

基于 OBE 理念及课程地图视角的 中药学专业教学评价体系构建的研究*

林莺¹ 王少平¹ 王国祥¹ 武小清¹ 位晓丹² 陈彩云¹

(1 滨州医学院药学院, 山东 烟台 264003; 2 滨州医学院基础医学院, 山东 烟台 264003)

摘要:文章立足中药学专业人才培养的“核心能力”,紧扣国家、专业、行业、产业对中药学专业毕业生的培养需求,并通过毕业生去向单位反馈及时调整教学及课程体系,建立起高等教育与社会需求双向调控的机制,构建基于 OBE 理念及课程地图视角的评价体系,完善中药学专业课程体系,提升人才培养质量。基于 OBE 理念及课程地图视角的评价体系扭转了以课程考试成绩作为终结性评价方式的现状,同时也可为其他专业的改革提供参考,培养适应社会需求的应用型复合人才。

关键词:成果导向;中药学专业;课程地图;教学评价体系;核心能力;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.001

文章编号:1672-2779(2019)-23-0001-03

Research on the Construction of Teaching Evaluation System of Chinese Pharmaceutical Specialty Based on OBE Concept and Curriculum Map Perspective

LIN Ying¹, WANG Shaoping¹, WANG Guoxiang¹, WU Xiaqing¹, WEI Xiaodan², CHEN Caiyun¹

1. School of Pharmacy, Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264003, China;

2. School of Basic Medical Sciences, Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264003, China

Abstract: Based on the "core competence" of the training of Chinese pharmacy specialty, this paper closely links the needs of the country, specialty, industry for the graduates of Chinese pharmacy specialty, and timely adjusts the teaching and curriculum system through the feedback from employment units, establishes a bidirectional mechanism of higher education and social needs, and construct an evaluation system based on OBE concept and "curriculum map" perspective. Improve the curriculum system of Chinese pharmacy specialty and the quality of personnel training. The evaluation system based on OBE concept and curriculum map perspective has reversed the current situation in which the final evaluation method is the results of the curriculum examination. It also can provide reference for the reform of other majors and cultivate applied composite talents that meet the needs of society.

Keywords: OBE; Chinese pharmacy specialty; curriculum map; teaching evaluation system; core competence; teaching reform

高等教育改革的核心是人才“核心能力”的培养,核心能力是通过课程体系构建、教学活动实施、教学评价反馈等一系列教学环节来实现的。这其中,教学评价反馈是检验高校教学活动的重要手段。有效的教学评价既可以指导教师根据反馈结果及时调整教学内容和教学手段,也可以促进专业课程体系建设,对提升教学质量和学生专业能力以及推动教学改革具有重要的实践意义。

目前我国高校的教学评价方式多偏重课程考试成绩,即学生的知识掌握情况^[1],忽视学生“核心能力”的培养。“核心能力”的核心是学生能力培养目标,即高等教育培养什么样的人的问题,这也是高等教育培养目标的根本。因此,教学评价体系对高等教育“核心能力”培养的评价能力具有重要的作用。而“核心能力”的培养要以学生为中心,关注学生的学习成果,

进而对学校的教学和学习的效果进行评价,及时反馈教师教学和学生存在的学习问题,从而更好地促进教与学。

中药学专业是应用型专业,对学生的专业技能要求较高,为培养适应国家、专业、行业及产业发展对中药学专业人才的需求,“核心能力”的培养是中药学专业人才培养的重点。因此,为了培养学生的“核心能力”,培养适应国家和社会需要的合格的中药学专业毕业生,应该构建基于成果导向的课程地图的高效、实用的教学评价体系,这将是中药学专业高等教育教学评价体系构建的中心问题。本文在 2018 版《中药学专业培养方案》的基础上,引入 OBE 及课程地图理念,结合学生核心能力的培养,广泛调研专业、行业、产业及国家对中药学专业的人才需求,初步构建了基于 OBE 理念及课程地图视角的中药学专业教学评价体系,以期为学生规划学习路径、教师提升教学质量、学校完善课程体系及人才培养提供支持。

* 基金项目:山东省滨州医学院教学改革项目【No.18JKTY06】

1 课程地图的概念及应用

课程地图 (Curriculum Mapping) 的概念最早是由 Hausman 提出来的, Eisenberg 于 1984 年率先引进到课程的规划过程中^[2]。课程地图就像是培养计划的蓝图,它以清晰易懂的方式将“核心能力”以及所对应的发展方向^[3],如就业(政府部门、企业等)、读研、创业等等,呈现给全校学生及教师,可作为学生规划学业、未来发展的学习路径,教师规划课程体系的依据。课程地图的设计是一个专业培养方案的具体体现,它具有双向性,既可以通过指引学生通过核心能力了解实现能力培养的课程以及相对应的发展方向,也可以根据个人所选的发展方向反向寻找需学习的课程以及需具备的能力,对学生的发展具有指导意义。课程地图与学生的学习成果密不可分^[4],因此,培养方案的制定,要立足本专业、本行业实际,以能力培养为核心,理论与实践并重,整合课程,完善教学体系,通过校企合作模式,培养学生的专业核心能力,以满足专业、行业及产业发展对人才的需求^[3]。目前,课程地图在台湾及国外开展较多,国内的改革应用也处于发展阶段^[4]。

2 成果导向教育的概念及应用

成果导向教育 (Outcome-Based Education, OBE) 由美国学者 Spady 于 1994 年正式提出,在美国和澳大利亚的教学改革中获得了良好的效果^[5]。随着 2013 年中国成为“华盛顿协议”签约成员, OBE 教育理念指导的高等教育改革也逐渐增多^[6]。OBE 教育理念,是一种以学生学习结果为基础,强调以学生为中心,以学习成果为导向,以结果反馈指导教学。OBE 教育模式是以学生的学习效果为目的,教师根据学生的学习结果构建课程体系,使课程体系与教育结果相适应^[7]。目前 OBE 教育模式已经广泛应用于我国高等教育教学改革,而教学评价是教学结果的直观表现,因此也是 OBE 理念指导下的教学改革的研究重点。所以,成果导向教育应该以学生“核心能力”的培养为基础组织规划并实施教学,以教学评价反馈指导培养方案的编制和课程体系的构建。

3 基于 OBE 理念及课程地图视角的教学评价体系的构建

基于 OBE 理念的课程地图是以结果为导向的学生学习期间的完整的学习路径,结合专业、行业和企业的发展对人才的需求规定专业的“核心能力”,并将核心能力按照学生的不同发展方向分为不同的类型,各类型对应不同的课程群,并以图表的形式展现出来。基于 OBE 理念的课程地图既可以指导学生根据自己的职业规划选择课程,也可以指导教师审视课程,合理整合教学内容,有效指导教学。而基于 OBE 理念的课程地图视角的教学评价体系则是通过整合评价与标准,以教学结果及行业、产业对人才的评价反馈指导教学的工具^[8]。

3.1 建立基于 OBE 理念的中药学专业课程地图 通过研

究中药学专业培养方案,以成果为导向,梳理并分级细化学校、学院、专业核心能力,分析学生毕业后发展方向(毕业去向),建立与各层级能力、毕业生去向一致的课程体系,构建能力、发展方向、课程的双向性课程地图。课程地图的构建主要包括以下几个模块。

3.1.1 核心能力及毕业生发展方向模块 通过调研国家及行业发展需求、地方医学本科院校定位、学生和家长期望、毕业生发展方向,梳理并分级细化学校、学院、专业核心能力以及与之相对应的毕业生发展方向,以满足社会、行业、家庭、就业单位、升学单位对毕业生能力和发展的要求。

3.1.2 课程体系 根据各层级核心能力以及与之相对应的毕业生发展方向,设计相应的课程体系,包括通识教育课程体系、专业课程体系、专业集中实践、选修课体系,第二课堂,形成由能力到发展方向的完整课程体系单元,各课程体系单元内的课程为学生的学习成果服务,并组成了中药学专业的课程地图。在电子课程地图系统上,学生将鼠标放到某个课程上,会出现课程相关内容,如学时、开设学期、简介、课程知识点单元、培养能力的类型及层级;双击课程则可以阅读 PDF 版的课程教学大纲,教案等教学文件;放到课程连接线上时可以出现课程前修后续关系;各课程体系单元也会列明本单元学习的推荐选修课程及考级、考证的类别及时间,为学生的发展提供清晰明确的指引。各课程体系单元就如同学生从学习到就业的一个流程图,流程内的所有环节及学生关心的问题都可以在这里体现。

这样,以成果为导向的课程地图就可以使学生从一入学就对本专业有一个清晰的认识,随着学习的深入选定发展方向,并按照指引学习。

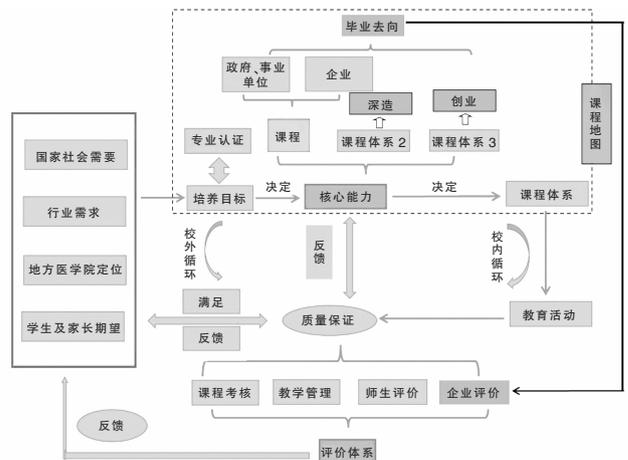


图 1 基于 OBE 理念及课程地图视角的中药学专业评价体系

3.2 中药学专业课程教学评价指标体系 教学评价体系包括评价机制和反馈机制。其中,评价机制包括以下三方面:(1)毕业生去向单位评价以及学生、教师、教学管理者随时反馈的中药学专业课程教学评价指标体系;

(2) 每项核心能力的持续评价指标而不是终结性评价指标,使学生学习过程中对核心能力的培养递进式加强,完善学生的核心能力水平;(3) 过程评价体系,中药学专业是实践性很强的学科,需要加强实践教学评价,通过全过程、能力评价加强学生对能力习得的重视,从而夯实学生专业核心能力。

反馈机制包括校外评价循环机制和校内评价循环机制。通过毕业生去向单位的评价反馈培养方案编制和教学管理,建立校外评价循环机制;通过过程评价和核心能力递进式评价反馈促进教学,建立校内评价循环机制,持续促进学生核心能力的培养及培养目标的达成(图1)。

4 结语

本文立足中药学专业人才培养的“核心能力”,构建基于OBE理念及课程地图视角的评价体系,将人才培养与社会需求紧密结合,并通过毕业生去向单位反馈及时调整教学及课程体系,建立起高等教育与社会需求双向调控的机制,完善中药学专业课程体系,提升人才培养质量。

因此,基于OBE理念及课程地图视角的中药学专业

评价体系的构建,紧扣国家、专业、行业、产业对中药学毕业生的培养需求,注重专业应用型人才专业“核心技能”的培养,也可为其他专业的改革提供参考,培养适应社会需求的应用型复合人才。

参考文献

- [1] 卢婧.我国高校教学评价的现状与未来发展[J].黑龙江高教研究,2018,36(10):83-86.
- [2] Timothy G, Mei R L, Willett. 加拿大和英国医学院的课程地图[J]. 复旦教育论坛,2010,8(3):90-93.
- [3] 李大学,朱群雄,李宏光. 自动化专业课程地图的建设分析[J]. 国家教育行政学院学报,2012(8):38-42.
- [4] 董文娜, 巩建闽. 课程地图是什么[J]. 教育发展研究,2014,34(17):56-64.
- [5] Spady W G. Choosing Outcomes of Significance[J]. Educational Leadership, 1994,51(6):18-22.
- [6] 李志义,朱泓,刘志军,等. 用成果导向教育理念引导高等工程教育教学改革[J]. 高等工程教育研究,2014(2):29-34,70.
- [8] 李坤崇. 大学课程发展与学习成效评量[M]. 台北:高等教育文化事业有限公司,2011:1-20.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:耿子凯 收稿日期:2019-04-16)

基于 Moodle 开展小儿推拿学本科教学改革探索*

张鑫 张佳娜 李蔓 刘莹 吴湄 曲姗姗* 黄泳

(南方医科大学中医药学院,广东 广州 510515)

摘要:在网络课程教学及碎片化自主学习需求日益增加的现在,在医学院校积极开展利用碎片化时间进行系统学习的新教学模式越来越重要。通过网络平台设计符合相应学生和课程的教学活动,学生真正参与课程活动,改变传统教学方式的“以老师为中心、以书本为中心、以课堂为中心,教师单向灌输,学生被动接受”的模式,力求每个学生都获得发展,逐步实现学生的自主学习。文章以小儿推拿学的教学实践为核心,以 Moodle 系统为平台,设计小儿推拿学的本科教学模式,并从教学设计、教学资源建设、形成性评价等方面进行阐述。

关键词:儿科;推拿学;Moodle;网络课程;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.002

文章编号:1672-2779(2019)-23-0003-03

Exploration of Undergraduate Education Reform on Pediatric Tuina Based on Moodle

ZHANG Xin, ZHANG Jianana, LIM an, LIU Ying, WU M ei, QU Shanshan, HUANG Yong

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

Abstract: With the increasing demand of online course teaching and fragmented autonomous learning, it is more and more important to actively develop new teaching models in medical colleges and universities. Based on the ePlatform, proper activities was designed, so that all the students take part in the class activities, obtain their own development and gradually achieve independence learning. Meanwhile, the old habits, "teacher-centered, book-centered, classroom-centered, the teacher one-way infusion, students passively accept" of the traditional teaching were broke. Focused on the pedagogical practice of Pediatric Tuina, exploration of the undergraduate education reform was shown with aspects of teaching design, teaching resources development and formative evaluation.

Keywords: pediatrics; Tuina; Moodle; online course; teaching reform

小儿推拿学是五年制针灸推拿本科专业学生的必修课程。它是研究运用小儿推拿手法预防和治疗儿科常见

疾病的一门临床学科,是中医基础理论、中医诊断学、推拿功法学、推拿手法学、推拿治疗学、中医儿科学^[1]等基本知识及技能的综合应用,是针灸推拿专业的一门技能性、操作性很强的临床学科。

Moodle 是一个开源课程管理系统 (content management system), 基于建构主义教育理论开发的 Moodle 网络教学平台 (以下称 Moodle 平台), 在我国于 2006 年经

* 基金项目:广东省质量工程项目【No.C1033550,C1034458】;南方医科大学大学生创新创业训练项目【No.201812121143X】;南方医科大学校级教学课题【No.B418293004】

* 通讯作者:s2qu@163.com

黎加厚教授的推广^[2]，至今已得到了广泛的应用。Moodle平台具有三大优点：第一，该平台对课程有强大的管理功能^[3]；第二，该平台能够对学习进行有效的追踪；第三，该平台可以及时地进行学习交互，及时地进行教学更新。教师可以利用 Moodle 平台的多种教学模块，根据教学大纲的要求，自主设计教学内容，调整教学方式，加强与学生的沟通，有利于收到学生的反馈信息，为教学相长提供了良好的环境^[4]。混合式教学就是需要将传统的面对面教学与信息化网络平台相结合，以丰富教学内容，提高教学质量，培养学生的自主学习能力，紧密师生间的沟通和联系，最终达到增强学习效果的目的^[5]。小儿推拿学与 Moodle 平台相结合，适应了现代化教学的潮流，满足了教学方式进步的需求，有利于小儿推拿学的发展。

1 小儿推拿学 Moodle 网络课程教学设计

1.1 教学对象 本课程面对所有针灸推拿学专业，及所有有一定基础并希望学习本课程的社会人士开放，以求在帮助相关专业学生学习的同时，提高小儿推拿知识的普及和应用。

1.2 课时安排 总教学时间为 32 课时，学生可根据需要进行课下的自主学习与知识拓展，充分理解掌握所学知识。

1.3 理论和实践学习安排 理论学习包括基础篇、手法篇、治疗篇在内的 14 个章节，计划于 24 个学时内完成。实践（见习）分为 3 次课程，共 6 个学时。要求学生掌握小儿推拿的特点和作用、小儿的生理病理及病因特点、小儿推拿四诊要点、小儿推拿特定穴、小儿推拿常用手法和复式手法、儿科常见病辨证论治的具体方法，并熟悉儿科常见病及部分传染病的临床处理。

1.4 平时测验 以 Moodle 平台为主体，利用平台的便捷性对学生进行随堂测试，以了解学生对所学知识掌握情况。具体方法为在课件中穿插题目，或作业形式，或课前对既往所学知识进行测验，题型主要为单向选择题和多项选择题。实验课可采取问卷调查的形式评价学生对手法的掌握情况，并采用学生互评的方式进行平时操作成绩的评价。

1.5 自主学习 本课程将课件保存在页面中以便学生反复在线观看，此外还有大量的相关文献、知识链接、照片及视频教学内容，可以为自主学习提供丰富的内容和大量的拓展知识，激发学生的学习兴趣，提高主观能动性。

1.6 翻转课堂 学习的最高阶段，是教学相长。大四学生已完成了中医基础、中医儿科、推拿手法、推拿治疗等学科的学习，此时可采用以学生为主体的翻转课堂形式，鼓励学生在课前自主学习，提前掌握知识要点，熟悉操

作方法，了解相关知识，最终达到条理清晰、教会同学的目的。让学习更加主动、灵活，能有效提高学生的参与度，增强学习效果，分享优秀的学习方法，全班同学共同提高学习及分析能力。

本课程在实验课中采取分轮授课的模式，2 组学生交替上课并一一配对，先完成操作学习及练习的学生，教习第二轮上课的学生；第二轮操作课，再由教师根据学生练习所出现的问题进行纠正及进一步讲解。在学习过程中，同时训练学生知识输入内化的能力及转换输出的能力。

1.7 考试安排 在学习结束后，统一进行闭卷考试和操作考试。针对所学知识进行系统性考核，理论考试成绩占 65%，操作成绩占 20%，自主学习完成度占 5%，翻转课堂开展情况占 10%。

2 教学资源建设

2.1 课程介绍 对本课程的基本介绍，包括学科简介、背景、近年发展等内容，让选课成员对本学科有最基本的了解。

2.2 授课内容 本内容是学科学习的主体内容，也是学习小儿推拿学最核心、最基础的内容。以章节为单位，设置课件供学生学习。课件中着重说明学习要求，学习目标，详细的学习内容和知识点总结在课件播放过程中，通过制作 SCORM 数据包设置测试题目，使学生集中注意力，提高自学的积极性及对知识点的掌握。课件下方附有相关内容的补充说明或相关课程的网络链接，使学生能迅速掌握知识要点。

2.3 医案专区 整理近现代小儿推拿医案，帮助学生增长学科经验，印证所学知识，树立学科信心，能有效的结合理论和实践。

2.4 讨论区 讨论区是集体交流模块，任何人发帖提出问题，可全员回复讨论以解决问题，让学生和教师可以畅所欲言，交流学习心得，分享学习感悟，以加强师生间的联络沟通。这一模块可以帮助学生解决在学习过程中遇到的问题，也可以由其他人的问题引发思考，进而复习所学知识，查找相关资料，总结知识点，实现互帮互助，共同提高。教师也可以在讨论区中回复学生的问题，或是主动出题让学生去思考，可以引导学生的学习思路，帮助学生将知识点进行对比和鉴别，使其印象更加深刻。这让平台的社交性大大提高，增加了本课程的使用粘性，增加学生对本课程的兴趣，吸引学生进行深入学习。教师还可以通过关注讨论区中重点讨论的问题，调整授课内容，提取学生理解有误或重点关注的知识点，进行课堂讲授。

2.5 书籍推荐 介绍小儿推拿相关书籍，鼓励学生在课余

时间自主寻找学科相关的书籍进行学习,建议学生阅读古代小儿推拿医集并明确发展脉络,总结知识点,提高自主学习能力。

2.6 小儿推拿流派的源流与发展 现代小儿推拿有不同的流派,也有各自的源流和特色。整理不同小儿推拿流派的相关资料,展示其中的异同点,与相关的地域文化、历史风俗相结合,拓宽学生的视野,体会不同的文化内涵与小儿推拿之间的关系,有助于学生加强对本学科的理解。

2.7 课程相关资料 Moodle平台内有课程相关的照片和视频,帮助学生明确穴位的定位、手法操作细节等各方面的基础知识,可以通过反复回看,加强记忆,比对正确与否。通过整理非重点内容的文档页面和附加的相关网页链接,方便学生自主学习和拓展知识。

2.8 成员列表、任课教师简介 Moodle平台可以查看任课教师和学习此课程成员的详细信息,方便教师对学生管理和了解其学习情况,同时也方便了学生之间、学生与老师之间的交流沟通,是最基础的沟通方式。

2.9 课程动态 教师和管理员可以发布在Moodle平台新的动态和信息,提醒学生按时上课和及时完成学习任务,提前预告考试时间,督促学生进行课后学习,提高学生的时间观念和自主学习能力。

2.10 题库 练习是掌握和检验知识最简洁直接的方法,题库方便教师随机选题,通过课堂检测、课后作业等多种形式,完成对学生学习知识点的检测,增强学生对所学知识的理解,强化记忆,是夯实基础的有力保障。

2.11 任务与作业 教师可通过发布任务与作业,要求学生独立完成相关作业或小组协同完成作业;教师可通过任务与作业完成情况评估学生知识点掌握情况,并予以评分。

2.12 调查反馈 以问卷形式为主体,调查学生的学习感想和学习体验,让学生提出建议,以便教师得到最直接最真实的教学反馈,方便教师调整教学规划,明确强调学习重点,来达到更好的教学效果。同时也可以帮助我们改良Moodle平台的结构设计和细节的填充。

3 形成性评价

形成性评价可以有效地发现学生对所学知识的掌握情况。在每个章节学习结束后,形成性评价让学生发现自己的不足,并根据自己的不足进行复习和知识的加固。教师也可以根据测验的结果,及时掌握学生的学习状况,增加彼此间交流,提高学生参与学习的积极性,与此同时总结教学经验,调整教学侧重,提高教学质量,逐步建立以学生为主体、教师为指导的教学模式。Moodle平台可以帮助教师简化这一过程,能轻松达到这一目

的,这也是Moodle平台的优势所在。

4 不足之处

在小儿推拿学“学-教”过程中,我们发现一些不足之处,在此提出,希望后续能够有所改善。

近年来,自主学习、翻转课堂等多种教学模式不断应用于高校教学之中,新的教学模式改变了教师与学生的角色,希望通过教师引导配合学生主动学习,来培养学生自主学习能力,为今后学生走出高校后不断汲取知识培养能力。然而,过多的“自主学习”增加了学生课后学习的负担,反而容易造成学生逆反心理。高校教育应统筹安排、循序渐进,自入学起逐渐强化学生自主学习意识,培养学生学习能力。

医学高等教育还需要提高学生分辨“对错”的能力,尤其流派众多的中医学习过程中,学生更需要低年级时打好基础,才能在高年级时的自主学习当中做到理性分析、“取其精华去其糟粕”,不断完善自身理论体系。

小儿推拿流派众多,学生在自主学习的过程中,常常发现其中的“悖论”。因此,在学习初期,应将不同流派进行介绍,对于不同流派只是进行梳理、对比记忆。以“学好一个流派”为目标,打好基础后,再拓展内容完善理论。

网络课程虽然可以面向非高校人员,但由于SCORM课件是基于课堂讲授的重点内容,有很多课堂授课时的实践案例并未列于SCORM课件当中,故而对于其社会推广有所阻碍。同时,未同步进行操作课的指导指正,对于帮助非高校人员的学习和应用仍有所欠缺。

5 总结

小儿推拿学是一门传统学科,理论和实践在学习过程中都占据重要的比重。实践可以带动理论发展,理论也可以提高实践水平,而实践正是现今学生所欠缺的。Moodle平台有着灵活的组成模块和自由的设计方式,可以有效弥补这方面的不足,丰富的内容和拓展知识可以开拓学生的眼界,增加知识储备,对学生的培养有重要的作用。

参考文献

- [1] 汤伟,邵湘宁,符明进,等. 小儿推拿学课程教学的体会与思考[J]. 中医药导报,2018,24(2): 132-133.
- [2] 汪基德,张莉. Moodle国内研究新进展[J]. 远程教育杂志,2009,17(5): 15-18,32.
- [3] 王鑫. 关于中国大学MOOC与MOODLE教学平台功能调研及比较[J]. 教育现代化,2018,5(37): 288-290.
- [4] 杨丽,赵冬生. 基于Moodle平台的混合式学习研究[J]. 首都师范大学学报,2010,31(1):6-9,13.
- [5] 孙铁玉. 基于Moodle网络教学平台的混合式教学模式研究[J]. 当代继续教育,2017,35(6):88-92.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:杨路 收稿日期:2019-03-15)

慕课引入中医经典方剂医案全英语教学中的探索*

殷晓聆 徐静 方志红 李雁*

(上海中医药大学附属市中医医院肿瘤科,上海 200071)

摘要:慕课模式是大规模开放式授课,其不同于传统的教学模式,为高等教育提供了新的模式和手段。全英语中医经典方剂慕课教学有利于传统中医的国际化传播。将慕课教学引入中医经典方剂医案全英语教学中并投放网络平台,从前期学习情况看,学生可接受该模式,从而论证其可行性,同时为课程建设对中医经典医案选材和翻译方式构建提出设想,并对可能出现的问题进行了初步探讨。

关键词:慕课;中医医案;方剂;英语教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.003

文章编号:1672-2779(2019)-23-0006-02

Exploration on the Introduction of MOOC into Whole English Teaching of Classical Prescription of Traditional Chinese Medicine

YIN Xiaoling, XU Jing, FANG Zhihong, LI Yan

Oncology Department, Shanghai Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200071, China

Abstract: MOOCs are massive open online courses, which are different from the traditional teaching mode and provide a new method of education. Using MOOC to teach classical Chinese medicine prescriptions' medicinal reports in English is benefit to the internationalization of traditional Chinese medicine. It was shown from the previous study situation of students that the students can accept the mode and feasibility of using the mode of MOOC to teach the classical Chinese medicine prescriptions' medicinal reports in English. It also conceives the details of how to pick teaching materials, how to translate the report into English and put forward the possible problems which maybe meet.

Keywords: MOOCs; traditional medicine medical case; prescription; English teaching

随着现代互联网技术的飞速发展,帮助我们更便捷地获得学习资源,在国内外教学领域出现很多在线开放性课程平台“慕课”。对该主题有兴趣者,可以通过网络获得免费的教育资源,从而达到教育普及化、大众化的目的。在医学方面,中西医也探索将慕课教育引入医学教育中^[1-2]。

中医经典医案具有丰富、有趣的内容,是临床诊疗学习的宝库,但由于其大部分由中文、甚至古文撰写,国外学生及中医爱好者,在接触中医经典方剂医案时就会存在很大的语言障碍,对于方剂的实际应用变化,方剂药物剂量的掌握等方面难以理解,认为中医方剂“玄奥”,无法产生兴趣,且相关英语著作较少,获得困难,进行中医经典医案课程建设有利于中医文化的推广传播。本文旨在探讨将慕课引入中医经典方剂英语教学中的可行性和课程的设置构想,并就在教学中可能出现的问题进行讨论。

1 慕课的定义和特点

慕课,英文为 massive open online courses,缩写 MOOC,指的是大规模开发在线课程。由加拿大学者 Dave Cormier 与 Bryan Alexander 于 2008 年第一次提出。

* 基金项目:上海中医药大学高水平大学建设-国际学生临床基地建设(第二期)课程建设项目[No.JX113103];上海中医药大学第十七期课程建设一般项目[No.JX112402]

* 通讯作者:yan.xiaotian@shutcm.edu.cn

大规模的在线课程开始于 2011 年,被称为“印刷术发明以来教育最大的革新”^[3]。具有传播快、规模大、开放性、可重复、可互动等特点。其所说的开放性在线教育资源不仅包括课件和评测系统,还包括交互性论坛、学生教师建立的学习社区等在线学习资源。目的是将具有共同学习目的的人群组织起来,提供学习资源及学习环境。慕课同传统教学方法的区别,慕课的特点是以学生的“学”为主,不是传统的老师告诉学生“必须学什么”,而是关注学生“想学什么”,教师利用互联网的方式提供好的教学资源,帮助学生学习其想学的知识内容。

2 将慕课引入中医经典方剂医案英语教学中的可行性

在我们前期尝试中,我们初步论证了将慕课引入中医经典方剂医案英语教学的可行性。

2.1 课件内容选择可行性 在课件内容选择上,因为中医经典方剂医案繁多,清朝前的医案记录采用古文为主,药物剂量规格同现代有很大差异,尤其疾病名称同西医疾病名称有差异,影响国际学生对于疾病的理解,因此在前期先选择近代医家曹颖甫撰写的《经方实验录》中医案,其对于疾病的观察诊断,既有中医特点,又符合现代医学的认知。其全书收录 92 医案,分上中下 3 卷,上、中卷按照各汤证名称分类,下卷按照疾病名称分类。前期选择桂枝汤证、麻黄汤证、葛根汤证、白虎汤证、大承气汤证、麻杏石甘汤证、小青龙汤证、炙甘草汤证 8 个《伤寒论》中经典汤证进行课件翻译整理,书中医

案的排列按照由简到繁的顺序,先写常规应用主治,然后写变证,课件病案参考原著编排顺序。

2.2 课件内容翻译可行性 在课件内容翻译上,采用二次翻译的方式,先由中医专业人士(高级职称中医人员)将中文医案翻译为英语,再由母语为英语且经过中医系统化培训(医学博士)人员进行二次翻译,最终稿由教材讨论小组进行逐条讨论,最终形成课件内容。

2.3 课程形式可行性 在课件形式设置上,每个课件一般有3~5 min左右的“微课程”,内容包括一则医案,由5~6个相关医案组成一个汤证课程。具体初步采用了音频课程的方式,可以满足课程要求,且方便学生随时收听。

前期投放在喜马拉雅课程平台“TCM stories”,并设置相关微信号“小井助手”,利于师生互动讨论学习。在投放后,获得了学生自发点击率及一般人群点击率,将中医经典方剂医案教学采用慕课教学的方式推广是可行的,能吸引更多国内外中医爱好者和学习者。

3 建设慕课课程的构想

3.1 课件建设构想 课件时间长短一般在3~5 min左右,内容应具有连贯性,吸引学生持续收听,每个课件包括1或几个知识点。应丰富课件的素材,重视素材收集、脚本的编写,可选择中医名家的典型医案,让学生在收听的同时了解中医历史、名家诊疗特色和熟悉中医理论。如金元四大家经典医案,温病治疗医案等。湖南中医药大学曾探索在非中医专业学生中开展温病学教学,也获得受众认可^[4]。

3.2 交流讨论区建设构想 教师可以布置课后个人作业、小组作业,加强学生在网络学习中的参与性。此外,还应设立讨论区,以保证课堂交流,增加教师和学生的互动性。如可采用教师提供课后思考医案,内容同课件内容相关,学生根据习得经方医案知识进行回答,答案采用教师批改和学生互相批改的方式,进行课后讨论交流。

3.3 评测系统建设构想 在慕课的学习中,评测学习效果也是重要的部分,可以帮助教师了解教学的效果,根据学生的反馈进行课程完善改进。评测系统分为2个部分,平时测评和阶段测评,具体评分按40%平时测评,30%期中测评,30%期末测评。平时测评:可在每一个主题内容后设小测验,采用点选的方式,对课程中涉及的知识点进行考核,通过后,进入下一个汤证的学习。具体可提供类似病案,让学生选择方剂及加减内容。期中和期末测评:采用提供医案的方式,对知识点进行考核。

4 需要解决及注意的几个问题

目前中医慕课的课程在逐渐建设和完善中,陆续有中医课程登录,给中医教育带来新的发展契机,但还是有不少问题需要解决,面临许多挑战。

4.1 后台维护 慕课教学需要的不仅是一名教师的精力投入,更需要的是一个团队的合作,从技术开发到实时维

护和更新,其人力投入远大于传统授课方式。

4.2 提升学生学习兴趣 慕课学习对于学生的要求更高,学生的专注力和持久力是慕课教学成功的重要保证,由于是一个开放性平台,对于教师课程的安排合理性、趣味性的要求更高,如何让课程被学生接受、选择,从而坚持完成整个系统化课程是教师需要思考的新问题。在国际学生学习中,他们更多是从自身兴趣出发选择中医,当了解了中医经典方剂医案的实质内容后,会激起学生的学习兴趣,在前期探索中,学生自发学习人数,达到规定学习人数的340%,好的内容会吸引更多的学生加入。

4.3 课件内容翻译 在课程建设中,如何克服文化、语言的差异也是我们要面临的重要问题。如一些对于中国人来说容易理解的概念,但国外人士理解有一定困难,中西医关注的点有差异,如在治疗桂枝汤证和麻黄汤证时,对于汗出与否的关注;舌苔、脉象的表述,在进行课件教材建设时,注意结合母语为英语人士的意见,减少歧义和中式英语的出现,让内容更流畅。在中医慕课传播中,采用全英语的方式,更适合慕课传播这一个全球化的平台,达到全球化知识共享。

4.4 慕课平台的选择 在中医经典方剂医案英语慕课学习中,平台的选择是一个难点。目前国内有丰富的慕课资源,平台有中国大学MOOC、xuetangx、cnmmoc、网易云课堂、喜马拉雅等,国外有Coursera、edx、udacity,但中医经典方剂医案英语慕课学习平台中遇到的问题就是平台的选择,国内平台上目前全英语教学少,且不利于国外学生和国外中医爱好者在线学习,投放在国外平台则受到网速、维护等多方面影响。目前选用喜马拉雅具有打开方便,有利于传播的优点,但在进一步课程完善时可能就面临后台支持,如无法记录每个学生学习情况及时反馈,无法开展多人在线交流等问题。

总之,互联网慕课时代的来临,是机遇也是挑战,借助互联网平台,采用慕课形式,传授中医经典方剂医案课程,有利于推广中医,加深国际人士对于中医方剂、中医思维模式的重视,值得更多的医学教育者关注和研究。

参考文献

- [1] 曲丹. 慕课对于西医院校中医教学的改进[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(12):1742-1744, 1760.
- [2] 钱敏娟. 中医慕课传播的优势与挑战[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(19):142-143.
- [3] 徐雯洁. 将慕课引入到中医临床研究方法学教学中的思考和探讨[J]. 继续医学教育, 2017, 31(1):94-96.
- [4] 李鑫辉, 喻嵘, 何宜荣, 等. 在非中医学专业学生中开展《温病学》慕课经验与体会——以湖南中医药大学为例[J]. 教育教学论坛, 2016(18):240-241.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:陈 旻 收稿日期:2019-03-26)

中医药传统文化融入西医院校教育教学的对策研究*

洪峰¹ 赵妍²

(1 广东药科大学附属第一医院康复医学科,广东 广州 510000;

2 广州医科大学附属第一医院泌尿外科,广东 广州 510000)

摘要:中医药传统文化是中华民族优秀传统文化的重要部分,是中医药发展过程中的宝贵财富。中医药传统文化蕴含着丰富的医学、医德教育价值,对西医院校复合型医学专业人才的培养具有指导意义。本研究通过调查,了解西医院校中医药传统文化建设的现状并进行分析,继而提出相应的对策,以期推动中医药传统文化融入到西医院校教育教学当中。

关键词:中医药传统文化;西医院校;教育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.004

文章编号:1672-2779(2019)-23-0008-03

Research on the Countermeasure of Integrating Traditional Chinese Medicine Culture into the Education and Teaching of Western Medical University

HONG Feng¹, ZHAO Yan²

1. Department of Rehabilitation Medicine, the First Affiliated Hospital of Guangdong Pharmaceutical University, Guangdong Province,

Guangzhou 510000, China;

2. Department of Urology, the First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China

Abstract: Traditional Chinese medicine culture is an important part of the excellent traditional culture of the Chinese nation and the valuable asset of traditional Chinese medicine. It contains rich value of medical education and medical ethics, which has the important instruction significance for the training of inter-disciplinary talent in medical professionals of western medical university. This study investigated the current situation of the construction of traditional Chinese medicine culture in western medical university and then put forward the corresponding countermeasures, which in order to promote the integration of traditional Chinese medicine culture into the education of western medical university.

Keywords: traditional Chinese medicine culture; western medical university; education

党的十八大以来,习近平总书记多次强调中华优秀传统文化的独特地位,指出中华优秀传统文化是中华民族“根”和“魂”,是中华民族“精神命脉”。大学必须不断汲取中华优秀传统文化的思想精华和道德精髓^[1]。中医药传统文化作为我国优秀传统文化的璀璨明珠,是我国中医药发展演变过程中形成的十分重要的精神文明财富。2010年6月,时任国家副主席的习近平指出:“中医药学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验,是中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙”^[2]。中医药文化本身蕴含着十分丰富的人文精神和哲学思想,是几千年来中华民族创造出来的体现着中医药本质与特色的物质文明和精神文明的总和^[3]。国家中医药管理局2011年制订并颁布实施的《关于加强中医药文化建设的指导意见》中明确指出:高等医学院校必须将中医药文化理念与实践主动融入到人才培养全过程中,逐步推进中医药文化知识教育进学校、进课堂^[4]。因此,提出在西医院校教育教学融入中医药传统文化,通过中医药传统文化的建设可以起到:弘扬传统文化精髓,丰富西医院校人文教育,培养合格

医学人才,构建良好医患关系,促进和谐社会发展等作用;并对新时期西医院校学生培养具有一定的指导意义。

1 中医药传统文化融入西医院校教育教学的现状

1.1 西医院校学生对中医药传统文化教育价值认同度高 对广州地区西医院校学生进行问卷调查后发现,西医院校学生认为中医药传统文化建设对医学事业有帮助的人数比例占78.38%;认为西医院校中医药传统文化建设对校园整体精神风貌有改善的人数比例占67.99%。数据显示,西医院校学生对中医药传统文化教育价值保持相对肯定的态度,这种肯定态度和支持是中医药传统文化建设工作开展的基础,同时有利于西医院校学生树立中医药传统文化自信,有利于学生坚定对自身医学事业发展的信心、崇德至臻的恒心、奉献医学事业的决心。

1.2 西医院校学生对中医药传统文化的认知不足 通过问卷调查发现,仅有1.56%的西医院校学生认为自己对中医药传统文化的内涵、本质等方面非常了解;对中医典籍、典故非常了解及大部分了解的分别占0.83%和6.76%。数据表明,目前西医院校学生整体缺乏中医药传统文化认识,西医院校学生的中医药传统文化素养普遍偏低,中医药传统文化素养提升是西医院校中医药传统文化建设的重要任务。

1.3 西医院校对中医药文化建设流于形式、重视程度不

* 基金项目:广东省广州市哲学社会科学“十三五”规划课题[No. 2016GZMZGJ22]

足学校的文化建设,都需要学校决策管理层的重视和系统规划、统筹。调查数据显示,西医院校学生认为学校领导重视中医药文化建设的仅占14%;西医院校学生在校内参加过中医药传统文化内涵等相关培训活动的仅占11%,从未参加此类活动的占42%;西医院校学生经常参加校内中医药相关学术活动的仅占12%。目前国内中医药传统文化发展与建设形势较好,但调查数据显示,西医院校中医药传统文化建设的形势不容乐观。推进中医药传统文化建设的最终目标是帮助医学生传承中医药传统文化,挖掘中医药传统文化本身蕴含的十分宝贵的医德教育价值,培养哲学思维,提高医学素养,这样才能更有利于医学生的发展,这也是西医院校中医药传统文化建设的重点和难点。中医药传统文化建设活动中,不应只有流于形式的概念灌输和口号宣传,而应当在学校领导重视基础上,积极开展更多丰富多彩、切实可行的中医药传统文化建设活动。

2 中医药传统文化融入西医院校教育教学的有效对策

2.1 转变观念将中医药文化融入到西医院校教育

目前,在国家大力发展中医药的大环境下,仍然存在着中医药在社会中经常处于被误解的情况,这中间存在各种主客观原因,由于中西医理念和知识体系的差异,西医院校学生对中医药的误解尤其明显。显然,我们不能无视中医药的价值,更不能忽视中医药传统文化所蕴含的优秀教育价值。对此,西医院校院的教育工作者必须转变固有观念,认识中医药的价值,转变对中医药传统文化的认识,增强在工作实践中对中医药传统文化的重视程度,密切结合西医院校的专业特色有针对性的将中医药传统文化融入到教育、教学当中来。

2.2 利用既有资源 打造具有特色的校园中医药文化

西医院校应当从核心价值观、文化内涵、环境形象3个方面进行中医药传统文化建设,西医院校的中医药传统文化建设应自主创新地建设独具特色的校园文化。因此西医院校应对中医药传统文化建设进行一些有益的探索和实践,因地制宜、整合资源打造富有特色的中医药传统文化,从而促进校园中医药文化的发展。

2.2.1 利用中医药经典文献提炼中医药特色传统文化核心价值

岭南中医药发展历史悠久,传承了大量宝贵的具有地方特色的中医药资源,所以我们应当充分利用好这些宝贵的资源,在进行中医药传统文建设时,可以深入挖掘岭南中医药文化资源,打造独具特色的校园医药文化。

2.2.2 利用中医药传统文化特色打造独特校园文化内涵

医学院校的校训可以从中医药文化中寻求灵感,凝练具有中医药特色的校训。校训是校园文化建设的重要部分,能够体现了一个学校的校风、教风和学风。例如,广州中医药大学校训“厚德、博学、精诚、济世”、广州医科大学校训“厚德修身、博学致远”,都能将医德、医术、医学紧密结合,同时也体现出鲜明的中医药文化特色。

2.2.3 利用中医药传统文化理念设计修建校园建筑及环

境 如学校的整体布局、校园内的建筑、学校的标识、教职工及学生的宿舍等都可以体现中医药传统文化。

2.3 制定中医药传统文化宣传策略

2.3.1 面向学生 应制定有针对性的中医药传统文化宣传策略

中医药文化宣传活动的目的是为了受众认识中医药传统文化,受众是宣传活动的核心。因此应当以学生为中心组织实施中医药传统文化宣传活动,要根据西医院校学生的需求,开展有针对性的中医药传统文化普及策略,减小认知差异^[5]。

2.3.2 构建全方位的中医药传统文化宣传机制

如采取正面引导机制,对于中医药传统文化的积极影响和功能,需要大力宣传;及时反馈机制,对于中医药传统文化的宣传,学生有什么意见和建议,需要相应的调查和分析并及时反馈;评估机制,对于中医药传统文化宣传的成效进行全面的分析和评估。中医药传统文化宣传活动以学生认识到中医药传统文化的本质及学习到中医药学知识为根本目的,要获得良好的活动效益,必须及时解决好在宣传过程中出现的问题。

2.3.3 利用网络传播中医药传统文化

除了课堂教学之外,还可利用网络来传播中医药传统文化。由于网络资源的共享性、便捷性和高效性等优点,可以有效地弥补课堂教学方法的不足,可利用网络讨论的时空开放性、参与的广泛性和交流的平等性等优势,为中医药爱好者的学习提供一个良好的平台。这将促进中医药传统文化教育的顺利进行,也有助于日益紧张的师资供给,进而能更广泛地传播中医药传统文化,促进我国传统中医文化软实力的提升。

2.4 定期在校内外组织开展中医药传统文化相关活动

西医院校应当积极开展中医药传统文化的主题活动。中医药传统文化的核心价值决定中医药传统文化的存在和发展,通过中医药核心价值观的培训活动,将“大医精诚”等价值理念,逐渐渗透到医学生的思辨模式、教学传承、医德医风、行为准则等方面。中医药传统文化活动是提升核心价值认知认同的有效途径。相关活动的设计必须找准核心价值理念和文化载体的契合点,摸准医学生的思想动向,找准医学生的“关注点、共鸣点、兴趣点”,才能有效提升中医药传统文化核心价值的认知广度和深度。

2.5 找准切入点 完善中医药传统文化建设具体工作

西医院校的中医药传统文化建设工作开展方向不能只是单向的“自上而下”“从高到低”,学校更应该建立双向的反馈机制,对于中医药传统文化建设中出现的具体问题及时解决。决策层对中医药文化建设的重视和统筹安排固然重要,中医药传统文化建设在校园能顺利开展工作,获得成效才是根本。这就要求在中医药传统文化建设的具体工作实施过程中,要找准切入点,完善各项工作。西医院校应当有针对性的开展工作,争取最大化发掘和利用中医药传统文化在教育教学当中的作用和成效。

参考文献

- [1] 杜玉波. 将中华优秀传统文化融入大学教育教学全过程[J]. 中国大学教学, 2016(7):4-5, 11.
- [2] 张文康. 推进中医药文化进校园的三点建议[J]. 创新人才教育, 2017, 5(2):40-41.
- [3] 李雪. 将中医药文化融入医学院学生思想政治教育研究[J]. 辽宁医学院学报, 2016, 14(4): 112-114.
- [4] 翁锋. 传承与创新: 中医药文化资源在培育和践行社会主义核心价值观中的运用[J]. 中医药管理杂志, 2015, 23(11): 7-9.
- [5] 魏一苇, 何清湖, 陈小平. 试论中医文化传播的困境与出路[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(3):98-101.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:李可一 收稿日期:2019-04-02)

基于中医经典课程探讨的 PBL 教学模式 在临床带教中的应用*

韩文均¹ 胡 聃² 刘 娟³ 孙建明^{1△} 宋 旭¹ 虎 力^{4*}

(1 上海中医药大学附属第七人民医院泌尿及生殖医学部, 上海 200137;

2 上海中医药大学附属第七人民医院教学处, 上海 200137;

3 上海中医药大学附属第七人民医院药学部, 上海 200137; 4 上海中医药大学针灸推拿学院, 上海 200137)

摘要:目的 研究以中医经典课程探讨的 PBL 教学模式在临床带教中的应用效果。方法 选取临床学习的 52 位学生作为研究对象, 按照随机分配法将其分为观察组和对照组, 每组 26 位, 研究时间为 2016 年 9 月—2018 年 6 月。对照组学生接受传统的 PBL 教学方案, 而对观察组学生采取以中医经典课程探讨的 PBL 教学模式进行授课。比较 2 组学生教学后的教学满意度, 同时比较教学效果。结果 教学后, 观察组学生的教学满意度(92.31%)均明显高于对照组(69.23%)($\chi^2=4.46, P=0.03$); 观察组的教学效果评价明显高于对照组($P<0.01$)。结论 以中医经典课程探讨的 PBL 教学模式明显改善了临床学生的学习效率, 增强了学生的学习积极性, 提高了学生的学习激情, 且获得了较高的教学评价, 提升了教学质量。

关键词: PBL; 中医经典课程; 临床带教; 教学满意度

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.005

文章编号: 1672-2779(2019)-23-0010-03

The Application of PBL Teaching Model in the Clinical Teaching Based on Classic Course of Traditional Chinese Medicine

HAN Wenjun¹, HU Dan², LIU Juan³, SUN Jianming¹, SONG Xu¹, HU Li⁴

1. Department of Urology and Reproductive Medicine, Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200137, China;

2. Teaching Department, Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200137, China;

3. Department of Pharmacy, Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200137, China;

4. Acupuncture and Massage College, Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200137, China

Abstract: Objective To study the application effect of PBL teaching mode explored in the classic teaching of traditional Chinese medicine in clinical teaching. **Methods** A total of 52 students were enrolled in our hospital for clinical study. According to the randomization method, they were divided into observation group and control group, with 26 in each group. The research time was from September 2016 to June 2018. The students in the control group received the traditional PBL teaching program, while the students in the observation group were taught in the PBL teaching mode explored in the classic Chinese medicine course. Compare the teaching satisfaction of the two groups of students after teaching, and compare the teaching effects. **Results** After teaching, the teaching satisfaction of the observation group (92.30%) was significantly higher than that of the control group (69.23%) ($\chi^2=4.46, P=0.03$). The evaluation of the teaching effect of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.01$). **Conclusion** The PBL teaching mode explored in the classic Chinese medicine curriculum has greatly improved the learning efficiency of clinical interns, enhanced the students' enthusiasm for learning, improved the students' learning passion, and obtained higher teaching evaluation and improved teaching quality.

Keywords: PBL; classic course of traditional Chinese medicine; clinical teaching; teaching satisfaction

临床实习是每个医学生成为一名合格的医务人员必不可少的经历, 是学生的思维从书本转向临床实践的一种导向手法^[1]。西医临床教学老师常采用病房访问等手段进行

教学, 而中医学科由于其自身的特点, 很多临床学习方案无法良好的实施, 因此常需结合一些较为独特且新颖的教学模式^[2]。问题式学习 (problem-based learning, PBL) 是从欧美流传而来的一种独特的学习模式, 与传统模式相比, 能够提高学生的学习积极性, 增加学习兴趣^[3]。本研究就基于中医经典课程探讨的 PBL 教学模式在临床带教中的应用效果展开报道, 旨在为临床带教提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 9 月—2018 年 6 月于我院进

* 基金项目: 上海中医药大学课程建设项目 [No. SHUTCMKCSZD201758]; 上海市第七人民医院院级科技项目 [No. YJKT2016-05]; 上海中医药大学“一流本科”PBL 研究团队项目 [No. N192050102070]

* 通讯作者: huli2006@hotmail.com

△ 指导老师

表1 2组学生的教学效果评价比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	人数	增大课堂 知识容量	活跃课堂 气氛	提高获取 知识效率	提高内容 掌握程度	提高学习 兴趣	提高解决 问题能力	提高临床 思维能力	提高批判 思维能力	培养团队 协作意识	提高人际 沟通能力	提高人文 素养
对照组	26	6.56 ± 2.13	6.33 ± 2.58	5.97 ± 2.11	6.05 ± 1.96	6.54 ± 2.37	5.89 ± 1.97	6.07 ± 2.14	5.66 ± 1.08	6.39 ± 2.16	6.45 ± 2.33	6.71 ± 2.62
观察组	26	8.69 ± 0.89	8.77 ± 0.65	8.91 ± 0.49	9.01 ± 0.97	8.97 ± 0.88	9.07 ± 0.84	8.69 ± 0.73	8.99 ± 0.87	9.11 ± 0.65	9.06 ± 0.71	8.35 ± 1.46
<i>t</i> 值		4.71	4.67	6.92	6.90	4.90	7.57	5.91	12.24	6.15	5.46	2.79
<i>P</i> 值		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

行临床学习的52位学生作为研究对象,按照随机分配法将其分为观察组和对照组,每组26位。对照组男10位,女16位;年龄18~21岁,平均年龄19.45岁;其中实习生8位,规培生12位,进修生6位。观察组男11位,女15位;年龄18~21岁,平均年龄19.46岁;其中实习生8位,规培生13位,进修生5位。

1.2 纳入标准 (1)均无神经异常或行为异常;(2)均自愿参加本研究并签署知情同意书^[4]。

1.3 教学方法 对照组学生接受传统的PBL教学模式,观察组学生在相同的课时安排下接受以中医经典《黄帝内经》课程探讨的PBL教学模式:(1)课前准备:教师将其制作的PPT等相关资料上传于学习群,供学生预习、复习使用,PPT内容包含了课堂讲授知识点并提出相关专业性问题,以中医经典《黄帝内经》中重点条文为导向,由学生们通过讨论、查阅资料等方式进行自行解决;(2)组织小组:分组在PBL的整个学习过程中是很重要的环节,一般小组由5~7人组成,这样有利于每个小组成员都参与到小组活动中,而且便于交流和组织管理。此外,小组成员要为合作学习建立基本的规则,包括小组成员间的交流时间和方法,任务分配和研究进程规划;(3)课堂安排:以问题为学习的起点;一切学习内容以问题为主轴来架构。教师先行对相应章节进行有侧重点的讲解,并引导学生对相关性疾病进行讨论、比较并记录对比总结,而后对PPT中的病位进行分析,以提问的方式了解学生的认知程度,由学生问答病位后的问题,教师进行补充和总结;(4)课后复习:要求学生课后完成相应习题,并自我检测,保留疑问进行相互讨论或理论课上请教教师。

1.4 观察指标 (1)比较2组学生的教学满意度;(2)比较2组学生的教学效果评价。

1.5 评价标准 教学满意度的评测和教学效果评价均采用匿名问卷形式^[5],于教学结束后进行填写。教学效果评价包括增大课堂知识容量、活跃课堂气氛、提高获取知识效率等11项,每项满分10分,结果按照项目进行统计。

1.6 统计学方法 所有统计学资料都采用SPSS 21.0专业统计学软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差表示,并采用*t*检验;计数资料以率(%)表示,用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组学生的教学效果评价比较 观察组学生的增大课堂知识容量、活跃课堂气氛、提高获取知识效率等评分

均明显高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

2.2 2组学生的教学满意度比较 观察组学生的总教学满意度为92.31%,对照组学生的总护理满意度为69.23%,观察组明显高于对照组($\chi^2 = 4.46, P = 0.03$)。见表2。

表2 2组学生的教学满意度比较

[人数(%)]

组别	人数	非常满意	较满意	一般	不满意	总满意
对照组	26	5(19.23)	7(26.92)	6(23.08)	8(30.77)	18(69.23)
观察组	26	12(46.15)	7(26.92)	5(19.23)	2(7.69)	24(92.31)
χ^2 值						4.46
<i>P</i> 值						0.03

3 讨论

传统教学模式是一种重在讲授知识、缺乏实践的教学方法,其较为死板的特点大大降低了学生的学习积极性,阻碍了学生对知识的掌握步伐^[6]。PBL较传统教学模式来说,在提高学生在学习激情方面起到了不可泯灭的作用;但随着学习的深入,知识点的增多加上难度的加大和中医临床带教的特殊性,显然传统的PBL教学模式已经无法满足中医药学在临床带教中的传授目标。研究显示^[7],基于中医经典课程探讨的PBL教学模式不仅能够激发学生的学习兴趣,并且可以降低人力资源的需求,减少学生课下时间的花费,从而保证中医学生时间上的合理分配。目前,基于中医经典课程探讨的PBL教学模式并没有在我国进行推广使用,故本研究笔者就基于中医经典课程探讨的PBL教学模式在临床带教中的应用效果开展分析,旨在寻找适用且有效的教学模式,提高教学效率^[8]。

基于中医经典课程探讨的PBL教学模式保留了PBL方法中的学生讨论环节,并与中医经典课程探讨进行结合,达成了学生课前预习并产生疑问、课中获取侧重点解决疑问、课后及时检测自我的平衡,且通过中医经典将知识点具体化,是一种将主动权交到学生手中并提高学生理解能力的教学模式^[9]。本实验观察组学生按照教学要求,课前对教师制作的课件进行了学习,使预习过程不再迷惘、无所适从,并查询到了自己实际中的难点与疑问^[10];在课堂中获取教学要求的侧重点,并发现和解决了理解上的误区;课后通过自我检测,进一步掌握了重点知识,加深了对相关知识的理解程度。研究结果显示,教学后,观察组的教学满意度(92.31%)均明显高于对照组(69.23%),这说明学生已然对传统的PBL教学模式产生了厌烦感,更愿意接受新型的教学模式,侧面表明该教学模式提高了学生的学习兴趣;观察组的

教学效果评价明显高于对照组 ($P<0.01$), 这表明该教学模式增加了课堂知识含量, 将复杂且难理解的中医药知识具体化, 通过中医经典来体现, 不仅可以降低学生对知识的枯燥感, 而且培养了学生的学习积极性, 提高了学生的理解能力和学习效率, 增强了其创新意识。

综上所述, 基于中医经典课程探讨的 PBL 教学模式明显改善了学生对中医知识的学习效率, 增强了学生的学习积极性, 且获得了较高的教学评价, 提升了教学质量。

参考文献

- [1] 苗德胜, 吕刚. 医学生临床实习阶段存在的问题及解决方案[J]. 新疆中医药, 2018, 36(1):57-59.
- [2] 王茹, 杨颖. 参与式教学在中医儿科学教学中的实践探索[J]. 中医药管理杂志, 2017, 25(10):34-35.
- [3] 徐艳. PBL 教学模式结合现场观摩在消化内镜病房护理临床教学中的应用[J]. 全科护理, 2016, 14(18):1931-1932.
- [4] 吴穷, 苏方. 以案位为基础的 PBL 教学法在临床肿瘤学教学中的应用探讨[J]. 中华全科医学, 2016, 14(5):844-846.
- [5] 李静, 赵常丽. 基于结构方程模型的高校课堂教学质量满意度统计评估——基于青海省 1000 份问卷[J]. 教育导刊, 2017(8):76-82.
- [6] 王敏, 李俊涛, 张霞, 等. 高职高专病理学教学中的翻转实践[J]. 中国医学教育技术, 2017, 31(5):575-578.
- [7] 严瑾, 钟玉, 荣晓凤. 中医课程 PBL 教学法的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(11):12-14.
- [8] 任培华, 张志敏, 王鹏, 等. PBL 教学模式在中医临床实习带教中应用的实施方案和效果评价[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(5):14-16.
- [9] 虎力, 徐平. 中医经典类课程 PBL 教案编写的实践与思考[J]. 中医教育, 2016, 35(2):39-41.
- [10] 陈丽仙, 黄燕, 吴薇, 等. PBL 教学法在中医临床课程教学中的实践与效果评价[J]. 现代医药卫生, 2016, 32(11):1736-1738.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:虎力 收稿日期:2019-03-15)

基于自主学习能力培养的多元化教学法 在中国医学史课程中的应用*

马丹 李艳杰 李萍 史双文*

(长春中医药大学基础医学院, 吉林 长春 130117)

摘要:中国医学史课程对于培养中医药院校大学生坚定学习信念, 树立正确的医学观, 加强医德修养, 提升综合素质具有重要的意义。文章主要探讨多元化教学法及多元化评价方式在中国医学史课程中的实践与应用, 重在激发学生的潜能以及探索知识的热情, 提高学生的自主学习能力, 提升学生的自我发展意识, 使学生在相同的时间内获得更多的信息量, 以及能力提高的最大化, 并最终实现教育的核心目的, 提升高校人才培养质量。

关键词:中国医学史; 自主学习能力; 教学方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.006

文章编号:1672-2779(2019)-23-0012-03

The Application of Diversified Teaching Method in the Course of Chinese Medical History Based on Independent Learning Ability

M A Dan, LI Yanjie, LI Ping, SHI Shuangwen*

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

Abstract: The course of Chinese medical history is of great significance to firm learning convictions, set up a correct view of medicine, cultivate medical ethics training and raise the overall quality of student. This paper mainly discusses the practice and application of diversified teaching methods and diversified evaluation methods in the course of Chinese medical history. It stimulates students' proficiency and the enthusiasm of exploring knowledge, improves students' independent learning ability, and enhances students' consciousness of self-development awareness. Therefore, the students get more information at the same time, and they can improve their ability most. Finally, we realize the core purpose of education and improve the quality of personnel training in Colleges and universities.

Keywords: Chinese medical history; independent learning ability; teaching method

近年来, 伴随着教育理念的转变、教学改革的深化, 高校教育教学改革已然成为一项热点。围绕教学改革, 其最首要问题和根本任务在于培养人, 培养什么样的人则成为了关键。西方著名的哲学家卡尔·西奥多·雅斯贝尔斯在《什么是教育》一书中提出: “教育的过程首先是一个精神成长过程, 然后才成为科学获知的一部分”, 因

此教育的核心在于心灵的启发和引导, 培养学生的自主学习能力、自我发展意识。

本文重在探究中国医学史课程在教育过程中所发挥的重要作用, 以及如何以学生为中心, 充分调动学生在学习中的自觉性、主动性, 提高学生的自主学习能力, 提升学生的自我发展意识, 使学生在相同的时间内获得更多信息量, 以及能力提高的最大化。

1 中国医学史课程的教育意义

中国医学史课程一直肩负着中医药学子人文教育、素质教育的重任, 它是沟通医学科学与人文科学之间的

* 基金项目: 吉林省高等教育学会高教科研项目[No.JGJX2017D81]; 长春中医药大学高等教育教学研究课题[No.XJ201663]; 长春中医药大学高等教育教学改革研究项目[No.XJ201660]

* 通讯作者: 876005991@qq.com

桥梁^[1]，对于学生明确自身的责任、肩负的使命，培养他们的民族自信心和自豪感，坚定理想信念的追求，丰富中医药文化素养有着重要的意义。

1.1 坚定学生的理想信念 中国医学史课程教学的一项突出任务就是要培养学生树立民族自信心，增强民族自豪感，坚定中医药专业思想。因此中国医学史课程不是简单的陈述历史，而是把研究的重点放在中医药学发展规律的探究上，从历史的角度审视医学，通过“知古”，即了解中医药学发展的历史概况，探究不同历史时期政治、经济、思想等各领域对医学产生的影响，以及各时期辉煌成就，达到“鉴今”，使学生更好地理解中医药发展演化规律以及中医药学的本质和特色，吸取和借鉴前人的宝贵经验和失败教训，明确未来发展方向，坚定学习信念，树立正确的医学观。

1.2 加强学生的医德修养 习总书记指出教育要引导学生成为有大爱大德大情怀的人。所以中医药院校的教育更为注重学生医德修养的培养，在中国医学史课程的教学从扁鹊、华佗，到张仲景、孙思邈，再到李时珍、叶天士，古代医家们不仅具有精湛的医术，为后世留下众多的医学成就，更以其仁心仁术的大爱精神浇灌着后世每一位杏林学子的心灵。中国医学史课程教学使医德教育渗透其中，对于培养中医药院校学生的仁爱精神、大医风范以及无私奉献的高尚情操都具有着重要的意义。

1.3 培养学生的奋斗精神 天行健，君子以自强不息。中华民族历来具备着刚毅坚韧，奋发图强，力求进步，自强不息的精神。历代医家更是身体力行地诠释了这一孜孜以求、不断进取的精神。刘完素苦心研究《黄帝内经》35年，创立寒凉派。李时珍历时27年，三易其稿，终成《本草纲目》之巨著。通过古代医家医疗事迹的学习引导学生树立高远志向，勇于奋斗的精神状态、乐观向上的人生态度。

1.4 增强学生的综合素质 近年来，伴随高校教学改革的深化，我校也在中国医学史课程教学中不断地实践与创新，采取多元化的教学方法与手段，通过阅读、听讲、调研、观察、实践等形式的教学，激发学生的学习兴趣；调动学生的主动性和参与性；鼓励学生从自身特点出发，实现学生自主发展的重要目标；培养学生创新意识，敢于提出自己的新观点、新思想，最终实现对学生综合能力的培养。

2 多元化教学法的应用

多年来，我校在中国医学史课程中始终坚持开展教学改革，本次主要探讨在15级、16级、17级中医、结合专业学生中开展的多元化教学法的应用、评价及教学反思，侧重于学生自主学习能力的培养、自我发展意识的提高。

2.1 博物馆自主讲解

2.1.1 活动设计 医史博物馆教学一直以来被认为是我校医学史课程中效果较好的一种教学方式。按照中国中医药学发展的历程，结合文物、古籍、标本、图片等直观地反映中

医药文明的光辉历程，摆脱了传统的单纯书本教育，为学生们呈现了更加丰富、形象、生动的教学内容^[2]。但是随着网络时代的飞速发展，各种小视频等软件的广泛使用，这种博物馆内授课的教学方式看似直观，却已经不能带给学生视觉的冲击以及对知识探求的欲望，为了更好地调动学生的积极性，增进学生的学习兴趣，我校进一步尝试对博物馆实践教学改革。第一步，选题：在学期初安排学生自主参观医史博物馆，之后按小组分选不同发展阶段，再由组内每位同学根据个人兴趣研究相关内容；第二步，查阅资料：学生们根据各自选取的内容通过图书馆、CNKI等途径查阅大量资料；第三步，小组讨论及资料汇总；第四步，博物馆讲解：每位同学进行相关研究内容的讲解及视频的录制；第五步，成果展示。

2.1.2 活动效果 博物馆自主讲解兼备了以往的情景模式教学、教师与学生换位教学等特点，有效地利用了博物馆、图书馆等学校现有设施，体现了教学内容的灵活性，最大程度地实现了学生自主学习能力、解决问题能力、知识获取能力、创新意识能力、分工协作能力的培养。此外，视频录制的新颖性也极大地调动了学生的学习热情，促进了学生对一个知识点的完全理解和掌握。同时更是对学生语言能力、表现能力的锻炼。

2.2 读书交流汇报

2.2.1 活动设计 开展以“研读经典、传承中医”的读书交流汇报活动。本活动仍以小组为单位，由每个小组自选中医古籍一本。每2周小组内部进行一次交流学习，每位同学均要提出问题，由大家讨论解决问题。并做读书心得交流记录，保存图片、音频、视频。期末以小组形式形成读书心得并以PPT形式进行小组汇报，每组10~15 min。

2.2.2 活动效果 通过对医家生平、著作版本、医学理论、学术思想等内容的研究，增强学生对古代医家及医学成就的深入了解，通过直接查看古代医学文献，使学生了解第一手资料，尽早学会运用中医古籍。

2.2.3 活动反思 读书交流活动开展过程中面临的一个问题就是学生对于书目的选择。虽然医学史课程是在大学二年级开设，但很多学生仍然不了解中医古籍，这其实恰恰反映了学习医学史的重要性，通过医学史的学习让学生对古代医家的经典著作、学术思想有一定的认识、了解，指导学生日后对于中医经典的学习。活动采取以学生自行选书为主，老师建议为辅的方式开展，而非老师指定书目，因为学生在图书馆对于中医古籍泛览的过程本身就是一种学习的过程，更有利于学生自动探索与思考。

此外，在教学过程中调研实践教学^[3]、专题讨论教学、纵向关联教学、交互考核等教学方法也在实践中交叉运用，不断深化。专题讨论教学法不断改进，以问题为导向，改变以往老师提出问题，学生思考并寻找答案的方式。采取每一章由学生提出所关注的医学发展的热点问题，汇总后由各小组分配问题，查阅资料。最后采

取课堂讨论和学习通课下讨论的方式。调动了学生的学习积极性,更加尊重学生,掌握学生的学习需求,并扩展学生的发散性思维,增强学生提炼汇总的实际应用能力^[4]。交互考核教学法由以往学生只出题一次改为借助学习通软件每一章节出题一次,更及时的反馈教学效果,纠正教学不足。

3 多元化评价方式

由于中国医学史课程在我校历来为考查课、选修课,所以一考定成绩的方式并不能反映出学生的学习情况。为了增强学生的自主学习能力,调动学生的课堂参与度,激发学生的潜能,提高学生的自我认知,以及教师更好地掌握学生在学习全过程中的学习态度、学习习惯、学习方法以及学习效果,我在教学实践中不断摸索,形成了针对不同的教学内容构建的多元化教学方法,以及针对于此的多元化评价方式。将原本 100 分的期末成绩均分于对每一部分知识的掌握当中,具体包括博物馆自主讲解(20%)、读书交流汇报(30%)、课堂讨论(10%)、随堂小考(20%)、网络作业(10%)、课堂出勤(10%),将学生对于基础知识的考核采取出勤、小考、作业的形式,占比 50%;对于部分重点、难点以及探讨性的知识考核采取博物馆自主讲解、读书交流汇报、课堂讨论的形式,占比 50%。博物馆自主讲解、读书交流汇报、课堂讨论等教学方法采取小组

为单位,包括个人自评、组内评价、小组自评、组间评价及教师评价的方式,使学生从被动接受评价转变成成为评价的主体和积极参与者,增强评价的参与性、客观性、动态性。基础知识的考查除了随堂小考,还在原有网络平台的基础上,增加学习通软件的应用。学生与教师随时互动,一对一解答,完善了课上与课下的及时沟通和学习反馈。

通过多元化教学法及多元化评价方式在中国医学史课程中的实践与应用,把传统的医学史课程中教育理论转化为生动的教学实践,让学生在充分体会体验性学习、研究性学习、合作学习的快乐,真正做到“以学生为中心”,激发学生的潜能以及探索知识的热情,引导学生学习的主动性,提高学生终身学习的意识,并最终实现教育的核心目的,提升高校人才培养质量。

参考文献

- [1] 张大庆. 医学史教育在中国:历史、问题与展望[J]. 中国科技史杂志, 2007, 28(4):432-439.
- [2] 马丹,李萍,崔物骄,等.《中国医学史》课程教学方法改革的实践与探索[J]. 中医教育, 2016, 35(5):46-48.
- [3] 马丹,李艳杰,李萍. 基于调研教学法的《中国医学史》课程改革与实践[J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(5):817-819.
- [4] 赵健,李德杏,王蕾,等. 中国医学史本科教学高阶思维能力培养的探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(20):33-34.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:王珠琛 收稿日期:2018-10-12)

中国医学史教学中的医德培养探析*

梁润英 刘文礼 李贞莹 田艳霞 姬永亮 尹笑丹

(河南中医药大学基础医学院医史教研室,河南 郑州 450046)

摘要:通过对中国医学发展史上著名医家高尚医德思想的挖掘,对论述医德光辉篇章的解读,对医学创新医史事实的分析,旨在培养大学生求真务实的社会责任感,不断进取,探求真理,继承创新的精神并着重强调文化自信,作为大学生在医疗工作中应具备的基本医德修养,初步探寻了中国医学史教学中的医德培养要点。

关键词:中国医学史;医德;文化自信;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.007

文章编号:1672-2779(2019)-23-0014-03

Study on the Cultivation of Medical Ethics in the Teaching of Chinese Medical History

LIANG Runying, LIU Wenli, LI Zhenying, TIAN Yanxia, JI Yongliang, YIN Xiaodan

Department of Medical History, Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China

Abstract: Through the excavation of the noble medical ethics thought of the famous physicians in the history of Chinese medical development, the interpretation of the glorious chapter on medical ethics and the analysis of the facts of medical innovation history, the aim is to cultivate the students' realistic and pragmatic sense of social responsibility, keep forging ahead, seek truth, inherit the spirit of innovation, and emphasize cultural self-confidence. As the basic medical ethics training that college students should possess in medical work, the article aims to cultivate the students' realistic and pragmatic sense of social responsibility, keep forging nurture, preliminary exploration of the main points of medical ethics training in the teaching of Chinese medical history.

Keywords: Chinese medical history; medical ethics; cultural confidence; teaching reform

中国医学史是研究中国医学起源、形成、发生发展过程及其规律的一门科学。是中医院校的一门专业基础

课。中国医学发展史上有许多医家,他们自身高尚的医德修养以及对医德的论述对于当代医学生医德医风的树立和培养,具有非常重要的意义。

1 古代医家医德修养

在讲到四大经典之一的《伤寒杂病论》时,张仲景

* 基金项目:河南中医药大学校级课程思政建设项目【No. 00104101-2018-11】

的治学精神，成为学医者的楷模。医圣张仲景是东汉时期著名的临证医学家，其生活的东汉末年，军阀割据，民不聊生。由于战争和饥饿，导致各种疫病（传染病）连年发生，疫病所发生之处，是“家家有僵尸之痛，室室有嚎泣之哀，或阖门而溢或覆族而丧”。面对这样的疫病，许多医生延续着过去的治疗方法，尽管效果不好，也不愿做出新的研究和探讨。张仲景为了攻克此类疾病的防治，进行了积极的探索，认真攻读了《黄帝内经》，并在《黄帝内经》理论的指导下，结合临床疾病的表现，总结出了六经辨证方法，撰写了《伤寒杂病论》这部临证医学专著，其理论和方法有效地指导临床实践，为后世留下了宝贵的医学财富。由此可以看出，张仲景热爱医学，并有着强烈的社会责任感和不断探索进取的精神，如果没有了这种精神，也难以提出辨证施治的原则，也就不会有《伤寒杂病论》。

加强医学生责任感的培养。医学生责任感是指医学生对自己、对病人、对国家和社会所应承担责任的感知与自觉履行的情感态度，并自愿承担过失后果的内心体验。当前，有些医学生存在学医功利化、责任淡漠化现象，因此，加强医学生的责任感教育尤为重要。

在讲到明清温病学家吴鞠通时，除其创立了三焦辨证治疗温病外，吴鞠通还特别强调学医的目的是为了治病救人，当时有的医家把行医当成谋利的途径，完全不讲道义，销售伪药，以假冒真、以劣充优，欺人取利。对于那些医术平庸，妄抬身份，索要重金，非三百金一日请不至者的俗医、时医，吴鞠通极其厌恶，强烈谴责不学无术、墨守成规、贪利忘义、轻视生命的不良风气和祸害病人的种种弊病。

吴鞠通在行医生涯中所展现的以人为本，淡泊名利、关爱生命、救死扶伤的伟大精神和高尚医德对于医学生医德形成有着潜移默化的影响，对于医学生陶冶情操，塑造品格，培养良好医德，成为社会的栋梁之才大有裨益^[1]。

当然医学发展史上如上的医家和论述还很多。如扁鹊的“六不治”，郭玉的“四难”，行医不畏权势的华佗，倡导廉便药物的葛洪，陈实功的“医家五戒十要”，龚廷贤的“医家十要”“病家十要”等等。当前，中医大学生中国传统医德教育的主要任务是弘扬中国古代医家的优良医德，国家也提出了“把中国传统医德教育贯穿于专业课教学活动中”。本门课程中的传统医德教育对于大学生思想道德的树立和培养是必要的和有益的。在今天仍有重要的指导意义。

2 医德教育的著名篇章——“大医精诚”“大医习业”论医德

孙思邈《千金要方·序》曰：“人命至重，有贵千金，一方济之，德逾于此。”孙氏以人命重于千金为比

喻，立志于学医，在他行医的80余年中，不仅身体力行，为后人树立了高尚的医学道德典范，而且在《千金要方》里首列“大医习业”和“大医精诚”有关医德方面的专篇。

要成为一个好的医生，必须要博览群书，回溯医源，孜孜不倦的研究学习以及应用，要广泛地涉猎医术，刻苦钻研医理，而且要精读，深入研究，不能浅尝辄止，如是才能在医学上有所收获，不可以道听途说，然后就说，我已经完全掌握了医理了，实在是耽误自己的前程。

如何对待病人。孙氏认为：“凡大医治病……发大慈恻隐之心”，把“大慈恻隐”看作是医学事业的神圣天职，并在一生行医中始终履行这一宗旨。要求医护人员对病人要爱护，对病人的生命和健康要尽心竭力，一心赴救，以关心病人疾病为重。把维护人的生命，增进人类健康看作是每个医务人员的神圣天职。孙氏认为“若有疾厄来求数者……不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命”，要有“誓愿普救含灵之苦”的献身精神。孙氏指出“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求”这是作为医生应该具备的高尚情操和道德境界。同时他又说：“医人不得恃己所长，专心经略财物，但作数苦之心。”提出了以轻财助人为乐，以重利好财为耻的这一清廉正直的道德修养。孙思邈认为，对病人应是“见彼苦恼，若己有之，深心凄怆，勿避险巇、昼夜、寒暑、饥渴、疲劳，一心赴救。无作功夫形迹之心，如此可为苍生大医，反此则是含灵巨贼。”还指出：“到病家，纵绮罗满目，勿左右顾盼；丝竹凑耳，无得似有所娱；珍羞迭荐，食如无味”孙氏的这些论述体现了对病家认真负责的医德规范。孙思邈说：“省病诊疾，至意深心。详察形候，纤毫勿失。处判针药，无得参差。虽曰病宜速救，要须临事不惑，唯当审谛覃思，不得于性命之上，率尔自逞俊快，邀射名誉，甚不仁矣。”即告诫医者在治病的过程中，要认真细致，谨慎周到，一丝不苟，准确及时，不能粗枝大叶，草率从事，敷衍塞责，马虎处理。孙氏说：“若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍蚩，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。”提出普同一等，平等对待一切病人的高贵品质，要求医者对病人的自尊心、荣誉等要有人格上的平等和尊重。孙氏提出这一有进步意义的医德规范，是难能可贵的^[2-3]。

如何对待同行。孙氏认为有道德修养的医生，不应“道说是非，议论人物，炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德，偶然治瘥一病，则昂头戴面，而有自许之貌，谓天下无双。”从中可以看出孙氏对那种视同行为冤家，不仅不谦虚谨慎，反而诽谤诸医，打击同道，贬低别人的恶劣作风，深恶痛绝。也反映孙思邈本人尊重同道、虚心谨慎的高尚作风。

孙思邈之所以在医学史上被尊为伟大的医药学家，

不仅是因为他在医术上的光辉业绩，而且因为他在一生的行医中都认真地遵循了高尚的医德规范而流芳百世。

3 中国医学历史发展中——学术创新精神培养

中国医学发展史上，12世纪出现了不同的医学流派，即河间学派与易水学派。其后14世纪产生了一批卓有成就的著名医家，其中影响较大者为刘完素、张从正、李杲、朱丹溪等，后世有“金元四大家”之称。他们的理论主张与临床实践，开创了医学发展的新局面。其中刘完素是金元医学界最早敢于创新并且影响重大的一位医家，在医学史上获得很高的评价。

刘完素自幼耽嗜医书，独对医书《素问》百读不释，攻读30余年，造诣颇深。曾拒绝金章宗完颜璟3次招聘，不愿做官，赐号高尚先生。行医于民间，在实践中观察发现，伤寒临证各种证候的出现多与火热有关。《素问》病机十九条中，也与火热有关的居多，而六气中，又是暑火居其二，同时风湿燥寒在病理变化过程中都能化火生热，火热往往是产生风燥的原因，所以强调六气皆从火化，火热是伤寒诸证的重要病因。从而提出了“火热论”。据此，在伤寒证的治疗中，以清热通利为主，善用寒凉药物，后人称之为“寒凉派”，他的学术思想对后世温病学有重要影响。刘完素明确提出热病初期不可峻用辛温大热之药，主张采用辛凉之法以表里双解，养阴退热，并且制订了双解散等方剂，突破了以往对外感热病初起一概用辛温解表和先表后里的习惯治法。元末明初的王履明确指出：“温病不得混称伤寒”，主张“时行……温疫等”绝不可以伤寒六经病诸方通治”，认为温病是伏热自内而发，治法以清里热为主。将温病进一步从伤寒学说中划分出来，为以后建立的温病学体系，提供了一定的理论依据以及有益的经验。

虽然温病学说形成于明清时期，但宋金元时期刘完素以及王履的创新思想，对温病学说的形成可以说起到了奠基作用。刘完素重视经典的学习，不慕名利，善于实践，将经典中的理论指导临床实践，勤于思考和创新，对温病学说的形成做出了巨大的贡献。

刘完素学术上还重视当时盛行的“五运六气”学说，但不拘于他的教条模式。他一方面主张：“不知运气而求医无失者鲜矣”“一身之气皆随四时五运六气兴衰，而无相反矣”，但另一方面强调：“主性命者在乎人”“修短寿夭，皆人自为”。并不认为人体发病完全受五运六气所支配。反对机械搬用运气学说，把某年主某气发某病的格式固定下来。刘完素能够客观对待新生事物，善于分析，合理批判，理性对待，有力地推动学术的发展。

在当今的中医大学生医德教育，就是要在课程中发掘中医医德的内涵，将中医医德理念内化到中医药大学生的思想素质教育中，通过中医发展史上医学思想的学习，使知识转化为能力，兴趣内化为精神，中医文化的

熏陶内化为大学生的优良品质，从而提高中医院校大学生发展和创新的潜力，培养新世纪合格的中医药人才^[4]。

4 如何对待中西医差异——科学精神和态度培养

鸦片战争以后，中国国门被打开，西方的科学技术包括西医通过多种方式，全面系统地传入中国，形成了中西医并存的局面，出现了以唐宗海、朱沛文、张锡纯、恽铁樵为代表的中西医汇通学派，他们积极探求了汇通中西的途径，并提出了汇通中西的思想。在当时的历史条件下是积极的，进步的，是符合历史潮流的。

近代中国旧政府对中医采取了歧视排斥甚至消灭的政策。1929年2月在国民党政府召开的第一次中央卫生委员会会议上，通过了余云岫“废止旧医以扫除医事卫生之障碍案”使得这一政策达到了顶峰，全国各地中医药从业人员组成联合请愿团，进行抗争，最后这个议案没有被核准执行。余氏的提案不仅加剧了政府与中医的矛盾，而且严重地阻碍了中医更好的发展。“五四”运动倡导科学与民主，给中国社会带来了极为深刻的影响，科学救国的思想深入人心。20世纪30年代“中医科学化”思潮兴起，直至解放^[5]。

中医在我国历史悠久，是我国传统文化中最具代表的优秀文化，有着独特的理论体系和确切的临床疗效，为人民群众的医疗卫生工作作出了巨大的成就。与西方医学完全不同，我们在学习中一定要坚定文化自信。习近平总书记指出，中华文化绵延几千年，形成了深厚文化传统，体现了中国人世代积累的知识智慧和理性思辨，延续了我们国家和民族的精神血脉。可以说，中华民族漫长奋斗积累的文化养分，形成了我国的“独特优势”。但是，习近平总书记同时提醒人们，近代以来，“中华传统思想文化经历了剧烈变革的阵痛”。这就是说，近代以来的中国文化自信并非简单地立足于固有传统，而是在变革基础上的自信。

只有有了这种文化自信，内化为一种永不停歇的学习动力，转化为发展、提高、传播、振兴中医的核心医德修养，才能够有力地推动医疗事业的创新发展，才能够为人民的健康更好的保驾护航，才能够使我们的社会更加和谐健康地发展。

参考文献

- [1] 黄克艳. 吴鞠通医德思想及启示[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(10):267-41-42.
- [2] 许二平. 《大医精诚》对现代医学人才培养的启示[J]. 学校党建与思想教育, 2017(10):93,96.
- [3] 罗珠珠. 从伤寒论·序和大医精诚浅析中医医德[J]. 中西医结合心血管病杂志, 2017, 5(14):14-15.
- [4] 冯雯妍, 张红萍. 浅谈传统医德思想与医学生素质教育的融合[J]. 中共广西区委党史研究室主管, 2016(12):155-157.
- [5] 梁永宣. 中国医学史[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 182-184.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:郭凤鹏 收稿日期:2019-03-29)

多元评价在实验针灸学 综合性设计性实验课程中的应用*

李晓芳 任秀君* 卢峻 嵇波 朱文莲 赵百孝

(北京中医药大学针灸推拿学院,北京 100029)

摘要:探究式小组学习已经在实验针灸学综合性设计性实验课程中得到应用,将多元化评价方式,应用于课程教学过程中。通过采用多元化的评价方式、评价时机、评价过程和计分方法,鼓励学生加强对课程学习的积极性和主动性,并鼓励教师根据评价结果随时完善教学方式和方法,体现了以“教师为主导,学生为中心”的教学特点,推动了实验针灸学实验教学改革。

关键词:多元化评价;综合性;设计性;实验课程;实验针灸学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.008

文章编号:1672-2779(2019)-23-0017-03

The Application of Multivariate Evaluation in the Comprehensive Design Experimental Course of Experimental Acupuncture

LIX iaofang, REN X iujun*, LU Jun, JIB o, ZHU W enlian, ZHAO Baixiao

College of Acupuncture and Massage, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

Abstract: Exploratory group learning has been applied in the comprehensive design experiment course of experimental acupuncture and moxibustion. Diversified evaluation method was applied to the teaching process. By using the way of evaluation and the diversified evaluation time, the evaluation process and the scoring method, the enthusiasm and initiative of students is increasing. The teachers are encouraged to improve teaching methods according to the evaluation results. It was shown that "teacher is the leader, and the student is the center in class". It promotes teaching reform of Experimental Acupuncture and Moxibustion.

Keywords: multi evaluation; comprehensiveness; design; experiment course; experimental acupuncture and moxibustion; teaching reform

北京中医药大学针灸推拿学院自2005年1月在实验针灸学教学中采用综合性、设计性实验课教学方法^[1]已经13年了。在针灸推拿学院领导的支持下,全体教师的共同努力下,实验针灸教研室在实验针灸学正常教学基础上,又开设了三门选修课“针灸综合性设计性实验”“针灸现代研究方法与科研能力培训”“大学生科研创新模拟训练”。随着新教学改革的推进,一方面明确倡导探究式学习^[2],另一方面需要建立一定的评价方式对学生的学习态度、学习成果进行评价。

评价是指有系统、有步骤地从数量或从性质上描述学习的过程与结果,据此判定是否达到了所期望的教育目标。一般来说,在研讨教学评价中常使用的3个基本概念是测量、评价和测验。测量是以量化的方法取得正确可靠的数据,评价是既包括量化数据,又要从教育目标、人格的发展等各方面来进行衡量教学成果。在教学过程中,应把量化、质化和评价相结合,量化描述的是测量,质化描述的是非测量。量化最常用的方法是测验,测验是指使用某种特定的评价工具或系统程序进行评价^[3]。

教学评价是指教师将所得到的信息数据加以选择、组织,并加以解释,以助于对学生做决定或价值判断的过程^[4]。教学的过程可分为教学目标、学前评估、教学

活动、学后评价等4个部分^[5]。教学评价的主要目的是在于分析教学过程的利弊得失,并藉以诊断教与学的难处,以作为后续个别辅助或实施补救教学之用。

传统的教学评价是以纸笔测验的方式进行,让学生在规定的时间内完成测试,这种方式可以评价学生个体与群体之间的差异。随着教学改革的推进,根据实验针灸学的教学改革特点,在综合性设计性实验课教学上采用探究式小组学习方式,很难以传统的纸笔测验的方式进行评价,因此进一步进行教学评价系统的改革势在必行。

1 概念特点

1.1 含义 多元化教学评价,是以教学评价体系以教师教学与评价专业为基础,依据教学目标制定恰当的评价方式、评价内涵、评价人员、评价时机与过程,并呈多元的学习结果,通过适当的教学活动促进学生的成长^[6]。

1.2 特点 多元化教学评价的特点主要在于多元性。多指数量大,与“少”“寡”相对。多元化有多层次、多角度的含义。多元化教学评价的特点在于评价方式、评价时机、评价方法等具有多样化的特点^[7]。

多元化教学评价强调对学生的学习过程不仅仅采用单一的纸笔测验进行评价,而应采用2种或2种以上方式评价学生学习过程,使用的方法包括实作评价、档案评价、口头评价等。多元化教学评价的时机应根据教师的教学目标和学生的特点,采用平时评价、定期评价等评价方式。评价过程应包括诊断性评价、安置性评价、

* 基金项目:北京中医药大学教育教学课题[No.XP05308]

* 通讯作者:rxijun@163.com

形成性评价和总结性评价等评价方法。诊断性评价也称准备性评价,是指在教学活动开始之前对学生的知识、技能以及情感等状况进行的预测,从而了解学生的知识基础和准备状况,为教师根据不同学生水平设计教学方案提供依据。安置性评价是指对安置的结果进行跟踪与分析,根据准备性评价结果,对学生进行分层教学,对教学结果进行分析。形成性评价是指在教学过程中为了解学生的学习进展情况,发现教学中的问题而进行的评价,以便教师根据评价结果调整教学计划改进教学方法和进度。形成性评价常采用单元测验或非正式考试的形式来进行。总结性评价又称终结性评价、事后评价,是指在教学活动结束后,为了解教学活动的最终效果而进行的评价,可以检验学生的学业是否最终达到了各科教学目标的要求。

2 实际应用

多元化评价方法在实验针灸学综合性设计性实验课的教学中应遵循以下方法。

2.1 评价时机多元化 对于教学工作,平时评价是非常重要的,根据多元化评价方法的特点,本课程教学应采用平时评价、定期评价、终结评价相结合的评价方法。平时评价又称为不定期评价,是指根据教学需要,由教师对学生的学习态度、学习日常状况所进行的考核。通过不定期考核,可以了解和掌握学生在日常教学过程中的能力学习努力程度、学习成绩等,为定期评价积累资料,提供参考依据。在教学中,可以通过点名、上课提问、小测验、课后作业等方式来实现平时评价。

定期评价是指按照一定的固定周期所进行的考评,如季度考评、期中考评等。定期评价要求每一次考评都相对固定,其以一定的时间周期为尺度,每隔一周,一月或一季……对所取得的成果考评一次。在实验针灸学教学中可以通过规定时间完成综述书写,用综述成绩作为期中考评成绩。季度考评,实验针灸学教学中可以让学生在规定时间完成实验设计,用实验设计的成绩作为季度考评。

终结性评价,是指在教学活动结束后为判断教学效果而进行的评价。一个学期的教学结束后对最终结果所进行的评价,可以作为终结性评价。一般采用笔纸测验的方式进行终结性评价,评价方式可以采用开卷或者闭卷的形式完成。

2.2 评价过程多元化 根据多元化评价方法的特点,本课程教学应采用诊断性评价、安置性评价、形成性评价和总结性评价相结合的评价方法。在选课前,可以对学生进行诊断性评价,根据专业特点、知识水平对学生进行安置性评价,即对不同年级学生进行分班或分组教学。在教学过程中,重点采用形成性评价的方法。为了对学生日常学习过程中的表现、成绩以及情感、态度、策略等方面的发展变化做出的评价,可以采用点名、提问、讨论

等方式对学生学习的全过程进行持续观察、记录,根据评价结果及时修改或调整活动计划,以期获得更加理想的教学效果。总结性评价时在学期末,对学生的学习效果进行的评价,可以采用传统的笔纸测验的方式进行。

2.3 计分方法多元化 本课程教学的目的是通过学生学习相关专业基础知识,根据本专业学科特点,在教师指导下分小组进行实验设计、实验讨论的教学方法,目的是培养学生尊重他人、团队协作的精神。分数可采用小组基本分数和组员加权分数两方面组成。

小组合作学习的小组基本分数可由教师和学生代表共同完成。学生分组完成实验设计后,由教师组织答辩会。答辩专家由教师和每组学生代表组成。答辩专家根据实验设计的书写部分根据实验设计的创新性、可行性,以及研究目标、研究思路、方法、背景资料的明确性进行评分。另外可以根据答辩现场的语言组织能力、团队协作精神等进行评分。最终由教师将所有的评定分数汇总求和,再计算平均分数,然后根据各组平均分的高低将各组排名次,最后根据排名情况,决定各小组的基本分数。小组合作学习的组员加权分数,可以通过学生自评、互评结果来计算。由学生对小组活动中的出勤率、工作态度、动手能力进行自评和互评,根据组员的总分的高低顺序对组员的分数进行排名,最后由教师决定组内组员的加权分数。小组成员的基本分数和加权分数为小组讨论环节的综合分数。

3 实际步骤

根据探究式小组学习的教学方法,实验针灸学综合性设计性实验课的应用方法如下。

3.1 学前分组 在开课第一周,对学生进行准备性评价,通过填写调查问卷,了解学生已经学习的专业基础课,以及学习兴趣。然后根据调查结果进行分班或分组教学。将具有相同专业基础的同学分在相同班次,学习兴趣相近的同学分在相同组别里。

3.2 定期评价 在一个学期的学习过程中,学习成绩由平时成绩、期中成绩、期末成绩三部分组成。平时成绩占30%,期中成绩占30%,期末成绩占40%。教师在开学第一周进行分组,并安排综述和标书的书写。期中成绩,由教师对学生书写的综述情况进行打分。根据综述书写的基本格式,即综述的题目、摘要、正文、评述和参考文献部分分别给予评定,形成期中成绩。平时成绩由平时出勤、提问、标书答辩成绩组成。平时的出勤和提问,能体现学生的学习态度和学习积极性,成绩占平时成绩的10%。标书答辩成绩由小组成员基本分数和小组加权两方面组成,占平时成绩的90%。学生在教师指导下在学期开始,进行分组,在组长的组织下,共同完成查阅资料、设计标书等任务。在答辩环节,由教师和每组代表组成答辩专家,对每个小组的答辩现场表现和标书书

写情况进行评分。小组加权成绩由组员自评和互评成绩组成,主要根据学生平时的工作态度,和工作完成情况进行评定。由教师根据小组成员基本分数和加权成绩,对每个同学的学习成绩进行评定。在学期末,通过开卷或闭卷考试,对学生一个学期学习的基础知识进行测评,主要采用传统的笔纸测验的形式完成。

3.3 期末总结 学期结束,由教师和学生根据《北京中医药大学本科课堂教学评价方法》完成互评,教师主要评价学生的学习态度和学习效果,学生评价教师的授课思路、时间安排、教学重点、教学内容和教学手段、教学指导和互动交流等方面。

4 总结

多元评价与传统的纸笔测验评价方法比较,可以将教学目标、教学和评价过程相结合,呈现多元化的学习效果,更加重视学习过程中的形成性评价,可以通过形成性评价鼓励学生加强对实验针灸学综合性设计性实验

课学习的积极性和主动性,并鼓励教师根据评价结果随时完善教学方式和方法,体现了以“教师为主导,学生为中心”的教学特点。

参考文献

- [1] 任秀君,姜会梨.探究式小组学习在实验针灸学综合性设计性实验课程中的应用[J].中医教育,2014,33(3):32-35.
- [2] 黄兆晶,胡春艳,钟文逸,等.探究式小组活动在老年专科护士培训中的应用[J].护理学杂志,2019,34(4):68-70.
- [3] 日本筑波大学教育学研究会.现代教育学基础[M].上海:上海教育出版社,2003:409.
- [4] 高婧,邵珍珍,吴小婉.护理学专业实验教学评价体系的现状与趋势[J].护理研究,2015,29(3):260-262.
- [5] 邓运林.开放教育多元评量[M].高雄:复文图书出版社,1997:68.
- [6] 王亮.基于现代远程教育多元化的学习评价方式研究[J].电大理工,2017(4):33-34.
- [7] 李坤崇.谈多元化学业评价的意义与特质.湖南教育:D版,2014(10):4-7.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:马惠芳 收稿日期:2019-03-26)

基于雨课堂智慧环境的 中医基础理论 PBL 教学法运用探索

马佩宏 邹怡航

(红河卫生职业学院临床医学系,云南 红河 661100)

摘要:目的 探索以雨课堂智慧为环境下中医基础理论教学方法的探索。方法 选择适于使用 PBL 教学法的章节,在雨课堂环境下完成预习、上课、讨论及考核,并通过与教学改革前后学生的学习成绩、课堂表现及学生评价进行分析,对比讲授法与 PBL 教学法对学生学习状态的影响。结果 运用基于雨课堂智慧环境的中医基础理论 PBL 教学法的学生在学习的积极性、课堂活跃度、成绩方面较讲授法班级学生更好。结论 基于雨课堂智慧环境的中医基础理论 PBL 教学法对学生有积极影响,值得探索推广。

关键词:雨课堂;中医基础理论;PBL 教学法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.009

文章编号:1672-2779(2019)-23-0019-03

Exploration the Application of PBL Teaching Method in the Basic Theory of Traditional Chinese Medicine Based on the Wisdom Environment of Rain Class

M A Peihong,ZOU Y ihang

Department of Clinical Medicine, Honghe Health Vocational College, Yunnan Province, Honghe 661100, China

Abstract: Objective To explore the teaching method of basic theory of traditional Chinese medicine based on the wisdom of rain classroom. **Methods** Selecting the chapters suitable for PBL teaching method, complete the pre-study, class, discussion and assessment in the rain classroom environment, and analyze the students' academic performance, classroom performance and student evaluation before and after the teaching reform, and compare the teaching method with PBL. The influence of teaching methods on students' learning status was compared. **Results** Students who use the PBL method based on the basic theory of Chinese medicine in the rain classroom wisdom environment are more motivated, more active in class, and better in teaching. **Conclusion** The PBL teaching method based on the wisdom of the rain classroom has a positive impact on students and it is worth exploring and promoting.

Keywords: rain classroom; basic theory of traditional Chinese medicine; PBL teaching method

中医基础理论是中医学专业专业基础课程,学生对该门课程充满兴趣,却因其理论性强、知识点多、部分知识点较为晦涩,在学习过程中逐渐出现畏惧、甚至厌学的情绪。而以往中医基础理论的教学方法多以老师为

中心,老师讲、学生听,“满堂灌、注入式”为主,难以充分调动学生的学习主动性,同时教学中虽然会讲解基础理论中的知识点在中医学其他课程中的运用,但较为抽象,学生仍旧无法理解所学知识的价值并运用。近

年来随着 PBL 教学法的引入,许多中医药专业教师也开展了相关教改研究。凭借雨课堂构建的智慧环境,使得 PBL 教学法的运用越发灵活^[1-2]。

1 雨课堂的简介

雨课堂是一种互动式智慧教学,由学堂在线与清华大学在线教育办公室共同研发,其优势在于改变传统教学。通过微信,教师可以在课前推送预习课件布置学生预习、课上通过考核及讨论发言检验学生学习情况,学生在课前根据教师布置的任务完成预习、课上实时参加考核、课后定时完成课件查看及习题,师生在课上及课下都有一个不同以往的体验,更利于师生间的互动^[3-4]。

2 PBL 教学法

自 1969 年加拿大 McMaster 大学医学院首次试行 PBL (problem based learning) 即“问题导向学习”的教学模式以来,PBL 在许多国家的医学院得到迅速推广与运用。PBL 教学法提供了沟通教育与实践的理想策略,不同于传统教学方法中的以教师为中心,PBL 教学法的关注点在于学生的学而不是教师的教,通过促进学生的自主学习、小组间的合作讨论,使学生形成自己的学习方法。在基于认知心理学和主动学习原则的 PBL 教学法中,教师不再是一个信息提供者,而是一个引导者。学生要对自己的学习负责,并在 PBL 病例讨论中发挥积极作用。PBL 课程通过案例及问题提供,同学在课前完成新课及相关知识点的学习整理、并针对问题展开小组讨论,课上在教师或主持人的主持下进行小组汇报及小组间的讨论。而医学学科的 PBL 课程主要目标就在于培养学生的临床思维、自主学习的能力、解决问题的能力、交流的能力以及对课程中重点、难点概念和理论的深层理解能力^[5]。

3 对象与方法

3.1 研究对象 2017 级针灸推拿 1 班学生,共 57 人。

3.2 研究方法

3.2.1 PBL 教学法案例选择及任务制定原则 中医基础理论是中医学专业学生的专业基础课,是整个中医学专业的课程基石,要将 PBL 教学法运用于该课程中并达到课程目标案例的选择就要遵循简单、紧扣知识点的原则。首先明确中医基础理论中适于运用 PBL 教学法的章节,根据各章节的内容及特点,选择藏象学说、病因、病机 3 个章节运用 PBL 教学法,因为 3 个章节与病例相关性最强,利于刚接触中医学的学生们进行讨论学习。以藏象学说为例,课程标准中此章节能力目标为能运用藏象学说理论分析解释脏腑疾病的中医病因病机。在选择病例时,优先选择症状具有代表性、直观性,紧扣脏腑生理特点能反应脏腑病理表现,例如:学习“心主血脉”及“心主神志”这两个知识点时,选择病例“心悸兼失眠”的患者,通过“心悸”引导学生学习体会“心主血

脉”、通过“失眠”引导学生学习体会“心主神志”;布置的任务以能引导学生自学藏象学说内容的运用能力为主,通过自学脏腑的生理特性及生理功能、查阅资料、小组合作讨论及教师的引导能完成所布置的任务。将病例及任务准备好后便可通过雨课堂发送。

3.2.2 雨课堂建立及课件发送 雨课堂构建(下载、安装、关注、课堂暗号、进入、分组)的智慧环境连接了师生的智能终端,从课前、课中及课后 3 个环节使教与学的联系更为密切,构建课前预习、课堂教学、课后讨论的桥梁。其操作步骤也较为方便:教师在电脑上完成雨课堂的安装,打开 PPT 就可看到菜单中的雨课堂,通过微信扫描二维码登录后就可开启雨课堂。完成课程和班级的创建,出现二维码和暗号后,学生可通过暗号进入班级。基于 PBL 教学法的需要开启分组,每组 6~8 人,因 PBL 的小组需要 14~18 周的培养成熟,不宜轻易换组,分组一般以自由分组为宜教师保留调整权利,小组成员尽量保证学习能力、性格等的多样与互补,完成分组后就可开始布置预习任务。将准备好的课件上传至雨课堂,通过手机微信雨课堂程序选择授课班级、至发送时间后进行发送。

3.2.3 课堂讨论与弹幕使用 因课时受限,小组讨论后的课堂汇报很难保证每个组每个学生都照顾到,课前小组讨论时的记录便至关重要,培训好学生担任记录员一职在讨论跑题或有组员未积极参与讨论时及时调整讨论。在课堂讨论中,雨课堂弹幕功能的运用能够帮助讨论的高效进行,传统课堂中受限于课时教师的提问及学生的回答不可能顾及到每一位同学,通过雨课堂构建的智慧环境,学生们利用弹幕功能可更积极全面的参与到课堂讨论中。

3.2.4 学习情况反馈及考试 教师通过雨课堂发布课件后,学生可随时查阅,对于课件中存在不解的还可直接标注“不懂”或直接进行评论,教师通过查看课件数据可及时掌握学生的学习情况,教师及学生还可通过讨论区发起讨论,尤其对于中医基础理论中存在学术争议的知识点如:“心主神明”还是“脑主神明”?教师可通过发起讨论引导学生进行源流的梳理并发表自己的观点,将课堂延伸到课下,促进学生对知识点更深入地探索、理解和讨论。对于教学目标中要求掌握的知识点,教师制作好试卷并完成相应解题后通过雨课堂编辑相应发布时间及时长后发布,并通过数据反馈及时掌握学生对知识点的学习情况。

4 评价及反馈

4.1 教师评价 通过运用 PBL 教学法,学生的学习积极性较学期初增强,在课前自主学习、参与课堂讨论、对任务准确分析汇报并阐述自己想法的学生比例上升;通过雨课堂构建的智慧环境(下转第 26 页)

刘完素先天运气推演法则及其价值研究*

——以四时伤寒传正候法为对象的探讨

程佩¹ 沈秋莲² 孙悦¹ 胡素敏^{1*} 丁成华¹

(1 江西中医药大学基础医学院,江西 南昌 330004;2 江西理工大学基础课教学部,江西 南昌 330013)

摘要:刘完素在中医先天运气学发展史中占有重要地位,却长久以来为人所忽视。其四时伤寒传正候法,就是以先天运气学理论对发病情况进行诊治的方法。文章详细介绍此法的推演,并指出由于运气医学本身的局限性,此法对疾病的诊治只能是概率性的群体诊治,而不会是精准的诊治。但是瑕不掩瑜,刘完素先天运气学不会因此而贬值,因为我们不但可以应用它的预测功能最大限度预防疾病的到来,更为重要的是,可以运用其理论来更好地指导临床辨证,提高治愈率。

关键词:刘完素;先天运气;四时伤寒传正候法;推演法则;五运六气

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.010

文章编号:1672-2779(2019)-23-0021-03

Research on Deduction Rule of Congenital Yunqi Theory and Value in Traditional Chinese Medicine of Liu Wansu --Taking the Computing Method of the Process of Four Seasons' Affection by Cold as an Example

CHENG Pei¹, SHEN Qiulian², SUN Yue¹, HU Sumin¹, DING Chenghua¹

1. Basic Medical School, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China;

2. Department of Basic Courses Teaching, Jiangxi University of Science and Technology, Jiangxi Province, Nanchang 330013, China

Abstract: Liu Wansu's computing method of the process of four seasons' affection by cold is the method of diagnosis and treatment based on the congenital Yunqi theory in TCM. This paper introduces the deduction of this method, and points out that due to the limitation of Yunqi theory itself, this method can't accurate diagnosis and treatment. But we can not only be used to maximize its predictive function to prevent disease coming, more importantly, can use the theory to better guide the clinical syndrome, improve the cure rate.

