

# 《金匱要略》工作坊课堂教学的提问策略\*

张皞珺

(宁夏医科大学中医学院临床基础系,宁夏 银川 750004)

**摘要:**《金匱要略》工作坊是以有效问题为灵魂、以智能手机移动信息为辅助、以小组讨论为形式、穿插以传统讲授、并以课下实践为补充的教学模式。该教学模式得以有效进行的关键是师生有效会话,而有效问题是有效会话的保障。有效问题的设置应紧紧围绕“三维目标”的达成,即问题设置不仅要帮助学生掌握理论知识,建立中医思维,更要教会学生学习中医的方法,培养学生应用中医知识解决实际问题的能力,进而激发学生热爱中医专业的情感。

**关键词:**《金匱要略》;工作坊;提问;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.001

文章编号:1672-2779(2020)-20-0001-03

## The Strategy of Asking Questions in Workshop Teaching of Synopsis of Golden Chamber

ZHANG Haojun

(Clinical Foundation Department, College of Traditional Chinese Medicine, Ningxia Medical University, Ningxia Autonomous Region, Yinchuan 750004, China)

**Abstract:** The workshop of *Synopsis of Golden Chamber* is a teaching mode with effective questions as the soul, smart phone mobile information as the assistance, group discussion as the form, interspersed with traditional teaching, and after-class practice as the supplement. The key to the effective teaching mode is effective conversation between teachers and students, and effective problem is the guarantee of effective conversation. Effective problem setting should focus on the realization of “three-dimensional goal”, that is, problem setting should not only help student’s master theoretical knowledge and establish tradition Chinese medicine thinking, but also teach students how to learn it, cultivate students’ ability to apply tradition Chinese medicine knowledge to solve practical problems, and then stimulate students’ love for it.

**Keywords:** *Synopsis of Golden Chamber*; workshop; questions; teaching mode

《金匱要略》是一本将中医理法方药融为一体的诊治杂病的专书,有很高的理论和临床价值,被古今医家赞誉方书之祖、医方之经、治疗杂病之典范。《金匱要略》的学习,对培养学生的中医思维以及提高学生临床辨证论治能力有着举足轻重的作用。但《金匱要略》成书年代久远,言简意深,学习难度较大,学生往往体会不到其中的深意与趣味。为了提高学生学习的兴趣,使学生积极参与到课堂教学中,有效达成教学目标,笔者在教学中借鉴了工作坊的教学模式。工作坊(workshop)教学模式最早源于德国魏玛共和国时期以培养工程设计与建筑设计为宗旨的包豪斯学院(Staatliche bauhaus, 1919—1937),是一种集教学、研究、实践三位一体的教学模式<sup>[1]</sup>。这种教学模式最大的优势在于促使学生将所学理论知识进行融会贯通,有效地应用所学知识解决实际问题<sup>[2]</sup>。《金匱要略》工作坊是以有效问题为灵魂、以智能手机移动信息为辅助、以小组讨论为形式、穿插以传统讲授、并以课下实践为补充的教学模式<sup>[3]</sup>。该教学模式得以有效进行的关键是师生的有效会话,而有效问题

是有效会话的保障。

### 1 有效问题的设置策略

所谓有效问题是指有价值的、启发性强的、有实际意义的问题,是学生在已有的知识背景下,在探寻问题答案的过程中,能够掌握一定的知识与技能、习得一些学习方法、提高综合素养、拓展思维的问题。有效问题是《金匱要略》工作坊课堂教学模式的灵魂,是该模式得以有效进行的关键。

**1.1 原文学习的问题设置策略** 理解原文含义是学习《金匱要略》的基本要求,学生们在已有的古汉语基础上,结合教材的释义,基本可以理解原文,故原文的学习过程应在知识目标达成的同时,突出学生自主学习能力的培养。

**1.1.1 对历代医家理解统一的原文的设问策略** 对历代医家理解无分歧的原文,教材释义清晰、明确,学生自学困难不大。这部分内容的问题设置,主要是通过问题帮助学生记住重要的知识点,培养学生的自学能力和习惯,引导学生积极参与到课堂学习中。如,中风的病因病机以及“口眼喎斜、半身不遂”产生的机理是什么?这些内容教材中有明确描述,这样的学习内容就可以在给出问题后请学生以小组为单位自学条文,学生自学过程中

\* 基金项目:教育部规划项目“中医经典课堂教学模式改革与实践”[No. 17YJA880093]的阶段性研究成果

遇到问题可以问同学、老师或查阅资料(多为手机资料,也有同学习惯备参考书)。由此,基础薄弱的同学在小组学习过程中,可以解决学习中遇到的困难,有助于全体同学共同发展。回答这类问题的形式多采用教师点名,教师提问时要求学生转述,不可以直接读书。教师通过学生的回答可以了解学生是否掌握了书本上的知识及学习中存在的问题、学生的基础水平、理解能力等,从而可根据学生的特点来进行解惑、释疑,更有的放矢地对学生进行指导,充分发挥教师在教学过程中的主导作用。

**1.1.2 对历代医家理解不一的原文的设问策略** 学习历代医家理解不一的原文有助于培养学生的批判性思维。这部分内容的学习,教师应以适当的问题引导学生查找资料,小组讨论,并形成自己的判断,同时,宜多鼓励学生抢答问题。如,在“中风历节病脉证并治第五”中第一条“夫风之为病,当半身不遂,或但臂不遂者,此为痹。”教材注释为中风与痹证的鉴别<sup>[4]</sup>。笔者结合原文第二条“邪在于络,肌肤不仁;邪在于经,即重不胜”提出问题:“但臂不遂”“即重不胜”均为肢体活动受限,为什么前者为痹证?而后者则为中风?通过查阅资料、小组讨论,学生甲组代表指出痹证表现为“但臂不遂”的活动不利是因痛而致,而中风表现为“即重不胜”的活动受限与痛无关。学生乙组代表则指出“此为痹”的痹是气血痹阻不畅的意思,是解释“半身不遂,或但臂不遂”的病机,“当半身不遂,或但臂不遂者”是说明中风症状有轻重的不同,而非中风与痹证的鉴别。通过讨论,学生不仅全面理解了原文含义,也明白了原文的学习当有所本,不可牵强附会,不知所云,即使是教材上的内容,也可以大胆质疑。

**1.2 方证学习的问题设置策略** 《金匮要略》的方药配伍严谨,选药精当,疗效可靠,对后世影响深远,是学生需要重点掌握的内容。书中对疾病的论述多先论病因病机或主要脉症、基本治法,再论证候、方药,充分体现了中医基础理论知识对遣方用药的指导作用。学生只有领悟了书中遣方用药的方法,才能掌握书中方剂的精神实质,有效提高综合分析和诊治疾病的能力。正如朱丹溪所言:“仲景诸方,实万世医门之规矩准绳也,后之欲为方圆平直者,必于是而取则焉”<sup>[5]</sup>。

**1.2.1 根据学生已有的理论知识来设问 帮助学生方药配伍** 学生在学习《金匮要略》时,已经学习了中医的基本理论和方药学知识,因此,在《金匮要略》方证学习过程中,教师应注重培养学生应用已有的知识来分析问题、解决问题的能力,如,桂枝龙骨牡蛎汤的适应证原文描述相对详尽,桂枝汤也在《方剂学》《伤寒论》学习中多次学习,那么桂枝龙骨牡蛎汤证的病因病机、辨证要点是什么?其方药配伍的理论依据是什么?在提出问题、小组学习之后,请学生来分析。在分析过程中,教师通过

不断追问引导学生学会应用已有的中医知识来分析条文中脉症的病因病机,以及如何针对病机进行方药配伍,体会《黄帝内经》“阴在内,阳之守也,阳在外,阴之使也”的理论在本条脉症方药中的体现,进一步感知理论对实践的指导作用。

**1.2.2 通过方药鉴别来设问 帮助学生方药配伍** 《金匮要略》的方药化裁灵活,在学习过程中强调方药鉴别,既有助于学生深入理解方药配伍,也有助于加深学生对药物功效的认识,帮助学生逐步领悟临证时药物加减的方法,如,防己黄芪汤为什么用防己而不用防风?此问题实质是通过防己黄芪汤与玉屏风散鉴别,帮助学生理解记忆防己黄芪汤。此外,在教学过程中,教师也要重视知识的前后联系,督促学生及时复习,促进学生深度思考,例如在学习了历节病之后,请同学讨论“为什么仲景治疗湿病之一身尽痛时均没选用芍药,而治疗诸肢节疼痛的历节病均选用芍药?”学生通过复习、比较、小组讨论得出“湿病、历节病虽然外因均有风湿或寒湿侵袭,但湿病病位在表,而历节病久病影响到血脉的结论”。在学习痰饮病时,提出问题“治疗痰饮的苓桂术甘汤与治疗肾着的甘姜苓术汤仅有一味药之差,如何鉴别应用?可以用苓桂术甘汤治疗肾着吗?为什么?”在寻找答案的过程中,学生既加深了两方病因病机、主治症等理论知识的记忆,也更好地理解中医理论是如何指导遣方用药的,同时,对干姜、桂枝的功效特点更是印象深刻。

**1.2.3 结合临床实习来设问 帮助学生方药配伍** 《金匮要略》的方剂疗效可靠,广为后世医家称颂。准确辨证是取得确切疗效的前提,但书中症状的描述常常不足以临床辨证,此时,据方测证,补充其可能出现临床表现,对临证精准选方有重要意义。如,学习湿病时,治疗寒湿在表的麻黄加术汤与风湿在表麻黄杏仁薏苡甘草汤的主治证均为一身尽痛,病变部位均在表,感受邪气均与湿有关,那么临床选方的依据是什么?在学生小组讨论、抢答、老师点评之后,举例临床医家的案例请学生选方并分析理由,加深学生理解两方的适应证。湿病是临床常见病、多发病,学生当中风湿性感冒也很常见,因此,从同学中发现湿病病例并见习比较容易实现。我们在《金匮要略》学习过程中,一位学生踢球后汗出当风,继而恶寒、发热、全身疼痛、咽痛、大便闭2天,舌根部苔黄厚,脉数,自服中成药莲花清瘟胶囊、风热感冒颗粒及金银花颗粒无效,反增咳嗽,该生要求作为同学见习对象。在学生以小组为单位收集病史资料时提出问题“该生服用上述中成药为什么无效?该生感冒的证型是什么?选用什么方加减?”小组讨论处方之后,学生就自己辨证论治的过程提交作业,小组长将最终讨论的结果提交。教师开方生病学生服药后教师每天了解症状变化情况,治疗结束后课堂讨论分析处方的依据、中成药治疗无效的原因、服药

过程中某些症状产生的原因等,教师最后评点各组处方。全班6个小组,只有一组开了麻杏薏甘汤加味,其他各小组多在麻杏石甘汤与银翘散上考虑,也有学生因曾服用过九味羌活丸治疗身体疼痛,即认为本例为九味羌活丸证,并无辨证的过程。而中成药未见效主要观点有2种:一是药量不够,应加大量。二是药不对证。在点评过程中,通过复习《灵枢·邪气藏府病形》关于咳的论述:“形寒寒饮则伤肺,以其两寒相感,中外皆伤,故气逆而上行”,以及麻黄杏仁薏苡甘草汤原文关于病因的描述:“此病伤于汗出当风,或久伤取冷所致也”,再分析患者症状背后的病因病机,使学生深刻认识到学习经典的重要性,并初步感知到临床病证的复杂性及如何根据病史、症状一步步分析辨证。学生在实习中也认识到“纸上得来终觉浅,绝知此事要躬行”,激发了学生学习理论知识的热情和参与临床实践的积极性。

## 2 有效问题设置的注意事项

**2.1 问题的设计要有目的性和针对性** 《金匱要略》课堂提问的目的是有效达成三维目标,即问题的解决过程不仅要有助于学生掌握基本的知识与技能,建立中医思维,更要在寻找问题的答案过程中,提升学生的综合能力与素养,激发学生学习中医的热情。因此,问题的设计首先要围绕重要的知识点进行,以便通过问题讨论,帮助学生掌握知识点。其次,问题的设计要考虑到学生专业基础知识的不同水平,这样,每个同学才都有机会发言。一般来说,针对教材中释义清晰、明确的内容设置的问题,是比较简单的问题,学生在理解、记忆的基础上即可回答。而从隐藏在原文字里行间的知识中挖掘出的问题,是有启发性的问题,是可以引导学生思考的问题,这类问题的讨论,可以促使学生主动参与知识的构建,锻炼学生的语言表达能力,同时有助于学生在讨论中学会沟通协作。此外,这类问题更有示范作用,可以增强学生的问题意识。在学期中后期,学生课堂、课下提问明显增多,不少问题是有深入思考的,如有学生曾提问“黄芪桂枝五物汤为什么生姜量用至六两?”“黄芪桂枝五物汤中的白芍能否用当归替代?”这样一些开放性问题的提出,说明学生思维越来越活跃,学生的学习热情被有效地调动,学生正在努力实现真正的理解。

**2.2 问题的设计需不断细化** 《金匱要略》工作坊课堂教学要求教师每一堂课前必须想出至少1个值得学生思考、探寻的问题。但这还远远不够,在课堂上,对于学生给出的不够理想的答案,教师需要不断追问。追问是教师在学生回答问题之后,有针对性地进一步细化问题。追问有助于学生梳理思维,是帮助学生一步步理清思维的有效方法。如,为什么用甘草泻心汤治疗狐惑?学生通过分析原文,得出狐惑病机是湿热虫毒,用生甘草、黄芩、黄连清热燥湿解毒,干姜、半夏辛燥化湿,人参、

大枣补益的结论。教师继续问:“既然是湿热虫毒,用芩连之类清热燥湿即可,为什么要用干姜、半夏这样的温燥之品,不会助热吗?”有学生答“制约芩连苦寒之性,防苦寒伤胃”,再追问“为什么要制约芩连苦寒之性,大家学习方剂时学过的黄连解毒汤、泻心汤,为什么均选苦寒之品,而不用制约其苦寒之性的药物防苦寒伤胃?”通过问题的不断追加,最终学生明白了湿热这一致病因素的特殊性,用寒药有助清热却助湿,用热药有助祛湿却助热,因此,方中辛温与苦寒并用,以祛湿而不助热,清热而不助湿的道理。

## 3 提问的注意事项

有了有效问题,如果学生不积极回应,工作坊教学模式仍然难以有效进行,如何让学生积极回应问题呢?笔者在实践中主要从以下两方面着手。

**3.1 激励学生积极回答问题** 部分同学由于性格内敛或对能否被认同的焦虑,不愿积极参与到讨论中,更不愿主动回答教师提出的问题。因此,减轻学生回答问题的心理压力,营造和谐的课堂学习氛围,教师需要反复声明回答问题的学生代表小组观点,回答问题时需用“我们小组的观点是”代替“我认为”,从而减轻学生回答问题的心理压力。此外,教师也不应简单粗暴地否定错误答案,而是针对错误答案,进一步追问,让学生逐步理清思路,逐渐让学生认识到回答问题就是学习的过程,对错并不重要,重要的是在参与课堂教学过程中的收获。

**3.2 适当的奖惩制度** 奖惩制度是促进学生积极回答问题的有效手段,为了激励学生积极回答问题,平时成绩考核可设定团队协作分,具体规则为<sup>[3]</sup>:小组成员每人代表小组汇报讨论结果后,予以小组成员每人平时成绩奖励分,即使只有一人未代表小组汇报讨论结果,而其他同学多次发言也仍然不能获得奖励分。奖励分与小组成员总体参与度密切相关,不鼓励小组个别成员明显参与,而个别同学不参与现象。这样的考核规则,不仅可以激发学生积极回答问题,同时,在小组学习过程中,基础好的同学会不断与基础差的同学沟通,鼓励其代表小组发言。此外,教师通过观察,点名不积极主动的同学回答问题,被提问同学回答问题后不能为小组赢得奖励分,从而激励每位同学都积极主动参与到课堂学习中。

## 参考文献

- [1] 武艳. 英国舞团工作坊教学模式启示[J]. 北京舞蹈学院学报, 2009, 23(2): 64-68.
- [2] 张峰珺. 以工作坊形式组织《金匱要略》教学的体会[J]. 光明中医, 2016, 31(16): 2433-2435.
- [3] 张峰珺. 中医经典课堂教学模式的改革与实践[J]. 光明中医, 2019, 34(2): 327-330.
- [4] 范永升. 金匱要略[M]. 4版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 55.
- [5] 元·朱震亨. 局方发挥[M]. 北京: 中华书局, 1985: 1-2.



# 基于金匱要略教学的 中医药高校教师教学能力构成要素探析\*

毕蕾

(南京中医药大学中医学院/中西医结合学院,江苏 南京 210023)

**摘要:**《金匱要略》是中医临床经典课程,学生学习的主要目标是中医临床思维的构建和拓展。作为中医药院校的骨干课程,《金匱要略》课程教师的教学能力是决定课程教学质量的核心因素之一,是培养中医药高素质人才的基本保障。基于临床经典课程,教师教学能力包括中医药专业知识能力、教学认知及设计能力、教学操作能力、教学交流反思能力、教学研究及应用实践能力。通过解析教学能力构成要素,对于中医药教师的教学能力的提升及发展进行探讨,提出在教学能力普遍提高的基础上,按照课程性质,教学的需求及中医药的特点和发展规律,有效提高教师的教学能力,真正提升中医药教育质量。

**关键词:**教学能力;构成要素;中医药;金匱要略

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.002

文章编号:1672-2779(2020)-20-0004-03

## Analysis on the Elements of Educational Ability of Teachers in University of Chinese Medicine Based on the Teaching the Synopsis of Golden Chamber

BI Lei

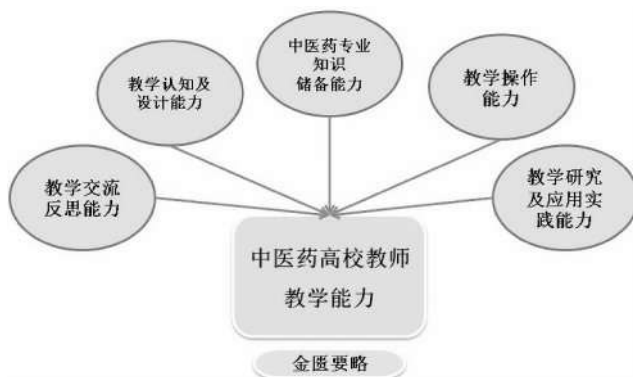
(School of Traditional Chinese Medicine/School of Integrated Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

**Abstract:** The *Synopsis of Golden Chamber* is a classic clinical course of traditional Chinese medicine. The main goal of students' learning is the construction and expansion of clinical thinking of TCM. As the backbone course of Chinese medicine colleges and universities, the educational ability of the teachers of the *Synopsis of Golden Chamber* is the core factor that determines the quality of course teaching, and it is the basic guarantee for cultivating high-quality talents of Chinese medicine. Based on clinical classic courses, teachers' educational ability includes TCM professional knowledge ability, teaching cognition and design ability, teaching operation ability, teaching exchange and reflection ability, teaching research and application practice ability. This paper explores the improvement and development of the educational ability of Chinese medicine teachers by analyzing the components of teaching ability. Moreover, this study proposes to effectively improve teachers through considering the nature of the curriculum, the needs of teaching, and the characteristics and development of Chinese medicine. The effective improvement of educational ability will truly improve the quality of Chinese medicine education.

**Keywords:** educational ability; constituent elements; Chinese medicine; *Synopsis of Golden Chamber*

高校教师作为教学过程中的实施者,教学能力是决定教育教学质量的关键因素之一。从20世纪50年代以来,高校教师教学能力研究进入人们的视野,引起人们的广泛关注,在教学能力的概念和构成分析上,也存在颇多争议<sup>[1]</sup>。中医药高等教育在国家医药卫生事业的发展及中医药传承创新中扮演着重要角色。《金匱要略》作为一门临床经典课程,是中医药院校的骨干课程,对学生中医临床思维的构建和开拓是《金匱要略》课程的主要目标。基于《金匱要略》教学特点,分析研究高等中医药院校教师教学能力,一方面要考虑能力的本质和特性,另一方面也要考虑教师专业和教学岗位的性质及需要<sup>[2]</sup>。中医药专业课程教师是中医药专业人才培养方案的直接执行者,系统培养和提升教师的

专业教学能力,真正提高中医药教育质量,是中医药院校培养中医药高素质人才的基本保障。从中医药高等教育的功能及特点出发,立足于《金匱要略》教学以及高校教师自我发展的需要,中医药高校教师的教学能力由扎实的中医药专业知识储备能力、教学认知及设计能力、教学操作能力、教学交流反思能力以及教学研究及应用实践能力等要素构成,见图1。



\* 基金项目: 中华中医药学会青年人才托举工程项目【No. CACM-2018-QNRC2-B07】; 江苏省高校“青蓝工程”中青年学术带头人培养项目; 江苏高校优势学科建设工程资助项目【No. 苏政办发[2018]87号】

图1 中医药高校教师教学能力构成要素



## 1 中医药专业知识储备能力

作为中医药教育工作者,对于中医药专业知识的累积和研究探索必不可少。中医药经历千年的传承,累积了深厚的底蕴,金匱要略为中医经典著作之一,是中医学理论体系中不可或缺的组成部分,中医药专业课程的专任教师,不能仅仅满足于该课程的书本知识,更需熟读中医经典著作,如《黄帝内经》《神农本草经》《伤寒论》《温病学》《诸病源候论》《脉经》等;该课程教师需要完整把握中医学理论体系<sup>[3]</sup>,全面深刻地掌握中医理论,做到融会贯通,并在教学过程中可以将理论知识及临床经验转化为教学内容。

## 2 教学认知及设计能力

**2.1 教学认知能力** 教学认知能力是教师以系统的教学为认知对象,对教学目标、教学任务、学习者特征、教学韬略与方式以及教学情境等等因素进行分析判断的能力,关系到教师专业的发展和有效教学的实现,是提高教师专业素质,提升教学质量,优化教学效果,实现教学目标的基础性条件<sup>[4]</sup>。开设金匱要略课程的往往是中医或中西医结合专业的学生,教学以构建中医临床思维,提高临证能力为核心,重视专业知识、专业技能和医疗职业态度三位一体的高素质中医人才培养,彰显“仁德、仁术、仁人”的教育理念。

**2.2 教学设计能力** 教学设计理论诞生于美国,教学设计是教师在一定的教育教学理论指导下,基于先进的教育教学理论与方法,以教学目标为导向,以教学内容和学生的特征为基础制订教学规划的过程<sup>[5]</sup>。教学设计是教师实施课程教学的重要环节,符合所学专业需求的教学设计能力是教师应具备的一种基本的能力。在金匱要略课程的教学设计中需根据中医临床经典课程的特点与性质,合理安排教学实践、进度、方法与策略等,提高金匱要略教学工作的科学性和系统性,设计中应注意中医经典理论与现代临床实践的结合,全面反映课程内容的专业性、实践性和开放性。

## 3 教学操作能力

教师在实现教学目标过程中运用教学操作能力解决各类教学问题,包括教材呈现的能力、课堂组织管理能力、语言表达能力、课堂感染力、选择和运用教学媒体的能力、教学评价能力等<sup>[6]</sup>。中医经典理论是来源于临床经验的总结与升华,在金匱要略的教学过程中,为了更好地与临床结合,提高中医药教学质量,进一步改革教学模式,提高教师教学操作能力,丰富教学形式,可利用现代先进电教技术,通过多种形式,更为直观地呈现教材内容;可通过学术专题讲座、案例教学、启发式讨论等方式,提高学生对于中医药学习的主动性,进一步推动学生对于中医经典课程的理解和认识,构建中医临床思维,提高临证能力。

## 4 教学交流反思能力

教育教学的根本是通过人与人之间的沟通和合作来实现的,良好的沟通能力可以实现教学过程中的师生互动交流,使得高校教师对学生的成长与发展产生积极影响。高校教师可以通过课堂互动、课外交流、邮件交流等多种途径与方式实现和学生的沟通,以便在教学过程中及时了解学生的学习状况,进行学情分析和教学评价。教学反思是教师对自己的教学实践过程进行审查、评价、研究和总结,由此获得对今后教学有指导意义的方式和策略,通过教学反思这个环节可以有效促进教师教学能力的综合发展和提升,切实提高教学质量<sup>[7]</sup>。韩愈《师说》:“古之学者必有师,师者,所以传道受业解惑也。”在授课过程中不仅教书,更重育人。“医者仁心”,医者需仁术,更须仁心,作为中医教学的教师,不仅要授业解惑,更要传道,一定要注意自身言行举止,要身体力行地感染学生,和谐友爱的师生关系,会促进学习效果的提升。

## 5 教学研究及应用实践能力

教学研究能力是指教师运用科学的教育理论和方法,对教学中存在的问题进行研究,从而提高教学质量,并探寻教学规律,为教学发展改革提供理论依据和实践基础<sup>[8]</sup>。现今高校教师重视科研而对教研的认识不够,教学研究能力不足,教师要成为教育的研究者,而不能只是停留在知识“传播者”的角色上。中医药高校教师应作为研究者科学系统地进行教学研究,积极探索教学规律与教育理论,针对不足进行教学改革,综合提升教学能力。

对于金匱要略教学来说,培养学生的临床思维和辨证能力是关键,教学过程中必须紧密结合临床授课,需要注意引导学生体会临床的辨证方法和思维方式,同时教师也需要适当引用现代对于《金匱要略》的研究进展,将专业领域中的新知识、新信息引入课堂,保证经典著作较强的生命力,帮助学生开拓眼界,更好地继承和发掘其科学内涵和临床价值,因此任课教师的临床经验和诊疗水平也是构成教学能力的重要环节,教师的综合素养决定了其中医药专业教学能力的水平。

中医药高等学校教师教学能力的提升和培养是高等中医药教育事业发展的重要环节。作为临床经典课程的中医药高校教师,应不断提高专业知识水平,系统提升教学能力,切实提高教学质量,用言传身教去感染学生,坚定继承和发展中医的信念,为中医药人才的培养提供可靠保障。

## 参考文献

- [1] 钟启泉.教师的“教学能力”与“自我教育力”[J].上海教育科研,1998(9):15-18.
- [2] 李悦.大学教师教学学术能力结构模型的构建[D].西宁:青海师范大学,2017.

- [3] 王佳佳,王蕾,李冬华,等. 中医药高校青年教师教学能力发展的思考[J]. 继续医学教育,2014(10):99-101.
- [4] 孙杰远. 教学认知能力:教师专业发展核心力[J]. 当代教育与文化,2012,4(4):59-63.
- [5] 邱婧玲,吴秀君. 教学设计理论体系综述[J]. 河西学院学报,2008,24(5):106-110.
- [6] 王少良. 高校教师教学能力的多维结构[J]. 沈阳师范大学学报(社会科学版),2010,34(1):110-113.
- [7] 王寰宇. 影响教师教学反思能力的因素研究[J]. 教育探索,2013(4):98-99.
- [8] 金胜利. 高校教师教学研究能力初探[J]. 黑龙江教育:高教研究与评估版,2008(10):6-7.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:陈卫平 收稿日期:2019-11-14)

## 医学生模拟标准化病人在中医儿科学教学中的应用\*

朱卫娜<sup>1</sup> 刘英<sup>1</sup> 占科<sup>1</sup> 曾思瑶<sup>1</sup> 邱明亮<sup>2</sup>※

(1.江西中医药大学附属医院儿科,江西 南昌 330006;2.江西中医药大学附属医院风湿病科,江西 南昌 330006)

**摘要:**目的 医学生模拟标准化病人教学方法在中医儿科学应用效果的研究。方法 将江西中医药大学 2014 级本科中医专业学生 96 人,随机分为观察组 48 例,对照组 48 例。观察组选用医学生模拟标准化病人教学方法,对照组采用多媒体配合板书教师课堂授课的传统教学方法。课后归纳总结及配合实验技能操作,观察 2 组学生的教学效果。结果 2 组学生的理论成绩相比差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),但观察组学生的问诊成绩、体格检查及专科检查均显著高于对照组( $P < 0.01$ )。结论 运用医学生模拟标准化病人教学方法可以有效提高教学效果。

**关键词:**医学生;标准化病人;中医儿科学;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.003

文章编号:1672-2779(2020)-20-0006-03

### The Application of Simulated Standardized Patient Teaching Method for Medical Students in Pediatrics of Traditional Chinese Medicine

ZHU Weina<sup>1</sup>, LIU Ying<sup>1</sup>, ZHAN Ke<sup>1</sup>, ZENG Siyao<sup>1</sup>, QIU Mingliang<sup>2</sup>※

(1. Department of Pediatrics, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Department of Rheumatology, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

**Abstract: Objective** To study the application effect of simulated standardized patient teaching method for medical students in pediatrics of traditional Chinese medicine. **Methods** Ninety-six undergraduate students of TCM specialty in Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine in 2014 were randomly divided into observation group (48 cases) and control group (48 cases). The observation group used the teaching method of simulated standardized patients for medical students, while the control group used the traditional teaching method of multimedia assisted blackboard teachers in classroom teaching, and summarized and cooperated with experimental skill exercises after class. The teaching effect of two groups of students was observed. **Results** There was no significant difference in the theoretical scores between the two groups ( $P > 0.05$ ), but the scores of inquiry, physical examination and specialty examination in the observation group were significantly higher than those in the control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** The application of simulated standardized patient teaching method for medical students can effectively improve the teaching effect.

