL/kg，中度脱水者100 mL/kg，于4~6 h内分服；蒙脱石散（批准文号：国药准字H20093601，2009年5月8日；生产单位：四川维奥制药有限公司；规格：3 g/袋）将该药（1袋）倒入50 mL温水中搅匀后服用，1岁以下儿童每日1袋，1~2岁儿童每日1~2袋，2岁以上儿童每日2~3袋，均分3次服用；复方地芬诺酯片（批准文号：国药准字H41020579，2011年1月14日；生产单位：河南太龙药业股份有限公司豫中制药厂；规格：每片含盐酸地芬诺酯2.5 mg，硫酸阿托品0.025 mg）每次1片，每日2次，疗程7 d。

研究组患儿采用葛根芩连汤加减治疗，具体药方：甘草6 g，黄芩9 g，黄连9 g，葛根15 g。腹痛患儿加炒白芍6 g；呕吐者加姜半夏6 g；夹食滞者加山楂6 g；热痢里急后重者加木香6 g，槟郎4 g；高热者加车前子6 g，滑石（包）12 g；微热者加厚朴6 g，苍术6 g，茯苓6 g，泽泻6 g；腹胀加砂仁6 g，焦三仙6 g。水煎煮，早晚温服，每日1剂，疗程10 d。

1.3 观察指标 （1）疗效判定：痊愈，未检测出轮状病毒血清抗体，每日排便次数≤2次，大便性状恢复正常且发热、腹鸣、腹痛症状消失；显效，未检测出轮状病毒血清抗体，每日排便次数2~3次，大便性状恢复，偶有腹鸣腹痛问题；有效，检测血清见轮状病毒特异性抗体，排便次数3~4次，偶有黄色水样稀便；无效，患儿病情未得到控制，仍需继续服药治疗[1]。（2）不良反应发生率：口干、恶心、呕吐、嗜睡、便秘、腹胀。（3）复发率：随访1个月，比较2组患儿腹泻复发情况。

1.4 统计学方法 使用软件SPSS 19.0处理数据信息，计量资料用t检验，计数资料用x^2检验，P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 研究组治疗总有效率高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表1。

表1 2组患儿治疗效果比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
研究组	43	11	12	17	3	93.0
对照组	43	9	10	14	10	76.7
x^2值						4.440
P值						0.035

2.2 不良反应发生率及复发率 治疗期间，研究组不良反应发生率低于对照组，组间数据差异有统计学意义（P<0.05）；随访1个月，研究组复发率低于对照组，差异无统计学意义（P>0.05），见表2。

表2 2组患儿副反应发生率及复发率比较 (例)

组别	例数	不良反应							复发率
		口干	恶心	呕吐	嗜睡	便秘	腹胀	发生率(%)	(%)
研究组	43	1	0	0	0	0	0	2.3	0(0.0)
对照组	43	2	1	1	1	1	1	16.3	3(7.0)
x^2值								4.962	3.108
P值								0.026	0.078

3 讨论

腹泻俗称“拉肚子”，是一种临床常见病症，指排便频率异常且粪便性状改变，根据病程长短分为急性腹泻和慢性腹泻，婴幼儿因肠道功能尚不完善，自身免疫缺陷，加之饮食不洁及病菌侵袭，常诱发腹泻问题，需及时就诊医治以缓解患儿生理上的痛苦，防治并发症如，病毒性心肌炎、脱水和水电解质紊乱、肠套叠等。

据悉，90%的婴幼儿逃不过秋季腹泻困扰，轮状病毒、ECHO病毒、柯萨奇病毒是诱发秋季腹泻的常见病原体，其中以轮状病毒为主要祸首，全球每年因轮状病毒感染导致的婴幼儿死亡人数多达90万，多集中于发展中国家，我国4000万0~2岁内婴幼儿每年约有1/4感染轮状病毒。轮状病毒属于双链核糖核酸病毒是婴幼儿腹泻主要病原体，多通过感染小肠上皮细胞，造成细胞损伤，从而诱发腹泻[2]。实践发现，轮状病毒多流行于夏秋冬季节，且能通过粪-口途径传播，婴幼儿感染该病毒后以急性胃肠炎为临床表现，呈现渗透性腹泻症状。临床资料显示，几乎每个5岁以下婴幼儿每年均会感染1次轮状病毒出现发热、呕吐、腹泻问题，严重者将出现脱水症状。调查发现，小儿腹泻仍为当今世界5岁以下儿童死亡第二大病因，且多集中于6个月至2岁婴幼儿，常诱发小儿营养不良及生长发育障碍[3]。（下转第69页）

CLINICAL GUIDING LEARNING 临床鉴习

中药足浴联合有氧运动在消化道肿瘤化疗患者中的应用

李珊珊

（中国医科大学附属盛京医院肿瘤科，辽宁 沈阳 110002）

摘 要：目的 探讨中药足浴联合有氧运动在消化道肿瘤化疗患者中的应用研究。**方法** 80例消化道肿瘤化疗患者，随机分为对照组和观察组，各40例，观察组实施黄芪建中汤足浴联合有氧运动干预，对照组实施清水足浴联合有氧运动干预。比较2组干预前后的睡眠质量、癌因性疲乏及生活质量。**结果** 观察组干预后中度、重度疲乏程度明显低于对照组（$P<0.05$）。观察组干预后PSQI评分明显低于对照组（$P<0.05$）。观察组干预后躯体功能、社会功能、情绪功能、角色功能、认知功能评分明显高于对照组（$P<0.05$）。**结论** 中药足浴联合有氧运动可有效提升消化道肿瘤化疗患者的睡眠质量，改善癌因性疲乏。

关键词：黄芪建中汤；有氧运动；消化道；肿瘤；睡眠质量；虚劳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.027 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0065-03

The Application of Chinese Medicine Foot Bath Combined with Aerobic Exercise in Patients with Digestive Cancer Chemotherapy

LI Shanshan

(Oncology Department, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110002, China)

Abstract: Objective To explore Chinese medicine foot bath combined with aerobic exercise in patients with digestive cancer chemotherapy. **Methods** 80 patients with digestive cancer chemotherapy were randomly divided into control group and observation group and control group, with 40 cases in each group. The observation group received Chinese medicine foot bath combined with aerobic exercise intervention. The control group received water foot bath combined aerobic exercise intervention. Before and after the intervention, sleep quality, cancer due to fatigue and quality of life was compared. **Results** After the intervention, moderate and severe fatigue of the observation group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). PSQI score after the intervention observation group was obviously lower than the control group ($P<0.05$). After intervention, physical function, social function, emotional function, role function, cognitive function score of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Chinese medicine foot bath combined with aerobic exercise can effectively improve the quality of sleep of digestive tumor chemotherapy patients, improve cancer-related fatigue.

Keywords: Huangqi Jianzhong decoction; aerobic exercise; digestive tract; tumor; quality of sleep; consumptive disease

消化道肿瘤是临床常见病，主要治疗方式是化疗，化疗导致的疲乏症状被叫做化疗性疲乏，中医角度来属于“虚劳”“虚损”的范畴，对患者的生理、心理造成严重影响。研究发现，活动锻炼是减轻癌性疲乏的有效方法，而运动锻炼的方式缺乏规范性，因此无法取得理想的效果[2]。《金匮要略》中所记载的“桂枝加黄芪建中汤”可对“虚劳里急”进行有效治疗，黄芪建中汤足浴的开展可通过皮肤及腧穴对药物进行吸收，发挥有效的治疗效果。本研究探讨中医足浴联合有氧运动对消化道肿瘤化疗患者睡眠质量、癌因性疲乏及生活质量的影响。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2018年1月我院消化道肿瘤化疗患者80例，本次研究经医院伦理委员会批准通过。随机数字表法分为对照组和观察组，对照组男23例，女17例；年龄32~78岁，平均56.3岁；肿瘤类型：胃癌15例，结肠癌16例，直肠癌9例；文化程度：大专及以上8例，初中及高中16例，小学及以下16例。观察组男25例，女15例；年龄31~78岁，平均56.7岁；肿瘤类型：胃癌16例，结肠癌16例，直肠癌8例；文化程度：大专及以上9例，初中及高中17例，小学及以下14例。2组资料差异无统计学意义（$P>0.05$），具可比性。

1.2 纳入标准 经病理学确诊；卡氏功能量表（KPS）评分在60分及以上；对本次研究内容知情同意。

1.3 排除标准 精神异常；手术史及放射治疗史；配合度低。

1.4 研究方法 观察组实施中药足浴联合有氧运动干预，中药足浴所应用的基本方为黄芪建中汤，方药组成：黄芪、桂枝、生姜、大枣各9 g，白芍18 g，饴糖10 g，炙甘草6 g。加入到1500 mL清水中进行煎煮，将药物煎煮完成后采用大约1000 mL汤剂放入到自动控温足浴器中，向足浴器中加入温水，直到水深达到患者的双足小

腿1/2处为止，每次开展30 min浸泡，每天浸泡1次，4周为1个治疗周期。有氧运动干预方法为：（1）运动方式：参照患者的年龄、机体状况以及患者以往喜爱的运动方式，为其开展个性化运动方案制定，运动方式主要为慢跑、太极拳、爬楼梯等；（2）运动强度：参照患者的耐受度对运动强度进行确定，以患者在运动过程中的心率保持在120~140次/min为宜，运动强度不可过大，以免导致患者出现过度疲劳的情况，影响其机体恢复；（3）运动频次：每次运动时间控制为20~30 min，具体时间以患者耐受度来确定，每周开展3~5次运动，4周为1个治疗周期。

对照组实施清水足浴联合有氧运动干预，直接向足浴器中加入温水，直到水深达到患者的双足小腿1/2处为止，每次开展30 min浸泡，每天浸泡1次，4周为1个治疗周期。有氧运动干预方式同观察组。

1.5 观察指标 （1）睡眠质量，采用匹兹堡睡眠质量指数（PCQI）评价，包括睡眠质量、睡眠时间、睡眠障碍、入睡时间、睡眠效率、日间功能障碍以及催眠药物的使用，采用3级评分法，共0~21分，评分越高则睡眠质量越差。（2）癌因性疲乏，采用简易疲乏量表（BFI），包括指标为：患者过去24 h内及现在的疲乏程度；疲乏导致情绪、工作、生活乐趣、行动、交往等受到的影响。若评分为0分，则提示不存在疲乏的情况；若评分为1~3分，则提示存在轻度疲乏症状；若评分为4~6分，则提示存在中度疲乏症状；如评分为7~10分，则提示存在重度疲乏症状。该量表所具备的信度为0.97，效度为0.93。生活质量水平，应用欧洲癌症组织所制定的生活质量问卷（EORTC-QLQ-C30）开展评价，从5个方面对患者的生活质量开展评估，分别为躯体功能、情绪功能、社会功能、角色功能、认知功能，评分越高则提示患者的生活质量越好[3]。

1.6 统计学方法 采用统计学软件为SPSS 17.0。（$\bar{x}\pm s$）表示计量数据，行t检验；（%）表示计数资料，行x^2检验；P<0.05差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疲乏程度 干预前2组疲乏程度比较，差异无统计学意义（P>0.05）。观察组干预后中度、重度疲乏程度明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表1。

表1 2组干预前后疲乏程度比较 [例(%)]

组别	例数	无		轻度	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	2(5.0)	25(62.5)	4(10.0)	13(32.5)
对照组	40	2(5.0)	10(25.0)	5(12.5)	18(45.0)
x^2值		0.000	11.429	0.125	0.833
P值		1.000	0.001	0.723	0.361
组别	例数	中度		重度	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	18(45.0)	1(2.5)	16(40.0)	1(2.5)
对照组	40	18(45.0)	7(17.5)	15(37.5)	5(12.5)
x^2值		0.000	5.000	0.053	5.333
P值		1.000	0.025	0.818	0.021

2.2 PSQI评分 干预前2组PSQI评分比较，差异无统计学意义（P>0.05）。观察组干预后PSQI评分明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表2。

表2 2组干预前后PSQI评分比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	干预前	干预后
对照组	40	11.57±2.60	8.77±1.50
观察组	40	11.61±2.77	6.13±1.44
t值		0.067	8.030
P值		0.947	0.001

2.3 生活质量 干预前2组生活质量比较，差异无统计学意义（P>0.05）。观察组干预后躯体功能、社会功能、情绪功能、角色功能、认知功能评分明显高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表3。

3 讨论

癌因性疲乏是指受到多种因素的影响，机体出现正气不足，气血阴阳瘀滞，其病因主要为脏腑功能衰退，气血阴阳不足。本研究应用黄芪建中汤作为基本方，开展足浴治疗，结果显示观察组癌因性疲乏症状有效改善。提示中药足浴改善肿瘤化疗患者的癌因性疲乏症状。考虑是由于：方中黄芪可发挥有效的补益脾胃、益气生血的功效；白芍可发挥有效的养血补血、缓急止痛的效果；生姜可发挥有效的温暖脾胃功效；饴糖可发挥有效补益脾胃、生化气血、缓急止痛的功效；桂枝可发挥温阳化气、辛散升举的功效；大枣以及甘草可补益脾胃，甘温

表3 2组干预前后生活质量评分比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	躯体功能		社会功能		情绪功能		角色功能		认知功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	50.22±6.71	68.39±6.41	51.22±6.74	61.44±6.47	50.71±4.74	61.36±8.74	52.14±6.35	68.61±5.88	63.55±7.44	79.68±6.91
对照组	40	50.36±7.68	60.34±7.96	51.36±6.98	56.98±7.89	50.39±6.99	55.46±8.89	52.36±8.63	57.36±7.41	63.64±8.69	70.88±8.69
t值		0.087	4.981	0.091	2.764	0.240	2.993	0.130	7.522	0.050	5.013
P值		0.931	0.001	0.928	0.007	0.811	0.004	0.897	0.001	0.960	0.001

益气的作用。诸药合用，可提升正气，改善机体疲乏症状。临床上患者内服黄芪建中汤，疲乏症状明显缓解。中药足浴的应用可使药物通过患者机体的皮肤以及腧穴得到双重吸收，并依靠热力作用，有效扩张患者机体的足部血管，从而使药物得到更为高效的吸收[4]。

本次研究结果显示，观察组PSQI评分降低，生活质量提高，可能是由于中药足浴的开展有效缓解疲乏程度，有效改善睡眠质量，进而提高生活质量。由于运动锻炼不具备足够的规范性，运动的时间、强度、频率和方式均存在较大的差异，患者的年龄、临床症状等不同，尚无针对性运动方法[5]，因此本次研究根据患者具体情况实施有氧运动干预，最终取得了不错的效果。

综上所述，中医足浴联合有氧运动可有效提升消化道肿瘤化疗患者的睡眠质量，改善其机体癌因性疲乏程度，同时可提升患者的生活质量。

参考文献

[1] 秦瞻. 消化道肿瘤患者中医体质辨识调养的临床疗效分析[J]. 光明中医,2017,32(23):3368-3370.
[2] 王嘉莉. 中医特色护理和系统营养支持对消化内镜肿瘤切除术患者营养状况的影响[J]. 四川中医,2017,35(7):221-223.
[3] 马晓庆,余爱萍,钟静静. 中医情志护理干预缓解恶性肿瘤患者化疗消化系反应的效果[J]. 世界华人消化杂志,2016,24(8):1289-1292.
[4] 林婷,黄倩,赵璧. 中晚期消化道肿瘤化疗后便秘的中医护理[J]. 福建中医药,2015,46(1):63-64.
[5] 吴艳红. 中西医结合护理对消化道肿瘤患者化疗不良反应的干预效果[J]. 中国肿瘤临床与康复,2013,20(11):1310-1312.

（本文编辑：张文娟　本文校对：丁荣楣　收稿日期：2018-12-03）

补阳还五汤配合董氏奇穴治疗中风后遗症临床观察

胡思彦　程　凌

（南昌市洪都中医院康复科，江西　南昌　330008）

摘　要：目的　观察补阳还五汤配合董氏奇穴治疗中风后遗症的临床疗效。**方法**　选取2016年8月—2017年8月收治的中风后遗症患者80例，将其以随机数字表法分成观察组与对照组，各40例。对照组患者接受常规西药治疗；观察组患者在对照组基础上以补阳还五汤配合董氏奇穴治疗。对比患者治疗后神经功能缺损、日常生活活动能力、总体效果等情况。**结果**　2组患者治疗后第10天神经功能缺损评分和日常生活活动能力评分对比差异无统计学意义，$P>0.05$，而治疗后第35天和第60天日常生活活动能力评分对比差异有统计学意义，即观察组明显优于对照组，$P<0.05$；观察组患者治疗后总有效率明显高于对照组，$P<0.05$。**结论**　补阳还五汤配合董氏奇穴治疗中风后遗症的临床疗效显著，值得临床推广。

关键词：补阳还五汤；董氏奇穴；中风后遗症；中医综合疗法；经典名方；经方
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.028　　**文章编号：**1672-2779(2019)-12-0067-03

Clinical Observation on Buyang Huanwu Decoction Combined with Dong's Unique Extra-ordinary Points in the Treatment of Apoplexy Sequelae

HU Siyan, CHENG Ling

(Department of Rehabilitation, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of Buyang Huanwu decoction combined with Dong's unique extra-ordinary points in the treatment of apoplexy sequelae. **Methods** 80 patients with apoplexy sequelae admitted to our hospital from August 2016 to August 2017 were selected and divided into the observation group and the control group by random number table method. Patients in the control group received conventional western medicine treatment. Patients in the observation group were treated with Buyang Huanwu decoction combined with Dong's unique extra-ordinary points on the basis of the control group. The nerve function defect, daily life activity ability and overall effect were compared. **Results** There was no statistically significant difference between the scores of nerve function defect and daily life activity scores between the two groups on day 10 after treatment ($P > 0.05$), while there was statistically significant difference between the scores of daily life activity scores on day 35 and day 60 after treatment ($P < 0.05$), indicating that the observation group was significantly better than the control group. The total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group after treatment $P<0.05$. **Conclusion** Buyang Huanwu decoction combined with Dong's unique extra-ordinary points has a significant clinical effect on apoplexy sequelae, which is worthy of clinical promotion.

Keywords: Buyang Huanwu decoction; Dong's unique extra-ordinary points; apoplexy sequelae; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine; classic famous prescription; classical prescription

中风为神经系统常见病之一，且随着生活节奏加快、饮食结构调整，中风发病率也呈上升趋势，其不仅具有较高的致残或致死率，而且极易损伤患者神经功能[1-2]。以往临床治疗中风多以西医为主，目的在于保护神经、溶栓及调节微循环，但其在肢体功能恢复方面的作用十分有限[3]。换句话说，必须寻找到利于中风后遗症治疗

的良方，以促进患者肢体功能的提高。为此，我院选取2016年8月—2017年8月收治的中风后遗症患者80例，分别采用常规西医治疗和补阳还五汤配合董氏奇穴治疗，并对结果进行分析，现详述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年8月—2017年8月我院收治的中风后遗症患者80例，将其以随机数字表法分成观察组与对照组，各40例。观察组：男20例，女20例；年龄41~71岁，平均61.5岁；病程最短6个月，最长2年，平均（1.15±0.45）年。对照组：男20例，女20例；年龄41~71岁，平均61.5岁；病程最短6个月，最长2年，平均（1.16±0.48）年。2组患儿一般资料对比差异无统计学意义，$P>0.05$，可比性高。

1.2 纳入标准 均经MRI或CT检查确诊，符合中医关于气虚血瘀型中风后遗症的相关诊断标准；均出现不同程度的言语不利、口眼歪斜、气短、肢体障碍等。

1.3 排除标准 排除意识或精神障碍者；排除脑肿瘤、脑外伤、重型心脏病、造血系统疾病等患者；排除妊娠期者。

1.4 治疗方法 对照组患者接受常规西药治疗，即每日静滴长春西汀注射液20 mg、丹红注射液20 mL；每晚口服阿司匹林0.1 g和阿托伐他汀钙片20 mg；中风后遗症者每日服用2次非洛地平片，1.25 mg/次，连续治疗60 d。

观察组患者除上述治疗外，接受补阳还五汤配合董氏奇穴治疗，其中补阳还五汤主要成分为：赤芍10 g，当归10 g，红花6 g，桃仁6 g，地龙6 g，川芎12 g，黄芪15 g。随症加减：咳嗽、咳痰者，加用桔梗、浙贝母；恶心、呕吐者，加用砂仁、五味子；头晕、头痛者，加用钩藤、天麻；四肢乏力者，加用人参；大便燥结者，加用麻子仁、大黄。饮片均统一煎制，500 mg/剂，2次/d（早晚各1次），1个疗程为15 d，连续治疗60 d。董氏奇穴具体治疗方法：针刺穴位包括上九里、下九里、中九里、木火、大白、灵骨、肩中、地宗等，待得气后，留针15 min，1次/d，连续治疗60 d。

1.5 观察指标 观察患者治疗后神经功能缺损、日常生活活动能力、总体效果等情况。用NIHSS评分衡量患者神经功能缺损整体情况，得分越高则情况越严重；用Barthel评分评估患者日常生活活动能力，评分越高则恢复越好。

1.6 疗效评定标准 （1）显效：临床症状均大幅度缓解，NIHSS评分显著下降，Barthel评分显著升高；（2）有效：临床症状均有所缓解，NIHSS评分下降，Barthel评分升高；（3）无效：未达到上述标准。总有效率=显效率+有效率[4]。

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

2 结果

2.1 2组患者治疗后不同时间点神经功能缺损情况比较 2组患者治疗后第10天神经功能缺损评分比较差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后第35天和第60天神经功能缺损评分比较差异有统计学意义（$P<0.05$），见表1。

表1 2组患者治疗后不同时间点神经功能缺损情况比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	第10天	第35天	第60天
观察组	40	14.22±2.72	10.18±1.85	6.34±1.26
对照组	40	14.10±2.22	13.17±1.58	10.24±1.92
t值		0.216	7.773	10.741
P值		0.829	0.000	0.000

2.2 2组患者治疗后不同时间点日常生活活动能力比较 2组患者治疗后第10天日常生活活动能力评分比较差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后第35天和第60天日常生活活动能力评分比较差异有统计学意义（$P<0.05$），见表2。

表2 2组患者治疗后不同时间点日常生活活动能力情况比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	第10天	第35天	第60天
观察组	40	46.48±12.86	62.59±12.86	75.45±12.34
对照组	40	46.36±13.62	52.22±13.54	64.66±13.93
t值		0.041	3.512	3.667
P值		0.968	0.001	0.000

2.3 2组患者治疗后总体效果比较 观察组患者治疗后总有效率明显高于对照组（$P<0.05$），见表3。

表3 2组患者治疗后总体效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	27(67.5)	9(22.5)	4(10.0)	36(90.0)
对照组	40	20(50.0)	9(22.5)	11(27.5)	29(72.5)
x^2值					4.021
P值					0.045

3 讨论

中风会影响患者神经功能，进而产生中风后遗症，即造成患者生活自理困难，也就是说仅用西医溶栓、保护神经及调节微循环是远远不够的，还需在可能的情况下逆转神经功能损伤情况[5]。值得注意的是，有研究显示中药在治疗中风后遗症方面具有自身独特的优势，可弥补西药在神经功能恢复方面的不足[6]。吴秀贞[7]研究发现，补阳还五汤配合针灸治疗中风后遗症使得患者神经功能恢复效果远高于常规西药治疗组。金煜[8]应用补阳还五汤加减治疗缺血性中风后遗症，血脂调节和神经功能改善方面的作用效果远好于常规西药组。

我院尝试采用补阳还五汤配合董氏奇穴治疗中风后遗症，以期获得更好的临床疗效，同时验证其可靠性与有效性。结果显示，2 组患者治疗后第 10 天神经功能缺损评分和日常生活活动能力评分对比无统计学差异，而治疗后第 35 天和第 60 天日常生活活动能力评分明显高于对照组，可见加用汤药和针灸治疗后，在神经功能损伤逆转方面的作用效果更显著，从而实现在一定程度上提升了肢体功能恢复的可能性，使得患者具有一定的日常生活活动能力或完全生活自理；观察组患者治疗后总有效率明显高于对照组，说明加用中医药，临床症状缓解、神经功能缺损控制及日常生活活动能力提高等方面具有增强作用。与常规西药治疗相比，加用补阳还五汤和董氏奇穴最终可达到标本兼治的效果，该种治疗方式与中风后遗症的发病机制相辅相成，一方面通络活血、行气养血，另一方面刺激肢体穴位神经，同时其与西医治疗又不冲突，可以说某种程度上其还有效促进了西药药用效果的发挥。

综上所述，补阳还五汤配合董氏奇穴治疗中风后遗症的临床疗效显著，值得临床推广。

参考文献

[1] 金迪，吕丹. 补阳还五汤配合针灸治疗脑中风后遗症 42 例[J]. 辽宁中医杂志，2017，60(6)：1230-1232.
[2] 李素文. 补阳还五汤配合针灸治疗脑中风后遗症 39 例疗效观察[J]. 中医临床研究，2016，8(10)：32-33.
[3] 文莉明. 董氏奇穴合补阳还五汤加减治疗脑梗死恢复期气虚血瘀型的临床观察[J]. 中医临床研究，2016，8(15)：9-11.
[4] 刘君玲. 观察针药结合治疗脑中风后遗症的疗效[J]. 中国中医基础医学杂志，2013，19(6)：687.
[5] 张克飞，王旋旋，王兵. 补阳还五汤加味联合针刺治疗脑中风后遗症期疗效观察[J].陕西中医，2017，38(9)：1170-1171.
[6] 崔光利，牛建伟. 补阳还五汤治疗中风后遗症的疗效观察[J]. 内蒙古中医药，2014，33(12)：51-52.
[7] 吴秀贞. 补阳还五汤配合针灸治疗脑中风后遗症 64 例疗效分析[J]. 中医临床研究，2015，7(6)：50-51.
[8] 金煜. 补阳还五汤加减治疗缺血性中风后遗症临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志，2017，12(1)：113-114.

（本文编辑：张文娟 本文校对：程 凌 收稿日期：2018-12-14）

（上接第64页）众所周知，幼儿消化系统发育不成熟，神经系统、内分泌系统、循环系统均不完善，加之秋季气温变化大，轮状病毒感染，致使秋季为我国小儿腹泻高发期。医者多通过预防脱水、合理饮食、药物治疗帮助患儿摆脱疾病困扰，为寻找安全高效的治疗方案，当前医生将目光转向中医，坚持辨证施治，注重整体调节，葛根芩连汤为表里双解剂，具有解表清里之功效，可协热下利、葛根解肌退热、生津止渴、升阳止泻，黄连、黄芩、甘草清热燥湿，泻火解毒、消炎抗菌、厚肠止利，联用诸药可外疏内清，表里同治。腹痛者加白芍可柔肝止痛；恶心呕吐者加姜半夏以降逆止吐；夹食滞者加用山楂可健脾开胃、消食化滞、活血化瘀；热痢里急后重者加木香和槟郎可行气除后重；车前子可利水通淋、渗湿止泻、清肝明目，滑石内服可保护胃黏膜镇吐、止泻，同时可阻止毒物被胃肠道吸收，厚朴有行气平喘、化食消痰、化湿导滞、驱风镇痛之效，苍术可燥湿健脾，茯苓、泽泻利水渗湿；砂仁行气调中、和胃醒脾，焦三仙健脾胃，根据患儿病症及体质给予对症治疗，通过调和气血，平衡阴阳，缓解症状，改善病症。实践证实，研究组治疗总有效率高于对照组，副反应发生率低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）；复发率低于对照组，但差异无统计学意义（$P>0.05$），即秋季腹泻患儿选葛根芩连汤加减治疗疗效安全可靠且能降低复发率，具有借鉴意义。

中医辨证分析小儿秋季腹泻，根据病情进展将其早期归为湿热困脾，症状以泻下稀水、频次增多、酸臭异常为主，可见舌红苔黄或腻，临床医疗以清热利湿止泻为主；中期则为湿热滞留、阴津已伤，证候为微热、泻下稀水略有酸臭味、舌红苔黄或少苔稍干，治法以清热利湿、滋阴止泻为主；后期患儿表现为泻下伤阴、阴阳两虚，证候为阴津亏损严重、泻下如水、唇朱喜饮、舌红无苔而干，以健脾生津、滋阴止泻为主要治疗原则，医者需根据患儿证候、症状、体质给予针对性治疗，综合运用中医疗法，汤药、推拿、针灸，以健脾益气、温肾扶阳、化湿调经，改善健康原动力，从而平衡机理，加速病症改善，提高治疗效果。

刘万庆[4]指出葛根芩连汤治疗小儿秋季腹泻疗效显著且能缩短病程，具有更高现实意义。汤菲菲[5]则主张中西医结合治疗，并于实践中得以证实，即秋季腹泻患儿选中西医结合治疗可缩短退热、止泻、住院时间，便于患儿病症改善，同时可减轻医疗负担。总之，葛根芩连汤加减治疗小儿秋季腹泻效果显著，值得推广应用。

参考文献

[1] 袁兵，刘红书，张永. 葛根芩连汤联合心理干预治疗腹泻型肠易激综合征 43 例[J]. 中国中医药现代远程教育，2016，14(23)：84-85.
[2] 程国珍. 中西医结合治疗小儿秋季腹泻临床观察[J]. 中国民族民间医药，2017，26(12)：131-132.
[3] 张凌波，郝瑞芳. 葛根芩连汤合平胃散加减治疗小儿秋季腹泻(湿热型)40 例临床研究[J]. 亚太传统医药，2016，12(20)：126-127.
[4] 刘万庆. 葛根芩连汤治疗小儿秋季腹泻的临床疗效分析[J]. 中国医药指南，2017，15(25)：189.
[5] 汤菲菲. 中西医结合治疗小儿秋季腹泻临床观察[J]. 实用中医药杂志，2016，32(8)：782-783.

（本文编辑：张文娟 本文校对：赵 林 收稿日期：2018-12-06）

黄芪桂枝五物汤治疗老年糖尿病高危足37例

陈宏伟

（本溪市中医院中医内科，辽宁 本溪 117000）

摘 要：目的 探讨黄芪桂枝五物汤治疗老年糖尿病高危足的临床效果。**方法** 选取本溪市中医院2017年9月—2018年2月诊治的老年糖尿病高危足患者74例，并依据治疗方案不同分为对照组和研究组，各37例。对照组应用常规西药治疗，研究组则加用黄芪桂枝五物汤治疗，就2组患者的糖尿病高危足整体疗效、踝肱指数变化进行统计学分析。**结果** （1）研究组患者的整体治疗有效率是94.59%，高于对照组的75.68%（$P<0.05$）；（2）治疗前，研究组与对照组之间的踝肱指数比较差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后2组患者的踝肱指数均高于治疗前，其中研究组高于对照组，上述组间、组内对比差异均有统计学意义（均$P<0.05$）。**结论** 黄芪桂枝五物汤治疗老年糖尿病高危足的临床效果确切，可有效改善其糖尿病高危足病情，在一定程度上纠正踝肱指数，值得借鉴。

关键词：黄芪桂枝五物汤；中西医结合疗法；老年病；糖尿病高危足；踝肱指数；消渴；血痹；经方；经典名方
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.029 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0070-02

Huangqi Guizhi Wuwu Decoction in the Treatment of Senile Diabetic High Risk Foot for 37 Cases

CHEN Hongwei

(Department of internal medicine of Traditional Chinese Medicine Benxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Benxi 117000, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of Huangqi Guizhi Wuwu decoction in the treatment of senile diabetic high risk foot. **Methods** 74 elderly patients with diabetic high-risk foot were selected from September 2017 to February 2018 and divided into two groups according to different treatment schemes. The control group (n = 37) was treated with conventional Western medicine, and the study group (n = 37) was treated with Huangqi Guizhi Wuwuwu decoction. Statistical analysis was performed on the changes of body effectiveness and ankle brachial index. **Results** The total effective rate of the study group was 94.59%, which was higher than 75.68% of the control group (P < 0.05). There was no significant difference in ankle brachial index between the study group and the control group before treatment (P > 0.05). The difference between groups and groups was statistically significant (P < 0.05). **Conclusion** Huangqi Guizhi Wuwu decoction has definite clinical effect on the treatment of high-risk foot of senile diabetes mellitus. It can effectively improve the condition of high-risk foot of senile diabetes mellitus and correct ankle-brachial index to a certain extent.

Keywords: Huangqi Guizhi Wuwu decoction; therapy of integrated medicine; geriatric disease; diabetes high risk foot; ankle-brachial index; consumptive thirst; blood-arthralgia; classical prescription; classic famous prescription

老年糖尿病高危足患者多表现为足部感觉迟钝、皮肤发凉等特点，部分患者存在足部畸形情况，西医目前多采取甲钴胺、前列地尔、胰岛素等常规药品治疗，但效果有限，而迄今仍未提出更高效的治疗方案[1]。鉴于此，有中西医结合研究专家提出，在老年糖尿病高危足治疗中走中西医结合道路，以中医药弥补单纯西医治疗的不足，优化治疗效果，其中黄芪桂枝五物汤在本病治疗中的应用频率较高，但相关报道鲜见[2]。本研究旨在明确黄芪桂枝五物汤治疗老年糖尿病高危足的临床效果，对符合老年糖尿病高危足纳入标准的病例进行分组对照分析，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年9月—2018年2月本溪市中医院老年糖尿病高危足患者74例，根据治疗方案不同分成对照组和研究组，各37例。对照组男18例，女19例；年龄为60~79岁，平均年龄68.49岁；糖尿病足病程1~6年，平均病程（4.35±0.56）年。研究组男17例，女20例；年龄为61~79岁，平均年龄68.97岁；糖尿病足病程2~6年，平均病程（4.76±0.34）年。2组患者的性别分布、年龄、糖尿病足病程等基线资料的统计学对比结果提示存在同质性（P>0.05），可作对比。

1.2 纳入标准 （1）患者在任何时间内的血糖水平均在11.1 mmol以上，结合临床症状、实验室以及电生理检查等综合诊断为糖尿病高危足；（2）年龄均在60岁及以上；（3）病历资料完善，治疗期间配合行为较好。

1.3 排除标准 （1）中医辨证里热证患者；（2）合并多器官功能障碍者；（3）对本实验所用中西医药物过敏者；（4）精神病等特征人群。

1.4 治疗方法 2组患者均接受常规胰岛素治疗，严格限制糖分摄入，将空腹血糖、餐后2 h血糖分别控制在8 mmol/L、11.1 mmol/L以下。

对照组采取常规西药治疗：口服甲钴胺片（生产企业：北京星昊医药股份有限公司；规格：0.5 mg×20 s；国药准字H20060865），每次0.5 mg，每日3次；前列地尔注射液（生产企业：西安力邦制药有限公司；规格：

2 mL:10 μg×5 支；国药准字 H20103100）进行注射给药，每次 5 μg，每日 1 次。

研究组患者则在上述治疗基础上加用黄芪桂枝五物汤治疗，处方如下：黄芪 30 g，白芍 30 g，桂枝 10 g，大枣 15 g，生姜 10 g。以水煎服，每日 1 剂，取汁 300 mL，分 2 次温服。

2 组患者均坚持用药 4 周。

1.5 观察指标 （1）观察患者治疗 4 周后糖尿病高危足相关临床症状如患肢皮肤感觉异常等变化，结合足背动脉搏动情况，评估其糖尿病高危足的整体治疗效果；（2）应用彩色多普勒超声检测患者治疗前、治疗后的踝肱指数变化。

1.6 疗效评定标准 （1）显效：患者治疗 4 周后糖尿病高危足相关临床症状彻底消失，足背动脉搏动有力，且踝肱指数较治疗前提高 0.1 及以上；（2）有效：患者治疗 4 周后糖尿病高危足相关临床症状改善，足背动脉搏动改善，但未达显效标准，且踝肱指数较治疗前提高 0.05~0.1；（3）无效：患者治疗 4 周后糖尿病高危足相关临床症状、足背动脉搏动、踝肱指数较治疗前均无明显变化。整体治疗有效率=（有效+显效）例数/总例数×100%[3]。

1.7 统计学方法 应用 SPSS 20.0 统计学软件对本次实验数据分析、处理。定量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，实行 t 检验；定性资料以率（%）表示；对比则实行 x^2 检验；P<0.05，则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察 2 组患者的整体治疗有效率 研究组患者的整体治疗有效率是 94.59%，高于对照组的 75.68%，其比较差异有统计学意义（P<0.05），见表 1。

表 1 2 组患者整体治疗有效率比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
研究组	37	19	16	2	94.59
对照组	37	13	15	9	75.68
x^2 值					5.232
P 值					0.022

2.2 观察 2 组患者治疗前后的踝肱指数 治疗前，研究组与对照组之间的踝肱指数比较差异无统计学意义（P>0.05），治疗后 2 组患者的踝肱指数均高于治疗前，其中研究组高于对照组，上述组间、组内对比差异均有统计学意义（均 P<0.05），见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后的踝肱指数水平比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
研究组	37	0.61±0.15	0.89±0.12	8.866	0.000
对照组	37	0.62±0.19	0.77±0.26	2.833	0.003
x^2 值		0.251	2.549		
P 值		0.401	0.006		

3 讨论

糖尿病作为老年病人常见内分泌系统疾病，有病程迁延等特点，病人往往合并其他器官并发症，其中以周围神经病变类并发症最为常见，而糖尿病足作为周围神经病变诱发的并发症之一，以足部疼痛、皮肤深溃疡以及肢端坏疽等为主要临床表现，是糖尿病患者死亡、残疾的主要原因[4]。其中，糖尿病高危足可划为 0 级糖尿病足，足部四周神经病变、血管病变更加严重，出现足溃疡的风险系数更高，且尤其好发于老年人，应高度重视，制定合理、科学的治疗方案，改善病人预后。

在中医学中，糖尿病足可划为“消渴”“血痹”等范畴，是因长期阴虚导致气血瘀滞，兼痰浊交织，致使脉络失和，最终累及肢体，引发周围神经病变[5]。因此，无论糖尿病足患者的病程长短，根据病机，均应予以活血化瘀治疗。黄芪桂枝五物汤源自《金匮要略》，由黄芪、桂枝、大枣、白芍、生姜组成，其中以黄芪为君药，可发挥补气行血功效，用于糖尿病高危足治疗中，不但可控制患者血压，还可增强其机体免疫力，改善血管瘀滞状态，保持其体内循环处于正常状态；桂枝为臣药，有通阳益气作用，配伍黄芪使用，可进一步改善患者凝血状态，调节其机体血液循环。白芍可消炎止痛、调和营卫，预防缺氧，而大枣专攻补血，协同上述药物共用于糖尿病高危足治疗中，可有效缓解患者疲劳状态，增强其机体对于外邪的抵抗力，共奏滋阴益气、活血化瘀、通痹温经之功效，最终改善患者肢体麻木、疼痛等症状。然而，黄芪桂枝五物汤中两味主药黄芪、桂枝的药性偏于温燥，笔者在本次研究中，依据中医学“八纲辨证”原则，排除“里热证”者，以免因黄芪桂枝五物汤“燥热伤阴”，加重患者“热证”。

结果提示：研究组的糖尿病高危足整体治疗有效率高于对照组，且该组治疗后的踝肱指数也较对照组高，且比较差异有统计学意义，充分证明了黄芪桂枝五物汤在改善老年糖尿病高危足患者血供不足、足部皮肤感觉异常等症状方面的积极作用，可推广应用。

参考文献

[1] 李国宏,纪品川,王雅君. 黄芪桂枝五物汤对老年糖尿病肾病转化生长因子-β 基因表达调控区甲基化的影响[J]. 世界中医药,2018,13(3):644-647.

[2] 张厚杰. 中药内服联合外洗治疗糖尿病下肢血管病变临床分析[J]. 中国中医药现代远程教育,2017,15(11):56-57.

[3] 张文娓,韩玉生,王超,等. 黄芪桂枝五物汤对糖尿病大鼠周围神经组织 Trx 及 Txnip 表达的影响[J]. 中医药学报,2017,45(4):57-59.

[4] Patel N, Hatch D, Wells C M, et al. Characteristics and clinical assessment of antibiotic delivery by chitosan sponge in the high-risk diabetic foot: a case series[J]. Journal of Wound Care, 2017, 26(sup4):S32.

[5] 于雪飞,杨天翼,于波,等. 血络康足浴治疗糖尿病周围神经病变的社区疗效评价[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(7):105-106.

（本文编辑:张文娟 本文校对:宋佳音 收稿日期:2018-12-14）

针推启学 ACUPUNCTURE AND MASSAGE GUIDING LEARNING

中国穴位埋线疗法系列讲座(101)

四级基地建设是穴位埋线技术推广的新模式※

李登科[1] 杨 里[2] 严兴科[3] 杨才德[1*]

(1 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科,甘肃 兰州 730020;
2 鄂尔多斯市东胜区交通社区卫生服务中心,内蒙古 鄂尔多斯 017000;
3 甘肃中医药大学针灸推拿学院,甘肃 兰州 730000)

摘 要:近年来,穴位埋线疗法发展迅速,但个别地区“四重四轻”现象严重,因此,迫切需要建立规范、标准的穴位埋线技术推广和培训体系,以期规范、科学、高效推广穴位埋线疗法,本研究从穴位埋线疗法发展现状、穴位埋线疗法四级基地构成及优势简要介绍穴位埋线疗法四级基地建设,穴位埋线四级基地能够建立和完善甘肃省穴位埋线新技术规范培训和推广示范体系,促进和推动穴位埋线特色技术的临床推广和应用。

关键词:穴位埋线疗法;四级基地;推广模式
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.030 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0072-03

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (101)

Four-level Base Construction as a New Model for Promoting the Technology of Acupoint Catgut Embedding

LI Dengke [1], YANG Li[2], YAN Xingke[2], YANG Caide [1*]

(1. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China;
2. Jiaotong Community Health Service Center in Dongsheng District of Ordos, Inner Mongolia Ordos 017000, China;
3. College of Acupuncture and Tuina, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China)

Abstract: In recent years, acupoint catgut embedding therapy has developed rapidly, but individual regions "quad four light" phenomenon is serious, therefore, an urgent need to establish regulations and standards of acupoint embedded wire technology popularization and training system, in order to standardize, scientific and efficient promotion point bury a line. This study from the current situation of the development of acupuncture point bury line therapy, acupuncture point bury line therapy level 4 base composition and edge point embedded wire treatment are briefly introduced, and four bases, acupuncture point bury line level base to establish and perfect the Gansu province acupuncture point embedded wire standard training and promote new technology demonstration system, promote and promote acupuncture clinical popularization and application of the embedded wire technology characteristic.

Keywords: acupoint catgut embedding therapy; four-level base; marketing model

(上接第11期)

穴位埋线即长效针灸,理论根源是留针理论,其治疗疾病的原理是利用线体对穴位产生持久性的刺激,是众多中医外治法中的一种临床技术。其主要方法是利用微创针具将线体埋入穴位,来达到平衡阴阳、协调脏腑的作用。与传统埋线相比,具有微创、不打麻药、不易感染、操作简单、疗效持久、医用成本低、降低患者痛苦、容易接受等优点,容易在基层医院普及[1]。

1 穴位埋线疗法发展现状

中医针灸“穴位埋线疗法”经过数十年的发展,因其操作简便、疗效快捷,在全省医疗机构、特别是基层医疗机构得到快速推广和普及,无论从临床、科研、教学,还是推广、培训等方面,均取得了较大的发展。目前,穴位埋线疗法在全国范围内使用者较多,技术水平蒸蒸日上,埋线器具琳琅满目,科研临床再创新高,操作技术日趋完善,技术推广传播广泛[2]。

然而,由于存在操作不规范和培训质量等问题,逐步出现了从业人员良莠不齐,技术操作各有差异,个别地区“四重四轻”现象严重,即重经济收入、轻技术进步,重临床操作、轻科学研究,重个人突出、轻团队建设,重埋线形式、轻埋线内涵;凡此种种,严重影响了埋线疗法健康、快速、有序的发展。因此,迫切需要建立规范、标准的穴位埋线技术推广和培训体系,以期规范、科学、高效推广穴位埋线疗法,科教研综合发展,进一步促进穴位埋线技术的普及和应用,提高临床疗效。

※ **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

2 穴位埋线四级基地推广模式

穴位埋线四级基地推广模式通过“培养团队—教师授课—以点带面”方式，培训和推广穴位埋线治疗常见疾病的规范技术，构建穴位埋线技术推广示范体系，促进穴位埋线适宜技术在我省市、县、乡、村得到更广泛的应用和推广，让更多的患者得到实惠，为解决老百姓看病难、看病贵的问题做出更大的贡献。当前，项目团队在我省埋线基地建设和推广过程中，以评促建的方式为推广埋线技术提供了极大地便利，成为基层医疗机构非常欢迎的方式之一，很多省市的组织或者效仿、或者参与、或者加入到我省基地建设的行列之中，已经出现了“以点带面全国联动”的趋势。

通过培训选拔 10~15 名熟练掌握穴位埋线技术的临床医生，在甘肃省以及下辖 14 市（州）开展穴位埋线疗法基础班培训，内容包括穴位埋线治疗常见疾病定点、操作及疗程等，同时现场操作演示。针对性选择培训过的学员，在学员所在单位实地指导穴位埋线疗法操作，采用一对一培训，现场解答疑问。选择接受基础培训和实地指导过的学员，深入学习人体解剖学、医学影像学及科研方法等，临床与科研并重。在开展穴位埋线疗法的单位建立穴位埋线基地及示范点，后期派团队教师指导基地及示范点工作。通过培训教师团队，教师团队对学员进行基础培训、针对指导、理论提高，采用“培养团队—教师授课—以点带面”方式，培训穴位埋线治疗常见疾病方法，以甘肃省为核心，建立“省级大基地、市级中基地、县区小基地、乡镇示范点”的框架模式，建立和完善甘肃省穴位埋线新技术规范培训和推广示范体系，促进和推动穴位埋线特色技术的临床推广和应用。

2.1 培训专业教师团队 以甘肃中医药大学、兰州大学第一医院为核心培训团队，培养和选拔优秀青年针灸教师、临床医师和博士、硕士 10~15 名，培训内容包括临床常见疼痛性疾病及慢性疾病的穴位埋线疗法，通过选拔熟练掌握穴位埋线疗法，成为穴位埋线疗法推广体系培训专业团队教师[3]。

2.2 主要培训内容 （1）穴位埋线基本技术和操作规范；（2）穴位埋线特色创新技术：线体对折旋转埋线术、分筋拨脉式颈动脉窦埋线术、三点一线式蝶腭神经节埋线术、手卡指压式星状神经节埋线术；（3）埋线针刀基本技术和操作规范；（4）埋线针刀特色创新技术：微创埋线针刀疗法颈肩腰腿痛特色疗法”；（5）临床常见疾病穴位埋线治疗方案、临床科研项目申报与实施。

2.3 培训学员选择 与甘肃省市卫生计生委或卫生局合作，培训自愿学习穴位埋线技术的各级医院医师、基层乡村医生。

2.4 举办穴位埋线疗法三级培训

2.4.1 基础班培训 甘肃省下辖各市（州）若干场基础班培训，每场培训集中各区（县）约 20 名医师，在各市（州）集中培训穴位埋线疗法的基础知识，如疼痛性疾病（头痛、颈肩腰腿痛等），慢性疾病（“四高”等），肥胖症及养生等领域的穴位埋线疗法，总结疗法主穴为固定方案，通过培训使学员掌握临床常见疾病的治疗方案。

2.4.2 指导班培训 每区（县）若干场指导班培训，每场培训集中区（县）约 3~5 名医师选择接受基础培训的学员，教师团队派出指导教师赴学员所在单位进行义诊，现场指导穴位埋线疗法操作，一对一现场实地教学，进一步复习和巩固治疗方案，解决学习和操作过程中的疑问。

2.4.3 研修班培训 研修班培训选择接受基础培训的学员，每场 30 人，集中于甘肃中医药大学，进一步学习与穴位埋线疗法治疗方案相关的解剖学、影像学及科研方法，提高学员精准诊断水平，加强学员精准操作能力，增强穴位埋线疗法临床疗效，为穴位埋线基地和规范化推广体系建立提供临床基础。

2.5 建立穴位埋线基地 依托甘肃省针灸和穴位注射埋线专业委员会，开展穴位埋线疗法的单位，在不同地区分别建立“省级大基地、市级中基地、县区小基地、乡镇示范点”的框架模式，完善穴位埋线疗法推广体系，采用“以评促建”建立更多穴位埋线基地及示范点，通过“以点带面”辐射穴位埋线疗法影响力，建立穴位埋线规范化推广体系，为推广适宜技术提供参考。

2.6 总结穴位埋线新技术、推广穴位埋线新方案 依托项目团队的技术、教学和科研优势，整理、开发和总结团队现有的穴位埋线新技术，临床治疗新方案，埋线针刀新规范，临床培训新教材。定期派出指导教师，指导埋线基地穴位埋线疗法临床应用及科研，完成新技术、新方法、新方案的推广，促进穴位埋线疗法进一步发展。

通过不同层次的知识和技术培训，使接受培训的医师掌握穴位埋线疗法治疗常见疾病方案，从而拓展和扩大穴位埋线疗法在临床应用，同时，促进穴位埋线疗法临床研究在各级医疗单位发展，进一步推动穴位埋线疗法的临床广泛应用。

3 穴位埋线四级基地推广模式的优势

规范化的穴位埋线推广体系能够将穴位埋线这项中医适宜技术推广到更广泛的医疗机构中去，让更多的患者得到实惠，为解决老百姓看病难、看病贵的问题做出更大的贡献。同时能为开展穴位埋线疗法的单位带来一定的经济效益。

通过培训，选拔学员，建立基地，拓展和扩大穴位埋线疗法的临床应用范围，学习和完善穴位埋线基地穴位埋线科研方法，建立规范的穴位埋线技术推广示范体系，促进穴位埋线疗法在临床中的应用，同时为中医适宜技术推广提供创新模式和思路，为中医药事业发展作

出贡献。

以甘肃省为核心，建立“省级大基地、市级中基地、县区小基地、乡镇示范点”的框架模式，构建甘肃省穴位埋线新技术规范培训和推广示范体系。本项目完成后，预计培训不同层次穴位埋线新技术专业人员1000名以上。

本项目通过建立兰州市穴位埋线新技术规范培训和推广示范体系，建立“市级大基地、县区中基地、乡镇小基地、村社示范点”的框架模式，建立和完善兰州市穴位埋线新技术规范培训和推广示范体系，促进和推动穴位埋线特色技术的临床推广和应用。

参考文献

[1] 杨才德,雒成林.穴位埋线疗法[M].北京:中国中医药出版社,2015:161-163.
[2] 杨才德.星状神经节埋线治百病[M].北京:中国中医药出版社,2018:348.
[3] 杨才德.埋线针刀百问百答[M].北京:中医古籍出版社,2016:9.

（本文编辑:张文娟 本文校对:何天有 收稿日期:2019-03-28）

（未完待续）

离子导入三伏贴治疗儿童过敏性咳嗽60例※

张建玉 杜光瑜* 章潇迪 秦小刚 邱 薇

（南京中医药大学附属武进中医医院儿科,江苏 常州 213161）

摘 要:目的 观察夏季三伏离子导入中药穴位敷贴防治儿童过敏性咳嗽的临床疗效。**方法** 选取过敏性咳嗽患儿120例,随机分2组,对照组口服孟鲁斯特片,治疗组在对照组的基础上,给予中药穴位敷贴联合离子导入,观察2组治疗有效率、检测患儿敷贴前后血常规中嗜酸性粒细胞计数变化,并随访6个月内发病次数及发作病程,评估中药敷贴加离子导入技术治疗儿童过敏性咳嗽的临床疗效。**结果** 治疗组有效率明显高于对照组;治疗后随访6个月观察治疗组发病次数及发作病程明显低于对照组;2组治疗后治疗组嗜酸粒细胞计数比对照组明显降低。**结论** 离子导入三伏穴位敷贴治疗儿童过敏性咳嗽疗效优于口服孟鲁司特组。

关键词:儿科;过敏性咳嗽;离子导入;穴位敷贴;血常规;嗜酸性粒细胞
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.031 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0074-03

Ion Introduction Sanfu Paste in the Treatment of Allergic Cough in Children for 60 Cases

ZHANG Jianyu, DU Guangyu, ZHANG Xiaodi, QIN Xiaogang, QIU Wei

(Pediatrics Department, Wujin Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Changzhou 213161, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Sanfu paste ion introduction to acupoint dressing of traditional Chinese medicine in the prevention and treatment of allergic cough in children. **Methods** 120 cases of allergic cough were collected clinically. The children were randomly divided into two groups. The control group took oral Meng Rust tablets, and the treatment group received the traditional Chinese medicine acupoint dressing combined with ion introduction on the basis of the control group. The therapeutic effect, detection of children before and after the blood routine of eosinophilic cell count changes were observed, and the clinical efficacy of traditional Chinese medicine dressing plus ion introduction in the treatment of allergic cough in children was evaluated. **Results** The effective rate of the treatment group was significantly higher than that of the control group, and the number of cases and the course of attack in the treatment group were significantly lower than that in the control group in June after treatment, and the count of Eosinophilic granulocytes in the treatment group was significantly lower than that in the control group. **Conclusion** Ion Introduction Sanfu paste is better than oral Meng Rust tablets in the treatment of allergic cough in children.

Keywords: pediatrics; allergic cough; ion introduction; acupoint dressing; blood routine; eosinophilic granulocyte

儿童过敏性咳嗽，又称咳嗽变异性哮喘（cough variant asthma，CVA），是引起儿童慢性咳嗽，尤其是学龄前和学龄期儿童咳嗽的常见原因之一。Braman和Corrao对CVA患者进行数年随访，发现37%患者出现间歇性的喘息，而近30%患者发展为典型哮喘[1]。我院近年来在传统敷贴疗法的基础上，配合使用离子导入技术，治疗儿童过敏性咳嗽，疗效显著，现报道如下：

※ 基金项目:江苏省中医药科技项目【No.YB2015094】
* 通讯作者:1807019040@qq.com

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年7—至2017年8月年就诊于常州市武进中医医院儿科门诊的患儿120例，按随机数字表法分为试验组和对照组。试验组男30例，女28例；年龄最小3岁1个月，最大12岁，平均4.584岁。对照组男28例，女29例；年龄最小3岁2个月，最大12岁，平均4.645岁。2组患儿在年龄、性别、病程方面比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照2013年中华医学会儿科学分会

呼吸学组慢性咳嗽协作组的《中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南》(2013 年修订) 中关于 CVA 的临床特征[2]：(1) 持续咳嗽 ≥4 周，常在夜间和 (或) 清晨发作，运动，遇冷空气后咳嗽加重，临床上无感染征象，或经过较长时间抗生素治疗无效；(2) 支气管扩张剂诊断性治疗咳嗽明显缓解；(3) 肺通气功能正常，激发试验阳性提示气道高反应性；(4) 有个人过敏性，过敏性疾病药性家族史，过敏原检测阳性可作为辅助诊断；(5) 除外其他疾病引起者。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准—中医儿科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.4-94)。诊断依据如下：主症：咳嗽，病程 ≥1 月，咳嗽、痰少，咳嗽以夜间、晨起为重；次症：(1) 鼻塞、鼻痒、流涕、喷嚏；(2) 咽干痒或痛；(3) 湿疹、荨麻疹、皮肤瘙痒；(4) 血象：大多数嗜酸粒细胞增高；凡主症+1 项次症即可诊断。

1.3 纳入标准 (1) 符合过敏性咳嗽诊断标准；(2) 年龄 3~14 岁；(3) 门诊患儿；(4) 家长知情同意者；(5) 无发热、喘憋表现；(6) 肺部听诊无湿罗音。

1.4 排除标准 (1) 有传染病及严重心、肝、肾、造血系统原发疾病者；(2) 合并有先天性、遗传性或其它较严重的慢性疾病者；(3) 年龄不在研究范围内；(4) 对治疗药物或所用电极板过敏者；(5) 治疗期间有皮肤感染或破损者。

1.5 退出试验病例标准及处理 (1) 出现过敏反应或严重不良事件者，根据医生判断应该停止临床试验者，即中止该病例临床试验，并根据受试者实际情况积极采取相应的治疗措施；(2) 患者在临床试验过程中不愿意继续进行临床试验，向主管医生提出退出临床试验的要求，可以退出该病例临床试验；(3) 填写中止试验的记录，并详细说明脱落原因；(4) 对于脱落病例统计学分析时应结合实际情况处理，应纳入安全性评价。所脱落的病例原则上不得超过病例总数的 5%。若超过 5%，需说明原因。

1.6 治疗方法 对照组：口服孟鲁斯特片 (鲁南贝特制药有限公司，产品批号 46160504)，1~4 岁 4 mg/d，大于 5 岁 5 mg/d，1 次/d，晚上服，疗程 1 个月。

治疗组：在对照组的基础上，给予中药穴位敷贴联合离子导入技术。药物由白芥子、细辛、白芷、麻黄、甘遂组成，治疗前用生姜汁调制成干湿适中的稠糊状，制成直径为 2~3 cm、厚度为 0.5 cm 的药饼，用纱布包裹。嘱患儿俯卧，将药饼敷在患儿定喘穴、肺俞穴、膏盲穴上，将药物离子导入仪 (南京炮苑电子技术研究所，NPD-4AS 型) 的电极板用湿布包好，盖在药饼上，并用沙袋压紧，将药物离子导入仪电流强度调至 5 mA 左右 (以患儿能耐受为度)，每次治疗时间为 20 min，治疗结束后取下电极板和药饼。治疗组每 5 天治疗 1 次，共治疗 6 次。

2 组均在每年三伏天开展治疗。2 组在治疗前后均采血行血常规检查，Sysmex XN-100 (血细胞分析仪) 观察血常规中嗜酸粒细胞计数变化。治疗结束后随访 6 个月观察发病次数、发病病程。

1.7 疗效观察 对过敏性咳嗽发作期的中医症状、体征及实验检查分主症、次症进行计分。见表 1。

表 1 观察项目

指标		0	1	2	3	6	9
主症	咳嗽	无			轻度	中度	重度
次症	鼻塞、鼻痒、流涕、喷嚏	无	轻度	重度			
	咽干、咽痒	无	轻度	重度			
	湿疹、荨麻疹、皮肤瘙痒	无	轻度	重度			
	嗜酸粒细胞计数	正常		升高			

1.8 症状体征疗效评定 参考国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准·中医儿科病证诊断疗效标准》内咳嗽的疗效评定标准和 2002 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中医药新药临床研究指导原则》评价[3]。(1) 临床痊愈：疗程结束时主症积分为 0，咳嗽症状消失；(2) 显效：疗程结束时总积分减少≥66.67%，咳嗽症状显著减轻；(3) 进步：疗程结束时总积分减少≥33.33%，<66.67%，咳嗽症状有所改善；(4) 无效：疗程结束时咳嗽症状无减轻或有加重。

总积分减少= (治疗前积分–治疗后积分)/治疗前积分。

1.9 统计学方法 对计量数据，以($\bar{x}\pm s$)表示，对变量分布进行正态检验，服从正态分布时，用 t 检验；非正态分布即不满足 t 检验的条件时，用 Wilcoxon 符号秩和检验。对计数数据，用 x^2 检验或 fisher 精确概率法。所有统计计算均用统计软件 SPSS 22.0 进行，以 P<0.05 为差异有统计学意义，P<0.01 为差异有显著统计学意义。

2 结果

2015 年 7 月—2017 年 8 月，共观察符合纳入标准的过敏性咳嗽患儿 120 例。其中因敷贴药物过敏脱落 2 例，家长原因自行脱落 3 例，最终列入统计 115 例。

2.1 2 组临床疗效比较 2 组病例治疗后的总疗效进行评价，经统计学处理，2 组总疗效比较有显著性差异，P<0.05，治疗组优于对照组。见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	进步	无效	总有效率(%)
对照组	57	20	13	13	11	80.78
治疗组	58	29	13	12	4	93.10

2.2 2 组治疗后 6 个月内发病次数、病程比较 对 2 组患儿进行治疗后 6 个月的随访以了解患儿过敏性咳嗽的发作情况。治疗组发作次数明显减少，采用 t 检验统计分析，t=2.4，与对照组相比差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 2 组治疗后 6 个月内发病次数及病程比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	6个月内发作次数	发作病程(d)
对照组	57	1.8±1.3	5.3±2.1
治疗组	58	1.5±1.1	4.0±2.0

2.3 2 组治疗后血嗜酸性粒细胞计数比较 2 组药物均具有降低过敏性咳嗽患儿血中嗜酸性粒细胞的作用，但以

治疗组作用更明显，因为2组治疗后相比仍有显著性差异（P<0.05）。见表4。

表4 2组治疗前后血嗜酸性粒细胞的变化（$\bar{x}\pm s$，个/L）

组别	例数	治疗前	治疗后	P值
对照组	57	347.7±52.9	192.52±75.43	<0.05
治疗组	58	330.1±58.5	298.41±84.95	<0.05

3 讨论

儿童过敏性咳嗽，虽属中医学“咳嗽”范畴，又不同于单纯的咳嗽或哮喘。卞国本[4]认为其似哮非哮，似咳非咳，提出“哮咳”的病名，认为其主要病因病机为风、痰、瘀、虚相互错杂，虚实夹杂。许多学者也认为本病为本虚标实之证，因小儿肺脾肾虚，痰阻气道所致，治宜扶正为主。三伏贴疗法是通过药物作用在俞穴经络治疗疾病的一种方法，依据“冬病夏治”的原理，采用中药外敷穴位以达到扶正、化痰、平喘的目的。本方中白芥子，性辛温，温化寒饮，利气宽胸；细辛，性辛温，祛风散寒，温肺化饮；甘遂，破积聚，泻水饮；白芷，通窍止痛，祛风除湿：麻黄，发汗解表，宣肺平喘；以鲜姜汁为引经药，使诸药透过皮肤发挥药效，达到宣肺平喘，温肺化饮之功效。定喘穴、肺俞穴、膏肓穴诸穴敷贴配合，共同发挥理肺培土补肾、止咳化痰之功效。离子导入技术能够使药物中的有效成分更有效快速被皮肤吸收，而且能缩短治疗时间，从而有效提高了患儿的依从性。

离子导入三伏贴治疗儿童过敏性咳嗽可减少发病次数、缩短发作期病程、降低血中嗜酸性粒细胞的作用，减轻咳嗽症状。中医具有辨证论治的优势，通过中医外治结合现代技术的治疗方法，标本兼顾，不但近期疗效良好，而且远期疗效也较理想，值得临床推广。

参考文献

[1] Braman s s，como w M，chronic cough. Diagnosis and treatment[J]. Prim Care，1985，12(2)：217-225.
[2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组慢性咳嗽协作组，《中华儿科杂志》编辑委员会. 中国儿童慢性咳嗽与治疗指南(2013年修订)[J]. 中华儿科杂志，2014，52(3)：184-188.
[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京：南京大学出版社，1994：76-78.
[4] 卞国本. 从哮论治小儿过敏性咳嗽120例[J]. 中医药研究，1998，14(1)：43-44.

（本文编辑：张文娟　本文校对：钱卫东　收稿日期：2019-03-07）

中药薰洗配合耳穴压豆治疗肛周疾病术后疼痛临床观察

陈群萍

（江西省抚州市中医院护理部，江西　抚州　344000）

摘　要：目的 观察中药薰洗配合耳穴压豆对肛周疾病术后疼痛的效果。**方法** 选择80例行肛周疾病手术的患者，采用随机数字表法分为观察组和对照组，各40例，对照组采用术后常规护理，观察组在常规护理的基础上采用中药薰洗配合耳穴压豆进行干预，比较2组术后疼痛评分情况。**结果** 观察组患者疼痛评分明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。**结论** 中药薰洗配合耳穴压豆对缓解肛周疾病术后疼痛有较显著效果，值得临床推广。

关键词：中药薰洗；耳穴压豆；肛周疾病；术后疼痛；中医综合疗法
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.032　　**文章编号：**1672-2779(2019)-12-0076-03

Clinical Observation on Traditional Chinese Medicine Fumigation Combined with Auricular Pressure in Treating Postoperative Pain of Perianal Disease

CHEN Qunping

(Nursing Department, Fuzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fuzhou 344000, China)

Abstract: Objective To observe the effect of traditional Chinese medicine fumigation combined with auricular acupoint pressure on postoperative pain of perianal diseases. **Methods** 80 patients who underwent perianal disease operation in our department were selected and divided into observation group and control group by random number table method, with 40 cases in each group. The control group received postoperative routine nursing, and the observation group received traditional Chinese medicine fumigation combined with auricular acupoint pressure bean for intervention on the basis of routine nursing. The postoperative pain scores of the two groups were compared. **Results** The pain score in the observation group was significantly lower than that in the control group, and the difference was statistically significant (P < 0.05). **Conclusion** Traditional Chinese medicine fumigation combined with auricular acupoint pressure bean has a significant effect on relieving postoperative pain of perianal disease, which is worthy of clinical promotion.