Keywords: Liu Wansu; congenital yunqi theory; the computing method of the process of four seasons' affection by cold; deduction rule; five evolutive phases and six climatic factors

宋元时期,中医五运六气理论与临床发展逐渐迈入鼎盛期。学者、医家深入探讨了运气天地之理与疾病变化的关系,并指导对病因、病机的认识及药物的使用,促进了运气学说理论与临床的结合。正是在这样的背景下,金元医学新局面之开创者刘完素(1110—1200年),大力倡导“医教要乎五运六气”“识病之法,以其病气归于五运六气之化”,成为此时期研究中医运气学的代表人物。后人关注刘完素之运气学说,多是从其提出的六气皆从火化说入手,研究其火热论。事实上,刘完素运气学说发挥极广,不仅涉及众人关注的后天运气学,也涉及到先天运气这一小众内容。所谓的先天运气,是依据天地之气变化对应于人体的即时性变化,而总结的五运六气规律。该学说认为,自初生之时胎儿期,人体已

备受天地之气变化影响,由天地之气变化特征导致的婴孩脏腑偏盛偏衰特征固化于机体当中,以禀赋或体质的形式长期影响人体^[1]。

四时伤寒传正候法(亦简称传病法),就是以先天运气学理论对发病情况进行诊治的方法。此法以病人年干支与得病日辰作为疾病诊断之依据,通过一系列法则推演,推算出脏腑病位、传变过程及预后。该法载于氏著《新刊图解素问要旨论》,由其弟子马宗素整理、校订、刊印。故后世亦以为书中夹杂师徒二人之观点。本文试对其法的推演法则作一梳理,并在此基础上探讨刘完素先天运气学价值之所在。

1 刘完素四时伤寒传正候法推演法则

1.1 四时伤寒传正候法基本推演法则 首先,据患病日辰推出司天、司地与司人。“当日日辰名司天。司天前三天名在泉,为司地。左右间气为司人。”^[2]假令患者甲子日患病,参照中医运气学中客气司天、在泉的概念及推演法则(见表1、图1),其司天甲子为少阴君火(足少阴肾经),其司地(在泉)丁卯为阳明燥金(足阳明胃

* 基金项目:国家中医药管理局重点学科建设项目【No.国中医药人教发(2012)32号】;江西省高校人文社会科学研究项目【No. LS18203】;江西中医药大学校级教学团队项目【No.2151800101】;江西中医药大学重点学科青年教师培养计划项目【No.2014jzzdxk029】

* 通讯作者:husmjx@163.com

经)。司人为左右二间气。其中，司地左间气为戊辰太阳寒水（足太阳膀胱经），司地右间气为丙寅少阳相火（足少阳胆经）。

表1 十二地支与司天、司地对应表

年支	子午	丑未	寅申	卯酉	辰戌	巳亥
司天之气	少阴君火	太阴湿土	少阳相火	阳明燥金	太阳寒水	厥阴风木
司地之气	阳明燥金	太阳寒水	厥阴风木	少阴君火	太阴湿土	少阳相火

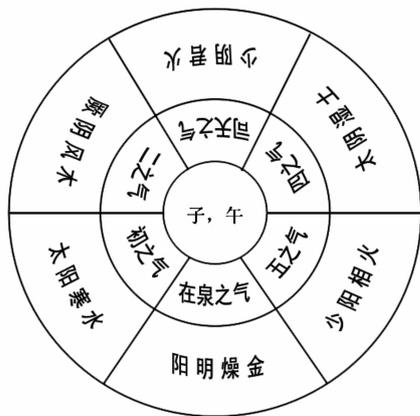


图1 子午年司天在泉图

上文所以取足六经不取手六经者，在于患病日日干甲为阳干。若患病日日干为阴干，则取手六经。如患者己卯日患病，己为阴干，则其司天己卯为手阳明大肠经，司地壬午为手少阴心经。

其次，推算患者在何脏腑先受病。“若要四时病传正候，须将人之相属加在左右间气之上，司地在阳乃加左间气，在泉在阴乃加右间气。数至司天气上，见何脏腑，先受病也。”^{[2]222}在根据患病日辰推算出司天、司地、司人后，紧接着将患者出生之年的地支也纳入计算范畴。假令甲子年出生的患者，戊午日患病，司地丁卯为足阳明胃经。按，手为阳支，足为阴支。阳支从司地左间气数起，阴支从司地右间气数起。此处足阳明胃经司地，则将患者出生之年的年支，加之司地右间气少阳相火之上。故司地右间气地支依患者生年年支而变为子。再从司地右间气逆数至司天之位，司天地支则变为戌。地支戌对应司天为太阳寒水，兼属足六经，则其对应足太阳膀胱经。故患者所患疾病最先起于膀胱。

最后，推算疾病的传变日期及预后。按照地支的逆传以及地支与司天的对应关系，疾病每日传变至不同脏腑。假令患者患病第一日为寅，疾病起于（手少阳）三焦。第二日为丑，疾病传（足太阴）脾；第三日为子，疾病传（足少阴）肾；第四日为亥，疾病传（足厥阴）肝；第五日为戌，疾病传（足太阳）膀胱……

推算出传变过程后，再依据每日所主五行与疾病初起日五行的生克关系，来确定疾病预后。以疾病初起日

五行为本，凡我生、生我者为微邪，我克者为实邪，克我者为贼邪。贼邪之日，患者病情加重或死亡。上文中，患者疾病初起于三焦，是为火；第二日传脾，脾属土，火生土。我生者为微邪，当补心泄脾；第三日传肾，肾本属水，但在传病法中，地支子午对应少阴君火之气，故肾于此属火。三焦亦是火。二火相冲，当解心经；第四日传肝，肝属木，三焦属火。木生火，为微邪。当补肝泄心；第五日传膀胱，膀胱属水，三焦属火，水克火，克我者为贼邪，其人是日必死。^{[2]223}

1.2 运气同化概念的介入 以上为四时伤寒传正候法基本推演法则。但是在具体推演过程中，运气同化现象也是重要考虑因素。运气同化，就是五运与六气同类化合。传统中医运气学认为，在六十年的运与气变化中，有二十六年是同化关系，即岁运与六气在某种情况下出现了五行属性相同的情况，构成了比较特殊的年份，可能出现比较典型的气候变化^[3]。不过，与传统中医运气学中运气同化概念运用于年不同，在刘完素四时伤寒传正候法中，运气同化概念主要运用于日，同时亦可见于年、月、时。若患病或传病于运气同化之日，患者往往病情加重，预后不佳。

运气同化主要包括天符、岁会、太乙（一）天符等不同类型。所谓天符，指岁运五行属性与司天之气的五行属性相同。在六十甲子中，计天符有十二，分别为己丑、己未、戊寅、戊申、戊子、戊午、丁巳、丁亥、丙辰、丙戌、乙卯、乙酉。按《素问·六微旨大论》所述，天符之年，邪气在上，人体发病迅速且严重。

所谓岁会，指岁运五行属性与地支五行方位属性相同。六十甲子中，计岁会有八，分别为甲辰、甲戌、己丑、己未、乙酉、丁卯、戊午、丙子。这些干支中，岁运的五行属性不仅与地支的五行属性相同，而且地支的五行方位恰是该五行属性的正位。岁会之年，邪气在下，人体病势徐缓但持久。

所谓太乙天符，亦称太一天符，指既是天符，又是岁会的干支组合，即岁运的五行属性与司天之气的五行属性及年支的五行方位属性皆相同。《素问·天元纪大论》称之为“三合为治”。六十甲子中，计太乙天符有四，分别为戊午、乙酉、己丑、己未。相比于天符和岁会，在太乙天符之年、月、日、时，患者病情会更为危重。太乙天符之年，邪气上下相交，人体病势急剧且有死亡危险。故按刘完素所论，假令患者“太一其日得病，十死一生也”。^{[2]223}

2 对刘完素先天运气学价值的批判与再认识

2.1 对刘完素先天运气学的批判 刘完素的四时伤寒传正候法，作为典型的先天运气学理论，以患者生年及患病

日辰为依据,纯粹以推演得出疾病初患部位、传变日程、脏腑及预后。之后其弟子马宗素,在此基础上,进一步发明类似之说《伤寒钤法》。该法将《伤寒论》各病证方药钤成固定字号,亦从患者生年和患病之日干支入手,推算出所患何病,病在何经,当现何症,当用何方,何日病痊或病重。

无论刘、马,其法皆只重推演而未辨脉理。这也引发后世医家对二人先天运气理论的猛烈抨击。然抨击焦点主要集中在马宗素,此恐是后世顾全刘完素身后威名之故。早在元代,刘完素三传弟子朱丹溪曾侧击其师门道:“学医之初,宜须先识病机之变化,论人形之处治。若便攻于运气,恐流于马宗素之徒,而云某生人,某日病于某经,用某药治之之类也。”^[4]明代虞抟则坚决反对此法:“此马宗素无稽之术而以世之生灵为戏玩耳。”^[5]清代叶天士亦认为:“如马宗素之流者,假仲景之名,而为《伤寒钤法》,用气运之更迁,拟主病之方治,拘滞不通,诚然谬矣。”^[6]总之,元以后不少医家认为先天运气理论悖逆《黄帝内经》之旨,惑乱仲景辨证论病之法,有损五运六气声誉。

近代以来,随着中国传统文化赖以生存的社会土壤日渐丧失,中医的发展更是举步维艰。“阴阳五行说,为两千年来迷信之大本营。”^[7]深植于阴阳五行框架之上的中医运气学愈发为世人不屑。刘完素的先天运气学,更是受到世人的直接指摘。梁尚博便直批刘完素:“满纸尽是五行生克之语,穿凿附会,强解事理”。^[8]是故建国以来,有关刘完素的医学研究中,罕见先天运气理论的研究。

2.2 对刘完素先天运气学价值的再认识 作为运气学说的重要组成部分,先天运气学对患者出生及胎孕期的运气气化特点进行分析,探讨其对患者生理病理体质及发病证候的影响。这本身就体现出对时间因素与人体健康关系的深刻认识。目前,即使在国外,也开始重视时间因素对疾病影响的研究^[9]。先天运气学,恰恰是中医在此领域的先天优势。刘完素先天运气学之价值,也正体现于此。

中国大陆对先天运气学的研究始于20世纪80年代。汪德云先生对出生及胎孕时间与体质与证候的关系进行专题研究,提出人体胎历病理内脏定位规律,籍此预测后天发病的病理定位^[10-14]。汪氏的系列研究成果受到当时学者的关注。之后的后续研究则零星出现。刘玉芝、余丹等^[15-16]分别对众多肝火上炎患者及脑卒中患者的出生时间的运气特点与疾病特点进行对比分析,发现二者的密切联系。张薇薇、李游等^[17-18]对胎孕及出生时运气气化特点与中医体质的相关性进行研究,在认可二

者关联客观存在的同时,指出人体未来发病的规律。总之,上述学者从临床实践出发,对先天运气学价值均给予相当的肯定。刘完素的四时伤寒传正候法,作为先天运气学的重要组成部分,其价值自然亦应受到今日学者之认可。

综上所述,刘完素的四时伤寒传正候法,是以先天运气学理论对发病情况进行诊治的方法。其理论价值在于,我们不但可以应用它的预测功能最大限度预防疾病,更为重要的是,可以运用其理论来更好地指导临床辨证论治。然而,由于运气学本身的预测属于定性预测,具体到个人,则未必相符。因此,运气医学本身的局限性,决定了四时伤寒传正候法对疾病的诊治只能是概率性的群体诊治,而不会是精准的诊治。故该法不能视为临床诊疗之圭臬。但是瑕不掩瑜,刘完素先天运气理论不会因此而贬值,其在临床方面依然有其广泛的适用性,尤其在中医“治未病”方面,有重要的指导意义,值得深入研究。

参考文献

- [1] 杨威,白卫国.五运六气研究[M].北京:中国中医药出版社,2011:98.
- [2] 宋乃光.刘完素医学全书:新刊图解素问要旨论[M].北京:中国中医药出版社,2006.
- [3] 苏颖.五运六气探微[M].北京:人民卫生出版社,2014:77.
- [4] 明·徐春甫.古今医统大全[M].北京:人民卫生出版社,1991:272.
- [5] 明·虞抟.医学正传[M].北京:中国医药科技出版社,2011:14.
- [6] 清·叶天士.叶选医衡[M].北京:人民军医出版社,2012:5.
- [7] 顾颉刚.古史辨:阴阳五行说之来历(第五册)[M].上海:上海古籍出版社,1982:343.
- [8] 梁尚博.辨河间六气为病及火说[J].星群医药月刊,1951(11):11.
- [9] 王国为,杨威.浅谈中医理论的时间属性及其对昼夜节律的认识[J].世界睡眠医学杂志,2017,4(1):27-30.
- [10] 汪德云.出生年月的运气与疾病的关系[J].浙江中医杂志,1981,16(3):106.
- [11] 汪德云.从人体胚胎发育期看运气学说[J].中医药学报,1984,12(3):11-12.
- [12] 汪德云.小儿疾病与胚胎发育期之内在规律的探讨[J].北京中医学院学报,1984,7(4):12-14,31.
- [13] 汪德云.十二指肠炎自然发生率与胎历时间有关[J].中医药学报,1984,12(6):32,18.
- [14] 汪德云.运气学说病理定位律的临床应用[J].山东中医学院学报,1988,12(2):34,58.
- [15] 刘玉芝,符文增.300例肝炎上炎型眩晕患者出生时相运气特征研究[J].河南中医药学刊,1998,13(4):4-5.
- [16] 余丹,张苏明.出生时间与脑卒中发病的关系[J].中国临床康复,2004,8(19):3707-3709.
- [17] 张薇薇,钟宇,杨宇琦,等.五运六气对体质及患病的影响[J].中华实用中西医杂志,2007(20):1795-1796.
- [18] 李游,尹婷.五运六气于中医体质学研究[J].中华中医药杂志,2008,23(11):952-954.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:熊德梁 收稿日期:2019-04-09)

《黄帝内经》奇经思想对后世妇科的影响*

吕晶武

(南京中医药大学附属镇江市中医院妇科,江苏 镇江 212001)

摘要:从生理联系、病理联系及后世影响三方面,论述了《黄帝内经》中有关奇经八脉理论对后世妇科发展的影响。首先奇经八脉中的督、任、冲皆起于胞中,奇经八脉与妇科的联系主要体现在督、任、冲、带四脉。不月、不孕、带下、癥聚等妇科疾病与督、任、冲、带四脉密切相关。后世补肝肾调冲任的治法及四乌贼骨一藟茹丸的运用皆来源于《黄帝内经》。

关键词:妇科;奇经八脉;胞宫;黄帝内经

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.011

文章编号:1672-2779(2019)-23-0024-03

The Influence of the Eight Extra-channel Theory in *Huangdi Neijing* on the Gynecology of the Future

LYU Jingwu

Gynecology Department, Zhenjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Zhenjiang 212001, China

Abstract: From the three aspects of physiological connection, pathological connection and the influence of later generations, this paper discusses the influence of the eight extra-channel theory on the development of gynecology in the book of *Huangdi Neijing*. Firstly the Du, Ren, Chong and Dai in the eight extra-channel all started in the uterus. The connection between the eight extra-channel and the gynecology is mainly reflected in the Du, Ren, Chong and Dai the four channels. Gynaecological disorders such as amenorrhea infertility leucorrhea package block are closely related to the the four veins of Du, Ren, Chong and Dai. The treatments of later generations such as repair liver and kidney or opsonize Chong and Ren or apply the Wuzeigu-lvru pill are all derived from *Huangdi Neijing*.

Keywords: gynecology; eight extra-channel; uterus; *Huangdi Neijing*

《黄帝内经》对女性内生殖系统的认识主要体现在女子胞,归属于奇恒之府。奇者,异也。认为女子胞不同于一般的脏和腑。至金元时期,朱丹溪在《格致余论·受胎论》中指出:“阴阳交媾……名曰子宫,一系在下,上有两歧,一达于左,一达于右。”明代张介宾在《类经附翼》指出子宫:“居直肠之前,膀胱之后,当关元气海之间。”这些说明,历代医家对子宫及女性内生殖器的认识在不断提高完善。

《黄帝内经》除对女子胞进行了阐述和归属划分,还在经脉循行上进行了相关论述。所谓“一源三歧”是指奇经八脉中的督、任、冲皆起于胞中。奇经虽有别于十二经脉的交接和表里沟通联系,但对循行路线中所经脏腑也是有一定影响的。“经脉所过,疾病所主”。故《奇经八脉考》曰:“督主身后之阳,任、冲主身前之阴……带脉横束诸脉……是故医而知乎八脉,则十二经、十五络之大旨得矣。”^[1]阴阳跷主司阴静阳动,阴阳维主司营卫表里。《黄帝内经》中奇经八脉与妇科的联系主要体现在督、任、冲、带四脉。督任冲带形成了围绕女子胞的一个纵横交错的经脉网络系统。

1 生理联系

《素问·骨空论》云:“任脉者,起于中极之下。”“督脉者,起于少腹以下骨中央”。《灵枢·五音五味》曰:“冲脉、任脉皆起于胞中。”张介宾注:“任冲督三脉皆起于胞宫。”^[2]《奇经八脉考》曰:“督脉起于会阴……为阳脉之总督,故曰阳脉之海。任督起于会阴……为阴脉之承任,故曰阴脉之海。冲脉起于会阴……为诸脉之冲要,曰十二经脉之海。带脉则横围于腰……所以总约诸脉者也。”^[1]《素问·奇病论》说:“胞脉者属于肾”;《素问·评热病论》说:“胞脉者属于心而络于胞中。”张介宾曰:“胞中之络,冲任之络也”。认为女子胞通过冲任之络而与脏腑发生联系。带脉与督、任、冲相通,调节诸脉,主司妇女带下。《素问·痿论》曰:“皆属于带脉,而络于督脉。”^[2]

海相当于江河之湖泊,用于调节人体经气之多寡。《奇经八脉考》有云:“盖正经犹夫沟渠,奇经犹夫湖泽。”^[1]督、任、冲分别是阳脉之海、阴脉之海和血海,调节着人体的阴阳气血。女子胞主经孕,其藏泻功能实则是通过不断地积累精血,达到一定程度后,满而溢,清空后重新开始。奇经和女子胞一样,既要经气充足而有余,又有保持通畅,经气充足才能发挥功能,保持通畅,经脉通畅才能保证经气的正常灌输,充和通相互影响。《奇经八脉考》指出:经脉的“流溢之气,入于奇

* 基金项目:第三批江苏省中医临床优秀人才研修项目【No.苏中
医科教[2017]18号】

经。”^[1]当人体经气充足并有余时才能流溢于奇经。

女子胞需精血满溢才会推陈出新。不是一般的简单的循环往复，而是螺旋式上升，保持动态平衡的稳步提升。需要机体有高水平的阴阳气血平衡，才能保证不断推陈出新的生理功能。督、任、冲经气充足通畅，恰好反映出女子胞气血阴阳状况良好。幼女经气未达有余，故无月事，不能有子。二七后“任脉通，太冲脉盛”，月事来潮，故能有子。等到了七七，“任脉虚，太冲脉衰少”，故绝经无子也。带脉约束调节督、任、冲三脉的经气。

2 病理联系

2.1 不月 《素问·上古天真论》指出：“女子……二七……任脉通，太冲脉盛，月事以时下……。”^[2]张介宾云：“月经之本，所重在冲任。”《妇人大全良方》曰：“冲为血海，任主胞胎……经水渐盈，应时而下……”，“妇人冲任二脉为经脉之海……若阴阳和平，经下依时。”若冲任受损，则血海逆乱，出现月经失调诸症。《景岳全书》有云：“枯竭者，因冲任之亏败，源断其流也。”^[3]所以在病理上，气血失调、脏腑功能失常等只有损伤了冲任督带的功能时，才能导致胞宫发生经带胎产等诸病^[4]。冲任督带功能异常既可能是四脉不通畅，也可能是阴阳气血未达有余致四脉经气不充足。所以，有些女性虽有不月表现，却无所苦，冲任督带经气不够充足，难以推陈出新所致。

2.2 不孕 《素问·骨空论》曰：“督脉为病，脊强反折……其女不孕。”^[2]由于督脉分支络肾贯心，为心、肾相交的通道。故督脉不足，会影响肾阳上温心阳，心肾之阳气不能相交。若督脉阳虚，则冲任失固，胞客虚寒，不易受孕，且经血亏损，气失升举，胞宫失养。《内经》有“冲脉为病，女子不孕”的记载。王冰曰：“冲为血海，任主胞胎，二者相资故能有子。”滑伯仁说：“任者，妊也，为人生养之本。”“谓之任脉者，女子得之以妊养”。《景岳全书》曰：“凡此摄育之权，总在命门，正以命门为冲任之海。”^[3]由此可见，能否妊娠与督任冲三脉的功能是否正常，关系尤为密切。机体只有在各脏腑气血阴阳达到高水平的平衡时，才能够孕育新生命的诞生。

2.3 带下 《素问·骨空论》云：“任脉为病……女子带下……。”^[2]带脉通于任督，任督有病可累及带脉，约束无力而致带下绵绵。《圣济总录》曰：“冲任不能循流，……故成带下”。《傅青主女科》指出：“任督病而带脉始病。”傅氏立“易黄汤”治带时指出：“盖山药、芡实专补任脉

之虚……加白果引入任脉之中……所以奏功之速也。”^[5]进一步阐明了带下病与任脉的关系。督任冲的病变损伤到带脉，则致带下异常。带脉本身病变也可致带下异常，临床均能见到。

2.4 瘕聚 《素问·骨空论》曰：“任脉为病……女子……瘕聚。”^[2]高世栻注：“瘕聚，血液内瘀也。”盖任脉主一身之阴，任脉有病，经脉气血即滞。久而成瘕聚。瘕，指石瘕；聚，指结聚。瘕聚积聚之证，后世亦有从奇脉论治者，临床能够收效，皆因《黄帝内经》中提出的奇经与女子胞的特殊联系。督、任、冲既然是阳脉之海、阴脉之海和血海，除了有蓄积汇聚的作用外，也有停聚瘀浊的可能。本应排泄的阴血如滞留不去，日久形成瘕聚，通过疏通奇经，祛除瘀滞，瘕聚积聚之证可愈。

3 后世影响

3.1 补肝肾 女子胞位处下焦，带脉之下，是冲任督三脉起点。下焦属肝肾，肾为先天之本，主藏精系胞。女子经孕胎产都离不开血，血来源于脾，总属于心，藏受于肝。《类证治裁》云：“冲任皆奇经，而血之生化由脾胃。若七情内伤，六淫外侵，兼之饮食劳倦，故脾胃日亏，化源日薄，冲任日衰，神色日夺，首重尤在调肝。”故后世提出了“女子以肝为先天”“八脉隶于肝肾”等理论。治疗妇科病证重视补益肝肾，精血足够充沛，才能满溢致奇经，保障其功能正常，从而完成女性经孕胎产的特殊生理过程。

3.2 调冲任 八脉属经络范畴，经络即路径网络之意，须保持通畅。在《临证指南医案》中指出：“妇人之疾，除经带之外，与男子同治。而经带之疾全属冲任”。^[6]冲为血海，任乃阴脉之海。所谓“阳化气，阴成形”，经带和胚胎都是有形之物，需有充沛的阴血滋养化生，所以阴血对女性尤其重要。阳动而散，阴静而凝，阴血易停滞而生瘕聚之患。调冲任以保持阴血的流畅，从而滋养胞宫，经带之疾可除。叶氏在治疗妇女疾患时，尤重视奇经治法，宗《黄帝内经》“形不足者温之以气，精不足者补之以味”之旨，立有“通补”“升阳”“固摄”“调理”等法，还提出奇经虚损之疾，非一般补气养血药所能及，必借血肉有情之品方能直达病所。凡精血虚惫，八脉不用诸证，都为慢性久病，精血久耗，五液全涸，草木药物难以胜任，当取血肉有情之品充养之。但王道无奇功，当须缓图。近代名医张锡纯所立的理冲汤、安冲汤、温冲汤、固冲汤等，都是以治冲脉为主的妇科名方。当代妇科名医郭梅峰也说过：“不明冲任督带学遍妇科何济？”。所以，调理冲任渐渐成为了治疗妇科病证的一条有效捷径。叶天士有云：“只知治肝肾，不知有治八脉之

妙”则“宜乎无功”。^[6]

3.3 四乌贼骨一蘼茹丸的运用 《内经》所载妇科名方四乌贼骨一蘼茹丸以乌贼骨四份，取其咸味走肾，性温达肝，配以蘼茹（注家多谓即茜草）一份，取其辛散，温去恶血，二物合用，功专去瘀生新。丸以雀卵，取其温以助阳，补益精血。饮以鲍鱼汁以补益肝肾，取其味厚，具有益阴之效。重用腥臭之品直入下焦奇经而达胞宫，因同气相求，气味浓烈，可直达病所。其通补兼施，补中寓通的制方原则对后世颇多启迪。正如叶氏所言：“奇经之结实者，古人必用苦辛和芳香以通脉络，其虚者，必辛甘温补，佐以流行脉络，务在气血调和，病必痊愈。”^[6]《黄帝内经》即以此方开创并树立了治疗奇经病证的法则，后世宗此加以发挥皆有所成。如张锡纯所制的治疗带下的“清带汤”即以此引申而来。朱小南先生治疗秽带也以此方为主加败酱草、墓头回、鱼腥草等，以咸寒腥臭直达下焦，疗效显著^[7]。

《黄帝内经》中有关奇经八脉理论与妇科的联系，虽然散见于各处，但却是从生理病理到理法方药都有涉及。历代医家虽多有论述与发挥，但认识最为深刻的当数清代名医叶天士。可以说《黄帝内经》为后世临床各科的发展奠定了基础，不愧为中医的经典之作。它在各方面的论述对后世都有着极其深远的影响，值得我们不断探讨。

参考文献

[1] 明·李时珍. 濒湖脉学 奇经八脉考[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:60.

[2] 佚名. 黄帝内经·素问[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:162,217.

[3] 明·张景岳. 景岳全书[M]. 上海:上海科学技术出版社,1959:647.

[4] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 上海:上海科技出版社,1997:24.

[5] 清·傅山. 傅青主女科[M]. 上海:上海科学技术出版社,1959:4.

[6] 清·叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:420-434.

[7] 陆平. 擅长妇科 善调奇经—妇科名家朱小南[J]. 上海中医药杂志,1991,25(7):30.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:章春梅 收稿日期:2019-04-02)

(上接第20页)也使得课件的发放、师生的沟通、学情的分析更为便捷。通过对教改班其他课程任课教师的访问,其他任课教师普遍认为教改班学生在课堂上的积极性、气氛活跃程度、学习热情高于平行班级。

4.2 学生反馈 通过 PBL 教学法的运用,学生的自我评价有所提高,学生课前自主学习、积极参与讨论、回答问题、及时复习、扩展阅读量的比例有所增长。见表 1。

表 1 教改前后 57 名学生自评表 [人数(%)]

调查内容	教改前	教改后
课前自主学习	20(35)	52(91)
积极参与小组讨论	15(26)	54(95)
课堂上能认真思考老师和同学提出的问题	34(60)	54(95)
积极回答	8(15)	45(79)
及时主动复习	23(40)	54(95)
能主动阅读相关专业书籍	6(10)	34(60)

学生对雨课堂的使用做出评价中,认为雨课堂所构建的智慧环境使学习更便捷,与老师的沟通及学习反馈更方便。见表 2。

表 2 57 名学生对雨课堂评价表 [人数(%)]

用户评价	比例
非常满意	45(79)
满意	12(21)
不满意	0(0)
合计	57(100)

5 结论

大一新生在刚接触专业时大都有较强的好奇心,但

对于一直接受现代教育已形成现代思维模式的学生们来说,中医学所具有的独特传统思维模式过于抽象,学习起来有一定的难度。同时学生在以往的中小学教育中,教师大都采用传统教学方法,学生自主学习能力、小组合作能力较为欠缺,而这些能力都是一个医学生乃至医生的核心竞争力。通过运用 PBL 教学法,引入紧扣知识点的案例、设置目标难度适当的任务,使学生在课前积极主动完成自学,并在小组讨论时主动表达自己的观点与他人共同学习交流,学生从被动的接受者转化为主动学习者;同时教师在课堂讨论中扮演好引导者的角色,以旁观者的角度对小组成员进行打分,并在讨论偏题时及时纠偏、学生讨论遇到瓶颈时适度引导^[6]。

通过雨课堂构建的智慧环境,教师布置任务、学生学习反馈更加便捷,使得 PBL 教学法的运用更为方便,更利于教学活动的实施。

参考文献

[1] 刘迎辉,刘忠文,杜红卫. 浅谈 PBL 教学法在中医基础理论教学中的应用[J]. 中国实用医药,2010,5(25):272-273.

[2] 王彤,佟晓辉,杜伟. PBL 教学法在中医基础理论教学中的应用[J]. 北京中医药,2008,27(2):150-151.

[3] 刘芳. 基于雨课堂的管理学课程混合式教学模式研究[J]. 科技资讯,2016,14(36):184,186.

[4] 卢伟,贾梓伟,李伟红,等. 雨课堂在医学整合课程教学中的应用[J]. 卫生职业教育,2018,36(7):44-46.

[5] SAMY AZER. 问题导向学习(PBL)指南[M]. 王维民,蔡景一,译. 北京:北京大学医学出版社,2015:4-12.

[6] 范薇,杨剑,夏丽娜,等.《中医基础理论》PBL 教学法影响因素分析[J]. 成都中医药大学学报:教育科学版,2013,15(2):5-6.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:林 坚 收稿日期:2019-03-19)

杨毅玲教授从脾胃论治消渴病学术思想总结*

马冰¹ 杨毅玲^{2*}

(1 北京朝阳区崔各庄第二社区卫生服务中心,北京 100103;2 北京中医药大学中医诊断系,北京 100029)

摘要:杨毅玲教授从事中医诊断教学及临床研究工作30余年,对“消渴病”治疗的继承与发展。杨毅玲教授认为现代人的饮食、生活节奏都较从前发生了变化,消渴病的病因不仅仅是过去传统中医学认为的“气阴两虚”。杨毅玲教授认为“痰浊”是现代消渴病之主要病因之一。经过长期临床实践及经验总结认为:现代人的消渴病与脾胃功能失调有关,故提出健脾化浊,和胃消痞,疏肝解郁为治疗法则。

关键词:消渴病;脾胃;学术思想;杨毅玲

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.012

文章编号:1672-2779(2019)-23-0027-03

Academic Thought of Professor Yang Yiling in Treating Consumptive Thirst from Spleen and Stomach

MA Bing¹, YANG Yiling²

1. Cuigezhuang Second Community Health Service Center of Chaoyang District, Beijing 100103, China;

2. Department of Diagnosis of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

Abstract: Professor Yang Yiling has been engaged in the teaching and clinical research of TCM diagnosis for more than 30 years, and has inherited and developed the treatment of diabetes. Professor Yang Yiling believes that modern people's diet and rhythm of life have changed. The cause of diabetes is not only "deficiency of both qi and yin" in traditional Chinese medicine. Professor Yang Yiling believes that phlegm turbidity is one of the main causes of modern diabetes. After long-term clinical practice and experience, it is concluded that the modern people's diabetes is related to the dysfunction of spleen and stomach. Therefore, it is proposed that strengthening the spleen and removing turbidity, eliminating rubella in the stomach and soothing the liver and relieving depression are the therapeutic principles.

Keywords: diabetes; spleen and stomach; academic thoughts Yang Yiling

杨毅玲教授,主任医师,北京中医药大学教授,硕士研究生导师,北京朝阳区遴选的中医药专家下基层暨学术经验继承工程项目指导教师。从事教学科研、中医临床工作30余年,其治学严谨、辛勤育人、言传身教,孜孜不倦、热情奉献、继承创新,注重中医理论:整体观念、辨证论治的同时,也注重西医知识的更新。在学术上主张调理脾胃治疗各种疾病,其在临床实践中从脾胃论治消渴病取得良好疗效,本人有幸师承于杨毅玲教授,现将揣摩杨毅玲老师经验总结如下,与读者共享。

1 历代中医对消渴病的认识

在《中医内科学》(五版)^[1]对消渴是这样定义的:“消渴是以多饮、多食、多尿、形体消瘦,或尿浊、尿有甜味为特点的病证。”正如隋代大医家,巢元方在《诸病源候论》中指出:“夫消渴者,渴不止,小便多是也。”

“消渴”一词,首见于《素问·第十三卷·奇病论四十七》所云:“黄帝曰:有病口甘者,病名为何?何以得

之?岐伯曰:此五气之溢也,名曰脾瘅,瘅为热也。夫五味入口,藏于脾胃,脾为其之行其精气,津液在脾,故令人口甜也。此人必数食甘美而多肥也,肥者令人生内热,甘者令人中满,故其气上逆,转为消渴。”是《黄帝内经》对于消渴病的初步认识。东汉医家张仲景在他的著作《金匮要略》中将“消渴”分为“上消”“中消”“下消”。金代医家成无己在他的著作《注解伤寒论》中对“消渴病”临床发展、治疗做了描述,“厥阴之为病,消渴,气上撞心,心中疼热,饥而不欲食,食则吐蛔,下之利不止。”“……若脉浮,小便不利,微热消渴者,五苓散主之。”

2 杨毅玲教授对消渴病治疗的继承与发展

古人认为消渴病的病机主要在于阴津亏损,燥热偏盛,而以阴虚为本,燥热为标,两者互为因果,阴愈虚则燥热愈盛,燥热愈盛则阴愈虚。消渴病变的脏腑主要在肺、胃、肾,尤以肾为关键。三脏之中,虽可有所偏重,但往往又互相影响。杨毅玲教授认为现代人的饮食、生活都发生了变化,消渴病的病因不仅仅是过去传统中医学认为的“气阴两虚”,杨毅玲教授认为“痰浊”是现代消渴病之主要病因之一。2型糖尿病患者,血糖升高,

* 基金项目:北京市朝阳区卫生和计划生育委员会中医师承工程学术经验指导老师和继承人项目【No.朝卫通字(2017)54号】

* 通讯作者:yangyiling5939@126.com

湿浊不化，责之于“脾”，杨毅玲教授认为中医学中的“脾”与现代医学中的“胰腺”有部分相类似的功能。脾胃为“后天之本”，气血生化之源，脾主运化，胃主受纳，脾胃居于中焦。脾胃虚弱，则气血不足，生化无源；胃主受纳，脾主运化，饮食物进入体内，若脾失健运，水湿内停，运化失司，蕴湿成痰，湿浊内生；脾胃虚弱，不能运化水谷精微，气血运化无力，则湿浊不化，而发血糖、血脂等升高，营养物质代谢减慢，新陈代谢减慢。中医学认为：肾阴虚、气阴两虚、阴阳两虚是消渴病的主要病机特点。应用滋补肾阴法治疗消渴病，临床疗效尚佳。依据中医“久病必瘀”之特点，勿忘加用活血化瘀之品。根据病虚实夹杂之病理特点，治虚不忘实，湿热、燥热、瘀热应兼顾。对于消渴病的治疗，凡五脏不论何脏之虚，凡涉及胃者必从胃治；与胃不相关者，亦当时刻不忘胃气为本，以胃为养^[2]。

3 调理脾胃治疗消渴病临床应用

3.1 虚热内盛 口渴喜冷饮，易饥多食，急躁易怒，怕热心烦，溲赤便秘，舌红苔黄，脉弦数或滑数者。治以健脾益气，滋阴清热，疏肝解郁为法。方用柴芩温胆汤合消渴方加减，常用药物：柴胡、酒黄芩、白芍、太子参、山萸肉、鬼箭羽、竹茹（基础方）若失眠多梦加入远志、石菖蒲，安神定志以安眠；煅龙齿：重镇安神兼顾制酸；瓦楞子：制酸止痛。见五心烦热，自汗盗汗，胸闷心烦，舌红、苔少者，加入沙参、麦冬、五味子、生地黄、石斛。

3.2 气阴两虚 倦怠乏力、自汗盗汗，气短懒言，咳嗽痰声重、口渴喜饮，五心烦热，心悸失眠，伴有胸腔积液，或见两胁胀痛，溲赤便秘，舌红少津，舌体胖大、苔薄或花剥，脉弦细或细数无力者。治以益气养阴，疏肝健脾为法。方用沙参麦冬汤加减。常用药物：沙参（北）、麦冬、太子参、枳壳、柴胡、白芍、黄芩、茯苓、白术（生）、竹茹。若痰多、咳声重浊者，加前胡、桔梗、桑白皮、姜半夏、鱼腥草、浙贝母、百合；胸腔积液，加化痰利水之泽兰、益母草、郁金；腹部胀满，加青皮、大腹皮；若有结核杆菌，加能抑制结核杆菌生长的升麻。

3.3 阴阳两虚型 证以形寒怕冷，面色苍白无华，耳鸣腰酸，时有潮热盗汗，四肢欠温，大便溏薄，小便清长，阳萎早泄，舌质淡红，舌体胖嫩、边有齿痕、苔薄白或白腻，脉沉细或细数无力者。治以补阴益阳为法。方用补肾祛寒治痹汤加减，常用药物：秦艽、独活、羌活、丹参、防风、葛根、稀莩草、威灵仙、海风藤、杜仲（盐）、怀牛膝、伸筋草、络石藤、黄芪（生）、姜黄、延胡索（炙）、白芍、赤芍、桑枝、川芎、茯苓、补骨脂、太子参，若畏寒怕冷较甚，遇寒痛剧者，为寒湿重症加细辛、制川乌、制草乌等以散寒止痛；以上肢为主者去独活、牛膝，加羌活、姜黄、桑枝等引药入上肢；筋脉

拘急较甚者，去海风藤、苍术、防风，加木瓜、生薏苡仁等以舒筋缓急；脊背强直、关节不利者，去海风藤加羌活、狗脊、鹿角胶等以利关节；挟痰瘀互结，兼见关节漫肿日久，僵硬变形，疼痛固定，痛如针刺，舌质紫暗、苔白腻者，加血竭、乳香、没药、苏木、红花、白芥子以活血祛瘀；若兼肝肾阴虚，而关节畸形，局部灼热疼痛，形瘦骨立，腰膝酸软，头晕耳鸣，舌红少苔，脉细数者，去独活、桂枝、附片、苍术等温燥之品，酌加山萸肉、生地黄、淮山药、黄柏、地骨皮、银柴胡、青蒿等滋阴清热；兼气血两虚而行动艰难，面色淡白，心悸自汗，神疲乏力，舌淡苔白，脉细弱者，加黄芪、人参、当归、丹参等以益气补血。邪郁发热，兼见关节红肿疼痛如燎或有发热恶风，有汗不解，口渴、便干、尿赤、舌赤、舌红苔黄、脉浮数者，去苍术、淫羊藿、附片，酌加金银花、连翘、紫花地丁、白花蛇舌草、炙马钱子等清热解毒。

3.4 兼证 上述3型中尤以后两型常伴有以下3种兼证居多。

3.4.1 糖尿病血管合并症 症见心胸疼痛，甚则彻背，胸闷憋气，心慌气短，唇舌紫暗者（合并冠心病）。治以益气复脉、温中健脾为法。方用生脉饮合薤白散加减。常用药物：党参、五味子、麦冬、黄芪（生）、桂枝、薤白、丹参、巴戟天、柏子仁、枳壳、柴胡、红花、珍珠母（先煎）、茯苓、白术（炒）、木香、佩兰、羌活、独活、延胡索（炙）、姜黄、香附（醋）等。

3.4.2 眼花视物昏糊不清者（见于视网膜病变或白内障） 治以明目退翳，健脾化浊为法。方用：钩藤饮加减。常用药物：青箱子、白芍、赤芍、钩藤、桑叶、生地黄、珍珠母、太子参、知母（生）、石决明、夏枯草、桑寄生、柴胡、白茅根、北沙参、麦冬、黄精、鬼箭羽、葛根、天花粉、茯苓、沙苑子、山萸肉、白豆蔻、菊花（贡）等。

3.4.3 下肢疼痛，麻木不仁，甚则青紫溃破者（见于合并下肢血管病变） 治以活血化瘀、益气复脉，健脾化浊为法。方用：独活寄生汤加减。常用药物：鬼箭羽、瓜蒌、沙苑子、柏子仁、佩兰、鸡血藤、独活、白芍、决明子（炒）、当归、川芎、茯苓、海风藤、怀牛膝、伸筋草、香附（醋）、防风、桑寄生、杜仲（盐）、补骨脂、延胡索（炙）等。

3.4.4 面目下肢浮肿，小便混浊者（见于合并肾病，蛋白尿） 治以补肾健脾为法。方用：实脾饮合真武汤加减。常用药物：益母草、泽兰、黄芪（生）、白芍、泽泻、当归、杜仲（盐）、车前子（包煎）、栀子（炒）、桔梗、茯苓、白术（生）、决明子（炒）、厚朴、佛手、丹参、白花蛇舌草、辛夷、苍耳子、白芷、太子参、生地黄、鸡内金、枇杷叶（蜜）、莱菔子、炙甘草等。

3.4.5 头晕头痛,失眠健忘,甚则出现口眼歪斜,半身不遂者(见于脑血管合并症)舌多紫暗或边有瘀斑,舌下静脉曲张等,脉沉细或细涩不利等血瘀证。治以行气活血,健脾化浊为法。方用:补阳还五汤加减。常用药物:黄芪(生)、红花、益母草、柴胡、黄芩、白芍、鸡血藤、当归、丹参、夏枯草、钩藤、泽兰、茯苓、怀牛膝、山萸肉、杜仲(盐)、川芎、葛根、薤白、天花粉、熟地黄、益智仁、芡实(麸炒)等。

4 医案举隅

张某某,女,69岁。于2018年11月8日初诊。主诉:间断口干、乏力、消瘦、多食8年。现病史:近8年来,患者自觉口干、口渴,乏力,多食易饥,夜尿增多。喝水后,口渴不解。体质量减轻明显。自我加强营养,纳多,眠安,夜尿2次,大便2~3次/d,水样便。既往病史:原发性高血压2年、2型糖尿病8年、冠心病2年、高脂血症2年。无家族遗传性病史。中医四诊:舌暗、苔少,脉细。体格检查:身高:1.56 m,体质量:67 Kg,脉搏:76次/min;呼吸:19次/min;血压:125/70 mm Hg,神清,精神差,呼吸平稳,心率:76次/min,心律齐,两肺呼吸音清,未闻及干湿罗音,腹部平软,肝脾未及,四肢关节活动良好,双侧足背动脉可及,对称。辅助检查:空腹血糖:9.17 mmol/L,餐后2 h血糖:5.6 mmol/L,糖化血红蛋白:6.7%,血脂:甘油三酯 TG:1.41 mmol/L,总胆固醇 CHO:6.82 mmol/L;低密度胆固醇 LDL:3.6 mmol/L;高密度胆固醇 HDL:1.99 mmol/L。颈动脉B超示:左侧颈动脉内中膜增厚,管壁回声粗糙,分叉处可见多个强回声斑块,较大者3.6 mm×2.7 mm,右侧颈动脉内中膜增厚,管壁回声粗糙,分叉处可见强回声斑块,大小约1.5 mm×1.0 mm,双侧颈总、颈内、颈外动脉血流速度正常。结论:双侧颈动脉硬化伴双侧颈动脉斑块形成。

诊断:2型糖尿病;消渴病(气阴两虚证)(脾虚湿盛)。治法:滋阴清热,健脾化湿。方:玉泉丸合二冬汤加减。药:瓜蒌30 g,枳实10 g,党参20 g,茯苓30 g,白术(炒)15 g,佛手12 g,柴胡15 g,黄芩10 g,白芍30 g,陈皮10 g,防风10 g,炒神曲10 g,钩藤15 g,黄芪30 g,鬼箭羽30 g,葛根30 g,苍术15 g,补骨脂15 g,桑寄生30 g,薤白10 g,柏子仁10 g,枳壳30 g,麦冬12 g,五味子10 g,白茅根30 g,丹参30 g。7付水煎服。

健康指导:清淡饮食,少食高脂食物,肥肉例如油炸食物;多运动,特别是饭后运动。每日坚持30 min;舒畅情志;坚持服药治疗;定期监测血糖,并记录;严密观察病情变化,电话随诊。

2018年11月15日二诊:药后3天,大便成形。空

腹血糖:8.03 mmol/L,餐后2 h血糖:5.8 mmol/L,因汗多明显故加浮小麦8 g,益固表止汗;黄连15 g,苦能坚阴,以增强滋阴降浊从而降糖之功。甜叶菊,甘味入脾,补益脾胃,同时缓和黄连之苦味。以后根据病情变化加减继服中药3个月后,餐前空腹血糖:6.1 mmol/L,餐后2 h血糖:5.6 mmol/L。嘱患者继续坚持清淡饮食,多运动,特别是饭后有氧运动,舒畅情志,定期监测血糖并记录。

按语:烦渴不止,小便频数,而脉数乏力者,为肺热津亏,气阴两伤,选用玉泉丸或二冬汤。方中重用瓜蒌以生津清热,佐以葛根、麦冬以加强生津止渴的作用。玉泉丸中,以党参、黄芪、茯苓益气,瓜蒌、葛根、麦冬等清热生津止渴。二冬汤中,重用党参益气生津,天冬、麦冬、瓜蒌、黄芩清热生津止渴。二方同中有异,前者益气作用较强,而后者清热作用较强,二方合而用之,党参、麦冬、五味子,取生脉饮之意,益气活血。枳壳、枳实、佛手、薤白、柴胡,疏肝理气,行气破气,使之补而不滞;柴胡、白芍,养肝柔肝,疏肝解郁,气机调达;白术、苍术,健脾化湿、燥湿健脾;炒神曲,健脾消食;鬼箭羽、白茅根、钩藤,破血化浊,通经络。黄芪、鬼箭羽、葛根:现代药理研究有降血糖之功效;补骨脂、桑寄生,补肝肾,强筋骨;丹参,久病成瘀,活血化瘀;防风、柏子仁配伍有增强体质之功效。诸药共奏滋阴清热,健脾化湿之功。

5 结语

消渴病是一种发病率高、病程长、并发症多,严重危害人类健康的病证。中医学认为:消渴病是由于先天禀赋不足,情志失调、饮食不节等原因所导致的以阴虚燥热为基本病机,以多尿、多饮、多食、乏力、消瘦,或尿有甜味为典型临床表现的一种疾病。近年来发病率更有增高且年轻化的趋势。中医药在改善症状、防治并发症等方面均有较好的疗效。杨毅玲教授认为现代人工作、生活压力较大,饮食、作息不规律,故消渴病与脾胃功能失调关系密切^[3-4],提出消渴病以健脾化浊,和胃消痞,疏肝解郁为治疗法则,除中药治疗外,杨毅玲教授还给予以心理疏导,强调清淡饮食,适当锻炼,心情舒畅等综合治疗,才能有效缓解消渴,恢复健康。

参考文献

- [1] 张伯臾. 中医内科学[M]. 5版. 上海:上海科学技术出版社,1985:249.
- [2] 邹宏强,任冬萌,徐妍. 从脾胃论治消渴病浅识[J]. 实用中医内科杂志,2011,25(5):91-92.
- [3] 杨彬,张兰. 从脾胃论治糖尿病[J]. 长春中医药大学学报,2008,24(5):510-511.
- [4] 侯宇辉,孙丰雷,刘来彪. 从脾胃论治糖尿病浅析[J]. 山东中医杂志,2011,30(8):533-534.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:马铁成 收稿日期:2019-04-16)

黄海波教授药食相辅辨治气血两虚型精液病经验*

李素梅¹ 荣宝山^{2*}

(1 呼和浩特市蒙医中医医院药剂科,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:全国名老中医黄海波教授认为精液异常在不育症中尤为重要,并将各类精液异常所致之不育症统称为“精液病”。认为男性不育虽主责之于肾,然补肾之品多滋腻碍胃,久服必影响于脾,且现代男性由于饮食偏嗜、生活节奏快捷并且不规律、思虑太过、情志不遂等不良因素对脾胃运化、肝主疏泄、心主血藏神的影响,也易出现耗伤气血,甚至生湿生痰之症。故临证中气血两虚型精液病较为常见。诊治时益肾不忘健脾,且注意疏肝调心。遣方用药中,常选药食两用之品,强调在药物的选择上,不可忽视药食两用之品的作用。药食相辅以提高精液病的疗效。

关键词: 中药;食疗;气血两虚;精液病;名医经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.013

文章编号:1672-2779(2019)-23-0030-02

Experience of Professor Huang Haibo in the Treatment of Spermatopathy of Deficiency of Qi and Blood Based on Supplement with Medicine and Food

LI Sumei¹, RONG Baoshan²

1. Department of Pharmacy, Hohhot Hospital of Mongolian Medicine and Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia, Hohhot 010030, China;

2. College of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010030, China

Abstract: Professor Huang Haibo is a famous doctor of TCM, believes that abnormal semen is particularly important in male infertility, and refers to all kinds of infertility caused by abnormal semen as "spermatopathy". Professor Huang Haibo thinks that male sterility is main responsibility is to the kidney, but kidney snack greasy in the stomach, the long clothing will affect in the spleen, and modern men because of irregular diet partial addicted, fast and irregular life rhythm and too much thinking, such as found in modern adverse factors on the spleen and stomach. The main responsibility of the liver is to relieve and the influence of the heart blood and Tibetan god, is also a consumption of qi and blood. Therefore, qi and blood deficiency semen disease is common in clinical syndromes. In the diagnosis and treatment, the kidney benefits the spleen, and the liver soothes the heart. Dispatch prescription drugs, often choose food dual-use products, emphasis on the choice of drugs, can not ignore the role of dualuse products. Dietary supplement improves the effect of spermatopathy.

Keywords: traditional Chinese medicine; diet therapy; deficiency of qi and blood; spermatopathy; experience of famous doctor

黄海波教授是全国著名中医男科专家,是第四批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医男科临床工作40余载,临床经验丰富。在多年男科临证中,认为男性不育主要病因虽责之于肾,然脾为后天之本,气血化生之源,亦不可忽视。临证中,常以精液异常作为切入点,以健脾益肾为目标,结合现代研究成果,辨证施治,辨证施膳,使精液的各项指标趋于改善,以提高孕育能力。在遣方用药中,常常选取药食两用之品,强调在药物的选择上,不可忽略药食两用之品的作用。药食相辅以提高精液病的疗效。

1 药食并治的理论基础

食物虽然是维系人类生存必不可少的物质,然亦是防治疾病中不可忽视的一员。中医历来重视食疗在维护健康、防治疾病方面的作用。主张药食相合,甚至食养

重于药疗。如《千金要方》:“安身之本,必资于食……食能排邪而安脏腑,悦神爽志以资气血。若能用食平病,释情遗疾者,可谓良工。”《本草求真》:“食物入口,等于药之治病,同为一理。”《本草纲目》:大积大聚衰其大半而已,谷肉果菜食养尽之。”在药疗的基础上,配合饮食、居处、情志等调护措施,在医疗上统称为“药后调护”。其中食物的作用尤为重要。食疗不仅能达到保健强身、防病治病的目的,而且还能给人以感官上、精神上的享受,这与单纯服用苦口的药物相比,更易被人们接受。所以应用“食疗”来治疗“未病”“已病”,不但遵循了中医预防为主的原则,也是中医治未病的具体体现,而且可部分满足患者的口舌之欲,减轻患者服用苦药的精神负担,依从性更高。且食疗不但近似于日常生活,取材和做法更容易实现,具有简便廉验,便于长期坚持的特点。民间亦多有药食同用的例子,如肉苁蓉羊肉粥、马奶酒、蒙古奶茶等。

2 临证经验

黄海波教授认为男性不育主要病因虽责之于肾,然脾为后天之本,气血化生之源。脾胃亏虚,气血生化乏

* 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. NYJPZXXK2018008]; 内蒙古医科大学教改课题[No. NYJXGG2019042]

* 通讯作者:rongbaoshan2009@163.com

源,不足以补益先天,亦可导致男子精血亏损,而致不育。且补肾之品多气味浓厚,滋腻碍胃,久服势必影响脾之运化。而现代男性恣食辛辣肥甘厚味,相对蔬菜、水果等摄入不足,更有甚者嗜酒、贪凉饮冷、生活不规律等不良生活饮食习惯都会使脾胃受损,易出现气血亏虚,生湿生痰之证。再加之社会压力大,长期脑力劳动,思虑太过、情志不遂等影响脾的运化、肝的疏泄,而出现损伤心脾,耗伤气血,甚至生湿生痰而成虚实夹杂之证。正如《傅青主女科》:“脾为后天,肾为先天,脾非先天之气不能化,肾非后天之气不能生,补肾而不补脾,则肾之精何以遂生也。”王勃《存存斋医话稿》:“盖补精必用浓之品,然总须胃化脾传,方能徐徐变精归肾”。由此可见,脾脏生理功能的正常与否对男性生育能力亦有着不可忽视的影响。故黄海波教授在临证中,在处方以及药后调护过程中,强调在药物的选择上,不可忽略药食两用之品的作用。药食相辅以提高精液病的疗效。重视如当归、枸杞子、大枣、黄芪等入脾经,药食两用之品的运用。芦剑峰等^[1]研究发现:调脾可有效改善患者精液异常。现代研究发现^[2-3]:枸杞子中含有丰富的枸杞多糖,能使受损睾丸组织恢复到接近正常,对生殖细胞具有明显的保护作用。黄芪多糖^[4]可抑制氧化应激和生精细胞凋亡,缓解睾丸组织的破坏作用。大枣果醋^[5]对小鼠具有镇静催眠及抗焦虑作用。肉苁蓉^[6]具有较强抗抑郁活性。

3 医案举隅

郑某,男,33岁,农民,结婚6年不育。2001年5月9日初诊。自述性欲不强,性生活后疲乏感明显,质量欠佳。婚后2年未避孕未育。双方经医院检查,其妻体健,月经正常。男方精液多次检查为无精子,确诊为无精子症。多年就医和吃偏方均无效,经友人介绍来我院男科。经检查外生殖器检查正常,双睾丸体积大小在15 mL左右,质地较硬,附睾无硬节,无精索静脉曲张。经睾丸活检,病理报告各级生精细胞均存在,排列稀疏,数目少。提示生精功能低下。主诉自幼体虚多病,纳差,神疲乏力,声低懒言,常有心悸头晕甚者耳鸣,性欲淡漠,阴茎勃起无力伴有早泄。身形消瘦,望面萎黄无光泽,舌淡胖嫩,按脉细弱无力。诊为气血亏虚无精子症。治则益气养血,补肾生精。方选雄蚕蛾双补生精汤。药用:雄蚕蛾15 g,鹿角胶20 g(冲服),紫河车20 g,人参6 g,土白术10 g,茯苓10 g,熟地黄15 g,白芍10 g,全当归10 g,川芎10 g,蜜黄芪15 g,陈皮6 g,怀山药12 g,淫羊藿10 g,菟丝子12 g,女贞子10 g,枸杞子12 g,覆盆子10 g,山楂核10 g,甘草6 g。水煎服,3个月为1个疗程,期间辅以食疗:当归30 g,黄芪30 g,羊肉500 g,料酒适量,姜三片,大葱三段,山楂一片。做法:烧锅开水,放入羊肉,加入少量料酒,

姜片,大葱,开锅用冷水洗去泡沫和血水。和当归、黄芪、生姜片放入炖锅。放入一个山楂片,加入适量水,盖上炖盅盖,放入锅内炖至肉熟,加入细盐调味。根据个人食量佐餐食用。

二诊:服上药2个月食欲转佳,神疲乏力,声低懒言,心悸头晕等症减轻,服到3个月时,食欲大增,头晕耳鸣消失,性生活较服药前有明显改善,但举而不坚。

三诊:诸证较前改善明显。做精液检查仍为无精子症,但精液量增多。嘱按原方加肉苁蓉12 g,雄蚕蛾改为30 g。配合食疗方继续服用3个月。

四诊时患者面色红润,精神佳,诸症消失,望舌淡红苔薄,脉弦有力稍数。精液检查结果:精液量3.2 mL,灰白色,20 min已液化,精子计数 $9.2 \times 10^6/\text{mL}$,活动率50%,活力一般。患者大悦,嘱按三诊原方加工为丸剂,每日4次,服法:早、中、晚和睡前各服9 g,再治疗3个月。服药2个月余妻子怀孕,为总结疗效,建议患者复查精液,结果精子计数为 $36 \times 10^6/\text{mL}$,其他各项指标均达正常。后访生一健康女孩。

参考文献

- [1] 芦剑峰,史亚男,班光国.精液异常从脾防治[J].山东中医杂志,2017,36(1):52-53.
- [2] 黄晓兰,杨明亮,吴晓旻,等.枸杞多糖对雄性大鼠睾丸组织损伤的保护[J].中国公共卫生,2003,19(9):1052-1054.
- [3] 黄晓兰,闫俊,吴晓旻,等.枸杞多糖对H2O2诱导的小鼠生殖细胞损伤的影响[J].食品科学,2003,24(12):116-118.
- [4] 陈启云,蒋锦琴,褚建波,等.黄芪多糖对沙门菌诱导雄性大鼠睾丸损伤的保护作用[J].华西药学杂志,2019,34(2):161-164.
- [5] 高佳琪,于泽鹏,刘聪,等.大枣果醋的镇静、催眠及抗焦虑作用[J].中国老年学杂志,2018,38(22):5526-5528.
- [6] 彭颖,李瑒,李晓波.肉苁蓉的抗抑郁活性及体内外代谢[J].世界科学技术-中医药现代化,2018,20(8):1351-1356.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:黄震洲 收稿日期:2019-04-19)

《中国中医药现代远程教育》杂志

微信公众号开通!

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



雷磊教授治疗复发性流产经验

张娟 雷磊*

(湖南中医药大学中西医结合学院,湖南 长沙 410007)

摘要:复发性自然流产(recurrent spontaneous abortion,RSA)是指与同一性伴侣连续发生2次或2次以上自然流产,是临床常见的妊娠并发症,其中大多数为早期流产。近年来复发性自然流产发病率逐年增高,雷磊教授结合多年中西医结合临床经验治疗复发性流产,主要以寿胎丸为基本方,同时给予小剂量阿司匹林,根据不同的伴随症状予以加减,达到中西医结合治疗疾病的目的,取得较好疗效。现将雷磊教授治疗复发性流产的经验进行总结,并附验案1则,以资佐证。

关键词:寿胎丸;阿司匹林;滑胎;复发性流产;雷磊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.014

文章编号:1672-2779(2019)-23-0032-02

Experience of Professor Lei Lei in Treating Recurrent Spontaneous Abortion

ZHANG Juan, LEI Lei

School of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China

Abstract: Recurrent spontaneous abortion (RSA) refers to two or more spontaneous abortions with the same sexual partner. It is a common clinical pregnancy complication, most of which is early abortion. In recent years, the incidence of recurrent spontaneous abortion has increased year by year. Professor Lei Lei combined with years of experience in the integration of traditional Chinese and Western medicine to treat recurrent spontaneous abortion, mainly based on Shoutai pill, while giving small doses of aspirin, according to different accompanying symptoms. The combination of traditional Chinese and Western medicine in the treatment of RSA achieved good results. Professor Lei Lei's experience in the treatment of recurrent spontaneous abortion is summarized and attached to one case.

Keywords: Shoutai pill; aspirin; habitual abortion; recurrent miscarriage; Lei Lei

复发性自然流产(recurrent spontaneous abortion, RSA)是指同一性伴侣连续2次或2次以上自然流产,是临床上较常见的妊娠并发症,近年来RSA的发病率有增高的趋势,约为1%~3%^[1]。复发性流产其病因复杂与遗传、解剖、染色体、内分泌、感染、免疫等多种因素有关系。免疫耐受异常也是造成RSA的重要因素^[2]。复发性流产与生理性免疫抑制反应减弱、妊娠免疫耐受异常相关^[3]。不仅给育龄期妇女的正常生育造成影响,也给患者的家庭带来严重的心理创伤^[4-5]。中医无复发性流产的专门记载,认为其归属于“屡孕屡堕”“数堕胎”“滑胎”等范畴^[6]。

雷磊为湖南中医药大学中西医结合学科教授,博士研究生导师,从事妇产科临床、教学、科研工作20余年,擅长中西医结合治疗女性不孕症、更年期综合征、月经不调、功能性子宫出血、子宫内膜异位症、子宫腺肌病、多囊卵巢综合征、原发性痛经等妇产科疑难杂症。现将其治疗复发性流产经验如下。

1 病因病机

雷教授认为复发性流产多为先天不足,复损肾气,以致不能荫胎系胎;或脾虚中气亏损,化源匮乏,以致不能摄养胎元。《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰:“数堕胎,

则谓之滑胎。”滑胎常由母体冲任不固、胎元不健所致。古人认为胞脉者系于肾,冲任二脉皆起于胞中。胎儿居于母体之内,全赖母体肾以系之,气以载之,血以养之,冲任以固之。《景岳全书·妇人规》:“凡妊娠之数见堕胎者,必以气脉亏损而然……况妇人肾以系胞,而腰为肾之府,故胎妊之妇最虑腰痛,痛甚则坠,不可不防……凡胎孕不固,无非气血损伤之病,盖气虚则提摄不固,血虚则灌溉不周,所以多致小产。”《医宗金鉴·妇科心法要诀》:“无故而胎自堕,至下次受孕亦复如是,数数堕胎,则谓之滑胎。多因房劳太过,欲火煎熬。”《医林改错》指出:“不知子宫内,先有瘀血占其地……血不能入胎胞,从旁流而下,故先见血。血既不入胎胞,胎无血养,故小产”。肾精亏虚,血少气虚,无力推动血行,血流不畅,日久化瘀;血瘀停滞脉络,气血化生受阻,加重肾虚^[7]。

2 治疗方法

2.1 预培其损 未孕先防 有故无预 既孕防变 雷教授认为滑胎的治疗主要包括2个方面:其一,预培其损,未孕先防;其二,有故无预,既孕防变。治疗滑胎应本着预防为主,防治结合的阶段性原则。孕前应以补肾健脾,益气养血,调理冲任为主;孕后应积极保胎治疗。治疗本病的关键在于一方面要注重补肾健脾,益气生血,培养孕育之源;另一方面要活血化瘀通络佐以清热之品抑制抗体产生,阻止血栓形成,改善胎盘微循环^[8]。患者

* 通讯作者:leilei1398@qq.com

自然流产次数>2次及连续2次者；妊娠前28周阴道少量出血者；凝血指标异常者。排除生殖器官解剖结构异常者、其他内分泌疾病者、严重器质性病变者、2个月内服用过抗凝或促凝药物者；男方精液异常者。

2.2 衷中参西 融合贯通 《医学衷中参西录·医方》：“寿胎丸：治滑胎……男女生育，皆赖肾脏作强。”由炒菟丝子、桑寄生、续断、阿胶组成，能补肾，固冲，安胎。用于肾虚、冲任不合所致滑胎。如张锡纯说：“寿胎丸治滑胎……菟丝大能补肾，肾旺自能荫胎也。寄生大能使胎气强壮，故《本经》载其能安胎。续断亦补肾之药……，阿胶系驴皮所熬，驴历十二月始生，较他物独迟。以其迟，挽流产之速，自当有效^[9]。”临床用治复发性流产疗效颇佳。《药性论》曰：“其能令胎牢固，主怀妊漏血不止”。现代研究表明，桑寄生又可抑制血小板的聚集，避免血管收缩和血栓形成，改善微循环^[10]。现代医学研究证明，阿司匹林属于乙酰水杨酸类的药物，是传统抗凝药物，能抑制血小板的释放反应，阻断血小板聚集，防止血栓形成，使胎盘血流量增加^[11-12]。阿司匹林能够降低血液黏滞度，提升孕激素水平，改善妊娠结局。

2.3 药膳兼施 慎饮食 畅情志 雷教授在治疗复发性流产过程中除了用药物治疗外，常与药膳相结合，并嘱咐患者慎饮食，畅情志。复发性流产的患者心理创伤较大，对治疗的疗效担忧，害怕继续妊娠，应予以情志疏导治疗。生活起居，养成良好的生活习惯，三餐合理，加强营养，忌辛辣油炸发物等；按时睡觉，戒烟控酒，适量锻炼身体，控制体质量在合理范围之类，提高机体免疫力。用以药膳相结合辅助治疗，自制安胎煲汤养血安胎。

3 医案举隅

刘某，女，32岁。2017年6月8日初诊。主诉反复生化妊娠3次，清宫术后50d就诊。自诉2012年—2017年3次均孕育45d左右出现阴道少量出血，腰酸，小腹部坠胀，经保胎治疗后，彩超示：未见胚胎停育（有胎芽无胎心），后清宫。查女性不孕免疫（-），夫妻双方染色体核型正常，封闭抗体正常。患者平素月经规律，14岁月经初潮，周期28~30d，经期5d，色淡暗，月经量较少，经期腰膝酸软，精神萎靡，夜尿频多。末次月经（LMP）：2017年5月23日，5d净，量如常。面色晦暗，偏瘦，纳差，期腰膝酸软，精神萎靡，夜寐欠安，夜尿频多，大便调。舌淡紫，苔薄白，脉沉。辨证属肾虚血瘀型滑胎，治以益气补肾、活血化瘀为法，方选寿胎丸化裁。药用：桑寄生15g，菟丝子15g，续断10g，阿胶6g，补骨脂10g，鹿角霜10g，当归10g，川芎10g，白芍10g，牛膝10g，益母草10g，熟地黄10g，枸杞子15g，肉苁蓉10g，山药15g，砂仁6g，陈皮6g，木香6g，甘草3g。共14剂，每日1剂，水煎服，早晚温服，经期停药。予以阿司匹林肠溶片（拜耳医药保健有限公司，国药准字J20130078，0.1g×

30粒），每次1粒，1次/d。上述方案随症加减，治疗3个月，同时完善相关检查。

2017年11月5日再诊，停经43d，LMP：2017年9月23日，查血绒毛膜促性腺激素（HCG）2435.1mIU/mL，孕酮（P）23.6ng/mL，雌二醇（E₂）290pg/mL，现见阴道少许褐色分泌物，腰膝酸软，乏力，纳差，夜寐欠安，小便频，大便可。改方为菟丝子15g，续断10g，桑寄生10g，阿胶6g，党参15g，黄芪15g，白术10g，紫苏梗10g，陈皮10g，苈麻根5g，山萸肉10g，杜仲10g，白芍10g，当归5g，甘草3g。共7剂，每日1剂，水煎服，早晚温服，安胎煲2个，煲汤用，服药后复查彩超：宫腔内可见30mm×22mm孕囊，可见胚芽胎心，胎儿发育良好，建议患者做胎儿围产期保健。随访其2018年6月16日顺产一名健康男婴。

4 结语

复发性流产的因素甚多，孕前应加强夫妇体质，孕后慎交合，避免劳累，以免扰动胎元，增强营养，复发性流产的患者应注意休息雷教授治疗复发性流产的关键在于“预培其损”，提倡“未孕先防，已孕早安胎”，辨证论治，多以补肾为主。雷教授运用寿胎丸加减联合小剂量阿司匹林治疗复发性流产，配合药膳，药食同源，畅情志，衷中参西，融合贯通，有效提高妊娠率。

参考文献

- [1] Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion [J]. Fertil Steril, 2013, 99(1):63.
- [2] Fu J H. Analysis of the use of cyclosporin A to treat refractory immune recurrent spontaneous abortion [J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2015, 42(6): 739-742.
- [3] 周仕华. 复发性流产患者T、B淋巴细胞亚群及Th1/Th2指标的变化 [J]. 海南医学院学报, 2016, 22(7): 686-688.
- [4] 王慧娟, 李增彦. 肝素联合阿司匹林治疗不明原因复发性流产的疗效观察 [J]. 国际妇产科学杂志, 2014, 41(2): 207-208.
- [5] 孟丽丽, 王振花, 陈慧, 等. 复发性流产的高危因素分析 [J]. 广东医学, 2013, 34(9): 1397-1340.
- [6] 高郁森, 刘利敏, 王海疆, 等. 滋肾育胎丸联合安明在复发性流产双胎妊娠保胎中的作用 [J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(12): 2758-2760.
- [7] 魏竞男, 王爱丽, 陈彦, 等. 寿胎丸合四物汤加减治疗肾虚血瘀型复发性流产患者对细胞免疫因子的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(9): 1887-1889.
- [8] 佟卫, 李娜. 高龄复发性流产患者行低分子肝素联合阿司匹林的疗效 [J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(33): 93-94.
- [9] 清·张锡纯. 医学衷中参西录 [M]. 太原: 山西出版集团, 2009: 174.
- [10] 李开祥, 梁晓静, 覃平, 等. 桑寄生研究进展 [J]. 广西林业科学, 2011, 40(4): 311-314.
- [11] Grandone E, Villani M, Tiscia G L. Aspirin and heparin in pregnancy [J]. Expert Opin Pharmacother, 2015, 16(12): 1793-1803.
- [12] Giancotti A, La Torre R, Spagnuolo A, et al. Efficacy of three different antithrombotic regimens on pregnancy outcome in pregnant women affected by recurrent pregnancy loss [J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2012, 25(7): 1191-1194.

（本文编辑：尹秀平 本文校对：李慧芳 收稿日期：2019-04-12）

临床论著 CLINICAL WORKS

中医外治预防颈型颈椎病复发临床研究*

 申斌¹ 于川² 余威¹ 支小晶¹ 刘福奇¹ 见国繁^{3*}

 (1 北京市平谷区中医医院治未病科,北京 101200;2 北京市平谷区中医医院针灸科,北京 101200;
 3 北京市平谷区中医医院推拿科,北京 101200)

摘要:目的 观察中医外治保健方案对颈型颈椎病患者病后防复的效果。方法 选取2017年1月—2018年6月平谷区中医医院推拿科、针灸科收治的颈型颈椎病患者250例作为研究对象,随机分为观察1、2、3、4组和对照组,每组50例。观察1组予推拿手法和功能锻炼,观察2组予中药热敷,观察3组予灸法,观察4组予健康指导,对照组为空白对照。比较各组患者干预期间颈椎病复发人次、天数。结果 干预后复发人次比较:在干预后12周、随访12周、24周内,观察1、2、3、4组复发人次与对照组比较,均 $P < 0.05$ 。干预后12周、随访12周,观察1、2、3、4组复发天数均值与对照组比较,均 $P < 0.05$ 。随访24周,观察1、2、3、4组复发天数与对照组比较,均 $P < 0.05$,观察1组、观察3组、4组与观察2组相比较,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论 在减少复发次数及每次复发天数方面,推拿、灸法、中药热敷具有较好作用。

关键词:项痹;颈型颈椎病;中医外治法;病后防复

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.015

文章编号:1672-2779(2019)-23-0034-03

Clinical Study on External Therapy of Traditional Chinese Medicine in the Prevention of Recurrence of Neck Cervical Spondylosis

 SHEN Bin¹, YU Chuan², YU Wei¹, ZHIXiaojing¹, LIU Fuqi¹, JIAN Guofan³

1. Department of Preventive Treatment of Disease, Pinggu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101200, China;

2. Department of Acupuncture and Moxibustion, Pinggu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101200, China;

3. Massage Department, Pinggu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101200, China

Abstract: Objective To observe effect of TCM external treatment and health care on prevention of recurrence of the neck cervical spondylosis. **Methods** 250 cases with the neck cervical spondylosis in manipulation department and acupuncture department from January 2017 to June 2018 were randomly divided into five groups, including four observation groups and one control group, with 50 cases in each group. Observation group 1 was treated by massage manipulation and functional training. Observation group 2 was treated by TCM fomentation. Observation group 3 was treated by moxibustion. Observation group 4 underwent health guidance. The control group was a blank control group. The person times of relapse and the recurrence days during the intervention were recorded and analyzed. **Results** The person times of relapse of four observation groups were significantly different from that of control group, on 12 weeks after intervened, follow-up 12 weeks and 24 weeks ($P < 0.05$). The recurrence days of four observation groups were significantly different from that of control group, on 12 weeks after intervened and follow-up 12 weeks ($P < 0.05$). The recurrence days of observation group 1, 2, 4 were significantly different from that of observation group 3, on follow-up 24 weeks ($P < 0.05$). **Conclusion** Massage manipulation, moxibustion, TCM fomentation and health guidance were effective on the person times of relapse and the recurrence days of the neck type cervical spondylosis.

Keywords: neck arthralgia; neck cervical spondylosis; external therapy of traditional Chinese medicine; prevention of recurrence

颈椎病是指颈椎间盘及周围组织退行性改变并继发病理改变累及周围组织结构如神经根、脊髓、椎动脉、交感神经等而出现相应的临床表现^[1-2]。随着人们生活水平的提高,电子产品的普及,“低头族”越来越多,颈椎病的发病率大幅上升,颈椎病可分颈型、神经根型、椎动脉型、脊髓型、交感型、混合型和其他型,其中颈型颈椎病是最轻也是最为常见的类型,主要表现为颈枕部疼痛、酸胀沉重、颈肌僵硬,如不加以预防治疗,则病情容易加

重^[3]。本研究基于中医学“治未病”理念的指导下,对颈型颈椎病的中医外治保健方案进行随机对照观察,评价中医外治法对颈型颈椎病病后防复的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月—2017年12月我院推拿科、针灸科收治的颈型颈椎病患者250例作为研究对象,采用SAS 9.3统计分析软件产生研究所需的随机序列号。随机分为观察1、2、3、4组和对照组,每组50例。其中观察组1组和4组各脱落1例,观察2组和3组各脱落2例。各组患者的年龄、性别一般资料比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。见表1。

* 基金项目:北京中医药管理局北京中医药科技发展资金项目 [No.JJ2016-20]

* 通讯作者:pg912@126.com

表1 各组颈型颈椎病患者一般资料比较 (例)

组别	例数	男性(例)	女性(例)	平均年龄(岁)
观察1组	49	15	34	38.9
观察2组	48	13	35	37.8
观察3组	48	15	33	36.5
观察4组	49	13	36	36.7
对照组	50	14	36	39.3

1.2 诊断标准 颈型颈椎病的西医诊断标准,参照2011版《中国颈椎病诊治与康复指南》制定^[4]。

1.3 纳入标准 (1)符合颈型颈椎病诊断标准;(2)年龄18~60岁;(3)知情同意,能积极配合,完成临床观察者。

1.4 排除标准 (1)不符合纳入标准;(2)妊娠或哺乳期妇女;(3)合并其他类型颈椎病;(4)合并心血管、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发病;(5)有感染或溃疡者;(6)精神疾患或不能合作者。

1.5 治疗方法

1.5.1 观察1组(推拿和功能锻炼组) (1)手法治疗包括颈部拿法、颈部擦法、颈部推法、颈项肩点法、颈部静力性训练;(2)功能锻炼方法包括颈部前屈后伸法、颈部侧屈法、颈部伸展法、颈部旋转法、意念牵引法。

1.5.2 观察2组(中药热敷组) (1)中药处方:透骨草20g,伸筋草30g,葛根50g,川芎20g,忍冬藤20g,鸡血藤20g,白芷20g,赤芍30g;(2)制作方法:水煎药液,去渣,放在不锈钢盆中。把厚毛巾叠成块状,浸在药液中。适度拧干浸湿药液的湿毛巾,放在颈肩部热敷。每次半小时。

1.5.3 观察3组(灸法组) (1)取穴:风府、风池、大椎、颈夹脊、肩井等区域;(2)操作方法:先行回旋灸2min,以温热局部气血,继以雀啄灸1min,确定需要施灸的穴位,再循经往返灸2min激发经气,然后在敏感穴位处施以温和灸发动感传、开通经络。

1.5.4 观察4组(健康教育组) (1)姿势教育(坐姿、卧姿、站姿);(2)日常行为习惯教育。

观察1~3组:推拿、中药热敷、灸法,每周1次,连续干预12周。观察4组:通过建立受试者微信群,每周发布一次颈椎病相关保健知识信息,每月举办1次健康大讲堂,干预12周。

1.5.5 对照组(空白对照) 每4周电话随访进行病情监测,不进行任何干预。

2组患者在观察期间出现颈椎病发病症状,则建议到针灸科、推拿科进行规范治疗。

1.6 观察时点及指标

1.6.1 评价时点 干预12周、随访12周、24周各评价1次。

1.6.2 观察指标 (1)患者颈椎病复发次数;(2)患者颈椎病每次复发天数。

1.7 统计学方法 数据处理采用SPSS 19.0统计学软件,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,若服从正态分布,

治疗前后比较用配对 t 检验,治疗后组间比较采用2组独立样本 t 检验,若不符合正态分布,则采用非参数检验的秩和检验;计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组颈型颈椎病患者的颈椎病复发人次比较 干预后复发人次组间比较:干预后12周、随访12周、24周,观察1、2、3、4组复发人次与对照组比较,均 $P < 0.05$,观察1组、观察2组、观察3组、观察4组相比较,差异无统计学意义,均 $P > 0.05$ 。见表2。

表2 各组颈型颈椎病患者的颈椎病复发人次比较 (例)

组别	例数	干预12周	随访12周	随访24周
观察1组	49	2	3	5
观察2组	48	5	7	9
观察3组	48	4	5	6
观察4组	49	4	5	6
对照组	50	9	12	15

2.2 各组颈型颈椎病患者的颈椎病每次复发天数比较 干预后每次复发天数组间比较:干预后12周、随访12周,观察1、2、3、4组复发天数均值与对照组比较,均 $P < 0.05$,随访24周,观察1、2、3、4组复发天数与对照组比较,均 $P < 0.05$,观察1组、观察3组、4组与观察2组相比较,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。观察1组、3组、4组之间比较无统计学意义。见表3。

表3 各组颈型颈椎病患者的颈椎病每次复发天数比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	干预12周	随访12周	随访24周
观察1组	49	2.50 ± 0.71	3.33 ± 0.58	4.00 ± 0.71
观察2组	48	3.80 ± 0.84	4.20 ± 0.84	4.33 ± 0.51
观察3组	48	2.75 ± 0.50	3.85 ± 0.90	4.17 ± 0.75
观察4组	49	3.50 ± 0.58	4.60 ± 0.89	5.22 ± 0.44
对照组	50	6.22 ± 1.30	6.17 ± 0.83	6.60 ± 0.83

3 讨论

颈型颈椎病是颈椎病发病的早期,症状较轻,临床最为常见,发病率较高,其归属于中医学“项痹”范畴,病因病机多因感受风寒湿邪或过度劳损,局部气血运行失常而致病。在中医“治未病”理论指导下,对于颈椎病防治,应体现在未病先防、既病防变、病后防复3个方面,推拿、针灸、中药外敷、养生操等多种中医外治手段在颈椎病的防治中有着巨大的优势。本研究观察通过各项干预手段对颈椎病患者病后防复作用,研究结果显示:干预后复发人次比较:干预后12周、随访12周、24周,观察1、2、3、4组复发人次与对照组比较,均 $P < 0.05$ 。干预后12周、随访12周,观察1、2、3、4组复发天数均值与对照组比较,均 $P < 0.05$,随访24周,观察1、2、3、4组复发天数与对照组比较,均 $P < 0.05$,观察1组、观察3组、4组与观察2组相比较,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。说明在减少复发次数及每次复发天

数方面,推拿和功能锻炼组、灸法组、中药热敷组具有较好作用。本研究干预周期为 12 周,随访周期为 24 周,干预 12 周结束后,随着时间的延长,各组发病次数及天数均有所增加,说明中医药预防保健需要持续干预,以发挥更好预防效果。临床上对于颈型颈椎病病后防复时,可将推拿和功能锻炼、热敷、灸法、健康教育等几种方法合理配伍应用,以降低疾病的复发,提高患者的生活质量,具有重要意义。

参考文献

[1] Kaiser M G. Multilevel cervical spondylosis[J]. Neurosurgery Clinics of North America, 2006, 17(2): 263-275.

[2] 柯尊华,王静怡. 颈椎病流行病学及发病机理研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2014, 35(1): 62-63.

[3] 姜淑云,严隽陶,房敏,等. 颈椎病患者康复疗效评价研究[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(5): 433-435.

[4] 中国康复医学会颈椎病专业委员会. 中国颈椎病诊治与康复指南[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2010: 9.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:许世闻 收稿日期:2019-03-15)

基于治未病理念的中医综合健康管理在非酒精性脂肪性肝病防控中的研究*

陈常云¹ 陈君² 卢珊珊¹

(1 日照市中医医院健康管理中心,山东 日照 276800;2 寿光市人民医院彩超室,山东 寿光 262700)

摘要:目的 基于中医“治未病”理论,对健康管理中心体检出的非酒精性脂肪性肝病患者进行中医综合健康管理,研究中医综合健康管理对非酒精性脂肪性肝病患者的效果。方法 120 例非酒精性脂肪肝患者,来自日照市中医医院健康管理中心体检人群,随机分成 3 组,分别为空白组,普通组和中医综合组,每组 40 例。空白组不予特殊干预,普通组给以理论指导、膳食营养管理、运动指导,中医综合组在普通组健康管理的基础上,融合以中医“治未病”思想精髓,给以体质辨证、穴位按摩、针灸、中药汤剂或药膳调理。观察比较 3 组的健康管理效果。结果 3 组的健康管理效果存在差异,中医综合组的总有效率为 87.50%,普通组为 62.50%,空白组为 25.00%。中医综合组能明显改善患者症状,如肋肋疼痛、腕腹胀满、恶心呕吐、头身困重、口干口苦、倦怠乏力等,降低体质量,改善体质量指数,降低血脂水平,纠正脂肪肝。结论 中医综合健康管理能够提高脂肪肝患者健康知识水平,同时对疾病发展起到良好的控制作用,改善症状、控制体质量,降低血脂,临床应用价值显著。

关键词:治未病;中医学;健康管理;非酒精性脂肪性肝病;中医综合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.016

文章编号:1672-2779(2019)-23-0036-04

Study on Comprehensive Health Management of Traditional Chinese Medicine in the Prevention and Control of Non-alcoholic Fatty Liver Disease Based on the Concept of Preventive Treatment of Disease

CHEN Changyun¹, CHEN Jun², LU Shanshan¹

1. Health Management Center, Rizhao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Rizhao 276800, China;

2. Color Ultrasound Room, Shouguang People's Hospital, Shandong Province, Rizhao 262700, China

Abstract: Objective To study the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine health management on patients with non-alcoholic fatty liver disease based on the theory of "preventive treatment of disease" of traditional Chinese medicine. **Methods** 120 cases of non-alcoholic fatty liver disease were randomly divided into blank group, general group and integrated traditional Chinese and Western medicine group, with 40 cases in each group. The blank group was not given special intervention. The general group was given theoretical guidance, dietary nutrition management, exercise guidance and integrated traditional Chinese and Western medicine health management. On the basis of health management in the general group, combines the essence of the thought of "preventive treatment of disease" with the essence of traditional Chinese medicine, physical identification, acupoint massage, acupuncture, traditional Chinese medicine decoction or medicinal diet conditioning were used in the integrated traditional Chinese and Western medicine group. The health management effect of the three groups was observed and compared. **Results** The total effective rate of the three groups was 87.50%, 62.50% and 25.00% respectively. The integrated traditional Chinese and Western medicine health management can significantly improve the symptoms of patients, such as pain in the ribs, abdominal distention, nausea and vomiting, heavy head and body, dry mouth and bitter mouth, fatigue and fatigue, reduce body weight, improve body mass index, reduce blood lipid levels, and even correct fatty liver. **Conclusion** Integrated traditional Chinese and Western medicine health management can improve the health knowledge level of patients with fatty liver, at the same time play a good role in disease control, improve symptoms, control weight, reduce blood lipids, clinical application value is significant.

Keywords: preventive treatment of disease; traditional Chinese medicine; health management; non-alcoholic fatty liver disease; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine

脂肪性肝病简称脂肪肝,临床上分为非酒精性脂肪性肝病(nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD)以及

酒精性肝病^[1]。肝硬化、肝癌是 NAFLD 发展的最后阶段,严重影响患者的生命健康。随着慢病井喷式发展,国家越来越重视慢性病健康管理,现代健康管理理念进一步融合治未病精髓,对脂肪肝综合健康管理,建立正

* 基金项目:山东省济宁医学院教师科研扶持基金[No.JY2017FS051]

确的生活方式和习惯,阻止或延缓疾病的进展,提升生活品质。

1 资料与方法

1.1 一般资料 120例非酒精性脂肪性肝病患者来源于2017年1月—2018年12月日照市中医医院健康管理中心的体检人员。空白组40例,女性18例,男性22例;平均年龄40.1岁。普通组40例,女性17例,男性23例;平均年龄41.4岁。中医综合组40例,女性21例,男性19例,平均年龄39.6岁。

1.2 诊断标准 参照中华医学会制定的《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》制定^[2]。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;年龄18~69岁;自愿参加本试验,并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 妊娠及哺乳期患者;其他因素(饮酒、药物、病毒等)导致的脂肪性肝病患者;不能完成随访者。

1.5 健康管理方法 空白组:不予特殊干预。普通组:给以理论指导、膳食营养管理、运动指导。

理论指导: 定期举行健康知识讲座,健康知识宣教,如脂肪肝的发生、发展规律、危害、预防保健知识,提高依从性,定期电话随访,微信建群沟通。

饮食指导: 控制总热量摄入,减少饮食30%,戒烟戒酒,低脂肪、低油、少盐、低糖、低嘌呤和适当蛋白、维生素饮食为主,减少在外就餐机会,减少夜宵摄入,少吃高升糖指数食物,少吃动物的外皮及内脏,少吃加工的甜点和肉制品,增加新鲜的蔬菜。

运动指导: 下载KEEP运动软件,有氧运动最高目标心率达到170减去年龄,每次30 min以上,1周150 min以上,抗阻运动采取原地深蹲、平板支撑、哑铃、杠铃等方式,每次锻炼不同的肌肉群。

中医综合组: 在上述基础上用“治未病”思想为指导,运用中医养生理论,综合应用多种中医干预手段如中药汤剂、针灸理疗、穴位敷贴、中药药膳、针灸理疗等方法。中医养生理论讲究天人相应、天人合一、道法自然、顺应四时、重视风寒暑湿、喜怒忧思对人体的影响,暴怒伤肝,要心平气和,根据不同体质,给以不同的食谱建议,养生措施等。

体质养生: 如脂肪肝多痰湿质,平日饮食应以清淡为主,少食肥甘厚味、黏腻、油腻的食物,脂肪肝往往脾气虚,疲乏无力,气短懒言、饮食以少食生冷,甘温为宜,白扁豆、香菇、大枣、桂圆等可以益气健脾,艾灸气海、关元、百会,按揉敲打足三里。湿热质舌质红,舌苔黄腻,头身困重,头发油腻,注意少吃外卖,多吃新鲜的蔬菜,增加薏苡仁、赤小豆等食物,压曲池、丰隆、合谷等穴位。

食疗药膳^[3]: 三子降脂饮:决明子30 g,枸杞子30 g,沙苑子30 g。加水浓煎,取汁当茶饮,有平肝益

肾、降低血脂等功效。荷叶山楂饮:鲜荷叶50 g,生山楂15 g,银耳50 g,具有降低血脂,健脾养胃的作用。

中药调理: 非酒精性脂肪性肝病的中医病因病机为饮食劳倦,过食肥甘,内伤七情,高龄肾虚等导致肝失疏泄,脾失健运,气滞血瘀、聚湿生痰,中医的基本治疗原则为疏肝解郁,理气健脾,活血化瘀,化痰祛湿,滋肾养肝,调和肝脾^[4]。常用的中药方剂有:化痰祛脂汤^[5],药物组成:茵陈15 g,栀子9 g,大黄3 g,黄芪20 g,白术20 g,茯苓15 g,白扁豆10 g,绞股蓝、泽泻各10 g,柴胡、郁金各10 g。

针灸按摩^[3]: 针刺丰隆、曲池、合谷、天枢,用泻法,能化痰降脂;针刺期门、章门、太冲、天枢、气海、下巨虚,具有调补肝肾、泻胃降脂作用。按摩背部两侧背俞穴分布部位,或拍打胆经,能调节人体代谢。艾灸关元、足三里、肺俞、丰隆、肾俞,能温补脾肾,方法:以艾条或艾柱灸,一般取2~3穴,1次/d,10~15 d为一个疗程,用于治疗脾肾阳虚型的脂肪肝。耳穴压贴:王不留行籽压贴敷于胃、肺、神门、交感、脾、等耳穴,能改善人体物质代谢水平,促进胃肠蠕动,减少能量吸收,起到调脂作用。

1.6 观察指标 3组均以初次体检结果设健康管理档案,6个月后再次体检,观察临床症状、体征,测量体质量、腰围、臀围,计算体重指数、腰臀比,晨起空腹抽取静脉血,测定血清肝功能、胆固醇、甘油三酯,行肝胆超声检查。参照《中药新药临床研究指导原则》中主要的疗效评价进行症状量化计分,主要临床症状胁肋疼痛、院腹胀满、倦怠乏力、食欲不振、恶心呕吐、头身困重、口干而苦。

1.7 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》。临床治愈:临床症状、体征消失,体重下降至正常或超重范围内,肝功、血脂恢复正常,影像学基本正常;显效:临床症状、体征基本消失,体重下降5 Kg以上,肝功明显恢复,TC下降 $\geq 20\%$,TG下降 $\geq 40\%$,影像学显示明显减轻(如脂肪肝由重度变为轻度等);有效:临床症状、体征部分消失,体重下降3 Kg以上,肝功、影像学显示有所改善,20% $>$ TC下降 $\geq 10\%$,40% $>$ TG下降 $\geq 20\%$;无效:治疗后上述各项无明显改善或加重。总有效率=(临床治愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计学方法 采用SPSS 24.0软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,比较用 t 检验,计数资料以率(%)表示,比较用 χ^2 检验,等级资料用Ridit分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3组非酒精性脂肪肝患者中医体质分析 观察的非酒精性脂肪肝患者中,痰湿质占33.62%,湿热质占20.66%,气虚质占13.38%,血瘀质占10.00%。痰湿质、湿热质更易发展为非酒精性脂肪性肝病。

2.2 3 组非酒精性脂肪肝患者有效率比较 从症状、体征、实验室检测指标综合评价健康管理效果, 中医综合组总有效率 87.50%, 普通组总有效率 62.50%, 空白组总有效率 25.00%。中医综合组总有效率高于普通组与空白组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 3 组非酒精性脂肪肝患者治疗前后临床疗效比较 (例)

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
空白组	40	0	3	7	30	25.00
普通组	40	3	7	15	15	62.50
中医综合组	40	7	13	15	5	87.50*

注:与空白组及普通组比较,* $P<0.05$

2.3 3 组非酒精性脂肪肝患者治疗前后单项中医证候评分比较 3 组间患者治疗前均有不同程度恶心呕吐、头身困重、口干口苦、倦怠乏力等症状, 经管理后, 中医综合组改善明显, 与其他 2 组比较, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

2.4 3 组非酒精性脂肪肝患者干预前后体质量指数的比较 健康管理后, 中医管理组患者体质量得到控制, 治疗前后比较, 差异有统计学意义, 与其他 2 组比较, 差异有统计学意义。普通组体质量指数有所下降, 差异有统计学意义。空白组前后体质量指数相差不大, 差异无统计学意义。

2.5 3 组非酒精性脂肪肝患者脂肪肝消失情况比较 脂肪肝消失情况比较, 健康管理后, 中医综合组 40 例中, 脂肪肝消失了 15 例, 普通组 40 例脂肪肝消失了 10 例, 空白组 40 例脂肪肝消失了 2 例, 中医综合组脂肪肝消失率明显大于普通组和空白组 ($P<0.05$), 说明中医综合健康管理有利于脂肪肝的恢复。

3 讨论

中医“治未病”理论源于《黄帝内经》,《素问·四气调神大论》云:“圣人不治已病治未病”, 治未病的重点在于未病先防、既病防变^[6]。

社会发展, 生活节奏加快, 饮食结构改变等因素导致高血压、糖尿病、脂肪肝等慢性病增加。脂肪肝在我国已成为第一大慢性肝病, 而在超重人群和 2 型糖尿病患者中, 其发生率已增至 58% 和 74%。现代医学针对

非酒精性脂肪性肝病的治疗药物的研究多是针对胰岛素抵抗、氧化应激、炎症和纤维化方面, 常采用胰岛素增敏剂如吡格列酮, 保肝抗氧化药物如多烯磷脂酰胆碱, 降脂药物如瑞舒伐他汀, 尚无特效药物, 而中医具有独特优势, 显示出广阔的发展前景。

基于中医的“治未病”思想为指导, 结合现代健康管理理念, 运用中医体质学说及养生学说, 对健康管理中心体检出的非酒精性脂肪肝病患者进行中医综合健康管理, 可以改善中医症状, 减轻体质量, 降低体质量指数, 促进脂肪肝恢复, 纠正部分脂肪肝。中医药辨证治疗脂肪肝, 是中医防治脂肪肝的主要方法, 临床疗效肯定、不良反应少^[7]。操作简单, 效果明显的中医诊疗措施有中药药膳、针灸理疗、穴位敷贴等方法, 对脂肪肝的防治具有一定的辅助作用。

现代医学体检的彩超、CT 等各种检查手段对脂肪肝易患人群进行综合健康评估, 并融合体质辨证, 建立具有中医特色的健康管理模式^[8]。体质的差异是人体内脏腑阴阳气血盛衰偏颇的反应, 不同的体质则易患不同的疾病。体质是指人体综合的、稳定的固有特质^[9]。《灵枢·五变》^[10]有言“肉不坚, 腠理疏, 则善病风; 而五脏皆柔弱, 善病消瘵。”许丹^[11]研究云南三地脂肪肝中医体质分布情况, 痰湿质最多 (27.7%), 其次是湿热质 (18.6%), 平和质 (15.4%), 气虚质 (13.9%)。根据不同体质来进行健康管理, 更能体现个体化、精准化、针对性。

在中医学的发展中, 有着别具特色的养生文化, 涉及饮食、起居、运动、情志等很多方面, 如《老老恒言·慎药》中强调:“以方药治已病, 不若以起居饮食调摄于未病”, 在继承中医药学术的基础上, 将中医养生保健应用于脂肪肝患者自我管理, 探索新的中医药特色治疗方法^[12]。“虚邪贼风, 避之有时”, 避免六淫邪气, “饮食有节, 起居有常, 不妄作劳”, 健康饮食、规律作息, 劳逸适度, “恬淡虚无”, “无为惧惧, 无为欣欣”, 内心平和坦荡。古老的养生智慧让现代健康管理更富思想内涵。

随着生活方式的转变, 慢性病日益增多, 像脂肪肝、高血压、冠心病、糖尿病单靠治疗效果不理想, 中医的

表 2 3 组非酒精性脂肪肝患者中医单项症状体征疗效比较

(例)

组别	例数	胁肋疼痛				脘腹胀满				倦怠乏力			
		例数	显效	有效	总有效率(%)	例数	显效	有效	总有效率(%)	例数	显效	有效	总有效率(%)
空白组	24	5	4	37.50	21	4	4	38.10	28	5	6	39.28	
普通组	26	10	9	73.08	23	7	8	65.22	20	7	6	65.00	
中医综合组	26	15	7	84.61*	25	9	10	76.00*	24	11	8	79.17*	

组别	例数	头身困重				恶心呕吐				口干口苦			
		例数	显效	有效	总有效率(%)	例数	显效	有效	总有效率(%)	例数	显效	有效	总有效率(%)
空白组	20	5	3	40.00	19	3	5	42.11	23	4	5	39.13	
普通组	23	9	7	69.57	25	8	10	72.00	22	7	8	68.18	
中医综合组	22	11	8	86.36*	28	17	9	92.86*	22	13	7	90.91*	

注:与空白组及普通组比较,* $P<0.05$

“治未病”思想的深邃智慧与简验便廉、颇有成效的综合防治方法,必将在以后脂肪肝、高血压等慢性病的防治中起到举足轻重的作用。

参考文献

- [1] 谭萃,欧阳福,杨怡,等.非酒精性脂肪性肝病相关肝细胞癌发病机制研究进展[J].医学综述,2019,25(2):269-274.
- [2] 范建高.非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[J].胃肠病学,2010,15(11):676-680.
- [3] 徐丽,王河宝,孙悦,等.以“治未病”思想为指导的中医健康管理在脂肪肝中的应用[J].江西中医药,2018,49(2):13-15.
- [4] 黄立飞.浅谈中医对非酒精性脂肪肝病病因病的认识及辨证论治[J].中医临床研究,2017,9(9):88-90.
- [5] 陈常云,郭彦敏,聂宝增,等.化痰祛脂汤治疗非酒精性脂肪肝临床研究[J].中国临床医生,2010,38(4):50-52.

- [6] 陈佳莉,熊帆.中医治未病理论在糖尿病前期的应用[J].光明中医,2019,34(16):2477-2479.
 - [7] 崔翔,华鹏,王振东,等.基于“治未病”思想的脂肪肝中西医结合健康管理模式的建立[J].中医临床研究,2013,5(22):89-91.
 - [8] 耿延旭.浅析治未病理论防治脂肪肝的思路[J].光明中医,2016,31(23):3397-3398.
 - [9] 吴佳.150例非酒精性脂肪肝人群中医体质分型研究[J].河北中医,2014,36(4):507-509.
 - [10] 张丽霞,黄远良,王莎莎,等.食物变态反应的中医病因病机探讨[J].江西中医药大学学报,2016,28(5):9-12.
 - [11] 许丹.云南三地脂肪性肝病患者中医体质及相关因素的研究[D].昆明:云南中医药大学,2019.
 - [12] 梁宏才,池晓玲,施梅姐,等.二十四节气养生教育改善脂肪肝患者生活方式研究[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(12):214-216.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:李艳萍 收稿日期:2019-08-08)

养阴化痰方联合中药辨证敷贴 治疗小儿反复呼吸道感染临床研究*

杨涛 杨静 肖慧华

(江西中医药大学附属医院儿科,江西 南昌 330006)

摘要:目的 探索中医内外联合治疗小儿反复呼吸道感染的临床疗效。方法 100例患儿入选研究,试验组在体质辨证基础上予中药自拟方结合辨证穴位贴敷,对照组予21金维他预防治疗;观察疗效差异和免疫球蛋白变化。结果 试验组的总有效率为84.0%,对照组的总有效率为66.0%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。2组免疫球蛋白治疗后整体均有上升,以IgA变化最显著,且IgA变化2组间有明显差异($P < 0.05$)。IgG、IgM变化组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 中药内外联合治疗小儿反复呼吸道感染疗效显著,值得进一步研究和推广。

关键词:儿科;反复呼吸道感染;中药内外联合治疗;三合辨证;咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.017

文章编号:1672-2779(2019)-23-0039-03

Clinical Study on Yin-nourishing and Phlegm-resolving Prescription Combined with Traditional Chinese Medicine Acupoint Application in the Treatment of Recurrent Respiratory Tract Infections in Children Based on Syndrome Differentiation

YANG Tao, YANG Jing, XIAO Huihua

Pediatrics Department, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China

Abstract: Objective To explore the clinical effect of combined internal and external treatment of recurrent respiratory tract infections in children. **Methods** 100 cases of children were enrolled in the study. The experimental group was treated with self-made Chinese medicine prescription combined with acupoint application of syndrome differentiation on the basis of constitution differentiation, while the control group was treated with Super-VITA tablets. The difference of curative effect and the change of immunoglobulin were observed. **Results** The effective rate was 84.00% in the experimental group and 66.00% in the control group ($P < 0.05$). The changes of IgA were the most significant in both groups, and there was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). There was no significant difference in the changes of IgG and IgM between groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The combination of internal and external Chinese medicine has a significant effect on children with recurrent respiratory tract infections, which is worthy of further study and promotion.

Keywords: pediatrics; recurrent respiratory tract infections; combination therapy of oral administration and external application; three combinations of syndrome differentiation; cough

小儿反复呼吸道感染(RRTI),具有反复发作、病情迁延的特点,主要与小儿自身免疫功能、日常营养、外部环境等有关^[1-2]。中医认为与小儿体质特点有密切联系。我们探究小儿体质特点,总结经验并确定了养阴

化痰基本治法,在前期外治法的研究基础上,再次收集反复呼吸道感染患儿100例,采用中药内外联合治疗,亦取得良好疗效,兹报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均为2014年1月—2016年1月江西省中医院儿科门诊患者,共100例,随机单盲设计

* 基金项目:江西省科技厅面上项目[No.20123BBG70246]

按 1:1 分为试验组、对照组。其中试验组 50 例,男 28 例,女 22 例;0~2 岁 2 例,3~5 岁 31 例,6~12 岁 17 例。对照组 50 例,男 31 例,女 19 例;0~2 岁 3 例,3~5 岁 35 例,6~12 岁 12 例。2 组在年龄、性别、病程、病情轻重程度、治疗前血清免疫球蛋白等方面差异无统计学意义 ($P<0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 按 1987 年成都全国小儿呼吸道疾病学术会议制定标准^[3]。(1) 年龄 0~2 岁者,上呼吸道感染每年超过 7 次;下呼吸道感染每年超 3 次。(2) 年龄 3~5 岁者,上呼吸道感染每年超过 6 次;下呼吸道感染每年超过 2 次者。(3) 年龄 6~12 岁者,上呼吸道感染每年超过 5 次者;下呼吸道感染每年超过 2 次者。(4) 第 2 次距第 1 次至少要间隔 7 d 以上。

1.3 纳入标准 (1) 符合诊断标准;(2) 近 3 个月内未应用中西医免疫调节剂;(3) 治疗期间处于症状缓解期者;(4) 并签署知情同意书。防治期间,若发生急性呼吸道感染,对症处理待症状控制后即停药,做好记录,防治疗程继续实施。

1.4 中医辨证分型 笔者根据儿童发病及证候特点,参考汪受传教授主编《中医儿科学》中小儿反复呼吸道感染证型标准^[4],设立研究体质诊断标准:(1) 痰湿之体:体形虚胖,肌肉松软,多汗且黏,喜食肥甘,不喜运动,常喉中有痰,舌体胖大,舌苔腻,易发咳嗽、哮喘;(2) 气阴不足:营养较差,少气懒言,面色淡白或萎黄,肌肤略显干燥,动则汗出,舌质淡、苔少或剥苔,易发感冒、厌食;(3) 阴虚火旺:形体偏瘦,皮肤干涩,毛发枯黄,口鼻干燥,夜间汗出,大便干结,舌尖红、苔少无津,易发咽喉炎、扁桃体炎。

1.5 治疗方法 A 组:(1) 养阴化痰方:太子参 4 g,五味子 4 g,陈皮 4 g,法半夏 4 g,麦冬 4 g,黄芪 5 g,木瓜 4 g,苍术 4 g(阴虚火旺型去苍术,加知母 4 g;用量以 3 岁儿童为例,具体用量按年龄调整)。用法:1 日 1 剂,分 2~3 次口服,连续 1 个月为 1 个疗程。(2) 辨证穴位敷贴:药物研末,白醋调糊后使用,纱布胶带外固定,连续 1 个月为 1 个疗程。痰湿之体者,使用白芥子 5 g,穴位选用双侧肺俞穴,隔日 1 次,白天使用。气阴不足者,使用五味子 10 g,穴位选用神阙穴,隔日 1 次,白天使用。阴虚火旺者,使用肉桂 5 g,穴位选用双足涌泉穴,隔日 1 次,睡前使用。

B 组:21 金维他片(杭州民生药业集团有限公司生产,国药准字 H20003795),3 岁以内每日半粒,3 岁以上每日 1 粒;疗程 1 个月。

1.6 观察指标 (1) 疗效评价:治疗后 2 个月评价疗效。(2) 治疗前后体液免疫功能监测;(3) 治疗前后症状评分比

较;症状选定参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]及《中医儿科学》^[4],自制评分项目和观察表,观察患儿纳差、消瘦、乏力、便干、出汗症状以及舌苔脉象,登记并评分。

1.7 疗效评定标准 根据临床观察目前暂没有统一标准,故自拟如下:(1) 显效:疗程结束后 2 个月呼吸道感染次数 ≤ 1 ;(2) 好转:疗程结束后 2 个月呼吸道感染 2 次且 2 次间隔时间超过 1 个月;(3) 无效:疗程结束后 2 个月呼吸道感染超过 2 次,或呼吸道感染 2 次且 2 次间隔时间少于 1 个月。总有效率=(显效+好转)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计学方法 所有数据采用 SPSS 18.0 统计分析软件进行统计。计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,比较采用自身配对样本 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 试验组内反复呼吸道感染患儿有效率分布 治疗组总有效率为 84.0% (42/50),阴虚火旺型有效率稍低;气阴不足型、痰湿内蕴型有效率相对更明显。说明试验组治疗有效,且个体化分型方案治疗有效见表 1。

表 1 中药联合辨证敷贴治疗小儿反复呼吸道感染的疗效表 (例)

证型	例数	显效	好转	无效	总有效率(%)
痰湿内蕴型	17	7	8	2	88.2
阴虚火旺型	17	7	6	4	76.4
气阴不足型	16	6	8	2	87.5

2.2 2 组反复呼吸道感染患儿疗效比较 试验组在有效率先上显著优于对照组 ($P<0.05$),说明中药联合治疗对反复呼吸道感染患儿疗效更优。见表 2。

表 2 2 组反复呼吸道感染患儿疗效比较表 (例)

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	50	11	21	17	66.0
试验组	50	20	22	8	84.0*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.3 2 组反复呼吸道感染患儿症状评分比较 2 组治疗后症状积分均减少,但 2 组组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 3 2 组反复呼吸道感染患儿临床症状评分比较表 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	50	7.98 \pm 1.51	6.88 \pm 1.45
试验组	50	8.59 \pm 1.42	6.64 \pm 1.69

2.4 2 组反复呼吸道感染患儿免疫球蛋白治疗前后比较 2 组免疫球蛋白治疗后整体均有上升,以 IgA 变化最显著,且 2 组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$),但 IgG、IgM 治疗前后无明显差异且 2 组组间比较差异无统计学意义

($P>0.05$)。见表4。

表4 2组反复呼吸道感染患儿免疫球蛋白治疗前后比较表
($\bar{x}\pm s, g/L$)

组别	例数	IgA		IgG		IgM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	0.64±0.16	0.69±0.17	6.47±1.55	6.67±1.45	0.98±0.29	1.01±0.32
试验组	50	0.55±0.17	0.63±0.16	6.53±1.68	6.61±1.59	0.95±0.31	1.04±0.27

3 讨论

小儿反复呼吸道感染(RRTI)多因形气未充、肺脾虚弱致肌表不固、反复外感而发病。现代研究表明,免疫球蛋白IgA^[6]和IgG^[7]的含量降低与反复呼吸道感染的发作关系密切。有文献报道RRTI患儿sIgA含量较正常儿童显著减少^[8],而sIgA中对呼吸道黏膜有很好的保护作用。中医学认为:肺与脾在五行方面存在母子关系,RRTI当属肺系疾病,肺病日久,子盗母气,脾气亦虚,渐而阴血难生,内生痰滞,肺脾同病,虚实互见,导致本病的反复发生。临证也发现患儿体质存在虚实夹杂情况,其中虚者气阴不足为多,实者多有痰滞。故设立养阴益气、健脾化痰之法,结合临证经验、精选方药,以生脉散合二陈汤加减(即养阴化痰方)开展研究。生脉散具益气复脉之功,方案中以太子参代替人参为君药,可增加养阴之力、增强机体抗疲劳能力^[9];臣以黄芪益气固表、麦冬养阴益肺;佐用陈皮、法半夏健脾化痰;使配木瓜行气化湿消滞,兼以五味子酸敛肺气,以助肺脾和调;酌选苍术可燥湿健脾,或用知母滋阴清热。全方统合以肺脾同治,培土生金为主,补中有消,补而不膩,用以调节免疫、助肺之功能恢复。

中药穴位贴敷可刺激穴位,激活皮肤中的某些神经末梢和酶类,参与到机体的免疫调节,可提高免疫力或降低过敏状态。药物贴敷于特殊经穴,迅速在相应组织器官产生较强的药理效应,起到单相或双相调节作用^[10]。故我们在中药辨证内服基础上,运用三合辨证法(即体质辨证、辨证选穴、辨证选药三项联合)开展本病的外治研究,其一,用白芥子作用于背俞穴的肺俞穴,宜痰湿之体;《本草纲目》:“白芥子辛能入肺,温能发散,故有利气豁痰之功。”其二,选五味子用于神阙穴,适宜气阴不足者,神阙穴本身有培元固本等功效;五味子最早列于《神农本草经》上品中药中,《药品化义》亦云:“五味子,五味咸备,而酸独胜,能收敛肺气,主治虚劳久嗽。”其三,用肉桂作用于足少阴肾经井穴之涌泉穴,用以引火归元,阴虚内热者为宜。小儿为柔嫩之体,皮肤角质层较薄,药物刺激反应更灵敏,而且脏气清灵,随拨随应,研究发现药物的吸收好,敷贴治疗安全有效。

通过观察研究,我们设计的中药内服联合穴位贴敷方

案,最终达到了预防反复呼吸道感染、提高机体免疫力的目的。结果显示:试验组的总有效率为84.0%,显著优于对照组的66.0%,有效减少了呼吸道感染的反复;其中阴虚火旺型有效率稍低,气阴不足型、痰湿内蕴型有效率较理想,说明个体化分型方案是有效的,但组方用药还需临床反复验证,方案不断优化,才能使疗效更进一步。症状积分方面2组统计上有明显差异,试验组治疗后积分下降明显,说明中药能有效改善患儿的症状。此外,2组免疫球蛋白治疗后整体均有上升,以IgA变化上升相对突出,IgG、IgM略有上升。其中试验组IgA上升较对照组显著,提示中药治疗已使免疫力得到部分提高,虽然只是短时间内的变化,却与临床观察到“试验组复感率减少”是一致的。对RRTI患儿来说,整体免疫功能较正常儿童低下,这不仅是容易发病的原因,其实也是长期反复感染的结果,所以IgG、IgM变化也是符合临床的,因为整体免疫力提升不是短期就能达到的,应是一个循序渐进的过程。

综上所述,针对小儿反复呼吸道感染,中药内外同治已获得良好初步成果,突出了内外同治、预防为主的方针,对改善复感儿的临床症状,减少复感率方面取得满意疗效,是治疗小儿反复呼吸道感染安全有效方法。同时我们也意识到,RRTI患儿存在体质上虚实寒热不同,要体现个体化有相当难度,我们开展三合辨证思维,已获有益经验,但还需要不断契合临床、进一步优化方案,结合现代研究方向、向多中心联合研发,方能更好服务于儿童健康。本次研究在一定程度上减少了门诊和住院的输液治疗,减轻了患儿的痛苦并取得了相应的疗效,获得了患儿家长的认可和喜欢,带来了不少社会效益和知名度,值得推广。

参考文献

- [1] 王文辉,陈曦,丁媛.支气管哮喘患儿血清IL-4、hs-CRP、Ang-2检测的临床意义[J].中国现代医学杂志,2014,24(18):92-94.
- [2] 侯俏珍,何丽雅,邓力,等.广东珠三角地区儿童反复呼吸道感染的相关因素分析[J].中国医药导报,2014,11(31):133-135.
- [3] 张梓荆.全国小儿呼吸道疾病学术会议纪要[J].中华儿科杂志,1988,29(1):40.
- [4] 汪受传.中医儿科学[M].北京:人民卫生出版社,1998:511.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:53-58.
- [6] 杨锡强.儿童反复呼吸道感染及其免疫调节——对“抗感染免疫增强剂”的再认识[J].中国实用儿科杂志,2013,28(3):161-163.
- [7] 陈楠,赵晓东.免疫增强剂在儿童反复呼吸道感染中的治疗地位[J].中国实用儿科杂志,2013,28(3):168-172.
- [8] 曾伟斌.反复呼吸道感染患儿细胞免疫功能探讨[J].国际医药卫生导报,2005,11(10):14-16.
- [9] 秦汝兰.太子参多糖的提取及抗疲劳作用的研究[J].人参研究,2010,22(3):18-19.
- [10] 袁久荣,王爱武,荆淑红,等.中医经皮给药与中药透皮吸收研究进展[J].中国医药学报,2003,18(4):243-246.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:徐卫东 收稿日期:2019-03-13)

穴位注射防治肿瘤放化疗后 白细胞减少症文献 Meta 分析*

侯超峰¹ 杨文¹ 范新政¹ 马紫妍¹ 张果¹ 张俊霞^{2*}

(1 河南中医药大学针灸推拿学院,河南 郑州 450000;2 河南中医药大学科研实验中心,河南 郑州 450000)

摘要:目的 系统评价穴位注射防治肿瘤放化疗后白细胞减少症的临床疗效和不良反应。方法 纳入中文和英文的文献,通过计算机检索中国知网(CNKI)数据库、万方、维普、中国生物医学文献数据库(CBM)、Pubmed、Embase、Cochrane Library。以穴位注射防治肿瘤放化疗后不良反应的随机对照临床研究(Randomized controlled trial,RCT)为对象,2名研究员独立进行文献筛选,资料提取,并对所纳入的文献质量评价后,采用 Revman 5.3 进行 Meta 分析。结果 最终纳入 11 篇文献,共计 767 例患者,发现:与其他疗法相比,穴位注射能缓解肿瘤放化疗后重度骨髓抑制[OR=4.58,95%CI(2.72,7.70) $P<0.05$];改善患者的骨髓抑制[OR=2.11,95%CI(1.45,3.08) $P<0.05$];升高患者外周血的白细胞[MD=1.10,95%CI(0.61,1.59) $P<0.05$]。且所纳入的 11 篇文献未见不良反应。结论 穴位注射安全性相对较高,并且能缓解肿瘤放化疗后重度骨髓抑制,改善患者的骨髓抑制,升高患者外周血的白细胞。

关键词:穴位注射;肿瘤;骨髓抑制;白细胞减少;放化疗;Meta 分析;文献研究;虚劳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.018

文章编号:1672-2779(2019)-23-0042-05

Literature Meta-analysis of Acupoint Injection in the Prevention and Treatment of Leukopenia after Radiotherapy and Chemotherapy

HOU Chaofeng¹, YANG Wen¹, FAN Xinzheng¹, MA Ziyen¹, ZHANG Guo¹, ZHANG Junxia²

1. College of Acupuncture and Massage, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Research and Experiment Center, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China

Abstract: Objective To systematically evaluate the clinical efficacy and adverse reactions of acupoint injection in the prevention and treatment of leukopenia after radiotherapy and chemotherapy. **Methods** Chinese and English literatures were included. CNKI database, Wanfang, Weipu, CBM, pubmed, EMBASE and Cochrane library were searched by computer. Randomized controlled trial (RCT) of acupoint injection in the prevention and treatment of adverse reactions after radiotherapy and chemotherapy was used as the research object. Two researchers independently screened the literature, extracted the data, and evaluated the quality of the included literature. Revman 5.3 was used for meta-analysis. **Results** A total of 767 patients were included in 11 literatures. It was found that acupoint injection could alleviate severe bone marrow depression after radiotherapy and chemotherapy [OR = 4.58, 95% CI (2.72, 7.70) $P < 0.05$], improve bone marrow depression [OR = 2.11, 95% CI (1.45, 3.08) $P < 0.05$], and increase peripheral blood leukocytes [MD = 1.10, 95% CI (0.61, 1.59) $P < 0.05$]. There were no adverse reactions in 11 literatures. **Conclusion** Acupoint injection is relatively safe and can alleviate severe bone marrow depression, improve bone marrow depression and increase peripheral blood leukocytes in patients with cancer after radiotherapy and chemotherapy.