**Keywords:** medical students; standardized patients; pediatrics of traditional Chinese medicine; teaching mode

标准化病人(Standardized patients, SP)又称为模拟病人(Stimulate patients),即经过标准化、系统规范化培训后,能够准确地表现患者实际临床问题的正常人或患者<sup>[1]</sup>。近些年来,SP成为对临床技能和人文素养培训及评价的重要手段。儿科作为一个哑科,年幼儿童通常不能充分表达自己的病痛,不同年龄段的儿童,语言及行为能力不同,故需要我们针对不同年龄段或不同层次的儿童表达病痛方式进行研究。模拟患儿有一定的

难度,因此,需要培训时认真观察患儿的言语表达、肢体语言动作及面部呈现的不同表情。在医学教育事业实践过程中,使用SP来评估内科患者的各种病痛已被大量引用并被普遍认可<sup>[2]</sup>,但使用标准化病人模拟中医儿科疾病却少见报道。现将我校使用SP教学情况报道如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将江西中医药大学 2014 级本科中医专业学生 96 人,采用随机数字表法,随机分为观察组 48 例,对照组 48 例。

#### 1.2 教学方法

**1.2.1 课程及学时** 2 组研究对象的课程均采用统一版本的中医儿科学,为 63 学时,均按其教学计划和教学大纲

\* 基金项目:江西中医药大学卓越医学人才研究专项[No. 校教字[2017]26号]

※通讯作者:mingleiangqiu@163.com

要求。

1.2.2 教学方法 观察组选用医学生模拟标准化病人教学方法，医学生经过培训后扮演患儿，学生则扮演临床接诊医生，通过询问病史，一般的体格检查以及中医儿科专科查体，拟定初步的诊疗方案，并进一步展开病因病机的讨论及归纳总结。对照组采用基本传统的课堂教学法，以教师多媒体讲授为主，课后归纳总结及配合实验技能操作。

1.2.3 标准化病人的选择 (1)充分理解 SP 的职责，责任感强，自愿参加；(2)具有一定的文化修养，能够熟练掌握儿科病例内容和评分细则，并有适当的表演才能；(3)具备良好的沟通技巧和记忆力，能准确给予学生反馈意见；(4)具有良好的耐心和毅力，能够配合教学和考试的要求；(5)根据角色的需要，选择合适的年龄和性别<sup>[3]</sup>。

1.2.4 标准化病人的培训 因为是选择医学生作为 SP，他们具有一定程度的医学相关基础知识，故对标准化病人的培训效率较高。第一阶段：中医儿科学相关基础内容培训，进行生理病理及解剖学理论学习，掌握小儿生长发育特点、身体各部位和脏器的生理病理，及与成人的不同之处。第二阶段：问诊及望诊，全身的体格检查及中医儿科专科体格检查的培训。熟悉并掌握各种病史询问技巧，针对不同年龄段小儿的体格检查的侧重点和相应内容，并且进行模拟表演。第三阶段：中医儿科病例培训。根据病史，将小儿标准化的症状和体征用患儿的表达方式呈现出来，加入儿科患儿不同年龄段的表达能力及所表述的情绪，配合周围环境，形成逼真的 SP 表演。让 SP 进入中医儿科临床见习相关病种，熟悉患儿的肢体语言及情绪表达，接触真实病人，增强感性认识。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行数据统计处理，计数资料采用率(%)表示，行  $\chi^2$  检验；计量资料采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示，使用独立样本  $t$  检验， $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2 组学生考核成绩比较 观察组和对照组学生的理论成绩相比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )，但观察组学生的问诊成绩、体格检查和中医儿科专科检查成绩均显著高于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 1。

表 1 2 组学生考核成绩比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	人数	理论成绩	问诊成绩	体格检查	中医儿科 专科检查
观察组	48	95.6±4.5	96.4±4.3*	97.4±5.4*	97.3±5.7*
对照组	48	92.8±4.9	89.5±5.0	87.9±4.5	87.8±5.3
$t$ 值		1.245	8.936	9.243	9.715
$P$ 值		0.302	0.002	0.004	0.009

注：与对照组比较，\* $P < 0.01$

2.2 观察组对医学生模拟标准化病人教学方法评价情况 观察组采用医学生模拟标准化病人教学法，可激发学生学习的兴趣，锻炼临床思维，理论联系实际，同时能及时地发现学习中的不足，且及时改正，从而减轻学习负担，提高学习效率，故此教学方式深受学生喜欢。见表 2。

表 2 观察组对医学生模拟标准化病人教学方法评价情况 [人数(%)]

评价内容	非常满意	一般	非常不满意
喜欢标准化病人教学方式	45(93.8)	2(4.2)	1(2.1)
激发学医兴趣	40(83.3)	5(10.4)	3(6.3)
理论联系实际	38(79.2)	6(12.5)	4(8.3)
收获大	33(68.8)	9(18.8)	6(12.5)
发现学习中存在的不足	40(83.3)	4(8.33)	4(8.3)
锻炼临床思维	39(81.3)	5(10.4)	4(8.3)
提高学习效率	42(87.5)	5(10.4)	1(2.1)
增加了学习负担	2(4.2)	8(16.7)	38(79.2)

注：满意医学生模拟标准化病人的教学方法 >50%

## 3 讨论

SP 在医学教育中有着极其重大的应用价值，尤其是在中医儿科学教育上，因为中医儿科学是一门临床学科，近年来儿科医生缺口越来越大，导致医患矛盾越来越深，所以培养儿科医生越来越重要，但使用传统的课堂教学模式造成教学与临床实习脱节，学生不能很好地把理论知识运用到临床实践上，使学生在医院实习中缺乏临床主动思维，产生挫败感，导致学生对儿科丧失兴趣。由于小儿不同于成人，家长视小儿如宝，溺爱小儿，从小形成暴躁性格，哭闹不止，不能很好配合学生的临床查体，家属又不乐意让实习学生参与诊查患儿，导致学生缺乏与患儿的直接接触的机会，不能有效进行医患沟通，导致学生害怕儿科临床工作，因此 SP 的教学受到了高度的重视<sup>[4]</sup>。

医学生经过相关培训后，能够比较准确地模仿相应小儿病例的不适症状，包括肢体语言动作、行走姿势、面部表情、疼痛程度，还能自述小儿模棱两可病史病状。医学生扮演“医生”，根据这些“患儿”所表现出来的某些疾病的症状和体征，经过认真的询问相关病史及相关针对性，且具有鉴别意义的专科体格检查，借助辅助检查，进一步做出正确的诊断。采用 SP 教学方法，不仅解决了传统教学只关注应试考试的不足，又能锻炼学生临床操作能力，拓宽学生的临床诊断的临床思维，提高学生临床实践的能力，包括医患沟通技巧，针对主诉了解病情，抓住主要矛盾，体格检查、专科检查的能力、剖析可能的阳性体征及具有鉴别诊断意义的阴性体征，规范地书写具有中医儿科特点的临床病历，要求字迹工整，病史详细，且简明扼要，却不失层次感。老师可以观看录像来了解学生们是怎么通过患儿的描述和临床表现来诊断病情及制定相关诊疗方案。学生们也可根据视频录



像发现各自的优点和弱点,大家还可以通过录像分析病例,相互学习,相互讨论,吸取教训,避免以后不必要的错误,不断完善自己。

从以上的研究结果中可以看出医学生模拟标准化病人的教学模式明显优于传统的教学方法,基础理论知识的掌握程度两者并没有明显的区别,但是在临床实践中就可以看出明显的差距,传统教学枯燥无味,缺乏生动,吸引不了学生,内容不易记住,临床技能操作及体格检查不能得到很好的锻炼,不易培养临床思维。SP教学课堂生动活泼,印象深刻,易于掌握,在实践中加强理论知识的理解,尤其是鉴别诊断效率高,能相互渗透,举

一反三,锻炼临床思维,激发学习兴趣,受到学生们的热爱,所以SP教学方式值得大家推广。

#### 参考文献

- [1] 龚海蓉,陈婷玉. 标准化病人质量评价的研究现状[J]. 中华护理教育, 2018, 15(9): 708-710.
  - [2] 王惠峰,郭红,刘宇,等. 标准化病人在急救护理学课程实践教学中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(19): 2763-2765, 2766.
  - [3] 古赛,易雪,方叔琼,等. 医学生作为标准化病人的探索[J]. 中华医学教育探索杂志, 2013(7): 716-718.
  - [4] 周言,马杰,王沁,等. 标准化病人(SP)培训及在医学模拟教学改革中的应用研究[J]. 新疆医科大学学报, 2018, 41(5): 658-660.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:罗旺 收稿日期:2019-10-22)

## 行动研究法在护理本科生临床教学中的优势\*

杨乐 洪艳燕 卞玉花 左勤 郭秀君<sup>※</sup>

(南京中医药大学附属南京中医院脑病科,江苏 南京 210001)

**摘要:**目的 探讨护理本科生临床教学现状及临床培训所存在的问题,在行动中培训护理本科生临床能力,构建护理本科生临床规范化教学实践模块。方法 采用行动研究法,在明确问题后,对60名护理本科生分3次培训,每次20名,通过计划、行动、观察、反思3个循环过程实施护理临床培训;通过小组访谈、自我评价等收集资料发现问题,改进培训课程。结果 3轮培训研究对象的同一课程成绩逐步提高,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 行动研究法提高了护理本科生的临床能力,尤其是理智型护理本科生的科研能力,构建了护理本科生临床规范化教学实践模块。

**关键词:**行动研究法;护理;本科生;临床教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.004

文章编号:1672-2779(2020)-20-0008-03

### Advantages of Action Research in Clinical Teaching of Undergraduate Nursing Students

YANG Le, HONG Yanyan, BIAN Yuhua, ZUO Qin, GUO Xiujun<sup>※</sup>

(Department of Encephalopathy, Nanjing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210001, China)

**Abstract: Objective** To explore the current situation of clinical teaching and problems in clinical training of nursing undergraduates, to train the clinical ability of nursing undergraduates in action, and to construct the standardized clinical teaching practice module of nursing undergraduates. **Methods** After identifying the problems, 60 nursing undergraduates were trained three times, 20 at a time. Nursing clinical training was carried out through three circular processes: planning, action, observation and reflection. The authors collected data through group interviews and self-evaluation to find problems, and improved training courses. **Results** The same course scores of the subjects in the three rounds of training were gradually improved, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ).

**Conclusion** The action research method improves the clinical ability of nursing undergraduates, especially the scientific research ability of rational nursing undergraduates, and constructs the standardized clinical teaching practice module of nursing undergraduates

**Keywords:** action research; nursing; undergraduate; clinical teaching

护理本科生临床实习是高等护理教育教学的重要组成部分,是理论联系实际,化知识为能力的过程<sup>[1]</sup>,也是课堂教学的深化与延续<sup>[2]</sup>。目前,我国医院临床护理教学在师资的配置、课程的设计和教材的选择上尚没有统一的规定<sup>[3]</sup>,教学的主体仍然是传统的临床教学法<sup>[4]</sup>,即以学科

为基础,以教育发展要求为蓝本,以考核机制为手段,对护理本科生行阶段性总结归纳,其强调以讲授为基础,即临床带教老师讲授专业知识,实习生只需听、看、模仿,临床带教老师处于主动而实习生处于被动。这一临床教学法,虽在一定程度上夯实了护理本科生的理论基础,但缺乏激发实习生临床思维和培养提出问题的能力<sup>[5]</sup>,不利于发挥实习生的学习积极性和主动解决问题的能力<sup>[6]</sup>,影响临床护理教学质量<sup>[7]</sup>。为了提高临床护理教学质量,临床护理带教老师和教学管理者应与时俱进地在临床护理教学

\* 基金项目:南京中医药大学护理学品牌专业教学改革课题【No. NZYHLXPPJG2017-36】

※ 通讯作者:guoxiujun6507@163.com

中推行教学模式改革,近年来,行动研究法应用于护士培训中以及课程设计中,取得了显著效果<sup>[8-10]</sup>。

行动研究法是将研究与解决工作中的实际问题密切结合的一种研究方法<sup>[11]</sup>,由研究者与研究对象共同参与,通过计划、行动、观察、反思的不断循环,使研究成果为实际工作者理解、掌握和应用,从而达到解决问题,改变社会行为目的的研究方法<sup>[12]</sup>。徐秋红等<sup>[13]</sup>通过一个周期的新培训模型干预后,摸索出在县级医院进行护理管理过程中的质量改进方法和措施,并得出了结论:基于行动研究法进行质量改进,使其能够得到标准化、同质化的应用,从而提升县级医院的护理质量管理与持续改进能力。韩雪等<sup>[14]</sup>用行动研究法指导护理本科生毕业论文选题,并取得了优越的成果。基于前人之经验总结,本文将采用行动研究法,通过以下具体步骤,探讨其可行性及必要性。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 包括参与教学模式构建的15名研究小组成员,17名临床总带教和研究者本人及参与模式构建学习的护理本科实习生60名。

**1.2 入选标准** 纳入标准:(1)选取完成护理本科专业的校内学习后于2017年10月—2018年10月在南京中医药大学附属第三医院南京市中医院实习的护理本科生。(2)知情同意自愿参与本研究。排除标准:曾经在其他医院实习或工作过的护理本科实习生。退出标准:(1)中途由于各种原因自愿退出本研究的护理本科实习生;(2)终止实习的护理本科实习生。

**1.3 研究方法** 本研究是以行动研究法为框架,以本科生入科测评、理论教学、临床实践、终末考评4个阶段为基础,通过《护理本科生临床能力评价表》进行调查,进而评价教学模式改革实施效果。

(1)实习生入学阶段:通过调查问卷及半结构式访谈,了解护理本科生了解的临床知识。第三军医大学的周厚秀查阅中外文献,按照严谨的程序,在前人的基础

上于2006年构建了护理本科生临床能力评价指标体系,该评价表可用于护生自评和他评,具有良好的信效度.效度系数为0.933 3,信度系数为0.898 7,本研究采用此量表进行测评,因此具有一定的科学性及权威性。

(2)理论教学阶段:计划阶段,应用调查表及访谈结果,综合了解护生的基础情况,通过座谈的形式了解学员对教学的兴趣及要求,根据调查结果制定相应教学计划;行动阶段,每天课下与护生交流学习情况并结合具体问题,进行教学调整;观察阶段,对教学计划的实施情况观察,并征求护生意见及建议,采用书面调查,根据结果做出分析讨论。反思阶段,对各项调查结果作出综合分析、总结、评价,将解决方法应用于下一阶段。

(3)临床实践阶段:计划阶段,将理论教学中未解决的问题带入临床教学计划中,根据护生操作技能水平,制定临床实践计划;行动阶段,根据计划进行各项临床操作技能演示,并在教学过程中与学员及时沟通,了解其在操作中存在的问题,再次重点讲解;观察阶段,对护生的操作进行观察,评价教学效果;反思阶段,对以上教学内容及教学效果进行综合分析、总结与评价。

(4)终末考评阶段:①通过理论与操作实践考核,获得护生考试成绩。②采用半结构式访谈法收集了60名学员参与整个教学过程资料,采用质性研究的方法对访谈内容进行提取、分析;通过对行动小组的会议记录,分析模式改变对护理本科生和教学本身产生的效益。

**1.4 统计学方法** 本研究采用SPSS 16.0统计软件进行分析。计数资料用率(%)表示,运用 $\chi^2$ 检验;计量资料均采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,组间比较采用单因素方差分析。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 3组护理实习生一般资料比较** 见表1。

**2.2 3组护理实习生临床能力比较** 见表2。

表1 3组护理实习生一般情况比较  $(\bar{x}\pm s, n=60)$

组别	人数	平均年龄(岁)	男(人)	女(人)	性格类型(人)			专业课程成绩 $(\bar{x}\pm s)$	人文课程成绩 $(\bar{x}\pm s)$	操作技能成绩 $(\bar{x}\pm s)$	生源学校(人)	
					疑虑型	理智型	情绪型				南中医	翰林学院
组1	20	21.5	1	19	1	11	8	85.50±5.26	83.80±5.03	82.75±6.00	13	7
组2	20	21.55	1	19	2	16	2	85.35±5.43	84.45±3.85	82.60±4.21	14	6
组3	20	21.6	1	19	2	18	0	84.15±4.26	83.80±2.82	82.60±5.12	10	10

表2 3组护理实习生临床能力比较(自评)  $(\bar{x}\pm s, 分, n=60)$

组别	人数	临床处置能力	护理沟通能力	健康教育能力	临床科研能力	临床教学能力	临床管理能力	职业心理素质	总分
组1	20	5.83±0.39	6.08±0.75	5.76±0.73	5.10±0.56	6.88±1.38	6.87±1.38	5.48±0.78	5.40±0.30
组2	20	7.52±0.52	7.82±0.65	7.48±0.52	7.81±0.63	7.45±1.48	7.45±1.48	7.90±0.22	7.00±0.42
组3	20	8.31±0.39	8.68±0.35	7.96±0.46	8.45±0.25	7.75±1.22	6.78±1.20	8.64±0.19	8.12±0.18
F值		167.886	96.273	80.059	248.92	2.124	2.011	236.043	375.595
P值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.129	0.143	0.000	0.000

表3 不同性格类型实习生一般情况比较

 $(\bar{x} \pm s, n=60)$ 

组别	人数	平均年龄 (岁)	男 (人)	女 (人)	专业课程成绩	人文课程成绩	操作技能成绩	生源学校	
								南中医	翰林学院
非理智型	15	21.73	1	14	85.00±4.61	84.20±3.21	83.27±4.86	11	4
理智型	45	21.48	2	43	85.00±5.12	83.96±4.19	82.44±5.18	26	19

表4 不同性格类型临床能力比较(自评)

 $(\bar{x} \pm s, \text{分}, n=60)$ 

组别	人数	临床处置能力	护理沟通能力	健康教育能力	临床科研能力	临床教学能力	临床管理能力	职业心理素质	总分
非理智型	15	6.70±1.01	6.89±1.25	6.73±0.94	6.43±1.73	6.70±1.54	7.11±1.23	6.43±1.63	6.71±0.96
理智型	45	7.39±1.12	7.74±1.18	7.10±1.09	7.36±1.43	7.58±1.28	6.54±1.32	7.64±1.25	7.34±0.95
<i>F</i> 值		0.354	0.501	0.228	3.443	1.231	1.421	3.836	0.222
<i>P</i> 值		0.037	0.021	0.245	0.045	0.033	0.146	0.004	0.033

2.3 不同性格类型实习生一般资料比较 见表3。

2.4 不同性格类型临床能力比较 见表4。

以上研究结果表明理智型实习生临床科研能力和职业心理素质优于传统临床教学法。

### 3 讨论

护理本科生临床实习是她们从学生到护士的转折阶段,也是理论与实际联系、充实和提高自己的关键过程。护理本科实习生虽然有较强的理论知识水平,但没有临床实战经验<sup>[1]</sup>,要确保学生在实习期间熟悉和掌握临床专科的护理操作,需要有良好的护理管理带教计划、缜密的管理过程<sup>[15-16]</sup>。

行动研究法是将科研方法和技术与实际工作相结合的研究模式通过计划、行动、观察及反思4个过程发现并解决工作中存在的问题<sup>[17]</sup>。本次研究将行动研究法应用于护理本科生临床教学模式中,打破了长期以“教师为主导,学生被动接受”的教学模式,创造一个在理论与实践教学中,教与学共同参与,互动互补的空间;并通过行动研究法制订适用于护理本科生临床教学的课程模式。

本次研究结果显示:通过3组实习生组间比较,组3在临床能力方面优于组1( $P < 0.05$ )。行动研究法对护理本科实习生的临床能力提升有较大帮助,尤其是对临床科研能力的提升作用显著,其中又尤以理智型的学生提升最为明显。

综上所述,以行动研究法为基础的临床教学模式应用于护理本科生中,能够明显提高护理本科生的临床能力,提高护理本科生在临床的学习兴趣和学习自主性,让被动的学习者变为了主动的学习者,构建了护理本科生临床实习的课程体系,是一种有效的教学方法,值得临床教学推广应用。护理本科生的进步与发展,代表着未来护理人员质量的提升,长远来看,采用行动研究法,能带动医院所有护理人员及实习生参与到护理质量改进的过程中,有利于帮助医院的质量管理。

### 参考文献

- [1] 顾丹凤.基于护士核也能力的护理本科实习生带教管理模式的应用研究[D].南京:南京中医药大学,2016.
- [2] 吴炳锐.临床护理实习生带教方法的探讨[J].卫生职业教育,2011,29(14):83-84.
- [3] 朱瑞,徐凤玲,查婷婷.基于行动研究的重症监护专科护士教学模式改革与实践[J].当代护士(下旬刊),2016(4):1-3.
- [4] 袁浩斌,Beverly A,殷磊,等.澳门护理学生对以问题为基础学习的评价与反思(英文)[J].护理研究:上旬版,2011,25(1):86-90.
- [5] 张晓云,厉瑛,张静.护理本科5妇产科护理学6临床实践教学改革的组织与实施[J].解放军护理杂志,2010,27(12A):1823-1825.
- [6] 何春艳.提高临床带教质量方法的探讨[J].当代护士(专科版),2010(1):131-132.
- [7] 靳瑾,张国伟.PBL+PLTL教学模式在妇产科临床教学中的尝试[J].基础医学教育,2011,13(8):748-749.
- [8] 王婷,王维利,栾贝贝,等.护理本科生科研能力培养模式及应用效果的行动研究[J].护理学报,2015(9):5-8.
- [9] 郭瑜洁,沈王琴,宋艳,等.“关怀叙事”教学模式应用于护理本科生《护理学基础》教学的行动研究[J].护理学报,2014(4):4-6,7.
- [10] 孙德玲,杨翔.行动研究是发展护理教育的有效途径[J].护理研究,2013,27(30):3435-3436.
- [11] Streubert H J,Carpenter D R.Qualitative research in nursing:advancing the humanistic imperative[M].4th.Philadelphia PA:Lippincott Williams&Wilkins,2007:327.
- [12] Holter IM&Schwartz-Barcott D.Action research:what is it?How has it been used and how can it be used in nursing[J].J Advanced Nurs,1993,18(2):298-304.
- [13] 徐秋红,余新颖,杨霞.基于行动研究法的县级医院护理持续质量改进培训与效果[J].中医药管理杂志,2018,26(21):161-162.
- [14] 韩雪,杨翔.课程行动研究法对护理本科生毕业论文选题影响的研究[J].护理研究,2013,27(28):3169-3170.
- [15] 梁兴梅.目标管理在二级医院护理管理中的应用及效果分析[J].重庆医学,2012,41(33):3561-3562.
- [16] 乔羽,傅巧美.目标管理教学法在临床带教中应用的效果[J].解放军护理杂志,2009,26(4B):73-74.
- [17] 赵志红,王红艳,孟丽,等.“吞咽评估及吞咽仪康复干预护理流程表”设定的行动学研究[J].中国护理管理,2013,13(1):22-25.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:谢颖 收稿日期:2019-09-28)



# 基于混合式教学模式的 中医基础理论课程教学设计与实践\*

——以“虚实寒热之真假”课程内容为例

严 灿 吴丽丽<sup>※</sup> 祝鹏辉

(广州中医药大学基础医学院中医基础学系, 广东 广州 510006)

**摘要:**混合式教学是通过运用多种教学媒体和工具,将传统课堂教学方式(线下教学)与网络教学(线上教学)方式有机结合,达到最优教学效果的一种教学模式。基于自主研发的慕课,本文以“虚实寒热之真假”一节为例,从教学分析(包括学情分析、教学内容、教学目标等)、教学环境与教学资源、教学策略、教学方法、教学实施以及教学评价等方面,对混合式教学模式下中医基础理论课程教学设计进行了探讨,同时,对实践过程中存在的问题进行反思。

**关键词:**中医基础理论;慕课;混合式教学;教学设计;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.005

文章编号:1672-2779(2020)-20-0011-03

## The Teaching Design and Practice of Basic Theory of Traditional Chinese Medicine Based on Mixed Teaching Mode ——Taking the Course “True-false of Excess-deficiency and Cold-heat” as an Example

YAN Can, WU Lili<sup>※</sup>, ZHU Penghui

(Department of Basic Medicine of Traditional Chinese Medicine, School of Basic Medicine,  
Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China)

**Abstract:** Mixed teaching is a teaching mode that combines traditional classroom teaching (offline teaching) with online teaching (online teaching) to achieve the optimal teaching effect through the use of a variety of teaching media and tools. Based on independent research and development of MOOC, taking “true-false of excess-deficiency and cold-heat” section as an example, from the analysis of teaching (including situation analysis, teaching content, teaching goal, etc.), teaching environment and resources, teaching strategies, teaching methods, teaching implementation and teaching evaluation and so on, this paper discusses the teaching design under the blending teaching mode and reflect the existing problems in the process of practice.

**Keywords:** basic theory of traditional Chinese medicine; massive open online course; mixed teaching; teaching design; teaching mode

混合式教学(Blending teaching)就是通过运用多种教学媒体和工具,将传统课堂教学方式(线下教学)与网络教学(线上教学)方式有机结合,以达到最优教学效果的一种教学模式。混合式教学体现了“以学生为主体,教师为主导”的教学理念。如何实现这一教学理念并取得良好的教学效果,教学设计尤为关键。慕课(Massive open online course, MOOC),作为一种新的教学模式,为教学改革提供了一种全新的思路<sup>[1]</sup>。本课程教学团队自主研发的MOOC——《精讲精学中医基础理论》为省级精品在线开放课程,以此MOOC作为线上教学资源,本教学团队开展了中医基础理论混合式教学。本文以“虚实寒热之真假”一节为例,阐述混合式教学模式下中医基础理论课程(以下简称中基)如何进行教学设计,并对实践过程中的经验和存在问题进行总结和反思。

### 1 教学分析

**1.1 学情分析** 学情分析的目的就是基于教学对象的特点,为教师制定合理有效的教学策略和方案提供科学的

依据。本门课程的教学对象为新入学的大学一年级新生,他们在年龄、心理情感、知识背景、思维模式、学习态度和技能等方面具有一定的特点和特殊性。比如,(1)新生对中医学基本不了解但又有一定的兴趣。(2)中医是哲理医学,但新生的传统文史背景知识明显不足。(3)大学新生习惯于教师的课堂灌输,缺乏自主学习的能力和思辨探究精神。(4)大一新生在学习方面呈现出复杂多样的个性心理特征,如独立、敏感、自信但又脆弱等。此外,新生喜欢张扬个性,缺乏团队合作意识。(5)新生普遍乐于和善于利用现代信息技术获取知识和信息等。基于新生良好的学习态度和um学习能力以及敏捷活泼的思维特征,通过教师的引导和启发,采用混合式教学模式和多元化教学评价,可望完成学习目标。

**1.2 教学内容** 包括:(1)虚实病机的鉴别。(2)虚实真假的观念及形成原因。(3)虚实真假的临床表现及病机分析。(4)阴阳格拒的基本概念。(5)阴盛格阳和阳盛格阴形成的病机本质。(6)真寒假寒证和真寒假热证的临床表现以及寒热真假的判别要点。

**1.3 教学目标** 美国玛扎诺博士的教学目标分类论将学习目标由易到难分为4个层次<sup>[2]</sup>:知识提取、理解、分析和知识运用。除了完成低阶学习目标(知识提取、理解)外,

\* 基金项目:广东省本科高校教学质量与教学改革工程建设项目[No. 粤教高函[2018]179号];广东省教育厅高等教育教学改革项目[No. 159]

※ 通讯作者:wulili@gzucm.edu.cn

要更注重高阶学习目标(分析和知识应用),从而体现课程的高阶性和挑战度。本节课制定如下教学目标(表 1)。

表 1 “虚实寒热真假”教学目标

教学内容	知识点	低阶学习目标		高阶学习目标	
		知识提取	理解	分析	应用
虚实寒热之真假	1 虚实病机的鉴别。	√	√		
	2 虚实真假的观念及形成原因。	√	√		
	3 虚实真假的临床表现及病机分析。		√	√	√
	4 阴阳格拒的基本概念。	√	√		
	5 阴盛格阳和阳盛格阴的病机本质。	√	√		
	6 真寒假寒证和真寒假热证的临床表现以及寒热真假的判别要点。		√	√	√

1.4 重点难点 重点内容主要包括: (1) 虚实病机的鉴别。(2) 虚实真假的观念及形成原因。(3) 阴阳格拒的基本概念。(4) 阴盛格阳和阳盛格阴的病机本质。难点内容主要包括: (1) 虚实真假的临床表现及病机分析。(2) 真寒假寒证和真寒假热证的临床表现以及寒热真假的判别要点。(3) 中医思维的临床指导意义。

2 教学环境与教学资源

教学环境为固定和移动相结合。固定环境主要是指多媒体教室和图书馆等。移动环境是指基于 MOOC 的 PC 端和手机端。教学资源主要包括 MOOC、教材以及多媒体课件等。

3 教学策略

秉持“以立德树人为宗旨,以学生学习发展为中心,以提升学生中医素质为目标”的教学理念,采用基于 MOOC 的线上线下混合式教学模式,分为课前导学、课中研学和课后固学 3 个阶段实施(图 1)。

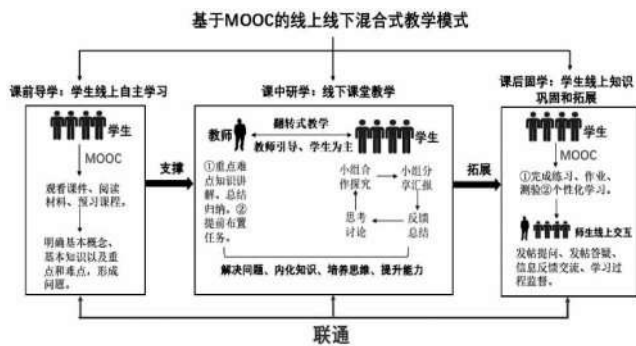


图 1 基于 MOOC 的线上线下混合式教学模式

第一阶段为课前导学。即课前学生线上自主学习。要求学生在课外时间通过手机或电脑观看慕课,明确学习内容中的基本概念、基本知识并形成问题。

第二阶段为课中研学。主要是开展翻转式教学。教师会利用“雨课堂”或微信方式,提前布置学习任务。在课堂上,教师除了对需要牢固掌握的理论知识进行重点讲解和总结归纳外,更重要的是以引导者的身份,以学生为主体,通过小组讨论、案例分析、答疑解惑等多种形式,实现师生间的良性互动,从而完成知识的内化与联结,提高学生对知识的迁移和应用水平,培养学生的中医思维和创新意识,提升学生自主学习、独立思考解决问题以及团队协作沟通的能力。

第三阶段为课后固学。即课后学生线上对知识进行巩固和拓展。课后学生可以通过 MOOC 平台在线完成作业、测验、文献阅读等内容,巩固和拓展所学的知识。学生在课后学习中有任何疑问都可以通过 MOOC 平台和教师展开交流和讨论。

4 教学方法

在教学过程中组合运用多种教学法,包括课堂讲授(Lecture-based learning, LBL)、以问题为导向的学习(Problem-Based Learning, PBL)、以案例为基础学习(Case-Based Learning, CBL)、团队式学习(Team-Based Learning, TBL)以及启发式、比较、归纳总结等教学法<sup>[3]</sup>,激发学生自主学习兴趣,培养学生中医思维以及独立思考解决问题的能力,完成知识的内化和联结,同时促进学生自主学习能力、协作沟通能力的提升。根据具体教学内容,各种教学法的运用见表 2。

5 教学实施

5.1 第一阶段 课前导学: 学生线上自主学习。要求学生观看 MOOC,明确(1)虚实病机的概念。(2)虚实真假的观念及形成原因。(3)阴阳格拒的基本概念。(4)阴盛格阳和阳盛格阴的病机本质等。并在课前预习的基础上提出问题,为开展课堂讨论做好铺垫。

5.2 第二阶段 课中研学: 线下课堂教学(翻转式课堂,时长 50 min)。环节一: 教师可通过 PPT 展示,对学生需要牢固掌握的理论知识进行重点讲解和归纳(时长 10 min)。

表 2 教学法的运用情况

教学内容	知识点	课前	课中(翻转课堂)	课后
虚实寒热之真假	1 虚实病机的鉴别。	启发式+学生自主学习(MOOC)	LBL(比较、归纳总结)	学生自主学习(MOOC)+启发式
	2 虚实真假的观念及形成原因。	启发式+学生自主学习(MOOC)	LBL(启发式、总结)	学生自主学习(MOOC)+启发式
	3 虚实真假的临床表现及病机分析。	启发式+学生自主学习(MOOC)	PBL+CBL+TBL	学生自主学习(MOOC)+启发式
	4 阴阳格拒的基本概念。	启发式+学生自主学习(MOOC)	LBL(强化)	学生自主学习(MOOC)+启发式
	5 阴盛格阳和阳盛格阴的病机本质。	启发式+学生自主学习(MOOC)	LBL(重点讲解、归纳总结)+PBL	学生自主学习(MOOC)+启发式
	6 真寒假寒证和真寒假热证的临床表现以及寒热真假的判别要点。	启发式+学生自主学习(MOOC)	PBL+CBL+TBL	学生自主学习(MOOC)+启发式

如：邪实和正虚的概念、形成原因、病机特点等，阴盛格阳和阳盛格阴的概念、病机特点和证候本质等。

环节二：PBL+CBL 教学，学生为主体，进行思考讨论，解决问题(时长 15 min)。

教师以 PPT 展示近代名医赵绍琴教授一则医案<sup>[4]</sup>，以问题为导向，展开教学。教师从以下几方面对学生引导启发：(1)从虚实病机的角度分析，患者所表现出的是何种性质的证候？(2)为何对久病气血亏虚之人出现的高热，采用甘温之药却病势续增？(3)如何理解“至虚有盛候，大实有羸状”？(4)治疗过程体现了何种中医思维？由学生回答问题。

环节三：学生为主体，教师引导、总结，开展 PBL+CBL+TBL 教学(时长 20 min)。

教师采用“雨课堂”或微信方式，提前布置任务。全班学生自行分组，每组 6~8 人。学生自定组长 1 名，负责制定小组的工作内容，分配任务，组织查阅资料和讨论、撰写学习笔记、制作汇报的 PPT 等。以小组为单位选派代表在课堂上对 PPT 内容进行讲解。教师根据各小组的表现进行点评、总结。

任务：阅读近代名医吴佩衡教授一则医案<sup>[5]</sup>，完成以下学习任务：(1)根据症状对患者体内的阴阳病理变化做出分析。(2)请对患者病证的寒热性质做出判断。(3)分析患者证候形成的原因以及本例患者证候性质判别的关键点。

环节四：教师对学生的汇报进行简要点评，以 PPT 展示形式对重要知识点进行总结归纳(PPT)；同时，布置课后学习任务(时长 5 min)。

如教师可通过 PPT 展示对“真寒假寒证与真寒假热证辨析”进行归纳和总结。

**5.3 第三阶段 课后固学：**学生课后线上对知识的巩固和拓展。对学生的要求如前所述。教师则可以通过 MOOC 平台对学生的状况做进一步分析，掌握学生在线学习的情况。同时结合 MOOC 平台的大数据分析，有针对性地对学生进行指导，使不同层次段的学生都能有所收获。

## 6 教学评价

本节课的教学评价包括 3 个方面：(1)线上学生的对所学知识的预习和巩固情况，包括观看视频、阅读非视频学习内容、完成作业、参与师生讨论交流情况等(MOOC 平台均可统计)。(2)采用大学教师教学效果评价问卷(SEQ)(学生用)，了解学生对本次课的评价。(3)大学教学督导专家随堂听课评价。

## 7 总结与反思

混合式教学能实现师生之间的良性互动，较好地完

成了知识的内化与联结，提高了学生对知识的迁移和应用水平。在使学生牢固掌握基本理论和基本知识的同时，也激发了学生自主学习的欲望，培养了学生的中医思维和创新意识，提升了学生自主学习的能力、运用理论知识分析解决临床实际问题的能力独立思考解决问题的能力以及团队协作沟通的能力。学生普遍反映乐于接受混合式教学模式。

在开展混合式教学设计过程中也存在一些问题值得我们反思和进一步改进。

(1)混合式教学模式下，教学设计是否坚持贯彻“以学生学习发展为中心”的教学理念，教学内容能否体现知识、能力和素质的有机融合？

(2)一流课程应具有高阶性和挑战性<sup>[6]</sup>。教学设计中无体现课程的“高阶性”和“挑战性”？应当通过设计各类学习任务，加强对学生应用理论知识分析临床实际问题的训练，培养学生的高阶认知能力。当然，考虑到大学新生的特点，中基高阶学习的难度要适宜，要符合学生实际，避免学生产生学习的挫败感。

(3)面对中医及相关知识贫瘠的新生，以 LBL 为基础的传统教学法是必不可少的。但 LBL 教学缺乏师生有效互动。要达到良好的教学效果，就必须根据不同知识点的不同教学目标，采用多种教学方法进行组合式教学。

(4)如何管控好学生线上的自主学习、如何驾驭好线下的翻转课堂等等，都是对教师的责任心和创造力的巨大挑战。因此，应加强教学过程的管理，特别是如何提高教师线上教学活动的参与度和积极性以及对线上学习过程的监管意识。教师要增强挑战意识，在教学理念、教学方法、教学手段以及专业知识、现代教育技术等方面要不断学习更新和提升。

(5)MOOC 平台的资源建设需要在教学过程中得到不断的补充和更新。

## 参考文献

- [1] Reich J.Rebooting MOOC research[J]. Science,2015,347(6217): 34-35.
- [2] 崔佳,宋耀武.“金课”的教学设计原则探究[J]. 中国高等教育,2019(5):46-48.
- [3] 吴丽丽,严灿,刘凌云.“双万计划”背景下中医基础理论“金课”建设的思考[J]. 中国医学教育技术,2019,33(6):539-641.
- [4] 赵绍琴,胡定邦,刘景源.温病纵横[M].北京:人民卫生出版社,2006:65-66.
- [5] 吴佩衡.吴佩衡医案[M].北京:人民军医出版社,2009:34-35.
- [6] 吴岩.建设中国“金课”[J]. 中国大学教学,2018(12):4-9.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:王 剑 收稿日期:2020-03-20)



# 基于现代服务平台探讨团队教学法 在中医临床课程中的应用\*

杨艳 王仁媛<sup>※</sup>

(青海大学医学院中医系, 青海 西宁 810000)

**摘要:**目的 探讨团队教学方法在临床课程中的应用效果。方法 通过对团队教学模式的实践, 研究如何改进教学, 提高教学质量。结果 通过这次改革, 获得了良好的效果。结论 考试这一手段能在改进教学、提高教学质量, 培养学生素质和创新能力上发挥更大的作用。

**关键词:**团队教学法; 教学效果; 创新能力; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.006

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0014-03

## Discussion on the Application of Team Teaching Method in Clinical Curriculum of Traditional Chinese Medicine Based on Modern Service Platform

YANG Yan, WANG Renai<sup>※</sup>

(Department of Traditional Chinese Medicine, Medical College, Qinghai University, Qinghai Province, Xining 810000, China)

**Abstract: Objective** To explore the effect of team teaching method in clinical curriculum. **Methods** Through the practice of group teaching model, how to improve teaching and improve teaching quality was studied. **Results** Through this reform, we have achieved good results. **Conclusion** The examination can play a bigger role in improving teaching, improving teaching quality and cultivating students with better quality and innovative ability.