Keywords: traditional Chinese medicine fumigation; auricular pressure; perianal disease; postoperative pain; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine

肛周疾病是指发生于肛管、直肠部位的有关疾病，主要包括内痔、外痔、肛周脓肿、肛裂等。随着人们生活水平的不断提高，饮食结构也发生了较大的变化，从而导致肛周疾病的发生率也不断上升，对于严重的肛周疾病保守治疗无效时多采用手术治疗，术后处理正确与否直接关系到手术效果的好坏。直肠受属于植物神经系统的交感、副

交感神经支配，肛管部的神经受体神经系统的阴部内神经的分支支配，分布至肛提肌、外括约肌、肛管及肛门周围皮肤。所以，齿线以上的黏膜对痛感迟钝，但在直肠胀满和按压时可感到不适；而肛管和肛门周围皮肤异常敏感，炎症或手术后刺激可以引起剧烈疼痛。术后伤口疼痛处理不当，不仅增加患者的心理负担，还延长伤口愈合时间，增加住院天数和住院费用。术后疼痛在临床上多采用口服镇痛药或肌注强痛定、度冷丁等缓解疼痛，但不良反应大、作用时间短，我科采用中药薰洗配合耳穴压豆对缓解肛周疾病术后疼痛取得了较显著疗效，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月—2018 年 8 月在我科行肛周疾病手术患者 80 例，采用随机数字表法分为对照组和观察组，每组各 40 例。对照组男 22 例，女 18 例；年龄 20~73 岁；混合痔 24 例，肛周脓肿 10 例，肛瘘 6 例。观察组男 23 例，女 17 例；年龄 18~72 岁；混合痔 22 例，肛周脓肿 10 例，肛瘘 8 例。2 组患者均无中药过敏史能配合治疗，排除合并心脑血管疾病、肝、肾功能严重受损等危及生命的原发性疾病及有精神障碍的患者。2 组患者在性别、年龄、病情、临床表现等一般资料均无统计学意义（P>0.05），具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用术后常规护理，具体方法如下：(1) 饮食护理：饮食不节是肛肠疾病发生的重要因素，相应地注意饮食调理也是预防和治疗肛周疾病的方法之一，术后第一天嘱患者进食半流质饮食，第二日进食清淡易消化软食，如稀饭、面条等，禁食辛辣刺激性食物，以免大便干结刺激伤口。(2)心理护理：肛肠疾病的特殊性使很多病人有害羞心理，术前应向患者和家属介绍手术方法和手术体位，解除顾虑，取得合作。加强与患者之间的沟通，及时了解患者的心理变化及需求，认真倾听患者倾诉，同时做好与患者家属的沟通，嘱家属多给予患者精神上的鼓励和帮助，增加患者战胜疾病的信心。(3)病情观察：术后 24 h 严密观察患者的生命体征，特别要注意血压的变化，询问患者的伤口疼痛情况，观察伤口敷料有无渗血，指导患者采取舒适体位或分散注意力等缓解疼痛，或遵医嘱给予止痛药，定期换药，换药动作应轻柔，观察伤口恢复及询问大便情况，手术当日减少活动，次日可下床活动。 (4)生活方式干预：指导患者戒烟戒酒，纠正不良饮食行为，改变饮食习惯。指导促进睡眠的方法，避免过度疲劳，注意劳逸结合，保持良好的精神状态，情绪平和。(5)排尿护理：患者术后当天由于精神紧张，加之肛门内填塞纱块或卧床排尿不习惯引起尿道痉挛而造成排尿不畅甚至尿潴留，此时应采取相应的护理措施，如指导患者正确的排尿方法，鼓励其自然排尿，下腹部热敷或按摩，听流水声，以诱导排尿，膀胱充盈仍不能排尿时须行导尿术。(6)排便护理：一般要求患者 48 h 后开始排便，每日 1 次，如术后 3 d 尚无便意者，可督促患者早期下床活动，自行按摩腹部，促进肠蠕动，指导患者适当进食含植物油脂的食物，如芝麻、肉汤等，也可用清热润肠通便的中药制剂，如三黄片、麻仁丸口服，并多吃水果、蔬菜、多饮水。(7)术后健康指导：指导患者养成每天定时排便的好习惯，防止便秘，蹲厕时间不宜过长，以免肛门部瘀血。注意饮食调和，不过饱饮食或偏食，多食水果、蔬菜、多饮水，少食辛辣刺激性食物，如辣椒、酒等，可以降低对肛门部的刺激。避免久坐立，进行适当的活动或定时作肛门括约肌运动，可以改善肛门部血液循环，降低痔疮复发率。保持肛门清洁，常用温水清洗肛门，勤换内裤，便纸要柔软，防止擦伤。加强锻炼，增强体质，促进全身气血流畅和增加肠道蠕动。采用导引法、提肛运动等方法加强肛门功能锻炼，防止便秘，解除括约肌痉挛，积极治疗易引起痔瘘的高血压、门静脉高压症、糖尿病等全身疾病，术后定期复查。

1.2.2 观察组 在常规护理的基础上采用中药薰洗配合耳穴压豆。(1)中药薰洗：此法具有活血止痛，收敛消肿等作用，便后薰洗可洗净粪渣，保持局部清洁，避免异物对伤口创面的刺激，改善局部血液循环，减轻肛门括约肌痉挛，缓解疼痛。从手术次日开始每天便后用中药薰洗液进行薰洗，常用药物有五倍子、朴硝、桑寄生、莲房、荆芥各 30 g，将上述中药煎好后倒入薰洗盆中，再加入 1000 mL 热水，使药液温度达到 60~70°，先用热水薰，当水温降至 32~38°时，嘱患者坐浴药液中，时间为 15~20 min，整个过程防止烫伤。(2)耳穴压豆：是用胶布将药豆准确粘贴于耳廓上的穴位或反应点，给予适度的按压，使其产生热、麻、胀、痛感，通过经络传导，以达到治疗的目的的一种操作方法，选用肛门、直肠、交感、神门、皮质下 5 穴。神门、皮质下穴具有调节大脑皮层的兴奋与抑制的作用，可消除紧张心理，交感穴可直接调节内脏植物神经，纤维活动及血管舒缩功能，具有解痉镇痛之功效[1]，肛门、直肠穴是病变部位在耳廓上的投射区域，刺激二穴可调节肠道自主神经功能，提高肠道平滑肌张力，促进正常功能恢复。直肠穴位于耳轮末端，肛门穴位于三角窝前方的耳轮处，神门位于三角窝后三分之一的上方，皮质下位于对耳屏的内侧面。交感穴位于对耳轮下脚上缘交界处。常规酒精消毒，待干后用王不留行籽固定于各穴，每日自行按压 3~5 次，每次 3~5 min，以使局部产生酸、麻、胀、痛等感觉，双耳交替进行贴压。

1.3 疗效评定标准 疼痛的定量采用视觉模拟评分测痛法（VAS）[2]，评估排便时疼痛情况，即用数字 0~10 代表疼痛情况，0 为无痛，10 为剧痛，1~3 为轻度疼痛，4~6 为中度疼痛，7~10 为重度疼痛，分别在患者术后 1~7 d 由专人对患者进行疼痛评估，并记录排便时的疼痛值，计算平均值。

1.4 统计学方法 资料采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析，计量资料采用 t 检验，计数资料采用 x^2 检验，P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

术后 1~7 d 疼痛程度比较，观察组患者疼痛评分明

显低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$），见表1。中药薰洗配合耳穴压豆对缓解肛周疾病术后疼痛有较显著效果，值得临床推广。

表1 2组患者术后1~7 d疼痛程度比较 (例)

组别	例数	无痛	轻度	中度	重度
对照组	40	20	14	6	0
观察组	40	24	13	3	0

注：$P<0.05$

3 讨论

疼痛是肛周疾病术后最常见的并发症，不仅降低生活质量，延长治疗时间，若长时间得不到有效的缓解，将影响患者的正常排便，延缓患者的康复时间。中药薰洗是利用蒸气和水温对肛门进行加热，直接将药物作用于患处，除了具有清洁作用，还有疏通腠理、清热解毒、消肿止痛、活血通络、生肌敛疮等作用[3]，从而达到降低患者术后疼痛的治疗效果。耳与全身经络、脏腑有着密切的联系，十二经脉与奇经八脉均直接、间接与耳部相连。耳穴压豆是中医常用治疗方式，不仅能刺激下丘脑神经系统，通过协调交感及副交感神经，降低患者的疼痛敏感度，还可在一定程度上影响体液中的激素平衡状态，使患者机体的非特异性免疫性功能得到充分发挥，促进机体自我修复能力的提升，从根本上解决疼痛[4]。

本研究通过中药薰洗配合耳穴压豆降低了患者术后疼痛，提高了患者的满意度，且操作简单，成本低，患者依从性好，无不良反应，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 易红梅,詹雅琴,陈华,等.耳穴压豆疗法配合同事支持干预对护士心理状况的影响[J].中华护理杂志,2014,49(9):1092-1093.
[2] 高万露,汪小海.视觉模拟疼痛评分研究的进展[J].医学研究杂志,2013,42(12):144-146.
[3] 陆金根.中西医结合肛肠病学[M].北京:中国中医药出版社,2009:6.
[4] 黄丽春.耳穴诊断学[M].北京:科学技术文献出版社,2000:26.

（本文编辑:张文娟 本文校对:杨兆萍 收稿日期:2019-02-21）

热敏灸与冰硝散联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征Ⅰ期临床观察

贾荣艳 李 珺 高丽英 杨燕平 佟 飞 赵文丽 赵美玲
（承德市中医院康复科,河北 承德 067000）

摘 要:目的 观察“热敏灸与冰硝散”联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征Ⅰ期患者的临床疗效。**方法** 将60例患有脑卒中后肩手综合征的患者随机分为治疗组和对照组,每组30例。观察组采用“热敏灸与冰硝散”联合康复训练治疗,对照组采用常规康复治疗,观察并比较2组治疗后的临床疗效,通过肩痛视觉模拟评分(visualanalogue scale,VAS)、上肢简化傅格梅尔(Fugl-Meyer)的评分变化来评估疼痛、肢体功能恢复情况。**结果** 经治疗,2组的肩痛视觉模拟评分较前有所下降及上肢简化傅格梅尔(Fugl-Meyer)评分较前升高,差异具有统计学意义($P<0.05$),说明治疗有效,其中肩痛评分2组组间对比,差异亦有统计学意义($P<0.05$),且治疗组疗效优于对照组,Fugl-Meyer评分2组组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。其中治疗组总有效率为83.3%,对照组为70.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** “热敏灸与冰硝散”联合康复训练是治疗脑卒中后肩手综合征Ⅰ期的有效方法。

关键词:热敏灸;冰硝散;康复训练;肩手综合征;脑卒中;中风;痹证
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.033 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0078-03

Clinical Observation on Thermal Moxibustion and Bingxiao Powder Combined with Rehabilitation Training on Patients with Shoulder and Hand Syndrome I after Stroke

JIA Rongyan, LI Jun, GAO Liying, YANG Yanping, TONG Fei, ZHAO Wenli, ZHAO Meiling
(Department of Rehabilitation, Chengde Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Chengde 067000, China)

Abstract: Objective To observe the heat-sensitive moxibustion and Bingxiao powder shoulder hand syndrome after stroke rehabilitation training treatment the clinical curative effect of patients with stage I. **Methods** 60 cases of patients with shoulder hand syndrome after stroke were randomly divided into treatment group and control group, and each group had 30 cases. The observation group adopted thermal moxibustion and Bingxiao powder combined with rehabilitation treatment, and the control group received routine rehabilitation. The clinical efficacy of the two groups after treatment, by shoulder pain visual analog scores (visualanalogue scale, VAS) upper simplify Fu Ge MEL (Fugl-Meyer) were used to assess pain score change. **Results** After treatment, the visual simulation score of shoulder pain in the two groups was lower than that before, and the Fugl-Meyer score of upper limb simplification was higher than that before, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The results showed that the treatment was effective, and there was also significant difference in shoulder pain score between the two groups ($P < 0.05$). The curative effect of the treatment group was better than that of the control group, and there was no significant difference in Fugl-Meyer score between the two groups ($P > 0.05$). The total effective rate was 83.3% in the treatment group and 70.0% in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Thermal moxibustion and Bingxiao powder combined with rehabilitation training on patients with shoulder and hand syndrome i after stroke is effective method.

Keywords: thermal moxibustion; Bingxiao powder; rehabilitation; shoulder hand syndrome; apoplexy; stroke; bi syndrome

肩手综合征（shoulder-hand syndrome，SHS），又称反射性交感神经营养不良综合征，为以肩部疼痛性运动障碍及同侧手、腕疼痛和肢体运动障碍为主的综合征[1]，是脑卒中疾病的常见并发症，其发生率可达74%，仅次

于精神障碍、跌倒[2]，其发生机制尚不明确，目前认为主要是由于偏瘫侧肢体交感神经兴奋性增高及血管痉挛性反应，使局部组织存在营养障碍导致肢体疼痛、手及手指明显肿胀、手指屈曲受限、肤温升高、感觉及汗出异常等、且无外伤和感染的证据。目前临床上无特效治疗手段[3]。根据临床进展可分为三期，Ⅰ期（急性期）：肩痛，活动受限伴同侧手（包括腕关节、手指）出现红、肿、热、痛、血流增加等血管运动性反应。手指多呈伸展位，屈曲受限，被动屈曲可引起剧痛，手及肩部 X 线片可见局部骨质脱钙；Ⅱ期（营养障碍期）：肩、手肿胀和自发痛消失，皮肤和手肌群萎缩明显，手指关节活动受限日益加重。有时发生肌肉萎缩样掌筋膜肥厚；Ⅲ期（萎缩期）：手部皮肤干燥、发凉，肌肉萎缩显著，手指关节完全挛缩。X 线显示广泛的骨质疏松[4]。本研究采用“热敏灸与冰硝散”联合康复训练治疗Ⅰ期 SHS 患者，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我科自 2014 年 1 月—2018 年 12 月住院病人 60 例。根据随机数字表并按入院的顺序随机分为治疗组和对照组，各 30 例。治疗组男 16 例，女 14 例；平均年龄 59 岁；平均病程 20.06 d；脑出血 15 例，脑梗死 15 例。对照组男 16 例，女 14 例；平均年龄 55.8 岁；平均病程 21.2 d；脑出血 14 例，脑梗死 16 例。2 组性别、年龄、病程及病种等一般资料差异均无统计学意义（P>0.05），具有可比性。

1.2 诊断标准 （1）符合中华医学会神经病学分会 2007 年制定的《中国脑血管疾病防治指南》[5]中有关脑梗死及脑出血的诊断标准，经头颅 CT 或 MRI 检查确诊。（2）SHS 诊断标准符合中国康复研究中心制定的诊断要点[4]，且病情处于Ⅰ期。

1.3 纳入标准 （1）符合上述诊断标准；（2）年龄 40~70岁；（3）病程最短 2 周，最长 2 个月；（4）患者签署知情同意书并积极配合。

1.4 排除标准 （1）患者有意识障碍、认知功能障碍，无法配合者；（2）其他原因造成肩关节疼痛者，如中风前即有肩关节炎、风湿、类风湿性关节炎等；（3）合并其他系统，如心、肝、肾、内分泌系统等疾病，精神病患者；（4）手或上肢肿胀因外伤、感染、周围血管病所致的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组

1.5.1.1 基础康复治疗 向心性缠绕、中频电刺激等防治措施及根据患者疾病分期情况，由康复师进行常规关节松动、运动和作业疗法、以手指点穴手法为主的推拿治疗，方法：患者仰卧位，治疗师取坐位，用点法由轻到重分别施术于患者肩髃、肩髎、曲池、外关、合谷、阿是穴等，刺激强度以患者能忍受为宜，不宜过强刺激，以轻刺激量为主。

1.5.1.2 热敏灸 取穴肩贞、肩髃、肩髎、外关、合谷、阿是穴， 先回旋、往返、雀啄灸按次序施灸，每种手法 1 min，反复重复上述手法 2~3 遍，灸至皮肤潮红为度；嘱患者细心、凝神感受灸感，一旦出现及时告知，标记热敏穴位。每次治疗以热敏灸感减退或消失为灸量，为防止发生烫伤，最长不超过 0.5 h。施灸时患者应充分暴露施灸部位，采取舒适的、且能长时间维持的体位。施灸时患者不可乱动，注意艾条距离皮肤 3 cm，以患者无灼痛感为度，以免烫伤皮肤。热敏穴选择三原则首选与后选（主选与次选）：出现热感经过或直达病位的热敏穴位为首选穴位；出现非热感的热敏穴位为首选穴位，又以痛感优于酸胀感；出现较强热敏灸感的热敏穴位为首选穴位。

1.5.1.3 冰硝散 冰片、芒硝以 1:200 的比例混匀，装入布袋，敷于患者前臂及患手处，根据患肢肿胀程度和患者耐受度选择治疗频次，每日 1~2 次，每次 30 min。

1.5.2 对照组 单纯的基础康复治疗。

1.5.3 疗程 2 组均连续治疗 21 d，评估治疗前后临床疗效。

1.6 观察指标

1.6.1 疼痛评分 采用视觉模拟评分法（VAS）评价肩关节疼痛程度。VAS 标尺的长度为 10 cm，一端为 0，表示无痛；另一端为 10，表示极痛。让患者将自己对疼痛的感受表示在该标尺的适当位置，即得出相应的 VAS 值。

1.6.2 Fugl-Meyer 评分 评分采用 Fugl-Meyer 评定偏瘫上肢的运动功能[6]，总分为 66 分。

1.7 疗效评定标准 显效：浮肿、疼痛消失，关节活动无受限，无手的小肌肉萎缩；有效：浮肿及疼痛基本消失，关节活动轻度受限，手的小肌肉萎缩不明显；无效：治疗前后无改善，手肌肉萎缩逐渐加重。

1.8 统计学方法 资料汇总后，采用 SPSS 23.0 统计软件进行数据分析。计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，如果符合正态分布和方差齐性，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用两个独立样本 t 检验，若不符合正态分布或方差齐性采用非参数检验；计数资料采用率或构成比表示，2 组比较采用 x^2 检验，等级资料用构成比表示，2 组比较采用秩和检验。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肩膀 VAS 评分与简化上肢 Fugl–Meyer 评分比较 2 组患者治疗前肩膀 VAS 评分及简化上肢 Fugl-Meyer 评分无显著性差异（P>0.05），具有可比性。治疗后，2 组患者肩膀 VAS 评分及 Fugl-Meyer 评分均较治疗前有所改善，差异有显著统计学意义（P<0.01），表明 2 组治疗有效。

2组治疗后组间对比，肩膀VAS评分差异有统计学意义（$P<0.05$），Fugl-Meyer评分差异无统计学意义（$P>0.05$）。见表1~2。

表1 2组患者治疗前后肩膀VAS评分对比 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后	*P*值
治疗组	30	6.66±1.37	4.17±1.34	<0.001
对照组	30	6.46±1.48	5.07±1.76	<0.001
*P*值		0.929	0.030	

表2 2组患者治疗前后简化上肢Fugl–Meyer评分对比 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后	*P*值
治疗组	30	23.13±5.95	25.43±5.85	<0.001
对照组	30	23.26±6.01	24.30±6.30	<0.001
*P*值		0.932	0.473	

2.2 2组患者临床疗效比较 观察组临床总有效率为83.3%，与对照组的70%比较，经秩和检验差异有统计学意义（$P<0.05$），说明治疗组总体疗效优于对照组。见表3。

表3 2组患者总体临床疗效比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	18	7	5	83.3
对照组	30	10	11	9	70.0
*P*值					0.0487

3 讨论

向心性缠绕能有效促进静脉回流，减轻水肿[7]；中频电刺激可以提高神经的兴奋性，从而引起肌肉收缩，产生运动效应，预防肌肉萎缩，调节平滑肌张力，调整自主神经功能，促进中枢神经功能的恢复和重建，进而促使偏瘫肢体功能的恢复[8]。关节松动术是治疗者对偏瘫侧肢体的关节面进行分离牵引、旋转、滚动、滑动等手法，促进关节液流动，松解粘连组织，增加关节活动间隙，进而减轻疼痛及增强本体反馈机制，达到关节功能恢复的目的[9]；运动疗法可改善偏瘫肢体关节活动度，改善静脉淋巴液回流情况，提高肌肉泵功能[10]，促进血液循环及水肿吸收。

热敏灸与冰硝散联合是由冷热交替疗法演化而来的，中医学认为，脑卒中患者长期卧床，久卧伤气，气血亏虚，气不行血，瘀血内生，经脉阻滞，气血运行不畅，经脉痹阻，则见痹痛水肿，肢体末端失养，可见挛缩萎软，治疗当舒经活络，调和气血[11]，热敏灸通过对特定穴位及/或阿是穴进行施灸，一方面可以舒筋通络止痛，另一方面又可利用温度作用加速血液循环[12]，减轻手部水肿；冰硝散可使血管发生痉挛性反应，提高患肢交感神经兴奋性，从而使局部血管内血流量减少，血管通透性减低，降低局部组织温度及减慢细胞代谢率，从而使浮肿减轻[13]，冰硝散属于冷疗的一种，冷疗可以减慢痛觉纤维的传导速度，提高痛阈，并且通过对闸门控制机制的干预，使痛觉冲动的传导速度降低而减轻疼痛[14]。

脑卒中后SHSⅠ期的主要临床表现为疼痛和水肿，早期及时治疗Ⅰ期，可有效地降低Ⅱ、Ⅲ期的发生率，目前临床上针对此病的治疗具有一定的局限性，效果欠佳[15]。本研究采用“热敏灸与冰硝散”联合康复治疗，临床效果比单独采用康复训练好，可有效减轻局部疼痛、肿胀，改善日常生活能力，提示“热敏灸与冰硝散”联合康复训练对治疗SHSⅠ期患者具有重大的临床意义，两者联合产生的效果不是简单的重复和叠加，而具有协同作用，进一步提高康复疗效，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 刘英姣，张泓. 针刺联合康复训练对脑卒中后肩手综合征急性期患者的疗效研究[J]. 湖南中医药大学学报，2018，38(5)：546-549.
[2] 蔡亦强，余兢兢. 肩——手综合征康复治疗疗效观察[J]. 中国康复理论与实践，2005，11(4)：304.
[3] 刘元梅. 康复干预联合补阳还五汤治疗肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志，2013，35(9)：737-739.
[4] 缪鸿石，朱辅连. 脑卒中的康复评定与治疗[M]. 北京：华夏出版社，1996：149.
[5] 李慧转. 肌内效贴治疗脑卒中后肩手综合征Ⅰ期的疗效观察[J]. 按摩与康复学，2018，9(6)：14-15.
[6] 杨坚，乔蕾，朱琪，等. 个体化主动康复对脑卒中偏瘫患者运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复医学志，2007，22(6)：514-517.
[7] 庞全瑭，卢红玉，刘平. 伸筋丹胶囊联合综合康复训练治疗肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志，2011，33(8)：618-619.
[8] 张子英，郭钢花，李哲，等. 中频电刺激治疗对脑卒中后肩关节半脱位的疗效分析[J]. 按摩与康复医学(旬刊)，2012，3(5)：199-200.
[9] 满益品，王礼，朱艳. 关节松动技术结合向心性加压缠绕治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中国康复，2015，30(1)：39-40.
[10] 刘悦，苏利梅，解书山，等. 巨刺法结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征Ⅰ期疗效观察[J]. 中国康复医学杂志，2013，28(3)：267-268.
[11] 李瑜，许正月. 合谷刺结合关节松动术对偏瘫后肩手综合征肩关节活动度的疗效[J]. 影像研究与医学应用，2017，1(18)：209-211.
[12] 金龙，丛芳，司凤山，等. 温水浴和热水浴对膝关节活动受限的疗效比较[J]. 中国康复理论与实践，2012，18(5)：461-462.
[13] 苏浩，张志强. 加压冷疗系统在前交叉韧带术后康复训练的疗效观察[J]. 中国医师进修杂志，2013，36(5)：17-19.
[14] 苏清伦，秦入结. 冷疗结合弹力绷带加压包扎治疗急性踝关节扭伤的临床观察[J]. 中国康复医学杂志，2008，23(10)：939-940.
[15] 韩雄波，胡小英，吕群山，等. 星状神经节阻滞配合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志，2011，33(8)：610-611.

（本文编辑：张文娟 本文校对：王建福 收稿日期：2019-03-26）

针灸治疗腰椎间盘突出症的价值分析

陈 琴

（江西省鹰潭市人民医院康复科，江西 鹰潭 335000）

摘 要：目的 分析中医针灸用于腰椎间盘突出症治疗的价值。**方法** 选取2016年6月—2018年5月收治的腰椎间盘突出症患者60例，将其随机分成对照组和观察组，各30例。对照组采用常规治疗，观察组在此基础上采用中医针灸治疗，采用视觉模拟评分法（VAS）和功能障碍指数（ODI）评价2组患者治疗前后的腰椎疼痛及功能活动情况，对比治疗效果。**结果** 观察组治疗优良率为（90.00%），高于对照组的（66.67%），差异有统计学意义（$P<0.05$）；治疗前2组患者ODI指数和VAS评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后观察组患者的VAS评分和ODI指数高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结论** 中医针灸治疗腰椎间盘突出症可有效改善患者临床症状，缓解患者腰椎疼痛感，促进腰椎功能恢复，疗效显著。

关键词：针灸疗法；腰椎间盘突出症；疼痛；痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.034 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0081-02

The Value Analysis of Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Lumbar Intervertebral Disc Herniation

CHEN Qin

(Rehabilitation Department, Yingtan People's Hospital, Jiangxi Province, Yingtan 335000, China)

Abstract: Objective To analyze the value of acupuncture and moxibustion in the treatment of lumbar intervertebral disc herniation. **Methods** 60 patients with lumbar intervertebral disc herniation admitted to our hospital from June 2016 to May 2018 were randomly divided into two groups, with 30 cases in each group. The control group was treated with routine treatment, while the observation group was treated with acupuncture and moxibustion based on traditional Chinese medicine. Visual analogue scale (VAS) and dysfunction index (ODI) were used to evaluate the two groups before and after treatment. Lumbar pain and functional activity were compared. **Results** The excellent and good rate of treatment in the observation group (90.00%) was higher than that in the control group (66.67%) with statistical significance ($P < 0.05$); there was no significant difference in ODI and VAS scores between the two groups before treatment ($P > 0.05$). After treatment, the VAS and ODI scores in the observation group were higher than those in the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture and moxibustion in the treatment of lumbar disc herniation can effectively improve the clinical symptoms, relieve the pain of lumbar spine, and promote the recovery of lumbar function.

Keywords: acupuncture and moxibustion therapy; lumbar disc herniation; pain; bi syndrome

腰椎间盘突出症主要由腰椎间盘纤维环破裂，致使髓核突出压迫神经根所致，多发于中青年群体，患者主要表现为腰痛、单双侧下肢放射痛、肢体麻木、臀痛、腰腿部活动受限症状，严重影响患者正常生活[1]。目前多采用正骨、牵引、推拿、康复锻炼等方案治疗，预后效果有限。为了探讨行之有效的治疗方案，本文以我院近2年收治的腰椎间盘突出症患者60例为研究对象，分组后就不同治疗方案的应用价值展开了下述研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究对象为医院2016年6月—2018年5月收治的腰椎间盘突出症患者60例，采用随机数字表法将其分成2组，每组30例。对照组男17例，女13例；年龄36~81岁，平均67.52岁；病程1~9年，平均病程（5.45±0.72）年。观察组男16例，女14例；年龄37~78岁，平均67.27岁；病程1~10年，平均病程（5.28±0.63）年。患者均获知情权。上述数据组间对比均保持同质性。

1.2 纳入标准 （1）经临床检查和X线检查确诊为腰椎间盘突出症；（2）临床资料保存完整；（3）依从性良好。

1.3 排除标准 （1）精神病；（2）病情急性发作时间>1个月；（3）针灸禁忌证；（4）椎管内肿瘤、结核；（5）腰椎骨折；（6）器质性功能不全；（7）妊娠及哺乳期病例。

1.4 治疗方法 对照组采用常规治疗：（1）牵引治疗。根据患者临床检查及影像学检查结果制定复位方案，牵引治疗前叮嘱患者取卧位，结合患者体质量、韧带素质、耐受力确认牵引重量，一般为患者体质量的60%，固定胸部、骨盆处，实行间断性前因操作，牵引床额定功率80 VA±15%，在治疗过程中随时观察患者主观感受，避免牵引损伤。（2）手法推拿。在硬板推拿床上患者取仰卧位，用拇指及手掌根进行推、按、揉、拿、摩等手法操作，自上而下循环往复进行，推拿过程中重压痛点，使患者尽量放松背部肌肉，10 min/次，隔日进行。（3）康复锻炼。指导患者在硬板床上休息，卧床期间在护腰带保护下开展抬腿、仰卧收缩、舒张背肌等训练，在家属帮助下开展脊柱前屈、侧弯、快慢交替行走等训练，训练时间30~60 min，2次/d，以患者耐受为宜。

观察组在上述基础上采用针灸治疗，方法如下：（1）针刺治疗。针刺穴位包括腰夹脊穴、秩边穴、委阳穴。对症治疗，L4~5突出患者添加配穴包括阳陵泉、足三里、风市；L5~S1突出患者添加配穴包括委中、殷门、承扶、太

溪、昆仑。每次选取4~6个穴位针灸，进深30~60 mm，留针20 min，10次/d。对于下肢静脉充盈患者可采用消毒后的三棱针在充盈血管处，或委中等处快速点刺，放出少许血液。(2) 艾灸治疗。取腰部、腿部、臀部及其他疼痛部位实行熏艾治疗，点燃艾条后针对艾灸处持续熏灸，与表层肌肤保持3 cm左右距离，预防烫伤，采取雀啄灸、回旋灸、温和灸等手法，各艾灸部位熏灸约10 min，直至艾灸处皮肤微泛红晕为止。2组疗程均为30 d。

1.5 观察指标 (1) 根据改良腰椎功能MacNab评价干预6个月后2组患者的临床疗效。①优秀：腰椎运动受限、疼痛症状消失，直腿抬高实验>70°，可参加正常工作和活动；②良好：腰椎疼痛症状减轻，偶发非神经性疼痛，基本能够正常工作；③尚可：临床症状有所减轻，但仍存在功能活动障碍；④较差：临床症状无变化，存在持续的神经根受损表现，无法参与工作，优良率=（(①+②)/30×100%[2]。(2) 采用视觉模拟评分法（VAS）评价患者干预期间的疼痛情况，满分10分，VAS评分越高表明患者疼痛程度越剧烈[2]。采用功能障碍指数（ODI）评价治疗前后患者的腰椎功能，评价项目包括性生活、旅游、提物等10项内容，按照症状由轻至重评为0~5分，评分=实际得分/50（最高得分）×100%，得分越高表明功能障碍越严重[2]。

1.6 统计学方法 用SPSS23.0处理60例腰椎间盘突出症患者的临床数据，以 x^2 检验疗效等计数资料（%、n），以 t 检验ODI、VAS等计量资料（$\bar{x}\pm s$），$P<0.05$，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 观察组治疗优秀16例，良好11例，对照组优秀10例，良好10例，组间治疗优良率数据对比，$x^2=4.812$，$P=0.028$，见表1。

表1 2组疗效对比 [例(%)]

组别	例数	优秀	良好	尚可	较差	优良率
观察组	30	16(53.33)	11(36.67)	2(6.67)	1(3.33)	27(90.00)
对照组	30	10(33.33)	10(33.33)	8(26.67)	2(6.67)	20(66.67)
x^2值						4.812
P值						0.028

2.2 疼痛评分和ODI指数比较 治疗后，观察组患者的ODI指数和VAS评分均明显低于对照组（$P<0.05$），见表2。

表2 2组患者治疗前后ODI指数和VAS评分比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	ODI评分（%）		VAS评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	83.28±8.61	39.34±6.17*	7.31±1.25	3.80±1.03*
对照组	30	82.86±8.37	68.75±8.82*	7.23±1.36	5.21±1.16*
t值		0.192	14.965	0.237	4.978
P值		0.424	0.000	0.407	0.000

注：与本组治疗前相比，*$P<0.05$

3 讨论

病理学研究结果显示，腰椎间盘突出症属于临床高发退行性病变类型之一，在患者脊柱生物力学发生变化后，人体髓核组织在腰椎间盘内压力的作用下会发生突出征象，压迫邻近脊神经，诱发无菌炎症出现，加剧患者腰部疼痛感，影响患者正常腰椎活动功能[2]。腰椎间盘突出症在中医学研究领域中属于“筋骨痹痛”范畴，临床治疗应以解除或缓解椎间盘机械压迫，减轻邻近组织炎性反应为主要施救理念。

临床实践证明，中医牵引疗法可有效改善患者小关节不对称现象，拉大椎间隙，促使髓核内负压及纤维环张力增加，减轻组织压迫，达到改善患者临床症状的治疗目标[3]。但与单一牵引疗法相比较，采用中医针灸联合治疗方案能够进一步提高治疗效果。这是因为针灸治疗腰椎间盘突出症具有良好的镇痛效果，可有效缓解机体肌肉紧张症状，发挥行血活气、疏通经络的良好功效。部分报道显示，针刺坐骨神经节根部的夹脊穴可削弱传入细神经活动，强化传入粗神经纤维活动，缓解患者腰椎疼痛感，改善患者麻木、疼痛症状和行走障碍，增大腰部活动度，促进患者腰椎功能恢复[4]。与上述报道结果相吻合，本文实践证明，治疗前组间VAS、ODI数据比较未见显著性差异，治疗后二者数据比较观察组明显低于对照组，且2组治疗后的ODI、VAS数据均明显低于本组治疗前，显示2组采用的治疗方案均可有效缓解患者腰椎疼痛，改善患者腰椎功能，但观察组改善效果更加明显。有学者对100例腰椎间盘突出症患者研究后发现，采用中医针灸治疗患者的治疗有效率达到了90.0%，显著高于常规治疗患者的62.0%，且前者腰椎功能改善效果明显优于后者，表明中医针灸治疗腰椎间盘突出症疗效确切，有助于改善预后[5]。结合本文研究结果可知，观察组治疗优良率达到了90.00%，远高于对照组的治疗优良率66.67%，提示观察组采用的治疗方案能够有效改善患者腰椎疼痛症状，促使患者恢复正常工作及生活。

综上所述，给予腰椎间盘突出症患者中医针灸治疗能够有效减轻患者腰椎疼痛感，促进患者腰椎功能恢复，有利于患者早日回归正常生活，治疗效果显著，因此具有重要的临床应用价值。

参考文献

[1] 高振华. 推拿温针灸结合功能锻炼治疗腰椎间盘突出症患者86例临床疗效观察[J]. 山西医药杂志，2017，46(10):1217-1218.
[2] 陈军，郭承军，桂珣，等. 骨伤手法结合独活寄生汤治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育，2016，14(19):78-79.
[3] 朱德军，彭兴甫，袁婉丽，等. 中医针灸推拿配合牵引治疗对老年人腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 现代生物医学进展，2013，13(23):4506-4509.
[4] 赵姚坤. 中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志，2014，23(19):2120-2121.
[5] 赵芝婷，周建. 针灸治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 陕西中医，2016，37(10):1410-1411.

（本文编辑：张文娟 本文校对：兰 佳 收稿日期：2018-12-14）

MEDICAL INSTANCE 医案医话

基于传统中医理论的白茶饮用配伍探究

——从四气五味和九种体质理论切入

王金炀[1] 陈学艳[2*]

[1 山东省临沂第二中学,山东 临沂 276002;2 北京中医药大学临床医学院(中日友好医院),北京 100029]

摘 要:本文首先从白茶的概念、中医方面的药性和功效以及其成分和药理作用进行探究,再结合中医的九种体质理论试拟出以白茶为君药进行配伍的针对三高人群的代茶饮,为白茶在中医养生保健方面的应用提供一种创新的思路。

关键词:白茶;中医基础理论;四气五味;体质;三高;养生保健;中医茶疗学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.035 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0083-04

Study on the Compatibility of White Tea Drinking Based on Traditional Chinese Medicine Theory
--Based on the Four Qi and Five Flavors and Nine Physique Theories

WANG Jinyang[1], CHEN Xueyan[2]

(1. Linyi No. 2 Middle School, Shandong Province, Linyi 276002, China;
2. Clinical Medical School (China-Japan Friendship Hospital), Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: This article firstly explores the concept of white tea, the medicinal properties and efficacy of Chinese medicine, as well as its composition and pharmacological effects, and combines the nine constitutional theories of traditional Chinese medicine to try out the white tea as the monarch to match the generation of tea for the three kinds of hypertension, hyperglycemia and hyperlipidemia populations, and provide an innovative idea and scientific for the application of white tea in TCM health care.

Keywords: white tea; basic theory of traditional Chinese medicine; four qi and five flavors; physique; three kinds of hypertension, hyperglycemia and hyperlipidemia; health care; traditional Chinese medicine tea therapy

白茶，作为我国的特种茶，是我们国家茶类中的一颗璀璨的明珠，我国作为其在世界唯一产地，拥有着较大的市场潜力和相对应的中医药研究。据中医药相关研究表明，白茶性寒，功同犀角，具有退热降压、解毒、降糖降脂、抗氧化、抗癌、抗辐射及提高免疫力之功效。随着经济的蓬勃发展及人民生活水平提高，人民对于茶文化的研究不断深入，关于白茶在中医药方面的研究也逐渐受到人们的重视。

1 研究背景

中国自古就是崇尚饮茶，有着丰富的茶文化，茶的品种也非常丰富，其中白茶，久负盛名，具有很高的药用及食用的价值，有白牡丹的别称。另外，白茶泡作饮料，清香淡雅，汤汁亮黄，给人以色香味享受，舞影荡漾。故白茶作为一种传统饮品，受到各地人民的喜爱。但是又因白茶并非平性，故并非每个人、何时何地都适宜饮用，因此本文首先就白茶的概念、中医方面的药性和功效以及其成分和药理作用进行探究，再结合中医的九种体质理论讨论分析白茶的适宜饮用方法，为白茶在中医养生保健方面的应用提供一种创新的思路。

2 研究方法

首先运用了文献检索的方法搜索了中国知网、万方数据库以及维普三大数据库，共涉及相关文献 18 篇，包括中国知网、万方数据库各 8 篇，维普 2 篇，密切相关文献 6 篇，一般相关性文献 12 篇；同时作者选读了《内经》和《神农本草经》的相关内容；最后通过电话访谈的形式与北京中医药大学中医学院的陆伟忠老师进行了讨论，进一步完善了研究内容。

3 研究内容

3.1 白茶的特性与中医功效

3.1.1 白茶的特性 白茶是一种发酵茶，白茶茶叶茸毛多而显，其内含的咖啡碱、氨基酸、茶多酚等含量较为丰富，芽叶肥壮非常适合饮用，白茶还分为贡眉、白毫银针、白牡丹、新工艺白茶及寿眉等多个品种，发酵茶本身具有减肥、养胃、调节血脂血糖等功能。白茶的生长条件具有很强的特殊性，在我国福建是白茶的主产区，其白茶的产量占全国的 90%，年产 4000 吨，所以福建的白茶为最道地的入药白茶[1-2]。

3.1.2 白茶的中医功效 传统中医的药性理论，是从四气五味来辨别药材的性质。《神农本草经》：“药有酸咸甘苦

*通讯作者:2647033527@qq.com

辛五味，又有寒热温凉四气。”其中，四气指寒热温凉四种药物性质，其中温热性质具有温煦的作用，寒凉性质具有清热解毒的作用，五味指酸苦甘辛咸五种味道特征。而《内经》认为辛散、酸收、甘缓、苦坚、咸软，分别对人体发挥着散邪行气、缓急补虚、收敛固涩、清泄通利、软坚散结等不同功效。白茶性寒，味微苦回甘。所以通过这两部中医古典巨著可知根据四气五味理论，白茶应有清热除湿和补养作用。同时在作者与北京中医药大学中医学院的陆老师在探讨此问题时也得到了认可。

同时通过文献查阅发现，现代通过药理研究发现白茶通过其活性成分对一些现代疾病如高血压、糖尿病、高脂血症、肥胖、脂肪肝、肿瘤、辐射等有着确切的疗效，同时对细菌、真菌、病毒也有很好的抑制作用[3-6]。其中不同花色品种（白毫银针、白牡丹、寿眉）的白茶药效强度又有所偏重，其中寿眉可通过抑制糖异生通路并提高葡萄糖的吸收与利用来直接调节了血糖水平，在控制血糖方面效果最为显著[7-9]。现代药理学从科学的角度验证了白茶的药用功能，这点与中医药著作所记述的结论是一致的。

3.2 基于中医九种体质理论对白茶饮用的探究 体质是一种客观存在的生命现象，是个体生命过程中，在先天遗传和后天获得的基础上，表现出的形态结构、生理机能以及心理状态等方面综合的、相对稳定的特质。这种特质决定着人体对某种致病因子的易感性及其病变类型的倾向性。北京中医药大学著名教授王琦将中医体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质等9种基本类型[10-12]。

本文将结合王琦教授的九种体质理论各体质类型的特点及白茶四气五味的特性试推论如下结论。

3.2.1 平和质 （1）定义：强健壮实的体质状态，表现为体态适中，面色红润，精力充沛状态；（2）特征：阴阳气血调和，耐受寒热，对自然环境和社会环境适应能力较强，平素患病较少。此种体质人群宜适量饮用白茶，这样既可以有效利用白茶防癌抗氧化等的药用功效，但应注意食饮有节，避免因饮用过度饮用而破坏体质原本的平衡状态。

3.2.2 气虚质 （1）定义：由于元气不足，以气息低弱、机体、脏腑功能状态低下为主要特征的一种体质状态；（2）体质特征：以虚软（肉软不实）、虚乏、虚喘、虚汗、虚肿为特征。此种体质人群建议宜选用性平偏温、健脾益气的食物，不宜多食生冷苦寒、辛辣燥热的食物，而白茶性凉易伤元气，气虚质的人平素不宜偏信白茶的保健功能而将白茶作为日常饮品。

3.2.3 阳虚质 （1）定义：由于阳气不足、以虚寒现象为主要特征的体质状态；（2）体质特征：以畏寒怕冷、手足不温等“热量低下”表现为主要特征的体质状态。以手脚发凉、胃脘部、背部或腰膝部怕冷、耐受不了寒冷（冬天的寒冷或冷空调、电扇等）、吃（喝）凉的东西会感到不舒服、大便稀溏为辨识要点。此种体质人群宜选用甘温补脾阳、温肾阳为主的食物，即使在盛夏也不要过食寒凉之品，因此白茶不适宜此类人群饮用，白茶性凉，会加重腹泻、大便稀溏等症状，而温胃养阳的红茶比较适合。

3.2.4 阴虚质 （1）定义：由于体内津液精血等阴液亏少，以阴虚内热为主要特征的体质状态；（2）体质特征：以“干瘦热红”为主要特征，以手脚心发热、眼睛干涩、口燥咽干、总想喝水、皮肤干燥、容易便秘或大便干燥为辨识要点。此种体质人群宜选用甘凉滋润的食物，少食温燥、辛辣、香浓的食物适宜饮用白茶，正可润燥清热，但是白茶滋阴效果并不显著，所以配合滋阴药材服用更佳。如若阴损及阳，阳气亦虚，出现阳虚体质征象，则不宜饮用白茶。

3.2.5 痰湿质 （1）定义：由于水液内停而痰湿凝聚，以粘滞重浊为主要特征的体质状态；（2）体质特征：以“体胖腰圆”“油黏腻滑”等“垃圾堆积”为表现，以形体肥胖、腹部肥满松软、感到身体沉重、油脂分泌多、上眼睑比别人肿、嘴里有粘粘的感觉、舌苔厚腻为辨识要点。此种体质人群宜选用健脾助运、祛湿化痰的功效的饮品，如若没有阳虚的偏向性的人群适宜适量饮用白茶，且对此种体质人群中的偏胖者尤为适宜，可以起到燥湿清热健脾之效，但如果是寒湿夹杂的痰饮水泛人群，当以温药和之，不适宜饮用白茶。

3.2.6 湿热质 （1）定义：以湿热内蕴为主要特征的体质状态；（2）体质特征：以面部或鼻部油光、易生皮肤湿疹或疮疖、自觉口苦或嘴里有异味、大便黏滞不爽、有解不尽的感觉、舌质偏红、苔黄腻等系列“内蒸外发”表现为辨识特征。此种体质人群适宜选用甘寒或苦寒的清利化湿食物，白茶是此类人群的优质选择，可以达到清热祛湿、宁心安神、利尿通淋之功。

3.2.7 瘀血质 （1）定义：瘀血质是指体内有血液运行不畅的潜在倾向或瘀血内阻的病理基础，并表现出一系列外在征象的体质状态；（2）体质特征：以“黯斑瘀紫”为主要特征，表现为肤色晦暗、皮肤常在不知不觉中出现乌青或青紫瘀斑（皮下出血）、肢体麻木、口唇颜色偏暗、舌质紫黯或有瘀点等。此种体质人群宜选用具有调畅气血作用的食物，如若没有阳虚的偏向性，则可以适量饮用白茶，通过白茶化浊降脂之功，可以降低血液粘稠度，有利于促进血液运行，但如果是寒凝血瘀人群，则不适宜饮用白茶。

3.2.8 气郁质 （1）定义：由于长期情志不畅、气机郁

滞而形成以性格内向不稳定、忧郁脆弱、敏感多疑为主要表现的体质状态；（2）体质特征：神情抑郁、紧张焦虑、烦闷不乐、有孤独感、多愁善感、感情脆弱、容易感到害怕或受到惊吓等“气行郁滞”的表现为特征。此类体质人群宜选用具有理气解郁作用的食物，对于其中肝郁化火，脾气急躁者适宜饮用白茶，可以清燥安神。

3.2.9 **特禀质** （1）定义：过敏体质者，禀赋不耐、异气外侵，以过敏反应等为主要特征。先天失常者为另一类特禀质，以禀赋异常为主要特征；（2）体质特征：容易过敏（药物、食物、气味、花粉、季节等）、打喷嚏、鼻塞、流鼻涕、咳嗽、哮喘、皮肤出现风团或抓痕。此种体质人群饮食宜均衡、粗细搭配适当、荤素配伍合理，宜多食益气固表的食物，同时过敏体质的人因对过敏原敏感，容易产生紧张、焦虑等情绪，在体内没有寒邪的情况下可适度饮用白茶，调节人体免疫。

4 研究结果

通过充分学习了解白茶的性味归经与药理功效以及九种体质理论，我试拟出 3 个代茶饮配方。在研究过程中将困惑、中医药方面配伍整理记录下来，并且以此为纲，咨询北京中医药大学中医学院陆老师。陆老师介绍了生活中易获取、好操作的一些有效降“三高”的中药材，并且根据其口感、炮制方法结合不同的白茶，配伍成分别以寿眉为主的结合三七、红花、桑葚、番石榴的降糖养生茶饮方；以白毫银针为主的结合白茅根、菊花、决明子、钩藤的降血压养生茶饮；以白牡丹为主的结合山楂、金银花、银杏叶的降血脂的养生茶饮。

3 款降“三高”的养生白茶饮，具有生活中容易获取、成本低廉、口味独特、服用方法简单的优点。生活中，只需要将配置好的养生白茶饮用沸水冲泡即可。1 杯茶饮通过不断续水可以供人们饮用 1 天。真正做到简单方便，同时有助于降“三高”，达到养生保健的功效。以下就是我结合多方信息试拟出的 3 款针对“三高”患者的代茶饮，见表 1~3。

表 1 降糖养生茶饮方

	药材	功效
君药	寿眉白茶	生津止渴，清肝明目，降血糖
臣药	桑葚	补肝益肾，生津润燥，乌发明目
佐药	三七	散瘀止血，消肿定痛
使药	番石榴	味甘，有清热作用

表 2 降压养生茶饮方

	药材	功效
君药	白毫银针	健胃提神，法湿退热
臣药	白茅根	生津止渴，清热利尿，止血，止呕
佐药	菊花	性寒，入肝经，清肝热，平肝阳
使药	决明子	润肠通便，降脂明目，治疗高血脂、高血压

表 3 降脂养生茶饮方

	药材	功效
君药	白牡丹茶叶	生津止渴，清肝明目，提神醒脑，镇静降压
臣药	银杏叶	活血化瘀，通络止痛，敛肺平喘，化浊降脂
佐药	金银花	宣散风热，清解血毒
使药	山楂	健脾开胃，消食化滞，活血化痰

5 基于传统中医理论的白茶饮用的发展展望

扩展适用病症，首先本文最终的研究成果是在针对当代人们患病率较高的三高病症而设计的代茶饮，但白茶在针对养胃等病症仍有很好的效果，所以在后续还可以试拟出其他病症的代茶饮。

扩充使用形式，本文设计的是将白茶作为代茶饮来发挥其药用价值，后期可以将白茶作为食材来制作甜品或其他形式菜品。

增加茶的品种，本文主要研究的是白茶的功效及特性，后期可以再增加茶类的品种如红茶、绿茶和碧螺春等，这些茶类也具有很高的药用价值。

6 研究结论

茶叶是我国的特色经济作物，已经成为全球性的天然饮料，消费量一直呈增长趋势。白茶清香淡雅，汤汁黄亮，唇齿留香，是深受广大消费者喜爱的饮品之一，然而，茶叶的药用价值并未受到太多的重视，关于白茶在中医方面的应用的系统研究也较为鲜见。且因为对中医理论缺乏深入的认识，中医理念普及的不够广泛，人民群众对白茶的饮用较为随意。本文旨在通过分析白茶的药性，并探讨白茶作为一种日常饮品的适用人群，提高科学饮茶的意识，为提高国民身体素质贡献一份微小力量，也希望可以抛砖引玉，未来定会有更多中医角度的茶饮研究。

参考文献

[1] 汤鸣绍. 中国白茶的起源、品质成分与保健功效[J]. 福建茶叶，2015，37(2):45-50.
[2] 崔鑫霞. 白茶的研究现状[J]. 福建茶叶，2010(3):10-13.
[3] 张应根. 白茶药理作用研究进展[A]. 中国科学技术协会学会、福建省人民政府.经济发展方式转变与自主创新——第十二届中国科学技术协会年会(第二卷)[C]. 中国科学技术协会学会、福建省人民政府:中国科学技术协会学会学术部，2010:6.
[4] 福鼎市茶叶协会. 简约不简单的福鼎白茶[J]. 茶世界，2017，5(6):44-45.
[5] 刘东娜，罗凡，李春华，等. 白茶品质化学研究进展[J]. 中国农业科技导报，2018，20(4):79-91.
[6] 杨天友，李刚凤，罗静，等. 梵净山白茶营养成分分析与评价[J]. 南方农业学报，2016，47(6):1009-1013.
[7] 刘莉. 浅析白茶的品质成分与保健功效[J]. 文化创新比较研究，2017，1(22):28-30.
[8] 刘犀灵. 白茶对糖尿病模型小鼠降血糖作用的研究[J]. 中国食物与营养，2018.
[9] 吕海鹏，张悦，陈兴华，等. 不同花色种类白茶的抗氧化活性及其主要品质化学成分分析[J]. 食品科学，2016，37(20):42-50.

[10] 袁弟顺,林丽明,杨志坚,等.烘干温度对白茶护肝作用效果影响研究[J].中国茶叶,2009(5):16-18.
[11] 林秀菁.研究白茶提取物的抗氧化及肝保护作用[J].中国民族民间医药,2009(14):4.
[12] 中国农科院茶叶研究所生理生化研究室.茶叶中抗辐射物质的研究[J].茶叶科技简报,1978:40.
[13] 郑丽,侯彩云,任发政.白茶寿眉预防小鼠肥胖作用研究及安全性评价[J].茶叶科学,2017(6).
[14] 王琦.9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J].北京中医药大学学报,2005(4):1-8.
[15] 罗伟康,梁镕伊,王文.基于中医理论指导九种基本中医体质的养生[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(A0):227-228.
[16] 郭拯妮,张洁.基于中医体质学理论将茶疗用于心身疾病的中医药防治初探[J].当代医学,2018,4(24):184-186.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陆伟忠 收稿日期:2018-12-04)

外治疗法在心血管疾病治疗中的应用

王 萌[1] 周丽雅[2*]

(1 长春中医药大学附属传统诊疗医院,吉林 长春 130022;
2 长春中医药大学基础医学院温病教研室,吉林 长春 130000)

摘 要:中医外治法的产生和发展一直紧跟中医药的脚步前行,其内容丰富,应用面广,是历代医家基于中医理论探索出的一门区别于西方医学的外治疗法。中医外治法的分类繁多,针对性强,还具有操作简单,副作用小,见效迅速的特点。随着临床研究的深入,很多医家开始广泛使用多治法组合治疗疾病,而中医外治疗法也参与其中,笔者将中医外治法合并内服中药汤剂应用于临床治疗心血管疾病,疗效显著。

关键词:中医外治疗法;心血管疾病;冠心病
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.036 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0086-03

The Application of External Therapy in the Treatment of Cardiovascular Disease

WANG Meng[1], ZHOU Liya[2*]

(1. The Affiliated Traditional Diagnosis and Treatment Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130022, China;
2. Basic Medical School, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130000, China)

Abstract: The emergence and development of external treatment of traditional Chinese medicine has been following the footsteps of TCM, which is rich in content and wide in application. It is a kind of external therapy which is different from western medicine which was explored by physicians of all dynasties based on the theory of traditional Chinese medicine. The external treatment of traditional Chinese medicine has many kinds of classification, strong pertinence, simple operation, small side effect and quick effect. With the deepening of clinical research, many doctors began to widely use multi-treatment combination therapy, and external Chinese medicine therapy also participated; the author used Chinese medicine external therapy combined with traditional Chinese medicine decoction in clinical treatment of cardiovascular disease, the curative effect is remarkable.

Keywords: external therapy of traditional Chinese medicine; cardiovascular disease; coronary disease

中医外治法的理论高点出现在清中期，程鹏程所撰《得生堂外治秘方》中收录嘉庆之前历代医家1500余外治方，将中医外治法中的不同方案用中医理论统一起来并具体了外治理论。给长期以来关于中医外治的概念和应用范围的争论画上了句号。

中医外治疗法从出现开始，因确诊快，效果好的特点而得到广泛推广，其治疗方案也是种类繁多。随着理论研究和临床实验的推进，单一外治方案的特点也逐渐清晰，结合多种外治方案的特点治疗疾病成为可能。笔者在临床上针对心血管疾病不同特征组合使用不同的治法，结合各个治法的特点，使得见效更快，缩短疗程的同时也减轻了患者的痛苦，现报道如下，供同道探讨。

1 针刺+中药治疗心律失常——频发室早

赵某，男，62岁。心悸，胸闷，气短，乏力，易惊善恐，眠差多梦，夜尿频，大便干。舌淡微红、苔薄白，脉结代。听诊：心音低钝，可闻及多个早搏，5~6个/分钟。心电图提示：心律失常——心率108次/分，心动过速，频发室早。结合其舌脉及症状，予以镇静安神，养心定悸之中药口服，同时配合针刺内关、神门、心俞、膻中等穴位，内关穴运用泻法，并且针尖朝向腋窝方向强刺激行针5 min，其余穴位运用平补平泻的手法，留针30 min，患者心悸症状改善，早搏减少。听诊：心率86次/分，心音低钝，偶可闻及早搏，1个/分钟。此法治疗2周后室早消失，患者症状改善，无明显心悸、胸闷、气短，乏力、易惊善恐改善。

*通讯作者:793674799@qq.com

按语：心律失常——早搏，即心脏出现过早搏动，是指异位起搏点发出的过早冲动所引起的心脏搏动。往往患者会出现心悸、乏力、胸闷、气短等症状，症状较重者还会出现易惊善恐，心烦不宁，头晕眼花，失眠健忘，眠差多梦，唇甲紫暗，舌紫瘀斑等。患者心血亏虚不能养心，故见心悸，治疗时除辨证论治给予常规镇静安神，养心定悸只要外，配合针刺治疗，循经取穴起效快，直达病所；配合手法有补有泻，运用灵活，方便快捷。临床上操作简便，疗效显著。针刺治疗是通过对腧穴、经络的刺激，进而调节脏腑、经络之间阴阳的偏盛偏衰，使之趋于相对平衡而达到治疗心律失常的作用。

2 刮痧+中药治疗血瘀型胸痹心痛

李某，女，55岁。胸闷痛，痛彻肩背，气短，乏力，颈肩背部僵痛不适，眠差多梦，夜不能寐，小便尚可，大便干。舌隐青、苔黄微厚，脉弦紧涩。结合舌脉，给药活血化瘀，通络止痛中药口服，配合颈肩背部刮痧治疗。1次治疗后，患者即感觉颈肩背部僵痛不适缓解，胸闷痛程度减轻。每天口服中药，配合每周1次刮痧治疗，3周后症状基本消失。

按语：刮痧是以中医经络腧穴理论为指导，通过特制的刮痧器具和相应的手法，蘸取一定的介质，在体表进行反复刮动、摩擦，使皮肤局部出现红色粟粒状，或暗红色出血点等“出痧”变化，从而达到活血透痧的作用[1]。因其简、便、廉、效的特点，临床应用广泛。该患血瘀较甚，心脉瘀阻，心失所养，故见胸闷痛；瘀阻络脉，经络不通，血运不畅，故见痛彻肩背，颈肩背部僵痛不适；久病耗气，故见气短，乏力。治疗本病予活血化瘀，通络止痛中药内服同时，配合颈部、督脉、膀胱经局部刮痧以疏通经络，化瘀散结。于颈肩部刮痧，促进局部血液循环可接触颈肩部僵痛不适。督脉刮痧可解除督脉之瘀阻，督脉通则阳气通，阳气通则血脉通。于膀胱经上有各脏腑俞穴，心俞、膈俞、肝俞刮痧可促进瘀阻疏散，血脉通畅。

3 塌渍+中药治疗虚寒型胸痹心痛

赵某某，男，48岁。胸闷，气短，乏力，畏寒肢冷，食少纳呆，眠纳差，小便清长，大便糖稀。舌淡、苔薄白，脉沉细。结合舌脉。结合舌脉，给予温中散寒，养心安神中药口服，配合心前区及胃脘部塌渍日1次治疗。5 d纳差改善，大便成形；半个月痊愈。

按语：结合舌脉，该患为中气不足，虚寒内生，进而导致瘀阻心脉，故见胸闷；气虚则推动无力，运化不足，故见气短，乏力，食少纳呆；气化不足，故见畏寒肢冷，小便清长，大便糖稀；胃不和则卧不安，故见眠差。中药塌渍是中药药膏湿敷结合TDP照射患处的一种外治法。通过皮肤渗透，药物扩散，引药入病变部位，以达到调节和改善机能、温阳散寒、通络止痛等的目的。于患者心前区和胃脘部局部理疗，可针对病位治疗，利于药物吸收，直达病所。

4 拔火罐+中药治疗风寒型胸痹心痛

孙某某，女，51岁。感寒后出现胸闷痛，恶风畏寒，时有头痛、头晕，眠纳差，二便可。舌淡、苔白，脉紧。结合舌脉，给予祛风散寒，通络止痛中药口服，配合风池、大椎、膀胱经拔火罐。1次治疗后，头痛、恶风畏寒改善；3 d后再次拔火罐治疗后恶风畏寒，头痛，头晕症状消失，继续口服2周中药后痊愈。

按语：患者感寒后发病，为卫表不固，腠理失和，邪气入里而发为本病。风寒阻于络脉，恶风畏寒，头痛，头晕。火罐具有疏经通络、通畅气血、消肿止痛、调理人体阴阳平衡，驱寒除湿，祛风拔毒的作用。于风池穴、大椎穴、膀胱经走形处拔火罐可以疏通腠理，祛风散寒，通络止痛。

5 艾灸+中药治疗阳虚型胸痹心痛

周某，女，68岁。胸闷，气短，乏力，畏寒肢冷，腰膝酸软，眠纳差，小便清长，大便溏。结合舌脉，给予温阳通络中药口服，配合心俞、膈俞、脾俞、肾俞、膻中、中脘、关元、足三里艾灸，日1次治疗。1周后胸闷，畏寒肢冷，腰膝酸软改善，连续治疗1个月，上述症状基本消失。

按语：患者年老久病，阳气虚损，正气不足，气血运行无力，聚而成瘀，瘀阻心脉，故而发病。心脉瘀阻，心失所养，故见胸闷；气虚故见气短、乏力；阳气不足，不能温熏四肢，故见畏寒肢冷，腰膝酸软。艾灸是用艾叶制成的艾灸材料，利用燃烧其产生的艾热刺激体表穴位或特定部位，通过激发经气的活动来调整人体紊乱的生理功能，从而达到治病目的的一种治疗方法。艾叶本身有温经散寒、通络止痛之功效。于脏腑俞穴处行艾灸，可透过体表穴位激发经络传导，配合药物加强温经散寒之功效，于膻中、中脘、关元处艾灸，可温通任脉，配合足三里，可增强人体免疫力，使之阳气大增，阴阳交通，则气血运行。

6 浴足+中药治疗心肾不交胸痹

李某某，女，49岁。胸闷，气短，心烦易怒，五心烦热，腰痛，入睡困难，眠差多梦，夜尿频，大便干。舌红，少苔，脉细数。结合舌脉，给予交通心神，安神助眠之中药口服。配合引火下行中药浴足。1周后睡眠改善，1个月上述症状基本消失。

按语：《内经》云：七七天癸竭。该患正处天癸竭之年龄，故肾水不足，不能上济心火，故心火偏盛，则见胸闷，心烦易怒，五心烦热；心肾不交，则见入睡困难，眠差多梦，腰痛，夜尿频，故治疗上以交通心肾，引火下行为主要治则。中药内服，配合引火下行的中药浴足。中药浴足也属于中药外洗的一种，利用中药渗入人体，濡养经脉，促进循环，驱邪外出；人体脚部有诸

多的经络和脏腑反应区，针对性的使用中药泡脚，也可以达到祛病治病的效果。

7 穴位贴敷+中药治疗气虚胸痹

王某，男，65岁。胸闷痛，气短，乏力，善太息，眠纳差，夜尿频，大便汤。舌淡、苔薄略白，脉沉微细。患者久劳耗气，气虚推动无力，则气短，乏力，善太息；血行迟缓而致血瘀，瘀血阻络，血行不畅，则胸闷痛；气虚运化不足则尿频。治疗上结合舌脉给予益气化瘀通络中药口服，配合膻中、心俞、膈俞、内关、郄门穴位贴敷治疗，3天疼痛缓解，2周症状基本消失。

按语：穴位敷贴是运用中医经络腧穴学理论，通过腧穴—经络—脏腑间的相关联系，以治疗胸痹心痛。现代研究[2-3]亦证实膻中、心俞、膈俞、内关、郄门对心血管系统影响较大，故用外敷上述穴位，使药物透入皮肤肌肉，进行穴位刺激，发挥药效，促使经脉气血运行通畅，调整脏腑机能从而治疗胸痹心痛。当心绞痛发作时，对上述穴位进行刺激，可使心绞痛很快缓解。

8 结语

中药外治法源远流长，配合口服中药，内服外治相结合，临床上在很多疾病上往往见效较快，疗效显著。中医外治疗法在理论研究上的系统化时间虽然短，但是在临床应用上已经日臻完全应用于多个场景。现阶段对于中医外治法和内服疗法双管齐下也是临床常见，如何将其理论化系统化，为更多的患者解决痛苦，解决更多的疾患，需要我辈共同努力，笔者将外治法应用所见一隅就取得了不错的疗效，相信中医外治法在更多的疾病治疗上也会用更多的发挥空间。

参考文献

[1] 王永利,王萌.浅谈中医外治疗法综合运用之心得[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(11):137-139.
[2] 靳宏光,齐锋,赵明.穴位敷贴及针刺法治疗冠心病稳定性心绞痛疗效观察[J].长春中医药大学学报,2013,29(3):523-524.
[3] 张莉莉,王云振,杨祥坤.中药外治法防治冠心病心绞痛概况[J].中医外治杂志,2009,18(1):49-51.