Keywords: acupoint injection; cancer; myelosuppression; leukopenia; hemoradiotherapy meta-analysis; literature research; consumptive disease

肿瘤作为一类危害人类生命的疾病,其发病率和死亡率均呈升高趋势。根据世界卫生组织(WHO)的统计,在很多国家,癌症是主要的致死原因^[1]。在临床中,放化疗作为治疗肿瘤的主要手段,由于大部分化疗药物缺乏特异性,在杀灭肿瘤细胞的同时,也会对机体产生不良的影响。据有关数据统计,80%的肿瘤患者经化疗后,会出现不同程度的骨髓抑制,使患者外周血中的白细胞、红细胞、血小板等降低,从而出现贫血、出血、机体抵抗力下降^[2-3]。目前临床常用的升白药效果欠佳,且长期疗效不明显。而穴位注射是在中医药理论

指导下,结合现代医学形成的一种新的治疗方式^[4],具有价格低廉,不良反应少,且疗效显著等优势。已有临床试验证实了穴位注射防治肿瘤放化疗后白细胞减少的临床疗效^[5-6]。

现如今其临床研究也日益增多,但研究结论不统一。因此本次研究所使用的 Cochrane 系统评价方法,评价穴位注射防治肿瘤放化疗后白细胞减少症的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 纳入标准 (1) 研究类型: RCTs, 文献语言为中文或英文; (2) 研究对象: 临床经病理等确诊为肿瘤,且经放化疗后出现白细胞减少的患者,不考虑患者的年龄、性别、种族; (3) 干预措施: 治疗组采用穴位注射或穴位注射加对照组疗法的治疗方案; (4) 结局指标: 按 WHO 制定的抗癌药物不良反应分级为标准。以外周血中白细胞(WBC)的含量来评价骨髓抑制的程度。具体分为: ①重

* 基金项目: 河南中医药大学省级大学生创新创业训练计划项目[No.201810471015]; 河南中医药大学创新创业训练计划项目[No.CXXM[2017]0205,CXXM[2018]0008]; 河南中医药大学博士基金[No.BSJJ2016-03]

* 通讯作者:junxiavicky@126.com

度骨髓抑制缓解的有效率(未发生Ⅲ度和Ⅳ度,即外周血白细胞计数大于 $2.0 \times 10^9 \cdot L^{-1}$);②外周血白细胞计数;③骨髓抑制改善的有效率(即外周血白细胞大于 $4.0 \times 10^9 \cdot L^{-1}$)。

1.2 排除标准 (1) 综述、Meta分析、探讨、评论等非临床文献;(2) 重复发表或重复检出的文章;(3) 无法获取全文文献的;(4) 自身交叉对照研究;(5) 论文出现明显错误;(6) 病例对照(疾病组与非疾病组的比较);(7) 基础研究;(8) 论文数据重复的文献;(9) 个人经验总结。

1.3 检索策略 计算机检索中国期刊全文数据库(CNKI)、万方、维普、中国生物医学文献数据库(CBM)、Pubmed、Embase、Cochrane Library。收集穴位注射防治肿瘤放疗后白细胞减少症的随机对照研究的文献资料,检索时间均从2008年1月—2018年11月。采用主题词和自由词相结合的方式,以便尽可能多的获取临床文献。中文数据库的检索关键词有穴位注射、骨髓抑制、白细胞减少等;英文数据库的检索关键词有Acupoint Injection、Leukopenia、Myelosuppression等。

1.4 文献筛选 2名研究员根据纳入和排除标准筛选文献,各自通过阅读题目和摘要进行初筛以及阅读全文进行复筛,并交叉核对筛选结果,对有分歧的文献通过和第三方讨论解决。如遇三方都解决不了的问题,可咨询相关专业人士。

1.5 文献质量评价与资料提取 按Cochrane^[7]协作组推荐的RCT定性评价的方法使用统一的量表对纳入研究的文献进行偏倚风险评价,主要条目包括:(1) 随机化方法的应用,随机方案是否隐藏;(2) 是否使用盲法;(3) 结局资料的完整性,对退出、失访以及不良反应的病例是否进行记录,是否报告原因;(4) 是否采用意向性分析(intention to treat, ITT)法来处理结果;(5) 选择性报告偏倚;(6) 其他偏倚。与此同时,采用jadar评分表评价纳入的研究文献的方法学质量。采用5分制,2分或2分以下为低质量研究,3分或3分以上为高质量研究。纳入文献的基本信息有论文名称、作者、发表年份、病程、年龄、性别、干预措施、对照措施等等。

1.6 统计学方法 使用Cochrane协作网提供的统计分析软件RevMan 5.3对所纳入的文献结果进行Meta分析。二分类变量使用相对比值比(Odd Ratio, OR)作为疗效分析的统计量;连续性变量则使用均数差(Mean Diference, MD),如遇测量单位不同时,使用标准化均数差(Standardized Mean Diference, SMD)来表示2组间的差异。均采用95%可信区间(Confidence Interanal, CI)来表示2种变量资料的结果。对于纳入本次研究结果的异质性采用卡方检验,若无统计学意义($P \geq 0.05$, $I^2 \leq 50\%$),则使用固定效应模型(Fixed Effect Model)对所纳入文献的结果进行合并分析;如果异质性检验的结果具有统计学

意义($P \leq 0.05$, $I^2 \geq 50\%$),则使用随机效应模型(Random Effect Model)对所纳入文献的结果进行合并分析,同时需要谨慎解释并分析结果。由于其他原因造成结果统计量无法合并和分析时,则使用描述性分析。

2 结果

2.1 纳入文献研究的基本情况 初检获得312篇文献,经阅读题目摘要和全文两轮筛选,最终获得11篇符合要求的文献。11项研究的语言全为中文。筛选过程具体见图1。11项研究纳入患者共计767例,治疗组有患者389例,对照组为378例。

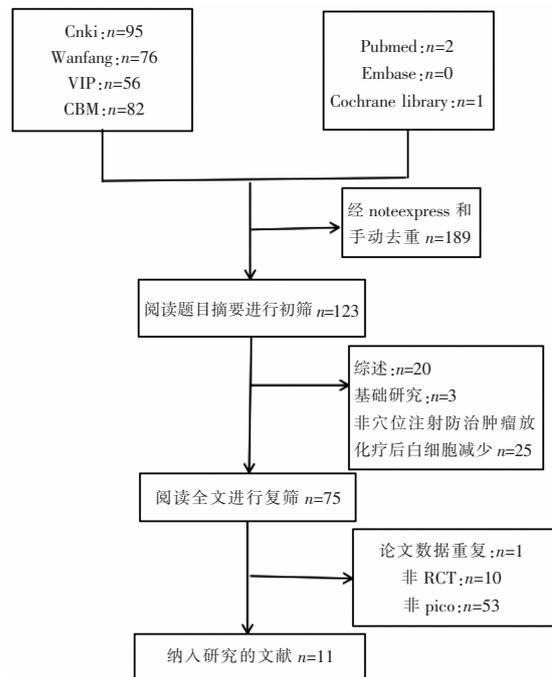


图1 文献检索流程图

2.2 纳入研究的偏倚风险评价结果 本次研究所纳入的11篇文献方法学质量整体较差,有3项研究^[8,13,17]为高质量(jadar评分分别为3分、3分、4分)。所纳入11篇文献均提及随机分配,其中5篇文献^[8,10,11,13-14]用数字化表来产生随机序列,一篇^[17]采用拆信封的方式来产生随机序列,其余5篇论文^[9,12,15-16,18]仅提及随机分配,并没有描述所实施的具体方法;所纳入的11项研究未报告分配结果是否隐藏;其中有一项研究^[13]实施双盲法;所有文献的结局资料完整,有两项研究具体描述了患者撤除和退出的数量与具体理由;所有文献的选择性报告偏倚和其他偏倚均不清楚。采用jadar评分表对所纳入的11篇文献的方法学质量进行定量评价。本次研究纳入的11篇文献涉及患者的年龄,性别等其他基线资料均有可比性。见表2。

2.3 Meta分析结果 穴位注射防治肿瘤放疗后重度骨髓抑制的临床疗效Meta分析,共有8个RCT报告了穴位注射防治肿瘤放疗后重度骨髓抑制的临床疗效,共有592例患者,其中治疗组300例,对照组292例。异质

表 1 纳入研究文献的基本特征和 jasad 评分

Table with 8 columns: 研究者, 发表年份, 样本量 (T/C)例, 年龄 (岁), 性别 (男/女), 干预措施, 对照措施, Jadad 评分. Rows include studies like 芦殿荣, 刘娜, 张琼, etc.

注:T 治疗组;C 对照组

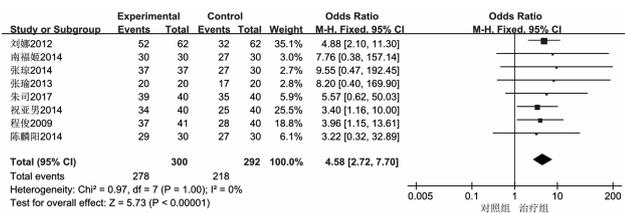


图 2 穴位注射防治肿瘤放疗后重度骨髓抑制的临床疗效 Meta 分析

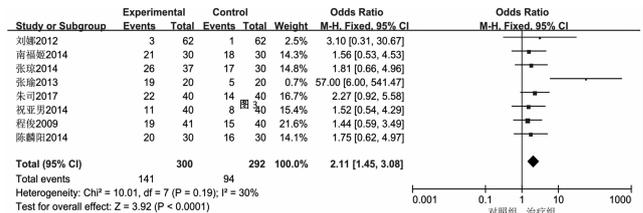


图 3 穴位注射防治肿瘤放疗后改善骨髓抑制临床疗效的 Meta 分析

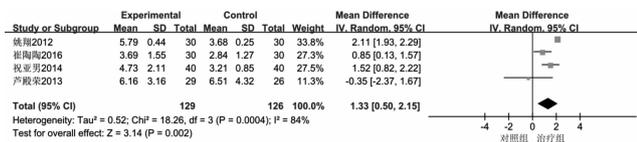


图 4 穴位注射防治肿瘤放疗后外周血白细胞计数的 Meta 分析

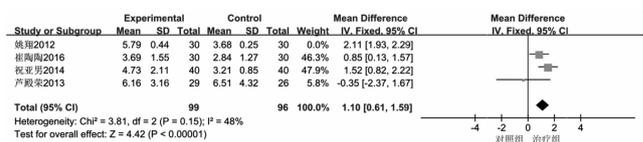


图 5 穴位注射防治肿瘤放疗后外周血白细胞计数的 Meta 分析(敏感性分析)

性检验分析显示 8 个研究间具有同质性 (P=1.00, I²=0), 因此采用固定效应模型合并分析。Meta 分析的结果表明, 治疗组与对照组之间的临床疗效差异具有统计学意义 (P<0.05), 表明与其他疗法相比, 穴位注射具有良好的临床疗效 [OR=4.58, 95% CI (2.72, 7.70)]。见图 2。

穴位注射防治肿瘤放疗后改善骨髓抑制临床疗效的 Meta 分析, 共有 8 个 RCT 报告了穴位注射防治肿瘤放疗后改善骨髓抑制的临床疗效, 共有 592 例患者, 其中治疗组 300 例, 对照组 292 例。异质性检验分析显示 8 个研究间具有同质性 (P=0.19, I²=30%), 因此采用固定效应模型合并分析。Meta 分析的结果表明, 治疗组与对照组之间的临床疗效差异具有统计学意义 (P<

0.05), 表明与其他疗法相比, 穴位注射能改善患者的骨髓抑制 [OR=2.11, 95%CI (1.45, 3.08)]。见图 3。

穴位注射防治肿瘤放疗后外周血白细胞计数的 Meta 分析, 共有 4 个 RCT 报告了穴位注射防治肿瘤放疗后外周血白细胞计数的临床疗效, 共有 255 例患者, 其中治疗组 129 例, 对照组 126 例。异质性检验表明这 5 篇文献存在异质性 (I²=84%, P<0.05), 故采用随机效应模型来对其合并分析。Meta 分析结果表明, 表明与其他疗法相比, 穴位注射能更好的升高患者外周血的白细胞 [MD=1.33, 95%CI (0.50, 2.15)], 见图 4。在敏感性分析中, 当剔除姚翔[16]的数据后, 各项研究间的异质性明显减小 (I²=48%), 此时 Meta 分析的结果表明穴位注

射与其他疗法相比,仍能明显升高患者的白细胞 [MD=1.10, 95CI% (0.61, 1.59)]。见图5。

2.4 发表性偏倚 对穴位注射防治肿瘤放化疗后重度骨髓抑制的临床疗效绘制“倒漏斗图”,倒漏斗图显示效应值不对称,提示存在发表偏倚,可能是阴性的结果没有发表。此外,也可能存在穴位注射防治肿瘤放化疗后重度骨髓抑制的临床方法学质量不高。见图6。

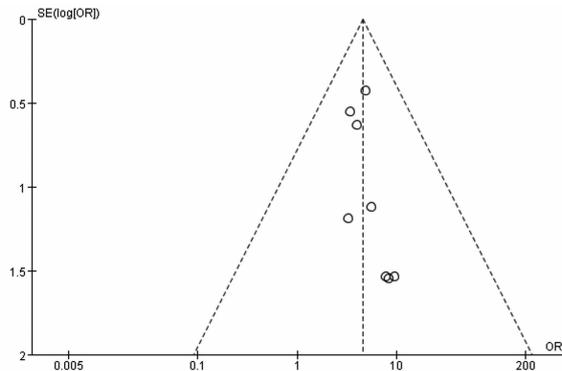


图6 穴位注射防治肿瘤放化疗后重度骨髓抑制临床疗效的“倒漏斗图”

3 讨论

在现代医学中,骨髓抑制是一种放化疗药物多途径,多种方式作用于人体的毒副作用。WHO抗肿瘤药物急性及亚急性毒性分度标准根据外周血各型细胞的多少将其分为五型。化疗药物通过破坏造血干细胞的DNA,抑制其正常复制、转录与翻译的通路,诱导造血干细胞的衰老,导致造血干细胞的更新能力的下降,从而出现不同程度的骨髓抑制^[19-21]。此外,化疗药物的种类、剂量^[22-23]也会影响骨髓抑制的程度。在中医学中,肿瘤多归属于癥瘕、瘰疬、积聚。而放化疗引起的骨髓抑制的患者根据其临床表现多归属于“虚劳”的范畴。肿瘤患者基本属虚实夹杂,本虚标实。其发病机理往往是患者正气虚弱,运化无力,癌毒邪毒内蕴,气机阻滞,瘀血内结,日久渐结,致五脏六腑功能紊乱。而又加之化疗药物,其性猛烈,在攻邪的同时,往往会加重脏腑的气血津液的损耗,从而导致虚劳的发生^[24]。穴位注射是在中医理论的指导下,结合现代医学的理论,来进行防治肿瘤放化疗后白细胞降低的治疗方法,具有操作简单、安全性高、不良反应少等优势,该疗法的刺激强度、药物、穴位为决定其疗效的主要因素^[4]。现已成为防治肿瘤放化疗后骨髓抑制的重要手段之一。

穴位注射防治肿瘤放化疗后骨髓抑制能明显缓解重度骨髓抑制、改善患者的骨髓抑制、有效提高外周血白细胞。鉴于本次研究所纳入文献的方法学和对所施方法报告的质量较差,存在一定的风险偏倚,且样本量小。穴位注射防治肿瘤放化疗后骨髓抑制的临床疗效和对外周血白细胞的改善情况还需要大样本、多中心、随机双

盲的临床对照实验,为穴位注射的有效性和真实性提供更加可靠的临床依据。此外,在穴位注射的安全性方面,所纳入的11篇文献中,仅有2篇文献^[16,18]提到了不良反应,而这2项研究均未出现不良反应。

本次研究所纳入的11项研究均没有提及对分配结果是否隐藏,如不对分配结果进行隐藏,可能会产生选择性偏倚。只有一项研究^[13]报告了随机化的方法及过程并使用盲法。其余研究均未提及是否实施盲法,如果对受试对象、研究者和测试者不设盲,可能导致选择性偏倚、实施偏倚和测量结果的偏倚。干预措施的选择:治疗组的措施均为穴位注射,注射药物有地塞米松、Vit-B₁₂等;对照组的干预措施有盐酸小檗胺片、利血生等。本研究着重于穴位注射防治肿瘤放化疗后白细胞减少的临床疗效,故将治疗组和对对照组的干预措施合并分析,只能看出两者的总体趋势,并不能得出各个措施疗效的差异。本研究纳入的临床随机对照研究设计不规范且文献数量偏少,致文献方法学质量较差,使系统评价的推荐指数降低。所纳入文献的样本量小,没有报告估算样本量的依据,导致检验效能差。倒漏斗图不对称,提示存在一定的发表性偏倚在所纳入的文献中,故需要扩大对“灰色文献”的检索,并期待双盲,多中心高质量的RCTs临床文献的发表。

4 结论

本研究系统评价穴位注射防治肿瘤放化疗后白细胞减少症的临床疗效和不良反应。穴位注射能明显缓解重度骨髓抑制、改善患者的骨髓抑制、有效提高外周血白细胞。但鉴于本次研究所纳入文献的方法学质量较差,临床实验设计不规范,存在一定的风险偏倚,且样本量小。穴位注射防治肿瘤放化疗骨髓抑制的临床疗效和对白细胞的改善情况还需要高质量的临床RCTs,并规范临床实验设计,诊断和疗效评价标准采用医学界认可的标准进行评价,才能更好的判断穴位注射的有效性和真实性。

参考文献

- [1] Bray F, Ferlay M E, Rebecca L, et al., Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA-A cancer Journal For Clinicians, 2018, 68(6):394-424.
- [2] 范奎,代良敏,伍振峰,等.放化疗所致骨髓抑制的研究进展[J].中华中医药杂志,2017,32(1):210-214.
- [3] 李波,梁博文,赵丽萍,等.针灸治疗化疗后骨髓抑制临床及实验研究进展[J].针灸临床杂志,2017,33(11):84-88.
- [4] 徐生贵,孙俊山.足三里穴位注射黄芪注射液对胃癌化疗患者免疫功能的效果影响[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(7):189-191.
- [5] 颜莉芳,黄慧,王斌.足三里穴位注射黄芪注射液对晚期胃癌患者白细胞介素-6及肿瘤坏死因子水平影响分析[J].新中医,2016,48(8):213-215.
- [6] 杨容华,王芳.黄芪注射液穴位注射防治卵巢癌化疗后骨髓抑制的临床疗效观察[J].针灸临床杂志,2015,31(3):50-53.

- [7] Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. [EB/OL]. (2011-03-01) [2017-10-08]. <http://handbook.cochrane.org/>
- [8] 芦殿荣, 芦殿香, 魏萌, 等. 穴位注射对含顺铂化疗患者化疗相关恶心呕吐影响的临床试验研究[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(10):33-38.
- [9] 刘娜, 马天江, 牛松涛. 足三里药物注射在肿瘤化疗中的作用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(2):46-47.
- [10] 张琼, 陈理. 穴位注射对胃癌化疗后副反应的临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(2):145-147.
- [11] 祝亚男, 汪永坚, 陈晓洁, 等. 足三里穴位注射地塞米松在提高乳腺癌化疗耐受性中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(2):158-161.
- [12] 南福姬. 穴位注射黄芪注射液对胃癌患者化疗后不良反应的临床疗效观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2014.
- [13] 崔陶陶. 穴位注射对乳腺癌化疗所致毒副反应的影响[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2016.
- [14] 陈麒阳. 黄芪注射液穴位注射足三里提高紫杉醇类化疗后肿瘤患者生存质量的临床疗效观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2014.
- [15] 张瑜, 汤晓冬, 刘益群, 等. 妇科肿瘤患者穴位注射减轻化疗骨髓抑制的疗效分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(30):3344-3345.
- [16] 姚翔, 张东霞, 俞春生. 地塞米松足三里穴位注射治疗恶性肿瘤化疗后白细胞减少的疗效观察[J]. 中国医师杂志, 2012, (z1):144-146.
- [17] 朱可, 陈汉锐, 胡蓉, 等. 喘可治注射液联合化疗对老年非小细胞肺癌患者免疫功能的影响及临床疗效[J]. 肿瘤药学, 2017, 7(1):44-49.
- [18] 程俊. 参附注射液穴位注射防治化疗骨髓抑制临床观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(11):1812-1813.
- [19] Shao L, Wang Y, Chang J, et al. Hematopoietic stem cell senescence and cancer therapy-induced long-term bone marrow injury[J]. Translational Cancer Research, 2013, 2(5):397-411.
- [20] Insinga A, Cicalese A, Pelicci P G. DNA damage response in adult stem cell[J]. Blood Cells Mol Dis, 2014, 52(4):147-51.
- [21] Klement K, Goodarzi A A. DNA double strand break response and chromatin alterations within the aging cell[J]. Experimental Cell Research, 2014, 329(1):42-45.
- [22] 武迎磊, 向丽, 袁耀辉, 等. 抗肿瘤药物引起骨髓抑制的预防及治疗[J]. 药品评价, 2010, 7(14):30-36.
- [23] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 3版. 上海: 复旦大学出版社, 2013:704-718.
- [24] 李可馨, 曹勇. 从健脾补肾化痰探析化疗后骨髓抑制的治疗[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012(4):410-411.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:刘中友 收稿日期:2019-03-26)

清肝息风汤辅助治疗多发性抽动症临床研究

巩克波¹ 刘远昌² 武志华³

(1 济南市儿童医院中医科, 山东 济南 250022; 2 济南市儿童医院神经内分泌科, 山东 济南 250022; 3 济南市儿童医院康复科, 山东 济南 250022)

摘要:目的 研究自拟清肝息风汤辅助治疗多发性抽动症的疗效。方法 将100例符合标准的多发性抽动症患者随机分为治疗组和对照组各50例(实际完成研究治疗组47例,对照组46例),2组均给予盐酸硫必利片口服,治疗组在西药治疗的基础上合用自拟清肝息风汤口服,疗程为3个月,观察治疗前后中医证候疗效、临床疗效耶鲁抽动症整体严重程度量表(YGTSS)评分,并观察不良反应量表(TESS)总分。结果 治疗后,治疗组中医证候疗效、YGTSS评分改善明显优于对照组($P < 0.05$),TESS总分明显低于对照组($P < 0.05$)。结论 自拟清肝息风汤治疗多发性抽动症,具有较好的疗效,安全性高。

关键词:清肝息风汤;多发性抽动症;肝亢风动证;惊风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.019

文章编号:1672-2779(2019)-23-0046-04

The Clinical Research on Qinggan Xifeng Decoction in the Treatment of Multiple Tics

GONG Kebo¹, LIU Yuanchang², WU Zhihua³

1. Department of Traditional Chinese Medicine, Jinan Children's Hospital, Shandong Province, Jinan 250022, China;

2. Department of Endocrinology, Jinan Children's Hospital, Shandong Province, Jinan 250022, China;

3. Rehabilitation Department, Jinan Children's Hospital, Shandong Province, Jinan 250022, China

Abstract: **Objective** To study the auxiliary curative effect of self-prepared Qinggan Xifeng decoction in treating multiple tics. **Methods** The 100 patients with the standard of multiple tics were divided into treatment group and control group, with 50 cases in each group (47 cases in the treatment group and 46 in control group actually completed the research). The two groups were given tiapride hydrochloride tablets, while the treatment group was given self-prepared Qinggan Xifeng decoction. The treatment course was 3 months. The TCM curative effect, clinical efficacy of Yale twitch disease severity scale (YGTSS) and adverse side effects scale were observed. **Results** After treatment, the effect in TCM curative effect and YGTSS score of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). And the TESS score of the treatment group were significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The self-prepared Qinggan Xifeng decoction has better curative effect and security.

Keywords: Qinggan Xifeng decoction; multiple tics; syndrome of liver hyperactivity and stirring wind; infantile convulsion

多发性抽动症系儿童抽动障碍中最严重的一型,是儿科临床常见的神经精神性疾病,据报道,其发病率近

年来呈逐渐增高趋势^[1],病程长,易反复,常合并注意缺陷障碍、情绪障碍、行为障碍,影响学习生活等,对

儿童身心健康危害严重^[2]。目前西医治疗主要以多巴胺受体阻滞剂(如氟哌定醇、硫必利等)为主,以及氯硝西泮、利培酮、丙戊酸钠等,虽然有相当疗效,但毒副作用大,常导致锥体外系反应,并易出现上课嗜睡、少动、认知迟钝等,停药后易反跳^[3]。因此,发挥传统中医优势治疗儿童多发性抽动症,增加疗效,减轻西药的毒副作用,意义重大。我们在临床上,应用自拟清肝息风汤辅助治疗儿童多发性抽动症辨证属肝亢风动证的患者,取得了较好的疗效,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用平行对照、随机单盲的设计方法,选择2013年1月—2016年12月在山东大学济南市儿童医院神经内科门诊和中医科门诊符合以上标准的患者100例,随机表法分为治疗组和对照组,各50例。2组应该完成观察例数均不低于40例,如一组脱落超过10例,可采取随机方法给予补充。治疗期间治疗组因不能继续耐受中药汤剂及感冒导致治疗方案不能继续进行脱落3例,实际进入统计人数47例,男25例,女22例;年龄6~14岁,平均年龄9.13岁;病程1~5年,平均病程(3.23±1.36)年。对照组因自行更改治疗方案及感冒脱落4例,实际进入统计人数46例,男24例,女22例;年龄6~14岁,平均年龄9.20岁;病程1~5年,平均病程(3.19±1.37)年。2组性别、年龄、病程、症状以及家族史等资料经统计学分析具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《美国精神疾病诊断与统计手册》第4版(DSM-IV-TR)^[4]的诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 参考中华中医药学会所编的《中医儿科常见病诊疗指南》^[5]多发性抽动症中医肝亢风动辨证标准,为方便临床辨证诊断及量化评分,分为主症、兼症和舌脉三项:主症:(1)抽动频繁有力,多动难静,面部抽动明显,包括挤眉眨眼、咧嘴、耸鼻、仰颈,以及四肢躯体抽动等;(2)不时喊叫,声音高亢;(3)任性,自控力差,甚或自伤自残。兼症:(1)烦躁易怒;(2)头晕;(3)头痛;(4)胁下胀满。舌脉:(1)舌红;(2)苔白或薄黄;(3)脉弦有力。满足主症(1)和/或(2),并兼症1项,参考舌脉即符合辨证标准。

1.3 纳入标准 (1)符合中西医诊断标准;(2)性别不限,年龄6~14岁;(3)病程>1年,如呈间断发作,间断期<3个月;(4)1个月以内未接受其他任何治疗。(5)治疗前行心电图、脑电图、血常规、肝功、肾脏功、抗O、血清铜蓝蛋白、头颅MRI等检查无特殊异常者;(6)患者法定监护人知情同意。

1.4 排除标准 (1)对中药汤剂不接受者;(2)症状是由其他疾病(如肝豆状核变性、舞蹈症、脑炎、癫痫等)或药物引起者;(3)伴有严重心、肝、肾及血液系统疾病者,有家族性遗传病史者;(4)近期发生外伤者,脑瘫者,及其他严重精神病或智障患者等不利于观察症状变化及临床资料收集者。

1.5 剔除及脱落标准 (1)研究全程中擅自更改治疗方案者或自行退出的病例;(2)发生严重不良事件(肝肾及血液系统损害、药物过敏等)以及出现各种并发症不宜继续接受该试验方案者,在研究过程中出现各种意外及不良反应需及时给予规范处理;(3)盲法试验中被意外破盲者。

1.6 治疗方法 2组均使用盐酸硫必利片(江苏恩华药业股份有限公司,批准文号:国药准字H32025477),口服,起始剂量100~150 mg/d,分2~3次服用,根据情况可逐渐增加剂量为150 mg/d,共治疗3个月。

治疗组在基础治疗的基础上给予自拟经验方清肝息风汤口服,药物组成:羚羊角粉0.5 g(分冲),珍珠粉1 g(分冲),炙龟甲9 g(打粉先煎),僵蚕9 g,蝉蜕9 g,钩藤6 g,蒺藜6 g,连翘6 g,白芍9 g,麦冬9 g,当归9 g,川贝6 g(粉冲),麦芽9 g,香附6 g,炒白术9 g,干姜3 g,炙甘草3 g。上药除羚羊角粉、珍珠粉、川贝粉冲服及炙龟甲先煎外,其他药冷水浸泡后,水煎2次,共取药汁200~300 mL,6~10岁2日1剂,11~14岁每日1剂,分早晚2次服,连续服用6 d停药休息1 d,治疗3个月为1个疗程。对比2组疗效,并观察、记录药物的不良反应。

1.7 观察指标

1.7.1 中医证候学的观察 参考《中药新药临床研究指导原则》^[6]对主症、兼症及舌脉等分级量化,计算总分;疗效指数计算采取尼莫地平法,疗效指数=(治疗前分数-治疗后分数)/治疗前分数×100%。

1.7.2 临床疗效评价 参考耶鲁抽动症整体严重度量表(YGTSS)评价治疗前后患儿所表现出症状的频率、次数、强度、干扰、复杂性的分值,量表主要分为运动性抽动评分、发声性抽动评分、整体损害程度评分,YGTSS评分=运动性抽动评分+发声性抽动评分+整体损害程度评分。

1.7.3 不良反应 观察采用不良反应量表(TESS)^[7],该量表由常见不良症状、体征及实验室检查结果组成,严重程度分值0~4分。

2组患者在治疗前后以上量表积分及症状证候变化由同一个不了解分组情况的专业人员进行测评并分析结果。

1.8 疗效评定标准 治愈：症状基本消失，疗效指数>95%，并且1个月以上未复发；显效：主症有所改善，疗效指数>70%，<95%；有效：主症有所改善，疗效指数>30%，<70%；无效：主症无改善或有加重，疗效指数<30%。

1.9 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行统计分析。计数资料用率(%)表示，组间比较用 χ^2 检验；计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，2组间比较采用独立样本 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组多发性抽动症患者治疗后中医证候疗效比较 经 χ^2 检验，2组均有较好的治疗效果，治疗组与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)，表明治疗组中医证候疗效优于对照组。见表1。

表1 2组多发性抽动症患者治疗后中医证候疗效比较

组别	例数	[例(%)]					愈显率	总有效
		治愈	显效	有效	无效	愈显率		
治疗组	47	20(42.55)	16(34.04)	7(14.89)	4(8.51)	36(76.60)	43(91.49)	
对照组	46	15(32.61)	13(28.26)	9(19.57)	9(19.57)	28(60.87)	37(80.43)	

2.2 2组多发性抽动症患者治疗前后 YGTSS 评分及各分项评分比较 治疗前 YGTSS 评分及各分项评分 2 组比较， $P>0.05$ ，差异无统计学意义。治疗后，2 组各组内比较， $P<0.01$ ，比较差异有统计学意义，表明 2 组均有明显疗效。治疗后治疗组与对照组比较， $P<0.05$ ，比较差异有统计学意义，表明治疗组疗效优于对照组。见表 2。

表2 2组多发性抽动症患者治疗前后 YGTSS 评分及各分项评分 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	运动性抽动评分	发声性抽动评分
治疗组	47	治疗前	11.41 ± 6.39	8.96 ± 6.17
		治疗后	3.58 ± 2.59 ^{△△}	2.76 ± 2.34 ^{△△}
对照组	46	治疗前	11.43 ± 7.05	8.76 ± 5.86
		治疗后	5.87 ± 2.98 [△]	4.59 ± 3.23 [△]

组别	例数	时间	整体损害程度评分	YGTSS 评分
治疗组	47	治疗前	12.69 ± 6.13	33.06 ± 16.55
		治疗后	4.67 ± 3.01 ^{△△}	15.20 ± 10.09 ^{△△}
对照组	46	治疗前	12.35 ± 6.01	32.87 ± 15.98
		治疗后	6.80 ± 4.86 [△]	18.43 ± 9.86 [△]

注：组内比较，[△] $P<0.01$ ；治疗前后组间比较，^{△△} $P<0.05$

2.3 2组多发性抽动症患者不良反应比较 在治疗过程中，治疗组的不良反应较少而且轻微，主要为腹部不适、纳差、大便偏稀等；对照组主要为头昏、乏力、轻度认知迟钝、活动减少、困倦嗜睡等，轻中度，简单对症处理或自行缓解。2组患者三大常规、肝肾功、心电图检查均未见明显异常。

2.4 2组多发性抽动症患者治疗后 TESS 总分比较 治疗组与对照组比较， $P<0.05$ ，比较差异有统计学意义，表明治疗组不良反应少于对照组。见表 3。

表3 2组多发性抽动症患者治疗后 TESS 总分比较

($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	TESS 总分
治疗组	47	1.69 ± 0.87 [*]
对照组	46	4.86 ± 2.93

注：与对照组比较，^{*} $P<0.05$

3 讨论

多发性抽动症又称抽动秽语综合征，属于儿童抽动障碍范畴，中医虽无多发性抽动症的名称，但根据症状体征，可归于“肝风”“惊风”“抽搐”“瘈瘲”“筋惕肉瞤”等范畴^[8-9]。《素问·至真要大论》有“诸风掉眩，皆属于肝”“诸暴强直，皆属于风”之论。”《素问·阴阳应象大论》亦言：“风胜则动。”《小儿药证直诀·肝有风甚》云：“风病或新或久，皆引肝风，风动而止于头目，目属肝风入于目，上下左右如风吹，不轻不重，儿不胜任故目割也”。《小儿药证直诀》认为“肝有风则目连割，得心热则搐。”《证治准绳·幼科·目睛动》则云：“目者，肝之窍也，肝胆属风木，二经兼为相火，肝藏血，血不足则风火内生，故目睛为之动。经曰：“曲直动摇，风之象也。”故一般认为多发性抽动症病位在肝，基本病机是肝风内动^[10]。传统观点认为小儿纯阳之体，肝常有余，故易兴奋、易激动、多动任性^[11]。《医学从众录》云：“治肝即所以息风，息风即所以降火”，所以治抽当以清肝息风为主，火盛易伤阴，阴虚则肝阳更亢，且肝火易上扰心火，加剧惊、抽诸症，故同时也注意滋阴柔肝，清心镇惊。所用自拟清肝息风汤口服。方中羚羊角粉性味咸寒，《本草纲目》谓之“平肝舒筋，定风安魂……散血下气……治子痫痉疾”，功擅清热平肝息风，常用于肝风内动、惊痫抽搐诸症。珍珠粉性味甘咸寒，能养阴清热息风，镇心安神，《本草汇言》认为可治“小儿……急慢惊风……搐搦”。炙龟甲性味甘平，《本草图解》谓之“大有补水制火之功”，功擅滋阴清热、潜阳息风。羚羊角粉、珍珠粉、炙龟甲三药共奏清肝息风、滋阴潜阳，并兼清心镇惊，是为主药。僵蚕息风止痉、散热定惊；蝉蜕散风除热、解痉定惊；钩藤清热平肝、息风止痉；蒺藜平肝祛风，并能解郁活血；连翘清心火、安心神。此五味药辅助加强清肝息风、解痉镇惊之效。火盛伤阴，且肝又主藏血，故加白芍滋阴养血柔肝，麦冬滋阴润燥、清心安神，当归养血活血。白芍与甘草相配乃是芍药甘草汤，有柔筋缓急止痉之效。心肝火旺易炼液成痰，并

且古训“久病怪病多是痰为祟”，故佐以少量川贝化痰清热，且偏润不燥。肝为刚脏，不可强压，且肝脏功能失常，必然影响其疏泄功能，导致气机不畅，并影响血脉运行，进而还可合并郁证的发生，如多发性抽动症患者也常见性格孤僻等，故加麦芽、香附以疏肝理气解郁，川贝也能宽胸解郁，配当归、蒺藜则调畅气血。肝气过旺容易克伐脾土，且小儿脏腑虚弱，大队清热滋阴重镇药物易损伤脾胃，脾胃功能损伤，则可影响小儿进食或致吐泻，不能继续接受异味较大之中药汤剂，影响治疗。故加白术、甘草益气健脾，麦芽和胃消食，反佐少量干姜温补脾胃、散寒止吐，此乃含“见肝之病当先实脾”之旨。诸药合用，共奏清肝息风之功，并能滋阴柔肝、清心镇惊、理气活血、化痰解郁、健脾和胃，使阴阳气血脏腑调和，从而起到理想的治疗小儿多发性抽动症作用。

现代药理也发现，羚羊角^[12]、珍珠粉^[13]具有一定的中枢抑制、镇静、修复神经细胞等作用。龟甲^[14]具有促进发育、保护中枢神经系统的作用。僵蚕^[15]对神经系统有营养保护作用，镇静抗惊，与蝉蜕、钩藤组成的复方^[16]治疗小儿抽动症有确切疗效。钩藤^[17-18]所含生物碱等有效成分，可作为多巴胺受体拮抗剂，介导中枢多巴胺能系统，发挥抑制作用，保护神经细胞，抗痉挛、抗肌肉抽搐等。白芍^[19]有去极化神经肌肉阻滞剂的作用，能改善学习和记忆。这些药理作用显然对控制多发性抽动症是有益的。

本研究结果也表明，自拟清肝息风汤辅助治疗多发性抽动症有理想的疗效，对于改善患儿的中医证候学、临床症状以及 YGTSS 评分等各项指标明显优于对照组 ($P < 0.05$)，且不良反应明显减少 ($P < 0.05$)。可见自拟清肝息风汤能够发挥传统中医优势，整体论治，针对多发性抽动症患者病因病机，多环节、多靶点综合治疗，安全高效，值得推广。下一步我们还将联合有关单位进行动物实验研究及药物毒理的研究，并优化剂型使其更易受患儿接受，扩大规模开展多中心双盲对照临床研究等，以深入该方的开发及推广，使更多的多发性抽动症患者受益。

参考文献

[1] 郭足森,童文婷,刘真杜,等.调肝熄风汤治疗肝风痰扰型小儿抽动障碍 60 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(17):15-17.
[2] 纪文娜,张喜莲,吴海娇.小儿抽动障碍的中医治疗研究进展[J].中医儿科杂志,2014,10(3):74-77.
[3] 王红利.加味逍遥散治疗儿童多发性抽动症临床观察[J].光明中医,2015,30(4):787-788.
[4] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders, DSM-IV, Tic Disorders [M]. 4th ed. Washington D.C: American Psychiatric Association, 1994:100-105.

[5] 中华中医药学会. 中医儿科常见病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 73.
[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2008: 388-390.
[7] 张明园. 副反应量表 (TESS) [J]. 上海精神医学, 2006, 18(6): 77-80.
[8] 张力. 平肝化痰免煎颗粒治疗儿童抽动障碍 85 例 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(9): 670.
[9] 杨志华, 张喜莲, 马融. 从中医肝脾理论论治小儿多发性抽动症经验 [J]. 中医杂志, 2015, 56(2): 102-104.
[10] 高戈, 吴敏, 张欣, 等. 应用祛风止动方治疗儿童抽动障碍的安全性评价 [J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(9): 1136-1138.
[11] 崔霞, 王素梅. 肝与儿童多发性抽动症发病的关系 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2011, 3(5): 389-390.
[12] 张龙霏, 胡晶红, 张永清. 羚羊角药理研究概况 [J]. 中国医药导报, 2013, 10(28): 23-26.
[13] 韩珮, 张春椿, 熊耀康. 珍珠粉临床应用的最新研究进展 [J]. 中医学报, 2011, 26(7): 835-837.
[14] 余新建, 陈素红, 吕圭源. 龟甲“滋阴补肾”药效相关研究概况 [J]. 当代医学, 2009, 15(10): 15-17.
[15] 徐冲, 商思阳, 刘梅, 等. 僵蚕化学成分和药理活性的研究进展 [J]. 中国药房, 2014, 25(39): 3733-3734.
[16] 高长久, 张梦琪, 曹静, 等. 蝉蜕的药理作用及临床应用研究进展 [J]. 中医药学报, 2015, 43(2): 110-112.
[17] 黄春晖, 曾常青. 钩藤对神经系统的药理作用 [J]. 亚太传统医药, 2012, 8(4): 175-176.
[18] 黄华, 丁伯平. 钩藤生物碱对中枢神经系统的药理作用研究进展 [J]. 现代药物与临床, 2013, 28(5): 806-808.
[19] 韩珍, 贺弋. 白芍总苷的药理作用及其毒性研究进展 [J]. 宁夏医学院学报, 2008, 30(4): 538-541.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:张乐海 收稿日期:2019-01-09)

关于变更投稿邮箱的通知

由于我刊原邮箱服务商合同到期,原投稿邮箱于 2015 年 7 月 1 号停止使用,特通知各位读者、作者。为确保投稿及时送达编辑部,即日起请将稿件投至 zgzyycjy@163.com 新邮箱,由此造成不便,敬请谅解。

感谢您一直以来对我刊的关注与支持!

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

咨询电话:010-57289308/57289309

官方网站:www.zgzyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社编辑部

2015 年 2 月 10 日

针灸联合当归四逆汤治疗经期头痛临床观察

马放

(抚顺市中医院妇产科,辽宁 抚顺 113008)

摘要:目的 综合性分析针灸联合当归四逆汤治疗经期头痛的临床疗效。方法 选取2017年12月—2018年12月于抚顺市中医院门诊及病房收治的经期头痛患者60例,入组病例采取信封法随机分组,对照组30例,应用单纯针灸治疗,试验组30例,在对照组基础上联合当归四逆汤口服治疗,观察2组患者治疗前后疼痛评分VAS、中医证候积分及临床有效率变化情况。结果 经临床治疗后,2组患者均取得理想临床疗效,试验组VAS评分(2.13±0.51)分,中医证候积分(2.31±1.26)分,临床总有效率:96.67%;对照组:VAS评分(4.49±0.68)分,中医证候积分(6.29±1.53)分,临床总有效率:83.33%,试验组明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 针刺联合当归四逆汤口服治疗可有效缓解经期头痛患者血虚寒厥、经脉痹阻所致头痛、腹痛等症状,改善患者冲任失调,疏经通络,调衡气血,临床效果优异,值得临床推广。

关键词: 经期头痛; 针灸疗法; 当归四逆汤; 中医综合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.020

文章编号:1672-2779(2019)-23-0048-03

Clinical Observation on Acupuncture and Moxibustion Combined with Danggui Sini Decoction in Treating Patients with Menstrual Headache

M A Fang

Department of Obstetrics and Gynecology, Fushun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Fushun 113008, China

Abstract: **Objective** To comprehensively analyze the clinical efficacy of acupuncture combined with Danggui Sini decoction in patients with menstrual headache. **Methods** 60 patients with menstrual headache from December 2017 to December 2018 who were admitted to our outpatient clinic were enrolled. The enrolled patients were randomized by envelope method. 30 patients in the control group were treated with acupuncture alone. Thirty patients in the experimental group were treated with Danggui Sini decoction on the basis of the control group. The pain scores of VAS, TCM syndrome scores and clinical effective rate were observed before and after treatment. **Results** After clinical treatment, the two groups of patients achieved ideal clinical results. The experimental group group was significantly better than the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Acupuncture combined with Danggui Sini decoction can effectively alleviate the symptoms of headache, abdominal pain and other symptoms caused by blood deficiency and chills, menstrual cramps, menstrual headache, improve the patient's dysfunction. The effect is excellent and worthy of clinical promotion.

Keywords: menstrual headache; acupuncture and moxibustion therapy; Danggui Sini decoction; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine

头痛为多种病因诱发的临床常见症状,其中女性较为多发。女性月经期间及经期前后所发生的头痛称为经期头痛,是经前期综合征的核心临床表现^[1]。近些年随着生活节奏的加快及工作压力的加大,经期头痛发病率呈逐年上升趋势,严重困扰了广大女性患者的日常生活及身体健康,成为当今医学界的一大研究热点^[2]。经临床研究统计,63%的女性头痛病因与月经及内分泌失调等生理因素相关,其中50%为轻症者,30%为反复发作的重症头痛,若未及时治疗极易引起内分泌紊乱及其他并发症。西医常规治疗以前列腺素抑制剂、己烯雌酚及非甾体类药物等镇痛和激素治疗为主,虽短暂缓解头痛症状,但无法达到治愈头痛的目的,病情反复发作,远期临床疗效不理想。中医学认为经期头痛是由于人体气血亏虚、血瘀寒凝、经脉痹阻而引发,且往往涉及到心、肝、脾、肾等多个脏腑,与现代医学的心脑血管、运动、神经、内分泌等多个系统相关。经过历代医家对该病的病机不断完善,认为经期头痛最主要的致病因素

为气血亏虚,治疗上主要采用针灸联合汤药内服治疗经期头痛患者,可有效改善机体气血亏虚、寒凝经脉,至今仍有较高的临床应用价值。我科应用针灸治疗联合当归四逆汤口服治疗经期头痛患者颇有临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2017年12月—2018年12月病房及门诊接受治疗的经期头痛患者60例,通过信封法随机将患者分为试验组和对照组2组,各30例。对照组年龄18~43岁,平均年龄32.4岁;病程5~32个月,平均病程(13.8±5.3)个月。试验组年龄18~42岁,平均年龄32.5岁;病程5~34个月,平均病程(13.6±5.5)个月。对2组患者的基本情况统计学分析结果提示年龄、病程差异不存在统计学意义($P>0.05$),可以纳入试验研究。

1.2 纳入标准 中医诊断标准:本文纳入研究的病例均符合1994年国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》^[3]和《中医妇科学》^[4]中有关气虚血瘀型经期头痛:

经期前后或行经期间头痛剧烈,痛如锥刺者;经行不畅,血少伴瘀块、色紫暗;可伴有小腹冷痛,拒按,四肢逆冷,腰膝酸痛、无力;舌暗边有瘀点,脉细涩或弦涩。西医诊断标准:符合《神经病学》^[5]中对偏头痛的诊断:发作时以一侧或全头痛,并呈周期性反复发作;伴随不同程度感觉性、视觉性、运动性、精神性等先兆症状;伴恶心、呕吐等明显的植物神经症状者;情绪波动、饮食、过劳等因素诱发。

1.3 排除标准 (1)严重的肝肾功能不全的患者;(2)恶性肿瘤患者;(3)不同意参加临床实验的患者;(4)有明显的出血倾向的患者;(5)既往接受过调经、止痛等治疗者。

1.4 治疗方法 2组患者均完善相关理化及影像学检查,明确病情。并根据病情需要对症治疗。对照组通过针灸治疗方案,选取:百会、印堂、太阳、合谷、关元、归来、足三里、三阴交、太冲等腧穴,患者选取仰卧位,经75%酒精棉球对局部皮肤常规消毒,通过1寸或1.5寸毫针刺入腧穴0.5~1.2寸,得气后施用提插捻转、平补平泻法,每10min行针1次,后留针30min。起针后配合艾灸治疗,针刺穴位进行温和灸等方式灸疗20min,患者诉局部温热、额头微汗为佳,灸至皮肤微红、热感即可,每日艾灸1次。试验组在对照组的基础上联合当归四逆汤口服治疗,组方:桂枝15g,白芍15g,当归15g,生姜10g,细辛2g,通草10g,大枣10枚,益母草20g,炙甘草20g。水煎300mL,日2次,早晚150mL分服,2个患者均每日治疗1次,14d为1个疗程,2组患者均完成2组疗程后观察临床疗效。

1.5 观察指标 (1)通过VAS疼痛视觉模拟评分方法评估患者头痛程度。0分:无头痛,1~3分:轻微疼痛,或偶尔头痛,疼痛程度可忍受,4~6分:头痛频发,程度明显影响睡眠,尚能忍受,7~9分:强烈的、持续性头痛,疼痛难以耐受;(2)中医证候积分:通过《中药新药临床研究指导原则(试行)》根据头痛次数、持续时间、发作频率、疼痛程度、伴随症状进行系统评分。总积分<5分为无头痛;5≤总积分<10分为轻度头痛,10≤总积分<15为中度头痛,总积分≥15分为重度头痛。

1.6 疗效评定标准 显效:头痛明显缓解,伴随症状明显好转;有效:头痛减轻,伴随症状缓解,或头痛复发不小于3个月经周期,服用止痛药可缓解;无效:头痛及伴随症状无变化,止痛药缓解程度不理想。总有效率=(显效+有效)例数/总病例数×100%。

1.7 统计学方法 采用统计学软件SPSS 19.0进行分析,计数资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计量资料应用t检验,率的比较应用卡方检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组经期头痛患者VAS评分和中医证候积分比较

临床治疗后:试验组VAS评分(2.13±0.51)分,中医证候积分(2.31±1.26)分;对照组:VAS评分(4.49±0.68)分,中医证候积分(6.29±1.53)分,数据比较差异有统计学意义(P<0.05)。见表1。

表1 2组经期头痛患者VAS评分和中医证候积分比较
($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	VAS评分		中医证候积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	30	8.62±0.53*	2.13±0.51*	14.37±1.54	2.31±1.26*
对照组	30	8.71±0.52	4.49±0.68	14.42±1.52	6.29±1.53

注:组间比较,*P<0.05

2.2 2组经期头痛患者疗效比较 试验组总有效率为96.67%,对照组总有效率为83.33%,2组比较差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2 2组经期头痛患者疗效比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
试验组	30	16	13	1	96.67*
对照组	30	13	12	5	83.33

注:组间比较,*P<0.05

3 讨论

经临床研究显示,经期头痛与卵巢功能周期变化相关,发病机制主要为雌激素水平紊乱导致颅内外血管内皮对5-羟色胺等因子敏感程度降低,并通过交感神经系统失调产生头痛症状。临床治疗通过调节雌激素水平以避免雌二醇水平下降,刺激肾上腺素受体产生,阻断神经突触对甲肾上腺素和抑制去甲肾上腺素酶的降解途径,并阻断降钙素基因相关肽和其他神经肽的释放,恢复脑血管内皮通透性,改善脑血管扩张而引发的搏动性头痛^[6]。而中医学将经期头痛归属为“月经前后诸症”范畴,认为本病主要发病机制为气血、阴精亏虚,清窍失养而至脑府空虚。女性行经期间,经血大量流失导致气血亏虚,经脉、脏腑失于温煦、滋养,脏腑气血生化失职、经脉瘀阻而气血运行不畅,血瘀寒凝而经脉不通,不通则脑府痹痛,长期反复发作易转化为周期性或更为严重的头痛疾病。加之经期患者正气不足、七情失和,邪气内侵、气机郁滞,日久由气及血,遂成郁结,既郁日久,变病百端。而头为清阳之府,机体气血亏虚而至瘀,正气虚衰邪气上扰,气逆而头痛欲劈。治疗上通过针灸对阳明合谷、厥阴太冲等腧穴的刺激,可镇静安神、平肝熄风,对足三里、三阴交等阳明胃经及太阴脾经的刺激可调节脾胃气血生化功能,疏肝解郁、健脾益气,配合艾灸疏风通络、散寒止痛、活血调经,对少腹及四肢厥冷、痹痛有奇效。传统针灸治疗对局部病灶区及远端经验效穴进行针刺及艾灸刺激,可发挥疏通经络、温经散寒、化瘀止痛的功效,起到调和气血阴阳、平衡营卫、疏通腠理的作用。配合当归四逆汤内服治疗,方中

当归、桂枝苦辛甘温，养血行血、温通经脉之法，祛经脉寒邪客留而畅通经血运行，桂枝配细辛善除内外之寒，外温经脉，内温脏腑，通达表里，以散寒邪。针灸联合汤药内服，可根据患者不同状况辨证分型，对针刺穴位及汤药方剂适当调整，以发挥最大功效，最终致机体阴阳平秘，精神乃治，使患者正气存内，邪不可干，有效改善患者头痛及伴随症状，并降低复发率，避免长期服用激素及镇痛药物对患者产生的不良反应，为患者缓解生理痛苦及经济负担。

本文选取 2017 年 12 月—2018 年 12 月于我院门诊及病房收治的经期头痛患者 60 例，应用针灸联合当归四逆汤治疗，结果证实该方案安全有效，值得广泛推广

应用。

参考文献

[1] 田新良,朱福星,童名瑞,等. 月经性偏头痛与女性激素关系的研究[J]. 中国神经精神疾病杂志,1990,16(5):257-258.

[2] 何剑炜. 针刺治疗偏头痛的作用机理及临床研究进展[J]. 云南中医中药杂志,2011,32(3):76-78.

[3] 马宝璋,齐聪. 中医妇科学[M]. 9 版. 北京:中国中医药出版社,2012:99.

[4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:64.

[5] 贾建平. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:158-159.

[6] 孙琼,夏阳. 杞菊地黄丸加味治疗经行头痛 32 例[J]. 河南中医,2013,33(7):1153.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:张思国 收稿日期:2019-03-05)

从肝论治溃疡性结肠炎

王田园¹ 鲁丽娟¹ 袁媛² 陈欣菊^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生 2017 级,河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆一病区,河南 郑州 450003)

摘要: 溃疡性结肠炎是多种因素诱发的非特异性肠道炎症,其中精神心理因素占据重要的地位,可加重 UC 的炎症损伤和溃疡形成。中医认为肝喜条达恶抑郁,与情志密切相关,文章从肝与脏腑之间相互关系阐述从肝论治 UC 的重要性。近年来中医综合运用中药内服及外治法从肝论治 UC,经验丰富,显著改善临床症状,降低复发,值得进一步研究及推广。

关键词: 泄泻;痢疾;溃疡性结肠炎;精神心理因素;从肝论治

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.021

文章编号:1672-2779(2019)-23-0052-03

Treatment of Ulcerative Colitis from the Liver

WANG Tianyuan¹, LU Lijuan¹, YUAN Yuan², CHEN Xinju²

1. Graduate 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Ward One of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450003, China

Abstract: Ulcerative colitis is a non-specific intestinal inflammation induced by a variety of factors, in which mental and psychological factors occupy an important position, which can aggravate the inflammatory injury and ulceration of UC. Traditional Chinese medicine believes that liver stagnation and depression are closely related to emotions. This article explains the importance of treating UC from the liver from the relationship between liver and viscera. In recent years, Chinese medicine has comprehensively applied traditional Chinese medicine oral administration and external treatment to treat UC from the liver. It has rich experience, significantly improves clinical symptoms and reduces recurrence, which deserves further research and promotion.

Keywords: diarrhoea; dysentery; ulcerative colitis; mental and psychological factors; treatment from the liver

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC)^[1]是非特异性肠道炎症,主要累及直肠、结肠黏膜和黏膜下层,是一种慢性进展性疾病,属消化系统常见的疑难疾病^[2]。临床表现常以腹泻、腹痛、黏液脓血便及里急后重为多见。一般来说,腹部疼痛与排便有关,便前腹痛,便后可以暂时缓解^[3]。UC 的发病原因与病理机制目前并不十分明确,相关研究发现,免疫、环境、遗传、感染、精神心理、劳累、饮食等因素均可参与 UC 的发病过程^[4]。流行病学调查显示,UC 的发病与精神心理密切相关,可诱发或加剧 UC 的发生^[5]。UC 患者中约 74% 认为精神心

理因素对其发病过程有影响,显著高于其他疾病患者如肠易激综合征、功能性消化不良等^[6]。中医认为精神心理与肝有关,肝为刚脏,主疏泄,肝喜条达恶抑郁,与情志变化直接相关。《五脏穿凿论》:“肝与大肠相通”,精神紧张、忧思恼怒等情志异常致肝气郁结,进而导致肠腑之气传化失司,与 UC 疾病发作密切相关,因此本文提出从肝论治溃疡性结肠炎。

1 精神心理因素与 UC 的关系

随着经济的发展,人们工作节奏快、生活压力大,易产生紧张、焦虑、抑郁等精神心理问题。现代医学研究显示^[7]精神与消化道之间的关系密切,精神状态的变化会影响血液灌流和腺体分泌,能引起结肠运动和分泌

* 通讯作者:chenxinju1215@126.com

功能的变化。Mawdsley 等^[8]提出精神心理因素是通过改变下丘脑-垂体-肾上腺轴的功能,影响肠腔内细菌和黏膜的作用,增加黏膜肥大细胞的活性、促进多种激素的生成、释放增加以及兴奋植物神经系统等多种途径诱导肠道炎症变化导致 UC 疾病的发生和发展。肠脑学说^[9-10]认为:胃肠道为人体“第二大脑”,在中枢神经系统和胃肠道神经系统均可发现脑肠肽(为神经信息的遗传物质),胃肠道的功能发挥一方面受丘脑自主神经支配,另一方面胃肠道尚有本身的自动调节神经系统。UC 患者最常见的心理问题是不同程度的焦虑、抑郁等情志异常,焦虑、抑郁情绪可通过影响胃肠动力,改变胃肠敏感性,引起胃肠道功能紊乱。有研究报道^[11]UC 患者中抑郁情绪的发生率可达 32.6%,这一数据显著高于健康者。因此适当的抗焦虑、抑郁药物治疗以及心理干预治疗如催眠疗法、认知行为疗法可减轻肠道炎症、减少 UC 疾病复发^[12-13]。

2 中医肝对 UC 的影响

中医学中无 UC 病名,但根据其临床症状,历代医家有其记载,UC 在中医学中归属于“泄泻”“痢疾”“休息痢”“肠澼”“大瘕泄”等范畴。UC 病位在肠,与肝、脾、肾相关,尤以肝关系密切。肝与情志——肝主疏泄,喜条达恶抑郁,在志为怒;《素问·灵兰秘典论》曰:“肝者,将军之官,谋虑出焉。”明确提出了肝调节情志功能^[14]。陈无择在《三因极一病证方论》中指出:“喜则散,怒则激,忧则聚,惊则动,脏气隔绝,精神夺散,以致溇泄。”UC 患者情志不畅致肝失疏泄,肝气郁结,木郁不达,进而导致脾失健运,出现肝脾不和,以致泄泻。肝与脾——《血证论·脏腑病机论》中说:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之而水谷乃化,设肝不能疏泄水谷,渗泄中满之证,在所不免。”肝属木,脾属土,肝气之条达,肝之疏泄有度,脾胃功能得以正常升降,水谷精微才能正常输布全身,糟粕始得正常下传;肝失疏泄,乘脾侮土,可致脾虚健运失司,临床见腹痛、便溏之症。沈洪等^[15]认为肝脾失调是溃疡性结肠炎的主要病机。肝与肺——唐宗海《痢症三字诀》:“致痢之由实不责脾而责在肝肺,肺金不能顾母,肝木郁而克土,以致脾土受邪,但当治肝肺,则脾经自治。”肝木肺金是相克关系,肝失疏泄,侮及肺金,进而下迫大肠,大肠传导失职,则发泄泻。重者肝火亢盛,木火刑金,则大肠热毒熏蒸,热灼血络而下便脓血。肝与大肠——李梃著《医学入门》:“肝病宜疏通大肠,大肠病宜平肝经为主。”最早提出肝与大肠相通。大肠为肝行降浊之功,而使肝之疏泄功能正常;而肝之疏泄功能正常反过来又促进大肠的顺利降浊;肝气郁结,脾胃失司,则肠络受伤,腐败成疡,化为脓血,而痢下赤白。凌红等研究者^[16]提出:肝主疏泄理论与西医脑肠肽理论有异曲同工之妙。肝与血瘀——清代王清任《医林改错》述:

“腹痛作泻,久不愈者,必瘀血为本”。肝郁克脾,脾气亏虚,日久气血生化乏源,运行血液无力而致瘀,气血阻滞肠络失和而血败肉腐成脓。临床医学证实^[17],UC 患者的机体相对处于高凝状态,易合并血栓形成,血栓发生率可达 45.2%。

3 从肝论治 UC

3.1 复方中药治疗 UC 肝藏血,主疏泄,肝气抑郁或上逆,失于疏泄功能则肝逆犯脾;脾主运化水谷精微,主统血,肝脾不和,水谷运化失和,久郁而化热于肠腑,致使肠腑功能紊乱,气滞血瘀,血败肉腐,发为溃疡,“疏肝健脾法”是治疗 UC 的重要方法之一。李桂贤认为 UC 发病常由肝郁脾虚,脾胃气机升降失序而引起,治则以疏肝健脾为主,采用《医宗金鉴》柴芍六君汤基础上加白花蛇舌草、太子参、三七、凤尾草治疗溃结最为适宜^[18]。王正君等^[19]运用结肠汤内服,治疗溃疡性结肠炎 62 例,药物组成包括蜈蚣、白芍、乌药、儿茶、紫河车、甘草、海螵蛸、建曲、黄连等,用疏肝健脾类中药配伍,临床总有效率为 83.3%。郑邦本教授治疗慢性复发型 UC 以疏肝健脾补肾、清热祛湿止泻为治法,采用痛泻要方合四神丸化裁治疗,疗效显著。瘀血是溃结发病过程的病理因素,肝郁克脾,日久成瘀,医家在疏肝健脾基础上加用活血化瘀药物治疗溃结取得满意疗效^[20]。张嵩等^[21]研究发现运用中药复方及西药联合方案即疏肝健脾解瘀方(柴胡、枳壳、陈皮、白芍、茯苓、白术、党参、败酱草、苦参、地榆、益母草、赤芍、当归、三七)联合柳氮磺吡啶片治疗 46 例 UC,此方案可有效缓解患者腹痛、腹泻黏液脓血便及里急后重等症,临床总有效率达到 91.3%,随访中复发率低于单纯西药组。《史载之方》谓:“肺金之胜,亦生腹鸣,溇泄。”刘智群等^[22]研究炙肝散在 UC 中的临床应用,药用白术、芍药、桔梗、白芷,治以调肝理脾、宣肺消痞之功,用于治疗 UC 缓解期肝脾不和,痰湿困阻证。王茹^[23]研究肝郁型溃结患者采用加味四逆散(黄芪、大枣、白术、白芍、党参、葛根、茯苓、木香、桂枝、炙甘草)治疗,治则为疏肝健脾、行气止痛,治疗总有效率 93.1%,此方还具有抗炎、抗微血栓形成及提高患者免疫力的作用。西医药理研究证实^[24-25],疏肝健脾法可提高体内啡肽水平而起到镇静、镇痛作用,并双向调节异常的肠道运动功能。

3.2 中医外治治疗 UC 中医外治法在从肝治疗 UC 方面疗效确切,并能改善临床症状,提高疗效。王燕^[26]采用愈肠汤保留灌肠治疗肝郁脾虚型 UC,愈肠汤组成为黄芪、陈皮、炒白术、白芍、白芍、白芍、白芍、五味子、防风、黄连、乳香、三七粉,研究显示,治疗组能明显改善黏液脓血便、腹泻、腹痛等临床症状,临床总有效率 96.6%,优于对照组康复新液。王秀珍等^[27]选用痛泻要方煎剂灌肠治疗肝脾不和型 UC,治以疏肝解郁,健脾益

气, 治疗总有效率为 96.15%。居来提等^[28]采用中药辨证加针灸辨病的理念, 以痛泻要方加减联合针灸治疗非特异性结肠炎, 针刺肝俞、脾俞、章门、天枢、下巨虚, 神阙隔姜灸, 足三里温针灸, 疗效显著, 优于单纯中药治疗。冯国湘^[29]观察痛泻宁穴位贴敷治疗 UC 疗效, 选足三里、脾俞、天枢、大肠俞以痛泻宁贴膏贴于穴位, 结果显示临床治愈率为 46.67%, 总有效率为 90.0%。赵维杰^[30]研究穴位埋线治疗 UC 临床疗效, 研究分为治疗组 (埋线治疗) 与对照组 (针刺治疗), 二者主穴位均选取大肠俞、天枢、上巨虚, 配穴辨证选穴, 肝气乘脾型加肝俞; 脾胃虚弱型加脾俞; 肾阳虚衰型加肾俞、关元。结果显示 2 组总疗效比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。肯定了穴位埋线在治疗溃疡性结肠炎有较好疗效, 尤以肝气乘脾型和脾胃虚弱型疗效更好。陈英^[31]将治疗组采用乾坤肠康液保留灌肠联合针刺 (取心俞、厥阴俞、百会、神庭、神门为主穴) 抗焦虑治疗, 对照组为乾坤肠康液保留灌肠法治疗。治疗组总有效率 89.7% 高于对照组 66.7% ($P < 0.01$), 结果表明肝疏泄与情志相关, 抗焦虑治疗能有效改善 UC 临床症状, 能使 T-AI、中医证候学及结肠镜下表现积分值降低。杨沈秋等^[32]研究美沙拉嗪片口服联合针刺“于氏头针”额区 (从囟会至神庭或神庭至囟会及其向左、右各 1 至 2 寸的平行线) 治疗 UC 疗效, 结果临床总有效率为 93.3%, 高于单纯口服美沙拉嗪片治疗。

综上所述, 溃疡性结肠炎是多种因素诱发的非特异性肠道炎症, 临床研究显示, 精神心理因素可加重 UC 的炎症损伤和溃疡形成^[33]。在治疗 UC 方面, 西医多以抗炎、免疫、激素及手术治疗, 辅以抗焦虑抑郁药物及心理疗法, 患者大多需要长期服药, 不良反应多, 且复发率高, 手术方式对于 UC 患者的生存质量有诸多不利之处。中医以整体观念为本, 辨证论治为法, 综合运用中药内服及中医外治从肝论治 UC, 有效改善临床症状和降低复发率, 临床疗效显著, 值得推广。

参考文献

- [1] 何清湖. 中西医结合外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 574.
- [2] Wang Y, Ouyang Q. Ulcerative colitis in China: retrospective analysis of 3100 hospitalized patients[J]. Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2007, 22(9): 1450.
- [3] 邓才兵, 柯常旺. 中西医结合治疗功能性消化不良疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2014, (12): 1132-1133.
- [4] 李欣. 中药保留灌肠及针灸治疗慢性溃疡性结肠炎 120 例临床观察[J]. 中外医学研究, 2011, 9(35): 72-73.
- [5] Freitas T H, Andreoulakis E, Alves G S, et al. Associations of sense of coherence with psychological distress and quality of life in inflammatory bowel disease[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(21): 6713-6727.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华内科学杂志, 2001, 40(2): 138-141.
- [7] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1806-2027.
- [8] Mawdsley J E, Rampton D S. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications[J]. Gut, 2005, 54(10): 1481-1491.
- [9] 胡仁明. 内分泌代谢病·临床新技术[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002: 111-118.
- [10] 朱智明, 段立平, 高连如, 等. 脑肠肽与肥胖[J]. 中国临床康复, 2003, 7(21): 2966-2968.
- [11] 张成林, 储兴, 林周, 等. 溃疡性结肠炎患者的心理健康状况及个性特征[J]. 中国行为医学杂志, 2001, 10(1): 37-38.
- [12] Schwartz S P, Blanchard E B. Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease[J]. Behav Res Ther, 1991, 29(2): 167-177.
- [13] Jantschek G, Zeitz M, Pritsch M, et al. Effect of psychotherapy on the course of Crohn's disease. Result of the German prospective multicenter psychotherapy treatment study on Crohn's disease. German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn's Disease [J]. Scand J Gastroenterol, 1998, 33(12): 1289-1296.
- [14] 陈业强, 凌江红. 从脑肠肽进行肝郁证与功能性消化不良病证结合研究的思路[J]. 中医杂志, 2006, 47(10): 784.
- [15] 沈洪, 郑凯, 于毅. 论调肝理脾法在溃疡性结肠炎中的应用[J]. 世界中医药, 2015, 9(5): 684-686.
- [16] 凌红. 肝主疏泄与脑肠肽的相关性[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2003, 11(4): 233-234.
- [17] 郑洁. 溃疡性结肠炎患者血浆 TXB2 和 6-酮-PGF1 α 的检测及意义[J]. 浙江中医学院学报, 2002, 26(4): 25-26.
- [18] 谭其佳, 曹童童. 李桂贤教授运用加味柴芍六君子汤治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 广西中医药大学学报, 2013, 16(1): 9-10.
- [19] 王正君, 张海燕. 结肠汤治疗溃疡性结肠炎 62 例[J]. 陕西中医, 2005, 26(1): 37-38.
- [20] 胡波. 郑邦本辨治慢性溃疡性结肠炎经验[J]. 中医临床杂志, 2015, 27(5): 635-637.
- [21] 张嵩, 王文光. 疏肝健脾化痰方联合柳氮磺吡啶治疗慢性溃疡性结肠炎 46 例[J]. 中国中医药科技, 2017, 24(3): 364-365.
- [22] 刘智群, 沈洪, 翟金海. 炙肝散治疗溃疡性结肠炎探析[J]. 中医学报, 2012, 27(6): 736-737.
- [23] 王茹. 加味四逆散治疗肝郁型溃疡性结肠炎 116 例[J]. 河南中医, 2015(9): 2029-2030.
- [24] 骆天炯. 健脾疏肝法对肠易激综合征血浆及黏膜 B 内啡肽的调节作用[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(8): 616-617.
- [25] 黄穗平. 从肝论治肠易激综合征[J]. 中医杂志, 1990, 31(3): 31.
- [26] 王燕. 愈肠汤保留灌肠治疗肝郁脾虚型溃疡性结肠炎的临床疗效观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2009.
- [27] 王秀珍, 郭琳, 于永铎. 痛泻要方煎剂口服配合保留灌肠治疗肝脾不和型溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(11): 682-683.
- [28] 居来提. 阿提坎中医综合治疗非特异性结肠炎 38 例观察[J]. 新疆中医药, 2011, 29(4): 41-42.
- [29] 冯国湘, 吴清明, 陈松. 痛泻宁穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国针灸, 2002, 22(5): 312-314.
- [30] 赵维杰. 穴位埋线治疗溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 中国中医药杂志, 2005, 3(11): 975-977.
- [31] 陈英. 中药保留灌肠联合针刺抗焦虑治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2009, 17(6): 381-382.
- [32] 杨沈秋, 郑丽红, 张禹, 等. 美沙拉嗪联合“于氏头针”法治疗溃疡性结肠炎临床疗效观察[J]. 中医药信息, 2012, 29(3): 96-98.
- [33] Moser G, Maeir-Dobersberger T, Vogelsang H, et al. Inflammatory bowel disease: patient's beliefs about the etiology of their disease—a controlled study[J]. Psychosom Med, 1993, 55: 131.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 陈欣菊 收稿日期: 2019-03-26)

独活寄生汤治疗膝关节骨性关节炎的效果 及对膝关节液炎症因子的影响

艾志勤

(江西省乐安县中医院骨伤科,江西 乐安 344300)

摘要:目的 探讨独活寄生汤治疗膝关节骨性关节炎的效果及对膝关节液炎症因子的影响。方法 选取2015年2月—2018年12月在乐安县中医院接受治疗的60例膝关节骨性关节炎患者,按照就诊顺序分为观察组与对照组,各30例。对照组采用常规西药治疗,观察组采用独活寄生汤治疗,比较2组患者治疗效果。结果 观察组治疗总有效率为96.67%,显著高于对照组的80.00% ($P<0.05$);观察组肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6 (IL-6)、一氧化氮 (NO) 水平均明显低于对照组 ($P<0.05$);观察组超氧化物歧化酶 (SOD) 显著高于对照组 ($P<0.05$);治疗前,2组患者症状评分无显著差异 ($P>0.05$),治疗后,观察组各项症状评分均显著低于对照组 ($P<0.05$)。结论 采用独活寄生汤治疗膝关节骨性关节炎,可明显改善患者临床症状,调整各项炎症因子指标在正常范围内,促进患者膝关节功能恢复。

关键词:痹证;膝关节骨性关节炎;独活寄生汤;膝关节液;炎症因子

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.022

文章编号:1672-2779(2019)-23-0055-03

The Effect of Duhuo Jisheng Decoction on Knee Osteoarthritis and Its Influence on Inflammatory Factor in Knee Joint Fluid

A IZhiqin

Department of Orthopedics and Traumatology, Le'an County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Le'an 344300, China

Abstract: Objective To investigate the effect of Duhuo Jisheng decoction on knee osteoarthritis and its effect on inflammatory factors in knee joint fluid. **Methods** 60 patients with knee osteoarthritis who were treated in our hospital from February 2012 to December 2018 were divided into observation group of 30 cases and control group of 30 cases according to the order of treatment. The control group was treated with conventional Western medicine, while the observation group was treated with Duhuo Jisheng decoction. The therapeutic effects of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the observation group was 96.67%, which was significantly higher than 80.00% of the control group ($P<0.05$). The levels of tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), nitric oxide (NO) in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$); the superoxide dismutase (SOD) in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P<0.05$); there was no significant difference in the symptom scores between the two groups before treatment ($P<0.05$). After treatment, the scores of symptoms in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Duhuo Jisheng decoction can significantly improve the clinical symptoms of patients with knee osteoarthritis, adjust the indicators of inflammatory factors within the normal range, and promote the recovery of knee joint function.

Keywords: bi syndrome; knee osteoarthritis; Duhuo Jisheng decoction; knee joint fluid; inflammatory factors

膝关节骨性关节炎是由于膝关节软骨发生退行性病变所致,以骨质增生为特点,属于临床常见慢性关节疾病^[1]。据流行病学调查结果显示,近几年来,膝关节骨性关节炎患病人数呈现出逐年上升趋势,对人们正常生活与工作造成严重不良影响^[2]。因此,临床应积极采取有效措施尽早干预。本文主要探讨独活寄生汤治疗膝关节骨性关节炎的效果及对膝关节液炎症因子的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年2月—2018年12月在我院接受治疗的60例膝关节骨性关节炎患者,按照就诊顺序分为观察组与对照组,各30例。对照组男16例,女14例;年龄38~69岁,平均年龄53.46岁;病程最短8个月,最长13年,平均病程(6.72±2.03)年。观察组男18例,女12例;年龄37~71岁,平均年龄53.68岁;病程最短7个月,最长15年,平均病程(7.51±1.98)年。

2组一般资料对比均保持同质性 ($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 所有患者经临床诊断均符合《骨关节炎诊治指南》中对于膝关节骨性关节炎诊断标准;所有患者及其家属均签署知情同意书。

1.3 排除标准 合并心肝肾等严重性器质性疾病;合并类风湿性关节炎、内分泌系统疾病以及血液肿瘤疾病;在接受治疗前半个月或治疗期间同时进行其他药物治疗或方法治疗;以存在精神或认知障碍无法正常沟通患者。

1.4 治疗方法 对照组采用常规西药治疗,给予患者塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司,国药准字J20140072),口服,每天1次,每次200mg,连续4周为1个疗程。

观察组采用独活寄生汤治疗,药方组成:独活15g,防风15g,桑寄生15g,菟丝子15g,枸杞子15g,女贞子15g,当归15g,补骨脂15g,杜仲15g,怀牛膝15g,川芎10g,白芍药10g,桃仁10g,细辛3g,甘

草 6 g。依据患者实际病情进行辨证治疗,对于存在明显肿胀患者,加用草薢 15 g,薏苡仁 30 g,土茯苓 30 g;对于寒甚者加用炮附片 6 g;对于湿甚者加用苍术 15 g;对于疼痛严重者,加用延胡索 10 g,生白芍 30 g。以上药物统一由中药房提供并煎煮,每天 1 剂,加水煎熬至 300 mL,分早晚 2 次服用,每次 150 mL,连续治疗 4 周为 1 个疗程。

1.5 观察指标 (1) 2 组患者膝关节炎症因子。使用生化法检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6 (IL-6)、一氧化氮 (NO)、超氧化物歧化酶 (SOD) 等;(2) 2 组患者膝关节症状评分。主要考虑症状有关节疼痛、晨僵、关节肿胀等,各项症状评分标准为严重程度无 (0 分)、轻 (2 分)、中 (4 分)、严重 (6 分),得分与严重程度成正比,分别于治疗前后进行评分。

1.6 疗效评定标准 显效:治疗后患者关节僵痛、肿胀等症状改善幅度在 85% 以上,偶见或无摩擦音,可独立正常活动;有效:治疗后患者关节僵痛、肿胀等症状改善幅度 30%~84%,摩擦声减少,活动功能改善;无效:治疗后患者各项临床症状与体征与治疗前相比无明显改善甚至恶化。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 \times 100%。

1.7 统计学方法 数据均采用 SPSS 15.0 软件分析,计量资料($\bar{x}\pm s$)采用 t 检验,计数资料 (%) 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组膝关节骨性关节炎患者临床疗效 观察组治疗总有效率 (96.67%) 显著高于对照组 (80.00%) ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组膝关节骨性关节炎患者疗效比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	30	18	11	1	96.67
对照组	30	8	16	6	80.00
χ^2 值					4.043
P 值					0.044

2.2 2 组膝关节骨性关节炎患者膝关节炎症因子 观察组 TNF- α 、IL-6、NO 水平均明显低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组 SOD 显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组膝关节骨性关节炎患者膝关节炎症因子比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	TNF- α (ρ /ng \cdot L $^{-1}$)	IL-6 (ρ /ng \cdot L $^{-1}$)	NO (c / μ .mol \cdot L $^{-1}$)	SOD (ρ /U \cdot mL $^{-1}$)
观察组	30	4.34 \pm 1.07	2.03 \pm 0.56	8.74 \pm 1.50	126.58 \pm 24.63
对照组	30	8.26 \pm 2.11	3.68 \pm 1.02	11.25 \pm 3.01	98.73 \pm 15.64
t 值		9.075	7.767	4.088	5.228
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 2 组膝关节骨性关节炎患者膝关节症状评分 治疗前,观察组、对照组各项症状评分无显著差异 ($P > 0.05$); 干预后,观察组各项症状评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组膝关节骨性关节炎患者膝关节症状评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	关节疼痛		晨僵		关节肿胀	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	4.78 \pm 0.71	0.91 \pm 0.16	4.62 \pm 0.87	1.04 \pm 0.21	4.82 \pm 0.75	0.95 \pm 0.20
对照组	30	4.72 \pm 0.69	2.47 \pm 0.58	4.58 \pm 0.84	2.34 \pm 0.42	4.79 \pm 0.74	1.85 \pm 0.44
t 值		0.332	14.201	0.991	15.164	0.156	10.199
P 值		0.371	0.000	0.163	0.000	0.438	0.000

3 讨论

膝关节骨性关节炎在中医学中归属于“痹证”范畴,分析其病机为肝肾不足、筋骨俱损,引发风寒湿邪入侵、瘀血阻滞经络^[3-4]。因此,临床治疗应坚持补益肝肾、补气血、祛湿通络原则。独活寄生汤属于临床常用治疗骨关节疾病的中药组成,其中独活具有祛风除湿、痛痹止痛功效,可祛下焦与筋骨之间寒湿之邪;防风可祛风解表、胜湿止痛、止痉;菟丝子、女贞子、枸杞子补益肝肾具有补肝肾、强腰膝功效;杜仲、桑寄生、怀牛膝具有补肝益肾、强壮筋骨、通经络功效^[5];川芎、当归、芍药具有活血行气、祛风止痛、镇痉功效;细辛、桃仁具有解表散寒、祛风止痛、温肺化饮、活血祛瘀功效;甘草可发挥调和诸药作用。以上药物共奏补气血、疏通经络、补肝益肾功效^[6]。本文研究结果表明,观察组治疗总有效率为 96.67%,对照组为 80.00%,组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前,2 组患者各项症状评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$),治疗后,观察组临床症状评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。说明采用独活寄生汤治疗可明显改善患者病情,促进临床症状逐渐减轻至消失^[7]。据大量研究指出,相关炎症因子水平、氧化应激反应与膝关节骨性关节炎疾病具有密切关系,并得到临床实践证明,在关节滑膜组织中存在 TNF- α 、IL-6、NO 等细胞因子,对于关节炎治疗具有重要影响^[8-9]。其中 IL-6 作为一种多效性细胞因子,具有调控血细胞生成、细胞分化、细胞免疫防御机制等功能; TNF- α 在关节损伤、炎症因子具有较为突出调节作用,能够通过多种途径对骨组织造成损伤与破坏,当机体关节发生炎症时,体内氧自由基含量合成与分泌量均增大并大量堆积,引发软骨基质降解; SOD 属于机体内抗氧化酶,其值越高,即代表氧自由基清除能力越高; NO 可对软骨基质的形成产生明显抑制作用,并随着水平的升高抑制作用增强,进而加重炎症病情^[10]。本文研究结果表明,观察组各项炎症指标改善情况均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。说明采用独活寄生汤治疗可对相关炎症因子产生明显调控作用,避免疾病进一步加重。

综上所述,采用独活寄生汤治疗膝关节骨性关节炎,效果显著,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1] 杨剑标. 独活寄生汤治疗膝关节骨性关节炎临床疗效及对膝关节炎症因子的影响[J]. 河北中医, 2016, 38(8): 1202-1205.
 [2] 王雷, 闫相斌. 膝骨关节炎采用独活寄生汤辅助效果及对关节滑液

- 中细胞因子的影响[J]. 陕西中医, 2016, 37(12):1600-1602.
- [3] 中华医学会骨科学分会. 骨关节炎诊治指南(2007年版)[J]. 中华关节外科杂志:电子版, 2007, 1(4):287-291.
- [4] 张洁文, 梁祖建, 黄增彬, 等. 独活寄生汤对风湿寒痹型膝骨性关节炎疗效及对炎症因子的影响[J]. 陕西中医, 2017, 38(9):1226-1228.
- [5] 杜津莉, 樊炜骏, 李建, 等. 独活寄生汤含药血清对膝关节 OA 大鼠滑膜细胞 TNF- α 、IL-6、IL-8、IL-10 表达的影响及其机制[J]. 山东医药, 2017, 57(44):14-17.
- [6] 陈巧玉, 周鑫, 扶世杰. 独活寄生汤干预食蟹猴自发性膝骨关节炎模型炎症的作用[J]. 中国组织工程研究, 2018, 22(12):1866-1871.
- [7] 汪胤. 独活寄生汤加减联合针灸治疗类风湿关节炎的临床疗效及对炎症因子的影响[J]. 江西医药, 2018, 53(4):325-328.
- [8] 倪强, 刘尚仑, 刘平. 独活寄生汤联合玻璃酸钠注射治疗膝痹病 35 例[J]. 光明中医, 2017, 32(17):2547-2550.
- [9] 林平冬, 马玉环, 陈后煌, 等. 独活寄生汤调节炎症反应抑制骨关节炎软骨退变的作用机制探讨[J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(1):51-54.
- [10] 陈后煌, 邵翔, 叶蕪芝. 独活寄生汤对脂多糖诱导的大鼠软骨细胞炎症模型 IL-1 β 、TNF- α 表达的影响[J]. 中华老年骨科与康复电子杂志, 2017, 3(2):77-84.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:戴军 收稿日期:2019-04-09)

经方在糖尿病周围神经病变治疗中的应用

黎仁良

(江西省上栗县人民医院消化肾内科, 江西 上栗 337000)

摘要:目的 观察糖尿病周围神经病变(DPN)患者治疗中应用补阳还五汤合增液汤的临床疗效。方法 抽取江西省上栗县人民医院 2016 年 1 月—2018 年 12 月收治的 60 例 DPN 患者作为观察对象, 根据奇偶数法分为对照组和治疗组, 每组 30 例, 对照组给予甲钴胺片 + 胰激肽原酶肠溶片, 治疗组在此基础上给予补阳还五汤合增液汤, 对 2 组临床疗效、神经功能变化进行比较。结果 对照组与治疗组的治疗总有效率作比较, 治疗组比对照组高, 2 组差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组患者治疗后的正中神经、腓总神经的 SNCV、MNCV 均较对照组增快, 差异存在统计学意义($P < 0.05$)。结论 补阳还五汤合增液汤可显著提高 DPN 患者的临床治疗效果, 改善临床症状, 恢复神经功能, 具有临床选择和大力推广价值。

关键词:血痹; 糖尿病周围神经病变; 增液汤; 补阳还五汤; 经方; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.023

文章编号:1672-2779(2019)-23-0057-02

The Application of Classical Prescription in the Treatment of Diabetic Peripheral Neuropathy

LIRenliang

Department of Gastroenterology and Nephrology, Shangli People's Hospital, Jiangxi Province, Shangli 337000, China

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Buyang Huanwu decoction and Zengye decoction in the treatment of diabetic peripheral neuropathy (DPN). **Methods** 60 DPN patients admitted to our hospital from January 2016 to December 2018 were selected as the observation objects. According to odd and even number method, they were divided into control group and treatment group, with 30 cases in each group. The control group was given mecobalamin tablets and pancreatic kininogen enteric-coated tablets. The treatment group was given Buyang Huanwu decoction and Zengye decoction on the basis of this treatment. The clinical efficacy and neurological function changes of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the treatment group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). The SNCV and MNCV of median nerve, common peroneal nerve in the treatment group were faster than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Buyang Huanwu decoction combined with Zengye decoction can significantly improve the clinical efficacy of DPN patients, improve clinical symptoms and restore nerve function, which has clinical selection and promotion value.

Keywords: blood stasis; diabetic peripheral neuropathy; Zengye decoction; Buyang Huanwu decoction; classical prescription; consumptive thirst

糖尿病周围神经病变(Diabetic peripheral neuropathy, DPN)属于糖尿病患者比较常见的一种慢性并发症,其中糖尿病远端对称性多发性神经病变发生率最高,是引起糖尿病足溃疡、截肢的主要原因,会在一定程度上升高糖尿病的致残率与致死率。本病的发病机制较为复杂,与营养改变、葡萄糖代谢异常、氧化应激等诸多因素密切相关^[1]。常规控制血糖水平,促进微循环、代谢感染、抗氧化以及降低血黏度、扩张血管等治疗方法效果一般。随着近年来中医药学的发展和完善,其在 DPN 治疗中的应用价值备受肯定和认可。本文抽取我院收治的 60 例 DPN 患者作为本次试验的观察对象,现作如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽取我院 2016 年 1 月—2018 年 12 月收治

的 60 例 DPN 患者作为本次试验的观察对象,根据奇偶数法分为对照组和治疗组,每组 30 例。对照组男 17 例,女 13 例;年龄 52~74 岁,平均年龄 63.5 岁;病程 1~5 年,平均病程(2.4 \pm 1.3)年。治疗组男 18 例,女 12 例;年龄 53~73 岁,平均年龄 62.8 岁;病程 1~6 年,平均病程(2.5 \pm 1.4)年。对比 2 组一般资料的差异,组间差异不存在统计学意义($P > 0.05$),可展开比较。

1.2 纳入标准 (1)符合 WHO 中有关糖尿病并发神经病变的相关临床诊断标准^[2]; (2)参照《糖尿病周围神经病变中医防治指南》确定为气阴两虚夹瘀证; (3)患者年龄在 75 岁以内,近 1 个月内未服用过其他治疗药物; (4)患者知情同意,自愿参与。

1.3 排除标准 (1)属于脑梗死,动、静脉血管性病变,

腰椎或颈椎病变；(2) 合并肾功能不全、糖尿病酮症酸中毒；(3) 其他原因导致的周围神经病变；(4) 患有其他系统重症、肿瘤、精神疾病。

1.4 治疗方法 对照组方法：严格控制饮食，遵医嘱服用降脂降糖药物，适当进行运动，监测血糖水平。口服甲钴胺片 (0.5 mg×30 片/盒，江西四环生物制药有限公司，批号：1805161)，0.5 mg/次，3 次/d；空腹口服胰激肽原酶肠溶片 (120 U×24 片/盒，常州千红生化制药股份有限公司，批号：141027)，240 U/次，3 次/d。治疗组在此治疗基础上给予补阳还五汤合增液汤，药方组成：桃仁、红花、川芎、当归尾、麦冬各 10 g，生地黄、玄参、生黄芪各 30 g，赤芍 20 g，地龙 15 g。辨证加减：刺痛明显的患者增加蜈蚣 2 条，全蝎 3 g；肢凉的患者增加桂枝 9 g；足麻明显的患者增加怀牛膝 15 g，鸡血藤 30 g。加水煎煮 2 次后取 400 mL 药汁，1 剂/d，早、晚各服用 1 次，8 周为 1 个疗程。

1.5 观察指标 应用美国四通道肌电诱发电位移对腓总神经、正中神经的 SNCV (感觉神经传导速度)、MNCV (运动神经传导速度) 进行检测。

1.6 疗效评定标准 临床症状明显好转或基本消失，各项体征基本恢复正常，肌电图检查发现神经传导速度提高 5 m/s 以上或恢复正常为显效；临床症状有所改善，各项体征有所恢复，肌电图检查发现神经传导速度提高介于 1~5 m/s 为有效；临床症状、体征、肌电图检查结果与治疗前相比改变不明显为无效^[3]。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验；计数资料以率 (%)表示，采用 χ^2 检验。若 $P < 0.05$ ，则视为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 DPN 患者的临床治疗效果比较 对照组与治疗组的治疗总有效率给予比较，治疗组比对照组高，2 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组 DPN 患者的临床治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	12(40.0)	8(26.7)	10(33.3)	20(66.7)
治疗组	30	17(56.7)	11(36.7)	2(6.7)	28(93.3)
χ^2 值					6.666 7
<i>P</i> 值					0.009 8

2.2 2 组 DPN 患者治疗后神经功能变化情况比较 治疗后 2 组患者正中神经、腓总神经的 SNCV、MNCV 均比对照组快，组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 2 组 DPN 患者治疗后神经功能变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$, m/s)

组别	例数	正中神经		腓总神经	
		SNCV	MNCV	SNCV	MNCV
对照组	30	45.3 ± 6.2	48.5 ± 6.9	43.6 ± 5.3	44.2 ± 5.1
治疗组	30	50.2 ± 6.8	54.8 ± 7.1	47.4 ± 5.5	49.3 ± 5.7
<i>t</i> 值		2.916 5	3.485 3	2.724 9	3.652 1
<i>P</i> 值		0.005 0	0.000 9	0.008 5	0.000 6

3 讨论

DPN 作为糖尿病患者发生率较高的并发症之一，其会导致运动、感觉、自主神经发生明显改变，其中受累最明显的是感觉神经，容易引起严重的感染、难治性溃疡、感觉缺失等一系列问题，还会增加创口愈合难度，甚至增加截肢危险，严重影响患者的生活质量和生命安全^[4]。

DPN 在中医学中归属于“痛证”“血痹”等范畴中，认为本病为本虚标实证，其中的本为气血亏虚，标为瘀血阻络。治疗时应遵照活血通络、益气养阴的基本方法^[5]。补阳还五汤属于益气活血的典型药方，其中的生黄芪具有补脾胃元气、益气活血的功效，祛瘀的同时不会损伤正气，可促进诸药发挥药效，辅助赤芍、桃仁、川芎、当归尾、红花等，可起到通络止痛、活血祛瘀的治疗功效。现代药理研究发现，补阳还五汤可对血液流变学进行有效改善，同时有效改善血液动力学，对血小板聚集进行抑制，防止血栓形成；抗氧化作用显著，可使氧自由基的损伤程度明显减轻；对免疫进行调节，抗感染作用确切，可对神经组织进行修复^[6]。

增液汤的来源是《温病条辨》，其中玄参的作用在于滋阴降火、解毒散结、清热凉血；麦冬的作用在于润通兼具；生地黄的作用在于生津养阴、清热凉血；鸡血藤活血补血、舒筋活络效果良好；怀牛膝可在滋补肝肾的同时，疏通血脉并引药下行；全蝎、蜈蚣、地龙止痛通络效果确切；桂枝的功效表现为益气通阳。诸药配伍共用，可发挥活血化瘀、益气养阴的功效^[7]。

本次实验发现，治疗组治疗后的正中神经、腓总神经的 SNCV、MNCV 均较对照组快，治疗总有效率较对照组高，组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此证明，补阳还五汤合增液汤可显著提高 DPN 患者的临床治疗效果，改善临床症状，恢复神经功能，具有临床选择和大力推广价值。

参考文献

- [1] 林称心,李光智.补阳还五汤联合疏辛酸治疗糖尿病周围神经病变效果观察[J].山东医药,2019,59(2):72-74.
- [2] 孙利丽,吴秋艳,艾宗耀.补阳还五汤合桂枝茯苓丸为主治疗糖尿病周围神经病变 40 例[J].浙江中医杂志,2018,53(11):808.
- [3] 杨文元.补阳还五汤辅治 2 型糖尿病周围神经病变疗效观察[J].实用中医药杂志,2018,34(11):1338-1339.
- [4] 朱飞波,洪用伟,符明明,等.补阳还五汤加减治疗硼替佐米相关周围神经病变的临床观察[J].现代实用医学,2018,30(10):1308-1309.
- [5] 官临征,李勇峰,张金霞,等.补阳还五汤加减治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J].实用中医药杂志,2017,33(12):1364-1365.
- [6] 刘桂伶,商建军,彭正发.补阳还五汤合增液汤加减对糖尿病周围神经病变神经功能和氧化应激反应的影响[J].中医学报,2016,31(7):968-971.
- [7] 牛占海,刘永芹.补阳还五汤合增液汤治疗糖尿病周围神经病变 50 例[J].河北中医,2017,32(2):216-217.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:易家才 收稿日期:2019-03-26)

健脾益胃方联合捏脊法治疗儿童厌食症 临床观察及机制分析*

聂晶莉¹ 文文兵² 李 闪¹ 姚霞秋¹ 汪 杨¹ 吴浪龙¹ 张磊昌^{3*}

(1 江西省儿童医院康复科,江西 南昌 330006;2 江西省儿童医院中医皮肤科,江西 南昌 330006;
3 江西中医药大学附属医院肛肠科,江西 南昌 330006)

摘要:目的 评估自拟健脾益胃方联合捏脊法治疗儿童厌食症的疗效,分析可能的机制。方法 用健脾益胃方联合捏脊法治疗50例厌食症儿童,分析其临床疗效,并通过生化法和免疫比浊法分别检测患儿治疗前后微量元素(铜、锌、铁、镁)和免疫球蛋白(即IgG、IgA和IgM)水平。结果 自拟健脾益胃方联合捏脊法治疗儿童厌食症的疗效确切,安全可靠,总有效率达90%;且能有效提高患儿体内微量元素(铁、镁、铜和锌)的含量,有力提高患儿的免疫蛋白含量。结论 自拟健脾益胃方联合捏脊法治疗儿童厌食症安全有效,可能通过增加患儿体内微量元素如锌的含量发挥作用。

关键词:健脾益胃方;捏脊法;儿科;厌食症;中医综合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.024

文章编号:1672-2779(2019)-23-0059-03

Clinical Observation and Mechanism Analysis of Invigorating Spleen and Benefiting Stomach Recipe Combined with Chiropractic Therapy in Treating Anorexia in Children

NI E Jingli¹, WEN Wenbing², LI Shan¹, YAO Xiaqiu¹, WANG Yang¹, WU Langlong¹, ZHANG Leichang^{3*}

1. Department of Rehabilitation, Jiangxi Children's Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Department of Dermatology of TCM, Jiangxi Children's Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

3. Proctology Department, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China

Abstract: Objective To evaluate the efficacy of self-made invigorating spleen and benefiting stomach recipe combined with chiropractic therapy in treating anorexia in children, and to analyze the possible mechanism. **Methods** Fifty children with anorexia were treated with invigorating spleen and benefiting stomach recipe combined with chiropractic therapy. The clinical efficacy was analyzed. The levels of trace elements (copper, zinc, iron, magnesium) and immunoglobulin (IgG, IgA and IgM) were detected by biochemical method and immunoturbidimetric method before and after treatment. **Results** The self-made invigorating spleen and benefiting stomach recipe combined with chiropractic therapy is effective, safe and reliable in treating children with anorexia, and the total effective rate is 90%. It can effectively improve the content of trace elements (iron, magnesium, copper and zinc) in the body of children with anorexia, and effectively improve the content of immune protein in children with anorexia. **Conclusion** The self-made invigorating spleen and benefiting stomach recipe combined with chiropractic therapy is safe and effective in the treatment of anorexia in children, which may play a role by increasing the content of trace elements such as zinc in children.