**Keywords:** team teaching method; teaching effects; innovation capacity; teaching mode

随着社会的进步, 医学临床的飞速发展, 临床工作者怎样更好地适应临床, 并且在相应的团队里发挥自己应有的作用, 更好地服务患者, 医学教育是第一道关, 不仅仅要进行知识的传播, 还要进行合作共享精神理念的传播, 值得我们在日常的教学中进行反思和斟酌, 毕竟医学教育培养的是适应现代临床的医学精英, 无论在医学知识, 还是学习方式都要有适用临床的特点。我们目前现有的教学方式普遍集中在知识机械传授、课堂教授以及机械灌输方面, 学生大多都是单枪匹马、单打独斗地在进行学习, 不懂得分享。在现代医学的大背景下, 如何顺应时代的脉搏, 如何去面对激烈的社会挑战, 沟通交流、团队合作成为必然选择。团队教学法是以团队为基本学习单位参与整个学习过程, 共享学习成果的一种方法。现代的临床工作中团队意识、合作共享对于适应临床工作是必备的能力, 也是每一个医者的基本素养。为了培养学生的团队协作、解决实际问题的能力, 我们在教学改革中预设了团队, 并且借助于现代最普遍的 QQ 软件及蓝墨云班课软件, 来实现团队教学中的合作分享以及拓展课堂学习的空间, 现报告如下。

### 1 总体规划

中医临床课程中涉及的门数比较多, 本课题我们选

取中西医结合眼科学和中西医结合外科学作为研究对象, 进行团队教学模式的探索与实践。

**设置学习任务:** 在课程学习中预设学习任务: 这里面包括我们本门专业课程的章节学习任务、目标和各个团队之间如何进行有效竞争的激励机制两个方面的内容。根据中西医结合眼科学和中西医结合外科学学科的特点及教育效果的目标标准设计针对性章节学习目标任务, 包括: 基本专业知识、基本技能训练、基本素质要求, 并且引入有效的团队竞争激励机制, 这需要教师的提前规划, 这部分也是课程学习任务设置的重心, 激励机制要保障学习团队的良好学习效果。

**执行学习任务:** 在课程学习中, 我们需要明确各个团队的任务, 任务包括: 课堂学习前对于学科的基础知识的预习和资料准备; 这部分属于自主学习阶段, 教师提前提供相应的教学脉络、教学资料, 学生以团队形式进行梳理课程基本理论, 完成任务, 充分了解课程学习内容。教师在这部分主要要对团队提出相应要求, 以问题以及病案分析进行, 来进行学习的目标及学习效果的检测, 探讨初步解决问题的思路和方法, 这也为后续课堂教学以及团队的进一步配合完成学习任务打下前期的基础。课堂讲授过程中各个团队要按照课堂即时给出的任务进行, 无论是在问题及病案的分析方面要严格以团队形式进行执行, 并进行记录和给出相应的分数。在团队式教学法的教学过程中, 熟悉任务, 熟知教材知识重

\* 基金项目: 青海大学医学院教改课题 [No. qy.jg201710]

※ 通讯作者: 962532418@qq.com

点,尽可能把课堂项目任务流程化,在每个步骤流程环节都需要教师提纲挈领地掌握知识要点,进行一个引领的作用,从而才能保障课程目标的完成以及知识整合特性,保障提高学习效率。

## 2 具体实施

**2.1 教学过程** 课题组在中西医眼科学中以及中医外科的斑疹章节中进行探索。课题组探索主要是在2016级中医全科班进行,以团体合作的模式进行,全班50个人,分为5个团队,分别由各自的组员给团队进行了命名,分别为自由、西瓜、黄芪、夏日的狐狸,残雪,各自团队也选取了自己的领袖,并且进行了组内的分工。中西医眼科专门有自己的QQ群以及蓝墨云班课的建立,学生通过分享的二维码自由进群,群中所有的资料都为共享,自由使用。QQ中主要分享上传前期预习资料,以及图片视频,大家共享,蓝墨云班课中的文件是必须要大家逐一查看的文字及图片视频资料,查阅有相应的分数。课程的实施中,包括测验、即时问题、视频问题等都是以团队模式进行,在团队中,还设置了组员之间的互评,提高组员的参与率,避免整个学习任务都由个人完成。

中西医结合眼科总共课时为32个学时,中西医结合外科学中的斑疹章节为实践内容,为12次课堂教学,4次实践课程,做好充分教学准备,课前我们给学生已经提供课程需要讲授内容,按照团队任务要求进行高质量的预习。课堂讲授部分以精讲为主,穿插头脑风暴,进行内容的即时巩固,结合临床中的常见病、多发病的专科知识和技能,注重培养学生掌握临床能力和临床素养,以团队为单位承担学习任务,团队中成员分工合作完成,讨论环节通过已有的病例资料及问题进行,通过课堂的讲授以及自我的主动学习,形成牢固的知识结构。

**2.2 考核形式** 在本次教学改革的评价中,结合学校方案和政策,注重过程性考核,加大实践技能的考核,不以期末考试作为唯一评价的手段,以医学教育学生的特点为本,在相应的团队里发挥自己应有的作用,把在处理临床工作时合作共享的精神体现出来,毕竟医学教育培养的是适应现代临床的医学精英,无论在医学知识,还是学习方式都要有适用临床的特点。采用平时成绩及考试成绩相结合的方式相互补充,使考核既有量的精确性,又有质的规定性。在最终考核成绩的形成因素里,平时成绩的形成包括以团队形式的各种考核:病例选择分析、头脑风暴、视频制作、问题处理等实践内容,加大对于临床实践能力的考核,减少机械记忆的内容。体现了学生主动学习的成果以及合作共享的重要性,有效地激发学生学习的积极性,提高教学质量和效果。

**2.3 最终评价** 经过实施教学改革,和参与的同学进行了座谈讨论,大多数同学对于团队式结构的这种学习方

式非常感兴趣,觉得自己是有组织的一个个体,自己完不成的任务团队能一起完成,度过学习中的一个关卡,合作共享让他们也有满足感和归属感,同时也掌握了比以前更多的临床知识,大大提高了临床思维能力的广度和深度。与相关教师进行了座谈,大家普遍认为确实新的教学模式能调动学习主动性,加强学生学习的兴趣,也提高了教学效果,但是每一节课的上课,需要花费大量的时间进行准备,知识储备和备课的压力也会相应提高。

## 3 教学反思

随着现代医学模式的发展变化,临床医疗的发展,如何更好、更快地获取信息,培养能力,临床工作者怎样更好地适应临床,在团队里发挥自己应有的作用,把在处理临床工作时合作共享的精神体现出来,更好地服务患者,适应临床,与医学教育密不可分。医学教育培养的是适应现代临床的医学精英,在现代医学的大背景下,顺应时代的脉搏,面对激烈的社会挑战,团队合作成为必然选择。在培养学生的团队协作解决实际问题的能力教学模式改革中,我们预设了团队,借助于现代最普遍的QQ软件及蓝墨云班课软件,来实现团队教学中的合作分享以及拓展课堂学习。

中西医结合眼科学及中西医结合外科学是临床学科中的重要课程,是实践要求极强的学科,学科的特点要求临床医生要有非常丰富的临床分析能力。单枪匹马的学习已经不适应现代医学发展的需要,实施教学改革后,虽然每个同学觉得学习比平时的学习压力要大,但也同时达到了对知识的融会贯通,教学效果明显提高。同时,改变了以往学生学习动力低下的现状,学习中有快乐、有动力、有帮手,这样的学习才是快乐的,不孤独的,上课的积极性、趣味性才会大大提高。

在整个的教学过程中,必须要有提前充分的准备,进行预期的计划和方案制定,每部分内容的安排,教学的组织以及相应的评价机制是保证本次教学顺利的前提条件。在教学改革实施前期,给学生提供相应的和教学相符合的教学资料以及相应的学习资料,在团队的努力下,帮助每一个成员都能完成预设的学习内容;通过不同的组织形式及各种环节进行组织,对于增加学生的学习兴趣,提高教学效果具有显著作用。这需要参与的教师扎实地掌握本学科的基础知识以及很多的课程前沿内容,还必须具备灵活运用知识的能力、良好的组织能力、提出问题解决问题的能力以及整个课程改革中的组织能力等。在整个教学的实施中,利用了现代的教学平台,对于整个课题实施中提供了良好的保障。

中医临床课程是中医临床教学中的重要组成部分,也是中医学最终的任务,在临床课程中解决实际问题时,单枪匹马的力量显得尤为薄弱,团队合作共赢的理念贯

穿教学过程, 大大提升学生学习的自发性和积极性<sup>[1]</sup>, 组建高效的学习团队并让其具备相应的团队精神, 能使 学生提升团队意识和团队协作能力, 通过相应的明确的 合作任务及分工, 促使团队成员共同完成学习任务, 并 产生对学习的主观能动性。借助于现在比较好的 QQ 平台 及各种教学软件, 进行团队成员之间以及成员与老师之 间的实时的信息沟通, 学习以及分享和组织都可以得到 即时的实现<sup>[2]</sup>。

总之, 团队教学, 改变了以往传统的教学模式, 以 多人协作达成课堂学习目标为基础, 在课堂中体现每一 个成员的价值以及团队合作的强大作用, 有效展开学习 活动, 提高学习效果。因此, 在中医临床课程教学中利

用现代服务平台, 进行团队教学, 对人才培养质量的提 高、学生综合素养和学习效率的提升, 均能起到十分有 效的辅助作用<sup>[3-4]</sup>。

参考文献

[1] 姜冠潮, 周庆环, 陈红. 基于团队的学习模式(TBL)在医学教学方法 改革中的应用与思考[J]. 中国高等医学教育, 2011(2): 8-9.  
[2] 侯敏敏, 吕莎, 张健, 等. 医学生临床实习中存在的问题与对策[J]. 中国现代医学杂志, 2009, 19(17): 2712-2713.  
[3] 杨文斌. 高校考试管理改革与素质教育[J]. 广州师院学报(自然科 学版), 2000(8): 43-46.  
[4] 张平慧. 关于目前高校考试问题的思考[J]. 山东工业大学学报(社 会科学版), 1999(3): 3-5.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 沈国平 收稿日期: 2019-10-25)

# ARCS 动机模型在中医临床专业病理学教学中的应用\*

卜兰兰 余 颜 罗 琳 黄 娟 孙银辉<sup>※</sup>

(湖南中医药大学病理学与病理生理学教研室, 湖南 长沙 410208)

摘 要: 大学生自主学习, 积极参与教学活动, 是保证学习效果的关键。ARCS 动机模型运用于中医临床专业病理学教学, 可 构建新型师生互动关系, 真正以学生为主体, 以教师为引导, 把学习主体还给学生。结合病理学及中医临床专业本身特点, 经 过精心设计与实施, 学生的注意力被吸引和维持, 学生主动明确职业需求和课程学习间的关系, 并在教学过程中建立自信心, 形成习得新知的满足感。

关键词: ARCS 动机模型; 学习动机; 病理学; 中医临床专业

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.007

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0016-03

## The Application of ARCS Motivation Model in the Teaching of Pathology for Students of Traditional Chinese Medicine Clinical Specialty

BU Lanlan, SHE Yan, LUO Lin, HUANG Juan, SUN Yinhui<sup>※</sup>

(Department of Pathology and Pathophysiology, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: Study on his own and to be the host of the classroom is the key of the learning effect in collage students. Applying the ARCS motivation model to the pathology teaching in students of traditional Chinese medicine specialty, we constructed a new relationship between teachers and students. In this educational activity, teachers were playing a leading role and students were a main body. Combined the characteristics of pathology with clinical specialty of traditional Chinese medicine, after our elaborate design and meticulous implementation, the attention of students was attracted and maintained. Even more, our learners understood the relationship between their future jobs and this course thoroughly. Fortunately, they establish self-confidence and derive satisfaction from pathology teaching.

Keywords: ARCS motivation model; learning motivation, pathology, traditional Chinese medicine clinical specialty

病理学是基础医学与临床医学之间的一门桥梁 课, 对临床工作有重要的指导作用。因牵涉多门学科 知识, 涉及繁杂病变, 且病理临床推理严密, 学生掌 握有一定难度。尤其对中医临床专业学生, 学时少、

西医基础薄弱, 更易产生厌学情绪。针对中医院校实 际情况和病理学学科特点, 如何激发和维护学习动 机, 解决结构不良问题, 是病理学教学必需要考虑的 问题。

著名心理学家 John. M. Keller 提出的 ARCS 动机模型 是迄今将动机原理整合到教学设计最系统的学说<sup>[1]</sup>。该 模型认为影响学习动机的因素有四类: 注意(Atten- tion)、相关性(Relevance)、自信心(Confidence)和满 足感(Satisfaction), 简称 ARCS 动机模型。该模型自创

\* 基金项目: 湖南省普通高校教学改革研究项目【No. 203, 404】; 湖 南中医药大学校级教学改革研究资助课题【No. 2017-JG025; 2018-JG033; 2016-JG008; 2016-JG031; 2019-JG015】

※ 通讯作者: 33468088@qq.com



建以来备受教育界重视,经理论研究和广泛实验,有效性得到充分肯定<sup>[2-5]</sup>。德雷斯科尔(Driscoll, M. P. 2005)在ARCS动机模型的基础上,得出与之对应的教学策略。将二者结合,激发和维护学习动机的病理学教学设计分四步:(1)分析中医临床专业学生学习病理学的动机问题;(2)定义动机引起的目标;(3)设计并实施相应的激励策略;(4)评价。以期改变学生积极性不高、学习效率低下的现状,激发学生主人翁意识,从而提高教学质量。现将ARCS动机模型在中医临床专业病理学教学中的应用研究报告如下。

### 1 研究方法

**1.1 按照ARCS模型制作剖面图** 本校中医临床专业病理学共64学时,理论48学时,实验16学时,2节/次,2次/周,共16周。依2015级中医临床三、四班学生(138人)病理学学习情况确定A、R、C、S位置水平(见图1)。

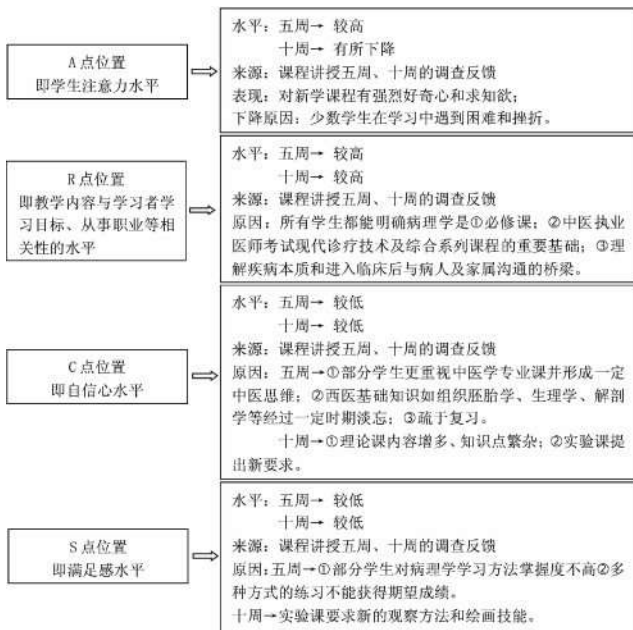


图1 2015级中医临床三、四班病理学学习情况A、R、C、S位置水平

**1.2 定义动机引起的目标** 依A、R、C、S位置水平,学习动机的教学设计考虑3个目标(见图2)。

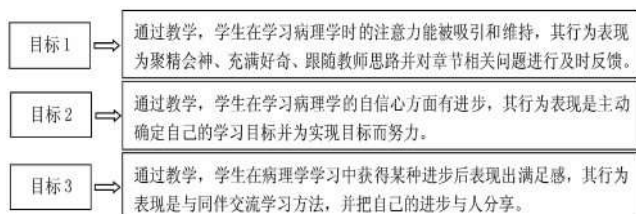


图2 定义动机引起的3个目标

**1.3 针对教学目标 设计并实施具体激励策略** 参考德雷斯科尔教学策略表设计具体激励策略(见图3、图4、图5)。

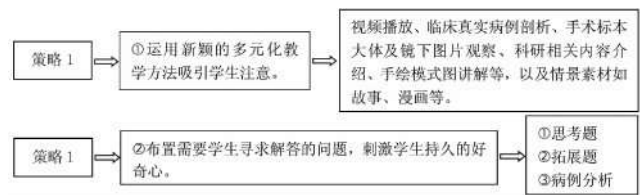


图3 激励策略1

如,讲解心肌梗死时,选用电视剧中对心肌梗死患者抢救的片段,结合心肌梗死患者尸检病例和梗死心肌大体及镜下图片,对临床积极处理心肌梗死并发症及梗死心肌时相学改变进行阐述;介绍动脉粥样硬化病变累及血管时将老一辈病理学家手绘大、中动脉挂图图片展示给学生,发病机制涉及脂质沉积学说时结合科研进行讲述;分析急性肾小球肾炎时插入临床肾穿刺病理检查报告单;剖析肝硬化假小叶时,手绘肝小叶结构受损至假小叶形成的过程;讲解肝脂变时引入“暴走妈妈”的故事。

拓展题目,如心血管系统:尿量正常,高血压患者是否有肾脏病变?呼吸系统:与吸烟密切相关的疾病有哪些?消化系统:为什么幽门螺杆菌的发现可获得诺贝尔奖?

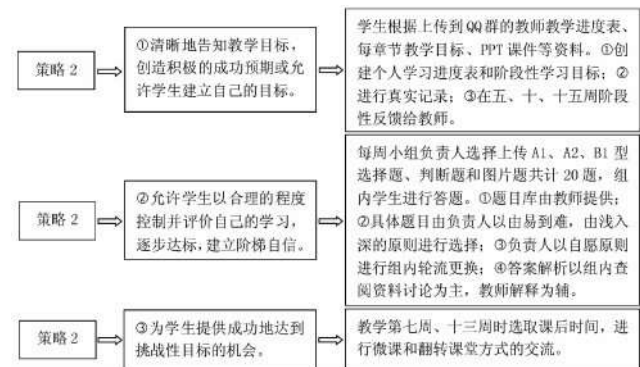


图4 激励策略2

允许学生发挥聪明才智,挑战重点难点。培养学生表达能力、病理与临床结合能力和运用临床思维综合分析问题的能力。增加趣味性和挑战性,激发学生参与欲望,树立自信。

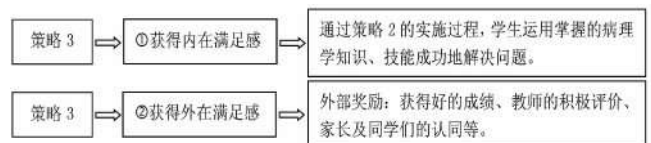


图5 激励策略3

在建立自信的基础上,产生自然的满意后果。当个别学生表现缺乏自然的满意后果时,教师积极启动正强化。对微小进步口头表扬,作业批改时进行符号化奖励以及适当的实物奖励,如笔记本、签字笔、彩笔、学生喜欢的中医类书籍等。

**1.4 评价内容** 按时间点(5、10、15周)时进行策略实施阶段文字材料的汇总,并对学生进行阶段性考核。阶段性考核内容包括问卷星在线考试和随堂图片考试。以问卷星

在线考试、随堂图片考试和期末考试成绩作为客观评价依据(见图 6)。比对第二步制定的 3 个目标,进行分析。

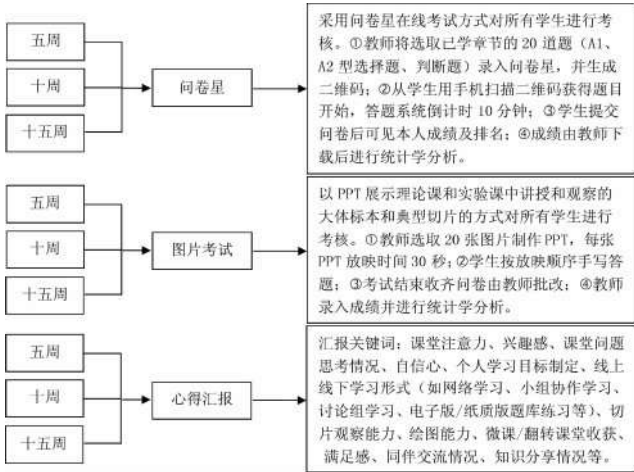


图 6 第 5、10、15 周主要材料汇总及部分客观评价指标

**1.5 统计学方法** 采用 SPSS 25.0 软件对所有收集的有效成绩进行统计学分析。数据以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用单因素方差分析, 2 组间比较采用 LSD。P < 0.05 或 P < 0.01 时, 差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 问卷星测试成绩及期末考试卷面成绩** 第 10、15 周问卷星测试成绩及期末考试卷面成绩与第 5 周问卷星测试成绩比较, 有明显增长。第 15 周问卷星测试成绩和期末考试卷面成绩与第 10 周比较, 成绩明显增长。见表 1。

表 1 第 5、10、15 周问卷星在线病理学阶段性考核及期末考试卷面成绩 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

时间	有效成绩个数	成绩
第5周	138	62.4 ± 9.2
第10周	138	68.8 ± 8.3**
第15周	138	72.7 ± 6.9***
期末	138	71.1 ± 6.7***

注: 与第 5 周比较, \*\*P < 0.01; 与第 10 周比较, \*\*P < 0.01; 与第 10 周比较, \*P < 0.05

**2.2 图片考试成绩及期末考试卷面成绩** 第 10、15 周图片考试成绩及期末考试卷面成绩与第 5 周图片考试成绩比较, 有明显提高。见表 2。

表 2 第 5、10、15 周图片考试及期末考试卷面成绩 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

时间	有效成绩个数	成绩
第5周	138	64.4 ± 8.6
第10周	138	70.3 ± 8.4**
第15周	138	71.9 ± 8.3**
期末	138	71.1 ± 6.7**

注: 与第 5 周比较, \*\*P < 0.01; 与第 10 周比较, \*\*P < 0.05

**3 讨论**

ARCS 动机模型在中医临床专业病理学教学中的整个

实施过程如上所述。该理论与病理学教学的实践结合时, 要保证在 100 多人的大班中顺利实施, 教师需精心设计, 更离不开学生们的积极参与。根据心得汇报和阶段性考核结果可知, 学生注意力从 5~10 周有所下降, 至 15 周再次被吸引和维持, 学生在教学过程中逐渐建立自信心, 形成习得新知的满足感。

学生具体表现为: 对病理学课程的兴趣感增强; 课堂注意力时间有所延长; 课间及课后思考问题、主动提问、查阅资料的现象逐渐增多; 线上主动在中国大学慕课、爱课程 APP 上预习和复习; 线下以小组形式进行病例讨论、知识点复习; 课后合理安排时间进行题库练习; 实验课切片观察时主动拍镜下切片提问或命名保存便于复习, 翻阅组胚图谱观察异常区域尝试性进行诊断, 课下对照所拍图片认真进行绘图; 在翻转课堂中积极表现, 阐述自己的观点并迅速回答它组问题、同时又对它组提出有意义的问题; 绝大多数学生反映常与室友、组员或在 QQ、微信上进行病理学知识的交流, 将所学所得进行分享; 多数学生对临床常见疾病从病理学角度有了更深的认识, 对学好西医课程更加有自信, 获得满足感。

客观表现为: 第 5、10、15 周阶段性考核中, 学生问卷星成绩和病理学图片考试成绩均呈现增长趋势, 并在 15 周时较为稳定(见表 1、表 2)。因为在第 15 周即病理学理论、实验课即将结课时, 问卷星考试成绩与期末考试卷面成绩比较, 差异无统计学意义(P > 0.05), 图片考试成绩与期末考试卷面成绩比较差异也无统计学意义(P > 0.05)。期末考试卷面考核作为终极性评价历来都在教师和学生心目中占有重要位置, 它被公认为学生掌握所学知识最为公平和客观的评价指标。我们的 2 种阶段性考核指标——图片考试、问卷星测试, 在学期末时所测结果与终极性评价指标并无差异, 但又能在整个学习过程中反映出学生的进步过程。这表明, 我们将问卷星、图片考试作为形成性评价的重要组成部分, 用于中医专业病理学课程的阶段性考核是合理的, 且在后续教学过程中可以选择此两项指标作为形成性评价好的客观依据。

从个人体会、学生反应及客观评价指标来看, ARCS 动机模型运用于中医临床专业病理学教学中, 结合具体的激励策略, 可以激发和维持学生学习动机, 使教学更有效。

**参考文献**

- [1] 张祖忻. 如何将动机原理整合于教学设计过程——谈约翰·凯勒教授的动机系统学说[J]. 开放教育研究, 2003, 42(2): 9-12.
- [2] 胡雪娇. “ARCS 教学模式”在初中生物学教学中提升学习动机的应用研究[D]. 成都: 四川师范大学, 2018.
- [3] 王文强. 基于 ARCS 动机模型的高中生物微课设计与应用研究[D]. 昆明: 云南师范大学, 2018.
- [4] 陈天仙. 基于 ARCS 动机模式的微课设计与应用研究——以小学信息技术课为例[D]. 武汉: 华中师范大学, 2017.
- [5] 杨碧花. 大学英语课堂结束环节教学研究——基于 ARCS 动机激励模型[D]. 漳州: 闽南师范大学, 2016.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 唐 群 收稿日期: 2019-10-25)

# 针刀治疗技术 在军医院校留学生教学培训中的实践与思考\*

彭海东 李峻 赵圣佳 张申 曾贵刚<sup>※</sup>

(中国人民解放军海军军医大学附属上海长征医院康复理疗教研室,上海 200003)

**摘要:**针刀治疗技术是针灸现代发展的典型范例,具有创伤小、场地限制少,在软组织损伤类疾病中疗效显著,治疗军事训练引起的各种慢性软组织损伤等优势,但目前在我校留学生针灸培训中还是空白。将针刀治疗技术引入军医院校留学生针灸培训,在教学过程中紧贴实际需求,有针对性地进行教材课件编写、实施模块化教学及教学效果考核评估,取得了良好的教学效果,可有效帮助军医院校留学生掌握现代针灸技术,增强其军事卫勤保障能力。

**关键词:**针刀;留学生;军事训练伤;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.008

文章编号:1672-2779(2020)-20-0019-03

## Practice and Consideration of Acupotomy Technology in the Teaching and Training of Foreign Students in Military Medical University

PENG Haidong, LI Jun, ZHAO Shengjia, ZHANG Shen, ZENG Guigang<sup>\*</sup>

(Department of Rehabilitation, Changzheng Hospital Affiliated to Naval Military Medical University, Shanghai 200003, China)

**Abstract:** Acupotomy is a typical example of modern development of acupuncture, with small trauma and less site limitation. It has a remarkable curative effect in soft tissue injury diseases. It has unique advantages in treating various kinds of chronic soft tissue injury caused by military training, but it is still blank in the training of acupuncture for foreign students in our university. In the process of introducing Acupotomy technology into the training of acupuncture for foreign students in military medical university, teacher closely adhere to the actual needs and carry out the compilation of teaching materials and courseware, the implementation of modular teaching and the evaluation of teaching effect. Through the above means, good teaching effect has been achieved, which can effectively help foreign students master modern acupuncture technology and enhance their military medical support ability.