（本文编辑:李海燕　本文校对:郭家娟　收稿日期:2018-12-05）

从脾论治之健脾升清法治疗早期糖尿病肾病白蛋白尿附验案四例

刘京本

（北京朝阳区三间房社区卫生服务中心,北京　100121）

摘　要:糖尿病肾病是糖尿病严重而常见的并发症之一。在社区卫生服务机构,对糖尿病肾病的早期诊断和早期治疗对改善临床转归具有不可或缺的作用。本文简述了糖尿病肾病诊断和治疗的现状,中医关于糖尿病早期肾病的认识。着重论述了从脾论治之“健脾升清”法治疗糖尿病肾病的古今理论,结合笔者运用?“健脾升清”法治疗糖尿病早期肾病2例的体会,认为在社区医疗机构,从脾论治之“健脾升清”法不失为治疗糖尿病早期肾病的可行而有效的治疗方法。

关键词:糖尿病;肾病;健脾升清;消渴;水肿
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.037　　**文章编号:**1672-2779(2019)-12-0088-04

Spleen-based Strengthening Spleen and Ascending the Lucid Method in the Treatment of Early Diabetic Nephropathy with Albuminuria for 4 Cases

LIU Jingben

(Sanjianfang Community Health Service Center of Chaoyang District, Beijing 100121, China)

Abstract: Diabetic nephropathy is one of the common and severe complications of diabetes. In community healthcare institutions, early diagnosis and treatment of diabetic nephropathy play an indispensable role in improving clinical outcomes. Here the author briefly introduces the present status of diagnosis and treatment of diabetic nephropathy, the understanding of early diabetic nephropathy in traditional Chinese medicine, and the relative advantages of traditional Chinese medicine in the treatment of diabetic nephropathy. The author emphatically discusses the method of "strengthening spleen and ascending the lucid" originating from the spleen theory for the treatment of diabetic nephropathy. Combined with the personal experience in the treatment of four cases with early diabetic nephropathy by using the method of "strengthening spleen and ascending the lucid", the author suggests that the method of "strengthening spleen and ascending the lucid" originating from the spleen theory is practicable and effective for the treatment of early diabetic nephropathy therapy in community healthcare centers.

Keywords: diabetes; nephropathy; strengthening spleen and ascending the lucid; consumptive thirst; edema

糖尿病肾病（diabetic nephropathy，DN）是糖尿病最严重的并发症之一，早期多隐匿起病，也没有临床标志物作为临床诊断依据，常在出现蛋白尿时才被发现。该病属于中医“消渴”“消瘅”“水肿”的范畴，中医药

对本病的防治有一定的优势。

1 糖尿病肾病现状及社区早期诊断和早期治疗的意义

最新的流行病学资料表明，我国糖尿病的患病率为 11.6%，其与糖尿病关系最为密切的并发症之一为糖尿病肾病（diabetic nephropathy，DN）[1]，学者也称之为糖尿病性肾小球硬化症，是糖尿病较为严重的微血管并发症，是导致终末期肾病（end-stage renal disease，ESRD）的常见原因，在西方国家统计因糖尿病肾病 DN 导致终末期肾病 ESRD 约占 35%，我国这一比例也在逐年上升[2]。有学者认为，1 型糖尿病病人发病 5 年后出现尿白蛋白，2 型糖尿病病人发病 10 年后出现尿白蛋白，在没有治疗干予的情况下，约有 80% 具有持续微量白蛋白尿的 1 型糖尿病人在 10~15 年后发展成显性肾病，约有 20%~40% 的早期 2 型糖尿病病人发展成显性肾病，在糖尿病科住院病人中回顾性分析 34.7% 的患者合并肾脏并发症[3,7]。

关于糖尿病肾病 Mogensen 分期法，是建立在典型的 1 型糖尿病肾病病理生理特点基础上的，有学者认为：当病人出现微量白蛋白尿时，根据 Mogensen 分期法已是糖尿病肾病发展到了Ⅲ期[4]。

而根据《糖尿病中医药临床循证实践指南（2016 版）》2 型糖尿病肾病早期诊断标准为；微量白蛋白尿（30~300 mg/24 h 或尿白蛋白/肌酐 30~300 mg/g），GFR 升高，部分患者可伴高血压，血肌酐正常[1]。

西医在治疗方面目前尚无特别措施，主要是控制血糖，如肾功能出现问题禁用二甲双胍类药物，降压方面多采用 ACEI 或 ARB 药物控制血压在 130/80 mm Hg 以下[5]，以调节肾小血管的收缩舒张功能，降低尿白蛋白，延缓肾功不全的发生和发展，如肾动脉狭窄或血压偏低时又不宜用 ACEI 类药。如发展成显性尿蛋白，因缺乏有效药物治疗，迅速发展成慢性肾衰的可能性为常见肾病的 14 倍[1]。在饮食方面，应禁食植物蛋白，并按每公斤体质量 0.6~0.8 g 的量维持低蛋白饮食[5]。

由于居民离社区医院较近，基层社区医院应及时给糖尿病病人检查尿微量白蛋白定量，以晨起首次尿最好，以便诊断早期糖尿病肾病，由于该病发生与转归有其内在的规律，但防治方面目前尚无特殊措施，因此早期给予中西医结合治疗，遏制或可在早期逆转病情，避免其发展成终末期肾病。因终末期肾病预后较差，据统计透析病人中 50%~65% 为糖尿病肾病患者[4]，因此早期干预，即在早期微量白蛋白尿期给予中医药治疗至关重要。

2 中医学对糖尿病并发症和早期糖尿病肾病的认识

西医糖尿病发展的三个阶段，即糖尿病前期、临床糖尿病期、糖尿病并发症期，相当于《黄帝内经》所论“脾瘅”“消渴”“消瘅”，如此糖尿病肾病当属于消瘅一类《灵枢·五变》云：“五脏皆柔弱者，善病消瘅，消渴日久，正气耗伤，变为他疾”。《灵枢·本脏》云：“脾病，善病消瘅”“肾脆，则善病消瘅易伤”[6]。在明确了消瘅发病与体质密切相关，指出消渴（糖尿病）日久，变为他疾（形成糖尿病并发症）。刘河间《三消论》云：“若渴而饮水不绝，腿消瘦，而小便有脂液者，饮一溲二，其小溲如膏油，即膈消消中之传变”。此“膈消消中”指上消和中消，其发展传变而成下消“其小溲如膏油”[8]。

今人也把糖尿病肾病分为糖尿病早期肾病，糖尿病肾病进展期和糖尿病终末期肾病。对于糖尿病早期肾病的病因病机可见于《灵枢·口问篇》：“中气不足，溲变为之变。”说的是中气不足，脾气下陷，则精微物质排出。李东垣《东垣十书》：“脾气不足，则津液不能生，固口渴欲饮”说明脾胃虚弱与糖尿病关系。清代医家陈士铎《辨证录》中说“夫消渴之症，皆脾坏而肾败，脾坏则土不胜水，肾败则水难敌火。二者相合而病成。倘脾又不坏，肾又不败，亦无消渴之症矣”。此精辟的指出了脾肾关系是糖尿病肾病产生的病机[8]。

现代医家吕仁和教授提出糖尿病肾病的“微型癥瘕”学说，指出“微型癥瘕”形成，即发病之初，多气阴两虚，络脉瘀结[7]。如能早期发现，积极治疗，则预后良好。

3 “健脾升清”之从脾论治的古今理论依据和实践

《素问·经脉别论篇》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，府精神明留于四藏，气归于权衡，权衡以平，气口成寸，以决生死。饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下属膀胱，水精四布，五经并行，合于四时五脏阴阳，揆度以为常也[6]。我们每日食物和水液，首先归于脾胃，脾胃同属中焦，为上下二焦之枢机，现代 2 型糖尿病为饮食过多，运动偏少，中满内热，脾虚湿阻，久而化生内热，又伤阴耗气，而西医认为胰岛素的相对或绝对的分泌不足是糖尿病的根本原因，且胰腺解剖位置位于脾上，也有学者把胰腺归于脾系或归于三焦中的中焦，或曰为中医藏腑以功能分类，故治疗多从脾胃入手，中焦枢机一转，人身的气化恢复正常。中焦的枢机运转亦是机的升降，脾主升，胃主降，脾脏升清，精微传输上焦，上焦开发，宣五谷味，熏肤，充身，泽毛，若雾露之溉。胃府降浊，胃府以降为顺，受纳腐熟水谷下达肠腑，后有小肠分清泌浊，再有下焦之气化津液，总之中焦脾胃气机升降有序，相辅相成，则人健康。

历代医家关于脾胃的论述，首推李东垣的《脾胃论》认识到“若胃气一虚，脾无所禀受，则四脏及经络皆病，况脾全借胃土平和，则有所受而生荣，周身四脏皆旺，

十二神导职，皮毛固密，筋身柔和，九窍通利，外邪不能悔也。”“固夫饮食失节，寒温不适，脾胃乃伤。”[9]叶天士《临证医案指南》：“纳食入胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降则和。”更有严用和在《慎斋遗书·辩证施治》云：“诸病不愈，必寻到脾胃之中，方无一失，何以言之？脾胃一伤，四脏皆无生气，故疾病日多矣。万物从土而生，亦从土而归。‘补肾不若补脾’，此之谓也。治病不愈，寻到脾胃而愈者甚多。”以及陈修园有“千古滋阴都误解，太阴脾土药扶持”的论断[10]。

现代医家从脾论治者不在少数，从许公岩教授“理脾法则治疗咳痰喘证”[11]；到国医大师路志正用健脾理气法治疗久治不愈的胸痹心痛病患者。及提出了“持中央，运四旁，怡情志，调升降，顾润燥，纳化常”18字决作为学术思想核心，是调理脾胃学术思想的浓缩和精华，擅长以调理脾胃治疗各种内伤杂病和疑难病症，疗效卓著，享誉海内外[12]。

至于早期糖尿病肾病，病位在肾，病机在脾，“补肾不若补脾”；消渴日久，正气耗伤，气血皆弱，导致“脾病，善病消瘅”“肾脆，则善病消瘅易伤”，脾不升清，久之精微物质下泄，形成白尿蛋白，因此治疗原则从健脾升清入手，同时因高粱厚味，内生湿浊，湿阻清阳，痰瘀互结，从脾论治可疏解清源，消除湿浊痰瘀之源头，按西医的说法是改善肾小血管和肾小球的硬化。

具体处方为：生黄芪（大量），生（炒）白术，太子参（党参），麦冬，玉竹，丹参，益母草，穿山龙，鸡内金，方义是：用大量生黄芪补气健脾升清，且多次服用为主药。清·张山雷：“（黄耆）补益中土，温养脾胃，凡中气不振，脾土虚弱，清气下陷者最宜”。“凡饥饱劳役，脾阳下陷，气怯神疲者，及疟久脾虚，清气不升，寒热不止者，授以东垣之，补中益气汤，无不捷效，正以黄芪为参、术之佐，而又得升、柴以升举之，则脾阳复辟，而中州之大气翰旋矣。”《本草正义》。配以养阴润燥，麦冬，玉竹之类，同时考虑糖尿病肾病是肾小球硬化症的原因，给予针对的活血化瘀治疗，多采用凉性的丹参，有学者研究丹参水溶液对慢性肾病有治疗作用[13]，有水肿的病人还要选用针对性的利水药，且有针对性的降低尿白蛋白作用的益母草[14]，对合并糖尿病植物神经病变的患者也可用穿山龙，即可治痹病，又可降蛋白。消化不良者加鸡内金等。也尽量作到药少力专，绝对不增加肾脏负担。

4 笔者医疗实践中的验案举例

4.1 2型糖尿病白蛋白尿（伴发肢体麻木，多汗）案 祖某，女，76岁。11年前在首钢医院查出血糖升高，1年前出现微量白蛋白尿，被诊为“2型糖尿病早期肾病”，现口服拜糖平、二甲双胍、格列齐特等治疗，空腹血糖基本稳定在7 mmol/L左右，餐后血糖9~10 mmol/L，尿微量白蛋白200 mg/L。有脂肪肝史。否认高血压病史。曾以补肾方剂治疗数月尿蛋白改善不显。2018年2月24日首诊，主诉乏力1月，时有腰痛及四肢关节麻木疼痛，但尚可忍受，面色萎黄，腹坠不饥，自汗，轻微恶寒，二便尚可，双下肢无水肿，舌淡胖大有齿痕、苔白，脉沉弱，刻下尿微量白蛋白200 mg/L，肾功能正常。辨证：脾虚下陷，营卫不和，予健脾升清，调和营卫。药物组成：生黄芪50 g，穿山龙15 g，鬼箭羽10 g，桂枝6 g，生白芍10 g，生甘草6 g，大枣10 g，生山药20 g，太子参15 g，麦冬20 g，丹参30 g，红曲3 g。7副水煎分多次服用。

2018年3月3日再诊：诉诸症好转，乏力减轻，查尿微量白蛋白152 mg/L，上方不变，继服7副。

2018年3月10日三诊：诉汗出不减，仍感腰痛，尿微量白蛋白87 mg/L。上方改为：生黄芪70 g，穿山龙15 g，鬼箭羽10 g，桂枝6 g，生白芍10 g，生甘草6 g，大枣10 g，生山药30 g，太子参20 g，麦冬20 g，丹参30 g，山茱萸15 g，煅龙牡各20 g（先煎）。14副水煎分多次服用。

2018年4月1日来诊：查尿微量白蛋白39 mg/L。已接近正常。患者以后间断服药，生黄芪量最多达到90 g，1日分8~9次服用。尿微量白蛋白维持在35~70 mg/L左右。至夏天不愿再服用汤剂，于武警总医院自费购药黄芪片大量服用，于本院取生脉饮，杞菊地黄丸服用。

（因患者此前曾服大量补肾药无效，故）通过此例，加深了从脾论治的认识，严用和“补肾不若补脾”之说的认识，大量生黄芪以补气健脾升清，为君药，合桂枝汤调和营卫，穿山龙升阳宣痹，鬼箭羽凉散症瘕，丹参活血化瘀，佐大量黄芪之热，山药补脾阴，山茱萸补而不敛邪，太子参、麦冬益气生津。

4.2 2型糖尿病白蛋白尿（合并水肿）案 吴某，女，68岁。2018年3月15日就诊，自述晨起面肿，午后双下肢浮肿半月，伴心悸乏力，胸闷太息，腰痛腿软，平时汗多。纳可，睡眠可，二便调。既往2型糖尿病10年，无高血压和高脂血症，半年前查尿常规：蛋白（+）。目前阿卡波糖50 mg，每日2次。格列吡嗪控释片（瑞易宁）5 mg，每日1次。查体：一般可，心肺无异常，腹软无压痛，双下肢指凹陷性水肿，足背动脉搏动正常。舌质淡胖、苔薄白，脉沉细。辅助检查：尿微量白蛋白：152 mg/L，血液生化：正常范围。诊断：水肿（糖尿病早期肾病，微量蛋白尿期），治以补脾升清，养阴利水。药物组成：生黄芪40 g，防己10 g，太子参15 g，麦冬15 g，五味子8 g，丹参30 g，麻黄2 g，连翘10 g，益母草20 g，茺蔚子10 g，枸杞子10 g，桑叶30 g。7剂水煎日1剂分多次服。嘱其禁食豆类，限制动物蛋白摄入量。

3月26日再诊，自述诸症好转，查尿微量白蛋白

118 mg/L，效不更方，14 剂，继服。嘱其及时就诊。

4 月 19 日来诊，述水肿完全好转，不觉心悸乏力，面色好转。但仍汗出不止，舌苔薄腻。查尿微量白蛋白 7 mg/L。生黄芪 50 g，麦冬 15 g，北沙参 15 g，生山药 15 g，五味子 8 g，丹参 30 g，炒山药 15 g，益母草 20 g，茺蔚子 10 g，枸杞子 10 g，桂枝 6 g，白芍 10 g，甘草 6 g，煅龙牧各 20 g，生薏米 30 g。14 剂水煎每日多次服用。以后来抄方 2 次。

6 月 5 日，患者取药复诊，查尿微量白蛋白 11 mg/L，汗出也好转，测血糖正常范围。

本病，以《金匮要略》的防己黄芪汤为主为君药，主治“风湿脉浮，身重汗出恶风”，重用黄芪，大补脾肺之气，健脾升清，《外台秘要》则主治风水，“其人或头汗出……腰以下当肿及阴，难以屈伸”，配以《伤寒论》中麻黄连翘赤小豆汤为臣，利小便，解郁热，治面肿，佐以生脉饮益气养阴，缓解上药之燥性，同时治疗心悸，(甚至包括保肾西药 ACEI 引起的低血压)，使药为针对性用了益母草和丹参，治疗糖尿病血管病变，病因是微血管硬化，活血化瘀要贯穿始终的原则，现代医学证明益母草利水消蛋白，而丹参的水溶液对肾小球有明显修复作用。

4.3 2 型糖尿病白蛋白尿（合便秘）案 王某，男，70 岁，辽宁沈阳市人。15 年前在当地医院确诊为 2 型糖尿病，3 年前出现微量白蛋白尿，被诊为 2 型糖尿病早期肾病，现口服拜糖平 50 mg，每日 2 次中、晚、早晚诺和灵 30 R 各 10 个单位，马来酸依那普利片（依苏）5~10 mg，每日 1 次。早空腹血糖基本稳定在 6.5 mmol/L 左右，餐后血糖 8.5 mmol/L，尿微量白蛋白持续 100 mg/L 左右，血压 130/85 mm Hg 左右。曾服用黄葵胶囊尿蛋白改善不显，服百令胶囊尿蛋白有改善，但患者口腔溃疡明显。2018 年 12 月 24 日首诊，主诉便秘 3 月，时有头昏腹坠，足下轻微恶寒，小便无力，双下肢无水肿，舌淡有齿痕、苔白不腻，脉沉尺弱，刻下尿微量白蛋白 96 mg/L，肾功能正常。辨证：脾气不足，清气不升，予健脾升清，通利二便。药物组成：生黄芪 30 g，生白术 40 g，升麻 6 g，荷叶 6 g，党参 15 g，当归 15 g，肉苁蓉 15 g，丹参 30 g，穿山龙 15 g，黄柏 10 g，知母 15 g，肉桂 5 g。14 剂水煎分 4 次服用。服药后头已昏，二便通利，尿微量白蛋白 61 mg/L。

患者回沈阳后依此方加减，黄芪曾加到 60 g，分 8 次服用，查尿微量白蛋白 30 mg/L，已基本正常，二便通利未有其他不适。

4.4 2 型糖尿病白蛋白尿（合泄泻）案 刘某，男，65 岁。2016 年 7 月 14 日就诊。2 型糖 尿病病史 10 年，规律服用降糖药物，空腹血糖控制在 6~7 mmol/L。查出尿微量白蛋白 6 月余。反复腹泻 3 月余、日行 5~6 次/d、粪便稀薄，神疲懒言，纳 谷不香，脘闷不舒，舌胖大，苔薄白，脉细弱。查尿微量白蛋白 106 mg/L。辨证为脾胃虚弱，中气下陷，湿浊内阻。治宜益气升阳、 健脾利湿。药物组成：黄芪 50 g，麸炒白术 15 g，茯苓 15 g，炒白扁豆 15 g，升麻 6 g，党参 15 g，穿山龙 15 g，丹参 30 g，益母草 20 g，菟丝子 15 g。7 剂，水煎服，少量频频多次服。服后大便次数明显减 少，查尿微量白蛋白 76 mg/L，改黄芪 60 g，继服 7 剂后，大便成形、查尿微量白蛋白 30 mg/L 守方随症加减继续治疗 1 月余。尿微量白蛋白 15 mg/L。

此两例患者素体脾胃虚弱，中气不足，不能升 清降浊，水湿不化。治宜益气升阳、健 脾利湿。方中重用黄芪、生炒白术，党参补脾胃；白扁豆、茯苓甘淡渗湿，合升麻，荷叶鼓舞脾 胃清阳之气上升，便秘加肉苁蓉，当归；便溏加菟丝子。穿山龙， 丹参， 益母草，均为针对尿蛋白药物。

5 小结

笔者在社区卫生机构，通过查尿微量白蛋白诊治 2 型糖尿病早期肾病 15 例，病史 10 年以上的 2 型糖尿病史，肾功正常，尿微量白蛋白 100~200 mg/L，排除高血压肾病，治疗 2~3 个月，其中有效 12 例（自拟标准为尿微量白蛋白下降），显效 8 例（尿微量白蛋白恢复正常），无效（包括停药后复发）3 例，有效率 80%，其间同时控制血压和血糖，禁食植物蛋白及低蛋白饮食，体会“健脾升清”法不失为治疗早期糖尿病肾病的有效方法。

参考文献

[1] 仝小林. 糖尿病中医药临床循证实践指南(2016 版)[M]. 北京：科学出版社，2016:55-56.
[2] 朱章志. 中西医结合糖尿病学研究新进展[M]. 北京：人民卫生出版社，2017:191-192.
[3] 吴欣芳.《辽宁中医杂志》刘喜明治疗糖尿病肾病临床拾零[J]. 辽宁中医杂志社，2009:1073-1075.
[5] 卫生部疾病控制司，中华医学会糖尿病分会. 中国糖尿病防治指南[M]. 北京大学医学出版社，2004:5.
[6] 程士德. 内经讲义[M]. 上海：上海科学技术出版社，1993:54-56.
[7] 吕仁和，于秀辰. 糖尿病及其并发症中西医诊疗学[M]. 北京：人民卫生出版社，2017:340.
[8] 刘文瑞，李秋贵. 消渴病古今证治荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，2015:75- 83，196 -197.
[9] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京：中国科技医药出版社，1984:14-17.
[10] 刘喜明，路洁. 路志正教授调理脾胃思想访谈录[J]. 世界中西医结合杂志，2010，5(7):553-563.
[11] 王莒生. 名老中医经验集[M]. 北京：中国中医药出版社，2006:62-65.
[12] 刘喜明，等. 国医大师路志正学术思想初探[J]. 中医学报，2013，28(177):193-195.
[13] 付旭，等. 丹参水溶液成分在慢性肾病中的研究进展[J]. 环球中医药，2013，6(9):697-699.
[14] 曾培杰，陈创涛. 任之堂跟诊日记(一)[M]. 北京：人民军医出版社，2001:11-12.

（本文编辑：李海燕 本文校对：李光宇 收稿日期：2019-04-12）

实验研究 EXPERIMENTAL STUDY

护卵汤对卵巢储备功能减退大鼠血清性激素及抗苗勒管激素、抑制素B的影响※

邱冉冉　邹芝香　曾　晶　谈珍瑜*

（湖南中医药大学第一附属医院妇产科，湖南　长沙　410007）

摘　要：目的　观察中药护卵汤对卵巢储备功能减退（DOR）大鼠血清性激素及抗苗勒激素（AMH）、抑制素B（INHB）的影响。**方法**　选取动情周期为4～5 d的雌性大鼠48只为实验动物，采用环磷酰胺（CTX）单次腹腔注射的方法制备DOR大鼠模型，以护卵汤为实验药物，以戊酸雌二醇为阳性对照药物，给药4周结束后检测各组大鼠血清性激素及AMH、INHB的变化。**结果**　与空白组相比，模型组大鼠血清中E_2、P、AMH、INHB的含量均降低（$P<0.01$），FSH、LH、T的含量均增高（$P<0.01$）；与模型组相比，护卵汤组和补佳乐组大鼠血清中E2、P、AMH、INHB的含量均增高（$P<0.05$），FSH、LH、T的含量均降低（$P<0.01$）。**结论**　护卵汤对CTX所引起的DOR大鼠模型的卵巢功能具有保护作用。

关键词：护卵汤；卵巢储备功能；性激素；抗苗勒管激素；动物实验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.038　　**文章编号：**1672-2779（2019）-12-0092-03

The Influence of Huluan Decoction on Serum Sex Hormones, Anti-mullerian hormone and inhibin B in Rats with Diminished Ovarian Reserve

QIU Ranran, ZOU Zhixiang, ZENG Jing, TAN Zhenyu

(Department of Obstetrics and Gynecology, the First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

Abstract: Objective To observe the effects of Huluan decoction on serum sex hormones, anti-müllerian hormone (AMH) and inhibin B (INHB) in rats with diminished ovarian reserve (DOR). **Methods** 48 female rats with an estrous cycle of 4-5 days were selected as experimental animals, prepare the rat model of DOR by single intraperitoneal injection of cyclophosphamide, and taking Huluan decoction as experimental drug and estradiol valerate as positive control drug, then detect the changes of serum sex hormones, AMH and INHB in each group after the end of 4 weeks of administration. **Results** The levels of E_2, P, AMH and INHB in the model group were lower, and the levels of FSH、LH、T were higher compared with the blank group ($P<0.01$). The levels of E_2, P, AMH and INHB in the medicinal group and the positive control group were higher, and the levels of FSH, LH and T were lower compared with the model group ($P<0.01$). **Conclusion** The Huluan decoction has a protective effect on the rat model of DOR caused by CTX.

Keywords: Huluan decoction; diminished ovarian reserve; sex hormone; anti-mullerian hormone; animal experiment

卵巢储备功能（ovarian reserve，OR）指卵巢皮质区卵泡生长、发育并形成可受精的卵母细胞的能力，此能力取决于卵巢内库存卵泡的数量和质量。随着成年女性年龄的增长，卵巢储备功能呈逐渐下降趋势，主要表现为卵泡的数量和质量下降，临床上将其称为卵巢储备功能减退（diminished ovarian reserve，DOR）。DOR是一个渐进的过程，若未引起足够的重视，可进一步导致机体内激素分泌紊乱，从而出现月经失调、闭经甚则不孕等妇科病症，并最终发展为卵巢早衰。护卵汤是全国名老中医尤昭玲教授所创，前期研究已经证实，护卵汤既可改善卵巢早衰患者的血清激素水平和主要症状[1]，又可通过多种途径改善免疫性卵巢早衰动物模型的卵巢功能及免疫功能[2-4]。本研究以环磷酰胺（cyclophosphamide，CTX）所致DOR动物模型为实验对象，进一步探讨护卵汤对DOR动物模型血清性激素及抗苗勒管激素的影响。

1　资料与方法

1.1 动物　健康SPF级SD大鼠60只，雌性，未孕，体质量180~220 g，由湖南中医药大学动物实验中心提供，合格证号：SCXK（湘）2009-0004。

1.2 主要试剂及仪器　CTX（粉剂，200 mg/支，国药准字H32020857，江苏恒瑞医药股份有限公司）；雌二醇（estradiol，E_2）、孕酮（progesterone，P）、卵泡刺激素（follicle-stimulating hormone，FSH）、黄体生成素（luteinizing hormone，LH）、睾酮（testosterone，T）放免试剂盒（上海岚派生物科技有限公司）；抗苗勒激素（anti-mullerian hormone，AMH）、抑制素B（inhibin，IN-

※ **基金项目：**湖南省自然科学基金项目【No.2017JJ3243】；湖南中医药大学校级青年基金项目【No.DX201402】

* **通讯作者：**tcmtzy@163.com

HB）Elisa 试剂盒（武汉华美生物）。SN-695B 智能放免测量仪（上海原子核研究所日环仪器一厂）；MULTI-SKAN MK3 全自动多功能酶标仪（美国赛默飞世尔科技公司），TDZ4-WS 低速台式离心机（湖南湘仪仪器有限公司）。

1.3 **药物** 护卵汤药物组成及剂量为：菟丝子 15 g，石斛 10 g，生地黄 10 g，熟地黄 10 g，覆盆子 10 g，桑椹子 10 g，肉苁蓉 10 g，南沙参 10 g，山药 10 g，莲肉 10 g，莲心 3 g，月季花 5 g，甘草 3 g，每剂总质量 116 g，由湖南中医药大学第一附属医院提供。补佳乐（有效成分为戊酸雌二醇）购自拜耳医药保健有限公司，国药准字 J20171038。

1.4 **实验方法**

1.4.1 **动物分组** 60 只大鼠适应性喂养 7 天后，行阴道脱落细胞涂片观察其性周期变化，选取动情周期为 4~5 d 的雌性大鼠 48 只纳入正式实验。然后采用随机数字表法，将其随机分为空白组、模型组、护卵汤组和补佳乐组 4 组，每组 12 只。

1.4.2 **模型制备** 模型组、护卵汤组和补佳乐组 3 组大鼠参考相关文献[5-7]，采用 CTX 单次腹腔注射的方法制备 DOR 大鼠模型，注射剂量为 75 mg/kg，注射容量为 1 mL（用 0.9% 生理盐水配制）；同时，空白组大鼠给予 0.9% 生理盐水 1 mL 单次腹腔注射。

1.4.3 **给药方法** 将护卵汤饮片加水浸泡 0.5 h 后，水煎 2 次，滤汁弃渣，合并药液，浓缩至含生药 1.045 g/mL 的药液；用生理盐水将补佳乐稀释后，制备成含药量为 0.009 mg/mL 的药液。

自造模第 1 d 开始，每天给予护卵汤组大鼠 1 mL/100 g 护卵汤浓缩液灌胃；每天给予补佳乐组大鼠 1 mL/100 g 补佳乐稀释液灌胃；空白组、模型组大鼠每天按相同剂量给予 0.9% 生理盐水灌胃处理。1 次/d，连续 4 周，每周休息 1 d。

1.4.4 **检测指标与方法** 最后一次给药 24 h 后，10% 水合氯醛 0.3 mL/100 g 腹腔注射麻醉大鼠，固定后腹主动脉采血 3~5 mL，静置 30 min，3000 r/min 离心 10 min 后，取上清液。放射免疫分析法检测血清中 E_2、P、FSH、LH、T 的含量，使用 SN-695B 智能放免测量仪测定；酶联免疫吸附法检测血清中 AMH、INHB 的含量，使用 MULTISKAN MK3 全自动多功能酶标仪检测，在酶标仪 450 nm 处读取吸光度值。具体检测步骤严格按照试剂盒说明书进行。

1.5 **统计学方法** 所有数据均采用 SPSS 20.0 统计软件进行统计。计量资料用均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示。2 组计量资料中方差齐性的组间比较采用成组 t 检验，方差不齐的采用秩和检验。多组计量资料两两比较，方差齐性的采用单因素方差分析，方差不齐时，用非参数秩和检验，均以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 **一般状况** 整个实验过程中，空白组大鼠活动、饮食及二便情况均正常，皮毛整洁，有光泽，体重渐增，动情周期规律；模型组大鼠腹腔注射 CTX 后活动、进食及大便次数均减少，大便偏稀，毛色枯燥且有不同程度脱毛，体重不增反降，动情周期明显延长且紊乱，镜下可见上皮细胞增多，多处于动情间期；护卵汤及补佳乐组与模型组大鼠相比，上述异常表现均较轻微。

2.2 **护卵汤对 DOR 大鼠血清中 E_2、P、FSH、LH、T 的影响** 与空白组相比，模型组大鼠血清中 E_2、P 的含量均降低（$P<0.01$），FSH、LH、T 的含量均增高（$P<0.01$）；与模型组相比，护卵汤组和补佳乐组大鼠血清中 E_2、P 的含量均增高（$P<0.05$），FSH、LH、T 的含量均降低（$P<0.01$）。见表 1。

表 1 各组大鼠血清中 E_2、P、FSH、LH、T 的比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	鼠数	E_2（pg/mL）	P（ng/mL）	FSH（mU/mL）
空白组	12	20.06±5.16	5.17±0.78	2.24±0.36
模型组	12	9.78±5.14**	1.05±1.35**	5.01±0.44**
护卵汤组	12	16.92±7.11▲	3.04±1.74▲	2.52±0.47▲
补佳乐组	12	15.28±7.66▲	3.15±0.57▲	2.29±0.36▲
组别	鼠数	LH（mU/mL）	T（ng/mL）	
空白组	12	5.29±0.07	0.08±0.02	
模型组	12	9.81±0.46**	0.31±0.11**	
护卵汤组	12	6.68±0.17▲	0.13±0.03▲	
补佳乐组	12	6.20±0.49▲	0.11±0.08▲	

注：与空白组比较，**$P<0.01$；与模型组比较，▲$P<0.05$

2.3 **护卵汤对 DOR 大鼠血清中 AMH、INHB 的影响** 与空白组相比，模型组大鼠血清中 AMH、INHB 的含量均降低（$P<0.01$）；与模型组相比，护卵汤组和补佳乐组大鼠血清中 AMH、INHB 的含量均增高（$P<0.05$）。见表 2。

表 2 各组大鼠血清中 AMH、INHB 的比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	鼠数	AMH（pg/mL）	INHB（pg/mL）
正常组	12	12.09±2.28	30.76±5.92
模型组	12	3.87±2.61**	14.19±4.54**
护卵汤组	12	7.32±3.08▲	20.99±7.23▲
补佳乐组	12	7.87±2.92▲	21.49±6.01▲

注：与空白组比较，**$P<0.01$；与模型组比较，▲$P<0.05$

3 讨论

卵巢是女性重要的生殖器官，是卵子产生和排出的场所；同时又是女性一生中变化最大的内分泌腺体，其激素分泌对女性的经、带、胎、产均有重要的调节作用[8]。若卵巢储备功能减退，不仅会影响卵子的正常排出，女性无法受孕；而且会影响女性激素分泌，出现月经不调、闭经甚至全身其他系统疾病[9]。美国生殖医学会将 DOR 的发生发展过程分为正常阶段、隐匿型阶段、生化异常阶段、临床异常阶段等 4 个阶段，其中，生化异常阶段

即表现为患者体内各种激素的异常升高或降低[10]。

性激素是临床上评估卵巢储备功能的常用指标，主要包括E_2、P、FSH、LH、T等，可反映卵巢的生物学状况。E_2由雄激素在卵巢颗粒细胞内转化合成，随月经呈周期性波动[11]。P水平与成熟卵泡数和E_2水平相关，P水平升高可能反映了卵巢过度刺激的程度，也有学者认为，P/E_2比可能与卵巢储备功能相关[12]。FSH及LH是由腺垂体分泌的糖蛋白激素，在卵泡发育过程中，FSH和LH的协同作用至关重要[11]。有研究发现，一侧卵巢切除后，卵巢分泌的激素下降，使垂体分泌的FSH升高，术后1~5年是DOR的高发期[13]。LH作用于卵泡膜细胞，促进卵泡膜细胞的增殖和分化，使卵泡在发育过程中有足够的雄激素维持卵泡的生长发育，同时也刺激颗粒细胞芳香化酶活性，协同增加雌激素的生成[14]。FSH升高，LH（相对）降低，或FSH/LH比值升高，预示着卵巢储备降低、卵巢低反应的发生[15]。T为雄激素之一，对于卵巢而言，其变化可能与卵巢储备功能之间密切[16-18]。本研究结果显示，单次腹腔注射CTX后可引起雌性大鼠血清中E_2、P的含量下降，FSH、LH、T的含量增高，而护卵汤和补佳乐灌胃对该过程均具有良性调节作用。提示CTX对雌性大鼠卵巢储备功能具有一定的影响，而护卵汤和补佳乐对CTX所引起的DOR具有一定的保护作用。

AMH和INHB均为转化生长因子β家族成员。其中，AMH由始基卵泡及窦前卵泡的颗粒细胞分泌，能够反映始基卵泡库的大小，具有抑制始基卵泡募集，抑制卵泡生长，防止卵泡过早过快消耗的作用。因AMH由小窦卵泡分泌，且表达稳定，不受生殖周期的影响，可以早期预测卵巢功能的潜在变化[19-20]。由于AMH检测的客观性及其水平潜在的标准化，可以在月经周期任一时间检测，大多学者倾向于将AMH作为评估卵巢储备功能的金标准[21-22]。INHB主要由中、小窦状卵泡的颗粒细胞合成，可反馈抑制垂体分泌FSH，同时FSH又可以促进INHB的分泌。研究发现，卵巢储备功能下降时INHB的降低早于FSH的升高，因此，当卵巢功能减退时，血浆INHB的降低比FSH出现更早且更敏感[11,23]。本研究结果显示，单次腹腔注射CTX后可引起雌性大鼠血清中AMH、INHB的含量降低，而护卵汤和补佳乐灌胃对该过程均具有良性调节作用。这一结果与护卵汤和补佳乐对血清性激素的良性调节作用一致。

综上所述，护卵汤可通过调节实验大鼠血清中血清性激素及AMH、INHB的含量，从而对CTX所引起的卵巢储备功能减退产生保护作用。

参考文献

[1] 丁青，吴紫玉，聂玲.护卵汤治疗心肾不交型卵巢早衰的临床观察[J].湖南中医药大学学报，2010，30(9)：184-186.
[2] 陈丽.Western-blot法检测护卵汤对免疫性卵巢早衰小鼠模型FoxP_3蛋白表达的影响[D].长沙：湖南中医药大学，2011.
[3] 尚芬芬，丁青，陆惠，等.护卵汤配合补佳乐及安宫黄体酮对卵巢早衰模型小鼠卵巢Th17和Treg的影响[J].湖南中医药大学学报，2012，32(9)：29-32.
[4] 陈丽，尤昭玲.护卵汤加减对免疫性卵巢早衰小鼠模型血清AzpAb表达的影响[J].实用中医药杂志，2011，27(2)：78-79.
[5] 刘惠芬，杨冬梓，罗亦娟.环磷酰胺对大鼠卵巢功能的影响[J].中山大学学报(医学科学版)，2009，30(4S)：99-102.
[6] 张飒，高慧，徐文君，等.环磷酰胺致大鼠卵巢储备功能低下的模型对照研究[J].中医药临床杂志，2018，30(1)：100-104.
[7] 崔亚萌，高慧，徐文君，等.坤泰胶囊对环磷酰胺致卵巢储备功能低下大鼠卵巢GDF-9、Egr-1的影响[J].山西中医，2018.34(3)：47-51.
[8] 张平，黄邦萍.中药补肾序贯疗法治疗卵巢功能减退临床分析[J].中国中医药现代远程教育，2018，16(19)：106-108.
[9] 赵贝，孙丽君，胡继君，等.卵巢储备功能减退患者自然周期取卵/排卵后继续黄体期促排卵的临床观察[J].中华生殖与避孕杂志，2018(12)：1005-1008.
[10] 徐国萍，葛芳，张秀梅，等.卵巢早衰预测及诊治最新进展[J].现代中西医结合杂志，2013，22(5)：554-556.
[11] 闫益芬，晁晶，戴峻.卵巢储备功能常用预测指标的临床价值[J].医学综述，2018，24(21)：4318-4323.
[12] 冼碧茹，李玉香.血清雌二醇和孕酮水平预测体外受精行长效激动剂方案妊娠结局的研究[J].实用妇产科杂志，2018，34(5)：366-370.
[13] Farquhar C M，Sadler L，Harvey S A，et al. The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study[J]. BJOG，2005，112(7)：956-962.
[14] Honnma H，Asada Y，Baba T，et al. Continuous high-dose estrogen controls serum FSH and LH levels: new treatment strategy for extremely low ovarian reserve patients，two case reports[J]. Gynecol Endocrinol. 2014. 30(5)：341-344.
[15] 冯桂玲，李静，周小琳.补肾健脾方对免疫性卵巢功能衰退小鼠性激素及卵子质量的影响[J].中医杂志，2016，57(16)：1416-1420.
[16] 雷玲玲，杨洋，王树玉.基础睾酮和AMH对卵巢低反应患者IVF-ET结局的预测[J].中国优生与遗传杂志，2018，26(7)：101-104.
[17] 李岩，王国纬，梁琛，等.游离睾酮指数对诊断多囊卵巢综合征的临床研究[J].山西医药杂志，2017，46(9)：1051-1053.
[18] 刘旭，马瑞红.雌性大鼠增龄与卵巢储备功能之间的关系[J].中国妇幼保健，2016.31(23)：5151-5153.
[19] 宁宁，张杰，王社教，等.月经规律女性抗缪勒氏管激素与基础卵泡刺激素关系的研究[J].中国妇幼健康研究，2016，27(5)：626-628.
[20] 王佩娟，彭蕴茹，罗宇慧，等.补肾活血汤对制动应激所致卵巢功能减退大鼠的影响[J].中国新药杂志，2010，19(5)：407-411.
[21] Fleming R，Seifer D B，Frattarelli J L，et al. Assessing ovarian response: antral follicle count versus anti-M ü llerian hormone[J]. Reprod Biomed Online. 2015. 31(4)：486-496.
[22] Seifer D B，MacLaughlin D T，Christian B P，et al. Early follicular serum m ü llerian-inhibiting substance levels are associated with ovarian response during assisted reproductive technology cycles[J]. Fertil Steril. 2002，77(3)：468-471.
[23] 王伟明，王扬，吴佳霓，等.电针预处理对早发性卵巢功能不全模型大鼠卵巢保护作用的实验研究[J].中国针灸，2018，38(4)：405-411.

（本文编辑：李海燕　本文校对：刘文娥　收稿日期：2019-03-12）

中草药大丁草水和醇提取物的镇痛作用※

高长久[1] 张朝立[1*] 李 洁[2] 李文超[1] 吴兆华[1]

（1 牡丹江医学院药学院，黑龙江 牡丹江 157011；2 牡丹江医学院附属红旗医院血液科，黑龙江 牡丹江 157011）

摘 要：目的 评价大丁草两种提取物的镇痛作用。**方法** 采用水和75%乙醇2种溶剂分别对大丁草进行提取，所得水提物和醇提物通过冰醋酸致小鼠扭体实验、热板仪致小鼠疼痛实验评价大丁草的镇痛效果。**结果** 镇痛实验结果显示，大丁草水和醇提取物低剂量组（3.2 g/kg）、高剂量组（6.4 g/kg）对醋酸致小鼠扭体和热板致小鼠疼痛具有明显的抑制作用（$P<0.01$，$P<0.05$），同剂量组的水提物与醇提物比较，镇痛作用更好（$P<0.01$，$P<0.05$）。**结论** 大丁草具有较好的镇痛作用，水提物的镇痛效果略优于醇提物。

关键词：大丁草；水提物；醇提物；镇痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.039 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0095-03

Analgesic Effects of Water and Ethanol Extracts from Chinese Herb of Common Leibnitzia

GAO Changjiu1, ZHANG Chaoli[1*], LI Jie[2], LI Wenchao[1], WU Zhaohua[1]

(1. College of Pharmacy, Mudanjiang Medical College, Heilongjiang Province, Mudanjiang 157011, China;

2. Hematology Department, Hongqi Hospital Affiliated to Mudanjiang Medical College, Heilongjiang Province, Mudanjiang 157011, China)

Abstract:Objective To evaluate the analgesic effects of two extracts from herb of common Leibnitzia. **Methods** Two kinds of solvents, water and 75% ethanol respectively, were used to extract herb of common Leibnitzia. The analgesic effect of the water extract and alcohol extract was evaluated by writhing test in mice induced by glacial acetic acid and pain test in mice induced by hot plate apparatus. **Results** Analgesic experiment showed that the low (3.2g/kg) and high (6.4g/kg) dose group of water and alcohol extracts of Herb of Common Leibnitzia had obvious inhibitory effect on writhing induced by acetic acid and pain induced by hot plate apparatus in mice ($P< 0.01$, $P < 0.05$). Compared with alcohol extract, the same dose of water extract had better analgesic effect ($P < 0.01$, $P < 0.05$). **Conclusion** Herb of common Leibnitzia has good analgesic effects, the analgesic effect of water extract is slightly better than that of ethanol extract.

Keywords: herb of common Leibnitzia; water extract; ethanol extract; analgesia

大丁草（Herb of Common Leibnitzia），又名烧金草、豹子药、苦马菜、米汤菜、鸡毛蒿、白小米菜、踏地香、龙根草、翻白叶、小火草、臁草等，始载于《本草纲目》，为菊科大丁草属多年生草本植物大丁草 *Leibnitzia anandria*（L.）Nakai[*Gerbera anandria*（L.） Sch Bip.] 的全草，其味苦，性寒，具有清热解毒、消肿止痛等功效，主治湿热泻痢、热淋、风湿关节痛、痈疖肿毒、臁疮、虫蛇咬伤、烧烫伤、外伤出血等病证[1]。本项目分别采用水和乙醇（75%）2种溶剂对大丁草药材进行提取，通过冰醋酸扭体法、热板致痛法对其水提物与醇取物的镇痛作用进行评价，通过统计学方法分析确定大丁草的镇痛作用的有效部位，为其临床合理用药提供理论依据，为拓展其临床应用范围奠定基础。

1 材料与方法

1.1 实验动物 健康昆明种（SPF）级小鼠，体质量为（18±22）g，雌雄兼用。由牡丹江医学院实验动物中心提供。实验前在本实验室适应性饲养3 d，室温19~25 ℃，相对湿度45%~68%。

1.2 实验药品与试剂 大丁草采自黑龙江牡丹峰国家级自然保护区，经黑龙江中医药大学药学院中药资源与开发教研室王振月教授鉴定为菊科植物大丁草 *Leibnitzia anandria*（L.） Nakai［*Tussi-lago anandria* L.； *Gerbera anandria*（L.）Sch.-Bip］；吲哚美辛肠溶片，批号171025，山西云鹏制药有限公司提供；盐酸吗啡注射液，批号160611，东北制药集团沈阳第一制药有限公司提供；冰醋酸，批号20170910，南京化学试剂股份有限公司提供； 75% 乙醇，批号20170925，上海时代生物科技有限公司提供。

1.3 实验仪器 分析天平，型号AUX220，岛津企业管理（中国）有限公司提供；电子天平，型号YP-6002，上海精密仪器仪表有限公司提供；旋转蒸发仪，型号RE-2010，上海濮安生物科技有限公司；离心机，型号TDL-5A，江苏省金坛市宏华仪器厂提供；电热套（加热套），型号EM2000/CE，北京诺植科技有限公司提供；循环水

※ **基金项目：**黑龙江省省属高等学校基本科研业务费科研项目【No.2017-KYYWF-0641】

* **通讯作者：**22474316@qq.com

真空泵，型号 SHB-111A，西安莫吉娜仪器制造有限公司提供；智能热板仪，型号 WA.115-6B，北京卓川电子科技有限公司提供；恒温器，型号 FYL-YS，上海将来实验设备有限公司。

1.4 实验方法

1.4.1 大丁草 2 种提取物的制备

1.4.1.1 大丁草水提物的制备 将大丁草药材剪成 5~8 mm 放入烧杯中，加入纯净水浸泡 60 min 后，先大火煮沸，小火持续沸腾 25 min 后，用纱布过滤后得滤液，其滤渣再加 5 倍水量煎煮 2 次后弃去，将 3 次煎煮所得滤液混合，放入离心机中离心，所得上清液浓缩，即为水提物，调节 pH 值（7.2），灭菌后放入冰箱（3~5 ℃）保存备用。经检测主要成分为香豆素类和黄酮类等，其中大丁苷、大丁纤维二糖苷、大丁龙胆二糖苷的含量分别为 0.235%、0.089%和 0.0112%。

1.4.1.2 大丁草醇提物的制备 将大丁草药材粉碎过筛，其粉末加乙醇（75%）浸泡 60 min 后，设置加热套 70 ℃下回流提取 3 次，静置，用真空泵抽滤，合并 3 次滤液，置于旋转蒸发仪旋蒸回收乙醇后，即为醇提物，调节 pH 值（7.2），灭菌后 3~5 ℃保存备用。经检测主要成分为香豆素类和黄酮类等，其中大丁苷、大丁纤维二糖苷、大丁龙胆二糖苷的含量分别为 0.226%、0.074%和 0.0093%。

1.4.2 剂量设计 大丁草给药剂量参考《中华本草》成人每日用量，按动物与人体的每千克体质量等效剂量折算系数换算成小鼠的剂量，水和醇 2 种提取物的给药剂量按提取量相当于生药量的比例进行换算。通过预实验，确定大丁草水和醇 2 种提取物镇痛实验的最低有效剂量均为 3.2 g/kg，并设定大丁草水和醇 2 种提取物高剂量组给药剂量均为 6.4 g/kg。

1.4.3 小鼠扭体实验 取 72 只雌雄各半小鼠，随机分成 6 组：大丁草水提物高、低剂量组，大丁草醇提物高、低剂量组，生理盐水组（20 mL/kg），吲哚美辛组（9.4 mg/kg），每组 12 只小鼠。大丁草水提物和醇提物高、低剂量组的给药剂量分别为 6.4 g/kg，3.2 g/kg（生药/体质量）。每天按照 0.2 mL/10 g，灌胃给药，1 次/d，连续 7 d。于末次给药 1 h 后腹腔注射 0.8% 冰醋酸溶液 0.1 mL/10 g，放入恒温器中（设定温度为 24 ℃），记录注射冰醋酸后 15 min 内各小鼠扭体潜伏期（注射醋酸后至发生首次扭体的时间）和小鼠扭体次数（腹部内凹，伸展后肢，臀部抬高为一次扭体）[2-6]。

1.4.4 小鼠热痛实验 取雌性小鼠，放入（55.0±0.5）℃智能热板仪中，以小鼠放入热板至舔后足所需时间作为痛阈值，5 min 后重复测 1 次，筛选痛阈值为 5~30 s 雌性小鼠 72 只。将每只小鼠正常痛阈值各测 2 次，取其平均值为给药前正常痛阈值。除阳性对照药为盐酸吗啡注射液（20 mg/kg）外，分组及给药方法同“1.4.3”项，分别在末次药后 30，60，90，120 min 测定小鼠痛阈。小鼠在热板测痛仪内 60 s 仍无痛觉反应则取出，按 60 s 计[7-10]。

1.5 统计学分析 各组实验数据结果以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 SPSS 20.0 软件对数据进行方差分析，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 对小鼠一般特征的影响 各实验组小鼠生活状态与实验前均无明显差别，无精神萎靡或死亡，饮食量与饮水量基本稳定，各组体质量增长速度无明显差异。

2.2 对冰醋酸致小鼠疼痛的影响 与生理盐水组比较，大丁草水和醇提物高、低剂量组（生药 6.4、3.2 g/kg）及吲哚美辛组（9.4×10^{-3} g/kg）均能延长冰醋酸所致小鼠疼痛潜伏期，其中吲哚美辛组差异有极显著意义（$P<0.01$），水和醇高、低剂量组差异有显著意义（$P<0.05$）。大丁草高、低剂量组及吲哚美辛组均能减少小鼠扭体次数，其中高剂量组、吲哚美辛组差异有极显著意义（$P<0.01$），水提物低剂量组差异有显著意义（$P<0.05$），醇提物低剂量组差异无显著意义（$P>0.05$）；水提物低剂量组与同剂量醇提物组比较，差异有显著意义（$P<0.05$）。大丁草水和醇提物对冰醋酸致小鼠疼痛有抑制作用，水提物作用略强于醇提物。见表 1。

表 1 大丁草 2 种提取物对冰醋酸致小鼠疼痛的影响（$\bar{x}\pm s$）

组别	鼠数	剂量(g/kg)	潜伏期(min)	扭体次数
生理盐水组	12	–	4.67±0.19	31.00±5.64
吲哚美辛组	12	9.4×10^{-3}	8.27±1.25**	17.38±2.75**
水提物高剂量组	12	6.4	6.22±0.34*	18.26±3.14**
水提物低剂量组	12	3.2	6.09±1.26*	22.45±2.01*△
醇提物高剂量组	12	6.4	6.01±1.76*	19.32±1.20**
醇提物低剂量组	12	3.2	6.15±2.10*	26.14±3.82

注：与生理盐水组比较，**$P<0.01$，*$P<0.05$；与相同剂量的醇提物组比较，△△$P<0.01$，△$P<0.05$

2.3 对热板仪致小鼠疼痛的影响 与生理盐水组比较，给药前各组痛阈值差异无统计学意义（$P>0.05$）。给药后大丁草水和醇提物高、低剂量组（生药 6.4、3.2 g/kg）及吗啡溶液组（20×10^{-3} g/kg）30，60，90，120 min 痛阈值均明显提高，各组差异均有极显著意义（$P<0.01$）。大丁草水提物高、低剂量组与相同剂量的醇提物比较，痛阈值明显提高（$P<0.01$ 或 $P<0.05$）。提示大丁草水和醇提物可提高热板致小鼠疼痛的痛阈，大丁草水提物的作

表 2 大丁草 2 种提取物对热板仪致小鼠疼痛的影响 （$\bar{x}\pm s$）

组别	鼠数	剂量（g/kg）	给药前(s)	给药后			
				30 min(s)	60 min(s)	90 min(s)	120 min(s)
生理盐水组	12	–	12.33±3.42	14.12±3.22	14.51±2.64	14.11±3.34	15.26±2.63
盐酸吗啡组	12	20×10^{-3}	13.29±1.67	47.51±3.56**	48.96±1.79**	56.10±3.47**	56.43±4.14**
水提物高剂量组	12	6.4	12.53±3.46	25.17±4.75$^{**\triangle\triangle}$	27.32±4.63$^{**\triangle\triangle}$	30.52±3.42$^{**\triangle\triangle}$	34.14±3.42$^{**\triangle\triangle}$
水提物低剂量组	12	3.2	12.67±2.52	19.32± 1.98$^{**\triangle}$	21.48±5.64$^{**\triangle\triangle}$	24.14±4.70$^{**\triangle\triangle}$	26.27±4.47$^{**\triangle}$
醇提物高剂量组	12	6.4	12.40±3.18	17.98±3.69**	18.56±6.74**	22.64±4.75**	24.01±1.64**
醇提物低剂量组	12	3.2	12.49±2.30	16.19± 2.01**	17.78±3.68**	19.05±2.43**	23.75±3.72**

注：与生理盐水组比较，$^{**}P<0.01$，$^{*}P<0.05$；与相同剂量组的醇提物组比较，$^{\triangle\triangle}P<0.01$，$^{\triangle}P<0.05$

用优于醇提取物。见表 2。

3 讨论

中草药大丁草原植物在我国南北各地均有分布，生于山坡路旁、林边、草地、沟边等阴湿处，蕴藏量巨大，为大丁草在中医药领域的研发与应用提供了深厚的资源基础。大丁草具有清热解毒、消肿止痛等功效，推测其具有镇痛方面的相关药理作用，并尚未发现相关报道，且毒性较低[11-12]，有着较好的药用开发与利用价值。故本项目采用水和 75% 乙醇两种溶剂分别对大丁草进行提取，所得水提物和醇提物通过冰醋酸致小鼠扭体实验、热板仪致小鼠疼痛实验对其镇痛效果进行评价。

小鼠扭体实验结果提示大丁草水和醇两种提取物高、低剂量组（生药 6.4、3.2 g/kg）均能抑制腹腔注射冰醋酸溶液引起急性腹膜炎所产生大面积、持久性的化学疼痛刺激作用；小鼠热板实验提示大丁草 2 种提取物高、低剂量组均能抑制热板所致物理热疼痛刺激经传入神经传给中枢而达到镇痛目的。

本项目从药效学角度研究表明，大丁草水和醇两种提物高、低剂量组（生药 6.4、3.2 g/kg）在镇痛作用方面有统计学意义（$P<0.01$ 或 $P<0.05$），且存在着一定的量效关系，为大丁草民间治疗湿热泻痢、热淋、风湿关节痛、痈疖肿痛等病证提供了药效学理论基础。同剂量水提物的镇痛效果优于醇提物，推测其与发挥镇痛作用的有效成分水溶性较好有关，这与民间应用大丁草水煎液治疗病证的方法一致。同时，本课题组对大丁草中发挥镇痛作用具体有效成分及其作用机制正在进一步研究中。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中华本草[M]. 上海：上海科学技术出版社，1999：6949-6951.

[2] 邓志勇，骆海玉，陈超英，等. 木荷树皮乙醇提取物抗炎镇痛作用研究[J]. 广西师范大学学报（自然科学版），2019，37(1)：181-186.

[3] 黄樱华，吴晓贞，冯小权. 昆明山海棠根与茎抗炎镇痛作用的比较研究[J]. 广东药学院学报，2017，33(3)：357-360.

[4] 闵庆喜，吴佩芳，朱全红，等. 红葱乙醇提取物的抗炎镇痛及壮阳作用[J]. 中国临床药理学杂志，2015，31(1)：44-47.

[5] 陈自宏，虞泓，马云淑. 兰坪虫草镇痛作用研究[J]. 科学技术与工程，2017，17(4)：163-167.

[6] 高长久，张朝立，郑著家，等. 锦花清热胶囊抗炎镇咳镇痛作用研究[J]. 医药导报，2017，36(3)：268-271.

[7] 林汝秀，林莹波. 独脚金提取物的抗炎镇痛作用及机制研究[J]. 中医药导报，2017(20)：59-61.

[8] 喻琴，王东升，张世栋，等. 鱼腥草芩蓝口服液抗炎镇痛作用研究[J]. 动物医学进展，2018，39(8)：36-39.

[9] 梁生林，梁琼，钟卫华，等. 荭草提取物抗炎镇痛作用实验研究[J]. 中草药，2014，45(21)：3131-3135.

[10] 蒲燕，高卓林，漆磊，等. 中药材满山红两种提取物抗炎与镇痛作用[J]. 中医药临床杂志，2017(6)：99-102.

[11] 苗绪红，苏冠男，饶冠华，等. 大丁草（*Gerbera anandria*（L.）Sch Bip.）对腺嘌呤诱导的慢性肾功能衰竭大鼠 TGF-β1 和 ET-1 mRNA 表达的影响[J]. 南开大学学报（自然科学版），2009，42(1)：137-140.

[12] 肖瑛，丁怡. 大丁草属植物的化学成分和药理活性研究[J]. 天然产物研究与开发，2002，14(6)：51-57.

（本文编辑：李海燕 本文校对：孟令锴 收稿日期：2019-01-28）

关于变更投稿邮箱的通知

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

感谢您一直以来对我刊的关注与支持！

投稿邮箱：zgzyyycjy@163.com

咨询电话：010-57289308/57289309

官方网站：www.zgzyyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社编辑部

2015 年 2 月 10 日

中西医汇讲 INTEGRATED TCM AND WM

中西医结合治疗脑卒中吞咽功能障碍临床观察

张 乔 郭艳侠*

（中国医科大学附属盛京医院第一神经内科，辽宁 沈阳 110004）

摘 要：目的 探讨中医针刺联合吞咽功能治疗仪对脑卒中吞咽功能障碍的干预效果。**方法** 选取脑卒中吞咽功能障碍患者108例，分为对照组和观察组各54例。对照组采用常规药物治疗和康复训练，观察组在此基础上给予中医针刺联合吞咽功能治疗仪干预治疗，采用洼田饮水试验评定吞咽功能，比较2组患者吞咽功能恢复的有效率。**结果** 干预治疗后，观察组患者的吞咽功能恢复有效率为88.9%（48/54），对照组有效率为68.5%（37/54），比较差异具有统计学意义（$P<0.05$）。**结论** 针刺联合吞咽功能治疗仪能够明显改善脑卒中吞咽功能障碍患者的恢复效果。

关键词：脑卒中；针刺疗法；吞咽功能治疗仪；吞咽功能障碍；中风；语謇

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.040 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0098-03

Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treatment of Dysphagia after Stroke

ZHANG Qiao, GUO Yanxia

(Department of Neurology, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: Objective To explore the effect of Chinese medicine acupuncture combined with swallowing function therapy device on dysphagia after stroke. **Methods** A total of 108 cases of dysphagia patients were divided into control group and observation group of 54 cases respectively. Patients in the control group received routine care interventions, while patients in the observation group received care from Chinese medicine acupuncture combined with swallowing function therapy device additionally. The patients were measured by water swallow test and the effective rate was compared. **Results** After treatment, the total effective rate of observation group was 88.9% and that of the control group was 68.5%, so there was statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** Chinese medicine acupuncture combined with swallowing function therapy device can help the patients' recovery effectively.