Keywords: invigorating spleen and benefiting stomach recipe; chiropractic therapy; pediatrics; anorexia; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine

厌食症是小儿常见的脾胃病,多发于6岁及其以下的小儿,以长期食欲减退、厌进食物、消瘦为特点,常对儿童生长发育造成较大的不良影响^[1]。中医认为,小儿厌食症病位主要在脾胃,多数都是因为脾失健运,胃失和降,最终导致脾胃受纳运化失常所导致的,目前对该病尚无确切的治疗方法。我们在临床实践中采用自拟的健脾益胃方联合捏脊法治疗儿童厌食症取得较为满意的疗效,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2018年1月—2018年10月康复

科门诊收治的厌食症患儿50例,其中男29例,女21例;年龄3~14岁,平均年龄6.32岁;病程2~10个月,平均病程(5.76±2.84)个月。以治疗前后为对比,所选患儿均符合纳入标准,患儿家长签署知情同意书。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》中小儿厌食症中医诊断标准和《中药新药临床研究指导原则(试行)》中关于小儿厌食症的西医诊断标准拟定。中医诊断标准:(1)长期食欲不振,而无其他疾病者;(2)面色少华,形体消瘦,但精神尚可,无明显腹部膨隆;(3)有喂养不当史,如不定时定量进食、过食生冷、甘甜厚味、零食或偏食等。

西医诊断标准:(1)长期食欲不振,见食不贪,饭量较病前减少1/3~1/2以上,发病最短时间为2周,排除其它系统疾病;(2)体质量增长停止或缓慢,伴不良饮

* 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研课题【No. 2017A083,2017Z003】

* 通讯作者:zhangyzyxganz@163.com

食习惯或喂养不当史。

1.3 纳入标准 (1) 满足西医诊断标准和厌食症中医证候诊断标准；(2) 年龄 3~14 岁；(3) 病程在 3 个月以上；(4) 停止其他治疗 2 周以上。

1.4 排除标准 (1) 伴有严重佝偻病、贫血及心、脑、肝、肾、血液系统疾病及各系统急性感染者；(2) 后背或局部皮肤有破损者；(3) 合并其他疾病的厌食（例如神经性厌食等症）；(4) 依从性差者；(5) 排除遗传因素所引起的身体瘦小。

1.5 干预措施 自拟健脾益胃方口服：具体方药为白术 15 g，藿香 10 g，鸡内金 10 g，山楂 10 g，神曲 10 g；随症加减：腹胀明显加木香、莱菔子；口吐清涎加干姜；手足心热可加牡丹皮、胡黄连；口渴者加生地黄、天花粉；大便干燥者加火麻仁、郁李仁。每日 1 剂，水煎服，7 d 为 1 个疗程，治疗 2 个疗程判定疗效。

捏脊法操作：使患儿裸露背部俯卧，操作者两手握拳，双食指抵于脊背上，两拳眼朝前，和背相垂直，再以两手拇指朝食指前方合力把皮肤捏起，然后做食指往前推、拇指朝后拉的翻卷前进手法，从尾骶部起顺着脊椎两旁朝上推捏至第 7 颈椎两旁为 1 遍，捏至第 3 遍时每捏 2~3 下把皮肤往上提捏 1~2 下，连续 5 遍作 1 次。每日 1 次，7 d 为 1 个疗程，治疗 2 个疗程。

1.6 观察指标 (1) 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2] 厌食症分级量化表和疗效判定。对患儿食量减少、神疲、腹胀、面色、汗出情况等依据分级量化表实施评分（舌苔、脉象只做描述，不予计分），运用 4 分制，根据症状的轻中重分别计 1、2、3 分，无症状算 0 分，计算治疗前后症状积分。计算公式（尼莫地平法）= [(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] × 100%；(2) 免疫球蛋白的表达。通过全自动生化分析仪（免疫比浊法）测定患儿治疗前、后外周血中的免疫球蛋白（即 IgG、IgA 和 IgM）水平；(3) 微量元素测定。通过全自动生化分析仪（生化法）测定患儿治疗前、后外周血中的微量元素（即铜、锌、铁、镁）水平。

1.7 疗效评定标准 痊愈：临床症状和体征消失或基本消失，症状积分值减少 ≥ 95% 以上；显效：临床症状和体征明显好转，症状积分值减少 ≥ 70%；有效：临床症状和体征明显均有改善，症状积分值减少 ≥ 30%；无效：临床症状和体征均无明显好转，甚至加重，症状积分值减少不足 30%。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。

1.8 统计学方法 所有数据使用 SPSS 19.0 进行统计计算，计量资料用均数 ± 标准差表示，运用独立样本 *t* 检验；计数资料以率 (%) 表示，比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后厌食症患儿症状积分比较和疗效分析 经自拟健脾益胃方+捏脊疗法治疗，共有 30 例患儿获得痊愈，

12 例患儿显效，3 例患儿有效，5 例患儿无效，总有效率达 90%。治疗后患儿症状积分 (7.23 ± 4.32) 分明显低于治疗前 (16.45 ± 5.66) 分， $P < 0.05$ 。治疗过程中患儿无明显不良发应（如恶心、呕吐、腹痛和腹胀等）。

2.2 治疗前后厌食症患儿微量元素变化 治疗后患儿血液当中微量元素（铁、镁、铜和锌）的含量较治疗前均明显升高， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。见表 1。

表 1 治疗前后厌食症患儿微量元素比较 ($\bar{x} \pm s, \mu\text{g/mL}$)

	例数	铁	镁	铜	锌
治疗前	50	371.23 ± 89.54	25.23 ± 7.23	0.62 ± 0.47	6.12 ± 3.21
治疗后	50	409.49 ± 91.45	28.23 ± 6.78	0.88 ± 0.55	10.45 ± 3.45
<i>t</i> 值		2.113 8	2.140 2	2.541 2	2.325 8
<i>P</i> 值		0.037 1	0.034 8	0.012 6	0.022 1

2.3 治疗前后厌食症患儿免疫球蛋白变化 经自拟健脾益胃方+捏脊疗法治疗后，患儿血液当中免疫球蛋白（IgG、IgA 和 IgM）的含量较治疗前均明显升高， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。见表 2。

表 2 治疗前后厌食症患儿免疫球蛋白变化 ($\bar{x} \pm s, \text{g/L}$)

	例数	IgA	IgG	IgM
治疗前	50	0.67 ± 0.34	6.59 ± 2.45	0.72 ± 0.44
治疗后	50	1.54 ± 0.49	8.02 ± 3.15	0.89 ± 0.33
<i>t</i> 值		2.489 8	2.533 9	2.185 6
<i>P</i> 值		0.014 5	0.012 9	0.031 2

3 讨论

儿童厌食症为小儿食欲下降、食量缩小的一种常见病和多发病，病程常为 2 周以上的食欲障碍性疾病。多表现为儿童长期食欲不振、抑或早饱、餐后胀满、甚者拒食为特点的一种疾病，临床常表现为面色无华、多汗、伴形体消瘦、容易感冒等症状，假如此情况长期无法改善，可引起患儿贫血、免疫力低下、佝偻病、反复呼吸道感染等疾病，最终影响生长发育。

中医学认为，小儿厌食症病位主要在脾胃，多数都是因为脾失健运，胃失和降，最终导致脾胃受纳运化失常所导致的。明·万全所著《育婴家秘·五脏证治总论》中指出小儿五脏的特征时，有云：“肝有余，脾常不足，肾常虚”“脾常不足者……其气尚弱，故曰不足”。小儿厌食症的治疗纲领宜“开通闭塞，导引阴阳”，以“健脾和胃”为基本治则。

现代医学认为，造成儿童厌食的主要因素包括喂养不当、饮食失调、幽门螺杆菌感染、肠道内菌群失衡、微量元素不足和某些内分泌素不足^[3]。另外，疾病影响、药物作用、心理及环境因素以及错误教育等也可能是引起小儿厌食症的因素。

现阶段，小儿厌食症的发病机理和治疗方法尚缺乏公认的标准与规范，对本病的研究和治疗有待完善。现代医学对该病的治疗多从促进胃肠动力、干预肠道菌群、增加维生素和微量元素等方面着手，然而治疗效果有待

进一步提高。

健脾益胃方是笔者在临床实践中总结出来的经验方，针对小儿脾胃虚弱或脾胃不和的特点，精选毒副作用相对较低、效果确切的白术、藿香、鸡内金、山楂、神曲。其中，白术为主药，味苦、甘，性温，归脾、胃经，可健脾益气，燥湿利水，动物实验研究指出大剂量的白术对小鼠小肠内炭末具有明显的推动作用，对家兔回肠收缩频率及幅度有显著提高效果^[4]；藿香，味辛，性微温。归脾、胃、肺经，功能芳香醒脾，止呕，现代研究显示其能有效促进大鼠胃排空及肠推进^[5]；鸡内金，功能健胃消食，涩精止遗，动物实验显示鸡内金水煎液能显著增加大鼠胃液及胃蛋白酶的分泌^[6]。山楂、神曲共奏健脾化湿之功，两者均能增强胃肠蠕动，促进消化，增进食欲^[7]。

捏脊，即通过对督脉与膀胱经的捏拿，实现平衡阴阳、疏通经络、调理气血、改善脾胃功能的目的。现代医学指出捏脊可兴奋脊神经根，使交感、副交感神经功能恢复平衡，进而促进胃肠血液和淋巴循环，从而提高消化系统的功能^[8]。

本研究初步表明，自拟健脾益胃方联合捏脊法治疗儿童厌食症的疗效确切，安全可靠，总有效率达90%；

且能有效提高患儿体内微量元素（铁、镁、铜和锌）的含量，有力提高患儿的免疫蛋白含量。总之，自拟健脾益胃方联合捏脊法治疗儿童厌食症安全有效，可能通过增加患儿体内微量元素如锌的含量发挥作用，不失为一种治疗小儿厌食症的好方法。

参考文献

- [1] 周黎黎. 加味益胃汤治疗脾胃阴虚型小儿厌食症[J]. 中医儿科杂志, 2012, 8(1): 20-22.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 268-269.
- [3] 马小玲, 田颜婧. 壮儿灵口服液治疗小儿厌食症脾胃气虚证的临床观察[J]. 河北中医, 2011, 33(11): 1620-1621.
- [4] 魏志军, 张悦, 张小慧, 等. 重用生白术治疗虚证便秘的临床及实验研究[J]. 中国中医药科技, 2003, 10(4): 196-197.
- [5] 朱金照, 冷恩仁, 桂先勇, 等. 白术、藿香等中药对胃排空肠推进影响的实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2000, 6(1): 21-23.
- [6] 李飞艳, 李卫先, 李达, 等. 鸡内金不同炮制品对大鼠胃液及胃蛋白酶的影响[J]. 中国中药杂志, 2008, 33(19): 2282-2284.
- [7] 梅全喜, 毕焕新. 现代中药药理学手册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 516, 535, 238.
- [8] 何雯, 张瑛, 李檬. 李家凤治疗小儿厌食症经验[A]. 第25届全国中医儿科学术研讨会暨中医药高等教育儿科教学研究会论文集[C]. 北京: 中华中医药学会, 2008: 32.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:姚霞秋 收稿日期:2019-01-11)

降脂泄浊饮治疗原发性高脂血症临床研究*

张 正

(常州市中医医院心内科, 江苏 常州 213003)

摘要:目的 观察降脂泄浊饮治疗痰湿阻遏型原发性高脂血症的疗效。方法 将80例患者随机分成治疗组和对照组,各40例。对照组予瑞舒伐他汀钙治疗,治疗组在瑞舒伐他汀钙基础上加用降脂泄浊饮,共12周,比较治疗TC、TG、LDL-C、HDL-C的变化。结果 治疗组在血脂调节上的作用优于对照组($P < 0.05$),临床疗效高于对照组($P < 0.05$)。结论 降脂泄浊饮联合瑞舒伐他汀钙治疗对原发性高脂血症有较好的降脂作用,提高临床疗效。

关键词:痰浊;血浊;原发性高脂血症;降脂泄浊饮;瑞舒伐他汀钙

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.025

文章编号:1672-2779(2019)-23-0061-03

Clinical Study on Jiangzhi Xiezhuo Drink in the Treatment of Primary Hyperlipidemia

ZHANG Zheng

Department of Cardiology, Changzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Changzhou 213003, China

Abstract: Objective To observe the curative effect of Jiangzhi Xiezhuo drink in the treatment of phlegm-dampness-type primary hyperlipidemia. **Methods** Eighty patients were randomly divided into the treatment group of 40 cases and the control group of 40 cases. The control group was treated with rosuvastatin calcium. The treatment group added Jiangzhi Xiezhuo drink on the basis of the rosuvastatin calcium. For a total of 12 weeks, the changes in treatment of TC, TG, LDL-C, and HDL-C were observed. **Results** The effect of the treatment group on blood lipid regulation was better than that of the control group ($P < 0.05$), and the clinical efficacy of the treatment group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Jiangzhi Xiezhuo drink combined with rosuvastatin calcium treatment has a good lipid-lowering effect on primary hyperlipidemia, and improves clinical effect.

Keywords: turbid phlegm; blood turbidity; primary hyperlipidemia; Jiangzhi Xiezhuo drink; rosuvastatin calcium

高脂血症 (hyperlipidemia, HLP) 是一类代谢性疾病, 通常表现为血浆中甘油三酯 (TG)、总胆固醇

(TC)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 升高, 和 (或) 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 下降。近40年来, 随着生活水平的提高, 高脂、高热量食物摄入过多, 高脂血症的患病率明显升高。原发性高脂血症与不良生活方式和脂代谢相关基因缺陷关, 其对健康的危害主要是可

* 基金项目: 江苏省中医药局科研项目 (重点项目) [No. ZD201709]; 江苏省常州市科技局应用基础项目 [No. CJ20160025]

导致冠心病、动脉粥样硬化性疾病、糖尿病、急性脑卒中等，而控制血脂可减少心脑血管病的发生率。临床上最常用的降脂药为他汀类药物，但长期应用他汀类药物有肝功能损伤、肌痛等不良反应。近来研究发现，某些中药、中药复方可以调节血脂^[1-3]，比单纯西药治疗效果更佳。笔者结合临床，观察降脂泄浊饮联合瑞舒伐他汀钙治疗原发性高脂血症的临床效果，结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2017年3月—2019年3月南京中医药大学附属常州医院心内科门诊就诊的原发性高脂血症患者80例，随机分为治疗组和对照组，各40例。治疗组男21例，女19例；平均年龄43.75岁。对照组男18例，女22例；平均年龄44.81岁。合并高血压47例，颈动脉粥样硬化35例。2组一般资料比较差异无统计学意义($P<0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据《中国成人血脂异常防治指南(2016修订版)》^[4]制定。在正常饮食情况下，禁食12~14 h以上检测血脂，若血清TC ≥ 6.2 mmol/L，TG ≥ 2.3 mmol/L，LDL-C ≥ 4.1 mmol/L，HDL-C ≤ 1.0 mmol/L，具备一个或多个标准可诊断为高脂血症。

1.2.2 中医辨证标准 参照《血脂异常中医诊疗标准》^[5]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]辨为痰湿阻遏型，主症：头重如裹，胸闷，身重困倦。次症：口淡，口黏，口渴不欲饮，呕恶痰涎，食少，大便黏滞或便溏。舌脉：舌体胖大、或有齿印、苔滑腻，脉弦滑。同时具备主症 ≥ 1 项，次症 ≥ 2 项，结合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准 (1) 年龄30~60岁，性别不限；(2) 符合西医诊断标准及中医痰湿阻遏证辨证标准；(3) 入组前3个月内未服用调脂药物；(4) 依从性好，可定期复查；(5) 受试者对本研究知情，并签署知情同意书；(6) 南京中医药大学附属常州医院伦理委员会批准同意。

1.4 排除标准 (1) 年龄 <30 岁， >60 岁者；(2) 不符合西医诊断标准者；(3) 不符合中医辨证标准者；(4) 入选试验前3个月内服用过调脂药物；(5) 糖尿病、甲状腺功能减退症、肾脏疾病、肝脏疾病、系统性红斑狼疮、多囊卵巢综合征等所致的继发性高脂血症者；(6) 利尿剂、糖皮质激素、 β 受体阻滞剂等药物引发的继发性血脂异常者；(7) 准备妊娠、妊娠、哺乳期妇女；(8) 肝、肾功能不全者；(9) 半年内有脑血管意外、急性心肌梗死、重大创伤或手术者；(10) 精神疾患无法

合作者；(11) 对试验药物过敏者；(12) 正在参加其他临床试验者。

1.5 剔除标准 (1) 未按试验规定服药，影响结果判定者；(2) 服药期间出现严重不良反应，需要停止试验者；(3) 试验过程中出现其他并发症、合并症，其治疗方式影响试验结果者；(4) 患者自行服用本试验禁用药物；(5) 临床资料不全者。

1.6 治疗方法 对照组：给予瑞舒伐他汀钙(南京正大天晴制药有限公司，国药准字H20080670) 10 mg口服，1次/d。治疗组：在对照组的基础上，给予降脂泄浊饮(荷叶、生山楂、泽泻、炒决明子、葛根、铁皮石斛、太子参，苏州天灵中药饮片公司提供)制成茶包，于开水中充分溶解，以茶饮方式2次/d泡服。2组疗程均为12周。2组均进行生活方式指导，包括健康饮食，控制体重，规律运动，戒烟限酒。

1.7 观察指标 (1) 血脂：治疗前后血脂四项TC、TG、HDL-C、LDL-C。(2) 安全性指标：检测试验前后肝功能(ALT、AST)、肾功能(BUN、Cr)、心电图。

1.8 疗效评定标准 参照2002年《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]制定。显效：血脂检测达到以下任一项者，TC下降 $\geq 20\%$ ，TG下降 $\geq 40\%$ ，HDL-C上升 ≥ 0.26 mmol/L，LDL-C下降 $\geq 20\%$ ；有效：血脂检测达以下任一项者， $10\% \leq$ TC下降 $<20\%$ ， $20\% \leq$ TG下降 $<40\%$ ， $0.14 \sim 0.25$ mmol/L \leq HDL-C上升 <0.26 mmol/L， $10\% \leq$ LDL-C下降 $<20\%$ ；无效：血脂检测未达到上述标准者。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 用SPSS 18.0软件进行数据分析。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组HLP患者治疗前后血脂的比较 治疗后各组TC、TG、HDL、LDL均较治疗前明显差异($P<0.05$)，治疗组较对照组TC、TG、HDL、LDL明显差异($P<0.05$)。见表1。

表1 2组HLP患者治疗前后血脂比较 ($\bar{x} \pm s$, mg/dL)

组别	例数	时间	TC	TG	HDL	LDL
对照组	40	治疗前	6.45 \pm 0.78	2.58 \pm 0.33	0.85 \pm 0.43	3.94 \pm 0.86
		治疗后	6.21 \pm 0.53*	2.27 \pm 0.34*	1.22 \pm 0.41*	3.42 \pm 0.52*
治疗组	40	治疗前	6.42 \pm 0.85	2.49 \pm 0.37	0.81 \pm 0.45	3.91 \pm 0.89
		治疗后	5.84 \pm 0.59 [△]	2.04 \pm 0.26 [△]	1.42 \pm 0.36 [△]	3.13 \pm 0.42 [△]

注：与治疗前比较，* $P<0.05$ ；与对照组比较，[△] $P<0.05$

2.2 2组HLP患者临床疗效比较 见表2。

表1 2组HLP患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	11(27.50)	19(47.50)	10(25.00)	30(75.00)
治疗组	40	17(42.50)	20(50.00)	3(7.50)	37(92.50)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.3 2组HLP患者不良反应比较 对照组发生一过性ALT升高1例,治疗组未见不良反应,不良反应发生率无明显差异。

3 讨论

中医学无“原发性高脂血症”病名的记载,根据其头晕、胸闷、呕恶痰涎等临床症状,可将之归于“痰浊”“眩晕”“血浊”等范畴,属于气血津液病。《灵枢·卫气失常》根据皮肉气血的多少分为“有肥,有膏,有脂”三型。张景岳认为痰浊的产生与气血津液运行失常、脏腑功能失调相关,“痰涎皆本气血,若化失其正,则脏腑病津液败,而气血即成痰。”程钟龄《医学心悟》云:“凡人嗜食肥甘,或醇酒奶酪,内湿从内聚而生痰,”说明饮食与脂质代谢异常之间有密切关系。颜德馨认为高脂血症是人体衰老的具体表现,病位涉及脾、胃、肝、肾,辨治高脂血症抓住“气血失调”,同时强调调理脾胃^[7]。路志正提出本病病位在血液,其源在脾,主要病因病机为脾失健运,湿、浊、痰、瘀相搏是高脂血症发生发展的主要病理因素,治疗大法乃健脾祛湿,化痰降浊,佐以活血^[8]。

现代人物质水平提高,饮食结构改变,生活节奏加快,过食肥甘厚味,缺少运动,脾胃损伤,运化不及,酿湿生痰,痰湿黏滞,附着于血脉则发为动脉硬化;痰浊上犯于头,则见眩晕、头昏;痰浊痹阻心胸,则发胸闷、胸痛;痰浊停于经络,则见肢体麻木,或半身不遂;痰浊内阻,气化不利,津不上承,可见口淡口黏。痰湿阻遏气机,影响血液运行,又可生血瘀,痰瘀互结则加重病情的进展。

降脂泄浊饮为常州市中医医院的经典茶饮,由荷叶、生山楂、泽泻、炒决明子、葛根、铁皮石斛等药组成。荷叶清暑利湿,《本草纲目》谓:“荷叶服之,令人瘦劣”;生山楂消食化积,行气散瘀;泽泻渗湿,利水消肿;炒决明子润肠通便;葛根生津止渴;铁皮石斛益胃生津。诸药共奏祛湿化痰、降脂泄浊之功。现代药理实验证实荷叶^[9]中的总生物碱能明显降低高脂血症大鼠的体质量,降低血清TC、TG、LDL-C,升高HDL-C/TC比值,抑制脂肪酶活性,降低动脉粥样硬化指数。山楂^[10]降低高脂血症小鼠血清中TG和TC、肝脏中TG和TC及肝脏总脂质,说明其能调节脂质代谢,有明显的降血

脂效果。决明子^[11]水煎剂能降低高脂血症大鼠血清中的TG、TC、LDL-C,升高HDL-C,并能降低肝脏组织中的TG、TC。泽泻^[12]可降低TC、LDL-C,同时显著升高HDL-C,促进TC逆向转运。葛根提取物^[13]降低TC、TG及动脉粥样硬化指数,改善血脂紊乱,减少动脉粥样硬化发病风险。铁皮石斛^[14]能有效降低高脂血症小鼠血清TC、LDL-C,提高HDL-C,降低LDL-C/HDL-C。

本次临床试验结果显示,治疗组TC、TG、LDL-C、HDL-C较治疗前有明显改善($P<0.05$)。治疗后,治疗组TC、TG、LDL-C、HDL-C优于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率明显高于对照组。试验结果表明,降脂泄浊饮可增强调脂功能,改善临床症状。降脂泄浊饮的茶包剂型,便于携带,服用方便,价格低廉,提现了中医中药简、便、廉的特点,值得推广应用。

参考文献

- [1] 张兴芳,韩雪,张一听,等.泽泻汤加味方对高脂血症大鼠胃黏膜AQP4蛋白表达的影响[J].中国老年学杂志,2018,38(24):6063-6066.
- [2] 金凯伟,杨志远,陈少奇,等.复方当归提取物对高脂高糖饮致高脂血症大鼠的作用研究[J].中药新药与临床药理,2019,30(4):416-422.
- [3] 刘新宇.理气化痰降浊法治疗高脂血症(痰浊阻滞)的临床观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2018.
- [4] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会.中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)[J].中国循环杂志,2016,31(10):937-953.
- [5] 张学智.血脂异常中医诊疗标准(初稿)[J].中华中医药杂志,2008,23(8):716-719.
- [6] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2008:85-89.
- [7] 刘敏雯,严夏.颜德馨教授治疗高脂血症经验简介[J].新中医,2010,42(12):138-140.
- [8] 刘宗莲,杨凤珍,王秋风.国医大师路志正调理脾胃治疗高脂血症经验[J].中华中医药杂志,2017,32(9):4012-4014.
- [9] 范婷婷,法鲁克,方芳,等.荷叶总生物碱降脂减肥作用的体内外试验[J].浙江大学学报(农业与生命科学版),2013,39(2):141-148.
- [10] 张玉颖,张瞭.山楂对低密度脂蛋白受体基因敲除小鼠脂代谢的影响[J].西安交通大学学报(医学版),2014,35(1):120-123.
- [11] 郭换,李峰庆,杨昌林,等.决明子水煎剂降低营养性高脂血症大鼠血脂量效关系研究[J].中药药理与临床,2017,33(5):94-98.
- [12] 程志红,萧伟,王振中,等.泽泻调脂活性成分及其药理和临床应用研究进展[J].中药,2015,46(22):3420-3426.
- [13] 王萌萌,梅振东,张森,等.葛根提取物对高脂血症大鼠血脂及抗氧化能力的影响[J].食品工业科技,2015,36(11):369-372.
- [14] 季爱兵,曾胤,彭文书,等.铁皮石斛水提物对高脂血症小鼠血脂和血糖的影响[J].食品研究与开发,2017,38(3):176-180.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:邹仁妹 收稿日期:2019-04-16)

养血祛风饮联合针刺治疗麻痹性斜视临床研究*

罗金艳 王洪波

(江西省南昌市洪都中医院五官科,江西 南昌 330038)

摘要:目的 探讨养血祛风饮联合针刺治疗麻痹性斜视的临床疗效。方法 选取2016年6月—2018年6月江西省南昌市洪都中医院新诊断麻痹性斜视血虚风动证患者80例,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组40例。对照组给予养血祛风饮治疗,观察组在此基础上给予针刺治疗。观察2组基线期与治疗中中医证候积分变化,评价临床疗效。结果 观察组临床疗效总有效率显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。基线期,2组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组中医证候积分显著低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 与单纯祛风养血饮相比,在此基础上联合针刺能有效提高麻痹性斜视血虚风动证的临床疗效。

关键词: 昏睛;目偏视;养血祛风饮;针刺疗法;麻痹性斜视;血虚风动证;中医综合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.026

文章编号:1672-2779(2019)-23-0064-03

Clinical Research of Yangxue Qufeng Drink Combined with Acupuncture in the Treatment of Paralytic Strabismus

LUO Jinyan, WANG Hongbo

Department of Ophthalmology and Otorhinolaryngology, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine,
 Jiangxi Province, Nanchang 330038, China

Abstract: Objective To discuss the clinical efficacy of Yangxue Qufeng drink combined with acupuncture in the treatment of paralytic strabismus. **Methods** 40 patients paralytic strabismus with syndrome of wind motion caused by blood-deficiency were selected from June 2016 to June 2018 in our hospitals, and were divided into observation group and control group according to the random indicator method, with 20 cases in each group. The control group received acupuncture, and Yangxue Qufeng drink was added in the the observation group. **Results** Efficiency of clinical effect of the observation group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The difference on Baseline phase, TCM score between the two groups was not significant ($P > 0.05$). After treatment, TCM score of the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Compared with Yangxue Qufeng drink, the combination of acupuncture on this basis can effectively improve the clinical efficacy of blood deficiency and wind-motion syndrome of paralytic strabismus.

Keywords: paralytic strabismus; squinting eyes; Qufeng Yangxue drink; acupuncture; paralytic strabismus; syndrome of stirring wind due to blood deficiency; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine

养血祛风饮出自《素问·至真要大论》,方义:“谨守病机……疏其血气,令其调达,而治和平”,主治血虚风动证^[1]。近年,我院采用该方联合针刺治疗麻痹性斜视血虚风动证获得良好疗效。通过规范的循证医学研究获取中医疗法对机体的作用及其作用原理是将中医疗法融入临床医学的关键和主要任务^[2-3]。然而,养血祛风饮联合针刺治疗麻痹性斜视血虚风动证的临床疗效尚未明确。因此,探析养血祛风饮联合针刺治疗麻痹性斜视血虚风动证的作用对麻痹性斜视血虚风动证的临床治疗与合理用药具有重要的意义。为此,我院开展本研究,旨在探讨祛风养血饮联合针刺治疗麻痹性斜视血虚风动证的临床疗效,为临床治疗麻痹性斜视提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年6月—2018年6月我院新诊断麻痹性斜视血虚风动证患者80例,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组40例。观察组男25例,女15例;年龄18~68周岁,平均年龄49.95周岁;病程最短5 d,最长7个月,平均病程(1.74±0.75)个月;合并症:脑血管病4例,糖尿病6例,颅脑及眼外伤7例。

对照组男24例,女16例;年龄18~70周岁,平均年龄49.44周岁;病程最短6 d,最长7个月,平均病程(1.84±0.56)个月;合并症:脑血管病5例,糖尿病5例,颅脑及眼外伤7例。2组患者一般资料分布均衡($P > 0.05$),具有可比性。本研究经过我院伦理学委员会批准。

1.2 诊断标准 中医诊断标准参照国家中医药管理局医政司编制的《中医病证诊断疗效标准》中麻痹性斜视的诊断标准,并引用其中血虚风动证的中医辨证标准^[4]。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;知情并签署知情同意书;近期未参与过其他临床研究;入选前未接受过其他正式治疗。

1.4 排除标准 妊娠期或哺乳期妇女;肝肾功能不全者;精神疾病或神经疾病患者。

1.5 其他标准 符合脱落、剔除、终止、中止和退出标准。

1.6 治疗方法 对照组养血祛风饮(天麻10 g,钩藤10 g,生地黄15 g,当归10 g,白芍10 g,僵蚕10 g,川芎6 g,地龙10 g,怀牛膝10 g,茯神10 g,石决明20 g),水煎取汁,早晚温服,连用1个月。观察组在此基础上给予针刺治疗,取穴:睛明、鱼腰、足三里、风池、攒竹、瞳子髎,针刺得气后留针30 min,3次/周,连用1个月。

1.7 观察指标 基线期与治疗中采用我院自制《中医证候

* 基金项目:江西省卫计委中医药科研计划项目[No.2014A136]

评分量表》评价麻痹性斜视血虚风动证患者的症状或体征。中医证候评分量表由斜视、复视、肢麻、头痛、目眩、恶心、耳鸣、舌红苔薄、脉细弦9个因子组成，每个因子均有其相应的4级或2级加权评分法，总分(0~13)分，得分越高表示患者麻痹性斜视血虚生风证的症状或体征越严重^[5]。见表1。

表1 中医证候评分量表

因子	0分	1分	2分	3分
斜视	0°~15°	>15°≤35°	>35°≤45°	≥45°
复视	无	轻	中	重
肢麻	无	有	-	-
头痛	无	有	-	-
目眩	无	有	-	-
恶心	无	有	-	-
耳鸣	无	有	-	-
舌红苔薄	无	有	-	-
脉细弦	无	有	-	-

1.8 疗效评定标准 临床治愈：原有症状或体征完全消失，中医证候积分的减分率≥95%；显效：原有症状或体征明显减轻或基本消失，70%≤中医证候积分的减分率<95%；有效：原有症状或体征部分减轻或部分消失，45%≤中医证候积分的减分率<70%；无效：原有症状或体征未见减轻甚至加重，中医证候积分的减分率<45%^[6]。中医证候积分的减分率=(基线期的中医证候积分-治疗后的中医证候积分)/基线期的中医证候积分×100%。显效率=(临床治愈+显效)例数/总例数×100%。

1.9 统计学方法 所有数据均经SPSS 20.00统计学软件进行统计学处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)的形式表示，若呈正态分布，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以率(%)的形式表示，采用卡方检验；P<0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组麻痹性斜视血虚风动证患者试验完成情况 观察组和对照组中无一例剔除、脱落。因此，80例纳入全分析集(Full Analysis Set, FAS)，80例纳入符合方案集(Per Protocol Set, PPS)。

2.2 2组麻痹性斜视血虚风动证患者临床疗效比较 观察组临床疗效总有效率显著高于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2 2组麻痹性斜视血虚风动证患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	14(35.00)	21(52.50)	3(7.50)	2(5.00)	35(87.50)
对照组	40	7(17.50)	16(40.00)	12(30.00)	5(12.50)	23(57.50)
χ^2 值						9.028
P值						<0.05

2.3 2组麻痹性斜视血虚风动证患者中医证候积分比较 基

线期，2组中医证候积分比较，差异无统计学意义(P>0.05)；治疗后，观察组中医证候积分显著低于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)。见表3。

表3 2组麻痹性斜视血虚风动证患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	基线期	治疗后
观察组	40	10.08 ± 1.45	2.16 ± 0.89
对照组	40	10.12 ± 1.88	4.27 ± 0.84
t值		0.106	10.904
P值		>0.05	<0.05

3 讨论

临床医学认为，动眼、滑车、外展神经或神经核的单独或合并受损使眼球运动障碍是麻痹性斜视的主要病因^[7-8]。中医学对此有不同认识，将麻痹性斜视纳入“坠睛”“目偏视”“风牵偏视”范畴^[9-10]。本组辨证为血虚风动证。早在我国古代的医史就有关于该病的病机解析，《诸病源候论·目病诸候》载：“人脏腑虚而风邪入于目，而瞳子被风所射，睛不正则偏视”；《灵枢·大惑论》载：“故邪中于项，因逢其身之虚，其入深，则随眼系以入于脑，入于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣”。中医认为，风为百病之长，血气不足，素体亏虚，腠理不固，易被风邪所袭，风邪外袭，引动内邪，气血不和，机体则表现为肢麻、舌红苔薄、脉细弦；眼乃至上之窍，风性轻扬，邪犯上窍，机体则表现为斜视、复视、头痛、目眩、恶心、耳鸣。由此可见，该病为本虚标实之证，血气不足、素体亏虚、腠理不固为本，风邪入侵、筋脉迟缓、痿弱无力为标。因此，以祛风散邪、养血和营、疏通经络、扶正固本为治则大法。

本组祛风养血饮由天麻、钩藤、当归、白芍、川芎、生地黄、地龙、僵蚕、石决明、怀牛膝、茯神组成。天麻、钩藤平肝熄风，白芍、川芎、当归、生地黄养血活血；地龙、僵蚕起调和胃气、化痰止咳、疏通经络之功；石决明平肝潜阳、除热明目；怀牛膝引血下行，活血利水；茯神宁心安神；全方共奏祛风散邪、养血息风之效果。合用针刺睛明、鱼腰、足三里、风池、攒竹、瞳子髎，睛明为手足太阳、足阳明之会，足三里为足阳明胃经穴，风池为足少阳经、阳维脉交会穴，攒竹为眼周穴，瞳子髎为手太阳、手足少阳之会，起疏通经络、扶正固本之功，使风得祛，气血畅，营卫和，阴平阳秘，可谓标本同治，故获良效。本研究虽取得显著效果，尚存在不足之处，如养血祛风饮的药理作用机制还有待进一步研究。

参考文献

[1] 陈丽娟,颜乾麟,颜新.颜德馨心系疾病用药心法[J].中医杂志,2014,55(24):2081-2083.

[2] 陈薇,方赛男,刘建平,等.国内循证医学证据分级体系的引入及其在中医药领域面临的挑战[J].中国中西医结合杂志,2017,37(11):1285-1288.

[3] 陈薇,方赛男,刘建平,等. 国际循证医学证据分级体系的发展与现状[J]. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(12):1413-1419.

[4] 梁文杰,方朝义,沈莉,等. 实验诊断学在现行《中医病证诊断疗效标准》中的应用分析[J]. 河北中医药学报, 2011, 26(2):47-48.

[5] 谭翊,刘清国,陈陆泉. 针刺结合雷火灸治疗后先天性麻痹性斜视临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(2):342-343.

[6] 邵毅,胡佩宏,邹晶,等. 肌腹下眶-球硅管连接术与肌腹下注射 A 型肉毒素治疗麻痹性斜视的效果对比[J]. 眼科新进展, 2015, 35(9): 832-835.

[7] Mangla D, Simon J W, Mangla N, et al. Treatment of Consecutive Exotropia: Unilateral Lateral Rectus Recession Combined With Medial Rectus Advancement or Resection[J]. Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus, 2014, 51(2):116-9.

[8] Clark R A. The Role of Extraocular Muscle Pulleys in Incomitant Non-Paralytic Strabismus[J]. Middle East African Journal of Ophthalmology, 2015, 22(3):279-285.

[9] 王海燕,葛巍,洪亮. 中医辨证结合针刺治疗麻痹性斜视 56 例[J]. 中医耳鼻咽喉杂志, 2014, 4(2):74-76.

[10] 张倩倩,刘妍,葛宝和. 葛宝和应用电针治疗动眼神经麻痹经验[J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(9):917-918.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:兰 琴 收稿日期:2019-03-29)

芪参益气滴丸治疗冠心病稳定型心绞痛 气虚血瘀证临床观察*

季海刚¹ 张琪^{2*}

(1 南京中医药大学附属常州医院心血管科,江苏 常州 213003;2 常州市中医医院心血管科,江苏 常州 213003)

摘要:目的 观察芪参益气滴丸治疗冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证的有效性和安全性。方法 选取 2017 年 1 月—2018 年 12 月在常州市中医医院确诊为冠心病稳定型心绞痛,中医辨证为气虚血瘀证患者共 60 例,随机分成芪参益气组和常规治疗组各 30 例,常规芪参益气组予以标准常规治疗,芪参益气组在常规治疗组的基础上加服芪参益气滴丸,每次 0.5 g,每日 3 次,治疗时间为 8 周,采用中医证候积分、中文简易疲乏量表(Brief Fatigue Inventory -Chinese version, BFI-C)、西雅图心绞痛量表(Seattle Angina Questionnaire, SAQ)评价其疗效,运用血常规、肝肾功能等评价其安全性。结果 治疗前 2 组中医证候积分、中文版简易疲乏量表积分、西雅图心绞痛量表积分无明显差异。治疗后常规治疗组中医证候积分、中文版简易疲乏量表积分、西雅图心绞痛量表积分治疗前后比较无明显变化,芪参益气组各项积分与治疗前比较有明显改善($P < 0.05$),而且 2 组前后差异变化比较有统计学意义($P < 0.05$)。结论 芪参益气滴丸能明显改善冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者症状,提高生活质量,无明显不良反应。

关键词:胸痹;心痛;冠心病;稳定型心绞痛;气虚血瘀;芪参益气滴丸;中文版简易疲乏量表;西雅图心绞痛量表

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.027

文章编号:1672-2779(2019)-23-0066-04

Clinical Study of Qishen Yiqi Dropping Pills in the Treatment of Stable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease with Syndrome of Qi Deficiency and Blood Stasis

Ji H aigang¹, Zhang Q i²

1. Department of Cardiology, Changzhou Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Changzhou 213003, China;

2. Department of Cardiology, Changzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Changzhou 213003, China

Abstract: Objective To evaluate the efficacy and safety of Qishen Yiqi dropping pills in the treatment of stable angina pectoris of coronary heart disease with syndrome of qi deficiency and blood stasis. Methods A randomized clinical trial was carried out in 60 patients with the syndrome of qi deficiency and blood stasis. Patients were randomly divided into two groups. The QSYQ group was treated with routine treatment and Qishen Yiqi dropping pills. The control group was treated with routine treatment. The efficacy of Qishen Yiqi dropping pills was evaluated, including score of TCM syndrome, score of BFI-C and score of SAQ. Safety indicators were observed such as the physical examination, adverse events and adverse reaction, hematuria, liver and kidney function. Results After 8-weeks treatment, the TCM syndrome score and the BFI-C score in QSYQ group were lower than that of the control group ($P < 0.05$). The SAQ score in QSYQ group were significantly higher than control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse events was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion Qishen Yiqi dropping pills is effective and safe for the treatment of stable angina pectoris in patients with the syndrome of qi deficiency and blood stasis.

Keywords: chest discomfort; precordial pain; coronary heart disease; stable angina pectoris; qi deficiency and blood stasis; Qishen Yiqi dropping pills; BFI-C; SAQ

根据最新的国家心血管病中心发布的《中国心血管病报告 2018》数据显示: 2016 年心血管病死亡率仍居首位,

其中中国城市和农村居民冠心病死亡率继续保持上升趋势, 据推算我国现患冠心病人数 1 100 万, 与此同时冠心病的介入治疗不断发展, 2017 年大陆地区冠心病介入治疗总例数为 753 142 例, 较 2016 年增长 13%^[1]。然而对于冠心病稳定型心绞痛尤其是介入术后的患者来说,

* 基金项目:江苏省中医药局科技项目重点项目【No.ZD201709】

* 通讯作者:19906121683@163.com

表1 2组冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者基线资料比较

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

组别	例数	男 (例)	女 (例)	平均年龄 (岁)	平均身高 (cm)	平均体质量 (kg)	心率	呼吸	收缩压	舒张压	体温	心绞痛分级	
												II	III
常规治疗组	30	11	19	57.5	163.5 ± 9.9	65.2 ± 9.8	64.8 ± 6.1	13.5 ± 2.1	135.0 ± 11.5	78.5 ± 7.6	36.7 ± 0.4	24	6
芪参益气组	30	18	12	59.5	166.3 ± 9.8	67.5 ± 9.7	65.4 ± 6.0	14.4 ± 2.1	130.1 ± 10.3	81.0 ± 5.6	36.8 ± 0.3	20	10

如何控制症状、改善生活质量是当务之急。临床研究证实芪参益气滴丸可明显改善冠心病急性心肌梗死和慢性心力衰竭患者气短、乏力、胸闷、胸痛等症状,被推荐在急性心肌梗死后合并心功能不全气虚血瘀证中使用^[2]。但其对稳定型心绞痛的疗效未见报道,本研究在西药常规治疗的基础上加用中成药芪参益气滴丸,观察其对稳定型心绞痛气虚血瘀证的有效性和安全性,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12月常州市中医医院诊治的冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者60例,随机分成芪参益气组和常规治疗组,各30例。2组患者的人口学资料、生命体征、心绞痛程度分级等基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照中华医学会2007年发布的《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[3]制定冠心病诊断标准,参照加拿大心血管学会(CCS)心绞痛严重程度分级标准制定冠心病分级标准(I~IV级)。

中医辨证标准参照国家食品药品监督管理局2011年颁布的《中药、天然药物治疗冠心病心绞痛临床研究技术指导原则》^[4],选择气虚血瘀证作为观察证型。

气虚血瘀证辨证标准主症表现为胸痛、胸闷。次症表现为心悸气短、神倦乏力、面色紫暗。舌质表现为舌淡紫,有瘀斑或瘀点。舌苔:苔薄白。脉象:脉弱而涩。主证必须具备,次证至少具备2项,结合舌象、脉象,并通过研究者对受试者的综合分析,判定为气虚血瘀证方可作为观察证型^[5]。

1.3 纳入标准 (1)有冠心病诊断的客观依据,有发生以下事件至少其中之一:①有急性心肌梗死史半年以上患者,需提供住院病历或出院小结。②已经做过PCI或者CABG半年以上的患者。③冠脉造影或冠脉CTA显示冠状动脉至少一个主要分支冠脉狭窄 $\geq 50\%$; (2)符合心绞痛严重程度分级(CCS)II~III级; (3)符合中医气虚血瘀证辨证标准且其评分 ≥ 8 分者; (4)年龄 ≥ 18 岁且 ≤ 75 岁;男性或女性; (5)患者愿意进行随访并签署知情同意书。

1.4 治疗方法 入组患者随机分为芪参益气组和常规治疗组,芪参益气组予以口服芪参益气滴丸(天士力医药集团股份有限公司生产,国药准字Z20030139),1次0.5g,

3次/d,疗程为8周,洗脱期为7d。每人予以备用硝酸甘油片(北京益民药业有限公司生产,国药准字H11021022),0.5mg/片,100片/瓶,心绞痛发作时用0.5mg,舌下含化。试验期间可以合并用硝酸甘油片作为急救药,不能服用任何有活血化瘀作用的中药制剂、除硝酸甘油片外硝酸酯类、曲美他嗪、尼可地尔。原服西药原则上用法用量不予增减,既往使用 β 受体阻滞剂和钙离子拮抗剂者,应规律使用3个月以上。

1.5 观察指标 有效性观察指标:(1)西雅图心绞痛调查量表(SAQ)评分;(2)中医证候积分:入组当天、8周各记录1次;(3)中文简易疲乏量表(BFI-C):入组当天、8周各记录1次。安全性观察指标:(1)不良事件:根据不良事件发生时间随时记录;(2)实验室指标:血常规、尿常规、粪常规、肝功能、肾功能、心电图。于入组当天、入组第8周各检查1次。

1.6 疗效评断标准 西雅图心绞痛量表分为5大项19个条目:躯体活动受限程度(PL,问题1),心绞痛稳定状态(AS,问题2),心绞痛发作情况(AF,问题3~4),治疗满意程度(TS,问题5~8),疾病认知程度(DP,问题9~11)。对5大项19个条目逐项评分,并对每一评分进行正向化处理,标准积分=(实际得分-该方面最低得分)/(该方面最高得分-该方面最低得分) $\times 100$,评分越高患者生活质量及机体功能状态越好。

中医证候量化评分标准:主证胸痛、胸闷逐级评分,轻度2分,中度4分,重度6分;次证心悸气短、身倦乏力逐级评分,轻度1分,中度2分,重度3分;舌脉具体描述不计分。

1.7 统计学方法 采用SPSS 24.0软件对2组数据进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验、方差分析等方法;计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者治疗前后西雅图量表积分比较 2组患者治疗前西雅图量表躯体活动受限程度(PL),心绞痛稳定状态(AS),心绞痛发作情况(AF),治疗满意程度(TS),疾病认知程度(DP)积分均无显著性差异,经治疗后芪参益气组较前明显改善($P<0.05$),改善程度与常规治疗组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表 2 2 组冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者
治疗前后西雅图量表积分比较 (x̄±s,分)

组别	例数	时间	PL	AS	AF
芪参益气组	30	治疗前	50.2±17.7	51.7±13.0	44.7±8.6
		治疗后	62.4±15.4 [△]	64.2±15.7 [△]	54.7±17.4 [△]
常规治疗组	30	治疗前	47.7±15.6	50.8±10.5	43.3±9.2
		治疗后	53.1±14.3	53.3±14.3	44.7±8.6

组别	例数	时间	TS	DP
芪参益气组	30	治疗前	46.7±11.6	38.3±17.0
		治疗后	56.9±15.9 [△]	55.8±10.8 [△]
常规治疗组	30	治疗前	45.9±6.0	40.8±20.2
		治疗后	48.3±9.8	42.5±18.7

注:与本组治疗前比较,^{*}P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05

2.2 2 组冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者治疗前后中医证候积分比较 2 组患者治疗前中医证候积分无明显差异,经治疗后芪参益气组较前明显改善 (P<0.05),改善程度与常规治疗组比较差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 2 组冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者
治疗前后中医证候积分比较 (x̄±s,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
芪参益气组	30	21.3±5.7	9.8±3.2 [△]
常规治疗组	30	22.5±5.2	17.3±4.5

注:与本组治疗前比较,^{*}P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05

2.3 2 组冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者治疗前后中文版简易疲乏量表比较 2 组患者治疗前中文版简易疲乏量表无明显差异,经治疗后芪参益气组较前明显改善 (P<0.05),改善程度与常规治疗组比较差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 4。

表 4 2 组冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者治疗前后
中文版简易疲乏量表积分比较 (x̄±s,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
芪参益气组	30	57.0±11.8	38.9±12.1 [△]
常规治疗组	30	60.8±6.6	47.9±9.7

注:与本组治疗前比较,^{*}P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05

2.4 2 组冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者不良反应 治疗前后 2 组患者血、尿、粪常规,肝、肾功能均未出现异常波动,无过敏患者。

3 讨论

冠心病稳定型心绞痛在中医学中属于“胸痹”“心痛”范畴,其发生发展与年迈体虚、劳倦内伤、寒邪内侵、情志失调、饮食不节等因素有关,病性是本虚标实,本虚为气、血、阴、阳亏虚,心脉失养;标实为寒凝、气滞、血瘀、痰浊等痹阻胸阳、阻滞心脉^[6]。气虚血瘀是冠心病稳定型心绞痛的主要证候要素和常见证型^[7-8]。气虚血瘀证多因素体气虚,或病久气虚,或年高脏器亏虚,气虚运血无力,以致血行不畅而瘀滞,进而导致气虚血瘀互见^[9]。对于本研究的心绞痛严重程度分级 II~

III 级的患者来说,其冠心病心绞痛的发作均可由日常活动诱发,而这是中医典型的劳则耗气,气虚血液运行无力瘀阻血脉的表现。目前对于气虚血瘀证的辨证确定和疗效评价均参照《中药、天然药物治疗冠心病心绞痛临床研究技术指导原则》的中医辨证标准和中医证候量化评分标准进行,该方案从主症胸痛、胸闷和次症心悸气短、神倦乏力、面色紫暗、结合舌象、脉象对患者的证候进行评估,反映了患者整体气虚血瘀的水平,但对患者的气虚水平仅有低权重的心悸气短、身倦乏力来评价,笔者在此方案的基础上引入中文简易疲乏量表以期对患者的证候进行综合评估。中文简易疲乏量表是由 Wang XS 等根据英文版修订,并对其进行了效度和信度的检验^[10]。目前临床常应用于肿瘤患者的疲乏程度判断和评定,能很好的反映 24 h 内的疲乏程度,非常适合对稳定型心绞痛严重程度分级 II~III 级的患者气虚程度的评价和治疗前后比较。与此同时,人们对于疾病的要求不仅仅局限于症状缓解,对生命质量的重视也日趋增加。目前冠心病心绞痛生命质量的评估量表较多,而西雅图心绞痛量表就是其中一种重复性好和可信度高的方法^[11-12]。该表分为 5 大项 11 个问题 19 个条目,分别从躯体活动受限程度,心绞痛稳定状态,心绞痛发作情况,治疗满意程度,疾病认知程度这 5 个维度进行评估,能有效地发挥冠心病患者机体功能状态、生活质量评测,治疗效果比较、估计预后等作用^[13]。

芪参益气滴丸由由黄芪、丹参、三七、降香油组成,本方以黄芪为君,其性温,味甘,入脾肺经,用以补气升阳、生津养血、行滞通痹;臣以丹参活血祛瘀、通经止痛;佐以三七散瘀定痛;使以降香油行气止痛,引药入络。四药合用共奏益气通脉、活血化瘀之功效,是临床治疗冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证的针对性中成药。现有的临床研究证实芪参益气滴丸可明显改善冠心病患者气短、乏力、胸闷、胸痛等症状,被指南推荐在急性心肌梗死后合并心功能不全气虚血瘀证中使用。本研究通过对冠心病稳定型心绞痛(气虚血瘀证)60 例患者的临床研究显示:治疗前 2 组中医证候积分、中文版简易疲乏量表积分、西雅图心绞痛量表积分无明显差异。治疗后常规芪参益气组中医证候积分、中文版简易疲乏量表积分、西雅图心绞痛量表积分治疗前后无明显改善,芪参益气组各项积分均较治疗前有明显改善 (P<0.05),2 组比较差异有统计学意义 (P<0.05)。这就说明芪参益气滴丸能明显改善气虚症状,减少胸闷胸痛症状发作,伴随着心绞痛症状的减轻,患者的生活质量也得到了很好的提升,对冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证具有很好的疗效。与此同时在 8 周的治疗过程中 2 组均未出现严重不良反应,血常规、肝肾功能、血生化、心电图等检查均未见明显异常变化,体现芪参益气滴丸要较好的安全性。

综上所述,本临床研究结果表明,芪参益气滴丸治

疗冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证的疗效明确,且具有良好的安全性和耐受性。

参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] 中国医师协会中西医结合医师分会,中国中西医结合学会心血管病专业委员会,中国中西医结合学会重症医学专业委员会,等.急性心肌梗死中西医结合诊疗指南[J].中国中西医结合杂志,2018,38(3):272-284.
- [3] 中华医学会心血管病学分会、中华心血管病杂志编辑委员会.慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(3):195-206.
- [4] 国家食品药品监督管理局.中药、天然药物治疗冠心病心绞痛临床研究技术指导原则[EB/OL].(2011-07-08).http://samr.cfda.gov.cn/WS01/CL0844/64117.html.
- [5] 中国中西医结合学会心血管病学会.冠心病中医诊断标准[J].中西医结合杂志,1991,11(5):257.
- [6] 中华中医药学会心血管病分会.冠心病稳定型心绞痛中医诊疗专家共识[J].中医杂志,2018,59(5):447-449.
- [7] 李军,王阶.冠心病心绞痛证候要素与证型组合的5099例文献病例分析[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(12):926-927,930.
- [8] 邢雁伟,王阶,袁敬柏,等.采用聚类分析和对应相关方法研究1069例冠心病心绞痛证候证型组合规律[J].中华中医药杂志,2007,22(11):747-750.
- [9] 李灿东,吴承玉.中医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2012:166.
- [10] Wang X S, Hao X S, Wang Y, et al. Validation study of the Chinese version of the brief fatigue inventory (BFI-C)[J]. J Pain and Symptom Management, 2004, 27(4):322-332.
- [11] 邢文华,陈晓敏,朱建华. SF-8 简量表用于冠心病病人健康相关生活质量测定的可行性[J]. 国外医学心血管病分册, 2004, 31(3): 181-184.
- [12] 刘同想,孔素平,廖忠友,等.西雅图心绞痛调查量表对冠心病患者机体功能及生活质量的评估研究[J].中国行为医学科学,1997,6(2):127-129.
- [13] 荆鲁,王阶,王停.西雅图量表评价活血化瘀汤及其拆方治疗冠心病稳定性心绞痛的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2007,27(1):18-20.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:陈 弦 收稿日期:2019-05-21)

珠及膏治疗特发性肺纤维化气阴两伤型临床观察

张树森 杨 柳* 董 瑞

(北京康益德中西医结合肺科医院内二科,北京 101400)

摘要:目的 评价珠及膏对特发性肺纤维化(气阴两伤型)患者临床症状改善、肺功能及6 min步行试验的影响。方法 以2015年10月—2017年12月在北京康益德中西医结合肺科医院就诊的79例特发性肺纤维化患者为研究对象,按随机数字表法分为治疗组及对照组,治疗组在原有治疗基础上加用膏方治疗,对照组维持原有治疗方案。观察2组患者治疗前后的中医证候积分、肺功能(CO弥散量)及6 min步行试验变化情况。结果 治疗组总有效率89.74%,优于对照组,治疗组患者治疗后的中医证候评分明显降低($P < 0.05$),6 min步行距离增加($P < 0.05$),较对照组差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 珠及膏联合西医疗法治疗特发性肺纤维化(气阴两伤型)具有良好的临床疗效。

关键词:珠及膏方;肺痿;特发性肺纤维化;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.028

文章编号:1672-2779(2019)-23-0069-03

Clinical Observation on Zhuji Ointment in the Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis of Impairment of both Qi and Yin Type

ZHANG Shusen, YANG Liu, DONG Rui

Department of Internal Medicine, Beijing Kangyide Lung Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 101400, China

Abstract: Objective To evaluate the effect of Zhuji ointment on the improvement of clinical symptoms, pulmonary function and 6-minute walking test in patients with idiopathic pulmonary fibrosis of impairment of both qi and yin type. **Methods** 79 patients with idiopathic pulmonary fibrosis, who were treated in our hospital from October 2015 to December 2017, were randomly divided into the treatment group and the control group according to the random number table. The treatment group was treated with ointment on the basis of the original treatment, and the control group was treated with ointment on the basis of the original treatment. The control group maintained the original treatment scheme. The changes of TCM symptom score, pulmonary function (CO diffusion capacity) and 6-minute walking test were observed before and after treatment in the two groups. **Results** The total effective rate of the treatment group was 89.74%, which was better than that of the control group. The TCM symptom score of the treatment group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$), and the walking distance of 6 minutes was increased ($P < 0.05$). There was significant difference between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Zhuji ointment combined with western medicine has a good clinical effect in the treatment of idiopathic pulmonary fibrosis of impairment of both qi and yin type.

Keywords: Zhuji ointment; atrophic lung disease; idiopathic pulmonary fibrosis; therapy of TCM

特发性肺纤维化(IPF)是病因未明的慢性进展性纤维化型间质性肺炎的一种特殊类型,好发于老年人,其

发病率随年龄增长而增加,男性明显多于女性,英国的一项研究认为,自1991—2003年,IPF发病率以每年约11%的速度增长,并认为这与人口老龄化或轻症患者确诊率增加无关。目前尚无确实有效治疗方法,口服吡非

* 通讯作者:792714453@qq.com

尼酮或尼达尼布可减缓肺功能下降速度^[1-4]。主要临床表现为进行性呼吸困难、低氧血症、限制型通气功能障碍和(或)弥散功能减低。由于其病机复杂,将其归属于哪一种中医病名现代医家尚有争议,多以“肺痿”“肺痹”或两者并病者观点居多。根据其临床表现,我院以“肺痿”论治^[5],病机包括虚、痰、瘀,以肺阴虚为本,痰瘀阻络为标,累及心、脾、肾;心血亏虚,不能行血而致血行瘀滞;脾虚无力,聚湿生痰,阻塞气机;肾不纳气,动则气喘则病情恶化。治疗当以补肺气、化纤生肌、活血祛瘀通络。依据这一理论董瑞主任医师研制而成珠及膏,临床应用多年,在改善症状、延缓病程、提高生活质量等方面显示良好疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年10月—2017年12月我院肺病科门诊及病房就诊的IPF患者79例。按随机数字表法分为2组。治疗组40例,男32例,女8例;平均年龄57.38岁;平均病程(5.28±1.73)年;肺功能CO弥散功能测定轻度受限28例,中度受限8例,重度受限4例。对照组39例,男34例,女5例;平均年龄61.16岁;平均病程(5.34±1.92)年;CO弥散功能测定严重程度分级轻度受限22例,中度受限13例,重度受限4例。2组性别构成、平均年龄、病程、弥散功能严重程度分级比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 西医诊断标准依据2011年特发性肺纤维化诊断及治疗国际性循证指南形成的最新共识^[1];(1)除外已知原因的其他ILD(如结缔组织病、职业环境暴露、药物肺毒性损害、家庭环境);(2)患者高分辨CT(HRCT)表现为普通型间质性肺炎(UIP),则患者不需要外科肺活检即可确诊;(3)HRCT表现和外科肺活检组织病理学表现型符合结合了HRCT和组织病理学表现的诊断标准。中医诊断标准参考第9版《中医内科学》(吴勉华主编 中国中医药出版社)^[2]。主症:呼吸困难进行性加重,活动后明显。次症:干咳少痰,自汗,疲惫乏力,口唇爪甲淡暗或青紫,舌质暗少苔,脉细或弦。

1.3 排除标准 伴有恶性肿瘤;合并严重血液系统、糖尿病和脑血管等原发疾病者;肝功能异常(ALT>正常高限的2倍以上),或肾功能异常者;肺纤维化以外影响肺功能的疾病患者;妊娠或哺乳期妇女;未按规定用药,无法判断疗效或资料不全影响疗效判定者;已知对试验药物成分过敏者。

1.4 治疗方法 2组按2011年特发性肺纤维化诊断及治疗国际性循证指南形成的最新共识^[1]所制定的IPF的推荐治疗方案给予治疗或维持患者原有治疗方案不变。治疗组在西医规范治疗基础上加用珠及膏治疗。膏方治疗:膏方均由北京康益德中西医结合肺科医院制作,基本方组成及制作方法:珠子参300g,白及300g,白芷200g,

桔梗200g,威灵仙200g,鸡血藤200g,穿山甲粉30g,川贝粉30g,三七150g,桃仁150g,红景天150g,生黄芪200g,炒白术150g,防风150g,熟地黄150g,山药200g,茯苓150g,泽泻150g,枸杞子150g,麦冬240g,百合200g,天冬100g,桃仁100g,红花100g,川芎100g,佛手200g,枳壳100g,砂仁60g,香橼150g,厚朴150g。上药煎汤浓缩加阿胶100g,鹿角胶200g,木糖醇200g收膏。

服法:患者于11月开始服用,每次15g,前10d每日1次,之后每日2次,温水冲服,连服50d。

1.5 观察指标 治疗前及治疗后1个月进行中医症状评分、肺功能测定(CO弥散量)、6min步行距离试验。

1.6 疗效评定标准 临床症状、体征:无记0分,轻记2分,中计4分,重记6分。有效:证候积分下降 $\geq 30\%$;显效:证候积分下降 $\geq 10\%$;无效:证候积分下降不足10%。

1.7 统计学方法 数据采用SPSS 17.0统计软件进行统计分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

病例脱落情况79例患者中,脱落病例共5例,其中治疗组脱落1例,对照组脱落4例,共完成有效病例74例。

2.1 2组IPF患者治疗后总有效率比较 治疗组和对照组2组患者治疗后的有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后治疗组的总有效率更高。见表1。

表1 2组IPF患者治疗后总有效率比较 (例)

组别	例数	有效	显效	无效	总有效率(%)
治疗组	39	22	13	4	89.74*
对照组	35	11	14	10	71.42

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组IPF患者治疗前后中医证候评分、弥散功能及6min步行试验的比较 治疗组及对照组在治疗后的中医症状评分均有改善($P<0.05$);治疗组患者治疗后弥散功能较治疗前有增加,但差异无统计学意义($P>0.05$),对照组患者治疗后弥散功能较前下降,差异具有统计学意义($P<0.05$),2组之间治疗前后差异有统计学意义($P<0.05$);6min步行试验治疗组治疗后明显长于对照组,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 2组IPF患者中医证候积分、弥散功能及6分钟步行试验比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	中医证候积分(分)	弥散功能(%)	6min步行试验(m)
治疗组	39	治疗前	37.54±5.24	42.38±3.98	317±5.34
		治疗后	25.35±4.93	43.56±5.56	376±8.24
对照组	35	治疗前	36.58±3.28	43.36±2.98	321±8.34
		治疗后	32.34±4.93	37.56±5.34	325±6.38

3 讨论

“冬三月，此为闭藏，养藏之道也”，冬季进补有助于精微物质的吸收与闭藏，从而改善人体虚损状态，体现了中医天人相应、道法自然的思想。膏方是经过煎煮浓缩加工制成的，其中配味厚滋腻之品或伍血肉有情之品，配伍周全，善于添精、培本固元，平调阴阳，其有效成分含量较高、作用缓和持久、服用方便、以滋补为主，对慢性病调治效果好。膏方还包含中医“治未病”之意，通过膏方调治体现“即病防变”的思想，可以充分发挥中医药治疗的优势^[7]。汤军等^[8]观察133例服用冬令膏方的肺系疾病患者，观察其治疗前方症状及发作次数等，总有效率为86.47%。王维益等^[9]以自拟肺康膏方联合常规西药治疗各类慢性肺系疾病辨证为肺脾两虚证者，结果显示联合用药组效果优于单纯西药组，差异有统计学意义。白文梅等^[10]应用益气活血通络膏方治疗气虚血瘀型特发性肺纤维化60例观察其治疗前及治疗后3个月中医证候积分评定、肺功能测定及肺部高分辨CT、血气分析，结果提示治疗总有效率为95%。王培等^[11]临床应用中药膏方太圣清肺膏配合西药治疗特发性肺纤维化可有效控制病情进展、改善患者症状。

我院经过对特发性肺纤维化15余年的研究，对本病的病机、治疗总结了一定的经验^[5,12]。本病多因肺气不足，宣降失司、治节无常，津液代谢障碍、血行无力，形成痰饮、瘀血；气血运行无力，痹阻肺络，病机为本虚标实，主要表现为肺气阴虚以及肺络闭阻，临床见咳嗽、呼吸困难、喘促、动则加重、唇甲发绀、四肢百脉不得濡养而为消瘦，治疗宜守通补之法，补肺生肌通络、健脾温肾益肺。方中以珠子参、白及为君，珠子参性甘平，补肺、止血、生肌，善于治外伤出血，可敛疮生肌；具有益气养血、滋补强壮、舒筋活络、祛瘀生新、补血止血之功效。《滇南本草》记载珠子参为“味甘、微苦、性温平，止血生肌，服之无甚功效”。现代实验表明珠子参能促进免疫功能恢复、抑制肉芽组织增生、抗氧化，这些作用正与现在认为的IPF的发病机制相对应，且实验研究证实珠子参能延长缺氧情况下小鼠的存活时间，证明有一定的耐缺氧作用^[13]。白及是补肺生肌要药，白及中含有的多糖具有抗炎、收敛、软化角质作用，可促进角质形成细胞的游走^[14]，经过我院多年临床疗效观察，对于治疗肺间质纤维化疗效颇佳。用黄芪、白术、山药、熟地黄等药补先天以充养后天，补后天以滋养先天。健脾益气、滋阴润肺以杜生痰之源，补肺益肾、纳气定喘。《本草便读》云：“凡藤蔓之属，皆可通经入络。”且藤蔓之属，缠绕蔓延，犹如网络，无所不至，为治疗络病之佳品。鸡血藤去瘀血、生新血的功效，并称之为“血分之圣药”；威灵仙通经活络，研究证实威灵仙为主药的肺纤平可抑制IL-6增高，可有效地抑制实验性肺纤维化大鼠胶原的异常增生^[15]，两者均具有很强的抗氧化活

性^[16-17]。桃仁、红花、川芎、红景天活血化瘀通络，治疗肺纤维化瘀血阻滞、络脉不通之证。珠及膏方药物组成以珠及汤及玉屏风散为基础方，适用于特发性肺纤维化以气阴两伤为主者，表现为喘息气短、动则加重、干咳少痰、体虚自汗、卫外不固、反复易感、舌红苔少、脉弦细者。本研究结果表明珠及膏在改善特发性肺纤维化患者呼吸困难、咳嗽、活动耐力等方面有一定疗效，能够改善IPF患者的临床症状、提高6min步行距离和生活质量，但对于肺功能之弥散功能无明显提升作用，可能与疗程尚短有关。特发性肺纤维化患者需长期服药，将其制成膏方服用提高了患者服药的依从性，我院董瑞主任医师总结数十年临床经验逐渐完善研制珠及膏，通过临床观察其疗效肯定，改善患者咳嗽、活动后气短症状、延缓病情进展、提高了患者的生活质量，安全、便捷、有效，值得进一步推广。

参考文献

- [1] 美国胸科学会,欧洲呼吸学会,日本呼吸学会,等.特发性肺纤维化诊治循证指南(摘译本)[J].中华结核和呼吸杂志,2011,34(7):486-494.
- [2] Cottin V. Changing the idiopathic pulmonary fibrosis treatment approach and improving patient outcomes[J]. Eur Respir Rev, 2012, 21(124):161-167.
- [3] Costabel U. Emerging potential treatments: new hope for idiopathic pulmonary fibrosis patients[J]. Eur Respir Rev, 2011, 20(121):201-207.
- [4] Richel L, Costabel U, Selmann M, et al. Efficacy of a tyrosine kinase inhibitor in idiopathic pulmonary fibrosis[J]. N Engl J Med, 2011, 365(12):1079-87.
- [5] 李壮花. 董瑞治疗特发性肺纤维化经验介绍[J]. 中医临床研究, 2016, 8(25):104-105.
- [6] 吴勉华, 王新月. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012:120-125.
- [7] 谭福. 浅议慢性阻塞性肺疾病全球倡议中关于急性加重论述与中医治未病思想的一致性[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(1):108-109.
- [8] 汤军, 徐志瑛, 宋康, 等. 冬令膏方调治肺系疾病133例[J]. 河南中医, 2017, 37(1):107-110.
- [9] 王维益, 刘建博, 雷源, 等. 肺康膏方调治慢性阻塞性肺疾病稳定期肺脾两虚证临床观察[J]. 新中医, 2013, 11(7):58-60.
- [10] 白文梅, 马红霞, 同立宏. 益气活血通络膏方治疗气虚血瘀型特发性肺纤维化60例疗效观察[J]. 新疆中医药, 2018, 36(6):7-8.
- [11] 王培, 李林夏, 张伟教授中西医结合治疗特发性肺纤维化临床经验[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(16):88-90.
- [12] 杨柳, 成淑芳, 张树森, 等. 康益膏方治疗特发性肺纤维化60例[J]. 2015, 30(7):1449-1450.
- [13] 姜祎, 考玉萍, 宋小妹. 珠子参叶总皂苷抗炎镇痛作用的实验研究[J]. 陕西中医, 2008, 29(6):732-733.
- [14] 陈芳, 钟明哲, 常明泉, 等. 复方白及乳膏的体外释放度考察[J]. 中国药师, 2012, 15(10):1438-1439.
- [15] 张燕萍, 樊茂蓉, 王书臣, 等. 肺纤平对博来霉素所致肺纤维化大鼠I、III型胶原的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(11):1013-1015.
- [16] Liao H, Banbury L K, Leach D N. Antioxidant activity of 45 Chinese herbs and the relationship with their TCM characteristics[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2008, 5(4):429-434.
- [17] 向红, 琚坚. 威灵仙对实验性肝纤维化的干预作用[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(7):377-380.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:秦洪义 收稿日期:2019-05-21)

半夏汤治疗痰湿内蕴型眩晕临床观察

张晶晶

(东港市中医院脑病一科,辽宁 丹东 118300)

摘要:目的 探讨自拟半夏汤治疗痰湿内蕴型眩晕临床疗效分析。方法 选取2018年1月—2018年11月在东港市中医院脑病一科就诊的80例经中医辨证为痰湿内蕴型眩晕患者,随机分为试验组和对照组,各40例。对照组采取常规治疗,试验组在对照组的基础上使用自拟半夏汤进行治疗。比较2组患者的临床有效率。结果 试验组临床总有效率92.5%,对照组临床总有效率77.5%,试验组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对痰湿内蕴型眩晕患者采取自拟半夏汤进行治疗,可以有效提高临床有效率,提高患者的生活质量,值得在临床推广。

关键词:半夏汤;痰湿内蕴型;眩晕;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.029

文章编号:1672-2779(2019)-23-0072-02

Clinical Observation on Banxia Decoction in Treating Phlegm-dampness Accumulated in Interior Vertigo

ZHANG Jingjing

Department of Encephalopathy, Donggang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dandong 118300, China

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of Banxia decoction on phlegm-dampness accumulated in interior vertigo. **Methods** 80 patients with phlegm-dampness vertigo were selected. 40 patients in the control group were treated with routine treatment, and 40 patients in the experimental group were treated with self-made Banxia decoction. The clinical efficiency of the two groups was compared. **Results** The total clinical effective rate was 92.5% in the experimental group and 77.5% in the control group. The difference between the experimental group and the control group was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Banxia decoction is worth promoting in clinical treatment of phlegm-dampness accumulated in interior vertigo.

Keywords: Banxia decoction; phlegm-dampness accumulated in interior; vertigo; therapy of TCM

眩晕是临床上的常见疾病,其发病时的主要的临床表现为天旋地转,严重者甚至发生恶心、呕吐等神经失调症状,对患者的工作和生活造成影响,降低患者的生活质量。中医学中认为眩晕在清窍,与肝、脾、肾三脏功能失调有关,主要的分型为肾虚精亏、气血亏虚、痰湿内蕴等证型,其中临床上比较常见的为痰湿内蕴,笔者使用自拟半夏汤对患者进行治疗,取得了较为好的临床疗效,见报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年1月—2018年11月在东港市中医院脑病一科就诊的80例经中医辨证为痰湿内蕴型眩晕患者,主要的表现为眩晕,视物旋转等,严重患者还会出现头痛、恶心、呕吐,随机分为试验组和对照组,各40例。对照组男20例,女20例;年龄45~75岁,平均年龄60岁;基础疾病:高血压10例,糖尿病10例,冠心病4例。试验组男17例,女23例;年龄44~75岁,平均年龄62岁;基础疾病:高血压14例,糖尿病10例,冠心病4例。经统计学分析,2组患者年龄、性别、基础疾病差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 参照2010年《中国高血压防治指南》中的诊断标准,中医符合中华人民共和国卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》的诊断标准,中医辨证为痰湿壅盛证,主症:眩晕、头痛、头重如裹、胸闷、呕吐痰涎。次症:心悸、失眠、口淡、食少、舌胖苔腻、

脉滑。

1.3 排除标准 (1)具有占位性、脑肿瘤患者,或者其他疾病导致的眩晕患者;(2)具有严重肝、肾功能障碍的患者;(3)不愿意参加的患者。

1.4 治疗方法 对照组使用钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂等进行治疗,试验组使用自拟半夏汤进行治疗,姜半夏15g,白术15g,天麻15g,茯苓15g,人参15g,黄芪15g,泽泻15g,甘草20g,生姜5g,陈皮20g,大枣10g。随证加减,脾虚夹湿者加,山药20g;肝气不顺气逆者加,佛手15g,川楝子15g,延胡索10g;气血瘀滞严重者加,五灵脂15g;虚寒者加,吴茱萸15g;不思饮食者加,鸡内金6g,若入睡困难者加,夜交藤5g,酸枣仁10g,远志10g,合欢皮10g。水煎服,日2次口服。

1.5 疗效评定标准 比较2组患者的临床有效率,临床总有效率=(痊愈+好转)例数/总例数 $\times 100\%$ 。(1)痊愈:患者临床症状好转,各检查结果恢复正常;(2)好转:患者临床症状好转,各检查结果有所改善;(3)无效:患者临床症状无改善,甚至加重,检查结果恶化。

1.6 统计学方法 使用SPSS 20.0对数据进行分析,计数资料以率(%)表示,比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组临床总有效率92.5%,对照组临床总有效率77.5%,试验组优于对照组,差异有统计学意义($P<$

0.05)。见表1。

表1 2组痰湿内蕴型眩晕患者临床有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效
试验组	40	32(80.0)	5(12.5)	3(7.5)	37(92.5)*
对照组	40	27(67.5)	4(10.0)	9(22.5)	31(77.5)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

眩晕是临床上的常见疾病,是机体空间定位发生障碍的疾病,发生位置错觉,多数患者都会有此类经历,部分患者持续时间较短,无需治疗可以自行痊愈。有些患者持续时间过程,会导致治疗不及时,病情逐渐加重,导致生活质量下降。临床上西医主要采取抗组胺药物进行治疗,扩张毛细血管,作用于脑部平滑肌,改善微循环,从而改善眩晕症状。但是临床治疗效果并不显著^[1]。在中医学中,主要以肝肾阴虚、气血不足为本,以痰风火瘀为标,痰湿壅盛证是本病的常见分型,患者由于长期饮食生活不规律,嗜酒肥甘,饥饱劳倦,或者生活习惯不当,久坐不动等因素,可以导致伤及脾胃,脾失健运,或者生活压力加大不良情绪发生,引动肝风,肝气不舒,肝气克脾土,导致运化失职,水谷不化,导致痰湿积聚,气血运化失常,发为本病。历代医家都以“痰”作为致病因素之一,《丹溪心法·头眩》中云:“此证属痰多者多,无痰则不能作眩,”《医学从众录·眩运》中云:“风生必挟木势而克土,土病则聚液而成痰,故仲景以痰饮立论,丹溪以痰火立论。”笔者根据以上理论使用自拟半夏汤进行治疗,姜半夏燥湿化痰,降逆止呕;陈皮燥湿化痰,疏肝理气,并且还可以行气宽中;人参大补元气,补脾益气,补助脾气,脾为后天之本,气血生化之源,脾气充升则气血生化充足,精微物质可以上濡头目,提高脑部供血;白术补脾胃,益肺气,与人参相须为用,提高补脾气的功效;茯苓利水消肿、健脾止泻、养心安神,在补助脾气的同时消除体内湿气。湿邪为患,在体内聚而生痰,机体气机阻滞,则生痰,阻碍了清扬的上升;黄芪补气固表,托疮生肌,补助机体卫气,阳气^[4];天麻平肝息风,祛痰止眩;泽泻利水渗湿、泄热、抑菌;生姜温理散寒;大枣补气;甘草调和诸药。以上药物合用,使清阳上升,痰湿得祛,气血通畅。脾虚夹湿者加山药健脾利湿;肝气不顺气逆者加佛手理气宽胸,川楝子行气止痛,延胡索行气、通络止痛;气血瘀滞者,加丹参活血化痰,五灵脂活血散瘀,又能止血;虚寒者,加吴茱萸温里散寒;不思饮食者,加鸡内金健胃消食;若入睡困难者加夜交藤养心、安神、通络,酸枣仁解痰安神,远志,宁心安神、祛痰开窍,合欢皮解痰安神。以上药物联用从整体上调节患者阴阳,起到改善临床症状的作用。大量动物实验证实使用口服中药汤剂可以改善痰湿壅盛证的大鼠模型,减少体质量,降低血脂,明显改善大脑供血,对

微循环有保护和促进作用^[2]。现代药理研究表明,半夏具有抗氧化作用,可以拮抗氧化应激损伤,抑制神经细胞凋亡,保护血管,使痉挛的血管得到恢复。半夏也可以抑制神经系统呕吐,还有促进睡眠的作用,是眩晕患者得到充分的休息。天麻可以抑制神经系统,具有抗癫痫、抗抑郁的作用,对眩晕患者临床症状有改善作用。人参中的人参皂苷,可以起到改善微循环的作用,提高机体的抗氧化能力,有抗肿瘤、抗衰老的作用,对中枢神经系统有促进作用,不仅可以改善头部供血,还可以抗疲劳,改善记忆能力,预防老年痴呆,对于眩晕患者意义重大。白术不仅有抗利尿作用,可以降低血压,从根本上解决眩晕问题,对神经功能有促进作用,可以营养神经,并且可以改善短暂性脑卒中患者的抑郁状态。黄芪有着多种的药用价值,可以抗炎、免疫调节、抗氧化,并且还可以保护心肌,对大脑有保护作用,可以抑制脑缺血后半暗带区的周型苯二氮卓受体的表达,减少暗区面积,对脑组织起到保护作用。刘益成等^[3]使用中药汤剂对患者进行治疗,发现试验组恢复时间短,临床有效率高,值得在临床推广。赵荣^[4]研究显示,使用中药汤剂联合西药对患者进行治疗,可以有效促进颈动脉B超、TCD、X线检查结果的恢复,降低脑血管内的阻力,改善左右椎动脉与基底动脉的循环作用从而改善临床症状,试验组患者临床总有效率为100%,优于对照组70%,并且该试验还对不良反应进行对比发现,试验组不良反应少,安全性高,没有患者发生呕吐、泻泄等不良反应。王丽等^[5]对痰湿壅盛证的患者采取自拟中药汤剂进行治疗,对中医证候进行研究,不仅可以降低中医证候评分还可以控制血压,降低血脂,提高患者生活质量,与西药之间产生协同作用,增强疗效。从本试验可以看出,试验组临床总有效率92.5%,对照组临床总有效率77.5%,试验组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,自拟半夏汤治疗痰湿内蕴型眩晕临床效果显著,提高患者的生活质量,值得在临床推广。但是本研究尚有不足之处,研究样本例数过少,观察指标比较单一,应该从多中心进行抽取样本进行观察,为临床治疗提供佐证。

参考文献

- [1] 元英姿,魏建梁,陈兴娟,等. 中医药治疗痰湿壅盛型高血压病的研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2015, 24(17):36-37.
- [2] 季晓霞,李颖. 眩晕1号方治疗痰湿壅盛型H型高血压病疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(2):101.
- [3] 刘益成,张文高,吴赛,等. 半夏白术天麻汤治疗痰湿壅盛型高血压的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(11):1334-1336.
- [4] 赵荣. 痰湿壅盛型H型高血压患者的中医证候分布特点[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2018, 6(1):152-153.
- [5] 王丽,朱海波. 加味温胆汤联合硝苯地平控释片治疗痰湿壅盛型高血压病人晨峰现象[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(15):1770-1772.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:李厚明 收稿日期:2019-03-19)

行气通络方治疗膝骨关节炎临床观察

万 亿 李超琴

(南昌市洪都中医院手术室,江西 南昌 330008)

摘要:目的 观察行气通络方加减治疗膝骨关节炎疗效。方法 选取2017年3月—2018年3月南昌市洪都中医院接收并治疗的膝骨关节炎患者64例为研究对象,采用信封随机法平均分为西医组和中医组,给予西医组患者(32例)透明质酸钠膝关节注射治疗,给予中医组患者(32例)行气通络方加减治疗。分析2组患者不同治疗后疼痛改善情况以及临床总有效率的差异性。结果 中医组VAS疼痛评分值为(1.34±0.17)分,明显低于常规组($P<0.05$);治疗后,中医组临床总有效率为96.88%,明显高于西医组62.50%($P<0.05$)。结论 相比透明质酸钠膝关节注射治疗,行气通络方加减治疗膝骨关节炎疗效更加显著,可明显提高临床总有效率,可推广应用。

关键词:透明质酸钠;行气通络方;痹证;膝骨关节炎;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.030

文章编号:1672-2779(2019)-23-0074-02

Clinical Observation on Promoting Qi Circulation for Removing Meridian Obstruction Recipe in Treating Knee Osteoarthritis

W AN Y i, LI C haoqin

Operating Room, Nanchang Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China

Abstract: Objective To observe the therapeutic effect of promoting qi circulation for removing meridian obstruction recipe in treating knee osteoarthritis. **Methods** From March 2017 to March 2018 during the hospital receives and extraction of 64 cases in the treatment of knee osteoarthritis patients as the research object, the method of envelope was used, and they were randomly divided into western medicine group and traditional Chinese medicine group. The western medicine group of 32 cases was given the western medicine sodium hyaluronate knee joint injections. The traditional Chinese group of 32 cases was given promoting qi circulation for removing meridian obstruction recipe on the basis of the western medicine group. The difference of pain improvement and clinical total effective rate between the two groups after different treatments was analyzed. **Results** The VAS pain score of the TCM group was (1.34±0.17), which was significantly lower than that of the western medicine group ($P<0.05$). After treatment, the clinical effective rate of TCM group was 96.88%, which was significantly higher than that of the western medicine group ($P<0.05$). **Conclusion** Compared with sodium hyaluronate injection in the treatment of knee joint, the therapeutic effect of promoting qi circulation for removing meridian obstruction recipe in the treatment of knee osteoarthritis is more significant, which can significantly improve the total clinical effective rate and can be popularized.

Keywords: sodium hyaluronate; promoting qi circulation for removing meridian obstruction recipe; bi syndrome; knee osteoarthritis; therapy of TCM

膝骨关节炎(knee osteoarthritis)是以膝关节退行性病理改变为基础的疾病^[1],临床发病率较高^[2]。针对膝骨关节炎患者,临床常规采用西医药物透明质酸钠膝关节注射治疗,但大量的临床实践数据揭示,由于患者多合并各种基础性疾病,个体差异性较大,西医药物透明质酸钠膝关节注射治疗起效缓慢,长期使用易出现不良反应^[3-6],整体疗效不能令临床满意,预后不佳。中医对于膝骨关节炎的治疗具有独特的见解,因此我院根据中医“标本兼治”的理论,选用行气通络方加减治疗膝骨关节炎患者,并评价疼痛改善情况以及临床有效率,现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年3月—2018年3月我院接收并治疗的膝骨关节炎患者64例为研究对象。64例膝骨关节炎患者平均分为西医组和中医组2组,各32例。西医组男16例,女16例;年龄59~76岁,平均年龄62.24岁;病程2~6年,平均病程(3.89±0.03)年。中医组男17例,女15例;年龄59~78岁,平均年龄为61.34岁;病程1~7年,平均病程(3.71±0.36)年。利用生物统计

学SPSS 18.00软件分析64名患者的一般资料, $P>0.05$,差异具有统计学意义。可以进行对比研究。本研究获取医院伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 (1)符合《中药新药临床研究指导原则》^[4]中关于膝骨关节炎的中医诊断标准;(2)符合透明质酸钠膝关节注射治疗适应证者;(3)符合行气通络方加减治疗适应证者;(4)签署知情同意书者。

1.3 剔除标准 (1)并发恶性肿瘤疾病者;(2)有精神类疾病家族史及个人史者;(3)并发严重器质性疾病患者;(4)哺乳期妊娠期妇女;(5)存在明显沟通者。

1.4 治疗方法 给予西医组患者透明质酸钠膝关节注射治疗,协助患者取舒适体位,对患侧膝关节进行常规消毒后,行局部麻醉,麻醉效果满意后,抽出关节腔液,注射Bioniche Teoranta(Bioniche Teo.)生产的无菌透明质酸钠液(商品名:关节康注射液、关速新注射液)[注册号:国食药监械(进)字2005第3642367号],剂量为20mg,治疗频率为1次/周,连续治疗半年。

给予中医组患者行气通络方加减治疗。方剂基本组成:黄芪、败酱草各30g,土茯苓20g,当归、桑寄生

各15g, 防风12g, 三棱10g, 莪术、甘草各6g, 全蝎3g。将方剂正确配比后, 加水700mL, 采用冷水浸泡30min, 大火煮开后, 转为文火, 煎煮30min, 取汁0.2L, 再次加水0.2L, 二次煎煮30min, 取汁0.2L, 每天早晚2次空腹服用, 1剂/d, 连续治疗半年。

1.5 观察指标 分析2组患者不同治疗后疼痛症状改善情况。采用VAS疼痛评分进行评价。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 分析2组患者不同治疗后临床有效率的差异性。无效: 患者病情无改善或加重, 膝部酸痛、膝关节肿胀、膝关节弹响、膝关节僵硬、发冷等证候积分减分率改善30%以下; 有效: 患者病情有所改善, 膝部酸痛、膝关节肿胀、膝关节弹响、膝关节僵硬、发冷等证候积分减分率改善30%~69%; 显效: 患者病情明显改善, 膝部酸痛、膝关节肿胀、膝关节弹响、膝关节僵硬、发冷等证候积分减分率70%~89%; 临床控制: 患者病情完全好转, 膝部酸痛、膝关节肿胀、膝关节弹响、膝关节僵硬、发冷等证候积分减分率90%~100%。

1.7 统计学方法 统计本次研究的相关数据后, 采用生物统计学SPSS 18.00软件进行处理, 计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示, 进行t检验; 计数资料以率(%)表示。P<0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组膝骨关节炎患者不同治疗后疼痛症状改善情况 治疗前, 2组患者VAS疼痛评分比较无显著差异(P>0.05); 治疗后, 中医组VAS疼痛评分值为(1.34±0.17)分, 明显低于常规组(P<0.05)。见表1。

表1 2组膝骨关节炎患者不同治疗后疼痛症状改善情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
西医组	32	8.07 ± 0.41	4.68 ± 0.27
中医组	32	8.08 ± 0.39	1.34 ± 0.17
t值		0.099 9	59.217 2
P值		0.920 7	0.000 0

2.2 2组膝骨关节炎患者不同治疗后临床有效率的差异性 治疗后, 中医组临床控制17例, 显效8例, 有效6例, 临床有效率为96.88%, 明显高于西医组62.50%(P<0.05)。见表2。

表2 2组膝骨关节炎患者不同治疗后临床有效率的差异性 (例)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
西医组	32	12	5	3	12	62.50
中医组	32	17	8	6	1	96.88
χ^2 值						11.680 2
P值						0.000 6

3 讨论

膝骨关节炎是一种由外伤、体质量过重、走路姿势错误、过度劳累、长时间下蹲以及膝关节的受凉受寒等因素导致的疾病。患者多伴随膝部酸痛、膝关节肿胀、膝关节弹响、膝关节僵硬、发冷等临床表现症状, 病情较重。若不及时治疗, 严重的情况下将导致膝关节畸形、肌肉萎缩、滑膜充血、水肿以及滑膜软骨坏死等严重并发症, 导致膝关节生理活动功能障碍^[7-8], 影响患者的生活质量。如何采取有效的治疗手段, 控制膝骨关节炎症状, 防止软骨进一步磨损, 减轻病人痛苦, 恢复膝关节正常的生理功能, 具有重要的临床意义。

针对膝骨关节炎, 西医常采用透明质酸钠膝关节注射治疗。透明质酸钠可作为关节穿刺后的关节滑液替代, 治疗关节炎。但大量的临床实践数据表明, 局部注射药物透明质酸钠也只能维持一段时间, 病情易反复, 且长期使用西药, 易引发毒副作用, 疗效仍不能令临床满意。

中医辨证施治认为, 膝骨关节炎属于“痹证”范畴, 与湿邪内阻, 气滞血瘀等发病机制相关。因此, 针对该病, 应重视行气活血、通络祛湿, 以消除相关证候。近年来, 行气通络方加减在治疗膝骨关节炎方面得到一定的应用。方剂中, 败酱草、黄芪、当归可补气补血; 防风、全蝎疏风通络; 三棱、莪术行可活血化瘀; 桑寄生可滋阴补肾; 土茯苓可健脾祛湿, 诸药配伍熬制后按疗程服用, 可奏活血、补血、通络、祛湿之功效。

本研究显示, 采用行气通络方加减治疗的患者疼痛改善情况、临床有效率均明显优于采用透明质酸钠膝关节注射治疗, 效果更加显著, 可明显改善临床症状, 提高临床总有效率, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 李亚平, 刘新辉. 活血通络补肾方加减治疗膝骨关节炎45例[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(6):71-72.
- [2] 陈剑强, 张小芳. 补肾活血通络方加减辨治原发性膝骨性关节炎急性发作的临床研究[J]. 中国生化药物杂志, 2017, 37(10):66-68.
- [3] 王晓雨, 韩文朝. 补肾活血法在膝骨关节炎治疗中的应用[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(9):60-61.
- [4] 秦阳, 蔡建平, 葛文杰, 等. 通络治痹汤加味辨证治疗膝骨关节炎的疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(3):331-333.
- [5] 郑斌, 梅伟, 魏成建, 等. 中医治疗膝骨关节炎研究进展[J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 18(2):114-117.
- [6] 刘映岐, 肖依诚, 陶程露, 等. 中医对膝骨性关节炎的认识综述[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(61):260, 262.
- [7] 李冉, 白岚, 李树祝. 膝骨性关节炎中医治疗模式研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(1):104-107.
- [8] 邓鹏鹏, 钟晓君, 张伟强, 等. 膝骨性关节炎中医辨证的聚类分析及证候特征研究[J]. 云南中医学院学报, 2014, 37(3):47-50.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:汤金环 收稿日期:2019-03-15)

益气养阴解毒方治疗气阴两虚型 晚期非小细胞肺癌临床观察

王明媛

(东港市中医院肺病科,辽宁 丹东 118300)

摘要:目的 探讨自拟益气养阴解毒方对气阴两虚型晚期非小细胞肺癌临床疗效。方法 选取2017年12月—2019年1月在东港市中医院肺病科就诊的80例气阴两虚型晚期非小细胞肺癌患者,随机分为试验组和对照组,各40例。对照组采取常规化疗,试验组在此基础上使用自拟益气养阴解毒方治疗,比较2组患者的中医证候评分。结果 试验组咳嗽、发热、痰血、胸疼、乏力、口干、自汗盗汗中医证候评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对气阴两虚型晚期非小细胞肺癌患者采取自拟益气养阴解毒方进行治疗,可以有效降低中医证候评分,提高临床有效率,值得在临床推广。

关键词:益气养阴解毒方;气阴两虚型;晚期非小细胞肺癌;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.031

文章编号:1672-2779(2019)-23-0076-02

Clinical Observation on Invigorating Qi and Nourishing Yin for Removing Toxic Prescription in the Treatment of Advanced Non-small Cell Lung Cancer with Deficiency of both Qi and Yin

WANG Mingyuan

Department of Pulmonary Disease, Donggang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dandong 118300, China

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of self-made invigorating qi and nourishing yin for removing toxic prescription in the treatment of advanced non-small cell lung cancer with deficiency of both qi and yin. **Methods** 80 patients with advanced non-small cell carcinoma of deficiency of both qi and yin were selected. 40 patients in the control group were treated with routine treatment, and 40 patients in the experimental group were treated with self-made invigorating qi and nourishing yin for removing toxic prescription. The TCM symptom scores of the two groups were compared. **Results** The scores of cough, fever, phlegm and blood, chest pain, fatigue, dry mouth and spontaneous sweating in the experimental group were lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The self-made invigorating qi and nourishing yin for removing toxic prescription in the treatment of advanced non-small cell lung cancer with deficiency of both qi and yin is worthy of clinical promotion.

Keywords: self-made invigorating qi and nourishing yin for removing toxic prescription; deficiency of both qi and yin; advanced non-small cell carcinoma; therapy of TCM

非小细胞肺癌是肿瘤科常见疾病,临床上主要采取化疗进行治疗,如果发现及时者可以采取手术治疗。2011年NCCN指南中国版肯定了中医药治疗肿瘤的作用,明确中医治疗方案在肿瘤治疗中的重要意义^[1]。中医药治疗肿瘤可以明显的改善临床症状,降低毒副作用,有研究显示其还可以抑制肿瘤生长。笔者多年工作于临床,发现非小细胞肺癌病机多为“气阴两虚”“余毒未清”,因此在治疗上益气养阴解毒是重中之重。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年12月—2019年1月在我科就诊的80例经中医辨证为气阴两虚型晚期非小细胞肺癌患者,随机分为试验组和对照组,各40例。对照组男20例,女20例;年龄43~69岁,平均年龄49岁;肺癌Ⅲ期25例,Ⅳ期15例;肺腺癌23例,鳞癌10例,鳞腺癌7例。试验组男19例,女21例;年龄42~69岁,平均年龄50岁;肺癌Ⅲ期21例,Ⅳ期19例;肺腺癌22例,鳞癌10例,鳞腺癌8例。经统计学分析,2组患者年龄、性别、疾病分期、病理分型差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断标准属于气阴两虚、余毒未清,主要的临床表现为:局部疼痛,咳嗽、有痰或者无痰,痰中可以血丝,咯血,神疲乏力,五心烦热,咽干口苦,口唇紫组,舌质红少津或舌体瘀斑、瘀点,苔少或花剥,脉细数或涩。

1.3 纳入标准 (1)符合中医诊断标准和西医诊断标准;(2)年龄>18岁,性别不限;(3)KPS评分64分以上;(4)预计生存期大于3个月;(5)自愿参加,签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)具有心、肝、肾重要器官疾病患者;(2)妊娠和哺乳期妇女;(3)近期使用中药进行治疗;(4)化疗期间有严重不良反应,需要停止化疗;(5)不愿意参加的患者。

1.5 治疗方法 对照组采取紫杉醇联合顺铂进行治疗。试验组在对照组的基础上给予自拟益气养阴解毒方进行治疗。方剂组成为:黄芪30g,北沙参15g,麦冬15g,百合12g,石解12g,玉竹12g,金银花15g,野菊花15g,白花蛇舌草15g,浙贝母15g,土鳖虫9g。此外随症加减:患者干咳严重者加桔梗15g,杏仁15g,桑叶15g;咯血者加生地黄15g,茜草15g;心悸气促者加五味子15g;脾胃虚弱食少者加鸡内金15g,山药15g;虚烦失眠者加合欢皮15g,酸枣仁15g;潮热盗汗者加青蒿15g;胸痛痰血者加延胡索15g,桃仁15g,红花15g;头晕者加川芎15g,丹参15g。水煎服,日2次口服。

1.6 观察指标 参照《中药新药临床研究指导原则》对中医证候评分进行比较。肺气阴两虚主要临床常见症状为咳嗽、痰血、发热、胸疼、乏力、口干、自汗盗汗等;体征分为轻、中、重度,分别标记为0、1、2、3分,证

候数据相加综合为证候评分,分数越低,症状越轻。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 20.0 对数据进行分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组咳嗽、发热、痰血、胸疼、乏力、口干、自汗盗汗中医证候评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组气阴两虚型晚期非小细胞肺癌患者中医证候评分比较
($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	咳嗽	发热	痰血	胸疼
试验组	40	1.6±1.3*	1.9±1.5*	2.0±1.1*	2.0±1.2*
对照组	40	2.3±1.1	2.7±0.9	2.6±1.2	2.3±1.3

组别	例数	乏力	口干	自汗盗汗
试验组	40	2.0±1.3*	1.7±1.6*	1.6±1.3*
对照组	40	2.5±1.0	2.5±1.5	2.6±1.2

注:与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

近几年,随着环境的改变,肺癌患者逐渐增多,传统多采取化疗方案,但是不良反应众多,近几年随着中医药的发展,中医治疗肿瘤逐渐受到临床医生的重视。中医治疗肿瘤重视整体性,并且辨证论治,可以在疾病发展的各个阶段起到作用,提高患者的生活质量。笔者采取中医理论与现代技术相结合,发挥整体治疗的优势,让患者机体恢复平衡状态,提高化疗药物的敏感性,降低化疗药物的不良反应,减少并发症的发生,提高患者的生活质量^[2]。在中医学看来,肺癌患者体质虚弱,在长期的化疗过程中,消化道反应剧烈,如呕吐、腹泻等。在中医的理论中,放疗药物为“大热峻剂”,导致机体肺气受损,阴阳失调,晚期癌毒难清,气阴两虚、余毒未清是主要的证型。《杂病源流犀烛·积聚癥瘕痞痞源流》述:“邪积胸中,阻塞气道,气不宣通,为痰为食为血,皆得与正相搏,邪即胜,正不得而制之,遂结成形而有块”。认为肺为娇脏,是华盖,当机体感受外邪,气机不畅,津液失调,聚津为痰,日久变成为积块。而化疗给患者带来的“热毒”更容易耗伤机体阴液,日久就会出现阴液亏虚,多数患者晚期会出现肿瘤转移,加快精微物质的消耗,因此出现正气亏虚,气血阴阳不足。对于癌毒一说多数医家都有论证。李斌等^[3]认为,肺癌患者,全身属虚,尤其肺阴耗伤最大,实则为癌毒。张淑娟等^[4]认为肺癌为素体体虚,之后痰、毒互结,邪毒乘虚而入,肺气郁结,痰浊瘀血。李佩文等^[5]认为,由于环境污染,外界邪气毒邪袭肺,使气机失调,瘀血内结,毒气血互结形成积块。以上医家均认为气阴两虚、余毒未清为本病的发病根本。笔者根据多年临床经验采取自拟益气养阴解毒方对患者进行治疗。黄芪补气、止汗、利尿消肿,为君药,起到培补脾气的作

用,并且滋阴清热,麦冬养阴生津、润肺清心、并且还具有消炎抗菌,两药合用为臣药,补助肺气;百合养阴润燥、安心养神、补脾健胃,配合臣药滋阴润肺为佐助药;石斛疏清虚热、补益脾胃,同时还可以强壮筋骨提高机体正气;玉竹生津止渴、降心火同时还可以降血脂,控制患者基础疾病,金银花清热解毒、疏散风热,消除体内的毒气,野菊花清热去火、抗菌消炎、清肝明目,白花蛇舌草清热解毒、消痛散结,三药合用具有清热泻火,解毒作用;浙贝母清热化痰、清热消肿,缓解患者咳嗽症状;土鳖虫破血逐瘀、下乳通痛、续接筋骨。若患者干咳严重者加桔梗止咳祛痰,并且还可以治疗肺病;杏仁止咳润肺;桑叶疏散风热、清肺润燥、平肝明目、凉血止血,以上药物合用,祛痰、清热、化痰、止咳缓解患者的痛苦;咯血者加生地黄清热凉血、养阴生津,茜草凉血止血、活血通经、止咳祛痰,在止咳的同时还可以止血;心悸气促者五味子固表止汗、固肾涩精、生津止渴;脾胃虚弱食少者加鸡内金健胃消食、涩精止遗、通淋化石,山药健脾养胃、益肺止咳、降低血糖;虚烦失眠者加合欢皮解郁、和血、宁心、消痈肿,酸枣仁宁心安神、养肝、敛汗、降血压、降血脂;潮热盗汗者加青蒿清热解毒、除骨蒸、截疟;胸痛瘀血者加延胡索活血散瘀、理气止痛,桃仁活血祛瘀、润肠通便、止咳平喘,红花活血通经、散瘀止痛;头晕者加川芎活血祛瘀、行气开郁、祛风止痛,丹参活血通络,养血,消除瘀滞的血液,并且有助新血生成。以上药物合用具有清热化痰,散结解毒的功效,同时现代药理研究显示,以上药物也具有抗癌作用。该方做到全方位的攻补兼施,并且扶正与祛邪并用,辨证细腻,组方严谨,起到天人合一的效果,起到治疗作用。从本试验可以看出,试验组咳嗽、发热、痰血、胸疼、乏力、口干、自汗盗汗中医证候评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,自拟益气养阴解毒方对气阴两虚型晚期非小细胞肺癌效果显著,主要是经过大量的临床试验中医药治疗肺癌已经被认可,笔者这一试验再次证明中医治疗癌症的可行性,安全有效,不良反应少,但是本研究尚有不足之处,研究样本例数过少,观察指标比较单一,应该从多中心抽取样本进行试验,为临床治疗提供佐证。

参考文献

- [1] 胡小勤,曾学文,林国彪,等. 益气养阴方药不同配伍对肺癌肿瘤血管生成影响的研究[J]. 中医药信息, 2016, 33(2):47-48.
- [2] 成娅婷,田成旺,任涛,等. 中药治疗非小细胞肺癌的临床应用及作用机制研究进展[J]. 药物评价研究, 2016, 39(2):293-299.
- [3] 李斌,李艳肖,潘红然. 益气清热养阴中药复方对肺癌晚期恶病质小鼠的影响[J]. 中药材, 2016, 39(6):1389-1392.
- [4] 张淑娟,修雪梅,朱艳华,等. 健脾益肾补血中药同步放化疗对非小细胞肺癌患者疗效及肿瘤标志物水平的影响[J]. 肿瘤药学, 2018, 8(3):415-419.
- [5] 郭秀伟,张培彤,王耀培,等. 川芎对肺癌干细胞样 PG 细胞荷瘤裸鼠手术前后 HIF-1 α 表达的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(5):1070-1074.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:宋乐观 收稿日期:2019-03-15)

抗生素联合序贯清金化痰汤治疗重症肺炎临床研究

章东元 王桂妹

(赣州市第三人民医院老年科,江西 赣州 341000)

摘要:目的 研究分析在重症肺炎(SP)患者中采取序贯清金化痰汤联合抗生素治疗的效果。方法 将2018年1月—2018年8月在赣州市第三人民医院接受治疗的重症肺炎(SP)患者86例设为研究对象,经电脑随机法分为观察组(43例)和对照组(43例)。对照组中患者均采用抗生素治疗,观察组中患者采用序贯清金化痰汤以及抗生素联合治疗。对比2组患者的炎症因子、肺功能以及生活质量情况。结果 治疗后2组患者的IL-2、IL-6、CRP均显著低于治疗前($P < 0.05$),治疗后观察组患者的IL-2、IL-6、CRP均显著低于对照组($P < 0.05$),治疗后2组患者的FEV₁、FVC、PEF均显著高于治疗前($P < 0.05$),治疗后观察组患者的FEV₁、FVC、PEF均显著高于对照组($P < 0.05$)。治疗后2组患者的BI分数以及Rankin分数显著高于治疗前($P < 0.05$),治疗后观察组中患者的BI分数以及Rankin分数显著高于对照组($P < 0.05$)。结论 临床上在治疗重症肺炎患者时,相较于单一的抗生素治疗,采用抗生素联合序贯清金化痰汤治疗效果更佳,具有较高的临床推广价值。

关键词:重症肺炎;抗生素;清金化痰汤;序贯;肺功能;炎症因子;咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.032

文章编号:1672-2779(2019)-23-0078-02

Clinical Study on Antibiotics Combined with Sequential Qingjin Huatan Decoction in the Treatment of Severe Pneumonia

ZHANG Dongyuan, WANG Guimei

Department of Gerontology, Ganzhou Third People's Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China

Abstract: Objective To study and analyze the effect of sequential Qingjin Huatan decoction and combination of antibiotics in patients with severe pneumonia (SP). **Methods** 86 cases of SP patients treated in our hospital from January 2018 to August 2018 were selected as study subjects, and were randomly divided into observation group (43 cases) and control group (43 cases) by computer. Patients in the control group were treated with antibiotics, while patients in the observation group were treated with sequential qingjinhuan decoction and combined antibiotics. Inflammatory factors, lung function and quality of life were compared between the two groups. **Results** After treatment, IL-2, IL-6 and CRP of the two groups were significantly lower than before treatment ($P < 0.05$). After treatment, IL-2, IL-6 and CRP of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). After treatment, FEV₁ and FVC, PEF of the two groups were significantly higher than those before treatment ($P < 0.05$). After treatment, FEV₁ and FVC, PEF of the observation group were significantly higher than that of control group ($P < 0.05$). The BI and Rankin scores of the patients in the two groups after treatment were significantly higher than those before treatment ($P < 0.05$), and the BI and Rankin scores of the patients in the observation group after treatment were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** In the clinical treatment of severe pneumonia patients, compared with the single antibiotic treatment, the use of antibiotics combined with sequential Qingjin Huatan decoction has better therapeutic effect and higher promotion value.

Keywords: severe pneumonia; antibiotics; Qingjin Huatan decoction; sequential; lung function; inflammatory cytokines; cough

重症肺炎(severe pneumonia, SP)大多由医院获得性肺炎(HAP)或社区获得性肺炎(CAP)进一步发展所致。但该类患者大多具有多重抗药性,治疗效果不理想^[1],且容易使得患者的生活质量严重下降。根据文献研究显示,SP发病的主要机制之一是免疫失衡,而具有抗微生物、清肺化痰等作用的序贯清金化痰汤,可以对机体的免疫功能进行一定的调节。本次研究中使用序贯清金化痰汤结合抗生素来治疗SP,效果良好。现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 将2018年1月—2018年8月在本院接受治疗的重症肺炎(SP)患者86例设为研究对象,经电脑随机法分为观察组(43例)和对照组(43例)。对照组中患者男性28例,女性15例。年龄47~78岁,平均年龄为64.18岁。观察组中患者男性27例,女性16例;

年龄48~76岁,平均年龄为65.33岁。2组患者的一般资料差异不存在统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组:给予抗生素头孢哌酮/舒巴坦钠(辉瑞公司,国药准字H10960113)治疗,每日2次,每次2g,同时开展血流动力学维持、维护器官功能、机械通气等针对性治疗措施;观察组:在对照组的基础上结合序贯清金化痰汤治疗,方药组成为^[2]:甘草3g,桔梗6g,茯苓6g,麦冬6g,浙贝母9g,橘红9g,栀子12g,黄芩12g,桑白皮15g,瓜蒌15g,知母15g。加500mL水煎熬,每日1剂,分为2次服用。

1.3 观察指标 采用用力肺活量(FVC)、1s用力呼气容积(FEV₁)、呼气流量峰值(PEF)对患者治疗前后的肺功能进行评估^[3],采用C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-2(IL-2)对治疗前后患者的炎

表1 2组重症肺炎患者治疗前后的肺功能及炎症反应情况

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

组别	例数	时间	IL-2($\mu\text{g/L}$)	IL-6($\mu\text{g/L}$)	CRP(ng/L)	FEV ₁ (L)	FVC(L)	PEF(% \dot{V}_E)
对照组	43	治疗前	26.54 ± 3.76	292.43 ± 31.34	61.06 ± 14.51	1.53 ± 0.38	2.93 ± 1.13	2.22 ± 0.58
		治疗后	22.14 ± 4.36	138.53 ± 21.04	18.72 ± 12.33	2.83 ± 0.49	3.73 ± 1.14	3.34 ± 0.56
观察组	43	治疗前	26.94 ± 3.68	291.39 ± 31.83	62.13 ± 13.55	1.56 ± 0.45	2.92 ± 1.46	2.23 ± 0.51
		治疗后	19.02 ± 4.48	81.42 ± 13.48	12.48 ± 7.64	3.19 ± 0.54	4.98 ± 1.95	4.09 ± 0.98
<i>t</i>			3.273	14.987	2.821	3.237	3.629	4.357
<i>P</i>			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

性反应进行评估^[4],使用 Rankin 评分与治疗前 Barthel 指数(BI)评价2组患者生活质量情况^[5]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件对研究内的数据开展分析。采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料,实施 *t* 检验;采用率 (%) 表示计数资料,开展 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组重症肺炎患者治疗前后的肺功能及炎症反应情况 治疗后2组患者的 IL-2、IL-6、CRP 均显著低于治疗前 (*P* < 0.05),治疗后观察组患者的 IL-2、IL-6、CRP 均显著低于对照组 (*P* < 0.05);治疗后2组患者的 FEV₁、FVC、PEF 均显著高于治疗前 (*P* < 0.05),治疗后观察组患者的 FEV₁、FVC、PEF 均显著高于对照组 (*P* < 0.05)。见表1。

2.2 2组重症肺炎患者治疗前后的生活质量情况 治疗后2组患者的 BI 分数以及 Rankin 分数显著高于治疗前 (*P* < 0.05),治疗后观察组中患者的 BI 分数以及 Rankin 分数显著高于对照组 (*P* < 0.05)。见表2。

表2 2组重症肺炎患者治疗前后的生活质量情况 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	BI 分数	Rankin 分数
对照组	43	治疗前	42.43 ± 6.58	43.48 ± 6.03
		治疗后	63.13 ± 6.07	63.45 ± 6.63
观察组	43	治疗前	42.46 ± 6.34	42.53 ± 5.59
		治疗后	73.72 ± 5.65	74.42 ± 5.29
<i>t</i>			8.374	8.481
<i>P</i>			<0.05	<0.05

3 讨论

重症肺部感染严重威胁人类健康,继续探索提高重症肺炎疗效的治疗方法仍然是目前主要研究方向。在社会不断发展的背景下,老龄化人口不断加剧,各种老年性疾病发病率也随之不断上升,同时外加环境污染等问题,其肺部感染的发病率也长年居高不下。导致肺部感染的病原体主要是细菌、病毒、非典型病原体、真菌等,其中以细菌感染最常见,虽然近几年广谱抗菌且杀伤力强的抗生素药物接连出现,可 SP 患者的治疗效果并不理想,疾病不仅对患者日常生活造成影响,还给患者的家庭带去沉重的经济负担,另外死亡率并没有显著降低^[6]。根据文献,机体免疫失调后导致炎症介质的过度释放是患者死亡的主要原因,假使用抗生素进行治疗,会抑制机体的免疫功能,达不到清除病原体的理想效果。

而在利用抗生素治疗 SP 的同时,再综合中药免疫调节和清热化痰的作用^[7],能够得到较好的疗效。肺部感染在中医属于“咳嗽”“喘证”范畴。因肺主气,司呼吸,上连气道,开窍于鼻,外合皮毛,不耐寒热,称为“娇脏”,易受内外之邪侵袭,而致宣肃失司。常因外邪犯肺,肺气壅遏不畅,久郁化热或蒸液成痰,痰热郁肺,则咳嗽,痰稠色黄,咳吐不爽,治当清肺化痰。

在《医学统旨》中最早出现了清热化痰汤,药方中使用黄芩、栀子、知母、麦冬、桑白皮可清肺泻火、养阴凉润;瓜蒌、桔梗、浙贝母可开胸中痰痞,清热涤痰;茯苓可利湿健脾,祛湿则无痰^[8];橘红可降逆止咳,理气化痰;甘草用来调和各种药材。整个药方具有止咳平喘、润肺降燥、清火化痰的功效。本研究,观察组患者使用序贯清金化痰汤结合抗生素治疗,跟对照组相比较,FVC、PEF、FEV₁、CRP、IL-6、IL-2 检测数值都明显改善,而且观察组的生活质量相较于对照组也明显提高,这可能是序贯清金化痰汤对免疫调节起了作用^[9]。序贯清金化痰汤在抗生素抑制炎症因子的过程当中维持免疫功能,达到控制炎症发生的效果。

总而言之,序贯清金化痰汤结合抗生素治疗明显优于单独使用抗生素治疗 SP 的效果,且在临床上得到证实,值得推广。

参考文献

- [1] 高欣. 甲泼尼龙联合抗生素治疗重症肺炎的临床研究[J]. 中国医药指南, 2018, 16(12):158-159.
- [2] 魏锋. 甲泼尼龙联合抗生素治疗重症肺炎的临床研究[J]. 世界临床医学, 2017, 11(4):102.
- [3] 崔英海, 姚明, 李丁蕾, 等. 清金化痰汤对重症肺炎(痰热壅肺证)患者中医证候评分量表评分及炎症反应递质的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(11):2803-2806.
- [4] 岳新召. 序贯机械通气治疗重症肺炎呼吸衰竭的效果[J]. 中国民族医学, 2018, 30(7):44-46.
- [5] 陈四华. 有创机械通气联合盐酸氨溴索注射液治疗老年脑卒中后重症肺炎的效果观察[J]. 河南医学研究, 2017, 26(22):4096-4097.
- [6] 罗振会. 抗生素降阶梯疗法治疗重症肺炎患者的临床疗效及安全性[J]. 中国药物经济学, 2018, 13(6):55-57.
- [7] 周曙俊, 王瑰, 叶吉如. 盐酸氨溴索联合血必净治疗老年重症肺炎患者的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2017, 24(5):492-496.
- [8] 沙静, 杨晓宁, 刘哲. 乌司他丁联合抗生素对急性重症肺炎患者全身炎症反应及应激激素分泌的影响[J]. 海南医学院学报, 2018, 24(9):911-914.
- [9] 徐君, 李恒楠. 糖皮质激素联合抗生素对重症肺炎患者血清 CRP、PCT 和 CER 水平的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(37):128, 134.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:王春云 收稿日期:2019-04-09)

中国穴位埋线疗法系列(112)

长效针灸之埋线针刀技术规范(3)*

包金莲 杨才德*

(兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科,甘肃 兰州 73000)

摘要:埋线针刀疗法是长效针灸,是针灸疗法的发展和延伸,具有穴位埋线、针刀松解、穴位注射的作用,完全解决了埋线的过敏反应和线软的难题,避免或降低了神经、血管等特殊部位的操作风险,融合了速效和长效的思路与方法,不仅显著提高了临床疗效,而且还扩大了疾病谱。发布《埋线针刀技术规范》的目的是规范技术操作、保障临床安全和临床疗效。本规范规定了埋线针刀疗法的术语和定义、操作步骤与要求、适用范围、注意事项、适宜病证、禁忌和施术过程中可能出现的不良反应及处理措施。

关键词:长效针灸;埋线针刀;操作规范

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.033

文章编号:1672-2779(2019)-23-0080-03

Series about Acupoint Embedding Thread Therapy (112)

The Technical Operation Standards for the Embedding Acupotomy Technique of the Long-lasting Acupuncture and Moxibustion (3)

BAO Jinlian, YANG Caide

Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730000, China

Abstract: The embedding acupotomy technique therapy is the development and extension of long-term acupuncture and acupuncture therapy. It has the effect of acupoint embedding, acupotomy loosening, and acupuncture point injection, which completely solves the problem of allergic reactions and soft lines. Avoiding or reducing the operational risk of special parts such as nerves and blood vessels, combined with quick and long-term ideas and methods, not only significantly improved the clinical efficacy, but also expanded the disease spectrum. The purpose of issuing the "the technical operation standards of the embedding acupotomy technique" is to standardize technical operation, ensure clinical safety and clinical efficacy. This specification specifies the terms and definitions, operational steps and requirements, scope of application, precautions, indications, contraindications, and possible adverse reactions and treatment measures that may occur during operation.