**Keywords:** acupotomy; foreign students; military training related injury; teaching reform

针灸是中医学的重要组成部分,是中医学的宝贵遗产。近年来,随着健康理念的转变,针灸作为非药物治疗的典型,以其独特的魅力吸引越来越多的外国学者,对很多国家的医疗保健产生了广泛影响,来华交流学习针灸的留学生呈现爆发式增长的趋势<sup>[1]</sup>。我校外训留学生虽主修西医基础与临床知识,但中医学课程也备受欢迎。特别是对针灸,广大留学生表现出了浓厚的学习兴趣。同时,针灸治疗技术也随着时代的进步在不断发展,衍生出了很多独具特色的治疗方法,当前外训留学生的针灸培训往往忽视了现代针灸治疗技术的发展,培训还多局限于传统针灸内容的教学。如何进一步全面展示针灸治疗技术,也是外训留学生培养过程中需要改进的地方。我校留学生多为军医背景,如何结合本校留学生特点,帮助他们更好地掌握针灸技术在军事卫勤保障中的运用,体现我校针灸培训的特色,值得思考和改革。

### 1 留学生培训对针刀治疗技术的需求

针刀治疗技术是在中医理论的指导下,借鉴现代医学外科手术、解剖学等原理,并吸收现代生物力学及其他自然科学新成果,以针刀为主要治疗手段而创立的一门具有自主知识产权的治疗技术体系<sup>[2]</sup>。经过40余年的发展,针刀理论不断完善,针刀诊疗技术不断规范化、系统化,针刀治疗的适应证也从颈肩腰腿痛扩展到与脊柱相关的内、外、妇、儿、皮肤、五官等多科疾病。其理论观点的升华、临床疗效的提高、治疗范围的拓展、疑难病症的攻克,都标志着针刀医学进入了一个新的发展阶段,成为中医现代化的成功范例<sup>[3]</sup>。

针刀是我国具有自主知识产权的一项发明,尤其是在软组织损伤类疾病中具有非常好的疗效,具有开放性手术或其他疗法无法比拟的优势<sup>[4]</sup>,在国外也越来越得到认可。从2004年起,全国各中医院校已在本科生、研究生中逐步开设针刀专业课程,同时留学生也逐渐接触到这门新的治疗技术,目前北京中医药大学、湖北中医药大学等院校已培养多名针刀方向留学生硕博。如何将针刀治疗技术引入军事训练伤的防治仍是我校留学生教学培训中的一个空白。

\* 基金项目:上海科委中医引导项目[No. 18401901600];海军军医大学留学生培养专项教学研究与改革项目[No. WJYB2018014]

※ 通讯作者:newbees@smmu.edu.cn



军事训练伤(Military training related injury), 是各国军队和平时军事训练中最容易出现的伤病, 损害官兵健康, 严重影响部队训练, 削弱部队战斗力, 是造成非战斗减员和制约卫勤保障能力提高的突出难题。急、慢性软组织损伤在军事训练伤中最为常见, 针刀可以迅速缓解局部软组织痉挛、粘连, 改善病灶处微循环, 促进组织修复, 使人体内部失衡的力学系统重新恢复平衡, 治疗军事训练伤疗效显著<sup>[5]</sup>。针刀治疗过程操作简单, 很少受环境和条件的限制。治疗时切口小, 不用缝合, 对人体组织的损伤也小, 且不易引起感染, 无不良反应, 患者也无明显痛苦和恐惧感, 术后无需休息, 治疗时间短, 疗程短, 对军事训练伤治疗有一定优势, 非常适合在基层、战地条件下使用推广。

近年多国军医于我校进行交流访问, 交流中得知外军已广泛使用针灸干预军事训练损伤引起的疼痛, 取得了良好效果, 可以有效减少军队止痛药物滥用, 减少药物成瘾和依赖, 是一种十分受外军欢迎的治疗手段。在交流期间我们进行了针刀治疗技术在慢性软组织损伤类疾病中应用的现场展示交流, 对于这种能快速缓解疼痛、解除组织粘连、微创的治疗技术引起了外国军医的强烈兴趣, 纷纷询问了解这项新的治疗技术, 表现了浓厚的学习兴趣, 我们将针刀治疗技术引进到留学生针灸培训, 增强留学生应用针灸处置军事训练伤的能力, 取得了良好的效果。

## 2 留学生针刀治疗技术的教学培训

立足于外军留学生的需求, 体现我校针灸培训的特色, 我们开展了以军事训练伤为主的针刀治疗技术相关教材课件、教学培训及结业考核的教学培训工作。

**2.1 双语教材及教学课件制作** 设计、制作《针刀治疗技术在军事训练伤中的应用》课件, 编写针刀治疗常见、多发军事训练伤的中英文对照教材, 将针刀治疗技术引进到留学生针灸培训。

**2.1.1 课前组织调研** 通过现场调研与学生进行直接的交流沟通, 从多角度、多层次获得第一手数据, 了解学生的学习需求与兴趣所在。同时还运用调查问卷, 了解教师及学生教学实践中的具体要求, 并进行分析, 为制定教材内容和教学方法提供相关依据。

**2.1.2 双语教材及教学课件制作** 按照教学要求, 按针刀基本理论、针刀诊断技术、针刀操作技术、针刀治疗五部分编写教材及课件, 运用语言、文字、图像、视频等多种媒体信息进行有机地组合, 编制出集声、光、色、动画、动态图像等为一体的教学素材。

**2.2 围绕学以致用 改进教学方法 实施模块化教学** 围绕学以致用, 对教学课程按照优势病种进行模块化分割; 制定实施方案, 在实施中注重能力塑造和实践提升, 提

高课程的连续性和系统性, 建立以技能培养和能力塑造为核心的教学模式, 优化针灸课程设置, 充分展示针灸技术的现代发展, 拓展学生视野。通过理论教学和临床观摩, 初步掌握针刀治疗技术治疗各类急、慢性软组织损伤引起的军事训练伤, 增强留学生应用针灸处置军事训练伤的能力。

**2.2.1 理论学习精选内容 突出重点** 针刀治疗技术内容繁杂, 包括了基本理论、诊断技术、操作技术、治疗等众多内容, 由于学员学习课时有限, 不可能在教学中顾及所有内容处处精通讲解, 在有限的教学课时中如何让学生尽可能掌握更多的实际运用, 是理论教学需要重点考虑的。因此, 在教学中首先需要贯彻重点突出, 精选教授内容, 教员需要教学聚焦, 有所教、有所不教。采用视频、现场多媒体演示等多种教学手段, 重点讲解针刀操作要领和疗效显著的常见病, 尤其是各类软组织损伤疼痛类疾病的诊治。

**2.2.2 实施模块化教学** 针刀的优势病种如: 颈椎病、肩关节损伤、下腰痛、膝关节痛、足跟痛等为模块设计课时。每个病种可安排1学时, 从疾病的诊断、辅助检查、局部解剖结构、具体的定点、进针、松解操作等进行讲解。教学过程中突出能力塑造, 重视技能培训, 注重实效。理论学习完成后, 可安排专业课教师在人体模型或标本上进行操作指导, 让学生动手练习。每次实训课由任课教师主导全局, 还配备1~2名助教, 及时发现和解决学生练习过程中存在的问题, 注重最大限度地发挥学生的独立性和自主性, 培养其实战能力。实训课结束后, 要求学生书写实训报告, 如实记录实训情况, 并反馈教学改进意见。

**2.3 针对教学目标 组织实施与效果评价** 教学完成后针对教学目标, 组织实施与效果评价: 按实施方案进行教学实践, 通过理论考核、实践操作及学习后的问卷调查等方式检验教学效果。将理论考试和临床实践、技能考核有机结合的考核模式。考核以实际病例为主导, 在模拟诊室, 每名学员随机抽取一个病例进行理论和技能考核。理论考核口头回答疾病的病因病理、诊断、鉴别诊断、预防等理论内容。技能考核按照抽取的病例在人体模型上进行针刀操作, 并在操作过程中同步讲解操作步骤和相关注意事项, 并回答考官关于操作的提问, 重点考察针刀的规范操作及刀法手法的应用。理论考核和技能考核各占50分, 二者结合, 总分60分以上为成绩合格, 即认为考试通过。

## 3 小结

我校留学生多为军医背景, 学业完成后多从事军队卫勤保障工作, 针灸教学不但要继承传统技法, 更要把针灸技术的现代发展成果也在教学中有所体现。针刀治疗技术是针灸现代发展的典型范例, 具有创伤

小, 场地限制少, 在软组织损伤类疾病中具有非常好的疗效, 治疗军事训练引起的慢性软组织损伤上有其独特的优势。针刀治疗技术教学培训目前在很多医学院校及附属医院针灸科、疼痛科及康复医学等科室广泛开展, 但在我校留学生针灸培训目前还是空白。将针刀治疗技术引进到我校留学生针灸培训, 紧贴实际需求进行教材编写、理论临床教学及考核, 可增强留学生应用针灸处置军事训练伤中的能力, 具有重要的现实意义。

#### 参考文献

- [1] 许佳年, 余震, 李小艳, 等. 西医背景留学生全英语针灸教材的建设[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 12(23): 5-7.
- [2] 张义, 郭长青. 中医院校教学中解剖学在针刀疗法的运用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(15): 83-84.
- [3] 王雪芬. 针刀医学与中医现代化[J]. 世界科学技术, 2006, 8(4): 82-84.
- [4] 李义凯. 针刀之现状[J]. 颈腰痛杂志, 2011, 32(4): 243-244.
- [5] 庞爽, 尤艳丽, 钱小路, 等. 针刀疗法治疗军事训练伤现状[J]. 湖北中医药大学学报, 2013, 15(6): 70-71.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 赵 婧 收稿日期: 2019-10-22)

## 基于系统辨证脉学技术 寓教于术教学法培养模式构建探讨\*

滕 晶 张 琦

(山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250014)

**摘要:** 脉诊是中医独特的诊断技术, 是中临床操作技能中的特色, 为中医学不可或缺的传统诊法之一。培养合格并且优秀的中医人是目前中医院校的首要任务, 而要完成此项任务必须首先要重视中医临床思维的培养。本文基于系统辨证脉学技术理论, 探讨“寓教于术”教学法培养模式构建, 试为培养中医学子掌握脉诊技术, 提高中医临床思维能力提供新思路。

**关键词:** 系统辨证脉学; 培养模式; 寓教于术; 中医临床思维

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.009

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0021-03

### Discussion on the Construction of Teaching in Operation Training Mode Based on Systematic Pulse Differentiation Technology

TENG Jing, ZHANG Qi

(The First Clinical Medical College, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China)

**Abstract:** Pulse diagnosis is a unique diagnostic technology of traditional Chinese medicine, is the characteristics of clinical operation skills of traditional Chinese medicine, and is one of the indispensable traditional diagnosis methods in traditional Chinese medicine. Cultivating qualified and excellent Chinese medicine people is the primary task of traditional Chinese medicine colleges and universities at present, and in order to complete this task, we must first pay attention to the cultivation of clinical thinking of traditional Chinese medicine. Based on the theory of systematic syndrome differentiation pulse technology, this paper discusses the construction of the teaching method of “teaching in operation”, and tries to provide a new idea for cultivating students of traditional Chinese medicine to master pulse diagnosis technology and improve the clinical thinking ability of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** systematic syndrome differentiation pulse science; training mode; teaching in operation; clinical thinking of traditional Chinese medicine

脉诊是中医四诊之一, 具有从整体、动态和个性化角度全面掌握人体生命活动规律, 充分反映机体信息的整体性、客观性和时序性特点<sup>[1]</sup>。脉象中可以体现机体状态的连续变化, 通过脉象诊查, 监测人体的个性、体质, 能够全面评价机体状态, 可以为疾病的发生提供预警信息, 指导临床辨证治疗, 是中医临床操作技能中的特色, 为中医学不可或缺的传统诊法之一。传统脉象多是由多个变量组成的一组脉象指代复合体, 且对脉象特征多用比喻等抽象修辞手法进行描述, 增加了脉诊学习

的难度, 使学者往往“心中易了, 指下难明”。针对这些问题, 我团队研究提出“寓教于术”教学法, 加强临床实践教学比重, 在教学方面打破了原有教学模式的桎梏, 为促进中医脉诊的传承与普及添砖加瓦。

#### 1 系统辨证脉学与脉诊教学现状

系统辨证脉学是齐向华教授团队在继承传统脉学技术和理论的基础上, 融入了现代物理学、信息学、心理学等多学科知识, 结合数十年临证经验而形成的一种特色脉学理论体系和脉诊技术<sup>[2]</sup>。

中医学与现代医学 2 种不同医学体系共同成为目前综合医院的疾病检查手段, 这种现状使得中医临床学生在诊疗时出现混乱、不精致深入的临床诊疗行为, 过分

\* 基金项目: 山东省高等医学教育研究中心教改项目[No. YJKT201960]; 山东中医药大学教学改革团队项目[No. JG2019032]

强调和依赖仪器检查手段和西医检查,而忽略了传统中医四诊“望、闻、问、切”对疾病有效体征信息的采集,尤其使得具有中医特色的临床操作技能——脉诊的运用陷入尴尬局面。目前关于中医实习医学生的脉诊操作技能教学、培训多集中在中医诊断学课堂上理论知识和脉诊实验教学2个方面,以上2个方面全部在学校教学中完成,目前尚无针对中医实习学生在临床实习阶段的脉诊操作技能的培训,因此也未形成一套行之有效的脉诊技能培训模式。脉诊需要跟师的学习方式,由于传统脉诊难以描述,不能客观化,学脉者往往“心中易了,指下难明”。另外,目前医疗环境下,医患关系的紧张,也使得医学生获得脉诊临床操作和实践的机会越来越少,这在一定程度上使得中医临床实习学生对具有中医脉诊技术的实践更加不尽如人意。因此,改变目前中医实习学生临床脉诊学习模式对广大实习学生的脉诊操作技能水平的提高、尝试建立有效的脉诊培训模式具有重要的现实意义。

## 2 中医临床思维

临床思维是临床医生旨在达到对疾病正确认识和处埋这一目的而进行的思维活动<sup>[3]</sup>。中医临床思维是中医学理论体系构建过程中的理性认识的方法学体系,它借助于语言,运用概念、判断、推理等思维形式反映人体内外的本质联系及其规律性。它是在长期医疗实践活动的基础上,运用中国古代哲学思想和方法,并采纳了古代的天文、历算、地理、气象、生物、物理、心理等学科知识,对人体的组织结构、生理功能、病因、发病、病机、养生和治则等进行了总结、分析、归纳和整理,经过实践-认识-再实践-再认识的多次循环过程而形成的<sup>[4]</sup>。其形成要建立在一定中医学基本理论知识基础上,需要经过反复思考与实践,将基本理论灵活地运用于临床。中医学的实践性很强,巩固和提高临床水平必须通过大量的实践<sup>[5]</sup>。通过对临床问题不断深入地思索、再学习的过程,反复临床使其学术基础和经验不断积累,对中医理解程度不断加深,逐渐形成自己的临床诊疗思路,能够创造性地解决临床实际问题。

正确的中医临床思维对临床诊治起着决定性的作用,要想做好中医药知识的传承和创新,建立中医临床思维能力培养的模式是关键点。目前对临床中医专业的学生和医师的思维能力的培养是重中之重,使中医学专业学生和医师具备发现问题、分析问题和解决问题及独立进行临床诊疗工作的能力是难点也是关键点,解决临床实际问题、提高临床疗效则是现代中医思维模式的根本目的<sup>[6]</sup>。但是中医思维学习起来有一定难度,也不是一朝一夕就能掌握其要点,加之中医院校教育模式的单一化,当前一大部分中医学生对中医学之不深、不精,临

床应变能力欠缺,工作时不能应对各种复杂的情况,就业难已成为普遍现象,严重影响学生的学习积极性,同时阻碍了中医药事业的传承和发展。因此,培养合格并且优秀的中医人是目前中医院校的首要任务,而要完成此项任务必须首先要重视中医临床思维的培养<sup>[7]</sup>。

## 3 寓教于术教学法研究

**3.1 寓教于术教学方法** “寓教于术”教学方法即将抽象的知识还原为脉诊时的真实感觉和实际临床过程的真实感受,使学生在抽象的脉学知识和真实的临床感受之间反复训练与思考,不断强化对系统辨证脉学技术的掌握和中医临床思维的运用。

**3.2 研究对象** 2018年同期考入某中医药大学中医内科学专业型研究生60名,按照随机分配原则平均分为实验组和对照组各30人。

**3.3 培养方案** 对2018年同期考入某中医药大学中医内科学专业型研究生,进行理论基础考核和临床技能考核,记录考核成绩,并做相应的数据处理,筛选基础技能水平相对一致的60名中医内科学专业型研究生作为受试者;按照随机分配原则平均分为实验组和对照组各30人,2组在文化程度,年龄等一般资料方面无显著性差异。实验组采用“寓教于术”教学方法进行教学,对照组按照传统教学方法进行教学,不作特殊干预。

主要培训内容: (1)选取《系统辨证脉学》培训教程》作为脉诊教学的培训教材,课程讲授及临床带教均由熟练掌握系统辨证脉学脉诊技法的教师担任; (2)线上教学与线下教学2种授课方式同时进行。“寓教于术”技术理论培训模块的线上微信课教学采用PBL教学法进行教学<sup>[8]</sup>,每周2次,每次上课之前将课件PPT、教案等发到微信群中让学生进行预习,课件内容包括脉基本常识、认知过程、心理感受、脉诊要素等,同时发布课前预习要求;学生通过课前预习并学习相关资料,形成个人课前预习报告,包括错误点、训练成绩、训练次数等内容;教师授课时结合系统辨证脉学虚拟脉学教学软件,利用3D虚拟脉象系统,真实还原脉象特征,模拟真实诊脉情境,强化学生临床脉诊思维能力和脉诊操作规范化的培养。

线下教学则是课堂授课与小组带教结合的培训方式,采用6人小组式教学法,由临床经验丰富的脉诊专家现场教授诊脉方法,讲解25对基本脉象要素以及相兼脉象要素的特征,每对脉象要素讲解结束后以小组形式采用“轮转式”脉诊实操,当场进行脉诊实地演练,诊脉后记录被诊者的脉象要素并进行课堂讨论,此教学方式使学生逐一对脉诊要素进行辨识,经反复训练熟练后,再进行复合脉诊的培训,使学生能够做到熟悉局部脉诊和系统脉诊。



“寓教于术”的实战演练模块在某教学医院病房、门诊等教学场景下,择取具体病症案例为引,运用“诊断式教学”,针对典型病人,每周床旁教学、门诊试诊等教学指导1~2次。对典型病案,学生先根据体格检查、临床四诊操作等分析患者病因脉象和病机脉象特点及辨证用药之间的关系,然后老师进行讲解实训。实训方式采取“从单要素到多要素,从脉象层次到脉象系统,从脉象系统到疾病过程”逐一进行实训;“以脉象系统到疾病过程”即是“从脉象系统推及病因、病机、治则、治法、治疗方式、预后判断等整个面的临床思维判断训练”。通过该实训学生在抽象的脉学知识和真实的临床感受之间反复训练与思考,不断强化对系统辨证脉学技术的掌握和中医临床思维的运用。

**3.4 考核评价** (1)考核方案。采用《OSCE考核评价办法》<sup>[9]</sup>对个人进行考核:第一站:系统辨证脉学技术操作,随机选取2对脉象要素,描述其脉象特征;第二站:病例分析,以学生诊脉、专家监督评定的方式进行临床诊脉考试;第三站:真实病人试诊,选取真实病人作为考试对象,由学生对其进行脉象分析,并做出书面解答,做综合分析能力的考核。

(2)评价办法。按专家组制订的结合《全球医学院教育的最低基本要求》《执业医师资格考试实践技能考试大纲》《中国高等医学院教育标准》,实行客观结构化临床考试评价学生系统辨证脉学技术和临证思维能力,采用专家评分与自我评分相结合的方法,制定《“寓教于术”系统辨证脉学教学临床操作技能评分标准》,专家评分与自评分按照7:3比例作为考核成绩。运用统计学方法对考核成绩进行分析。培训6个月后2组均进行阶段性考核,比较教学前后2组中医脉诊专业理论知识、诊脉能力等是否存在显著差异,评价该教学模式的有效性及其可实施性,根据考核结果,对该教学模式进行修改和完善。

### 3.5 研究创新点

**3.5.1 思路创新** 本研究以系统辨证脉学为基础,以“寓教于术”教学方案为指导,突出中医临床辨证思维之“术”的训练,规范中医临床辨证思维之“术”的教学内容,解决当下中医学教育重理论轻实践、中医临床辨证思维之“术”与中医临床辨证思维脱节的问题。本研究立足于创新教育,在理论与实践上探索出一条有效提高学生动手实践习惯与能力、兴趣和乐趣,增强实践能力的新路子,同时有利于培养学生的探索和实践精神,增强了学生的创新意识和能力。

**3.5.2 模式创新** 克服脉诊单纯理论教学枯燥、操作性差的局限性,开展技术理论培训与临床实战演练相配合的教学模式,设置线上和线下课程,打破以往学习过程中

遇到问题不能及时解决困境,可以改善传统教学的单一性“灌输式”教学,丰富教学方式方法,强化学习者与教师之间的互动式学习以及提升学习者的自主学习能力,提高学习兴趣。网络教学,群策群力,实时教学,通过启发式教学、讨论模式、案例导入等教学方法,充分开展师生互动,使教学内容生动、形象,真正理论与临床相结合。培养中医临床思维方法,主要应在实践中培养。早期临床实践可以增强学生感性认识,树立专业信念,激发学习主观能动性,有利于中医知识框架的搭建,专业技能提升,从而促进学生中医临床思维的构成。<sup>[10]</sup>

### 4 小结

“寓教于术”教学法针对当下中医研究生教育重理论轻实践、中医临床辨证思维之“术”与中医临床辨证思维脱节的问题,以可操作、可量化的系统辨证脉学技术为切入点,对中医研究生临证思维进行反复训练,使学生在体验中不断进步,新型的培养模式,不仅大大地提高理论课程培养的质量,还加强了理论知识与临床技能的结合,从而提高了学生学习的积极性和对中医操作技能应用的准确性,培养出了真正体现中医特色,具有高水平中医临床操作技能的临床医学生。这一模式具有规范的培训、应用和考核方案,适应于现代临床人才的培养,且易于普及和推广,不仅可以提高医学生的临床能力,解决当下学生对脉学难以接受与理解的难题,促进中医学生临床思维观念的建立,确保临床医学专业的教学质量,还能为社会培养更多优秀的医学人才,对于促进中医事业的传承和发展也具有重要意义。

### 参考文献

- [1] 滕晶,齐向华. 概论中医脉诊多元化功能与现代脉法之发展[J]. 中国中医急症,2013,22(12):2060-2061.
- [2] 齐向华. 系统辨证脉学临证优势浅析[J]. 中医杂志,2017,58(11):984-986.
- [3] 仝小林,郑玉娇,刘文科,等. 浅谈现代中医思维模式及其临床应用[J]. 中医杂志,2017,58(13):1104-1107.
- [4] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:58-59.
- [5] 段春燕. 论师承教育的现状主体内容和方法[J]. 新疆中医药,2013,31(2):49-51.
- [6] 于瑞,朱明军,李彬. 中医临床思维模式的建立及能力培养[J]. 中国中医药现代远程教育,2019,17(3):13-14.
- [7] 卫爱武. 浅谈中医临床思维的培养[J]. 教育现代化,2018,5(32):19-20,36.
- [8] 安毅莉,赵伊昕,张梦华. PBL,LBL及PBL+LBL教学法在医学教育中的优劣[J]. 西北医学教育,2016,24(2):275-277.
- [9] 王宽垒,武雪亮,刘占矿. OSCE在医学生临床能力培养中的SWOT分析[J]. 中国医药导报,2019,16(22):69-72.
- [10] 梁玉磊,蔡乐,李新华,等. 基于“医教协同”背景下中医临床人才培养的思索[J]. 西部中医药,2018,31(4):72-73.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:齐向华 收稿日期:2019-10-22)

# 《黄帝内经》“夜卧早起”英译探析及其教学意义\*

李淑媛 李福东 陈 宁 张晓枚<sup>※</sup>

(北京中医药大学人文学院, 北京 100029)

**摘要:**《黄帝内经》成书年代久远,内容浩繁,文字古奥,其间存在大量争议之处。本研究对比分析《黄帝内经》四个英译本中的“夜卧早起”的英译及其英译策略。研究发现,李照国英译本因误用 sleep late,很有可能会给目标读者造成曲解,导致误认为春三月应“睡懒觉”“晚起”。吴连胜 & 吴奇英译本将其译成“日落入睡”,除了语法瑕疵外,译文亦与原文不符。伊扎·威斯采用规避翻译法,避重就轻,漏译了原文中的重要信息。文树德版本采用“Go to rest late at night and rise early”诠释“夜卧早起”,语义最贴近。可见,“夜卧早起”一词虽短,但含义较多,想译好它,并非易事,不仅需要译者正确理解原文,还需要译者对目标语拥有良好的语言驾驭能力。译者的理解及其外语能力在很大程度上决定译作的质量。本研究结果对中医药典籍翻译和传播及中医药外语翻译人才培养具有一定的教育指导意义。

**关键词:** 英译; 黄帝内经; 睡眠养生; 夜卧早起; 伊扎·威斯; 文树德; 李照国; 中医英语

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.010

文章编号:1672-2779(2020)-20-0024-04

## Analysis of English Translation of “Ye Wo Zao Qi” in the *Yellow Emperor’s Classic of Medicine* and Its Pedagogical Implication

LI Shuyuan, LI Fudong, CHEN Ning, ZHANG Xiaomei<sup>※</sup>

(School of Humanities, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** The *Yellow Emperor’s Classic of Medicine* is an ancient book with extensive contents and difficult characters. There are a lot of disputable points in it. This study compared and contrasted the English translation of “Ye Wo Zao Qi” in the four English versions. This study found that Li Zhaoguo’s translation used the confusable “sleep late”, likely to cause misinterpretation to the target readers who may mistakenly think that in the three months of spring people should “wake up late and get up late”—a seeming interpretation of “sleep late”. Wu Liansheng & Wu Qi translated “Ye Wo Zao Qi” as “one should go to bed when night comes and gets up early in the morning”, which, besides its grammatical mistake in the use of “gets”, is also inconsistent with the original text. Ilza Veith skipped the key points and omitted the important information of the original text. Unschuld’s translation of “Ye Wo Zao Qi” is “go to rest late at night and rise early”, the closest to the original meaning of the text in the view of the author. It can be seen that “Ye Wo Zao Qi”, though short, may be interpreted in many different ways. It is not easy to translate it accurately, which requires not only a correct understanding of the original text, but also a good command of the target language—both, to a large extent, determine the quality of the translation. The results of this study are instructional in the translation and dissemination of the TCM classics and the cultivation of the TCM translators.

**Keywords:** English translation; sleeping health preservation; *Yellow Emperor’s Classic of Medicine*; Ye Wo Zao Qi; Ilza Veith; Paul Ulrich Unschuld; Li Zhaoguo; traditional Chinese medicine English

《黄帝内经》是我国现存医学文献中最早的一部典籍,被尊为“医家之宗”,是历代学习中医学的必读之书,因此其英译对中医的对外传播具有重要意义。然而,由于《黄帝内经》成书年代久远,内容浩繁,文字古奥,其间存在大量争议之处,因而势必给其英译带来诸多问题。当前,《黄帝内经》的英译,尤其是个别词汇的英译研究引起了学者的广泛关注。不少学者探讨了其中富含文化内涵的文化负载词的英译以及个别词汇<sup>[1]</sup>的英译。“夜卧早起”一词的英译也引起了学者<sup>[2]</sup>的关注,但该文着重养生。本研究以李照国、吴连胜 & 吴奇、伊扎·威斯(Ilza Veith)和文树德(Paul Ulrich Unschuld)英译本“夜卧早起”为例,探讨睡眠养生相关术语的英译。

### 1 研究方法

本研究采用文本研究方法,对比分析4个《黄帝内经》英译本中的“夜卧早起”的英译语及其英译策略。

目前,全球范围内,《黄帝内经》正式出版的英译本(涵盖全译、编译、节译、改译等各种形式)共达13部<sup>[1]</sup>。本研究选取的《黄帝内经》的4个英译本分别为李照国英译本(以下简称李本)<sup>[3]</sup>、吴连胜 & 吴奇英译本<sup>[4]</sup>、伊扎威斯英译本<sup>[5]</sup>以及文树德英译本<sup>[6]</sup>。

选择该4个版本的原因:本研究选择上述4个英译本主要出于3点考虑,即代表性、权威性和译者的文化背景。

李本是李照国教授历经十余载寒暑、对比原文、细品译文的呕心沥血之作。李教授被公认为中医英译领域的领军人物,李本为国内公认定度较高的英译本,该书已入选汉英对照版“中华大文库”,后者旨在全面系统地翻译介绍中国传统文化典籍。吴连胜 & 吴奇父子所译的《黄帝内经》一书,在美国拉斯维加斯荣获“第三届世界

\* 基金项目:北京中医药大学基本科研业务费项目[No. 2018-JYBZZ-JS051]

※ 通讯作者:tinazhangxm@126.com

传统医学大会最高荣誉金奖”。伊扎·威斯节的译本成书于1949年，是其在前人译稿的基础上，研习《黄帝内经》，咨询请教中医历史、哲学等方面的学者并在华医学传教士帮助的情况下诞生的。文树德英译本颇受肯定和欢迎。这些译者，来自不同的文化语言背景，形成了不同的认知观和方法论，或多或少影响了他们的翻译风格。他们的翻译作品一定程度上反映出了不同文化背景中的思维模式，因此译本更具可比性。

## 2 研究结果与讨论

“养生”也被称为摄生、道生、卫生、保生等，其具体含义是指运用一定的方法来保养生命，其方法之一就是睡眠养生。具体来说，睡眠养生是通过充足而高效的睡眠来达到保养性命、抗病、防衰老的最终目的。《黄帝内经》的睡眠机理强调睡眠拥有自律特性、强调天人合一的理念。我国古人在长期的生产生活实践当中逐渐形成了“日出而作，日落而息”的普遍作息制度，并依据人与自然互相统一的基本理论，对四时起居时间进行了相应的规定。《素问·四气调神大论》中就详细地记载了适应自然界变化以及调整睡眠时间的具体措施，如，春天应当晚卧早起，起床之后应当在室外进行悠闲自得、没有拘束的散步，以顺应阳气升发的规律。

**2.1 《黄帝内经》中“夜卧早起”的不同英译版本** 春三月，此为发陈。天地俱生，万物以荣，夜卧早起，广步于庭，被发缓形，以使志生……《素问·四气调神大论》

李照国版本：[In] the three months of spring, all things on the earth begin to grow. The natural world is resuscitating and all things are flourishing. [People may] sleep late in the night and get up early in the morning, taking a walk in the courtyard with hair running free to relax the body and enliven the mind...

吴连胜 & 吴奇版本：The period of the three months in spring is the time of birth and spread. Grasses and trees are becoming vivid and all living things in the world become flourishing with a new dynamic atmosphere. Since a man is one of the living things in the universe, he can by no means be excluded. In order to keep in accordance with the law of the variation of the seasonal sequence, one should go to bed when night comes and gets up early in the morning.

Ilza Veith 版本：The three months of Spring are called the period of the beginning and development (of life). The Breaths (气) of Heaven and Earth are prepared to give birth; thus everything is developing and flourishing.

After a night of sleep people should get up

early (in the morning); they should walk briskly around the yard; they should loosen their hair and slow down their movements (body); by this means they can (fulfil) their wish to live healthfully.

文树德版本：

The three months of spring

They denote effusion and spreading,

Heaven and earth together generate life;

The myriad being flourish.

Go to rest late at night and rise early

Move through the courtyard with long strides

Dishevel the hair and relax the physical ap-

pearance

Thereby cause the mind [to orient itself on] life.

以上4个版本对春天的“夜卧早起”有不同的诠释。李照国版本将“夜卧”译成“[People may] sleep late in the night”; 吴连胜 & 吴奇版本将“夜卧”解释为“...one should sleep when night comes”; 伊扎·威斯版本将其处理成“After a night of sleep”; 文树德版本将“夜卧”解释为“Go to rest late at night”。可见，不同译者对“夜卧”存在不同的理解。

**2.2 “夜卧早起”释义** 正确解读《黄帝内经》的文意是翻译的基础。对《黄帝内经》睡眠相关词汇“卧”的合理释义也是翻译和赏析睡眠养生部分必不可少的一项工作。

“卧”字在《黄帝内经》中多次出现，有“卧，噬卧，不得卧，不得安卧，卧不得正偃，不得偃卧，偃卧，得卧，卧不安，好卧，卧则惊，卧不欲动，不能卧，少卧，多卧，卧不能安”等词汇。《玉篇·卧部》：“卧，休也。卧，息也。”“卧”属会意字，由“臣”和“人”构成，臣的甲骨文字形为一只竖立的眼睛。眼睛处于竖立的位置表示人在低头，字形表示了俯首屈从之意。“臣”字本义为男性奴隶。“卧”则表示人眼睛朝下的状态，引申为闭目休息。

《素问·诊要经终论》：“冬刺春分，病不已，令人欲卧不能眠，眠而有见。”卧不能眠，说明“卧”并非睡眠状态。《灵枢·终始》：“乘车来者，卧而休之，如食顷乃刺之。”此处经文为针刺的注意事项，远道而来的患者，舟车劳顿，应该躺下休息一顿饭的时间然后可行针刺。

此外，“卧”也可表示睡眠的状态。《灵枢·淫邪发梦》：“正邪从外袭内，而未有定舍，反淫于脏，不得定处，与营卫俱行，而与魂魄飞扬，使人卧不得安而喜梦。”此处“卧”表示睡眠状态。《灵枢·大惑论》：“夫卫气者，昼日常行于阳，夜行于阴，故阳气尽则卧，阴气尽则寐。”此处“卧”表示睡眠状态。可见“卧”表示人卧倒躺下的状态，表示躺下，或躺下休息，或躺下准备进入睡眠，既可以是已经睡眠的状态，也可以表示还处



于觉醒状态。

“夜卧早起”是《黄帝内经》对四时作息提出的具体要求,《黄帝内经》强调天人相应的整体观。随着季节的更替,睡眠同样也要顺应季节的变化而进行调整,以适应自然界阴阳消长的变化。如春季“夜卧早起”,夏季“夜卧早起”(“王冰也做晚卧早起”),秋季“早卧早起”,冬季“早卧晚起”。人之作息必随之而变,顺应四季变化调整睡眠以养生。因而春季的“夜卧”中“卧”字与入睡有关,应理解为“人卧倒躺下的状态”,表示躺下,或躺下休息,或躺下准备进入睡眠,而非睡着的状态。

“夜”为形声字,本义为“从天黑到天亮的时间”,与“昼”相对。“夜”也可特指深夜。“夜卧早起”应被解读为晚睡。此处的“晚睡”,并非熬夜,而是相对于古人的“日出而作,日落而息”的生活习惯而言,比冬天入睡时间晚点。

### 2.3 “夜卧早起”不同译本评析 《黄帝内经》中“夜卧早起”的不同英译版本比较。

《黄帝内经》英译版本“夜卧早起”的译文:

李照国版本: [People may] sleep late in the night and get up early in the morning.

吴连胜 & 吴奇版本: ...one should go to bed when night comes and gets up early in the morning.

伊扎·威斯版本: After a night of sleep people should get up early (in the morning).