Keywords: cerebral apoplexy; acupuncture therapy; swallowing function therapy device; stroke; dysphagia

近年来，随着社会的进步、人口的老龄化以及生活方式的不断改变，脑卒中的发病率呈不断上升趋势。在临床中，脑卒中患者常常伴有不同程度的吞咽功能障碍。据统计[1-2]，40%以上的脑卒中患者会产生吞咽功能障碍。吞咽功能障碍影响患者的进食，往往会引起各种营养不良、水分缺失、电解质平衡紊乱等，甚至发生各种误食、误吸，进而引起吸入性肺炎、机体抵抗力下降。吞咽功能障碍严重时，患者必须留置胃管，这对其生理和心理都带来极大的痛苦，严重影响了患者的生活质量，甚至使患者对康复失去信心[3-4]。因此，及时诊断筛选出吞咽功能障碍并对其有针对性的进行治疗和护理，改善吞咽功能困难，对患者的康复具有重要的临床意义。

针对吞咽功能障碍的治疗方法很多，包括功能训练、电刺激训练、药物治疗等，具体的临床效果都有待进一步观察[5]。目前而言，在实际操作中，吞咽功能障碍的治疗往往以传统的康复治疗也就是功能恢复训练为主，受外在因素影响较多，患者的恢复效果可能不太显著。针刺疗法是中医治疗脑卒中常用的一种治疗方法，疗效得到广泛的认可；而吞咽功能治疗仪由于使用方便，操作简单，受外在因素影响较少，在实际的临床护理也逐渐发挥了更大的作用。本研究针对2018年1月—2018年12月我院中医科和神经内科收治的脑卒中吞咽功能障碍患者，分为对照组和观察组，观察组进行系统的功能训练和中医针刺联合吞咽功能治疗仪治疗，以探讨中医针刺联合吞咽功能治疗仪对吞咽功能障碍患者恢复的影响，促进患者的康复，也为中医针刺联合吞咽功能治疗仪的推广使用提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院中医科和神经内科2018年1月—2018年12月收治的脑卒中后吞咽功能障碍患者共计108例，按照入院时间将患者随机分成2组，各54例。对照组男27例，女27例；年龄50~72岁，平均年龄58.3岁；脑出血28例，脑梗死26例。观察组男27例，女27例；年龄50~73岁，平均年龄59.2岁；脑出血29例，脑梗死25例。所有患者的病程均在2个月左右，平均病程（2±0.5）个月。对患者吞咽功能的评价采用洼田饮水试验，108例患者均有饮水呛咳和吞咽困难。2组患者的性别、年龄、病种分类差异无统计学意义（$P>$

*通讯作者：122332757@qq.com

0.05），具有可比性。

1.2 纳入标准 符合第四届全国脑血管病会议通过的各类脑血管病的诊断和分类标准，诊断为脑血栓或者脑出血，并经头部 CT 或 MRI 确诊。首次发病，生命体征平稳，神经系统症状不再进展 48 h 后者。吞咽障碍诊断标准，参照第六届全国脑血管病学术会议修订的关于脑卒中后吞咽困难的诊断标准：（1）饮水过程中或完毕后出现咳嗽或噎呛；（2）吞咽后声音嘶哑，有一项阳性即可确定为存在摄食-吞咽障碍。

1.3 排除标准 （1）口腔、咽喉、食管等占位性病变身体状况极差者；（2）急性期生命体征不稳定者；（3）严重肝肾损害、造血系统、精神疾病者；（4）中风后意识不清或有被动体位者；（5）怀孕、哺乳期患者。

1.4 干预方法 对 2 组患者均进行常规的药物治疗，并对其进行吞咽功能训练来促进吞咽功能的恢复。常规吞咽功能训练主要包括口唇、面颊部肌肉训练、舌部运动训练、咽部训练等，每次进行 20 min，每天 2 次，责任护士对吞咽困难患者进行康复动作的示范，督促鼓励其完成，直至熟练掌握。

观察组在药物治疗、功能训练的基础上，采用吞咽功能治疗仪联合针灸治疗结合饮食调护和情志疏导的方法，具体如下。吞咽功能治疗仪：将吞咽功能治疗仪的电极放置于颈后第 7 颈椎棘突处、下颌甲状软骨上方或者下颌两侧并置，选择治疗仪的中频直流电和低频电流，通过脉冲电流以较低的刺激频率引发患者咽部肌肉振动和震颤来进行。治疗仪的电流强度以患者可感觉为阈限，以不超过患者所能耐受为度。治疗 1 次持续时间 20 min，每天 1 次，每次治疗过程中联合进行空吞咽动作。

针刺疗法：针刺天突、廉泉、翳明、合谷、风池、足三里等穴位进行治疗。天突、廉泉、翳明、风池采用泻法，足三里、合谷采用补法，以上各穴得气后接 G6805-2A 型低频电子脉冲治疗仪以疏波，强度以轻刺激进行电针，留针 20 min。

饮食调护：吞咽困难患者，常表现为吃流质易呛，吃普食时易噎，故食物改良为比较黏稠但能从勺中流下的液体，如米糊、藕粉冲调后的黏稠液体等，吞咽困难度从简单到复杂逐层递进。进食体位可以采取半仰卧位，床头抬高 30°，食物由健侧咽部进入食管，既保证食物随重力进入咽部，又减少误吸的风险。同时，注意饮食禁忌，糖尿病患者控制热量和碳水化合物的摄入，控制甜食摄入量，高脂血症患者控制脂肪摄入，高血压患者采用低盐饮食，每天盐的摄入量不超过 6 g，多予富含镁钾的食物。

情志疏导：中风患者往往卧床时间比较长，易出现情绪低落、兴趣低下、反应迟滞、入睡困难、早醒、多梦、紧张不安、急躁易怒、胸闷、疲乏无力、必要时睡前应用安眠药物。中医认为其病因病机多系气机逆乱、心脑之府受扰、脑失所养，病位在心脑。故护理过程中应关注患者的心理状态，及时给予心理暗示，给予情绪疏导；对患者进行用药、饮食、心理、康复指导，提高患者治疗的信心，从而达到疏通经络，调理脏腑气血，平衡阴阳的目的。

1.5 观察指标 如前所述，采用洼田饮水试验来评价患者的吞咽能力[6]。该试验是由日本学者洼田俊夫提出的评定吞咽功能障碍的方法，操作简单，分级明确清楚，适合进行吞咽能力评价。具体过程如下：让患者端坐，饮下 30 mL 温水，然后可从Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级、Ⅳ级、Ⅴ级五个级别进行评定。Ⅰ级：不呛，可 1 次饮下（记 1 分）；Ⅱ级：不呛，分 2 次以上能饮下（记 2 分）；Ⅲ级：能 1 次饮下，但有呛咳（记 3 分）；Ⅳ级：分 2 次以上饮下有呛咳（记 4 分）；Ⅴ级：屡屡呛咳，不能全部咽下（记 5 分）。分数越低，吞咽功能越好。

1.6 疗效评定标准 洼田饮水试验从治愈、有效、无效 3 个级别来评定疗效。治愈：吞咽功能障碍消失，评定为Ⅰ级；有效：吞咽障碍得到大幅改善，评定为Ⅱ级；吞咽障碍基本上没有得到改善，评定为Ⅲ级以上。采用治疗有效率来最终评价吞咽功能障碍的治疗效果，治疗有效率为试验中治愈和有效所占总数的比例。

1.7 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 24.0 统计软件进行分析。计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，组间采用 t 检验；计数资料采用卡方检验，$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本研究的干预治疗时间为 1 个月，在整个干预过程中，没有病例脱落，所有患者均完整参与了研究过程。2 组患者经洼田饮水试验前后评分比较见表 1。2 组患者经洼田饮水试验前后的疗效比较见表 2。

表 1 2 组患者洼田饮水试验评分比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	54	4.19±0.75	2.78±0.96*
观察组	54	4.21±0.69	1.45±0.87*#

注：与干预前比较，*$P<0.05$；与对照组比较，#$P<0.05$

表 2 2 组患者治疗有效率比较 （例）

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率（%）
对照组	54	16	21	17	68.5
观察组	54	23	25	6	88.9*

注：与对照组比较，*$P<0.05$

对于表 1 中洼田饮水试验评分采用 t 检验，可以看

出，2组治疗后评分均比治疗前明显降低，但观察组降低更为明显差异具有统计学意义（$P<0.05$）；对于表2，2组患者治愈有效率比较采用卡方检验，观察组患者的有效率显著高于对照组，具有明显的统计学差异（$P<0.05$）。也就是说，经过治疗后，2组患者均能够显著改善吞咽功能障碍，但观察组的治疗效果更好。

3 讨论

一般认为，摄食吞咽过程主要分为认知期、准备期、口腔期、咽期和食管期5个阶段。吞咽功能障碍是食物从被认知开始，经口腔、咽部、食管到达胃部的过程发生障碍。脑卒中患者引起吞咽功能障碍主要原因是与吞咽功能相关的神经受损。患者由于舌咽、迷走和舌下神经的核性或核下性损害、双侧皮质延髓束损害等导致咽喉肌和舌肌麻痹，从而出现吞咽功能障碍。脑卒中是引起患者吞咽功能障碍的首要病因，反之，吞咽障碍又使误吸等危险增加，造成支气管或肺部感染、脱水和营养不良，进一步延缓患者的康复。因此，在积极治疗脑卒中的同时，迅速地开展吞咽功能障碍治疗也显得极为重要。

众多资料[7-9]表明针刺联合现代康复训练技术治疗脑卒中吞咽障碍疗效明显。风池、翳明、廉泉是传统体针治疗脑卒中吞咽障碍的重要穴位。风池是足少阳经穴位，进行针刺可以调肝熄风、豁痰利咽；廉泉穴位于任脉，循经通络可直达咽喉，一直被认为是治疗舌强不语、中风失语的要穴；而合谷、足三里属于阳明经，为多气多血之经，终在头脑。众多穴位合用，标本兼顾，其一补气血，健脾气治本；其二通经活络、化痰浊、利咽喉治标。现代医学研究表明，针刺能通过建立侧支循环，有效改善病变部位的缺氧，进而恢复上下运动神经元的功能[10]。康复医学认为，中枢神经系统中只要神经元未完全受损，就能在结构、功能上进行整合，通过轴突及树突的再造，残存组织发挥作用[11-12]。

电刺激疗法利用一定强度的刺激程序来刺激咽部肌肉，进而诱发肌肉运动或模拟其正常的自主运动，达到改善或恢复被刺激肌肉或肌群功能的目的。吞咽功能治疗仪能够很好地实现电刺激。它通过脉冲对麻痹的神经纤维和肌肉产生强烈刺激，兴奋大脑的吞咽高级中枢，帮助恢复和重建吞咽相关反射弧，并促进新的中枢至咽喉运动传导通路形成。同时，通过脉冲刺激能促进组织血液循环，提高咽部肌肉的协调性和灵活性，使吞咽肌群运动障碍得到减轻，明显改善吞咽功能。

针刺联合吞咽功能治疗仪的基础上配合吞咽康复功能训练结合饮食、情志护理，可促使患者大脑皮质运动区的“动作定型”的完成，有利于吞咽功能障碍的恢复。在本研究中，首先，经过持续治疗，2组患者均能改善吞咽功能障碍，说明常规吞咽功能训练是一种有效的治疗方法。其次，观察组除了常规的功能训练，采用针刺联合吞咽功能治疗仪治疗，患者的洼田饮水试验评分和恢复有效率明显提高，比较差异具有统计学意义，这证实了针刺联合吞咽功能治疗仪对吞咽功能障碍患者的康复具有显著的疗效，是一种安全有效、操作简便的治疗方法。

4 结语

本研究对脑卒中吞咽功能障碍患者进行了常规功能训练和针刺联合吞咽功能治疗仪治疗干预，持续干预1个月后，采用洼田饮水试验评估患者的吞咽能力，进而评价吞咽功能治疗仪的疗效。结果表明，临床上对于脑卒中吞咽功能障碍患者在常规功能训练的基础上，给予针刺联合吞咽功能治疗仪综合治疗，能够有效促进患者吞咽功能的恢复，更大程度地改善患者吞咽功能，达到理想的治疗效果，值得广泛地推广和应用。

参考文献

[1] Winstein C J, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2016, 47(6): e98-e169.

[2] Martino R, Pmn G, Diarnant N. Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: insufficient evidence for guidelines[J]. Dysphagia, 2000, 15(1): 19-30.

[3] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017年版)第一部分 评估篇[J]. 中华物理医学与康复杂志,2017,39(12): 881-892.

[4] 闫豫萍. 康复训练和Vitalstim吞咽障碍治疗仪综合治疗脑卒中后吞咽障碍[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(2): 1452-1454.

[5] 李庆玉,崔勇. 吞咽治疗仪在脑血管病患者吞咽功能障碍治疗中的应用[J]. 山东医药,2012,52(34): 58-59.

[6] 王拥军,卢德宏,崔丽英,等. 现代神经病学进展[M]. 北京: 科学技术文献出版社,2004: 205-290.

[7] 李智，焦富英. 针刺联合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽功能障碍的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2018,34(10): 10-13.

[8] 王俊卿,孙玉娇,朱银星,等. 电针配合康复训练对脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J]. 中国中医急症,2012,21(10): 1701-1702.

[9] 陈婧,周鸿飞. 针刺治疗与吞咽障碍相关肌肉联系[J]. 辽宁中医药大学学报,2017,19(1): 144-146.

[10] 李滋平,符文彬,荣莉. 舌针治疗假性延髓麻痹45例疗效观察[J]. 中国针灸,2003,23(9): 50-51.

[11] 朱庸链,方定华. 神经康复学[M]. 北京:人民军医出版社,2001: 556-558.

[12] Gonzalea-Femadez M, Kleinman J T, Ky Pk, et a1. Su-pratentorial Regions of Acute Ischemia Associated with Clinically Important Swallowing Disorders: A Pilot study[J]: Stroke, 2008, 39(11): 3022-3028.

（本文编辑:李海燕 本文校对:王 丹 收稿日期:2019-03-22）

补肾调经汤联合来曲唑治疗肾虚肝郁型多囊卵巢综合征所致不孕症临床观察

辛秀丽[1] 袁少飞[2] 关敬之[3]

（1 内蒙古自治区人民医院中医科，内蒙古 呼和浩特 010017；
2 内蒙古科技大学包头医学院第二附属医院药剂科，内蒙古 包头 014030；
3 内蒙古自治区国际蒙医医院药学部，内蒙古 呼和浩特 010065）

摘 要：目的 探讨补肾调经汤联合来曲唑治疗肾虚肝郁型多囊卵巢综合征（PCOS）所致不孕症的临床效果。**方法** 选取2015年1月—2017年1月肾虚肝郁型多囊卵巢综合征所致不孕症患者93例，按照随机数字表法将其分为对照组（n=46）与试验组（n=47）。对照组单纯予以西药来曲唑治疗，试验组在对照组的治疗基础上联合服用补肾调经汤，对比2组患者治疗效果、中医证候积分、排卵率及妊娠率。**结果** 试验组总有效率明显高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）；治疗前，2组间各项指标比较差异无统计学意义（P>0.05）；治疗后，2组中医主症与次症评分较治疗前均降低，且试验组明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）；治疗前，2组间各项指标比较，差异无统计学意义（P>0.05）；治疗后，2组FSH、LH/FSH、T较治疗前有不同程度的好转，其中试验组FSH高于对照组，LH/FSH与T水平明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。本组1年随访过程中无1例失访，试验组周期排卵率以及周期妊娠率均高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。**结论** 在西药来曲唑治疗的基础上配合补肾调经汤治疗可有效提高肾虚肝郁型多囊卵巢综合征所致不孕症患者的受孕率，为临床解决不孕不育这一难题开创先机，具有重要的推广价值。

关键词：多囊卵巢综合征；补肾调经汤；来曲唑；肾虚肝郁型；不孕症；中西医结合疗法
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.041 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0101-03

Clinical Observation on Bushen Tiaojing Decoction Combined with Letrozole in the Treatment of Infertility Caused by Kidney Deficiency and Liver Depression Type Polycystic Ovarian Syndrome

XIN Xiuli[1], YUAN Shaofei[2], GUAN Jingzhi[3]

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Autonomous Region People's Hospital, Inner Mongolia, Hohhot 010017, China;
2. Department of Pharmacy, the Second Affiliated Hospital of Baotou Medical College, Inner Mongolia, Baotou 014030, China;
3. Department of Pharmacy, Inner Mongolia International Mongolian Hospital, Inner Mongolia, Hohhot 010065, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of Bushen Tiaojing decoction combined with letrozole in the treatment of infertility caused by kidney deficiency and liver depression type polycystic ovary syndrome. **Methods** Ninety-three cases of patients with infertility caused by kidney deficiency and liver depression polycystic ovary syndrome from January 2015 to January 2017 were divided into control group (n=46) and experimental group (n=47) according to random number table method. The control group was treated with letrozole only, while the experimental group was treated with Bushen Tiaojing decoction combined with letrozole. The therapeutic effect, TCM syndrome score, ovulation rate and pregnancy rate of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the experimental group was significantly higher than that of the control group (P<0.05), and there was no statistical difference between the two groups before treatment (P>0.05). After treatment, the scores of main symptoms and secondary symptoms in the two groups were lower than those before treatment, and the experimental group was significantly lower than that in the control group and the difference was statistically significant (P<0.05). Before treatment, there was no statistical difference in the indexes between the two groups (P>0.05). After treatment, FSH, LH/FSH and T of the two groups improved in different degrees compared with those before treatment. Among them, the FSH of the experimental group was higher than that of the control group, and the levels of LH/FSH and T of the experimental group were significantly lower than those of the control group, and the difference was statistically significant (P<0.05). During the one-year follow-up, there was no case without visiting. The ovulation rate and pregnancy rate of the experimental group were both higher than those of the control group, and the difference was statistically significant (P<0.05). **Conclusion** On the basis of Western medicine, Bushen Tiaojing decoction combined with letrozole can effectively improve the fertility rate of infertility patients caused by kidney deficiency and liver depression type polycystic ovary syndrome. It is a pioneer to solve the problem of infertility in clinic and has important popularization value.

Keywords: polycystic ovarian syndrome; Bushen Tiaojing decoction; Letrozole; kidney deficiency and liver depression type; infertility; therapy of integrated medicine

多囊卵巢综合征（polycystic ovary syndrome，PCOS）是一种发病多因性的排卵障碍性疾病，好发于青春期和育龄期[1]。近年来受遗传和环境等多种因素影响，我国PCOS发病率持续走高，约占所有育龄妇女的5%~10%，

占无排卵性不孕的50%~70%，仅次于输卵管因素导致的不孕症[2]。目前西医治疗多采用药物及生活指导等综合调节疗法，手术也是一项重要的辅助生育技术，但西医治疗存在一定不良反应，对患者的身心健康易造成负面影响。随着中医学的不断发展，其在多种难治性疾病中发挥巨大优势，中医将PCOS归属于“闭经”“不孕”等范畴，并强调此病需重视阴阳平衡、气血调和，拟定补肾调经汤与西药联合治疗，发挥协同作用，取长补短[3]。本研究选取93例肾虚肝郁型PCOS所致不孕症患者，旨在评价补肾调经汤联合来曲唑治疗的应用价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月—2017年1月我院收治的PCOS所致不孕症患者93例，采用随机数字表法将其分为对照组与试验组。对照组46例；年龄23~36岁，平均年龄29.51岁；不孕时间2~8年，平均时间（5.02±1.83）年。试验组47例；年龄22~38岁，平均年龄30.05岁；不孕时间3~8年，平均时间（5.53±1.71）年。对比2组患者的例数、年龄、不孕时间等一般资料差异均无统计学意义（P>0.05），存在可比性。

1.2 纳入标准 （1）均符合2003年鹿特丹对多囊卵巢综合征的诊断标准，符合《中药新药临床研究指导原则》有关肾虚肝郁型诊断；（2）近3个月内未服用任何激素类药物及其他影响生殖内分泌的药物；（3）有生育要求，自愿参与本研究，签署知情同意书。

1.3 排除标准 （1）其他因素所致不孕（如输卵管因素、免疫因素及丈夫精液异常等因素）；（2）合并有严重的全身性疾病、精神病；（3）先天性肾上腺皮质增生及肝肾功能不全者；（4）对所用药物有过敏史。

1.4 治疗方法 对照组予以单纯西药治疗，即口服来曲唑（浙江海正药业股份有限公司 规格：2.5 mg/片，批号：国药准字H20084597），首次服用时间为月经周期或药物撤退出血的第5天，每次2.5 mg（1片），每天1次，连服5 d。

试验组在对照组的治疗基础上加服中药补肾调经汤，首次服用时间同对照组，方中包含：山药20 g，菟丝子、白芍、白术、党参、丹参、沙苑子、茯苓、当归各15 g，覆盆子、生地黄、香附、续断各10 g，柴胡6 g。上述药方以水煎制成100 mL药汤，每日1剂，早晚空腹分服，20 d为1个疗程，经期停药，并连续服用3个月经周期。

1.5 疗效评定标准 根据患者受孕及各项指标恢复情况将治愈判定为[4]。痊愈：患者如期受孕，且血清激素水平均恢复正常，临床症状和体征彻底消失；显效：患者未受孕但血清激素水平有明显好转，临床症状基本消失；有效；患者未受孕，各项指标与临床症状有所改善；无效：患者未受孕且各项指标与症状均无变化。根据《中药新药临床研究指导原则》[5]拟订中医证候积分，主症为月经后期或闭经，腰膝酸软，烦躁易怒，根据轻、中、重分别计2、4、6分。次症为头晕耳鸣，带多质稀，乳房胀痛，胸胁胀痛。根据轻、中、重分别计1、2、3分，得分越低表示症状越轻。对比2组治疗前后血清激素水平，包括FSH、LH/FSH、T等，嘱患者治疗前后月经期第3天上午9:00空腹抽前臂静脉血。通过治疗后1年的随访，观察2组患者的排卵和妊娠情况，通过阴道B超和血HCG结果来检查患者的排卵以及确定妊娠，计算患者的周期妊娠率。

1.6 统计学方法 全部数据均采用SPSS 22.0统计软件进行分析。计数资料予以x^2检验；计量资料予以t检验，($\bar{x}\pm s$)表示。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗总有效率 试验组总有效率明显高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表1。

表1 2组患者总有效率比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	46	23	11	7	5	89.13
试验组	47	30	12	4	1	97.87
x^2值						6.284
P值						<0.05

2.2 治疗前后中医证候评分 治疗前，2组间各项指标比较不存在统计学差异（P>0.05）；治疗后，2组中医主症与次症评分较治疗前均降低，且试验组明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表2。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	中医主症评分		中医次症评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	16.39±4.84	4.20±3.21	11.73±3.23	3.19±3.17
试验组	47	16.20±4.91	12.82±7.52	11.92±3.20	8.46±4.61
t值		0.188	7.216	0.285	6.346
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 治疗前后血清激素水平 治疗前，2组间各项指标比较不存在统计学差异（P>0.05）；治疗后，2组FSH、LH/FSH、T较治疗前有不同程度的好转，其中试验组FSH高于对照组，LH/FSH与T水平明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表3。

表 3 2 组患者治疗前后各血清激素水平比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	FSH（mIU/mL）		LH/FSH（mIU/mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	4.72±0.83	4.83±0.53	2.70±0.55	1.71±0.42
试验组	47	4.85±0.83	4.34±0.78	2.43±0.84	2.06±0.55
t 值		0.755	3.550	1.838	5.245
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	T（ng/mL）	
		治疗前	治疗后
对照组	46	70.23±8.30	16.85±3.17
试验组	47	73.41±8.24	21.17±4.22
t 值		1.854	5.590
P 值		>0.05	<0.05

2.4 2 组周期排卵率及妊娠率对比 治疗后随访 1 年，无 1 例失访，随访率 100%，试验组周期排卵率以及周期妊娠率均高于对照组，差异有统计学意义（*P*<0.05），见表 4。

表 4 2 组患者周期排卵率及妊娠率比较 [例(%)]

组别	例数	周期数	周期排卵率	周期妊娠率
对照组	46	89	53（59.55）	9（10.11）
试验组	47	95	76（80.00）	38（40.00）
x^2 值			9.915	23.789
P 值			<0.05	<0.05

注：排卵率 = 周期排卵数 / 总治疗周期数 × 100%，妊娠率 = 临床妊娠人数 / 总样本量 × 100%

3 讨论

PCOS 是一组内分泌失调、具有生殖功能障碍和葡萄糖代谢异常的常见妇科内分泌疾病。临床以持续无排卵、雄激素过剩和胰岛素抵抗为主要特征，是导致女性不育的重要因素。PCOS 的病因和发病机制非常复杂，至今尚未完全阐明。中医认为[6]，肝肾在妇女的生殖中起着重要作用；而在情志方面引起肝的功能失调对月经及不孕的影响方面也有古文记载，如陈修园《妇科要旨》曰：“妇人无子，皆因经水不调……每多忧思愤怒，郁气居多……气血结逆于脏腑经络，经事是乎不调矣。”由此可认为 PCOS 以肾虚为先导而诱发，肝肾两脏代谢功能失常，引起肝郁气滞，导致闭经而引起不孕。

目前中西医结合在不孕症中的治疗效果已获得认可，来曲唑是目前效果明显且医药市场上十分多见的一种西药，可逆和高抑制芳香酶活性，从而减少雌激素的合成，且不良反应极低，故本研究采用此药作为促排卵药[7]。此外，补肾调经汤的制备，旨在补肾益气，促进卵泡生长发育，增加内膜厚度。本研究采用补肾调经汤联合来曲唑进行治疗，结果显示：试验组总有效率明显高于对照组，且治疗后，2 组中医主症与次症评分较治疗前均降低，但试验组明显低于对照组（*P*<0.05），分析原因：补肾调经汤中包含的菟丝子养肝明目、补肾益精，香附可调经且理气解郁，覆盆子补肝益肾、固精缩尿，山药健脾养胃、补肾化痰，柴胡疏肝解郁，生地黄滋阴补肾，白芍养血柔肝，当归补血经络，白术健脾益气，党参补气。各种药物的组合可达补肾益精的功效，舒缓肝脏，缓解抑郁，滋补血液，促进妊娠[8]。本组 1 年随访过程中无 1 例失访，试验组周期排卵率以及周期妊娠率均高于对照组，差异有统计学意义（*P*<0.05）。血清 LH、FSH 比值及 T 值升高与 PCOS 发病有一定关联，也是导致此类患者内分泌失调的主要原因。本研究结果显示，治疗后 2 组 FSH、LH/FSH、T 较治疗前有不同程度的好转，其中试验组 FSH 高于对照组，LH/FSH 与 T 水平明显低于对照组，因此推测补肾调经汤可通过降低血清 LH/FSH 比值和 T 值，以实现调节腺轴和促进排卵的功能，以提高排卵率及受孕率。

综上所述，补肾调经汤联合来曲唑治疗肾虚肝郁型多囊卵巢综合征所致的不孕症有明显成效，值得推广。

参考文献

[1] 周夏芝，刘英莲，岳雯，等. 补肾活血促卵方对肾虚血瘀型多囊卵巢综合征所致不孕症的临床疗效[J]. 中国临床药理学杂志，2017，33(9):786-789.
[2] 王慧珍，张大伟. 中西医结合治疗多囊卵巢综合征所致不孕症 38 例[J]. 河南中医，2016，36(7):1245-1248.
[3] 李娟，孙凤. 补肾活血促排卵汤治疗肾虚血瘀型多囊卵巢综合征所致不孕症的临床观察[J]. 中国药房，2017，28(20):2840-2842.
[4] 蔡秀丽，姚金艳，张义娇，等. 达英-35 联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征所致不孕症的疗效分析[J]. 实用临床医药杂志，2016，20(15):60-62.
[5] 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:人民卫生出版社，1993:263-266.
[6] 孙雪，桑敏，孙晓妍，等. 中医药协同体外受精-胚胎移植技术治疗多囊卵巢综合征所致不孕症[J]. 中医学报，2017，32(1):106-109.
[7] 朱琰，曹琦，安彩萍，等. 针药并用治疗多囊卵巢综合征所致不孕症疗效观察[J]. 上海针灸杂志，2017，36(7):812-815.
[8] 陈瑾. 中西医结合治疗多囊卵巢综合征所致不孕症的临床观察[J]. 实用中西医结合临床，2015，15(2):29-30.

（本文编辑：李海燕 本文校对：金培彧 收稿日期：2018-12-07）

中醫美藏

舒血宁注射液联合双抗治疗急性脑梗死28例

王 飞

[营口经济技术开发区中心医院(营口市第六人民医院)神经内科,辽宁 营口 115007]

摘 要:目的 观察舒血宁注射液联合双抗(阿司匹林肠溶片加氯吡格雷)治疗急性脑梗死的临床疗效。**方法** 选取急性脑梗死患者56例,随机分为治疗组及对照组,各28例。对照组患者采用基础治疗加阿司匹林(100 mg/d)和氯吡格雷(75 mg/d)口服,日1次。治疗组在对照组基础上联合舒血宁注射液20 mL,溶解于5%葡萄糖注射液250 mL日1次静点。疗程均为2周,治疗结束后,评价2组患者神经功能恢复情况。**结果** 治疗2周后,治疗组患者总有效率89.20%(25/28)高于对照组71.40%(20/28)(P<0.05),神经功能缺失评分明显低于对照组(P<0.05),Barthel指数明显高于对照组(P<0.05)。**结论** 舒血宁注射液联合双抗治疗急性脑梗死的临床疗效较好,对患者神经功能的恢复有积极作用。

关键词:阿司匹林;氯吡格雷;舒血宁注射液;急性脑梗死;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.042 **文章编号:**1672-2779(2019)-12-0104-02

Shuxuening Injection Combined with Clopidogrel and Aspirin in the Treatment of Acute Cerebral Infarction for 28 Cases

WANG Fei

(Department of Neurology, Yingkou Development Zone Center Hospital, (The Sixth Hospital of Yingkou), Liaoning Province, Yingkou 115007, China)

Abstract: Ovjective To observe therapeutic efficacy of Shuxuening injection combined with aspirin and clopidogrel in the treatment of acute cerebral infarction. **Methods** 56patients with acute cerebral infarction were divided randomly into therapy group and control group, with 28 cases in each group. The control group was treated with basic therapy and aspirin (100mg/d), clopidogrel (75mg/d), qd. The therapy group was combined with Shuxuening injection (20ml into 5%GS250ml, qd). 2weeks later, NIHSS and BI were observed. **Results** 2weeks later, the total effective rate of therapy group was higher than the control group (P<0.05), NIHSS of theraphy group was lower than the control group (P<0.05), and the BI in the therapy group were better than the control group (P<0.05). **Conclusion** Shuxuening injection combined with aspirin and clopidogrel is effective in the treatment of acute cerebral infarction, and help restore neurological function.

Keywords: aspirin; clopidogrel; Shuxuening injection; acute cerebral infarction; stroke

急性脑梗死(acute cerebral infarction,ACI),也称急性缺血性脑卒中,在全部脑卒中患者中占60%~70%,因此被认为是最常见的卒中类型[1]。多年来,急性脑梗死因发病率高、致残率高及致死率高的特点目前广受关注。抗血小板治疗是较为常用的治疗脑梗死的药物,且有临床资料表明,短期内联合应用阿司匹林肠溶片与氯吡格雷双抗治疗缺血性脑卒中不会增加颅内出血的风险,且较单独使用阿司匹林的效果更为明显[2-4]。随着人们对中医药研究的逐步深入,近年来双抗治疗联合中成药防治急性脑梗死的应用日益普遍,临床研究证实,可显著改善治疗有效率,降低致死致残率,且优于单一药物组[5]。笔者在临床中采用舒血宁注射液联合双抗治疗急性脑梗死,临床疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月—2018年1月就诊于我院神经内科的急性脑梗死患者56例,按随机数字表法分为治疗组和对照组,各28例。治疗组男11例,女17例;年龄50~64岁,平均56.57岁。对照组男18例,女10例;年龄51~65岁,平均56.46岁。比较2组患者的年龄、性别等一般情况,差异无统计学意义(P>0.05),基线一致。

1.2 纳入标准 (1)年龄18~70岁者;(2)均符合国内第4次脑血管病学术会议颁布的卒中诊断标准者;(3)经磁共振成像(MRI)和CT等影像学检查明确诊断为脑梗死者;(4)已签订了知情同意书者。

1.3 排除标准 (1)经检查证实存在由脑肿瘤、外伤、风湿性心脏病或其他原因引起的脑栓塞者;(2)存在活动性出血倾向或者出血性疾病者;(3)正在配合完成其他项目研究者;(4)伴有多脏器功能衰竭者。

1.4 治疗方法 所有患者入院后需要对血压、呼吸、血糖等基本生命体征予以控制,并给予神经营养药、调脂、保持水电解质平衡等基础对症治疗。对照组给予阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,批号:BTA6040,

规格：100 mg/片）100 mg/d、氯吡格雷（赛诺菲制药有限公司，批号：0904318，规格：75 mg/片）75 mg/d。

治疗组在对照组基础上联合应用舒血宁注射液（石家庄神威药业有限公司，生产批号：06023123，规格：2 mL/支）20 mL 溶于 5% 葡萄糖注射液 250 mL 中静脉滴注，日 1 次。以入院之日起，2 组患者均治疗 2 周。

1.5 观察指标 参考美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）[6]，分析 2 组患者治疗前、治疗后神经功能缺损程度及 Barthel 指数（BI）。NIHSS 评分范围是 0~42 分：0~1 分表示正常或趋于正常；2~4 分表示轻微脑卒中；5~15 分为中度脑卒中；16~20 分中重度脑卒中；21 分以上为重度脑卒中。

1.6 疗效评定标准 治疗后 6 个月随访，行 BI 评定：100 分：不需要依赖他人，日常生活能力良好；>60 分评定为良，轻度功能障碍，日常基本生活自理；60~41 分，中度功能障碍，日常基本生活自理；<20 分完全残疾，日常生活完全依赖他人。优良率=大于 60 分人数/总人数×100%。

1.7 统计学方法 所得数据采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料以百分率表示，组间比较采用 x^2 检验，$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗后 2 组患者总有效率比较 治疗组优于对照组（$P<0.05$）见表 1。

表 1 2 组患者总有效率比较 （例）

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率（%）
治疗组	28	7	10	8	3	89.20
对照组	28	5	10	5	8	71.40

2.2 治疗前后 2 组患者神经功能比较 见表 2。

表 2 治疗前后 2 组患者神经功能比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	神经功能缺损评分（NIHSS）		Barthel指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	28	11.7±2.75	4.95±1.28*△	51.36±5.66	83.81±8.06*△
对照组	28	11.8±3.18	6.15±1.85	52.51±5.96	72.15±10.46

注：与本组治疗前比较，*$P<0.05$；与对照组同期比较，△$P<0.05$

3 讨论

急性脑梗死是临床上常见的脑血管病，是由于各种原因导致局部脑血管出现急性血液循环障碍，致使相对应脑组织缺氧、缺血，进而软化、坏死，从而产生神经功能丧失，严重影响患者的生活质量，甚至威胁生命。急性脑梗死致死、致残率高，及时有效的防治对于挽救患者的生命、促进神经功能的恢复、提高生活质量、减轻家庭负担等具有重要意义。

目前关于本病的治疗包括特异性治疗和神经保护治疗两方面，特异性治疗包括溶栓、抗凝、抗血小板聚集以及降纤治疗。阿司匹林在预防和治疗缺血性脑卒中中的作用已经得到国内同仁的肯定[7]。氯吡格雷则是另一种抗血小板聚集的药物，通过选择性的抑制 ADP 与血小板膜 ADP 受体结合，从而抑制血小板聚集[8]。

现在临床应用神经保护剂联合中成药治疗急性脑梗死的应用极为广泛，其疗效及安全性也得到广泛认可[5]。急性脑梗死病变区域周围的血管新生是抗损伤和神经元修复的结构基础，新形成的微血管和侧支循环的建立能够增加局部血流，有助于修复神经功能[9]。舒血宁注射液在急性脑梗死患者的治疗中应用广泛，研究表明，舒血宁可以促进血管生长因子的生长，增强血管修复功能，发挥神经保护作用[10]。

本研究采用舒血宁注射液联合双抗治疗急性脑梗死，对于恢复患者的神经功能、改善 BI 指数疗效较好，且安全性高。研究显示：治疗组总有效率、神经功能恢复情况的变化均优于对照组（$P<0.05$）。舒血宁注射液联合双抗治疗急性脑梗死安全有效，值得继续推广。

参考文献

[1] 中华医学会神经病学分会. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志，2015，48(4):246-257.

[2] Gouya g，Arrich J，Wolzt M，et al. Antiplatelet treatment for prevention of cerebrovascular events in patients with vascular disease:assystematic review and meta-analysis[J]. Stroke，2014，45(2):492-503.

[3] Wang X，Zhao X，Johnston S C，et al. Effect of clopidogrel with aspirin on function outcome in TIA or minor stroke:CHANCE substudy [J]. Neurlogy，2015，85(7):573-579.

[4] Wang Y，Pan Y，Zhao X，et al. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ishemic attack (CHANCE) trial:one-year outcomes[J]. Circulation，2015，132(1):40-46.

[5] 胡华，张燕辉，刘杰，等. 神经保护剂联合中成药治疗急性脑梗死疗效及安全性评价的研究思路[J]. 中华中医药杂志，2017，32(12)：5453-5458.

[6] 孙克保. 疏血通注射液对急性脑梗死患者血清 NSE 水平及功能恢复的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志，2015，3(33):80-81.

[7] 梁茜茜，张庆，李莉，等. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志，2016，32(16)：1446-1447.

[8] 杜韦，钱腊燕，马龙. 高压氧联合双重抗血小板治疗急性脑梗死的疗效分析[J]. 中华全科医学，2015，13(7)：1085-1087.

[9] 潘江，章薇，严洁，等. 电针手厥阴心包经穴对大脑中动脉梗阻大鼠血清、脑组织中血管内皮生长因子的影响[J]. 针刺研究，2012，37(3)：197.

[10] 王红联，刘立杰，赵淑清. 舒血宁注射液对急性脑梗死患者血清 VEGF，vWF 和 MMP-9 的影响[J]. 中国实验方剂学，2013，19(10)：343-345.

（本文编辑：李海燕 本文校对：董福君 收稿日期：2018-11-15）

护理讲堂 NURSING CLASS

穴位按摩联合个性化护理在小儿泌尿外科围手术期的应用※

陈 森 罗 丽*

(中国医科大学附属盛京医院小儿泌尿外科,辽宁 沈阳 110006)

摘 要:目的 探讨穴位按摩联合个性化护理在小儿泌尿外科围手术期的疗效。**方法** 选取收治的68例泌尿外科围手术期患儿,依据随机数字表法随机分为对照组和治疗组,各34例。对照组在患儿围手术期给予常规护理,治疗组在患儿围手术期给予中医穴位按摩联合个性化护理。比较2组患儿平均住院时间和并发症发生情况,焦虑情绪改善情况,以及家属护理满意度。**结果** 治疗组较对照组平均住院时间更短、并发症发生率更低($P<0.05$);2组患儿治疗后SAS评分均降低($P<0.05$),且治疗组较对照组降低程度更显著($P<0.05$);治疗组的护理满意度为100%(34/34),对照组的护理满意度为85.29%(29/34)($P<0.05$)。**结论** 中医穴位按摩联合个性化护理在小儿泌尿外科围手术期间能够缩短住院时间,减少并发症的发生,缓解患儿焦虑情绪,且护理满意度高,对于小儿泌尿外科围手术期有较好的的护理效果,值得临床推广应用。

关键词:穴位按摩;个性化护理;儿科;泌尿外科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.043 **文章编号:**1672-2779(2019)-12-0106-03

The Application of Acupoint Massage Combined with Individualized Nursing in Perioperative Period of Pediatric Urology

CHEN Miao, LUO Li

(Department of Pediatric Urology, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110006, China)

Abstract: Objective To explore the curative effect of acupoint massage combined with individualized nursing in perioperative period of pediatric urology. **Methods** A total of 68 children admitted to our hospital for perioperative urological surgery were selected, and randomly divided into control group and treatment group according to the random number table method. The control group received routine care during perioperative period, while the treatment group received acupoint massage combined with personalized care during perioperative period. The mean length of hospital stay and the occurrence of complications, the improvement of anxiety and the satisfaction of family care were compared between the two groups. **Results** The mean length of stay in the treatment group was shorter and the incidence of complications was lower than the control group ($P < 0.05$). After treatment, the SAS scores of both groups were reduced ($P < 0.05$), and the reduction degree of the treatment group was more significant than the control group ($P <0.05$). The nursing satisfaction of the treatment group was 100% (34/34), and that of the control group was 85.29% (29/34) ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupoint massage combined with individualized nursing can shorten the length of hospitalization, reduce the occurrence of complications, relieve the anxiety of children, and have high nursing satisfaction, which has a good nursing effect for the perioperative period of pediatric urology and is worthy of clinical application.

Keywords: point massage; individualized nursing; pediatrics; urology

小儿泌尿外科中的常见疾病包括尿道下裂、肾盂输尿管交界处狭窄、包皮过长、膀胱输尿管反流等[1]。临床常需要患儿接受手术疗法进行治疗,手术具有创伤性,且患儿具有年龄过小、对疼痛不耐受、生性好动、身体和心理承受能力差等特点,在围手术期间往往会引起患儿焦虑、紧张的情绪,大大地增加了护理难度,对护理要求较高[2]。穴位按摩作为中医特有的一种外治疗法,通过按摩特定穴位,刺激经络,以达到调节气血经络,促进泌尿系统恢复的作用。个性化护理较常规护理可以给予患者更细致、更全面的护理,有助于患者心理、生理的恢复,且护理效果好[3]。本次试验通过探究中医穴位按摩联合个性化护理对患儿住院时间、并发症发生、焦虑情绪的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2017年11月—2018年7月小儿泌尿外科收治的围手术期患儿68例,根据随机数字表随机分为对照组和治疗组,各34例。对照组年龄2~12岁,

※ **基金项目:**国家自然科学基金项目【No.81701531】

* **通讯作者:**luoli197202@163.com

平均年龄 6.17 岁。治疗组年龄 1~11 岁，平均年龄 6.35 岁。2 组患者各项基本临床资料相比差异无统计学意义（P>0.05）。

1.2 护理方法 对照组采用常规护理，包括术前告知患儿家属围手术期的相关注意事项、做好患儿及其家长的心理工作，术后给患者静脉滴注抗炎和抗菌药物、给予饮食指导和护理指导，密切关注患儿生命体征等内容。

治疗组应用中医穴位按摩联合个性化护理的方法。中医穴位按摩选取的穴位包括三焦俞、合谷、角孙、耳穴、足三里。于患儿围手术期，每日用中指指腹对这几处穴位进行按揉，力度适中，按揉 2~3 min，以促进患儿肠胃运动、增加食欲，缓解焦虑、紧张的情绪。个性化护理具体包括：收集患儿年龄、既往史、现病史等资料，分析患儿性格，给予适当的方式与患儿及其家属进行沟通，取得信任，讲解手术相关知识和术后可能发生的并发症，鼓励患儿，树立患儿及其家属积极乐观的心态。并完善患儿相关的脏腑检查和实验室检查，为手术做好充足准备。监测患儿术后各项指标，嘱患儿家长注意避免患儿醒后哭闹或动作过大而引起伤口破裂，及时安慰患儿，缓解患儿焦虑、紧张的情绪[4]。

1.3 观察指标 观察比较 2 组患儿平均住院时间及术后并发症（尿潴留、腹胀、切口感染等）发生情况、采用焦虑自评量表（SAS）对 2 组患儿焦虑状态进行评分并比较；患儿家长填写本院的护理满意度调查问卷表统计护理满意度。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行统计学分析，计量资料用均数±标准差表示，采用 t 检验；计数资料采用率（%）表示，采用卡方检验，统计值 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组住院时间及并发症情况 术后并发症治疗组发生 2 例，对照组发生 5 例。见表 1。

表 1 2 组患者住院时间及并发症情况比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	住院时间(d)	并发症发生率(%)
治疗组	34	8.15±3.1△	5.88△
对照组	34	11.34±5.6	14.70

注：与对照组比较，△P<0.05

2.2 SAS 焦虑评分变化对比 见表 2。

表 2 2 组患者 SAS 评分的变化比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	34	25.8±3.6	10.7±2.0#*	15.1±1.6*
对照组	34	25.5±3.3	16.0±2.2#	9.5±1.1

注：与治疗前比较，#P < 0.05；与治疗后对照组比较，*P < 0.05；差值为较治疗前减少值（治疗前 – 治疗后）

2.3 2 组护理满意度调查情况 见表 3。

表 3 2 组患者满意度比较 (例)

组别	例数	满意	一般	不满意	满意率(%)
治疗组	34	34	0	0	100.00△
对照组	34	24	5	5	85.29

注：与对照组比较，△P<0.05

3 讨论

随着人们对于护理要求的不断增加，个性化护理在提高小儿泌尿外科围手术期护理质量中显得尤为重要[5-6]。个性化护理较常规护理更能满足患者及其家属的心理和生理需求，为患者制定更完善的治疗计划，消除围手术期患者焦虑、紧张的不良情绪[7-10]。中医穴位按摩选取的穴位包括三焦俞、合谷、角孙、耳穴、足三里。其中按揉合谷、角孙、耳穴能够有效舒缓患儿焦虑的情绪，平复患儿的心情。合谷属手阳明大肠经，为原穴，可调畅气血，使气能升降、血能宣通，则肠胃能正常代谢运动。合谷穴还具有补气固脱、益气回阳的功效，是治疗情绪恶劣的良穴，能改善情绪，具有安神镇静的作用。按揉耳穴是由于各个脏腑组织与耳均有密切联系，且均在耳部有相对应的反射区，因此临床治疗时，可通过按揉耳穴以增强临床治疗效果。耳穴中对应心的反射区位于耳甲腔正中凹陷处，在护理泌尿外科患儿时，可通过按揉此处，缓解患儿心神不安的症状，消除其紧张感，起到安神的作用。角孙穴属手少阳三焦经，为手太阳与手、足少阳之会，能解疲劳、去焦虑、顺气[11]。三焦俞穴位于人体腰部，第一腰椎棘突下，左右旁开两指处。按揉三焦能促进患儿胃肠运动。三焦能升降诸气、健脾化湿[12]。足三里属足阳明胃经，按摩足三里具有调节人体免疫力、增强抗病能力、调理脾胃、补中益气、通经活络、补脾化湿的作用。可帮助调节患儿的脾胃功能，恢复大肠正常生理功能，有利于患儿的早日康复。通过按摩合谷、角孙等穴位，使其相互协作，对促进小儿泌尿外科围手术期的恢复，安抚患儿情绪有着显著疗效。

综上所述，中医穴位按摩联合个性化护理能有效缓解小儿泌尿外科围手术期焦虑的不良情绪，缩短其住院时间，减少其并发症的发生，提高家长的护理满意度，改善护患关系，增加信任感，临床值得推广应用。

参考文献

[1] 朱幼枝. 护理干预在泌尿外科围手术期护理中的应用[J]. 现代诊断与治疗,2014,25(5):1181-1182.
[2] 胡志丹. 综合护理干预在小儿疝气围手术期护理的方法运用和效果研究[J]. 中国医药指南,2015,13(9):231-232.
[3] 荆春霞,侯桂红,付丽军. 人性化护理服务在儿科门诊分诊中的应用价值[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,32(18):259-260.
[4] 肖磊,姚丽,刘晓敏,等. 个性化护理干预在泌尿外科病人围术期的应用[J]. 护理研究,2014,28(7):2639-2640.
[5] 周俊林,张晔,张宏,等. 200 例泌尿外科患者术后并发症的护理效果观察[J]. 中国医药导报,2014,11(11):122-124.

[6] 曹呈雪.人性化护理在泌尿外科护理中的应用效果探析[J].大家健康(学术版),2013,5(23):192.
[7] 何敏.人性化护理在泌尿外科护理中的应用效果探析[J].中国医药指南,2013,7(23):708-709.
[8] 吴红梅,李正凤.泌尿外科围术期人性化护理模式的影响[J].中国伤残医学,2013,21(8):338-339.
[9] 向家平.试论人性化护理在泌尿外科护理的应用[J].中国卫生产业,2013,10(5):42.
[10] 张润芳,张宏,周俊林,等.护理干预对泌尿外科术后疼痛的效果观察[J].中国医药导报,2014,11(5):120-122.
[11] 韩亚杰.泌尿外科疾病的中医护理体会[J].医药前沿,2017,7(3):240-241.
[12] 黄锦华.中医护理方案在泌尿外科疾病护理中的应用[J].全科护理,2014,12(l4):1293-1294.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李 京 收稿日期:2018-12-14)

改良皮内针操作流程辅以个性化宣教对患者依从性的影响※

郭 倩

(辽宁中医药大学附属医院脑病康复二科,辽宁 沈阳 110032)

摘 要:目的 探讨通过改良皮内针操作流程并辅以个性化宣教,提高皮内针治疗患者临床依从性的作用。**方法** 将72例面瘫患者,利用完全随机法,分为对照组和改良组,各36例。2组均在常规治疗基础上联合皮内针治疗,其中对照组选用麦粒型皮内针,改良组选用清铃揿针具,同时进行个性化宣教、规范进针操作流程。治疗期为2周。利用视觉模拟评分法(VAS)指导2组患者对皮内针疼痛感进行评分,统计各组能够依从完成全部疗程的比例及针刺部位皮损情况。**结果** 改良组的VAS评分明显低于对照组($P<0.05$);改良组完成全部疗程比例明显高于对照组($P<0.05$);2组针刺部位皮损发生率不存在显著性差异($P>0.05$)。**结论** 改良皮内针操作流程辅以个性化宣教能够有效提高患者使用皮内针治疗的依从性,且具有较好的临床使用安全性。

关键词:皮内针;个性化宣教;面瘫;依从性
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.044 **文章编号:**1672-2779(2019)-12-0108-03

The Influence of Modified Intradermal Needle Operation Process Combined with Individualized Education on Patient's Compliance

GUO Qian

(Department of Encephalopathy Rehabilitation, the Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 100032, China)

Abstract: Objective To explore the effect of improving the clinical compliance of patients treated with endodermal acupuncture by improving the operation process of endodermal acupuncture combined with individualized education. **Methods** 72 patients with facial paralysis were randomly divided into control group and modified group, 36 cases in each group. Both groups were treated with intradermal acupuncture on the basis of conventional therapy, in which the control group was treated with wheat grain intradermal acupuncture, and the improved group was treated with qingling press-needle, and individualized propaganda and education were conducted and the operation process of injection was standardized. The treatment period was 2 weeks. Visual analogue scoring (VAS) was used to guide the patients in the two groups to score the pain sensation of intradermal acupuncture, and the proportion of patients in each group who could complete the whole course of treatment and the skin lesion at the acupuncture site were counted. **Results** the VAS score of the modified group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). The proportion of the improved group completing the whole treatment course was significantly higher than that of the control group ($P< 0.05$). There was no significant difference in the incidence of skin lesions at acupuncture sites between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** improving the operation process of endodermal needle combined with individualized education can effectively improve the compliance of patients with endodermal needle therapy, and has a good clinical safety.

Keywords: intradermal needle; individualized education; facial paralysis; compliance

皮内针治疗是将特制的小型针具刺入皮内后固定,利用持续性刺激作用,达到治疗疾病的一种传统针刺疗法,又称埋针法,临床上常选择腧穴部位的皮内或皮下进行埋藏[1]。《素问·离合针邪论》有“静以久留”的刺法。针刺入皮肤后,固定留置一定的时间,给皮肤以弱而长时间的刺激,可调整脏腑经络的功能,达到防治疾病的目的[2-3]。目前临床中较为常用的是颗粒针或揿针具[4]。本文笔者在临床使用过程中发现,患者常存在因刮针、断针及埋藏后局部疼痛等原因,造成皮内针使用依从性差的现象,严重影响皮内针临床治疗效果。因此本文通过改进皮内针操作流程,并辅以规范化个性宣教,提高了临床皮内针使用依从性,现报道如下。

※ **基金项目:** 辽宁中医药大学附属医院特色疗法示范中心项目【No.201807196】

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 6 月—2017 年 6 月我院收治诊断为面瘫的患者 72 例。根据患者入院号，利用完全随机法分为对照组、改良组，各组均 36 例。对照组男 18 例，女 18 例；平均年龄 42.87 岁；平均病程 10.21 天。改良组男 17 例，女 19 例；平均年龄 43.62 岁；平均病程 9.87 天。通过对组间病例的性别、年龄、病程等临床资料进行数据统计分析，结果提示组间不存在显著性差异（P>0.05），说明组间具有一定的可比性。

1.2 诊断及纳入标准 所有病例均符合中、西医学诊断标准，中医诊断标准参照普通高等教育“十二五”国家级规划教材《针灸学》第二版，中医辨证属风寒、风热证。西医诊断标准参照普通高等教育“十二五”国家级规划教材《神经病学》第五版周围性面神经麻痹；排除其他系统性疾病引起的面部疼痛。无脑神经系统其他占位性病变；性别不限，年龄 18~70 岁。

1.3 治疗方法 所有病例入组后均给予常规基础性治疗，并遵医嘱给予皮内针治疗，穴位选取：阳白、颧髎、颊车、地仓、翳风、合谷。其中对照组选用麦粒型皮内针操作，进针无特定要求，不进行针对性宣教及随访。治疗组针具选用清铃揿针具。并严格规范皮内针操作流程，具体内容如下：用镊子夹住针身对准穴位，垂直刺入皮内，针身埋入 0.5~1 cm，然后将留在皮肤表面的针柄用胶布固定。并针对患者病情及使用皮内针过程中的感觉给予诊断性个性化宣教，通过视频短片的形式帮助患者全面了解揿针在治疗过程中的基本机制和原理，同时介绍在使用过程中的适应证、禁忌证以及常见的并发症和不良事件，帮助患者全面了解揿针的优势特点，帮助患者建立治疗信心。同时做好 2 次/d 的定期随访，以利于及时解决患者在皮内针埋藏过程中产生的问题。上述 2 组埋针疗程均以每 2 天更换针具 1 次，嘱患者每 8 h 按压 1 次，每次 1~2 min，并以 7 d 为 1 个疗程，连续治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标 利用视觉模拟评分法（VAS）评价患者疼痛的程度。统计各组能够依从完成全部疗程的比例及针刺部位皮损情况是否发生红肿、破溃、滞针等不良反应。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 20.0 对数据进行统计学分析，计量资料采用均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验；计数资料采用 x^2 检验。P<0.05 差异为具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组皮内针留置过程中疼痛感比较 2 组皮内针留置过程中患者利用 VAS 评分表对疼痛感觉评分见表 1。组间比较 2 组疼痛感评分存在显著性差异，具有统计学意义（P<0.05），说明改良组对皮内针留置过程中疼痛感较对照组更轻。

表 1 2 组患者治疗前后 VAS 评分比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	留置过程中疼痛感评分
对照组	36	3.98±1.14
改良组	36	1.21±0.48△

注：与对照组比较，△P<0.05

2.2 2 组完成疗程例数构成比 2 组完成全部疗程病例数见表 2。对照组完成疗程者 25 例，构成比为 69.4%；改良组完成疗程者 34 例，构成比 94.4%。2 组构成比比较，P<0.05，说明 2 组临床治疗依从性存在显著性差异，具有统计学意义。

表 2 2 组患者完成疗程例数构成比 (例)

组别	例数	完成	脱落	构成比(%)
对照组	36	25	11	69.4
改良组	36	34	2	94.4*

注：与对照组比较，*P<0.05

2.3 2 组完成全部疗程不良事件发生率 统计 2 组完成疗程病例针刺部位皮损不良事件情况，对照组发生 2 例，改良组发生 3 例，2 组不良事件发生率不存在显著性差异（P>0.05）。

3 讨论

面瘫是由各种原因导致面神经受损而引起的临床病症，其主要临床表现为患侧面部运动感觉功能障碍[5-6]。针刺疗法是目前中医临床上常选择的治疗方案之一。根据不同分期在针刺疗法上选择毫针、电针、温针灸、穴位注射、腹针、耳针，手法上分浅刺法、透刺法、梅花针等[7-8]。其中皮内针又称“埋针”是古代针刺留针方法的发展。它是将针具刺入皮内，固定后留置一定时间，利用其持续刺激作用，来治疗疾病的一种方法。本法可以给穴位以持续刺激，减少反复针刺的麻烦，病人还可以自己手压埋针以加强刺激。临床上皮内针治疗面瘫操作简便，相对安全且痛苦较小，费用低廉，作用持久，患者容易接受，具有一定的使用价值[9-10]。

目前对于皮内针的针具选择多以麦粒型、图钉型为主，也有使用普通毫针皮内埋针者[11]。本文作者在长期临床应用皮内针过程中发现，在治疗面瘫过程中，由于麦粒型皮内针的结构特点，在临床使用过程中常发生针体遗留，皮外部分易被刮动，造成针刺穴位偏移，或引起不必要的疼痛感，使皮内针临床使用依从性相对较差，多数患者常因为埋针后产生的疼痛感而放弃皮内针治疗，给临床治疗带来了不必要的麻烦，同时也增加了患者的经济负担。本文通过选择不同的皮内埋针针具，并改良进针方式，通过建立皮内针操作流程规范，注重临床宣教干预，比较不同针具的埋针方法及宣教对临床疗效的影响，结果证明采用揿钉型皮内针治疗周围性面瘫能够获得较为满意的临床疗效，且在规范埋针操作流程中进行针对性宣教能够在改善患者皮内针包埋所引起的

留置性疼痛。能够提高患者接受皮内针治疗的依从性。通过试验研究结果证明，改良后的皮内针在减轻患者疼痛感，提高依从性的同时，在临床安全性上同传统皮内针治疗方案不存在显著性差异。

参考文献

[1] 何亚娟.疼痛病人皮内针治疗的研究进展[J].全科护理,2014,12(6):492-493.
[2] 马红叶.推拿配合针灸治疗周围性面瘫疗效观察[J].中国民间疗法,2015,23(12):38.
[3] 杨逢春.针刺配合隔姜灸治疗难治性面瘫的临床研究[D].北京:中国中医科学院,2012:32-33.
[4] 王会霞，李菊莲.皮内针结合体针治疗原发性三叉神经痛23例[J].中医外治杂志,2013,22(5):36-37.
[5] 李雪薇.护理评估在视觉模拟评分中的临床应用[J].现代医药卫生,2016,32(12):1912-1913.
[6] 雷征,刘晋.针灸治疗面瘫的研究进展[J].中国康复,2011,26(4):298-300.
[7] 万玉婉.周围性面瘫的病因病机研究[J].世界临床医学,2016,10(20):157-158.
[8] 田丽莉.浅谈古代医家对周围性面瘫病因病机的认识[J].现代中西医结合杂志,2010,19(5):1874.
[9] 刘建强,魏小明.针灸治疗周围性面瘫研究进展[J].中国老年保健医学,2017,15(4):69-72.
[10] 王琼.埋针治疗结合中医特色护理对周围性面瘫疗效的影响研究[J].内蒙古中医药,2017,36(15):93.
[11] 彭科志.皮内针治疗痛蠲临床运用概况[J].贵阳中医学院学报,2007,1(29):36-37.

（本文编辑:李海燕　本文校对:李　京　收稿日期:2018-12-14）

辨证施护联合个性化护理在小儿病毒性心肌炎的应用研究※

齐红阳

（中国医科大学附属盛京医院小儿神经心血管病房,辽宁　沈阳　110000）

摘　要:目的 探讨辨证施护联合个性化护理在小儿病毒性心肌炎中的应用。**方法** 选取病毒性心肌炎患儿的64例,随机分为对照组和治疗组,各32例,对照组给予常规护理,治疗组在对照组的基础上应用辨证施护联合个性化护理进行治疗,2组患儿进行为期1个月的治疗。**结果** 治疗组临床总有效率为93.75%(30/32),高于对照组的78.12%(25/32)($P<0.05$);治疗后2组中医症状积分均有降低,且对比2组治疗前后症状积分下降幅度,治疗组下降更显著($P<0.05$)。**结论** 辨证施护联合个性化护理可以改善病毒性心肌炎患儿临床症状和体征,对小儿病毒性心肌炎有较好的的治疗效果,值得临床推广应用。

关键词:辨证施护;个性化护理;儿科;病毒性心肌炎;心悸
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.045　　**文章编号:**1672-2779(2019)-12-0110-03

Research on the Application of Syndrome Differentiation Nursing Combined with Individualized Nursing in Pediatric Viral Myocarditis

QI Hongyang

(Pediatric Cardiovascular and Neurovascular Ward, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To explore the application of syndrome differentiation nursing combined with individualized nursing in pediatric viral myocarditis. **Methods** 64 cases of children with viral myocarditis admitted to our ward were randomly divided into control group and treatment group, 32 cases each. The control group was given routine nursing, the treatment group was treated with syndrome differentiation combined with personalized nursing on the basis of the control group, and the patients in the two groups were treated for one month. **Results** The total clinical effective rate of the treatment group was 93.75% (30/32) higher than that of the control group (78.12%) (25/32) ($P < 0.05$). After treatment, the TCM symptom scores of the two groups both decreased, and the symptom scores decreased more significantly in the treatment group than in the two groups before and after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Dialectical nursing combined with personalized nursing can improve the clinical symptoms and signs of children with viral myocarditis, and has a good therapeutic effect on children with viral myocarditis, which is worthy of clinical application.

Keywords: syndrome differentiation nursing; individualized nursing; pediatric; viral myocarditis; palpitation

病毒性心肌炎是一种心肌局灶性或弥漫性炎性病变，通常是由病毒侵犯心脏引起[1]。发病年龄以3~10岁多见。临床表现轻重不一，轻者心电图发生改变，但无明显临床症状出现，重者表现为心脏扩大、心律失常等症状，甚至出现急性心力衰竭、心源性休克或猝死[2]。临床常应用抗病毒和营养心肌等治疗方案，疗效尚可，但目前仍无根治病毒感染的有效方法。病毒性心肌炎属中医学“心悸”“怔忡”范畴，其发病的内在因素多为小儿正气亏虚，外在因素为感受风热或湿热邪毒[3]。采用辨证施护联合个性化护理对患儿进行对症治疗，更具有针对性，更有利于患儿的康复。本次试验通过对64例病毒性心肌炎患儿进行临床分析，探究辨证施护联合个性

※ **基金项目:**辽宁省自然科学基金【No.20150225011】

化护理对小儿病毒性心肌炎临床总有效率及中医证候的影响，现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 10 月—2018 年 10 月于我科接受治疗的病毒性心肌炎患儿 64 例，所有病例均符合《儿科学》[4]中对于病毒性心肌炎的西医诊断标准和《中医儿科学》[5]中有关心悸的中医诊断标准，其中男 35 例，女 29 例，将患儿按随机数字表法进行分组，分别为对照组和治疗组，各 32 例。对照组男 17 例，女 15 例；年龄 3~12 岁，平均年龄 4.53 岁；病程最短 11.3 d，最长 3 个月，平均病程（29.16±8.35）d。治疗组男 18 例，女 14 例；年龄 2~12 岁，平均年龄 4.78 岁；病程最短 12.6 d，最长 3 个月，平均病程（30.32±7.45）d。2 组患儿各项基本临床资料相比，差异无统计学意义（P>0.05）。

1.2 纳入标准 （1）符合西医小儿病毒性心肌炎的诊断标准；（2）符合中医心悸的诊断标准；（3）年龄 2~12 岁；（4）患儿直系亲属知情同意，并签署知情同意书；（5）血清酶测定提示 CK-MB 升高。

1.3 护理方法 采用病例对照研究方法，对 64 例病毒性心肌炎患儿进行护理，其中对照组 32 例患儿，予患儿定期监测心电图、抗感染和营养心肌的药物，嘱患儿多卧床休息等。

治疗组在对照组常规治疗的基础上应用辨证施护联合个性化护理进行治疗。辨证施护的具体内容包括：（1）风热犯心型。患儿外感风热邪毒，客于肺卫，袭肺损心所致。常表现为心悸、发热、咽红肿痛、肌肉酸痛等症状，治宜疏风清热、宁心安神。嘱患儿多饮水、清淡饮食，平素可用金银花等清热之品泡水饮用，并按揉内关、曲泽、间使等穴位；（2）湿热侵心型。由于湿热邪毒蕴于脾胃，留滞不去，上犯于心所致。常表现为心慌胸闷、寒热起伏、腹痛腹泻、乏力等症状，治宜清热化湿、宁心安神。嘱患儿饮食清淡，忌油腻之品，以免滋生痰湿、郁而生热。平素可用薏苡仁煮粥服用，并按揉阴陵泉、支沟等穴位；（3）气阴亏虚型。因热毒犯心，病久耗气伤阴，气阴亏虚所致。常表现为心悸气短、活动后尤甚，神疲懒言、五心烦热等症状，治宜益气养阴、养心复脉。嘱患儿多休息、注意保暖，食用富含丰富营养、能量的食物，忌油腻、辛辣和烟酒。平素可用西洋参、太子参煮粥服用，并按揉足三里、涌泉等穴位。个性化护理具体操作包括：医护人员通过向患儿家属询问的方式收集患儿相关基础信息，并了解患儿的既往史、现病史和疾病的发生发展过程，分析整理资料并制定适合患儿的一系列护理方法。与家属多交流、传授疾病的相关知识。连续治疗 1 个月，观察疗效。

1.4 观察指标 患儿胸痛、胸闷气短、心悸等症状的轻重程度进行观察，并对其进行评分，监测心电图、心肌肌钙蛋白（cTnI 或 cTnT）和 CK-MB 变化情况。疗效评价标准参照《中医儿科学》[5]。

1.5 疗效评定标准 根据患者疾病好转情况分为痊愈、显效、有效、无效 4 个方面。记录结果并计算总有效率，总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行统计学分析，计量资料用均数±标准差表示，采用 t 检验；计数资料采用率（%）表示，采用卡方检验，P<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 见表 1。

表 1 2 组患儿临床总有效率比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	7	10	13	2	93.75$^{\triangle}$
对照组	32	3	5	17	7	78.12

注：与对照组比较，$^{\triangle}P$<0.05

2.2 中医证候积分治疗前后变化 见表 2。

表 2 2 组患儿治疗前后中医证候积分变化比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	时间	胸闷	心悸	胸痛
治疗组	32	治疗前	4.01±1.24	4.44±1.01	3.83±1.43
		治疗后	2.87±0.78$^{\#\triangle}$	2.92±0.97$^{\#\triangle}$	2.32±1.25$^{\#\triangle}$
对照组	32	治疗前	4.17±1.05	4.45±1.15	3.92±1.29
		治疗后	3.26±0.65$^{\#}$	3.48±0.91$^{\#}$	3.02±1.53$^{\#}$

注：与治疗前比较，$^{\#}P$<0.05；与治疗后对照组比较，$^{\triangle}P$<0.05

3 讨论

病毒性心肌炎常规治疗包括嘱患儿多休息、注意饮食，抗病毒和营养心肌药物治疗，预后较好，但尚无根治病毒感染的有效方法[6-7]。在中医学中，小儿病毒性心肌炎可划分为“心悸”“怔忡”的范畴，《济生方·惊悸怔忡健忘门》中“惊者，心卒动而不宁也；悸者，心跳动而怕惊也；怔忡者，心中躁动不安，惕惕然后人将捕之也”。其病因为患儿体质虚弱，复感受外邪、袭肺损心所致，或湿热蕴脾，脾胃运化失常，上犯于心，或热毒伤阴，久病气阴亏虚[8]。辨证施护为我国古代医学的传统护理疗法，通过分析患儿症状和体征，辨证分型，分析患儿在风热犯心、湿热侵心、气阴亏虚 3 个证型中所对应的临床分析，对症治疗，有益于患儿早日康复[9]。对于风热犯心型患儿，可将金银花泡水饮用，再配合按摩内关、曲泽、间使等穴位，共奏疏风清热、宁心安神之效。金银花可疏散风热、清热解毒，现代药理相关研究表明金银花具有抗炎、抗病原微生物的作用。内关、曲泽和间使均属手厥阴心包经，具有宁心安神的功效，常用来治疗心肌炎、心绞痛等疾病。对于湿热侵心型患儿，可清淡饮食，薏苡仁煮粥服用，配合按摩阴陵泉、支沟等穴位。薏苡仁清热渗湿，可调节人体的心脏功能。阴陵泉可清利湿热、健脾理气。支沟能清利三焦，可用

于治疗心肌炎引起的相关症状。对于气阴亏虚型患儿，嘱患儿平素服用西洋参、太子参等补品，辅以按摩足三里、涌泉等保健穴。太子参能增强人体免疫力，具有益气生津的功效。西洋参可补气养阴、益气生津，药理上能增加冠脉流量，对心肌缺血有较好的治疗效果。足三里、涌泉均为强壮穴，可养生保健，还能治疗心脏疾病。个性化护理所采用的护理方法是在常规护理的基础上，将护理更人性化、合理化，更有针对性。根据患儿各种信息的不同，分析其性格和兴趣爱好以便于医护人员采取适当的方式与患儿进行交流。通过开导患儿，减轻其心理压力，使患儿在康复的同时，增加信心，保持乐观的心态，亦有利于疾病的治愈。疾病知识的宣教工作可使患儿及其家属充分了解疾病，避免大家对于疾病的过于恐慌和惊吓。熟悉疾病的治疗措施和预后注意事项，以免疾病治疗复发或治疗不及时[10]。

综上所述，辨证施护联合个性化护理能显著改善病毒性心肌炎患儿临床症状及体征，提高临床总有效率，对于小儿病毒性心肌炎有较好的治疗效果，临床值得推广应用。

参考文献

[1] 孙鹤，于建才，赫嘉惠，等. 病毒性心肌炎发病机制研究进展[J]. 医学综述，2014，20(21)：3868-3870.
[2] 丛超，郭义山，王东. 病毒性心肌炎发病机制的研究进展[J]. 医学综述，2017，23(15)：2948-2953.
[3] 祁佳，朱建，张宇锋，等. 黄芪颗粒治疗小儿病毒性心肌炎效果的系统评价[J]. 中国医药导报，2015，12(8)：113-117.
[4] 沈晓明，王卫平. 儿科学[M]. 7版. 北京：人民卫生出版社，2008：300.
[5] 王萍芬. 中医儿科学[M]. 7版. 上海：上海科学技术出版社，2007：97.
[6] 宋翠领. 小儿病毒性心肌炎的临床治疗[J]. 中西医结合心血管病杂志(电子版)，2015，3(16)：22.
[7] 袁文静，林秀珍. 磷酸肌酸钠治疗小儿病毒性心肌炎46例临床分析[J]. 临床研究，2017，25(1)：66-67.
[8] 常玲. 中西医结合治疗小儿病毒性心肌炎疗效观察[J]. 中医临床研究，2013，23(10)：91-92.
[9] 王巍. 病毒性心肌炎辨证论治[J]. 中国继续医学教育，2014，6(3)：85-86.
[10] 张志彬. 人性化护理在小儿病毒性心肌炎中的应用研究[J]. 中西医结合心血管病杂志(电子版)，2014，2(17)：190-191.