Keywords: long-lasting acupuncture and moxibustion; embedding acupotomy; operation standards

(上接第22期)

《埋线针刀技术规范》本规范规定了埋线针刀技术操作适用范围、术语和定义、操作步骤与要求、注意事项、适宜病证、禁忌和施术过程中可能出现的不良反应及处理措施。本规范的附录A为资料性附录,附录B、附录C、附录D、附录E为规范性附录。

附录A(资料性附录):埋线针刀技术常用治疗点^[1-3]

9 冈五针+峰一针+喙一针

冈上肌点:位于冈上窝内阳性点处,相当于乘风穴处,故也称乘风点。

冈下肌点:位于冈下窝内阳性点处,相当于天宗穴处,故也称天宗点。

大圆肌点:位于肩胛骨外侧缘大圆肌阳性点处。

小圆肌点:位于肩胛骨外侧缘小圆肌阳性点处。

巨骨点:位于肩胛冈与锁骨肩峰端之间凹陷处,相当于巨骨穴处。

喙突点:位于喙突之阳性点处。

肩峰点:位于肩峰最外侧端与肱骨大结节之间的缝隙,其深层为肩峰下滑囊。

主治:肩周炎、冈上肌损伤、冈下肌损伤、大圆肌损伤、小圆肌损伤、肩胛上神经卡压综合征、肩峰下滑囊炎等。

10 菱五针

大椎点:第7颈椎棘突和第一胸椎棘突的中点凹陷中。

小菱点:第6、7颈椎棘突两侧阳性点,左右各一共2点。

大菱点:第1~4胸椎棘突两侧阳性点,左右各一共2点。

主治:菱形肌损伤、背肌筋膜炎等。

11 突五针

腰中点:正中线上,在病变腰椎间盘棘突之间一点,或者阳性点。

关节突关节点:病变腰椎间盘上下棘突旁开2.5~

* 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

3 cm点(或阳性点),共4点。

主治:腰椎间盘突出症等。

12 损五针

腰中点:同上。

横突点:腰椎横突尖端压痛最明显处,共四点。多见于第3以及第5腰椎横突。

主治:腰肌劳损、腰三横突综合征、髂腰韧带损伤等。

13 臀五针

髂前点:髂前上棘后缘约2 cm附近的阳性点。

臀上点:髂前上棘与髂后上棘之间的髂嵴上缘下方约3 cm附近的阳性点。

臀中点:髂前、髂后上棘连线的中点附近的阳性点。

环跳点:在股外侧部,侧卧屈股,股骨大转子最凸点与髂管裂孔连线的中1/3与中1/3交点附近处的阳性点。

转子上点:股骨大转子尖的上方凹陷中的阳性点(约转子尖上2~3 cm处)。

主治:臀上皮神经卡压综合征、臀中肌损伤、梨状肌综合征、膝关节炎、坐骨神经痛等。

14 膝五针

血海点:屈膝,在大腿内侧,髌底内侧端上(3.5±0.5) cm,当股四头肌内侧头的隆起处。

梁丘点:屈膝,在大腿前面,当髌前上棘与髌底外侧端的连线上,髌底上(3.5±0.5) cm。

内膝眼点:屈膝,在髌骨与髌韧带内侧凹陷处。

外膝眼点:屈膝,在髌骨与髌韧带外侧凹陷处。

阳陵泉点:在小腿外侧,当腓骨头前下方凹陷处。即皮下为腓骨长肌、趾长伸肌。

主治:膝关节炎、膝痛症等。

15 肘五针

外上髁点:肱骨外上髁处的阳性点;主治:肱骨外上髁炎。

内上髁点:肱骨内上髁处的阳性点;主治:肱骨内上髁炎。

旋前圆肌点:旋前圆肌走行处的阳性点;主治:旋前圆肌综合征。

鹰嘴点:尺骨鹰嘴处的阳性点;主治:尺骨鹰嘴滑囊炎。

肘管点:肱骨内上髁后方及尺骨鹰嘴间(尺神经沟)的内侧缘。主治:肘尺管综合征。

16 腓五针

腓内点:腓肠肌内侧头起点处的阳性点。

腓外点:腓肠肌外侧头、跖肌起点处的阳性点。

腓肌点:腓肌起止点之间的阳性点。

腓骨头点:比目鱼肌起点或者股二头肌止点或者膝外侧副韧带处的阳性点。

鹅足点:缝匠肌、股薄肌、半膜肌、半腱肌止点、膝内侧副韧带处的阳性点。

主治:膝骨关节炎、膝痛症等。

17 足五针

内踝后上点、内踝后下点:内踝后缘的上下2点(相距约1 cm)。跖管内神经等各内容物为后上、前下斜线方向走形,与小腿纵轴线前下方约呈30°角,即在胫后动脉搏动的前上部。

主治:跖管综合征。

跗骨窦口点:外踝前下方凹陷中,相当于丘墟穴,穿刺针可到达其内踝下缘处的照海穴。

主治:跗骨窦高压综合征等。

足底内侧点、足底外侧点:作足内踝及外踝的垂线,并在足底连线,把足底的线段平均分成3等分,内侧的等分点为足底内侧点,外侧的等分点为足底外侧点。

主治:跟骨骨刺等。

18 掌五针

腕近点:掌长肌腱尺侧缘掌指端延长线上,距离远端腕横纹0.5 cm处。

腕远点:掌长肌腱尺侧缘掌指端延长线上,距离远端腕横纹1.5 cm处。

列缺点:桡骨茎突最高点或者阳性点。

拇指点:拇掌指横纹近侧缘凹陷处(骨沟)阳性点。

四指点:掌指关节掌侧阳性点。

主治:腕管综合征、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎、腱鞘炎等。

19 股五针

转子上点:股骨大转子尖的上方凹陷中的阳性点(约转子尖上2~3 cm处)。

转子上点:腹股沟韧带中点(股动脉搏动处)垂直向下2~3 cm,再平行向外2~3 cm处。

转子上点:髂后下棘与股骨大转子最外侧点连线的中外1/3点处。

小转子点:股骨小转子处。

耻长薄短大点:耻骨支下方和坐骨支前方之内收肌附着处的阳性点。

主治:股骨头坏死等。

20 强五针

星状神经节点:第6颈椎横突前结节略下方处。

迷走神经点:乳突尖下方、寰椎横突前缘处。

脊中点：脊椎棘突之间点。

关节突点：脊椎关节突关节点。后正中线旁开 2.5~3 cm 点（或阳性点）。

横突点：脊椎横突尖点以及脊椎横突之间阳性点。

主治：强直性脊柱炎等。

21 湿五针

星状神经节点：第 6 颈椎横突前结节略下方处。

迷走神经点：乳突尖下方、寰椎横突前缘处。

膈俞点：第 7 胸椎棘突下旁开 1.5 寸。

脾俞点：第 11 胸椎棘突下旁开 1.5 寸。

肾俞点：第 2 腰椎棘突下旁开 1.5 寸。

主治：类风湿性关节炎等。

22 疱五针

星状神经节点：第 6 颈椎横突前结节略下方处。

夹脊穴点：脊柱各椎棘突下两侧，后正中线旁开 0.5 寸。

脾俞点：第 11 胸椎棘突下旁开 1.5 寸。

肾俞点：第 2 腰椎棘突下旁开 1.5 寸。

天应穴点：疱疹局部。

主治：带状疱疹等。

23 齿五针

蝶腭神经节点：颧弓下缘、下颌骨乙状切迹内、髁突与冠突之间略下方 1~2 cm 处。

颊车点：下颌角前上方，耳下大约一横指处，咀嚼时肌肉隆起时出现的凹陷处。

合谷点：在手背第一、二掌骨间，当第二掌骨桡侧的中点处。

太冲点：位于足背侧，第一、二跖骨结合部之前凹陷处。

牙痛点：耳垂正前方正中中间处，在耳前下颌骨外缘凹陷处。

主治：各类牙痛等。

24 胃五针

星状神经节点：第 6 颈椎横突前结节略下方处。

迷走神经点：乳突尖下方、寰椎横突前缘处。

足三里点：在小腿前外侧，当犊鼻下 3 寸，距胫骨前缘一横指（中指）。

内关点：当曲泽与大陵的连线上，腕横纹上 2 寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

胃俞点：第 12 胸椎棘突下旁开 1.5 寸。

主治：胃痛等。

25 腹五针

星状神经节点：第 6 颈椎横突前结节略下方处。

迷走神经点：乳突尖下方、寰椎横突前缘处。

公孙点：足内侧缘，当第一跖骨基底部的前下方。

脾俞点：第十一胸椎棘突下旁开 1.5 寸。

足三里点：在小腿前外侧，当犊鼻穴下 3 寸，距胫骨前缘一横指（中指）。

主治：腹痛等。

26 经五针

星状神经节点：第 6 颈椎横突前结节略下方处。

迷走神经点：乳突尖下方、寰椎横突前缘处。

次髎点：在髂后上棘与后正中线之间，适对第 2 骶后孔。

十七椎下点：在腰部，当后正中线上，第 5 腰椎棘突下，俯卧取之。

三阴交点：在小腿内侧，当足内踝尖上 3 寸，胫骨内侧缘后方。

主治：月经不调，痛经等。

27 痛风五针

星状神经节点：第 6 颈椎横突前结节略下方处。

迷走神经点：乳突尖下方、寰椎横突前缘处。

脾俞点：第 11 胸椎棘突下旁开 1.5 寸。

肾俞点：第 2 腰椎棘突下旁开 1.5 寸。

丰隆点：位于小腿前外侧，外踝尖上 8 寸，胫骨前缘外二横指（中指）处。内与条口相平，当外膝眼（犊鼻）与外踝尖连线的中点。

主治：痛风等。

参考文献

- [1] 杨才德. 埋线针刀技术操作规范（甘肃省针灸学会标准）[M]. 北京：中国中医药出版社，2018：6.
- [2] 鲁作品，杨才德. 技术操作规范是埋线针刀疗法的有效保障[J]. 中国中医药现代远程教育，2019，17(4)：97-99.
- [3] 陶磊，杨才德. 杨五针是穴位埋线疗法的新处方[J]. 中国中医药现代远程教育，2019，17(6)：78-80.

（本文编辑：尹秀平 本文校对：何天有 收稿日期：2019-11-01）

（未完待续）

天名精药材鉴别要点

全草，高 30~100 cm，茎直立，上部多分枝，茎下部叶互生，稍有叶柄，叶椭圆形，长 10~15 cm，宽 5~8 cm，全缘或有不规则锯齿，茎上部叶近无柄，长椭圆形，向上逐渐变小，头状花序腋生，近无柄，花下垂，气特异，味淡，微辛。

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

针灸和推拿按摩方法治疗非骨折性踝关节损伤临床观察

汤金环 李璇 万亿

(南昌市洪都中医院三病区,江西 南昌 330008)

摘要:目的 探究针灸和推拿按摩法对治疗非骨折性踝关节损伤的效果。方法 选取南昌市洪都中医院2017年11月—2018年11月非骨折性踝关节损伤患者90例作为研究对象,根据随机分组的原则分为对照组和观察组,各45人。对照组患者应用针灸治疗;观察组患者在针灸治疗的基础上应用推拿按摩治疗,观察2组患者的治疗有效率。结果 治疗后,对照组患者治愈率为33.33%(15/45),有效率为40.00%(18/45),无效率为24.44%(11/45),总有效率为73.33%(33/45);观察组患者治愈率为53.33%(24/45),有效率为42.22%(19/45),无效率为4.44%(2/45),总有效率为95.56%(43/45)。对照组治疗有效率显著低于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对于治疗非骨折性踝关节损伤,应用推拿按摩和针灸联合治疗比单独使用针灸治疗的治疗效果更佳,值得推广。

关键词: 针灸疗法;推拿按摩;非骨折性踝关节;关节损伤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.034

文章编号:1672-2779(2019)-23-0083-02

Clinical Observation on Acupuncture and Moxibustion and Massage on Non-fracture Ankle Joint Injury

TANG Jinhuan, LIXuan, WAN Yi

Ward Three, Nanchang Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China

Abstract: Objective To explore the effect of acupuncture and massage on non-fractured ankle joint injuries. **Methods** 90 cases of patients with non-fracture ankle joint injury in our hospital from November 2017 to November 2018 were selected as the research objects, and were divided into control group and observation group according to the principle of random grouping, with 45 cases in each group. Patients in the control group were treated with acupuncture and moxibustion. The observation group received massage on the basis of acupuncture and moxibustion. The effective rate was observed. **Results** After treatment, the cure rate of the control group was 33.33%(15/45), the effective rate was 40.00%(18/45), the ineffective rate was 24.44%(11/45), and the total effective rate was 73.33%(33/45). In the observation group, the cure rate was 53.33%(24/45), the effective rate was 42.22%(19/45), the ineffective rate was 4.44%(2/45), and the total effective rate was 95.56%(43/45). The effective rate of the control group was significantly lower than that of the observation group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** For the treatment of non-fracture ankle joint injury, the combined treatment of massage and acupuncture is more effective than the single treatment of acupuncture and moxibustion.

Keywords: acupuncture and moxibustion; massage; non-fractured ankle; joint damage

非骨折性踝关节损伤是临床外科学中较常见的损伤之一,患者由于长时间关节肿胀疼痛,容易引发各类关节炎,严重影响患者的生活质量。根据有关研究表明,针灸和推拿按摩对治疗非骨折性踝关节损伤都有良好的治疗效果,针灸有一定的疗效,能活血化瘀,但治疗起效较慢;推拿按摩能进一步加深针灸的治疗效果,疏通脉络,有效减少患者治疗时间,消除疼痛。为了探究两者的治疗效果,我院抽取90例非骨折性踝关节损伤患者作为研究对象,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2017年11月—2018年11月非骨折性踝关节损伤患者90例作为研究对象,根据随机分组的原则分为对照组和观察组,各45人。其中对照组患者年龄为23~57岁,平均年龄为36.1岁;其中男性有22例,女性有23例;病程为2~26个月,平均病程为(1.7±0.3)年;患病部位为左侧踝关节损伤26例,右侧踝关节损伤19例。观察组年龄为22~61岁,平均年龄为38.7岁;其中男性有25例,女性有20例;病程为2~

29个月,平均病程为(1.8±1.7)年;患病部位为左侧踝关节损伤21例,右侧踝关节损伤24例。2组患者资料进行对比分析,其年龄、性别差异无统计学意义 $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 患者有长时间踝关节疼痛、肿胀症状,通过西药治疗效果不明显;(2) 经检查排除骨折、脱位患者;(3) 患者全部符合我国《中医病证诊断疗效标准》中的急性非骨折性踝关节损伤的诊断标准。

1.3 排除标准 (1) 不符合纳入标准;(2) 伴有风湿性关节炎、骨肿瘤以及其他特殊关节炎的患者。

1.4 治疗方法 对2组患者使用针灸的治疗方法,具体方法如下:(1) 根据患者病情做出诊断,结合踝关节损伤的部位和压痛点选择穴位进行治疗;(2) 区分内外侧的踝关节损伤,采取不同方法。外侧损伤患者应该采取择悬钟穴、丘墟穴、解溪穴等穴位进行针灸治疗;内侧损伤患者应该采取太溪穴、商丘穴等穴位进行针灸治疗。

观察组在采用针灸治疗的基础上加入推拿按摩,具体步骤如下:(1) 在针灸的基础上,先给予物理镇痛,

再根据患者的损伤部位进行诊断,采取针对性推拿按摩方案;(2)区分内外侧的踝关节损伤,采取不同方法。外侧损伤患者应该采取择阳池穴、腕骨穴、昆仑穴和丘墟穴等推拿按摩治疗;内侧损伤患者应该采取择解溪穴、阳溪穴、太渊穴、太溪穴、商丘穴等进行推拿按摩治疗;(3)肘拨。用肘关节于患者患侧臀大肌隆处拨30~40次;(4)理筋。用双手拇指于患者健侧寻找肌筋的断裂处及其断端,并使其理直,放置于肌筋缝隙中,使其游离端归位^[1-2]。

1.5 疗效评定标准 对2组患者的治疗效果进行评估,统计和比较其治疗有效率,具体标准如下:(1)治愈:治疗后患者的临床症状均消失,无疼痛、肿胀,活动正常,踝关节功能恢复正常,视作治愈;(2)有效:治疗后患者的临床症状有较大改善,疼痛、肿胀程度减轻,活动比以往有所好转,踝关节功能大部分恢复正常,视作有效;(3)无效:治疗后患者的临床症状无明显改善甚至出现恶化迹象,踝关节仍然疼痛肿胀,活动受限,踝关节功能无改善的迹象,视作无效。治疗总有效率=(有效+治愈)例数/总例数×100%^[3]。

1.6 统计学方法 采用SPSS 19.0作为数据统计软件。计数资料用率(%)来表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,比较采用独立t检验。 $P<0.05$ 则数据具有统计学意义。

2 结果

治疗后,对照组患者治愈率为33.33%(15/45),有效率为40.00%(18/45),无效率为24.44%(11/45),总有效率为73.33%(33/45);观察组患者治愈率为53.33%(24/45),有效率为42.22%(19/45),无效率为4.44%(2/45),总有效率为95.56%(43/45)。对照组治疗有效率显著低于观察组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

表1 2组非骨折性踝关节损伤患者的治疗有效率对比 [例(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效
观察组	45	24(53.33)	19(42.22)	2(4.44)	43(95.56)
对照组	45	15(33.33)	18(40.00)	11(24.44)	33(73.33)
χ^2 值					7.451 6
P值					<0.05

3 讨论

非骨折性踝关节损伤是常见的外科疾病。踝关节,又称为小腿关节,是人体离地面最近的关节,只有一个自由度。其负重最多,在外力的压迫下容易偏向一侧而超过正常的活动度,造成周围软组织如韧带、肌腱、关节囊等发生撕裂伤。临床症状表现为疼痛、自由度下降、局部发生肿胀、部分韧带纤维撕裂(严重者韧带完全断裂),常常发生于跌倒、踏空、激烈运动造成的撞击等等

的情况中。中医学理论指出,非骨折性踝关节损伤是关于踝关节韧带、关节囊、骨筋膜等筋伤范围,这类损伤如不加以治疗会导致气血瘀积、经脉不通,不通则痛;踝关节肿胀形成的原因是由于气血瘀滞,瘀阻经脉,从而导致水湿停滞造成肿胀。因此在非骨折性踝关节损伤的治疗中要注意活血化瘀、疏通脉络、祛除瘀血。在治疗过程中还应该注意区分内侧和外侧的韧带损伤,要有着重点,选择合适的穴位进行针对性的治疗。

单纯采用针灸对关节损伤有一定的治疗效果,它有明显的消炎效果。起针于患侧能提高痛阈,神经兴奋性得以降低。针灸能通过刺激局部神经而达到治疗的效果,但其起效较慢。针灸主要特点是能疏通经脉,调节气血,调节阴阳平衡。推拿按摩是一种物理疗法,其也有相似作用,它通过刺激特定的部位,能有效改善器官脏器的运作,不仅能调节气血,还能提高免疫力。推拿还能增加下丘脑内啡肽的分泌,降低炎症介质量;其次,推拿还有镇痛的作用,疼痛冲动能经过推拿而受到抑制;T细胞的活动也受到推拿的影响,它能降低T细胞活动度,从而关闭脊髓疼痛传递阀门,缓解疼痛^[4-6]。针灸配合推拿按摩能有效刺激人体穴位,改善机体神经系统的运作,缓解神经肌肉痉挛,有效解除踝关节负重的压力,缓解神经根压迫,调节身体的应激程度,从而提高关节活动度,达到消肿、活瘀的效果。

根据有关研究表明,在针灸治疗的基础上加入推拿按摩,可以有效促进踝关节损伤患者的恢复,提高治疗有效率。根据本研究表明,观察组(95.56%)治疗有效率显著高于对照组(73.33%),联合用药治疗效果更好,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,对于治疗非骨折性踝关节损伤,应用推拿按摩和针灸联合治疗比单独使用针灸治疗的治疗效果更佳,值得临床推广。

参考文献

- [1] 刘静,刘超.李永峰围刺放血配合推拿治疗急性踝关节扭伤疗效观察[J].湖北中医杂志,2015,37(9):62-63.
- [2] 武扬.针灸推拿中药熏洗治疗肘关节骨折术后功能受限30例的临床疗效[J].中国社区医师,2016,32(7):114-115.
- [3] 漆晓琼.外洗联合针灸推拿治疗肘关节骨折后关节功能障碍的临床效果[J].内蒙古中医药,2017,36(11):62.
- [4] 杨丽娇,刘丽情,郑进福,等.腧穴穴位按摩在骨折患者非梗阻性急性尿潴留护理中的效果分析[J].湖南中医杂志,2016,32(7):136-137.
- [5] 杨通宝.中药外敷联合温针灸在急性运动性踝关节损伤中的应用效果探讨[J].现代医药卫生,2017,33(20):3177-3178.
- [6] 张勇,阴小龙.中药熏洗与艾灸加运动疗法治疗肘关节骨折术后功能障碍[J].山西中医学院学报,2015,18(5):54-55,58.
- [7] 谢冬明,黎颖贤,贺振泉.浅析踝关节扭伤的诊断及针灸推拿对其的治疗[J].中医临床研究,2016,8(11):42-43.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:李超琴 收稿日期:2019-03-19)

针灸、中药包热敷法治疗神经根型颈椎病临床研究

林家亮

(福建省福州市长乐区中医院康复科,福建 福州 350200)

摘要:目的 探讨针灸、中药包热敷治疗神经根型颈椎病的效果。方法 选择福建省福州市长乐区中医院神经根型颈椎病患者72例,随机分为观察组36例,对照组36例。2组均在消炎、营养神经、改善循环等基础治疗上进行干预,观察组加用针灸、中药包热敷法治疗,对照组加用单纯针灸治疗。治疗3个疗程后对比2组疗效。结果 观察组总有效率(91.67%)显著高于对照组(80.56%)($P<0.05$);观察组在疼痛评分比较上显著低于对照组($P<0.05$)。结论 针灸、中药包热敷能更有效地治疗神经根型颈椎病。

关键词:颈椎病;神经根型;夹脊穴;针灸疗法;中药包热敷;康复训练;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.035

文章编号:1672-2779(2019)-23-0085-03

Clinical Study on Acupuncture and Moxibustion and Chinese Medicine Package Hot Compress in the Treatment of Cervical Spondylosis of Nerve Root Type

LIN Jialiang

Department of Rehabilitation, Changle District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350200, China

Abstract: Objective To explore the effect of acupuncture and moxibustion and hot compress with traditional Chinese medicine on cervical spondylotic radiculopathy. **Methods** 72 patients with cervical spondylotic radiculopathy were randomly divided into observation group (36 cases) and control group (36 cases). The two groups were intervened in the basic treatment of anti-inflammation, nutritional nerve and improving circulation. The observation group was treated with acupuncture and hot compress with traditional Chinese medicine package, while the control group was treated with simple acupuncture and moxibustion. After three courses of treatment, the curative effects of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the observation group (91.67%) was significantly higher than that of the control group (80.56%) ($P<0.05$). The pain score of the observation group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Acupuncture and moxibustion and hot compress with traditional Chinese medicine package can more effectively treat patients with cervical spondylotic radiculopathy.

Keywords: cervical spondylosis; nerve root type; Jiaji acupoint; acupuncture and moxibustion; Chinese medicine package hot compress; rehabilitation training; bi syndrome

随着社会发展进步,多数人们工作方式也明显改变,长期的伏案工作导致颈椎病发病率逐年升高,特别是年轻人已经成为目前社会工作的主力军,其发病率也明显提高^[1-2]。颈椎病除了肌肉及骨骼肌退化外,颈椎间盘退化突出也是重要的病因,其结果常常因为突出髓核压迫颈椎邻近神经导致,其症状除了颈部疼痛外,上肢放射性疼痛、麻木是其主要病理表现。严重的症状常导致患者无法正常生活及工作,严重影响患者的生活质量。神经根型颈椎病是颈椎病最常见的证型之一,发病率较高,文献显示,发病率在颈椎病患者中超过50%^[3-4]。针对神经根型颈椎病治疗,西医消炎、营养神经及改善循环治疗能取到一定治疗效果^[5],但配合中医药治疗,疗效更佳,中医药治疗不良反应小,具有中医特色优势,能进一步改善症状及巩固疗效。本研究在消炎、营养神经、改善循环等基础治疗上,加用针灸、中药包热敷法治疗,研究结果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院2019年1月—2019年3月神经根型颈椎病患者72例,随机分为观察组和对照组各36例,

观察组男20例,女16例;平均年龄40.82岁;平均病程(20.43±7.76)月。对照组男22例,女14例;平均年龄41.05岁,平均病程(21.15±8.21)月。以上2组相关资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《中医病证诊断疗效标准》中神经根型颈椎病的诊断标准^[6]:(1)具有慢性劳损、颈椎退变、颈椎先天畸形病史;(2)长期伏案姿势或长时间电脑办公者;(3)颈肩部酸痛、僵硬明显,伴有一侧或双侧上肢放射性疼痛、麻木、酸胀感,颈椎左右旋转、左右侧屈、后仰均疼痛明显加剧;(4)颈椎各方向活动受限,颈椎病变椎体棘突旁压痛并向上肢放射性疼痛,颈部可触及结节或条索状病灶;(5)患者颈部及上肢肌肉可见萎缩,肌力可下降,腱反射减退;(6)颈椎拍片显示颈椎及关节骨质增生,椎间隙变窄。颈椎CT或MRI检查证实颈椎间盘突出并压迫神经根者。

1.3 纳入标准 (1)符合神经根型颈椎病诊断标准;(2)年龄小于70岁;(3)治疗前1周末使用激素等治疗;(4)愿意接受本试验任何一组方式治疗者。

1.4 排除标准 (1)未按疗程治疗或中途退出试验而导

致无法统计数据者；(2) 颈椎恶性肿瘤或颈椎结核者；(3) 颈椎或椎间关节骨折者；(4) 严重血液疾病、肝肾功能障碍者；(5) 颈椎椎管严重狭窄者；(6) 严重消化系统疾病如胃溃疡、胃出血者。

1.5 治疗方法 基础治疗包括卧床休息，消炎、营养神经及改善循环药物等治疗。在此基础上，观察组配合针灸、中药包热敷治疗，对照组用单纯针刺夹脊穴针灸治疗。

1.5.1 观察组 (1) 针灸治疗：取穴 颈部夹脊穴（根据病变选择患侧或双侧），操作：严格消毒患者夹脊穴及医生刺手，采用单手进针法，1.5 寸毫针向颈部内侧针刺，补泻手法采用捻转泻法，30 min 后取针，除出血外，一般不压针孔。在留针的同时，予艾条进行夹脊穴温和灸，以皮肤能耐受为度；(2) 中药包热敷：以红花、乳香、没药、山茱萸、透骨草、路路通、伸筋草、桂枝、威灵仙等中药各 15 g 混均匀布包加热后，放于患者颈部，时间每次 30 min。

1.5.2 对照组 针灸治疗：取穴 颈部夹脊穴（根据病变选择患侧或双侧），针刺及灸法操作同观察组。

2 组治疗均隔日 1 次，每个疗程 5 d，共观察 3 个疗程。

1.6 观察指标 (1) 根据《中药新药临床研究指导原则》拟定临床疗效评定标准^[7]，观察临床疗效；(2) 参照 VAS 评分^[8]评估疼痛分数。

1.7 疗效评定标准 临床痊愈：颈椎疼痛、上肢麻木等症状评分下降超过 95%，颈部活动度无异常；显效：颈椎疼痛、上肢麻木等症状评分下降大于 70%，且小于 95%，颈部活动度基本正常；有效：颈椎疼痛、上肢麻木等症状评分下降大于 30%，且小于 70%，颈部活动度稍受限；无效：颈椎疼痛、上肢麻木等症状评分下降 < 30%，颈部仍明显受限。总有效率 = (临床痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 15.0 统计学软件处理数据。计量资料均用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，用 *t* 检验；计数资料以率 (%) 表示，用秩和检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组神经根型颈椎病患者临床疗效 观察组总有效率 (91.67%) 优于对照组 (80.56%)，差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 1。

表 1 2 组神经根型颈椎病患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	36	10	16	7	3	91.67 ^①
对照组	36	5	14	10	7	80.56

注：与对照组比较，^①P < 0.05

2.2 2 组神经根型颈椎病患者疼痛评分比较 治疗前，2 组比较，P > 0.05，具有可比性。治疗后，2 组比较，观察组优于对照组，P < 0.05。见表 2。

表 2 2 组神经根型颈椎病患者疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	36	8.13 ± 1.35	3.16 ± 1.71 ^①
对照组	36	8.11 ± 1.12	4.61 ± 1.13

注：与对照组比较，^①P < 0.05

3 讨论

中医学认为，颈椎病病因复杂，其发病原因常为感受风寒湿邪外侵入内，伤于颈椎，致使颈部经络运行受阻，气血运行不畅，颈部营养不足，而致颈椎椎体及椎间盘退行性改变，引起一系列病症^[9]。西医学认为，颈椎病发病原因以伏案工作引起的慢性劳损或颈部外伤为主，其病理变化为颈椎或椎间关节退变、骨刺形成、椎间隙变窄、椎间盘突出、椎间孔狭窄，甚至出现关节不稳等，临床表现颈部酸痛伴僵硬，活动受限，肢体麻木、胀痛，或伴头痛头晕、胸闷、心慌、耳鸣、耳聋等^[10-11]，其中神经根型颈椎病较为常见，严重影响患者平时工作和生活。

3.1 针灸、中药包热敷治疗本病的理论基础 既往研究表明，针刺治疗神经根型颈椎病疗效肯定，本研究通过选取具有近治作用的颈部夹脊穴，能更直接、更有效地通调经脉循行的作用，达到治疗效果^[12]；配合灸法，目的在于增加治疗作用，提高活血化瘀、通络止痛之功^[13-14]。针灸基础上，配合中药包热敷治疗，不仅突出中医药疗法的独到之处，还能更好地起到改善患者颈部因疼痛引起肌肉痉挛，放松颈部周边肌群，对疾病的改善和恢复具有更好的帮助。

3.2 针灸、中药包热敷治疗本病的疗效比较 神经根型颈椎病临床症状以疼痛为主，采用临床疗效、疼痛评分评估结果，可以较客观证实临床效果。结果发现，完成疗程治疗后，观察组总有效率 (91.67%) 优于对照组 (80.56%)。而疼痛评分相比，治疗前，2 组比较，P > 0.05，具有可比性，治疗后，观察组优于对照组，P < 0.05，差异有统计学意义。提示该疗法治疗本病更有效。

综上所述，针灸、中药包热敷治疗神经根型颈椎病效果较好，值得临床上推广。

参考文献

- [1] 柯尊华,王静怡. 颈椎病流行病学及发病机理研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2014, 3(1):62-64.
- [2] 刘献祥. 基于陈可冀学术思想之骨性关节炎研究[J]. 康复学报, 2016, 26(1):2-5.
- [3] 吴子龙,杨利学. 神经根型颈椎病引起根性痛的研究进展[J]. 中西医结合研究, 2013, 11(5):269-271.
- [4] 唐汉武,林定坤. 林定坤教授治疗颈椎病经验介绍[J]. 新中医, 2008, 40(2):7-9.
- [5] 盛锋,沈国权,孙武权,等. 神经根型颈椎病疗效评价量表的研制与考评[J]. 上海中医药大学学报, 2012, 6(1):36-40.

- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201-202.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349.
- [8] 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.
- [9] 黄月莲. 分经辨治神经根型颈椎病 30 例[J]. 中国针灸, 2011, 31(9): 851-852.
- [10] 李金牛, 冷钰玲, 孙儒. 脊神经定位结合手三阳经循经取穴治疗神经根型颈椎病 60 例[J]. 中国针灸, 2014, 34(8): 887-888.
- [11] 王树年. 针刺为主治疗神经根型颈椎病 318 例疗效观察[J]. 中国针灸, 1998, 18(2): 105-106.
- [12] 马美芬, 张强. 中医适宜技术治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 中国全科医学, 2012, 15(18): 2093-2094.
- [13] 杨辉. 不同针灸方法治疗神经根型颈椎病患者的效果观察[J]. 中国民康医学, 2016, 28(20): 52-53.
- [14] 周小丽. 按摩推拿治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 医药前沿, 2017, 7(5): 361-362.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:洪昆达 收稿日期:2019-04-30)

热敏灸法配合中药内服治疗脾虚泄泻的临床观察

饶东华 周志萍 许美琴

(江西省抚州市中医院门诊部, 江西 抚州 344000)

摘要: 目的 探讨热敏灸法配合中药内服治疗脾虚泄泻临床疗效。方法 将 40 例脾虚泄泻患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组 20 例采用热敏灸和中药内服治疗, 对照组 20 例只采用中药内服治疗。结果 治疗组总有效率为 95.0%, 对照组总有效率为 80.0%, 2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 脾虚泄泻中药内服配合热敏灸治疗疗效显著, 值得临床推广应用。

关键词: 泄泻; 脾虚; 热敏灸疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.036

文章编号:1672-2779(2019)-23-0087-03

Clinical Observations on Heat-sensitive Moxibustion Combined with Oral Administration of Traditional Chinese Medicine in Treating Spleen Deficiency Diarrhea

RAO Donghua, ZHOU Zhiping, XU Meiqing

Outpatient Department, Fuzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fuzhou 344000, China

Abstract: Objective To explore the comparison of heat-sensitive moxibustion combined with oral administration of traditional Chinese medicine in the treatment of spleen deficiency diarrhea with traditional Chinese medicine alone. **Methods** 40 cases of diarrhea due to spleen deficiency were randomly divided into treatment group and control group. 20 cases in treatment group were treated by heat-sensitive moxibustion and oral administration of traditional Chinese medicine, while 20 cases in control group were only treated by oral administration of traditional Chinese medicine. **Results** The effective rate was 95% in the treatment group and 80% in the control group. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The heat-sensitive moxibustion combined with oral administration of traditional Chinese medicine in the treatment of spleen deficiency diarrhea has significant therapeutic effect, and is worthy of clinical application.

Keywords: diarrhea; spleen deficiency; heat-sensitive moxibustion

泄泻是以大便次数增多, 便质清稀甚至如水样为主要特征的病证。病因主要是 (1) 感受外邪: 外邪伤人主要以湿为主, 常夹杂寒、暑、热等病邪, 导致肠胃功能失调, 发生泄泻。脾脏喜燥而恶湿, 外来之湿入内则最容易困遏脾阳, 从而影响脾的运化功能而导致泄泻。寒邪或者暑邪也能直接影响脾胃, 使脾胃功能失调, 运化失常, 清浊不分, 而成泄泻; (2) 饮食所伤: 脾胃为仓廪之官, 脾主运化水谷和水液; 胃主受纳, 腐熟水谷。故饮食不当, 如饮食过量导致食内停; 或过食肥甘厚味, 呆胃滞脾, 湿热内蕴; 或误食馊腐不洁之物, 伤及肠胃; 或过食生冷, 导致寒湿交阻等, 皆可影响脾胃的运化功能, 致使脾胃的传导失司, 升降失调, 水谷停滞而导致泄泻; (3) 情志失调: 郁怒伤肝, 肝失疏泄, 木横乘土, 脾胃受制, 运化失常, 或忧思气结, 脾运阻滞, 均致水

谷不化, 下趋肠道为泻。若素体脾虚湿盛, 运化无力, 复因情志刺激, 精神紧张或怒时进食, 也可致肝脾失调, 形成泄泻; (4) 脾胃虚弱: 脾主运化, 胃主受纳, 若因长期饮食失调, 劳倦内伤, 久病缠绵, 均可致脾胃虚弱, 中阳不健, 运化无权, 不能受纳水谷和运化精微, 清气下陷, 水谷糟粕混杂而下, 逐成泄泻; (5) 脾肾阳虚: 久病之后, 肾阳损伤, 或年老体衰, 阳气不足, 命门火衰, 不能助脾腐熟水谷, 水谷不化而为泄泻; (6) 中气下陷: 久病失治误治, 导致中气被损伤引起中气下陷, 不能提升阳气, 故而不能温煦腐熟水谷, 水谷不化, 成为泄泻。故泄泻的病机主要在于脾胃功能障碍, 脾虚湿盛是其关键^[1]。我院采用穴位热敏灸配合中药内服治疗脾虚泄泻的患者, 发现配合热敏灸治疗的患者能缩短疗程, 提高疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 40 例病人均来自 2018 年 3 月—2019 年 3 月我院针灸科门诊就诊者，40 例随机分为 2 组。治疗组 20 例，男 12 例，女 8 例；平均年龄 32~60 岁。对照组 20 例，男 10 例，女 10 例；年龄 29~56 岁。

1.2 纳入标准 根据中医辨证原则，选脾虚泄泻患者 40 例，年龄 29~60 岁，病程最短 3 个月，最长 9~10 年，症状以大便次数增多，粪便稀薄，脘腹胀闷不适，食欲不振，面色萎黄，肢倦乏力为主。

1.3 排除标准 做相关检查，如大便常规、纤维结肠镜等排除器质性胃肠疾病。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组

1.4.1.1 热敏灸 取 2 支药艾条规格直径 1.7~1.8 cm，长度 20~21 cm；中药成分：艾叶、桂枝、高良姜、广藿香、降香、香附、白芷、陈皮、丹参、生川乌。江苏康美制药有限公司，批准文号：国药准字 Z32020252），患者选择仰卧位或俯卧位，选天枢、关元、脾俞、中脘、三阴交、足三里等穴及附近寻找热敏化点。按以下 4 个步骤进行回旋、雀啄及温和灸。手持调控点燃的艾条，在距离选定部位皮肤表面 3 cm 左右高度先行回旋灸 2 min，温热局部气血，继以雀啄灸 2 min 加强热敏化，循经往返 2 min 激发经气，再施以温和灸发动感传，开通经络。当患者感受到艾热发生透热（艾热从施灸部位皮肤表面直接向深部组织穿透）、扩热（以施灸点为中心向周围扩散）、传热（灸热从施灸点开始循某一方向传导），局部不（微）热远部热（施灸部位不或微热，而远离施灸部位感觉很热），表面不热深部热（施灸部位的皮肤不或微热，而皮下深部组织甚至胸腔脏器感觉很热）和非热觉（如酸、胀、压、重等）中的一种或一种以上感觉时，即为发生腧穴热敏化现象，该探查穴点为热敏化腧穴^[2]。对已探查出的热敏穴逐个悬灸，并每隔 2 min 掸灰（时间不超过 10 s），调整艾条与皮肤距离，保持足够热度，在此穴灸至感传消失，皮肤灼热为止，再换另外的热敏点进行灸治。完成一次治疗的施灸时间因人而异，一般从数分钟至 1 h 不等。每天 1 次，1 周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

1.4.1.2 中药内服 治疗组同时配合中药内服，治宜健脾益胃。施以参苓白术散加减。药用：党参 15 g，白术 10 g，茯苓 15 g，莲子肉 10 g，薏苡仁 20 g，桂枝 10 g，砂仁 6 g，白扁豆 10 g，白芍 10 g，吴茱萸 3 g，肉桂 5 g，甘草 3 g。每日 1 剂，水煎服，连服 2 周。

1.4.2 对照组 单纯以上述中药辨证论治法治疗，中药每日 1 剂，水煎服，用药 2 周观察疗效。

1.5 疗效评定标准 疗效标准根据《中医病证诊断疗效标准》制定。痊愈：大便恢复正常每日 1 次，伴随症状消

失；显效：大便每日 1~2 次，症状基本消失；有效：大便次数减少，症状减轻；无效：症状无变化。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 20.0 进行统计处理，数据采用率（%）表示，行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2 组治疗后治疗组总有效率为 95.0%，对照组总有效率 80.0%，比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）见表 1。

表 1 2 组脾虚泄泻患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	20	10	5	4	1	95.0
对照组	20	4	6	6	4	80.0

注：与对照组比较，* $P<0.05$

3 讨论

导致泄泻的因素，主要是感受外邪，饮食所伤，情志失调，脾胃虚弱，肾阳虚衰。总之，脾虚湿盛是导致泄泻发生的重要因素。外因与湿邪关系最大，湿邪侵入，损伤脾胃，运化失常，所谓“湿盛则濡泄”；内因则与脾虚关系最为密切，脾虚失运，水谷不化精微，湿浊内生，混杂而下，发生泄泻。《景岳全书·泄泻》所谓：“泄泻之本，无不由于脾胃。”肝肾所引起的泄泻也多在脾虚的基础上产生。脾虚失运，可造成湿盛，而湿盛又可影响脾的运化，脾虚与湿盛是互相影响互为因果的，故泄泻的主要病变在于脾胃及大小肠，病机关键是湿盛和脾虚，脾虚失运，可造成湿盛，而湿盛又可影响脾的运化，它们相互兼夹转化，迁延已久，由实转虚而成久泻。泄泻日久，或反复发作，耗伤正气，多属虚证，治以扶正为主，故宜健脾益胃，中药以参苓白术散加减。

随着人们生活节奏的不断加快和社会竞争的日趋激烈，很多年轻人的饮食和作息时间不规律，暴饮暴食，经常叫外卖或吃一些垃圾食品，饮食卫生无法得到保障，所以泄泻在我院门诊也是常见病和多发病。本病虽呈良性过程，但常反复发作，缠绵难愈，治疗起来比较困难，严重影响了患者的身心健康及生活质量，引起大家的广泛重视。

腧穴热敏化艾灸新灸法是江西省中医院陈日新教授等在继承传统艾灸疗法的基础上创造的新型疗法。陈日新教授认为，人体腧穴存在静息态和敏化态两种状态，而敏化态的腧穴最具有穴效特异性^[3]。热敏化的穴位是灸法的最佳治疗点。热敏点具有透热、扩热、传热的特性，对热敏点施灸，可以激发感传，热方可透入体内或扩散^[3]。此法以针刺产生的“得气感”与“气至”等经气活动一样，热敏灸感也是人体经气激发与运行的表现，是人体内源性调节功能被激活的标志，因此热敏灸感的产生能显著提高艾灸疗效。所以此法大幅度提高了灸疗临床效果，充分展示了灸疗学的特色与优势^[4]。本病选

取天枢、关元、脾俞、中脘、三阴交、足三里等穴及附近寻找热敏化点，中脘、脾俞配合足三里可健脾和胃，调理气机，通络止痛；关元温肾固本；天枢是大肠经的募穴，对肠道有明显的双向调节治疗效果，能有效调节胃肠蠕动，既能止泻又能通便；三阴交健脾利湿兼调理肝肾，诸穴配合，能缩短疗程，提高疗效。

根据泄泻的病因病机，腧穴热敏灸具有明显的治疗优势，主要表现在（1）健脾和胃：脾主运化，胃主受纳，两者的生理功能均有赖于脾升胃降的协调统一。从发病原因看，本病多在脾胃虚弱的基础上而发。从虚实辨证看，虚多于实，所以本病要补虚以固本。热敏灸是将艾条放于离皮肤3 cm左右处，正是“以火补之者，勿吹其火，须自灭也”，通过热敏灸的温和补法来益气养阴，健脾养胃，则脾气得生，再加上本身艾条为药艾条，从其所含中药成分来看，也可加强其温补之功。泄泻病人多腹痛、腹胀、也多喜温热，通过这样局部热疗法，

患者多感觉腹痛、腹胀减轻；（2）调肝理气：肝主疏泄，肝随脾升。若肝气疏泄失常，则影响脾胃功能。此法能激发患者自身的调节机能，具有调脏腑虚实，调和气血，通经活络，平衡阴阳的作用。

由于现今疾病谱的改变，医药源性疾病增多，日益增长的医药费用等原因，作为针灸重要组成部分的艾灸疗法，因其安全有效，无毒副作用，成本低等优点被大众广泛接受，所以值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 119.
- [2] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 15, 24-29.
- [3] 孙秋红, 张会平, 宋桂红, 等. 温针灸治疗慢性腹泻疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 28(5): 258-259.
- [5] 陈日新, 陈明人. 重视热敏灸是提高灸疗疗效的关键[J]. 针刺研究, 2010, 35(4): 311-314.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 冯 森 收稿日期: 2019-11-08)

针刺结合耳穴压籽法治疗心脾两虚型不寐临床观察

刘元 张钰

(大连市第二人民医院康复科, 辽宁 大连 116013)

摘要:目的 观察针刺结合耳穴压籽法治疗心脾两虚型不寐的疗效。方法 选取60例心脾两虚型不寐患者, 随机分为2组, 各30例。对照组行针刺治疗, 观察组加行耳穴压籽治疗, 2周为1个疗程, 连续治疗2个疗程后观察疗效。结果 观察组总有效率96.67%优于对照组76.67% ($P < 0.05$)。2组治疗后PSQI总分均较治疗前明显下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组下降更显著, 2组治疗后PSQI总分比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 针刺联合耳穴压籽是治疗心脾两虚型不寐的有效方法。

关键词: 针刺疗法; 耳穴压籽; 心脾两虚; 不寐

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.037

文章编号: 1672-2779(2019)-23-0089-03

Clinical observation on Acupuncture Combined with Auricular Point Seed Pressing in Treating Insomnia of Deficiency of Both Heart and Spleen

LIU Yuan, ZHANG Yu

Rehabilitation Department, The Second People's Hospital of Dalian, Liaoning Province, Dalian 116013, China

Abstract: Objective To observe the curative effect of acupuncture combined with auricular point seed pressing on insomnia of deficiency of both heart and spleen. **Methods** 60 cases of insomnia with deficiency of both heart and spleen were randomly divided into two groups, with 30 cases in each group. The control group was treated with acupuncture, while the observation group was treated with auricular acupoint seed pressing for 2 weeks. The therapeutic effect was observed after 2 consecutive courses of treatment. **Results** The total effective rate of the observation group (96.67%) was better than that of the control group (76.67%) ($P < 0.05$). The total PSQI scores of the two groups after treatment were significantly lower than those before treatment, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The observation group decreased more significantly. The total PSQI scores of the two groups after treatment were significantly different ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture combined with auricular point seed pressing is an effective method to treat insomnia of deficiency of both heart and spleen.

Keywords: acupuncture; auricular point seed pressing; deficiency of heart and spleen; insomnia

不寐, 古代亦有不得眠、不能眠、不得卧、卧不安和目不瞑等多种名称, 不寐之名始见于《难经》, 《难经·四十六难》曰: “老人卧而不寐, 少壮寐而不寤者, 何

也? ……老人血气衰, ……故昼日不能精, 夜不得寐也。”现代医学俗称失眠, 失眠通常指患者对睡眠时间和(或)质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验^[1], 主

要表现为入睡困难、早醒、睡眠维持障碍、睡眠质量下降以及总睡眠时间减少,同时伴有日间功能障碍。人生大约1/3的时间是在睡眠中度过,睡眠是机体复原、整合与巩固记忆的关键环节,也是维持正常生命活动的重要过程。然而,面临竞争压力日益增大,生活节奏逐渐加快,失眠人群愈来愈多,不仅影响个人日常生活,还会导致社会工作效率下降。现失眠已然成为许多国家同时面临的公共卫生问题。镇静安眠类药物治疗失眠的潜在成瘾性和长期依赖性使大家将眼光投向中医,相对而言确有优势。不寐病因多种,古医家在多部论著中提到并充分认识不寐与心脾病变密切相关。邓爱军^[2]等查阅相关资料文献也得出不寐最常见的证型为心脾两虚证,病位分布前3位的为心、肝、脾。本次观察旨在采用针刺疗法结合耳穴压籽治疗心脾两虚型不寐,探究疗效,发挥中医学治疗本病优势,为寻找更易推广的中医药综合疗法提供思路与依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取自2016年1月—2018年10月就诊于我院的60例心脾两虚型不寐患者,随机分为2组,各30例。观察组男13例,女17例;年龄31~58岁;病程最短3个月,最长2年。对照组男14例,女16例;年龄33~56岁;病程最短2个月,最长2年。2组患者一般资料差异均无统计学意义($P>0.05$),具可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版(CCMD-3)^[3]拟定。(1)以睡眠障碍为几乎唯一的症状,其他症状继发于失眠,包括入睡困难、眠浅、多梦、易醒、醒后不易再睡、早醒,醒后感觉疲乏或白天困倦;(2)上述症状每周至少出现3次,并持续1个月以上;(3)由此导致的精神活动效率下降,影响正常工作生活,妨碍社会功能;(4)除外其他身心疾病引起的继发性失眠。

1.2.2 中医诊断标准 参照2012年版《中医病证诊断疗效标准》中“不寐”的诊断标准拟定^[4]。(1)轻者入睡困难或寐而易醒,醒后不寐,重者彻夜难眠;(2)常伴有头痛,头昏,心悸,健忘,多梦等症;(3)经各系统和实验室检查未发现异常。中医证候学诊断标准^[4]:心脾两虚证:多梦易醒,或朦胧不实,心悸,健忘,头晕目眩,神疲乏力,面色不华。舌淡、苔薄,脉细弱。

1.2.3 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准者;(2)符合中医辨证心脾两虚证者;(3)年龄18~60岁者,性别不限;(4)匹兹堡睡眠质量指数评定量表评分大于7分;(5)知情同意者。

1.2.4 排除标准 凡具备以下任意1条标准者,均予排除。

(1)其他疾病(如疼痛、发热、咳嗽、手术、精神障碍、药物滥用等)及外界环境所致的失眠;(2)因晕针等各种原因无法接受本研究相关治疗的患者;(3)合并有心脑血管、肺、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、急重症及器质性疾患者;(4)特征人群(过敏体质、孕妇、哺乳期、精神疾病、传染病、病情危重等);(5)凡不符合纳入标准者。

1.3 治疗方法 针刺取穴四神聪、安眠、神门、内关、心俞、脾俞、足三里、三阴交,进针得气后,留针30 min,日1次。耳穴压籽每次取单侧神门、心、脾、枕、皮质下、脑穴中3~5个,每晚睡前自行按压约3 min,每3 d换对侧。对照组行针刺治疗,观察组加行耳穴压籽治疗,2周为1个疗程,连续治疗2个疗程。

1.4 观察指标 纳入患者均在治疗前后评估匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)^[5-6],评定患者最近1个月的睡眠质量,由18个条目组成7个成分,每个成分0~3等级计分,累积各成分得分为PSQI总分,总分为0~21分。

1.5 疗效判断标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[7]中失眠症疗效评定标准拟定。治愈:即恢复正常睡眠状态,夜间睡眠时间 ≥ 6 h,能进入深度睡眠,睡眠具有持续性,梦少,早醒少,早醒后能较快入睡,起床后精神充沛,症状痊愈;显效:即睡眠质量明显改善,夜间睡眠时间能够持续3 h以上,睡眠深度增加,症状明显缓解;有效:即失眠及伴随症状减轻,睡眠质量有所改善,但连续睡眠时间 < 3 h;无效:即治疗后失眠无改善或加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法 采用SPSS 17.0进行统计学分析。计数资料以率(%)表示,比较采用 χ^2 检验,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组不寐患者临床疗效比较 经统计学分析,治疗后,观察组临床疗效显著优于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 2组不寐患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	30	15	11	3	1	96.67*
对照组	30	9	9	5	7	76.67

注: * $P<0.05$

2.2 2组不寐患者PSQI比较 经统计学分析,2组组内治疗前后总分比较,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后2组组间总分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明2种治疗方法都有效果,观察组在降低PSQI指数程度的

表现更佳。

表2 2组不寐患者治疗前后PSQI总分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	13.02 ± 3.01	2.57 ± 1.79*
对照组	30	12.89 ± 2.96	5.19 ± 2.08

注: *P<0.05

2.3 2组不寐患者不良反应比较 本次临床观察2组患者均无不良反应,无1例脱落退出。

3 讨论

不寐(失眠),是一种常见生理心理疾患,原发性失眠患者多伴躯体不适以及焦虑或抑郁症状,饮酒、加班或夜班等都可能成为失眠的危险因素^[8],其危害不容忽视。不寐病因多种,临床中心脾两虚型颇多。《岳岳全书·不寐》有云:“劳倦思虑太过者,必致血液耗亡,神魂无主,所以不眠。”《类证治裁·不寐》中亦提及:“思虑伤脾,脾血亏损,经年不寐。”故如若思虑劳倦太过,则会劳伤心脾。脾伤则生化乏源,营血亏虚而不能上奉于心,以致心神不安;心伤则营血暗耗,神失所养而心神不安。中医学在治疗不寐中突显卓越的诊疗特色与效果,辨证论治思维尤为突出,如气血、阴阳、五脏、营卫等更是诊疗之精髓所在。同时,中医是全方位、多靶点治疗,在“症”的治疗方面效果好。然而西药药物成分单一,往往只能针对某种特定的病症,目前现代医学治疗失眠症多采用镇静催眠药物,近期疗效好,但停药易反复,且有不良反应,长期服用易产生耐受性和成瘾性。中医治疗失眠未发现明显不良反应,甚至可改善西药的一些不良反应表现。近年,针刺疗法在该病的治疗上优势突显。

本观察应用针刺结合耳穴压籽治疗心脾两虚型不寐,临床疗效显著。脾藏意,在志为思,思虑太过则伤脾,意不内守则心为所动,脾气升降失司,后天之本生化乏源,则气血不足以养意养心。心不舍神、脾不养意则加重思虑。“血者,神气也。”心血充足则能化神养神,心神清明,驭气养神。四神聪、安眠穴可安神助眠;神门为心经原穴,具宁心安神、宽胸理气之功,配内关穴以助镇静安神;心俞、脾俞为背俞穴,补益心脾,位于膀胱经,现代解剖学研究证实^[9],从分布形成上看,膀胱经经穴与神经节段关系密切,刺激这些穴位可影响人体的交感神经,现代医学认为失眠与植物神经功能紊乱有关,针刺膀胱经穴通过作用于植物神经系统,以实现治疗失眠的目的;足三里为足阳明经气汇合之处,为胃经合穴,可调理胃腑使中焦安宁,胃和则卧安;三阴交为肝脾肾三经交会穴,养血活血、补益肝肾。《灵枢·口问》篇有“耳为宗脉之

所聚”之说,《灵枢·邪气藏府病形》亦有相关记载:“十二经脉三百六十五络,其气血皆上于面,而走空窍,……其别气走于耳而为听。”明确指出耳与全身经脉、脏腑具有密切联系。耳穴压籽是在此基础上发展起来的一种中医特色疗法,采用药籽贴在耳穴并施以按压等手法,通过经络传导,调整人体五脏六腑功能、气血阴阳变化,达到防治疾病效果。刺激神门可镇静安神,刺激心、脾可养心健脾,刺激皮质下、枕、脑可协调大脑皮质的抑制和兴奋功能。观察结果发现,观察组总有效率明显优于对照组;PSQI主要是患者主观方面对自身的睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍进行评价,得分越高,睡眠质量越差,比较发现,2组治疗后总分均有改善,观察组明显优于对照组,在入睡时间、日间功能改善方面尤为突出。二法联用,辨证治疗心脾两虚型不寐,能够审证求因、随证配伍,可调整人体阴阳平衡,起到补脾益气、宁心安神、调和阴阳气血之用,使不寐状况明显改善,科学可靠、操作便利,可以提高患者生存质量,具有一定经济价值和社会价值。

综上,针刺联合耳穴压籽治疗心脾两虚型不寐具有较高的临床价值,不仅能够改善临床症状,而且通过中医学辨证论治思想,正中靶目标,提高远期疗效,降低复发率。希冀可以改变仅关注单种有效治疗方式而忽视联合多种有效治疗手段以增强疗效、缩短疗程的现状,值得推广。

参考文献

- [1] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组.失眠定义、诊断及药物治疗共识(草案)[J].中华神经科杂志,2006,39(2):141-143.
- [2] 邓爱军,姜瑞雪,马作峰.不寐的中医证型及证素分布特点的研究[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(7):147-149.
- [3] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准(ccmd-3)[S].济南:山东科学技术出版社,2001:118-119.
- [4] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:34.
- [5] Buysse D J, Reynolds C F 3rd, Monk T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Res, 1989, 28(2):193-213.
- [6] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等.匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J].中华精神科杂志,1996,29(2):103-107.
- [7] 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,1997:17-18.
- [8] 张蕾,和申,余一旻,等.原发性失眠人群特征、睡眠质量及危险因素的研究[J].上海交通大学学报(医学版),2016,36(5):689-694.
- [9] 张伟,陈明人.失眠从膀胱经论治[J].江西中医学院学报,2011,23(4):5-6.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:伊 璠 收稿日期:2019-03-19)

点刺廉泉联合体针法治疗脑卒中后吞咽困难临床观察

刘宪印

(东港市中医院康复科,辽宁 东港 118300)

摘要:目的 探讨点刺廉泉联合体针法治疗脑卒中后吞咽困难的临床意义。方法 选取2018年1月—2019年1月在东港市中医院康复科就诊的80例脑卒中后吞咽困难的患者,随机分为试验组和对照组,对照组40例,采取常规的针刺进行治疗,试验组40例使用点刺廉泉联合体针法对患者进行治疗,比较2组患者的临床有效率。结果 试验组临床总有效率为87.5%,对照组临床总有效率为77.5%,试验组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对脑卒中后吞咽困难的患者采取点刺廉泉联合体针法进行治疗,可以有效的提高患者的临床有效率,提高患者的吞咽功能,值得在临床推广。

关键词:点刺;廉泉;体针;中风;脑卒中;吞咽困难

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.038

文章编号:1672-2779(2019)-23-0092-02

Clinical Observation on Swift Pricking Blood Lianquan (RN23) Combined with Body Acupuncture in Treating Dysphagia after Stroke

LIU Xianyin

Department of Rehabilitation, Donggang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Donggang 118300, China

Abstract: Objective To investigate the clinical significance of swift pricking blood Lianquan (RN23) combined with body acupuncture in treating dysphagia after stroke. **Methods** 80 patients with dysphagia after stroke were selected from January 2018 to January 2019 in rehabilitation department of Donggang Hospital. They were randomly divided into two groups. 40 patients in the control group were treated with routine acupuncture, while 40 patients in the experimental group were treated with swift pricking blood Lianquan (RN23) combined with body acupuncture. The clinical efficacy of the two groups was compared. **Results** The total clinical effective rate was 87.5% in the experimental group and 77.5% in the control group. The difference between the experimental group and the control group was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The swift pricking blood Lianquan (RN23) combined with body acupuncture in treating dysphagia after stroke can effectively improve the clinical effective rate of patients and improve the swallowing function of patients, which is worth popularizing in clinic.

Keywords: swift pricking blood; Lianquan (RN23); body acupuncture; stroke; cerebral apoplexy; dysphagia

脑卒中主要是血液循环障碍导致的神经功能缺损疾病,为临床上的常见疾病,在中医中主要归于“中风”范畴,近几年随着医学的发展,致死率逐年降低,但是致残率却逐年升高,其中主要以半身不遂、吞咽困难、言语不利等各类功能障碍为主,极大地影响患者的日常生活能力,吞咽功能障碍是常见的并发症,数据统计,其发病率在脑卒中患者中占30%~65%,并且该病还可以引发其他并发症,导致患者营养不良,甚至出现吸入性肺炎导致死亡。因此对脑卒中后吞咽功能障碍的研究非常重要^[1]。近几年,中医针刺治疗脑卒中后吞咽功能困难取得了较好的临床疗效,大量的临床试验证实,该方式简便、经济、安全,笔者从2018年起对脑卒中后偏瘫患者采取针刺治疗,效果显著,见报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年1月—2019年1月在东港市中医院康复科就诊的80例脑卒中后吞咽功能困难的患者,随机分为试验组和对照组,各40例。对照组男17例,女23例;年龄55~75岁,平均年龄64岁;基础疾病:高血压17例,糖尿病10例,冠心病4例。试验组男18例,女22例;年龄58~79岁,平均年龄65岁;基础疾病:高血压20例,糖尿病10例,冠心病1例。经统计学分析,2组患者年龄、性别、基础疾病差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 中医诊断标准 依照《中医病证诊断疗效标准》。患者有半身不遂,口角歪斜,饮水呛咳,舌强言弱,偏身麻痹等情况,发病急骤,有渐进发展过程。

1.3 纳入标准 (1)经头颅MRI或者CT证实脑梗死,为单发或者多发病灶;(2)患者有吞咽困难,洼田饮水试验 ≥ 3 级;(3)年龄50~80岁,发病后未接受过针刺治疗;(4)认知功能正常,无抑郁状态;(5)意识清晰,生命体征稳定,自愿参加,签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)脑出血、脑外伤的患者;(2)严重失语,咽喉局部病变者;(3)具有严重并发症患者,如重症感染、严重的糖尿病等。

1.5 治疗方法 对照组在常规西药治疗的基础上,采取常规针刺方式,试验组在对照组的基础上使用点刺廉泉联合体针的治疗方式。主穴:廉泉。配穴夹外廉泉、翳风、风池、完骨、风府、哑门、大迎穴,舌下取金津、玉液。方法:患者张口,使用一次性针点刺金津、玉液,注意轻微出血即可,不可出血过多,之后患者进行吞咽动作。廉泉穴垂直进针,提插捻转,之后出针,反复3次,其余穴位平补平泻。疗程为3周。

1.6 疗效评定标准 痊愈:吞咽功能障碍消失,饮水试验I级;显效:吞咽功能改善,饮水评定II级;有效:吞咽障碍稍有改善,饮水试验评定由IV、V级达到III级;无效:患者吞咽功能障碍无好转,甚至加重。临床总有

效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 20.0 对数据进行分析, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

试验组临床总有效率 87.5%, 对照组临床总有效率为 77.5%, 试验组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组脑卒中后吞咽困难患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	40	30(75.0)	3(7.5)	2(5.0)	5(12.5)	35(87.5)*
对照组	40	25(62.5)	5(12.5)	1(2.5)	9(22.5)	31(77.5)

注: * $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中是临床上神经内科的常见疾病, 其发病率比较高, 并且逐渐趋进于年轻化, 近几年随着医学的发展, 该病的致死率比较低, 但是致残率比较高, 多数患者会伴随肢体运动障碍, 意识障碍和吞咽功能障碍等, 其中吞咽功能障碍是最常见、最主要的并发症之一。研究显示 70%~75% 患者可以合并吞咽功能障碍^[2], 可见该病的发病率非常高, 其主要导致的原因因为大脑语言中枢出现异常导致, 其有明显的好发部位, 好发在左侧大脑。吞咽功能障碍还可以导致多种并发症, 其主要的有吸入性肺炎、脱水、营养不良等。近几年, 吞咽功能的治疗, 方法多样, 中医主要的治疗方法为头针、舌针、体针配合中药治疗, 西医主要采取药物治疗, 如肾上腺素、乙酰胆碱、多巴胺等。卒中后心理受到打击, 会有许多负面情绪发生, 同时加重病情。西医对本病的另一主要治疗方法为吞咽功能训练、神经肌肉低频电刺激, 但是吞咽功能设备比较昂贵, 一些医院无法配备, 同时还有不良反应发生, 导致有关吞咽相关肌群的废用, 影响预后, 对整体功能的康复有不良影响。脑卒中属于中医“中风”范畴, 主要由气血上逆头部, 使血脉闭塞, 经脉受损导致。内经时期虽然没有提出本病的病名但是对本病的病机进行了详细的描述, 《灵枢·刺节真邪》篇曰:“虚邪偏客于身半, 其入深, 内居营卫, 营卫稍衰则真气去, 邪气独留, 发为偏枯。”说明纳食困难、吞食不利、饮水呛等症状。中医学认为人体阴阳失调, 真阴空虚, 痰瘀互结, 气机不利, 咽喉张闭失调发生障碍, 本病为本虚标实。本病的病位在脑, 与舌体、咽喉有关, 同时与肺、心、脾、肝、肾相关。笔者主要采取点刺廉泉的方法, 《针灸资生经》记载:“廉泉主舌下肿难言, 舌纵缓, 舌根缩急, 下食难。”笔者采取深刺的方法, 深刺舌根, 舌下舌肌、颏舌肌、舌神经、舌下神经等。在操作时双手进针, 增强进针的稳定性和控制针尖的深度, 注意当达到舌根部时, 诱发舌肌收缩做吞咽动作, 之后停针, 在反复行针 3 次, 之后留针 30 min。廉泉为颈部重要穴位, 任脉和阴维脉的交会穴, 在前正中线上, 喉结上方。任脉主要循行咽喉, 具有近治作用, 表现为“愉穴所在, 主治所能”,

可以治疗咽喉部位的疾病, 《针灸资生经》具有详细的记载, 云:“廉泉主舌下肿难言, 舌纵缓。”在解剖学角度上看, 廉泉在舌骨肌下方, 有着丰富的舌神经, 医生针刺廉泉可以直达病根, 促进吞咽肌群收缩, 促进局部的血液循环。笔者还针刺经外奇穴夹廉泉, 是治疗脑卒中后吞咽功能障碍的经验穴位, 其作用显著, 可以疏通舌部经络, 调整机体气机, 加强了对咽喉部的刺激, 扩大穴位刺激面积, 有利于对经气的激发与传导, 同时笔者还配合风池、完骨穴, 针刺该穴可以促进椎-基底动脉供血, 改善脑部血液循环, 提高脑部供血, 改善患者神经功能的损伤, 提高生活质量。有研究显示, 人体的中枢神经系统在功能上有着重组能力, 当患者神经元未受到完全损伤的情况下, 可以进行功能重组起到代偿作用。通过针刺局部, 激发中枢神经兴奋性, 建设反射弧, 恢复咽部神经的支配, 保证咽部的随意运动。翳风、风池, 可以起到平肝息风的作用, 既可以疏散内风也可以疏散外风, 哑门、大迎穴, 也可以起到经络的近治作用, 舌下取金津、玉液, 位于舌部, 起到消除舌部瘀滞血液, 疏通经络的作用。以上穴位合用, 起到疏通经络, 通窍利咽的作用, 使舌部血液循环通畅, 神经反射得到恢复, 吞咽功能得到改善。刘波等^[3]研究显示, 其使用针刺的方式对 50 例吞咽功能障碍的患者进行研究, 发现患者的吞咽功能明显的到改善, 比使用功能训练的对照组有效率要高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。孙培养等^[4]对脑卒中后吞咽功能损伤的患者使用针穿进行治疗, 比较患者治疗后的吞咽功能改善情况, 效果显著, 并且对患者的抑郁情况和生活能力进行评估发现, 试验组不仅吞咽功能得到改善, 其抑郁状态和生活能力有了明显的提高, 生活质量加强。从本试验可以看出, 试验组临床总有效率为 87.5%, 对照组临床总有效率为 77.5%, 试验组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。针刺作为中医学的重要组成部分, 对改善头部供血, 改善吞咽、言语等功能障碍疗效显著。西医研究显示, 针刺可以刺激脑部不同信号反应, 提高大脑皮层的活跃性^[5]。综上所述, 点刺廉泉联合体针治疗脑卒中后吞咽困难障碍效果显著, 提高患者的生活质量, 值得在临床推广。但是本研究尚有不足之处, 研究样本例数过少, 观察指标比较单一, 应该开展多中心、大样本临床试验进行研究。

参考文献

- [1] 姚亮, 李丽丽, 郗欧, 等. 针刺联合中药穴位离子导入治疗缺血性脑卒中后吞咽功能障碍[J]. 中医学报, 2018, 33(5):911-914.
- [2] 赵瑞霞. 针刺结合康复训练在脑卒中后吞咽困难中的应用[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(8):102-104.
- [3] 刘波, 张芳, 刘亚川, 等. 针刺结合雷火灸以及吞咽功能障碍治疗仪治疗卒中慢性期吞咽障碍的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(16):1722-1725.
- [4] 孙培养, 储浩然. 针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(7):87-90.
- [5] 王志永. 脑卒中后吞咽困难康复训练加针刺治疗疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(17):289-290.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:蓝玉红 收稿日期:2019-03-19)

中医状态指导下的糖组学应用探讨*

房盛懿¹ 邵岩飞² 林雪娟¹

(1 福建中医药大学中医证研究基地,福建 福州 350122;2 福建中医药大学中西医结合学院,福建 福州 350122)

摘要:状态是结构与功能、时间与空间的统一体,状态在外界因素刺激下,可以通过脏腑、经络、气血等作出相应的反应。人的状态分为未病状态、欲病状态、已病状态、病后状态4种。文章通过文献梳理,探讨系统生物学中糖组学研究方法在中医疾病状态下的应用,以期在系统论、整体论的思维指导下,运用糖组学技术,寻找疾病状态下的特异性糖组、阐释中医状态的物质基础、丰富中医状态的微观参数采集方法、建立微观辨识模型。

关键词:疾病状态;中医;糖组学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.039

文章编号:1672-2779(2019)-23-0094-03

Discussion on the Application of Glycomics under the Guidance of Traditional Chinese Medicine

FANG Shengyi, SHAO Yanfei, LIN Xuejuan¹

1. Research Base of Traditional Chinese Medicine Syndrome, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350122, China,

2. College of Integration of Traditional Chinese and Western Medicine, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350122, China

Abstract: State is the unity of structure and function, time and space. Under the stimulation of external factors, the state can respond accordingly through organs, meridians, qi and blood. The state of the person is divided into four categories: untreated state, ill-conditioned state, diseased state, and post-ill state. In this paper, we use the literature to explore the application of glycomics research methods in system biology under the condition of TCM disease, in order to use the glycosics technology to find specific glycans under disease conditions under the guidance of system theory and holistic thinking. Explain the material basis of the state of TCM, enrich the microscopic parameters of TCM state, and establish a micro-identification model to make certain contributions.

Keywords: disease state; traditional Chinese medicine; glycomics

人体的健康状态是由机体对外部因素刺激并作出相应调整而形成的。糖组学可以解析某一状态下的糖组,还能解析其结构、功能及其与疾病间的关系。糖组学作为系统生物学的一部分,探讨其在中医领域的应用,为中医健康状态的研究提供思路。

1 状态的内涵

“状”,用“犬”标事物各具形态,本义为犬形,引申为形状、形态、情形等意思;“态”本义为姿态、姿势、状态等意思。《辞海》中将“状态”定义为:(1)情况;状况;(2)物质系统所处的状况,对不同的物质运动形式,可用不同的一组物理量来描述相应物质系统的状态。状态也指物质的各种聚集态,如固态、液态、气态等。中医理论认为状态是人生命过程中受到自然、社会等因素变化的刺激,人体脏腑、经络、气血作出与之相适应的调整而形成的生命态^[1]。状态是贯穿于人的整个生命过程,涵盖了疾病与健康,人的生理特点、病理特点、病、证、体质以及健康状态下的不同阶段。《中医状态学》将状态分为未病状态、欲病状态、已病状态、

病后状态四态。未来医学模式将从治疗疾病转变为维护健康。在这个大趋势下,无论是中医还是西医,均可将状态作为切入点,运用不同的方法探寻人体奥秘、研究人类疾病,为维护健康、促进健康作出贡献。

余占海等^[2]认为中医学产生于经验医学时代,是在古代哲学基础上发展起来的一门朴素的系统学科,主要采用系统论的研究方法,注重整体,但分析方法不足;西医学产生于实验医学时代,是依托数理、生物学知识为基础的重视微观基础的一门学科,主要采用还原论的研究方法,分析方法为其优点,但整体综合不足。1999年由美国科学院院士 Leroy Hood 提出的系统生物学是从系统的水平研究基因、细胞直至生物体的信息的整合与模拟,重视各系统之间的关系。系统生物学的“整体”“动态”等观念与中医学复杂的理论存在相似之处。系统生物学的提出,使西医学从整体、动态、系统的角度看问题成为可能。

2 现代医学与糖组学

2.1 糖组学的概念 糖链作为第三种生命信息分子,逐渐被重视,牛津大学 Dwek 教授于 1988 年首次提出糖生物学,糖生物学便由此诞生。糖组 (glycome),指的是细

* 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81373552]

胞或生物体内所有的糖链（包括糖复合物）。糖组学（glycomics）是研究细胞或生物体内糖类物质的分子结构、微观不均一性、表达调控、与识别分子的相互作用和功能多样性以及与疾病之间关系的一门新兴科学^[3]。

2.2 糖组学在疾病研究中的应用 蛋白质糖基化是蛋白质翻译表达后最常见、最重要的翻译后修饰部分，且糖基化蛋白广泛分布于细胞、组织、体液中^[4]。在人体的生理、病理等方面，糖基化的作用显得十分重要，而且在某些特定的生理、病理状态（或过程）中，能够发现糖蛋白改变或是糖蛋白糖链结构改变的情况^[5]。如乳腺癌中截短的黏蛋白（mucin）型O-聚糖、多聚N-乙酰乳糖胺（poly-LacNAc）结构、分支型N-糖链以及岩藻糖基化、唾液酸化修饰的增多^[6]。胃癌的癌前感染与胃癌的发生发展过程始终伴随着蛋白糖基化的异常^[7]，如核心岩藻糖基化N-糖链表达的下调， $\beta 1, 6$ -连接的N-乙酰葡萄糖胺分支型N-糖链的增加，细胞黏附分子糖基化的改变。张博^[8]发现IgG表面的G0、G2型半乳糖、高甘露糖及唾液酸糖链结构的改变与系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus, SLE）疾病活动性有关；IgG表面的G0、G2及高甘露糖结构与肾脏功能的损害有相关性。王健^[9]发现末端岩藻糖、唾液酸化路易斯抗原、N-乙酰半乳糖胺、 α 连接甘露糖及 $\alpha 2, 6$ 连接唾液酸结构， $\alpha 1, 3$ 连接半乳糖、N-乙酰氨基葡萄糖、高甘露糖结构可能与SLE发病或疾病活动进展有关。可见，疾病的发生、发展、变化与这些糖链结构、组成密切相关，可为疾病的早期诊断、监管等提供依据。

3 中医状态与糖组学

辨证论治是中医药的优势所在，“证”是对疾病过程中所处一定（当前）阶段的病位、病性等所作的病理性概括，是机体对致病因素的反应状态，是对疾病当前本质所做的判断^[10]。状态是中医辨证诊断的核心，中医对“证”的辨识实质上就是对当前疾病状态的辨识。中医的状态强调从宏观、中观、微观3个层面对病、证、生理病理特点、体质等内容进行分析判断，最终得到健康状态。系统生物学是以整体性研究为特点的一门科学，糖组学便是其中的一部分。糖组是细胞或生物体内所有的糖链。糖组具有一定的功能，在生命过程中，糖类不仅可以直接以多糖或者游离寡糖的形式，还可以以糖复合物（蛋白多糖、糖蛋白、糖脂等）的形式参与其中，而且，糖复合物还参与了许多疾病的发生发展的过程中。

糖组正常的空间结构以及正常的功能状态是维持人体正常生命活动的重要条件之一。糖组的生理特点体现在人体的正常生理特点，是中医状态中未病状态的微观参数。人在应对外界因素相对缓和的刺激的时候，能够凭借“阴阳自和”的自身的调节机制，将状态控制在未病或欲病状态，而不向疾病状态转变。当外界刺激程度超

过人体自身调节能力的范围的时候，人的状态将要进入疾病状态。在外界致病因素的刺激下，人体内的糖组将发生相应的异常结构化，导致糖组的空间结构及其功能发生改变，最终导致疾病的发生，人体的状态发生了变化。在疾病发生发展过程中，糖组的变化起了重要作用。

借助糖组学的方法对中医状态进行研究不失为一个好想法。在状态的生理特点方面，糖组学可以通过研究人体正常生理状态下的糖组分布、结构及其功能。在疾病状态下（即已病状态），糖组因外界强烈的刺激，超过机体自身调节机制的调节范围，而发生相应的变化，表现出疾病的状态。糖基化是蛋白质翻译后重要的修饰形式，人体内的糖组发生改变，造成糖缺乏糖蛋白综合征、白细胞黏附缺陷Ⅱ型、先天性红细胞生成不良性贫血Ⅱ型、半乳糖血症、Ehlers-Danlos综合征等疾病。现代研究表明^[11]，在疾病发生发展的过程中，尤其是癌症，由于寡糖链代谢酶类的活力改变，可引起糖链结构的异常，进而导致糖蛋白及其所在细胞的功能失常，甚至出现恶性表型，如恶性肿瘤。因此，通过对糖组学的研究，可以丰富中医状态的微观参数，为状态的微观辨识提供一定的参考，并为建立中医微观辨识的数据库提供参考数据。

4 思考与展望

在外界环境因素、致病因素的刺激下，生物体内的糖组会发生变化，而健康状态在不同外界因素刺激下，也会发生相应的改变，轻则处于未病、欲病状态，重则进入已病状态。糖组学能够在微观层面为健康表征信息的采集、健康状态辨识提供依据。而且通过糖组学的实验技术方法采集的表征信息，便于客观化、标准化，有助于微观层面的状态模型建立，有利于探索中医状态的物质基础。运用糖组学的实验研究方法研究中医状态的过程中，在寻找不同健康状态下的特异性糖组的同时，还应考虑不同糖组之间与状态的联系。在微观层面对健康状态进行分析的过程中，可以结合其他组学（如基因组学、转录组学、蛋白组学、代谢组学等）的内容，从微观层面上，对不同层次的微观物质进行动态地分析；还可以结合中观、宏观层面上的信息参数，借助计算机进行分析。

目前糖组学在中医状态研究中的应用还处于起步阶段，尚有许多问题需要解决。（1）由于糖组学的研究需要进行高通量的检测，研究成本较高，设备成本较高，科研单位难以有充足的资金引进相关设备用于研究；（2）目前在中医状态研究中，糖组学的应用不多，数据规模也不大，难以形成完备的数据库；（3）糖组学的数据样本量较小，得出的结论不全面，难以整体诠释中医状态的物质基础；（4）目前通过糖组学研究中医状态的文献很少，还需要大量的生理状态研究做背景，以便于建立数据模型。

虽然在糖组学的研究过程中存在一些困难，但系统生物学的方法正在被广泛地应用于中医学的研究当中，

证候、体质、疾病、状态等方面的研究，均能借助糖组学的方法。因此，在提供组学平台设备、加强组学技术力量基础上，运用系统生物学的糖组学技术，深入研究病、证、生理特点、病理特点等中医状态。

参考文献

[1] 李灿东. 中医状态学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 6.

[2] 余占海, 赵健雄. 对我国中西医结合医学发展的一点认识和思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(8): 749-752.

[3] 李铮. 糖组学研究技术[M]. 北京: 高等教育出版社, 2015: 1.

[4] 杨楠. 基于质谱技术对免疫球蛋白 N-糖基化定量分析方法建立与应用[D]. 上海: 第二军医大学, 2016.

[5] Hossler P. Protein glycosylation control in mammalian cell culture: past precedents and contemporary prospects[J]. Adv Biochem Eng Biotechnol, 2012, 127: 187-219.

[6] 刘夏薇, 安然, 于汉杰, 等. 糖组学在乳腺癌中的研究进展[J]. 中国科学: 生命科学, 2016, 47(7): 827-838.

[7] 舒健, 于汉杰, 刘夏薇, 等. 胃癌相关糖蛋白糖链谱的研究进展[J]. 生物化学与生物物理进展, 2016, 43(5): 449-460.

[8] 张博. IgG 糖基化修饰在 SLE 发病中的意义[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2016.

[9] 王健. 系统性红斑狼疮 P 糖蛋白基因多态性及血清糖蛋白糖基化修饰的研究及意义[D]. 南宁: 广西医科大学, 2015.

[10] 李灿东, 吴承玉. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 4.

[11] 吴梧桐. 生物化学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 129.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 林雪娟 收稿日期: 2019-07-12)

肝衰竭的中医诊治

刘汶¹ 李梦缘¹ 程红杰² 牛昉² 王仲霞³

[1] 首都医科大学附属北京中医医院肝病科, 北京 100010; 2 北京中医药大学房山区医院脾胃病中心, 北京 102400; 3 解放军总医院第五医学中心肝病科(原 302 医院), 北京 100039

摘要: 肝衰竭是多种因素引起的严重肝脏损害, 导致其合成、解毒、排泄和生物转化等功能发生严重障碍或失代偿, 出现以凝血机制障碍和黄疸、肝性脑病、腹水等为主要表现的一组临床症候群。肝衰竭病情进展迅速, 病死率高, 预后差。病因多为疫毒或湿毒痰邪, 病机多为疫毒炽盛, 直中肝脏, 化火生风; 或热邪入里, 伤及营血阴液, 虚风内动; 或痰湿毒邪伤脾, 脾虚湿盛, 浊毒不化, 痰蒙清窍, 脉络瘀阻。病理因素多为毒、热、虚、风、痰、湿、瘀, 病机特点是疫毒炽盛, 湿热瘀阻或脾肾阳虚, 痰毒阻络。疫毒炽盛, 热入营血, 耗血动血, 则给予“凉血散血”, 予清热解毒, 凉血活血治疗; 脾肾阳虚、痰毒阻络则给予健脾温肾, 化痰泻浊, 活血通络, 宣畅气机治疗。而对于毒邪耗伤气阴, 脉络瘀阻者, 则应予益气养阴, 活血通脉治疗。

关键词: 急黄; 肝衰竭; 中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.040

文章编号: 1672-2779(2019)-23-0096-03

Traditional Chinese Medicine in the Diagnosis and Treatment Strategies of Liver Failure

LIU Wen¹, LIM engyuan¹, CHENG Hongjie², NIU Fang², WANG Zhongxia³

1. Department of Hepatology, Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China;

2. Spleen and Stomach Disease Center of Fangshan District, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 102400, China;

3. Department of Hepatology, the 5th Medical Centre, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100039, China

Abstract: Liver failure is a serious liver damage caused by many factors, which leads to serious disorders or decompensation of its functions such as synthesis, detoxification, excretion and biotransformation, and a group of clinical symptoms characterized by coagulation disorders and jaundice, hepatic encephalopathy, ascites, etc. Liver failure progresses rapidly with high mortality and poor prognosis. The etiology is mostly epidemic toxin, or dampness and phlegm. And the pathogenesis is mostly as follows: epidemic toxin is high enough to straightly damage liver and then cause fire and wind; or heat pathogen injures ying xue yin ye, which causes deficient internal wind move; or phlegm and dampness pathogens injure spleen, and then causes spleen deficiency and dampness accumulates, which leads to phlegm and blood stasis blocks. Pathological factors are toxin, heat, deficiency, wind, phlegm, dampness and blood stasis. Pathogenesis is characterized by virulence, damp-heat and blood stasis stagnation, or spleen-kidney Yang deficiency, phlegm-toxin blocking collaterals. When the epidemic virus is heavy, the heat enters yingxue and consumes blood, it is given the treatment of "cooling blood and dispersing blood", clearing away heat and detoxification, cooling blood and activating blood circulation. Spleen and kidney yang deficiency and phlegm toxin obstructing collaterals, are given the treatment of invigorating spleen and warming kidney, resolving phlegm and purging turbidity, activating blood and dredging collaterals, and expelling qi. For those whose qi and yin are damaged by toxic pathogens and obstructed by collaterals, they should be treated with supplementing qi and nourishing yin, activating blood circulation and dredging blood vessels.

Keywords: fulminant jaundice; liver failure, therapy of traditional Chinese medicine

肝衰竭是多种因素引起的严重肝脏损害, 导致其合成、解毒、排泄和生物转化等功能发生严重障碍或失代偿, 出现以凝血机制障碍和黄疸、肝性脑病、腹水等为主要表现的一组临床症候群。肝衰竭病情进展迅速, 病

死率高, 预后差。本文探讨一下肝衰竭的中医诊治。

1 病因病机

肝衰竭在中医学属于“急黄”范畴。“黄疸”之名首见于《黄帝内经》,《素问·六元正纪大论》曰:“湿热相

搏……民病黄疸。”东汉张仲景《金匱要略·黄疸病》提出“黄家所得，从湿得之”的病机理论。隋代巢元方《诸病源候论·急黄候》认为：“脾胃有热，谷气郁蒸，热毒所加……故卒然发黄，心满气喘、命在顷刻，故云急黄也。”孙思邈在《千金要方》中说：“凡遇时行热病，多必内瘀发黄。”沈金鳌在《沈氏尊生》中说：“天行疫病以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急。”清代张璐《张氏医通》曰：“诸黄虽多湿热，然经脉久病，不无瘀血阻滞也。”叶天士在《临证指南》中说：“阳黄之作，湿从热化，瘀热在里，胆热液泄。”肝衰竭临证特点多表现为：行为反常，性格改变，意识障碍，精神异常，黄疸，消化道出血，或严重出血倾向（皮肤瘀斑），极度乏力，纳差，不欲食，恶心呕吐，厌油腻，腹胀，腹水，或有神昏谵语，吐衄发斑，舌红绛无苔或苔黄厚干，脉细数；或有神情淡漠，嗜睡，倦怠乏力，面色㿔白，形寒肢冷，舌暗淡苔白厚腻，脉沉缓等。李筠认为慢加急性肝衰竭的核心病因病机为“肝、脾、肾”本虚，“湿、热、毒、瘀、痰”为标实，治疗多应用凉血解毒、祛湿化瘀或益气解毒、温阳化瘀^[1]。周小舟等^[2]通过对165例慢加急性、慢性肝衰竭患者进行系统回顾性研究，得到病位多以肝、脾、胆、胃、肾为主，辨证定性多以血瘀、湿热、热毒、气虚、肝郁为主。毛德文认为“毒邪”是肝衰竭发病的外因，“毒浊”是肝衰竭进展的内因^[3]。石清兰等^[4]通过总结提出“解毒化瘀”类中药或复方有促进肝细胞再生的作用，这可能与改善肝衰竭肝内微循环障碍有关。我们认为，其病因多为疫毒或湿毒痰邪，病机多为疫毒炽盛，直中肝脏，化火生风；或热邪入里，伤及营血阴液，虚风内动；或痰湿毒邪伤脾，脾虚湿盛，浊毒不化，痰蒙清窍，脉络瘀阻；疾病恢复期多有气阴两虚，脉络瘀阻。病理因素多为毒、热、虚、风、痰、湿、瘀，病机特点是疫毒炽盛，湿热瘀阻或脾肾阳虚，痰毒阻络。如果是疫毒炽盛，热入营血，耗血动血，则给予“凉血散血”，予清热解毒，凉血活血治疗；如果是脾肾阳虚、痰毒阻络则给予健脾温肾，化痰泻浊，活血通络，宣畅气机治疗。如果是毒邪耗伤气阴，脉络瘀阻者，则应予益气养阴，活血通脉治疗。

2 辨证施治

2.1 毒热炽盛 多见于急性肝衰竭，特征是起病急，发病2周内出现以Ⅱ度以上肝性脑病为特征的肝衰竭症候群；或亚急性肝衰竭，起病较急，发病15d~26周内出现肝衰竭症候群；或慢加急性肝衰竭，是在慢性肝病基础上出现的急性肝功能失代偿；也可见于部分慢性肝衰竭患者，是在肝硬化基础上，肝功能进行性减退导致的以腹水或门静脉高压、凝血功能障碍和肝性脑病等为主要表现的慢性肝功能失代偿。急性肝衰竭多病势凶险，高热烦渴，或渴不欲饮，胸腹胀满，黄疸迅速加深，烦躁不

安，神昏谵语，皮肤瘀斑，舌红绛，苔黄腻，脉弦数。付德才认为肝衰竭早期为感受疫毒之邪，热毒炽盛，应以驱邪为主；慢加急性肝衰竭多伏邪里发，表现为湿热里证^[5]。治法当清营凉血、泻火解毒。肝衰竭前驱期及早期时间较短，应予雷霆之力截断治疗。毒热炽盛证是肝衰竭中的常见证型之一，应当予以积极治疗，避免或减缓病情发展。张荣臻等^[6]将120只大鼠随机分组并构建肝衰竭大鼠肝再生模型，通过观察血清指标及存活情况，得出高剂量大黄、赤芍能够改善肝衰竭大鼠肝脏生化指标，促进肝功能恢复，并降低死亡率。我们认为这是热入营血，治法应以清热解毒，凉血救阴为主。方药：犀角地黄汤加减（犀角或水牛角替代、羚羊粉、鲜生地、牡丹皮、赤芍（大剂量，多在30g以上）、玄参、麦冬、蒲公英、草河车、板蓝根）。加减：阳明腑实证，加用生大黄、芒硝等通腑泄热；痰热蒙闭心包而见神志昏迷者，可用安宫牛黄丸或局方至宝丹，或以生大黄、赤芍、牡丹皮等保留灌肠；黄疸色深重者，加茵陈（大剂量，30~60g）、赤芍（60~90g）、栀子、酒大黄等；伴有消化道出血者，可用白及、大黄炭、生地炭、小蓟、白茅根煎汤，加入三七粉9g或云南白药2g，从胃管灌服。正如叶天士所说：“入营犹可透热转气，如犀角、玄参、羚羊角等物；入血就恐耗血动血，直须凉血散血，加生地、丹皮、阿胶、赤芍等物。否则前后不循缓急之法，虑其动手便错，反致慌张矣。”

2.2 脾肾阳虚 多见于慢性肝衰竭，也可见于部分慢加急性肝衰竭以及部分亚急性肝衰竭患者。证候常见黄疸色不鲜，面色㿔白，神疲倦怠，口中黏腻，喉中有痰声，腰膝冷痛，腹胀尿少，便溏，舌淡胖，脉细小。陈月桥^[7]等将260例慢加急性肝衰竭阴黄证患者随机分为以西医综合治疗为主的对照组及在此基础上加予茵陈四逆汤的治疗组，通过比较治疗前后患者症状体征积分、肝功能等指标，治疗8周后总有效率及随访患者存活率治疗组均优于对照组，且差异有统计学意义。我们认为，这是脾肾阳虚、水湿不化、痰毒瘀阻，治法：温脾肾，化浊毒，开清窍。方药：茵陈四逆汤合菖蒲郁金汤加减（茵陈、干姜、附子、桂枝、茯苓、白术、甘草、藿香、石菖蒲、郁金）。阴寒重，嗜睡或表情淡漠者，加用苏合香丸；深度昏迷患者，色败脉微，呼之不应，宜急用参脉注射液静脉点滴；四肢厥冷者，用大剂量参附汤，从胃管灌入。大剂量腹水，可用甘遂、芫花、大戟、二丑研末，用凡士林、黄酒或醋调匀后放入神阙（肚脐眼），用胶布固定，每日6~8h。

2.3 气阴两虚 脉络瘀阻 多见于慢加急性肝衰竭及慢性肝衰竭。证候常见极度乏力，面色黧黑，黄疸晦暗，皮肤花纹瘀斑，两胁胀痛，尿少甚或无尿，舌质暗红或绛，苔少或薄白，脉弦细涩。马文峰等^[8]建立了慢性肝衰竭

内毒素血症大鼠模型并检测大鼠血清内毒素与细胞因子,通过实验得出生脉散通过调节内毒素及细胞因子水平起到了治疗作用。我们认为,慢性肝衰竭或者慢加急性肝衰竭由于病程长,疾病经年不愈,耗伤其阴,可以导致气阴两虚;在急性肝衰竭的恢复期也常常出现气阴两虚之证候,治法给予益气救阴,活血化瘀。方药:生脉饮合桃红四物汤加减(人参、麦冬、五味子、生黄芪、黄精、桃仁、红花、当归、熟地黄、阿胶珠、白芍、生甘草)。

3 医案举隅

刘某,女,52岁。因“腹部胀大1周伴恶心呕吐1天”入院。患者既往有不明原因肝硬化病史9年,反复发作上消化道出血、腹水。曾在外院多次做胃镜下硬化治疗。近一周无诱因出现腹部胀大,伴恶心呕吐,极度乏力,纳差,夜寐不安,大便不畅,遂来就诊。查体可见腹部膨隆,可见脐疝,无压痛、反跳痛及肌紧张。肝脾未及,莫非氏征(-),腹水征(+),双下肢无水肿。舌红少津,苔少,脉弦细。实验室检查:白细胞(WBC) $2.1 \times 10^9/L$,血小板(PTL) $25 \times 10^9/L$,凝血酶原活动度(PTA) 38.9%,血肌酐(CR) $152 \mu\text{mol/L}$,总胆红素(TBIL) $51 \mu\text{mol/L}$,直接胆红素(DBIL) $21.7 \mu\text{mol/L}$,白蛋白(ALB) 31.2g/L (给予白蛋白治疗之后所查),胆碱酯酶(CHE) 2136 U/L,前白蛋白(PA) 7.2mg/dL ,胆固醇(CHOL) 2.13mmol/L ,甘油三酯(TG) 0.41mmol/L ,B超:符合肝硬化,肝体积缩小,回声不均,门静脉增宽,胆囊壁增厚,脾大,脾静脉增宽,大量腹水。西医诊断:肝硬化,慢性肝衰竭,腹腔积液,脾功能亢进,白细胞减少症,血小板减少症。中医诊断:臌胀(脾肾阳虚,水湿内停),治法:健脾温肾,渗湿利水,兼滋补肝肾阴血。

方药:淡附片 10 g,桂枝 10 g,生黄芪 50 g,茯苓 30 g,生白术 30 g,熟地黄 15 g,黄精 30 g,阿胶 10 g,猪苓 30 g,泽泻 10 g,泽兰 30 g,生杜仲 15 g,牛膝 15 g,桑寄生 15 g,茵陈 30 g,马鞭草 30 g,水红花子 10 g,当归 15 g,丹参 30 g,鳖甲 15 g,生牡蛎 15 g。7付。煎煮 400 mL,分温 2 服。

药后患者腹部胀大改善,乏力缓解,恶心呕吐消失,纳食正常,睡眠好,大小便正常。遂自行要求出院,未进一步复查。

按语:慢性肝衰竭是在肝硬化基础上,肝功能进行性减退和失代偿。诊断要点为:(1)有腹水或其他门静脉高压表现;(2)可有肝性脑病;(3)血清总胆红素升高,白蛋白明显降低。(有凝血功能障碍), $\text{PTA} \leq 40\%$ ^[9]。该患者既往有不明原因肝硬化病史9年,反复发作上消化道出血、腹水。实验室检查提示胆红素增高、白蛋白降低,凝血酶原活动度(PTA) 38.9%,符合慢性

肝衰竭诊断。患者肝硬化多年,损伤肝脾。《金匱要略》:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。四季脾旺而不受邪。”由于肝属木,脾属土,肝木克土,肝病导致脾失健运,脾虚不能运化水湿,故反复出现腹水;而脾主统血,脾虚失于固摄,故反复出现上消化道出血。近一周因不明原因导致疾病加重,脾虚湿盛,故见腹水加重,大量腹水而见脐疝;脾胃不和,胃失和降,胃气上逆,故见纳差,恶心呕吐;脾虚不能运化水谷精微,气血不足,不能荣养肌肉及五脏六腑、四肢百骸,故见极度乏力;《黄帝内经》言:“胃不和则卧不安”,脾胃虚弱,气血化生不足,心神失养,故见眠差。舌红少津,苔少,脉弦细,本为肝肾阴虚之征象。但是综合其病史及临床表现,考虑其为脾肾阳虚,兼有肝肾阴虚,这是因为阴阳互根,相互消长,阳虚日久,必及阴损所致。从证候、病史,辨证为脾肾阳虚,水湿内停。治以健脾温肾,渗湿利水,兼滋补肝肾阴血。这也是取张景岳“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷;善补阴者,必于阳中求阴,则阴得阳生而泉源不竭”之意。方中附子、桂枝温通阳气,为君药。生黄芪升提阳气、补气利水,茯苓、猪苓、白术、泽泻健脾益气、淡渗利湿,共为臣药。熟地黄、黄精、当归、阿胶滋补肝血,生杜仲、牛膝、桑寄生滋补肝肾,为阴中求阳之意;马鞭草、茵陈清热利湿,反佐桂附热性又能利水;鳖甲、牡蛎咸寒,软坚散结;丹参、泽兰活血利水,共为佐药。诸药共用,起到健脾温肾,滋补肝肾,渗湿利水,活血消癥之效。故用药后患者诸症缓解。

参考文献

- [1] 王敏,宫嫚,唐金模,等.李筠中医治疗慢加急性肝衰竭经验[J].中华中医药杂志,2018,33(6):2419-2421.
- [2] 周小舟,黄俏光,孙新锋,等.肝衰竭中医证候分布规律研究[J].湖南中医药大学学报,2013,33(1):64-66.
- [3] 何发娟,吕建林,裴燕燕,等.毛德文教授以毒邪-毒浊新学说指导治疗肝衰竭经验撷菁[J].四川中医,2018,36(3):17-19.
- [4] 石清兰,王明刚,王秀峰,等.肝衰竭肝微循环障碍与中医“瘀”证关系探讨[J].辽宁中医杂志,2018,45(2):272-274.
- [5] 李懿光,华忠,过小叶,等.付德才教授运用清热凉血调营法治疗乙型肝炎相关肝衰竭临床经验[J].中西医结合肝病杂志,2018,28(1):41-42.
- [6] 张荣臻,毛德文,王璐,等.不同剂量大黄、赤芍对肝衰竭大鼠肝功能的影响[J].辽宁中医杂志,2017,44(7):1518-1519.
- [7] 陈月桥,毛德文,唐农,等.茵陈四逆汤加减治疗慢加急性肝衰竭[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(18):163-166.
- [8] 马文峰,周小舟,孙新锋,等.生脉散调节大鼠慢性肝衰竭内毒素血症的机理研究[J].中医临床研究,2013,5(3):8-10.
- [9] 中华医学会感染病分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学会肝病分会重型肝病与人工肝学组.肝衰竭诊疗指南[J].中华肝脏病杂志,2006,14(9):643-646.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:陈 誥 收稿日期:2019-04-02)

清胞衣颗粒对流产后大鼠子宫组织的病理影响

刘墨林¹ 崔玮麟¹ 张童山¹ 李渊¹ 王杰琼^{1*} 王平²

(1 山东中医药大学药学院, 山东 济南 250355; 2 山东中医研究院中药药理实验室, 山东 济南 250000)

摘要:目的 研究并观察清胞衣颗粒对流产后大鼠子宫组织的病理影响。方法 大鼠交配后至阴道涂片镜检见精子,即为怀孕大鼠;怀孕大鼠用米非司酮和米索前列醇制备SD大鼠流产模型;以正常大鼠作为正常对照组,益母草作为阳性对照药,并将流产模型大鼠分为模型组、清胞衣颗粒高、中、低剂量组,并分组给药。各组于末次给药30 min后取子宫,分析各项子宫系数,并采用HE染色的方法观察各组子宫组织病理学变化。结果 通过观察不同实验组别的子宫系数和子宫HE染色切片:与正常对照组比较,模型组的子宫系数差异明显($P<0.01$);与模型组比较,清胞衣颗粒组的大鼠子宫系数较小($P<0.01$),没有明显的水肿、内膜增厚和中性粒细胞的炎症细胞浸润等症状。结论 清胞衣颗粒对大鼠流产后子宫组织的状态有明显的修复作用,可减少子宫出血,促进恶露排出,避免细胞坏死、水肿和子宫炎症等不良反应。

关键词:清胞衣颗粒;大鼠流产模型;子宫组织;HE染色切片

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.041

文章编号:1672-2779(2019)-23-0099-04

The Pathological Effect of Qingbaoyi Granule on the Uterine Tissue of Postpartum Rats

LIU M olin¹, CUI W eilin¹, ZHANG Tongshan¹, LI Y uan¹, W ANG Jieqiong¹, W ANG Ping²

1. Department of Pharmacy, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China;

2. TCM Pharmacology Laboratory, Shandong Academy of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250000, China

Abstract: Objective To study and observe the pathological effect of Qingbaoyi granule on the uterine tissue of postpartum rats. **Methods** After mating, the sperm could be detected by vaginal smear microscopy, and it could be inferred that the rats were pregnant. Mifepristone and misoprostol were used to prepare SD rats abortion model after conception. The normal rats were taken as the normal control group, and Yimu as positive control drug and the abortion model rats were divided into the model group, the high, medium and low dose groups of Qingbaoyi granule, and were administered in groups. The uterus of each group was taken 30 minutes after the last administration. The various uterine coefficients were analyzed. And HE staining was used to observe each group pathological changes result of uterine tissue. **Results** By observing the uterine coefficient of different experimental groups and the uterine HE sections, it was found that the uterine coefficient of the model group was significantly different from that of the normal control group ($P<0.01$). Compared with the model group the uterine coefficient of rats in the Qingbaoyi granule group was lesser ($P<0.01$), without obvious symptoms of edema, intimal thickening and inflammatory cells infiltrating neutrophils and other symptoms. **Conclusion** It was verified by experiment that the condition of the uterus after the abortion was significantly improved, which was beneficial to reduce uterine bleeding, promote the expulsion of lochia and prevent cell necrosis, edema and uterine inflammation.