文树德版本: Go to rest late at night and rise early.

sleep 作动词用时,意为“be in a state of sleep; be asleep”,表示睡觉;睡着。sleep 作名词用时,意为睡眠。

(1)李照国版本中的“sleep late”首要含义并非“晚睡”,而是“晚起”。Sleep 为延续性动词, sleep late 为睡觉的动作一直持续到比平常起床的时间还要晚。根据《朗文当代英语词典》(Longman Dictionary of Contemporary English)对 sleep late 的解释,其为“not wake up until late in the morning”,意思为“睡到上午很晚才醒”,即“晚起”之意。由于误用了 sleep late,曲解了其含义,因而李照国版本对“夜卧早起”一句的解读存在重大错误。读者很容易误解其含义,因而李照国版本对“夜卧早起”一句的解读存在误导之嫌。

(2)吴连胜 & 吴奇版本将“夜卧早起”理解成“春三月,天黑时就睡觉”也存在不妥。顺应四季变化调整睡眠而养生,已成为四时养生的第一大要义,春天宜晚卧早起,起床后宜在室外悠然自得、无拘无束地散步,以顺应阳气开发、万物生机蓬勃的自然景象。因而,吴氏版本并未能很好地传达“夜卧早起”的信息,此外,“早起”被译成“gets up early in the morning”,与句子前半部

分的“should”不一致,建议句子的前后部分一致。

(3)伊扎·威斯版本将其译成“After a night of sleep people should get up early (in the morning)”。句子的信息重心在“早起”,采用“after a night of sleep”,避开了“夜卧”。从另一个角度而言,该版本避重就轻,漏译了原文中的重要信息“夜卧”。顺应四季变化调整睡眠而养生是《黄帝内经》中睡眠养生的重要组成部分,春季“夜卧早起”,夏季“夜卧早起”,秋季“早卧早起”,冬季“早卧晚起”对人们的起居有着重要的指导意义。漏译造成了信息丢失,不利于读者构建四时养生要义框架。

(4)文树德版本采用“Go to rest late at night and rise early”诠释“夜卧早起”,语义贴近,rest and rise,形式对仗且押头韵,是“夜卧早起”的较好译语。本文作者赞成这一译语,建议采纳。

从上述4个译本关于“夜卧早起”的英译语可以看出,李照国版本因误用 sleep late,不仅不能很好地传达原文的含义,很有可能给目标读者造成曲解,误认为春三月应“睡懒觉”“晚起”,这不仅不能促进中医药的对外传播,甚至会产生不利影响。吴连胜 & 吴奇版本将其译成“日落入睡”,与原文不符。伊扎·威斯采用规避翻译法,避重就轻,漏译了原文中的重要信息。笔者认为只有文树德版本比较准确地传达出了“夜卧早起”的真正内涵。

就“夜卧早起”一语的英译处理而言,吴氏版本和李氏版本均出现了语言语法方面的问题。李照国本科主修英语语言学,后来潜心研究中医,长期从事中医典籍的翻译研究。李照国版本对原文的理解没有问题,但对该语的英文输出出现了失误(还有一处语言失误:“夜卧早起,广步于庭”两者之间为并列关系而非伴随状况,所以广步于庭应译为 take a walk in the courtyard with hair running free 而非 taking...)。中国英语习得者常将“sleep late”一语理解成“晚睡”,这很可能是受母语负迁移影响。旅美中医师吴连胜和吴奇父子具有医学背景,但语言处理上还有改进的空间。伊扎·威斯出生于德国 Ledwig-shafen, 1937 年赴美留学, 1947 年获得了约翰·霍普金斯大学医学史研究所的第一个医学史博士学位。她在约翰·霍普金斯大学医学史研究所期间,主攻《素问》研究。伊扎·威斯女士据悉是首位翻译《黄帝内经》的西方学者。据她自己所述,翻译时可参考资料匮乏,加之《黄帝内经》成书年代久远,文字古奥,一词多义,因而在翻译中对原文难以把握分寸,故而极易漏译一些重要信息。

德国药学、医史学家文树德版本的译语与原文语义贴近,形式工整对仗且押头韵,这与译者背景有很大关系。在英译《黄帝内经》时,文树德与中国中医人士合作,他带领团队耗时二十余载,参考上千著作,就《素问》英译本而言,参考词典 15 部,专著 2891 部<sup>[7]</sup>,因而在原文

理解和译语的表达方面,他的译文都可圈可点。

### 3 结语

睡眠养生是养生中非常重要的组成部分,同样也是养生的重要手段。“夜卧早起”是《黄帝内经》从天人合一的角度认识春三月睡眠及睡眠养生、顺应四季变化调整睡眠而提出的具体要求。笔者建议将“夜卧早起”译成“Go to rest late and rise early”。“夜卧早起”一词虽短,但含义较多,想译好它,并非易事,不仅需要正确理解原文,还需要译者对目标语良好的语言驾驭能力,译者的理解及其外语能力在很大程度上决定译作的质量。

本研究结果对中医药典籍翻译和传播及中医药外语翻译人才培养也具有一定的意义。研究表明,译者的外语能力以及中医背景知识的积累在很大程度上决定了译作的质量和传播的准确性。因而在中医药外语人才的培养中,外语能力与中医药理解能力应放在同等重要的位置上,两者缺一不可。

### 参考文献

- [1] 张晓枚,陈宁,沈艺,等.《黄帝内经》“百”字英译探析[J].世界中西医结合杂志,2019,14(3):324-329.
  - [2] 张琼,张森,丁娟.从《黄帝内经》译本中“夜卧早起”释义探讨春季睡眠养生[J].浙江中医药大学学报,2013,37(11):1346-1348.
  - [3] 李照国.Yellow Emperor's Canon of Medicine•Plain Conversations[M].北京:世界图书出版社,2005:17-20.
  - [4] Ilza Veith.The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine [M].Berkeley and Los Angeles:University of California Press,1966:102.
  - [5] 吴奇,吴连胜.Yellow Emperor's Canon of Internal Medicine[M].北京:中国科学技术出版社,2010:13.
  - [6] Paul U.Unschuld,Hermann Tessenow in Collaboration with Zheng Jinsheng.Huang Di Nei Jing Su Wen (An Annotated Translation of Huang Di's Inner Classic-Basic Questions) [M]. Los Angeles:University of California Press,2011:45.
  - [7] 张晓枚,陈锋,陈宁,等.文树德英译本《黄帝内经》文化负载词英译探究[J].环球中医药,2018 11(7):1084-1087.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:叶青 收稿日期:2020-07-17)

## 坚定文化自信 继承发扬中医药\*

### ——中药学课程思政育人的思考与探索

刘怡 程卫东 袁立霞 华玥

(南方医科大学中医药学院,广东 广州 510515)

**摘要:**随着医药体系的发展与变革,中医药在环境、人才、资源等方面都面临巨大的挑战。在中医药专业课中开展好课程思政,将不仅是时代赋予其以传统医药文化“立德树人”的重大任务,更将是其实现继承、创新自我完善的有力保障。本文论述了中医药事业发展与课程思政教育的关联性,并探讨了在中药学课程中开展思政育人的实践途径。

**关键词:**思政育人;文化育人;教学改革;中医药文化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.011

文章编号:1672-2779(2020)-20-0027-03

### Confidence in Culture and Inheritance and Development of Traditional Chinese Medicine

### ——Consideration and Exploration of Ideological and Political Education in the Course of Traditional Chinese Medicine

LIU Yi, CHENG Weidong, YUAN Lixia, HUA Yue

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

**Abstract:** With the development and reform of the medical system, traditional Chinese medicine is facing enormous challenges in environment, talents and resources. Developing ideological and political education in the course of TCM will not only be an important task given by the times to “strengthening morality” in traditional Chinese medicine culture, but also a powerful guarantee for its realization of inheritance, innovation and self-improvement. This paper discusses the relationship between the development of Chinese medicine and Ideological and political education, and probes into the practical ways of Ideological and political education in the course of Chinese pharmacy.

**Keywords:** ideological and political education; cultural education; traditional Chinese medicine culture; teaching reform

随着医药体系的发展,中医药现代化发展迎来千载难逢时机的同时,中医药在环境、人才、资源等方

面面临巨大的挑战。习近平总书记指出:“要用好课堂教学这个主渠道,思想政治理论课要坚持在改进中加强,提升思想政治教育亲和力和针对性,满足学生成长发展需求和期待,其他各门课都要守好一段渠、种好责任田,使各类课程与思想政治理论课同向同行,形成协同效应”<sup>[1]</sup>。可以预见,在中医药专业课中开展

\* 基金项目:广东省本科高校教学质量与教学改革工程建设项目 [No. 2017-214, 2018-179]; 南方医科大学高等教育教学改革项目 [No. JG201946]

好课程思政,将不仅是时代赋予其以医药文化立德树人的重大任务,更将是其实现继承、创新、自我完善的有力保障。

### 1 中医药事业发展与立德树人教育紧密相关

**1.1 中医药教育人才要求和思政育人目标一致** 古人说:“医,仁术也”!从事医药工作的人必须具备高尚的医德和高超的医术,中医药院校学生的医德教育和思政教育中“以德树人”是同向同行的;中医药源于数千年医学实践对中国历史进程中先进科学技术和人文思想的吸纳,中医药院校学生的医药文化教育和思政教育中强调的“以文化人、以文育人”是完全一致的;中医药院校在学生培养时所传达的自信自强理念,同中央提出的引导青年学生坚定“四个自信”的要求完全契合。

**1.2 中医药课程实现思政育人优势得天独厚** 习近平总书记指出:“中华优秀传统文化是我们最深厚的文化软实力,也是中国特色社会主义植根的文化沃土”。中华民族在几千年历史中创造和延续的中华优秀传统文化,是中华民族的根本和魂。中华文化重视人格的培养和品德的提升,形成并传承了“天人合一、以人为本、崇德尚义”等基本观念。

这些思想和价值观与中医药传统文化所崇尚的理念可谓相互影响,密不可分,息息相关。中医药强调“阴阳平衡、调和致中”“道法自然、天人合一”“以人为本、悬壶济世”,体现了中华文化的内核。中医药还提倡“固本培元、壮筋续骨”“三因制宜、辨证论治”,“大医精诚、仁心仁术”,更丰富了中华文化内涵<sup>[2]</sup>。总书记曾在2015年致信祝贺中国中医科学院成立60周年时强调:“中医学是中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙。”

在中医药课程中宣传弘扬中医药文化,会使学生感受到强烈的文化自信,这是中医药专业课实现思政育人的天然优势。而文化自信更是实现中国梦的“加速度”,是弘扬中国精神的“源动力”,是凝聚中国力量的“向心力”,是坚持中国道路的“稳定力”。

**1.3 实施课程思政育人对中医药继承发展意义重大** 目前高等中医药院校和设置有中医药专业的全国高等学府共计280余所。然而《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》中数据显示“我国当前中医药人才、特别是高层次人才缺乏”。可见制约中医药事业发展的根本问题依然是人才培养,中医药高校更需要回答“培养什么样的传承人”这个根本问题。中医药不仅面临内部挑战,还要面临来自外界的不断质疑。至

此,实施中医药课程思政育人的重要意义已经不言而喻了,只有教导学生“正确认识和把握人类社会发展的历史必然性,正确认识中国特色和国际比较、正确认识时代责任和历史使命、正确认识远大抱负和脚踏实地”,把远大抱负落实到中医药事业的实际行动中,才能不忘初心、牢记使命,牢固传统文化根基,继开来弘扬中医药,造福人类生命健康,再创中医药事业辉煌<sup>[3]</sup>。

### 2 中药学课程思政育人的实践

守好一段渠,近年来,笔者在中药学课程思政育人的实施中进行了有益的探索。

**2.1 深入挖掘有中医药特色的课程思政元素和资源** 思政教育从来都不是生搬硬套,要借鉴隐性教育的理念,随风潜入在不经意中达到教育功能。习总书记曾在多个重要场合的讲话中,巧妙用到中医术语,如“上医治国”“标本兼治”“辨证施治”“扶正祛邪”“防微杜渐”“头痛医头脚痛医脚”“良药苦口”“善治病者必医其受病之处”“禁微则易救末者难”等。从这些术语中,不仅能让民众更好地理解治国理政的理念,也可以感受到中医药文化的传统智慧。对于中医药专业课的教师,在教学过程中可将中医药文化的智慧传达给学生,让学生充分感受中医药文化的魅力,产生强烈的文化自信,民族自豪感,就可使思政育人的理念润物细无声地体现在课堂。

**2.2 及时更新课程内容 引导学生知识创新** 开展课程教学需求分析和学情分析,合理设置课程知识、能力、素养、价值等各方面的目标,摒除陈旧、落后的内容,准确把握科技、产业发展态势,将最新的科学知识、学术观点、研究成果等及时引入课程,并结合专业和课程特点,设置必要的学科交叉、产教融合等内容,提高课程内容新颖性、挑战度,激发学生学习兴趣。如近年来,中药产业发展规模不断增大,水平和能力也逐步提升,逐步进入国际医药体系,获得了一大批原创性、世界级的科技成果,中医药科研成果有超过50项获得国家级科技奖励。中国中医研究院屠呦呦研究员因“青蒿素治疗疟疾”这一发现,成为我国首次获得诺贝尔生理学或医学奖的科学家。及时更新教学素材,力争将中药学历久弥新的最新面貌呈现在学生面前,使其感受到中医药正在不断创造新的辉煌。

**2.3 虚实结合 做好教学设计** 从“虚+实”2个层面入手,灵活运用收集来的各种有中医药特色的课程思政元素和资源,合理设计到教学的各个环节。



“虚”即宏观层面，首先要帮助学生树立正确的学习目的，端正学习态度，相信并热爱自己即将从事的中医药事业。比如采用专题嵌入式的方法，利用每学期开学初的时间和同学们召开主题班会，介绍国家对中医药最新的政策，使学生感受到高度的社会认同感；介绍就业形势，特别是分享一些具体的身边的实例，用隐性渗透式的方法使学生感受到广泛的社会需求感。在这个过程中笔者针对学生的问题和困惑，因人而异，个别沟通，帮助他们明确学习方向，在潜移默化中影响他们的人生态度、人生目标、价值取向。

“实”，即微观层面，具体体现在每节课一味味中药饱含的各个传统文化元素的融合中。灵活运用各种教学方法，比如在介绍单味药时，很多历史小故事都有据可考，很多民间传说传达百姓美好的心愿，很多的诗词歌赋中都饱含深情赞颂，用画龙点睛式的例子吸引学生，使学生感受中医药深厚的文化底蕴；展示丰富的中药原植物、饮片以及炮制加工的图片，播放《本草中国》《本草中华》等系列纪录片片段，用直观感受式，让学生体会中药悠久的历史传承，一代代中医药人的努力拼搏精神，坚持与坚守的决心，学生在观后感中纷纷表示图片、视频更能直击心灵、震撼人心，并表达了要学好中医药的决心信心；在课堂教学中，采用案例穿插式的方法，分析名医名家的经典医案，或是用临床有效的案例，以及来自患者及家属的反馈，用事实说话让中医的科学性、有效性在学生心中扎根，使其感受中医药魅力，坚信中医药独特的优势；对于社会上质疑中医药的不当言论，采用讨论辨析式的方法，先让学生自由讨论，再利用教师自身的专业知识进行有力抨击，帮助学生辨明是非，比如曾在课堂上和学生讨论，开车能否喝藿香正气水，真假“木通”，“有毒观念，无毒用药”等话题，有些学生课后还写成了科普文章，分享在微博和微信上，批判恶意谣言，传播正能量。

**2.4 改革教学模式 构建和谐课堂文化** 大力推动人工智能、大数据等新技术支持下的课堂教与学的模式变革，应用线上线下优质课程资源进行课堂翻转，形成以“互联网+”为支撑的混合式教学体系，积极构建和谐的课堂文化，选择学生喜闻乐见的教学方式，灵活运用问题探究式、任务驱动式等教学方法，将课程思政巧妙穿插入教学的各个环节，提高学生的课堂参与度，利用蓝墨云APP等智能软件进行数据分析，及时了解学生的反馈，调整教学设计，形成以学生为中心，课程思政育人与专业知识传授相结合的新教学模式。

**2.5 倡导多元考核方式 注重德才兼修全面发展** 对照不同专业所设置的课程目标，针对性设计考核内容和方式，注重学生日常学习过程，加强学生形成性考核，注重考察学生知识应用能力，特别注重德育养成情况，鼓励课外科学探索研究和创新性实践活动，鼓励社会实践，培养志愿服务意识。

**2.6 完善课程评价体系 不断提高育人水平** 牢固树立“三全育人”意识，将社会主义核心价值观教育融入教育教学全过程，实现以德育人。以学生发展为中心开展育人工作，以学生学习为中心开展课程建设，以学生学习效果为中心开展课程评价，全面激发学生学习兴趣和潜能，提高学生的社会责任感、创新精神和实践能力。

### 3 结语

道阻且长，如何更好地培养适应现代国际化需求“传承创新，能力突出”的中医药研究人才是中医药发展面临的一大挑战，也对中医药专业课教师育人的思路方法提出了更新更高的要求。行则将至，需要教师不仅把学问做好、把科研做好，还要有“立德树人”的政治觉悟，对学生进行价值观的引领，传递正确导向。相信中医药，热爱中医药，才能发展好中医药！

### 参考文献

- [1] 新华社. 把思想政治工作贯穿教育教学全过程[EB/OL]. (2016-12-08). [http://www.xinhuanet.com/politics/2016-12/08/c\\_1120082577.htm](http://www.xinhuanet.com/politics/2016-12/08/c_1120082577.htm)
- [2] 国务院新闻办. 中国的中医药[N]. 光明日报, 2016-12-07.
- [3] 新华社. 正确认识中国特色和国际比较——高校思政工作会议讲话[EB/OL]. (2016-12-08). [http://www.xinhuanet.com/politics/2016-12/08/c\\_1120082577.htm](http://www.xinhuanet.com/politics/2016-12/08/c_1120082577.htm)

(本文编辑:尹秀平 本文校对:陈磊 收稿日期:2019-10-25)

## 《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,留下您最关注的内容。欢迎扫码二维码关注!



# 医古文研究分会与学科建设\*

杨明明 宁 静 王育林 杨东方<sup>※</sup>

(北京中医药大学国学院,北京 100029)

**摘 要:**医古文研究分会自1981年创立以来,已有近40年的历史。在医古文学科名称的确立、人才的培养、教材的编写、课程的优化等各个环节、各个方面都发挥了先导作用。在教学与科研、人才培养等方面都取得了很大成绩。对各个中医院校的医古文学科建立和发展影响深远。学会与学科的发展相辅相成,医古文研究分会作为重要的学术交流平台,将继续为医古文学科的发展发挥更大的作用。

**关键词:**医古文;学会;学科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.012

文章编号:1672-2779(2020)-20-0030-04

## Chinese Medical Classics Research Branch and the Construction of Chinese Medical Classics Discipline

YANG Mingming, NING Jing, WANG Yulin, YANG Dongfang<sup>※</sup>

(School of Chinese Culture Studies, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** Chinese Medical Classics Research Branch has a history of nearly 40 years since it was founded in 1981, which has played a leading role in establishing the name of Chinese Medical Classics discipline, cultivating talents, compiling teaching materials and optimizing courses. Great achievements have been made in teaching, scientific research and personnel training. It has a far-reaching influence on the establishment and development of Chinese Medical Classics in various TCM colleges. The society and the development of the discipline complement each other. As an important academic exchange platform, the Chinese Medical Classics Research Branch will continue to play a greater role in the development of the Chinese Medical Classics discipline.

**Keywords:** Chinese medical classics; association; discipline

中医古籍浩如烟海,要合理有效地传承和利用这些古籍,需要具备相关的古汉语知识,医古文课即因此需要而产生。20世纪五六十年代,北京、上海、广州、成都四大中医学院成立之时即设立古文课,之后一直作为高等院校中医药类专业的一门专业基础课。在几代人的努力下,医古文学科不断发展壮大,作为研究古代医学文献语言学现象的一门学科,为传统中医药的发展和中医药人才培养做出了应有的贡献。

在这一过程中,医古文研究分会对于医古文学科的建立、发展起到了极大的作用,在医古文学科名称的确立、人才的培养、教材的编写、课程的优化等各个环节、各个方面都发挥了先导作用。如今医古文研究分会更是成为了全国中医药院校医古文从业人员的重要交流平台,继续为医古文学科的发展发挥更大的作用。

### 1 医古文研究分会之初创与历程

全国医古文研究会(后改名为中华中医药学会医古文研究分会)于1981年5月18日—1981年5月24日在安徽省黄山举行成立大会,推举任应秋先生为首届主任委员<sup>[1]</sup>。此次大会在全国掀起了学习医古文及中医经典

的热潮,开创了医古文教学、科研工作的新局面。

在全国医古文研究会的号召与影响下,各省相继成立了省级医古文研究会。如中华全国中医学会河南分会于1981年9月11日—1981年9月12日在郑州召开了河南首届医古文学术座谈会。1987年4月17日—1987年4月18日在营口市召开辽宁省中医学会医古文研究会成立大会,并举行首届学术交流会。也正是在1981年的全国医古文研究会成立大会上,在任应秋先生提议下统一称为“医古文”,并指出:“医古文是中医学的基础,医古文课是中医学院基础课中的必修课。”<sup>[2]</sup>在学科系统中,医古文属于一级学科中医学,与医学史、文献学、各家学说共同组成二级学科医史文献学。

近40年以来,医古文研究分会共经历了6任主任委员,前5任先后由任应秋、钱超尘(1992年任主任委员兼秘书长)、段逸山(2004年任主任委员)、许敬生(2007年任主任委员)、王育林(2011年任主任委员)等先生担任。他们皆为中医古籍研究领域的权威专家,任应秋先生是当代著名中医学家和中医教育家,在中医理论体系、中医经典、各家学说、医籍整理等方面成绩卓著。钱超尘先生以乾嘉小学及一脉传承的传统语言学研究中医经典,取得卓越成果。段逸山先生在医古文教材的编撰、中医稿抄本古籍的研究方面成绩卓著。许敬生先生在全国中医药类通用教材编写与中医古籍研究领域成果丰硕。王育林先生师承著名中医文献专家钱超尘教授,秉承乾

\* 基金项目:北京中医药大学教育科学研究课题[No. XJYB2103];北京中医药大学科研创新团队建设课题[No. 2019-JYB-TD017]

※ 通讯作者:ydf01@163.com

嘉学派的治学方法，致力于中医古籍语言与训诂领域的研究并取得重要成果。现任主任委员为北京中医药大学杨东方教授(2019年任主任委员)。

医古文研究分会将全国各大中医院校的人才汇聚到一起，一代代的优秀人才对医古文学科的发展起到了引领作用。

## 2 医古文研究分会与医古文学科人才培养

**2.1 首先创办了全国医古文函授班** 20世纪80年代初期，中医药界后继乏人乏术的现象日益明显，其中一个重要的原因是由于很大一部分中医，尤其是中青年中医的古汉语基础薄弱，不能顺利阅读、正确领会中医古典医籍而造成的。为了帮助中医药工作者提高阅读古典医籍的能力，为研究整理中医古籍奠定基础，1982年9月—1983年9月，医古文研究会在全国首先创办了“全国医古文函授班”，得到了社会各界的积极响应，学员达两万七千余人。任应秋教授亲自担任函授班主任，刘振民、段逸山、刘健、陈增英、钱超尘、刘奕超任副主任。并组织全国多位医古文教师编写了一套六册的函授教材和《医古文函授通讯》刊物，由钱超尘教授任总编审<sup>[3]</sup>。医古文函授班取得了圆满成功，扩大了医古文学科的影响力，为培养高水平的中医药人才创造了条件，为古文知识的普及和古籍阅读能力的提高做出了重要贡献。

**2.2 多次举办医古文师资进修班** 自医古文研究分会成立以来，多次举办师资进修班，譬如：1981年9月，受卫生部委托，在上海中医学院举办首届全国中医院校医古文师资进修班<sup>[4]</sup>。在3个多月内，来自13个省市的23名学员学习了医古文文选、医用古汉语、普通古汉语通论和中医基本知识等4门课程。任应秋先生为首届医古文师资进修班题词：“只有学好医古文，才能学好中医学。”医古文学科的重要作用已越来越为人们所认识。后又于1985年举办了第二届医古文师资进修班。

2008年1月7日—2008年1月13日，经中华中医药学会继续教育部批准，上海中医药大学举办了中医古籍语言研究高级师资进修班，旨在提高中医医史文献学科学术研究与教学的信息经验等，裘锡圭、钱超尘、段逸山、温长路等教授做了精彩的讲座，得到广大学员的一致好评<sup>[5]</sup>。

2015年3月在北京举办中医训诂与经典文化研讨会，该会议由中华中医药学会主办，中华中医药学会中医药文化分会、医古文研究分会与中国中医药出版社、北京中医药大学国学院联合承办。旨在提高医古文、中医经典、中医文献、中医文化等学科教师的科研水平、教学水平。会议邀请北京师范大学文学院王宁教授、中国社会科学院语言研究所孟蓬生研究员、北京师范大学古籍与传统文化研究院周少川教授、北京中医药大学翟双庆教授、中国医学科学院孟庆云教授、北京中医药大

学钱超尘教授，从训诂学、音韵学、古籍版本与校勘、《黄帝内经》研究、《伤寒论》发展史等从各个领域不同角度解读中医古籍，讲授相关学科的基础知识、前沿成果，为医古文教学和科研工作者展示了更高、更广阔的学术视野。

**2.3 学员传承计划与实施** 为了传承中医典籍语言文化研究老专家的学术经验与学术思想，培养造就高层次、高水平医古文、古代汉语、中医文献、中医医史研究人才，根据中华中医药学会精神，在中华中医药学会的支持下，医古文研究分会制定了“中医典籍与语言文化研究专家学术传承与人才培养计划”。

2014年5月31日，由中华中医药学会医古文研究分会承担的“首批中医典籍与语言文化研究专家学术传承与人才培养计划”在广西南宁正式启动。首批聘请钱超尘、段逸山、许敬生、王育林、张如青、沈澍农6位教授为指导老师，杨东方等28名继承人举行拜师仪式并颁发证书。该计划旨在通过继承工作，使继承人在整理、继承老专家的学术经验与学术思想的基础上，提高与发展中医典籍与语言文化研究的学术水平，培养造就一批热爱祖国、热爱中医事业的创新型人才。2017年7月的“第二十六次医古文学术研讨会”上顺利进行了结业报告、举行了结业典礼。

在第一批培养计划成功实施的基础上，医古文研究分会于2018年启动了“第二批中医典籍与语言文化研究专家学术传承与人才培养计划”，经过前期的筹备，在“中华中医药学会医古文研究分会第二十七次学术研讨会”上举行了拜师仪式。第二批指导教师有王育林教授、张如青教授、沈澍农教授、张瑞贤研究员，传承人共有24人，与会专家学者见证了传承人继承中医药文化的决心。

中医典籍与语言文化研究专家学术传承与人才培养计划不仅为培养造就高层次、高水平人才创造了条件，更促进了全国相关领域专家和青年学者的深入交流，增强了医古文学科的凝聚力。

## 3 医古文研究分会与科研学术交流

**3.1 创办学术期刊** 1984年5月，医古文学会和上海中医学院联合创办了自己的学术刊物《医古文知识》，由段逸山教授担任主编，是中国中医古文界唯一公开出版、国内外发行的刊物，融中医学术和传统文化于一体，内容深入浅出，知识性与趣味性相结合，板式新颖，雅俗共赏。设有传统文化与中医、茶文化、酒文化、东篱风韵，古籍籍字句析疑、医史文献、文物鉴赏等栏目。自创刊以来，《医古文知识》配合医古文学科教学和科研工作，刊登了该学术领域的大量文章，培养了大批人才，具有相当的影响力。2006年更名为《中医药文化》，重点反映中医药文化特色，继续保留医古文、中医文献学等的内容，不断推进医古文学科的普及和发展。



**3.2 学术研讨会** 学术交流是学会的重要属性。自成立以来，医古文研究分会召开学术交流会28次，为全国医古文教学研究工作提供了交流的平台，历次会议围绕中医经典文本与传统语言学、医古文教材、教法的研究与改革、医古文课程建设与师资培养等方面内容开展全国医古文教学和研究工作者之间的广泛交流，每次学术交流会都会结成学术论文集，收录会议交流论文。对全国医古文学科发展和医古文课程的建设起着非常重要的作用。

在医古文研究分会的引领下，医古文学科科研实力不断提升，会员每年发表论文数百余篇，近年获得国家社科基金重大项目、一般项目、教育部社科基金项目、各省市社科基金项目等多项基金立项。

#### 4 医古文研究分会与医古文课程建设

**4.1 教材编写** 自1960年由上海、南京、北京、广州和成都5所中医院校共同编定的《医古文讲义》(即第1版教材)出版以来，已经有整整60年的历史。随后1964、1974、1978年先后出版第2、3、4版教材，内容逐渐完善<sup>[6]</sup>。全国医古文研究会成立以后，对医古文教材的编写更加重视，并且整合了全国医古文教学和研究的优势，教材编写的质量有了很大的提升，并不断完善，至今已经是第10版。各版教材出版时间及主编人员见表1。

表1 《医古文讲义》各版教材出版时间及主编人员

版数	年份	主编、副主编	出版社
第5版	1984	段逸山、赵辉贤	上海科学技术出版社
第6版	1995	段逸山、钱超尘、邵冠勇	上海科学技术出版社
第7版	2002	段逸山、许敬生、赖文	中国中医药出版社
第8版	2007	段逸山	中国中医药出版社
第9版	2012	王育林、李亚军	中国中医药出版社
第10版	2016	王育林、李亚军	中国中医药出版社

60年来，医古文课程的定位愈来愈清晰，作为研究古代医药文献语言文化现象的一门学科，医古文是高等院校中医药类专业的基础课程，是对学生进行素质教育的主要课程，也是对中医药从业人员进行终身教育的重要课程。在此基础上医古文教材编写的目标也越来越明确，教材内容渐趋合理完善。医古文研究分会在这一过程中发挥了不可或缺的作用。

**4.2 医古文课程建设** 1962年，北京中医学院的第一批毕业生即将走上工作岗位，针对这些学生中医理论和临床能力欠缺的状况，7月16日，秦伯未、于道济、陈慎吾、任应秋、李重人5位老中医上书卫生部党组，提出修订中医学院教学计划的几点建议，其中一条就是强调中医学院要加强医古文课程，并建议开设234个学时。全国医古文研究会成立以后，医古文学科的影响力逐渐增强，各中医院校对医古文课程都更加重视。医古文研究分会每次年会都会开展医古文教学交流与探讨，从课

程内涵、课程体系、教学内容与教学模式等多方面进行探索。

针对不同层次和不同的需求，医古文学科在各个中医院校已经形成了以医古文为中心的课程体系，开设古代汉语、中医古籍训诂、国学经典导读、经典校读学等相关课程。传统以字词的阐释为主的医古文教学，经过探讨、总结，改变了旧有理念和方法，进行了多方面的创新，多种教学方法综合使用，利用新技术，探索网络教学与慕课的制作。经过多年努力，医古文教学质量有了很大的提高，优秀者更是被评为国家精品课程，如上海中医药大学《医古文》课程于2007年成功申报国家级精品课程。

**4.3 研究生教育** 19世纪80年代初，上海、北京、浙江、广州等中医院校的医古文专业已经开始培养硕士研究生，培养了一大批青年学者。医古文博士生培养则始于上世纪末本世纪初。钱超尘、段逸山两位先生为首批医古文专业博士生导师，其后沈澍农、赖文、孙文钟、王育林、张如青等教授也开始培养博士生，近年又增加了一些博士生导师。医古文专业的研究生教育渐成规模。医古文研究分会作为学术交流的平台，一直关注研究生的成长，在2019年的年会上设置青年论坛，邀请资深专家进行点评指导，深受各大中医院校中医古籍领域研究生的欢迎。

#### 5 总结

医古文研究分会成立近40年以来，对医古文学科的发展发挥了重要作用，在教学与科研、人才培养等方面都取得了很大成绩。对各个中医院校的医古文学科建立和发展影响深远。现在全国各中医院校中有北京中医药大学与上海中医药大学的“古汉语与医古文”为中医药管理局重点学科。另外，长春中医药大学“古汉语与医古文”也于2013年列入吉林省中医药管理局重点学科建设。以北京中医药大学为例，北京中医药大学医古文学科系任应秋先生倡议成立，现任学术带头人是为著名中医文献学家钱超尘教授，学科带头人为王育林教授，教研室主任为杨东方教授。医古文研究分会从成立至今，6任主任委员中有4任为北京中医药大学教授。北京中医药大学的医古文学科也在医古文研究分会的指导和培育下不断成长和壮大。

“传承精华，守正创新”，这是习近平总书记对中医药工作作出的重要指示，也是继承好、利用好、发展好中医药的根本。医古文在实现这一目标的过程中是不可或缺的，接下来医古文研究分会所面临的任務依然艰巨。近几年来，很多中医院校对医古文课时进行削减，很多学生的医古文水平不尽人意，这都是不可避免的事实。这就需要医古文研究分会在组织学术交流的基础上，加强与相关学科的交流，扩大医古文学科的影响力；继续

制定相应的学会活动与培训计划,培养更多的人才,增强学科实力,进一步促进医古文学科的繁荣和发展。

#### 参考文献

- [1] 曾央. 中华全国中医学会医古文研究会成立(简讯)[J]. 新中医, 1981, 12(10):29.  
[2] 杨东方, 徐扬, 成晓玉. 任应秋与医古文学科[J]. 中医教育, 2015, 34(5):59-61.