（本文编辑：李海燕　本文校对：李　京　收稿日期：2019-01-25）

中医护理方案临床应用问题及对策研究

陈林英

（江西省乐安县中医院骨伤科，江西　乐安　344300）

摘　要：中医护理方案的实施，推动了护理学的进一步发展，提升了临床护理质量。但是其在临床应用中仍存在一些问题，限制了其进一步发展。选取2016年9月—2018年10月参与中医护理方案临床应用的60名护士进行问卷调查，60份调查问卷全部有效回收，有效回收率100%，结合问卷调查分析中医护理方案在临床当中的应用问题，并针对性制定优化对策，以期推动中医护理方案的进一步发展。

关键词：中医护理方案；护理学；护理质量
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.046　　**文章编号**：1672-2779(2019)-12-0112-03

Research on the Clinical Application Problems and Countermeasures of Traditional Chinese Medicine Nursing Scheme

CHEN Linying

(Department of Orthopedics and Traumatology, Le'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Le'an 344300, China)

Abstract: The implementation of TCM nursing program promotes the further development of nursing science and improves the quality of clinical nursing. However, there are still some problems in its clinical application, which limit its further development. This study conducted a questionnaire survey on 60 nurses who participated in the clinical application of TCM nursing program in our hospital from September 2016 to October 2018. All the 60 questionnaires were effectively recovered with an effective recovery rate of 100%. The application of TCM nursing program in clinic was investigated and analyzed with the questionnaire, and optimization countermeasures were formulated to promote the application of TCM nursing program to further development of TCM nursing program.

Keywords: TCM nursing program; nursing; nursing quality

国家中医药管理局制定了《33个病种中医护理方案》，并于2013年5月—2014年3月在全国范围内试行，在临床应用当中取得了良好成效，为中医护理的深入发展奠定了基础[1-2]。与此同时，中医护理方案在应用过程中也表现出一些问题，限制了其发展。基于此，本次研究结合临床调查对存在的问题进行深入分析，并针对性制定解决对策，以期推动中医护理方案的进一步发展。

1　一般资料

2016年9月—2018年10月我院将33个病种中医护理方案应用于临床实践当中，共有10个科室参与，涉及护士60人，每个病种中医护理方案在15~127个病例当中应用，共有259例患者，每个病例均于应用后评价护理效果，临床数据充足，能够保证本次研究的科学性。基于上述临床数据分析中医护理方案在临床应用中存在

的问题，并制定解决对策。

2 中医护理方案临床应用问题

对参与中医护理方案实施的 60 名护士进行中医护理方案临床应用问题调查，共发放 60 份调查问卷，全部有效回收，有效回收率 100%。调查结果见表 1。

另外对 8 个病例进行访谈，了解其对中医护理方案的看法，其中 5 名患者表示不了解中医护理方案，无法有效配合；有 3 名患者指出自己就中医护理方案相关问题向护理人员提问时，护士的解答缺乏专业性，不能有效解答患者的疑惑。

表 1 中医护理方案临床应用问题 [人数(%)]

问题	问卷调查结果
中医护理方案相关知识不扎实	36(60.00)
中医护理技术操作不熟练	25(41.67)
医护沟通不足	42(70.00)
缺乏保障管理体系	33(55.00)
缺乏对护理效果的客观评价标准	43(71.67)
数据收集不全,影响效果评价	26(43.33)
患者认可度低、依从性差	19(31.67)
其他	13(21.67)

结合上述调查情况对中医护理方案临床应用问题做以下细致分析。

2.1 护理人员因素 中医护理方案作为一种新兴护理方案，护理人员对其认识水平较低，且目前很少有针对中医护理方案的专门系统化培训，因此护士对中医护理方案相关知识、中医护理技术掌握水平不高，这是限制中医护理方案应用发展的重要原因[3]。本次调查结果显示 60.00% 的护士中医护理方案相关知识不扎实、41.67% 的护士中医护理技术操作不熟练。在对患者进行访谈时，患者也反映了这一问题，3 名患者指出自己就中医护理方案相关问题向护理人员提问时，护士的解答缺乏专业性。

2.2 医护关系因素 医护协调合作是保证中医护理方案有效性的关键，然而护士没有医嘱权，需要严格按照医嘱执行。而中医护理方案在实施前，部分护士与医生并未进行有效沟通，医生对中医护理方案不了解，不清楚其应用价值即重要性，在开具医嘱时，未遵循中医护理技术相关项目要求，因此影响了中医护理方案的实施及应用效果[4]。本次调查中 70.00% 的护士反映了医护关系问题，反映了加强医护沟通的必要性。

2.3 医院因素 尽管中医护理方案已经应用于我院临床实践当中，但是处于试行阶段，目前并未建立针对性的中医护理方案保障管理体系，缺乏对中医护理方案的管理、监督、考核，也没有规范的操作流程和要求，降低了中医护理方案实施效率。本次调查中 55.00% 的护士指出这一问题。

2.4 效果评价因素 客观的量化评价标准是确定中医护理方案实际应用价值的关键，但是目前临床当中并没有客观的量化评价标准；且护理人员科研思维、能力水平较低，在护理过程中不能全面的收集相关数据资料，由于工作量的增加，可能出现数据资料漏写、漏记现象，无法科学的对护理实施效果做出准确判断，也影响了对中医护理方案实施效果的评价[5]。本次研究中 71.67% 的护士认同“缺乏对护理效果的客观评价标准”这一问题，43.33% 的护士认同“数据收集不全，影响效果评价” 这一问题。

2.5 患者因素 护理实施的对象是患者，患者的认知度、配合度直接对护理方案能否顺利实施及护理效果产生影响。穴位敷贴、拔罐、中药熏洗坐浴等中医护理技术均需取得护理人员的配合才能进行，需要取得患者的信任，然而中医护理方案作为一种新型护理方案，患者对其知晓度低，缺乏认识和了解，很容易出现不配合现象，本次调查结果显示 31.67% 的护士指出存在“患者认可度低、依从性差”的问题；在对患者进行访谈时，其中 5 名患者表示不了解中医护理方案，无法有效配合。

总之，目前中医护理方案在临床中的应用还存在很多问题，除上述调查中存在的问题外，部分护理人员认为医院设备不足、中医护理技术受到现实条件的限制、患者个体差异等其他问题也会影响中医护理方案的应用、发展。

3 优化对策

针对中医护理方案临床应用中存在的问题制定优化对策，有助于保证中医护理方案的顺利实施、提升护理效果。以下针对性提出优化对策。

3.1 培养专业化的中医护理人才 中医护理方案处于试行阶段，并没有专业化的中医护理人才，因此采取多途径培养中医护理人才十分必要。一方面，应在护理学教育当中增设中医护理学专业及相关课程，通过学校教学培养符合中医护理方案实施需要的专业化护理人才，保证源源不断的为临床培养切实可用的中医护理人才。另一方面，应加强临床护士的专业化培训，这也是解决现阶段中医护理方案应用问题的关键，对护理人员进行系统化培训，包括理论和实践两方面培训，提升护理人员的理论知识掌握水平、中医护理技巧操作能力，综合提升护理人员的护理质量，满足中医护理方案临床应用需要。此外，社会应该开设专门的中医护理培训班，就中医护理技巧相关问题进行培训，以专业化的培训、指导消除盲目性。

3.2 加强医护沟通 建立护嘱机制 针对医护沟通问题建立医护协调机制，护士主动与医生进行沟通，告知中医护理方案实施意义，获得医生的认可和支持，并与医生共同制定中医护理、治疗方案，协调配合完成治疗和护理，保证医生以中医护理方案为依据开具医嘱。另外，应在获得医院领导支持前提下，针对性建立护嘱机制，由护士长、护理组长结合患者的实际病情将特色中医护理技术以护嘱形式下达，保证护士的责任权，促进中医护理方案顺利开展。

3.3 建立中医护理保障管理体系 组建中医护理保障管理小组，负责制定规范化的中医护理方案操作流程和具体操作要求，并对中医护理方案的实施进行监督、管理。对中医护理方案实施情况进行不定期抽查，制定针对性的

量化考核方案、激励制度，提升护理人员的工作积极性，保证中医护理方案实施的规范性。每个月进行一次总结，分析存在的问题，进行归因分析，针对性改革优化。

3.4 完善评价体系 科学、准确的效果评价有助于推动中医护理方案的落实，相关人员应仔细研读相关规范、指南，结合患者的病情状况，选择可观的实验室检查指标纳入效果评价体系当中，构建可观的效果评价体系。并基于可观评价体系，培养护士科学严谨的科学态度，提升护士收集、整理数据的能力，保证数据收集的准确性和完整性，提升效果评价的准确性。

3.5 对患者进行宣传教育 在应用中医护理方案前，对患者进行教育宣传，围绕中医护理方案的内容、应用价值，对患者进行健康教育，让每位患者意识到中医护理方案的应用优势，提升认知水平和依从性，愿意配合完成护理，减少中医护理方案应用的阻力。

此外，医院应配备齐全的中医护理实施的相关设备，为中医护理方案的应用提供硬件基础，为保证护理方案的切实可行，护理人员应注意制定个性化、具有可操作性的护理方案，提升其应用效果。

4 总结

中医护理方案为临床中的中医护理工作提供了科学指导，对于护理学发展具有里程碑意义，临床应用效益明显。但是中医护理方案在临床应用中还存在一些问题，需要不断完善。对此，需要护士、医院、社会、广大患者的支持，共同参与优化解决。

参考文献

[1] 徐冲,徐健众,李延萍,等.重庆市中医药传统知识的现状、问题及对策[J].重庆医学,2016,45(22):3148-3149.
[2] 张萍.胃脘痛中医护理方案临床应用效果评价[J].护理学杂志,2016,31(1):50-52.
[3] 王涛,毕怀梅,陈祖琨.中医护理方案临床应用探索[J].全科护理,2016,14(18):1851-1853.
[4] 张敏,宋立媛,杨月,等.黑龙江省中医护理队伍现状与对策研究[J].中国医院管理,2017,37(8):65-66.
[5] 蒋玲.心脑病科中医护理方案实施的难点分析与对策[J].中国急救医学,2016,36(z1):269-270.

（本文编辑:李海燕 本文校对:黄建新 收稿日期:2018-12-04）

中医护理联合系统健康教育对急性粒细胞白血病转归的影响

闵 南

（中国医科大学附属盛京医院血液科,辽宁 沈阳 110000）

摘 要:目的 探究中医护理联合系统健康教育对急性粒细胞白血病转归影响。**方法** 选择50例急性粒细胞白血病患者,随机分为对照组与试验组,各25例,对照组给予系统健康教育,试验组予以中医护理联合系统健康教育。比较2组自护能力、生活质量、负面情绪、疗效与转归情况。**结果** 护理干预后与对照组相比,试验组患者自护能力评分较高,HAMA、HAMD评分较低,生活质量评分较高,试验组CR率、1年生存率较高,1年复发率较低($P<0.05$)。**结论** 中医护理联合系统健康教育能够有效提高急性粒细胞白血病患者自我护理能力,改善患者转归、减少负性情绪,提高生活质量。

关键词: 中医护理;系统健康教育;急性粒细胞白血病;转归;虚劳
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.047 **文章编号:** 1672-2779(2019)-12-0114-03

The Effect of System Health Education Combined with Traditional Chinese Medicine Nursing on the Outcome of Acute Granuloma Patients

MIN Nan

(Department of Hematology, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To explore the effect of system health education combined with traditional Chinese medicine nursing on the outcome of acute granuloma patients **Methods** 50 patients with acute granulocytic leukemia in our hospital were randomly divided into control group and experimental group, 25 cases each. The control group received systematic health education, while the experimental group received systematic health education combined with traditional Chinese medicine nursing. The self-care ability, quality of life, negative emotions, curative effect and outcome of the two groups were compared. **Results** After nursing intervention compared with the control group, the self-care ability of the experimental group increased ($P<0.05$), force score was higher, the HAMA and HAMD scores were lower, the quality of life score was higher, the CR rate and 1-year survival rate were higher in the experimental group, and the 1-year recurrence rate was lower ($P<0.05$). **Conclusion** TCM nursing combined with systematic health education can effectively improve the self-care ability of patients with acute granulocytic leukemia, improve the prognosis of patients, reduce negative emotions and improve the quality of life.

Keywords: traditional Chinese medicine nursing; systematic health education; acute granulocytic leukemia; prognosis; consumptive disease

急性粒细胞白血病（以简称急粒）采取化疗治疗，在控制恶性细胞同时，正常细胞也会受到一定程度的损伤，使患者痛苦程度增加，免疫力、依从性下降，对治疗丧失信心[1]。由于周期较长的化疗使得患者在备受痛

苦折磨的同时，也产生了抑郁、焦虑等负面情绪，使护理难度存在一定程度的增加，患者预后转归情况变差[2]。选择合理有效的护理方案是使急粒患者提高治疗依从性、改善不良情绪的必然选择，已有研究证实中医护理方案会改善患者情况，从而提高患者治疗效果[3]。本研究将 50 例急粒患者作为研究对象，探究中医护理联合系统健康教育对急粒患者转归的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 6 月—2018 年 12 月于我院进行治疗的急性粒细胞白血病患者 50 例，采取随机数字表法分为试验组与对照组。对照组男 13 例，女 12 例；平均年龄 32.84 岁。试验组男 14 例，女 11 例；平均年龄 32.02 岁。试验与对照组性别、年龄方面比较差异无统计学意义（P>0.05）。

1.2 纳入标准 所有入选者均符合急性白血病世界卫生组织（WHO）中急粒诊断标准；预计生存期超过 12 个月；试验流程已告知患者及其家属，并签署同意书。

1.3 排除标准 合并其他部位恶性肿瘤；存在精神、语言以及认知障碍。

1.4 研究方法 对照组进行系统健康教育，主要针对急粒患者进行床边讲述疾病相关的病因、发病机制、症状、诊断、治疗以及复发知识，同时向急粒患者分发本病知识宣传册（册子内对本病进行详细介绍）、院外护理指南（包括院外疾病用药、定期检查等问题讲解）等资料，定期告知其参加病区内举行的健康知识讲座，叮嘱患者及家属参加，使其在治疗或陪护的同时对本病基础知识有系统化的了解，能积极配合治疗的完成。

试验组予以系统健康教育联合中医护理方案，健康教育方法同对照组，中医护理如下：（1）护理人员设立专用的微信群，以在群内发放健康食谱以及教育手册等途径更新有关护理信息。对患者病情改变进行监视观察，若患者存在出血症状则予以止血处理，采用薄荷油擦拭鼻腔以改善出血症状；若出血量较少，则予以云南白药喷剂；消化道出血则立即止血。热毒炽盛证者以清开灵灌肠，采取冰敷降温法，同时服用鲜白茅以及鲜生地黄等榨汁以解毒凉血，应用白花蛇舌草煎煮溶液以漱口；瘀毒壅滞证者应用四黄水密散外敷于痞块以达到软坚散结的作用，服用土茯苓及田七等煲汤以活血解毒；痰火郁结证者服用山药、萝卜以及黄芪等煲汤以健脾开胃、化痰除湿；（2）每周与患者本人及其家属进行沟通，了解患者内心变化，予以心理护理以调整患者情绪，以帮助其树立积极向上心态，谈话时间为每次 30 min；（3）为患者设立一个急粒专用活动室，病情允许的患者每日进行打太极拳、病友见面沟通等放松模式。责任护士给予饮食指导，予以清淡、有营养的食物，多食用一些新鲜的蔬果，有助于肠道通畅。根据中医学饮食原则，指导患者禁食用牛、羊、狗等热性食物，葱、大蒜，辛温之品，海带、鱼蟹等海产品。多食用一些木耳、红豆、百合、茯苓以及大枣等，帮助患者补气养血，切勿服用参汤以及甲鱼汤等，会导致白血病克隆细胞出现增生活跃的现象；（4）选取神门、肾、交感三穴，用 75% 酒精行耳廓局部消毒后，探针选取最敏感点，采用王不留行籽压贴在穴位上缓解患者紧张焦虑情绪，以促进睡眠，睡前按压 1 次，每穴 0.5~1 min，灼痛发热为宜；（5）采取按摩双侧足三里穴以促进肠蠕动，改善患者便秘等症状，采用揉、按法，出现酸、麻、胀、痛感为宜；（6）进入化疗阶段，于化疗后予以对应的静脉导管护理，若存在化疗诱发的肠胃异常改变可在患者食谱中加入生姜予以调节。

1.5 观察指标 根据 Orenm 自护理论[4]制订量表对患者自护能力进行评价，主要包含健康知识水平、自护责任感、自我护理技能以及自我概念等，分数越高提示自护能力越好。生存质量根据生活质量量表（QLQ-C30）进行评价，主要包括角色、社会、躯体及情绪等功能量表。负性情绪根据汉密尔顿焦虑量表（HAMA）及抑郁量表（HAMD）予以评估，其中 HAMA、HAMD 评分超过 18 分提示为负面情绪状态。

1.6 疗效与转归 参考《血液病诊断及疗效标准》[5]，疗效分为完全缓解（CR）、部分缓解（PR）以及为无缓解（NR），计算 CR 率。根据随访情况记录 1 年内生存率及复发率。

1.7 统计学方法 根据 SPSS 17.0 予以统计学分析，自护能力、生活质量及负性情绪等计量资料以均数±标准差表示，予以 t 检验；疗效与转归等计数资料以率（%）表示，应用卡方法检验。P<0.05 证实差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者自护能力比较 干预后 2 组患者自护能力总分、自我概念、自护责任感、自护技能及健康知识等各维度自护能力评分均增高（P<0.05）；试验组患者自护能力评分高于对照组（P<0.05），见表 1。

表 1 2 组患者自护能力比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	时间	自护能力总分	自我概念	自护责任感
试验组	25	干预前	86.88±9.01	22.18±2.54	18.39±1.92
		干预后	112.39±13.53*#	29.30±3.11*#	29.83±3.38*#
对照组	25	干预前	86.13±8.91	22.01±2.48	18.47±1.99
		干预后	98.18±10.24*	25.16±2.86*	15.93±2.38*

组别	例数	时间	自护技能	健康知识水平
试验组	25	干预前	26.14±2.72	33.26±3.64
		干预后	40.24±4.29*#	46.71±4.88*#
对照组	25	干预前	26.92±2.70	33.42±3.65
		干预后	31.23±3.53*	39.10±4.13*

注：与干预前相比，*P < 0.05；与对照组比较，#P < 0.05

2.2 2组患者生活质量比较 干预后所有入选者角色、社会、躯体及情绪功能等各维度生活质量评分上升（$P<0.05$）；试验组患者生活质量评分较对照组高（$P<0.05$），见表2。

表2 2组患者生活质量评分比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	时间	角色功能	社会功能
试验组	25	干预前	1.20±0.18	0.78±0.10
		干预后	2.23±0.29*#	1.98±0.25*#
对照组	25	干预前	1.18±0.19	0.77±0.11
		干预后	1.66±0.24*	1.25±0.17*
组别	例数	时间	躯体功能	情绪功能
试验组	25	干预前	1.45±0.18	1.02±0.12
		干预后	3.18±0.38*#	2.13±0.29*#
对照组	25	干预前	1.47±0.19	0.92±0.10
		干预后	2.23±0.28*	1.82±0.23*

注：与干预前相比，*$P<0.05$；与对照组比较，#$P<0.05$

2.3 2组患者负性情绪比较 干预后，对比干预前2组患者HAMA以及HAMD评分下降情况，$P<0.05$；试验组HAMA、HAMD评分较对照组低（$P<0.05$），见表3。

表3 2组患者负性情绪比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	时间	HAMA	HAMD
试验组	25	干预前	23.25±2.52	19.82±2.10
		干预后	10.14±1.39*#	9.28±1.25*#
对照组	25	干预前	23.01±2.59	19.70±2.13
		干预后	16.66±1.84*	13.63±1.47*

注：与干预前相比，*$P<0.05$；与对照组比较，#$P<0.05$

2.4 疗效与转归 试验组CR率为60.00%（15/25），1年生存率76.00%（19/25），1年复发率为12.00%（3/25）；对照组CR率为40.00%（10/25），1年生存率40.00%（10/25），1年复发率为32.00%（8/25）。试验组CR率以及1年生存率均高于对照组，1年复发率低于对照组（$P<0.05$）。

3 讨论

急性粒细胞白血病是白血病最常见的种类，临床应用化疗以辅助治疗并控制感染，在治疗阶段由于长时间的化疗、手术致使大多患者焦虑、抑郁情绪严重，患者出现脱发、食欲下降和乏力等表现，沉重的经济负担也会加重患者的痛苦，致使治疗信心受到打击[6]。因此，帮助患者在身心上均得到改善成为重中之重，在此方面护理模式的选择较为关键。中医护理模式是以中医基础理论为基础对护理进行指导的一种具有整体观、辨证施护优势的综合护理模式，是近期随中西医结合治疗一同兴起的新型护理手段，在我院具有广阔的应用前景。中医护理学正处于学科大发展时期，中医护理拥有自己的特色，包括整体观念、辨证施护、养生康复与保健、中医营养与食疗，中医护理操作技能等，临床以及社区护理中均显示中医护理优势。其主要操作包含灸法、拔罐法、针刺法、穴位按摩法以及敷药法等，具有简单方便、适用范围广、见效快以及费用低等优势，对减轻患者痛苦、提高患者生存质量和治疗疑难病症方面具有显著的作用。相比传统系统健康教育护理模式，中医护理更重视对急粒患者的日常护理，将中医知识融入日常护理过程中去。中医学认为，白血病辨证分为热毒炽盛证、瘀毒壅滞证以及痰火郁结证，护理中分别针对这3种证型用药，热毒炽盛证予以清热解毒，在护理的同时显著改善患者的情况；瘀毒壅滞证予以解毒、软坚散结等护理；痰火郁结证采取健脾开胃，化痰除湿护理方案。在患者日常食物中增加茯苓、百合以及大枣等中药，调整肠胃健康，使机体免疫功能得到改善，为患者服务以解决健康问题。

中医护理应用于急粒患者展示出诸多优势，对本病治疗及护理均有积极作用，本次实验中应用的中医护理方案（包括中医食疗以及中医运动锻炼）由医护人员提出，是一套针对患者病情提出的能改善急粒患者自我护理能力、转归以及负性情绪的合理有效护理方案。

参考文献

[1] 姚晓非. 73例急性早幼粒细胞性白血病患者临床特点和预后分析[J]. 中国实用医药，2016，11(36)：137-139.
[2] 曹鹏飞，柏彬，黄文滨，等. 57例急性早幼粒细胞白血病的实验室检查及临床诊疗分析[J]. 中国医师杂志，2016，18(4)：520-526.
[3] 陈彩连. 心理护理干预对乳腺癌患者不良情绪及治疗依从性的影响[J]. 中国现代医生，2011，49(36)：72-73.
[4] 王永香，秦玉红，麦晓帆. Orem自护理论在白血病患者中的应用[J]. 医学信息，2013，7(26)：375-376.
[5] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 北京：科学出版社，2007：52-53.
[6] 沈佳艺，俞群，许莉莉. 综合护理干预模式在预防小儿急性白血病PICC相关并发症中的作用[J]. 长春中医药大学学报，2017，33(6)：986-988.

（本文编辑：李海燕 本文校对：余 茜 收稿日期：2019-01-21）

国医大师孙光荣教授认为胃脘痛与脾胃、肝关系最为密切。脾胃乃后天之本，气血生化之源，五行属土，而肝火旺盛，常常克伐脾土，故治疗胃脘痛，需要在调理脾胃的基础上清泻肝火。治疗腹胀病，从“重形神-调气血-平升降-衡出入”着手，采用益气活血、养心安神、理气和胃、行气除胀等方法治疗。治疗便秘常采用补气活血、滋阴润肠的方法，其最常用的中药药对是火麻仁、嫩龙葵。根据需要也可增加郁李仁、玄参、天门冬、麦门冬等中药。

——李海霞、朱培一摘编自《医道中和——国医大师孙光荣临证心法要诀》

中西医结合整体护理模式干预2型糖尿病临床观察

李 诗

（中国医科大学附属第四医院内分泌科，辽宁 沈阳 110034）

摘 要：目的 探讨中西医结合整体护理模式对住院2型糖尿病患者的干预效果。**方法** 回顾性分析2017年1月—2018年3月接诊的140例住院2型糖尿病患者采取中西医结合整体护理模式的干预效果，根据护理方法的不同，将其均分为对照组和观察组。对照组采取常规护理，观察组在以上基础上采取中西医结合整体护理，比较分析2组患者护理前后的空腹血糖、餐后2 h血糖水平，以及护理后患者的配合度。**结果** 护理前，2组患者空腹和餐后2 h血糖差异无统计学意义（$P>0.05$）。护理后，观察组空腹和餐后2 h血糖水平明显低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。观察组配合度明显高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结论** 中西医结合整体护理模式干预住院2型糖尿病患者效果显著，提高患者配合度。

关键词：中西医结合整体护理；2型糖尿病；心理护理；饮食护理；穴位护理；运动护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.048 **文章编号：**1672-2779(2019)-12-0117-02

Clinical Observation on Holistic Nursing Mode of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Intervention of Type 2 Diabetes

LI Shi

(Endocrinology Department, the Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110034, China)

Abstract: Objective To probe on the intervention effects of the combined holistic nursing of traditional Chinese medicine with Western medicine on inpatients with Type-2 diabetes. **Methods** A retrospective analysis was made of the intervention effects of combined holistic nursing of traditional Chinese medicine with Western medicine on 140 inpatients with Type-2 diabetes who were treated in our hospital between January, 2017 and March, 2018. The patients were divided into the control group and the observation group according to different mode of nursing. The control group received conventional nursing. The observation group received the combined holistic nursing of traditional Chinese medicine with Western medicine apart from conventional nursing. A comparative analysis was made of the fasting blood glucose level, postprandial blood glucose level 2h after meals and patients' compliance after nursing. **Results** Prior to nursing, the difference in the fasting blood glucose level and postprandial blood glucose level 2h after meals between the two groups was statistically insignificant ($P>0.05$). After nursing, the fasting blood glucose level and postprandial blood glucose level 2h after meals of the observation group was obviously lower than those of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The patients' compliance percentage of the observation group was obviously higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The combined holistic nursing of traditional Chinese medicine with Western medicine on inpatients with Type-2 diabetes can effectively enhance both the intervention effects and the patients' compliance.

Keywords: combined holistic nursing of traditional Chinese medicine with Western medicine; type-2 diabetes; psychological nursing; diet nursing; acupoint nursing; exercise nursing

糖尿病属于一种以高血糖为特征的疾病，糖尿病患者机体长期在高血糖的作用之下，会使其机体的多种组织出现慢性损害以及功能障碍[1]。临床相关资料发现，绝大部分的糖尿病患者都对该疾病的预后和治疗方法不了解，其治疗的依从性较差，使病情的进展加快，严重影响患者的生理、心理以及社会适应能力[2]。以往，临床上多对患者采取常规的护理，但效果不佳。中西医结合整体护理可以减少并发症发生，提高治疗效果，减轻患者的经济负担[3]。本研究对我中心接诊的住院2型糖尿病患者采取中西医结合整体护理，旨在对2型糖尿病患者的血糖控制效果进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院2017年1月—2018年3月接诊的140例住院2型糖尿病患者的诊疗情况。对照组70例，男38例，女32例；年龄40~69岁，平均年龄52.34岁；病程1~24年，平均病程（8.35±2.31）年。观察组70例，男36例，女34例；年龄40~65岁，平均年龄50.34岁；病程1~22年，平均病程（7.95±2.41）年。2组患者的性别、年龄、病程以及文化程度经比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），存在可比性。

1.2 纳入标准 （1）符合糖尿病诊断的标准；（2）患者临床表现为肥胖、胰岛素抵抗。

1.3 排除标准 （1）排除因糖尿病失明的患者；（2）排除生活不能自理的患者；（3）排除存在精神障碍而不能配合治疗的患者。

1.4 方法 对照组采取常规护理方法进行护理：健康宣讲、心理护理、用药护理以及出院指导等。

观察组采取中西医结合整体护理：（1）心理护理：护理人员疏导患者心理状况，树立积极向上的心理状态；（2）中西护理：患者在口服卡托普利的同时，采取中药浴

足，选择乳香24 g，紫丹参、生黄芪、忍冬藤各100 g，生附片、川桂枝各50 g，用3000 mL清水熬煮至沸腾后再煮20 min，去渣，加入温水中泡脚0.5 h，每剂药重复使用3次，每天1次；（3）饮食护理：制定科学的食谱，以高蛋白低脂肪、少食多餐为原则，对于肺热伤津的患者，饮食注意清淡，多食用养阴、生津的食物；对于神疲乏力的患者，多食养阳、益气的食物；（4）穴位护理：患者每天按摩胰俞区30 min，推拿足部的脾、垂体、胃；（5）运动护理：叮嘱患者进行太极拳、慢跑等有氧运动，强度根据其耐受情况制定。

1.5 观察指标 比较分析2组患者护理前后的空腹血糖、餐后2 h血糖水平，以及护理后患者的配合度。分别在护理前后抽取患者空腹和餐后2 h的静脉血1 mL，检测其血糖水平。根据患者的配合情况将配合度分为配合、比较配合、不配合，配合度=（配合+比较配合）例数/总例数×100%。

1.6 统计学方法 本研究选择SPSS 18.0软件包对数据进行统计分析，计量资料采取t检验，以（$\bar{x}\pm s$）表示；等级资料采取秩和检验；计数资料采取x^2检验，以率（%）表示。P<0.05时，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者护理前后的空腹血糖、餐后2 h血糖水平比较 护理前，2组患者空腹和餐后2 h血糖差异无统计学意义（P>0.05）。护理后，观察组空腹和餐后2 h血糖水平明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表1。

表1 2组患者护理前后的空腹血糖、餐后2 h血糖水平

（$\bar{x}\pm s$，mmol/L）

组别	例数	空腹血糖		餐后2 h血糖	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	70	8.71±1.57	7.26±1.21	11.51±1.96	9.38±1.45
对照组	70	8.76±1.58	8.44±1.33	11.47±2.01	10.86±1.81
t值		0.187	5.490	0.119	5.339
P值		0.851	<0.001	0.905	<0.001

2.2 2组患者的配合度分析 观察组配合度明显高于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表2。

表2 2组患者的配合度 [例(%)]

组别	例数	配合	比较配合	不配合	配合度
观察组	70	24(34.28)	44(62.85)	2(2.85)	68(97.14)
对照组	70	20(28.57)	34(48.57)	16(22.85)	54(77.14)
Z/x^2值			2.142		12.495
P值			0.032		<0.001

3 讨论

糖尿病属于一种代谢疾病，如果糖尿病患者没有及早的得到治疗，其血糖处于异常水平，会导致器官损害以及慢性并发症，严重影响患者的生活质量和健康。以往，临床治疗效果较差，患者治疗的依从性较差。目前对于糖尿病的治疗，临床上还没有根治的方法，多采取常规护理对2型糖尿病患者进行监督治疗，通过长期服药调节患者体内的血糖水平，但是效果较差，患者对治疗的依从性会受治疗时间的影响，也就是说治疗时间一长，患者的依从性一般会有所下降，不利于患者生活质量的改善[5]。

中西医结合整体护理在通过心理、中药、饮食、运动以及穴位这几个方面对患者进行护理，中药护理同时保障了药效和用药安全，饮食护理增强了中药的效果，穴位护理同时放松身体、促进血液循环，运动护理能够增强体质、稳定血糖、提高免疫力[6-7]。临床护理中对患者采取中西医结合护理，能够促进护理的全面性，提高疗效。

FPG、2hPG水平是评估患者血糖水平的常用指标，FPG以及2hPG代表胰岛素的分泌功能，本研究中，护理后，采取中西医结合整体护理患者的空腹和餐后2 h血糖水平［（7.26±1.21）mmol/L、（9.38±1.45）mmol/L］明显低于采取常规护理的患者［（8.44±1.33）mmol/L、（10.86±1.81）mmol/L］，这与中西医结合整体护理从心理、中药、饮食、运动以及穴位对患者进行护理有关，与王琴等[4]的研究结果一致，说明中西医结合整体护理能够改善2型糖尿病患者的FPG、2hPG水平。

采取中西医结合整体护理患者的配合度（97.14%）明显高于采取常规护理的患者（77.14%），这与中西医结合整体护理更加全面、细致的对患者进行护理干预有关，使患者感受到来自医护人员的关爱，从而提高配合度，这与周群芳[5]的研究结果一致，说明中西医结合整体护理能够提高2型糖尿病患者的配合度。

综上所述，中西医结合整体护理住院2型糖尿病的疗效显著，能够改善空腹和餐后2 h血糖水平，提高配合度，值得临床应用及推广。

参考文献

[1] 赵小丽. 中西医结合护理干预对初诊2型糖尿病患者治疗遵医行为和血糖控制的影响[J]. 新中医，2015，47(11)：220-221.
[2] 余珂，何凌霄，杨蓉. 老年2型糖尿病合并脑卒中血糖控制及综合性护理的效果[J]. 中国实用神经疾病杂志，2016，19(5)：128-129.
[3] 沈红. 中西医结合护理干预对老年糖尿病患者遵医行为和血糖控制的影响[J]. 糖尿病新世界，2018，21(10)：158-159.
[4] 王琴，叶明，李玉梅. 中西医结合护理干预对糖尿病患者血糖控制效果的影响[J]. 现代中西医结合杂志，2015，24(5)：552-554.
[5] Xiao-Li W U，Yin L L，Hong-Liang J I. Meta-analysis on Effects of Clinical Nursing of Integrated Traditional Chinese Medicine and Western Medicine on Patients with Diabetic Foot Ulcers[J]. Nursing Journal of Chinese Peoples Liberation Army，2012.
[6] 周群芳. 中西医结合整体护理模式对住院2型糖尿病的临床干预效果评价[J]. 内蒙古中医药，2017，36(15)：174.
[7] 张燕，李红云. 中西医结合治疗联合护理干预对糖尿病伴抑郁症患者临床疗效及血糖控制的影响[J]. 中国社区医师，2017，33(14)：125，127.

（本文编辑：李海燕 本文校对：马 爽 收稿日期：2018-11-29）

中医情志护理对乳腺癌患者癌因性疲乏的影响

冯 微 王 卉

（中国医科大学附属盛京医院第七、第十二普通外科，辽宁 沈阳 110000）

摘 要：目的 探析中医情志护理对乳腺癌患者癌因性疲乏的影响。**方法** 选取2015年4月—2017年3月收治的乳腺癌患者79例，均伴有癌因性疲乏，依入院顺序将患者分为常规组（n=34）和干预组（n=35），分别实施常规护理和常规护理联合中医情志护理。观察患者护理前后的癌因性疲乏状况及应对方式。**结果** 2组患者护理后的积极应对评分明显高于护理前（P<0.05），癌因性疲乏各项评分、总分及消极应对评分明显低于护理前（P<0.05）；且干预组患者护理后积极应对评分明显高于常规组护理后的评分（P<0.05），癌因性疲乏各项评分、总分及癌因性疲乏总分及消极应对评分明显低于常规组护理后的评分（P<0.05）。**结论** 中医情志护理应用于乳腺癌患者中，不仅可缓解患者癌因性疲乏，还可改善患者的应对方式，效果显著。

关键词：乳腺癌；癌因性疲乏；中医情志护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.049 **文章编号：**1672-2779（2019）-12-0119-03

The Effect of Traditional Chinese Medicine Emotional Nursing on Cancer-related Fatigue in Breast Cancer Patients

FENG Wei, WANG Hui

(Department of the Seventh and the Twelfth General Surgery, China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110034, China)

Abstract: Objective To explore the effect of traditional Chinese medicine emotional nursing on cancer-related fatigue in breast cancer patients. **Methods** 79 cases of breast cancer patients admitted to our hospital from April 2015 to March 2017 were all accompanied by cancer-related fatigue. Patients were divided into the routine group (n=34) and the intervention group (n=35) according to the admission order. Routine nursing and conventional nursing combined with emotional nursing of traditional Chinese medicine were respectively implemented. Observation on the status and coping style of cancer-related fatigue before and after nursing care was carried out. **Results** The positive response score after nursing was significantly higher in the two groups than before nursing (P < 0.05), and the score, total score and negative response score of the patients due to cancer-related fatigue were significantly lower than before nursing (P< 0.05). In addition, the positive response score of the intervention group was significantly higher than that of the conventional group after nursing (P< 0.05), and the score, total score, total score and negative response score of the cancer-related fatigue were significantly lower than that of the conventional group after nursing (P < 0.05). **Conclusion** The application of emotional nursing in patients with breast cancer can not only relieve the patient's cancer-related fatigue, but also improve the patient's coping style, with remarkable effect.

Keywords: breast cancer; cancer-related fatigue; traditional Chinese medicine emotional nursing

癌因性疲乏是肿瘤及相关治疗造成的患者持续不适、躯体情感和/或认知方面的主观疲惫或疲倦感，具有发生快、严重程度高、持续时间长等特点，且通过休息无法得到缓解。几乎所有的乳腺癌患者在治疗中均会经历癌因性疲乏，且病情严重程度与疾病进展呈正相关，有研究指出约86%~96%乳腺癌患者的主观疲乏抱怨不仅严重影响患者的日常生活，还会影响治疗效果[1]。中医学认为情志活动与疾病的关系密切，并将情志护理作为疾病治疗中必不可少的部分，为了探究其应用于乳腺癌癌因性疲乏患者中的效果，笔者进行了如下研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年4月—2017年3月我院收治的乳腺癌患者79例，均伴有癌因性疲乏，依入院顺序分为常规组和干预组。常规组34例，平均年龄42.05岁；平均病程（2.92±1.85）年；TMN分期：Ⅰ期、Ⅱ期和Ⅲ期分别为18例、10例和6例；病灶部位：左乳癌和右乳癌分别为23例和11例；病理类型：浸润性导管癌、乳头状癌和髓样癌分别为25例、7例和2例；文化程度：中学及以下和大专及以上分别为10例和24例；职业：家庭妇女和职业女性分别为6例和28例。干预组35例，平均年龄42.02岁；平均病程为（2.95±1.83）年；TMN分期：Ⅰ期、Ⅱ期和Ⅲ期分别为18例、10例和7例；病灶部位：左乳癌和右乳癌分别为23例和11例；病理类型：浸润性导管癌、乳头状癌和髓样癌分别为26例、7例和2例；文化程度：中学及以下和大专及以上分别为11例和24例；职业：家庭妇女和职业女性分别为7例和28例。2组患者一般资料的差异无统计学意义（P>0.05）。

1.2 纳入标准 经病理学检查确诊、符合美国国家综合癌症网络（NCCN）指南中的诊断标准[2]、预计生存期≥3个月、患者签署了知情同意书、符合医学伦理学要求。

1.3 排除标准 合并其他恶性肿瘤、心肝肾严重疾病、严重并发症、癌细胞已转移和无法配合完成研究的患者。

1.4 护理方法 常规组：给予患者用药指导、心理疏导等

常规护理。

干预组：在常规护理基础上给予患者中医情志护理：(1) 安神静志法：嘱患者静坐，指导其吸气时握紧双拳，呼气时缓慢放松拳头，让患者在吸气和呼气过程中将注意力集中于呼吸，感受紧张和放松的感觉；(2) 情志相胜法：若患者过度恐惧，可向患者讲解疾病及治疗的相关知识，以思胜恐、纠正其错误良知，提高其依从性；若患者过度疑虑，可向患者讲小故事或笑话，以喜胜优，让患者以积极客观的态度面对疾病；若患者思虑过多，可引导患者宣泄其不满情绪，以怒胜思，可缓解患者的压力；若患者过度愤怒，可引导患者回想自身以往的经历，以哀胜怒，使患者尽快摆脱负面情绪的影响；(3) 移情暗示法：通过与患者聊天或鼓励患者做自己喜欢的事情，转移患者的注意力，以促进患者康复，提高治疗效果。

1.5 观察指标 观察患者护理前后的癌因性疲乏状况及应对方式。

以 Okuyama 等针对癌症患者编制的癌症疲乏量表(CFS)[3]为依据，对患者护理前后的癌因性疲乏状况进行评估，量表主要包括躯体疲乏、情感疲乏和认知疲乏3个维度，条目数包括7个、4个和4个，每个条目的分值为1~5分，总分为15~75分，且评分的高低与患者癌因性疲乏的严重程度呈正相关。

以简明应对量表（SCSQ)[4]为依据，对患者护理前后的应对方式进行评估，量表主要包括积极应对和消极应对2个维度，条目数分别为8个和12个，每个条目的分值为0~3分，且评分的高低与积极应对方式呈正相关，与消极应对方式呈负相关。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 22.0 软件处理数据。$P<0.05$，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者护理前后的癌因性疲乏状况 2组患者护理后的躯体疲乏、情感疲乏和认知疲乏的评分和癌因性疲乏总分均明显低于护理前（$P<0.05$），且干预组患者护理后的各项评分低于常规组护理后的评分（$P<0.05$）。见表1。

2.2 患者护理前后的应对方式 2组患者护理后的积极应对评分明显高于护理前（$P<0.05$），消极应对评分明显低于护理前（$P<0.05$）；且干预组患者护理后积极应对评分明显高于常规组护理后的评分（$P<0.05$），消极应对评分明显低于常规组护理后的评分（$P<0.05$）。见表2。

表2 患者护理前后应对方式的比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	时间	积极应对	消极应对
常规组	34	护理前	14.25±2.43	27.62±4.27
		护理后	15.59±3.04	25.24±3.76
干预组	35	护理前	14.22±2.48	27.65±4.32
		护理后	17.41±3.95#	22.16±2.81#
t_1值			2.0077	2.4392
P_1值			0.0488	0.0174
t_2值			4.0464	6.3024
P_2值			0.0001	0.0000

注：t_1、P_1为常规组组内比较，t_2、P_2为干预组组内比较；与常规组护理后相比，#$P<0.05$（t=2.1404、3.8618）

3 讨论

中医学将癌因性疲乏划分至“虚劳”的范畴，其首见于张仲景的《金匮要略》，是脏腑功能衰退、气血阴阳不足为主要病机的多种慢性虚弱证候的总称，故又称为虚损。

中医学认为情志是人体精神活动的外在表现，其变化直接影响着内在脏腑的变化，若不良情志长期存在或过强，会加重患者病情。《黄帝内经》指出：“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来……”“精神不进，志意不治，故病不可愈”，也强调了调节精神情志在防病治病中的重要性[5]。

本次研究中，干预组患者给予安神静志、情志相胜和移情暗示等中医情志护理，消除或降低了不良情志对患者机体的不良影响，提高了患者的正性情绪，患者护理后积极应对评分明显高于常规组护理后的评分（$P<0.05$），消极应对评分明显低于常规组护理后的评分（$P<0.05$）。且中医情志护理可使患者情志舒畅、气机条达，调节各脏腑功能，研究中干预组患者护理后癌因性疲乏各项评分和总分均明显低于常规组护理后的评分（$P<0.05$）。

表1 患者护理前后癌因性疲乏状况的比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	时间	躯体疲乏	情感疲乏	认知疲乏	总分
常规组	34	护理前	16.14±5.03	11.37±3.59	11.63±3.96	38.84±13.61
		护理后	13.72±4.21	9.72±3.15	19.74±3.42	33.03±10.05
干预组	35	护理前	16.09±5.10	11.41±3.54	11.58±4.01	38.79±13.65
		护理后	11.85±3.47*	8.26±2.83*	8.16±2.75*	28.24±8.58*
t_1值			2.1513	2.0144	2.1062	2.0059
P_1值			0.0351	0.0480	0.0390	0.0490
t_2值			4.0665	4.1118	4.1611	3.8712
P_2值			0.0001	0.0001	0.0001	0.0002

注：t_1、P_1为常规组组内比较，t_2、P_2为干预组组内比较；与常规组护理后相比，*$P<0.05$（t=2.0159、2.0265、2.1179、2.1314）

综上所述，中医情志护理可明显改善乳腺癌患者的应对方式和癌因性疲乏状况，具有较高的临床推广价值。

参考文献

[1] 蒋爱飞. 橘皮配合肌肉放松及情志调护对乳腺癌病人化疗依从性的影响[J]. 护理研究,2014,28(4):466-467.
[2] 黄海桃,陈珊娜,朱薪,等. 心理护理对宫颈癌术后放疗患者癌因性疲乏的干预效果[J]. 中国肿瘤临床与康复,2016,23(5):632-634.
[3] 陈和月,肖艳玲,杨娇弟,等. 基于结构式家庭疗法的随访管理对乳腺癌术后化疗患者癌因性疲乏的影响[J]. 中国护理管理,2016,16(3):322-326.
[4] 王岩,刘丽华,付玉芳,等. 乳腺癌患者癌因性疲乏、应对方式及生活质量的研究[J]. 护理管理杂志,2015,15(7):477-480.
[5] 吴加花,冯燕虹,黎玉婵,等. 情志疏导八法对可手术乳腺癌围化疗期患者生存质量的影响[J]. 中国医药导报,2015,12(32):134-137.

（本文编辑：李海燕　本文校对：单会莲　收稿日期：2018-12-11）

艾灸法治疗原发性骨质疏松症腰背疼痛临床观察

熊　祯　付绍燕

（南昌市洪都中医院护理部，江西　南昌　330008）

摘　要：目的　分析艾灸治疗原发性骨质疏松症腰背疼痛的有效性。**方法**　选取 2015 年 9 月—2018 年 9 月接收并治疗的原发性骨质疏松症腰背疼痛患者 170 例，分为中药组和中药联合艾灸组。中药组采用中药内服治疗，中药联合艾灸组在中药内服的基础上采用艾灸方法进行治疗。对比 2 组患者不同治疗方法临床效果的差异性。**结果**　治疗后，中药联合艾灸组患者 VAS 疼痛评分为（1.21±0.04）分，明显低于中药组（$P<0.05$）；中药联合艾灸组治疗有效率为 97.65%，明显高于中药组（$P<0.05$）。**结论**　艾灸治疗原发性骨质疏松症患者腰背疼痛有效性的效果显著，可推广应用。

关键词：艾灸疗法；原发性骨质疏松症；腰背疼痛；有效性；中医综合疗法；痹证
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.050　　**文章编号：**1672-2779（2019）-12-0121-02

Clinical Observation on Moxibustion Therapy in Treating Primary Osteoporosis Low Back Pain

XIONG Zhen, FU Shaoyan

(Nursing Department, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

Abstract: Objective To analyze the effect of moxibustion therapy in patients with primary osteoporosis low back pain. **Methods** From September 2016 to September 2018, 170 cases of patients with primary osteoporosis low back pain as the research objects. They were divided into Chinese medicine group and Chinese medicine combined with moxibustion group. The Chinese medicine group took oral medicine, while the Chinese medicine combined with moxibustion group applied moxibustion on the basis of Chinese medicine group. The clinical effect was compared. **Results** After treatment, the VAS pain score for patients with TCM and moxibustion group (1.21±0.04), which was significantly lower than that of traditional Chinese medicine group ($P < 0.05$). The effective rate of TCM and moxibustion treatment group was 97.65%, which was significantly higher than that of traditional Chinese medicine group ($P < 0.05$). **Conclusion** Moxibustion therapy in patients with primary osteoporosis has remarkable effect, and can be popularized and applied

Keywords: moxibustion; primary osteoporosis; low back pain; effectiveness; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine; bi syndrome

原发性骨质疏松症（primary osteoporosis）是临床常见的疾病之一，发病率较高，患者多伴随腰背疼痛等症状，生活质量差[1-2]。中医多利用中药内服的方法进行治疗，但大量的临床数据揭示，单用中药内服方法治疗发性骨质疏松症腰背疼痛，疗效不佳。我院选取原发性骨质疏松症腰背疼痛患者 170 例，分析中药联合艾灸治疗原发性骨质疏松症患者腰背疼痛的有效性。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2015 年 9 月—2018 年 9 月我院接收并治疗的原发性骨质疏松症腰背疼痛患者 170 例，平均分为中药组和中药联合艾灸组，各 85 例。中药组男 45 例，女 40 例；年龄 49~77 岁，平均年龄 64.43 岁；病程 1~15 年，平均病程（6.55±0.43）年。中药联合艾灸组男 40 例，女 45 例；年龄 49~76 岁，平均年龄 64.41 岁；病程 1~14 年，平均病程（6.57±0.47）年。本研究经医院伦理委员会批准。采用生物统计学方法，对本研究对象的一般资料进行分析，结果显示 $P>0.05$，具有可比性。

1.2　纳入标准　（1）符合《中医病证诊断疗效标准》关于原发性骨质疏松症的临床判定标准；（2）伴随明显的腰背疼痛症状者；（3）经血生化检查、代谢平衡试验、X 线检查、骨质疏松指数测量、骨密度测量、双光子吸收法骨密度测量、CT 骨密度测量、双能 X 线吸收测量等相关实验室检查确诊者；（4）符合艾灸治疗适应证者；（5）对本次研究知情，表示自愿参与本次研究，并签署知情同意书者。

1.3　排除标准　（1）不符合纳入标准者；（2）治疗前 3 个月使用维生素 D、钙剂等药物治疗者；（3）合并患有严重器质性病变者；（4）有精神类疾病家族史及个人史者；（5）存在明显沟通障碍者。

1.4　治疗方法　中药组采用中药内服治疗，中药方剂基本

组成：黄芪、山萸肉各30 g，山药、熟地黄各20 g，骨碎补18 g，党参、淫羊藿、白术、茯苓各15 g，菟丝子、当归各10 g，甘草6 g。将方剂正确配比后，加水1.6 L。浸泡2 h，大火煮开后，转为文火，煎煮30 min，取汁0.2 L；再次加水0.2 L，煎煮30 min，取汁0.2 L。早晚分2次服用，1剂/d。持续治疗3个月。

中药联合艾灸组在中药内服治疗的基础上采用艾灸方法进行治疗。采用中药治疗方法同中药组。除此以外，取命门、肾俞、大杼、脾俞、足三里、悬钟、太溪为艾灸主穴，在此基础上，进行辨证施治。协助患者取仰卧位，取2寸毫针，对相应穴位皮肤进行常规消毒后，直刺或斜刺进针深度约为1~1.5寸，得气后，行提插、捻转、平补平泻法操作，然后在针柄上插上长度约为2 cm的艾条，并点燃，待艾灸燃尽后取针。3壮/d，隔日1次。连续治疗3个月。

1.5 观察指标 对比2组患者不同治疗前后疼痛情况的差异性。采用VAS疼痛评分进行评价，评分标准为0~10分。其中，0分：无痛；3分以下：疼痛较轻微；在患者能忍受的范围以内；4~6分：患者剧烈疼痛，睡眠受到影响，但姑且能够忍受；7~10分：患者有渐强烈的疼痛，疼痛难忍。

1.6 疗效评定标准 对比2组患者不同治疗后临床效果的差异性。无效：患者症状和体征无改善或加重；有效：患者腰背疼痛等症状和体征有所减轻，骨密度测量检查指标改善60%~79%，腰部活动情况良好；显效：患者腰背疼痛等症状和体征明显减轻，骨密度测量检查指标改善80%以上，腰部活动情况优。

1.7 统计学方法 应用生物统计学SPSS 18.00软件对本次研究记录到的统计数据进行处理，疼痛评分以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用t检验；治疗效果相关计数资料以相对数（%）表示，并对统计值进行卡方检验。若$P<0.05$，则代表数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者不同治疗前后疼痛情况的差异性比较 治疗前，2组患者VAS疼痛评分组间比较差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，中药联合艾灸组患者VAS疼痛评分为（1.21±0.04）分，明显低于中药组（$P<0.05$）。见表1。

表1 2组患者不同治疗前后疼痛情况的差异性比较

（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
中药组	85	8.33±1.41	5.67±0.78
中药联合艾灸组	85	8.31±1.42	1.21±0.04*
t值		0.0921	52.6477
P值		0.9267	0.0000

2.2 2组患者不同治疗后临床效果的差异性比较 结果如表2所示。中药联合艾灸组显效57例，有效25例，治疗有效率为97.65%，明显高于中药组（$P<0.05$）。

表2 2组患者不同治疗后临床效果的差异性比较

（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药组	85	36	18	31	63.53
中药联合艾灸组	85	57*	25*	3*	97.65
x^2值					28.8235
P值					0.0000

3 讨论

原发性骨质疏松症是多病因、多因素引起低骨量和骨组织微结构破坏的全身性骨代谢性疾病，临床较为常见，患者常伴随腰背疼痛等症状和体征[3-5]。若不及时治疗，将延误患者病情，导致病理性骨折等并发症[6-8]，增加患者的痛苦和经济负担，严重影响患者的身心健康。如何采取有效的治疗措施，减轻患者的腰背疼痛症状，具有重要的临床价值。原发性骨质疏松症属于中医学“骨痹”“腰痹”“骨痿”等病证范畴[9]，与脾肾虚弱、筋脉失调、寒湿、腰肌劳损等因素相关[10]。近年来，中医内服和艾灸在治疗原发性骨质疏松症腰背疼痛方面得到了一些应用。首先，中药内服方面，方剂中党参、黄芪、茯苓、山药、白术可渗湿、补气、健脾；熟地黄、山萸肉、当归、菟丝子可滋阴、补血、养血；骨碎补、淫羊藿可补益肝肾、强筋壮骨。诸药可用，可奏补血益气、健脾益肾、强健筋骨之功效。其次，根据疾病的病因病机，应用艾灸作用于命门穴、肾俞穴、大杼穴、脾俞穴、足三里穴、悬钟穴、太溪穴，刺激调整恢复脾肾统血功能、扶正固本，温经通络，调节气血，达到延缓骨丢失的目的。二者联用，具有协同作用，可疏通经脉、益气活血、强筋壮骨，调节体质，避免了单用一种治疗方式的弊端。本研究显示采用针灸结合推拿治疗的患者，疼痛情况有效减轻，治疗有效率为95.71%，效果显著，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 田阡陌，徐道明，吴文忠，等. 艾灸治疗原发性骨质疏松症患者腰背疼痛有效性的系统评价[J]. 天津中医药，2018，35(9)：684-690.
[2] 王琼芬，江园，艾海波，等. 补肝肾健脾温针灸法防治原发性骨质疏松症及骨量减少的效果研究[J]. 检验医学与临床，2018，15(14)：2046-2048.
[3] 牛国平，崔书欣，康斐，等. 针灸推拿法治疗原发性骨质疏松症临床研究[J]. 中医学报，2015，30(10)：1527-1529.
[4] 苑成发，闫秀中，房经斌，等. 杜仲补肾健骨颗粒联合温针灸治疗肾虚精亏型骨质疏松症临床研究[J]. 河南中医，2017，37(11)：1981-1986.
[5] 罗成斌，徐金龙，杨增荣，等. 整体调节针法治疗原发性骨质疏松症的临床研究[J]. 中国骨质疏松杂志，2016，22(11)：1459-1465.
[6] 张海军. 针灸推拿法治疗原发性骨质疏松症的临床疗效研究[J]. 中医临床研究，2017，9(27)：98-99.
[7] 傅春杰，戴毓，寇孝利，等. 针灸治疗原发性骨质疏松症临床疗效研究[J]. 亚太传统医药，2014，10(20)：62-63.
[8] 杨坤，蔡圣朝，朱才丰，等. 温阳活血铺灸法为主治疗原发性骨质疏松症临床研究[J]. 中国针灸，2014，34(6)：555-558.
[9] 杨海明，汪洋，张华军，等. 针药联合治疗原发性骨质疏松症40例临床研究[J]. 江苏中医药，2017，49(9)：59-61.
[10] 王珊玺，谢菊英，谢玉英，等. 针灸治疗原发性骨质疏松症腧穴选取的研究[J]. 中医研究，2017，30(3)：57-58.

（本文编辑：李海燕 本文校对：周 琴 收稿日期：2018-12-14）

SCIENTIFIC RESEARCH PROGRESS 科研进展

中医药治疗功能性便秘临床研究进展※

杨丹丹[1] 马廷键[1] 赵振国[1] 王惠兰[1] 侯盼飞[2] 宫卫星[3]

（1 山东省乳山市人民医院中医科，山东 乳山 264500；2 江苏省涟水县人民医院检验科，江苏 涟水 223400；
3 乳山市同福堂中医诊所，山东 乳山 264504）

摘 要：功能性便秘是临床常见病、多发病，严重影响人们的生活质量，并可导致多种疾病的发生。中医药治疗功能性便秘具有其独特的优势。现从病因病机、辨证论治、针灸治疗、穴位敷贴、耳穴贴压、推拿按摩、中药灌肠等方面，对近年来中医药临床治疗功能性便秘作一综述。

关键词：功能性便秘；中医药疗法；综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.051 **文章编号**：1672-2779(2019)-12-0123-03

Research Progress of Chinese Medicine in the Treatment of Functional Constipation

YANG Dandan[1], MA Tingjian[1], ZHAO Zhenguo[1], Wang Huilan[1], HOU Panfei[2], GONG Weixing[3]

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Rushan People's Hospital Affiliated to Binzhou Medical College, Shandong Province, Rushan 264500, China;
2. Clinical Laboratory, People's Hospital of Lianshui County, Jiangsu Province, Lianshui 223400, China;
3. Rushan Tongfutang Traditional Chinese Medicine Clinic, Shandong Province, Rushan 264504, China)

Abstract: Functional constipation is a common and frequently-occurring disease, which seriously affects people's quality of life and can lead to a variety of diseases. Traditional Chinese medicine has unique advantages in the treatment of functional constipation. This article reviews the clinical treatment of functional constipation by TCM in recent years from the aspects of etiology and pathogenesis, syndrome differentiation and treatment, acupuncture and moxibustion, acupoint application, auricular acupoint application, massage and enema.