Keywords: Qingbaoyi granule; rat abortion model; uterine tissue; HE sections

目前,我国人工流产已达到较高数量,有研究显示,我国每年约有1000万例人工终止妊娠^[1],其中重复流产率更是高达50%以上^[2],且流产妇女的年龄有年轻化趋势^[1]。子宫为妇女生产前后变化最大的器官,常出现的病症有产后子宫收缩不好、有压痛、恶露持续不断等^[3]。由流产所导致的最严重问题是子宫出血量大、恢复时间久和恢复不完全等^[4]。产后子宫功能的恢复对于产后妇女来说是尤为重要的^[5]。清胞衣颗粒中包含赤芍、蒲黄、桃仁、益母草等中药^[6]。目前已知清胞衣颗粒主治血瘀内停胞宫证,对药物引起的不完全流产有较好的医治效果,但对于此药物的作用机制与规律仍然不清。本实验旨在通过分析子宫系数和子宫组织HE病理染色切片,观察清胞衣颗粒对大鼠流产后子宫的病理影响和修复功能。

1 材料与方法

1.1 实验材料

1.1.1 实验动物 SD大鼠60只,均为雌鼠,体质量(200±20)g,由北京维通利华实验动物技术有限公司提供,大鼠饲养于23~25℃的环境中,自由进食、饮水。动物许可证号:SCXK(京)2016-0006。

1.1.2 实验药品及试剂 米非司酮混悬液,由上海新华制药有限公司提供,批号:c019170901;米索前列醇,由浙江仙琚制药股份有限公司生产,批号:170903;清胞衣颗粒,自制。益母草颗粒,由河南辅仁堂制药有限公司生产,批号:20161102;蒸馏水;4%甲醛溶液,由莱阳市康德化工有限公司生产,批号:20140326;无水乙醇,由国药集团化学试剂有限公司生产,批号:100092683;二甲苯,由国药集团化学试剂有限公司生产,批号:10023418;苏木素染液套装,由武汉谷歌生

* 通讯作者:jieqiong2016@126.com

物科技有限公司生产,批号:G1005;盐酸,由国药集团化学试剂有限公司生产,批号:10011008;氨水,由国药集团化学试剂有限公司生产,批号:10002118;中性树胶,由国药集团化学试剂有限公司生产,批号:10004160。

1.1.3 仪器 脱水机,型号JJ-12J,由武汉俊杰电子有限公司生产;包埋机,型号JB-P5,由武汉俊杰电子有限公司生产;病理切片机,型号RM2016,由上海徠卡仪器有限公司生产;冻台,型号JB-L5,由武汉俊杰电子有限公司生产;组织摊片机,型号KD-P,由浙江省金华市科迪仪器设备有限公司生产;烤箱,型号GFL-230,由天津市莱玻瑞仪器设备有限公司生产;载玻片及盖玻片,型号10127105P-G,由江苏世泰实验器材有限公司生产;正置光学显微镜,型号Nikon Eclipse E100,由日本尼康生产;成像系统,型号NIKON DS-U3,由日本尼康生产。

1.2 实验方法

1.2.1 流产模型的制备 取成年健康的大鼠,雌雄以2:1合笼使其自行交配,此后每24h阴道涂片镜检一次,直至镜检结果见精子,即雌鼠受孕第1天,此后正常自由进食饮水。第7天将动物(雌性大鼠)随机选取10只做为正常对照组,其余大鼠均继续造模。要进行造模的大鼠均灌胃喂予剂量为8.3 mg/kg的米非司酮混悬液(早上8:30)和剂量为126 mg/kg的米索前列醇(下午4:30)3d,此时造模后的大鼠即为所需的流产模型,继而将流产模型的大鼠分为模型对照组、益母草组和清胞衣颗粒高、中、低剂量组,共6组,每组10只并分组给药。每组大鼠均等体积灌胃给药,共观察5d。最后一次给药30min后处死,取子宫待测相关指标。

1.2.2 子宫组织病理学观察 本实验采取子宫组织进行HE染色切片法观察不同组中药物对大鼠产后恢复的影响。取出大鼠左半边子宫阴道端,用甲醛溶液固定好后制成HE石蜡染色切片,放于电镜下做病理学观察。

HE染色切片制作基本步骤如下:用10%中性甲醇溶液固定子宫组织;用浓度逐渐升高的乙醇进行脱水;浸入石蜡,60℃包埋;切片;30%酒精初展;将标片放置于烤箱中约30min;脱蜡,用浓度从低到高的乙醇和水冲刷;苏木染色;查看蓝化情况,返蓝;伊红染色;脱水、封片;显微镜镜检,图像分析。

1.2.3 统计学方法 子宫系数用SPSS软件处理,采取单因素方差分析,实验数据以($\bar{x} \pm s$)表示,组间均数比较采用t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 子宫系数 益母草组的子宫系数与空白对照组相比差异有显著统计学意义($P < 0.01$);益母草组和清胞衣颗粒中剂量组的子宫重量与模型组相比差异有统计学意义($P < 0.01$),清胞衣颗粒低剂量组的子宫系数与模型组相

比差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1、图1。

表1 清胞衣颗粒对流产大鼠子宫系数的影响 ($\bar{x} \pm s$)

组别	鼠数	给药剂量 (g/kg 体重质量)	子宫系数(%)
正常对照组	10	同体积的水	0.170 0 ± 0.0126 5
模型组	10	同体积的水	0.238 3 ± 0.0137 6**
益母草组	10	0.47	0.171 7 ± 0.0168 2##
清胞衣颗粒高剂量组	10	0.8	0.196 7 ± 0.0049 4
清胞衣颗粒中剂量组	10	0.4	0.175 0 ± 0.0056 3##
清胞衣颗粒低剂量组	10	0.2	0.206 0 ± 0.0107 7#

注:与正常对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与模型组比较,## $P < 0.05$,# $P < 0.01$

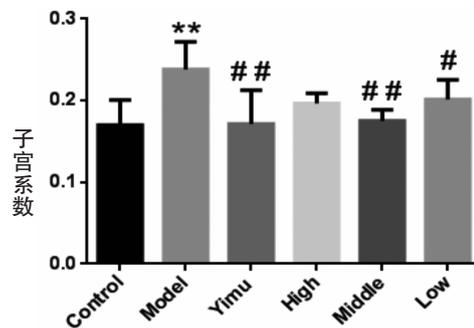
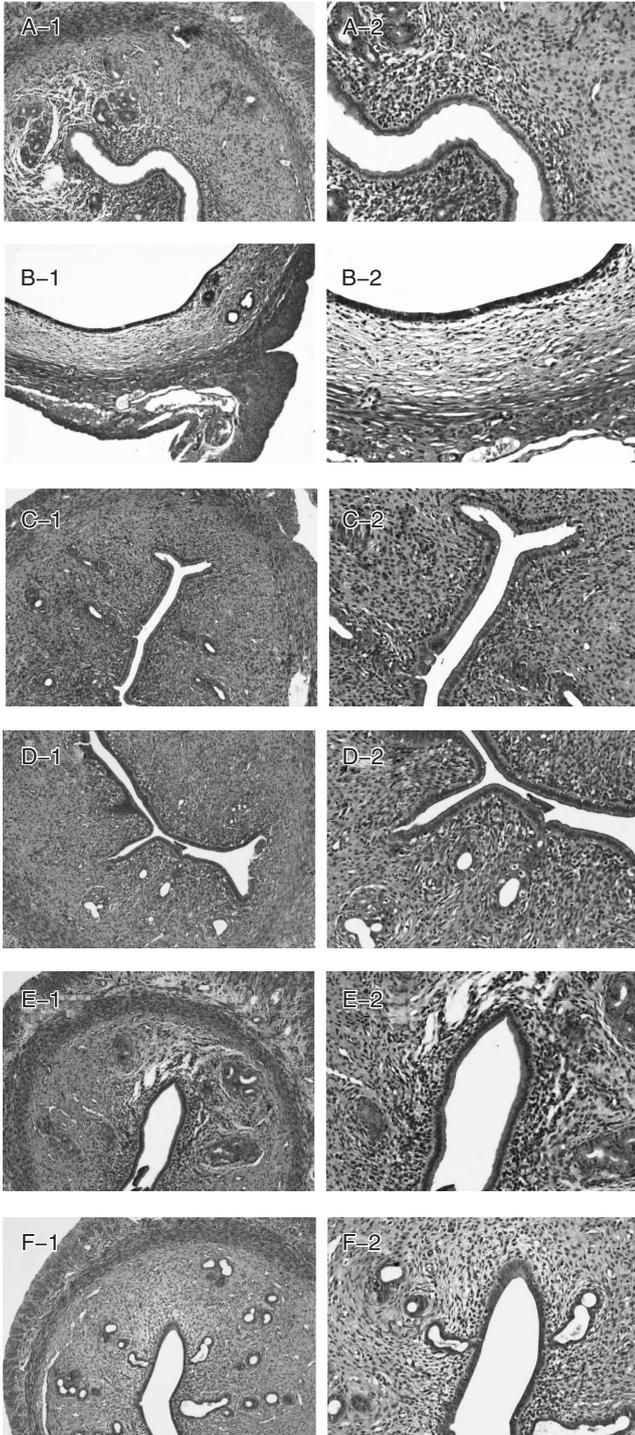


图1 各组大鼠的子宫系数差异分析

2.2 子宫组织形态学 正常对照组:由黏膜层可见子宫内层为单层上皮细胞;固有层胶原含量丰富,结构紧密,浆膜层结构正常,组织未见其它明显异常。模型组:可见局部子宫内层较厚,为复层上皮;少量上皮细胞及腺上皮细胞点状坏死,胞核固缩深染或碎裂溶解,胞质嗜酸性增强,固有层水肿,结缔组织疏松,并伴有中等量中性粒细胞等炎症细胞浸润。益母草组:组织黏膜层可见子宫内层上皮细胞为单层上皮,固有层胶原含量丰富,结构紧密,并伴有中性粒细胞等炎症细胞浸润,肌层亦可见少量炎症细胞浸润。清胞衣颗粒高剂量组:组织黏膜层可见子宫内层上皮细胞为单层上皮,并可见少许内层上皮细胞及较多腺上皮细胞坏死,胞核固缩深染或破裂消融,胞质嗜酸性加强;固有层胶原含量丰富,结构紧密,并伴有较多以中性粒细胞为主的炎症细胞浸润。清胞衣颗粒中剂量组:组织黏膜层可见子宫内层上皮细胞为单层上皮,未见明显炎症反应;组织未见其它显著异常。清胞衣颗粒低剂量组:组织黏膜层可见子宫内层上皮细胞为单层上皮,可见少量内层上皮细胞及腺上皮细胞坏死,胞核固缩深染或碎裂溶解,胞质嗜酸性增强;固有层可见较多炎症细胞浸润,局部固有层水肿,结缔组织疏松;组织未见其它显著异常。

综上所述,正常对照组的大鼠子宫内层为单层上皮细胞,各组织正常,无炎症反应;模型组大鼠的子宫内层较厚,固有层水肿,呈现出有中性粒细胞的炎症细胞浸润;其余各组的子宫内层均为单皮上层细胞。但除清

胞衣组中的大鼠子宫组织形态和各项数据正常外,其他组别都有不同程度的水肿和炎症反应。见图2。



A-1、A-2.正常对照组;B-1、B-2.模型组;C-1、C-2.清胞衣颗粒高剂量组;D-1、D-2.清胞衣颗粒中剂量组;E-1、E-2.清胞衣颗粒低剂量组;F-1、F-2.益母草组

图2 药物流产大鼠 HE 子宫染色切片(HE × 100;HE × 200)

3 讨论

清胞衣颗粒的主要成分有赤芍、蒲黄、桃仁、益母草四味中药。研究表明,赤芍中的主要有效成分——赤芍总苷可减少血小板和红细胞的集聚,并减少血栓形成

的概率^[7-8]。蒲黄的功效为止血化瘀通淋,经研究,证明其可兴奋子宫收缩、降血脂^[9-10]。桃仁可通过改善血流动力学,实现活血化瘀的作用^[11]。益母草是一种活血化瘀的常用药,多用于治疗产后瘀血腹痛、血液流通不畅、月经紊乱等症,目前发现起主要作用的化学成分为生物碱类、二萜类、环形多肽类等^[12]。因此对于流产后子宫恢复具有良好的疗效。

本实验结果表明,模型组对比空白对照组的子宫系数显著升高,说明本实验成功造模,模型组大鼠药物流产后确有恶露排出不尽的病症;益母草组、清胞中组和清胞低组比模型组的子宫系数显著降低,这说明清胞衣颗粒对流产模型大鼠有促进子宫收缩的作用,可促进产后恶露排出和子宫内膜脱落。根据 HE 染色切片图像分析,清胞中组的各项指标与正常对照组基本无异,说明清胞衣颗粒对流产的大鼠子宫有明显的修复作用。而且,清胞衣颗粒的剂量对修复程度也起到关键作用,本实验中,清胞中组(0.4 g/kg)的子宫病理切片并未出现细胞坏死与炎症反应,表明使用中剂量清胞衣颗粒的修复效果明显优于其余组别。

彭晋^[13]、王慧^[14]等的研究表明,益母草组子宫组织病理切片显示子宫内较干净,轻度蜕膜,瘀血已去除并修复血管,且都无炎症的反应,均可表明药物对流产子宫有修复作用。李霞^[15]等研究发现,益母草碱可促进内膜绒毛的脱落和瘀血恶露的排出,增强子宫平滑肌收缩,最终可以有效修复流产后子宫内膜的破损。在本次的研究中,益母草组虽比模型组的子宫系数明显降低且子宫受损较轻,但仍有炎症反应出现;因而可知,清胞衣颗粒对子宫的修复作用优于单味益母草。在诸多中医药研究中,可加快修复子宫内膜的药方都多用化瘀止血类中药,这更能从药物组成上力证清胞衣颗粒有良好的子宫修复作用。

综上所述,清胞衣颗粒可有效修复流产导致的子宫损伤。其中几味药根据功效可推测出,赤芍与蒲黄主要用于流产后子宫内膜的愈合,有效缩短出血时间,减少疼痛;桃仁活血的功效可预防内膜上皮细胞的坏死;益母草则在多个研究中被证明可减少流产后子宫瘀血。但具体作用机制及清胞衣颗粒的具体使用剂量现仍不明,需要在后续的研究中给予补充。

参考文献

- [1] 程怡民,任姗姗.中国人工流产服务现状、问题与对策[J].中国计划生育和妇产科,2011,3(5):5-8.
- [2] 何慧丽,李晓荷,金敏丽,等.妇女重复人工流产状况及影响因素探讨[J].中国卫生产业,2018,15(4):160-162.
- [3] 康美霞,游丽亚.多次人工流产对子宫内膜的危害及应对措施[J].吉林医学,2011,32(10):1920-1921.
- [4] 乐杰.妇产科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004,397-400,115-117.

- [5] 王柳燕. 产后子宫恢复和护理[N]. 医药导报, 2007-09-06(B09).
- [6] 孙晓彤, 刘善新, 苏酪, 等. 正交试验法优选清胞衣颗粒水提工艺[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(2):348-351.
- [7] 王琳琳, 丁安伟. 赤芍总苷对大鼠血瘀证模型的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2011, 27(6):552-554.
- [8] 杨琪伟, 杨莉, 熊爱珍, 等. 赤芍与白芍抗血小板凝集作用的 UPLC-MS 代谢组学初步研究[J]. 中国中药杂志, 2011, 36(6):698-701.
- [9] 焦增华, 杨亚军, 刘希望, 等. 蒲黄药理作用研究进展[J]. 中兽医医药杂志, 2017, 36(3):85-88.
- [10] 林忠万, 文景爱, 李颖. 蒲黄煎液对子宫平滑肌电活动的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(2):44, 47.
- [11] 赵永见, 牛凯, 唐德志, 等. 桃仁药理作用研究近况[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(4):888-890.
- [12] 张雪, 宋玉琴, 杨雨婷, 等. 益母草活血化痰化学成分与药理作用研究进展[J]. 药物评价研究, 2015, 38(2):214-217.
- [13] 彭晋. 调肝止血法、活血祛瘀法、补气摄血法对中孕大鼠药流后子宫复旧的比较研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2009.
- [14] 王慧, 谢波, 陈小平, 等. 补肾中药对药物流产大鼠子宫内层修复作用的研究[J]. 新中医, 2017, 49(2):1-3.
- [15] 李霞, 陈飞虎, 袁凤来, 等. 益母草碱对药物流产后大鼠子宫的作用研究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2009, 14(5):481-486.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:牟翔宇 收稿日期:2019-02-25)

基于中药质量常数的牡丹皮饮片等级研究

齐静静

(营口市中医院药剂科, 辽宁 营口 115000)

摘要:目的 探究中药质量常数的牡丹皮饮片等级, 明确等级划分的评价方法。方法 观察并测量牡丹皮饮片的形态指标, 采用高效液相色谱法(HPLC)测定牡丹皮饮片中各成分及含油量, 根据计算出的牡丹皮饮片质量参数将其进行等级划分。结果 按照牡丹皮饮片质量参数可将其划分为 3 个等级, 其中一级质量常数 ≥ 1.56 , 二级质量常数 < 1.56 , 且 ≥ 1.12 , 三级质量常数 < 1.12 。结论 将牡丹皮饮片的外在特征及内在质量联系在一起进行观察, 能够较为客观的对牡丹皮饮片等级进行划分, 为其等级标准提供有效参考。

关键词: 中药质量常数; 牡丹皮饮片; 高效液相色谱法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.042

文章编号:1672-2779(2019)-23-0102-03

Study on the Grade of Peony Bark Pieces Based on the Quality Constant of Traditional Chinese Medicine

Q I Jingjing

Pharmacy Department, Yingkou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Yingkou 115000, China

Abstract: Objective To explore the grade of peony bark of Chinese medicine quality constant and to clarify the evaluation method of grade division. **Methods** The morphological indexes of peony bark pieces were observed and measured. The components and oil content of peony bark pieces were determined by high performance liquid chromatography (HPLC). The quality parameters of peony skin pieces were classified according to the calculated quality parameters. **Results** According to the quality parameters of the peony bark, it can be divided into three grades, wherein the first-order mass constant is greater than or equal to 1.56, the second-order mass constant is less than 1.56, and greater than or equal to 1.12, and the third-order mass constant is less than 1.12. **Conclusion** The external characteristics and intrinsic quality of the peony bark pieces can be observed together, which can objectively classify the peony skin pieces and provide an effective reference for their grading standards.

Keywords: quality constant of traditional Chinese medicine; peony bark pieces; high performance liquid chromatography

牡丹皮饮片是临床常见中药, 主要成分为丹皮酚^[1]。据 2015 版《中华人民共和国药典》^[2-3]中指出, 针对牡丹皮质量的评定标准取决于丹皮酚的成分含量, 牡丹皮中主要活性成分包括丹皮酚及芍药苷类, 其中芍药苷类为牡丹皮一大类成分, 具有多种生物活性, 对于心血管、中枢神经系统及平滑肌等方面有显著药效。目前, 临床大多文献及资料均以丹皮酚及芍药苷为指标评定牡丹皮及相关制剂的质量。在《七十六种药材商品规格标准》^[4-5]中, 将牡丹皮主流商品按照长度及粗细程度作为判定标准, 根据其长度及粗细不同分为一等、二等、三等及四等, 但跟条粗长的牡丹皮价格往往高于正常水平; 而关于牡丹皮质量的研究, 目前临床多集中在产地、

年限、炮制方法、牡丹皮中活性成分含量、根部活性成分含量等方面, 并未见系统性的牡丹皮规格等级及活性累积量之间的相关研究。本实验以市场销售的牡丹皮饮片为例, 将传统性状及内在质量进行结合, 根据中药质量参数对牡丹皮饮片的质量进行等级划分。

1 材料与方法

1.1 实验材料

1.1.1 仪器 采用美国 Agilent 公司生产的 Agilent1260 高效液相色谱仪、德国 Elma 公司生产的 S30H-D78224 型超声清洗器、瑞士 Mettler tole-do 公司生产的 AL204 型分析天平及精度为 0.001 mg 的 XP 型分析天平。

1.1.2 试剂 丹皮酚 (批号为 1107089-200506、中国食品

药品检定研究院、纯度100%)、芍药苷(批号110736-201539,中国食品药品检定研究院、纯度96.4%)、甲醇(色谱纯、美国TEDLA公司)、纯净水(屈臣氏蒸馏水)、磷酸(分析纯,中国医药集团上海化学试剂公司)。

1.1.3 药材 牡丹皮根系鲜品均采于安徽省亳州市各县镇,经安徽中医药大学教授鉴定为芍药科牡丹根系,将根系堆置发汗。取3株完整根系,将每株根系中所有的根分别剥取根皮,取出木心后晒干,详细测量根的长度和中部粗细程度,按照《七十六种药材商品规格标准》将牡丹皮每株根系中的根划分为一等、二等、三等及四等,另取出3根完整根系,分别将其根系中的主根、侧根和植根分开,剥取根皮及去除木心后晒干,打磨成分后备用;牡丹皮饮片分别从安徽亳州康美中药材专业市场、河北安国中药材专业市场、江西樟树中草药专业市场购买一等、二等、三等各3株的牡丹皮饮片样品,经安徽中医药大学教授鉴定为正品。

1.2 实验方法

1.2.1 中药质量常数 中药质量常数,定义为单位中药中成分的质量与其厚度的平方成反比,指出牡丹皮片形越大,其中成分含量越高,而在一定范围内,厚度越薄的饮片,其质量常数则越高。且《七十六种药材商品规格标准》中指出,片形越大,其等级越高;基于成分含量的评价方法中,其成分含量越高,对应片形越大,等级也越高。该结论明确指出,质量常数与饮片大小、指标成分含量成正比,并与饮片质量方法与传统性状评价方法整体思想及结论相一致。

1.2.2 形态参数测定 针对牡丹皮详细测量其根的长度和中部粗细程度,针对牡丹皮饮片则测量其厚度、长度、宽度及质量。

1.2.3 丹皮酚及芍药苷含量测定 精密称取芍药苷2.13 mg,置于5 mL容量瓶中,加以甲醇至刻度,摇匀即可得芍药苷对照品溶液;精密称取丹皮酚6.58 mg,置于25 mL容量瓶中,加以甲醇至刻度,摇匀即可得丹皮酚对照品溶液;取以上两种成分的对照品溶液各1 mL,混合均匀后得到混合对照品溶液,其中芍药苷和丹皮酚浓度分别为0.213/0.132 mg/mL,对照品溶液进样用0.45 μm的微孔滤膜过滤。精密称取牡丹皮粉末0.5 g,加甲醇50 mL,称质量,超声提取30 min后放冷,并甲醇补足质量,取续滤液用0.45 μm微孔滤膜过滤,取续滤液得到供试品溶液。测定色谱条件为:Agilent HC-C₁₈ 色谱柱(250 mm×4.6 mm, 5 μm),流动相甲醇-水梯度洗脱,0~10 min,采用34%甲醇;10~12 min,采用34%~50%甲醇;12~32 min,采用50%甲醇,流速控制在1.0 mL/min,柱温度控制在30 ℃,检测波长控制在230 nm、274 nm,结果得出两种物质与其他物质分离度均大于1.5。

2 结果

测量结果指出,牡丹皮饮片及牡丹皮的质量常数与形状参数、丹皮酚、芍药苷含量均呈正比,按照牡丹皮饮片质量参数可将其划分为3个等级,其中一级质量常数≥1.56,二级质量常数<1.56,且≥1.12,三级质量常数<1.12,质量常数越高,对应牡丹皮饮片即:宽度越宽、长度越长、质量越重、丹皮酚、芍药苷含量越高,厚度无明显相关性,与质量无相关。见表1。

表1 形状参数、丹皮酚、芍药苷含量及质量常数

等级	编号	厚度 (cm)	宽度 (cm)	长度 (cm)	质量 (g)	丹皮酚 (%)	芍药苷 (%)	质量 常数
一级	01	44.56	101.26	130.25	47.62	2.80	0.80	2.01
	02	43.34	101.42	135.04	48.05	2.77	0.81	2.09
	03	44.05	102.04	132.42	47.22	2.79	0.82	1.95
二级	01	45.92	74.29	116.63	35.62	2.31	0.71	1.43
	02	44.15	75.55	116.42	35.63	2.33	0.73	1.40
	03	44.52	75.34	115.09	34.96	2.28	0.70	1.39
三级	01	43.36	66.04	102.43	25.12	1.83	0.62	1.02
	02	45.26	62.45	101.94	25.10	1.83	0.60	1.00
	03	43.54	65.13	98.46	25.34	1.85	0.62	0.98

3 讨论

牡丹皮为毛茛科植物牡丹的根皮部位,秋季采挖后去除细根,剥除根皮,晒干而成,具有凉血止血之效^[6-7]。形状呈筒状或半筒状,有明显纵向剖开的裂缝,略微内卷曲或展开,大多长5~20 cm,直径约为0.5~1.2 cm,厚约为0.1~0.4 cm,外表呈灰褐色或黄褐色,内表面呈淡灰黄色或浅棕色,有明显的细纵纹;质地硬而脆,易折断,但断面较为平坦,主产地为安徽、四川、山东及湖北等地^[8]。

中药材商品规格等级是临床用于衡量中药质量优劣的重要依据,可直接对临床用药安全性及有效性造成影响;可通过根据中药材药理、药性、外观、质地、生长年限等相关信息明确中草药质量,给药过程中则能够根据药效需求合理选择药物剂量及数量,最大程度上对临床用药安全性提供保障^[9]。中草药药效可受自身生长年限、环境、炮制方法及不同产地等诸多因素影响而发生变化,采用《七十六种药材商品规格》中对中草药等级划分标准虽然具有较高参考性,受上述因素影响仍旧无法准确评定药物质量及药效等级^[10]。对于牡丹皮饮片而言,其牡丹皮产地较多,单纯采用《七十六种药材商品规格》无法评定其药效,而本研究结合中药质量常数对一等、二等、三等各3株的牡丹皮饮片样品进行计算,并综合评估其厚度、宽度、长度、质量、丹皮酚、芍药苷的含量,得出不同等级的牡丹皮饮片的质量常数,结果显示等级越高则质量常数越高,反之则越低。

综上所述,基于中药质量常数的(下转第112页)

柴枳平肝汤联合多潘立酮 治疗功能性消化不良临床观察*

谢明君¹ 姜劼琳² 葛来安^{1*}

(1 江西中医药大学附属医院脾胃肝胆科,江西 南昌 330006;

2 江西中医药大学中医学院,江西 南昌 330000)

摘要:目的 探讨柴枳平肝汤联合多潘立酮治疗肝胃不和型功能性消化不良的疗效及对患者血清胃动素(MTL)、胃泌素(GAS)、生长抑素(SS)水平的影响。方法 选取于2016年3月—2018年5月期间来江西中医药大学附属医院就诊的功能性消化不良患者共82例,所有参与研究的患者均为肝胃不和型功能性消化不良,依照随机数字表法分2组,各41例。对照组口服多潘立酮片予以治疗,观察组患者服用柴枳平肝汤加多潘立酮片联合治疗,疗程4周。观察2组患者4周后的临床治疗效果,比较治疗前后中医症状积分和MTL、GAS、SS水平变化情况。结果 经4周治疗后,观察组临床总有效率为92.68%,明显高于对照组临床总有效率75.61%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者脘腹胀满、腕肋疼痛、恶心、嗝气等中医症状积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗4周,2组患者的MTL和GAS水平较治疗前明显上升($P<0.05$),SS水平较治疗前明显下降($P<0.05$);且治疗后观察组MTL和GAS水平高于对照组($P<0.05$),观察组SS水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 柴枳平肝汤联合多潘立酮进行治疗,能显著改善患者肝胃不和型功能性消化不良等症状,促进胃液的分泌,提升患者的胃功能,在临床治疗上值得进一步推广。

关键词:柴枳平肝汤;多潘立酮;功能性消化不良;胃动素;胃泌素;生长抑素

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.043

文章编号:1672-2779(2019)-23-0104-03

Clinical Observation on Chaizhi Pinggan Decoction Combined with Domperidone in the Treatment of Functional Dyspepsia

XIE Mingjun¹, JIANG Jielin², GE Lai'an¹

1. Department of Spleen-Stomach-Liver-Gallbladder, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330000, China

Abstract: Objective To investigate the curative effect of Chaizhi Pinggan decoction combined with domperidone on functional dyspepsia of liver-stomach disharmony and its effects on serum motilin (MTL), gastrin (GAS) and somatostatin (SS) levels in patients with liver-stomach disharmony. **Methods** A total of 82 patients with functional dyspepsia who came to our hospital from March 2016 to May 2018 were selected. All the patients involved in the study were liver-stomach disharmony type functional dyspepsia. They were divided into two groups according to random number table, with 41 cases in each group. The control group was treated with domperidone tablets orally, while the observation group was treated with Chaizhi Pinggan decoction and domperidone tablets for 4 weeks. The clinical therapeutic effect of the two groups was observed after 4 weeks, and the changes of TCM symptom scores and MTL, GAS and SS levels before and after treatment were compared. **Results** After 4 weeks of treatment, the total effective rate of the observation group was 92.68%, which was significantly higher than that of the control group (75.61%) ($P<0.05$). The scores of TCM symptoms such as epigastric fullness, wrist pain, nausea and belching in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$), and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The levels of MTL and GAS in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$), and the levels of SS in the observation group were lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Chaizhi Pinggan decoction combined with domperidone can significantly improve the symptoms of liver-stomach disharmony-type functional dyspepsia, promote the secretion of gastric juice, and improve the gastric function of patients, which is worthy of further promotion in clinical treatment.

Keywords: Chaizhi Pinggan decoction; domperidone; functional dyspepsia; motilin; gastrin; somatostatin

功能性消化不良是指具有上腹痛、上腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等不适症状,是消化内

科疾病中最常见的一种。随着现代人生活节奏渐渐加快,面临巨大工作压力,许多中国人基本上存在饮食不规律现象,导致功能性消化不良发病率处于上升趋势^[1]。临床上使用胃黏膜保护剂药物、胃酸分泌抑制剂药物及促胃肠动力药等西药治疗时,常出现一部分

* 基金项目:江西省重点研发计划项目[No.20171BBG70116]

* 通讯作者:an6811@163.com

患者效果甚微，毒副作用大等问题^[2]。本研究旨在从中西医结合角度对该病进行治疗，中医认为此病病因在于内伤饮食、内感外邪。本文研究采用柴枳平肝汤联合多潘立酮对肝胃不和型功能性消化不良进行治疗，疗效明显，为临床治疗此病提供更多数据依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年3月—2018年5月期间来我院诊治的82例患者作为本次研究对象，参照随机数字表法分为对照组（41例）及观察组（41例）。其中，对照组男22例，女19例；年龄20~65岁，平均35.2岁；餐后不适症16例，上腹疼痛综合征25例。观察组男23例，女18例；年龄19~63岁，平均37.3岁；餐后不适症15例，上腹疼痛综合征26例。2组患者性别构成、年龄构成及病情等情况差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。我院对患者所做的项目获得患者或其家属知情，并签署知情同意书，且本研究通过我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入标准 (1) 参与研究患者符合中西医诊断标准。其西医标准：符合餐后饱胀、上腹疼痛、上腹烧灼感等症；中医标准^[3]：参考《功能性消化不良中医辨证及辨证标准的现代临床文献研究》；(2) 临床主症为脘腹胀满、脘肋疼痛、恶心、嗝气、饮食减少；(3) 纳入研究患者，近2周内无促胃肠动力药物服用史。

1.3 排除标准 (1) 合并严重心律失常、心力衰竭等心功能障碍患者；(2) 患者合并有器质性病变；(3) 患者认知功能障碍，伴有精神异常。

1.4 治疗方法 对照组：患者口服多潘立酮片（生产商：哈药集团三精制药诺捷有限责任公司，国药准字H20084577，规格10mg）进行治疗，于饭前30min口服，3次/d，每次1片。疗程4周。

观察组：患者在对照组基础上，给予柴枳平肝汤联合多潘立酮片治疗。柴枳平肝汤组方：枳壳15g，柴胡12g，合欢花10g，青皮10g，佛手10g，白芍10g，川芎10g，砂仁6g，甘草6g。以上药材冷水中浸泡90min，文火煎水至200mL，饭前30min温服，每日1剂。疗程4周。

1.5 观察指标 (1) 临床疗效^[4]：2组治疗4周后，统计临床疗效；(2) 中医症状积分：患者治疗前后对主要症状（脘腹胀满、脘肋疼痛）和次要症状（恶心、嗝气、呕吐）进行评分，主要症状按照重度、中度、轻度、无症状分别计6分、4分、2分和0分，次要症状按照重度、中度、轻度、无症状分别计3分、2分、1分和0分；(3) 血清胃动素（MTL）、胃泌素（GAS）、生长抑素（SS）

水平测量：于治疗前后分别抽取患者清晨空腹时静脉血液，离心40min得所需血清（5000r/min），随后置于-90℃冰箱保存待测。使用促胃动力运动法检测MTL、GAS水平，使用流式细胞仪检测SS水平。

1.6 疗效评定标准 痊愈：临床症状消失，疗效指数大于90%；显效：临床症状显著减少，疗效指数60%~90%；有效：临床症状减轻，疗效指数30%~60%；无效：临床症状无变化或加重，疗效指数小于30%。疗效指数=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%。疗程结束后，随访3个月，记录疾病复发情况。总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

1.7 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件对采集数据予以处理分析。计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，比较用t检验；计数资料用率（%）表示，采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组肝胃不和型功能性消化不良患者治疗后临床治疗效果比较 经4周治疗后，联合治疗的观察组患者临床总有效率为92.68%，明显高于对照组的75.61%，2组数据比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 2组肝胃不和型功能性消化不良患者的临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	41	11	12	8	10	75.61
观察组	41	15	16	7	3	92.68
χ^2 值						4.479
P值						0.034

2.2 2组肝胃不和型功能性消化不良患者用药前后中医症状积分比较 用药治疗前，2组患者脘腹胀满、脘肋疼痛、恶心、嗝气等中医症状积分比较，差异不存在统计学意义（ $P>0.05$ ）；用药治疗后，2组患者的疾病症状各积分均有改善，并且观察组积分情况明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 2组肝胃不和型功能性消化不良患者用药前后中医症状积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	脘腹胀满	脘肋疼痛	恶心	嗝气
对照组	41	治疗前	3.99±1.31	3.62±1.21	2.11±1.08	2.27±1.01
		治疗后	1.34±0.28*	1.68±0.32*	1.24±0.82*	1.26±0.61*
观察组	41	治疗前	4.03±1.29	3.65±1.16	2.08±1.05	2.24±0.98
		治疗后	0.71±0.30**	0.88±0.24**	0.52±0.31**	0.61±0.36**

注：与本组患者治疗前相比，* $P<0.05$ ；与对照组患者治疗后相比，** $P<0.05$

2.3 2组肝胃不和型功能性消化不良患者治疗前后血清胃动素（MTL）、胃泌素（GAS）、生长抑素（SS）水平变

化情况比较 治疗前, 2组患者血清 MTL、GAS、SS 水平水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 2组患者的血清 MTL、GAS 水平较治疗前明显升高, 血清 SS 水平较治疗前明显降低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 且观察组患者的血清 MTL、GAS 水平明显高于对照组 ($P<0.05$), 血清 SS 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 组肝胃不和型功能性消化不良患者
治疗前后 MTL、GAS、SS 水平变化情况比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	MTL (ps·ng ⁻¹ ·L ⁻¹)	GAS (ps·ng ⁻¹ ·L ⁻¹)	SS (mg·L ⁻¹)
对照组	41	治疗前	275.58 ± 66.85	31.98 ± 11.32	6.41 ± 1.17
		治疗后	305.82 ± 62.69*	37.11 ± 7.94*	4.77 ± 1.09*
观察组	41	治疗前	281.75 ± 69.72	31.13 ± 11.41	6.35 ± 1.14
		治疗后	333.68 ± 70.71**	44.12 ± 7.83**	3.24 ± 1.03**

注:与本组患者治疗前相比,* $P<0.05$;与对照组患者治疗后相比,** $P<0.05$

3 讨论

功能性消化不良是一种病程长和持续反复发作的消化系统疾病, 其病因复杂且临床症状复杂多样, 采用先进的医学影像学或化学化验技术无法明确查到患者实质性病变情况, 对患者的生活质量带来严重影响。目前对此病发病机制尚未完全阐明, 多数专家认为该病发病机制与胃肠激素变化、胃肠动力障碍、自主神经功能紊乱、幽门螺杆菌感染及社会精神因素有密切关系^[5-6]。对该病的传统治疗方法是采用多潘立酮等促胃肠蠕动的药物, 在一定程度上有确切效果, 但治疗周期长、反复发作及不良反应大成为西医西药治疗的缺点。因此, 探寻一种持久高效、毒副作用小的治疗方法成为多数消化内科医生的目标^[7]。

本研究采用柴枳平肝汤联合多潘立酮治疗肝胃不和型功能性消化不良, 一方面依靠中医治本功效, 另一方面借助西医治标功效, 以减轻单用西药的胃肠不适及毒副作用。中医认为此病在于胃、肝功能紊乱, 其中胃主沉降, 肝主升发, 两者相互配合、有序工作能有规律的调理气机的升降平衡。若胃气与肝气失调, 从而导致肝胃不和。柴枳平肝汤中以枳壳与柴胡为君药, 以川芎、佛手、青皮为臣药, 以合欢花、白芍、砂仁为佐药, 以甘草为使药^[7]。君药柴胡有解表散热、疏肝解郁和升阳气之功效, 枳壳祛痰消积、疏肝平气。臣药川芎行活血镇痛疗效, 而佛手与青皮起到疏肝消滞效果。佐药砂仁与合欢花能有效疏肝理气。多味药物内外结合, 起消食健脾、疏肝理气及降逆和胃功效^[8]。现代药理学研究发现柴胡主成分中柴胡多糖、柴胡果胶多糖能提高患者的免疫功能; 枳壳有兴奋胃肠道作用, 减少平滑肌的收缩,

提高患者的胃肠运动节律性^[9]。

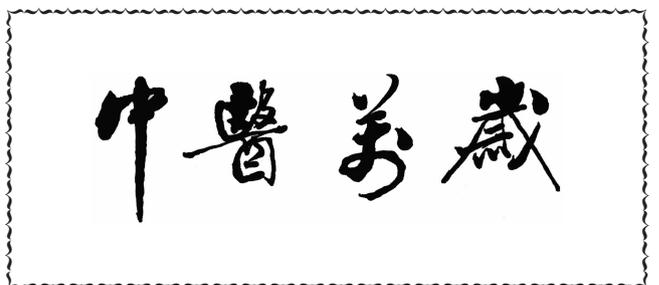
现代医学研究表明, 大脑组织液中的神经递质胃动素 (MTL)、胃泌素 (GAS) 与人抑郁症有密切关系, MTL、GAS 水平的升高, 能有效帮助患者减轻精神压力与紧张情绪, 与此同时增强胃肠运动能力。而存在于人胃肠黏膜和小肠壁上面的生长抑素 (SS), 能有效抑制胃酸分泌过量^[10]。经研究结果表明, 治疗后 2 组 MTL、GAS 水平升高, SS 水平降低。2 组中医症状积分明显降低, 且观察组积分降低大于对照组。观察组的临床总有效率高于对照组。

综上所述, 采用柴枳平肝汤联合多潘立酮治疗肝胃不和型功能性消化不良, 能有效降低患者的复发率, 总体治疗效果显著, 能有效减轻患者症状, 促进胃肠功能的恢复, 值得临床进一步应用推广。

参考文献

- [1] 马克强, 李万禹, 冯学祯. 柴枳平肝汤对功能性消化不良肝胃不和证患者血清 5-HT、SS 含量的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(6): 528-531.
- [2] 韩荣燕, 吕康, 刘树丽, 等. 功能性消化不良的中西医诊治进展[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(4): 809-812.
- [3] 刘晶, 李峰, 唐旭东, 等. 功能性消化不良中医辨证及辨证标准的现代临床文献研究[J]. 世界中医药, 2015, 10(1): 56-59.
- [4] 陈婷, 唐旭东, 王凤云, 等. 功能性消化不良中西医临床诊断分型的思考[J]. 中医杂志, 2016, 57(7): 563-566.
- [5] 王蓉辉, 张诗军. 参柴胃苏胶囊联合多潘立酮治疗功能性消化不良的临床疗效分析[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(6): 146-148.
- [6] 钟招梅, 杨洁. 柴枳平肝汤对功能性消化不良肝胃不和证患者血清 5-HT、SS 含量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(7): 721-724.
- [7] 曹森林, 范利锋, 王楠, 等. 加味三香汤联合复方消化酶治疗对肝郁脾虚型功能性消化不良患者疗效及焦虑抑郁状态的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1): 83-86.
- [8] 王建荣, 林茂松, 陈振林, 等. 疏肝解郁胶囊治疗功能性消化不良合并焦虑抑郁状态的临床疗效[J]. 国际精神病学杂志, 2017, 44(6): 1074-1076, 1083.
- [9] 周军利. 柴枳平肝汤治疗肝胃不和证功能性消化不良的疗效及其作用机制分析[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(9): 91-92.
- [10] 赵彬, 张秋丽. 柴枳平肝汤对功能性消化不良患者 MTL、Gas、SS 和 Ghrelin 的影响[J]. 上海中医药杂志, 2018, 52(1): 48-50.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:何 凌 收稿日期:2019-04-09)



胫腓骨开放性骨折中西医结合治疗 56 例*

康昭河¹ 李奇² 郭超¹ 薛瑞² 张国栋³
周宇¹ 刘术樟¹ 王成¹ 李增春⁴ 韩文锋^{5*}

(1 上海市东方医院吉安医院骨科,江西 吉安 343000;2 上海市东方医院吉安医院中医科,江西 吉安 343000;
3 江苏徐州大屯煤电公司中心医院骨一科,江苏 徐州 221000;4 上海市东方医院急诊创伤骨科,上海 200120;
5 中国人民解放军北部战区总医院骨科,辽宁 沈阳 110016)

摘要:目的 探讨胫腓骨开放性骨折的治疗方法。方法 回顾分析作者 2008 年 1 月—2018 年 2 月收治的 56 例胫腓骨开放性骨折的治疗方法进行分析。对于开放性骨折,早期进行彻底的清创,根据开放的程度和骨折的程度,选择合适的固定方式,采用多元化的治疗,积极的预防感染,重点加强对软组织的处理。根据骨折和软组织情况 II 期选择合适的内固定或者选择外固定。所有患者在此基础上接结合中医药治疗,即围手术期给予中医辨证治疗,术后按中西医结合的治疗(chinese osteosynthesis,CO)理念指导功能锻炼。结果 在随访到的 52 例患者中,骨折顺利愈合 43 例,因血管栓塞坏死而截肢的 1 例,骨髓炎的 2 例,骨折延期愈合 3 例,内固定断裂而重新手术更换内固定的 1 例,骨折不愈合手术更换内固定并植骨的 2 例。结论 胫腓骨开放性骨折,尤其是 AO 分型的 C3.3 型、Gustilo III C 型骨折,临床治疗难度大,并发症多,愈合往往较差。早期彻底的清创,积极的预防感染,急诊时对软组织的保护和正确的处理非常重要,后期的治疗应根据分型和软组织的情况以及结合中医药治疗进行多元化的处理和选择。
关键词:胫腓骨;开放性骨折;清创术;固定;中医药疗法;CO 理念

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.044

文章编号:1672-2779(2019)-23-0107-04

Therapy of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Open Fractures of the Tibia and Fibula for 56 Cases

KANG Zhaohe¹, LI Q², GUO Chao¹, XUE Rui², ZHANG Guodong³, ZHOU Yu¹, LU I Shuzhang¹, WANG Cheng³, LI Zengchun⁴, HAN Wenfeng⁵

1. Department of Orthopaedics, Ji'an Hospital, Shanghai Oriental Hospital, Jiangxi Province, Ji'an 343000, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Ji'an Hospital, Shanghai Oriental Hospital, Jiangxi Province, Ji'an 343000, China;

3. Department of Orthopaedics, Central Hospital of Xuzhou Coal and Electricity Company, Jiangsu Province, Xuzhou 221000, China;

4. Department of Emergency Trauma and Orthopaedics, Shanghai Oriental Hospital, Shanghai 200120, China;

5. Department of Orthopedics, General Hospital of the Northern People's Liberation Army, Liaoning Province, Shenyang 110016, China

Abstract: Objective To explore the treatment of open fractures of the tibia. **Methods** A retrospective analysis of 56 patients with open fractures of the tibia from January 2008 to February 2018 was performed. For open fractures, early thorough debridement, according to the degree of openness and the degree of fracture, choose the appropriate fixation method, use a variety of treatments, actively prevent infection, and focus on the treatment of soft tissue. According to the stage of fracture and soft tissue, choose appropriate internal fixation or choose external fixation. All patients were treated with traditional Chinese medicine on the basis of this, that is, the perioperative period was given TCM syndrome differentiation treatment, and the postoperative operation was guided by the concept of Chinese and Western medicine combined with osteosynthesis (CO). **Results** Among the 52 patients who were followed up, 43 cases were successfully healed, 1 case was amputated due to vascular thrombosis, 2 cases were osteomyelitis, 3 cases were delayed healed, 1 case was fixed with internal fixation and 1 case was re-operated and replaced. 2 cases of internal fixation and bone graft were replaced by nonunion surgery. **Conclusion** Open fractures of the humerus, especially the C3.3 and Gustilo IIC fractures of AO classification, are difficult to treat clinically, have many complications, and often have poor healing. Early thorough debridement, active infection prevention, protection of soft tissues and proper management during emergency treatment are very important. Late treatment should be treated and selected according to the classification and soft tissue conditions and combined with traditional Chinese medicine treatment.

Keywords: tibiofibula; open fractures; debridement; fixative; therapy of TCM; CO concept

胫腓骨骨折是临床常见的骨折,约占全身骨折的 13.7%^[1],也是最常见的开放性骨折。随着现代科学技术的发展,大型机械的使用,各类严重的开放性胫腓骨骨折的

发生越来越多。因其软组织覆盖少,尤其是胫骨的前内侧,皮下就是胫骨的解剖特点,给临床治疗带来了一定的难度。对于严重的开放性骨折,治疗的周期长,并发症较多,值得总结和探讨。现就我院 2008 年 1 月—2018 年 2 月收治的 56 例胫腓骨开放性骨折的病人进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 56 例,男 38 例,女 18 例;年龄

* 基金项目:辽宁省科学技术计划项目省自然科学基金指导计划【No.20180550185】;江西省吉安市科学技术计划指导项目【No.吉市科计字[2019]8号(72)】

* 通讯作者:hanwenfeng@medmail.com.cn

17~71 岁，平均 38.4 岁；按受伤机制分类：四轮及以上机动车撞伤 24 例，摩托车撞伤 1 例，骑摩托车伤 3 例，电动自行车和自行车伤 4 例，高处坠落伤 5 例，井下工伤 14 例，重物砸伤 3 例，其他伤 3 例；按 Gustilo 分型：I 型 11 例，II 型 18 例，III 型 27 例，其中 IIIa 型 12 例，IIIb 型 8 例，IIIc 型 7 例；按 AO 分类：A 型 7 例，B 型 17 例，C 型骨折 32 例；自受伤至首次手术时间 1 h~11 d，手术次数最少 1 次，最多 8 次。

1.2 治疗方法 按 Gustilo 分型，I 型骨折一期清创，髓内钉内固定 4 例，一期清创后，石膏固定，7~10 d 髓内钉或钢板固定 7 例。II 型骨折一期清创、石膏固定，二期髓内钉或钢板固定 9 例，一期清创，单臂支架外固定，二期改内固定 9 例。对于 III 型骨折，因为骨折种类多，情况复杂，治疗方法的选择也较多。对于 IIIa 和 IIIb 型损伤，8 例采用一期清创和外固定架，二期改用内固定，8 例一期清创单臂支架外固定，直到骨折愈合。IIIc 型骨折，一期全部采用清创，胫骨外固定架固定，二期改成钢板或髓内钉固定 11 例；对于腓骨骨折，一期钢板固定 3 例，二期在固定胫骨时同时固定腓骨 9 例。对于 III 型骨折，往往合并有软组织的缺损，一期清创时去除失活的软组织，创面彻底的清创后，采用 VSD 覆盖创面技术，根据情况决定 3~7 d 是否要再次清创。软组织的缺损，一期皮瓣覆盖重要组织的 3 例，换药后等肉芽组织生长，采用游离植皮的 10 例，皮瓣的 3 例。一期清创时吻合血管 7 例，神经延期吻合的 3 例，血管和神经同时吻合的 4 例。所有 II、III 型骨折的病人在术前或术中应用抗生素。I 型骨折病人应用内固定患者在术中的应用抗生素，没有内固定的病人因清创术手术时间短，术中大部分未用抗生素。56 例患者中除 1 例 Gustilo III 型病人、4 例 Gustilo II 型病人、6 例 Gustilo I 型病人拒绝接受中医药治疗之外，其余患者均接受以下中医药治疗：早期（手术前），消肿止痛，活血化瘀，采用骨伤一方，方药组成：当归 13 g，赤芍 12 g，桃仁 10 g，红花 6 g，黄柏 10 g，防风 12 g，生地黄 10 g，乳香 5 g，甘草 6 g，水煎服，2 次/d^[2]；中期（手术后），接骨续伤，活血化瘀，采用骨伤二方，方药组成：当归 12 g，赤芍 12 g，续断 12 g，威灵仙 12 g，生薏仁 30 g，桑寄生 30 g，骨碎补 12 g，五加皮 12 g，水煎服，2 次/d；后期（7 周以上），强筋壮骨，调补肝肾，温经散寒，采用骨伤三方，方药组成：海桐皮 6 g，透骨草 6 g，乳香 6 g，没药 6 g，当归 5 g，川椒 10 g，川芎 3 g，红花 3 g，威灵仙 3 g，甘草 3 g，防风 3 g，白芷 3 g，水煎服，2 次/d^[3]。术后结合 CO 理念指导功能锻炼^[4]。

2 结果

在 56 例患者中，共计随访到 52 例病人。Gustilo III 型的病人均随访到。在 52 例患者中，1 例 Gustilo III 型病人在术后第 2 天发生远端动静脉血管栓塞、肢体坏死而

截肢。2 例 Gustilo III 型病人在一期清创，单臂支架外固定后，创面软组织条件差而长时间换药，植皮等，发生感染，形成慢性骨髓炎，其中 1 例行一次病灶清除术、持续冲洗术后治愈；另 1 例经过植皮、转移皮瓣、再转移皮瓣、多次病灶清除术后，骨髓炎最终治愈，前后共计 8 次手术。这 3 例病人 2 例为井下工伤，1 例为车祸后摔倒在稻田中，受伤暴力大，损伤重，污染严重，AO 分型为 C3.3，Gustilo 分型为 III C 型。1 例锁定板内固定术后 6 月发现断裂，取出内固定后改为交锁钉固定，同时骨折端植骨，加石膏固定 6~8 周，骨折愈合。对于软组织的缺损的 14 例患者，经过换药，创面肉芽新鲜后游离植皮的 10 例，局部转移皮瓣的 3 例，对侧交叉皮瓣 1 例。植皮及皮瓣次数 1~4 次不等。典型病例如图 1、图 2 所示。

表 1 术后并发症处理情况统计 (例)

Gustilo 分型	例数	截肢	慢性骨髓炎	游离植皮	局部转移皮瓣	对侧交叉皮瓣
I 型	11	0	0	2	0	0
II 型	18	0	0	3	1	0
III 型	27	1	2	5	2	1



图 1 典型病例胫腓骨骨折术前 X 线片



图 2 典型病例胫腓骨骨折术后 X 线片

3 讨论

3.1 正确的把握开放性骨折的处理原则 开放性骨折的最终目的是使患肢恢复正常的功能。这取决于与软组织完全康复的创口早期愈合、骨折在恢复的解剖位置的愈合以及避免发生并发症。感染是最主要的对结果有影响的因素。对于胫腓骨开放性骨折，首先遵循创伤的治疗原则：①抢救生命，②保存肢体，③保存关节，④功能重建。其次，要严格的遵循开放性骨折的处理原则，按照预防感染、软组织愈合和骨连接、解剖恢复、功能恢复的原则治疗^[5]。

3.2 重视急诊室的处理 尽量减少术前准备时间 要求自患者来院后，从急诊室开始就应该开始进行术前准备。我们的经验是从患者来到急诊室，接诊医生通知当班医生一同诊治病人，手术由当班医生来完成。急诊室打开临时敷料，了解伤情并做出初步的评估，同时进行相机照像和术前 X-片检查，术前必要的抽血化验等术前准备。

3.3 分阶段治疗原则 一期手术目的是早期彻底的清创、预防感染,骨折的固定,根据病情选择内固定或者外固定,我们的经验是越是复杂的开放性骨折,在一期清除术时,越要选择简单的固定方式,以缩短手术时间,减少感染的机会。二期手术着重处理的是皮肤和软组织重建、骨骼的重建。从第一次清创术后,就应该重视康复治疗,可以运动的关节和肌肉,就应该早期的主动和被动的功能锻炼,术后踝关节应该放置在功能位^[6]。

3.4 多元化方式固定 早期彻底的清创、控制感染是开放性骨折的治疗基础,根据病情采用多元化的固定方式。早期彻底的清创是控制感染的关键,清创术尽量在8 h之内完成,在条件许可的情况下,8~24 h之内也可以进行清创术。对于 Gustilo I 型,清创术的同时,如果器械等术前准备及时,可以一期进行内固定。我们的经验是:一期清创缝合加石膏外固定后7 d左右进行内固定与一期清创术同时进行内固定治疗效果,没有明显的差别,这可能与我们的病例数少有一定的关联性。Gustilo II 型开放性骨折,一期清创术,石膏加外固定或跟骨骨牵引,7~10 d后进行内固定。Gustilo III 型开放性骨折,处理起来比较复杂,尤其是 Gustilo III C 型骨折,愈后不好,并发症多,临床处理困难。Gustilo III A、III B 骨折,早期清创的同时,应用外固定支架固定骨折,不要过于追求骨折的位置,重点应该放在软组织的处理上。考虑到这种患者,二期进行骨折的内固定时间可能要较长,一期清创后,外伤伤口用贴膜覆盖,再进行腓骨的切开复位内固定,有利于恢复肢体的长度,有效增加胫骨的稳定性,保证胫骨的力线,减轻胫骨的负重^[7]。同时,这种患者在二期手术前,去除外固定支架后的骨折稳定性很有帮助。这类患者在二期更换成内固定前,应该先将外固定去除,观察一段时间,确认钉道无感染的情况下,再进行内固定手术。也有部分患者用外固定架固定,直到骨折愈合,中间不更换成内固定。Gustilo III C 并 AO C3.3 型的开放性骨折,一期采用单臂支架外固定,吻合血管和神经等,这类患者往往合并有大范围的皮肤和软组织的缺损,治疗的重点要放在软组织的处理上。软组织条件允许后,再将外固定更换成内固定,整个治疗过程有可能要较长。

3.5 重视软组织的处理 胫腓骨开放性骨折,由于胫骨前内侧软组织覆盖少的解剖特点,对软组织的处理非常重要,关系的整个治疗的成败。尤其是 Gustilo III C 型开放性骨折。在早期清创时,要注意对现有皮肤的保护和保留。切除皮肤时要保守些,而切除深部没有活力的组织时要积极些。对于没有血供的皮肤,可以通过修剪和去除皮下脂肪,原位网状植皮或邮票状植皮。对于血管、神经等重要组织,没有软组织覆盖的,可以一期转移皮瓣覆盖,其他情况一般采用早期清创,创面敷料覆盖,换药,有坏死再次清创,来促进肉芽生长,创面新鲜后

采用游离植皮覆盖创面。面积较大的病人,应用 VSD 技术可以减少换药次数,减少感染机会,促进肉芽生长。在一期软组织的处理时,要注意骨筋膜室综合征的预防,我们的经验是,对于有可能出现骨筋膜室综合征的病例,有开放性伤口与筋膜室相通的,一期清创时预防性的将筋膜室潜行打开。没有开放性伤口的,用尖刀刺数个小心口,穿透深筋膜,起到有效减压的作用,同时要重视术后的处理,手术只是治疗的一部分,术后的处理同样非常重要。术后应用甘露醇静滴^[8],通过这样处理,到目前还没有患者发生骨筋膜室综合征。

3.6 功能锻炼 结合中医药治疗及 CO 理念指导术后功能锻炼,加速患者康复。中医理论认为,骨折时患者由于肢体经络受损、血溢脉外、瘀血久积不散,造成经脉受阻,筋骨失养,导致骨折难于愈合^[9]。肾主骨、肾强则骨和,瘀散则血新,气血旺盛、筋骨濡养,则骨损得以愈合^[10-11]。因此,根据中医辨证治疗的基本原则,方药成分中川芎、红花及桃仁等具有活血行气、祛风止痛、抗炎的功效;当归等补血和血、抗菌消炎、增强免疫的功效;续断、透骨草及海桐皮等具有健脾胃、补肝肾、强筋骨、续折伤以及止崩漏的功效,将以上诸药序贯合用,则具有活血通络、补肾生骨、抗菌续折之功效^[12-13]。当代 CO 代表人物尚天裕提出了“筋骨并重,动静结合、内外兼治、医患配合”的16字方针,也是 CO 思想的核心,其中“动静结合”又是骨折治疗中最重要的环节。“动”包括2方面的内容,即肌肉的收缩和外力的作用,肌肉收缩所产生的生理应力能够促进骨折的愈合,外力是通过适度的牵引使骨折断端获得合适的应力刺激。“静”就是骨折治疗原则中的“固定”,是骨折治疗的核心环节。CO 理论中的固定包含弹性固定和有限固定2个方面的内涵,既不能过分强调“静”而导致绝对固定,以至出现应力遮挡等不良反应,也不能过分强调“动”,这不符合骨折愈合的基本条件。CO 理论主张必须功能复位、力争解剖复位,并绝对减少骨折断端的骨膜组织损伤,保障骨折断端血液循环以促进骨折愈合^[14]。

胫腓骨骨折开放性骨折发病率高、损伤重、病程长、治疗复杂、容易并发包括伤口感染在内的多种院内感染,严重影响患者的治疗效果及预后,是长期困扰骨科医师的临床难题^[5]。充分认识和准确把握胫腓骨开放性骨折的治疗原则,针对可能出现的并发症,采取合理的治疗措施,最大限度的治疗并降低并发症的发生,并结合中医药治疗及 CO 理念指导术后功能锻炼,以期获得令人满意预后。

参考文献

- [1] Yavuz U, Sökücü S, Demir B, et al. Comparison of intramedullary nail and plate fixation in distal tibia diaphyseal fractures close to the mortise[J]. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2014, 20(3):189-193.
- [2] 李艳忠,杨凯麟,雷晓明.桃红四物汤干预新鲜骨折有效性安全性的系统评价和 Meta 分析[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(11):1607-1613.
- [3] 夏美玲.中医疗法辅助治疗胫腓骨骨折的护理体会[J].现代中西医

结合杂志, 2012, 21(28):3176-3177.

[4] 侯树峰. 中医治疗胫腓骨骨折的临床研究进展[J]. 中国医药指南, 2013, 11(12):458-459.

[5] Successful reimplantation of extruded long bone segments in open fractures of lower limb-A report of 3 cases[J]. Injury, 2015, 46(7):1389-1392.

[6] 谭家昌, 杨有猛, 徐鸿育, 等. 早期清创有限内固定结合分期治疗胫腓骨开放性骨折[J]. 中国微创外科杂志, 2015, 15(10):926-928, 940.

[7] 韩健, 殷振华, 关凯, 等. 胫腓骨开放性骨折急诊治疗的方案选择[J]. 实用骨科杂志, 2009, 15(7):547-548.

[8] 卢海燕, 沈瑞群, 黄长明. 胫腓骨骨折 256 例治疗体会[J]. 实用骨科杂志, 2007, 13(10):627-631.

[9] 刘美荆, 陆志夫, 黄丽贞. 骨伤后期消肿方对骨折后期肿胀的治疗疗效分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(6):856-857.

[10] 孟丽娟, 窦志刚, 谢慧丽, 等. 骨科环形外固定支架联合中医外敷对胫腓骨骨折患者炎症指标和疗效的影响[J]. 陕西中医, 2018, 39(2):232-234.

[11] 张春玲, 阮震寰, 张乐. 中药方剂内治新鲜骨折的用药规律探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(2):218-222.

[12] 秦顺利. 中医综合疗法联合西药治疗开放性胫腓骨骨折术后感染临床观察[J]. 四川中医, 2015, 33(6):139-141.

[13] 王敏. 中医结合交锁髓内钉治疗胫腓骨骨折疗效观察[J]. 中国医刊, 2013, 48(11):91-92.

[14] 王君, 孙兆民. 外固定结合中医骨科理论治疗胫腓骨骨折探讨[J]. 社区医学杂志, 2013, 11(17):18-19.

[15] 徐必生, 邓敏, 袁华兵, 等. 开放性胫腓骨骨折感染的危险因素调查[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2015, 9(3):384-386.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:李国凤 收稿日期:2019-03-15)

舒血宁穴位注射与前列地尔注射液 治疗突聋的临床疗效比较

周 燕 崔淑敏

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

摘要:目的 研究突聋患者治疗中舒血宁穴位注射与前列地尔注射液的临床疗效比较。方法 选取 2016 年 4 月—2017 年 8 月于大连市第二人民医院就诊的 131 例单侧耳突聋患者,按随机数字表法将所有患者分为对照组(65 例)和研究组(66 例)。对照组患者给予前列地尔注射液治疗,研究组患者给予前列地尔联合舒血宁穴位注射治疗,观察 2 组患者治疗前后血液流变学指标,如血浆黏度、血小板聚集率和全血黏度等,2 组患者治疗总有效率。结果 2 组患者治疗前血液流变学指标,如血浆黏度、血小板聚集率和全血黏度等对比差异均无统计学意义($P>0.05$),研究组患者治疗后血液流变学指标,如血浆黏度、血小板聚集率和全血黏度等均明显低于对照组,且 2 组患者治疗后血液流变学指标,如血浆黏度、血小板聚集率和全血黏度等明显低于各自治疗前,且差异均有统计学意义($P<0.05$)。对照组患者临床治疗总有效率为 83.08%;研究组患者临床治疗总有效率为 95.45%。研究组患者治疗总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2=9.322, P<0.05$)。结论 舒血宁穴位注射和前列地尔注射液均可有效治疗突聋,但舒血宁穴位注射可有效改善血液流变学指标,效果明显优于前列地尔注射液。

关键词:突聋;舒血宁;穴位注射;前列地尔注射液;血液流变学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.045

文章编号:1672-2779(2019)-23-0110-03

Comparison of the Clinical Effect of Shuxuening Acupoint Injection and Alprostadil in the Treatment of Sudden Deafness

ZHOU Yan, CUI Shumin

Department of Otolaryngology, Dalian Second People's Hospital (Dalian Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine), Liaoning Province, Dalian 116011, China

Abstract: Objective To compare the clinical efficacy of Shuxuening acupoint injection and alprostadil in the treatment of sudden deafness. **Methods** A total of 131 patients with unilateral auricular deafness who were treated in our hospital from April 2016 to August 2017 were selected and divided into control group ($n=65$ cases) and study group ($n=66$) according to the random number table method. The patients in the control group were treated with alprostadil injection. The patients in the study group were given anterior alprostadil combined with Shuxuening injection. The hemorheological parameters such as plasma viscosity, platelet aggregation rate and whole blood viscosity, the total effective rate of treatment in both groups of patients were observed before and after treatment. **Results** There were no significant differences in the blood rheological parameters (such as plasma viscosity, platelet aggregation rate and whole blood viscosity) before and after treatment between the two groups ($P>0.05$). The platelet aggregation rate and whole blood viscosity of the study group were significantly lower than those in the control group. The blood rheological parameters such as plasma viscosity, platelet aggregation rate, and whole blood viscosity after treatment were significantly lower than those before treatment, and there had statistical differences ($P<0.05$). The total effective rate of clinical treatment in the control group was 83.08%, and the total effective rate of clinical treatment in the study group was 95.45%. The total effective rate of treatment in the study group was significantly higher than that in the control group, and there had statistical differences ($\chi^2=9.322, P<0.05$). **Conclusion** Shuxuening acupoint injection and alprostadil are effective in the treatment of sudden haemorrhoids, but Shuxuening acupoint injection can effectively improve the hemorheological indexes, and the effect is obviously better than alprostadil.

Keywords: sudden deafness; Shuxuening; acupoint injection; alprostadil; hemorheology

作为一种发病机制尚不明确的疾病,突发性聋(突聋)无明确病因。关于突聋的主要病因,大多数学者认

为与血管性疾病关系密切^[1]。为提高突聋患者的治疗效果,通常采用改善微循环方法^[2]。本研究对突聋患者采

用舒血宁联合前列地尔治疗,取得较满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年4月—2017年8月于我院就诊的131例突聋患者作为研究对象,所有患者均为单侧耳突聋。按随机数字表法将所有患者分为对照组(65例)和研究组(66例)。对照组患者年龄19~64岁,平均年龄46.14岁;男性41例,女性24例;耳聋程度为:7例极重度,32例重度,26例中度;伴发症状为23例伴呼吸道感染,32例伴眩晕,44例伴耳鸣;病程最短3h,最长15d,平均病程(6.34±2.71)d。研究组患者年龄18~62岁,平均年龄45.53岁;男性33例,女性33例;耳聋程度为9例极重度,28例重度,29例中度;伴发症状为21例伴呼吸道感染,36例伴眩晕,43例伴耳鸣;病程最短5h,最长13d,平均病程(6.81±3.64)d。2组患者年龄、性别比例、耳聋程度、伴发症状及病程等一般资料对比差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 年龄18~65岁;(2) 符合听力损失程度分级标准^[3]和突聋诊断标准^[4]。听力损失:听力损失程度为全聋,极重度及重度(听力损失程度分级: >90 dB为极重度; $56\sim 90$ dB为重度; $41\sim 55$ dB为中度; $26\sim 40$ dB为轻度),病变时间在10d内,且突然发生。先后发生或双侧同时发生,但多为单侧;(3) 告知所有患者及家属实验目的及方法,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 颅内占位性病变及内听道占位性病变更MRI或内耳道CT检查排除;(2) 对治疗药物存在过敏者。

1.4 治疗方法 对照组:给予高压氧、地塞米松等常规基础治疗等,同时给予2 mL前列地尔注射液加入100 mL生理盐水中静滴,1次/d,共4周。研究组:在对照组患者基础上给予舒血宁穴位注射治疗,具体方法如下:患者经常规无菌消毒后,取坐位,取听会、听宫、耳门三穴,在听会穴处采用25 G 5 mL型注射器直刺0.5~1寸,患者感酸胀感觉为宜,舒血宁穴位注射液缓慢注入0.5~1 mL后退针,同样穿刺听宫和耳门,2 d 1次,共4周。

1.5 观察指标 (1) 血液流变学:抽取治疗前后患者5 mL空腹清晨静脉血,检测血液流变学指标,如血浆黏度、血小板聚集率和全血黏度等;(2) 临床疗效:治疗前后对患者进行纯音听阈检测。

1.6 疗效评定标准 突发性聋诊断标准(2008)为疗效判定标准。无效:患耳纯音听阈在治疗后提升 ≤ 15 dB;有效:患耳纯音听阈在治疗后提升15~30 dB;显效:患耳纯音听阈在治疗后提升 ≥ 30 dB;痊愈:患耳纯音听阈提

升至患病前水平,或提升至健耳相同水平,或提升至正常水平。治疗总有效率=(有效+显效+痊愈)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.7 统计学方法 以SPSS 19.0软件包进行数据分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,比较采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组突聋患者血液流变学 2组患者治疗前血液流变学指标,如血浆黏度、血小板聚集率和全血黏度等对比差异均无统计学意义($P>0.05$),研究组患者治疗后血液流变学指标,如血浆黏度、血小板聚集率和全血黏度等均明显低于对照组,且2组患者治疗后血液流变学指标,如血浆黏度、血小板聚集率和全血黏度等明显低于各自治疗前,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组突聋患者治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	血浆黏度(mPa.s)		血小板聚集率(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	65	1.93±0.45	1.82±0.24	64.22±5.03	54.55±6.33
研究组	66	1.97±0.43	1.52±0.13	63.66±6.83	35.64±5.51
t 值		0.280	7.176	0.224	6.946
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	全血黏度(mPa/a)	
		治疗前	治疗后
对照组	65	15.54±2.63	13.68±2.36
研究组	66	15.36±2.36	11.51±1.33
t 值		0.309	5.631
P 值		>0.05	<0.05

2.2 2组突聋患者临床疗效 对照组患者中11例无效,17例有效,22例显效,15例痊愈,总有效率为83.08%(54/65);研究组患者中3例无效,16例有效,23例显效,24例痊愈,总有效率为95.45%(63/66)。研究组患者治疗总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2=9.322, P<0.05$)。

3 讨论

中医认为突发性耳聋多为气滞血瘀,耳部经络被瘀血所阻塞,清阳之气不能上达于耳窍,使得耳部的正常生理功能减退,从而发生了耳鸣、耳聋等。因此,最有效的治疗突聋的方式是微循环的改善^[5]。有两个供血障碍的论点,一个是造成血管痉挛,一个是形成栓塞或血栓,两者都有血液流变学异常的共同点,但同时又有其他的一些差异^[6]。

血液黏度是血液流动性的重要评价指标。血液流动性会受轻微血液成分变化的影响,血液流动性随着黏度的增大而变差^[7]。病变部位的血小板在患者发生突聋时

可增加血液黏度,由分散状态明显发生变化而逐渐增强,并致聚拢状态,一方面,变化的血液流变学增强血液黏度,使内耳微循环发生微血栓概率增加^[8],生成微血栓后提升血液黏度,加重内耳缺氧、缺血状态,内耳中大量聚集过氧化脂质,损害内耳中细胞生物膜,损害亚细胞结构;另一方面,缺氧状态导致患侧耳组织受损,出现病变,最终严重损伤内耳细胞,使膜迷路坏死,内耳出现骨化和纤维化。以往研究表明,发生突聋的病变耳组织内呈现瘀滞状态的耳内微循环,明显增加血液黏度,导致同时病变部位发生缺氧症状,不同程度地降低血流速度等的发生^[9]。

中医认为听宫、耳门、听会三穴分别位于手太阳小肠经、手少阳三焦经和足少阳胆经,刺激三个腧穴后,可宣通经络,疏散两经之邪,濡养气血。现代医学发现机体自我调节能力可通过针刺明显改善,迷走神经可通过穴位注射有效兴奋,改善神经病态可塑性,加速释放神经递质^[10]。穴位注射较传统全身给药方式相比更易通过血迷路屏障,提高药物利用率。作为中药制剂的舒血宁穴位注射液,银杏为其主要成分,中医认为银杏具有益气化湿、通脉活络、活血化瘀之功效。银杏主要活性成分为银杏苦内碱和银杏黄酮甙,研究发现银杏苦内酯具有改善局部微循环、增加血流量、扩张血管功能,可营养神经。而银杏黄酮甙可保护细胞结构,减少化学有害物质,如氧自由基的破坏,清除氧自由基和抵抗氧自由基功能。作为一种前列腺素E1制剂,前列地尔载体是脂微球,脂微球可包裹保护前列地尔,前列地尔具有靶向性,同时前列地尔在脂微球的保护下有效成分同样得到保护,可使血小板聚集得到有效抑制,同时明显增加血管病变位置血流量,血栓形成过程得到有效阻断。同时,减少自由基

数量,增加红细胞变形能力,避免发生脂质过氧化。本研究结果显示,单用前列地尔的对照组患者和采用前列地尔联合舒血宁穴位注射应用的研究组患者均有一定治疗效果,且采用前列地尔联合舒血宁穴位注射的研究组患者治疗效果明显优于单用前列地尔的对照组患者,这说明,舒血宁穴位注射液在降低血液黏度和扩张血管方面明显优于前列地尔注射液。

综上所述,舒血宁穴位注射和前列地尔注射液均可有效治疗突聋,但舒血宁穴位注射可有效改善血液流变学指标,效果明显优于前列地尔注射液,值得临床推广。

参考文献

- [1] 李启利.舒血宁在突发性耳聋治疗中的应用[J].中国实用医药,2013,8(4):133-134.
- [2] 邢英姿,王东海,侯庆军,等.突发性聋患者椎-基底动脉血流动力学观察[J].听力学及言语疾病杂志,2014,20(3):260-263.
- [3] 刘少青,林文敏,李鸿,等.251例突发性聋预后相关因素的疗效分析[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2016,24(1):12-16.
- [4] 汪琼,陈其国,胡福云,等.突发性耳聋的流行病学调查[J].中外医学研究,2016,14(33):55-57.
- [5] 陈平.突发性聋的药物治疗进展[J].广西医科大学学报,2013,30(3):483-485.
- [6] 王润芳.青少年突发性耳聋的临床分析与治疗[J].世界最新医学信息文摘,2014,14(9):12-13.
- [7] 杨波,刘湘,陈舒华,等.青少年突发性聋与血液流变学检测的相关性及其临床意义[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2017,25(6):401-404.
- [8] 王青海.鼠神经生长因子联合舒血宁治疗突发性聋的疗效分析[J].医药指南,2016,14(11):75-76.
- [9] 陈军霞,张霞,刘金玲,等.舒血宁注射液临床应用研究进展[J].中国药物评价,2015,32(5):297-301.
- [10] 刘翔毅,田永萍,姜影.突发性耳聋与血液流变学的关系及从血瘀辨治疗效观察[J].新中医,2015,47(4):205-207.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:崔淑敏 收稿日期:2019-03-29)

(上接第103页)牡丹皮饮片在传统分级方法基础上,能够更为细致的划分质量等级,在临床用药及市场中有极高的参考价值。

参考文献

- [1] 张洪坤,王其丰,郭长达,等.不同加工方法牡丹皮中7种指标性成分的含量测定及质量评价[J].中国药房,2018,29(22):44-49.
- [2] 杨必浩,周应硕,曹朴琼.高效液相色谱法同时测定妇舒丸中芍药苷、阿魏酸、黄芩苷和丹皮酚的含量[J].系统医学,2017,2(7):127-130.
- [3] 张倩,陈美玲,孙艳丽,等.HPLC法同时测定桂枝茯苓片中苦杏仁苷、丹皮酚、芍药苷的含量[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(75):119-120.
- [4] 焦梦姣,邓哲,章军,等.含挥发性成分中药饮片标准汤剂的制备和质量标准研究——以牡丹皮为例[J].中国中药杂志,2018,43(5):891-896.

- [5] 李建生.基于疗效优势的中医治疗社区获得性肺炎切入点的思考[J].中医学报,2017,32(3):345-347.
- [6] 谢冬梅,俞年军,黄璐琦,等.基于高通量测序的药用植物“凤丹”根皮的转录组分析[J].中国中药杂志,2017,42(15):2954-2961.
- [7] 刘威,王振中,胡军华,等.不同产地牡丹皮中微量元素与多指标成分灰色关联度评价及相关性分析[J].中国实验方剂学杂志,2017,4(1):34-41.
- [8] 彭华胜,王德群,彭代银,等.药用牡丹基原的考证和调查[J].中国中药杂志,2017,42(9):24-28.
- [9] 李波,高文远,李霞,等.根及根茎类中药材商品规格等级标准研究探讨[J].中国中医药信息杂志,2018,25(2):6-10.
- [10] 夏成凯,胡云飞,陈思宇,等.基于中药质量常数的牡丹皮饮片等级划分[J].中成药,2018,40(3):647-653.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:彭文财 收稿日期:2019-05-17)

中西医结合治疗异位妊娠临床观察

艾志东

(江西省乐安县人民医院妇产科,江西 乐安 344300)

摘要:目的 分析对异位妊娠患者应用中西结合治疗的疗效。方法 选60例异位妊娠患者,分成A组(30例)和B组(30例),A组行西医治疗,B组行中西医结合治疗,对2个组别的临床疗效进行观察对比。结果 B组显效率的70.00%与总有效率的90.00%均比A组显效率的36.67%与总有效率的70.00%结果更优;B组输卵管疏通率的81.48%比A组的66.67%更优($P < 0.05$);B组包块消退与血 β -HCG指标恢复正常水平所用的时间均比A组有明显的缩短,差异对比均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 中西医结合治疗法可提高异位妊娠的治疗有效率,有利于输卵管疏通,缩短住院所需时间,值得推广应用。

关键词:异位妊娠;中西医结合疗法;宫外孕;腹痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.046

文章编号:1672-2779(2019)-23-0113-02

Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Ectopic Pregnancy

AIZhidong

Department of Obstetrics and Gynecology, Le'an County People's Hospital, Jiangxi Province, Le'an 344300, China

Abstract: Objective To analyze the therapeutic effect of integrated traditional Chinese and Western medicine on ectopic pregnancy.

Methods 60 patients with ectopic pregnancy were divided into group A (30 cases) and group B (30 cases). Group A was treated with western medicine and group B was treated with integrated traditional Chinese and Western medicine. **Results** 70.00% of marked efficiency and 90.00% of total effective rate in group B were better than 36.67% and 70.00% of total effective rate in group A ($P < 0.05$). 81.48% of fallopian tube dredging rate in group B was better than 66.67% in group A ($P < 0.05$). The time of mass regression and recovery of blood β -HCG index in group B was shorter than that in group A, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of traditional Chinese and Western medicine can improve the treatment efficiency of ectopic pregnancy, is conducive to tubal dredging, shorten the hospitalization time, and should be widely used.

Keywords: ectopic pregnancy; combination of traditional Chinese and Western medicine; exfetation; abdominal pain

异位妊娠是一种急腹症,临床中较为多见,也被称为宫外孕,该病的致病因素是受精卵不在子宫内部形成,而在子宫外着床并发育^[1]。做过输卵管手术者、输卵管发炎、输卵管受周遭组织挤压或先天发育不良者、避孕失败者等等都是导致异位妊娠的重要因素。在社会不断进步的今天,人们的性观念也与以往有所不同,这是异位妊娠人数越来越多的原因之一。据报道,如果异位妊娠为输卵管妊娠,则极容易因输卵管破裂而影响到患者的生命。目前常常通过手术的方式来治疗该疾病,有报道说患者的不良情绪会影响手术的最终疗效^[2]。基于此,有必要对治疗异位妊娠的方法进行研究。本文对我院60例异位妊娠患者进行了分组治疗,临床效果理想,现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料 在2016年12月—2018年12月2年间来我院进行治疗的异位妊娠患者中抽选60例,分成A组(30例)和B组(30例),2个组别患者的资料为:A组年龄22~37岁,平均年龄27.43岁;停经时间平均(44.17±3.43)d;血 β -HCG指标平均值(909.6±7.6)IU/L。B组年龄23~38岁,平均年龄28.47岁;停经时间平均(45.57±3.12)d;血 β -HCG指标平均值(910.6±6.4)IU/L。60例患者均对本次研究状况知晓,签字同意,并且经检查

所有患者的体征显示为平稳状态,出血均不高于200 mL,经停超过38 d,身体脏器功能均正常,输卵管无出现破裂者,无严重腹痛者,对米非司酮、甲氨蝶呤无过敏者,患者皆为输卵管异位妊娠。2组间的基本资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 患者表现为阴道不间断流血或是停经或是出现妊娠反应,均伴有腹痛,且经过检查判定为子宫正常(大小无变化或者未见有囊胎)但子宫外部有直径低于5 cm的包块,并且后穹隆处均伴有低于3 cm深度的积液,血 β -HCG显示异常,尿检显示为阳性。

1.3 排除标准 血HCG>2000 IU/L,宫旁包块直径>3 cm,并且后穹隆处伴有高于5 cm深度的积液。

1.4 治疗方法 A组患者接受口服米非司酮治疗,于餐后或餐前的2 h服用,1片/次(0.25 g/片),注射甲氨蝶呤,用量1 mg/kg,1次/d,肌肉注射。B组患者除接受以上治疗外,服用汤药(丹参20 g,天花粉16 g,三棱12 g,赤芍12 g,莪术6 g,蜈蚣2只),该处方药具有活血通络、止痛祛瘀的功效,此外根据患者的实际情况酌情加药,例如对于血虚气虚者,可加入补气养血类药物(阿胶),对于有包块者,可加入散结类药物(穿山甲),对于有消化不良及恶心等消化系统疾病者,可加入消食类药物(鸡内金)。

1.5 观察指标 (1) 观察2组治疗疗效;(2) 记录包块消退与血 β -HCG指标恢复正常水平常所用的时间。

1.6 疗效评定标准 治疗效果分为显效、有效、无效3个等级。血 β -HCG指标显示为正常,患者症状完全消失的则视为显效;血 β -HCG指标有改善,未完全恢复正常,患者的症状也有改善,包块有消退迹象的则视为有效;血 β -HCG指标显示为增高,患者症状无改善或加重,流血量变多,包块无消退且变大的则视为无效。总有效结果根据有效与显效情况计算。

1.7 统计学方法 本次研究所得资料数据通过统计学软件SPSS19.0处理分析。计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,比较用 t 检验;计数资料用率(%)表示,比较用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组异位妊娠患者治疗显效与总有效比较 经治疗对比,B组显效率的70.00%与总有效率的90.00%均比A组显效率的36.67%与总有效率的70.00%结果更优($P<0.05$),差异有统计学意义。见表1。

表1 2组异位妊娠患者治疗显效与总有效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
B组	30	21(70.00)	6(20.00)	3(10.00)	27(90.00)
A组	30	11(36.67)	10(33.33)	9(30.00)	21(70.00)

2.2 2组异位妊娠患者包块消退与血 β -HCG指标恢复正常水平所用时间比较 经治疗对比,B组包块消退与血 β -HCG指标恢复正常水平所用的时间较之A组均有明显的缩短($P<0.05$),差异有统计学意义。见表2。

表2 2组异位妊娠患者包块消退与血 β -HCG指标恢复正常水平所用时间比较 $(\bar{x}\pm s, d)$

组别	例数	包块消退时间	血 β -HCG正常时间
B组	30	30.54 \pm 6.71	16.65 \pm 5.42
A组	30	41.62 \pm 7.43	24.58 \pm 6.27

2.3 2组异位妊娠患者随访结果比较 对2组中48例经过治疗后临床疗效较佳的患者行出院后的随访,其中A组21例,B组27例。出院后的第2个月A、B2组患者的复查结果显示为输卵管疏通的分别有14例(66.67%)、22例(81.48%),B组比A组的输卵管疏通率更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 医案举隅 李女士,婚姻状况为已婚,年龄为29岁。在2017年12月13日来我院检查并入院接受治疗。患者基本情况为:月事一般情况下为30d1次,偶要延迟或提前,但不超过3d,来我院接受治疗时已经停经41d,在此期间有行过房事,且无避孕措施,患者也未服用过避孕药物。检查结果为:尿妊娠检查显示为阳性,血 β -HCG指标明显增高,为1180.7 IU/L,患者腹部会出现突

然性的疼痛,但不剧烈,阴道有长时间的持续的出血,但总出血量小于200 mL,经过我院医师诊断,李女士属于输卵管异位妊娠,经中医理论诊断李女士正虚血瘀,根据患者的临床症状,行中西医结合治疗。患者当日办理入院手续,并开始服用米非司酮,每日剂量为0.25 g(1片剂量),并注射每日剂量为1 mg/kg的甲氨蝶呤,除此之外,患者另服用处方汤药(丹参20 g,天花粉16 g,三棱12 g,赤芍12 g,桃仁10 g,莪术6 g,蜈蚣2只),该处方药具有活血通络、止痛祛瘀的功效,煎服,浓缩为600 mL,1剂/d,连续服用7 d视为1个疗程,患者服用14 d后行检查。检查结果为:尿妊娠检查结果由阳性转为阴性,血 β -HCG指标显示正常,患者共服用汤药2个月,经检查确诊,输卵管已完全疏通。

3 讨论

目前剖宫产率日益升高,异位妊娠患者的数量也在不断地增加,其中输卵管妊娠在临床中比较常见。导致异位妊娠的原因既有患者自身内在的原因,也有许多外在的原因。这些不利的因素都不利于患者的身体健康,对其自身的生育也会造成一定的干扰。甲氨蝶呤注射液与米非司酮片是治疗异位妊娠的临床常用西药^[3-4]。本次研究中A组的30例患者经过西药治疗后,输卵管疏通率为66.67%,显效率为36.67%。总有效率为70.00%,临床效果较佳。B组的30例患者在A组治疗方式的基础上,服用了具有活血通络、止痛祛瘀功效的汤药进行治疗,输卵管疏通率为81.48%,显效率为70.00%。总有效率为90.00%,并且B组包块消退与血 β -HCG指标恢复正常水平所用的时间均比A组有明显的缩短,临床效果更佳。这些结果表明了中西药并用更有利于患者的康复。赤芍可以凉血,桃仁可以化瘀,天花粉可以解毒清热,三棱、丹参与莪术也可以活血,蜈蚣可以消退包块,诸药合用起到了很好地治疗异位妊娠的效果。

综上所述,中西医结合治疗法可提高异位妊娠的治疗有效率,有利于输卵管疏通,缩短包块消退和 β -HCG指标恢复正常水平所需时间,值得推广。

参考文献

- [1] 广兰军. 观察中西医结合保守治疗异位妊娠的临床疗效[J]. 健康大视野, 2018(9):120.
- [2] 李金燕. 中西医结合保守治疗异位妊娠的疗效观察[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017, 4(1):33-34.
- [3] 孙冬莉, 邓高丕. 中西医疗异位妊娠作用机理的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(12):155-158.
- [4] 姚招英. 中西医结合治疗异位妊娠21例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(1):132-133.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:刘灿清 收稿日期:2019-03-26)

至灵胶囊联合缬沙坦治疗慢性肾病的疗效 及对患者肾功能影响

陈 玮¹ 张洪明²

(1 中国人民解放军 93307 部队医院医疗所,辽宁 沈阳 110000;

2 沈阳市第九人民医院职业 3 病房,辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 探讨至灵胶囊联合缬沙坦治疗慢性肾病的疗效及对患者肾功能的影响。方法 随机选取医院 2017 年 6 月—2018 年 5 月期间收治的 80 例慢性肾病患者,采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组 40 例。对照组采用缬沙坦治疗,观察组在对照组基础上加用至灵胶囊治疗,比较 2 组患者的治疗总有效率以及肾功能变化。结果 观察组治疗总有效率明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗前,2 组患者肾功能指标水平相近,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,观察组 BUN、UAER、GFR 水平显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在慢性肾病临床治疗中,合理应用至灵胶囊可一定程度上提升治疗效果,改善其肾脏功能以及免疫功能。

关键词:至灵胶囊;缬沙坦;慢性肾病;肾功能;中成药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.047

文章编号:1672-2779(2019)-23-0115-02

The Therapeutic Effect of Zhiling Capsule Combined with Valsartan on Chronic Nephropathy and Its Influence on Renal Function

CHEN Wei¹, ZHANG Hongming²

1. Medical Clinic, 93307 Force Hospital, Chinese People's Liberation Army, Liaoning Province, Shenyang 110000, China;

2. Occupational Ward Three, Shenyang Ninth People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110000, China

Abstract: Objective To explore the curative effect of Zhiling capsule combined with valsartan on chronic nephropathy and effect on renal function. **Methods** 80 patients with chronic nephropathy in our hospital from June 2017 to May 2018 were randomly selected. The patients were divided into observation group and control group, with 40 cases in each group by random number table method. The control group was treated with valsartan. The observation group was treated with Zhiling capsule on the basis of the control group. The total effective rate and renal function were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of the observation group was significantly better than that of the control group, and the difference was significant ($P < 0.05$). Before treatment, the renal function indexes of the two groups were similar. There was no significant difference ($P > 0.05$). After treatment, the levels of BUN, UAER and GFR in the observation group were significantly higher than of the control group. The difference was significant ($P < 0.05$). **Conclusion** In the treatment of chronic kidney disease, rational application of Zhiling capsule can improve the therapeutic effect, and improve its kidney function and immune function.

Keywords: Zhiling capsule; valsartan; chronic nephropathy; renal function; therapy of Chinese patent drug

随着生活习惯和饮食结构的改变,近年来,我国慢性肾病的发病率逐年提高。相关研究显示^[1],目前我国慢性肾病的发病率超过 10%,如不能及时治疗,可导致病情急剧恶化,发展为肾衰竭,甚至尿毒症。在慢性肾病治疗过程中,Ⅲ期最为关键,临床常采用激素和免疫抑制剂类药物进行治疗,但效果并不理想。随着医疗技术的不断提升和发展,中医也对此进行了深入研究,并在延缓肾功能衰竭方面取得了一定效果。研究证明^[2],中药可以有效改善患者免疫功能,延缓肾衰发生。本次研究分析了至灵胶囊在慢性肾病治疗中的临床效果,具体内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本次研究对象选自我院 2017 年 6 月—2018 年 5 月期间收治的 80 例患者,采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组 40 例。所有患者均对

本次研究知情,并签署授权同意书。对照组男 22 例,女 18 例;年龄 39~73 岁,平均年龄 47.16 岁;IgA 肾病 22 例,系膜增生性肾炎 8 例,膜性肾病 10 例。观察组男 21 例,女 19 例;年龄 38~71 岁,平均年龄 47.25 岁;IgA 肾病 23 例,系膜增生性肾炎 9 例,膜性肾病 8 例。2 组患者年龄、性别、疾病类型等一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 符合内科学中关于慢性肾病的诊断标准;(2) 肾脏病理性损伤、功能异常超过 3 个月;(3) 1 个月内无激素类药物应用史。

1.3 排除标准 (1) 心、肝、肾等功能性器官障碍;(2) 中、重度贫血患者;(3) 肾移植或继发性肾小球病变患者。

1.4 治疗方法 对照组采用缬沙坦治疗。要求患者饮食上以低盐、优质蛋白为主,同时采取抗感染治疗,改善患者体内水电解质失衡状况。给予患者口服缬沙坦(生产

企业：山东益健药业有限公司，批号：国药准字H20090319) 药物进行治疗，1次/d，2片/次，连续治疗12周。

观察组患者在对照组基础上加用至灵胶囊(生产企业：大同市利群药业有限责任公司，批号：国药准字Z14020744) 治疗。3次/d，2粒/次，连续治疗12周。

1.5 观察指标和判定标准 比较2组患者的治疗总有效率，分别为显效、有效和无效3种。显效：为症状完全消失，免疫和肾脏功能恢复正常；有效：症状有明显的改善，但是免疫和肾脏功能尚未恢复；无效：症状无任何的改变，反而有加重的情况。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

比较2组患者治疗前后的肾脏功能。观察其指标变化，具体包括血尿素氮(BUN)、尿白蛋白排泄率(UAER)、肾小球滤过率(GFR)。

1.6 统计学方法 本次临床所得数据通过SPSS 27.0 统计学软件进行分析。计量资料用均数±标准差来表示，组间比较行*t* 检验；计数资料用率(%)表示，组间比较行卡方检验。*P*<0.05表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2组慢性肾病患者治疗总有效率比较 观察组患者治疗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组慢性肾病患者治疗总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	24(60.0)	15(37.5)	1(2.5)	39(97.5)
对照组	40	20(50.0)	14(35.0)	6(15.0)	34(85.0)
χ^2 值					3.913
<i>P</i> 值					0.047

2.2 2组慢性肾病患者肾脏功能比较 治疗前，观察组BUN、UAER、GFR的指标分别为(6.95±1.13) mmol/L、(86.38±20.53) μg/min、(42.75±9.13) L/min，对照组分别为(6.93±1.08) mmol/L、(85.78±21.33) μg/min、(43.05±8.94) L/min，2组比较差异无统计学意义(*P*>0.05)；治疗后，观察组BUN、UAER、GFR的指标分别为(6.07±0.72) mmol/L、(49.28±14.91) μg/min、(60.25±15.37) L/min，对照组分别为(6.46±0.65) mmol/L、(63.42±17.25) μg/min、(51.84±11.28) L/min，观察组各项指标显著优于对照组(*P*<0.05)。

3 讨论

随着经济水平的不断提高，慢性肾病已经成为临床上常见的一种疾病，主要表现为蛋白尿、高血压、水肿以及血尿等情况^[3]。由于肾功能疾病呈进行性发展，所以该疾病如没有及时发现或治疗将会导致出现

更加严重的不良后果。目前，临床尚无完全治愈的方法，只能靠透析的方式来维持生命^[4]。肾病治疗多选择西医治疗方法，可有效缓解患者的病情。例如缬沙坦等药物，其具有一定拮抗作用，同时还能够促进肾小球扩展，控制蛋白尿、血尿的生成，此外还能够抑制其它细胞因子生长，在一定程度上减轻肾脏炎症反应，但是效果有限。

慢性肾病在中医学理论中认为其病理是肾脾衰弱，全血不足。临床治疗应该以益虚损、养精髓为主。至灵胶囊中含有的主要成分是冬虫夏草，有研究显示^[5]，冬虫夏草主要含有虫草素、D-甘露糖醇、核苷类、维生素B₁、维生素B₂、氨基酸等多种物质，可有效治疗慢性肾病。主要表现在以下几个方面：(1)有效增强患者免疫能力，冬虫夏草属于免疫增强剂，具有活化免疫细胞的作用，可增强多种细胞活性，进而在一定程度上改善患者生活质量；(2)降低炎症反应对于肾脏的损伤。研究显示^[6]，炎症反应对于慢性肾病的发展具有明显的促进作用，其贯穿慢性肾病全过程，至灵胶囊能够有效提高患者机体醛固酮和皮质醇浓度，抑制细胞因子分泌，进而有效控制炎症反应，对患者肾脏功进行全方位保护；(3)具有一定的抗氧化作用，通过相应媒质降低溶酶体氧化损伤程度；(4)抵抗肾小球呈现纤维化的现象，对肾脏起到相应的保护作用。

本次研究结果表明，观察组治疗总有效率明显优于对照组，组间对比差异具有统计学意义(*P*<0.05)；治疗前，2组患者肾功能指标水平相近，差异无统计学意义(*P*>0.05)，治疗后，观察组BUN、UAER、GFR等指标显著优于对照组，差异有统计学意义(*P*<0.05)。

综上所述，临床通过至灵胶囊药物的合理应用治疗慢性肾病，可在一定程度上提升患者治疗效果，同时保护其肾脏以及提高免疫功能，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王伟. 至灵胶囊联合替米沙坦治疗早期糖尿病肾病的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(6):1494-1497.
- [2] 刘燕霞. 至灵胶囊联合缬沙坦分散片治疗早期糖尿病肾病临床效果分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(10):25-26.
- [3] 徐晓燕, 金领微, 黄文, 等. 至灵胶囊联合缬沙坦治疗慢性肾病的疗效及对患者肾功能的影响[J]. 中华全科医学, 2016, 14(12):2051-2054.
- [4] 柏琳, 于海涛, 国春玲, 等. 慢性肾病患者血清总胆红素水平临床变化意义及分析[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(4):68-69.
- [5] 盛晓茜. 至灵胶囊联合玉屏风散治疗蛋白尿41例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(2):82-84.
- [6] 李凤楼, 解汝娟. 炎性因子在慢性肾脏病中作用及治疗的研究进展[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2017, 31(7):716-718.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:杜艳秋 收稿日期:2019-03-26)

中医特色护理对股骨颈骨折闭合复位内固定术后疼痛及关节恢复的影响研究*

曾连香¹ 钟以芳¹ 刘美华²

(1 江西省上犹县中医院供应室骨科,江西 上犹 341200;2 江西省瑞金市中医院骨科,江西 瑞金 342500)

摘要:目的 分析中医特色护理对股骨颈骨折闭合复位内固定术后疼痛及关节恢复的影响。方法 选取2018年2月—2019年2月收治的股骨颈骨折患者60例,按照入院单双数法分为对照组和观察组,各30例。对照组给予常规性护理,观察组予以中医特色护理。对比2种护理方式对患者关节恢复情况、疼痛影响、护理满意度影响。结果 观察组患者治疗后髋关节评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者疼痛状况评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者护理满意度100.00%显著高于对照组86.67%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 为股骨颈骨折患者予以中医特色护理时可缓解关节疼痛、帮助关节恢复,促进护患关系,有应用价值。

关键词:中医特色护理;股骨颈骨折;闭合复位内固定;关节恢复

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.048

文章编号:1672-2779(2019)-23-0117-03

Research on the Effect of Traditional Chinese Medicine Characteristic Nursing on Pain and Joint Recovery after Closed Reduction and Internal Fixation of Transcervical Fracture

ZENG Lianxiang¹, ZHONG Y ifang¹, LIU M eihua²

1. Supply Room Orthopaedics, Shangyou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Shangyou 341200, China;

2. Orthopaedics Department, Ruijin Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Ruijin 342500, China

Abstract: Objective To analyze the effect of traditional Chinese medicine nursing on pain and joint recovery after closed reduction and internal fixation of transcervical fracture. **Methods** 60 patients with transcervical fracture admitted from February 2018 to February 2019 were divided into control group (30 cases) and observation group (30 cases). The effects of two nursing methods on joint recovery, pain and nursing satisfaction were compared. **Results** After treatment, the hip score of the observation group was significantly higher than that of the control group, and there had statistical significance ($P < 0.05$). The pain score of the observation group was significantly lower than that of the control group, and there had statistical significance ($P < 0.05$). The nursing satisfaction of the observation group was 100.00%, which was significantly higher than that of the control group (86.67%), and there had statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion** Traditional Chinese medicine nursing for patients with transcervical fracture can alleviate joint pain, help joint recovery, and promote nurse-patient relationship, which has practical value.

Keywords: traditional Chinese medicine characteristic nursing; transcervical fracture; closed reduction and internal fixation; joint recovery

股骨颈骨折多指由患者骨质疏松、髋周肌肉群退变造成股骨颈断裂。股骨胫骨骨折多发生于老年患者,且女性发病率要显著高于男性,此种疾病为造成老年骨折不愈、股骨头坏死的重要原因,会对患者生活质量产生严重影响。手术治疗后患者常会出现疼痛和康复较慢等问题,为降低患者痛感、提升恢复效果选取合适的治疗方式便十分重要。有分析认为中医辨证护理对降低患者疼痛、促进关节恢复效果十分显著^[1]。现选取我院患者为研究对象,主要分析两种治疗方式的效果,结果分析如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 取2018年2月—2019年2月收治的股骨

颈骨折患者60例,所有患者均进行闭合复位内固定术。对照组30例,男13例,女17例;年龄62~81岁,平均年龄71.62岁;就医时间0.4~11h,平均就医时间(6.34±0.43)h。观察组30例,男14例,女16例;年龄61~81岁,平均年龄71.53岁;就医时间0.3~11h,平均就医时间(6.26±0.45)h。2组患者性别、年龄等一般资料差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 纳入标准 所有患者均符合中医病证诊断标准;所有患者均符合气血亏虚、气滞血瘀诊断标准;所有患者均签署知情同意书;本研究通过医学伦理委员会批准。

1.3 排除标准 合并严重肝、肾疾病患者;风湿性关节炎、合并感染患者;排斥中医患者。

1.4 护理方法 对照组患者进行常规护理。术后进行抗感染、镇痛护理。首先询问患者自身情况,注意安抚其心

* 基金项目:江西省赣州市指导性科技计划项目[No.GZ2018ZSF482]

情, 指导其采用正确躺卧位。对切口温度、渗液、红肿状况予以严密监测, 注意伤口干燥和卫生。术后提升患肢, 同时确保其静脉畅通, 及时进行保暖。适当指导患者进行康复训练, 帮助血液循环。置引流管过程中注意对引流物流量、颜色、温度等多种信息予以观察。同时采取良好心理护理, 进行心理支持, 提升其治疗积极性。

观察组患者主要为中医特色护理。首先为冰敷, 取冰袋后毛巾将其包裹, 并固定于患者骨折位置, 同时不可碰触切口位置, 冰敷时间为 48 h。患者后期恢复时取适当冰块敷施, 冰敷时间依据患者自身主诉疼痛或肿胀确定。

耳穴镇痛, 耳穴多取同侧三焦、神门以及耳大神经点、枕小神经点。取医用胶带粘王不留籽、贴敷耳穴, 时间 5 min, 以肿、痛、酸、麻、发热为宜, 初始 1 次/d, 症状缓解之后缩减至 2~3 次/周。

中医按摩, 据骨折愈合不同期特征进行肌肉按摩, 早期动作保持轻柔, 进而达到舒筋活血效果, 防止发生骨折端移位, 在恢复期则要加大按摩力量, 促使其肌肉功能恢复。

中医康复锻炼, 依据患者恢复情况, 给予患者早期康复护理, 指导其进行跖屈背伸踝关节运动。首先做患肢悬吊运动、屈膝、屈髋运动, 主要目的为协助患者进行抗阻力训练。

中医饮食调理, 对骨折 3 期患者予以辨证饮食调理。早期主要为骨折筋伤、气滞血瘀主证患者: 确保饮食宜清淡, 多摄入蔬菜、水果、蛋类、豆制品、鱼汤为主, 忌酸辣、油腻、燥热饮食; 手术早期、瘀血未尽, 筋骨未复为主证: 饮食上由清淡转为适当高营养补充, 以满足骨痂生长的需要; 术后 5 周即康复期以肝肾不足、气血两虚为主证, 饮食适当解除禁忌, 多食高热、营养丰富的食物, 补益肝肾气血, 促进骨痂生长。

1.5 观察指标 (1) 主要对比 2 组患者愈合情况, 主要采用髋关节功能分析进行评价, 总分为 100 分, 主要分析术后 1、3、6 个月时髋关节功能; (2) 分析 2 组患者疼痛评分状况, 主要采用 VAS (视觉疼痛模拟评分) 进行评价, 为 0~10 分, 得分越高疼痛程度越严重。主要分析术后 5、10、20 30 h; (3) 分析患者护理满意度, 主要采用我院护理满意度评分量表进行分析, 总分为 100 分, 96 分以上为十分满意, 90~95 分为满意, 其它为不满意。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 *t* 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 行 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组股骨颈骨折患者愈合状况 观察组患者治疗后 1~6 个月髋关节评分显著高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1 2 组股骨颈骨折患者愈合状况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后	1 个月	3 个月	6 个月
对照组	30	55.16 ± 4.16	65.27 ± 3.18	75.16 ± 2.69	89.35 ± 3.89
观察组	30	56.24 ± 3.42	81.62 ± 4.62	88.67 ± 4.61	92.41 ± 2.91
<i>t</i> 值		1.098	15.967	13.864	3.450
<i>P</i> 值		0.138	0.000	0.000	0.001

2.2 2 组股骨颈骨折患者疼痛状况 观察组患者疼痛状况评分显著低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 2 组股骨颈骨折患者疼痛评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 5 h	术后 10 h	术后 20 h	术后 30 h
对照组	30	8.97 ± 0.66	7.15 ± 0.25	5.60 ± 0.64	3.36 ± 0.42
观察组	30	8.15 ± 0.73	6.02 ± 0.35	4.07 ± 0.51	2.41 ± 0.14
<i>t</i> 值		4.564	14.390	10.240	11.753
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 2 组股骨颈骨折患者护理满意度状况 观察组患者护理满意度 100.00% 和对照组 86.67% 比有显著提升, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 2 组股骨颈骨折患者满意度状况 [例(%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	满意度
对照组	30	13(43.33)	13(43.33)	4(13.33)	26(86.67)
观察组	30	14(46.66)	16(53.33)	0(0.00)	30(100.00)
<i>t</i> 值					4.285
<i>P</i> 值					0.038

3 讨论

股骨颈骨折为骨科常见疾病, 手术为股骨胫骨骨折患者主要治疗方式, 但研究发现, 多数患者康复后髋关节依然较难恢复, 因此需进行良好的护理方式^[2]。本次研究主要为中医特色护理, 通过特色护理缓解疼痛、促使恢复、提升生活质量。

根据该疾病特征, 骨折术后持续性疼痛以及股骨头缺血坏死、骨折难以愈合为主要难点, 主要理论为气血、肾脏理论。气可温煦、血可濡养、四肢均依靠气血滋养, 骨骼为身体的重要组成部分, 因此需良好的血气滋养。骨折之后需调和血气、畅通经脉方可愈合。中医护理时可采用王不留籽进行耳穴调和, 此种方式对调节神经、内分泌系统、疏筋活络等均有显著功效。由于在按压过程中也可缓解患者焦虑, 因此对降低痛感也有重要帮助^[3-4]。且在刺激耳穴时也可缓解平滑肌痉挛, 因此对疼痛也有辅助性化解效果。在中医护理中也重视冰敷, 依据患者疾病不同时期采用不同冰敷^[5]。由于冰敷对收缩血管、降低血管渗透、减少渗出有显著效果, 因此可缓解肿胀。冰敷之后也可缓解患者血流速度, 降低代谢, 使得炎症扩散得到抑制, 最终可消肿止痛。观察本次研究结果, 观察组患者疼痛状况得到显著缓解, 差异有统计学意义 (P<0.05)。提示冰敷和药物综合使用患者疼痛得到显著缓解。传统护理在患者康复中仅为指导性康复训练, 训练过程系统

性针对性不足。在中医特色护理中,依据疾病分期,分别采用不同康复方式,同时也辅性进行按摩,因此患者康复效果得到显著提升。分析本次研究结果,观察组患者髌关节评分显著更好,差异有统计学意义($P<0.05$)。因此可知中医特色护理对促使患者恢复效果十分显著。分析其他学者研究可知,良好的按摩会对康复有重要帮助作用^[6]。之后为饮食护理,在本次护理中依据患者主症不同,分别进行不同饮食指导。此种方式不仅可确保饮食指导针对性,对患者康复以及提升患者信赖感均有重要帮助。观察组患者护理满意度显著高于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。因此可知中医特色护理对提升护患关系,提升患者满意度效果显著。

综上所述,为老年股骨颈骨折患者进行中医特色护理时可提升预后康复、降低疼痛、提升患者满意度,有

临床应用价值。

参考文献

- [1] 张雨,刘亮,栗树伟,等.老年股骨颈骨折经闭合复位内固定术后股骨头坏死发生率及影响因素[J].中国骨与关节杂志,2016,5(4):305-309.
- [2] 钱文志.全髋关节置换术和闭合复位空心钉内固定术治疗老年股骨颈骨折的对比分析[J].浙江创伤外科,2016,21(1):91-92.
- [3] 杨晓虎.空心钉内固定术治疗中老年股骨颈骨折效果观察及对髌关节功能的影响[J].医学理论与实践,2017,30(12):1788-1789.
- [4] 宋建康.髌关节置换术与骨折内固定术对老年股骨颈骨折患者的疗效及Harris评分的影响[J].中国医药科学,2017,7(17):223-226.
- [5] 裴世群.人工全髋关节置换和闭合复位空心钉内固定治疗股骨颈骨折的疗效观察[J].中国医药指南,2017,15(19):63-63.
- [6] 陈真玉.中医护理联合康复护理对股骨颈骨折患者术后康复效果的影响[J].中国卫生标准管理,2017,8(24):134-136.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:刁秀凤 收稿日期:2019-03-19)

中西医结合护理对剖宫产产妇术后乳汁分泌的影响

周翠员

(江西省黎川县中医院妇产科,江西 黎川 344600)

摘要:目的 研究中西医结合护理对剖宫产产妇术后乳汁分泌的影响。方法 选取2016年9月—2018年9月前来江西省黎川县中医院接受剖宫产分娩的58例产妇作为研究对象,采用奇偶数组法分为对照组和观察组,各29例。对照组采用西医护理,观察组采用中西医结合护理。护理1个月后观察疗效,包括术后乳汁分泌情况、乳房舒适度,并记录其护理前后焦虑评分、抑郁评分、生活质量评分变化。结果 观察组多量泌乳率96.55%,对照组多量泌乳率72.41%,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组乳房舒适度93.10%,对照组乳房舒适度68.97%,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。护理后观察组焦虑评分、抑郁评分低于对照组和护理前,生活质量评分高于对照组和护理前,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 中西医结合护理对剖宫产产妇术后乳汁分泌有重要影响,可提高其乳汁分泌量及乳房舒适度,改善其生活状态及负性心理,具有较高临床推广价值。

关键词:中西医结合护理;剖宫产;乳汁分泌;焦虑评分;生活质量

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.049

文章编号:1672-2779(2019)-23-0119-03

Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing on Breast Secretion after Cesarean Section

ZHOU Cuiyuan

Department of Obstetrics and Gynecology, Lichuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Lichuan 344600, China

Abstract: Objective To study the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing on breast secretion after cesarean section. **Methods** 58 parturients who came to our hospital from September 2016 to September 2018 for cesarean section delivery were selected as the study subjects. They were divided into two groups by odd and even number grouping, with 29 in each group. The participating group was given western medicine nursing, while the combined group was given integrated traditional Chinese and Western medicine nursing. After one month of nursing, the curative effect was observed, including breast secretion and comfort, and the changes of anxiety score, depression score and quality of life score before and after nursing were recorded. **Results** The multiple lactation rate was 96.55% in the combined group and 72.41% in the participating group, and there had statistical significance ($P<0.05$). Breast comfort was 93.10% in combination group and 68.97% in participation group, and there had statistical significance ($P<0.05$). The scores of anxiety and depression in the combined group after nursing were lower than those in the participating group and before nursing, and the scores of quality of life were higher than those in the participating group and before nursing, and there had statistical significance ($P<0.05$). **Conclusion** The integrated traditional Chinese and Western medicine nursing has an important influence on breast secretion after cesarean section. It can improve the milk secretion and breast comfort, improve their living conditions and negative psychology, and has a high clinical popularization value.