- [3] 中华中医药学会. 中华中医药学会史[M]. 上海: 上海交通大学出版社, 2008:157-158.  
[4] 袁昂. 对医古文学科的回顾[J]. 中医药文化, 1990(5):3.  
[5] 李海英. “中医古籍语言研究高级师资进修班”圆满结束(简讯)[J]. 中医药文化, 2008(1):49.  
[6] 王兴伊, 段逸山. 从医古文统编教材看近60年医古文学科发展[J]. 中医教育, 2014, 33(6):29-31.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:段晓华 收稿日期:2020-09-01)

## 全科医学教学中形成性评价的实施效果研究\*

曹聪<sup>1</sup> 李俊<sup>1</sup> 李凤玲<sup>2</sup> 阳婧<sup>1</sup> 黄彬<sup>1</sup> 苏拾香<sup>1</sup> 韦华<sup>1</sup>※

(1.右江民族医学院附属医院全科医学科,广西百色 533000;2.右江民族医学院全科医学院,广西百色 533000)

**摘要:**全科医学是一门涉及到临床医学学科、康复医疗等各个学科的集成类学科,而全科医生是以维护居民健康为目标,能供给所在社区居民的卫生服务需求,为他们提供治疗、健康知识科普、疾病预防等多方面的卫生服务的复合型人才。但实际上,我国全科医学教育的落后,全科医学专业从业人员短缺且在职全科医生的素质整体偏低。目前全科医学课程开设存在课时少、教学周期短等一些现实问题,难以使学生的知识在深度和广度上进行拓展,影响了教学效果。为此,本课题就在全科医学科目教学中的评价体系提出新的思考,引入更加合理的评价手段,提高教学质量、提高学生的学习效果并且系统而规范合理地评估学生的成绩。

**关键词:**全科医学;形成性评价;实施效果

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.013

文章编号:1672-2779(2020)-20-0033-04

### Study on the Implementation Effect of Formative Assessment in the Teaching of General Practice

CAO Cong<sup>1</sup>, LI Jun<sup>1</sup>, LI Fengling<sup>2</sup>, YANG Jing<sup>1</sup>, HUANG Bin<sup>1</sup>, SU Shixiang<sup>1</sup>, WEI Hua<sup>1</sup>※

(1. Department of General Practice, Affiliated Hospital of Youjiang Medical University of Nationalities, Guangxi, Baise 533000, China;  
2. College of General Practice, Youjiang Medical University of Nationalities, Guangxi, Baise 533000, China)

**Abstract:** General practice is an integrated subject involving various disciplines such as clinical medicine and rehabilitation medicine. The general practitioners whose aim is to maintain the health of residents, are compound talents who can satisfy the health service needs of the residents in the community, so as to provide health services such as treatments, health knowledge education and disease prevention. However, in reality, the education of general practice in China is lagging behind, the personnel in general practice is in shortage and the overall quality of in-service general practitioners is relatively low. At present, there are some practical problems such as deficient class hours and short teaching period in the general practice courses. Therefore, it is difficult to expand the students' knowledge in depth, which affects the teaching and learning effect. To this end, this study puts forward new thinking in the evaluation system of course teaching of general practice by introducing more reasonable evaluation methods, which would improve the teaching quality, and the students' learning effect, as well as evaluate the students' achievements systematically and reasonably. To this end, this study puts forward new thinking in the evaluation system of course teaching of general practice by introducing more reasonable evaluation methods, which would improve the teaching quality, and the students' learning effect, as well as evaluate the students' achievements systematically and reasonably.

**Keywords:** general practice; formative assessment; implementation effect

全科医学作为一门综合性学科,是从20世纪70年代在美国出现的一门基础医学学科,它将生物医学、行为科学等方向的成果结合起来,是一门涉及到临床医学学科、康复医疗等各个学科的集成类学科。在20世纪

80年代,我国引入概念系统性的全科医学,并以上海、广州、湖北等地为例,在全国范围内推广开来<sup>[1]</sup>。在现阶段,我国在卫生人力建设方面非常注重全科医学生的培养。而全科医生是以维护居民健康为目标,能供给所在社区的居民的卫生服务需求,为他们提供治疗、健康知识科普、疾病预防等多方面的卫生服务的复合型人才<sup>[2]</sup>。因为我国全科医学教育的落后,现存的社区卫生服务站服务工作人员在知识体系、实际业务水平上都有很大的不足,我国全科医学专业从事人员的短缺和

\* 基金项目:广西教育厅高等教育本科教学改革工程项目[No. 2020JGZ141;No. 2020JGB309;No. 2019JGA264];广西学位办研究生教育创新计划项目[No. JGY2020166];右江民族医学院校级教育教学改革项目[No. JA2018-06]

※通讯作者:weihua686@163.com

在职全科医生的素质整体偏低已经极大的限制了社区卫生服务事业的发展<sup>[3-6]</sup>。因此,在现阶段,如何提高教育水平,如何培养实践型全科医生已经成为了当务之急。本课题就在全科医学科目教学中的评价体系提出新的思考。

全科医学课程是临床、口腔、预防、中医、护理等专业医学生的必修课,课程在大学三年级下学期开设,学习本课程需要具备一定的专业知识,但大部分学生在此时许多专业课程尚未学习,使学生在学习全科医学这门课程时,存在理解及应用上的困难,同时也有课时少、教学周期短等一些现实问题,在学时有限的情况下,授课内容有限,难以使学生对知识有更深度和广度上的认识,影响教学效果,课堂上很难达成高等教育的要求,素质教育有赖于学生积极思考,掌握发现问题、分析问题及解决问题的思维方法,课前课后自主预习、复习巩固,拓展相关知识和技能、开拓视野。因此在医学院校中也被普遍认为是一门比较难懂、难学的课程。教学评价是教学环节中重要的部分。长期以来,在全科医学的教学中学生掌握知识的程度、教学质量的重要方式就是单一的终结性评价。终结性评价把一次测试结果作为考察教师教学好坏程度以及学生学习成绩的优劣的唯一依据的观念根深蒂固,致使教师为考试而教,要考什么知识就重点教什么知识;学生为考试而学,哪些是考试的章节就死记硬背。在网络信息发达的今天,即便是布置开放性思考题,学生也习惯于抄书或者百度寻求答案,多数学生已经养成思维惰性,缺乏积极思考、主动探究的心理和习惯,无法体现素质教育,也难以实现创新型人才培养的目的。此外,教师课堂教学把考试作为准则,以增强应考能力为平时课堂教学的重点,讲授的内容受到局限,学生的学习能力得不到发展。学生在学习中的主体地位不能得到充分体现,素质教育的教学目标不能得到全面落实。如果只采用终结性评价已不能适应现代医学教育的发展,目前现行的终结性评价体系已严重阻碍全科医学概论教学的改革,引入更加合理的评价手段,提高教学质量、提高学生的学习效果并且系统而规范合理地评估学生的成绩。

## 1 教学评价体系

**1.1 终结性评价** 终结性评价,顾名思义,是对教学所达到的结果进行相关的评价,它指的是在教学活动完成以后为了判断教学成果而进行的评价。在教学领域中,最常见的终结性评价就是课程结业考试、期末考试等等。终结性评价是通过设定一个最终评价形式,

对之前所进行的过程进行一次性评价,因此具有方便、快捷的特点,且能适当的反映教学成果。但是由于教学的局限性,比如很多学校老师会为学生划重点,而据此重点进行教学,导致学生知识体系不完善且不注重其他领域的学习,单一以考试成绩为评判标准,不利于全面性的培养。

终结性评价存在过度重视考试结果而忽略学习过程,卷面考试评价主体相对单一、评价内容缺乏全面性等一系列弊端,也给学生的学习带来了负面影响,不注重对知识的学习,而只追求考试成绩<sup>[7]</sup>。为了考试及格临阵磨枪、突击学习,甚至做出考试作弊等不诚信的行为,不利于学生整体素质的提高。因此在如今的教育行业中,在更多的应用非终结性评价,最常见的就是形成性评价。

**1.2 形成性评价** 形成性评价一词在1967年由北美教育学家Michael Scriven首次提出,这类系统规范的评价程序目的是提高教学质量,丰富教育模式,在整个教学中能不断的获得学生的反馈信息,掌握学生对相关知识的熟悉程度,便于因材施教,培养更全面的学生,由此调整教育进度的一种教学体系<sup>[8]</sup>。形成性评价是通过发现教育方案、教育计划以及教育过程中存在的各种问题,为正在进行的教学提供反馈信息,为教学方法提供修改建议,最终得以提高教学质量和教学效益的一种评价方式<sup>[9]</sup>。后美国的教育学家B. S. Bloom将其应用于教学实践<sup>[10]</sup>。形成性评价与教学活动相结合的教学模式提高有利于提高教学效率,利用评价的反馈信息改进教学方法和手段,促进学习者对知识更加全面和深度的理解。

形成性评价是区别于传统评价方式的一种新的评价形式,它是在学生获得知识、技能的教育过程中监测学生的进步,检测学生对知识与技能获得的程度,评价学生的学习进展,对其进行统计与分析,最终形成反馈意见以调整教学进度及教学方案,得以提高整体教学质量。形成性评价的最终目的是鼓励学生自主学习,帮助他们快速且有效地调节学习进度和学习方法,使学生在学习中提高学习兴趣,增强学习信心,获得自我成就感,培育团队合作的精神,让学生在过程中由被动的接受者转变为积极的参与者,甚至是评价的主体<sup>[11]</sup>。

总体来说,形成性评价强调对学生整个学习过程的评价,强调及时反馈对教师教学和学习者学习起到的作用,而非单一强调最终的考试结果。形成性评价是在教学过程当中,对学生的专业知识掌握情况进行



监管与评估,为老师与学生提供反馈信息,并根据收集分析得到的反馈信息调节教学方式,以迎合学生的需求,提高教学的质量。这种使教师有机会在多种学习环境中监测并指导学生的学习,帮助教师有的放矢地制订后续的教学计划,同时也让学生能监控记录自己的学习进展,对自己的学习状态有一个全面的了解,帮助学生自行调整学习进度及学习方案。目前国内多数的文献都只反映了在公共课程如大学英语等课程的形成性评价研究,对于医学领域尤其是全科医学研究甚少,相关文献可以说约等于零,因此本文的研究目的则可填补这一空缺。

## 2 全科医学中的形成性评价

**2.1 课程设置中的形成性评价** 全科医学是一门综合性学科,涉及到许多先导课程。在五年制本科中,目前多在第六学期即大学三年级下学期开设该课程,由于开设时间相对较早,致使很多同学都还未曾学习所有相应的先导课程,造成了学生一定程度上的理解困难。因此,要解决全科医学课程的教育问题,首先要从课程设置安排中入手。

1) 鉴于全科医学课程的复杂性,要让学生良好的掌握该课程,构建完备的知识体系,培养能服务社区的全科医学人才,必须将重要的先导课程纳入学习计划,在此,有两种手段解决此问题:(1)在全科医学课程以前增设先导课程的必修课,赋予对应学分。此举虽能较好的解决先导课程问题,但势必会加重学生学业负担,造成其他科目成绩下滑,甚至产生抵触情绪,得不偿失;(2)将全科医学推迟至第七甚至第八学期,多出一年的时间让学生做更多的准备。该方法可令学生有充分的时间学习先导课程,较好的理解全科医学的知识;

2) 在一学期的全科医学课程中,也存在着课时少、教学周期短的现实问题,导致学生不够重视也不能建立知识体系,难以在广度和深度上进行拓展,影响教学效果,本文也提出相应的解决方法:(1)将全科医学延长至两学期以上,进行阶段性测试教学;(2)将全科医学拆分为多个学科,进行分期教育。此举虽好,但对形成框架性知识结构会造成阻碍。

基于以上分析,结合全科医学学科的特殊性,融合对全科医学复杂性和时效性的解决方案,可产生一种形成性评价体系来进行教学。首先将全科医学扩展至3个学期以上,进行周期性学习,让学生始终处于对全科医学学习的过程中,易于建立起知识体系;除最后1个或2个学期以外(根据学校课程对全科医学的

设置),之前的学期都用于进行先导课程学习,课程名可为“全科医学+先导课程名”,并增设学分,赋予每个学期的课程相应学分,提高学生重视程度;将每个学期的期末考试成绩作为全科医学最后两个学期的阶段性测试成绩,并分配一定比重,如若严格要求,可设置只要有一个学期的挂科,全科医学中该门课程所占分数直接为零,且若全科医学挂科则直接挂科。此举可提高学生对全科医学以及先导课程的重视程度,并结合形成性评价,让学习成果不只靠一次期末考试反映。

**2.2 课程中的形成性评价** 在跨越多个学期的课程中,还需要对单一学期的课程进行内部形成性评价。区别于传统的一考定乾坤,形成性评价将成果反馈到更多的方面,但考试仍是必不可少的组成部分。

**2.2.1 教学中形成性评价的方案设计** 在全科医学的教学中,不应该以期末考试一次考试的成绩作为最终评价,而单纯的增加测试次数也略显机械,不能充分调动学生的积极性。因此还应该将最终成绩的组成部分继续拆分。

根据现如今流行的形成性评价模式,结合医学专业的特点,可以将教学成果的评价概括为几个部分:课堂表现、出勤率、作业完成情况、阶段性测试成绩、期末成绩、实验成绩。

课堂表现是指在教学过程中学生参与课程的积极性,比如主动回答问题、积极参与思考并提出问题等。该部分在一般的形成性评价中均有考虑,但是由于比重过低,而全科医学的周期又很长,因此太低的比重会造成学生重视程度不够。例如,20个周累计100节课(以45 min为1节),课堂表现总计才占5%的比重,那么学生的重视程度肯定不高。同时根据课堂表现反馈信息又可以评估出授课方式的好坏。因此提高课堂表现的比重是非常关键的,与此同时,老师也应该制定更加有参与性的授课方式。

出勤率即学生的到课率,反映了学生的学习态度,点名是一种普遍的方法,采用一定强迫式的手段对教学有促进作用,切不可采用签到的方法。而且根据出勤率还可以反映教师的授课问题。但是大学是灵活的,很多情况下学生并不是故意缺勤,因此这部分比重不必过高。作业完成情况不是简单的提交与否,而是作业的提交以及完成程度,从作业中要评判出学生对相应章节知识的掌握程度,从而因材施教修改教学计划,同时也要注意抄袭的存在。实验成绩是关键的重要组成部分,医学是一定要付诸实践的,根据实验的表现和对实验结果的分析填写相应的实验报告,评估学生对理论知识的运用。阶段

性成绩和期末成绩是最重要的两项，一般阶段性测试可分为月考或者半期考，鉴于课程的难度，采用月考可以更快的反映学生的问题所在，对大多数学生共存在的问题进行专项补救。

综合以上的分析，在此提出一个较为可行的形成性评价方案：

表 1 形成性评价的考核构成

类别	比重(%)
课堂表现	10
出勤率	5
作业情况	10
实验成绩	15
阶段性测试成绩	20
期末成绩	40

2.2.2 形成性评价的考核构成 从形成性评价的方案设计中可以看出，教学目标更注重实践性和发散性思维培养。在形成性评价的考核构成中，可以总结为 3 个部分：学习态度的考核、实践能力的考核以及解决问题能力的考核。

学习态度的考核主要通过出勤率、作业完成情况以及课堂表现 3 项指标来评估。针对越来越多的懒散课堂行为，增加课堂表现的比重，注重学生的课堂参与度，增加师生之间的互动。可以由学生问老师答、老师问学生答以及学生问学生答 3 类互动模式。同样，可增加作业中的开放性题目，不但可以考察学习态度，还可以发散创新思维，锻炼解决问题的能力。对表现特别好的学生，可在此版块给予加分奖励或者降低挂科线以增加积极性，只要态度上去了，挂科率一定下去。

实践能力的考核则是通过实验来表现的，在医学这种注重实践的学科门类中，实践考核尤其重要。可以根据学生在个人和团队实验中的表现，给予相应打分，再根据全体学生的实践成果评比，激发学生实验的参与与积极性。据此可以培养实践性人才，培养学生的团队精神。

解决问题的能力则是通过作业完成情况、阶段性测试成绩以及期末考试成绩来评估的。通过对解决相应问题的答题情况，考核学生的知识掌握情况以及运用知识的能力。同时，可将此项拓展为提出问题的能力，更能考验学生对知识的反思与理解。

通过将教学模式中的单一的终结性评价更改为形成性评价，可以显著改变学生的学习态度，将学生从被动的接受者转变为主动的参与者，更多地投入到平时的学习之中，而不是以往的临时抱佛脚、期末临阵磨枪。形

成性评价主要考核了学生对于阶段性学习任务的完成情况以及学习态度情况，通过对教学过程中各项指标数据的分析，老师可以进行教学干预，灵活地制定教学计划，加强了精准化教学目标。

本文通过对全科医学学科的分析，运用形成性评价，对医学生全科医学课程提出了一套完备的形成性评价体系以及实施方案。随着运用这些方案的经验的生长，各类数据可以为我们更好地提供参考，从而形成真正能培育良好的实践性全科医学生的教学体系。

参考文献

[1] 李长明. 关于当前医疗改革、社区卫生服务和全科医学建设的三点思考[J]. 中国全科医学, 2014, 17(1): 1-2.

[2] 任风云, 孙展鹏, 宋高臣, 等. 中国人口老龄化背景下应用型全科医学人才实践能力培养模式改革与创新[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(14): 3582-3585.

[3] 刘忠仁, 李壮, 邓树嵩. 民族地区全科医生转岗培训的现状调查及效果评价[J]. 右江医学, 2019, 47(1): 56-59.

[4] 陈小云, 李思盈. 医学生本科阶段全科医学教育实践与体会[J]. 教师, 2019(18): 111-112.

[5] 刘文学. 全科医学生教育的若干现实问题与建议[J]. 赤峰学院学报(哲学社会科学版), 2019, 40(4): 163-165.

[6] 朱长海. 我国全科医学教育现状与发展对策探索[J]. 家庭医药, 2018(9): 124-125.

[7] 夏欣欣, 孙连庆, 胡珊, 等. 形成性评价与终结性评价相结合的成绩评定模式在留学生中医学教学中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(22): 32-35.

[8] 韩春蕾, 罗文海, 相静. 形成性评价在医学类院校统计学专业课程考核中的应用——以计量经济学课程为例[J]. 卫生职业教育, 2015, 33(2): 26-27.

[9] Scriven M. Evaluation thesaurus [M]. 4th ed. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991: 258-290.

[10] Bloom B S. Evaluation Comment [M]. Los Angeles: University of California at Los Angeles, Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1968: 320-341.

[11] 宫月荣, 胡营滨. 形成性评价在临床医学教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2019, 11(19): 32-34.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 林起庆 收稿日期: 2019-09-28)



# 情景模拟在针灸治疗学多媒体课件教学中的应用\*

曹耀兴 曾鑫 占国荣 刘海涛 邓露

(江西中医药高等专科学校医疗系,江西 抚州 344000)

**摘要:**目的 探讨基于情景模拟之针灸治疗学多媒体课件的应用和实施效果。方法 选择2013—2014级针灸推拿专业的学生共238人,用随机整群抽样的方法选取实验班119人,对照班119人。对照组按照传统教学方法教学,借助普通多媒体课件。实验组采用基于情景模拟之针灸治疗学多媒体课件进行教学与仿真训练,后通过问卷调查以及考试成绩评价教学效果。结果 通过学生调查问卷分析结果及两组学生期末考试成绩情况比较,经统计学分析,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。结论 基于情景模拟多媒体课件教学法能有效地调动学生的学习积极性,激发学习主动性,能更快掌握临床技能,提高学习成绩。

**关键词:**多媒体教学;情景模拟;针灸治疗学;教学方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.014

文章编号:1672-2779(2020)-20-0037-02

## The Application of Scenario Simulation in Multimedia Courseware of Acupuncture Therapeutics

CAO Yaoxing, ZENG Xin, ZHAN Guorong, LIU Haitao, DENG Lu

(Medical Department, Jiangxi College of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fuzhou 344000, China)

**Abstract: Objective** To explore the application and effect of multimedia courseware of acupuncture therapy based on scenario simulation. **Methods** 238 students majoring in acupuncture and massage from 2013 to 2014 were selected. 119 students in experimental class and 119 students in control class were selected by random cluster sampling. The control group was taught according to the traditional teaching method with the help of ordinary multimedia courseware. In the experimental group, the multimedia courseware of acupuncture and moxibustion therapy based on scenario simulation was used for teaching and simulation training. **Results** Through the analysis of students' questionnaire and the comparison of the final examination results between the two groups, the difference was statistically significant ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** The teaching method based on scenario simulation multimedia courseware can effectively mobilize the students' learning enthusiasm, stimulate the learning initiative, grasp the clinical skills faster, and improve the learning performance.

**Keywords:** multimedia courseware teaching; situational simulation; acupuncture therapeutics; teaching method

针灸治疗学是针灸推拿专业的主干课程,是将中医学理论、经络、腧穴、刺灸法等知识综合运用与实践的一门临床学科。因此,本课程的教学效果将直接关系到学生的临床能力,尤其是实习实践中针灸治疗常见疾病的综合能力。近年来,我们在针灸治疗学的教学中进行了教学改革实践,通过搜集整理大量临床病例图片及视频,精心设计制作情景模拟多媒体课件,对针灸科常见疾病的诊疗过程进行仿真模拟,分解“动作”,还原场景,并专项专练,取得了良好的效果。现报道如下。

### 1 对象与方法

**1.1 教学对象** 选择三年制大专2013—2014级针灸推拿专业的学生共计238人。用随机整群抽样法抽取2013级针灸推拿1班和2014级针灸推拿1班作为实验班,共计119人;对照班为2013级针灸推拿2班和2014级针灸推拿2班,共计119人。2班均为全国高考统招生,在性别、年龄、教材、教学时数、授课老师、小学成绩、在校表现等方面比较,经统计学分析,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 教学方法

**1.2.1 实验班** 以高职高专规范教材《针灸治疗学》(主编:刘宝林,人民卫生出版社,2010年第2版)为蓝本,归纳出针灸科常见病共15种(包括面瘫、中风、腰痛、肩痹、膝痹等),经收集整理包括症状表现、临床体征、舌苔脉象、辨证选穴、针灸操作等的图片及视频资料,(临床案例和图片来源主要为江西中医药高等专科学校附属医院针灸门诊及住院部,并参考一些已发行的教学视频软件),制成情景模拟多媒体课件。

具体教学方法:正式上课时,先由教师或者同学自行浏览情景模拟多媒体课件,内容为提前设计好的案例视频,根据先后顺序依次播放展示,或穿插提问环节。主要学习环节为:播放视频(临床表现、主要体征等)引入主题-提出问题-学生思考并作答(可由教师辅助解答)-再次学习(可选)-问诊、查体及辅助检查-辨证分析-选方用穴-针灸操作-模拟实训及测试-反馈学习效果。辅助学习环节有现代研究、古今文献及相关专业知识链接(此环节由学生自主选择学习)。以“中风病”章节为例,先以播放视频形式展示患者的临床症状、相关体征,引入本堂课程教学,随后提出问题:中风病与哪些脏腑相关?中风病有哪些证型等等。回答完毕,再

\* 基金项目:江西省教育厅教改课题[No. JXJG-13-42-1]



表 1 2 班学生问卷调查统计结果

[人数(%)]

组别	人数	认为教学方法对本课程内容的学习和理解有帮助	认为教学方法能提高对针灸的学习兴趣	认为教学方法对临床操作与取穴有帮助	认为教学方法能提高课堂气氛	对教学方法和教学效果很满意	对教学效果满意	对教学效果比较满意	对教学效果不满意
实验班	116	95(81.9)	84(72.4)	87(75.0)	101(87.1)	81(69.8) <sup>#</sup>	22(19.0) <sup>#</sup>	12(10.3) <sup>#</sup>	1(0.9) <sup>#</sup>
对照班	115	75(65.2)	71(61.7)	69(60.0)	74(64.3)	66(57.4)	18(15.7)	12(10.4)	19(16.5)

注:与对照班比较,<sup>#</sup> $P < 0.01$ 

进入下一步讲解及展示中风病的具体辨证、选穴、随症加减、针刺操作、其他疗法等详细内容(此间进行多媒体课件展示并作重点提示)。过程中可以由教师引导及辅助,以此类推,直至完成所有项目内容的学习,最后进行情景模拟仿真实训环节,此过程可由学生自主操作,按提示点击回答或者鼠标模拟操作(选穴及辨证加减、针刺、艾灸、拔罐、三棱针放血、皮肤针叩刺、热敏灸操作等),计算机自动记录回答次数及正确率。

**1.2.2 对照班** 采用以往传统的 LBL 教学方法,结合普通多媒体课件。

### 1.3 评价方法

**1.3.1 问卷调查** 在学期末采取问卷调查的形式,了解 2 个班学生对所学的针灸治疗学课程的教学评价。

**1.3.2 成绩测评** 在学期末时,对两种不同教学方法的学生期末考试(理论)成绩以及实训成绩进行比较(根据我校执行教学大纲,理论占 50%,实训占 40%,平时分占 10%),评估教学效果。

**1.4 统计学方法** 所有数据采用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析,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 Ridit 分析。 $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 问卷调查表** 我们发给实验班和对照班学生各 238 份问卷调查表,共收回 231 份问卷调查表,其中实验班共收回 116 份调查表,对照班共收回 115 份调查表。与对照班结果相比,实验班学生普遍认为该教学方法能提高学习兴趣、活跃课堂气氛、帮助理解教学内容、掌握临床技能,对教学效果满意。见表 1。

**2.2 期末考试成绩对比** 实验班期末考试成绩明显优于对照班,2 个班学生成绩经统计学分析,差异无统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 2。

表 2 2 班学生期末考试成绩比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	人数	理论	实训
实验班	119	42.58 ± 4.63 <sup>*</sup>	32.87 ± 3.24 <sup>*</sup>
对照班	119	40.38 ± 6.17	31.73 ± 2.51

注:2 组期末考试成绩比较,<sup>\*</sup> $P < 0.01$ 

## 3 讨论

目前,各高校不同层次的针灸治疗学教学方法多种多样,有的采用 PBL(问题导向)教学法、有的采用 CBL(案例式)教学法,也有的采用场景模拟教学法(师生分别扮演病

人或者医生的角色)<sup>[1-3]</sup>,丰富了教学手段、改善了教学效果。但上述教学法往往受限于实训场地、教师人数、临床水平的差异等,使多数学生未能真正掌握中医思辨方法及针灸操作技能,以致一接触临床便觉无从下手,手执针具,心中发虚。我们将情景模拟多媒体课件运用于针灸治疗学教学及实训过程,并经过连续 2 届对实验班和对照班的对比观察发现,实验班学生对这种新的教学方法很满意,实践操作能力、主动学习能力和团队协作能力都得到了锻炼提高,大家普遍对即将到来的临床实习抱有强烈期待。并且,从期末考试成绩的对比可以看出,实验班学生的理论学习成绩和实训操作成绩都明显高于对照班。研究表明,本教学法能减少教学资源的占用,同时激发学生的学习兴趣,发挥其自主性和创造性,从而全面提高学生的临床思辨、综合运用及操作能力,提高了教学效果,是针灸治疗学新型有效的教学模式,对于其他相关专业课程的教学也有借鉴价值。

本套教学课件特点主要表现在以下几个方面:(1)通过情景模拟多媒体课件教学及训练,克服传统教学方法不足,使学生的学习和教师的讲授不再局限于课堂,有利于拓展教学时空,促进学生和教师之间的交流,并减少教学资源的占用。(2)基于情景模拟针灸治疗学多媒体课件的运用,可拓展教学手段,丰富教学资源,提高针灸治疗学教学效果。(3)通过情景模拟多媒体课件的教学与仿真训练,大幅度激发学生的学习兴趣,发挥学生的自主性和创造性,使学生轻松地掌握知识和技能。目前还存在问题:由于现代医疗技术手段的高速发展,针灸治疗学教材中涉及到的病种涵盖内科、外科、妇儿科、五官科、皮外骨伤科等临床各科疾病,许多疾病在实际针灸临床中并不多见。故此我们在临床病例图片及视频的搜集过程中碰到较大困难,为保证教学内容科学性、实用性,我们还参考了已出版发行的针灸治疗相关的视频光盘,下一步希望借助这个平台制作出更多的基于情景模拟针灸治疗学的多媒体课件,并对此套课件进行优化、推广和应用于相关的中医临床课的教学。

### 参考文献

- [1] 陈梅,董勤,甘君学,等.《针灸治疗学》实训教学的改革探讨[J].云南中医中药杂志,2008,29(12):66-67.
- [2] 张君,邵素菊,王培育,等.3BL 教学法在针灸治疗学教学中的运用[J].按摩与康复医学,2018,9(2):96-98.
- [3] 谢文霞,丛文杰,党宇生,等.多媒体 CAI 模拟情境优化教学法在针灸学教学中的应用[J].浙江中医杂志,2012(3):71-72.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:邓棋卫 收稿日期:2020-02-14)

# 课程思政在中医内科学中的教学实践

王 箏 许庆友<sup>※</sup> 司秋菊 蔡冀民

(河北中医学院中西医结合学院内科教研室,河北 石家庄 050200)

**摘要:**为了响应全国高校思想政治会议的要求,结合教学方法改革的要求,本文将思想政治教育融入中医内科学的课堂教学中,塑造学生的马克思主义世界观、培养学生的社会主义核心价值观,真正实现“于无声处谈教化”。通过在中医内科学中引入思政教育,探讨课程思政的在课堂教学中的应用,培养学生“博学求源、厚德济世”的精神。

**关键词:**中医内科学;思想政治教育;教学实践

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.015

文章编号:1672-2779(2020)-20-0039-02

## The Teaching Practice of Curriculum Ideology and Politics Education in Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

WANG Zheng, XU Qingyou<sup>※</sup>, SI Qiuju, CAI Jimin

(Department of Internal Medicine, College of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hebei Medical University, Hebei Province, Shijiazhuang 050200, China)

**Abstract:** In order to respond to the requirements of the national college ideological and political conferences and the requirements of the reform of teaching methods, this paper integrates ideological and political education into the teaching of internal medicine of traditional Chinese medicine, which is used to shape the students' Marxist world outlook, cultivate students' socialist core values, and realize subtle influences. Through the introduction of ideological and political education in traditional Chinese medicine, the application of curriculum ideological and political education in teaching is explored to cultivate students' deep knowledge and noble morality.