Keywords: functional constipation; therapy of traditional Chinese medicine; review

功能性便秘（functional constipation，FC）是以大便干燥或秘结不通，排便困难，排便次数减少或排便不尽感为主要表现的常见的功能性肠病，且不符合便秘型肠易激综合征（irritable bowel syndrome with predominant constipation，IBS-C）的诊断标准[1]。功能性便秘严重地影响人们的生活质量，常可引起或加重肛门、直肠疾病，并可在结肠癌、心血管疾病、肝性脑病、早老性痴呆等疾病的发生中起重要作用。

功能性便秘属中医“便秘”等范畴，也称“大便难”“大便燥结”“后不利”。中医学认为，便秘病位在大肠，但与肝、脾、肾、肺、胃等脏腑功能失调关系密切。与西医西药相比，中医在治疗便秘的同时，还可改善调整胃肠功能及患者的体质状况。中医药在治疗功能性便秘方面取得了很好的疗效，现将近年来中医药治疗功能性便秘的临床研究进展综述如下。

1 病因病机

目前西医学对于功能性便秘的发病原因和发病机制尚不完全清楚。而中医学对于便秘的病因病机有着自己独到的见解。如《素问·金匮真言论》曰：“北方色黑，入通于肾，开窍于二阴”。张仲景认为便秘有虚、实、寒、热之分，便秘有苦寒泻下、清热润下、理气润下等治法。现代医家对便秘的病因病机有进一步的认识。便秘病因主要有饮食不节、情志失调、外邪犯胃、禀赋不足、年老体虚等。此外，饮酒过多、嗜食辛辣、油腻，导致胃肠积热以及长期主观抑制排便也是便秘的诱因。曹小键等[2]认为五脏六腑病变均可影响大肠传导，导致便秘。王瑛瑛[3]认为腑气不通、肠津亏虚是便秘的根本病机。苏雅惠等[4]总结其师蔡春江教授治疗功能性便秘的经验，认为便秘的发生责之于大肠的传导功能异常，而肺与大肠相表里，上下相应，故肺失清肃，大肠之气不降，则发为便秘，正如《医经精义》中指出“理大肠必须调肺气也”。朱曙东[5]认为湿在阴结中起重要作用，湿性重浊、黏滞，郁久可化寒化热，湿热互结，热可蒸迫肠津，肠道失润而糟粕不行，湿从寒化，寒湿凝滞，糟粕难下。张晋[6]认为便秘是胃肠积热、气机郁滞、阴寒凝滞、气

※ 基金项目：山东省保健科技协会科学技术课题【NoZLZXBJ20170015】

血津液亏虚等多种因素共同作用的结果。

2 临床治疗

2.1 辨证论治 黄玉明[7]从脾胃论治便秘，将便秘分为肠道津伤及阴结脾约两型，肠道津伤用白术、生地黄、升麻等，阴结脾约用白术、肉桂、干姜等。郑开明等[8]认为，气阴两虚型便秘药用党参、麦冬、黄芪、白术等，阳虚便秘用济川煎、附子理中丸，阴虚血弱型药用当归、生地黄、制何首乌、麦冬等，痰浊瘀阻型药用胆南星、全瓜蒌、石菖蒲等。阙任烨等[9]研究证实，自拟芪榔合剂（黄芪、槟榔、枳实、知母等）治疗气阴两虚型便秘临床疗效显著。单崇武[10]采用黄芪汤加味治疗肺脾气虚型功能性便秘患者，结果总有效率明显高于口服莫沙必利组。都乐亦等[11]认为功能性便秘病程多较长，且大便长期阻滞，影响脾胃之受纳运化，并且滥用泻下药物导致正气更虚，故以补中益气汤加味治疗便秘。爱新觉罗·恒绍等[12]认为老年性便秘患者脏腑缺乏肾之阴精的濡润，加之过食肥甘辛辣，胃肠积热，耗伤津液，故宜用滋肾通便汤治疗。韩婷婷等[13]总结其师白兆芝教授的经验，认为功能性便秘常见肠腑气滞证、气虚湿滞证、寒热失调证、阴虚津亏四证，分别用以理气通腑、健脾燥湿、寒热并调、养阴增液四法，疗效显著。边屯等[14]探讨自拟温补润下方与莫沙必利治疗肝肾阴型慢性功能性便秘的疗效，发现中医辨证汤药治疗肝肾阴虚型慢性功能性便秘具有良好的疗效，且安全性高。

2.2 针灸治疗 庞婷婷等[15]通过不同取穴、进针深度[16]，以及不同针刺强度的针灸方法治疗功能性便秘，发现针灸可改善胃肠运动功能，这可能与针灸可提高与胃肠运动相关的兴奋性有关。钟峰等[17]通过遵循随机对照研究方法，观察电针刺激大肠合穴下合穴配穴（曲池、上巨虚）对功能性便秘的临床疗效，证实其疗效与常规口服莫沙必利相当。马伟忠等[18]采用艾灸腹部穴位治疗慢性肾脏病合并功能性便秘患者50例，观察组和对照组各25例，观察组艾灸中脘、神阙、关元、气海穴，对照组口服莫沙必利，结果表明艾灸腹部穴位治疗慢性肾脏病合并功能性便秘效果较好。

2.3 推拿按摩 王军[19]采用推拿治疗便秘50例，先用掌揉法从升结肠开始，沿横结肠、降结肠、乙状结肠按摩，再顺时针方向摩腹，然后拨揉中脘、天枢、丰隆等穴位，最后按揉、掐肝俞、脾俞至八髎穴，结果疗效显著。郭新娥等[20]采用按摩方法治疗功能性便秘，治疗1组循经按摩督脉百会、后顶、强间、脑户至风府穴，治疗2组循膀胱经按摩脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、大肠俞、小肠俞直至下髎穴，对照组口服酚酞片治疗，2周后观察疗效，显示3组疗效相当。

2.4 穴位敷贴 功能性便秘病位在大肠，分属中焦，研究表明，采用穴位贴敷疗法治疗中焦病症，疗效甚佳。王文文等[21]采用药饼穴位贴敷治疗功能性便秘，取神阙及双侧天枢，药饼的药物组成：蜣螂虫、冰片、枳实等，以乳果糖口服液作为对照组，结果表明，穴位贴敷组疗效明显优于对照组。李艳慧等[22]研究发现采用三棱、莪术、大黄等中药进行穴位贴敷治疗便秘，有效率明显高于口服苁蓉通便口服液的对照组。赵燕[23]将84例老年慢性功能性便秘气虚秘的患者随机分为2组，2组予以基础治疗，治疗组同时予以健脾益肾膏敷脐，对照组同时予以口服六味安消胶囊治疗，结果治疗组明显优于对照组。

2.5 耳穴贴压 耳穴贴压[24]是独具特色的中医外治法，临床采用耳穴贴压治疗功能性便秘取得了较好的疗效。如李沂红[25]用耳穴贴压疗法治疗骨科卧床便秘患者，结果显示耳穴贴压组疗效显著。刘素英[26]用耳穴贴压相应穴位治疗功能性便秘，治愈率95%。

2.6 中药灌肠 早在《伤寒论》中就有用蜂蜜、猪胆汁灌肠以助大便通导[27]的记载。郭玉青等[28]自拟增液五仁汤，通过大肠水疗系统给药治疗老年顽固性便秘，疗效显著。祝爱春等[29]采用蜜煎导方治疗老年功能性便秘，无效率为0。张增强[30]应用自拟中药通便汤（川芎、香附、白术、当归、肉苁蓉、火麻仁等）灌肠，辅以肠动力药及植物神经调节剂治疗慢转输型便秘60例，结果全部治愈。

2.7 综合疗法 尹霞[31]将100例功能性便秘患者随机分为对照组与观察组，对照组予以基础治疗及西医治疗，观察组在对照组治疗基础上予以补中益气汤加减配合穴位贴敷治疗，1个疗程后发现观察组总有效率明显高于对照组。周告生等[32]的研究表明，采用温阳健脾中药（核桃仁、当归、肉苁蓉等）联合穴位埋线治疗功能性便秘，可取得显著疗效。曾燕芬[33]将采用耳穴贴压加针刺天枢、上巨虚、大肠俞、支沟等穴位治疗，结果有效率明显高于口服番泻叶的对照组。王月卿等[34]采用沉香通便散敷脐加用艾灸神阙穴治疗功能性便秘，对照组予以聚乙二醇电解质散口服，2周后发现治疗组排便间隔时间、便质、腹胀程度与对照组相比，缓解更为明显。项秋霞[35]采用闪火法将火罐吸附在大椎穴处，沿督脉、膀胱经反复上下推移，并

配合耳穴贴压（肺、大肠、直肠及三焦等耳穴），疗效显著。李娟[36]采用白术七物颗粒联合针灸治疗慢性功能性便秘，结果表明针药联合治疗与单纯针灸治疗相比，具有明显优势。

3 总结与展望

近年来中医药治疗功能性便秘方法多种多样，可谓百花齐放，同时疗效十分确切，不仅能有效解除便秘，而且副作用小，复发率低，故与西医西药相比，具有其明显的优势。但我们同时应当认识到，目前中医药在研究、治疗功能性便秘方面还存在诸多问题：（1）临床中辨证分型纷乱，目前虽已有诊疗共识意见，但共识中的分型固化，无法充分满足临床实际需要；（2）目前临床研究方法较单调，缺乏创新性，且深入研究作用机制的报道仍较少；（3）目前的疗效评价方法和标准是否科学，尚存在一定争议；（4）目前临床研究的样本量普遍偏小，对于便秘的流行病学调查研究较为欠缺，今后在该领域的研究有待进一步提高。故而，今后我们应针对以上存在的诸多问题，进一步提高功能性便秘的治疗效果，以期充分挖掘中医学治疗病证的潜力。

参考文献

[1] 柯美云，方秀才，侯晓华. 功能性胃肠病：肠—脑互动异常[M]. 北京：科学出版社，2016:642-653.
[2] 曹小键，司雁菱，王美杰，等. 理气润肠方治疗慢性功能性便秘临床疗效观察[J]. 陕西中医，2015，36(9)：1152-1154.
[3] 王瑛瑛. 路广晁治疗功能性便秘经验[J]. 光明中医，2010，23(1)：12 -13.
[4] 苏雅慧，李昕，曹瑞雪，等. 蔡春江教授治疗功能性便秘临证经验[J]. 中医临床研究，2017，9(35)：69-70.
[5] 孙燚峰，朱曙东. 从湿论治便秘之阴结证[J]. 浙江中西医结合杂志，2009，19 (4)：222-223.
[6] 张晋. 便秘的中西医理论分析与治疗[J]. 现代中西医结合杂志，2008，17(9)：1347-1349.
[7] 黄玉明. 便秘从脾肾论治[J]. 中华医学实践杂志，2005，4(8)：806.
[8] 郑开明，陈江宁. 老年人习惯性便秘的辨证施治[J]. 河北中医，2006，28(12)：925.
[9] 阙任烨，方慧琪，沈艳婷，等. 芪榔方治疗气阴两虚型功能性便秘的临床研究[J]. 天津中医药，2018，35(3)：182-185.
[10] 单崇武. 黄芪汤加味治疗肺脾气虚型功能性便秘 50 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志，2017，33(11)：57-58.
[11] 都乐亦，吴昆仑，唐苾芯. 补中益气汤治疗功能性便秘 43 例[J]. 四川中医，2010，28(3) :60 -61.
[12] 爱新觉罗·恒绍，刘作琴. 滋肾通便汤治疗功能性便秘的临床观察[J]. 中医中药，2009，16(24) : 83-84.
[13] 韩婷婷，王美玲. 白兆芝教授治疗功能性便秘的经验[J]. 光明中医，2018，33(4)：479-481.
[14] 边屯，钱伟，周华德，等. 辨证论治肝肾阴虚型慢性功能性便秘的研究[J]. 中华中医药学刊，2014，32(4)：922-924.
[15] 庞婷婷，余芝，徐斌. 针灸治疗功能性便秘的研究进展[J]. 针灸临床杂志，2015，31(5)：79-83.
[16] 陆永辉.《灵枢》经脉针刺深度探析[J]. 针灸临床杂志，2012，28(7)：12-13.
[17] 钟峰，曹越，罗容，等. 电针大肠合穴下合穴配穴治疗功能性便秘随机对照研究[J]. 四川中医，2018，36(4)：185-188.
[18] 马伟忠，苏卓伟，屈展航. 艾灸腹部穴位治疗慢性肾脏病合并功能性便秘的临床研究[J]. 中国医药导报，2017，14(32)：100-103.
[19] 王军，李秋玲. 推拿治疗便秘 50 例临床报道[J]. 按摩与导引，2008，24(5):29.
[20] 郭新娥，崔丽琴，李杏艳. 按摩督脉头穴治疗功能性便秘 50 例疗效观察[J]. 河北中医，2011，33(12)：1876-1877.
[21] 王文文，林海燕，汪红根，等. 穴位贴敷治疗功能性便秘 50 例临床观察[J]. 浙江中医杂志，2018，53(5)：341-342.
[22] 李艳慧，尹丽丽，王澍欣，等. 穴位贴敷治疗便秘疗效观察[J]. 中图针灸，2007，27(3)：189-190.
[23] 赵燕. 健脾益肾膏敷脐治疗老年慢性功能性便秘气虚秘 42 例[J]. 中医临床研究，2018，10(4:)：88-90.
[24] 蔡俊萍，秦秀芳，张雅丽. 耳穴贴压对临床各种便秘的治疗进展[J]. 上海护理，2006，6(3)：59-60.
[25] 李沂红. 耳穴压豆治疗骨科卧床患者便秘的疗效研究[J]. 中国实用医药，2013，8(22)：44-45.
[26] 刘素英. 耳穴压丸治疗功能性便秘的临床观察[J]. 全科护理，2011，9(1)：210-211.
[27] 熊曼琪. 伤寒学[M]. 北京：中国中医药出版社，2002：165-166.
[28] 郭玉青，胡瑞秋. 增液五仁汤大肠水疗系统给药治疗老年顽固性便秘疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志，2009，18(1) : 28，80.
[29] 祝爱春，刘政，张海燕，等. 蜜煎导方治疗老年性功能性便秘 32 例[J]. 中医研究，2013，26(7)：46-48.
[30] 张增强. 中药灌肠配合西药治疗慢传输型便秘临床观察[J]. 医学导刊，2008，7(4) : 105.
[31] 尹霞. 补中益气汤加减配合穴位贴敷治疗功能性便秘疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志，2018，27(11)：1191-1194.
[32] 周告生，谢世华，郭昌文，等. 温阳健脾中药联合穴位埋线治疗功能性便秘的临床疗效[J]. 医学理论与实践，2018，31(4)：527-528.
[33] 曾燕芬. 耳穴贴压加针刺治疗功能性便秘 48 例临床观察[J]. 江西中医药，2006，37(1) : 47-48.
[34] 王月卿，刘芳. 沉香通便散敷脐加灸法治疗功能性便秘的临床疗效[J]. 世界中西医结合杂志，2017，12(11)：1546-1549.
[35] 项秋霞. 走罐配合耳穴贴压治疗功能性便秘 43 例[J]. 河北中医，2008，30(11) : 1195.
[36] 李娟. 白术七物颗粒联合针灸治疗慢性功能性便秘临床观察[J]. 中国继续医学教育，2017，9(28)：101-102.

（本文编辑：李海燕　本文校对：段建伟　收稿日期：2019-03-19）

近10年皮内针疗法治疗失眠临床研究概况※

刘京丽　张　静　孙阿茹　李典育　孙彩霞　郑　屹　艾成龙

（长春中医药大学针灸推拿学院，吉林　长春　130117）

摘　要：失眠是危害人们身心健康的常见疾病之一。皮内针作为操作简便、经济、痛苦小的疗法近年常在临床上用于治疗失眠。在临床研究中，皮内针疗法可单独使用，既可在耳穴埋针，也可在体穴埋针，将针刺的刺激时间延长，疗效较好。而将皮内针与其他疗法联合应用较为常见，与体针联合可增强对体表与机体深部气血功能的调整，与药物联合应用从内治与外治相结合的角度提高了疗效，皮内针与头皮针将局部治疗与全身治疗相结合提高了对机体的调整作用，将皮内针与药物、足浴、眼针等联合应用则可进一步增强治疗的整体效应。但在临床研究中仍存在很多问题，仍需进一步开展研究和改进，以便于临床实际应用中获得最佳治疗方案。

关键词：皮内针；失眠；综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.052　　**文章编号**：1672-2779（2019）-12-0126-04

Overview of Clinical Research of Intradermal Needle Therapy in the Treatment of Insomnia in Recent 10 Years

LIU Jingli, ZHANG Jing, SUN Aru, LI Dianyu, SUN Caixia, ZHENG Yi, AI Chenglong

(College of Acupuncture and Massage, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China)

Abstract: Insomnia is one of the common diseases which endanger people's physical and mental health. As a kind of simple, economical, less pain therapy, the intradermal needle is often used in clinical treatment of insomnia in recent years. By summarizing the related literatures in recent 10 years, and analyzing the treatment and curative effect of using the intradermal needle alone or combine with other therapy to cure insomnia, we found that the intradermal needle therapy can be used alone, being buried in the ear acupuncture or body point in clinical studies. Besides, Combining the intradermal needle with acupuncture, drugs and other treatments is more common. No matter whether alone or in combination, good results were obtained. But there are still many problems in clinical research. It still needs further research and improvement in order to obtain the best treatment in clinical applications.

Keywords: intradermal needle; insomnia; review

失眠又称“不寐”“不得眠”“目不瞑”“不得卧”，此病发病率高，已成为危害人们身心健康的严重疾病之一，现代医学主要采用认知行为疗法与安眠药物治疗，而应用精神类药物治疗失眠易产生诸多的不良反应。《黄帝内经》中指出：“阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽而阳气盛，则寤矣”。可见人体阴阳之气的正常与否与睡眠关系密切，因此，从中医角度治疗失眠宜从阴阳大法入手。《黄帝内经》中记载皮内针“深纳而久留，以治顽疾”，即于固定位置埋针，通过手压按针或机体活动产生刺激，在一定时间内给机体弱而长久的刺激。皮内针疗法现主要用于某些顽固性疾病以及一些经常发作的疼痛性疾病，临床应用广泛，目前常用皮内针疗法与其他疗法相互配合来治疗失眠等疾病，均疗效显著。本文收集了近10年来皮内针治疗失眠的临床报道文献并加以归纳整理，现综述如下。

1　单纯应用皮内针治疗失眠

1.1　耳穴埋针治疗失眠　耳穴是埋针常选的部位。耳穴主要分布在耳郭上，耳郭的神经、血管最为丰富，刺激耳甲郭、耳甲腔等处，有调整机体内分泌系统以及内脏功能的作用。根据临床报道来看，最常选用的耳穴是神门，其次是心、皮质下，其他如心、肾、失眠等耳穴也常被选用，重在对五脏及全身自主功能的调节。例如，路绍祖等[1]取耳穴以心、神门、皮质下为主穴，以脾、胃、肝、肾、交感、三焦等穴为配穴治疗失眠，取得了很好的疗效。王君秀[2]以耳穴心、肾、缘中、神门、皮质下为主，以胃、肝、枕、脾为备用结合埋针治疗重症失眠，结果总有效率达85.7%。高淑芳等[3]用皮内针针刺耳穴治疗原发性失眠，以神门、失眠、垂前、皮质下、枕为主穴，心、胃、肝、胆、脾、肾为配穴，总有效率达86.4%。陆克艳等[4]以耳穴埋针治疗心肾不交型失眠，取交感、皮质下、神门、心、肝、胆、肾，每次单耳取穴，两耳交替。记录治疗前后患者的匹兹堡睡眠质量指数量表评分和汉密尔顿焦虑量表评分，结果总有效率为73.33%。通过以上文献可以看出，耳穴神门因具有较强的镇静安神作用，被认为是宁心安神的首选要穴。心主神明而藏神，因此临床上治疗失眠取耳穴心以宁心安神。耳穴皮质下是根据现代医学知识而命名的耳

※ 基金项目：吉林省教育厅科技项目【No.JJKH20181251KJ】；吉林省中医药管理局科技项目【No.2017166】

穴，同样具有镇静安神催眠之效。另外，失眠病位虽主要在心、脑，但又涉及其他脏腑，所以根据患者表现症状辨证配以相关耳穴，用以调理各脏腑功能，共奏安神助眠之功效。

1.2 体穴埋针治疗失眠 除耳穴外，临床上也常在体穴埋针治疗失眠，具体穴位根据失眠患者情况而定。体穴的选取以调理五脏功能或人体阴阳为出发点。例如，周海旺[5]运用“安眠四穴”治疗单纯性失眠，即印堂、内关、太冲、足三里，结果总有效率达 95.65%。周氏认为，不论实证和虚证，都归为脏腑、气血功能的失调，与心、肝、脾胃的关系尤其密切，因此，治疗的重点应在于调理心、肝、脾胃的气血功能。焦丽媛[6]也从脏腑辨证论治，辨证后取背俞穴进行埋针，取心俞、肝俞为主穴，根据临床辨证分型配伍以相应的背俞穴，如脾俞、肾俞、胆俞等，通过对背俞穴的刺激，交通阴阳、凝神安神，调节一身阳气之开合，达到调五脏而安精气。结果显示：埋针组疗效明显优于常规针刺组。而刘冀东[7]则用体穴埋针治疗失眠，但取百会、印堂以皮内针埋针，结果总有效率达 90%。其治病思想是从阴阳论治，选穴重点是百会穴，于百会埋针，用以实现升阳益气敛阴，使阴平阳秘，并维持昼夜阴阳胜衰之消长，从而使失眠得愈。

1.3 体穴与耳穴并用埋针治疗失眠 临床研究上，也有研究者将体穴与耳穴并用埋针，取得了较好的疗效，如樊留博等[8]取体穴心俞、神门、三阴交，耳穴神门、皮质下，以及辨证配穴治疗失眠。体穴采用颗粒型皮内针，耳穴采用揿针型皮内针，结果有效率为 75%。樊氏认为失眠总与心脾肝胆及阴血不足有关，属阳盛阴衰、阴阳失交，取体穴可柔肝益阴交通心肾、养心安神，则睡眠可佳。而耳与经络脏腑关系密切，耳穴的良性刺激对机体具有双向调节作用。陈珊[9]也以耳穴与体穴并用治疗失眠。耳穴取神门、皮质下、心，体穴取经外奇穴安眠，总有效率高达 90%。耳穴与体穴相互配合，主要起宁心安神的作用。郭长青等[10]认为十二经脉皆汇聚于耳。耳穴是耳郭表面与人体脏腑经络、组织器官、四肢百骸相互沟通的部位，而兰颖等[11]认为耳穴神门与手少阴心经神门穴同名，均具有养心安神的作用。因此，无论耳穴神门还是体穴神门，均为治疗失眠的首选。

2 皮内针与其他疗法联合治疗失眠

通过文献整理发现，临床研究中研究者常将皮内针与其他疗法联合应用治疗失眠，而且绝大多数都取得了非常好的疗效。在治疗过程中，基本先进行体针治疗，取穴较多，然后再进行皮内针治疗，取穴较少。在与药物联合应用时，基本选用了常规且疗效已得到公认的药物，确保了临床随机对照研究的可靠性。

2.1 皮内针与体针联合治疗失眠 在所收集的文献中，对皮内针与体针联合应用治疗失眠的报道相对较多，这种联合应用的特点主要体现在虽然都取体穴，但因针刺方法不同而有不同的疗效，即二者联合可增强对体表与机体深部气血功能的调整，达到阴平阳秘的状态。有的临床研究对失眠的治疗不论何种证型均采用相同的方法进行治疗。例如，郑颖[12]针刺取穴百会、大椎、安眠、内关，大椎透陶道，并辨证加神门、三阴交，另将图钉型皮内针埋于安眠穴，结果总有效率高达 96.4%。其目的在于调节阳气而清头目、散郁结、安心神。李颖[13]报道了国家中医药管理局第三批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师陈全新教授治疗失眠的特点，其选穴少而精，善用三阴交、神门、安眠穴为主治疗失眠，对于各种原因导致的失眠均具有良好的治疗作用。侯玉茹等[14]在临床实际中发现失眠症以心脾两虚型为多见，而背俞穴是脏腑之气输注的部位，也常常是疾患的病理反应点。因此，取神门、印堂、四神聪、照海、申脉、心俞、脾俞、足三里，体针针刺结束后在双侧心俞、脾俞处埋皮内针。疗程结束时及结束后 1 个月有效率均达到了 93.75%，同时发现，治疗组疗程结束后 1 个月在改善患者的日间功能障碍上优于对照组。侯氏考虑可能为治疗期间皮内针持续日间刺激、延长条件反射过程，结束治疗后仍有持续刺激所致。陆克艳等[4]也在临床研究中明确了治疗对象的证型，使治疗更具有针对性，以体针配合耳穴埋针治疗心肾不交型失眠，体针取双侧神门、印堂、四神聪、安眠、照海、申脉、太溪、太冲。体针结束后进行耳穴埋针，取交感、皮质下、神门、心、肝、胆、肾，结果总有效率为 76.67%。但从以上文献可以看出，根据辨证分型加配穴治疗，效果不一定更佳。

皮内针不但对原发性失眠有效，对继发性失眠同样有效。温秀云[15]观察了针刺八脉交会穴配合皮内针治疗抑郁症失眠的疗效，取双侧列缺、双侧照海、百会、印堂，出针后在心俞埋皮内针，治疗结果显示：在第六次治疗前、疗程结束后和疗程结束后 1 个月 3 次有效率为分别为 91.4%、94.3%、91.4%。而蔡丞俞[16]以体针配合皮内针从心胆论治抑郁症失眠，取百会、印堂，双侧内关、阳陵泉、心俞、胆俞，出针后在心俞与胆俞埋

皮内针。治疗组在第四周、治疗结束时、治疗结束后1个月3次有效率分别为82.4%、91.2%、82.4%。范颖[17]以针刺结合皮内针治疗围绝经期失眠，取穴百会、印堂、引气归元（中脘、下脘、气海、关元）、双侧心俞、肝俞及肾俞，在百会、印堂、引气归元用体针治疗，出针后于心俞、肝俞、肾俞埋皮内针。治疗四周、八周及治疗后1个月的总有效率分别为83.33%、93.33%、90.00%。从以上文献可以看出，对继发性失眠，不论针灸处方如何，有效率均在82%以上，疗效较好。

根据临床研究文献报道来看，皮内针与体针联合应用治疗失眠，选穴上仍然是从辨证治疗的角度考虑的，既有根据失眠病因病机而选取的相关属络脏腑的穴位，也有背俞穴、八脉交会穴，还有常用经验效穴。而临床疗效则是体针与皮内针效应的叠加，而且从文献中临床随机对照研究结果来看，也的确使失眠治疗效果更好。

2.2 皮内针与药物联合治疗失眠 有的研究者在公认疗效较好的药物的使用基础上，又增加了皮内针疗法。孔庆晅等[18]观察了皮内针联合药物对失眠患者的治疗效果。皮内针取穴为肝俞、心俞、肾俞、胆俞以及神门、安眠等穴位，视症不同而组合。药物以六味地黄汤、逍遥散、八珍汤、温胆汤随症加减。结果显示总有效率100%。王天俊等[19]用体针结合皮内针的方法治疗抑郁症失眠障碍型患者，并予单纯应用药物及针刺配合药物2种疗法进行比较。针刺主穴取大椎、神庭、百会、命门，辨证加太冲、肝俞、心俞、足三里、太溪。在神庭、百会采用毫针平刺后，在大椎、命门用麦粒型小皮内针埋针。药物选用氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、博乐欣、氟伏沙明等。结果显示，埋针组和针刺组HAMD睡眠积分的改善显著优于药物组，埋针组和针刺组从治疗第一星期开始就可显著改善睡眠积分，与药物组存在显著差异，到第六星期时3组之间已无差异。从中可以看出，埋针疗法的持久刺激能维持有效作用的蓄积时间，达到甚至提高总的刺激量，有利于抑郁症睡眠障碍的治疗。张丽艳[20]采用揿针埋针配合中药治疗抑郁性失眠患者，具有确切的疗效。选取神门、皮质下、心、肝、脾、肾、内分泌、交感及体穴内关、神门、三阴交、足三里、心俞、肝俞，揿针埋藏，同时配合辨证运用酸枣仁汤加减联合治疗，有效率达93.3%。不论是辨证选用中草药，还是西药常规药物，均是从内治与外治相结合的角度提高了疗效，加用皮内针刺激经络，则同时调整了脏腑与经络功能，故失眠之症得以解除。

2.3 皮内针与其他疗法联合治疗失眠

2.3.1 皮内针与头皮针联合治疗失眠 皮内针与头皮针联合应用的报道较少，在已有的文献中显示疗效非常好，将局部治疗与全身治疗相结合提高了对机体的调整作用。如倪伟[21]用头皮针配合埋针治疗失眠。头皮针以“方氏”头皮针取穴，即伏象头部、双侧伏脏上焦、双侧记忆、双侧思维、双侧信号、双侧伏象“内关”、双侧伏象“三阴交”，以揿针埋于双侧膈俞、胆俞，即四花穴。结果总有效率高达95.0%。在头皮针安神的基础上，在膈俞、胆俞埋针，可以调顺心、肝、脾、肺四脏的气化功能，从整体辨证论治的基础上对失眠病症有了一个全方位立体的治疗。吕彬等[22]用热敏灸与皮内针相配合。热敏灸百会、内关穴，起到鼓振阳气、化生阴血、通达血脉、调整阴阳、宁心安神的功效；用皮内针在神门穴处给皮部以弱而长久的刺激，调整脏腑经络功能，以疏通气血，达到了防病治病的目的。

2.3.2 皮内针与药物、足浴联合治疗失眠 有的研究者采用了综合方法治疗失眠，如陈虹林等[23]即用多种疗法联合治疗失眠，一是给予失眠患者口服艾司唑仑；二是埋针，取耳穴神门、心、肾，及颈部夹脊穴；三是浴足疗法，采用安神足浴方（夜交藤15 g，小茴香15 g，酸枣仁30 g，杜仲10 g，丹参15 g，艾叶10 g）先熏足后进行足浴，治疗结果总有效率80.77%。中药浴足配合揿针耳穴埋针治疗颈源性失眠效果较好，取耳部神门、心穴疏通经络，调和气血阴阳，增加了足浴疗法，可使药物通过足部输布全身，进一步增强治疗的整体效应。

2.3.3 皮内针与药物、腕踝针联合治疗失眠 李永红等[24]给予患者药物、皮内针配合针刺治疗失眠。患者口服艾司唑仑，同时采用揿针埋针配合针刺治疗，埋针部位在腕踝针穴位上1，总有效率86.7%。胆俞与膈俞为四花穴，二穴相配使用，可改善自主神经功能紊乱的潮热、失眠等症状，增强荣养气血之力。通过皮肤内脏的反射调节神经系统抑制病理性兴奋。

2.3.4 皮内针与眼针联合治疗失眠 眼针疗法是彭静山教授于1974年创立的一种微针疗法，选取心穴、脾穴为主穴，并结合观眼取穴，试验组总有效率为96.67%，疗效明显优于对照组。眼针穴区埋针疗法是眼针结合皮内针的一种疗法，可以起到长期针刺刺激作用，加强疗效。眼针治疗相关疾病需辨证取穴，取心穴、脾穴进行针刺。

针刺心穴，补益心气，心之阳气充沛，脾虚阴阳气血化生有源，共同作用心脾两穴，具有益气补血，健脾养心之效，补充亏损之阴血。眼针可以增加患者的睡眠时间，提高睡眠质量，使患者得到充分休息，提高患者的生活质量和工作效率，效果显著[25]。

3 结语

中医学认为，失眠的主要机制为阴阳失调，营卫失和，阳不入阴。《黄帝内经·灵枢》指出："夫卫气者，昼日常行于阳，夜行于阴，故阳气尽则卧，阴气尽则寤。"卫气昼行于外、夜安于内是卫气正常出入阴阳的规律，人体顺应这一规律便寤寐正常。无论是由于阴亏、阳盛，还是邪气阻滞导致的卫不入阴、夜间不得安守，都属失眠。而皮内针以"浅刺"为治疗特点之一，针刺部位表浅属阳，通过皮部络脉的传导，借助卫气循行的部位，可判断皮内针埋针治疗对卫气的调节起重要作用，从而促使营卫调和、阳入于阴。现代医学表明，皮内针还可通过外力按压增加刺激量，皮下络脉的传导引起低级中枢兴奋，调节神经、血管的作用，提高机体免疫力，从而改善失眠。

综上所述，皮内针法治疗失眠虽具有科学性、持续性、无副作用、无痛苦、操作简便等优势，但结合近 10 年皮内针治疗失眠的研究，笔者发现此阶段皮内针疗法治疗失眠的临床研究存在以下几方面的问题：一是相关文献报道较少，皮内针法治疗失眠的专项研究有待进一步深入；二是临床报道疗效标准不统一，有些临床报道中辨证分型不明确，偏重于个人经验；三是有的文献中的临床研究未采用随机对照方法，使研究无法避免主观因素对结果的影响，皮内针的治疗特色没有得到充分的体现；四是皮内针选穴处方和针具选择（厂家、规格等）不统一，因尚未有关于针具对疗效影响的临床研究与报道，所以皮内针治疗失眠的疗效的影响因素无法全面确定。因此，以皮内针治疗失眠还需要进一步开展临床研究，在研究中增强对失眠不同证型的处方及操作的规范，还应在研究中采取随机对照方法，尽量减小研究结果的误差，以便于将研究用于指导临床实践，使更多的临床医生在实际应用中能够获取皮内针治疗失眠的最佳治疗方案，造福于患者。

参考文献

[1] 陈盼碧，崔瑾，王兴桂，等. 全国名老中医路绍祖耳穴揿针治疗失眠验案举隅[J]. 光明中医，2015，30(3):601-602.
[2] 王君秀. 耳穴埋针法治疗失眠 42 例[J]. 中国民间疗法，2001，19(11)：32.
[3] 高淑芳，罗昱君. 耳穴埋植揿针干预原发性失眠的临床观察[J]. 中医药导报，2016，22(2)：94-95.
[4] 陆克艳. 体针配合耳穴埋针治疗心肾不交型失眠的临床观察[D]. 长沙：湖南中医药大学，2014.
[5] 周海旺. "安眠四穴"针治疗单纯性失眠症 46 例[J]. 中医外治杂志，2013，22(6):41.
[6] 焦丽媛，刘云，朱硕，等. 背俞穴埋针治疗失眠症 30 例临床观察[J]. 中国民间疗法，2017，25(3):28-29.
[7] 刘冀东. 皮内针治疗不寐 30 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志，2006，20(6):677.
[8] 樊留博，马利中，李瀛. 皮内针治疗失眠症的疗效观察[J]. 上海针灸杂志，2006，25(6):6.
[9] 陈珊，蔡宜生，卢小蓉，等. 皮内针治疗失眠 90 例[J]. 实用中医药杂志，2017，33(6):715-716.
[10] 郭长青，翟伟. 耳穴[M]. 西安：西安交通大学出版社，2010:7.
[11] 兰颖，吴曦，吴利，等. 古今理论结合谈耳穴治疗失眠的选穴规律[J]. 时珍国医国药，2015，26(2):426-428.
[12] 郑颖. 针灸配合皮内针疗法治疗失眠 56 例[J]. 实用中医内科杂志，2006，20(2)：209.
[13] 李颖，陈秀华，陈全新. 飞针联合俞穴埋皮内针治疗失眠临床随机对照研究[J]. 实用医学杂志，2014，30(4):631-634.
[14] 侯玉茹. 皮内针对心脾两虚型失眠症的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志，2012，39(11):2267.
[15] 温秀云. 针刺从八脉交会穴治疗抑郁症失眠的临床研究[D]. 广州：广州中医药大学，2011.
[16] 蔡丞俞. 针刺从胆论治治疗抑郁症失眠的临床研究[D]. 广州：广州中医药大学，2014.
[17] 范颖. 针刺结合皮内针治疗围绝经期失眠的文献及临床研究[D]. 广州：广州中医药大学，2015.
[18] 孔庆晅，王莉，王英，等. 皮内针联合中药治疗失眠随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志，2013，27(3)：141-142.
[19] 王天俊，王玲玲，陶文剑，等. 埋针配合药物治疗抑郁症睡眠障碍的临床观察[J]. 上海针灸杂志，2008，27(5):5-7.
[20] 张丽艳，王花. 揿针埋针配合中药治疗抑郁性失眠症的疗效观察[J]. 中国卫生标准管理，2017，8(9):100-101.
[21] 倪伟. 头皮针配合埋皮内针治疗失眠症 60 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志，2015，36(4):62-63.
[22] 吕彬，刘黎明. 热敏灸配合埋针治疗失眠的临床观察[J]. 湖北中医药大学学报，2016，18(6):84-86.
[23] 陈虹林. 揿针配合浴足疗法治疗颈源性失眠 49 例观察 [J]. 实用中医药杂志，2015，31(5)：371-372.
[24] 李永红，张万龙，汪芗，等. 揿针配合针刺治疗失眠临床观察[J]. 中医临床研究，2017，9(3):89-90，92.
[25] 马立娜. 眼针穴区埋针治疗心脾两虚型不寐临床疗效观察[D]. 沈阳：辽宁中医药大学，2016.

（本文编辑：李海燕　本文校对：张　欣　收稿日期：2018-11-09）

鹿皮胶的研究进展※

都 帅[1] 王 琦[1] 嵩之松[2] 李庆杰[3*] 王全凯[1*]

（1 吉林农业大学中药材学院，吉林 长春 130118；2 长春世鹿鹿业集团有限公司，吉林 长春 130606；
3 长春中医药大学附属医院实验中心，吉林 长春 130021）

摘 要：本文对鹿皮胶研究近况进行概述，具体从药用历史、成分研究、药理作用、产品研发等四方面进行总结。同时在当前的理论基础上，提出应从多糖、蛋白质等大分子方面继续深入研究鹿皮胶的组成，并制定统一的质量标准，开展临床研究，在工艺方面要继续提高科技创新水平，使我国的珍贵的鹿皮资源得到充分的开发利用。

关键词：鹿皮胶；补血；壮阳；抗疲劳；综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.053 **文章编号**：1672-2779(2019)-12-0130-03

Research Progress of Deerskin Glue

DU Shuai[1], WANG Qi[1], SONG Zhisong[2], LI Qingjie[3*], WANG Quankai[1*]

(1. College of Chinese Medicinal Materials, Jilin Agricultural University, Jilin Province, Changchun 130118, China;
2. Changchun Shilu Deer Industry Co., Ltd., Jilin Province, Changchun 130606, China;
3. Experimental Center, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: This paper gives a general overview of the recent research on deerskin glue, specifically from the aspects of medicinal history, composition research, pharmacological effects and product development. At the same time, on the basis of the current theory, it is suggested that the composition of deer skin glue should be further studied from the aspects of polysaccharide, protein and other macromolecules, unified quality standards should be formulated, clinical research should be carried out, technological innovation level should be continuously improved, and precious deer skin resources in China should be fully developed and utilized.

Keywords: deerskin glue; replenishing blood; strengthening yang; anti-fatigue; review

鹿皮是指鹿科动物梅花鹿 *Cervus nippon Temminck* 或马鹿 *Cervus elaphus linnaeus* 的皮，鹿皮胶[1]是以鹿皮为原料，少量明矾为辅料，经过十几道工序制作而成。现代理论证明[2]，鹿皮胶中含有大量人体必需氨基酸和有益身体健康的微量元素，对于治疗贫血、肾气不足，气血不畅等症都有很好的效果。

1 鹿皮胶的研究现状

1.1 药用历史考证 鹿皮最早出自于药学著作《本草纲目》，原文记叙；“一切漏疮，烧灰和猪脂纳之，日五、六易，愈乃止。”由此可见，早在明代人们对于其敛疮功效就已经具有详细的认知。《四川中药志》中描述其药性温和，味咸，无毒性，功效为补气，涩虚滑。主要治疗妇女白带，血崩不止，肾虚滑精；涂一切疮。《北京市中药炮制规范》[3]中提到鹿皮胶对于补气，涩虚精，强筋健骨效果很好。可用于治疗体虚消瘦，腰酸疲惫，肾虚耳鸣，头晕目眩，久咳不止，痰中带血，虚喘气短，妇女经血不调，崩漏带下等症。《临床比较中药学》[4]中提到鹿皮胶性温，既可滋阴，亦可壮阳，有阴阳双向调节的作用。韦丰的《开卷有益·求医问药》[5]中体现鹿皮胶既可药用，也可作食品添加剂，具有美容养颜、补气养血、补充肾气等功效。

1.2 鹿皮胶的成分研究 目前，对于鹿皮胶的成分分析主要聚集在氨基酸、微量元素等小分子方面、对于蛋白质、多糖等大分子方面的研究相对缺乏。

张潇予等[6]测定鹿皮胶中总氨基酸含量为75.45%，其中甘氨酸、脯氨酸、谷氨酸、精氨酸、丙氨酸、天冬氨酸共占总量的52.50%。含有除甲硫氨酸以外的7种人体必需氨基酸，占比16.06%。另外测定油脂量、重金属含量（以铅计）分别达到0.58%和0.036 $mg\cdot kg^{-1}$。并且发现鹿皮胶与阿胶的氨基酸组成大致相同，依据蛋白质理论推断二者可能具有相似的药理作用。

王建辉[7]从鹿皮胶原蛋白中测定出21种人体必需微量元素，其中Zn，Ge，Se含量分别为93.4 μg/g，0.56 μg/g，0.01 μg/g。微量元素是维持人体代谢的重要组成，在合成酶、激素、维生素等过程中都具有至关重要的作用，对人体的发育和代谢有重要的影响，其中锌

※ **基金项目**：吉林省科技成果转化计划【No.201603084YY】；吉林省科技发展计划项目【No.20180311043YY】；吉林省科技发展计划项目【No.20191102048YY】；吉林省科技发展计划项目【No.20190301090NY】；吉林省科技厅重大科技成果转化项目【No.20170301003YY】；吉林省中医药管理局中医药科技项目【No.2019103】；长春市科技局重大科技成果转化项目【No.16SS22】；长春市科技计划项目【No.17CX005】

* **通讯作者**：55260026@qq.com；quankaiwang1@163.com

是体内金属酶的构成成分，对机体发育有重大影响；锗的主要作用是抗疲劳和预防贫血，提高新陈代谢等：硒相当于人体的抗氧化剂，还具有保护免疫系统的作用。并且推断出氨基酸含量约为 81.4%，此推断与张潇予[6]结论大致相同。另外，还对鹿皮胶的饱湿性和吸水性进行测试，发现其性能优良，可以作为化妆品原料。

朱连连等[8]对比分析鹿皮胶和阿胶中的蛋白质构成，首先运用凯氏定氮法测定鹿皮胶、阿胶中蛋白质含量分别为（82.4±0.19）g/100 g，（89.4±0.16）g/100 g，可以看出，鹿皮胶中蛋白质含量较高。并且对二者的氨基酸构成也进行了分析，结果发现鹿皮胶和阿胶的氨基酸种类一致，并且所占的比例大致相同。

张磊等[9]研究发现鹿皮胶中的铅及铜 2 种重金属元素中含量过高，分别达到 1.33 mg/kg 及 0.82 mg/kg 左右，其它金属元素含量均未到 0.01 mg/kg；氨基酸含量为 90.02 g/100 g，必需氨基酸含量 15.89 g/100 g；鹿皮胶中共有 9 种核苷，其中次黄嘌呤含量最高为 70.44 μg/g；鹿皮胶中脂肪酸共含有 22 种，主要有棕榈酸、棕榈油酸、油酸及亚油酸等。

1.3 鹿皮胶药理作用研究

1.3.1 鹿皮胶的补血作用 曲绍春等[10]通过给小鼠注射环磷酰胺的方式建立血虚模型，观测小鼠的白细胞、骨髓有核细胞数目变化来判断鹿皮胶对血虚症状的影响，结果显示服后对照组小鼠的白细胞数量和骨髓有核细胞数不再减少，并且有明显的增加（差异性，白细胞 $P<0.01$；骨髓有核细胞 $P<0.05$）。研究证明鹿皮胶可以有效促进白细胞和骨髓有核细胞增殖。

李冬等[11]采取环磷酰胺法构造小鼠血虚模型，主要通过测量血常规的一些指标，比如白细胞、红细胞、血小板数值来判断鹿皮胶的治疗效果，服药后发现各项指标均有不同程度的恢复和增长，并且鹿皮胶的浓度越高，恢复所用的时间越少，作用效果越明显。实验证明鹿皮胶可以有效恢复环磷酰胺造成的造血功能损坏。

杨丽等[12]采用断尾失血法建立血虚模型，以实验小鼠的红细胞、血红蛋白以及红细胞压积等作为参考指标，并且和阿胶的补血功效进行对比研究。最终表明，模型小鼠服用阿胶或者鹿皮胶后，红细胞、血红蛋白以及红细胞压积均有明显的上升，可以认为鹿皮胶和阿胶都具有良好的补血效果。

郭骏琪等[13]采用 60Co-γ 射线照射小鼠构建血虚模型，以白细胞、红细胞的数量为指标检测鹿皮胶的补血功效，实验结果表明鹿皮胶高剂量组有增加白细胞、红细胞数量的疗效，与模型对照组比较具有显著差异性，并且应用碳廓清实验证明鹿皮胶还可以提高血虚模型小鼠的吞噬细胞活性。最终得出结论，鹿皮胶对于 60Co-γ 辐射造成的造血系统损伤有良好的治疗效果。

1.3.2 鹿皮胶的免疫调节作用 郭骏琪等[13]使用 60Co-γ 射线照射法建立免疫低下模型，研究证明鹿皮胶有增强吞噬细胞活性的功效，增强其吞噬功能，从而提高机体免疫力。

张宝香等[14]证实了鹿皮胶软胶囊可以激发小鼠单核巨噬细胞的吞噬功能；提升小鼠的 DTH 反应；显著提高小鼠的血清溶血素的含量，使小鼠胸腺和脾脏指数也随之提升，说明鹿皮胶软胶囊能有效的恢复和增强继发性免疫功能低下的小鼠的细胞免疫和体液免疫功能，具有免疫调节作用。

1.3.3 鹿皮胶的抗疲劳作用 李冬等[11]利用环磷酰胺结构建的模型小鼠进行负重游泳试验，将阿胶作为阳性对照，以游泳时间作为检测指标，实验结果显示给药后的小鼠在水中的游泳时间明显长于对照组。证明鹿皮胶和阿胶同时具有抗疲劳的效果。

1.3.4 鹿皮胶的壮阳作用 谭晓虹[15]通过研究鹿皮胶对小鼠体内激素含量，器官指数，和有关酶的表达的影响证明其壮阳效果。服药后所有大鼠血清睾酮和促黄体生成素水平都有明显提高；去势组用药后与去势对照组相比可以提高一些器官指数（阴茎指数、精液囊-前列腺指数），但差异不明显，其中高剂量的正常大鼠各项指标相对于空白对照组具有显著差异（$P<0.01$）；鹿皮胶对 eNOS、PDE5 表达的提升效果十分显著。此研究说明鹿皮胶有一定的壮阳效果。

1.4 鹿皮胶相关产品的研究 传统的鹿皮胶[3]是块剂，董万超[1]提供了鹿皮胶的整个加工流程，主要包括清洗、绞碎、熬汁等二十几个加工步骤。张宝香[16]在制作鹿皮胶的基础之上进行创新研发，将黄芪、党参、白术、枸杞子、熟地黄等药材的水提浓缩液按照中药配伍原则加入胶状的鹿皮胶，并且与熬制的糖浆或者蜂蜜按照一定的比例混合，制作成营养丰富，口感香甜的鹿皮膏。并且在之后，又以黄芪和枸杞子作为主要中药，制作出鹿皮营养液。马建光[17]以鹿角和鹿皮为主要原料研发出一种鹿胶原膏，采用的提取方式为超声波配合水提的方式并且控制整个过程都是在低温下进行，然后将提取液浓缩后与黄酒、冰糖等调味辅料按比例混合，制作成型，此加工工艺的优点是可以大大提高材料有效成分的溶出率。齐越[18]采用超声波辅助酶法对鹿皮中胶原蛋白提取分离，利用响应面组合方法优化出最佳提取条件，提取率高达 57.22%。将提取的胶原液与枣汁按 1:2 混合作为

主要原料、按照蔗糖10%、柠檬酸0.08%的添加比例混匀，制作成为一种功能饮料。该饮品味道香甜、口感独特，符合国家饮料标准，并且具有一定的补血补气功效。

2 展望

目前，对于鹿皮胶的研究和应用还不够充分，虽然随着我国科技研发水平不断进步，对鹿皮胶的研究已经得到长足的进展，但是在大分子、活性成分等方面的研究几乎为空白，并且在药理研究和产品开发方面的研究也不够深入。

2.1 成分及作用机理的深化研究 对于鹿皮胶成分的研究局限于其氨基酸及微量元素的组成，在激素、甾体、多糖等活性成分研究方面还处于空白状态。另外，对于已知的药理作用，还需要使用新的手段去验证，比如原先通过小鼠的负重游泳时间去验证鹿皮胶的抗疲劳作用，现在可以通过检查乳酸含量变化、肝糖原的含量等指标去验证。随着技术的进步，我们要用更加科学的方式去验证实验。

2.2 制定质量标准 市场上并没有出台关于鹿皮胶的质量标准，只有少量的研究方面的文章简单提及相关内容，但缺乏标准性，为了更好的发展中医药产业，必须制定相应的标准。即对鹿皮胶的主要成分和各物质含量制定统一的明文规范。

2.3 鹿皮胶临床试验研究 鹿皮胶是我国传统中药，药理方面不少作用已经证实，但是目前只作为保健品使用，应该开展相关的临床实验体现其药用价值。

2.4 改进生产工艺 我国工业生产的机械化程度较发达国家仍存在差距，小工厂和手工作坊的加工利用率普遍不高，造成对资源的浪费，首先我们必须要提高工厂的机械化程度，提高材料利用率：现在鹿皮胶产品在市场上流通的主要剂型为块剂、膏剂、口服液、胶囊剂等，除此之外，应该增加对新剂型的研发工作；借鉴阿胶的发展经验，采用科学的中药配伍方式加工成多种新药和保健品。

3 结语

鹿皮作为我国传统中药，经过两千多年的临床应用，其药效作用，和营养价值早已得到肯定，为了使我国宝贵的鹿皮资源得到更合理的开发利用，我们要科学的改善其研究路线，不断创新新的加工方法，使我们的传统中药向科学化、标准化、规范化不断进步。

参考文献

[1] 董万超,张宝香.鹿皮胶的制作[J].特种经济动植物,1998,1(3):23.
[2] 谭晓虹,刘代成.鹿皮胶研究现状与展望[J].山东师范大学学报(自然科学版),2011,26(4):99-100.
[3] 北京市卫生局.北京市中药炮制规范[S].北京:北京市卫生局,1986:351.
[4] 杨国祥,金建民.临床比较中药学[M].昆明:云南科学出版社,1997:406-407.
[5] 韦丰.皮的药用(十五)[J].开卷有益:求医问药,2013,13(3):36.
[6] 张潇予,徐厚平,刘代成.鹿皮胶的成分分析[J].山东师范大学学报(自然科学版),2010,25(4):133-134.
[7] 王建辉,李琦,刘在群,等.鹿皮胶原蛋白的提取与性质[J].吉林大学自然科学学报,2001,23(1):106-108.
[8] 朱连连,窦德强.阿胶、鹿皮胶中蛋白质及氨基酸含量测定[J].亚太传统医药,2018,14(6):48-50.
[9] 张磊,王燕华,刘畅,等.驴皮胶及鹿皮胶的化学品质分析与评价[J].食品科学:2018,39(22):57-63.
[10] 曲绍春,曲极冰,刘洁,等.鹿胶原对环磷酰胺所致小鼠白细胞减少的影响[J].长春中医药大学学报,1996,12(1):57.
[11] 李冬,李宏宇,黄晓巍,等.鹿皮胶对环磷酰胺所致血虚动物模型影响的实验研究[J].长春中医药大学学报,2010,26(5):652-653.
[12] 杨丽,黄晓巍,张永和.鹿皮胶对失血性血虚动物模型的影响[J].吉林中医药,2008,28(11):841-842.
[13] 郭骏骐,黄晓巍,张永和.鹿皮胶对血虚模型小鼠造血功能及免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2010,30(1):67-68.
[14] 张宝香,姜英,邵建新.鹿皮胶软胶囊免疫调节作用研究[J].特产研究,2008,30(1):19-21.
[15] 谭晓虹.鹿皮胶的制备及功能研究[D].济南:山东师范大学,2012.
[16] 张宝香.鹿皮膏的加工[J].农村实用科技信息,2002,8(4):32.
[17] 马建光,郑淑杰,马秀.一种鹿胶原膏的制备方法,CN102657681A[P].2012.
[18] 齐越.超声波辅助法酶解鹿皮胶原蛋白及其产品研发[D].长春:吉林大学,2014.

（本文编辑:李海燕 本文校对:位 鸿 收稿日期:2018-12-14）

地榆临床注意事项

《药典》收载地榆的拉丁名为:SANGUISORBAE RADIX. 意为蔷薇科 Rosaceae. 地榆属 Sanguisorba 植物的干燥根 Radix.可当地榆入药。

目前全国范围内除《药典》收载的两个品种入药外，还有以下几种同属植物的根作地榆入药。

1.细叶地榆 Sanguisorba tenui folia Fisch.ex.Link.的根.黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古等省区使用。

2.大白花地榆 Sanguisorba sitchensis C.A.Mey.的根。吉林、辽宁等省区使用。

3. 矮地榆 Sanguisorba fili formis(Hook.f.)Hang.Mazz.四川云南、西藏等省区使用。

4. 腺地榆 Sanguisorba officinalis var.glandulosa (Kom.) Worosch 的根。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(4)》,人民卫生出版社,2018.

基于智能蓝墨云班课的翻转课堂教学实践※

——以中药炮制学课程为例

陶 益[1] 尹禹文[2*] 颜继忠[1] 蔡宝昌[3]

（1 浙江工业大学药学院，浙江 杭州 310032；2 浙江经济职业技术学院马克思主义学院，浙江 杭州 310016；
3 南京中医药大学药学院，江苏 南京 210046）

摘 要：目的 为了探讨基于智能终端的蓝墨云班课在中药炮制学教学中的应用及其效果。**方法** 在2016级中药学本科生中应用蓝墨云班课辅助中药炮制学翻转课堂教学，通过多次课堂测验、投票问卷、不同时间点教学反馈等方式，全面评价教学效果。**结果** 基于智能终端的蓝墨云班课能有效激发学生对中药炮制学的学习兴趣，增强学生学习热情和自主学习能力，同时能促进师生互动，明显改善教学效果。**结论** 蓝墨云班课可建立全过程教学评价体系，推动中药炮制学教学模式改革。

关键词：中药炮制学；蓝墨云班课；教学改革；智能终端；翻转课堂
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.054 **文章编号：**1672-2779(2019)-12-0133-03

Teaching Practice of Flipped Classroom Based on Intelligent Moso App Software
--Taking the Chinese Medicine Processing Courses As an Example

TAO Yi[1], YIN Yuwen[2], YAN Jizhong[1], CAI Baochang[3]

(1. College of Pharmacy, Zhejiang University of Technology, Zhejiang Province, Hangzhou 310032, China;
2. School of Marxism, Zhejiang Technical Institute of Economics, Zhejiang Province, Hangzhou 310032, China;
3. College of Pharmacy, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210046, China)

Abstract: Objective In order to explore the effect of the Moso app based intelligent terminal in the teaching reform of Chinese medicine processing. **Methods** The 2016 class undergraduate students of Chinese medicine was selected to apply the Moso app based intelligent terminal to assist the teaching of Chinese medicine processing, through multiple methods including classroom tests, voting questionnaires, teaching feedback at different time points and so on, to comprehensively evaluate the teaching effect. **Results** The Moso app based on smart phone can effectively stimulate students' interest in learning Chinese medicine processing, enhance students' enthusiasm for learning and self-learning ability, promote teacher-student interaction, significantly improve teaching effect, and establish the whole process evaluation system. **Conclusion** The teaching evaluation system promotes the reform of the teaching mode of Chinese medicine processing.

Keywords: Chinese medicine processing; Moso app software; teaching reform; intelligent terminal; flipped classroom

在信息爆炸的时代里，教师已经不再是学生信息的唯一来源，特别是移动智能终端的出现给课堂教学带来了翻天覆地的变化，教师不能像以前填鸭式的灌输知识，而是可以借助这些智能终端引导学生在课外进行学习，然后在正式课堂上对学习中遇到的问题进行讨论，提升学生的自主学习和思考能力。蓝墨云班课就是目前使用比较广泛的一种智能终端，教师借助蓝墨云平台开展教学，符合我们现代形成性评价的要求。通过终端上的签到、课堂抢答、课后作业等多个板块，可以与学生进行实时沟通，让学生不仅在课堂上进行学习，在课堂外也能对课程知识点进行复习思考。中药炮制是指将中药材按照中医药理论的指导加工成中药饮片的一门传统制药技术。在浙江工业大学药学院中药炮制学课程教学中引入基于蓝墨云班课平台的混合教学模式，让学生随时随地学习中药炮制，使师生之间、同学之间实时互动成为可能，使中药炮制教学变得轻松、有趣、简单和高效。这种新型教学模式能真正体现学生在课程学习过程中的主体作用，特别是对中药炮制学这种可以用于实际生产操作的课程有很好的教学效果。

1 中药炮制学教学现状

中药炮制学是研究中医药理论指导下将药材加工成饮片的一门学科，与很多中药学基础课程包括中药学、药用植物学、中药鉴定学和中医基础理论等有密切联系[1]。传统中药炮制学教学模式存在许多不足[2]，主要包括：第一，中药炮制学是根据老药工的炮制经验总结出的教学内容，其专业术语如“抢水洗”“亮锅底”

※ **基金项目：**国家自然科学青年基金项目【No.81703701】
* **通讯作者：**evenyin1226@126.com

“败片”等比较抽象，而且炮制工艺中的“文火”“中火”“武火”等概念需要通过实践才能领会。第二，学生在学习中药炮制学课程时没有积极性，存在认知误区，认为中药炮制就是加点盐、醋、酒等放到锅里炒一下就完事，没有领会中药炮制的真谛。第三，教材内容比较陈旧，与飞速发展的中药炮制基础研究步调不一致，这也间接导致了学生对中药炮制学课程学习缺乏兴趣，敷衍了事。因此，结合中药炮制传统的师带徒口授心传的特点，如何改变以往中药炮制学的授课方法，利用现代先进的信息技术，创建新的教学模式[3]，是中药炮制学课程教学改革的主要议题。

2 蓝墨云班课的教学模式

SPOC是由哈佛大学提出的概念，即小规模私密在线课程。蓝墨云班课智能终端实际上就属于SPOC的一种。MOOC作为大规模在线课程，在很大程度上跨越了地域和时间维度，实现了教学资源的全球共享。然而，有调查统计发现，真正能够坚持将一门MOOC课程学习完成的比例并不是很高[4]。SPOC是在今年兴起的MOOC之后发展起来的，SPOC虽然与MOOC一样，也是一种网络资源共享模式，但是可以通过老师的设置只对本班学生进行开放，具有较好的保密性。此外，学生为了完成课程的学习，必须进行网上SPOC课程的学习，这也弥补了传统MOOC的缺陷。通过线上和线下的学习，可以提高课程的教学效果，最重要的增强了学生学习的自主性，促使学生去思考相应的课程问题。

目前，很多大学已经开展基于蓝墨云班课的SPOC教学尝试，这些尝试极大地调动了学生上课的积极性，改变了以往课程枯燥、不生动的一面。结合生动的案例、最新的前沿信息及增加师生间的互动等方式，极大地提升了课堂体验感和实际效果。

3 蓝墨云班课在中药炮制学教学中应用

3.1 课前准备 在蓝墨云班课智能终端上创建中药炮制学班课，生成对应的班课号。学生上课时注册加入班课，教师可以在课前提供一些热点的话题给学生进行事先讨论，譬如在智能终端头脑风暴区和讨论区进行，也可以在课前将上课的PPT发到智能终端上供学生进行预习，或者其他资源譬如微课，同时教师还可以监控学生是否参与到这些课前活动中，可以给予参加的学生相对应的经验值，进行鼓励。对于不参加的学生，可以询问其原因，督促其进行课前学习。

而蓝墨云班课也会通过大数据自主给学生和教师推送课堂活动情况和数据分析，让教师在实施过程中更加具有针对性和实效性，也让学生在课堂学习中更加自主和独立。

3.2 课堂活动

3.2.1 签到功能 蓝墨云班课智能终端改变了过去花名册点名的方式，包含一键签到、手势签到及人工签到等多样化签到方式，学生通过手机轻松完成签到，教师还可以实时查看签到位置，实现高效短时间签到。

3.2.2 课堂提问 在提问环节教师既可以用举手和抢答功能让学生积极参与问答营造良好的竞争氛围，也可以利用终端摇一摇功能随机提问，学生回答正确给予相应经验值予以鼓励，也可以采取“讨论”模式让全班学生进行讨论互相可以看到对方的回答实时进行沟通，还可以通过“头脑风暴”功能同时向全班同学提问，所有同学单独作答，互不干扰，极大提升了听课效果，增强了课程的趣味性。

3.2.3 资源推送 教师通过班课上传各种教学资源，学生可以随时随地反复观看学习。譬如：通过观看六神曲的视频，让学生快速理解发酵工艺的动态过程；利用思维导图（为什么要炮制→好的炮制品是什么性状→如何炮制好的炮制品）等图文资料帮助学生学习重难点，建立系统化中药炮制学知识体系，避免了中药炮制学学科知识点繁杂的缺点，譬如上传炒黄、炒焦、炒炭三大炒法的过程示意图，让学生快速发现三种炒法的区别；又如提供中药炮制品相关临床治疗案例，让中药炮制与临床实际相结合，让炮制知识更接地气，例如四君子汤是常用的补气基础方，主治脾胃气虚证，方中白术，可视临床病情而用，大便干涩患者用生白术，大便稀软如泥患者用炒白术，大便如塘泥患者用焦白术，让学生明白辨证使用炮制品的重要性。

3.2.4 平时测验 蓝墨云班课能提供试题库的构建和导入功能，教师根据中药专业的培养目标，可以建立中药炮制学习题库。在课堂讲授完毕后，进行实时的课堂测试，能够较好的反映学生的学习效果，及时反馈学生可能不能够理解或理解错误的知识点，有利于提升课程的教学质量。学生在答题完毕后可以获得经验值，并能够查看错题，进行课堂反思提高。

3.3 课后学习 教师可以在课后通过班课终端推送作业，学生可以通过直接输入或者用笔写下答案拍照上传等方式完成作业，这些作业可以进一步巩固学生对重难点知识的掌握。老师通过电脑可以很方便地对学生提交的作业进行实时评分，避免了传统纸质作业反馈的不及时，同时节省了纸张，实现了中药炮制学课程教学的绿色和形成性评价。

4 结语

通过蓝墨云班课智能终端在2016级中药学本科中药炮制学教学过程应用中发现，该智能终端深受学生的喜

爱，尤其是课堂提问环节，能够很好地调动课堂的气氛，在知识的传授过程中，更重要地是营造了一种轻松愉快的学习环境，极大地提升了学生对中药炮制学课程的学习兴趣。

参考文献

[1] 李伟东. 中药炮制学精品课程建设的思考与实践[J]. 成都中医药大学学报,2010,12(3): 29-30,32.
[2] 钟凌云,龚千锋,张金莲,等. 中药炮制学科研究生创新能力培养途径与方法研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(3): 133-135.
[3] 钟凌云,龚千锋. 基于情境的中药炮制学特色教学模式初探[J]. 大学教育,2014,3(2): 86-88.
[4] 曾明星,李柱平,周清平,等. 从 MOOC 到 SPOC:一种深度学习模式建构[J]. 中国电化教育,2015,36(11): 28-34,53.

（本文编辑:李海燕 本文校对:张 慧 收稿日期:2018-12-14）

构建医学教学质量保障体系的分析与探索※

贺红梅[1] 彭文婷[2] 王诚喜[1] 刘平安[2*] 张国民[2*]

（1 衡阳市中医医院科教科,湖南 衡阳 421001;2 湖南中医药大学医学院,湖南 长沙 410208）

摘 要:通过对当前就业形式分析,以提高教学质量为目的,探讨我国医学教育存在的问题,从改善医学教育模式,提高教师素质与教学能力,保证生源质量,加强教育考核体系,注重临床实践 5 个方面具体分析,确保达到良好的教学效果,培养优秀医学生。

关键词:教学质量;教学模式;教师素质;考核体系;临床实践

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.055 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0135-03

Analysis and Exploring on the Construction of Medical Teaching Quality Guarantee System

HE Hongmei[1], PENG Wenting[2], WANG Chengxi[1], LIU Pingan[2*], ZHANG Guomin[2*]

(1. Department of Science and Education, Hengyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hunan Province, Hengyang 421001, China;
2. College of Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: In order to improve the teaching quality, the existing problems of medical education in our country were discussed through the analysis of the current employment forms. We should improve the medical education mode, enhance teachers' quality and teaching ability, guarantee the quality of students, strengthen the educational examination system, and pay attention to clinical practice, so as to ensure the good teaching effect and train the excellent medical students.