Keywords: integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; cesarean section; milk secretion; anxiety score; quality of life

剖宫产是目前临床产科重要术式,主要作用于解决或避免难产及产科合并症状,以对产妇及围产儿生命健康提供保障^[1]。在分娩后,多数产妇均会出现不同程度

缺乳或奶胀等情况,受剖宫产影响导致缺乳概率升高,严重影响围产儿喂养及产妇自身健康,故而针对其上述情况应及时采取有效干预措施,从而确保其健康^[2]。本

院围绕剖宫产产妇护理开展研究,就29例产妇采用中西医联合护理,整理报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年9月—2018年9月前来我院接受剖宫产分娩的58例产妇作为研究对象,采用奇偶数分组法分为对照组和观察组,各29例。观察组年龄25~38岁,平均年龄31.6岁;其中初产妇16例,经产妇13例。对照组年龄25~37岁,平均年龄31.4岁;其中初产妇15例,经产妇14例;2组患者基线资料经统计学软件对比差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 妊娠期37~42周;(2) 经B超诊断确诊为单胎;(3) 均接受剖宫产术分娩;(4) 自愿参与研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 自愿分娩者;(2) 合并产前乳房发育差;(3) 合并乳房手术史;(4) 合并乳房病理损害,包括体内激素水平紊乱;(5) 参与其他研究者。

1.4 护理方法 对照组采用西医护理,护理人员鼓励产妇分娩后给予母乳喂养,指导其取正确体位,分娩6h给予少量流质饮食,恢复排气及肠道蠕动后给予其正常饮食,对其正常营养供需进行满足;观察组采用中西医结合护理,具体内容如下:护理人员对产妇生理状态进行观察,为其营造良好休息状态,确保其获得充足睡眠;同时,护理人员将分娩后相关注意事项及母乳喂养诱使其对其进行说明,提高其自我认知水平;母乳时,护理人员协助产妇与围产儿进行接触,以正确姿势及体位开展喂养;如产妇自身存在乳汁淤积,可给予乳房按摩及吸奶器进行干预,从而确保正常乳汁分泌;围绕产妇开展催乳方剂干预,天花粉15g,麦冬15g,藿香12g,穿山甲15g,通草10g,丹参15g,大黄10g,党参15g,当归15g,桃仁15g,枳壳12g,桔梗6g,厚朴12g,黄芪15g,王不留行15g,陈皮6g等,水煎取汁,分早晚温服;对于部分乳房条件不好者,可取乳中穴、乳根穴进行按摩,按摩过程中禁止在皮肤局部移动,减少对皮肤造成的压力和损伤,确保乳汁正常分泌。

1.5 观察指标 护理1个月后观察疗效,包括术后乳汁分泌情况、乳房舒适度,并记录其护理前后焦虑评分、抑郁评分、生活质量评分变化。

乳汁分泌量标准。多量:产妇乳汁分泌量较多,可满足婴儿喂养需求;少量:产妇有乳汁分泌,不能满足婴儿喂养;无:产妇无乳汁分泌。乳房舒适度标准,0级:

护理后,产妇乳房无胀痛;I级:乳房存在轻微胀痛,不影响日常休息;II级:乳房有中度肿胀并伴随疼痛感,处于可忍受范围;III级:乳房重度胀痛,痛感较难以忍受。乳房舒适度=(0级+I级)例数/总例数 $\times 100\%$ ^[3]。

焦虑采用HAMA量表作为判定标准,以患者自述方式开展,分值 ≥ 29 分为严重焦虑、 ≥ 21 分为明显焦虑、 ≥ 14 分为焦虑、 ≥ 7 分为有可能焦虑、总分 < 7 分为无焦虑;抑郁采用HAMD量表作为判定标准,以问卷调查方式开展,以24项为参考,项目包括自制力、疑病、性症状、全身症状、精神焦虑、激越等,总分 ≥ 35 分为严重抑郁、 ≥ 20 分为轻度或中度抑郁、 < 8 分为无抑郁^[4]。

采用综合评分问卷对患者生活质量进行判定,分值40分,项目包括躯体、社会、心理等功能及物质生活状态,分值越高生活质量越好^[5]。

1.6 统计学方法 运用SPSS 21.0统计学软件包处理研究相关数据。计数数据以率(%)表示,比较用卡方(χ^2)检验;计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,比较采取独立配对 t 检验。 $P<0.05$ 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2组剖宫产产妇多量泌乳率比较 观察组多量泌乳率96.55%(28/29),其中无1例、少量3例、多量25例,对照组多量泌乳率72.41%(21/29),其中无8例、少量6例、多量15例,观察组多量泌乳率高于对照组,对比差异有统计学意义($\chi^2=4.735$, $P=0.030$)。

2.2 2组剖宫产产妇乳房舒适度比较 观察组乳房舒适度93.10%(27/29),其中0级17例、I级8例、II级2例、III级0例,对照组乳房舒适度68.97%(20/29),其中0级10例、I级10例、II级6例、III级3例,观察组乳房舒适度多于对照组,对比差异有统计学意义($\chi^2=4.039$, $P=0.044$)。

2.3 2组剖宫产产妇护理前后焦虑、抑郁评分及生活质量评分比较 护理后观察组焦虑评分、抑郁评分低于对照组和护理前,生活质量评分高于对照组和护理前,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

3 讨论

剖宫产是目前临床产妇常用分娩术式,通过从腹部及子宫建立切口将胎儿取出来达到分娩目的。据临床资料^[6]记载,应用剖宫产虽然能够有效避免难产等情况,但手术操作需要在机体建立切口来进行分娩,可对机体造成一定损伤。且由于部分产妇对于剖宫产手术认知程度较低及产

表1 2组剖宫产产妇护理前后焦虑、抑郁评分及生活质量评分比较

($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	焦虑评分		t 值	P 值	抑郁评分		t 值	P 值	生活质量评分		t 值	P 值
		护理前	护理后			护理前	护理后			护理前	护理后		
观察组	29	19.12 \pm 1.28	4.62 \pm 0.56	55.889	0.000	19.21 \pm 1.32	5.35 \pm 0.55	52.195	0.000	16.69 \pm 1.27	34.29 \pm 0.52	69.064	0.000
对照组	29	19.13 \pm 1.25	10.22 \pm 0.54	35.238	0.000	19.20 \pm 1.29	10.29 \pm 0.62	33.524	0.000	16.65 \pm 1.23	27.43 \pm 0.64	41.868	0.000
t 值		0.030	38.765			0.029	32.098			0.122	44.799		
P 值		0.488	0.000			0.488	0.000			0.452	0.000		

后乳汁分泌阻塞等情况,可对其心理造成一定负担,故而应辅以有效护理干预。以往临床多采用西医护理干预,通过观察其泌乳情况来制定护理措施,虽然具有一定效果,但整体疗效不佳,部分患者心理素质较差,仍旧会影响其乳汁分泌及产后恢复。中医指出,剖宫产操作可导致产妇出现脾胃呆滞、升降失常及气血大量消耗,而乳汁则由气血所化,因气血缺失可直接导致乳汁缺少,故而给予其措施应围绕其实施。中西医结合护理是近几年提出的新型护理措施,其中西医护理能够侧重观察患者生理状态,而中医则通过给予中药及按摩改善患者生理状态,并促进乳汁正常分泌,从而确保围产儿获得充足的乳汁供给;此外,在具体干预过程中,通过提高产妇自我认知来增强其参与母乳喂养的积极性,使其焦虑、抑郁等负性心理得到改善。本研究结果,观察组多量泌乳率(96.55%),明显高于对照组的(72.41%),其乳房舒适度处于较高水平,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。且经中西医联合护理,产

妇焦虑、抑郁等负性心理得到有效改善,其生活质量得到提升,证实采用中西医结合护理在临床中的疗效。

综上所述,在剖宫产产妇中采用中西医结合护理可促进乳汁分泌,并最大程度改善其负性心理的同时,确保产妇自身舒适性,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 朱心翠.快速康复护理模式在剖宫产术后护理中的应用效果及对产妇早期泌乳的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(6):198-199.
- [2] 黄丽,龚豪.妊娠合并亚临床甲状腺功能减退症对孕产妇妊娠结局及围产儿结局的影响[J].空军医学杂志,2017,33(3):187-189.
- [3] 吴瑕,袁玲,李凌虹.综合护理干预对剖宫产术后乳汁分泌、母乳喂养及护理满意度的影响[J].安徽预防医学杂志,2017,18(3):70-72.
- [4] 汪魏魏.剖宫产术后康复治疗仪的应用及其对母乳喂养心理因素的影响[J].中国全科医学,2017,21(S1):213-215.
- [5] 辜美玉.综合护理干预对剖宫产产妇产后生活质量的影响[J].蛇志,2017,29(4):511-512.
- [6] 柳爱兰.中西医结合护理对剖宫产产妇产后乳汁分泌的影响[J].护理实践与研究,2016,13(5):73-75.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:全群 收稿日期:2019-03-29)

益气化瘀法联合临床护理路径治疗子宫肌瘤临床观察

刘政文

(中国医科大学附属盛京医院妇产科,辽宁 沈阳 110004)

摘要:目的 探讨益气化瘀法联合临床护理路径治疗子宫肌瘤的临床观察。方法 中国医科大学附属盛京医院治疗的72例子宫肌瘤患者被随机分为对照组和观察组,每组36例,对照组给予桂枝茯苓胶囊口服配合常规护理模式,观察组给予益气化瘀法治疗联合临床护理路径模式。治疗3个月比较2组Zung焦虑自评量表(SAS)、Zung抑郁自评量表(SDS)评分,随访6个月复查超声肌瘤体积、子宫体积。结果 治疗后2组肿瘤体积、子宫体积明显小于本组治疗前,且观察组肿瘤体积、子宫体积明显小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后2组SAS、SDS评分明显低于本组治疗前,且观察组SAS、SDS评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 益气化瘀法联合临床护理路径能有效缩小子宫肌瘤的肌瘤体积,改善患者的焦虑抑郁情绪。

关键词:益气化瘀法;临床护理路径;瘢痕;子宫肌瘤;焦虑情绪

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.050

文章编号:1672-2779(2019)-23-0121-03

Clinical Observation on Invigorating Qi and Removing Blood Stasis Method Combined with Clinical Nursing Pathway in the Treatment of Uterine Fibroids

LIU Zhengwen

Department of Obstetrics and Gynecology, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China

Abstract: Objective To explore the clinical observation of treating uterine fibroids with invigorating qi and removing blood stasis method combined with clinical nursing pathway. **Methods** 72 patients with uterine fibroids treated in our hospital were randomly divided into control group and observation group, with 36 patients in each group. The control group was given Guizhi Fuling capsule oral combined with conventional nursing mode, and the observation group was given invigorating qi and removing blood stasis method combined with clinical nursing pathway mode. After treatment for 3 months, the scores of Zung anxiety self-rating scale (SAS) and Zung depression self-rating scale (SDS) were compared between the two groups, and the ultrasound fibroid volume and uterine volume were reviewed after following-up for 6 months. **Results** After treatment, the tumor volume and uterine volume of the two groups were significantly smaller than that before treatment, and the tumor volume and uterine volume of the observation group were significantly smaller than that of the control group, and there had statistically significant differences ($P<0.05$). After treatment, SAS and SDS scores of the two groups were significantly lower than those of the control group before treatment, SAS and SDS scores of the observation group were significantly lower than those of the control group, and there had statistically significant differences ($P<0.05$). **Conclusion** The invigorating qi and removing blood stasis method combined with clinical nursing pathway in the treatment of uterine fibroids can effectively reduce the size of uterine fibroids and improve patients' anxiety and depression.

Keywords: invigorating qi and removing blood stasis method; clinical nursing pathway; abdominal mass; uterine fibroids; anxiety

子宫肌瘤是妇科常见良性肿瘤,好发于30~50岁,发病年龄逐渐年轻化,临床治疗方法除手术外,保守治

疗效果不明显。以往的中医用药为活血化瘀法,可导致子宫出血过度,加重患者贫血、乏力等症状。结合临床

症状及古今文献报道,《黄帝内经》曰:“邪之所凑,其气必虚”,因此中医认为子宫肌瘤的病机为“正气虚弱”,治疗基础为扶正固本,改善基本状况,提高抗病力,同时活血化瘀、理气消癥,标本兼治,提高疗效^[1]。我院采用益气化痰法联合临床护理路径治疗子宫肌瘤患者,现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年2月—2018年2月我院收治的子宫肌瘤患者72例为研究对象,随机分为对照组和观察组,各36例,其中对照组年龄 ≤ 30 岁3例,30~40岁19例, ≥ 40 岁14例,平均年龄41.3岁;平均病程(7.5 \pm 6.1)年。观察组 ≤ 30 岁4例,30~40岁20例, ≥ 40 岁12例,平均年龄41.6岁;平均病程(7.9 \pm 5.9)年。2组患者年龄、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合《妇产科学》中子宫肌瘤的诊断标准,子宫增大、不规则。经量增多延长,尿频尿急,排便困难等症状;(2)超声检查见子宫内多个或单个中强回声光团,包膜清晰,子宫体 $<$ 妊娠3个月,瘤体直径 <4 cm;(3)年龄25~50岁,未绝经者,近3个月内未使用激素类药物。

1.3 排除标准 (1)妊娠期或哺乳期,或合并子宫内膜异位症者;(2)合并严重的重要脏器功能不全、恶性肿瘤、内分泌疾病等;(3)精神异常,依从性差,失访者。

1.4 治疗方法 对照组给予桂枝茯苓胶囊口服(由江苏康缘药业股份有限公司生产,生产批号I10950005)4粒,每日3次,自每次月经首日开始服用,经期停止服药,连续服用1个疗程,每个疗程3个月。观察组给予益气化痰法治疗。方剂组成:黄芩10 g,茜草10 g,赤芍10 g,党参10 g,当归10 g,山药10 g,鸡内金10 g,红花10 g,白术12 g,台乌药8 g,莪术8 g,茯苓12 g,三棱9 g,山楂15 g,薏苡仁15 g,香附5 g,土鳖虫5 g,水煎至200 mL,分早晚2次温服,自每次月经首日开始服用,经期停止服药,连续服用3个疗程,每个疗程1个月。

1.5 护理方法 对照组给予常规护理模式,使病房舒适温馨、湿度适宜,根据患者的病因,诊治过程及护理评估经过,制定个性化详细的护理方案,进行针对性常规护理。包括:健康宣教、讲解子宫肌瘤的病因、治疗经过等,消除患者的紧张焦虑情绪,嘱咐患者多休息,清淡高蛋白饮食。观察组给予临床护理路径模式,具体内容包括:(1)以患者为主体,尊重患者的个体意愿,力求达到取得最佳护理效果为目的,全程包括医师、护师、药剂师、心理咨询师共同参与,制定详细的个性化临床护理路径;(2)临床护理路径内容具体包括:饮食管理、检查护理、病情变化详细记录、健康知识教育、康复计划、用药管理等,严格执行临床护理路径内容;(3)制定相应的临床护理路径图表,使患者及护师清楚了解护理过程的进展及下一个流程,严格执行流程中的护理干

预方案;(4)尊重患者及家属的想法,告知患者知情权,重视患者的心理变化,随时调整心理状态,消除不良情绪,积极配合治疗和护理,提高临床疗效;(5)医护人员分别对患者进行个体化健康教育,提高患者对护理告知的认识度,更加重视护理工作,提高护理工作的配合度,使护理路径更加完美,确保护理工作顺利进行。

1.6 观察指标 (1)治疗前及治疗后随访6个月,复查超声测量肌瘤体积、子宫体积;(2)治疗前及治疗3个月,采用Zung焦虑自评量表(SAS)、Zung抑郁自评量表(SDS),评估患者的心理状态改善情况,评分越高则焦虑、抑郁程度越严重。

1.7 统计学方法 采用SPSS 17.0统计分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组子宫肌瘤患者肿瘤体积、子宫体积比较 治疗前,2组患者肿瘤体积、子宫体积比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组肿瘤体积、子宫体积明显小于本组治疗前,且观察组肿瘤体积、子宫体积明显小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组子宫肌瘤患者肿瘤体积、子宫体积比较 ($\bar{x}\pm s, \text{cm}^3$)

组别	例数	肿瘤体积		子宫体积	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	63.78 \pm 21.35	31.35 \pm 12.57 ^a	144.48 \pm 29.53	103.02 \pm 30.89 ^a
对照组	36	63.42 \pm 22.03	43.75 \pm 10.46 ^a	143.87 \pm 30.26	122.35 \pm 29.95 ^a
t 值		0.070	4.549	0.087	2.699
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$

2.2 2组子宫肌瘤患者SAS、SDS评分比较 治疗前,2组患者SAS、SDS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组SAS、SDS评分明显低于本组治疗前,且观察组SAS、SDS评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 2组子宫肌瘤患者SAS、SDS评分比较 ($\bar{x}\pm s, \text{分}$)

组别	例数	SAS		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	65.3 \pm 7.2	33.5 \pm 3.2 ^a	63.9 \pm 6.9	38.4 \pm 3.9 ^a
对照组	36	63.7 \pm 7.5	51.8 \pm 4.5 ^a	62.7 \pm 7.1	49.6 \pm 5.5 ^a
t 值		0.923	19.884	0.727	9.967
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$

3 讨论

子宫肌瘤在中医中属于“石瘕”“癥瘕”等范畴,癥瘕是腹内结块的泛称,《医宗金鉴·妇科心法要诀》中:“瘕者,推之移动,痛无定处;癥者,坚硬不能移,痛有定处,”瘕与癥间可能会同时存在,子宫肌瘤的包块“推之不移,位置不变”,因此属于“癥瘕”范畴^[2-3]。气是机体基本物质之一,气血互生,共同抗御外邪,固摄阴

液,因此与脾肾密切相关,脾气虚失统摄,肾气虚失封藏,因此出现经血失固、月经量过多症状,在肌瘤生长过程中不断损伤正气,故子宫肌瘤的发生进展与气虚相关。《校注妇人良方》中曰:“由于月经闭积,或风寒滞瘀,久而不消,腹中瘀血,则为积聚症瘕者”,表明子宫肌瘤的演变与血瘀密切相关。研究发现,子宫肌瘤的存在与机体免疫力、血流变化相关,具有“本虚标瘀”的特点,肿块乃有形之物属阴,火针属阳,用阳制约阴,阳化阴是针灸治疗包块性基本的原理之一。

益气化瘀法治疗子宫肌瘤,重视益气扶正、活血化瘀、改善肌瘤、调节月经。黄芩具有益气健脾、补气生血、补气行血、补气摄血、益气活血扶正化瘀等功效。药理学研究表明,黄芩富含多糖、氨基酸及多种微量元素,具有抗炎抗病毒、延缓衰老、保肝肾、促进细胞新陈代谢等作用。党参具有抗炎、增强免疫力等功效。三棱能够祛瘀活血,改善微循环,收缩子宫平滑肌,排出残余的蜕膜、淤血等组织,起到调节痛经、止血、消肿

等作用。三棱与莪术能够破坏肿瘤细胞,使其变性坏死,消除肿瘤血肿,促进包块吸收。益气化瘀法治疗子宫肌瘤患者,可提高机体抵抗力,扶正固本,标本兼治,达到一定效果^[4-5]。

综上所述,益气化瘀法联合临床护理路径能够有效缩小子宫肌瘤的肌瘤体积和子宫体积,明显改善患者的焦虑抑郁等不良情绪。

参考文献

- [1] 陆建英,孟炜,杨优洲.益气化瘀法治疗子宫肌瘤45例临床观察[J].甘肃中医,2008,21(6):44-46.
- [2] 杨丽媛.中西医结合治疗子宫肌瘤临床观察[J].中华中医药学刊,2012,30(7):1690-1691.
- [3] 金筱筱,郑灵芝.中西医结合治疗子宫肌瘤疗效和安全性分析[J].中华全科医学,2013,11(12):1887-1889.
- [4] 王新华,孙静,孙黔.益气活血化瘀法与桂枝茯苓胶囊联合米非司酮治疗子宫肌瘤临床观察[J].新中医,2015,47(6):158-159.
- [5] 郑颖,董纯纯,郑洁.益气活血化瘀法对卵巢囊肿患者血清性激素的影响[J].上海中医药杂志,2016,50(8):52-53,57.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:陈浩暘 收稿日期:2019-05-14)

中西医结合护理在预防剖宫产术后腹胀中的作用研究

刘 嫣

(江西省黎川县中医院妇产科,江西 黎川 344600)

摘要:目的 观察剖宫产产妇进行中西医结合护理对术后腹胀的预防效果。方法 研究对象为江西省黎川县中医院剖宫产产妇,时间为2016年2月—2017年5月,例数为60例,根据随机分配法将产妇分为观察组和对照组各30例。对照组使用常规西医护理措施,观察组使用中西医结合护理模式,比较2组患者腹胀情况、并发症发生率、排便时间、排气时间。结果 观察组术后排便时间及术后排气时间均短于对照组($P<0.05$)。观察组腹胀发生率为3.33%,并发症发生率为10.00%,对照组分别为26.66%、60.00%($P<0.05$)。结论 将中西医结合护理用于剖宫产产妇护理中,具有十分显著的作用,不但可对腹胀症状进行有效预防,且能够降低并发症发生率,缩短产妇排气及排便时间,临床应用及推广价值极高。

关键词:并发症;腹胀;剖宫产;中西医结合护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.051

文章编号:1672-2779(2019)-23-0123-03

Study on the Role of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing in Preventing Abdominal Distension after Cesarean Section

LIU Yan

Department of Obstetrics and Gynecology, Lichuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Lichuan 344600, China

Abstract: **Objective** To observe the preventive effect of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing on abdominal distension after cesarean section. **Methods** The subjects were 60 cases of cesarean section women in our hospital from February 2016 to May 2017. According to the random distribution method, the women were divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. The control group was given routine western medicine nursing measures, while the observation group was given integrated traditional Chinese and Western medicine nursing mode. The abdominal distension, incidence of complications, defecation time and exhaust time were compared between the two groups. **Results** The defecation time and exhaust time in the observation group were shorter than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of abdominal distension was 3.33% in the observation group and 26.66% in the complication group, and 26.66% and 33.33% in the control group respectively ($P<0.05$). **Conclusion** The application of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing in cesarean section has a very significant effect. It can not only prevent abdominal distension symptoms effectively, but also reduce the incidence of complications, shorten the time of maternal exhaust and defecation. It is of great value in clinical application and promotion.

Keywords: complications; abdominal distension; cesarean section; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

现代手术技术迅速发展,剖腹产安全性显著增加。但因为剖宫产出现手术切口,容易造成产妇出现腹胀等

众多并发症。产后腹胀不但会对产妇切口愈合时间造成一定影响,且会严重影响产妇日常饮食,严重者甚至出

现肠粘连、肠梗阻等并发症。因此,应对剖宫产产妇实施有效科学的护理措施,防止其术后出现腹胀症状^[1]。为改善及预防剖宫产产妇术后腹胀情况,对其实施中西医结合护理模式,分析其使用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年2月—2017年5月我院剖宫产产妇,例数为60例,根据随机分配法将产妇分为观察组和对照组各30例。观察组中年龄22~37岁,平均年龄28.62岁;孕周37~42周,平均孕周(41.35±0.53)周;对照组中年龄20~36岁,平均年龄28.62岁,孕周37~41周,平均孕周(41.44±0.52)周。2组患者年龄、孕周等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者对此次研究均知情同意,并签署知情同意书。

1.2 纳入标准 (1) 单胎妊娠;(2) 符合剖宫产指征;(3) 患者对此次研究均知情同意,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 存在妊娠合并症产妇;(2) 死胎、流产产妇;(3) 具有严重多脏器功能障碍产妇。

1.4 护理方法 对照组产妇实施常规西医护理措施,具体为:术前告知产妇手术相关知识,并向其讲解术中及术后应注意的问题,并帮助产妇实施有关检查。术后,产妇进行盐酸哌替啶注射液(生产厂家:宜昌人福药业有限责任公司;批准文号:国药准字H42022074;生产批号:20160103)50 mg肌肉注射,降低疼痛感受。术后2 h,在产妇背部垫置软枕,使其保持侧卧位。产妇每隔15 min进行一次屈膝、屈髋活动。每隔2 h护理人员帮助产妇进行一次体位的更换。术后6 h,护理人员帮助产妇进行一次翻身。产后1 d,护理人员帮助产妇下床进行适当活动。如产妇出现腹胀等情况,可通过口服西沙比利(生产厂家:山东齐康药业有限公司;批准文号:国药准字H20050853;生产批号:20151206),减轻胃肠压力,增加产妇肠蠕动。术后6 h,产妇保持平卧位,并禁止其饮水、饮食。直至肛门排气后,才可进行正常饮食,对肠道进行刺激,增强产妇肠蠕动功能。护理人员指导产妇使用鼻子进行呼吸,避免出现呻吟,避免过多的空气进入消化道。术后产妇如出现剧烈疼痛,可遵照医生嘱咐合理使用镇痛药物。镇痛药物连续使用时间应在2 d以内。

观察组在对照组护理基础上,实施中医护理模式。具体包括:中医学中认为情志良好能够使机体身心健康,生机旺盛,气血和畅,营卫流通。剖宫产产妇术前因为各种因素,容易出现紧张、焦虑等负面情绪,容易对手术效果造成影响。所以,护理人员在术前应与产妇进行良好的交流,针对产妇心理情绪对其实施针对性的心理疏导,消除产妇恐惧、抑郁等负面情绪,减少产妇应激反应。对产妇能够促进肠蠕动的穴位,如足三里穴、内关穴进行点按,每日对产妇进行2次按摩,每次3 min。萝卜又叫莱菔,具有利尿通便、消食、下气的作用。产

妇可在术后6 h饮用合适剂量的白萝卜水,帮助其进行排气。煮制白萝卜水方法:在1000 mL的清水中加入500 g已经切好片的萝卜,煮熟后产妇每4 h饮用1次,每次200~300 mL。护理人员应禁止产妇食用容易产生气体的食物,如甜食、豆制品、食用牛奶等。术后1 d,护理人员应将产妇导尿管拔除,并使用20 mL开赛露(生产厂家:安徽国正药业股份有限公司;批准文号:国药准字H34020449;生产批号:20151214)。告知产妇使用温水浸泡双脚,具体步骤:产妇保持仰卧位,两只脚踏在床下,于温水中进行浸泡。水温应控制在39~42°左右,水量最好没过产妇的脚面。在温水中浸泡15 min之后,擦干产妇双脚,注意保暖。

1.5 观察指标 观察2组腹胀发生状况、并发症发生率及术后情况。并发症包括切口红肿、肠梗阻、肠粘连。

1.6 统计学方法 将数据纳入SPSS 17.0软件中进行分析。计量资料比较使用 t 检验,用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示;计数资料使用 χ^2 检验,用率(%)表示。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组剖宫产产妇腹胀发生情况及并发症发生率比较 观察组腹胀发生率为3.33%,并发症发生率为10.00%,对照组分别为26.66%、60.00%,经对比差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表1。

表1 2组剖宫产产妇腹胀发生情况及并发症发生率比较 [例(%)]

组别	例数	发生腹胀	肠梗阻	切口红肿	肠粘连	并发症发生率
观察组	30	1(3.33)	0(0.00)	1(3.33)	1(3.33)	3(10.00)
对照组	30	8(26.66)	3(10.00)	4(13.33)	3(10.00)	18(60.00)
χ^2 值		6.405				16.483
P 值		0.011				0.000

2.2 2组剖宫产产妇术后情况比较 观察组术后排便时间及术后排气时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

表2 2组剖宫产产妇术后排便时间及术后排气时间比较

组别	例数	术后排便时间	术后排气时间
观察组	30	20.37±6.35	4.37±0.34
对照组	30	32.25±6.62	7.62±0.63
χ^2 值		7.093	24.865
P 值		0.000	0.000

3 讨论

剖宫产产妇术后腹胀症状的发生是由于多种因素的影响,包括水电解质紊乱、切口疼痛、胃内积气、饮食等。胃内积气指因为产妇对疼痛的恐惧,从而为了减轻疼痛,使劲屏气,所造成的胃内积气情况^[2]。

产妇因为烦躁、焦虑、抑郁等情绪,容易出现交感神经兴奋等情况,导致肠蠕动速度减弱,对胃造成刺激,使其分泌大量胃酸,增加胃气。产妇进行麻醉后,其肠管遭到麻醉,肠腔中聚集大量气体(下转第131页)

半胱氨酸蛋白酶关键调控基因 在针刺抗脑缺血再灌注损伤中的研究进展*

许秀洪¹ 董苗苗¹ 周国平¹ 杨路¹ 詹珠莲¹ 罗梦¹ 江沛聪²

(1 南方医科大学中西医结合医院针推康复科,广东 广州 510000;

2 佛山市南海区第六人民医院中医康复科,广东 佛山 528200)

摘要: 大脑的缺血再灌注损伤是一个复杂的过程,涉及多种机制参与或相互作用。其中细胞凋亡是研究较为透彻的细胞死亡形式,而炎症反应在脑缺血再灌注损伤中促进继发性脑损害,则是脑缺血再灌注后神经元损伤的另一个重要因素。这种伴随炎症反应的程序性的细胞死亡方式被称为细胞焦亡。这两种细胞死亡方式分别受到 Caspase 基因家族关键调控基因——Caspase-3、Caspase-1 的调控。针刺能通过对 Caspase 基因家族的调节减轻脑缺血再灌注损伤,减少脑缺血再灌注后细胞凋亡和细胞焦亡。

关键词: 脑缺血再灌注损伤;针刺;关键调控基因;半胱氨酸蛋白酶-3;半胱氨酸蛋白酶-1;细胞凋亡;细胞焦亡

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.052

文章编号:1672-2779(2019)-23-0125-04

Research Progress of Key Regulatory Genes of Cysteine Protease in Acupuncture against Cerebral Ischemia-reperfusion Injury

XU Xiuhong¹, DONG Miaomiao¹, ZHOU Guoping¹, YANG Lu¹, ZHAN Zhulian¹, LUO Meng¹, JIANG Peicong²

1. Department of Acupuncture and Massage Rehabilitation, Integrated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation, the Sixth People's Hospital of Nanshai District, Guangdong Province, Foshan 528200, China

Abstract: Cerebral ischemia reperfusion injury is a complex process involving multiple mechanisms or interacting with each other. Apoptosis is one of the most thorough forms of cell death. Inflammation promotes secondary brain damage in cerebral ischemia-reperfusion injury, which is another important factor of neuron injury after cerebral ischemia-reperfusion. This programmed pattern of cell death associated with inflammation is known as pyroptosis. These two cell death modes are regulated by Caspase-3 and Caspase-1, the key regulatory genes of Caspase gene family, respectively. Acupuncture can alleviate cerebral ischemia reperfusion injury by regulating Caspase gene family, and reduce apoptosis and pyroptosis of cells after cerebral ischemia reperfusion.

Keywords: cerebral ischemia-reperfusion injury; acupuncture; key regulatory gene; Caspase-3; Caspase-1; apoptosis

脑血管病以其高发病率、高致残率及高病死率成为当前威胁人类健康的三大疾病之一,是全球第二大、全国第一大致致死性疾病,其高复发率、致残率影响了患者的身体健康及家庭生活质量,同样加重了社会负担^[1-2]。随着全国老龄化的进展,缺血性脑梗死也逐年增长^[3]。脑血管缺血后供血区会出现脑功能障碍,血液供应恢复后,其功能损伤反而更加严重^[4]。目前研究较全面的缺血再灌注损伤的主要机制包括钙离子的超载、细胞的凋亡、自由基损伤以及炎症损伤等^[5]。脑缺血再灌注损伤的重要表现形式是细胞凋亡,作为伴随炎症反应发生的细胞焦亡同样有重要影响^[6]。这两种细胞死亡方式主要受到半胱氨酸蛋白酶(Caspase)基因家族关键调控基因——Caspase-3、Caspase-1的调控。

Caspase 是一个半胱氨酸蛋白酶家族,目前已被发现的 Caspase 共有 14 种,具有部分相同的分子结构,有较高的同源性^[7]。基于在级联反应中的位点及相应的作用, Caspase 家族可分为 3 类:第一类是位于凋亡的始动位点,活化上游因子并激活下游的 Caspase,包括 Caspase-2、8、9、10 等;第二类是位于凋亡的效应位点,主要分布在级联反应中的下游,激活后的半胱氨酸蛋白酶作用于特异性底物导致细胞凋亡,包括 Caspase-3、6、7 等;第三类不直接参与细胞凋亡信号的转导,主要参与白介素前体的活化并介导炎症反应,主要包括 Caspase-1、4、11、13、14^[8]。

1 细胞凋亡的关键基因 Caspase-3 与脑缺血再灌注损伤

细胞凋亡是细胞生命活动的重要过程之一,对组织新陈代谢及免疫等方面具有重要意义和影响^[9]。Caspase-3 家族是细胞凋亡通路中的枢纽位置,其中 Caspase-3 是细胞凋亡中的关键蛋白酶^[10]。Caspase-3 又称为

* 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81674048];广东省中医药局科研项目[No. 20161158]

CPP32 (cysteine protease protein), 1994 年, Fernandes-Alnemri T 等^[11]发现一个新的凋亡基因编码的 CPP32, 相对分子质量为 32 kDa。Caspase-3 在正常人的大脑神经元中表达甚少, 主要以没有活性的酶原形式存在着^[12]。在细胞凋亡信号诱导下 Caspase-3 会被激活并发生裂解, 在脑缺血部位中蛋白表达出现升高。细胞凋亡的过程在 Caspase 家族级联切割中完成。研究表明, Caspase-3 酶原被不同蛋白水解酶切割并激活^[13], 进一步作用其他相关的底物, 从而造成细胞发生凋亡^[14]。脑缺血再灌注损伤后产生大量自由基, 通过多种通路诱导激活 Caspases-3, 最终引发细胞凋亡。

目前认为, Caspase-3 的激活主要有 3 条途径: 线粒体、死亡受体和内质网途径^[15]。线粒体通路: 细胞受到各种凋亡信号刺激后, 线粒体膜肿胀, 通透性增高, 释放凋亡相关活性因子细胞色素 C (Cytochrome C, Cyt C), Cyt C 与凋亡蛋白酶激活因子-1 (Apoptosis protease-activating factor 1, Apaf 1) 及 Caspase-9 形成凋亡小体, 诱导下游 Caspase 级联反应, 从而完成线粒体途径的凋亡^[16]。死亡受体通路: 死亡信号的转导依赖死亡配体、受体死亡结构域信号转导分子的结合。其信号传导途径主要分 3 条: TNFR、TRAIL 和 Fas/FasL 信号途径^[17]。各个途径均能在凋亡信号诱导下激活下游 Caspase-3 从而引发细胞凋亡^[18]。内质网途径: 位于内质网中的 Caspase-12 在内质网钙离子内环境紊乱以及过量内质网蛋白积累后被激活, 活化后作用于 Caspase-3, 进而造成细胞凋亡^[19]。综上所述在 Caspase 家族级联反应中 Caspase-3 是重要的凋亡蛋白酶, 位于凋亡的枢纽地位, 介导了多种凋亡途径, 所以被称为“死亡蛋白酶”^[20]。由于 Caspase-3 在细胞凋亡中地位的重要, 在实验研究当中常常将 Caspase-3 作为细胞凋亡的标记^[21]。脑缺血再灌注后, 大鼠皮质和海马 CA1 区的神经元细胞中 Caspase-3 mRNA 的表达会上调, 并在缺血 24 h 上升最高之后逐渐下降, 其变化趋势和细胞凋亡的变化趋势相同。应用 Caspase-3 抑制剂后脑组织 Caspase-3 蛋白酶活性及海马 CA1 神经元死亡显著减少^[22]。

2 细胞焦亡的关键基因 Caspase-1 与脑缺血再灌注损伤

在半胱氨酸蛋白酶基因家族中, 并不是所有半胱氨酸蛋白酶都参与细胞凋亡反应, 还有一类为炎症相关半胱氨酸蛋白酶, 包括 Caspase-1、4、11、13、14 等, 主要参与细胞因子介导炎症反应。Caspase-1 不参与凋亡途径, Caspase-1 基因敲除小鼠凋亡形成不受影响^[23]。细胞焦亡是不同于细胞凋亡新的细胞死亡方式, 依赖半胱氨酸蛋白酶-1 的介导, 参与缺血再灌注损伤中的炎症发生^[24]。1999 年, Miao EA 等^[25]研究发现沙门杆菌感染的巨噬细胞存在 Caspase-1 介导的程序死亡方式, 同时伴

有大量促炎因子的释放。2001 年, Cooksen 等^[26]首次提出焦亡, 用来描述炎性细胞的程序性死亡形式。

研究发现, 不同的刺激信号可以通过不同的途径激活 Caspase-1, 介导细胞渗透性肿胀, 胞内物质流出, 细胞焦亡是通过炎性细胞因子白介素-1 β 和白介素-18 使得细胞前体裂解并激活促炎症性因子的生成导致炎症反应^[8]。炎性小体是一种多蛋白质复合物, 作为免疫系统的重要部分, 能识别病原体分子信号导致 Caspase-1 的激活, 使无活性的白介素-1 β 、白介素-18 裂解为具活性白介素-1 β 和白介素-18, 诱导其它炎症细胞因子的合成, 诱发全身炎症反应, 引发细胞的焦亡^[27]。Yamasaki Y 等^[28]发现短暂性脑缺血后大脑中动脉和尾壳核的腹侧和腹侧区脑内含水量、坏死和中性粒细胞浸润明显增加。研究人员向侧脑室注射重组人白介素-1 β (rhIL-1 β) 后增加了脑梗塞的面积, 当注射抗白介素-1 β 后脑组织含水量和脑梗塞面积均减少。李伟等^[29]发现脑缺血再灌注后白介素-1 β 增加可通过刺激内皮细胞表达白细胞黏附分子, 白细胞聚集在缺血的脑组织, 从而加重脑缺血损害。Caso JR 等^[30]发现大鼠大脑在缺血再灌注后, 脑组织中白介素-1 β 水平 6 h 开始增加, 24 h 表达量最高。Pradillo JM 等^[31]发现大鼠脑缺血再灌注后, 注射 IL-1 受体拮抗剂, 大鼠脑梗死的面积较缺血组减小。研究发现, 大鼠脑缺血 2 h 再灌注损伤 24 h 后脑组织白介素-1 β 阳性细胞数增加, 血清白介素-1 β 含量上升^[32]。也有研究发现, 脑缺血再灌注增加激活了 Caspase-1、白介素-18 和白介素-1 β 的水平^[33]。已证实, 在大鼠短暂性脑缺血后, 皮质及海马 CA1 区锥体神经元白介素-1 β 在缺血 3 h 表达最显著, 且动态变化与脑水肿变化时间一致。应用 Caspase-1 抑制剂 YVAD-CMK 可显著减少脑组织白介素-1 β 的含量, 同时减轻脑水肿, 改善缺血性脑损伤, 对局灶性脑缺血再灌注后神经元损伤具有保护作用^[34]。

3 Caspase-3、Caspase-1 在针刺抗脑缺血再灌注中的研究

针刺是治疗缺血性中风病的有效方法, 可激活脑卒中患者的相关脑区, 调节脑血流和相关分子, 调节导致炎症、神经元死亡等多个分子和信号通路^[35]。研究表明, 针刺能通过 Caspase 基因家族的调节减轻脑缺血再灌注损伤, 减少脑缺血再灌注后细胞凋亡及炎症反应。

脑缺血再灌注损伤的重要方式是细胞凋亡, 本课题组^[36-37]通过线栓法建立 MCAO 局灶性脑缺血大鼠模型, 1 h 后脑缺血区已出现细胞凋亡, 于 24 h 达到高峰, 采用电针治疗后, 缺血后海马组织细胞凋亡程度较缺血再灌注组减轻。孔妍^[38]采用免疫组化法和荧光 PCR 检测到针刺结合康复疗法可以下调大鼠局灶性脑缺血后

Caspase-3 mRNA 和蛋白的表达,并能减轻神经细胞凋亡。Xue X 等^[39]研究发现电针可以改善神经功能缺损和脑梗死,可抑制缺血半暗带中的脑细胞凋亡。同时,电针可促进 bcl-2 在 mRNA 水平表达增加,抑制 Bax 和裂解的 caspase-3 阳性表达。肖姮等^[40]观察针刺联合亚低温可通过减少脑梗死面积比、提高 Bcl-2 表达、抑制 Bax 及 Caspase-3 蛋白表达来降低细胞凋亡,从而达到对脑神经元细胞的保护。Li M 等^[41]观察针刺联合经颅磁刺激,用免疫组织化学染色的方法检测梗死区 Caspase-3 的表达,结果 Caspase-3 的表达显著降低,脑梗死大鼠神经功能恢复。陈顺等^[42]观察到电针干预脑缺血再灌注大鼠后 Bcl-2 的表达上调,而 Caspase-3 和 Bax 的表达下调,推测电针可通过调控 Caspase-3,减轻缺血再灌注损伤后的神经元凋亡。程莹莹等^[43]观察脑缺血再灌注损伤针刺干预后大鼠的神经功能缺损症状减轻,其中 Caspase-3 和 PARP-1 的 mRNA 及蛋白表达下调,大鼠脑缺血再灌注损伤减轻。Sun Y 等^[44]给大鼠颅内注射 Caspase-3 抑制剂 Z-DEVD-FMK 后发现凋亡指数和梗死范围明显少于脑缺血再灌注大鼠,能有效抑制急性脑梗死大鼠脑组织细胞凋亡,延缓脑组织细胞坏死,在一定程度上保护了脑组织功能。

脑缺血再灌注损伤后出现的炎症反应也是导致中风的重要因素。研究表明针刺对脑缺血再灌注损伤的调控作用与炎性细胞因子有关^[45]。张秀婷等^[46]发现针刺可减轻急性脑缺血再灌注后炎症损伤。黄伟等^[47]发现针刺可以显著降低脑缺血大鼠海马区白介素-1 β 的含量,减轻损伤。张亚敏等^[48]发现针刺可抑制脑缺血再灌注各时期大鼠外周血清炎性细胞因子白介素-1 β 、白介素-6 的表达,减轻炎症损伤反应。Wan F 等^[49]发现针灸通过抑制炎性细胞因子和黏附分子的产生和表达,可以有效阻断炎症反应,对脑缺血引起的神经元损伤具有保护作用。Shi P 等^[50]发现脑缺血再灌注损伤大鼠经电针刺激后能够抑制过度应激,减少炎症,促进神经元的修复,促进缺血性中风的愈合。Huang J 等^[51]发现电针能有效降低星形胶质细胞和小胶质细胞/巨噬细胞增生中的促炎性细胞因子白介素-1 β 水平,改善神经功能缺损。针刺可以减轻脑缺血再灌注后炎症反应,但关于脑缺血再灌注损伤后, Caspase-1 介导的细胞焦亡的作用研究尚少。

4 结语

针刺治疗中风的机理一直是针灸界研究的热点,我们推测,针刺能治疗中风病,可能是通过某种途径,发挥着对脑神经细胞的保护作用。为此做了大量的研究,但这些研究,尚不能完全阐明针刺治疗缺血性中风病的

机理。细胞凋亡是大脑缺血再灌注后大脑受损的主要形式,细胞焦亡是近年来发现的程序性细胞死亡方式,目前在大脑的缺血性损伤中研究尚少。而且,目前研究尚未涉及对细胞凋亡和细胞焦亡及其关键调控基因 Caspase-3、Caspase-1 的整体研究,对于大脑的缺血再灌注损伤后 Caspase 关键基因在细胞凋亡及焦亡发展中的作用及其机制也尚未进行深入研究。因此通过研究在脑缺血再灌注损伤中 Caspase-3 及 Caspase-1 的作用,以期为基础及临床上治疗脑缺血疾病提供新的研究方向及理论依据。

参考文献

- [1] 王陇德,王金环,彭斌,等.《中国脑卒中防治报告 2016》概要[J]. 中国脑血管病杂志,2017,14(4):217-224.
- [2] 宇传华,罗丽莎,李梅,等.从全球视角看中国脑卒中疾病负担的严峻性[J]. 公共卫生与预防医学,2016,27(1):1-5.
- [3] Feigin V L, Krishnamurthi R V, Parmar P, et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study[J]. Neuroepidemiology, 2015,45(3):161-176.
- [4] Eltzschig H K, Eckle T. Ischemia and reperfusion—from mechanism to translation[J]. Nature Medicine, 2011,17(11):1391-1401.
- [5] 陈玉敏,陈涛平,冯浩楼.脑缺血再灌注损伤机制与治疗现状[J]. 医学研究与教育,2012,29(6):47-54.
- [6] Shi J, Zhao Y, Wang K, et al. Cleavage of GSDMD by inflammatory caspases determines pyroptotic cell death[J]. Nature, 2015,526(7575):660-665.
- [7] 刘春华,刘捷.神经元凋亡与 Caspase 家族及细胞周期研究进展[J]. 人民军医,2018,61(7):641-644.
- [8] Yazdi A S, Guarda G, Dombrowski M C, et al. Inflammatory Caspases in Innate Immunity and Inflammation[J]. Journal of Innate Immunity, 2010,2(3):228-237.
- [9] 杨涛,费振海,钟兴明. Caspase 家族与细胞凋亡的研究进展[J]. 浙江医学,2018,40(18):2083-2087.
- [10] Yuan S, Akey C W. Apoptosome Structure, Assembly, and Procaspase Activation[J]. Structure, 2013,21(4):501-515.
- [11] Fernandes-Alnemri T, Litwack G, Alnemri E S. CPP32, a novel human apoptotic protein with homology to Caenorhabditis elegans cell death protein Ced-3 and mammalian interleukin-1 beta-converting enzyme[J]. J Biol Chem, 1994,269(49):30761-30764.
- [12] 范红杰,王宗立,何志义.大鼠脑缺血再灌注损伤后 Survivin 和 Caspase-3 表达与细胞凋亡的关系 [J]. 中国现代医学杂志,2010,20(20):3065-3068.
- [13] 张霞,高维娟. Caspase-3 与脑缺血再灌注后细胞凋亡相关性研究进展[J]. 承德医学院学报,2013,30(1):55-58.
- [14] 李莉. Caspase 与细胞凋亡[J]. 辽宁医学杂志,2004,18(3):151-153.
- [15] 赵芳芳,杨冬萍,俞洋.枸杞多糖预防视网膜色素上皮细胞光损伤凋亡机制研究[J]. 时珍国医国药,2018,29(11):2578-2581.
- [16] Sims N R, Muyderman H. Mitochondria, oxidative metabolism and cell death in stroke[J]. Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease, 2010,1802(1):80-91.

- [17] 赵美玲,季宇彬,毕明刚. 细胞凋亡的死亡受体途径[J]. 黑龙江医药, 2013, 26(2):196-199.
- [18] Fan W, Dai Y, Xu H, et al. Caspase-3 Modulates Regenerative Response After Stroke[J]. *Stem Cells*, 2014, 32(2):473-486.
- [19] Broughton B R S, Reutens D C, Sobey C G. Apoptotic Mechanisms After Cerebral Ischemia[J]. *Stroke*, 2009, 40(5):E331-E339.
- [20] Wu C X, Wang T F, Yu J Q. Lycium barbarum Polysaccharide Pretreatment Attenuates Cerebral Ischemic Reperfusion Injury by Inhibiting Apoptosis in Mice[J]. *Zhong Yao Cai*, 2015, 38(7):1454-1459.
- [21] Chai J, Shi Y. Apoptosome and inflammasome: conserved machineries for caspase activation[J]. *National Science Review*, 2014, 1(1):101-118.
- [22] Karatas H, Aktas Y, Gursoy-Ozdemir Y, et al. A Nanomedicine Transports a Peptide Caspase-3 Inhibitor across the Blood-Brain Barrier and Provides Neuroprotection[J]. *Journal of Neuroscience*, 2009, 29(44):13761-13769.
- [23] Kozait D Y, Li X, Bodily L M, et al. Effects of caspase-1 knockout on chronic neural recording quality and longevity: Insight into cellular and molecular mechanisms of the reactive tissue response [J]. *Biomaterials*, 2014, 35(36):9620-9634.
- [24] 刘岳衡,王慧. 细胞焦亡:程序性死亡研究新热点[J]. 临床与病理杂志, 2016, 36(7):1006-1011.
- [25] Miao E A, Leaf I A, Treuting P M, et al. Caspase-1-induced pyroptosis is an innate immune effector mechanism against intracellular bacteria[J]. *Nature Immunology*, 2010, 11(12):1136-1142.
- [26] Cookson B T, Brennan M A. Pro-inflammatory programmed cell death[J]. *Trends in Microbiology*, 2001, 9(3):113-114.
- [27] Wu D, Pan P, Su X, et al. Interferon Regulatory Factor-1 Mediates Alveolar Macrophage Pyroptosis During LPS-Induced Acute Lung Injury in Mice[J]. *Shock*, 2016, 46(3):329-338.
- [28] Yamasaki Y, Matsuura N, Shozuhara H, et al. Interleukin-1 as a pathogenetic mediator of ischemic brain damage in rats[J]. *Stroke*, 1995, 26(4):676-680, 681.
- [29] 李伟,乔健,吕传真. 大鼠局灶性脑缺血再灌注模型纹状体内 IL-1 β 和 TNF- α 动态变化及药物干预[J]. 中风与神经疾病杂志, 1998, 15(5):7-9.
- [30] Caso J R, Moro M A, Lorenzo P, et al. Involvement of IL-1 β in acute stress-induced worsening of cerebral ischaemia in rats [J]. *European Neuropsychopharmacology*, 2007, 17(9):600-607.
- [31] Pradillo J M, Denes A, Greenhalgh A D, et al. Delayed Administration of Interleukin-1 Receptor Antagonist Reduces Ischemic Brain Damage and Inflammation in Comorbid Rats[J]. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 2012, 32(9):1810-1819.
- [32] 刘俊伟,任治龙,刘旭玲,等. 人参皂苷 Rb1 对大鼠局灶性脑缺血再灌注损伤后脑梗死体积及脑组织和血清 IL-1 β 的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(12):1696-1700.
- [33] He Q, Li Z, Wang Y, et al. Resveratrol alleviates cerebral ischemia/reperfusion injury in rats by inhibiting NLRP3 inflammasome activation through Sirt1-dependent autophagy induction[J]. *International Immunopharmacology*, 2017, 50:208-215.
- [34] 王涛,陈莉,文亮. Caspase-1 抑制剂对大鼠局灶性脑缺血再灌注后神经元损伤的影响[J]. 脑与神经疾病杂志, 2005, 13(5):348-350.
- [35] Zhu W, Ye Y, Liu Y, et al. Mechanisms of Acupuncture Therapy for Cerebral Ischemia: an Evidence-Based Review of Clinical and Animal Studies on Cerebral Ischemia[J]. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 2017, 12(4):575-592.
- [36] 许秀洪,周国平,李春,等. 表里经配穴法对脑缺血再灌注损伤大鼠海马细胞凋亡及 JNK 信号通路的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2015, 32(1):76-80.
- [37] Wu C, Wang J, Li C, et al. Effect of Electroacupuncture on Cell Apoptosis and ERK Signal Pathway in the Hippocampus of Adult Rats with Cerebral Ischemia-Reperfusion[J]. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015:1-10.
- [38] 孔妍. 针康法对脑缺血大鼠 Caspase-3 mRNA 和蛋白表达的影响[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(5):63-65.
- [39] Xue X, You Y, Tao J, et al. Electro-acupuncture at points of Zusanli and Quchi exerts anti-apoptotic effect through the modulation of PI3K/Akt signaling pathway [J]. *Neuroscience Letters*, 2014, 558:14-19.
- [40] 肖姮,阳仁达,田浩梅,等. 针刺联合亚低温对脑缺血/再灌注损伤大鼠 Bcl-2、Bax、Caspase-3 蛋白表达的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(2):58-61.
- [41] Li M, Peng J, Song Y, et al. Electro-acupuncture combined with transcranial magnetic stimulation improves learning and memory function of rats with cerebral infarction by inhibiting neuron cell apoptosis[J]. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci*, 2012, 32(5):746-749.
- [42] 陈顺,聂焱,陈国翔,等. 电针预处理对大鼠脑缺血再灌注损伤后细胞凋亡的影响[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(23):50-53.
- [43] 程莹莹,倪光夏,狄忠. 针刺内关、水沟对脑缺血再灌注大鼠大脑皮层 Caspase-3、PARP-1 表达的影响[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(2):234-238.
- [44] Sun Y, Xu Y, Geng L. Caspase-3 inhibitor prevents the apoptosis of brain tissue in rats with acute cerebral infarction [J]. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 2015, 10(1):133-138.
- [45] 许剑雄,沐榕. 针刺对急性脑梗死炎症因子表达影响的研究进展[J]. 中医药通报, 2017, 16(2):46-48.
- [46] 张秀婷,韩冰冰,梁情情. 针刺干预脑缺血炎症因子实验研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(9):2012-2013.
- [47] 黄伟,郝青,吴松,等. 针刺对急性脑缺血大鼠海马 TNF- α 及 IL-1 β 含量的影响[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(3):905-907.
- [48] 张亚敏,陈素辉,孙华,等. 针刺对脑缺血再灌注损伤大鼠外周血清 IL-1 β 、IL-6 表达的影响[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(1):60-63.
- [49] Wan F, Niu X, Song Y L, et al. The Role of Chinese Herbs and Acupuncture on the Inflammation Reaction After Cerebral Ischemia [J]. *Curr Pharm Des*, 2016, 22(6):709-719.
- [50] Shi P, Sun L, Lee Y, et al. Electroacupuncture regulates the stress-injury-repair chain of events after cerebral ischemia/reperfusion injury [J]. *Neural Regeneration Research*, 2017, 12(6):925.
- [51] Huang J, You X, Liu W, et al. Electroacupuncture ameliorating post-stroke cognitive impairments via inhibition of peri-infarct astroglial and microglial/macrophage P2 purinoceptors-mediated neuroinflammation and hyperplasia [J]. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2017, 17(1):480.

芪冬颐心口服液现代研究进展

祁烁^{1,2,3,4} 董青^{1*} 陈信义¹ Xiaoshu Zhu² 朱庆文⁴

(1 北京中医药大学东直门医院血液肿瘤科,北京 100700;

2 School of Science and Health, Western Sydney University, Sydney, Australia 2751;

3 National Institute of Complementary Medicine, Western Sydney University, Sydney, Australia 2751;

4 国医大师孙光荣传承工作室,北京 100700)

摘要:芪冬颐心口服液是临床常用中成药制剂,其药物组成源于临床经验方。临床主要应用于心脏系统疾病。在病毒性心肌炎方面:可有效减低心律失常发生率、降低心肌酶、改善心功能、减低心肌细胞损伤程度、减低炎症因子水平,有效的抗病毒效应为其潜在作用机制;在冠状动脉粥样硬化心脏病方面:可有效减低心肌耗氧、改善心脏缺血状态、改善心功能;本药物还可改善其他系统疾病导致的心肌损伤,以及更年期综合征等。

关键词:芪冬颐心口服液;病毒性心肌炎;综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.053

文章编号:1672-2779(2019)-23-0129-03

Research Progress on Qidong Yixin Oral Liquid

Q I Shuo^{1,2,3,4}, DONG Q ing¹, CHEN X inyì¹, ZHU X iaoshu², ZHU Q ingwen⁴

1. Department of Hematology and Oncology, Dongzhimen Hospital, Beijing 100700, China

2. School of Science and Health, Western Sydney University, Sydney 2751, Australia

3 National Institute of Complementary Medicine, Western Sydney University, Sydney 2751, Australia

4. Traditional Chinese Medicine Master Sun Guangrong Inheritance Studio, Beijing 100700, China

Abstract: Qidong Yixin oral liquid is a kind of traditional Chinese medicine preparation commonly used in clinic. Its composition comes from clinical experience. It is mainly used in heart diseases. In terms of viral myocarditis, it can effectively reduce the incidence of arrhythmia, myocardial enzyme, cardiac function, myocardial cell injury and inflammatory factor level, and its potential mechanism is the effective antiviral effect; in terms of coronary atherosclerotic heart disease, it can effectively reduce myocardial oxygen consumption, improve the state of myocardial ischemia and improve cardiac function; the drug also It can improve myocardial damage caused by other system diseases and menopause syndrome.

Keywords: Qidong Yixin oral liquid; viral myocarditis; review

芪冬颐心口服液源自于我国名老中医药专家任继学老先生的经验方,全方由人参、麦冬、黄芪、茯苓、金银花、淫羊藿、紫石英、龟甲、生地黄、郁金、桂枝、丹参、炒枳壳组成,经水提、醇沉等工艺制作成复方中药口服溶液,具有益气养心、安神止悸的功效^[1]。药物上市后,临床中主要应用于心肌炎、冠心病及呼吸系统疾病所致心肌细胞损伤等疾病的治疗领域,获得较好的临床疗效,并在临床基础上进行了一系列的基础实验,以进一步探明其疗效机制。现将本药物上市后的所有基础及临床研究报道进行整理与分析,报道如下。

1 原发性心脏病

1.1 病毒性心肌炎 病毒性心肌炎(Viral Myocarditis, VMC)是由多种嗜心肌病毒感染、侵袭心脏,引起心肌的局限性或弥漫性、急性或慢性非特异性间质性炎症性病变,是临床常见的感染性心肌病^[2]。其中,最常见的感性病毒为萨科齐B病毒^[3]。发病人群多集中于年轻病患,尤其以小儿为高发^[4]。其常见临床症状包括心悸、

气短、乏力、发热、恶心、呕吐等^[2]。现代诊疗方案对于本疾病疗效欠佳,仅以抗病毒治疗联合曲美他嗪、辅酶Q10、维生素B₁₂等药物营养心肌细胞为主。

中医认为病毒性心肌炎当责之于热毒之邪,内陷犯心,耗气伤阴、灼伤血络,临证以气阴两伤、邪热内蕴为主。因此,辨证施治当以滋阴益气、清热解毒为法。现代医家应用芪冬颐心口服液单药或联合营养心肌细胞类药物对本病进行治疗。这方面研究的文献报道最早于2000年发表^[5]。依据病毒性心肌炎倾向于小儿高发的特点,近10年内的临床研究根据病患年龄分为儿科组及成人组。在儿科研究方面,何南、程鸣明等^[6-7]进行了辅酶Q10联合芪冬颐心口服液治疗小儿心肌炎的临床研究。何南等^[6]以基础治疗作为对照组治疗患儿53例,在基础治疗上加用辅酶Q10(40 mg/d)联合芪冬颐心口服液作为观察组治疗患儿53例,结果显示总有效率方面具有显著性差异(96%vs81%),并且在室速、室上性心动过速、室性早搏、传导阻滞等心律失常发生方面,均优于对照组;心肌酶谱(CK、CKMB、LDH)、心功能(CO、EF、SV)及临床症状缓解方面均有获益。程鸣明^[7]同样

* 通讯作者:dr_dongqing@126.com

以极化液等治疗组为治疗组,在此基础上加用辅酶 Q10 联合芪冬颐心口服液为对照,结果显示在体征消失、症状消失、心电图恢复及住院天数方面治疗组疗效显著。王岩等^[8]则以能量合剂联合更昔洛韦、曲美他嗪作为对照组,在此基础上加用芪冬颐心口服液作为观察组,结果显示中西医联合用药组有效率更高且差异有统计学意义(95% vs 65%),中西医联合用药组在心肌酶改善方面也显著优于单纯西药组。赵洁^[9]在中西医对照研究的基础上,进一步观察芪冬颐心口服液对于免疫系统的调节作用。结果显示,相对于单纯基础治疗组,芪冬颐心口服液治疗组的心肌炎患儿细胞免疫功能及炎症因子水平均显著改善,治疗组外周血 T 淋巴细胞 CD⁴、CD⁸ 显著升高($P<0.05$), TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均明显下降($P<0.05$)。在成年组研究方面,张光勇等^[10]以基础治疗联合辅酶 Q10 作为对照组,观察组应用 α -2b 干扰素联合芪冬颐心口服液,结果显示观察组在有效率方面具有显著性优势(88% vs 64.4%),心肌酶、心肌损伤蛋白 cTnI 方面均有显著性差异;而观察组出现 2 例低热,1 例皮疹,未出现严重不良反应。张骏等^[11]则以老年病毒性心肌炎患者为研究人群(年龄 65~81 岁),以果糖磷酸二钠、辅酶 Q10、基础能量支持为标准治疗,观察组加用芪冬颐心口服液,共观察患者 250 例(观察组、对照组各 125 例),结果显示临床疗效(90.40% vs 83.20%)、炎症因子水平(IL-6、TNF- α)、心功能(EV、LVEF、LVEDD、E/A)均具有显著性差异,观察组显著优于对照组,且未出现可见的不良反应。综合以上分析,芪冬颐心口服液用于病毒性心肌炎的治疗,无论病患年龄水平,均具有较好的临床疗效及安全性。

基于较好的临床疗效,王冰梅、许新等^[1,12-13]对芪冬颐心口服液干预病毒性心肌炎的动物模型进行了较为深入的基础研究。王冰梅等^[12]进行的研究以出生 2~4 d 的 SD 大鼠进行试验,以萨科齐 B₃ 病毒感染制备心肌炎模型,体外试验结果显示芪冬颐心口服液能够明显减轻心肌细胞病变、保持心肌细胞的自发性搏动的一致性、维持较高的搏动频率、减少感染心肌细胞乳酸脱氢酶、谷丙转氨酶的释放。许新^[1,13]则以 BALB/C 小鼠为动物模型,腹腔注射萨科齐病毒 B₃,再分为空白对照组、不同浓度芪冬颐心组及利巴韦林组,结果显示与模型对照组比较,芪冬颐心组血清的 LDH 均明显减低,且病毒滴度、抗体测定均显示与模型对照组具有显著性差异。

1.2 冠状动脉粥样硬化性心脏病 除病毒性心肌炎外,芪冬颐心口服液在临床中亦应用于心血管疾病的治疗。彭玮^[14]应用芪冬颐心口服液进行冠心病心绞痛的防治领域,研究以常规西医治疗组及芪冬颐心口服液联合西医标准治疗组进行分组,以心电图变化、心绞痛发作频次、持续时间为观察指标,结果显示在以上方面联合用药组均显著优于单纯西药组。孙晶^[15]以冠心病心功能衰竭为

研究人群,应用芪冬颐心口服液联合西药进行治疗,结果显示芪冬颐心口服液在心衰症状、心功能 NYHA 分级、LVEDd 和 LVEF、NT-proBNP、IL-6 方面,治疗组均显著优于对照组。

心血管疾病的病变基础为心肌细胞的缺血缺氧性病变,芪冬颐心口服液在缺血缺氧性病变及血流动力学方面具有较为丰富的基础研究。杜雪荣等^[16]以常压、减压缺氧及室颤为动物模型,观察芪冬颐心口服液的作用,结果显示芪冬颐心口服液可以使氯仿诱发的小鼠室颤明显减少;预先应用芪冬颐心口服液连续灌胃,可降低血浆黏度、高切比黏度。路航、王秋静等^[17-19]进行了一系列以急性心肌梗死犬为模型的基础试验,应用生理盐水作为对照组,精制冠心胶囊作为阳性对照,芪冬颐心口服液大小剂量组为试验组。采用麻醉开胸犬,结扎冠脉左前降支,复制犬急性心肌梗死模型,结果显示芪冬颐心口服液能够显著降低 FFA、MDA 含量,增加 SOD、GSH-Px 活性,减轻心肌梗死后心肌细胞超微结构的损伤程度。

2 呼吸系统及其他系统相关心脏损伤、心功能衰竭类疾患

王晓红、王文杰等^[20-21]均将芪冬颐心口服液应用于小儿下呼吸道感染所导致的心肌细胞损伤及心功能衰竭方面。王晓红^[20]以 CK、CKMB、LDH、AST 为主要观察指标,结果显示单纯西药组及西药联合芪冬颐心口服液组心肌酶均有显著改善,而单纯西药组仅以 CKMB、LDH 两项指标下降,而中西医联合用药组则全组指标均显著下降,且差异具有统计学意义。王文杰^[21]则更注重芪冬颐心口服液联合西医治疗小儿重症肺炎合并心力衰竭的治疗,研究结果显示联合芪冬颐心口服液组在患儿肺啰音消失时间、心衰纠正时间、喘憋消失时间、平均住院时间方面均显著优于单纯西药组;客观检测指标方面,左心室射血分数、左心室缩短分数、心脏舒张早期心室充盈速度/舒张晚期心室充盈速度、NT-proBNP、CK、CK-MB、LDH 的改善情况均显著优于单纯西药组。

除心脏系统疾病外,另有一项研究将芪冬颐心口服液用于更年期的治疗。张晓菲等^[22]认为心悸、乏力、胸闷、气短等更年期症状与芪冬颐心口服液所主之证正好吻合,因此进行了 130 的临床对照研究。研究采取安慰剂对照方式,分别以血压及 Kupperman、SDS、SAS、SCL-90 量表作为评价指标,结果显示芪冬颐心口服液对于更年期引起的高血压,在治疗 3 周后具有显著的改善作用,且具有持续性,未见反弹;抑郁相关量表检测及 SCL-90 中焦虑、抑郁、躯体化等因子测评方面,均具有显著的改善作用。

综上所述,芪冬颐心口服液是临床常用中成药制剂,主要应用于病毒性心肌炎的治疗以及冠心病、心功能不全的症状改善方面,在相关领域具有一定的临床及基础研究证据支持;在其他领域,以中医辨证为指导,尚可应用于更年期综合征的治疗方面。

参考文献

[1] 许新,王冰梅,唐燕,等. 芪冬颐心口服液对病毒性心肌炎小鼠心肌酶及病毒滴度的影响[A]. 第五届中国中医药实验动物科技交流会议论文集[C]. 北京:中国实验动物学会,2009:314-316.

[2] Sagar S, Liu P P, Cooper L T. Myocarditis[J]. Lancet, 2012(379):738-747.

[3] 钱乾. TLR13 和肠道菌群在萨科齐病毒性心肌炎发病中的作用及其机制[D]. 苏州:苏州大学,2014.

[4] 全国心肌炎心脏病专题讨论组组委会. 全国心肌炎病专题研讨会纪要[J]. 临床心血管病杂志, 2008, 11(6):324-325.

[5] 刘春梅,孙卫红,王慧,等. 辅酶 Q10 芪冬颐心口服液治疗病毒性心肌炎疗效观察[J]. 牡丹江医学院学报, 2000, 21(1):24.

[6] 何南, 王亚龙. 辅酶 Q10 联合芪冬颐心口服液治疗小儿心肌炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(23):2540-2542.

[7] 程鸣明. 探讨辅酶 Q10 联合芪冬颐心口服液治疗小儿心肌炎的疗效[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 3(32):34-35.

[8] 王岩, 许兵丽. 芪冬颐心口服液联合曲美他嗪治疗病毒性心肌炎的临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2016, 14(26):205-206.

[9] 赵洁. 芪冬颐心口服液对病毒性心肌炎患儿细胞免疫功能和血清炎症因子水平的影响[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2016, 8(7):77-79.

[10] 张光勇,王喜春. α -2b 干扰素联合芪冬颐心口服液治疗病毒性心肌炎的临床疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2014, 5(11):138-139.

[11] 张骏,罗晓丽,杨小利,等. 芪冬颐心口服液治疗老年病毒性心肌炎临床研究[J]. 中国药业, 2017, 26(4):32-35.

[12] 王冰梅,侯宜,赵一晖,等. 芪冬颐心口服液对柯萨奇 B3 病毒感染的乳鼠心肌细胞的保护作用研究[J]. 中医药学刊, 2004, 22(6):1078-1079.

[13] 许新,王冰梅,唐燕,等. 芪冬颐心口服液对小鼠病毒性心肌炎模型的影响[A]. 第五届中国中医药实验动物科技交流会议论文集[C]. 北京:中国实验动物学会,2009:348-350.

[14] 彭玮. 芪冬颐心口服液对冠心病心绞痛临床效果研究[J]. 世界复合医学, 2016, 2(4):38-40, 44.

[15] 孙晶. 芪冬颐心口服液配合西药治疗冠心病心力衰竭的临床效果分析[J]. 陕西中医, 2015, 36(11):1460-1462.

[16] 杜雪荣,李红,刘芬,等. 芪冬颐心口服液抗缺氧实验研究[J]. 白求恩医科大学学报, 1999, 25(5):597-598.

[17] 路航,王秋静,崔新明,等. 芪冬颐心口服液对急性心肌梗死犬的实验研究[J]. 中国现代医学杂志, 2007, 17(20):2466-2468.

[18] 王秋静,吕文伟,路航,等. 芪冬颐心口服液对麻醉犬血流动力学及心肌缺血的影响[J]. 吉林大学学报(医学版), 2004, 30(5):738-741.

[19] 王秋静,吕文伟,路航,等. 芪冬颐心口服液对麻醉犬急性心肌梗死的保护作用[J]. 中国中药杂志, 2003, 28(5):449-452.

[20] 王晓红,穆莉芳. 芪冬颐心口服液在小儿下呼吸道感染心肌损伤中的治疗作用研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2008, 29(18):2196-2197.

[21] 王文杰,朱洪峰,王建龙,等. 芪冬颐心口服液辅助治疗小儿重症肺炎合并心力衰竭疗效观察[J]. 药学研究, 2016, 35(8):488-490.

[22] 张晓菲,武燕,刘丹丹,等. 芪冬颐心口服液对更年期的治疗作用的研究[J]. 中医临床研究, 2016, 8(29):20-22.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:户蕊 收稿日期:2019-11-07)

(上接第124页)不能及时排除^[3]。手术期间, 激惹肠管, 减少肠蠕动次数。饮食因素指由于产妇在术前食用了巧克力、鸡蛋等热量高或者蛋白质丰富的食物, 增加产妇胃容量。术后, 产妇出现切口疼痛, 加大产妇吞气量, 产妇吸入空气之后, 无法轻易被肠黏膜吸收, 从而造成气体在肠腔内进行游动, 致使其出现两肋疼痛, 造成腹肌力量减弱, 从而造成腹胀症状^[4]。并且, 部分产妇因为具有较强的疼痛感, 下床活动时间延后, 造成肠蠕动恢复速度减慢, 增加肛门排气时间。产妇在饮食过程中未按照饮食规范, 对胃肠功能恢复速度造成影响, 从而产妇出现腹胀症状^[5]。产妇术后腹胀不但造成其身体不适, 且容易加重产妇切口疼痛现象, 增强产妇腹壁肌肉张力, 延长切口愈合时间。并且产妇肠蠕动速度不能及时恢复, 容易出现肠粘连现象, 严重影响产妇身体健康。对剖宫产产妇实施有效的护理措施能够避免产妇术后出现腹胀症状。中医护理中的温水足浴针对现代足部反射理论以及中医理论, 通过刺激人脚上腹部脏器相关反应区, 促进产妇血液循环及消化功能, 对其内分泌情况进行有效调节, 增强产妇排气及肠蠕动功能。温水足浴覆盖产妇整个足底部, 并且对足面进行浸泡, 通过对神经反射区进行热刺激, 进行镇痛, 从而减轻产妇疲劳感及疼痛感。通过使产妇及时开展早期活动, 促进产妇体力恢复及胃肠功能恢复, 防止出现肠粘连, 促进子宫恢复及恶露排出, 从而降低产妇并发症^[6]。护理人员通过向产妇讲解下床活动的必要性, 帮助并鼓励产妇进行早期

活动, 防止其出现肠胀气, 并及时恢复产妇体位。

此次研究中, 观察组产妇实施中西医结合护理, 结果显示观察组术后排便时间及术后排气时间明显短于对照组, 且观察组腹胀发生率为 10.00%, 并发症发生率为 6.66%, 对照组分别为 26.66%、60.00%, 2 组对比观察组并发症发生情况及腹胀发生情况明显较低, 充分说明实施中西医结合护理能够显著改善剖宫产产妇术后症状, 对产妇早日恢复正常生活具有重要意义。

综上所述, 将中西医结合护理用于剖宫产产妇治疗护理中, 效果显著, 能够显著缩短患者排便及排气时间, 预防腹胀发生, 并降低并发症发生率, 具有临床使用及推广价值。

参考文献

[1] 赵丽花. 剖宫产术后腹胀中西医结合护理观察[J]. 山西医药杂志, 2015, 44(21):2574-2576.

[2] 杨永,张瑛,马秋平,等. 中西医结合护理在腹部术后病人胃肠功能恢复中的应用进展[J]. 护理研究, 2018, 32(10):1521-1524.

[3] 翟明华. 中西医结合护理干预对剖宫产产妇术后恢复的影响[J]. 四川中医, 2016, 34(3):207-209.

[4] 王敦亮,王秘群,申荣,等. 盐酸纳布啡注射液用于剖宫产术后镇痛的临床研究及其对产后抑郁的预防作用[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(9):782-785.

[5] 白润芳,杨春荣,张敏. 二次剖宫产术后口服膳食纤维促进肠功能恢复效果研究[J]. 肠外与肠内营养, 2017, 24(6):361-364.

[6] 邓超,顾雅娟,代志刚. 三种不同给药途径对剖宫产产妇术后胃肠道功能的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2017, 33(12):1174-1177.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:李三妹 收稿日期:2019-03-15)

精神心理行为干预治疗功能性便秘的进展

康进¹ 毛红^{2*}

(1 成都中医药大学临床医学院,四川 成都 610075;2 四川省第二中医医院肛肠科,四川 成都 610031)

摘要:功能性便秘(functional constipation,FC)是临床上一种常见的功能性疾病。精神心理因素在功能性便秘的诊治中越来越受到重视,其在FC发病与治疗中的作用机制尚未阐明,值得进一步研究与探讨。该文对精神心理因素与便秘的相关性、精神心理因素在FC发病中的中西医认识、FC患者的精神心理行为治疗情况进行了综述。

关键词:功能性便秘;精神心理;干预

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.054

文章编号:1672-2779(2019)-23-0132-03

Progress of Psycho-behavioral Intervention in the Treatment of Functional Constipation

KANG Jin¹, MAO Hong²

1. School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610075, China;

2. Proctology Department, Sichuan Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610031, China

Abstract: Functional constipation (FC) is a common functional disorder in clinical practice. Psycho-psychological factors have been paid more and more attention in the diagnosis and treatment of functional constipation, and the mechanism of their role in the pathogenesis and therapy of FC has not been clarified, which is worthy of further study and discussion. In this paper, we discussed the correlation between psycho-psychological factors and constipation, the understanding of psycho-psychological factors in FC pathogenesis of traditional Chinese and western medicine, and the psycho-behavioral therapy of FC patients.

Keywords: functional constipation; mental psychology; intervention

功能性便秘 (functional constipation, FC) 是一种以排便困难、排便次数减少或排便不尽感为主要表现的功能性肠病^[1]。流行病学资料显示, 全世界各地报道的普通人群便秘患病率在 0.7%~79% 之间 (中位数为 16%)^[2], 有学者统计国内报道的成年人普通人群便秘患病率为 3.19%~11.6%^[3]。一项来自多地区大样本的调查报告显示, FC 的患病率为 6%^[4]。近年来, 随着经济的发展、生活节奏加快、饮食结构改变以及社会心理因素的影响, FC 的患病率正逐渐上升。慢性功能性便秘 (Chronic functional constipation, CFC) 现已成为当下国内外研究的热点与难点, 其给患者带来的危害大致可归结为以下 4 种: 疾病痛苦 (discomfort)、情绪抑郁 (depression)、经济负担 (dollar costs)、药物毒副反应 (drug toxicity), 这些都严重影响着病人的工作与生活。由于现代生物-心理-社会医学模式的提出和不断完善, 精神心理因素在 FC 中的作用越来越受到人们重视。大量研究表明, 精神心理行为干预对 FC 的治疗具有重要意义^[5-6]。但是, 目前对精神心理行为干预措施及疗效判定的方法尚无统一论。现就精神心理因素与便秘的相关性、精神心理因素在 FC 发病中的中西医认识、FC 患者的精神心理行为治疗情况综述如下。

1 精神心理因素与便秘的相关性

精神心理因素影响着人体的胃肠功能。一项关于

健康人群的调查表明个性特征与粪便重量相关, 自尊心强和性格外向的人表现出大便频繁, 且量较多^[7]。更有研究发现^[8], 功能性精神疾病与功能性胃肠疾病有着共同的病理、生理变化。虽然异常的精神心理状况与 FC 之间的联系密切, 但两者中的因果关系目前还尚未明确。一方面, 便秘可作为一种躯体化症状伴随焦虑、抑郁等异常的精神心理状况的发展而持续存在, 甚至逐渐加重。北京的调查显示, 经常精神紧张、工作疲劳、情绪不好或曾受过重大的精神打击与便秘的发生相关联, 对便秘的发病或有重要影响^[9]。Zhou 等^[10]研究表明焦虑、抑郁的病人更易于患 FC。丁元伟等^[11]研究结果显示焦虑抑郁能够提高功能性便秘患者直肠感觉阈值, 增加盆底肌群的紧张度, 从而引起排便时肛门直肠矛盾运动增加。另一方面, 便秘亦可导致或加重精神心理障碍。田苗苗等^[12]对 1500 名社区老年人进行便秘与心理健康相关性的研究, 采用症状自评量表 (SCL-90) 评价所有老年人的精神心理状态, 结果表明患便秘的老年人出现的心理症状多于未患便秘的老年人, 且心理健康水平较差 ($P<0.05$)。林征等^[13]采用 SCL-90 调查显示 FC 患者症状总积分、躯体化、强迫症、抑郁、焦虑、恐怖、人际关系敏感、偏执、精神病性和其他方面的积分明显高于对照组 ($P<0.05\sim 0.01$)。此外, 焦虑、抑郁等异常精神心理状况在降低 FC 患者的生活质量起着重要作用, 并影响着

* 通讯作者: greenmeadow@126.com

患者的就医行为^[14]。朱芬芬等^[15]在对83例FC患者生活质量与焦虑、抑郁的相关性研究中发现,FC患者的生活质量在SF-36量表中8个维度积分与SDS及SAS评分均呈显著性负相关($P<0.01$),焦虑抑郁情绪越重,生活质量越差。

2 精神心理因素在FC发病中的中西医认识

2.1 中医病机认识

FC属于中医学“便秘”范畴。中国古代医家们对便秘有诸多称谓,《黄帝内经》中最早将其称之为“大便难”“后不利”。张仲景在《伤寒论》中将其分为“阳结”“阴结”,又在《金匱要略》中阐明了“脾约”的病机与证治。金元时期,张洁古在《医学启源·六气方治》中将便秘分为虚秘、实秘,朱震亨则在《丹溪心法》中称之为“燥结”。

中医认为,饮食入胃,经脾胃运化,水谷精微受用于机体,其糟粕传于大肠,最终经魄门排出体外。在此过程中,需肝主疏泄的功能。正如《素灵微蕴·噎膈解》中说:“饮食消腐,其权在脾,粪溺疏泄,其职在肝。”肝主疏泄,不仅表现在气机的调畅,还表现在脾胃运化的促进和情志的调节等方面。中医藏象与七情学说早已认识到精神刺激与躯体疾病的发生有着密切关系,病理性的心理应激反应属于中医情志致病范畴,而肝是机体调节心理应激反应(调畅情志)的核心,情志内伤最易伤肝^[16-17]。《四圣心源》中说:“凡病之起,无不因于木气之郁,以肝木主生,而人之生气不足者,十常八九。木气抑郁而不生,是以病也。”肝为刚脏,性喜条达而恶抑郁。肝疏泄调畅,则脾胃升降出入平衡,水谷得以运化,其糟粕下降,故大便有常。反之,若情志不畅,肝气郁结,肝失疏泄,肝气乘脾,则脾胃升降失常,气机不能推动水谷糟粕运行而郁滞于肠腑,日久化热,致胃肠积热,大肠传导失司,而致便秘^[18]。故《症因脉治·大便秘结论》曰:“怒则气上,思则气结,忧愁思虑,诸气拂郁,则气壅大肠,而大便乃结。”《丹溪心法·六郁》中又指出:“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉。”刘绍能等^[19]研究发现在FC各种证型中,气机郁滞证患者的HAMA和HAMD得分均高于其他证型,说明气机郁滞证与焦虑抑郁两者之间最为相关。蒋士生认为情志不畅,肝气郁结,郁而伤脾,气机壅滞,导致气血津液运行不畅,腑失通利,糟粕内停,而见大便不畅^[20]。田振国认为肝气郁结,或气机郁滞,肠道气机阻滞;或日久化火,灼伤大肠津液,肠道失于濡养;或郁结之气与肠中之糟粕互结,则大便干而滞涩难排^[21]。正如《医经精义·脏腑通治》中载:“肝与大肠通,肝病宜疏通大肠,大肠病宜平肝经为主。”

2.2 西医发病机理认识

2.2.1 脑-肠轴、脑肠肽及神经递质对胃肠道的调节作用

19世纪末,美国学者率先提出脑-肠轴概念。脑-肠轴

是使认知和情感中枢与神经内分泌、肠神经系统和免疫系统相联系的双向通路。一方面外在刺激与内在信息通过神经链与高级神经中枢相联结从而影响胃肠感觉、动力和分泌等;另一方面通过亲内脏作用又反作用于中枢的痛感、情绪和行为,即胃肠症状通过脑-肠轴对情绪和行为产生影响^[22]。同时,在整个过程中需要由脑啡肽、血管活性肠肽、降钙素基因相关肽(CGRP)、P物质(SP)、一氧化碳多巴胺和5-羟色胺(5-HT)等在内的多种脑肠肽及神经递质来完成,起到调节胃肠运动、感觉、情绪反应和免疫等作用。

2.2.2 躯体症状障碍及心理应激

躯体症状障碍是一类以持久的担心或相信各种躯体症状的优势观念为特征的神经症性躯体障碍,其核心症状即躯体化。FC患者常常生理与心理问题共存。躯体症状障碍表现复杂多样,躯体症状与精神心理冲突关系密切^[23]。精神心理因素(如焦虑、抑郁和不良生活事件等)可以作为一个恶性应激源而作用于消化系统,从而影响胃肠道功能,诱发便秘。林征等^[24]研究发现FC患者症状的发生或加重往往与其工作和生活中经历的某些事件有关,如退休引起生活规律的改变和收入显著减少以及突然的松弛不适感,工作变动、搬家、入学或就业等引起生活环境的改变,以及夫妻严重争执、父母死亡、家人纠纷、好友去世等带来的心理应激等。此类患者开始主要以胃肠道功能障碍发病在先,并且随着胃肠症状的好转,心理症状也会明显好转。

3 FC患者的精神心理行为治疗

心理治疗又称为精神治疗,是指以心理学的理论系统为指导,以良好的医患关系为桥梁,运用心理学的技术与方法分析患者的心理状态以及存在的问题并进行治疗的过程。

3.1 支持治疗

又称一般心理治疗,是以指导、劝解、安慰、鼓励、支持、保证为主要内容,支持患者应对感情困难和心理问题。临床工作中医护人员需与患者建立良好的医患关系,通过语言和非语言的交流方式来改变患者的感受、认识、情感、态度及行为等,达到减轻或消除使患者痛苦的各种情绪、行为及躯体症状。刘玉芝^[25]对58例FC患者进行回顾性分析,结果显示心理护理的疗效满意。

3.2 认知行为治疗

认知行为治疗是指让患者认识和找出不良想法、感觉和行为,充分了解应激、情绪、症状三者之间的关系,逐渐改善自身异常的心理和行为,使之向更合适、理性的方向发展。FC认知行为治疗包括指导患者多饮水、进食富含纤维的食物、多运动、养成定时排便习惯等多种方法。苏丽萍等^[26]通过对42例职业女性FC患者进行心理、生理、社会全方位认知行为干预,有效改善了患者的临床症状,总有效率达71.4%。胡永

萍等^[27]为探讨认知护理对功能性便秘患者心理状态和生活质量的影响,对 120 例 FC 患者进行了研究,结果显示认知护理对改善 FC 患者的心理状况、生活质量、社会功能及病情均有显著意义。

3.3 生物反馈治疗 该疗法是将松弛疗法与生物反馈技术进行有机结合,在行为疗法基础上发展起来的一种新的心理治疗技术。生物反馈治疗通过心理学上的自我暗示或者自我催眠进行内脏功能的治疗,在临床上多用来治疗便秘、便失禁、高血压等疾病。潘妙增等^[28]对 100 例 FC 患者的随机对照研究(疗程 4 周)显示,生物反馈组不仅总有效率(90%)明显高于乳果糖组(60%),并且停药后 2 周复发率较低(生物反馈组为 12%,乳果糖组为 42%)。

3.4 中医辨证治疗 各大医家对便秘及所伴发的抑郁等精神情志异常形成了较为灵活的辩证思维,大多认为此类患者辩证当属肝郁气滞,应从“肝”论治。吕恩基等^[29]认为肝郁气滞型便秘宜疏肝化郁、条畅气机、润肠通便,自拟化郁通便汤治疗功能性便秘 30 例,疗效显著。石玉迎等^[30]运用逍遥散加减方以疏肝解郁,润肠通便治疗功能性便秘,方中疏肝行气与柔肝养血并用,健脾益气与润肠泻下并行,诸症可解。

3.5 抗焦虑与抑郁药物治疗 在临床工作中,对于合并明显心理障碍患者可适当给予抗焦虑抑郁药物治疗,注意避免选择多靶点作用的抗焦虑抑郁药物,同时也应注意个体敏感性和耐受性的差异。

4 小结

FC 的发病是由于多种因素相互作用导致的结果,其致病机制尚未完全阐明,值得我们更进一步研究与探讨。精神心理行为干预对 FC 的治疗有一定的作用,许多的方法与措施值得去尝试与发现。目前随着生物-心理-社会医学模式的发展,在 FC 的诊治中应当重视精神心理因素,综合制定治疗方案,同时发挥中医药优势,改善患者的心理状态及生活质量。

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] Suzanne M. Mugie, Marc A. Benninga, Carlo Di Lorenzo. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review[J]. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 2011, 25(1):3-18.

[3] 赵劭,谭至柔. 成年人慢性便秘流行病学研究现状[J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(7):939-944.

[4] Zhao Y F, Ma X Q, Wang R, et al. Epidemiology of functional constipation and comparison with constipation-predominant irritable bowel syndrome: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China (SILC). Aliment Pharmacol Ther, 2011, 34(8):1020-1029.

[5] 陈峰,蔡而玮,邓正明. 补中益气汤加味联合心理干预治疗脾虚气弱型功能性便秘的临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2012, 20(11):489-492.

[6] 张莉. 生物反馈联合精神心理治疗在功能性便秘(FC)中的疗效研究[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(22):28-29.

[7] Tucker D M, Sandstead H H, Logan G M Jr, et al. Dietary fiber and personality factors as determinants of stool output[J]. Gastroenterology, 1981, 81(5):879.

[8] 郝伟,江开达. 精神病学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2002:234.

[9] 郭晓峰,柯美云,潘国宗,等. 北京地区成年人慢性便秘流行病学调查及其相关因素分析[J]. 基础医学与临床, 2001, 21(S1):106-107.

[10] Zhou L, Lin Z, Wang M, et al. Functional constipation: Implications for nursing interventions[J]. Journal of Clinical Nursing, 2010, 19(13-14):1838-1843.

[11] 丁元伟,吴婉清,陈德,等. 焦虑抑郁状态功能性便秘患者肛门直肠动力和直肠感觉变化[J]. 广东医学, 2010, 31(18):2432-2433.

[12] 田苗苗,陈长香,李淑杏,等. 社区老年人便秘与否与心理健康的相关性分析[J]. 现代预防医学, 2014, 41(7):1235-1236, 1241.

[13] 林征,林琳,张红杰,等. 功能性便秘患者社会、心理、行为状况调查及生物反馈治疗效果随访[J]. 中国临床康复, 2005, 9(28):67-69.

[14] Willians M, Budavari A, Olden K W, et al. Psychological assessment of functional gastrointestinal disorders in clinical practice[J]. Clin Gastroenterol, 2005, 39:847.

[15] 朱芬芬,林征,林琳,等. 功能性便秘患者生活质量与焦虑、抑郁水平的相关性研究[J]. 实用临床医药杂志, 2008, 4(4):41-42, 46.

[16] 李晓红,陈家旭. 肝主疏泄与脑-肠轴的相关性探讨[J]. 中医杂志, 2010, 51(10):872-87.

[17] 严灿,邓中炎,吴伟康,等. 从心理应激理论研究中医肝主疏泄脏象本质[J]. 中医杂志, 2001, 42(1):8-10.

[18] 陈士新. 中医辨证治疗功能性便秘[J]. 中医临床研究, 2018, 10(17):34-35, 37.

[19] 刘绍能,蔡冬,燕东,等. 功能性便秘中医证候分布与焦虑抑郁相关性研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(2):22-24.

[20] 向燕芳,蒋士生. 蒋士生治疗功能性便秘经验[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(10):28-29.

[21] 隋楠,田振国. 田振国“从气治秘”调畅情志治疗慢性功能性便秘经验总结[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(4):689-691.

[22] 李景南,钱家鸣. 胃肠激素与消化系统疾病[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(4):253-254.

[23] 姜默琳,卢伟. 躯体症状障碍的治疗研究进展[J]. 医学综述, 2018, 24(20):4039-4043.

[24] 林征,林琳,赵志泉,等. 社会心理行为因素在功能性便秘发病中的作用研究[J]. 基础医学与临床, 2003, 23(S1):97.

[25] 刘玉芝. 功能性便秘精神病患者的心理状态分析与护理干预[J]. 中国医药指南, 2018, 16(14):230-231.

[26] 苏丽萍,周艳丽,陆靖,等. 认知行为干预对职业女性功能性便秘生活质量的影响[J]. 现代医药卫生, 2014, 30(9):1344-1345.

[27] 胡永萍,张莉. 功能性便秘患者心理状态和生活质量经认知护理干预的临床效果[J]. 结直肠肛门外科, 2016, 22(S2):221-222.

[28] 潘妙增,边屯,钱伟,等. 生物反馈治疗慢性功能性便秘的临床疗效[J]. 中国现代医生, 2018, 56(19):18-20, 25.

[29] 吕恩基,李铁. 化郁通便汤治疗肝郁气滞型功能性便秘 30 例[J]. 中医研究, 2019, 32(1):17-20.

[30] 石玉迎,李辉,郑丽华. 浅析疏肝解郁法治疗慢性功能性便秘[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8):3549-3550.

石膏药性思考

张义军

(北京市朝阳区金盏第二社区卫生服务中心中医科,北京 100018)

摘要:石膏是临床常用的中药,历代医家对石膏药性属寒凉无疑,但对其为大寒之性或是微寒之性多有争议。文章通过综述古代经典文献对石膏药性的记载及近代医家学者对石膏药性的探讨辨析,结合生活、临床思考,认为中药四气只是对中药药性寒热程度不同的分类,将石膏药性细分为微寒、大寒,与各医家本身对事物的认知差异、体验差异相关,并无绝对,所以石膏药性以寒为宜。

关键词:石膏;药性;综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.055

文章编号:1672-2779(2019)-23-0135-02

Thought on the Medicinal Properties of Gypsum Fibrosum

ZHANG Yijun

Department of Traditional Chinese Medicine, Jinzhan Second Community Health Service Center of Chaoyang District, Beijing 100018, China

Abstract: Gypsum fibrosum is a commonly used traditional Chinese medicine. It has been undoubtedly the coldness of gypsum medicinal herbs in the past, but it is controversial for its nature of cold or slightly cold. This paper summarizes the ancient classical literature on the record of gypsum medicinal properties and discussion of gypsum medicinal properties by modern medical scholars. Combined with life and clinical thinking, it is believed that the traditional Chinese medicine four gas is only a classification of different degrees of traditional Chinese medicine medicinal cold and heat, and the gypsum medicinal properties are subdivided into slightly cold. The great cold is related to the differences in the perceptions and experiences of the doctors themselves. There is no absolute, so the gypsum is suitable for cold.

Keywords: gypsum fibrosum; medicinal properties; review

石膏(Gypsum Fibrosum)是临床常用的矿物类中药,中医经典中,石膏首载于《神农本草经》,列为中品^[1],谓其“气味辛,微寒,无毒,主治中风寒热,心下逆气,口干舌焦,不能息,腹中坚痛,产乳,金疮。”在我国多数地区均有石膏分布,主产于湖北应城、河南新安、西藏昌都、安徽凤阳,新疆、甘肃、四川、贵州、云南亦产,其中道地产区为湖北应城^[2]。

现代研究认为石膏为硫酸盐类矿物硬石膏族石膏,主要成分为含水硫酸钙(CaSO₄·2H₂O),此外还含有铝、铜、锌、镍、镁、铁、铅、钴等20多种微量元素^[3]。石膏采挖后,除去杂石及泥沙后药用为生石膏,经高温煅制后失部分结晶水而变为熟石膏(CaSO₄·1/2H₂O)^[4]。两者的功效和应用完全不同,生石膏清热降火,除烦止渴,主要为内用;熟石膏具收敛、生肌、敛疮、止血之功能而主要为外用^[5]。

石膏经历代医家应用,证实其清热功效显著,被誉为“降火之神剂,泻热之圣药”,是治疗热病的代表药物,且其功效随着临床应用及认识深入,被广泛用于外感热病及内伤杂病。吴施国等^[6]根据历代本草、方书和医著对石膏的认识和应用,认为石膏的功效和用法是在中医学发展的历史中逐渐总结并不断完善的。唐代以前主要运用石膏清热泻火、解肌透表、清肺平喘、生津止渴的功效;唐代较全面的认识了石膏的功效;宋代突出

了石膏透疹化斑和解毒逐疫的功效;金元时期,主要运用了石膏清热泻火、解肌透表和透疹化斑的功效,对生石膏功效的认识和应用和宋代相近;明代仍然广泛运用了石膏清热泻火、解肌透表、清肺平喘、透疹化斑、解毒逐疫和生津止渴的功效;清代,温病学派兴起,广泛运用了石膏清热泻火、解肌透表、清肺平喘、透疹化斑、解毒逐疫和生津止渴的功效,其中,尤其以石膏清热泻火、透疹化斑和解毒逐疫的功效为重点;近现代普遍使用石膏清热泻火、解肌透表、清肺平喘、透疹化斑、解毒逐疫和生津止渴的功效。尽管各历史时期对石膏功效的认识和运用有所不同,但能看出其脉络是承前启后的,体现了每个时代的医学发展脉络和医家的学术思想。

至于石膏的药性,历代医家和中医药文献著作有不同记载,有微寒、寒、大寒等,民间甚至还有“一两石膏尤胜一担凉水”之说。关于石膏药性的辨析思考一直没有停止过,本文对相关文献研究进行论述如下。

1 经典文献对于石膏药性记载

王琳等^[7]通过整理文献,将石膏药性分为如下5种:
1.1 微寒论 石膏入药首载于《神农本草经》,谓:“石膏,味辛,微寒。主中风寒热,心下逆气惊喘,口干苦焦,不能息,腹中坚痛,除邪鬼,产乳,金创。”^[1]之后《增广和剂局方药性总论》《本草集要》《本草纲目》《得配本草》《本草崇原》《本草经解》《神农本草经赞》《医

学衷中参西录》《本草择要纲目》等记载石膏性属微寒。

1.2 寒论 张仲景在《伤寒论》：白虎汤方中载“石膏一斤（碎，甘寒）”，麻杏甘石汤方：“石膏半斤（碎，绵裹，味甘寒）。”^[8]之后《医学启源》《本草类要》《本草征要》《雷公炮制药性解》《本经逢原》《本草易读》《要药分剂》《罗氏会约医镜》《疫疹一得》《本草便读》《读医随笔》等均记载石膏性寒。

1.3 大寒论 《名医别录·卷第二》首次记载石膏性大寒：“石膏，味甘，大寒，无毒。”^[9]之后《珍珠囊补遗药性赋》《药鉴》《神农本草经疏》《本草备要》《本草新编》《冯氏锦囊秘录》《本经逢原》《本草从新》《本草秘录》《炮炙全书》《本草求真》《本草述钩元》《本草思辨录》《本草撮要》等均承此说。

1.4 石膏性微寒、大寒并举论 陶弘景在《本草经集注》中载：“石膏，味辛、甘，微寒、大寒，无毒。主治中风寒热，心下逆气惊喘。口干舌焦，不能息……。”^[10]在对石膏功效作扩展同时，微寒、大寒并举。之后《千金翼方》《新修本草》《证类本草》《本草品汇精要》等亦记载微寒、大寒。

1.5 石膏性微寒、寒与大寒并举说 王好古《汤液本草·石膏》记载：“气寒，味甘、辛，微寒、大寒，无毒。入手太阴经、少阳经，足阳明经。”^[11]更是微寒、寒与大寒并举。

2 近代石膏药性的记载研究

《中华人民共和国药典》《中药大辞典》《中医大辞典·中药分册》^[12]及《中华本草》等辞书、工具书，新世纪教材《中药学》、全国精编教材《中药学》均沿用石膏性大寒说；王琳等^[7]通过对文献历史沿革记载的梳理及临床应用的总结，认为石膏性大寒值得商榷，应属微寒为宜；金华彬等^[13]针对《新中医》所载《石膏性大寒商榷》一文中所持石膏性微寒的观点存疑，结合文献资料和临床实践学习，认为《伤寒论》所载石膏性寒之说更为准确，而对大寒、微寒之论存疑。魏亦威等^[14]通过对历代气候与石膏药性记载之间的相关性进行分析，认为历代医家各种不同的生活环境、用药态度以及学派之争等因素，所思所想所著也一定会有一些偏差存在。但认为石膏定义成微寒更吻合临床应用。

3 思考

3.1 石膏药性的记载是否真的与历代气候相关 如果石膏的药性真的与气候变化相关，那么像黄连/大黄等药的药性记载却没有类似变化？所以，笔者对气候影响医家对石膏药性的认识观点存疑。

3.2 石膏药性还有必要分微寒或大寒吗 所谓石膏性寒、微寒或大寒，是指中药“四气”而言。四气（four nature of drugs）又称“四性”。指寒、热、温、凉、平等功用药性的统称。《神农本草经》：“疗寒以热药，疗热以寒药。”温与热，寒与凉，只是程度上的差别。此外，还有平性药，性质比较和平，其中也有微寒微温者，仍属于四气之内，故称四气，而不称五气。寒性较小的，即称凉性；热性较小的，即为温性^[15]。近年来学者们对于石膏药性的辨析过程中，对寒性是肯定的，只是对于寒的程度属微寒、寒、大寒看法不同，这个我认为一是由于我们对中药的药性本来就是一个定性的认知，并没有对其程度进行定量；二是由于每个人对一件事物的认知本来就有差异，就像同一菜品有的人会认为咸有的人会认为淡。

综上所述，从中药四气来讲，笔者认为石膏药性以寒为宜。

参考文献

- [1] 佚名. 神农本草经[M]. 清·顾观光, 辑. 哈尔滨: 哈尔滨出版社, 2007: 100.
- [2] 国家中医药管理局《中华本草》委员会. 中华本草[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1996: 75.
- [3] 龚跃新, 梁宪扬, 强静. 生煅石膏的电镜观察及成分研究[J]. 中国中药杂志, 1994, 19(1): 21-23.
- [4] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典[S]. 北京: 中国中医药科技出版社, 2015: 94-95.
- [5] 周远鹏. 生石膏的研究回顾及其思考[J]. 中药药理与临床, 2011, 27(5): 107-111.
- [6] 吴施国, 秦竹. 生石膏功效历史沿革探析[J]. 江苏中医药, 2010, 42(6): 59-60.
- [7] 王琳, 李成文, 鲁兆麟. 石膏性大寒商榷[J]. 新中医, 2012, 44(1): 3-5.
- [8] 严世芸. 三国两晋南北朝医学总集·王叔和医学集·伤寒论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 320-330.
- [9] 梁·陶弘景. 名医别录[M]. 尚志钧, 辑. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 104.
- [10] 梁·陶弘景. 本草经集注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 159.
- [11] 元·王好古. 汤液本草[M]. 影印本. 北京: 人民卫生出版社, 1956: 80.
- [12] 中国中医研究院, 广州中医药大学. 中医大辞典[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 437.
- [13] 金华彬, 郭彬, 秦燕勤, 等. 石膏性寒辨析——与王琳、李成文等商榷[J]. 光明中医, 2016, 31(6): 889-890.
- [14] 魏亦威, 章德林. 历代石膏性味记载规律的探究[J]. 江西中医药, 2018, 49(12): 15-18.
- [15] 李经纬, 余瀛鳌, 蔡景峰, 等. 中医大词典[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 467.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:刘金凤 收稿日期:2019-03-29)

就业竞争力视域下中医药院校大学生 勤工助学育人功能的实现途径研究*

艾华 高笛 黄韬 孙茂 李玮*

(北京中医药大学学工部,北京 100029)

摘要:党的十九大报告指出:青年兴则国家兴,青年强则国家强。国家发展战略也要求推动青年一代的成长奋斗与国家创新发展的深度融合。勤工助学作为大学生自立自强、自力更生的一种方式,其自身带有天然的育人功效。本文就当前中医药发展成为国家战略,中医药进入全面发展新时代的背景下,探索中医药院校通过勤工助学活动提高大学生就业竞争力的新途径,促进高等教育内涵式发展,继而实现“立德树人”这一根本育人目标。

关键词:勤工助学;就业;竞争力;育人;大学生

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.056

文章编号:1672-2779(2019)-23-0137-03

Research on the Ways of Realizing the Educational Function of Work-study Program of Traditional Chinese Medicine Students under the Perspective of Employment Competitiveness

AIHua,GAODi,HUANGTao,SUNMao,LIWei

Department of Science and Engineering, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

Abstract: The report of the 19th National Congress of the Communist Party of China pointed out that the youth is prosperous and the country is strong. The national development strategy requires the promotion of the deep integration of the younger generation's growth and struggle and the national innovation and development. Work-study as a way of self-reliance of college students, has its own natural education function. Under the background of the development of traditional Chinese medicine into a national strategy and the entry into a new era of comprehensive development, how to explore new ways for Chinese medicine colleges to improve the employment competitiveness through work-study program activities, and promote the connotative development of higher education, and then realize the fundamental goal of morality education.