**Keywords:** internal medicine of traditional Chinese medicine; ideological and political education; teaching practice

2016年,习近平总书记在全国高校思想政治会议上强调“把思想政治工作贯穿教育教学全过程,实现全程育人,全方位育人”,这是高校思政教育的转折点<sup>[1-2]</sup>,也标志着思想教育政治课不再作为一门具体课程,而是贯穿到其他课程教育中,与其他课程“同向同行”<sup>[3]</sup>,让思政不仅仅停留在表面,而是切实提高学生的综合素质。

### 1 中医内科学的特点和教学现状

中医内科学是中医临床医学的主要组成部分,属于中医学科主干课程。中医内科学是运用中医学理论和中医临床思维方法研究并阐明内科疾病的病因、病机、证候、诊断、辨证论治规律和预后转归以及预防、康复、调摄等问题的一门临床学科。

中医内科学是其他临床各科的基础,既继承了历代医家的学术思想和医疗经验,同时又汲取了现代中医内科在理论和实践方面的新技术、新进展。基础理论知识只有经过内科学的进一步讲授和临床实习,才能达到深入理解和掌握;临床其他学科则必须以内科学作基础,才能更好地熟悉本学科的特点和技能,在临床学科体系中占有重要的地位。

目前,中医内科学覆盖四十多个常见病种,每个病种的教学遵从病种的概念介绍、发病的病因病机、诊断依据、辨证论治、预防调护等几个方面。在传统授课方

式中,教师按照以上6各方面按部就班的讲授,学生容易产生疲倦和厌烦,也容易认为自学会更好。为了提高授课质量,中医内科学教研室不断尝试引入案例式教学、问题式教学、情景式教学等,探索提高中医内科学教学水平的方法。文章借鉴案例式教学、问题式教学、情景式教学的优势,以思政为指导,设计了中医内科学课程思政教学思路,并初步应用在了教学中。

### 2 中医内科学课程思政教学思路和应用

中医内科学是一门理论性很强的学科,课堂上单纯以理论讲授为主,容易导致课堂沉闷,师生共振不足,学习接受度不高,教学质量无法提升。思政融入到中医内科学的课程中,使思想政治与专业知识相辅相成、主次有别,暗合“君臣佐使”:以爱国精神为药引,激发学生的学习热情;以悬壶济世为君药,强化学生的社会责任感;以中华传统医药文化为臣药,培养学生职业认同感;以白衣礼仪为佐药,传授学生医者之行。

**2.1 以爱国精神为药引 激发学生的学习热情** 在中医内科学课程中,每个病种课程都需要一个“药引”开篇,这些“药引”可以是中医经典、历史典故、真实事件等,每个“药引”都融入了爱国精神,激发学生的学习热情,例如在淋证学习时,“苏加诺总统求医”的故事为淋证开篇。

1961年底,印度尼西亚内阁,一个绝密消息在暗中流传——苏加诺总统的身体健康状况严重恶化,已

※通讯作者:qingyouxu@sohu.com

经影响到了执政。实是，苏加诺总统只是肾脏疾病加重，备受结石困扰——左侧肾脏内堆满了石头，从尿道里根本排不出来，严重影响了肾脏功能，曾经请过好几位西方国家的著名医生看过，始终不见什么疗效，并诊断苏加诺一侧的肾脏已经丧失功能，由于印度尼西亚国内医疗条件有限，建议他到维也纳进行手术切除。但苏加诺很不情愿在自己身上开刀，也不愿意前往维也纳治疗，宁愿采用保守的治疗方案，向中国方面发出求助。

在周恩来的安排下，1962 年 1 月中国派出吴阶平为组长的医疗小组，携带了大量中草药及器械赴印尼。根据诊断结果，医疗小组拟定了处方，中药与针剂双管齐下。苏加诺管中药汤药叫“中国咖啡”（因为味苦），在坚持服用后，他不断排出结石。苏加诺总统对中国使馆工作人员说：“你们中国那个‘咖啡’（即中药）挺好喝，我一直喝着呢。”中方采取中医为苏加诺治疗了 3 个月之后，总统肾功能有部分恢复，印尼各大传媒大肆报道，印尼西医也由最初的怀疑到交口称赞。

**2.2 以悬壶济世为君药 强化学生的社会责任感** 中医内科学教学的两大任务，一是传授中医知识，二是培养医者仁心，有诗句为证“岐黄物语奥义深、良医千载多名世”。在中医内科学课程中，每个病种都有多个治疗方药，讲授名方背后“悬壶济世”的精神，是强化学生社会责任感的重要途径。例如，在介绍经典名方—血府逐瘀汤时，以王清任“不为前人所困，不避后人罪我”的精神，讲授医者应该具有的责任感。

血府逐瘀汤是治疗血瘀发热的经典名方，出自王清任的《医林改错》典籍中。清代王清任出生在医学世家，20 多岁医术在家乡就很有名气，30 多岁在京城开设“知一堂”成为名医。王清任是我国解剖学的先者，认为“治病不明脏腑，何异盲子夜行”，为此王清任冲破封建礼教的束缚，进行了 30 多年的解剖实践研究。王清任经常到乱坟岗解剖暴死者的人体结构，到刑场观察死刑犯的人体结构，最终著称了《医林改错》，修订了很多解剖学中的许多讹谬，为后世医者留下很多宝贵的资料。王清任实地观察，亲自动手的大医精神也为后世树立了榜样。

**2.3 以中华传统医药文化为臣药 培养学生职业认同感** 岐黄之术在中华大地已经发展了几千年，涌现了大量的济世名医，时代流传着很多医案典故。在中医内科学教学中介绍名医大家的事迹典故可以培养学生职业认同感。由于课程时间有限，不建议占用课堂时间讲授中华传统医药文化。任课教师主要在课间播放关于中医的影视资

源，并为学生推荐优秀的影视资源，例如《医痴叶天士》《本草中华》等。

《医痴叶天士》讲述了清代名医叶天士的故事，主要通过出手治伤、治匪于（膏）育、奇药救（皇）上、巧做红娘等故事，展现了叶天士精湛的医术、精深的医理和威武不屈富贵不移的高尚医德、医道。《医痴叶天士》揭示了医者是一门受人尊重的职业，因此被尊称为大夫、郎中，让学生感受自古以来作为医者大有可为。

《本草中华》讲述了中草药的生命轮回和中国人的处世哲学，通过介绍常见的中草药，揭示了博大精深的中医文化，学生作为中医传承者应该由衷的自豪。

**2.4 以白衣礼仪为佐药 传授学生医者之行** 河北中医学院以“厚德济世”为培养目标，体现了德育教育是医学人才培养的核心任务。当前，我国的医患关系紧张，而高尚的职业道德是预防医患突出的有效手段之一，如何在中医内科学中体现德育教育是本教研室不断探索的目标，通过在课堂上要求师生穿着整齐、语言得体作为德育培养的重要手段。

中医内科学的课堂上，白衣礼仪可以帮助教师树立教师形象，潜移默化中影响学生的行为举止，因此本教研室对老师课堂上的白衣礼仪有着严格的要求。教师在课堂上必须穿干净整洁的白大褂，白大褂袖口不外露里衣，里面衣领不高出白衣；女老师不化浓妆；男老师不留长发。老师在与学生进行交流时，要做到语言和藹可亲、面带微笑、举止轻柔；不可语言犀利、盛气凌人，也不可双手插兜或背手等等。良好行为举止的养成，可以增进与病患的感情，避免出现紧张的医患关系。

### 3 结语

中医内科学与思政的融合是一个长期的过程，需要不断地探索、完善，本教研室响应习近平总书记关于“把思想政治工作贯穿教育教学全过程，实现全员育人，全方位育人”的要求<sup>[4]</sup>，再借鉴案例式教学、问题式教学、情景式教学的优势，把思政融入到了中医内科学的课程中，为了课程思政提出了可行的操作方法。

### 参考文献

- [1] 张曦元,熊丽辉. 中医诊断学课程思政的思路与实践[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(9): 72-73.
- [2] 孔敏. 课程思政视域下的医学生人文素质教育初探[J]. 山西高等学校社会科学学报, 2019, 31(5): 66-68.
- [3] 孙俊芳,段其波. 中医药院校实施课程思政的实践与反思[J]. 中国校外教育, 2019(6): 120-122.
- [4] 贾艾玲,董金香,邱智东. 中医药院校课程思政改革背景下中药药剂学教学模式探究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(8): 141-143.

（本文编辑：尹秀平 本文校对：王香婷 收稿日期：2019-09-28）



# 互动式教学法在护理临床带教中的应用

冷从玉 吴敏<sup>\*</sup> 陈赛泉

(九江市第一人民医院八里湖总院感染性疾病科,江西九江 332000)

**摘要:**目的 探讨观察互动式教学法在护理临床带教中的应用效果。方法 选取2018年5月—2019年7月在九江市第一人民医院实习的护理学生60名,将护理学生分为2组,采用电脑随机分组的方式将护理学生分为对照组以及研究组。对照组护理学生对其实施传统教学,研究组护理学生对其实施互动式教学法,在不同的护理方法下,以护理成绩、教学满意度观察指标来评估护理学生的临床护理效果。结果 对比2组护理学生带教前后的成绩,护理带教前,理论知识以及操作技术评分差异均无统计学意义( $P>0.05$ );护理带教后,理论知识、操作技术评分研究组均高于对照组;观察并对比2组护理学生学习积极性、综合能力、临床思维、教学满意度,研究组均高于对照组,2组护理学生的组间数据差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 互动式教学法在护理临床带教中运用,教学效果较为满意。

**关键词:**互动式教学法;护理临床带教;护理效果

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.016

文章编号:1672-2779(2020)-20-0041-02

## The Application of Interactive Teaching Method in the Clinical Nursing Teaching

LENG Congyu, WU Min<sup>\*</sup>, CHEN Saiquan

(Department of Infectious Diseases, Baliu General Hospital, Jiujiang First People's Hospital, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

**Abstract: Objective** To explore the effect of interactive teaching method in clinical nursing teaching. **Methods** 60 nursing students were randomly selected from May 2018 to July 2019. The nursing students were divided into two groups. The nursing students were randomly divided into control group and observation group. The nursing students in control group received traditional teaching, nursing students in observation group received interactive teaching method. The clinical nursing effect of nursing students was evaluated by nursing achievement and teaching satisfaction under different nursing methods. **Results** There was no significant difference in the scores of theoretical knowledge and operational skills between the two groups before and after nursing instruction ( $P > 0.05$ ). After nursing instruction, theoretical knowledge and operational skills in the study group were higher than those in the control group, and the learning enthusiasm, comprehensive ability and prognosis of nursing students in the two groups were observed and compared. Teaching satisfaction in the study group was higher than those in the control group. The data comparison between the two groups showed that the study had statistical significance ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The interactive teaching method in clinical nursing teaching has satisfactory teaching effect.

**Keywords:** interactive teaching method; nursing clinical teaching; nursing effect

研究表明,护理临床带教采用传统的护理带教方式,一味地讲究知识输出,忽视了学生的学习主动性,不利于学生临床思维的培养,加之带教老师对整个教学培训的收获感较少,导致护理学生的教学满意度不高,故而采取传统教学模式欠佳<sup>[1]</sup>。针对此现象,在染性疾病科护理临床带教采用互动式教学法,通过教师与学生进行互动,增加双方沟通的次数,从而缓解学生的焦虑感,提升学生对教师满意度,营造一个平等、相互倾听的教学环境,从而培养学生的临床思维。本次研究中,选取2018年5月—2019年7月我院实习的护理学生60名,采用电脑随机分组的方式将护理学生分为对照组以及研究组,对比2组学生的临床教学效果,现将研究结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2018年5月—2019年7月我院实习

的护理学生60名,采用电脑随机分组的方式将护理学生分为对照组以及研究组,每组30名。对照组中,男性有1人,女性有29人;年龄19~23岁,平均年龄为20.14岁。研究组护理学生中,男性有2人,女性有28人;年龄18~23岁,平均年龄为20.43岁。护理学生的一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 教学方法** 对照组护理学生,研究人员对其实施传统教学,研究组护理学生,研究人员对其实施互动式教学法。(1)在护理学生进入科室的第1周,由带教老师介绍科室相关规定以及科室相关人员,让护理学生熟悉科室环境,了解各项物品的摆放,在科室开展小讲座,让各个护理学生了解每个班次的护理工作职责,熟悉消毒隔离制度,重点为护理学生讲解自我防护措施,强化学生的自我防护理念,同时由科室高年资护士示范科室基础护理操作技能,随后让护理学生进行回溯,带教老师在一旁观看并进行点评,对于出错的护理学生,应对其进行一对一教学,从而提升整体教学质量<sup>[2]</sup>。

<sup>\*</sup>通讯作者:chaohua710422@163.com

(2)进入科室实习第 2 周,护士长与护理学生进行沟通,了解护理学生的想法,让护理学生自行选择带教老师;随后,护理学生跟随带教老师进行护理查房以及护理操作,带教老师在科室开展疾病相关知识讲座时,护理学生应共同参与,迅速掌握传染科疾病相关知识,了解科室的基础护理操作,迅速进入实习护士角色,做好实习工作。对于实习过程中遇到的重点难点问题,应及时与带教老师进行探讨<sup>[3]</sup>。(3)进入科室实习第 3、4 周,科室带教老师带领学生进行专科护理操作教学,做到放手不放眼,让学生在每日实习结束后,查阅专科护理相关知识文献,鼓励学生自行书写护理病历,在学生书写护理病历时,带教老师应与学生进行探讨,指导学生进行书写<sup>[4]</sup>。

### 1.3 观察指标

**1.3.1 护理成绩** 研究人员统计护理学生带教前后的理论知识以及操作技术评分,同时对学生学习积极性、综合能力、临床思维进行评估,满分为 100 分,分数越高,带教效果越好。

**1.3.2 教学满意度评分** 研究人员按照本次研究要求,制定一份评估研究结果的教学满意度评分表,由科室主任以及护士长对评分表进行审核,审核完毕后发放至参与所有护理学生,让护理学生进行评分,所有的评分应在客观、科学的原则下进行,满分为 100 分,分数越高,护理学生的满意度越高。

**1.4 统计学方法** 所有数据采用 SPSS 20.0 进行分析。计数资料以率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验;计量资料以均数±标准( $\bar{x}\pm s$ )表示,使用  $t$  检验。 $P < 0.05$  表明研究差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组护理学生护理成绩比较** 2 组护理学生护理带教前,理论知识以及操作技术评分均差异无统计学意义( $P > 0.05$ );护理带教后,理论知识、操作技术,研究组均高于对照组,2 组组间数据差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组护理学生的护理成绩比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	人数	理论知识		操作技术	
		护理带教前	护理带教后	护理带教前	护理带教后
对照组	30	71.48±3.91	75.83±3.11	70.74±2.58	74.53±3.11
研究组	30	72.57±2.45	89.73±4.19	70.52±2.44	86.37±3.81
$t$ 值		1.293 8	14.590 3	0.339 3	13.185 9
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

**2.2 2 组护理学生学习积极性、综合能力、临床思维、教学满意度评分比较** 观察并对比 2 组护理学生学习积极性、综合能力、临床思维、教学满意度,研究组均高于对照

组,组间数据差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组护理学生学习积极性、综合能力、临床思维、教学满意度评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	学习积极性	综合能力	临床思维	教学满意度
对照组	30	74.18±3.94	81.73±5.81	78.64±3.13	83.16±3.12
研究组	30	93.71±3.73	90.74±3.81	89.74±3.53	94.71±3.81
$t$ 值		19.716 0	7.102 9	12.886 7	12.846 4
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

随着医疗技术以及护理专业的发展,临床上对于护理人才的需求也不断的发生变化,在以往的临床护理带教过程中,带教老师仅仅是采取“填鸭式”教学模式,将所有的护理知识采取输出式讲解,忽视了学生的接受能力,导致整个护理教学的效果欠佳<sup>[5]</sup>;随着临床教学模式的发展,对于护理学生的临床教学,采用互动式教学模式,注重学生与带教老师之间的互动以及沟通,激发双方的主观能动性,注重学生临床思维的培养。互动式教学法强调护理学生与带教老师之间的共同参与,强化主次地位,提升学生的学习积极性,从而发挥促进作用,进而提升学生对于知识的掌握程度<sup>[6]</sup>。本次研究中,对照组护理学生,研究人员对其实施传统教学,研究组护理学生,研究人员对其实施互动式教学法,对比两组护理学生的带教前后的成绩,护理带教前,2 组理论知识以及操作技术评分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );护理带教后,理论知识、操作技术,研究组均高于对照组,观察并对比 2 组护理学生学习积极性、综合能力、临床思维、教学满意度,研究组均高于对照组,组间数据差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

综上所述,互动式教学法在护理临床带教中运用,能有效提升学生对于护理知识的掌握程度,提升学生的学习积极性、综合能力、临床思维,并且学生对教学满意度显著提升。

## 参考文献

- [1] 何敬之. 互动式教学法在手术室护理临床带教的应用效果[J]. 医学美容美容, 2019, 28(1): 176.
- [2] 廖红英. 互动式教学模式在血液肿瘤护理教学中的效果分析[J]. 家庭医药, 2018, 43(6): 341-342.
- [3] 陈春燕. 互动式教学在护理临床带教中的应用效果分析[J]. 中国当代医药, 2016, 23(15): 153-155.
- [4] 伍红艳. 互动式教学法在传染病科护理临床带教中的应用效果研究[J]. 中国高等医学教育, 2015, 29(6): 106, 127.
- [5] 朱瑞斐, 张玉琴. 多媒体互动式教学在心内科护理教学中的应用效果观察[J]. 中国高等医学教育, 2013, 27(5): 116-117.
- [6] 张萍, 张淑敏, 杨山山. 护理临床带教中互动式教学的应用效果分析[J]. 中国继续医学教育, 2017, 14(34): 28-29.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:陈娅萍 收稿日期:2019-09-09)

# 协同育人机制下 大学生马克思主义民族观培养状况探究

廖玉凤 杨雪飞 马璐 赵如静

(天津医科大学临床医学院,天津 300000)

**摘要:**马克思主义民族观是高校开展立德树人教育的重要组成部分。青年大学生是中国特色社会主义建设的重要力量,是实现中华民族伟大复兴中国梦的主力军,是思想教育的重要对象。通过“思政课程”加强大学生马克思主义民族观教育,并与各类课程同向同行,达到同频共振的效应。推动大学生树立正确的民族观,增强大学生中国特色社会主义的道路自信。基于问卷调研的基础上,客观了解天津市高校大学生民族观的认知状况及特征。研究“思政课程与课程思政协同”培养青年大学生马克思主义民族观的途径及不足,以丰富马克思主义民族观的教育内容,补充高校马克思主义民族观的教学手段。最终使得马克思主义民族观的教育达到更强的时效性,激发青年大学生积极投身建设中国特色社会主义国家,为各民族的共同繁荣奋斗,担当起实现民族复兴的重任。

**关键词:**马克思主义;民族观;天津市;大学生;思政课程;课程思政

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.017

文章编号:1672-2779(2020)-20-0043-04

## Study on the Cultivation of Marxist National Outlook of College Students under the Mechanism of Cooperative Education

LIAO Yufeng, YANG Xufei, MA Lu, ZHAO Rujing

(College of Clinical Medicine, Tianjin Medical University, Tianjing 300000, China)

**Abstract:** Marxist national view is an important part of moral education in colleges and universities. Young college students are an important force in building socialism with Chinese characteristics, a main force in realizing the Chinese dream of the great rejuvenation of the Chinese nation, and an important object of ideological education. Through “ideological and political courses” to strengthen the education of college students’ Marxist national view, and with all kinds of courses, the same resonance effect was achieved. To promote college students to establish a correct view of the nation, their confidence in the path of socialism with Chinese characteristics was and enhanced. On the basis of questionnaire survey, the author objectively understood the cognition status and characteristics of nationality view of college students in Tianjin. This paper studies the ways and shortcomings of “ideological and political courses and the coordination of ideological and political courses” to cultivate young college students’ Marxist concept of righteousness and nationality, so as to enrich the educational content of marxist concept of nationality and supplement the teaching means of marxist concept of nationality in colleges and universities. In the end, the education of Marxist national concept will be more effective in time, and young college students will be encouraged to actively participate in the construction of a socialist country with Chinese characteristics, strive for the common prosperity of all ethnic groups, and shoulder the important task of realizing national rejuvenation.

**Keywords:** Marxist national outlook; national concept; Tianjin; college students; ideological and political courses; curriculum ideology and politics

马克思主义民族观是马克思主义对民族和民族问题的看法、基本观点,其主旨思想是坚持党的领导,坚持各民族平等互助,坚持民族区域自治制度,坚持各民族团结奋斗共同繁荣发展。马克思主义民族观的主题思想和党提出的社会主义核心价值观具有内在的统一性。在新时代中国特色社会主义的背景下,加强大学生马克思主义民族观的教育,引导其正确认识和对待民族政策,树立正确的马克思主义民族观具有迫切的现实意义。

### 1 当代大学生民族观的现状

青年大学生是中国特色社会主义建设的重要力量,是实现中华民族伟大复兴中国梦的主力军,是思想教育的重要对象<sup>[1]</sup>。习近平新时代中国特色社会主义思想是深化民族团结进步教育,铸牢中华民族共同体意识,加

强各民族交流、交融,共同团结奋斗,共同繁荣发展。

为准确把握当代大学生马克思主义民族观的思想动态,建设中国特色社会主义和谐的民族关系,我们对天津市三所高校(公办本科院校、独立本科院校、专科院校)的大学生进行抽样问卷调研与随机访谈,以了解天津市大学生马克思主义民族观认知状况及特征。总调研人数共计500人,收回有效调查问卷469份。数据分析显示,当代大学生民族观的现状主要呈现以下的几个特征。

**1.1 当代大学生民族文化认同感较强** 大学生是社会的一个学习群体,在学习生活中,不同民族的大学生之间交流比较密切。调查结果显示,95%以上的大学生在生活中与其他民族的学生交流广泛。不同的民族具有独



特的风俗习惯和生活方式。大学生在交往的过程中，互相尊敬，友好互助，相亲相爱，逐渐形成了对本民族及其他民族文化的认同感，最后升华为对中华民族的认同感与归属感<sup>[1]</sup>。本研究以回族、维吾尔族、蒙族、壮族、藏族等少数民族及汉族大学生为对象，调研当代大学生的民族文化观。结果显示，当代大学生基本了解本民族的文化，对其他民族的文化兴趣较高，比例达到82.43%以上。他们尊重少数民族的风俗习惯，愿意发展少数民族的传统文化。见表1~3。

**表1 当代大学生对本民族风俗习惯的了解程度**  
[人数(%)]

选项	人数	百分比
非常了解	65	13.86
比较了解	221	47.12
一般	170	36.25
不了解	13	2.77

**表2 当代大学生是否尊重和发展少数民族的风俗习惯**  
[人数(%)]

选项	人数	百分比
非常尊重	332	70.79
比较尊重	111	23.67
一般	26	5.54
不尊重	0	0.00

**表3 当代大学生是否愿意了解学习其他民族的传统文化**  
[人数(%)]

选项	人数	百分比
非常愿意	181	38.59
愿意	215	45.84
一般	70	14.93
不愿意	3	0.64

**1.2 当代大学生民族团结意识强烈** 民族团结是实现各民族繁荣发展、中华民族伟大复兴中国梦的生命线<sup>[2]</sup>。当代大学生拥护中国共产党的领导，普遍认同增进民族团结对于国家和各个民族的发展非常重要。他们相信各民族人民你中有我，我中有你，同呼吸共命运，共同为社会的稳定、祖国的繁荣发展而努力奋斗。调查显示，99.93%的当代大学生认为增进民族团结对国家的发展很重要(表4)。对于不同民族同学间交流产生的矛盾，调查结果显示，92.11%的大学生能够正确对待不同民族同学交往中产生的一些矛盾，他们有信心处理好这些矛盾，最终实现团结友好的局面。在党中央加强各民族交流、交融，共同团结奋斗，共同繁荣发展的号召下，他们愿意积极加入到维护国家稳定、民族团结的大军中，为国家的伟大事业作贡献。

**表4 当代大学生是否认为增进民族团结对于国家和各个民族的发展很重要** [人数(%)]

选项	人数	百分比
非常重要	370	78.89
重要	94	20.04
一般	5	1.07
不重要	0	0.00

**1.3 当代大学生关注时事 政治站位准确** 面对日趋复杂的国内外环境，面对社会矛盾发生的新变化，党中央高度重视民族问题，始终坚持民族区域自治制度的基本民族政策，为人民谋幸福，构建和谐的社会环境<sup>[3]</sup>。切身的感受让当代大学生深刻认识到民族政策的重要性，对中国特色社会主义制度充满自信。

调查结果表明，当代大学生在加强自身素质建设的同时，积极关注国家大事。他们始终认为民族区域自治制度符合我国国情，坚信在党中央的领导下，各民族能实现共同繁荣。他们认为民族分裂活动会影响我国民族地区的稳定，并表示坚决不参加任何破坏国家稳定的民族分裂活动。

## 2 “思政课程与课程思政协同”培养青年大学生马克思主义民族观的途径

高校是意识形态极其重要的阵地，面对日趋复杂的国内外环境，高校对青年大学生进行马克思主义民族观的教育，责任重大、使命光荣<sup>[4]</sup>。党和政府历来重视大学生马克思主义民族观的教育，近年来高校开展马克思主义民族观的教育也取得了一定的成效。“思政课程”中加强马克思主义民族观教育，并与各类课程同向同行，发挥同频共振效应是新时代思想政治教育的主流方式<sup>[5-6]</sup>。为了更好地分析“课程思政与思政课程协同”培养马克思主义民族观的途径、效果及存在的不足。我们以教师为对象，以大学生为补充。采取深入调研(线下面对面，线上微信、电子邮件等)方式，调研通过“思政课程与课程思政协同”培养马克思主义民族观的途径及效果。数据进行分析显示，主要围绕以下的几个方面进行。

**2.1 铸牢中华民族共同体意识教育** 中华民族共同体意识是国家统一之基、民族团结之本、精神力量之魂。以马克思主义民族观为指导思想<sup>[7]</sup>，通过“思政课程与课程思政协同”的途径引导学生铸牢中华民族共同体意识具有现实意义；以思政课堂为主要的教育阵地，其他专业课堂教育进行补充。思政教师注重将中华民族共同体的政治理论知识转变为学生通俗易懂和喜闻乐见的话语，增强教学的说服力和感染力，引导学生将“五个认同”<sup>[8]</sup>的精神化为实际，让“五个认同”走入日常现实生活中。其他专业课教师积极学习政治理论知识，洞察课程内容中蕴涵的中华民族共同体的精神内涵，并将其融入课堂

教学中。如免疫专业课教学中,教师授课采用比喻的方式解释免疫系统的组成及其功能,免疫系统相当于保卫祖国的军队,病原体相当于入侵的敌人,在保卫祖国的战争中,免疫系统就是一个复杂有序的网络,各种免疫细胞和免疫分子必须协同作战,才能击退敌人,它们具有全局意识,就像我们国家56个民族紧密团结在以习近平总书记为核心的党中央周围,排除外忧内患保证国泰民安。

另外,通过理论与实践相结合。组织形式多样的校外活动,让当代大学生切身感受作为中国国民的幸福感、荣誉感,在潜移默化中形成对习近平新时代中国特色社会主义思想的理论认同。

**2.2 突出中国民族政策的历史与现实教育** 中国共产党坚持理论与实际相结合,在各民族交流交融的发展历史进程中,逐步形成了中国特色的民族政策,并取得了成功。思政教师坚持政治性和学理性相统一,从“情”“理”“法”三方面展开,拓展学习方式,进行“民族政策的历史经典”“时事热点评论”“专题案例”等课堂实践教学,使思政课堂焕发生机;并从这些活动中引导学生主动学习,使他们认识中国民族政策的历史,在家国使命中切身体会中国特色民族政策解决民族问题的现实意义。

专业课教师拓宽视野,坚定理想信念,讲好中国故事,引导大学生正确认识世界和国家大事。如大学英语课堂中,通过介绍西方民族文化的同时,引导学生辩证对比中国与其他西方国家解决民族问题的政策异同。在对比碰撞中突显中国特色民族政策的优越性,彰显中国在解决民族问题中的宝贵经验与伟大成就。

**2.3 增进“两个维护”“四个自信”教育** 坚定“四个自信”坚决做到“两个维护”,是基于我们的党、国家、民族面临的现实,基于共产党执政规律、社会主义建设规律、人类社会发 展规律的把握做出的英明决断<sup>[9]</sup>。为更好地让当代大学生担当起历史赋予的时代责任,要不断增进其“两个维护”、“四个自信”教育。通过时政融课堂、故事阐道理、案例作对比、讨论解疑惑、实践亲身体验等线上线下、课内课外互联互通,加强社会主义核心价值观体系和社会主义先进文化的教育。牢固树立马克思主义的世界观、人生观、价值观、道德观,提高大学生思想水平、政治觉悟、道德品质、文化素养。

授课过程中,通过介绍“中央巡视”“生态治理”“精准扶贫”“共享经济”“人类命运共同体”等国之政策,让学生感受中国道路、中国制度的发展。课上介绍港珠澳大桥、复兴号、国产大飞机、“天鲲号”、“中国天眼”等为代表的国之重器,让学生感受祖国经济科技的飞跃发展。引入《我在故宫修文物》《中国诗词大会》《朗读者》《流浪地球》《厉害了,我的国》《花木兰》等一批弘扬优秀传统文化的影视作品,让大学生切身感受中国速度、中国理念、中国智慧,进而增进“两个维护”“四个自

信”的认同。

### 3 “思政课程与课程思政协同”培养青年大学生马克思主义民族观的效果及存在的问题

百年大计,教育为本。立德树人,是中国特色社会主义教育事业的根本任务<sup>[10]</sup>。习近平总书记指出,必须坚持把立德树人作为教育的根本任务,把中国特色社会主义思想贯穿教育教学全过程,充分发挥高校铸魂育人的作用。在以习近平总书记为核心的党中央的号召下,各高校积极采用“思政课程与课程思政协同”的育人方式。

调查数据显示,受访大学生中,99%的大学生认为高校有必要进行民族观的教育,其中80%以上在思政课程及其他专业课程中接受了马克思主义民族观的教育。98%的受访者认为通过“思政课程与课程思政协同”培养马克思主义民族观有收获(见表5)。由此可见,“思政课程与课程思政协同”培养当代大学生马克思主义民族观取得了良好的效果。

表5 当代大学生“思政课程与课程思政协同”培养效果 (%)

项目	选项	百分比
进行民族观教育的必要性	非常必要	49.89
	有必要	59.23
	一般	9.81
	没必要	1.07
收获程度	收获很大	48.4
	收获一般	50.53
	没有收获	1.07
满意度	非常满意	44.99
	比较满意	34.75
	一般	19.62
	不满意	0.43

“思政课程与课程思政协同”开展习近平新时代中国特色社会主义思想教育还在不断的探索和完善中。“思政课程与课程思政协同”培养大学生马克思主义民族观也存在以下两点不足:(1)让思政课活起来,让专业课思政元素灵起来,起到入脑入心的效果有待进一步加强;(2)理论内容传授所占的比例较多,主题实践活动形式有待丰富。分析此不足产生的原因:①由于课堂时间有限,进行“民族政策的历史经典”“时事热点评论”“专题案例”等课堂实践教学活动时,无法兼顾每一位同学的心理动态;②在校大学生人数较多,进行校外主题活动时,难以保证每一位同学的人身安全,所以大多数实践活动只能在校内进行。

#### 参考文献

- [1] 李国安,熊洁. 浅论加强大学生马克思主义民族观教育的意义内容及途径[J]. 思想理论教育导刊,2010(11):81-84.
- [2] 徐光木. 习近平总书记关于中华民族认同重要论述的理论意涵及实践要求[J]. 统一战线学研究,2019(5):95-103.
- [3] 金炳镐. 新中国成立70周年中国特色民族理论政策发展[J]. 中央民族大学学报(哲学社会科学版),2019,46(5):5-14.

- [4] 袁贵仁. 把握大势着眼大事努力做好新形势下高校宣传思想工作[J]. 高校辅导员学刊, 2015, 7(2): 1-3.
- [5] 万林艳, 姚音竹. “思政课程”与“课程思政”教学内容的同向同行[J]. 中国大学教学, 2018(12): 52-55.
- [6] 尹冬梅. 构建同心圆式大思政教育新格局[J]. 中国高等教育, 2015(10): 6-9.
- [7] 赵英. 新时代青海藏区民族团结进步教育与铸牢中华民族共同体意识刍议[J]. 民族教育研究, 2018, 29(4): 14-19.
- [8] 钟俊生, 李雪松, 王伶. 当代大学生民族观教育问题探究[J]. 民族教育研究, 2015, 26(2): 35-38.
- [9] 贺立军, 张青卫. 以四个“主体自信”提升理想信念教育的实效性和感染力[J]. 思想政治课研究, 2018(1): 15-20.
- [10] 黄蓉生, 崔健. 坚持把立德树人作为中心环节[J]. 国家教育行政学院学报, 2017(1): 9-14.
- (本文编辑: 尹秀平 本文校对: 李彦 收稿日期: 2019-11-25)

# 针灸科专科医师规范化培训中中风病诊疗教学模式探索

王伟洪 郑凉 贺君 徐展琼

(广州中医药大学第一附属医院针推康复一区, 广东 广州 510000)

**摘要:** 中医专科医师规范化培训(以下简称中医专培)是培养现代化中医医务人员的重要途径。中风病是我院康复中心最常见的致残性疾病之一, 因此中风病诊疗是针灸科专培的重要内容。但如何在培训时间内将中医专培学员的综合能力有效提高, 并符合我国中医现代化发展的要求, 仍需要进一步探索。本文通过分析中医专培中中风病诊疗教学现状, 并分享近年的探索成果, 不断完善中医专培制度, 以期提升针灸科专培质量。

**关键词:** 中医专科医师规范化培训; 针灸科; 中风病; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.018

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0046-03

## Exploration of Stroke Diagnosis and Treatment Teaching in the Standardized Training of Specialists of Traditional Chinese Medicine

WANG Weihong, ZHENG Liang, HE Jun, XU Zhanqiong

(Ward One of Acupuncture and Rehabilitation, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China)

**Abstract:** Standardized training of TCM specialists is an important way to train modern Chinese medical personnel. Stroke is one of the most common disability diseases in the rehabilitation center of our hospital, so the diagnosis and treatment of stroke is an important part during the training. However, how to effectively improve the comprehensive ability of the students in the training time and meet the requirements of the modernization of traditional Chinese medicine in China still needs further exploration. This paper analyzes the current situation of stroke diagnosis and treatment teaching in the training of traditional Chinese medicine, and shares the exploration results of our department in recent years, and constantly improves the training system of traditional Chinese medicine, in order to improve the quality of acupuncture training.