Keywords: teaching quality; teaching mode; teacher quality; examination system; clinical practice

根据麦克斯公司数据显示 2014 年我国医学类本科毕业生约为 21 万，各卫生机构仅招收约 12 万人，然而临床中却出现严重的医生短缺现象[1]。大量的医学毕业生不得不从事与与医学无关的工作，造成了教育资源与人才资源的严重浪费。这一形势与我国的相关国家政策及资源配置紧密相关，同时也与大量医学类毕业生不合格无法达到临床医务工作者标准有关。教学质量决定着人才质量，面对医学生如此严峻就业形势，提高教学质量迫在眉睫。

1 创新医学教学模式 培养高素质医学人才

1.1 创新医学模式的必要性 目前我国大部分高校采用“以学科为中心”的教学模式，主要分为公共基础教育，基础医学教育，临床医学教育 3 个阶段。这一教学模式使得各个学科相对独立，学生无法将各个学科的知识融合[2]。学生按照系统解剖学、组织与胚胎学、生理学、病理学的顺序对人体的各个器官和系统进行学习。例如，先学习肾脏的正常解剖学和组织学结构，再学习肾脏疾病的病理特征；先学习尿液的生成与排出，再学习各肾脏疾病对其功能的影响。这样的学习模式使得学习课程增多，加重了学生学习的负担，造成一定程度上教育资源的浪费。虽然这一学习模式在内容上采用循序渐进的方式，不断重复之前学习的内容，加深学生对知识的理解。然而在实际运用上出现知识的断层，各个科目是知识无法融会贯通。学科内容存在大量交叉重复，学生却无法发现学科之间的内在联系，造成基础医学与临床医学之间脱节。

1.2 创新医学模式的方向 通过对目前教育模式不足的总结，目前我国主要试行“以器官系统为中心（OSBC）”“以问题为中心（PBL）”的教育模式。

※ **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】;湖南中医药大学教学改革研究课题【No. 2018–JG006】

* **通讯作者**:834095773qq.com;962547538@qq.com

1.2.1 以器官系统为中心（OSBC）的教育模式 OSBC将学科知识重新组合，以器官系统为中心，简洁的把器官系统知识层次分明的呈现。OSBC使得各个学科之间的界限不再明显，建立起一个以器官系统为中心的知识体系。OSBC对于临床疾病有更加具象的认识和更强的实践能力。这一教育模式在校学生学习的内容更加精简，减少了学科的重复性，减轻了学生学习的负担，也更贴近临床医生对于知识的需要[3]。OSBC打破了各个学科之间的界限，整合学科知识，使医学知识成为整体，有利于学生理解。

1.2.2 “以问题为中心（PBL）”的教育模式 随着PBL在多个国家及医学院校的推行其优越性逐渐显现。这一方法是指以小组形式提出问题，由老师引导解决问题，以问题为基础，从解决问题出发讲授医学知识。PBL既可以锻炼学生独立思考的能力，也与临床实际问题结合紧密。PBL展现其模式优越性与可行性，但是其推行也面临着重重阻碍。

1.2.3 以学科为中心—以器官系统为中心的教育模式 这种以传统教学模式为基础，增设新课程的方式，既有了模式上的创新，整合2种模式的优点，又未动摇我国教育体制的根本。从我国医学教育国情出发，更能适应我国现实情况。毕竟实行新的教育模式，势必要从财政投入，师资力量，制度改革等多个方面入手，非一朝一夕所能改变。

1.3 创新医学模式存在的问题 教学资源分配不足，财政投入低，基本教育制度尚未完善，高水平教师资源缺乏，没有统一的培养标准等问题亟需解决。

1.4 创新医学模式取得的成就 我国多所高校进行了OSBC试行，并取得了一定的成效[4]。大连医科大学实践OSBC后，学生对于各个器官系统有了更完善的认识，处理临床实际问题的能力得到了提高，能够更加独立的思考和处理问题[5]。2015年12月14日教育部《卓越系列人才培养计划实施情况评估简要报告》中显示：“卓越班”毕业生的就业率高达100%，学生的创新意识与创新能力较强，解决临床实际问题的能力较强，能快速进行临床工作，做到知识融会贯通。

2 加强教师队伍建设 提高教师综合素质与教学能力

优秀的教师队伍是提高教学质量的根本保证。优秀的高等医学院校教师应该具有思想道德品质，医学科学素质，人文科学素养以及积极健康的心理素质。目前高校教师注重教学与科研一体化，基本教学能力与科研能力的并重具有挑战性。部分教师常因为临床或科研任务而不重视自身教学能力的提高，导致教学水平参差不齐，极大地影响了教学质量的提高。

2017年12月7日教育部办公厅发布《教育部办公厅关于召开教师队伍建设综合改革推进会的通知》，促进各高校教师交流教学经验，解决教师队伍建设中存在的问题。提高教师素质，要从改变教学理念出发，以教书育人为己任，激发学生的自我学习能力，注重提高自己的教学能力，更新自身的文化知识与人文素养，才能适应我国医学人才培养的新需求。

3 保证考核多样性 规范培养质量评价

临床医学的教育大体可以分为2个阶段，首先是在理论知识学习，然后是在临床实习中将理论与临床实际病例相结合的实践学习。考核形式与标准是决定两阶段教学质量的关键，考试内容综合化，考试方式多样化，是提高教学质量的重要途径。

改变单一的考核方式，注重考核形式多样化。大部分医学院校采取期末考试，平时成绩（出勤率、课堂表现、互动教学），课堂测验等部分组成，考核形式主要还是笔试，并且考试内容过于简单。考核方式可以采用笔试、面试、实验操作、技能操作、书文报告的形式，其多样的形式可以增加学生们的学习热情，同时与执业医师考试等全国性的大考接轨，为学生走向临床做好准备[6]。

以考促教，推进教学方法和内容的改革，促进教学质量的提高，以考促学，加快医学高素质人才的培养。

4 提供良好的生源 奠基高效教学质量

西方发达国家的医学教育严格遵循精英教育，全球各个国家达成了医学教育属于精英教育的共识：入学门槛高，招收学生数量有限，淘汰率机制严格。美国医学教育是本科后教育，其招生的标准是获得理工科类学士学位或硕士研究生学位后，参加医学院入学考试（MCAT），并获得优异成绩者，方可进入医学院校深造，可谓优中选优[7]。

反观我国全日制本科医学院校的招生对象是高中毕业生，与其他文理工科招生并无区分，唯一的标准就是高考成绩的高低，忽视了医学类专业的特殊性[8]。通过2种模式生源的对比，我国学生具有基础知识不扎实，人文素养程度不高，缺乏独立思考的能力，几乎没有自学能力等缺点。

通过注重人文素质培养，减少必修科的学时，加强学生的自学能力，增加实践能力与综合能力的培养，使得医学院校的学生尽快与临床接轨。采用启发式教学，激发学生的创造新意识与创新能力，从而为医学内容的学习打下坚实的基础。

5 注重临床实践

医学教育最终目的在于为临床输送优秀医务工作者，因此临床实践是必不可缺的环节。在现行制度中，学生结束四年理论学习后开始进入实习期，可是由于实习期学生被“考研”“找工作”等事情干扰，导致大部分学生无法专心实习，甚至出现“逃实习”的现象。因此要加强实习期的控制与管理，严格执行临床实践能力的考核，建立完善的实践教学体制。通过提前实习期，理论教学中加入模拟教学，给予相关激励机制来严格把握临床实践教学。

2017年教育部、卫计委出台多项文件强调医学教育质量对医疗体系的重要性。七年制临床教育调整，“卓

越医生”人才培养计划，加强全科医师培养，鼓励青年教师攻读博士、出国深造，规范住院医师规范化培训、专科医师规范化培训的国家相应政策，为教学质量的提高提供了强有力的支持。

总之，从我国国情出发，准确分析目前的医学教育问题，制定有效的解决措施，完善特色医学教育制度，是未来提高医学教学质量的正确途径。路漫漫其修远兮，吾将上下而求索，希望医学教学质量不断提高，教育体制更加完善。

参考文献

[1] 搜狐网. 2014届中国大学生就业报告［EB/OL］. https://www.sohu.com/a/66306277_390527.
[2] 章阳,栗蕴. 国外医学教学模式对我国医学教育模式改革的启示[J]. 中国医学教育技术,2017,31(2):141-144.
[3] 吴末生,殷朝阳,陈富韬. 引入医学教育国际标准,深化课程体系改革[J]. 中国现代医学杂志,2006,16(16):2554-2555.
[4] 阎雄,张红宾. 以器官系统为中心的医学教学模式改革探讨[J]. 重庆医学,2017,46(13):1860-1861.
[5] 张宏颖,李华,郝立宏,等. 以器官一系统为导向的基础医学循环系统整合课程模式的构建[J]. 中国高等医学教育,2016,30(1):75-76.
[6] 郑少燕,杨棉华,何萍,等. 创新医学教学模式,培养高素质医学人才[J]. 医学与哲学,2006,27(9):69-71.
[7] 张传标,路学一. 当前国内外医学教学改革的现状比较分析[J]. 医学教育管理,2015,1(3):174-178.
[8] 朱敏,胡嘉航,涂小宇,等. 国外医学教育模式对我国医学教育改革的启示[J]. 牡丹江医学院学报,2014,35(3):146-147.

（本文编辑:李海燕 本文校对:黄新艳 收稿日期:2018-12-14）

中药炮制传统技术实训模式改革探索※

吴珊珊 何席呈 王建科 熊 瑞 林 昶 侯晓杰 李 玮*

（贵州中医药大学药学院,贵州 贵阳 550025）

摘 要:中药炮制学是我国中医药学的重要组成部分,是中国几千年传统文化的结晶,是中医用药的特色之一。炮制技术直接影响着饮片和制剂的质量、疗效及安全,是中药产业的关键环节。本文通过实训项目、实施过程以及评价体系的探索,建立传统中药炮制技术实训模式,提高学生传统炮制技能。

关键词:中药炮制技术;实训模式;教学改革
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.056 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0137-03

Exploration on the Reform of Training Mode of Traditional Chinese Medicine Processing Technology

WU Shanshan, HE Xicheng, WANG Jianke, XIONG Rui, LIN Chang, HOU Xiaojie, LI Wei
(College of Pharmacy, Guiyang College of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550025, China)

Abstract: Processing of Chinese materia medica is one of the important parts of traditional Chinese medicine. Processing of Chinses materia medica existed for thousands of years and presented the essence of TCM, and one of the characteristics of traditional Chinese medicine. Processing technology directly affects the quality, efficacy and safety of prepared slices and preparations. It is a key link in the traditional Chinese medicine industry. This paper explores the practical training project, implementation process and evaluation system, establishes the practical training mode of processing TCM to improve students' traditional processing skills.

Keywords: processing of Chinses materia medica; training teaching mode; reform of education

中药炮制是在传统中医药基础理论体系的指导下，根据临床用药需求、调剂、制剂不同要求，以及药材自身性质，所采取的一项制备中药饮片的传统制药技术，也是我国独有的、最具有自主知识产权的一项传统技术[1]。中药材必须经过炮制形成饮片才能供临床调剂和制剂，且炮制技术直接影响着饮片和制剂的质量、疗效及安全，是中药产业的关键环节[2]。中药炮制技术和理论源自实践过程的积累。随着一批老药工相继离世，拥有炮制经验的老药工越来越少，炮制行业存在青黄不接，人才断档，后继乏人的现象[2-6]。而目前现有的中药炮制学实验体系往往只涉及常规的炒法、炙法等，对于传统的净制、切制、“九蒸九晒”、复制法等操作并不涉及，导致中药学专业学生对于古法并不了解，懂古法的人越来越少[7-11]。同时对于本科教学一部分院校只有中药学、中药制剂学等少数几个中药学相关专业学习本门课程，而对于中医学专业没有本门课程；其次学校理论课课时与实验课课时的比例一般为1:1，甚至2:1，实验课程不能满足常用的炮制方法的实践。因此，作者在

※ **基金项目**:贵州省一流科药学实验平台建设项目【No.黔教高发［2017］158号】；贵州省一流学科建设项目【No.GNYL［2017］008号-7】;贵州省苗医药重点实验室开放课题【No.黔苗医药K字［2017］038】；贵阳中医学院本科教学质量工程建设项目【No.GZY-JG(2018)05号】
* **通讯作者**:3304676447@qq.com

传统炮制实训模式基础上，对中药学及中医专业学生进行传统炮制技术及现代工程化技术进行实训，让有兴趣而没有机会学习传统中药炮制技术的学生学习中药炮制技术，提高传统炮制技能。

1 培养体系

1.1 传统炮制技术培训项目

1.1.1 传统炮制工具了解 合理的炮制工具不仅可以制备合格的饮片，还可以较好的保存药效。传统炮制器具有竹刀、大小片刀、铡刀及附件、筛、簸箕等，大小炒炙铜锅、铁锅、研船、乳钵、铜冲等。由于饮片机械化生产，很多传统炮制工具已很少能见到，会使用者更少。因此在前期研究基础上收集整理传统炮制工具，收集或打造古代炮制书籍（如《补遗雷公炮制便览》）中记录的或具有民族特色的炮制工具，为学生介绍传统炮制工具，使其了解中药炮制技术发展。

1.1.2 传统炮制技术训练 目前本科炮制验证性实验一般为炒法、炙法等[12]，对于传统的“白芍飞上天、陈皮一条线、木通不见边”的切制技术实训较少；蒸制方法由于实验课程学时的限制也没有开设传统的“九蒸九晒”的方法，而是随堂蒸2~3 h；同时也缺少其他炮制方法如碾捣、煨法等的训练。项目通过报名筛选10~15名对传统中药炮制技术有兴趣的学生进行训练，训练主要针对中医学和中药学相关专业的学生，选择白芍、黄柏、杏仁、石膏、黄精、何首乌等药材进行切制、碾捣、“九蒸九晒”等传统炮制方法培训。培训过程中应注意操作注意事项和影响成品质量的因素，使其更好的掌握传统中药炮制技术。

1.1.3 贵州特色炮制方法训练 在中药炮制技术领域，由于全国各地药材的自然资源、用药习惯、生活习俗、文化传统、方言语音不同，形成了不同的炮制技术帮派。根据区域位置的不同，全国主流的炮制流派大致可以归纳为4个：即江西的樟帮、建昌帮，北京的京帮以及四川的川帮[13]。而在贵州炮制技术发展过程中形成了酒润麸炒、醋润麸炒、盐润麸炒等特色炮制方法。为了使学生了解贵州特色炮制方法，选择盐润麸炒知母、酒润麸炒白芍、醋润麸炒三棱等进行培训，使学生了解贵州特色炮制方法。

1.1.4 饮片传统质量辨识技术训练 “火力”与“火候”是炒制过程中的2个关键因素，不同的火力和时间影响成品质量，从而影响临床疗效。通过学生参观炮制成品（包括不及和太过），让学生分组进行讨论，分析导致原因。如传统蛤粉炒阿胶炮制程度应达到鼓起呈类球形，表面棕黄色或灰白色，体轻，质酥，易碎，断面中空或多孔状，淡黄色至棕黄色。而炮制过程中投药温度过高过或低会导致产生裂纹或焦胡的现象。通过观察常用中药炮制饮片及不同程度炮制品饮片，使学生掌握饮片炮制成品质量要求，并学会分析炮制过程中的关键因素。

1.2 建立评价体系 实验完成后提供学生实验报告及学习体会，对学生操作技术、成品性状及分析导致成品性状因素的能力进行评价，重点对学生掌握传统炮制技术熟练程度、分析影响成品性状因素的能力等方面进行考评。

2 培训方法

2.1 培训对象 实验实施者为二年级、三年级学生，通过报名面试，选择10~15名对传统炮制技术感兴趣的在校学生进行培训。

2.2 实施步骤

2.2.1 传统培训室准备 准备碾船、石臼、竹刀、片刀、铡刀、筛、簸箕、润药缸、坛、罐、药炉等传统炮制工具。

2.2.2 实验安排 对学生在第一堂课上讲述该实验的背景、目的，告知学生课程安排、成绩评定方法等，告知学生本次培训的方法和药物，要求学生通过查阅相关专业书籍，先了解相关专业知识，自行设计方案，在实验方案合格后开始进入正式实验。实验实施学期第7周到第14周第9、10节课进行培训。将10~15个学生分为5个组，每组2~3人。

2.2.3 培训过程 学生按照设计书进行充分准备，在实验设计中，教师注重引导学生在实验设计的过程中发现问题、分析问题并找出解决方法的能力，调动学生的积极性和能动性。根据学生的设计在相应的时间进行传统炮制工具、净制、切制、炒法、炙法、煅法、蒸法、贵州特色炮制方法等的培训。第一堂课教师注重中药炮制学背景的讲解，使学生明白培训的目的。操作过程中教师对学生的操作手法进行指导，为其答疑，督促其进行培训，并让学生对自己完成的炮制成品进行评价，辅助其分析炮制操作过程中存在的问题，使其“知其然，知其所以然”。每次实验完成让学生提供相应的实验报告，教师进行评阅，培训结束后提交培训感想。

2.2.4 考核方法和指标 客观评价学生综合素质，每一位学生炮制过的饮片，统一收回归类放好，让学生自我评分和互相评分，占总分值的20%。教师对学生实验表现（包括积极性、主动性、学习态度、合作精神）、过程及结果（包括实验动手能力、完成实验的质量、实验结果的合理性）以及报告撰写（包括实验报告完整性和分析实验结果以及成品性状的能力）进行打分，分值为20%、20%、40%。采取综合性评分制度对小组进行评分。

3 小结

中药饮片炮制技术是我国所特有的一项传统制药技术，是首批国家非物质文化遗产，是我国历代医药学家长期临床实践的总结。炮制技术直接影响着饮片和制剂的质量、疗效及安全，是中药产业的关键环节。炮制技术需要在长期的实践中形成经验，也需要将传统的炮制技术进行传承，因此有必要加强传统炮制技术培训，规范化学生实践操作，增加传统常用但现少用的中药炮制技术的训练。同时，中医药学校是中医药人才培养基地，更应充分发挥学校专业的优势，以弘扬中医药文化为己任，肩负起中药炮制技术的传承与发展的重任，在中药炮制技术人才培养及教学实践中加强“教”“研”结合，“学”“创”结合，

使传统中药炮制技术得到更好的传承及创新发展。

通过培训，可提高学生的传统实验技能，使其了解中医药文化的博大精深，同时也了解中药炮制传统技术传承的重要性。本实验以开放型实验的教学形式，为学生提供了更为广阔的的实验资源和自由空间，大大激发了学生的学习兴趣，充分调动了学生学习的挑战性和自主性。制定方案过程中各小组主动提出问题与指导教师反复讨论实验方案的可行性，实验操作过程中对不熟悉的领域积极请教相关老师进行学习，改善了学生对实验课被动接受的态度。

参考文献

[1] 龚千锋.中药炮制学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
[2] 肖永庆,李丽,刘颖,等.中药炮制学科及饮片产业的发展与创新[J].中国中药杂志,2016,41(1):24-27.
[3] 陈宏伟.中药特色技术的起承转合[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(14):155-158.
[4] 陈智,张超.中药炮制学教学模式改革探索[J].卫生职业教育,2018,36(18):44-45.
[5] 叶喜德,钟凌云,张金莲,等.基于"樟建帮"传统炮制对中药炮制学课程教改的启示[J].新校园(上旬),2015,9(11):73-75.
[6] 王法琴,何学建.基于中医药传承育人的"中药炮制学"教学模式改革研究[J].江苏科技信息,2017,34(35):74-75.
[7] 葛朝亮,高昌琨,刘颖,等.中药炮制学实验教学存在的问题及改革思路[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(12):89-91.
[8] 刘立,李思,潘文嘉,等.中药炮制学实验教学改革思路和方法探索[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(12):7-9.
[9] 钟凌云,霍慧君,龚千锋.中药炮制学实验教学改革思路探讨[J].高校实验室工作研究,2012,30(1):4-5,30.
[10] 王晖,王艳,窦志英,等.开放型综合设计性实验在中药炮制学实验课教学中的实践[J].药学教育,2014(2):49-53.
[11] 王莹,燕雪花,马红梅,等.中药炮制学实验教学改革[J].新疆中医药,2017,35(5).
[12] 龚千锋.中药炮制学实验[M].北京:中国中医药出版社,2016.
[13] 钟凌云,龚千锋,杨明,等.传统炮制技术流派特点及发展[J].中国中药杂志,2013,38(19):3405-3408.

（本文编辑:李海燕　本文校对:何席呈　收稿日期:2018-12-14）

东盟国家开展中药材本土化种植的战略研究※

曾学文[1]　付　蓉[2]　胡小勤[3*]

（1　广西中医药大学公共卫生与管理学院,广西　南宁　530001;2　广西中医药大学研究生院,广西　南宁　530001;
3　广西中医药大学药学院,广西　南宁　530001）

摘　要:中医药在东盟国家的认可度高,东盟国家的中药用药需求日益增长,而中药资源在世界范围内的可持续发展受到严重威胁,目前东盟国家对于中药材的本土化种植并没有系统化的展开。对东盟国家中药材本土化种植进行研究,既具有现实的必要性,也具有可行性。同时,对国家药用资源实现战略保护、引领"一带一路"的东盟国家深度开发药用资源、实现中医药产业在世界范围内的可持续发展具有重要的现实意义。

关键词:东盟;本土化;中药材;战略
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.057　　**文章编号:**1672-2779(2019)-12-0139-04

Strategic Research on Developing Localized Cultivation of Chinese Medicinal Materials in ASEAN Countries

ZENG Xuewen[1], FU Rong[2], HU Xiaoqin[3]

(1. School of Public Health and Management, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530001, China;
2. Graduate School, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530001, China;
3. College of Pharmacy, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530001, China)

Abstract: The recognition of traditional Chinese medicine in ASEAN countries is high, the demand of traditional Chinese medicine in ASEAN countries is increasing, and the sustainable development of traditional Chinese medicine resources in the world is seriously threatened. At present, ASEAN countries have not systematically carried out the localization of traditional Chinese medicine cultivation. It is not only realistic but also feasible to consider the localization of Chinese herbal medicines in ASEAN countries. At the same time, it is of great practical significance to realize the strategic protection of national medicinal resources and lead the deep development of medicinal resources in ASEAN countries and realize the sustainable development of Chinese medicine industry in the world.

Keywords: ASEAN; localization; Chinese herbal medicine; strategy

东盟国家幅员辽阔，人口众多，具有丰富的植物资源[1]。中国与东盟国家在地理位置上相近、在历史人文方面相通、在疾病谱方面非常相似，而且用药习惯类似，华人分布集中，人口近7亿。目前，在大部分东盟国家如新加坡、马来西亚、泰国、越南等，中医或中医师行医的合法地位已相继得到认可，因此举办中医教育，从事中医药学术研究，开展中医医疗服务，开放中药市场，推进中医准入制度等举措在东盟各国陆续铺

※ **基金项目:**广西高校人文社会科学重点研究基地:中国—东盟传统医药发展研究中心【No.05018017】的阶段性成果
* **通讯作者:**52158466@qq.com

开，中医药在东盟国家得到了广泛肯定。但是，东盟国家对于中药材的本土化种植并没有系统化的展开，因此，开展东盟国家中药材本土化种植，对国家药用资源的战略保护[2]、引领“一带一路”的东盟国家深度开发药用资源[3]、实现中医药产业在世界范围内的可持续发展具有重要的现实意义。

1 东盟国家开展中药材本土化种植的必要性

1.1 中药资源可持续发展在世界范围内受到严重威胁 中药资源，广义上是指中医学用于防病治病的药物的总称，狭义上是指中药材资源。可持续发展即在我们发展当代经济的同时也要为子孙后代留下发展的空间和余地[4]。

中药治疗慢性病的卓越疗效，使得世界各国对中药的需求大幅增长。近年来，不断有国外制药企业在中国设厂，中药产业也成为投资的热土，致使我国野生中药资源逐年减少，对自然环境和生态资源造成巨大破坏[5]。据统计，现在中国处于濒危的3000种植物中，属于药用植物的约占60%~70%，其中属于国家级珍稀濒危保护植物的药用植物达168种，属于国家重点保护的野生动物达162种[6]。

中药资源的利用必须与环境的承受能力相适应，既要满足近期需求，又不影响远期需求，既满足一个区域或一个国家的人群的需求，又不影响其他区域或国家人群的需求[5,7]。

因此，为了使中药资源得到可持续发展，扩大中药资源在世界范围内的影响力，要求我们必须开拓新的中药资源产地。

1.2 东盟国家尚未建立独立的中药产业 东盟国家目前缺乏独立的中药产业，建立其自身的中药产业，有利于推动中医药在东盟地区的持续健康发展。中药产业是指以中药农业为基础、中药工业为主体、中药商业为枢纽和中药知识产业为动力的产业体系，其中包括中药材种植业、中药制造业、中药流通业和中药知识产业四大环节[6]。作为大健康产业和中医药发展的前提条件，以及中药产业的源头，中药材种植业必须率先开展。

1.3 东盟国家的中药用药需求日益增长 中医药在东盟国家的地位和影响越来越突显。早在秦汉之际，中医药就已走出国门，开始随着华人的移居，被带到东南亚地区，并开始传播[8]。随着“回归自然、返璞归真”思潮的兴起以及化学药物的诸多副作用，中医药以天然药物为主的治疗方法受到患者青睐，东盟国家人民接受中医药的程度与日俱增，中药使用量也日趋见长。有数据表明，近年来，中国对东盟中药出口呈大幅增长趋势，如马来西亚、印度尼西亚均保持较快增速[9]。新加坡、马来西亚、印尼、泰国、越南和菲律宾是中国在东盟的六大医药出口主要贸易伙伴，占出口总额的96.72%。中国对东盟出口的中药产品是以提取物、保健食品和中药材饮片为主[10]。

既要满足东盟国家日益增长的用药需求，又要克服一味地依赖进口中药捉襟见肘的情形，只有积极开展中药材在东盟国家的本土化种植，才能从根本上解决中药材的供需矛盾。

1.4 从医药市场角度看，东盟各国存在诸多不利于中国医药企业开拓的因素 因为中国医药企业对东盟市场和中国-东盟自由贸易区政策缺乏深入、系统、全面的了解和判断，因此至今未能真正进入东盟市场[11]。在中国-东盟自由贸易区全面建成的大背景下，双边医药贸易得到极大的促进，虽然解决了作为双方医药贸易的主要障碍的关税问题，但一些非关税壁垒障碍却依然存在[12]。

首先，东盟各国之间尚未形成互认机制，均对药品设置了程度不一的准入标准，严重阻碍了双边医药贸易的顺利发展。泰国的药品质量标准通常以泰国、美国、英国和国际药典为准，部分参考中国《药典》和日本《药典》；新加坡的药品注册主要是在其药品法的大框架下实施的；在马来西亚，所有生产、进口、销售的药品及化妆品都要登记注册，并对生产商、批发商、进口商实行许可证制度管理；越南对医药行业的监管政策不透明，它虽允许国外厂商设立办事处，直接进口药品，但禁止在国内分销。由此可见，在东盟进行药品注册并进行贸易往来需要解决诸多问题。

其次，我国医药产品仍难进入当地公立医院、政府采购等主流渠道。虽有个别企业的产品成功进入了东盟一些国家的医疗保险体系，但仅是个例。因此，就加大市场开拓力，解决当地注册门槛以及一些政治因素影响等问题，有待东盟各国共同努力，携手解决。

第三，中国企业进入东盟的另一大障碍是由于部分国家政治内环境不稳定，政府管理力度小，导致假药盛行、国际药典（IP）制度缺乏等等。

2 东盟国家开展中药材本土化种植的可行性

2.1 东盟国家相关组织及政府对中医药的大力支持 为中药材本土化种植提供了良好的社会氛围 在泰国、越南等东盟国家，政府将中医学作为一个独立的科学领域，投入极大的人力、财力、物力进行研究[13]。很多大学同时教授西医学和中医学课程，当地医院也积极推动整合医学的发展。其中中医药协会、学会是推动中医药事业发展的重要力量。他们在推动中医立法工作方面发挥了重要作用。东盟国家政府及民间组织的大力支持，为中药产业的发展提供了良好的社会环境。

2.2 中国-东盟在药用植物资源保护方面已达成共识及初步成果 中国和东盟国家是全球生物多样性的热点区域，也是利用药用植物资源人数最多、历史最久的地区之一。

目前，《中国-东盟药用植物保护技术指南》已经开始编制，对如何应对道地药材困境，如何加强药用植物保护，如何应对中国-东盟药用植物资源危机的紧迫性，如何构建药用植物资源保护技术体系进行系统论述。

中国和东盟各国有应用传统医药的历史，随着东盟经济区的建立和发展，传统医药已被纳入中国与东盟经济、社会合作的重点领域。目前，中国-东盟药用植物信息库已经由广西中医药大学牵头，成功构建。进行中泰药用植物专业数据库的建设，在互联网上实现研究信息共享，为中泰两国在药用植物研究领域相互交流、合作与开发提供基础的信息服务。其成功建设可为构建“中国-东盟药用植物信息库”提供一个模式，并为今后继续建设信息量更为丰富的药用专业数据库及其他相关数据库的建设奠定基础。

《中国-东盟传统药物志》是第一部系统介绍中国和东盟国家传统药物的专著，全书共收入中国、泰国、缅甸、越南、老挝、马来西亚、柬埔寨、菲律宾等 8 个国家常用的传统药物 104 个科 350 种，高清彩色图片共 74 个《药物志》由中国广西中医药大学邓家刚教授首先提出编写计划，得到泰国金他那邦副教授的响应，邀请老挝、缅甸、越南、柬埔寨、马来西亚、菲律宾等国家的专家学者历经 5 年共同完成。泰国孔敬大学、清迈大学、朱拉隆功大学；越南河内药科大学、民族药用植物研究与发展中心、创新农业综合研究与投资股份公司；马来西亚拉曼大学、拉曼大学学院；缅甸卫生和体育部、传统医药大学；老挝卫生部传统药物研究院、老挝卫生科学大学；柬埔寨健康科技大学；菲律宾国家传统与替代医疗保健研究院；以及中国广西中医药大学、广西中医药研究院、广西医科大学共 18 个机构的 116 位专家（东盟国家的参编专家计 60 位之多）、学者和科技人员参与了此书的文献研究、资料收集整理、文稿编撰与核对及图片拍摄等工作。由一个省域学术团队联合东盟 7 国专家共同完成一部学术著作，这在我国中医药界尚属首创。

除了《药物志》，参与编撰该专著的科研团队也在开展传统药物研究领域的其他合作，目前正在共同构建中国东盟传统药物研究国际合作联合实验室。

3 东盟国家开展中药材本土化种植的策略

为了能顺利开展中药材本土化种植，我们首先需要确定优先在东盟国家栽培的中药材品种及确立中药种植意向性基地。因此，我们必须开展以下研究：筛选我国濒危稀缺中药材、大宗优质中药材、中药材良种等优质中药材品种；筛选属于中药资源的东盟国家药用植物；确定需要优先在东盟国家栽培的中药材品种；确立中药种植意向性基地，为今后相关企业现场考察种植基地提供文献依据。具体的方法如下：

3.1 筛选濒危稀缺中药材、大宗优质中药材、中药材良种等优质中药材品种 根据《中药材保护和发展规划（2015—2020 年）》的相关要求，我国正在实施优质中药材生产工程。主要包括以下专项。

（1）建设濒危稀缺中药材种植养殖基地。重点针对资源紧缺、濒危野生中药材，按照相关物种采种规范，加快人工繁育，降低对野生资源的依赖程度；（2）建设大宗优质中药材生产基地。建设常用大宗中药材规范化、规模化、产业化基地，鼓励野生抚育和利用山地、林地、荒地、沙漠建设中药材种植养殖生态基地，保障中成药大品种和中药饮片的原料供应；（3）建设中药材良种繁育基地。推广使用优良品种，推动制订中药材种子种苗标准，在适宜产区开展标准化、规模化、产业化的种子种苗繁育，从源头保证优质中药材生产。按照上述思路，我们将确定相关优质中药材。

3.2 筛选属于中药资源的东盟国家药用植物 组织药用植物学、中药鉴定学、临床中药学、英语学的专家，对东盟国家的药用植物资源进行筛选，确认哪些植物属于中药资源。

3.3 确定需要优先在东盟国家栽培的中药材品种 结合我们确定的需要栽培的优质中药材品种及属于中药资源的东盟国家药用植物，确定优先栽培的品种。

3.4 挑选中药种植意向性基地 为今后相关企业现场考察种植基地提供文献依据 根据上述确定的中药材品种，挑选中药材种植意向性基地。

与中药材生长关系密切的三要素：温度、光照和水分，但三者又受到土壤、地貌的制约，这些因素中药资源的形成和分布产生很大的影响。种植中药材首先要了解其生长条件，包括对地形地貌、水源状况、土壤条件、日照时长和温度需求。忽视中药材的区域特性，盲目引种，就容易发生移植异化，药材的产量和质量得不到保证[14]。为保证药材质量，可以引种分布范围广、生长适应性强、品质差异小的中药材。但对于道地药材，因其对环境、气候的特殊要求，若要保证药用价值，必须在特定的地域种植[15]。

因此，科学合理地引种栽培是保证药材质量的必然要求。要本着环境条件相似性原则，考虑中药材生长环境，尽量做到就地引种，大范围引种的前提是要保证确切的药用价值。例如中药黄芪，历史上以野生膜荚黄芪和蒙古黄芪为正品，由于需求过大且为了药材可持续发展，现多以品种稳定的蒙古黄芪栽培品流通，在遵循药用价值的同时也极大的缓解了药品流通压力[16]。

《中药材保护和发展规划（2015—2020 年）》鼓励优势企业“走出去”建立中药材基地。因此，将为这些企业挑选中药材基地提供文献依据。

4 总结

思考东盟国家中药材本土化种植，既具有现实的必

要性，也具有可行性。同时，对实现国家药用资源战略保护、引领“一带一路”的东盟国家药用资源深度开发、实现中医药产业在世界范围内的可持续发展具有重要的现实意义。

参考文献

[1] 侯小涛,郭超峰,黄克南,等.构建中国-东盟药用植物信息库的意义和设计思路探讨——以“中泰药用植物专业数据库”为例[J].中华中医药学刊,2013,31(8):1736-1738.
[2] 冯磊.珍稀药用资源应保护和利用兼顾[J].中医药管理杂志,2011,19(3):252.
[3] 李得运.“一带一路”引中国与东盟中药贸易升级[N].医药经济报,2017-04-17(007).
[4] 工业和信息化部等.中药材保护和发展规划(2015—2020年)[N].中国中医药报,2015-04-29(003).
[5] 朱伟群,王丽君,梁攀,等.中药资源可持续发展的现状与未来[J].世界中医药,2018,13(7):1752-1755.
[6] 张敏,孙利华,金泉源.改进中药材生产流通模式探讨[J].中国现代化中药,2006,8(4):4-6.
[7] 陈吉炎,杨光义,于萍,等.中药资源的可持续利用必须遵从中药资源的自然属性[J].时珍国医国药,2009,20(9):2281-2282.
[8] 王锐,申俊龙.浅析中医药在东南亚的传播与发展[J].世界中医药,2015,10(12):1976-1979.
[9] 周贻刚,邓兰凤,卢冬梅.立足优势,开拓东盟中草药市场[N].广西日报,2005-01-06(006).
[10] 霍卫.2011年1—8月中国与东盟中药贸易分析[J].中国现代中药,2011,13(10):54-55,64.
[11] 黄建银.中医药服务贸易走出去的东盟经验[N].中国医药报,2015-06-09(004).
[12] 黄建银,邱珺,税毅强,等.中国——东盟自由贸易区中医药服务贸易谈判要价研究[J].世界中医药,2014,9(7):864-867.
[13] 李玫姬,古标仁,王碧艳.国际服务贸易框架下的广西与东盟中医药教育合作[J].广西社会科学,2010,26(6):14-16.
[14] 蔡宏伟.我国中药材种植存在的问题及对策[J].医学与社会,2016,29(3):41-44.
[15] 云立新.道地药材原产地名称保护的价值追求[J].医学与社会,2011,24(3):77-78.
[16] 赵明,段金廒,黄文哲,等.中国黄芪属(Astragalus Linn.)药用植物资源现状及分析[J].中国野生植物资源,2000,19(6):5-9.

（本文编辑:李海燕　本文校对:罗　彭　收稿日期:2018-12-14）

内经选读课程多维考核评价模式改革研究※

胡亚男　苏　颖　聂金娜　王利锋　李　萍*

（长春中医药大学基础医学院,吉林　长春　130117）

摘　要:内经选读课程以培养中医学专业创新人才为目标,在实施多元化教学法的基础上,结合本单位中医学专业小班教学的优势,探索多维考核模式,即从期中考试、应用考核、口试和期末考试等方面进行考核,并设计不同的考核方式。通过多维考核评价方式的实施,扎实了中医基础理论,提高了实践能力,激发了学生的学习热情,培养和提高了学生自主学习和创新的能力。

关键词:内经选读;多维;考核评价

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.058　　**文章编号**:1672-2779(2019)-12-0142-03

Research on the Reform of Multi-dimensional Examination and Evaluation Mode of Selected Readings of Neijing

HU Yanan, SU Ying, NIE Jinna, WANG Lifeng, LI Ping*

(Basic Medical School, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China)

Abstract: The course selected reading of Neijing aims at cultivating innovative talents of TCM specialty. On the basis of implementing diversified teaching methods and combining the advantages of small class teaching of TCM specialty in our unit, it explores a multi-dimensional assessment model, namely, mid-term examination, applied examination, oral examination and final examination, and designs different assessment method Through the implementation of multi-dimensional assessment and evaluation, the basic theory of traditional Chinese medicine has been consolidated, the practical ability has been improved, the enthusiasm of students has been stimulated, and the ability of students' independent learning and innovation has been cultivated and improved.

Keywords: selected readings of Neijing; multi-dimension; assessment and evaluation

内经选读课程是中医学四大经典课程之一，是中医基础理论的提高课，其教学内容既包括中医基础理论又包括临床应用。长春中医药大学内经选读课程2006年、2016年相继被国家教育部评为国家级精品课程和国家精品资源共享课。多年来，为了使课程建设可持续发展，课程组在教学中实施了多元化教学法以培养学生自主学习能力[1]。考核是教学过程中的一个重要环节，如何在考核的过程中，能够充分发挥学生的学习积极性，既扎

※ **基金项目**:吉林省教育科学“十二五”规划课题【No.GH150242】;长春中医药大学教学课题【No.XJ201507】;长春中医药大学教学课题【No.XJ201647】

* **通讯作者**:452664199@qq.com

实中医理论，又能将理论与临床实践相结合，从而达到提高临床疗效的目的。以此为目标，课程组教师根据中医学专业创新人才培养要求，结合中医学专业小班化的教学优势，以改变传统的内经选读课程以期末考试为主评价学生学习效果的考核模式为切入点，通过期中考试、期末考试、口试、应用考核等多种考核的方式对学生进行综合评价，通过多维的考核方式给学生独立思考展现自我的机会，提高学生实际运用能力，从而达到培养学生自主学习和创新能力的目的。

1 内经选读课程多维考核评价模式研究内容

（1）建立多维考核评价方式模式，通过在 2014、2015 级 2 个年级的中医学专业分别选定一个实验班和一个对照班实施内经选读课程多维考核评价模式和传统考核评价模式；（2）在学期初告知学生本学期本课程的考核要求，通过每个环节的考核，反馈学生学习效果；（3）通过期末统一命题，将实验班与对照班考核结果进行对比分析；（4）分析多维考核评价模式对提高自主学习能力和创新能力的影响，进一步完善多维考核评价模式体系。

2 内经选读课程多维考核评价模式实施过程及结果

2.1 期中考核 期中考核实验班与对照班均以理论考核为主，命题为非标准化试题，包括名词解释、默写原文、简答题和论述题。考核形式为闭卷考试。实验班与对照班考核方法相同。考核成绩比较两班无明显差异。

2.2 应用考核 应用考核在期中考试后，只在实验班实施，其目的是通过实施多种考核方法提高学生的自主学习和创新能力。包括 PBL 教学、网络平台学习、案例讨论等考核。

2.2.1 PBL 教学考核 PBL 教学法是以问题式为中心的学习方法，在内经选读课程教学中应用已经有 10 余年，此法非常适合医学教育[2]。首先，课前针对实验班学生特点，详细制定《教师指南》，指南包括课程背景知识介绍、总体教学目标、对学生的要求、对指导教师的要求、讨论案例、评价体系及最后评价与考评方式等。随着案例讨论的进行，针对发现的问题及时修订案例内容，使讨论的案例更加科学合理，引导学生开展讨论。此外，课程组教师对学生进行 PBL 教学指导。针对 PBL 课程的教学特点对学生进行 PBL 培训，主要通过课堂培训、上网查询及查阅文献的方式让学生知道什么是 PBL、PBL 在国内外应用的进展、开展 PBL 课程的意义及 PBL 课程的评价体系等。与此同时，指导学生如何利用 CNKI 等查阅文献资料。PBL 教学具体实施过程中通过学生自评、学生互评、小组自评、教师评价等评价方式对每个学生进行综合评价。

2.2.2 网络平台学习考核 网络平台学习任务是在教育部中国大学开放课程爱课程网的国家精品资源共享课内经选读完成的。教师指定网络学习内容如《素问·太阴阳明论》并提出相关问题在爱课程网络课程空间，在规定时间内，学生进入网络课程结合共享课程资源进行自主学习，首先要进入网络课程学习，通过学习运用已经学过的基本理论并借助互联网查阅相关资料回答老师提出的问题，教师给予评定。

2.2.3 案例讨论考核 案例讨论，课程组教师选择典型案例，如针对《素问·至真要大论》病机十九条、《素问·阴阳应象大论》治则治法的医案。通过对案例进行问题设置，从而引发学生的思考，围绕问题学生们开展案例讨论，以培养学生运用《内经》理论分析实际问题的能力。案例讨论课根据情况在实验班进行 2 次，案例讨论课前将实验班学生随机分为 5 个小组。第一次案例讨论课课前，教师不做任何引导，发放案例后小组内先进行讨论，然后每组推荐 1 名同学代表发言，各组同学针对代表同学发言情况再进行讨论。学生按讨论报告要求自己做医案分析，写出诊断、证型、反映《内经》的医理及辨证依据、治法和方药。第一次讨论报告收回后，根据讨论及报告情况，教师根据讨论课和报告反映的问题加以总结，给学生们解析如何运用《内经》中的基本理论来分析医案、解决具体问题。第二次案例讨论课，发放案例后小组内先进行讨论，讨论内容包括诊断、证型、反映《内经》的医理及辨证依据、治法和方药。小组讨论结束后每组推荐 1 名同学代表发言，各组同学针对代表同学发言情况再进行讨论。讨论过程中学生们各抒己见，讨论气氛热烈，讨论后自行完成讨论报告后上交，教师根据讨论报告给予评定。

2.3 口试考核 口试不仅提高学生背诵的能力，而且通过背诵也使学生中医经典理论功底更加深厚。在多年口试的基础上，课程组教师对口试内容及原则进行了进一步明确。课堂教学中的一级原文在学期末采用口试方式考核。口试要求：第一，让学生抽背诵卡片题签，从 1~30 号题签中任意抽取一张，每张题签上有 3 段原文，学生预先准备 2 min，然后任意选择其中的 2 段原文进行背诵，在 5 min 内背完，每一段原文为 5 分，共计 10 分。第二，背诵要求内容完整，语音洪亮，吐字清楚，不重复原文。如背诵与原文不符，错一处扣 0.1 分，落一句扣 0.5 分。第三，入场前与口试相关的材料及书籍放在指定位置，不得带入考场。考核结果实验班平均成绩优

于对照班。

2.4 期末考试 实验班与对照班同时进行期末测试考核，测试题目为笔试。期末测试实行考教分离，试卷命题由外校命题，试题内容基本符合教学大纲的要求，着重考察了学生对《内经》基本理论、基本知识、基本技能的掌握及运用情况。两班测试结果：总体趋势：实验班平均成绩和及格率均高于对照班，2个班级在最高分及90分以上人数中，实验班也显示了优于对照班的好成绩。简答题和论述题是检验学生利用中医基本理论分析问题的最佳方法，从答题情况来看，实验班平均成绩优于对照班。

3 内经选读课程多维考核评价模式实施意义

经《内经选读》课程多维考核评价模式研究与实践，我们初步建立了《内经选读》课程多维考核评价模式体系，即包括期中考试（占10%）、口试（占10%）、期末考试（占70%）及应用考核（包括PBL教学、案例讨论、网络教学等）（占10%）。通过PBL教学、案例讨论、网络平台学习等教学考核活动，给学生提供了一个可以多方面展现自我能力、素质的平台，拓宽了学生的知识面，培养和提高了学生的学习能力、独立思考问题能力、运用知识解决问题的能力及思维创新能力，使学生亲身体会角色的转变，培养职业素养，扎实了中医基本理论，提高了运用经典理论分析问题和解决问题的能力。

4 内经选读课程多维考核评价模式的特色

4.1 转变了教学理念 内经选读课程实施多维考核评价模式的过程中，始终贯穿着“以学生为主体、教师为主导”的“双主”教学理念，使各种教学方法在考核过程中充分发挥各自的特点，并且实现了优势的互补，使学生在扎实基本理论的同时，还培养了学生的自主学习能力和创新意识。

4.2 改革了教学模式 内经选读课程多维考核评价模式的实施，打破了传统教学中以教师讲授为主模式的局限，实际上是对内经选读课程教学模式的改革和创新。通过课程多维考核模式，丰富了教学方法和教学手段，通过多种教学方法和教学手段的运用，调动了学生学习经典的热情和兴趣，激发了学生的创新意识，提高了自主学习能力和创新能力。

4.3 完善了课程考核评价模式体系 内经选读课程实施多维考核评价模式，取代了原有的终结性考核模式，完善了课程的考核评价体系。各环节分别设计不同的考核评价标准及分值，在多维考核模式的评价过程中，使学生的个性得以发挥，根据学生的学习行为及表现，综合评价其学习能力和创新能力，更加重视对教学过程的管理。

5 内经选读课程多维考核评价模式应用效果

内经选读课程多维考核模式的运用，充分调动了学生们学习中医经典的积极性。在课程组教师的指导下，授课班级学生每天课前进行《黄帝内经》原文背诵比赛评选当日“背诵之星”，在近两年校“轩岐杯”《黄帝内经》原文背诵大赛中涌现出很多优秀选手，并在2017年“全国《黄帝内经》知识大赛”中荣获一等奖的好成绩。课后学生们充分利用教育部中国大学爱课程网的国家精品资源共享课《内经选读》网络教学平台进行学习，学习中遇到的问题在网络教学平台中得到了及时的解决，近两年参与网络学习人数已经增加了2000余人。在PBL学习活动中，学生们学会了正确查阅文献的方法，学会了遇到问题如何找到解决问题的方法和途径。在案例讨论课上学生们学会了如何将经典理论与临床实践相结合。在PBL教学、案例讨论教学活动结束后学生们自发地组织中医经典学习小组，针对经典学习过程中遇到的问题进行讨论、查阅资料，并将积累的问题进行深入研究，积极申报大学生创新训练计划项目等。在形式多样的学习中医、传承中医的活动中，学生们提高了自主学习能力和创新能力。

综上所述，考核的目的是促进知识的进一步学习，以培养高素质的中医人才[3]。内经选读课程通过创新考核模式，摒弃了传统单一的考核方法，完善了课程考核评价体系，多维考核评价模式的运用激发学生的学习热情，培养了学生独立思考和自主学习的能力，提高了学生的创新能力。

参考文献

[1] 苏颖,张焱,李霞,等.《内经选读》课程运用多元化手段提高学生自主学习能力的研究与实践[J].长春中医药大学学报,2014,30(1):167-169.

[2] 苏颖,李霞,岳冬辉,等.PBL教学法实施过程中的4个关键环节[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(12):10-11.

[3] 方志刚,代玉石,李晶,等.多维考核模式在课程教学实践中的正效应分析[J].中国电力教育,2014,30(2):65-66.

（本文编辑:李海燕 本文校对:尚晓玲 收稿日期:2018-11-15）

火麻仁药材鉴别要点

本品呈卵圆形,直径2.5~4 mm。表面灰绿色或灰黄色,有光泽,表面有微细的白色或棕色网纹,两边有棱,顶端略尖,基部有一圆形果梗痕。果皮薄而脆,易破碎。种皮绿色,子叶2,乳白色,富油性,气微,味淡。

——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.

高校教师教学能力的构成和提升机制※

——以推拿学课程教学为例

牛 坤 谢毅强 杨 帆* 牛 乾

(海南医学院中医学院,海南 海口 571199)

摘 要:随着我国经济发展及科技水平的不断提高,现代教育教学的理念也在不断更新,社会对高校教育质量的高度关注也激发了高校教师教学能力的广泛研究。在这样的背景之下,高校教师必须清楚认识教学能力的内涵,寻求教学能力提升的途径,以达到新时代教学目标的要求。本文以《推拿学》课程教学为例,从专业知识结构、教学设计与组织、教学新技术运用、教学成果评价与反思以及提升教师个人魅力等方面浅析高校教师教学能力的构成和提升机制。

关键词:推拿学;高校教师;教学能力;能力提升

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.059 **文章编号**:1672-2779(2019)-12-0145-02

The Composition and Promotion Mechanism of University Teachers' Teaching Ability
--Taking Tuina as an Example

NIU Kun, XIE Yiqiang, YANG Fan*, NIU Qian

(Department of Traditional Chinese Medicine, Hainan Medical University, Hainan Province, Haikou 571199, China)

Abstract: With the development of our country's economy and the improvement of science and technology level, the concept of modern education and teaching is constantly updated. The high attention paid by the society to the quality of university education has also stimulated extensive research on the teaching ability of university teachers. In this underground, university teachers must clearly understand the connotation of teaching ability and seek ways to improve teaching ability in order to meet the requirements of teaching objectives in the new era. Taking Tuina as an example, this paper analyzes the composition and promotion mechanism of university teachers' teaching ability from the aspects of professional knowledge structure, teaching design and organization, application of new teaching technology, evaluation and reflection of teaching results, and promotion of teachers' personal charm.

Keywords: Tuina; university teachers; teaching ability; promotion

随着新型教育理念的普及，教学的主体思想已不再是仅仅会记诵学习内容，而是更注重指导学生学会适宜的学习方法，帮助学生培养终身学习和努力创新的精神[1]。高校教师教学能力也得到了广泛的关注和研究，研究者对教学能力的具体内涵和构成也有着不同的认识。笔者通过自身的教学体会以及教学理论研究认识到，从专业知识结构、教学设计与组织、教学新技术运用、教学成果评价与反思、提升个人魅力等方面着手可以高效的提升教学能力。

1 专业知识结构

作为一名高校专业教师，要具有完备的专业知识结构，就需要对自身学科的专业知识具有深刻的了解，同时还要关注本学科的研究进展。教师自身要有提高专业水平的要求，才能自觉关注学校提供的各项平台和政策，主动地寻找提升自己专业知识和业务水平的机会。不仅要完成一定量的科学研究任务，还需多参加培训和会议，通过理论研究、经验交流等多种途径让自己的专业知识和业务能力处于较高的水平[2]。除此之外还应该积极参加社会实践，提升自己的实践教学能力。特别在医学院校等主要培养应用型人才的高校中，作为临床学科的教师，更应该坚持临床医疗，在掌握学科理论知识的同时保持自己临床技术水平，从而在教学中让学生更好的领会所学专业知识。

比如作为推拿学课程教师，应该积极参与到校级、省级、国家级各类自然科学、社会科学的科研课题中，积极申报，从科研能力方面提高自己。多参与国家级规划类教材的编写和研讨，与业内同行沟通交流学习，与业内引领前沿信息的前辈为伍，从学术上提升自我，才不会落伍。还要坚持一线临床，习练手法，多参加各类学会、协会组织和继续教育学习班，广交良友，博彩众家之长，从专业素质完善自我。

2 教学设计与组织

教学设计是教师对教学活动具体实施方案的策划能力的体现，反应了其对该学科教学目标和任务要求的领会能力。优秀的教学设计能有效提高教学效率，也是达到良好教学效果的有力保障。对教学内容的划分，确定教学内容的重点难点、分配讲课时间和确定讲课方式等都是教学设计的重要环节，特别是对于应用性较强的学科的实践教学方面，更需要在设计环节好好把握。

※ **基金项目**:海南省自然科学基金青年基金【No.818QN248】;海南医学院教育科学研究【No.HYP201714】;海南医学院教育科学研究课题【No.HYP201814】

* **通讯作者**:icelanyang@163.com

在教学设计上，降低纯记忆性的内容的比例，通过内容的补充和知识的拓展培养学生在已有知识基础上解决新问题的能力。同时，鼓励学生通过网络、书籍等途径学会自主学习，并组织讨论会、交流会、竞赛等营造出良好的主动学习氛围。

因为课程教学的时间有限，教师同时还需要具备良好的教学组织能力，能够执行教学设计中的时间安排和充分调动课堂气氛，在规定时间内讲完既定的教学内容，不拖堂，杜绝念讲稿、读PPT等与学生零交流的教课方式，在完成教学内容的同时达到教学效果。采用多种形式的教育手段来保证好的教学效果和活跃教学气氛，比如组织小组讨论和比赛，甚至组织学生实地考察实践，鼓励学生对课堂学习的内容和感兴趣的学科知识进行研究和探索。

《推拿学》是一门实践性极强的学科，纯理论的学习对于实践技能的提高帮助有限，因此尤其需要在实践课的教学设计和教学环节施以浓墨重彩[3]。以《推拿学》实践课为例，我们在日常教学中按照每堂实训课不超过30人为限，学生与治疗床按3:1的比例分配，即三名学生共用一张治疗床学习。一名为操作者，一名担任模特，一名观摩兼指导；一个学习单元结束，三人互换角色。此模式与之前二名学生共用一张治疗床2:1的模式相比，由于有观摩兼指导的学生角色存在，则使学生互相学习互相提高的效果大大提升，课堂教学质量也明显上升。在实践教学环节，要大量应用现代教学技术，如视频、多屏显示器等，尤其是教师随身红外线追踪摄像头录播技术的应用，大大提高了学生观摩教师手法示范的效率。之前教师示范，学生会扎堆观看，导致部分学生无法看到教师示范动作。应用录播系统后，教师的指间动作皆被实时播放于大屏幕，学生在座位上即可清晰观看。录播系统甚至可将视频录入云端，制作为微课，学生通过扫描二维码即可实现反复观看，显著提高了学习效率。加大医院见习频率也是《推拿学》实践课的特色之一，如前所言，《推拿学》实践性极强，必须频繁练习方可强化和提高技能。仅满足于校园内教师或实训室的学习，对于一名推拿医师的成长显然是不足的，因此加大实习见习力度，会显著提高学生的技能水平，让学生能尽早学以致用，逐步夯实专业素质。

3 教学新技术运用

在现代信息技术迅猛发展的时代背景下，教师应该能够做到最基本的运用网络资源查找信息，并能够通过网络平台与学生交流[4]。教师本身要对新型的信息技术设备和交流软件有热情，除了课程中使用多媒体软件，还应对时下学生乐于使用的网络交流方式有了解，以用于课外的拓展交流。比如利用微信建立学生群以提供课外交流平台，随时解答学生问题或者组织学生讨论，利用学校的各种培训机会和网上资源学习慕课、微课、APP、微视频制作的各种新技术，让学生在新鲜的环境中增加学习的热情和更好的交流互动[5-6]。

4 教学成果评价与反思

尽管教学评价大多是学校为主体进行，但作为教师，需要积极配合学校的教学评价活动，并主动的掌握课堂评价的结果分析，通过与同行的讨论和学生的交流来探索自己教学中的不足与改进方向。反思教学要求教师在教学过程中能与学生换位思考，能设身处地的理解、体验学生的认知过程及情感、情绪等。在现实中教师与学生之间在教学或平时相处的过程中偶尔会存在矛盾，教师如果能够转换角色，设身处地的站在学生的立场上去体验学生的情感和想法，会带来更好的教学效果。

5 教师个人魅力

作为高校教师，还应该注重自己的人格魅力培养，让学生在教学活动中主动地接受教师和其教学。在高校，教师与学生的关系往往不同于其他阶段的学习，正值思想转变期的大学生有的喜欢带着挑剔甚至挑衅的眼光去看待任课教师，他们不会像高中生或初中生一样全盘接受老师所传授的知识，偶尔会带着质疑的眼光。如果教师具有高超的学术水平，无疑可以让学生产生一定的崇拜感，愿意接受其教育，因此教师需要具有一定危机感，需要用学术来武装自己。同时，高校教师应有广阔的胸襟，善于倾听学生的心声，即使遇到挑衅的学生也依然能够耐下性子与其讨论，心平气和的解释，更能够虚心接受学生提出的正确意见。高校教师应该对大学生起着表率的作用，不能在教育学生的时候反而忽视了自己的道德修养，在课堂上出现诸如粗话连篇、用语不当、随地吐痰、上课随意打电话看手机等不良习惯，这样不仅损害教师形象，更会在学生中降低威信，对教学效果也会产生负面影响。因此，教师的人格魅力对于提高无论是思政或是专业课教学的实效性、促进大学生的健康成长具有重要的影响[7]。

参考文献

[1] 彭雁飞. 浅谈高校教师教学能力组成要素的优化配置[J]. 教育教学论坛，2016(13):23-24.
[2] 方志刚. 教师实践教学能力提升的策略研究[J]. 教育教学论坛，2014(48):23-24.
[3] 卓越，张欣，陈邵涛，等. 小儿推拿学教学设计体现“以学生为中心”的实践与运用[J]. 长春中医药大学学报，2017，33(1):146-148.
[4] 杨娟，王利群. 关于提升大学教师现代信息化教学能力的几点建议[J]. 中国教育技术装备，2015(22):38-39.
[5] 贺永冈，张雪婷. 推拿学APP学习模式的探索[J]. 科技风，2019(2):86.
[6] 黄毅勇，王立，曾鸿鹄，等. 基于微视频的推拿手法学教学实践研究[J]. 中国中医药现代远程教育，2018，16(24):10-11.
[7] 李云. 高校思政课教师的人格魅力对大学生人格塑造的影响探究[J]. 法制博览，2018(27):138-139.

（本文编辑：李海燕　本文校对：李　凯　收稿日期：2019-01-28）

高等中医药院校本科生科学教育现状的调查研究※

杨联河　王建荣　易怀敏　樊许娜　袁淑梦　秦　敏　王瑾瑾*

（河南中医药大学基础医学院，河南　郑州　450046）

摘　要：目的　基于《科研思路与方法》课程教学下的河南中医药大学本科生科学教育现状的问卷调查分析，探讨本科生专门化和系统化科学教育的重要性，为改革高等中医药院校《科研思路与方法》教学的理念与模式提供借鉴。**方法**　设河南中医药大学已学过和未学过《科研思路与方法》课程的同年级本科生分别为调研组与对照组，采用自编式问卷进行调查。**结果**　调研组对科研的兴趣高于对照组（$P<0.01$），且在科学素养方面有收获，具有统计学意义，但被调查者科学素养的整体情况仍不容乐观。**结论**　该课程教学在一定程度上可以提高本科生的科学素养，建立专门化和系统化的科学教育体系对提高中医药院校科学教育的质量是必要的和有益的。

关键词：高等中医药院校；本科生；科学教育
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.060　　**文章编号：**1672-2779（2019）-12-0147-04

Investigation and Research on the Current Situation of Science Education of Undergraduate in Universities of Chinese Medicine

YANG Lianhe, WANG Jianrong, YI Huaimin, FAN Xuna, YUAN Shumeng, QIN Min, WANG Jinjin

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

Abstract: Objective　Based on the questionnaire survey and analysis of the current situation of science education in the Henan University of Traditional Chinese Medicine, which offers the course of the "scientific research thoughts and methods", this paper discusses the importance of the specialized and systematized science education, and provides a reference to reform the concept and model in teaching of the course "scientific research thoughts and methods" in universities of Chinese medical. **Methods** This paper investigated the undergraduates of the same grade as the experimental group and the control group who have studied and have not studied the course of scientific research method in Henan University of Traditional Chinese Medicine by self-compiled questionnaire. **Results** Data from analysis suggested that the experimental group students' interest in scientific research is higher than the control group, and there are gains in the scientific literacy, but the overall situation of the scientific literacy of the respondents is still not optimistic.**Conclusion** The results indicated that the teaching of this course can improve the undergraduates' scientific literacy to a certain extent, and it is necessary and beneficial to establish a specialized and systematic scientific education system to improve the quality of science education in colleges and universities of traditional Chinese medicine.