Keywords: work-study program; employment; competitive power; education; college students

勤工助学是高校大学生自立自强、理论联系实际的一种途径,也是经济困难学生自力更生的手段之一。随着高等教育的不断发展,勤工助学的育人功能愈加显著,也得到了社会各界的重视。通过深入挖掘勤工助学在大学生就业竞争力提升过程中的意义和作用,综合理论研究和实践检验,从而提高勤工助学在学生成才过程中发挥的积极作用。

1 中医药院校勤工助学概况

1.1 勤工助学概述 勤工助学是指学生在学校的组织下利用课余时间,通过劳动取得合法报酬,用于改善学习和生活条件的实践活动。一直以来,高校勤工助学体系为贫困生开辟了完成学业的新路径。随着勤工助学的功能发生转变,更趋向于学生通过社会实践提高就业竞争力。勤工助学的对象更加多样化,且并不局限于贫困生,还

包括了全体大学生在内^[1]。勤工助学的意义也从勤工的物质价值、助学的学业价值扩展到更完整的育人价值。

1.2 中医药院校勤工助学活动特点

1.2.1 定位和目标清晰 近些年来,中医药院校聚焦“培养人”这一根本使命,将勤工助学定位为高校第二课堂^[2],加大支持力度,有意识地引导学生通过勤工助学促进理论联系实际,转变就业观念,提升综合职业素养,提高就业竞争力。

1.2.2 具备一定的专业性 根据中医药院校的学科特色和专业特点设置了一部分勤工助学岗位,不仅有利于学生学以致用,而且有益于提升学生的专业实践技能。例如中药学院设置的药植园工作岗、各学院实验室助理工作岗、中医药博物馆展厅解说员、饮片基地管理员等等,都要求学生具备一定的专业知识或实验技术,才能够完成岗位任务。而学生为了胜任工作,也会有针对性的提升该方面的专业知识和能力,从而达到相互促进、相互提升的作用。

1.2.3 方法和手段不多 中医药院校在思想意识上对新时代的勤工助学有了新的认识和定位,但在具体的方法和

* 基金项目:中共北京市教育工作委员会首都大学生思想政治教育一般项目【No.BJSZ2018YB21】;北京高校思想政治理论课改革示范项目

* 通讯作者:liw@bucm.edu.cn

手段上还突破不够。表现为：勤工助学形式和内容有局限，主要还停留于“劳务型”“简单型”，只有少部分岗位与专业相结合、与目标职业岗位相结合；出于对学生安全的考虑，导致与社会企业、其他相关单位的交流合作不多，合作浅层化。

1.2.4 受制于传统边界 中医药院校勤工助学也推出了一些具有中医药专业特性的“智能型”“技能型”岗位，取得了一定的进步和发展。但是不可否认，勤工助学工作受传统边界影响较深，基本框定在传统中医药或相关的行业，通过互联网、大数据和区块链等工具，实现跨学科、跨领域的探索较少。

2 勤工助学育人功能的进一步凸显

2.1 勤工助学育人功能的内涵 新时代下，高校勤工助学的“育人功能”被频频提及。“人的全面发展”是马克思主义的基本原理之一^[3]，也是我国教育方针的理论基石。笔者认为，高校勤工助学工作的育人功能就是通过教育手段让学生成为社会所接受所肯定之人，成为社会所需之才，促进社会和个体的共同发展。有的学生在勤工助学过程中能够提高文书能力、计算机技能，有的学生在协调个人学习、生活和勤工助学的关系过程中不断提升个人技能，有的学生跟着勤工助学的带教老师学习做人和做事等等。这些对学生来说，无疑都是或潜移默化或身体力行的教导和培养。当下勤工助学强调利用不同形式的社会实践帮助学生实现自我锻炼和全面提升，特别是提高就业竞争力，发展成为社会所需要的高素质人才。

2.2 中医药院校大学生就业竞争力的构成要素 对于大学生就业竞争力，楼锡锦等^[4]认为是指毕业生在就业时具有的战胜对手、找到适合个人才能发挥和实现自身价值的合适的工作岗位的能力，包括了核心、基础和环境等方面的竞争力。而中医药院校大学生只有掌握精准的医术，具备系统的职业素质和修养，才能更好地传承和发扬中医药博大精深的内涵^[5]。

此外，还应该搭建培养大学生团队合作精神、社会实践能力的平台，尤其要培养学生的分析解决问题能力、综合表达能力、岗位适应能力、工作态度、敬业精神等^[6]。通过勤工助学搭建的平台可以有效、有针对性地提升这些就业能力。

2.3 勤工助学对提高就业竞争力的促进作用 勤工助学活动具有低门槛、多层次、零距离的特点，对提高就业竞争力有着引导、服务和实践三位一体的重要作用。

2.3.1 勤工助学是端正就业认知和态度的实践平台 调查表明，很多大学生职业规划意识淡薄，这在中医药

院校同样存在。一些学生甚至认为中医药事业迎来了发展的春天，就业不是问题，存在等、靠、要的思想；一部分学生对就业发展认知比较狭窄，认为作为医学生，就业当然是医院和药企；还有一部分学生就业期望值过高，一味瞄准大城市大医院^[7-8]。在勤工助学活动中，尤其是通过校外基地实践，一方面由市场和社会零距离检验大学生的就业竞争力；另一方面学生加深了对就业市场与社会需求的了解，通过不断自我调整和完善，促使主观努力贴近客观实际，个人追求贴近社会需求。

2.3.2 勤工助学是提高提升就业竞争力的服务载体 随着勤工助学育人功能的转变，与专业、兴趣相关的智力型、科技型岗位逐渐增多^[9]，更是促进学生将知识转化为实践，在实践中自我锤炼、自我提升，继而增强就业竞争力的过程。近年来，中央明确提出“以创业带动就业”，一些高校将勤工助学与创新创业活动有机结合，对创业型勤工助学模式进行实践探索^[10]。实践表明，借助高校的办学优势，创业型勤工助学既促进了双创教育的顺利实施，又焕发了勤工助学育人功能新的生命力。

2.3.3 勤工助学是检验就业竞争力的主要途径 在勤工助学的工作过程中，学生不仅要完成工作任务，还要与指导老师、同事交流沟通，协调完成各项待办事件。可以说是提前进入社会工作的一次演练。因此把勤工助学比喻成检验就业竞争力的最佳途径并不为过。甚至很多表现突出的学生，都会成为用人单位期待选留的“种子选手”。

3 以勤工助学提高中医药院校大学生就业竞争力的途径

3.1 加强顶层设计和总体规划 通过顶层设计和总体规划，明确以勤工助学促进立德树人和提高就业竞争力的重要位置，建立健全以校领导为组长的领导机构，全面统筹学校勤工助学工作。在管理服务、资源配置等方面全力保障，积极探索有鲜明中医药院校特色的勤工助学新模式。在学校内部加强跨院系、跨部门、跨学科的协同合作，形成合力；对外加强跨院校、跨行业、跨区域的协同，强化联动。着力构建就业竞争能力培养新体制，培育学生树立正确的成才观和就业观，拓宽勤工助学的路径和方式。对勤工助学推进和实施过程进行监控、评估和反馈，不断探索、修正并完善一套科学可行的人才培养模式和机制，更好地促进勤工助学育人功能的发挥和学生就业竞争力的进一步提高。

3.2 积聚内外合力和协同育人 围绕为传承和创新中医药文化和事业培养接班人的目标，勤工助学工作应横向拓展实践岗位领域，纵向提升平台层次与质量^[8]。应充

分发挥自身现有优势,着力于创造和提供技术含量高、专业性强的勤工助学岗位。其一,结合日常教学,将专项研究与实验模拟等部分内容融入学生平时的勤工助学活动中,形成教育教学和勤工助学相互融合、相互促进的培育体系。其二,进一步探索创业型勤工助学新模式,开拓并稳固一批具有一定规模的社校共建助学基地和双创基地,拓宽和提升勤工助学实践平台。其三,鼓励引导学生通过“受助”渡过难关,提升自我,实现“自助”和“助人”,反哺社会,搭建更多校友勤工助学平台,助推实践育人。其四,积极寻找社会资源,搭建更宽阔的勤工助学平台,推进校校、校医、校企、校地、校所之间协同育人的长效机制,促使学生积极主动投身到勤工助学的大舞台,从而进一步提升学生的就业竞争力。

3.3 坚持精准助学和精准发力 勤工助学工作决不能搞“一刀切”,坚持精准助学是新时代的内在要求。这个精准,首先要识别学生特点及其不同的需求,通过大数据收集、过滤、跟踪,建立数据信息并实现动态管理。其次根据大数据分析判断,精准对接学生需求,根据学生各自特点,精准“把脉”“点穴”开方。再次是专业的精准,根据专业特点设岗用人,提升学生的专业素养和实践能力。精准发力则要聚焦提高就业竞争力这个核心目标,根据客观条件的变化来定政策、做工作。

3.4 倡导借鉴共享和包容开放 当下,无论是社会、高校或是大学生中,部分存在着对创新创业热情高涨,对勤工助学投入不多的现象。实际上,创新创业和勤工助学之间有许多资源和做法可以相互借鉴共享。例如,在经济报酬已不再是参加勤工助学第一需求的背景下,改革学生学业考核评价办法,借鉴创新创业学分积累与转换制度,将学生参加勤工助学这个实践过程的情况合理折算为学分,使勤工助学的学生能获得相应的学分,得到更好的成长。创新创业教育成立的大学生创业园、创业孵化园可以共享成为勤工助学基地,为勤工助学活动提供更充分的物理空间。学生社团和勤工助学都是实践育人的平台,打通两者的界限壁垒,对校内勤工助学参照社团化管理,或者将两者有机参插、融合发展,都是一种行之有效的尝试^[11]。以借鉴共享的思维,以包容开放的态度,试水勤工助学与多种育人方式的“联姻”融合,最终落脚点和主攻方向还是提高学生就业竞争力。

3.5 注重学生体验和工作实效 中医药院校在设计勤工助学活动时,始终坚持“立德树人”这一根本育人任

务,强调德智体美劳全面发展。勤工助学要坚持以人为本,尊重学生的思维方式和感受体验,主动引导和鼓励引导学生提出新想法、新创意。需要指出的是,与综合性大学相比,中医药大学在专业设置、人才培养、资源供给上都具有明显的差异,医学教育有着其独特性和专业性。同样,在提高学生就业竞争力的具体实施上也存在着明显的分化特征,往往更需要实践平台的支撑。因此,中医药院校的勤工助学要注重实效,不能简单地仿效和照抄,不能固化和僵化,也不能一味地形式上求新。只有遵循医学教育的规律和人才成长的规律,才能切实发挥勤工助学的育人功能,促进中医药人才的有效培养。

参考文献

- [1] 饶志雄,徐美华.立德树人视域下高校勤工助学管理工作的创新[J]. 科教文汇,2017(2):131-132.
- [2] 韩亮.大学生以勤工助学为载体的第二课堂教育初探[J]. 现代妇女,2014(11):300.
- [3] 中共中央马克思恩格斯列宁斯大林著作编译局.马克思恩格斯选集(第3卷)[M].北京:人民出版社,1995:644.
- [4] 楼锡锦,周树红,吴丽玉.大学生就业竞争力分析[J]. 教育发展研究,2005(13):49-52.
- [5] 艾华,赵建磊,谷晓红,等.中医药院校大学生职业素质探析[J]. 中医教育,2015,34(4):58-59.
- [6] 管立国,房玉琦,王颖.基于就业市场需求的大学生就业竞争力评价体系构建[J]. 北京邮电大学学报(社会科学版),2015,17(4):100-104.
- [7] 张由芹,王颖,孙立平,等.中医药专业大学生就业价值取向调查与研究[J]. 现代交际,2016(20):120-121.
- [8] 乔庆彬,李玮,刘雯华,等.大学生职业发展认知与就业指导需求的调查[J]. 中医教育,2014,33(3):61-62.
- [9] 王刚山.分隔、互动与融合:新时代高校勤工助学发展研究[J]. 安徽文学(下半月),2018(4):146-148.
- [10] 张璇,杨诗炜.论学生创新创业实践视角下高校勤工助学模式创新[J]. 继续教育研究,2015(6):30-32.
- [11] 郭冬梅.论高校校内勤工助学社团化管理[J]. 泰州职业技术学院学报,2017,17(5):1-4.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:张靖 收稿日期:2019-04-02)

国医大师孙光荣教授认为,痰邪作祟,易生百病,而脾为生痰之源,肺为储痰之器。且肺为娇脏,易受痰扰,致生咳喘类疾病。在张仲景《金匱要略》之“射干麻黄汤”的基础上加减化裁,创制了“孙光荣化痰降逆汤”(方药组成:西洋参、生北芪、紫丹参、炙麻绒、北细辛、生姜片、漂射干、清紫菀、款冬花、法半夏、五味子、大红枣等。)

——祝维峰、杨建宇摘编自《医道中和——国医大师孙光荣临证心法要诀》

本地化与 CAT 环境下中医典籍翻译的适应与选择*

熊展 刘海舟

(江西中医药大学人文学院,江西 南昌 330004)

摘要:在本地化趋势和国际一体化需求的形势下,中医翻译工作者如能熟练使用 CAT 工具,可以优化翻译流程,提高工作效率,控制译文质量,还可以挖掘历史语料的价值,更好地传承中医文化。中医翻译任重而道远,中医学语是中医语言之精华,含有深奥的医理和丰富的中医文化。只有客观真实地表达出中医学语的医理和文化两方面的内涵,我们才能真正地传播中医及其文化。

关键词:本地化;CAT;《黄帝内经》;中医文化;文化交流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.057

文章编号:1672-2779(2019)-23-0140-03

Adaptation and Selection of Translation of Traditional Chinese Medicine Classics in Localization and CAT Environment

XIONG Zhan, LIU Haizhou

College of Humanity, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China

Abstract: Against the background of localization and internationalization, it is better for TCM translators to master CAT to assist TCM translation, improve effect and the quality of English edition. At the same time, CAT can also assist to reuse the related materials. It is not an easy job to translate TCM and its culture into foreign languages, especially the TCM terms are the essence of TCM language. They are rich for the sophisticated TCM academic theory and abundant TCM culture. If only we understand the TCM theory and culture objectively and factually can we inherit and develop TCM and its culture.

Keywords: localization; CAT; *Yellow Emperor's Canon of Medicine*; TCM culture; cultural exchange

1 本地化

根据本地化国际标准组织 (LISA) 的定义,本地化指的是“Localization is the process of modifying products or services to account for differences in distinct markets”(对产品或服务进行加工以满足不同市场需求的过程)^[1]。本地化过程中融合了多种技术,比如信息处理、营销策略、语言文化、管理等。本地化翻译过程中必须处理如语言文化差异、技术等诸多问题。显然,语言文化是本地化翻译过程中无法回避的问题,翻译是否恰当很大程度上取决于语言差异、文化差异等问题的处理是否成功。在国外,本地化翻译及本地化翻译人才的培养起步较早,已经比较规范、成熟了。目前国内也越来越多的企业、公司采用了本地化技术,大大提高了翻译效率。但是从本地化翻译人才的培养来看,我们在这方面还不够规范,就显得滞后了。

2 计算机辅助翻译 (CAT)

计算机辅助翻译 (Computer-aided Translation, 简称 CAT) 是从机器翻译 (Machine Translation) 演变而来,但二者有着本质的区别。在互联网技术如此发达的今天,使用机器翻译的概率是比较高的。当阅读外文遇到困难,或者需要将中文翻译为外文时,可能会毫不犹豫地想到了百度翻译、Google 翻译等。只要把想翻译的原文写进

去,目标文就自动翻译出来了。译文质量的好坏就不一定能够保证了。例如:

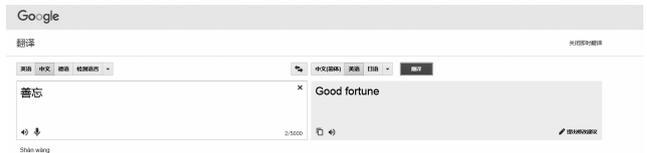


图 1 Google 翻译

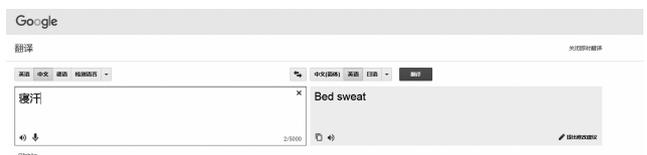


图 2 Google 翻译



图 3 百度翻译



图 4 百度翻译

* 基金项目:江西省社会科学研究“十三五”(2016)规划项目【No. 16YY14】

图1和图2是Google翻译,图3和图4是百度翻译。两者都属于机器翻译,笔者从中医典籍《黄帝内经》中随机选取两个病症术语“善忘”和“寝汗”,机器翻译的结果并不如人意。下文中笔者会叙述这两个术语的英译文。

但是,本文想要讨论的是与机器翻译有着本质区别的计算机辅助翻译,也即CAT。CAT就是运用计算机技术来提高翻译工作的效率、优化翻译流程和提高译文质量。在此过程中,人依然起着决定性的作用。以上两个术语,在人主导的翻译过程中当然就得体现出它们蕴含的中医特色,译文与机器翻译的也不一样。而且中医术语翻译出来也不是这样的译文,CAT只是辅助人的翻译。CAT软件的相关功能可以优化翻译流程、辅助译文排版、提高翻译效率等,而不是完全替代人去做翻译。需要说明的是,计算机辅助翻译也有狭义广义之分。本文仅指狭义的计算机辅助翻译,也就是专门的辅助翻译的软件。

3 《黄帝内经》及其英译

中医经典著作《黄帝内经》(简称《内经》)包括《素问》和《灵枢》两部分。这部成书于2000多年以前的中医典籍明确了中医学的基本理论,构建了中医理论体系的基本框架。其内容包含了阴阳五行、藏象、诊法、治疗、养生等中医学内容的各个方面,成为中医学发展的基石^[2]。其实,《内经》不仅仅是一部医学典籍,它还蕴含古代哲学、天文、历法、地理、社会、气象、风俗等丰厚的文化底蕴,因此,从古至今,众多其他学科专家、文人雅士都研读此书,体会其文义,汲取其精华^[2]。近年来随着中国改革开放的进一步深入,尤其是“一带一路”和“海上丝绸之路”倡议的提出,中国与世界的交流愈发频繁和深入,中国文化的输出也进一步加快。中医药及其文化也加速走向世界,越来越多的人开始接触中医药,进而了解并接受中医药。而《内经》作为中医学理论的奠基之作,它的外文译本是各国人士理解中医的重要窗口。《内经》作为一部中医学典籍,其语言却又具有浓厚的文学色彩。因此如何呈现它的语言的客观、准确性成为翻译过程的重中之重,因而《内经》的翻译必然会引起各界人士的浓厚兴趣并受到业界的密切关注。目前,《内经》的英译版本已经多达十余个,翻译界、语言学界对《内经》译本的研究也越来越深入。从不同翻译理论、翻译方法的运用到具体的修辞、篇章、虚词、对偶句等都有大量的文章。但是在本地化趋势的环境下,结合CAT工具,运用翻译适应选择论来指导《黄帝内经》中术语的翻译的研究则不多见。因此,本文拟运用翻译适应选择论来

研究《黄帝内经·素问》中病症术语翻译过程中的文化适应与选择问题。笔者选择李照国先生翻译的《黄帝内经·素问》译本,在本地化的环境下,结合CAT工具分析病症术语的翻译,以期从不同角度来发现其特色之处。

4 翻译适应选择论

翻译适应选择论是近年来业界崛起的新译论,由清华大学胡庚申教授所创立。基于达尔文的“适应与选择”,该理论把“翻译即适应与选择”作为主基调,并把译者作为翻译理论的核心。这是一个全新的翻译理论,认为翻译是一个“译者不断适应翻译生态环境,不断自我适应与优化选择的过程”。翻译适应选择论从语言维度、文化维度和交际维度等方面综合考察,力求译文做到“多维度适应”与“适应性选择”。具体来说,“多维度适应与适应性选择”的翻译原则,指的是译者在翻译过程中,原则上在翻译生态环境的不同层次、不同方面上力求多维度地适应,继而依此做出适应性地选择转换^[3]。在翻译过程中,只有真正地做到多维度的适应与选择的转换,才可能产生较合理的译文。具体到《内经》术语,作为浓缩了中医语言之精华的表达,它们不仅仅是医学术语,更蕴含了丰富的中华民族的传统文化。语言的背后是文化,翻译语言并不难,但要恰当地翻译出其背后的文化则并非易事。例如:“crocodile tears”,翻译成“鳄鱼的眼泪”。这是Google的翻译,语言忠实原文。但是,这个歇后语的文化蕴含却没能被机器翻译传达出来。而译文“鳄鱼的眼泪,假慈悲”则很好地表达出其背后的文化因素,这只能是人真正理解了语言的内涵才能在目标语中真实地传达出来。文化因素很难被机器“读”出来,只有被人真正地理解了才能用其他方式或语言表达出来,这也是翻译的难处所在。

5 《黄帝内经》病症术语翻译的文化适应与选择

5.1 CAT辅助中医翻译 语言是文化的载体,《黄帝内经》成书于2000多年前,文字古奥,语句艰深。《内经》语言尤其是术语不仅仅表达了中医医学知识,更是折射出古代哲学、天文地理、历法风俗等多方面的知识,具有丰厚的文化底蕴。因此,中医翻译不仅仅关系着医学语言的问题,更是承担着中医文化的传承问题。而翻译作为文化间交流的桥梁,其根本任务在于促进跨文化传播,进行文化再现和文明互鉴,从而推动社会的进步^[4]。所以翻译不仅仅要做到语言意义上的等值,更重要的是要做到文化意义上的等值^[3]。在中医药进一步走向国际化的今天,市场对中医药翻译的需求越来越大,本地化的趋势也越来越强。中国翻译协会将本地化细分为:将

一个产品按特定国家/地区或语言市场的需要进行加工,使之满足特定市场上的用户对语言和文化的特殊要求的生产活动^[5]。要做好中医翻译,不仅要掌握中医医学知识,还要掌握传统中医药文化。这就凸显出中医翻译很强的专业性。2017年5月24日,联合国大会第71届会议一致通过了A/71/L.68号决议,决议认可专业翻译在加强国际交流、促进国际和平和发展中的重要作用,并提出国际一体化对专业译者的迫切需求^[6]。在本地化趋势和国际一体化需求的形势下,中医翻译工作者如能熟练使用CAT工具,可以优化翻译流程,提高工作效率,控制译文质量,还可以挖掘历史语料的价值,更好地传承中医文化。

5.2 《黄帝内经》病证术语翻译 《黄帝内经》术语是中医语言精华之所在,我们在翻译时不仅要读懂术语的医理,更要理解其背后的文化蕴含。

例一,善忘:出自“玉机真脏论篇”第十九,原语是:岐伯曰:太过则令人善忘,忽忽眩冒而巅疾^[2]。译文:absent-mindedness,善忘今称健忘症,只有把握了该术语的内涵,才能用现代的英语把它的真正意义传递出来。

例二,寝汗:出自“脏气法时论篇”第二十二,原语是:肾病者,腹大胫肿,喘咳身重,寝汗出憎风,……^[2]。译文:Sweating in sleep,大意是肾脏有病的人,肾实的表现是腹部肿胀,足胫部浮肿,气喘,咳嗽,身体沉重,无力,盗汗,恶风等症状……。这样的内涵只有懂中医的人才能正确地翻译出来,单纯的机器翻译是传达不出术语的真正内涵。

例三,消中:出自“脉要精微论篇”第十七,原语是:风成为寒热,瘵成为消中^[2]。译文:middle consumptive disease,大意是风邪引起的疾病,会出现恶寒发热;热邪引起的疾病,会成为消渴。这个术语表达具有浓厚的中医语言特色和语言文化,翻译的关键是真实地传递其文化含义。

例四,肉烁:出自“逆调论篇”第三十四,原语是:逢风而如炙如火者,是人当肉烁也^[2]。译文:(become) emaciated,大意为四肢发热遇风如同火烤的病人,由于体内阴虚,再加上风热之邪,所以肌肉就会干枯消瘦。该术语同样具有浓厚的中医语言特色,光看字面是很难正确翻译出其蕴含的中医文化来的。

5.3 分析 仅举几例意在说明中医学术语翻译之不易。中医病证术语是中医在长期的临床实践中产生和发展起来的重要概念,是中医学学术体系的重要组成部分。中医病证术语大部分出自《黄帝内经》,时至今日,中医临床实践和诊断中依然在使用《内经》中的术语表

达。虽然术语是文言文形式,但并没有随着语言的演化而失去内涵。当我们翻译中医典籍、中医名家的著作或是中医临床诊断案例时,都会遇到病证术语。所以如果能恰当地运用CAT软件来辅助翻译过程,那么就节省很多重复查找资料的时间,提高工作效率。另外,CAT软件比如在市场占有份额非常高的SDL Trados,就可以运用自带的翻译记忆系统、术语管理工具等核心的成分帮助我们省去重复翻译。术语具有固定的表达,可以通过制作好的术语库来节省重复查资料的工作,提高翻译效率。而且可以把做过的比较零散的资料制作成记忆库来充分发挥语料的作用,进一步挖掘语料的价值,辅助我们的翻译过程。软件只是可以辅助翻译,而不是翻译,这与机器翻译有着本质的区别。在本地化环境下,我们可以更好地借助现代化的软件来提高工作效率,更好地保持翻译风格,控制译文质量。

6 结语

中医翻译任重而道远,在本地化趋势和CAT环境下,更应该努力地做好中医翻译和中医文化的传播和传承工作。只有客观真实地表达出中医术语的医理和文化两方面的内涵,才能真正地传播中医及其文化。

参考文献

- [1] LISA, The Globalization Industry Primer[M]. Switzerland: Localization Industry Standard Association, 2007: 7-8.
- [2] 王洪图,贺娟.黄帝内经素问白话解[M]. 2版.北京:人民卫生出版社,2014:4-144.
- [3] 白靖宇.文化与翻译[M].北京:中国社会科学出版社,2015:7-8.
- [4] 李美芹.“文化传播与外译”专题研究[J].浙江工商大学学报,2015(2):16.
- [5] 中国翻译协会.中国语言服务行业规范——本地化业务基本术语[S].北京:中国翻译协会,2011:2.
- [6] 李海霞,何高大.2008—2016年国外翻译技术研究分析及其热点追踪[J].上海翻译,2018(4):10-17.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:李涛安 收稿日期:2018-10-09)

枳实药材鉴别要点

药材呈半球形,少数为球形,俗称“鹅眼枳实”,直径0.5~2.5 cm,外果皮黑绿色至棕褐色,具颗粒状突起和皱纹,有明显的花柱残迹或果梗痕,切面中果皮略隆起,厚0.3~1.2 cm,黄白色至黄棕色,边缘有1~2列油室,瓤囊棕褐色。质坚硬。气清香,味苦,微酸。

——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。

双一流背景下中医药研究生拔尖人才培养的思考*

白云革¹ 马书娟^{2*}

(1 河南中医药大学学科建设办公室,河南 郑州 450046;2 河南中医药大学第一附属医院 ICU,河南 郑州 450000)

摘要:文章从提升中医药研究生的生源质量、提高导师水平和层次、建立完善的中医药研究生分类培养体系、强化中医药研究生的过程管理等方面分析了“双一流”背景下中医药研究生拔尖创新人才的培养途径,以期探索出中医特色的研究生拔尖人才培养模式,使更多的中医院校跻身“双一流”。

关键词:双一流;研究生;中医药;人才培养;培养模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.058

文章编号:1672-2779(2019)-23-0143-03

Thought on the Cultivation of the Top Talents of Traditional Chinese Medicine Graduate Students in the World First-Class University and the First-Class Discipline

BAI Yunping¹, MA Shujuan²

1. Discipline Construction Office, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. ICU, the first affiliated hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China

Abstract: This study attempts to give some suggestions of the Cultivation of the top talents of traditional Chinese medicine graduate students in the world first-class university and the first-class discipline, including the ascension of graduate matriculate quality, improving the level of a mentor and level, setting up perfect education graduate students of TCM classification system, strengthening the process management of TCM graduate students and other aspects.

Keywords: first-class university and the first-class discipline; graduate students; traditional Chinese medicine; talent training; training mode

研究生教育是培养高层次人才的关键,提升研究生教育是构建中国创新体系的重要途径。《统筹推进世界一流大学和一流学科建设总体方案》将“培养拔尖创新人才”纳入建设双一流建设任务。《学位与研究生教育发展“十三五”规划》指出:统筹推进世界一流大学和一流学科建设,必须以高素质人才构建新的竞争优势,以创新激发新的发展动力……建成一批中国特色、国际一流的研究生培养基地。中医药高等教育已经是中国特色,要达到国际一流,必须提升中医药研究生培养的质量和层次,即构筑中医药研究生拔尖创新人才培养高地,强化中医药研究生拔尖创新人才的培养。改革开放以来,我国中医药科学研究能力不断增强,部分中医药高校进入双一流建设,但中医药拔尖人才的培养却相对缓慢,制约着中医药双一流建设的进程。因此分析中医药研究生培养的现状原因,创新中医药研究生拔尖人才的培养模式,是中医药创建双一流的重要任务。本文介绍了中医药研究生拔尖创新人才培养的途径,为相关职能部门及中医药高校培养中医药研究生拔尖创新人才提供借鉴。

1 中医药研究生的培养现状

随着国内研究生教育水平的提升,中医药研究生教

育为中国健康事业的发展培养了很多优秀人才,但也存在着诸多不足。

1.1 中医药研究生尤其学术型研究生生源不足 目前全国中医药研究生基本分为专业型和学术型两类,专业型主要以培养中医药的应用型人才为主,即培养具有较高临床能力或实践能力的中医药人才。学术型主要以培养中医药研究性人才为主,即培养具有坚实中医基础,较高科研创新能力,能够以中医理论为指导,运用多学科手段研究和发中医药的人才。随着中医临床规培教育的开展及国家相关政策的调整如学术型不能参加中医技术资格考试等,优秀的中医本科生包括专业研究生的数量明显增加,学术研究生的招收人数及质量明显下滑甚至缺招。专业招录不了的才会向学术型调剂,因此直接影响了中医学术研究生的学术创新^[1]。

1.2 中医药研究生导师的水平参差不齐 导师在研究生的成长过程中扮演着重要角色,导师的师德师风、学术水平直接决定着研究生的水平。中医药院校的研究生导师因学科特点,遴选导师时有的以项目来评定,有的以职称来评定。以项目来评定,导致刚毕业的博士生尽管有项目,但带教或临床经验不足,甚至还没有形成自己的教育思维或科研模式。以职称来评定,导致有的老中医虽然临床经验丰富,但带教能力欠缺,不能将自己的临床经验传授给学生。因此部分中医药研究生导师水平欠缺及研究生实践能力不足是影响研究生培养质量的重要因素^[2]。

* 基金项目:河南省高等学校重点科研项目计划【No. 15A360019,19A360026】;河南省教育科学规划重大招标课题【No. 2017-JKGHZDZB-08】

* 通讯作者:13526757452@163.com

1.3 中医药研究生的专业素质和学术素质不高 大多数中医药本科生在本科期间不仅开设中医课程,也开设很多西医课程、思政课程、英语课程等,因学生精力有限,导致中医经典及基础知识学习不足。实习期间好多同学因要集中精力考取研究生,故实践实训的机会较少,学生的专业素质和学术素质不高,导致研究生期间的科研创新思维不足,直接影响了研究生的培养质量。

2 中医药拔尖创新人才培养的途径

2.1 提升中医药研究生的生源质量是中医药拔尖创新人才培养的基石 中医药研究生的生源质量对中医院校拔尖创新人才的培养有着重要影响,生源入学时的综合素质和知识储备能力关系着研究生的科研能力和临床水平,直接影响着研究生培养质量的高低^[3]。因此,若想选出拔尖创新人才,中医药院校必须创新招生模式,加大宣传,拓展考生来源,提高研究生的招生质量。研究生拔尖创新人才的选拔在整体研究生招生质量提高的基础上应优中选优,除了政治素质好外,还应具备以下素质:一是中医药的铁杆粉丝,对中医药事业热爱,具有浓厚的学习兴趣和强烈的好奇心;二是本科专业知识扎实广博,具有融会贯通的能力和素质;三是健全的人格修养,具有正确的世界观、人生观和价值观,能够不畏艰辛、挫折与失败,具备追求真理的勇气和毅力。只有这样,才能提高研究生的培养质量,为中医药事业的发展做出更大的贡献。

2.2 提升中医药研究生导师的水平和层次是中医药拔尖创新人才培养的关键环节 研究生导师是研究生的领路人,更是学生治学的榜样,导师的道德情操、思想品质、治学态度、学术水平、工作作风等直接影响到研究生的培养质量,因此提升中医药研究生导师的水平和层次是中医药拔尖创新人才培养的关键环节^[4]。一流的研究生一定要配备一流的导师,培养和引进一批活跃在中医临床或科研一线的国医大师、岐黄学者、百千万人才等中医药科学家和领军人才。研究生管理部门要严格导师资格的遴选,改革导师的聘用与淘汰模式,实行导师能上能下的流动机制。另外加强导师的师资培训,不断提升导师的治学和培养研究生的能力与素质。再者为导师提供一流的学术氛围,形成考核导师的良好机制,导师的考核条件及方向决定着导师时间的投入,将毕业研究生的水平和质量作为考核导师的重要依据,激励导师做好学生的引路人。

2.3 建立完善的中医药研究生分类培养体系是中医药拔尖创新人才培养的制度保障 中医药的发展离不开拔尖人才的多样化。拔尖人才既应包括中医药领域

做出重大研究成果的拔尖人才,也应包括应用中医思维解决临床关键问题的临床大师。因此中医药研究生拔尖人才的培养目标和培养模式应该多样化,脱离由传统的单一的学术模型向多元化的培养模式转变^[5]。根据研究生的兴趣将其分为学术型和应用型研究生,学术型中医药研究生的培养目标是具有从事中医药科学研究能力和创新精神的高级研究性人才,能够适应中医药事业发展需要。这类中医药拔尖人才的培养应以提升中医药科研创新能力为核心,加强基础理论课程、现代前沿技术及相关交叉学科的学习,加强科研实践。应用型中医药研究生的培养目标是应用中医思维,培养具有解决临床实际问题的能力临床型人才或中药制药人才。这类人才的培养应以提高中医药的职业实践能力为核心,加强实践能力的锻炼。中医专业重在临床实践,可与目前的住院医师规范化培训衔接,跟随名师,提升中医临床思维能力^[6]。中药专业研究生则可产学研结合,充分利用学校、企业、科研院所等各方面的资源优势,进行科研实践的有机结合^[7]。

2.4 强化中医药研究生的过程管理 提升培养质量是中医药拔尖人才培养的必要条件 研究生的培养不同于本科生的培养,本科生强调的是对知识的继承,而中医药研究生的培养重点则在于中医药创新思维的提升。课程教育只是研究生教育中的极少部分,更多的是带着问题寻找答案的自学教育,导师的启发教育和创新实践能力的提升。因此,学校应加强中医药研究生的过程管理,可从以下方面着手:一是健全中医药研究生拔尖创新人才培养的机制体制,加强中医药创新型研究生能力的培养,中医药院校应深刻把握中医药人才的成长规律,实行弹性化培养管理。二是实行双导师制,导师之间有学科交叉,毕竟每个导师擅长的领域有限,两位导师可以为研究生制定个性化的指导方案,如一位导师可以是中医界的权威,另一位导师则是方法学的专家,有利于研究生知识面的拓宽和创新思维的发展。三是学校应整合优势资源和最优平台对研究生开放,鼓励跨学科、跨机构的中医药研究生协同培养,鼓励紧密结合中医药事业发展需求或重大科学问题开展中医药研究,通过举行中医药创新能力大赛,设立研究生科研创新项目,建立研究生创新小组等方式,鼓励学生进行科研探索,活跃中医思维,引导和帮助树立正确的学习观和中医观。

总之,随着我国高校创建世界一流大学进程的加快,中医药研究生教育作为一流大学和一流学科建设的重要

内容,需要中医药各级管理部门进一步理清中医药一流人才的制约因素,探索出中医特色的研究生拔尖人才培养模式,使更多的中医药院校跻身双一流,唯有如此,才能真正实现建设中国特色、世界一流的中医药大学目标。

参考文献

- [1] 张庆祥,相光鑫. 中医学学术型研究生创新能力不足的对策探析[J]. 中国中医药现代远程教育,2017,15(22):45-47.
[2] 费菲. 中医研究生培养质量影响因素的量性与质性研究[D]. 南京:南京中医药大学,2013.
[3] 李继胜,吴均. 医学院校博士生生源特征分析及提高生源质量若干思考—

以某医科大学为例[J]. 中国高等医学教育,2018,32(10):123-125.

- [4] 樊建平,刘建焯. 关于提高博士研究生培养质量的几点思考[J]. 教育与现代化,2010(1):84-87.
[5] 叶晶. 新时期研究生分类培养模式的思考[J]. 课程教育研究,2017(24):20-21.
[6] 陈银秀,陈倪济世,林丹红. 中医硕士专业学位研究生与住院医师规范化培训衔接调查研究[J]. 中国高等医学教育,2018,32(10):128,129.
[7] 钟凌云,朱卫丰,黄艺,等. 能力与素质相结合的中药学专业研究生培养路径探索[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(6):10-14.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:姚建平 收稿日期:2019-01-09)

医教协同背景下临床教育教学能力 规范化培训体系的探索与构建*

琚保军 霍勤* 牛琳琳 李亮平 王利豪

(河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450046)

摘要:依据《关于医教协同深化中医药教育改革与发展的指导意见》,临床教师在医教协同的改革背景下承担着临床科目教学及后期临床教学的重要任务,其教育教学能力直接关系到医学生人才培养质量,加强临床教师教育教学能力成为改革中一项重要目标。但是,由于临床教师与全职教师在工作环境、工作性质、工作时间等方面存在诸多差异,现有的教育教学能力提升体系仅适用于全职教师,并不能适应临床教师发展要求。基于医学高等院校临床教师与全职教师的差异性,构建具有针对性集合培训、保障、评估一体化的临床教师教育教学能力规范化培训体系,必然成为实现医学教学质量快速提升的有效途径之一。

关键词:医教协同;医学高等教育;临床教师;教育教学能力;教学改革;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.059

文章编号:1672-2779(2019)-23-0145-03

Exploration and Construction of Standardized Training System for Clinical Teachers Educational and Teaching Ability under the Background of Medical-Educational Synergy

JU Baojun, HUO Qin, NIU Linlin, LI Liangping, WANG Lihao

The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China

Abstract: According to the Guiding Opinions on Medical-Educational Synergy Deepening the Reform and Development of Traditional Chinese Medicine Education, under the background of the reform of Medical-Educational Synergy, clinical teachers undertake the important tasks of clinical subject teaching and later clinical teaching. Their educational and teaching abilities are directly related to the quality of medical students talent training. Strengthening the educational and teaching abilities of clinical teachers has become an important goal in the reform. However, due to the differences between clinical teachers and full-time teachers in working environment, working nature and working hours, the existing education and teaching ability improvement system is only applicable to full-time teachers, and can not meet the development requirements of clinical teachers. Based on the differences between clinical teachers and full-time teachers in medical colleges and universities, it is necessary to build a standardized training system for clinical teachers educational and teaching ability, which integrates targeted collective training, guarantee and evaluation. It will become one of the effective ways to achieve rapid improvement of medical teaching quality.

Keywords: medical and teaching cooperation; medical higher education; clinical teachers; educational and teaching ability; teaching reform; talent training

2014年6月30日,教育部等六部门印发《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》,提出医教协同,全面提高临床医学人才培养质量的改革方向。临床教师在医

教协同的改革背景下承担着临床科目教学及后期临床教学的重要任务,其教育教学能力直接关系到医学生人才培养质量,加强临床教师教育教学能力成为改革中一项重要目标。

1 医教协同背景下医学高等院校临床教师教育教学能力规范化培训体系建设的必要性

1.1 由于诸多因素制约 临床教师教学能力无法在真正

* 基金项目:河南省教育科学“十三·五”规划一般课题(厅局级)
[No.[2019]-JKGHYB-0107]

* 通讯作者:huoqin8911@126.com

意义上实现医教协同的无缝对接 2014年教育部明确了医教协同的教育改革方向,要求各类医学教学主体发挥各自优势,有效衔接,为医学生培养创造有利环境,在医疗资源相对稀缺的现状下发挥医学教育的最大作用^[1-3]。医学高等院校临床教师在医教协同的改革背景下扮演着至关重要的角色,其不仅承担临床课程的讲授任务,还兼顾学生临床实践能力培养工作,更是承担着医学生毕业后再教育的任务。但是,临床教师均出自医学及相关专业,对教育学和教育心理学掌握程度较低,教育教学基本素养亟待提高,教学方式陈旧,教学手段过于简单,教学前的基本准备不足,对教学目标和重点比较模糊,使其在目前条件下并不具有与此角色相匹配的教学能力^[4]。其次,在医、教、研三线并行权重选择上,临床医学院将教学置后更是不争的事实,并且医院缺乏相应的教育教学能力培训、管理、保障和评估体系,更使得教师忽视教学质量^[5-6]。诸多因素的制约造成临床教学质量下降,临床教师的教育教学能力无法在真正意义上实现医教协同的无缝对接。

1.2 现有的教师教育教学能力提升体系仅适用于全体教师并不能适应临床教师发展要求 现有的教师教育教学能力提升体系多依托于高等院校的全职教师建立,高校教学管理和监督机制完善,全职教师教学为第一责任,责任心强。而随着社会发展和市场化倾向明显,不同程度上存在着重医疗、轻教学和重效益、轻培养的情况,对临床教学师资队伍的建设造成负面影响;而且,临床教师往往医疗、科研、教学工作集于一身,精力受限,严重影响在教学工作中的积极性,对教学活动有明显责任心等方面的不足;再者,在“重医疗、轻教学”的氛围之下,教学管理的执行力度较差,与医疗活动相冲突时,教学活动往往不得不让步^[7]。故而,由于临床教师与全职教师所处的环境存在本质区别,现行教师教育教学能力提升体系并不适用于医教合一的临床教师发展要求^[8],只有依托临床教师所处环境的自身特点建立适合自身发展的提升体系,利用有限的时间切实提升临床教师的责任心和教育教学能力,并建立好完善的保障和评估机制,才能真正让教育教学能力提升工作做到实处^[9]。

2 医教协同背景下医学高等院校临床教师教育教学能力规范化培训体系建设的探索

构建临床教师教育教学能力规范化培训体系,并依照不同权重设立教学绩效考核方案保障本体系的实施,使临床教师教育教学能力规范化培训体更加顺应

医教协同的教育改革方向系,必然会对医学高等院校附属医院的教学改革形成指导性意见,让临床医学院和高等院校在教学上真正实现无缝对接,更能使临床医学院的建设更适合于现代社会对医学人才培养目标的要求。

2.1 深化医教协同改革 推行“院系合一”为构建临床教师教育教学能力规范化培训体系奠定基础 第一,深化医教协同改革,推行“院系合一”,调整教学管理途径,实行医院负责、学校监督的管理模式,将临床科室全面纳入相关教研室建设方案中,所有符合条件临床人员均依照专业方向进行教研室归属,教学、医疗相互促进,健全学校-医院教学临床教师教育教学能力规范化培训体系。充分发挥临床医学院的能动作用,广泛征集意见,聘请校内外教育教学相关专家,成立临床教师教育教学能力规范化培训讲师团,利用有限时间,打磨临床教师教育教学能力规范化培训的各个环节,为全面提高临床教育教学能力提供经验借鉴。

第二,建立临床教师教育教学能力规范化培训质量标准 and 评价体系。一方面加强培训基地自身建设,广泛征集意见,对培训方案及讲师团成员进行多方论证,保证培训质量,让临床教师教育教学能力规范化培训落在实处。另一方面严格设计考核方式,建立完备的评价标准,做到准入考核、阶段性考核和终结性相结合,保障临床教师教育教学能力规范化培训质量。此外,设立教学绩效考核方案,完备临床教师培训合格率的奖惩措施及力度。构建与临床教师教育教学能力规范化培训紧密相衔的质量监控与保障体系。

2.2 借助教育教学理念 引入现代化教育教学手段 构建医学高等院校临床教师教育教学能力规范化培训体系 第一,借助教育教学理念,引入现代化教育教学手段,规范临床教师教育教学能力规范化培训的课程。通过文献回顾、理论分析,总结归纳相关研究资料,把握国内外临床教师教育教学水平的研究现状,获取临床教师教育教学能力缺失点和影响因素,认真研究国外相关研究及我国非教育类专业教师教育教学能力提升体系,同时结合临床医学院临床教师的自身复杂性,在参照社会学评价的基础上,进行具体分析、比较和综合,借助教育教学理念和现代化教育教学手段,提出临床教师教育教学能力规范化培训基本框架、涵盖要素、基本方法等项目内容,涵盖了教学能力的层次与培养、教学风格设定、学生为中心的教学模式、学情分析、课程主干设立、拓展信息源、开发课程资源、课程导入、教学互动及语言交流等10个方面的教

育教学基本素质培养；新型教学手段、在线开放课程及微课等3个方面的现代化教育教学手段培养；教学论文、教学研究等2个方面的教学研究开展培养。设定医学教育发展史、教育教学基本素质、课程思政建设、现代化教育教学手段及教学研究开展的五位一体培训框架，符合医教协同改革下，临床教师教育教学能力规范化培训的要求。

第二，建立全面、动态、便捷的临床教师教育教学能力规范化培训评价体系。为保障临床教师教育教学能力规范化培训顺利、有效的实施，建立全面、动态、便捷的临床教师教育教学能力规范化培训质量标准和评价体系，并设立完备的奖惩体系。其一、通过准入考核、阶段性考核和终结性相结合的方式，全面掌控临床教师在完整规范化培训的过程中的培训效果，及时依据客观结果适时调整培训方案及培训进程；其二，建立学校教学督导组、医院教学督导组、处级干部、教研室、同行、学生等多方位的教学评价体系，及时把握临床教师教育教学能力缺失部分，给予个体化建议，并及时将教育教学能力不足的临床教师纳入再培训体系；其三，依照教学各个环节的不同比重，设立教学绩效考核方案，细化分值，与绩效收入相结合，奖惩分明，有效的增强临床教师教学责任心和热情度。

3 医教协同背景下医学高等院校临床教师教育教学能力规范化培训体系建设的思考

3.1 思想上高度重视 牢固临床教师教育教学能力规范化培训在高等中医药人才培养中的意义 随着社会的飞速发展和医药卫生事业稳步提升，人民日益增长的健康需求对德能兼备的医生需求量不断增加，医学高等院校肩上的担子日益繁重，而在医生的培养过程中，临床教师更是首当其冲，他们不但承担着学生在学校中的教学工作，更是关系着医学生毕业后教育质量的提升，临床教师教育教学能力的提升也直接关系着德能兼备的医生培养。因此，临床教师教育教学能力的培养也成为了高等中医药院校要解决的重大问题，我们应该更新观念，深刻理解临床教师教育教学能力提升在医学人才培养中的重要性，全面促进医学高等院校教育质量稳步提升，为国家和人民培养理论扎实、技能精湛，医德高尚的医药卫生工作者。

3.2 制度上给予支持 健全医院-学校共同监管的临床教师教育教学能力规范化培训管理及激励模式 临床医学院是医学生临床教育和毕业后教育的主阵地，但其因医院工作的性质和特点限制，不同程度上存在着重医疗、

轻教学和重效益、轻培养的情况，在教育的投入和监管上存在诸多问题，加之医学院校临床教师资格审核不严格等因素，缺乏从上至下，合作统一的管理制度，致使临床教育质量无法得到很好的保障。在以后的工作实践中，应当观测执行《关于医教协同深化中医药教育改革与发展的指导意见》，充分发挥学校主导、医院的协作作用，成立共同监管下的临床教师教育教学能力规范化培训体系，并健全管理、保障及激励模式，切实发挥医院和学校在临床教师教育教学能力规范化培训中的作用，为提高临床教师教育教学能力，更进一步提高医学生人才培养质量在制度上给予支持。

3.3 工作中注重质量 深化临床教师教育教学能力规范化培训体系内涵建设 临床教师教育教学能力规范化培训体系建设是实现医学教学质量快速提升的有效途径之一。故而，在今后的教学管理中，医学高等院校应该以全面、有效提高临床教师教育教学能力为目标，理顺规范化培训体系各要素之间的关系，细化专项评估体系指标，主动构建临床教师教育教学能力规范化培训体系联动运行模式。其次，医学高等院校加大探索临床教师教育教学能力规范化培训运行数据收集，以科学化、信息化为目标，加强培训、管理、监督及保障四位一体的全方位建设，使临床教师教育教学能力规范化培训展现其独特的魅力。

参考文献

- [1] 中华人民共和国教育部. 教育部等六部门关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见(教研[2014]2号)[EB/OL]. (2014-6-30). <http://old.moe.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/moe/s7065/201411/178832.html>.
- [2] 袁贵仁. 全面推进医教协同, 加快构建中国特色标准化、规范化人才培养体系[J]. 学位与研究生教育, 2015(1): 7-8.
- [3] 张荣波, 许礼发, 吴静, 等. 医教协同、科教并举在校院合作中的实践[J]. 江苏科技信息, 2016, 33(18): 40-43.
- [4] 季晓辉, 唐文, 王锦帆, 等. 附属医院在高等医学教育中的地位和作用[J]. 江苏高教, 2003, 19(4): 38-40.
- [5] 许妍妍, 张晓甦, 潘金津. 高等医学院校附属医院教学管理工作的探讨[J]. 南京中医药学报(社会科学版), 2014, 15(2): 57-59.
- [6] 韦思明, 戴玉英, 蒋建平, 等. 影响临床教学质量的因素与对策[J]. 教育教学论坛, 2013, 5(11): 88-90.
- [7] 刘仲梅, 钱风华, 李丽荣. 临床护理教学存在的问题与改革的新思路[J]. 吉林医学, 2005, 26(3): 294-295.
- [8] 卢正芝. 我国教师能力研究三十年历程之述评[J]. 教育发展研究, 2007, 27(2): 70-74.
- [9] 何仲, 许岩, 陈京立. 有效的临床专业教师评价体制的建立[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(11): 871-873.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:申琪 收稿日期:2019-03-27)

基于社区基层医疗服务需求的 中医全科人才培养模式研究*

方铁根¹ 梁忠¹ 马骏¹ 陈琳¹ 熊常初¹ 陶筱婳¹ 瞿迁¹ 乔春梅¹ 罗俊超^{2*}

(1 湖北中医药大学养生康复教研室,湖北 武汉 430061;2 武汉市洪山区中医院内科,湖北 武汉 430000)

摘要:为了贯彻中共中央、国务院“关于卫生服务体系,使社区居民都能够拥有自己的全科医师,教育行政部门要支持和指导卫生行政部门建立以毕业后医学教育为核心的全科医学教育体系”的精神,本课题在前期调研的基础上,围绕如何在高等中医药院校进一步深化医学教学改革,强化在校临床医学专业本科生社区卫生服务意识教育的同时,如何从中医全科人才的培养模式上寻求突破,为社区卫生服务机构培养实用型社区基层医疗人才进行了相关探索。

关键词:社区基层医疗;医学全科;中医学;培养模式;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.060

文章编号:1672-2779(2019)-23-0148-03

Research on the Training Model of General Practitioners of Traditional Chinese Medicine Based on the Demand of Community Primary Medical Services

FANG Tiegen¹, LIANG Zhong¹, MA Jun¹, CHEN Lin¹, XIONG Changchun¹, TAO Xiaohua¹, QU Qian¹, QIAO Chunmei¹, LUO Junchao²

1. Health-care Rehabilitation Department, Hubei University of Chinese Medicine, Hubei Province, Wuhan 430061, China;

2. Department of Internal Medicine, Hongshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hubei Province, Wuhan 430000, China

Abstract: In order to implement the spirit of the Central Committee of the Communist Party of China and the State Council that "about the health service system, so that community residents can have their own general practitioners, the education administrative department should support and guide the health administrative department to establish a general medical education system with post-graduation medical education as the core". Based on the previous research, this topic focuses on the following aspects: How to further deepen the reform of medical teaching and strengthen the awareness education of community health service for undergraduates majoring in clinical medicine in Colleges and universities of traditional Chinese medicine, how to seek a breakthrough in the training mode of general practitioners of traditional Chinese medicine, and how to train practical grass-roots medical personnel for community health service institutions have been explored.

Keywords: community basic medical care, general medicine, traditional Chinese medicine; training model; talent training

有教育专家提出,为满足当前我国社区卫生服务工作对实用型医学人才的急需,对于主要面向基层培养高级医学人才的地方性普通高等医学院校,应对在校学生提前有机地增加和融入社区全科医学知识教育,这有利于强化和巩固医学生的社区卫生服务观念和综合素质^[1]。为了适应医疗卫生服务模式从传统的以病人和疾病为中心的专科医疗型被动服务,转变为以保护和促进人群健康为中心的群体防治结合型的主动服务,围绕“医学教育是培养促进全体人民健康的医生”的宗旨,满足人类对医疗卫生保健服务的新需求^[2]。有必要在中医药高等院校医学生的培养上,进一步深化医学教学改革,一方面需要强化在校临床医学专业本科生社区卫生服务意识,同时在现有的中医人才培养模式上要以社区基层医疗服务需求为突破口,改革新型培养模式、优化不同教学方法,改善现有教学环境,为顺应社会需求、事业发展的要求,培养高素质、高技术的中医全科人才,为社区卫生服务机构的建设和可持续发

展输送实用型社区卫生医疗服务人才^[3]。

1 明确和建立以培养高等中医药全科人才为目标的培养模式

就目前中国很多综合性高校的教育而言,很大程度上是一种素质型教育,虽有专业的分类,但对于本科生而言,今后从事的职业或者兴趣方向其实是未知的,但从高校专业设置的初衷来看,目的之一是培养有专业思想和技能的高级人才,尤其是中医药高等院校的中医人才培养,必须在学生的专业思想性和专业能力上都必须有极强的针对性,而不应该仅仅是一种泛泛的医学教育,甚至用所谓的素质教育来替代其专业性,而就目前我国中医药人才的教育而言,还不能很好地满足医疗事业尤其是社区基层医疗对中医全科人才的需要。

所以,对于高等中医药院校而言,明确和建立以培养高等中医药全科人才为目标的培养模式是其教育体系所面临和迫切需要的。这一模式的建立和明确,就是要以目前中国医疗体制改革为方向,大力发展基层医疗,服务群众健康为着眼点,以培养和适应市场需求,尤其是社区基层医疗市场对医疗服务人才需求为突破口,以

* 基金项目:湖北省教育科学“十二五”规划课题项目

* 通讯作者:6124605@qq.com

培养高等中医药全科人才为目标,为社区基层医疗输送实用型中医药全科人才。落实到具体的培养方案上,如何能够在生源的选择上选拔出具有中医药医疗服务志向的学生,如何能够培养学生良好的职业道德和素养,如何能真正在中医全科人才的能力培养上落到实处,如何建设和打造一支专业素质过硬的师资队伍,如何从中医全科人才教学的课程教学内容,教学形式等方面进行改革和完善都是这一培养模式的建立所面对的问题,从笔者的教育经历和教育研究的成果来看,主要有如下几个方面需要着重把握。

1.1 打造和组建培养高等中医药全科人才教育的专业教师队伍 “师者,传道授业解惑也”,人才的培养需要优秀的师资队伍作为基础,从一定意义上讲,有什么样的师资队伍就能培养出什么样的人才,有教育学者^[4-5]认为,师资队伍建设与实验实训条件是核心竞争力。足以反映出,建设和打造一支高素质的高等中医药专业教师队伍,对于培养高素质中医药全科人才而言,实属重中之重。如何培养专业素质过硬的中医药专业教师,充分发挥高校这一平台的优势,在政策上积极正面地去激励投身到教学第一线,充分发挥教师的主观能动性,作为专业教师自身而言,应该有教书育人的强烈责任感和使命感,要在思想意识上,充分理解和贯彻培养中医全科人才的要求和重要性,专业上在不断丰富和提高知识水平的同时,也要与时俱进,积极改变以往的传统教学模式,全面构建和培养医学生的知识结构、操作技能和创新能力,培养符合社会基层医疗需求的中医全科人才。这就要求教师们在教学实践中,实现由单一的注重学生的学习成绩向注重培养学生的知识应用能力的转变,由知识的单向灌输向注重启发式教育和培养学生的创造性的转变^[6]。

1.2 改造和提升高等中医药全科人才教育的教学条件和硬件建设 高等教育也是随着时代的进步而进步的,也是随着社会的需求而变化的,除了软实力之外,学校的教学硬件设施也是培养人才所不可或缺的,教学设施的完善能够给学生提供一个优良的学习环境,合理的教学配备可以让学生在学习更具主动性和自主性,适应现代教学需要的硬件设施能够让学生更加便捷轻松地获取和领悟知识,使教与学之间更能体现出良好的互动感,更能体现出教学相长的一贯诉求,医学(包括中医学)是实践性较强的学科,尤其要重视教学实验室建设、加强对教学有帮助的先进设备购置、完善实验条件、充分利用临床实训室、实习室和临床科室的条件,为学生提供良好的临床实践的机会。真正做到让学生学有所去,学有所得,学而不躁,学

而能久。

1.3 丰富和改进高等中医药全科人才教育的课程教学方法和模式 笔者在相关的教学研究项目中就多媒体结合实践教学的效果做了一定的研究和探讨,研究发现,通过一定程度地改变教学方法(视频、案例教学)和教师的教学思维理念,真正把学生融入到教学的实际环节之中,让学生变被动学习为主动学习,变死记硬背为灵活掌握,理论联系实际,积极思考,达到了很好的教学效果,这也说明教师应当积极努力地改变自身的传统教育观念和模式,敢于尝试新的教育模式和方法,适应目前现有的教育环境和条件,争取最大程度地培养出合格的医学人才。不同的学情,不同的课程,不同的章节需要不同的教学方式和教学内容,种类多样的教学方式极大地改变了传统的教学方法和模式,当然,通过不同的方式来提高专业教师队伍的业务能力也是非常重要的,教师队伍也需要不断地吸收营养,才能更好地回馈给学生,诸如输送教师到专业技术力量较强的医院、兄弟院校去学习深造,请相关专家、教授、专业教师来学院培训师力量,积极开展有效地教研教改活动等等,其最终目的都是为了更好地服务于教学,更好地培养我们所需要的全科人才。

1.4 营造和增加高等中医药全科人才教育理论和实践结合的机会 医学是一门实践性较强的学科,面对的是临床上的病患,需要有良好的专业技能才能较好地服务于临床,对于社区基层群众所患疾病的疾病谱和类型来看,往往是类型多样化,病情轻重不一,医疗诉求也不同,就更需要社区医疗工作者具有很好的专业素养,需要有很好的医疗实践能力,需要在上岗前就具备较为广泛的业务知识和较强的执业能力,而就目前中医药人才的培养来看,还不能真正满足社区基层医疗的需要,尤其是在实际操作能力上还有很大的欠缺,很重要的原因就是临床教学过程中理论和实际的结合不够,学生缺乏针对性实践培训和学习,因此,如何营造和增加高等中医药全科人才教育理论和实践结合的机会就成为了需要解决的问题。首先教育管理者要能从教学计划的制定上,从宏观上认识和重视中医人才培养的实践重要性,高等院校的教育管理者必须系统地审视教育的全过程,思考如何将实践能力置于医学教育的核心地位,围绕学生的临床实践能力的培养来设置课程,安排教学内容,制定教学计划。其次要加强临床见习、实习基地的建设,尤其是加强与社区基层医疗机构的合作,加强临床教师的专业素质培养,笔者认为,甚至从低年級的医学基础课开始,就应该有临床实践的介入;当然,对于学校临床

实验室建设、临床实训中心的建设也是不可缺少的部分,要充分利用实习室和临床科室的条件,确保全部对学生开放,满足学生进行实验训练的要求。未来的中医人才就应该是全科人才、复合型人才。要能够熟练应用西医的基本治疗手段,尤其是中医的各种治疗等方法对社区常见伤、病、残进行诊断和治疗,较好地解决病人的病痛,不适和日常生活能力的恢复等,真正在一定程度上让病人足不出社区便能够安全,有效地享受到正常的医疗服务。

2 小结

在深化教育体制改革的历史背景下,如何在医学人才的培养上,能够适应时代和社会的需求,培养专业性、能力突出,极大程度满足目前医疗环境需要的专门型人才,将成为医学教育改革过程最重要的问题,尤其是在国家大力弘扬中医药事业的政策引领下,充分发挥中医药的特色,培养一专多能的中医全科人才,适应社区基层医疗的需要,满足广大人民群众对生命健康高质

量的需求,是当代高等中医药院校教育教学改革的重要目标。高等中医药院校是培养高等中医药人才的基地,适应社会医疗环境的现状,鼓励和支持学生到社区基层医疗机构工作,就需要在教育过程中采用不同的教学方式,强化和拓展在校中医学专业本科生的全科医学知识,其将来能够很好地从事社区卫生医疗服务奠定基础。

参考文献

- [1] 王家骥,刘义海,吕嘉春,等.深化医学教学改革为社区培养实用型医学人才的实践[J].中国卫生事业管理,2003,19(2):93-95.
- [2] 王家骥,陈家坤.改革预防医学教学模式,注重社区综合卫生服务能力及素质的培养[J].中国农村卫生事业管理,1999,19(5):33-35.
- [3] 王家骥.在我院开办全科医学专业的思考与探索[J].广州医学院学报,2000,28(2):95-97.
- [4] 郭永松.医学社会学——健康价值与社会文化[M].长春:吉林科学技术出版社,2008:392-399.
- [5] 王镭,陈化.中国医学教育研究进展[M].北京:学苑出版社,2004:302.
- [6] 吴岩,闫晓红,张振涛,等.医学科方法学的教学改革与实践[J].内蒙古医学院学报,2005,27(3):263-264.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:王彦春 收稿日期:2019-11-19)

360°反馈评价法在教学质量评价体系中的应用研究*

史冰洁

(辽宁中医药大学高等中医药教育研究及评价中心,辽宁 沈阳 110847)

摘要:教学质量在高等教育中始终处于核心地位,建立科学、规范的教学质量评价体系,是提高教学质量的重要途径。项目组应用360度反馈评价法探索建立新型的教学质量评价体系,通过全员参与的全方位评价,使教师的教学活动得到相对客观、公正、全面的评价。360°反馈评价法更加注重建设信息反馈机制,使教师能够有针对性的提升自己,促进专业发展,提高教学水平。

关键词:教学质量;评价体系;360°反馈评价法;专业发展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.061

文章编号:1672-2779(2019)-23-0150-03

Application Research of "360 Degree Feedback Evaluation Method" in Teaching Quality Evaluation System

SHIBingjie

Higher Education of Chinese Medicine Research and Evaluation Center, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China

Abstract: The quality of education has always been at the core of higher education. Establishing a scientific and standardized evaluation system for teaching quality is an important way to improve the quality of education. The project team applied the "360 degree feedback evaluation method" to explore and establish a new type of teaching quality evaluation system. Through the all-round evaluation of full participation, the evaluation of the teacher's teaching activities were relatively objective, fair and comprehensive. The "360 degree feedback evaluation method" pays more attention to the construction of information feedback mechanism, so that teachers can enhance themselves, promote professional development, and improve teaching level.

Keywords: teaching quality; evaluation system; 360 degree feedback evaluation method; professional development

教学质量评价是高校教学管理的重要内容,其对于健全质量保障体系,提高教育教学质量具有十分重要的

意义。在教学质量评价体系中应用360°反馈评价法,是打破传统教学质量评价方法的一次有益的探索,建立一套科学、规范的教学质量评价体系,通过全方位的教学质量评价,对教师的教学活动给予相对客观、公正、全面的评价,从而达到提升教师教学水平,促进学校长远

* 基金项目:辽宁中医药大学教学改革研究项目【No. LNZYJG2015008】

发展的目的。

1 360°反馈评价法

“360°反馈评价法”也称为360°绩效考评或全视角考评，最早由Intel公司提出并加以实施使用，其英文名为“360° feedback evaluation method”，主要是针对单源考核有失客观与公正，指标考核无法对职能部门进行有效评估以及忽视员工长期能力发展和价值观塑造等传统评价所存在的弊端而推出的反馈评价新方法^[1]。“360°反馈评价法”最大的特点在于其目的是促进被评价者的发展，而不是用于对其进行行政监管，评价结果更客观和公正，也更容易被接受。

2 教学质量评价体系的构建

在学校现有的教学质量评价体系的基础上，项目组利用“360°反馈评价法”将学生评教和三级听课制度、教学督导制度有机结合，改变学生、领导及督导专家各自为战的现状，初步构建了用于项目研究的教学质量体系（如图1），主要包含评价主体、评价指标体系、评价活动、评价结果分析和向被评教师反馈评价结果等内容。



图1 教学质量评价体系

2.1 评价主体 评价主体是评价活动的主要实施者，在整个教学评价过程中起着十分重要的作用。传统的教学质量评价体系中主要包括学生、领导和督导这三种评价主体，为了提高评价结果的客观与全方位性，最大限度地实现全员评价，项目组构建的教学质量体系中的评价主体包括学生、领导、督导、同行和教师本人等五种评价主体。

2.2 评价指标体系 评价指标体系是各评价主体对教师教学活动进行评价的主要依据，能够最大程度地保证评价行为的系统性和客观性，从而得出相对正确的评价结果。360°反馈评价设定一系列的评价指标，由与被评价者有密切联系的人分别对评价者进行评价^[2]。由于各评价主体对教学活动进行评价的内容、角度和侧重点不同，因此项目组为每种评价主体制定的评价指标体系中的内容也略有不同，评价表中采用定性指标与定量指标相结合，封闭式问题与开放式问题并存的方法制定。

2.2.1 学生评价指标体系 学生是教学活动的直接对象，是教师教学质量评价最主要的信息来源，学生主要针对教学态度、教学内容、教学方法、作业答疑、教学效果和能力培养等方面对教学活动进行评价，目的在于判断

教师的教学活动是否达到了教学大纲所要求的教学目标，是否满足了学生自身发展的需要。

2.2.2 领导评价指标体系 领导主要来自学校教育教学相关职能部门，例如教务处和学生处等，还包括被评教师所在学院领导，他们大多有着丰富的教育教学和教学管理经验，能够从比较宏观的角度，特别是基本教学组织和教学设计方面对课堂教学进行评价，判断教师的教学活动是否为本课程的基本建设起到了促进作用。

2.2.3 督导评价指标体系 督导专家是评价教学质量的权威力量，能够更加深入、全面地对课堂教学进行评价，他们不但注重对教学内容、教学过程、教学效果的评价，同时还关注教师的教學态度、教学准备、教学内容延展等方面，他们提出的建议往往更具有针对性，更易于被评教师的改进和提升。

2.2.4 同行评价指标体系 同行作为本专业、本课程的内行人士，能够以专业的角度对课堂教学质量进行评价，能对教师准备和开展教学活动的过程形成无形的压力，督促被评教师提高教学质量，他们不单单关注课程内容、教学手段的运用以及教育科研等方面，还更加注重同行之间的交流与学习、本学科的发展和学术见解等问题。

2.2.5 教师本人评价指标体系 教师是课堂教学活动的组织者，他们实施的每一个环节都与教学质量密切相关，教师自评的过程能够促使他们不断反思和改进，更加注重教学内容的设计和教学过程的实施，也能在不断的反思中激励和提高自己，优化课程设计，改进教学手段，提高教学质量。

2.3 评价活动 评价活动是评价主体根据评价指标体系对教师课堂教学质量进行评价的过程，目的在于发现优缺点，提醒教师及时改正，促进教师专业发展，提高教学水平。各评价主体实地听课，利用评价表对课堂教学的各个环节进行打分，并给出听课的总分和改进意见。

2.4 评价结果分析与反馈 项目组对各评价主体完成的评价表进行收集和整理，利用统一的数据计算公式对分数进行处理，对主观问题的结果进行分类、整理和分析，将评价结果及时反馈给被评教师本人，以便教师能够扬长避短，改进教学。

3 360°反馈评价法的应用效果与启示

3.1 应用效果 项目组在学校选取了两名教师（以下简称“教师A”和“教师B”）的两门课程作为研究对象，评价主体有被评课程学生、职能部门和学院领导、教学督

导专家、被评教师所在教研室同行以及被评教师本人。各评价主体深入课堂,根据教师课堂教学质量评价表对被评教师进行评价,项目组对材料进行收集整理,按照统一构建的数据计算公式计算出评价分数,并将评价分数和主观问题结果向被评教师反馈。

为了在项目研究周期内增加评价数据的数量以尽量保证评价结果的准确性,项目组将数据采集时间设定在一个学年学期的期初和期末进行。项目组对数据进行初步的计算和处理之后得出各评价主体的评教平均分数,其中学生的评价数据沿用学校现有的数据处理方式,即去掉5%最高分和5%最低分后取平均分,其他评价主体均只计算算术平均分。根据不同评价主体在教师课堂教学质量评价中所占比重的大小不同,项目组为各评价主体的评价结果设置了不同的权重,学生、领导、督导、同行及本人的权重分别为40%、20%、20%、10%和10%。因此教师教学质量评价分数的计算公式为:

教师教学质量评价总分=学生评教平均分×0.4+领导评价平均分×0.2+督导评价平均分×0.2+同行评价平均分×0.1+本人评价平均分×0.1

项目组首先计算出了各评价主体对教师A和教师B在学期初和学期末的评教平均分数,然后按照计算公式算出了两位参评教师的评价综合得分,具体信息见表1。

表1 各评价主体对教师的教学质量评分 (分)

被评教师	时间	学生	领导	督导	同行	自评	综合得分
教师A	学期初	99.85	90.80	90.75	95	94	95.15
	学期末	100	93.04	89.5	97	97	95.91
教师B	学期初	98.63	86.4	81	98.5	88	91.58
	学期末	99.54	95.22	88.5	97.5	90	95.31

从教师A的评价数据可以看出,除了督导专家以外,各评价主体的评价分数均有所提升,从教师B的评价数据可以看出,除了同行外,各评价主体的评价分数均有所提升,从两位教师在学期初和学期末的数据可以看出,他们的教学质量均有所提升。

除了向被评教师反馈评价分数以外,项目组的另一项重要的工作是将各评价主体的主观评价结果向被评教

师反馈,使其能够真正地了解自己的优势和不足,在今后的教学活动中有针对性地改进和提升。项目组利用提取关键词和重复词的方法对主观评价意见进行了简单地整理,具体信息见表2。

项目组将两位教师在两次评价结果中重复出现的问题以及突出的优缺点进行对照并反馈,使被评教师能够更加直观地看清自己的问题。被评教师对项目组反馈的评价结果均表现出积极接受的态度,改进教育教学的积极性更高,今后的授课效果也会更好。

3.2 启示 本项目受时间和客观条件限制,研究结果存在一定误差,应用推广效果也不如预期的明显。项目组期望随着学校数字化校园的建设、看课系统及教务网络管理系统的运行和改进,今后的教学质量评价工作能够全部实现网络化,数据的收集整理和计算将完全由智能系统的相关功能实现,避免了人工计算的繁杂和误差,利用大数据挖掘技术对收集的数据进行处理和分析,形成更加丰满和具有说服力的研究报告,也有利于研究成果的推广。

4 结语

教学质量评价制度是教学与管理工作的基本依据,制度建设与实施是保证教学与管理工作的有章可循、有据可依、营造正常的教学秩序和质量的保障^[3]。今后学校将继续建立与完善学生评议任课教师制度、教学督导工作制度、三级听课制度等教学质量评价制度,以本项目研究的相关成果为基础,不断探索将“360°反馈评价法”与学校教学质量评价体系进行融合的方法,充分发挥“360°反馈评价法”客观公正、促进被评者个人发展的优势,早日建立科学、合理、有效的教学质量评价体系,为教学管理提供有利的依据,为教学质量提升作出更大的贡献。

参考文献

- [1] 汪晓媛,刘鲁庆.360度反馈评价法对高校教师教学评价工作的启示[J].苏州大学学报(工科版),2009,29(5):109-110.
- [2] 刘燕杰.360度反馈评价在高校学生评价中的应用[J].考试周刊(高职高教研究),2010(50):188-189.
- [3] 周庆.360度全程教学质量监控及教学评价体系的构建[J].时代经贸,2013(2):163-165.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:韩宇 收稿日期:2019-03-07)

表2 各评价主体对教师的主观评价

被评教师	学生	领导	督导	同行	自评
教师A	教学内容设计、能力培养、课程与学生符合度	备课水平、学生培养、语言表达	现代教学技术和教学手段	注重启发式教学、教学科研、教学信息反馈	教学内容设计、学科前沿
教师B	教学内容设计、师生互动、能力培养、学习效果	现代教育技术和教学手段、板书	现代教学技术和教学手段	师生互动、课题管理、教学信息反馈	教学方法、师生交流

高校学生评教影响因素研究及应对措施

夏庆梅 刘洋 李德杏 李戈*

(天津中医药大学中医学院,天津 301617)

摘要:目的 了解天津中医药大学评教结果的影响因素。方法 对天津中医药大学2016级学生进行学生评教影响因素相关问题的问卷调查,统计分析采用描述统计,并计算各问题结果的发生率,用卡方检验进行组间比较。结果 收回有效数据203份,回收率99.02%。在与教师相关联问题中,对评教具有影响的百分比由高至低的排列为:教师的外表和气质;教师和学生之间的亲近关系;教师结课时做考前复习;教师结课时划重点范围;教师批评学生;教师的职称;教师的性别。与学生相关联问题中,对评教具有影响的百分比由高至低的排列为:学生所得到的平时成绩的好坏;学生取得的期末成绩好坏;知道成绩前和后;评教时学生情绪好与坏。与学校相关非教学水平问题对评教具有影响的百分比由高至低的排列为:不同的课程、你所学的专业一年后停止招新生。结论 诸多因素影响学生评教结果。

关键词:高校;学生评教;影响因素

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.062

文章编号:1672-2779(2019)-23-0153-04

Research on the Influencing Factors of Teaching Evaluation by College Students and Countermeasures

XIA Qingmei, LIU Yang, LIDexing, LIGe

College of Traditional Chinese Medicine, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China

Abstract: Objective To understand the influential factors of evaluating teaching results in Tianjin University of traditional Chinese Medicine. **Methods** A teaching survey was conducted among the students of Tianjin University of traditional Chinese Medicine regarding to the factors affecting the evaluation of teaching. The statistics were used to analyze and calculate the incidence of the results of each problem, and the chi-square test was used to compare the results between the two groups. **Results** 203 valid data has been recollected and the recollecting rate was up to 99.02%. Among the problems related to teachers, the percentage of teacher's influence on teaching evaluation is as follows: teacher's appearance and temperament, the closeness between teachers and students, teacher's review before examination at the end of class; teachers to draw key areas at the end of class, teacher's criticism of students, teacher's professional titles, and teacher's gender. Among the related problems, the percentage of students who have influence on teaching evaluation is as follows: the usual grades of students are good or bad, the final grades of students are good or bad, before and after the results are known, and the mood of students is good and bad when evaluating teaching. The percentage of non-teaching level issues related to the school that have an impact on teaching evaluation is from high to low as follows: different courses, your major stops recruiting students after a year. **Conclusion** Many factors affect the result of students' teaching evaluation.

Keywords: university; teaching evaluation of student; influencing factor

学生评教制度起源于美国,该制度在提高教师教学水平 and 培养高素质的学生两方面起到了重要作用,并在学生评教结果反馈及联动与奖励机制等方面日趋成熟^[1],我国高等教育承担着培养高级专门人才、促进社会主义现代化建设的重大任务,各高校教学管理部门为提高教学质量,纷纷引进了学生评教机制,旨在帮助教师改进教学,提高教学质量。但是,由于指标体系设计尚不完善^[2],评分标准不清晰,而且受到非教师因素影响较多,如:对课程感兴趣程度的影响^[3],班级学生人数的影响^[4]等,即当前学生评教的实效性不足,不能完全反映教师教学水平。

为了解天津中医药大学学生评教结果的影响因素,进而完善学生评教体系,进行了学生评教影响因素相关问题的问卷调查研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象 调查对象为我校2016级学生。我校现有8个有2016级学生的学院,本研究随机抽取其中5个学院(中医学院、中医制药工程学院、针灸推拿学院、管理学院、中药学院)。每个学院随机抽取1个班级,共5个教学班(5+3一体化中医儿科班、制药工程1班、康复治疗班、应用心理班、中药资源与开发班),进行问卷调查。

1.2 研究方法

1.2.1 样本例数计算 依据kendall统计学对多因素分析中样本量的要求,样本例数一般为自变量个数的5~10倍^[5],考虑样本脱落、专业及班级设置情况。研究样本数确定205份。

1.2.2 调查内容 收集评教中本校教师反映集中的评教问题且参考相关文献^[2-4],制定《天津中医药大学学生评教问卷调查表》,调查内容包括3个方面:与教师相关非

* 通讯作者:ligeself@163.com

表1 与教师相关非教学水平问题

[人数(%)]

问题	人数	否	可能	是
1 教师的外表和气质(着装、发型、颜值、声音、站姿、表情等)会影响你对教师的评价吗?	203	46(22.7)	65(32.0)	92(45.3)
2 教师和学生亲近关系会影响你对教师的评价吗?	203	55(27.1)	58(28.6)	90(44.3)
3 教师结课时做考前复习会影响你对教师的评价吗?	203	81(39.9)	35(17.2)	87(42.9)
4 教师考前划重点范围会影响你对教师的评价吗?	202	84(41.6)	36(17.8)	82(40.6)
5 如果教师曾经批评过你,会影响你对教师的评价吗?	203	114(56.2)	54(26.6)	35(17.2)
6 教师的职称(例如教授,副教授,讲师)会影响你对教师的评价吗?	202	142(70.3)	32(15.8)	28(13.9)
7 教师的性别会影响你对教师的评价吗?	203	165(81.3)	23(11.3)	15(7.4)

表2 与学生相关联的问题

[人数(%)]

问题	人数	否	可能	是
1 你所得到的平时成绩的好坏会影响你对教师的评价吗?	203	90(44.3)	60(29.6)	53(26.1)
2 你取得的期末总成绩好坏会影响你对教师的评价吗?	203	107(52.7)	64(31.5)	32(15.8)
3 知道成绩前和知道成绩后会对你对教师的评价吗?	203	129(63.5)	43(21.2)	31(15.3)
4 评教时你自己的情绪好坏会影响你对教师的评价吗?	203	138(68.0)	33(16.3)	32(15.8)

表3 与学校相关非教学水平问题

[人数(%)]

问题	人数	否	可能	是
1 不同的课程会影响你对教师的评价吗?	203	88(43.3)	46(22.7)	69(34.0)
2 如果你所学的专业一年后停止招新生会影响你对教师的评价吗?	203	130(64.0)	47(23.2)	26(12.8)

教学水平问题;与学生相关非教学水平问题;与学校相关非教学水平问题。(见表1~3)。

1.2.3 调查方法 由两名教师同时在场发放问卷,避免任何偏向性引导语言,并建议匿名填写问卷。

1.2.4 数据管理及统计方法 随机数字由SPSS软件生成。双录入,检查2遍保证数据录入准确,然后对资料数据进行整理核对。统计分析采用描述统计,计算了对各个问题结果的发生率,并用卡方检验进行组间比较。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

共发放问卷205份,收回有效数据203份,回收率99.02%。

2.1 与教师相关非教学水平问题 在与教师相关联问题中,对评教具有影响(有影响+可能有影响)的百分比由高至低的排列为:教师的外表和气质(着装、发型、颜值、声音、站姿、表情等);教师和学生亲近关系;教师结课时做考前复习;教师结课时划重点范围;教师批评学生;教师的职称;教师的性别。见表1。

另外,女生比男生更容易受到教师外表和气质影响($\chi^2=15.441, P=0.000$),不同班级因教师结课时是否做考前复习($\chi^2=16.986, P=0.002$)、是否结课时划重点内容($\chi^2=23.185, P=0.000$)、是否受过教师批评($\chi^2=16.369, P=0.003$)等方面对评教结果影响不同。

2.2 与学生相关非教学水平问题 在与学生相关联问题中,对评教具有影响(有影响+可能有影响)的百分比

由高至低的排列为:学生所得到的平时成绩的好坏;学生取得的期末成绩好坏;知道成绩前和后;评教时学生情绪好与坏。见表2。另外,不同班级因平时成绩对评教的影响不同($\chi^2=13.304, P=0.010$)

2.3 与学校相关非教学水平问题 在与学校相关问题中,对评教具有影响(有影响+可能有影响)的百分比由高至低的排列为:不同的课程、你所学的专业一年后停止招新生。56.7%的同学认为学评教结果受到课程影响,且不同班级受影响的程度不尽相同($\chi^2=16.425, P=0.002$)。

3 讨论

3.1 教师的外表和气质、职称、性别等因素对评教的影响 个人气质不仅是外表形态的表现,也是一个人从内到外所表现的人格魅力,包括品德,修养,行为举止和待人待物的方式。不同气质教师的教学风格特点和营造的课堂教学氛围不同,因而学生喜爱和接受程度各异^[6]。问卷结果显示,女生更重视教师的外表及气质,可能与女生的审美价值观有关。随着中国女性受教育的程度、参加社会活动的数量不断提高,女性的思想观念和文化价值取向不断提高,女性的审美从更重视外部审美发展为既重视外部审美特征,也更加关注内在修为^[7]。教师若想获得好的评教,要不断提高自己专业素养,打造专业气质的形成。

关于教师职称对学生评教的影响,一部分研究报告,教师职称与学生评价正相关即职称越高分数越高^[8]。另有研究显示教师职称对学生评教无显著影

响^[9]。之所以出现矛盾的结果,我们认为学生评教的因素不是唯一的,教师的职称和其所授课程类型,不同年级,不同专业等众多因素叠加后,可能出现了不一致的研究结果。马莉萍等针对这一问题做了深入的研究:“控制了课程特征的混合模型发现:教师职称与学生评教不相关。而控制了教师特征的个体固定效应模型和进一步控制了时间特征的双固定效应模型发现:在教学态度、教学方法和教学效果及总体评价方面,学生对高级职称教师的评价均最高,而对中级和副高级职称教师的评价则无显著差异”^[10]。

教师的性别在学生评教中影响相对较低,和其他研究结果相同。

3.2 学生情绪、与教师亲近关系等因素对评教的影响 问卷结果显示,学生情绪、教师是否批评学生对评教有影响(有影响+可能有影响)的百分比分别为32.1%和43.8%。教师在批评学生时,影响了学生的自我肯定和自我评价,从而产生负性情绪。心理学上把紧张、愤怒、焦虑、沮丧、悲伤等情绪称为负性情绪,也称为消极情绪,是个体在应对外界刺激时产生的一种主观紧张和不愉快的情绪感受。自我评价,职业发展,学习与环境等方面问题导致医学生出现负性情绪^[11]。有研究显示,当学生被批评或感到不公时,学生“肯定给低分”和“有时给低分”两项合计的比例高达54.7%^[12]。可见,学生情绪,教师批评学生等会对评教结果产生一定的影响。

师生关系的亲近与否,问卷选择有影响(会影响+可能会影响)的百分比高达72.9%。其他研究也显示了同样高的结果,有研究显示,83.03%的学生在评教过程中会受到师生关系的影响^[3]。教师如何获得好的师生关系不仅是教师,也是管理者要研究和考察教师的内容之一。若教师浪费大量时间精力,拉拢学生,甚至降低学习目标以此获得好的师生关系,背离学生评教政策的初衷,这是管理者尤其要重视的。

3.3 学生学习成绩及影响成绩的潜在因素对评教的影响 学生取得的平时成绩,期末成绩及知道成绩前或者后对评教有影响(表2)。教师结课时给学生做针对性的复习、结课时划重点(表1),不同的课程(表3)这些对学习有潜在影响的因素对学生评教也有影响。查阅文献,其他影响考试成绩的潜在因素也会影响学生评教,例如,课程考核方式。学生对教师的教学评价与考核方式之间具有显著的负相关性,考核越难,对教师的评价越低。课程性质的潜在因素,会使学生感受学习压力不同,付出越多,导致对参评学生的心理产生“迁移”作用,教师获得较低评价^[2,13]。

值得注意的,不同班级因教师是否期末复习($\chi^2=16.986, P=0.002$)、划重点($\chi^2=23.158, P=0.000$)对评教的影响不同,影响相对较小的班级是我校八年制班和我校一流学科专业班。这2个班级的入学成绩相比被调查的其它班较高。表明“好学生”对教师的复习和划重点等潜在影响学习成绩的因素对评教影响相对较低。

3.4 专业调整因素对评教的影响 一个专业的设置体现了高等教育育人的理念。专业设置布局的合理与否一定程度上反映了管理者的管理水平。《高职院校学生对学生事务管理满意度的影响因素次序分析》研究,得出对满意度评分影响大小的次序排列为:专业设置合理性>教师教学水平>校内实训水平^[14]。目前各高校专业变化比较频繁,我校有些专业近年也有调整。本研究问卷设计了一个其他研究较少涉及的问题:如果你所学的专业一年后停止招生会影响你对教师的评价吗?我们试图知道,面对专业调整时,学生的心理变化会不会影响对教师的评价。回答问卷的学生目前不涉及专业停止招生或者调整,就是说他们回答这些问题是带人性的感受,是“移情”是“感同身受”。回答有影响+可能有影响的比例达到36%。

4 措施及建议

学生评教作为一种提高教学质量的手段,在一定程度上起到了积极作用。但是导致评教失真的原因也很多。以上问卷结果显示,诸多因素都可能影响学生评教结果。

(1) 加强宣传,充分调动学生评教的自觉参与意识,让学生了解评教的根本意义在于以学生为中心教育水平的提升。不强制学生评教。

(2) 学校管理层在专业设置及专业取消时,充分考虑学生和教师双方近期和长远利益。

(3) 教学管理部门设计学评体系时,充分考虑各种可能的影响因素。根据不同学校,不同课程属性采用不同的评价体系。细化评分点,便于学生理解操作。设立开放式问题,例如,“你喜欢这门课程吗?”“你在本门课程所用的学习时间?”等。在评价教师教学水平时,结合学生本课程的考核成绩以及教师对学生的评价综合分析。采取多时间点的采集方式,在开课之初,开课中间,课程结束多点采集。

(4) 目前,学生评教的诸多影响因素不能排除,学生打分存在随意性和情绪性没有得到基本改变的情况下,评教结果无法全面真实反映教师的教学情况,因此,不建议在晋升和各种业绩考核中,以此为依据对教师业绩采取一票否决制度。

参考文献

- [1] 江珊. 哈佛大学教学质量保障体系建设探析-基于学生评教的视角[J]. 高校教育管理, 2016, 10(2):86-91.

- [2] 张萍,范晓峰,耿春明,等.影响高校学生评教有效性因素分析及对策研究[J].齐齐哈尔大学学报,2018,34(3):180-182.
- [3] 万伊.高校学生评教存在的问题及改进建议[J].科教导刊(上旬刊),2018(19):171-172.
- [4] 肖圣.我国高校学生评教实效性探讨——以 XX 高校商学院评教结果为例[J].现代教育科学,2018(9):120-127.
- [5] 王家良.临床流行病学[M].上海:上海科学技术出版社,2014:73.
- [6] 肖耀根.教师气质类型与教学风格的关系[J].华中农业大学学报,2008,27(4):3-6.
- [7] 李朔梅.全球化语境下如何构建女性审美价值观[J].安徽文学,2014(8):61-62.
- [8] 魏红,申继亮.背景特征对学生评价教师教学的影响[J].高等教育研究,2003,24(4):85-90.
- [9] 王知敬.应用型高校学生评教管理的影响因素数据分析[J].高教学刊,2018,4(12):150-152.
- [10] 马莉萍,熊煜,董礼.职称越高,教学质量越高?—高校教师职称与学生评教关系的实证研究[J].教师教育研究,2016,28(6):83-89.
- [11] 范志光.医学生负性情绪来源问卷编制及其应用的研究[D].石家庄:河北师范大学,2016.
- [12] 童亨茂,刘瑞珣.中国高等学校学生评教之痛——问题与对策[J].中国地质教育,2014,23(4):49-53.
- [13] 万安,张枝新,余世金.课程考核方式对高校学生评教结果的影响[J].安庆师范学院学报,2014,33(3):152-155.
- [14] 林育丹,周汉辉,谭立峰.高职院校学生对学生事务管理满意度的影响因素次序分析—基于 Box-Behnken 响应面分析[J].广东轻工职业技术学院学报,2018,17(3):63-68.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:孙晓霞 收稿日期:2019-03-29)

编辑在中医稿件网络平台评审过程中的作用探析

赵允南 成建军* 孔旭阳

(山东中医药大学学报编辑部,山东 济南 250355)

摘要:对编辑在中医稿件网络平台评审过程中发挥的作用进行了分析。认为编辑在网络平台中医稿件评审过程中主要的作用有 3 点:甄别稿件。包括剔除不合格稿件和选送优秀稿件;提升稿件质量。包括沟通作家与专家、联络专家和主编、咨询答疑有关问题;沟通联络咨询作用。要求编辑具有高度责任心,及时完成审稿任务,提高稿件评审的时效性。

关键词:编辑;稿件评审;网络平台

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.063

文章编号:1672-2779(2019)-23-0156-03

Analysis on the Role of Editors in the Evaluation of Traditional Chinese Medicine Articles on Network Platform

ZHAO Yunnan, CHENG Jianjun, KONG Xuyang

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

Abstract: The role of an editor in the process of reviewing TCM articles on network platform was analyzed. It is believed that an editor plays three main roles in the process of reviewing TCM articles on the network platform as follows: screening articles, including eliminating unqualified articles and selecting excellent articles, improving the quality of articles, including setting up a bridge between writers and experts, contacting experts and chief editors, and consulting and answering questions, communication, liaison and consultation. The editor is required to have a high sense of responsibility, complete the task of reviewing articles in time, and improve the timeliness of reviewing articles.

Keywords: editor; articles review; network platform

笔者为《山东中医杂志》编辑,目前,我们使用中国知网研发的期刊协同采编系统,通过“《山东中医杂志》编辑中心”(http://sdzy.cbpt.cnki.net,以下简称“编辑中心”)进行稿件采编工作。经过几年的实践,编辑们已能够熟练使用系统进行工作,工作效率得到了大幅提升。以下拟就编辑在稿件投审工作过程中的作用进行初步探讨。

1 甄别稿件

1.1 剔除不合格稿件 我们编辑部采取作者投稿→编辑初审→专家审稿→主编终审的投审稿件流程。《山东中医杂志》(以下简称《杂志》)作者投稿量平均每年为 5000 余

篇,进行稿件初审的编辑有 5 名。编辑们除了日常的稿件编辑出版工作外,稿件的初审工作也是比较大的一部分工作量。在作者投稿中,约有 18% 的稿件是纯属西医内容的文章,另有 3% 的稿件是中医教育类和政策类文章,还有 2% 的稿件是护理类文章。这些文章均不符合《山东中医杂志》的办刊宗旨,不宜在《杂志》发表,需要首先进行剔除。

同时,对文字复制比>10% 的稿件进行剔除。文字复制比是所投稿件与已发表的文章的文字重合率。中国知网是一个包罗 7900 多种学术期刊、硕士及博士研究生毕业论文、重要会议论文的大型综合数据库^[1]。作者通过期刊协同采编系统投到我刊的稿件,首先由系统自动将稿件内容与数据库中文章内容进行比对,

* 通讯作者:sdutcmj@163.com

并显示出投稿的文字复制比及详细的“文本复制检测报告”。系统的这一功能极大地杜绝了抄袭、剽窃等学术不端行为，为编辑的初审工作提供了强有力的依据^[2]。我们最初将投稿通过初审的文字复制比定为20%，后来又升到15%，最终确定为10%。可以说，对文字复制比要求的每一次提升，都是对投稿进一步的严格要求，在此情况下，必然会有更多的稿件不能通过初审。本着对投稿负责任的精神，如果投稿的文字复制比在12%~10%区域内，初审编辑宜将稿件退回作者修改，使其文章的文字复制比降低到10%以下，然后再进入初审阶段。

初审工作中，有部分中医类文章在观察药物的实验和临床疗效时，使用的是已获临床批件的市场已推广的新药或中成药。按照常理，这种文章不宜通过初审，但是，事情也不是绝对的。编辑可在审稿实践中，视具体情况而定。如果这类文章，是对新药或中成药主治范围、临床疗效的扩展和深入，也可以适当通过初审，送专家审查。而此类文章如只是对新药或中成药原有功效和适应证的重复观察，则可以在初审中剔除。

1.2 选送优秀稿件 编辑在稿件初审工作中最重要的基本作用还是要选出设计合理、资料翔实、研究方法可行、结果真实、结论可靠且论证和行文严谨的优秀文章，送交专家进入外审阶段。当然了，这首先要要求编辑自身有过硬的专业知识，能及时关注学科热点和生长点，了解学科最新研究动态，才能在众多的来稿中独具慧眼，挑出优秀的稿件^[3]。由于编辑们的专业方向和所擅长的中医学学科各不相同，我们编辑部将所投稿件进行了简单分类，要求作者在投稿时即按理论研究、临床研究、针灸推拿、中西医结合、中药研究、名医经验等分类投稿，在初审时根据编辑的学科优势，分配不同的编辑负责不同类型稿件的初审。这样，既发挥了编辑的学科优势，也节省了初审时间，还有利于优秀投稿的入选，保证了审稿专家在审稿时面对的是比较合格的稿件，而不会把宝贵的时间浪费在对不符合条件稿件的剔除过程中。

2 提升稿件质量

在网络平台审稿过程中，编辑还有一个重要的作用就是通过与作者交流，反馈对稿件修改的建议，让作者及时修改稿件，有效提升稿件质量。

2.1 及时退修稿件 在稿件初审过程中，经常有作者漏写了作者、作者单位等重要信息，还有作者的文章没有英文摘要，有的文章对统计学方法的使用也不合理，有的

文章则没有参考文献或参考文献陈旧，还有的文章没有按《山东中医杂志》的文章模板对文章进行处理，有的文章文字复制比偏高但还可通过修改降下来，等等。这些比较明显的不足，编辑在初审过程中很容易发现，通过系统的“退修”功能，与作者取得联系，让作者及时修改稿件，提升稿件质量。

2.2 及时外审稿件 当一篇稿件经由专家审稿后，其反馈信息发回到“编辑中心”。大部分专家都会有比较详细的专家建议，对文章的缺陷和不足提出修改建议，并提出“采用”或“退稿”的结论。其中，有不少稿件的专家建议是“修改后再审”或“修改后采用”。对于“修改后再审”稿件，编辑也应及时使用系统“退修”功能，让作者修改后，再送专家审稿。对修改后符合杂志出版要求，专家建议“修改后采用”的稿件则可进入终审阶段。由于专家建议是审稿专家从专业角度提出来的对文章进行修改提高的建议，一般来说，按照专家建议修改后的稿件质量较原稿会有较大幅度的提升。编辑在此过程中，应严格把关，对作者修改后稿件进行审核，如果修后的稿件已解决了专家提出的问题或不足，则可将稿件再送专家审理或进入终审阶段，而对未按专家建议进行修改，文章质量也未有提高的文章，则可以让作者再次进行修改或视情况直接退稿。

3 沟通联络咨询

3.1 沟通作者与专家 “编辑中心”处于《山东中医杂志》期刊协同采编系统“作者中心”和“审稿专家中心”的中间环节，具有沟通联络作用。众多作者的投稿经“作者中心”上传后，首先进入“编辑中心”，经编辑初审后，部分稿件被“退稿”，部分稿件被“退修”，部分稿件则“送外审”。“退稿”“退修”的稿件归于作者，“送外审”的稿件归于外审专家，而编辑正处于作者与外审专家的中间环节，具有联络作者与外审专家的作用。编辑与外审专家的联络作用表现在外审专家的修稿建议须经编辑反馈到作者，作者的修改稿也须由编辑转送给外审专家。另一方面，稿件通过初审，进入“送外审”阶段时，编辑需要为稿件选一个合适的外审专家，要求外审专家是一个“小同行”，即外审专家的专业与所送稿件内容的专业一致或相近。在“编辑中心”里有外审专家库，有众多不同专业的专家。大部分稿件从内容反映的专业方向可以被选送合适的专家，也有部分稿件跨专业或从稿件内容不易判断出其专业取向，这时候也需要有丰富审稿经验编辑对文章内容进行判断，从而为稿件选择合适的专家。有时，专家会因所送稿件与自己擅长专业不相匹配而

拒审,这时,仍需编辑再选择合适的专家送审稿件。有时,一篇稿件可能涉及两个或更多的专业,编辑还需相应选择两个或两个以上专业的专家送审。有的稿件,因涉及的统计学方法比较复杂,编辑还得专门为稿件选一个统计学审稿专家进行审查。

3.2 联络专家和主编 编辑与外审专家的沟通还有一个重要的作用,即“催办”。由于各种原因,有时一篇稿件送外审后,专家在约定的审稿期限内没有完成审稿任务。这时,编辑即可通过系统“催办”功能发送邮件给专家,催促专家尽快完成评审工作,以便稿件及时处理。

编辑的沟通联络作用还体现在与主编的相互关系上。一篇稿件,通过外审专家确认可采用后,经由编辑“送外审”,即进入终审阶段,也就是主编对稿件进行最后审查,决定稿件是否被最终录用,并安排刊期。主编在终审过程中,有时也会发现稿件的不足之处,就得再退回编辑,经由编辑反馈给作者,让作者修改后再送交主编决定是否录用。

3.3 咨询答疑有关问题 在日常工作中,编辑还会接到很多电话,咨询“作者中心”的网址,并就如何投稿

提出各种不同形式的问题,也有作者会咨询稿件修改问题和刊期问题。对于这些问题,编辑均应耐心细致地加以详尽答复,宣传推广知网投审稿系统,方便作者投稿。

总之,编辑在中医稿件投审系统中的作用相当重要,要求编辑要有丰富的初审经验和扎实的专业知识,最重要的是要有强烈的主动性和责任心^[4]。这样,才能够及时对稿件进行初审,并充分发挥沟通联络作用,将作者、编辑、外审专家、主编就稿件的各种信息及时加以沟通联络,充分提高稿件投审的质量和时效性。

参考文献

- [1] 3.ICNKI(中国知网)数据库介绍及其使用方法(A/OL)[2016-05-10] <https://wenku.baidu.com/view/d74858e47cd184254a35352c.html>.
- [2] 中国知网. 知网期刊论文查重检测报告的复制比代表什么?(A/OL)[2018-02-04] <http://www.cnkice.com/xinwen/2183.html>.
- [3] 姜联合. 编辑如何在提高稿件的质量上下功夫[J]. 编辑学报, 2001, 13(s1)::46-47.
- [4] 李玉红. 科技期刊编辑的主动性在稿件初审中的重要作用——以《中国科学技术大学学报》的编辑初审为例[J]. 中国科技期刊研究, 2008, 19(6):1051-1053.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:胡春雨 收稿日期:2019-03-29)

本刊郑重声明

近期有作者来电反映,有人借我刊名义从事征稿与广告活动,扰乱了正常的投稿秩序,影响了我们《中国中医药现代远程教育》杂志社的声誉。

中国中医药现代远程教育杂志社郑重声明:本刊从未与任何公司或个人签订组稿与广告合作协议,凡冒用我刊名义征稿和广告的中介机构均未获得我刊的任何许可,其工作人员均非我刊的工作人员,与之相关的经济与法律关系与本刊无关。均属违法行为,本刊将依法保留追诉权。

我社唯一投稿邮箱:zgzyycjy@163.com,没有其他征稿邮箱。中国中医药现代远程教育杂志社官方网址:<http://www.zgzyycjy.com> 收费只通过邮寄汇款,地址:北京市复兴门南大街甲2号配楼知医堂101室,邮编:100031,收款单位:中国中医药现代远程教育杂志社。杂志社不通过任何账户和个人卡号收费。请广大作者、读者相互转告,谨防上当。若有不明事宜,请来电垂询。

特此声明。

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

电话咨询:010-57289309 010-57289308

财务部:010-87363190

官 网:<http://www.zgzyycjy.com>

中国中医药现代远程教育杂志社

2015年2月10日

中药传统技能大赛中显微鉴别项目培训的反思

陈靖 樊青玲 孙小慧

(常德职业技术学院药学院,湖南 常德 415000)

摘要:目的 提高参赛选手中药传统技能大赛的成绩。方法 对中药传统技能大赛中显微鉴别项目的整个培训过程进行反思和分析。结果 显微鉴别培训中中药粉末的准备、制片的过程、显微镜的使用、显微特征的确定、显微特征的描绘及选手心态均能影响选手的显微项目的发挥。结论 指导老师在培训时应注意以上各环节,提高选手的显微鉴别技能。

关键词:中药;传统技能大赛;显微鉴别

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.064

文章编号:1672-2779(2019)-23-II-02

Reflection on Microscopic Identification Training of Traditional Chinese Medicine Skills Competition

CHEN Jing, FAN Qingling, SUN Xiaohui

Department of Pharmacy, Changde Vocational Technical College, Hunan Province, Changde 415000, China

Abstracts: Objective To improve the performance of traditional Chinese medicine skills competition. **Methods** Reflection and analysis on the training process of the micro-identification project of traditional Chinese medicine competition were carried out. **Results** The preparation of the traditional Chinese medicine powder, the process of making the film, the use of the microscope, the determination of the microscopic features, the depiction of the microscopic features and the mentality of the players can all influence the player's microscopic project. **Conclusion** The instructor should pay attention to the above links during training to improve the microscopic identification skills of the players.

Keywords: traditional Chinese medicine; traditional skills competition; micro-identification

为引领中医药职业教育教学改革,展示中医药职业教育发展成果,促进院校交流与合作,推进高技能中药人才队伍建设,激发学生学习专业技能的积极性,推动全国中医药职业教育事业持续健康发展,2012年以来,国家教育部、中医药管理局等单位每年举办全国职业院校技能大赛中药传统技能大赛^[1]。本次比赛为个人赛,参赛选手须完成中药性状鉴别、中药显微鉴别、中药调剂(含审方理论考试)和中药炮制4项比赛任务^[2]。我院在历届全国职业院校技能大赛中药传统技能大赛中均有获奖,但是,几年来成绩未得到显著提高,且在2018年的竞赛中,选手其他项目均发挥正常,唯有中药显微鉴别项目分数较低,最后遗憾只获得了三等奖。中药显微鉴别赛项,是从30味常用中药中随机抽取2味,分别制成中药粉末后,等量混合在一起,参赛选手需对此混合粉末进行显微鉴别。竞赛时,要求参赛选手自己按规定操作进行显微制片、显微观察、绘出主要的显微鉴别特征图,得出2味粉末的鉴定结论,并写出理由。竞赛规定时限45 min。我院参赛选手最终只鉴别正确其中的一味粉末,另一味粉末鉴别错误,在该项目中失分较多。

竞赛结束后,为了避免在今后的竞赛中再次出现失误,笔者对我院显微培训过程中出现的问题进行了认真的分析和反思,总结为以下几个方面,并对培训过程中出现的问题提出了相应的解决方案。

1 药材粉末准备中的问题

1.1 未进行药材品种的确定 中药显微鉴别项目的药材共30味,其中有几味药材属于多来源品种,如大黄、黄

连、麻黄等,在购买此类药材时,笔者发现,如果没有确定到药典显微鉴别所要求的品种,药材不同品种的显微特征是有区别的,因此不便于选手找到正确的显微特征,或者即使找到特征,也会因为存在差别,让选手在竞赛中出现疑惑浪费时间,甚至在做结论时出现错误。

另外,市场上药材的栽培品种越来越多,某些药材的栽培品种与野生品种的显微特征有显著区别,如五加科药材人参,其栽培品种由于生长年限短、施肥等原因,导致其草酸钙簇晶又小又少,而且棱角钝圆,不像野山参中的草酸钙簇晶随处可见,且棱角尖锐^[3]。

为了避免此种情况,指导教师在购买药材时,不能因为图方便或存侥幸心理或寄希望于选手的灵活变通而随便购买,必须明确到具体品种或者多准备几个品种的样品,以此减少选手在竞赛中的失误。

1.2 未选择药材特定的显微鉴别部位打粉 在2018年的技能大赛中,我学院因为在平时的培训过程中,药材穿心莲、薄荷未选择药典要求的显微鉴别部位进行打粉,最终导致在国赛中出现重大失误,成绩不理想。在显微鉴别项目中,有些药材的入药部位与药典中显微鉴别的部位会有区别,如薄荷、穿心莲的入药部位为地上部分,市场上购买到的这两种药材也是地上部分,但是《中华人民共和国药典》描述的显微鉴别是叶的粉末特征,所以在进行显微项目的培训中,不能以地上部分的粉末替代叶的粉末,否则由于地上部分叶的量很少,选手很难找到相应的显微特征,而地上部分中茎这一部位的大量,显微观察时就会有许多的茎的部位的干扰特征,从而给

参赛选手带来不必要的影响。

针对此种情况,指导教师应细心从此类药材的地上部分中选取药典显微鉴别规定的部位进行打粉,保证选手掌握典型的显微特征,避免出现失误。

2 制片过程中出现的问题

2.1 透化不完全或焦糊 笔者在培训过程中发现,粉末制片的好坏会直接影响药材粉末显微特征的观察。如水合氯醛加热片的制作过程中,如果透化不完全,淀粉粒、叶绿素等特征会影响观察;如果加热时间太长,则容易焦糊导致制片失败,同样影响显微特征的观察。

因此,选手在制作水合氯醛加热片时,应取少量粉末于载玻片上,滴加1~2滴水合氯醛后,用酒精灯外焰进行加热,移动载玻片在酒精灯上来回加热至微沸,移开载玻片,在此过程中不能将水合氯醛烤干。刚开始进行培训时,选手很难把握透化程度,指导老师应及时进行纠正,熟练后就不会再出现问题。

2.2 玻片污染 笔者在培训过程中还发现,选手在进行显微鉴别时,经常会出现载玻片和盖玻片清洗不干净,造成在观察新的药材粉末时,被玻片上残留的药材粉末污染,使选手在观察时,做出错误的判断。虽然,在全国的技能竞赛上因为载玻片和盖玻片都提供的是新的,不会出现此种情况,但是在培训过程中,载玻片和盖玻片不可能使用后就废弃,须重复使用,所以,在培训过程中,应该严格要求选手将使用后的载玻片和盖玻片清洗干净,防止污染。

3 使用显微镜时出现的问题

在对选手进行培训时,笔者发现选手使用同品牌同型号的显微镜观察药材粉末时,很少出现药材鉴别错误的情况,但是在培训过程中将显微镜进行更换后,部分培训选手会出现因为不适应新的显微镜,或者调试不好新的显微镜,导致显微镜下的特征不清晰而无法正确判断出药材种类。导致此种情况的主要原因是,选手通常对新的显微镜未进行或忘记进行光源和光圈的调节,导致视野过亮或过暗而无法找到药材粉末特征。在进行省赛或国赛时,显微镜与本院的显微镜品牌型号都不一样,因此,一定要让选手掌握正确的显微镜使用方法,每次都养成拿到显微镜后要对其进行调整后再使用的习惯,才能避免该问题的出现。

4 通过显微特征确定药材时出现的问题

4.1 不能正确区分不同药材的相同特征 我院在进行显微鉴别项目的培训时,是先将选手对单个药材的粉末进行观察,找到并掌握重要的鉴别特征。笔者发现,当30味药材粉末的显微鉴别全部培训完成后,选手对具有相同特征的药材很难做到每次都鉴别准确,因此指导教师可以让选手重点区分不同药材粉末中所具有的共同特征。如大黄、人参、牡丹皮、丁香等药材都含有草酸钙簇晶,指导老师应该让选手认真对比这些药材粉末中草酸钙簇

晶的区别,掌握好后再更容易在竞赛时快速而准确的确定药材,避免浪费时间甚至误判。

4.2 显微特征掌握不全面 在培训后期,混合2味药材粉末后对选手进行考核的过程中,笔者发现,选手如果只掌握竞赛所要求的每个药材3个特征,当选手在显微镜下观察到其他特征后,很容易怀疑自己的判断,最后影响选手做结论,因此,除了让选手掌握每个药材规定的3个显微特征之外,指导老师也应要求选手熟悉甚至掌握除规定的3个特征以外的其他鉴别特征,只有掌握好30味药材的所有显微鉴别特征,选手才能对自己的结论有信心。

5 显微绘图出现的问题

当选手通过观察确定了两种药材粉末的品种后,须用铅笔将两种药材的主要显微鉴别特征绘制在答卷上,笔者在培训过程中发现,我校选手在绘图过程中,普遍存在的问题有绘图不规范,如细胞绘制过程中线条不均匀,淀粉粒复粒绘制方法错误,显微特征比例不符等,要解决这个问题,须指导老师有扎实的显微绘图功底,能传授参赛选手正确的绘图方法。另外,绘图时出现的另外一个问题是选手按照教科书或参考书上的图片进行绘制,而不是绘制显微镜下观察的特征,针对这种情况,指导教师须要求选手对显微镜下的特征进行实事求是的绘制。

6 选手的心态问题

中药传统技能大赛包含的项目比较多,选手除了具备扎实的理论知识和实践能力外,同时还须具备良好的心态。越临近比赛,选手的心理调适越为重要^[4]。在进行显微鉴别时,参赛选手观察装片后,仍不能最终确定药材品种,这时候心态不好容易出现失误,竞赛选手大多是第一次参加全国性的大赛,没有竞赛经验,能不能沉下心来继续观察,能不能保持清醒的头脑尤为重要。因此,指导老师在培训时除了关注选手知识掌握程度,也应该实时关注选手心理状态,及时进行心理疏导和心态调整,如果个别选手心态实在不好,应及时淘汰,毕竟竞赛是残酷的。

7 结语

中药传统技能大赛显微鉴别培训过程中的各环节如中药粉末的准备、制片过程、显微镜的使用、显微特征的确定、显微特征的描绘等,以及选手心态均能影响选手的显微项目的发挥,指导教师应该根据选手的情况,有针对性的进行指导,以提高参赛选手的显微鉴别项目的成绩,在技能大赛中取得好成绩。

参考文献

- [1] 詹晓如,郑小吉. 2012年全国中职学校中药传统技能竞赛与课程设置改革研究[J]. 卫生职业教育, 2013, 31(7):34-35.
- [2] 史洪波. 2017年全国职业院校中药技能大赛的改革与建议[J]. 黑龙江科学, 2017, 8(19):20-21.
- [3] 李红芳,许响. 2017年全国职业院校中药技能大赛显微项目培训的思考[J]. 卫生职业教育, 2017, 35(16):20-21.
- [4] 李红芳,许响. 对职业院校中药传统技能大赛的思考与体会[J]. 卫生职业教育, 2015, 33(20):29-30.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:王宪庆 收稿日期:2019-03-15)