Keywords: universities of Chinese medicine; undergraduate; science education

当今世界正面临新一轮科技革命与产业变革，世界格局正因此而发生深刻调整。加快提高全民科学素养、培养创新型人才对于发展我国社会主义经济具有重要意义。新时代高等教育是“培养德智体美全面发展的社会主义建设者和接班人”的主阵地。充分认识我国在技术革新和基础研究的创新能力上与发达国家的差距，“以本为本”，强化科教协同育人，增强本科生科研能力、科学素养和创新精神是实现新时代高等教育目标、迎接挑战、把握机遇的战略举措。中医药事业是我国医药卫生事业的重要组成部分。遵循中医药发展规律，充分利用现代科学技术推进中医药自主创新、推动中医药理论和实践的可持续发展，是历史赋予当代中医药工作者的责任。在高等中医药院校加强本科生科学教育对培养具有国际视野的合格的中医药事业接班人具有深刻的现实意义。

近代科学经历了400余年“分科之学”发展，现今已经形成了范围广阔的“科学共同体”。科学已不仅仅是西方“科学家”探知未知世界的一种“特殊方法和工作准则”，至20世纪“科学哲学”的逐渐成熟，表明其本身也已经成为文化和社会现象。在国际及我国的知名院校开设有“科学史”或“科学史及科学哲学”专业。作为一种文化和社会现象，科学已经具有更广阔的内涵和影响，针对“科学”和“科研能力”的高等教育，也应当从“分科之学”上升到“专门教育”。借鉴陈宝生部长“在新时代全国高等学校本科教育工作会议上的讲话”：从“教学”到“教育”虽只有一字之差，反映的是形势发展了、认识深化了、内涵拓展了、地位更高了。

实际上，我国除中医院校有本科、研究生适用的国家级统编《科研思路与方法》教材，并开设其选修课外，大多数高等院校将本科生科学素养与科研能力的培养寓于专业教学、实验教学、项目研究中[1-3]，缺乏本科乃至研究生阶段的科学素养和科学研究的专门通识教育。

※ **基金项目：**河南省教育科学“十三五”规划一般课题【No.[2018]-JKGHYB-0124】；河南中医药大学大学生创新学习项目【No.CXXM[2017]0144】

* **通讯作者：**wangjinjin510@163.com

而在中医院校，该课程的地位也远不及其他素质类教育的课程。截止到2018年8月，发表在中国知网的有关科研思路与方法的教学论文只有8篇，这一现状与其他学科广泛的教学研究形成巨大反差，表明，国内缺乏对开展专门的通识性的科学教育的重要性的醒悟。

我校自1990年开设“中医临床科研选题、设计与分析”课程以来，持续开展针对中医类专业本科生科研思路与方法的教学实践和教学研究[4-7]。本文在以往研究的基础上，以对照研究策略，采用自编式问卷，调查科研思路与方法的教学效果，以期对科研思路与方法教学理念与规律的系统研究提供依据，也为开展专门化和系统化的本科生科学教育提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取河南中医药大学已学习过《科研思路与方法》的2015级中西医临床医学专业本科生作为调研组，随机抽取未学习过该课程的2015级中医类专业（中医学、针灸推拿学）本科生作为对照组。本调查共发放640份问卷，回收640份问卷，回收率100%，有效问卷602份，有效率94.06%，其中调研组306人，对照组296人。

1.2 研究方法 本研究采用“整群”抽样在调研组和对照组中发放自编的匿名式问卷，将问卷结果录入SPSS 21.0系统，进行统计分析。

1.3 质量控制 在正式调查前发放自编的匿名式问卷进行预调查，并根据反馈信息修正问卷。在正式现场调查之前首先培训调查员，统一调查方式和调查口径。现场调查时，调查员必须负责调查的组织、指导、检查及验收工作。在调查的过程中对部分调查问卷进行复查，控制调查质量，尽量减少偏倚。回收调查问卷时发现不合格调查表，及时改正或另选新人重新调查。所有反馈数据和现场调查数据均使用Epidata 3.1建立数据库，双人双机独立录入数据并进行查错纠正。

1.4 统计学方法 本研究资料采用SPSS 21.0进行统计分析，对于选项为多选的数据，使用多重响应描述性分析法；定性资料以率（%）表示，分析时采用 x^2 检验，结果以 $P\leqslant0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

问题1：您认为医学本科生阶段是否有必要培养自己的科研能力？见表1。

表1 医学本科生阶段是否有必要培养自己的科研能力 [人数(%)]

组别	人数	有必要	视学科特点与发展趋势而定	没有必要	无从下手
调研组	306	214(69.94)	80(26.14)	7(2.29)	5(1.63)
对照组	296	151(51.01)	108(36.49)	19(6.42)	18(6.08)
x^2值			27.772		
P值			<0.001		

问题2：您希望自己哪个方面的科研能力有所提高？(多选题)。见表2。

表2 希望提高哪方面的科研技能 [人数(%)]

选项	按选项统计频数	占调查人数的百分比
文献检索	421	68.43
论文撰写	501	83.22
实验操作	469	77.90
统计分析	432	71.76
调查问卷	244	40.53
实验流程设计	328	54.49
其他	15	2.49
总计	2410	

问题3：您认为大学是否有必要开设《科研思路与方法》课程？见表3。

表3 是否有必要开设《科研思路与方法》课程 [人数(%)]

组别	人数	有必要	没有必要	依个人需要
调研组	306	219(71.57)	1(0.33)	86(28.10)
对照组	296	164(55.40)	16(5.41)	116(39.19)
x^2值			25.430	
P值			<0.001	

问题4：您认为本课程讲授效果如何？见表4。

表4 《科研思路与方法》课程教学效果 [人数(%)]

课程讲授效果	人数(组内)
达到了预期效果、提高了能力	80(26.14)
有所收获,收获不大	203(66.34)
仅仅完成了学分任务,没有其他效果	23(7.52)
总计	306(100.00)

问题5：您在本课程课堂学习中的状态？见表5。

表5 调研组学生课堂学习状态 [人数(%)]

课堂学习状态	人数(组内)
全神贯注	33(10.79)
偶尔不在学习状态	211(68.95)
经常不在学习状态	58(18.95)
总是不在学习状态	4(1.31)
总计	306(100.00)

问题6：您认为自己在本课程学习中的收获是什么？(多选题)。见表6。

表6 调研组学生课程学习收获 (%)

选项	按选项统计频数	占调查人数的百分比
增强了科学素养	164(27.20)	53.59
加强了科研兴趣	146(24.21)	47.71
拓展了知识面	251(41.63)	82.03
提高了人际交往能力	33(5.47)	10.78
其他	9(1.49)	2.94
总计	603(100.00)	

问题7：您在本课程中学到了什么内容？（多选

题）。见表 7。

表 7 调研组学生课程学习 [人数(%)]

选项	按选项统计频数	占调查人数的百分比
科学选题	210（25.49）	68.63
文献检索	144（17.48）	47.06
调查问卷设计	214（25.97）	69.93
研究设计	246（29.85）	80.39
其他	10（1.21）	3.27
总计	824（100.00）	

问题 8：您不选修本课程的原因？（多选题）。见表 8。

表 8 对照组学生不选修该课程原因 [人数(%)]

选项	按选项统计频数	占调查人数的百分比
学分已修满	183（53.51）	61.82
该课程老师授课能力欠佳	20（5.85）	6.76
认为科研对于本科生来说不是很重要	38（11.11）	12.84
听选修过的学生说选修该课程无收获	16（4.68）	5.41
其他	85（24.85）	28.72
总计	342（100.00）	

3 讨论

自“西学东渐”以来，传统文化与西方近代科学之间的关系一直是一个无法回避、广被讨论的话题。王瑾瑾等[7]关于“中医科研的必要性”的调查显示，16.00% 的被调查者认为没有必要。本文表 1 的调查数据显示，只有 60.63% 的被调查者认为有必要在本科阶段培养自己的科研能力，31.23% 的被调查者认为“视学科特点与发展趋势而定”，4.32% 的被调查者认为没有必要；表 8 的调查数据显示，12.84%（11.11%）被调查者“认为科研对于本科生来说不是很重要”。提示，在高等中医药院校有相当一部分本科生对作为经典中国传统文化代表的中医药文化和技术，在其“承古拓新”过程中与科学的交互关系是冲突、互鉴还是融合缺乏理性认识，同时，也提示了在高等中医院校以科学教育培养本科生的创新意识和创新能力的迫切性和重要性。王瑾瑾等[7]对“中医科研的成功标准”的调查结果表明，被调查者认为中医科研的成功标准排名依次为：（1）提高医师的诊疗技术、促进临床疗效；（2）患者满意度提高，医患纠纷减少；（3）能够发表论文，有科研成果；（4）医疗机构的收入提升。提示，被调查者没有充分认识到科学研究对学科理论创新的价值、科学与技术的界限、以及当代科学与技术的相互关系。“中医在临床”的“实用主义”思想在本科生中也被认同、甚至被强化，这可能是一些被调查者不重视科研能力培养，缺乏培养科学素养自觉性的原因之一。以上调查结果表明，在高等中医药院校如何开展科学教育应该被作为培养面向未来、面向世界、全面发展的中医药事业接班人的重大教育战略问题来考虑。

王瑾瑾等[7]的调查显示有 85.82% 的被调查者表示对医学科研根本不了解。本文表 1 的调查数据显示，总体有 3.82% 的被调查者表示无从下手，其中对照组组内占 6.08%。表明，绝大多数的被调查者有培养科研能力的需求，但科学教育的渠道欠畅通。

表 3 的调查数据显示，调研组和对照组组内分别有 71.57%、55.40%，总计 63.62%的被调查者认为有必要开设科研思路与方法课程。表 1、表 3“有必要”项下调研组的组内百分比均高于对照组，提示，未经过科研思路与方法课程学习的被调查者对科学教育的认可度和自觉性不足，专门的科学教育对引导本科生将课堂学到的知识与如何解决科学问题联系起来，并进而厘清知识与能力的关系是必要的和有益的。

表 2 的数据与表 7 数据提示，我校现行的《科研思路与方法》教学内容与被调查者的意向相一致。其中，表 2 的调查结果提示，被调查者期望学习的内容主要集中在文献检索、实验操作、统计分析和论文撰写方面，实际上是基于学生教学实验的升级版，表 7 数据提示，被调查者关注到了研究设计、科学选题的重要性，对科学研究“始于问题”的认识显著提高。同时，应该注意到，该课程在“拓展了知识面”（见表 6）和“调查问卷设计”基本达到了预期，但由于资金、教师精力和教学时间等方面的原因，无法满足被调查者“实验操作”方面的需求，表明， 课堂教学只是本科生科学教育的一个环节，“知行合一”的科学教育是一个系统工程，一个渐进的过程。

表 3 的调查数据显示，调研组和对照组组内分别有 0.33%、5.41%，总计 2.83% 被调查者认为没有必要开设该课程；分别有 28.10%、39.19%，总计 33.55% 的被调查者认为依个人需要。调研组的组内百分比均低于对照组，表明调研组对该课程的认可度高于对照组，结合表 8：61.82%（53.51%）的被调查者因“学分已修满”而未选修该课程。提示：从教学计划和教学质量层面提高该课程的知名度，以提高本科生对该课程的关注度，进而提高本科生培养自己科学素养的自觉性和积极性是该课程应该努力的方向。

表 3 的数据，结合表 4：调研组只有 26.14% “达到了预期效果、提高了能力”、表 5。总计有 20.26% 课堂学习状态不良。表 6：“拓展了知识面”的人数高于“增强了科学素养”“加强了科研兴趣”的人数。表 8：5.41%（4.86%）的被调查者“听选修过的学生说选修该课程无收获”、6.76%（5.85%）的被调查者认为“该课程老师授课能力欠佳”。提示：该课程仍有很大的提升空间，其教学理念、教学模式、教学方法必须改革，师资力量有待加强，这样才能更大比例地实现

选课同学的预期，更有效地强化本科生的科学素养和科研兴趣。

综上所述，在高等中医药院校开设《科研思路与方法》以提高本科生的科学素养、创新意识和科研能力是必要的和有益的。但本科生的科学教育是系统工程，专门的课堂教学只是科系统工程的一部分。国家和众多高校都已经在以不同的方式方法培训本科生的科研能力。以整体观念将本科生科学教育脉络凸显地专门化和系统化，而后，将每一个教育环节置于整体系统中深入研究，将会事半功倍地提高本科生科学教育的效率。

参考文献

[1] 朱亚先,洪炜,吴丽晶,等.本科生科研能力培养之探索[J].中国大学教学,2016,38(10):24-30.
[2] 李守玉,王崇臣.以课题组为单元 提高本科教育质量[J].中国高等教育,2017,53(18):39-41.
[3] 周光礼，马海泉.科教融合与大学现代化——西方大学科研体制化的同质性和差异性[J].中国高教研究,2013,49(1):12-21.
[4] 杨联河,赵焕东,申杰.高等中医药院校“医学科研思路与方法”教学体会[J].中医药管理杂志,2016,24(6):42-43.
[5] 王瑾瑾,孙春阳,徐学琴,等.中医类院校开展科研思路与方法教学的必要性[J].中医药管理杂志,2015,23(24):26-27.
[6] 王瑾瑾,刘晓蕙,徐学琴.中医科研思路与方法教学模式探讨[J].中医药管理杂志,2015,23(20):40-41.
[7] 王瑾瑾,刘晓蕙,裴兰英.中医类院校科研思路与方法教学的学生意向调研[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(6):12-13.

（本文编辑:李海燕 本文校对:闫国立 收稿日期:2018-12-11）

中医院校研究生医用分子生物学课程建设探索※

邓华亮[1] 朱庆均[2] 李 媛[2] 张 丹[2*]

（1 山东中医药大学发展规划处,山东 济南 250355;2 山东中医药大学实验中心,山东 济南 250355）

摘 要:随着医学的发展,医用分子生物学已成为分子生物学科领域的重要分支,我校自1996年为硕士研究生开设医用分子生物学课程以来,选课需求逐年增加,建立符合中医院校办学特色的医用分子生物学研究生课程体系势在必行。本文将介绍多年来我们不断进行的医用分子生物学课程建设探索与实践,为深化研究生教育改革,创立创新人才培养模式,加速中医药研究的发展和创新型后备人才培养提供新思路。

关键词:中医院校;医用分子生物学;课程建设
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.061 **文章编号:**1672-2779(2019)-12-0150-03

Exploration and Practice on the Course Construction of Medical Molecular Biology for Postgraduates in University of Traditional Chinese Medicine

DENG Hualiang[1], ZHU Qingjun[2], LI Yuan[2], ZHANG Dan[2*]

(1. Scientific Research Department, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China;
2. Experimental Center, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China)

Abstract: With the development of medicine, medical molecular biology has become an important branch of molecular biology. Since 1996, we offered medical molecular biology course for postgraduates, the demand for the course has increased year by year. It is imperative to establish all curriculum system for postgraduates of medical molecular biology that reflects the characteristics of traditional Chinese medicine. This article will introduce the achievements of our exploration and practice in the construction of medical molecular biology course for many years. It will provide new ideas for deepening the reform of postgraduate education, creating training mode of innovative talent, and accelerating the development of traditional Chinese medicine research.

Keywords: university of traditional Chinese medicine; medical molecular biology; course construction

目前在多数中医院校医用分子生物学已成为中医学、中西医结合基础和临床等专业的专业基础课和部分专业的选修课。建立符合中医院校人才培养的研究生课程体系，推动医用分子生物学在中医药研究领域的应用具有重要意义。本文将从课程结构与内容设置、主要教学方法与手段、课程评价、存在的不足与建设规划等几个方面，总结我们所做的课程建设探索与实践，为中医院校研究生医用分子生物学课程体系改革提供参考。

1 研究生医用分子生物学课程的培养目标和定位

分子生物学是生命科学的带头学科，其理论与技术已在医学中广泛应用于科学实验、临床疾病的发生与发展、疾病的诊断与治疗、药物的作用机理与新药的研发等研究领域。医用分子生物学是分子生物学的一个重要分支，是从分子水平研究人体在正常和疾病

※ **基金项目:**山东省研究生教育创新计划【No.SDYY16070】;山东中医药大学研究生教育优质课程【No.KC2016006】
* **通讯作者:**zhangdansdtcm@aliyun.com

状态下生命活动及其规律的一门科学，它主要研究人体生物大分子和大分子体系的结构、功能、相互作用及其同疾病发生发展的关系，医用分子生物学涵盖了医学各专业学生必须学习的分子生物学基础知识和基本技术，为了解各学科领域的研究进展奠定坚实的基础。根据《中华人民共和国学位条例》，研究生的培养目标不仅是掌握坚实宽广的基础理论和系统深入的专门知识，还要着重培养独立从事科研工作和组织科研活动的能力。加强中医药研究型人才的培养，结合我校实际，1996 年在硕士研究生培养方案中增设《医用分子生物学》，主要内容介绍分子生物学基本原理、基本技术及在医学中的应用。学生选课积极踊跃，授课效果非常好。2004 年，在此基础上我们又为博士研究生开设了高级分子生物学技术，突出分子生物学技术在中医药研究中的进展和应用，并在教学中引入了研究型教学的模式，促进学生科学思维能力、动手能力、利用分子生物学理论和方法分析问题与解决问题能力的提高[1-3]。本课程具有较强的系统性和连贯性，旨在使学生能较全面掌握分子生物学理论，树立从分子水平分析和理解生命现象、探讨疾病发生发展本质的理念，进而有助于确定科学合理的诊疗方案；通过了解分子生物学理论和研究手段在医学前沿领域的应用，提高科学素养，培养科研思维。掌握医用分子生物学的理论和实验技术，拓展对其他分子生物学专著和科学论文的自学和阅读能力，可为后期学习以及科研工作特别是从事中医药研究的培养和衔接打下基础。

2 研究生医用分子生物学课程结构与内容

该课程主要围绕研究生教学培养目标和设计理念以及我校学生的实际情况，确立了知识构成与能力构成以及讲述内容与自修内容比例。

2.1 知识构成与能力构成的比例 知识构成遵循（1）层次性原则，内容由低到高，在知识的纵向联系中，划分基础层次、中间层次和最高层次；（2）根据培养目标的比例原则；（3）依据医用分子生物学科发展迅速的特点的知识结构的动态性原则。能力构成主要是根据研究生阶段的培养要求注重理解能力、分析能力、综合能力、创新能力。在课程结构中知识结构和能力结构的比例为 1:1。

2.2 讲述内容与自修内容的比例 考虑到教学对象在本科阶段已经对医用分子生物学相关知识有了初步的了解和认知，所以医用分子生物学在研究生阶段增加了自修内容的比例，同时结合中医院校学生的知识结构特点（如有一部分学生是以文科生考取中医院校），学以致用，选取经典文献研读，学习分子生物学理论和技术在中医药研究中的具体应用。讲述内容与自修内容比例为 7:3。

2.3 课程内容 医用分子生物学课程总 60 学时，其中理论课 30 学时，实验课 30 学时。理论课分为三大模块：（1）医学分子生物学基本原理，包括绪论、核酸和蛋白质的结构和功能、基因表达与调控、细胞通讯和信号转导、细胞周期及调控、细胞凋亡及调控等章节；（2）医学分子生物学基本技术，主要包括基因结构与基因表达的基本策略、基因工程、蛋白质组学的研究方法和进展等章节；（3）疾病的分子诊断、预防和治疗。主要包括疾病（衰老和肿瘤）产生的分子基础，基因诊断和基因治疗原理和进展等章节。实验课分为二大模块：（1）分子生物学实验室安全管理和基本知识介绍，主要包括分子生物学实验室安全常识，化学试剂、微生物、放射性物质、紫外线辐射以及废弃物处理；分子生物学实验室基本设备使用及维护；（2）分子生物学基本技术，主要开设围绕基因表达的分析设计相关的实验系列，如 RNA 提取→RT-PCR→Western 印迹，其中涵盖了如核酸提取、浓度和纯度测定、逆转录、基因扩增、蛋白的抽提、蛋白测定、琼脂糖电泳、聚丙烯酰胺电泳、印迹转移、杂交、蛋白标记以及标记物检测分析等实验。

2.4 课程拟解决的问题 通过课程的学习进一步夯实研究生分子生物学基础知识、基本技术及规范基本操作技能。通过构建合理的知识构成和能力构成比例，注重课程的研究性、独立性、综合性和实用性，培养学生基本技能、科研作风及独立解决问题的能力，使他们能够将所学的知识很顺利的应用到接下来的科研工作中，培养创新思维，为将来从事中医药科研工作打下良好的基础。

3 研究生医用分子生物学课程所用教学方法与手段

3.1 主要教学方法与信息化教学手段的运用 教学方法以讲授为主，结合讨论法、演示法和探究法，并结合多媒体等信息化教学手段。采用现代教学技术，灵活、恰当地利用多媒体课件、录像、动画使教学内容形象直观，克服分子生物学内容深奥难懂，调动学生学习积极性和主动性，激发学生的创造性思维。本课程教学全部采用多媒体的教学方法，并结合利用彩图、流程图、示意图、FLASH 动画等方式，扩展教学的信息量，加强教学效果。

3.2 体现课程特点与教学风格的教学方法创新与探索 医用分子生物学作为一门发展非常快速的学科，新理论、新技术、新成果层出不穷，教学中不仅需要将新的知识以灵活多样的形式贯串于教学中，还要注重研究生的培养目标以及在中医院校本科教育阶段医用分子生物学课程课时少，基础相对薄弱的特点，我们运用抛锚式教学

模式进行研究生分子生物学教学，开展研究生创新能力的培养[4]。(1) 改变以往重教育技术而轻视教学理论的教育指导思想，减少多媒体教学课件的格式化和程序化限制，增加师生互动的双向配合；(2)以抛锚式教学模式为基础，指导研究生分子生物学教学。突出“以学生为中心”，改变教学观念，指导教学设计。通过“交互式”“提问式”等教学方法的结合，开展“实例式教学”，为了培养学生的创新思维和独立分析问题、解决问题的综合能力，我们除了进行课堂讨论，还要求学生结合专业利用所学到的知识和技能，设计综合性、探索性的实验，并作为考核的内容之一；(3)注重理论联系实际，进行科研项目引导下的研究生创新能力培养。积极开展第二课堂，组织兴趣小组。我们将兴趣小组分成3~5人一小组，教师按照科研项目书的要求设定子课题，组织学生写出设计方案和实施方案，方案通过后，在老师的指导下，由兴趣小组来实施。学生通过这种实战式的演练，巩固课程基本知识，培养学生的创新思维和独立分析问题、解决实际问题的能力。

4 研究生医用分子生物学课程的教学评价

目前全国中医药大学都为研究生开设医用分子生物学课程，较之综合性大学医学分子生物学授课内容覆盖面大而全不同，中医院校根据自身学校专业开设的情况，在授课内容各有其侧重点。我们经过多年的实践和不断完善，注重科教结合，在教材建设、课程内容改革、教学方法等方面形成了自己的特色。多次在全国中医院校生化与分子生物学年会上做介绍[2-3]，并得到与会代表的认可，其中一些院校也借鉴了我们的经验，充实到本校的医学分子生物学教学中。因为在研究生教学中成绩突出，医用分子生物学主讲教师连续获得校级研究生教学优秀奖。2016年成功申报山东省研究生教育创新计划和山东中医药大学研究生教育优质课程研究立项。

5 研究生医用分子生物学课程目前存在的不足与建设规划

5.1 课程目前存在的不足 尽管我校医用分子生物学教学在研究生教育中逐渐形成了体系和特色，并得到了学生和导师的认可，但是目前仍然存在一些不足，主要体现为：(1) 由于中医院校培养设置和生源要求不同于综合性大学，近年来我们发现在每年的上课学生中都有本科学习阶段没有上过分子生物学相关课程的同学，尤其是其中有部分文科生，上课学生分子生物学基础参差不齐，极大地限制了课程同步性[5-6]；(2)对于本课程的教学和教改研究还需要投入精力深入研究，以建立适合中医院校创新人才培养和符合医用分子生物学学科特点的教学体系，需要适时适当开展医用分子生物学双语教学以适应学科发展的需求；(3)进一步加强网络教学资源的利用，增加教学互动性，拓展学习空间。

5.2 课程建设规划 针对于目前课程存在的不足，下一步我们将加强师资结构建设，加大任课教师的培训力度，尝试全面开展研究生医用分子生物学的双语教学。深入开展教学研究，建立和完善适合中医院校创新人才培养和符合医用分子生物学学科特点的教学体系。具体做法：(1) 整合现有教师资源并吸引年轻教师加入医用分子生物学教学团队。加强学习和培训，开展研究生医用分子生物学的双语教学；(2)继续改进讲课内容，修改和修订多媒体课件，精炼基础，紧密结合前沿热点，突出学科特色。增加医用分子生物学前沿知识的介绍和科研思路的分析引导，结合中医药研究，改革实验教学方法，增加开放式实验教学比例。改革考试方式，注重能力培养，提高课堂讨论成绩比例；(3)加强教材建设，加大现代教育技术的吸收和利用，开发适合中医药院校研究生使用的医用分子生物学理论和实验双语教学教材和网络资源平台；(4)因材施教，满足不同专业和知识水平的同学学习，提高学生自主学习比例，突破常规教学惯例，将本科生-硕士生-博士生基础理论和实验教学看做一个整体的三个阶段构建动态立体教学网络模式，运用于本科生、硕士生和博士生的教学中[7]。针对不同阶段学生建立从基础验证型-综合设计型-研究创新型的教学体系，通过多层次、多思路、多途径的立体整合，积极探索培养学生创新思维，提升创新能力，为进一步推动医用分子生物学理论和技术在中医药研究领域的普及与运用，加速中医药研究的发展和创新型后备人才培养提供新思路。

参考文献

[1] 张丹.浅谈硕士研究生医学分子生物学实验教学[J].中医教育,2004,23(增刊):102.

[2] 朱庆均.中医院校博士生分子生物学实验教学方法探讨[A].中国生物化学与分子生物学会、中医药生物化学与分子生物学分会.中医药生物化学与分子生物学通讯[C].北京:中国生物化学与分子生物学会,2008:4.

[3] 张丹.运用现代教育技术理论开展研究生创新能力的培养[C].中国生物化学与分子生物学会中医药生物化学与分子生物学分会2010年学术年会论文集.2010:72-74,69.

[4] 张丹.抛锚式教学模式在分子生物学教学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(6):50-51.

[5] 郭淑贞,李丽娜,张前,等.基于问卷调查的中医院校研究生分子生物学实验课程改革探索[J].内蒙古中医药,2014,33(35):138-139.

[6] 武慧敏,郑晓珂,黄睿,等.中医院校生物化学与分子生物学课程衔接的探索研究[J].中医药管理杂志,2012,20(1):56-57.

[7] 朱庆均，张丹.以创新思维导向构建中医院校医学分子生物学教学网络[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(19):6-8.

(本文编辑:李海燕　本文校对:李　兰　收稿日期:2018-12-11)

基于“互联网 +”的中药学混合式教学模式改革※

王慧敏　史圣华　金　星*　陈　健　任常胜

（内蒙古医科大学中医学院，内蒙古　呼和浩特　010110）

摘　要：针对目前中药学教学存在的主要问题，以激发学生学习热情、提高学习效果为目的，初步构建了适用于中药学教学的基于“互联网 +”的多元化混合式教学模式。从确立教学模式、选择在线教学平台、组织教学活动及改进评价方式等方面进行论述。客观分析了混合式教学模式应用于中药学教学的优势与存在的问题，并提出解决方案。旨在为中药学教学改革提供有益参考。

关键词：中药学；混合式教学；教学改革；互联网 +；雨课堂；蓝墨云班课

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.062　　**文章编号：**1672-2779（2019）-12-0153-03

Reform on the Mixed Teaching Mode Construction of Chinese Materia Medica Based on "Internet+"

WANG Huimin, SHI Shenghua, JIN Xing*, CHEN Jian, REN Changsheng

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

Abstract: Considering the main problems in current Chinese materia medica teaching, a diversified mixed teaching model for Chinese materia medica based on "Internet +", aimed at stimulating students' enthusiasm on learning as well as improving their learning outcomes, was initially constructed in this paper. The establishment of teaching model, choice of online teaching platforms, organization of teaching activities, and improvement of evaluation methods were discussed. The advantages and problems of the mixed teaching mode, which applied in Chinese materia medica teaching, were analyzed objectively, with the solutions were given then. Hope the investigation can provide useful references for the reform of Chinese materia medica teaching.

Keywords: Chinese materia medica; mixed teaching mode; teaching reform; "Internet +"; rain classroom; Moso Teach

中药学在中医学学科群中，是一门介于基础与临床的桥梁性基础课，在中医基础学科与中医临床学科的教学之间发挥着承上启下的作用。为适应新形势下的教学要求，在充分认识课堂教学规律的基础上进行合理的教学改革，进一步探索更高效的教学模式，最大限度的调动学生学习主观能动性，对提升中药学教学效果是尤为重要的。

基于“互联网+”的混合式教学是近年来应用较为广泛的新型教学改革模式之一[1-2]。其重点在于以“学生为中心”，通过包括“线上”的自主学习和“线下”包括课堂教学在内的多种教学手段，并以手机 App 及网络在线教学平台等多媒体介质为辅助，建立高效灵活性教学模式。混合式教学将传统教师课堂教学的直接优势性与信息网络技术背景下线上学生自学的便捷性进行有机结合，为探索中药学教学改革提供了一条可行之路。本文将就混合式教学在中药学教学改革中的应用进行探讨。

1　中药学教学存在的主要问题

目前影响中药学课堂讲授及学生学习热情的主要问题包括教材内容继承理论性过强、记忆药物数量多、定义抽象、内容过于条文化、教学手段单一等[3-4]。中药学教学知识点相对于其他中医学专业课程较多，且多为记忆型的知识点。受课时数量所限，教师在课堂教学中没有足够的时间使用翻转课堂、课堂小组讨论等新型的教学方式，目前仍以传统“满堂灌”式的教学为主，且对药物讲解的广度和深度往往难以兼顾。这势必会造成课堂气氛死板，学生在听课过程中昏昏欲睡，学生学习方式以“死记硬背”和“考前突击”为主。学生学习积极性难以调动，过多的机械记忆反而更容易滋长厌学情绪。其次，单纯依靠期末考试分数对学生学习效果进行评价过于片面，无法真实全面的反应学生的学习情况。

2　中药学混合式教学模式改革初探

基于上述问题，我们以内蒙古医科大学中医学院 2017 级各专业［中医学专业、中医学专业（卓越医生）、中医学专业（定向）、针灸推拿学专业，共 290 人］为试点班级，初步进行了基于“互联网+”的中药学混合式教学模式改革，以期为中药学的教学改革提供有益参考。

2.1　在线教学模式的选择　本次中药学教学改革选择课堂讲授、翻转课堂与在线教学平台相结合的“三位一体”模式进行教学。在线教学平台主要选择雨课堂及蓝墨云班课手机 App 辅助实施教学。

2.2　混合式教学的组织实施　教学过程仍以课堂讲授为主，在课上课下穿插利用教学平台辅助教学。教师于开课前，分别使用雨课堂及蓝墨云班课客户端创建相应班

※ 基金项目：内蒙古自治区教育科学“十三五”规划课题【No. NGJGH2018264】；内蒙古医科大学校级精品在线开放课程【No. NYJPZXKFKC2018007】

* 通讯作者：714901441@qq.com

级，教学中根据各教学班的实际学情组织相应教学活动。学期末，采用匿名调查问卷的形式了解学生对教学改革的意见。

2.2.1 **雨课堂** 雨课堂主要用于引导学生进行课前预习及课中PPT放映的辅助。教师在每节课前一天，通过雨课堂微信平台向学生推送预习课件，并适当安排预习习题。学生在观看预习课件时遇到不懂的或者易混淆的知识点通过点击“收藏”或“不懂”按钮随时标记。教师根据学生的标记情况，及时调整教学进度和教学重点，对多数学生标记“不懂”的知识点，在课堂教学中应进行重点讲解。这有利于教师在课前充分了解学情，做到因材施教。

课中，采用雨课堂放映课件，将教学PPT同步到学生手机终端，此过程中学生同样可以通过雨课堂“不懂”按钮或匿名弹幕第一时间向教师反馈课堂掌握情况。对标记“不懂”的知识点，教师反复讲解，避免了课堂遗留问题的产生。另一方面，利用雨课堂将习题植入PPT，教师在完成单味重点中药或某一类相似中药讲授时安排当堂练习，学生通过手机终端完成习题，便于教师及时了解学生对相应知识的课堂掌握情况。此外，每节课结束后，系统给出的课后小结也可帮助教师了解学生的听课情况，对于不懂内容较多的学生，教师通过微信进行课后一对一辅导。

可见，雨课堂提高了学生的课堂参与度，本次教学改革的调查问卷显示有超过90%的学生认为雨课堂对课堂学习有所助益。雨课堂的使用改变了传统教学模式在空间和时间上的限制，同时也对教师专业素养及教学水平提出了更高的要求。

2.2.2 **蓝墨云班课** 蓝墨云班课手机App实现了将手机由娱乐设备向学习工具的转变。在本次教学改革中，发放课前预习资料、组织课堂提问与小组讨论、统计出勤率、布置课后作业、进行阶段性小测验等教学活动，都是通过该App实现的。

课前，教师根据教学内容准备如中药小故事、典型医案、中药现代药理研究、有关中药的新闻报道等资料以文档、图片或网页链接的形式推送到App相应的班课中。教师通过App随时发送消息督促学生按时完成线上预习。充分有效的线上课前预习，有利于拓展学生在中药学领域的知识面，也可节约相关内容的课堂教学时间，为深入讲解教学重点与难点提供时间保障。

课堂教学中，利用该App进行一键签到、手势签到等个性化的点名方式，完全避免了常规签到容易出现的代签、用时长、难统计等弊端，在保证出勤率的同时也提高了趣味性，对课堂气氛也可起到一定的活跃作用。每节课在授课前进行复习提问，可提高学生学习的主观能动性。但传统按学号顺序提问，极易出现“轮到谁回答，谁复习”的现象，这就背离了复习提问的初衷。在蓝墨云班课中，选择随机提问方式即可调动全班同学的学习积极性。在本次教学改革活动中我们发现，按随机方式组织复习提问，学生在上课前和课间休息期间谈论的话题均是与中药学有关的内容，学生之间也会自发的组织互相提问的活动，相较于以往，班级学习气氛有明显改善。此外，也可利用蓝墨云班课定期组织课堂讨论或翻转课堂活动。教师提前准备适合讨论的话题并推送到班课，如“麻黄性温，何以治肺热壅盛之咳喘”，“如何理解香附是气病之总司，女科之主帅”等问题，也可在完成相似药物讲授后组织药物对比内容的小组讨论。学生在讨论后形成文字或图片上传至班课；也可形成口头报告，在课堂中组织讲解甚至小组间辩论；活动结束后教师根据学生表现给出评分，也可以选择小组互评的方式由学生自主评价。小组讨论活动的优势在于，引导学生对知识进行二次加工，加深学生对知识的理解与掌握。另一方面，小组互评的方式也对引导学生正确客观的对他人进行评价起到积极作用。

课后使用App布置作业、安排阶段性测验。教师布置作业的形式和学生提交作业的方式是多样化的，可以是文字、图片、音频甚至视频。在结束2~3章教学内容之后组织测验，题量控制在50~100题为宜，考试时间一般在40 min左右。考试结束后，教师根据系统给出的统计分析报告，有针对性的进行总结课程，帮助学生进一步加深理解。学生也可通过查阅分析报告，直观的了解自身的学习情况，便于及时调整学习重点并制定合理的学习方案。

2.2.4 **课程考核** 混合式教学模式下的中药学教学，应该打破传统仅依靠期末考试卷面成绩评价学生学习成效的单一粗放型评价方式。可采用形成性评价与终结性评价相结合的方式综合评价学生学习成效，平时成绩可占期末总成绩的30%左右。在蓝墨云班课中，学生参加任何一项活动都可以获得相应的经验值，教师根据实际情况对不同活动进行计分权重的设置，以便客观、公正地给出学生平时成绩。

3 总结与展望

根据实际教学情况及学期末的调查问卷结果，我们认为进行中药学的混合式教学还应注意以下几点：

3.1 **提升教师专业素养 合理组织教学活动** 进行混合式教学，在课堂上更强调学生的参与度，弱化教师讲授的过程。表面上看，减少了教师在课堂的工作量。但实际上，组织一堂高效的混合式教学中药学课，对教师设计课程的要求更高，备课工作量也更大。其内容包括选择合适预习材料、高度精炼讲授内容、适当的习题与讨论话题的准备、课堂节奏的精准把控、多媒体的熟练使用、对教学突发状况的及时处理等。调查问卷结果显示，更多的学生认为中药小故事与相似药物的归类对比对学习更有帮助，今后可加强上述两方面相关的教学活动设计。

高质量的混合式教学，要求教师具备更高的理论及临床专业素养，同时也应具备持之以恒的教学信念。否则极易出现教学活动随教学进度递减的“虎头蛇尾”的现象，进而打击学生的学习积极性。

3.2 采用多元化辅助手段 完善在线教学平台功能 选择合适的在线教学平台，是顺利进行混合式教学的重要保证。利用多平台组织教学，集合各平台的优势功能，不断丰富教学形式，有利于持续激发学生学习积极性。另一方面，教学平台的开发者也应定期对平台功能进行完善与更新。雨课堂和蓝墨云班课是目前较为完善且使用较为广泛的线上平台。在使用中，我们也发现一些不足：如雨课堂所支持的教学活动相对较少；蓝墨云班课题库支持题型单一，仅支持选择题等。蓝墨云班课所支持的问卷调查只有选择题形式，若安排开放性的问卷调查，应结合App中“头脑风暴”活动进行，或选用如“问卷星”等专业性更强的App完成。

3.3 完善教学软件和硬件设施 基于“互联网+”的中药学混合式教学的顺利进行，有赖于教学软件、硬件的配置与维护。包括提供稳定校园网络、配置性能优良多媒体设备、建立标准化病案库、建立高清晰度的中药材及药饮片资料库和高质量的中药标本库等。

随着高速发展的科学技术向教育领域的不断渗透，给传统教学带来了新的挑战，也对教师提出了更高的要求。本次教学改革调查问卷结果显示，80%以上的学生认为混合式教学可以激发其对中药学的学习热情，愿意配合教师并积极自愿参与各种教学活动。可见，借助多元化的教学辅助工具，建立基于“互联网+”的中药学混合式教学模式，在突破传统枯燥冗繁的“满堂灌”式课堂教学模式的基础上，实现了将学习主动权还给学生，大幅度的激发学生学习欲望，同时也为高校中药学教学注入了新的活力。

参考文献

[1] 李曼. 基于混合式教学提升课堂教学有效性的实践探索[J]. 科教文汇(下旬刊),2018,13(10): 25-26.
[2] 鞠成国,高慧,林桂梅,等. 应用型中药炮制人才培养模式实践教学探索[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(10): 17-19.
[3] 唐建红,黄佳伊,刘川玉. 中药学课程授课现状及改革探讨[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(19): 18-20.
[4] 周静,杨卫平,云雪林,等. 中药学课堂教学法研究与实践[J]. 时珍国医国药,2014,25(2): 480-481.

（本文编辑：李海燕 本文校对：李永乐 收稿日期：2018-12-11）

绿色化学指导下的药学实验教育改革

田婧鋆 孙倩倩 王鹏龙 邓巧虹 谭 鹏 李 强 刘永刚*

（北京中医药大学中药学院，北京 102488）

摘 要：“绿色化学”是属于新时代的化学，而药学是化学的衍生学科，所以“绿色化学”概念对于药学教育的改革有着重要的指导意义。“绿色化学”十二原则是其基本特征与主要的指导原则。本文将从四个方面循序渐进地阐述进行药学实验教育改革的必要性以及“绿色化学”十二原则对药学教育改革的指导意义，并对药学实验教育改革提出一些切实可行的建议。

关键词：药学实验；教育改革；绿色化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.063 **文章编号**：1672-2779(2019)-12-0155-03

The Reform of Pharmaceutical Experiment Education under the Guidance of Green Chemistry

TIAN Jingyun, SUN Qianqian, WANG Penglong, DENG Qiaohong, TAN Peng, LI Qiang, LIU Yonggang*

(Department of Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 102488, China)

Abstract: The "green chemistry" is a chemistry belonging to the new era, and pharmacy is a derivative of chemistry, so the concept of "green chemistry" has important guiding significance for the reform of pharmacy education. The twelve principles of "green chemistry" are its basic characteristics and main guiding principles. This article will gradually explain the necessity of the reform of pharmaceutical experimental education and the guiding significance of the "green chemistry" 12 principles to the reform of pharmaceutical education from four aspects, and put forward some practical suggestions for the reform of pharmaceutical experimental education.

Keywords: pharmacy experiment; education reform; green chemistry

“绿水青山就是金山银山”，是推进生态发展的全新理念，对我们预防环境污染、实现人类社会可持续发展提出了更具体、更理性、更坚定的新要求。在药学实验教育改革的过程中，用创新型的技术、无害化的原理和科学的方式方法发展“绿色化学”，将成为新时代药学教育教学主要方向之一。

* 通讯作者：liuyg0228@163.com

1 药学与化学

药学是化学的衍生学科，而化学也是药学的基础与灵魂。药学高等教育离不开基础的化学教育，无机化学、有机化学、分析化学、仪器分析、物理化学这五大化学为药学的后续教学奠定了必要的理论和实验基础，因此众多医药高校无一例外都将它们作为药学基础主干课程。可以说，化学贯穿着药学生的学习和未来的职业生涯。药学高等教育的重要组成部分之一是实验教学，部分实验设计都直接来源于化学教育实验设计，对培养学生的实验操作能力、科研思维、创新能力都有重要的作用。值得注意的一点是，化学中存在的一些问题也在药学实验中不可避免的显现出来，甚至因药学领域的特点而放大加剧，例如有机溶剂在药学实验中用量远大于普通化学实验，所造成的环境问题也更加严重。近年来化学的概念朝着环境友好的方向不断的发展，而药学似乎没能紧跟上步伐，因为观念滞后带来的问题日趋严重，追随时代潮流的药学教育改革刻不容缓。

2 绿色化学

2.1 绿色化学的定义 随着国家以及世界对人类生存环境问题的愈加重视，“绿色化学”概念的提出符合人类与环境友好共处的发展方向。绿色化学是环境友好的化学，是指在化学品的设计、开发、制备和应用过程中利用化学原理来减少或消弭对人类健康和环境有害的物质的使用和产生。其中心思想是把化学和化工生产的现有技术路线从“先污染、后治理”改变为“从源头上根除污染”，它与分析化学、有机合成、催化生物化学等学科都密不可分，身处当今国际化学研究的前沿[1]。绿色化学是对环境问题的重新审视，要求我们在获得新物质的过程中，不只是在化学反应末端控制废物的产生，而是要在化学过程中尽量减少产生废物，提高反应过程的原子经济性，充分利用每一个原子，使反应物分子中的原子全部转化为目标产物，从而实现对环境的治理由治标转变为治本[2]。

2.2 绿色化学的十二条原则 美国的总统科技顾问 P. T. Anastas 博士和马萨诸塞大学的 J . C. Waner 教授通过大量的研究工作，提出了绿色化学的十二条原则。这些原则目前是获得世界公认的指导绿色化学发展的基本原则：（1）防止污染优于治理污染；（2）提高原子经济性；（3）尽量在化学合成中减少使用有毒原料和产生有毒物质；（4）设计安全的化学品；（5）使用无害无毒的助剂及溶剂；（6）合理使用和节省能源；（7）利用可再生资源来代替消耗性资源合成化学品；（8）尽量减少非必须的衍生步骤；（9）采用高选择性催化剂来代替化学计量助剂；（10）产物的易降解性；（11）发展分析方法，对污染物实施在线监测和控制；（12）减少易燃易爆物质的使用，最大程度地降低事故隐患[3]。

3 绿色化学对药学实验教学的启示

实验过程中会产生一定的环境污染是不争的事实。但药学高等教育领域似乎视而不见、仍在按步就班的继续这种陋习，以及因观念滞后、改革不力而放任、加剧对环境不利影响的做法，与现实中大家对治理这些污染的认识仍然停留在“先污染、再治理”的落后思维一脉相承。虽然实验室所制造的单次污染量相对于工业污染来说不大，但是因为同一院校、不同专业的学生也有可能会重复同样的实验，若不加以控制，不容忽视的累积效应堆积在排放区附近必定会造成一定的排放污染[4]。因此，减少药学实验污染的工作刻不容缓、势在必行；药学实验教育改革也应顺应历史、与时俱进。

本文将从绿色化学 12 原则中选取对药学实验教学改革有积极实际意义且急迫、可行的五条，并举出具体实例加以论述。

3.1 防止污染优于治理污染 绿色化学摒弃了传统的先污染后治理的化学思维，倡导从源头上防止污染，这是其与传统化学的最主要区别。从这个意义出发，在实验教育之前，应该在理论课上向学生传达绿色化学精神，培养环保的理念。在保证教学质量的情况下，优化教学项目，慎重选择实验内容，遵循环境友好、低能耗、经济性等原则，重新设计污染更小、更环保的教学实验。

同时，还有一个现象值得注意。除了不合理的实验设计带来的污染外，有些污染往往来自人为的不恰当操作[5]。通常而言，学生对于实验室的基本规定并不熟悉，对三废（废气、废液、废渣）的处理十分草率。例如，将废液直接倒入下水道等行为比比皆是，从而导致的环境污染可谓是无妄之灾。这些情况都是可以通过提前教育得到改善的。在进入实验室之前，应督促学生预习，最好让学生手写纸面材料，以便学生能够熟悉实验流程，再对学生进行理论指导，规范实验操作，将绿色化学的概念贯彻在教学过程中，培养学生的良好实验习惯，不仅能够提高实验效率，还能减少试剂损失。此外，要引导正确的三废处理方式。实验中制备的固体和液体产物可以用套用法，不能套用的固体进行统一回收；可以提纯再利用含有有机溶剂的液体，针对一些酸、碱度过高以及重金属离子的废水进行统一处理；废气用吸收装置回收，并且要在实验台上安装排风装置，这样能对防止污染作出一些裨益[6]。

3.2 尽量在化学合成中减少使用有毒原料和产生有毒物质 有机化学的一个重要组成部分是化学合成，在药学中的合成概念更加广泛，合成实验也是实验教学中不可或缺的一部分。化学家将绿色化学的 12 条原则定为评定合成路线、生产过程及化合物是否为绿色的规范。因此，绿色有机化学实验在原料、合成方法和制备过程的选择以及产物的生成等方面都应该尽量减小对环境的污染。要坚持选择无公害的原料、反应条件，尽量控制生成环境友好型产物，并且减少甚至“零排放”副产物，即实现全过程绿色化[7]。实验时，要在保障基本操作训练的前提下，尽

可能地选择少用毒性和具有腐蚀性的原料的实验。

3.3 使用无害无毒的助剂及溶剂 在天然药物化学、中药化学等课程中，使用有机溶剂提取天然药物中的有机成分是其他所有实验的基础。有机溶剂用量大、回收困难等特点注定了污染的存在。水作为另一种常见溶剂，提取效率较低，但环保无污染，且经济节约，符合绿色化学要求。在实验效率影响比较小的情况下，应该尽可能地以水为溶剂提取，避免有毒有害和挥发性有机溶剂的使用，尤其是卤代烃类溶剂。

除了更换溶剂之外，现代科学的发展还给我们提供了另一种思路。随着化学实验技术和仪器的发展，应积极将微波辅助萃取、超声波提取等方法广泛应用到实验教学中去。此类方法提取效率高，所需溶剂少，而且能够让学生学习到化学发展新趋势[8]。有机化学实验课程中催化剂被广泛使用，在不影响实验效果的情况下，应尽量选择无毒、无害、无腐蚀性的催化剂代替强腐蚀性的催化剂。例如在酯化反应中使用超强固体酸代替浓硫酸、在阳离子沉淀实验中使用硫代乙酰胺替代有毒的硫化氢。

3.4 合理使用和节省能源 在必须开展的实验项目中，尽可能设计串联实验。传统化学实验是在理论课开设的同时配合展开的。每个实验基本都是孤立、单独展开的，实验完成后，产物不能进行合理利用的话就会成为废弃物，如果处理过程只是简单抛弃，则会极大地危害环境。而串联实验是指通过恰当地调整实验教学计划，打破学科和实验间的界限，将同一学科两个或两个以上不同的化学实验组合在一起，将前面实验的产物变成后面的实验原料，这种实验教学方法在检查学生操作技能的同时还提高了化合物的使用率，印证了绿色化学的观念。这增加了学科间的关联性，对培养学生的学科整体观和创新思维都是有所裨益的。例如，制备乙酸乙酯的实验完成后可以用其产物去制备乙酰乙酸乙酯[9]。而且每一个实验的产物以及纯度与下一个实验的进行都紧密相关，这使学生要认真对待实验，实验积极性得到了充分调动[10]。

实验过程中很多学生因为没有形成节约的观念，在称量时操作不严谨，称量过后又忘记密封试剂，导致试剂浪费较多，这就需要在实验开始前说明，特别是在进行需要使用一些容易吸湿的药品的实验前老师要着重强调；量取有机试剂时，容易洒出较多试剂，这种情况下需要老师将大瓶试剂用小试剂瓶分装、小试剂瓶配置吸管以便于取用；在对照品和薄层展开剂的配制过程中，学生会配制过多造成浪费，针对这个问题，老师可以提前配好，或者学生合作配制展开剂；此外微型实验也是目前实验教学中节省能源的新思路，微型实验是指用微量的药品在微型的仪器中进行的实验方法与技术，通过少原料、少排放、少污染，体现绿色化学的理念。比如过去在试管中进行的化学现象验证实验改在点滴板上操作，使用试剂只需几滴，大大减少了试剂的用量，而达到了预期的教学效果[11]。

3.5 尽量减少非必须的衍生步骤 绿色化学的要求之一是反应要具备“原子经济性”，也就是原料分子中到底有百分之几的原子转变成了产物。如果在反应中包含一些消除及降解等衍生步骤，则会由于生成与目标产物无关的分子，使得该反应的原子经济性变低。反应中的衍生步骤越少，原子的利用率越高，目标产物的产率越高，副产物或废物的排放量就越低[12]，也利于做到环境友好。实验室合成对溴苯胺常用的方法是用锡-盐酸还原法，其合成过程以苯胺为初始原料，通过形成乙酰苯胺、对溴乙酰苯胺等中间体的过程，保护了芳胺上的氨基，减小了芳胺发生衍生反应的可能性，进而提高了对溴苯胺的产率，提高了反应的“原子经济性”。

4 结语

“绿水青山就是金山银山”。药学与其他的传统化学行业既有相似性又有其独特性，所以在药学实验的过程中如何落实“绿色化学”的目标值得所有药学人去理解、去思辨、去实践。现代大学生是新时期科技发展、优化环境、社会进步的主力军，将成为未来药学学科、制药行业、国民健康的顶梁柱，培养绿色积极的思维模式及实验习惯、引导学生树立科学正确的环保意识意义重大。为此，在“绿色化学”的指导下，坚持不懈地做好药学实验教育改革，对现在的药学教育及整个药学行业都将起到积极的意义。

参考文献

[1] 刘艳,顾戎西. 绿色化学特征及其最新发展趋势[J]. 新疆师范大学学报(自然科学版),2014,33(1):46-49.
[2] 贺红武,任青云,刘小口. 绿色化学研究进展及前景[J]. 农药研究与应用,2007,(1):1-8,12.
[3] 余红霞,李攀. 绿色化学的研究进展[J]. 湖南理工学院学报(自然科学版),2009,22(4):77-81.
[4] 冉秀芝,王敏,李军,等. 大学化学实验教学中构建绿色化学思维的探索与实践[J]. 化学教育,2013,34(9):59-61.
[5] 郝新奇,朱新举,杨贯羽,等. 绿色化学在高校化学实验中的认识[J]. 教育教学论坛,2016,8(33):267-269.
[6] 杨志强,王莉贤,王红,等. 绿色化学与有机化学实验[J]. 实验室研究与探索,2005,24(11):84-86.
[7] 黄丹,范崇光. 论有机化学实验的绿色化[J]. 实验室研究与探索,2001,20(5):33-34.
[8] 王赛君,伍振峰,杨明,等. 中药提取新技术及其在国内的转化应用研究[J]. 中国中药杂志,2014,39(8):1360-1367.
[9] 周淑晶,沙靖全,刘红,等. 有机化学合成实验的绿色化[J]. 黑龙江医药科学,2009,32(6):81-82.
[10] 马楠,王筱平. 有机化学实验教学中体现绿色化学的探索[J]. 实验室研究与探索,2011,30(7):141-143.
[11] 刘一兵,沈戮. 微型化学实验课程资源的开发和利用[J]. 课程·教材·教法,2007,27(3):62-66.
[12] 吴军. 原子经济性与“绿色化学”[J]. 高科技与产业化,2011,18(8):46-48.

（本文编辑:李海燕 本文校对:张宏桂 收稿日期:2018-12-14）

中医药在新西兰的发展前景及海外交流的战略意义

贺松其　孙嘉玲　戴娇娇

（南方医科大学中医药学院，广东　广州　510515）

摘　要：中医药正以其独特的治疗方法与疗效魅力受到新西兰人民的关注，为当地华人及各种族人民的养生保健提供了有力的保障。本文结合作者在新西兰针灸中医学院交流学习的体会以及对新西兰中医药发展现状的实际考察，通过系统整理总结中医药传入新西兰的历史沿革，新西兰政府及行业对中医药机构的监管情况，深入分析新西兰中医药教育医疗机构的总体分布情况及中医诊疗机构的生存现状，初步探讨中医药教育医疗在新西兰的发展前景及海外中医药交流合作的战略意义。

关键词：中医药；新西兰；发展前景；对外交流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.12.064　　**文章编号：**1672-2779(2019)-12-0158-03

The Development Prospect of Traditional Chinese Medicine in New Zealand and the Strategic Significance of Overseas Exchanges

HE Songqi, SUN Jialing, DAI Jiaojiao

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

Abstract: Traditional Chinese medicine is attracting the attention of New Zealand people with its unique treatment methods and charm of curative effect, providing strong guarantee for the health care of local Chinese and people of all ethnic groups. After studied in the New Zealand school of Acupuncture and Traditional Chinese Medicine (NZSATCM) and made the actual inspection of the development prospect of TCM in New Zealand, the authors through systematically summarize the history of TCM in new Zealand, supervision of TCM institutions by the government and industry of New Zealand, and analysis the overall distribution of TCM education medical institutions in New Zealand and the survival status of TCM diagnosis and treatment institutions to preliminarily explore the development prospect of education medical treatment of TCM in New Zealand and the strategic significance of overseas exchanges and cooperation in TCM.

Keywords: traditional Chinese medicine; New Zealand; development prospect; overseas exchanges

新西兰是南太平洋的一个国家，政治体制实行君主立宪制混合英国式议会民主制，现为英联邦成员国之一，是一个高度发达的资本主义国家，其鹿茸、羊肉、奶制品和粗羊毛的出口值皆为世界第一[1]。新西兰境内有来自196个国家的213个族裔居民，华裔人口则包括来自中国大陆、中国台湾、中国香港等的居民，在亚裔中人口数位列第二[2]。中医药是中华悠久历史文化中最为璀璨的瑰宝，凝聚着中华民族深邃的哲学智慧。作为传统医学的突出代表，中医药不仅为人类的健康带来福祉，也为世界各国人民的友好交流发挥重要作用。中医针灸已被联合国科教文组织正式列入人类非物质文化遗产名录，这标志着中医针灸成为全人类的共同财富[3]。目前，中医药正以其独特的治疗方法与疗效魅力越来越受到新西兰人民的关注，其教育医疗机构发展迅速，为当地华人及各种族人民的健康做出了很大贡献。作者曾于2018年2月在新西兰针灸中医学院交流学习，结合自己的体会，略谈中医药教育医疗在新西兰的发展前景及海外中医药交流合作的战略意义。

1　中医药在新西兰的发展概述

中医药在新西兰的发展肇源于19世纪的“淘金热”，当时在新西兰南岛发现的奥塔哥金矿，吸引了大批华人淘金者。在当时的地理环境和语言环境下，用中医药治疗疾病成为了华工们的首选。但由于当地社会对中医药的误解及政府在法律法规上对中医的诸多限制，中医药在新西兰发展缓慢。在中国针灸受到世界卫生组织的大力提倡与推广的背景下[4]，中医药在20世纪70年代开始受到新西兰医学界的重视。1972年，一名理疗师协会会员投诉另一成员Ray Young擅自使用针灸治疗病人的案例，引起了西医学者们对针灸的广泛关注和重视。自此，中医药以针灸为先导，开始在新西兰崭露头角。而针灸作为一种新型疗法在新西兰被医学界认可，则是在20世纪70年代中叶。当时的新西兰卫生部长在访华时为中医针灸之神奇验效所折服，正式为针灸在新西兰的发展与推广开启了绿灯[2]。

2　新西兰中医药教育机构的总体状况

2.1　中医药在新西兰医疗体系中的地位　新西兰的主流医学是西医学，中医药在新西兰属于替代医学范畴，目前中医药在新西兰并未取得合法地位。新西兰政府虽未正式立法承认中医药，但针灸在新西兰已获得政府的接受。新西兰政府于1990年将传统针灸治疗纳入新西兰意外事故赔偿保险局管理（Accident Compensation Corporation，ACC）。2007年，正式立法将传统针灸纳入新西兰医疗

卫生体系，并实行注册管理，同时也对中药进口和销售实行立法管理。新西兰没有专门的机构管理中医药，政府通过授权注册的中医针灸协会对中医药针灸从业人员进行间接的监督管理[4]。

2.2 新西兰中医药教育机构的分布情况 新西兰的针灸教育培训始于 20 世纪 70 年代初，经过 40 年的发展演变逐渐形成了从基础理论、临床实践再到科学研究的全方位教育体系。目前，新西兰的 8 所国立大学中有两所提供针灸专业的学士以上文凭和学位课程，分别是奥克兰理工大学和奥塔哥大学。此外，新西兰尚有中医学士、中医硕士、中药学、推拿学等相关中医药教育机构。其中，两所较大的私立中医药针灸学校分别为新西兰针灸中医学校和新西兰中医学院。新西兰针灸中医学校拥有惠灵顿和奥克兰两个校区，基于新西兰政府与全球 20 多个发达国家签署的《里斯本条约》，该校的针灸本科学位可以被美国、英国、澳大利亚等全球超过 50 多个国家的教育部和学历认证机构无条件认可和接受。近 2 年，该校还与南方医科大学及河北中医药学院进行交流合作。新西兰中医学院位于奥克兰，由奥克兰自然医学院和克赖斯特彻奇自然学院合并而成，是一所全面、系统地教授以中国中医高等教育课程为基础的高等中医教学机构[5]，是浙江中医药大学教育合作基地。以上两所学校的学生通过毕业考核后，参加由 ACC 认可的针灸学会组织，即可获得 ACC 注册针灸师资格。

2.3 新西兰中医药学术团体及组织 目前新西兰的中医针灸师注册和监管机构为自主调控的学术团体，而非受卫生部统一部署和领导的政府部门。新西兰有两个较大的中医针灸学会：新西兰针灸协会（Acupuncture New Zealand，ANZ）和新西兰针灸规范验证局（New Zealand Acupuncture Standards Authority Inc.，NZASA），以上 2 个学会在政府有关部门的指导下，成立了针灸师资格评估委员会和中医师资格评估委员会，负责针灸师和中医师的考评工作并制定协会标准。此外，新西兰中医药针灸学会（New Zealand Chinese Medicine and Acupuncture Society Inc.，NZCMAS）成立于 1988 年，前身为新西兰中国针灸学会（New Zealand Chinese Acupuncture Association &Register Inc.）。其会员以新西兰籍亚裔中医师、针灸师为主。自成立以来，该学会参加了新西兰政府组织的国家针灸文凭标准的建立，针灸立法管理及其他政府对中医药管理的讨论和咨询。2011 年 6 月 11 日，大洋洲中医药针灸学会联合会在新西兰首府奥克兰市成立。该学会经世界中医药学会联合会认可并取得新西兰政府批准，由澳大利亚与新西兰两国中医组织与院校联盟的国际性学术组织组成。该协会的成立旨在促进中医药事业在大洋洲的发展，促进中医药在新西兰的立法，加强大洋洲地区中医药针灸协会之间的联络与交流。

3 新西兰中医诊疗机构的现状分析

3.1 新西兰中医诊疗机构的日常管理及社会服务 新西兰的中医诊疗机构以私立为主。越来越多新西兰人选择使用针灸来作为西医的辅助疗法、维护身体健康以及防御疾病。中医针灸在新西兰拥有广泛的适应证。同时，新西兰民众对中医针灸的接受程度也很高，在 2007—2008 年的国民健康报告中，“针灸师”和“中医师”排在辅助/替代医疗法的第 3、4 位，优先于本土的毛利医药。研究发现，仅奥克兰市就有上百家各类中医诊所，中医及针灸专业人才每年为当地居民提供约 36 万人次的服务。针灸诊疗技术纳入 ACC 医疗保险，每年医疗费用支出 5~6 千万纽币。ACC 是新西兰独有的跨社会福利和商业保险的机构，负责管理本国人民在受到意外伤害后涉及的事宜。病人可到家庭医生或 ACC 核准的医疗机构处申请一个号码（ACC45），并接收由 ACC 补贴的包括针灸在内的各种治疗。取得 ACC45 后，患者可经家庭医生推荐或自行寻找 ACC 注册的针灸师进行治疗，针灸师亦必须严格按照 ACC 的规章制度实施治疗，并在治疗结束后按与 ACC 签约时制定之计时或计件的方法申请报酬，标准为 8 h/d，每日上报 ACC 不超过 10 个病人，每个病人补贴 65 纽币。

ANZ 和 NZASA 均已接受 ACC 认证，其会员即为 ACC 注册针灸师。大部分新西兰中医诊所都兼营中草药及中成药，玉屏风散、逍遥丸、六味地黄丸等中成药在新西兰属于保健品、食品之列，可以在诊所、药店或者超市里直接购买。但龙胆泻肝丸、桑菊感冒片、牛黄解毒片、银翘解毒片、消渴丸等 11 种我国常用的中成药因含有致癌成分或含有处方药成分在新西兰被禁用[6]。新西兰中医诊所常用的方剂以经方为主，剂型包括颗粒剂、中药粉碎剂，疗程一般控制在 3 d 内。草药主要来源于台湾、日本、马来西亚、中国等国家。

3.2 新西兰申请开设中医诊疗机构的要求与条件 在新西兰开设中医针灸诊所不需要营业执照。中医药在新西兰属于替代医学范畴，由于没有相应的法律法规的限制与规定，任何人都可以从事针灸行业，也可以开业治病，但只有在新西兰医学会注册的针灸师才能自称为开业医生，否则是不合法的，其治疗费用也不享受医疗保险。由 ANZ 和 NZASA 两个协会的注册医师治疗的患者，其医疗费用可由 ACC 理赔报销。其中，申请加入 ANZ 协会需要准备以下材料：（1）申请表格；（2）英语翻译的学历学位证明和成绩单；（3）由毕业学校提供的介绍信：包括申请者课程的完成、总学时和临床实习时间；（4）两封推荐信，推荐人可为律师、老师或入会 2 年以上的

Acupuncture NZ 成员；（5）最近的护照大小的照片和$125申请费。

在新西兰开设中医针灸诊所主要有3种形式：家庭式：一般设有2个诊室，只有1~2名医生，规模较小，较常见；在超市租店面：设有3~4张病床，只有1~2名医生，较常见；成立较大型中医针灸医院：设备齐全，一般20~30张病床，5~6名医生。

3.3 新西兰临床中药资源种类系统研究 虽然新西兰天然资源丰富，如蜂蜜、鹿茸和牛乳制品等深受欢迎，但缺乏对其天然药用资源的系统研究。姜毅等[7]通过查阅核对中国和新西兰的主要文献记载，归纳总结新西兰的中药资源品种。结果显示，新西兰的天然中药有253种，其中植物药229种，动物药19种及矿物药5种。在植物药中，菊科、豆科和蔷薇科物种分列前3位；所有中药植物物种几乎全部为外来物种，且以草本植物为主，大部分的动物药物种与中国的种类有别。新西兰目前所存在的中药种类、数量非常有限，尤其是临床上常用的中药种类比较匮乏，尚有1335种与中药同属的天然植物有待深入研究，尤其是新西兰近一半生长的植物均为本地独有，加之还有大量丰富而独特的海洋藻类植物尚未研究、开发和利用，可以期待在地理环境独特的新西兰可以发现更多有应用前景的中药新资源。

4 中医药在新西兰的发展前景及海外交流的意义

4.1 中医药在新西兰的发展前景 中医药是一门古老而系统的科学，植根其上的针灸则是兼具简、便、易、廉、效等优点的自然疗法，符合时下“回归自然”的养生思想，具有长久的可持续发展性。与邻国澳大利亚比起来，新西兰的中医药发展尚处于初级阶段，新西兰政府还未正式立法承认中医，但中医药在新西兰已有一定的社会基础。针灸作为中医药文化传播的先导，已被新西兰政府所接受，并于2007年正式纳入了新西兰医疗卫生体系。中医药良好的诊疗效果，已获得新西兰民众的信任与接受，目前有部分保险公司也愿意将中医药诊疗纳入保险范围。新西兰针灸界自2000年以来就一直在为将中医针灸纳入公共医疗系统而努力，所幸新西兰卫生部在2015年末终于同意重审针灸行业在公共医疗系统中取得合法地位的提案，初步批准了针灸师加入新西兰医师协会，接受其监管和调控，并在2017年开始立法程序，将在2018年全面推进。

4.2 中医药海外快速传播的思路与方法 中医药文化是中国传统文化中的精髓，但中西方文化差异在很大程度上限制了中医药文化的国际传播，加之中医药经典理论具有很强的中国哲学性思维特征，而且中医药学经典富含中国古汉语、言简意赅，对于没有中国文化背景的西方人来说更是难上加难。通过与NZSATCM的交流学习，我们发现目前海外所用中医药文化及经典理论英文教材的表达还是偏于直译，不利于西方人的理解。因此，这就需要将中医药教育与中国文化教育结合起来。新西兰中医学院在2017年成立了孔子课堂，将中医药教育与对外汉语教育相结合，利用孔子课堂在语言传播方面的丰富经验和优势，可以更好地解决中医药文化传播中的语言障碍，同时增进对文化和语言的理解。同时，加强与我国国内知名高校的交流合作，利用我国国内优秀的中医药师资力量，为新西兰培养优秀的中医药人才。目前新西兰的中医诊所大多为移民华人所开设，早期存在很多因英语水平低导致医患双方交流困难的问题。因此，今后申请加入ANZ及NZASA将会提高对英语交流能力的要求。

4.3 中医药海外交流合作的前景及战略意义 近年来，国家高度重视中医药“走出去”的发展战略。国务院《中医药发展战略规划纲要（2016—2030年）》指出，“要加强中医药对外交流合作，实施中医药海外发展工程，推动中医药技术、药物、标准和服务走出去，促进国际社会广泛接受中医药，推进多层次的中医药国际教育交流合作”。在“一带一路”的大环境下，中医药文化迎来了走出去的良好机遇。凭借一带一路国家战略东风，积极融入国际交流舞台，准确把握新时代国家政策导向。创新人才培养机制，着力中医药海外传播人才培养，从根本上保证中医药文化传播可持续发展。创新中医药海外发展模式，运用灵活多样的合作方式，积极推动中医药适宜技术的海外交流推广及应用。中西结合优势互补，创新诊疗模式，切实提高临床疗效，为全球提供养生保健及防病治病的新型医疗模式，促进中医药在新西兰的标准化建设，中医药在新西兰的传播与发展有望实现新的突破。

参考文献

[1] 新西兰国家概况. 中华人民共和国外交部[Z/OL]. 2019-01-01. https://www.fmprc.gov.cn/web/gjhdq_676201/gj_676203/dyz_681240/1206_681940/1206x0_681942/.
[2] 李晓楫,胡幼平. 新西兰针灸业现状[J]. 中国针灸, 2017,37(4): 417-423.
[3] 白松强.国家文化软实力视阈下中国的非物质文化遗产保护现状-以中日韩三国的世界非物质文化遗产名录申报为例[J].文化软实力研究, 2017,2(4): 64-77.
[4] 何姗,陈骥,唐小云. 中医药在新西兰的发展现状及前景展望[J]. 中医药导报, 2017,23(18): 9-12.
[5] 杨毅,王子旭,郭义. 大洋洲中医针灸标准化现状研究[J]. 中国针灸,2013,33(4): 351-356.
[6] 新西兰禁止销售11种中药[J]. 中国中医药信息杂志,2003,10(4): 64.
[7] 姜翼,郑诗旭,吴清华,等. 新西兰中药资源种类的初步研究[J]. 世界中医药,2018,13(3): 776-780.

（本文编辑:李海燕 本文校对:孙海涛 收稿日期:2018-12-14）