**Keywords:** standardized training of TCM specialists; acupuncture and moxibustion; stroke; teaching reform

目前, 随着我国中医住院医师规范化培训政策, 以及与临床医学专业学位研究生教育与住院医师规范化培训结合的并轨模式的全面铺开, 各个院校及医院为我国培养了许多全方位人才。在广东省中医药局及广东省医师协会的大力支持下, 我院作为先行先试单位率先于 2010 年建立中医专科医师培训基地, 并逐步积累“两步合一”的培训经验<sup>[1]</sup>, 在执行国家培训标准的基础上, 进一步优化培训细则。中医专培是在中医住院医师规范化培训的基础上, 对临床医师的培养具有目标性、计划性, 并有其专门的要求以及管理, 旨在使中医专科医师更具有其鲜明专业特色。

根据流行病学显示, 中风是成人致死及致残的一个主要因素<sup>[2]</sup>, 每年有近 2000 万人患中风。中风病的发生会导致机体神经功能障碍及身体生理功能紊乱, 具有复发率高、致残率高、死亡率高的特点。现代康复技术在神经损伤后促进神经恢复具有一定的局限性<sup>[3]</sup>, 而中医学治疗中风有其独特的优势, 其中针灸治疗中风的疗效确

实, 在中风病患者的治疗中发挥着极为重要的作用。中风病是我科三大优势病种之一, 在治疗中风方面, 我科以靳三针疗法为基础, 结合多种中医特色疗法, 在促进患者康复方面是具有鲜明的中医特色的, 所以, 针灸科医师如何将所掌握的中西医理论知识运用于临床, 充分发挥我科特色, 使用针灸结合中药, 并配合中医特色疗法及现代康复技术, 促进患者的康复, 发挥在中风患者早期康复的重要作用, 是值得思考和探索的问题。我科作为全国第一个中医针灸科专科医师培训基地, 结合近几年专培教学实践, 探讨如何规范进行中风病诊疗教学, 在完成专培要求的同时更好地发挥针灸及中医特色。

### 1 进一步整合师资队伍

我们科室隶属于广州中医药大学第一附属医院, 地处岭南地区, 中医氛围十分浓厚, 师资力量雄厚。经过不断的传承、创新, 我科的每位指导教师都具备着渊博的针灸专业知识, 中西医理论基础扎实, 临床经验丰富。在此基



础上,我们采取科室主任负责,组建以副高以上职称资格的指导教师为组长的教师组,将专人指导和团队培训相结合,明确带教责任并开展针对性教学。通过各种有效途径,帮助专科医师形成扎实的中风病理论基础,系统掌握专业知识,积累临床医疗经验。在接诊每一位中风患者之后,我科专培医师制定治疗与康复方案,由带教老师指导,提出问题并改进,进一步完善治疗方案。另外,在实际培训过程中,要注意尽可能让学员在不同带教老师指导下进行学习,了解不同老师的诊疗思路,从而学习各位带教老师的优点,使我科专培医师专业知识不断提高,也能启发他们的中医临床思维,使其博采众长,全面发展。

## 2 夯实中西医理论基础

针灸科专培学员在培训初期时,缺乏对中风病的中西医理论知识的规范学习、患者的管理及中西医康复的实践经验,有的学员甚至从未接触过该领域。要想成为一名符合现代化中医发展的中风病专科诊疗医师,学员不仅要掌握中风病的西医知识,尤其是大脑动脉的解剖、生理和病理生理等知识,对中风病急性期的紧急处理、相关并发症的发生及预防进行系统、有序、规范的学习,还要更加深入掌握中风病的中医知识,包括病因病机、病情分期、证型、方药及针灸处方等,并且要将两者结合与实践,真正做到中西医同步掌握。

我科针对中风病专科诊疗的培训,所采用的理论教材,包括了《神经病学》<sup>[4]</sup>,以及我科经过多年的经验所整理出来的中医中风病诊疗方案,实行标准化理论培训。在学员担当一线医师角色前,可组织高年资老师开展中风病诊疗知识专题讲座,充分利用文字、图像、动画、视频、音频等来展现中风病的特点和诊治的要点,结合临床病例,讲解中风病概念、临床表现、诊断标准、分期治疗和针灸、中药、推拿及康复、预后、注意事项等内容,使学员能更直观地看到中风病的表现及其治疗效果。但考虑到不同学员具有能力的不同,以及侧重点,在进行标准化理论知识培训的同时,要针对其专业背景及技术水平,进行个性化培训。同时,科室定期安排小课学习,面向所有专科医师和规培医师,对既往疑难或者危重患者的病情进行回顾,并结合该病例,提出问题,分析问题,对该病例的中西医治疗,特别是针灸各种疗法进行总结,继承并不断发扬中医疗法的特色。多维度地培训提高了学员专业理论水平,促进了对中风病中西医基础的理解,提升了对中风的整体处理能力,提高了综合素质。

## 3 规范临床专科培训

中医针灸学有着悠久的历史并有着广泛的实践基础,它涉及到中医学的生理、病理、诊断、治疗等多个方面,是一门动手能力很强的学科<sup>[5]</sup>。中风不仅发病率较高,而且致残率和死亡率也较高,最常见的后遗症是偏瘫,常导致患者生活不能自理,生活质量直线下降,中医学治

疗中风有其独特的优势,且针灸治疗中风确有疗效。那么,积极发挥中西医所长,同时临床应结合患者情况,制订有效的个体化治疗方案,提高诊疗效果,对学员进行统一的专科诊疗规范化培训,就显得十分重要。我们的教师组将从病人收住院开始,到询问病史、体格检查、出具医嘱、执行医嘱中的针灸处方、开具辨证分析后中药处方,在整个带教过程中,学员都充分参与进来。跟着带教老师收治一定病人数量后,学员就在带教老师的监督和协助下独立诊疗病人及值班。就在这一个从理论到实践再从实践到理论逐步提高、循环向上的过程当中,学员不断积累经验,并不断发现问题并及时提出,带教老师结合实际情况进行解答,实现从感性认识到理性认识的飞跃,达到培训目的。我科按照医院《中医专科医师培训标准》中的要求,注重中医,特别是针灸经典的学习,精读《灵枢》《针灸大成》《针灸逢源》等经典书目,并要求在临床当中,将所学到的知识与中医特色疗法,积极应用于中风患者,促进患者肢体的康复。在这一过程中,带教老师要做到“放手不放眼”,对学员及患者持认真的态度,对中风病患者的诊治以及学员负责到底。

## 4 规范及重视综合考核

在中风病诊疗专培过程中,考核是一个非常重要的环节。专科医师培训的目标是将培训对象培养成高层次的、具有国家专业认可、能够进行科研工作应用型医师<sup>[6]</sup>。中医专培学员在三年的培训过程当中,考核的内容比住院医师规范化培训更广更深,所以考核要更加体现学员的综合能力。

考核旨在反映学员学习效果、能力培养的结果,也能检验带教老师的教学水平,促进教学质量的提高。我科根据考核结果,及时调整教学方式及内容。首先,会在中风病理论学习后进行理论知识考核,根据学员的成绩做出分析,安排下一步教学计划;在收治病人培训过程中,组织临床操作技能考核,明确学员诊疗思路、针灸技能的熟练程度、中药方剂的掌握,分析是否安排独立收治病人及管组、值班;每隔2个星期,进行病例分析,让学员整合自己的诊疗思路,分享自己在治疗中风患者时,所使用的针灸及中药处方的分析,进一步细化整个中风病患者的管理以及注意事项。我科将临床带教能力也作为考核内容之一,学员会承担一定的临床带教任务,轮流安排中风病人的教学查房及小讲课,由带教老师所在的教师组作为考官,科主任做最后点评,既可以使学员对既往所掌握的理论知识得到进一步的加深,也使得临床与理论知识更好地结合,又锻炼了学员整合知识的能力,并且在这项考核当中,学员的语言组织及表达能力,也能得到很好的提升,从而促进每个学员的全面发展。我科也关注专培学员的临床科研能力。以鼓励代替考核,培训期间鼓励学员参加医院举办的申报科

研课题会及科研专家讲座,并鼓励我科青年文明号举办文献分享活动,调动每位学员的积极性,在文献分享当中互相学习,并互相提出问题,形成思维碰撞,激发创新思维,并且学习文献当中的科研思路,为论文及课题的撰写做出积累。同时,也让每位学员参与带教老师的课题研究,在完成带教老师的课题任务时,向带教老师学习课题申报全过程,并结合临床实践,提高科研能力。

## 5 总结

中医专科医师培训是为了向国家输出临床与科研并进的高素质中医学人才,是为了实现中医学的现代化。我院经过 10 年的探索,对中医专科医师规范化培训制度已获得一定的成果。针灸科专科医师规范化培训不是学员职业生涯的终点,而是向更高目标挺进的踏板,在中医专科培训的历程中,向每一位老师学习,牢记有效学习和终身学习宗旨。中风病是我科主要疾病之一,中风后的康复目前也受到越来越多的重视,人们也迫切找到

能够康复的方法。在中风病诊疗专培过程中,多维度分阶段培养方法,符合中医领域发展的现代化要求,有利于学员在成长为符合中医现代化发展的中医人。

## 参考文献

- [1] 张曼曼, 廉丽华, 阳艳, 等. 中医眼科专科医师培训的管理探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(17): 11-13.
  - [2] WHO. The top 10 causes of death[EB/OL]. (2018-05-24). <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
  - [3] 程燕, 丁德光, 周仲瑜, 等. 针灸治疗中风病的临床研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(28): 114-115.
  - [4] 贾建平, 陈生弟. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 1-153, 169-172, 186-213.
  - [5] 张宾, 徐展琼, 周昭辉, 等. 针灸科本专业学生的临床带教工作探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(15): 91, 97.
  - [6] 林全生, 王滔, 袁静. 专科医师规范化培训的难点及对策探讨[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(29): 8-11.
- (本文编辑: 尹秀平 本文校对: 唐 梦 收稿日期: 2020-03-31)

# 微课程在基础护理教学中的实践探究

张 丽 万 珍 邱建霞

(南昌市第一医院护理部, 江西 南昌 330008)

**摘要:**目的 探讨微课在基础护理教学中的实践效果。方法 选取南昌市第一医院 2017 年 9 月录取的护理本科生 42 名作为本次研究的对照组,另选取 2018 年 9 月录取的护理本科生 42 名作为观察组。2 组教学方式分别为常规教学以及微课堂教学。对 2 组学生的学习效果进行评价。结果 观察组理论考核成绩以及操作考核成绩均高于对照组,基础知识、能力以及综合素质等学习成果评分均高于对照组( $P < 0.05$ );观察组任务点完成率为 100%。结论 基础护理教学中运用微课程可有效提高学生的学习效率以及学习质量,帮助学生获得更好的学习成果。

**关键词:**基础护理;教学方式;微课程

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.019

文章编号:1672-2779(2020)-20-0048-03

## Practice and Exploration of Microcourses in Basic Nursing Teaching

ZHANG Li, WAN Zhen, QIU Jianxia

(Nursing Department, Nanchang First Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

**Abstract: Objective** To explore the practical effect of microteaching in basic nursing teaching. **Methods** 42 nursing undergraduates enrolled in September 2017 were selected as the control group, and 42 nursing undergraduates enrolled in September 2018 were selected as the observation group. The two groups of teaching methods are conventional teaching and micro-classroom teaching. The learning effects of two groups of students were evaluated. **Results** The scores of theoretical and operational assessment in the observation group were higher than those in the control group, and the scores of basic knowledge, ability and comprehensive quality in the observation group were higher than those in the control group ( $P < 0.05$ ), and the completion rate of task points in the observation group was 100%. **Conclusion** The application of microcourses in basic nursing teaching can effectively improve students' learning efficiency and quality, and help students obtain better learning results.

**Keywords:** basic nursing; teaching methods; microcourses

随着信息化时代的发展,现代网络以及信息技术在人们日常生活中的应用越来越广泛,给人们的日常生活带来翻天覆地的变化,学校教学方式也在网络冲击下越来越多样,对学生学习能力以及学习效率的提高起到很大的促进作用<sup>[1]</sup>。微课程教学是利用网络以及信息技术来实现线上与线下教学相结合的一种教学方式,该方式不受时间以及地点的限制,教师以视频为载体,将课堂

教学中的重点以及难点记录在内,学生可以通过电脑以及手机等工具来接受课程知识,从而实现教与学的有机整合<sup>[2]</sup>。为此,我院将微课程应用到基础护理教学中,本文就其对学生学习效果的影响进行分析。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2017 年 9 月录取的护理本科生 42 名作为本次研究的对照组,另选取我院 2018 年 9 月

表1 2组护理本科生学习成果比较

( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	人数	提高基础知识 掌握度	拓宽知识面	提升 学习效率	提高操作 实践能力	提高自主 学习能力	增强团队 协调合作	提高沟通交流 能力	提高解决 问题能力	提高 学习兴趣	增强职业 认同感
对照组	42	2.18±0.13	3.54±0.13	2.31±0.21	2.42±0.35	2.85±0.24	2.24±0.98	2.31±0.21	2.61±0.47	2.16±0.13	3.35±0.75
观察组	42	2.88±0.94	4.11±0.76	3.14±0.65	3.03±0.58	4.44±0.17	3.46±0.69	3.62±0.68	3.36±0.24	3.28±0.34	4.41±0.79
<i>t</i> 值		4.85	4.64	6.00	3.15	12.88	2.42	9.29	3.13	13.92	2.69
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

录取的护理本科生42名作为观察组。对照组中，男生8名，女生34名；年龄17~24岁，平均年龄20.15岁；18名来自农村，24名来自城镇。观察组中，男生9名，女生33名；年龄18~24岁，平均年龄20.26岁；17名来自农村，25名来自城镇。2组性别及年龄比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入与排除标准** 所有学生均知晓本次研究的目的及意义，并且同意参与；排除沟通能力差以及中途退出的学生。

**1.3 教学方法** 本次研究所用教材为第5版《基础护理学》，共186课时，其中理论86课时，操作100课时，2组授课教师以及学习内容均相同。对照组采用传统教学方式的教学：课本理论知识主要由教师进行讲解；操作课教学中，教师按照“教师示范-学生演习-教师纠正”的方式进行教学。观察组在传统教育方式的基础上结合微课程教学，具体如下。

(1)确定微课程内容。本次微课程主要内容包括患者入院及出院的护理、医院感染的预防与控制、患者的清洁舒适与安全护理、生命体征观察与测量、常用药物的管理与口服给药法、注射法、静脉输液法、常用标本采集法等8个章节。微课程资源的收集、整理以及拍摄由具有护师以上职称及拥有7年以上工作经验并且已取得教师资格证的护士来完成，护师根据以上章节中的重点、难点以及疑点等并结合每个章节的特点来选择视频形式。以患者的清洁舒适与安全护理为例，对于本章节的理论性内容，可通过情景展示的方式拍摄视频，例如“褥疮发生的原因以及易发部位”“患者卧位性质以及常用的几种卧位”等，在演示过程中向学生抛出一些相关问题，以便学生更好地理解。对于口腔护理的常用清洁用物、褥疮的易发部位、预防褥疮的常用物品以及卧位常见类型等则以图片联合文字的形式向学生讲解。对于操作性较强的内容如口腔清洁方式、翻身与按摩以及卧位的摆放等，则通过真人模拟向学生演示，拍摄者拍摄视频时注意应全方位进行拍摄，以便学生看得更加清楚，细节处则以画重点表示出来，视频拍摄过程中可加入一些旁白以及特效，使学生能够更好地掌握本章节知识。每节微课时间大约15 min，本次研究共需完成20节微课。

(2)建立学习平台。微课程制作完成后，护师确定每节微课的观看时间，并按时将其上上传至当前学生常浏览

的视频网络平台。微课讨论区设置在视频下方留言处，学生在讨论区留下自己观看过程中遇到的问题以及观看后的收获。同时，护士设定好每节微课后学生需要完成的任务点，引导学生参与平台互动，完成任务点学习。护师每天对视频的浏览情况进行统计。

(3)微课程教学实践。线下理论课堂主要以案例分析以及小组讨论为主，以帮助学生加深微课程上传授的知识点。在线下操作教学中，学生课前先通过微课程观看预习，课上教师针对重点以及难点进行详细分析以及解答，教师线下操作教学方式与对照组相同。

(4)课后总结。为加深学生对本次课堂内容的记忆以及理解，提高学习效果，教师组织学生建立QQ群，让学生对当天的课程内容进行反馈与交流。教师整理课后补充知识上传到网络视频平台，引导学生记录实践笔记。

**1.4 观察指标** (1)对2组期末考核成绩进行比较，包括理论考核成绩以及操作考核成绩。

(2)采用我院自拟的学习成果调查表对学生的学习成果进行评价，调查内容包括基础知识、能力以及综合素质等方面，该表共含10个条目，每条目评分0~5分，分值越高，表示学习成果越好。

(3)对观察组学生参与微课程学习情况进行观察。

**1.5 统计学方法** 使用SPSS 20.0统计学软件对数据进行分析处理，计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示，使用*t*检验，若 $P<0.05$ 则可视差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组学习成果比较** 观察组基础知识、能力以及综合素质等学习成果评分均高于对照组，组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

**2.2 2组期末考核总成绩比较** 2组理论考核成绩以及操作考核成绩比较，观察组明显高于对照组，组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组护理本科生期末考核总成绩比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	人数	理论考核成绩	操作考核成绩
对照组	42	80.02±4.22	85.07±3.38
观察组	42	89.12±4.20	91.37±3.57
<i>t</i> 值		4.12	3.55
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05

**2.3 观察组参与微课程学习情况** 观察组在微课程学习期间，微课程网上总浏览量为3977次，人均95次；线上讨论参



与总次数528次,人均13次,任务点完成率为100%。

### 3 讨论

基础护理教学是学校护理专业教学体系中的核心部分,是学生掌握护理知识以及护理操作技能的主要途径,为学生将来参与到临床实践中奠定基础<sup>[3]</sup>。现阶段,传统课堂教学已不能满足学生日益提高的护理知识以及技能等方面的需求,学校在积极更新及优化教学方式下,微课程教学方式油然而生。

目前可以看到,手机以及电脑等移动设备占据了大部分学生的课后空余时间,学生获取信息的方式也越来越快捷、方便,网络移动设备的不断更新为微课程的推广以及运用提供了有利的条件,学生不仅可以在线下40分钟课堂内学到知识,也可以在课后任何时间及地点完成自主学习或巩固复习,微课程不仅弥补了传统教学的缺陷之处,更是对线下课堂教学的有效补充<sup>[4]</sup>。据统计调查,大部分学生因枯燥无味的课堂氛围而无法产生听课兴趣,因此导致课堂学习效率不高。但微课程的授课表现形式体现出多样化的特点,它利用Flash动画、PPT以及情景视频等形式将学生难以理解的知识点生动形象地向学生展示出来,学生可以直观地看到临床护理工作中的真实场景,不仅能

够激发学生的听课兴趣,同时也能够增强学生的理解能力,帮助学生加快消化所学的知识<sup>[5]</sup>。微课程可以在短暂的时间里将课程的精炼部分完整地传达给学生,以此提升学生的学习效率。微课程还体现出“私人订制”的特点,教师可以根据不同年级以及学科的学生特点对微课程内容的难度以及精度进行调整,学生则结合自己的实际情况选择观看内容,可在一定程度上提高学生自主学习能力。

综上所述,在基础护理教学中运用微课程可有效提高学生的学习效率以及学习质量,帮助学生获得更好的学习成果。

### 参考文献

- [1] 魏娜,邵洪岩,张巍,等.借助微信公众平台进行基础护理微课程教学的探究[J].心理月刊,2019,14(8):101.
- [2] 宁静,李青文.基于微课程的翻转课堂模式在“基础护理学”教学中的应用[J].沈阳医学院学报,2017,19(5):458-460.
- [3] 孟焕,宋洁.临床护理微课程的建设及应用现状[J].护理研究,2017,31(2):135-138.
- [4] 湛惠萍.微信互动在《基础护理与技术》教学中的应用[J].中国卫生产业,2017,14(35):154-156.
- [5] 张锦玉,周洁.微课程在基础护理教学中的实践研究[J].解放军护理杂志,2017,34(4):65-68.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:万三艳 收稿日期:2019-10-22)

## 思维导图在内分泌总论远程教学中的应用

谢莹 刘志华<sup>\*</sup>

(苏州大学附属第二医院内分泌科,江苏 苏州 215004)

**摘要:**目的 将思维导图应用到内分泌总论教学远程教学中,加强远程教学的效果,培养学生思维和解决问题的能力。方法 根据人民卫生出版社第9版《内科学》中内分泌总论教学要求,对五年制临床医学本科远程教学,以思维导图的形式进行。结果 应用思维导图的远程课堂有助于学生对内分泌总论的内容全面清晰的掌握,可提高教学质量和拓展学生的创造性思维。结论 思维导图模式可应用在内分泌总论教学中,提升课堂效果和提高学生兴趣。

**关键词:**思维导图;内分泌;总论;远程教学;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.020

文章编号:1672-2779(2020)-20-0050-03

### The Application of Mind Map in the Distance Teaching of Endocrine General Theory

XIE Ying, LIU Zhihua<sup>\*</sup>

(Department of Endocrinology, the Second Affiliated Hospital of Suzhou University, Jiangsu Province, Suzhou 215004, China)

**Abstract: Objective** The application of mind map in the teaching of endocrine general theory can strengthen the effect of distance teaching and cultivate students' ability of thinking and solving problems. **Methods** According to the requirements of the ninth edition of endocrine general theory published by the People's Medical Publishing House, the distance teaching of five-year clinical medicine undergraduates was carried out in the form of mind map. **Results** The application of mind map in distance class can help students master the content of endocrine general theory comprehensively and clearly, improve the teaching quality and expand students' creative thinking. **Conclusion** Mind map can be applied in the teaching of endocrine general theory to improve the classroom effect and students' interest.

**Keywords:** mind map; endocrine; general theory; distance teaching; teaching mode

在内科学中,内分泌系统的教学内容相对生僻、抽象,难以理解。而作为内分泌学入门引导的内分泌总论,

内容庞杂,授课时间短,仅1~2学时。且由于目前普遍开展远程授课,缺少师生间面对面交流,学生注意力容易下降,更加不易掌握总论的内容。因此,在内分泌总论的远程教学中,如何做到概念明确、框架清晰、内容全面、重

<sup>\*</sup>通讯作者:liu13962155249@126.com

点突出, 激发起学生对内分泌系统疾病学习的兴趣, 是值得思考的。我们发现, 在多媒体教学时引入思维导图的应用, 可使教学内容直观具象, 清晰明了, 并根据教学进度、课堂反馈随时进行内容的总结概括或详细展开, 给内分泌总论远程教学带来极大便利。

思维导图(Mind map), 是近年兴起的表达发散性思维的有效图形思维工具。它简单有效, 图文并茂, 把各级主题的关系用相互隶属与相关的层级图表现出来, 把主题关键词与图像、颜色等建立记忆链接。思维导图可把概念图、知识树、问题树等图示方法, 将结构化思考、逻辑思考、辩证思考、追问意识等思维方式融合进来, 促进学生对相关记忆明晰并深入理解<sup>[1-2]</sup>。在教学过程中推广应用思维导图, 已成为许多国家教学改革方式之一<sup>[3]</sup>。目前有多种思维导图软件, 如Mindmaster、Xmind、百度脑图等, 各有特色但普遍操作简单, 具有一键式“折叠/展开”和“跟随链接”操作, 还可以将图片、链接及多媒体嵌入到思维导图中。文章就我们在内分泌总论远程教学中思维导图的应用实践作一浅析。

### 1 教师备课

根据人民卫生出版社第9版《内科学》中内分泌总论教学要求, 五年制本科临床医学专业需了解临床内分泌学涵义和范围, 与其他系统的相互关系; 熟悉内分泌系统生理和生化理论基础; 掌握内分泌常用诊疗原则和方法<sup>[4]</sup>。总论中内分泌疾病的主要教学内容为: 内分泌系统的主要组成和分类; 主要内分泌激素的生理作用; 内分泌疾病的诊断和治疗原则。其中内分泌系统的组成和诊治原则为重点掌握内容, 内分泌激素的分类和生理作用为熟悉和了解内容。代谢性疾病主要内容为: 营养物质分类和摄取; 营养疾病病因病机; 营养代谢疾病分类; 代谢性疾病诊断原则及防治。其中营养物质分类和疾病诊治为需掌握内容, 疾病的病因病机部分为需了解内容<sup>[5-6]</sup>。

根据两节课内容制作思维导图。第一节课内容以内分泌疾病为主导词, 第二节课内容以代谢性疾病为主导词。选定主导词后, 根据以上主要教学内容插入下级词条, 可根据重要程度设定不同优先级, 或根据相关内容需掌握、熟悉、了解的要求选用不同颜色表示。可在远程教学的PPT中, 链接插入制作的思维导图, 逐一展开讲解。

### 2 导图示例

根据内分泌总论中内分泌疾病这部分内容制作的思维导图全貌, 以内分泌疾病为中心词, 连接5项次级内容: 内分泌系统、激素、内分泌疾病的分类、诊断和治

疗。前两项为基础知识, 后三项为重点内容, 在图片布局上左右分开, 依次铺展, 制作过程中要兼顾重点突出及整体协调, 把内分泌总论内容分门别类, 使各项知识点条清缕析。其中, 为了使学生对内分泌系统产生一个总体印象, 第一项内容设定为内分泌系统的组成, 包括内分泌腺、内分泌组织和细胞在人体的分布和主要作用。下丘脑、垂体、甲状腺、肾上腺等作为内分泌腺下级分支各自详细阐述。此处可插入人体内分泌系统的解剖图片协助记忆。

内分泌系统的功能是通过激素实现的, 激素的种类、分泌方式和作用是分泌总论教学的难点, 也是本章需要熟悉的基础知识。激素的分类、各类激素的举例、各激素的作用, 可在各分枝树详细梳理, 并将学习难点如激素的分泌、作用方式、负反馈环等图片插入相关部分, 加强学生的理解和直观记忆。见图1。

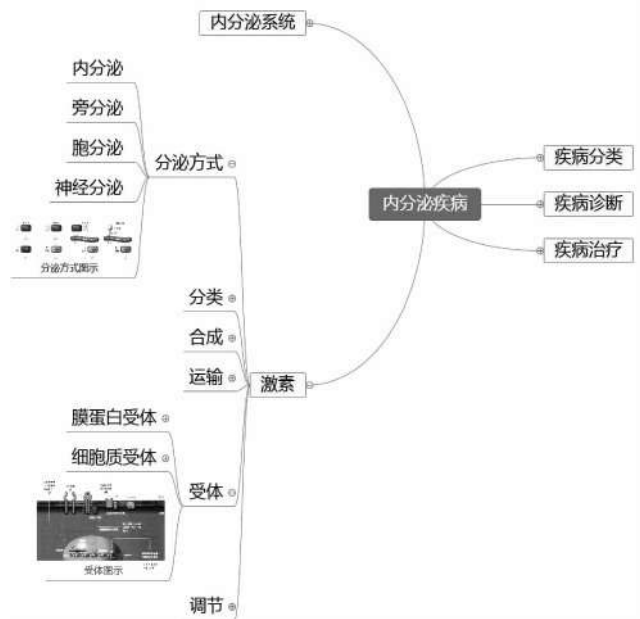


图1 内分泌总论思维导图示例

内分泌疾病是总论教学的重点, 疾病的分类、诊断、和治疗是需要掌握的内容。由于激素受体往往遍布全身, 底物的作用不局限于单一组织, 所以内分泌代谢疾病常累及多个器官和系统。内分泌代谢疾病临床表现复杂多变, 受影响因素多, 病因往往比较隐匿, 所以建立正确的临床诊断思路十分重要。通过印象比对、综合分析以及逐步排除等方法建立诊断时, 需要临床医师熟悉病因, 对复杂的病因有清晰有序的记忆。思维导图所代表的图表记忆法针对所有内分泌代谢疾病均较为适用。内分泌疾病的诊断, 包括功能诊断、定位诊断和病因诊断, 是内分泌系统疾病的总体诊断思路, 并以此决定了治疗方式, 是对医学生临床思维和临症处理最重要的训练, 因

此病因诊断是本章的重点，也是难点。特别是激素的功能试验，可在分级树中详细展开，多做举例说明，帮助学生理解兴奋试验和抑制试验的设计原理，可在分级树展开前设立问题以在课堂充分讨论，激发临床思维，提升钻研兴趣。

### 3 教学过程

首先显示思维导图主干，使学生对主题词和次下级内容有整体印象。然后按教学内容顺序依次介绍内分泌系统、激素、内分泌疾病的分类、诊断和治疗。在展开分支叙述前，如甲状腺毒症，设置提问环节，充分讨论甲状腺激素增多原因，待学生们各抒己见后再展开课本内容，这样帮助了解学生的总体学习水平和预习情况。根据课堂互动，决定是否进一步进行课外内容拓展，如甲状腺激素受体异常等。在此过程中，充分发挥思维导图使知识可视化的特点，同时活跃左右大脑，吸引学生的注意力，激发学生对教学内容的理解和记忆。

课后请同学们分组完成以代谢性疾病为主题的思维导图。代谢性疾病以营养代谢失调为主线，以人体所需营养物质、病因病机、诊断、防治等作为下级内容，先让同学们掌握思维导图的制作方法，分小组讨论，每个人充分参与，集思广益，集体完成思维导图制作，并推请一位同学在下节课进行本组的导图展示和组间评价。在展示过程中使同学们不但熟悉了思维导图的制作方式，还有效掌握了代谢性疾病的知识要点，寓教于乐，活跃课堂气氛，提升学习效果。最后教师总结各组创作的特点，串讲本课内容，针对制作导图中暴露的知识盲点和逻辑弱点，重点鲜明地讲述课程内容。

### 4 学习效果

使用思维导图代替传统PPT教学，观察到以下效果：(1)加强了学生的整体观念，改善了既往课堂上讲到讲前忘后，讲后忘前，只见树木不见森林的缺点。(2)把散在的相关知识碎片纳入医学整体的框架，查漏补缺，分类整理，做好知识收纳。(3)提高了学生注意力，活跃了课堂氛围，加强了师生互动。(4)以课堂互动的形式，请学生自己制作思维导图，或以小组形式合作共同完成。在预习课堂内容的同时，增强了拓展性思维训练。(5)根据学生的兴趣和盲点继续探索，完善知识树，加强临床思维，为将来的临床医疗工作打下坚实的基础。

### 5 结语

大数据时代的到来，知识更新速度加快，是否具备终身学习的意识和自主学习的能力决定了学生的未来发展成就<sup>[7]</sup>。随着人口老龄化和生活方式的改变，内分泌代谢疾病在现代社会其发病率和检出率逐年上升，培养

具备相关专业思维能力的医学人才十分重要。按照内分泌代谢疾病特点，临床教学重点在于建立科学、有效的内分泌代谢病思维能力培训模式<sup>[8]</sup>。在课堂上引入思维导图的学习，不但对学生掌握内分泌代谢疾病的课堂教学内容有帮助，且能拓展学生自学能力和学习兴趣，培养终身思考的良好习惯，值得在教学中加以推广。

### 参考文献

- [1] 田杰. 思维导图在呼吸治疗学教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(18): 19-20.
- [2] 顾凤林, 张娟. 基于思维导图的教学实践研究[J]. 教育, 2018(27): 61-62.
- [3] 王竹萍, 王文英. 思维导图: 高校课程教学创新的有效途径[J]. 黑龙江高教研究, 2011(5): 175-176.
- [4] 马丽, 马静, 李凯利. 多种方式结合的内分泌教学方法探讨[J]. 新疆中医药, 2013, 31(5): 75-77.
- [5] 陈灏珠, 钟南山, 陆再英. 内科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 642-646.
- [6] 佚名. 内分泌学教学大纲[Z/OL]. (2012-08-24). <http://www.360doc.com>
- [7] 张彩彩, 董战玲, 梁平等. 关于在医学整合课程中应用思维导图的思考[A]. 第七届生命科学联合学术大会论文集[C]. 海口: 海南省科学技术协会, 2015: 93-95.
- [8] 龙健. 内分泌代谢性诊断思维的培养[J]. 四川生理科学杂志, 2017, 39(2): 106-107.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 唐梅 收稿日期: 2020-09-04)

### 附子论选

附子气温大热，温则禀天春和之木气，入足厥阴肝经。大热则禀天纯阳炎烈之火气，入足少阴肾经。补助真阳，味辛而有大毒，得地西方燥酷之金味，入手太阴肺经。气味俱浓，阳也。其主风寒咳逆邪气者，肺受风寒之邪气，则金失下降之性，邪壅于肺，咳而气逆也。附子入肺，辛热可解风寒也。寒湿之气，地气也，感则害人皮肉筋骨，而大筋软短，小筋舒长，拘挛之症成焉。附子入肝，肝主筋，辛可散湿，热可祛寒。寒湿散，而拘挛蹉跎之症愈矣。膝痛不能行步者，肝肾阳虚，而湿流关节也。温热益阳，辛毒行湿，所以主之。

癥坚积聚血瘀者，凡物阳则轻松，阴则坚实，坚者皆寒凝而血滞之症也。附子热可软坚，辛可散结，温可行滞也。金疮寒则不合，附子温肺，肺主皮毛，皮毛暖，则疮口合也。

——清·叶天士《本草经解》

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(1)》，人民卫生出版社，2017。



# 《灵枢·外揣》之“近者，司内揣外”的释义\*

冯文林

(南方医科大学中医药学院, 广东 广州 510515)

**摘要:**《灵枢·外揣》载有“司外揣内”和“司内揣外”。与在中医学诊断学应用较为普遍的“司外揣内”相比,“近者,司内揣外”古今多有歧义。结合《黄帝内经》中多篇含有的“远近”“内外”,并借鉴古今对“司内揣外”的释义与理解,试图从传统视角以及结合《黄帝内经》中“司”“揣”含义的视角来探讨“近者,司内揣外”的多角度含义,从而为《黄帝内经》理论更好地服务于临床实践做铺垫。

**关键词:**灵枢;远近;内外;司内揣外;中医诊断学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.021

文章编号:1672-2779(2020)-20-0053-04

## The Interpretation of “for the Proximal, Governing Interior to Infer Exterior” in *Lingshu·Waichuai*

FENG Wenlin

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

**Abstract:** The *Lingshu·Waichuai* contains “governing exterior to infer interior” and “governing interior to infer exterior”. Compared with the commonly used method of “governing exterior to infer interior” in the diagnosis of traditional Chinese medicine, there are many ambiguities between ancient and modern in *Lingshu·Waichuai*. Combining the “distal-proximal” and “interior and exterior” contained in many articles of *Huangdi Neijing*, and drawing on the interpretation and understanding of “interior and exterior” from ancient and modern times, this paper attempts to explore the multi-angle meaning of “distal-proximal” and “interior and exterior” from the traditional perspective as well as the meaning of “interior and exterior” in *Huangdi Neijing*, so as to pave the way for the theory of Huangdi Neijing to better serve clinical practice. “inside and outside” in Huangdi Neijing, so as to pave the way for the theory of Huangdi Neijing to better serve clinical practice.

**Keywords:** *Lingshu*; distal-proximal; interior and exterior; governing interior to infer exterior; diagnostics of traditional Chinese medicine

《灵枢·外揣》曰:“岐伯曰:日与月焉,水与镜焉,鼓与响焉。夫日月之明,不失其影,水镜之察,不失其形,鼓响之应,不后其声,动摇则应和,尽得其情。黄帝曰:窘乎哉!昭昭之明不可蔽,其不可蔽,不失阴阳也。合而察之,切而验之,见而得之,若清水明镜之不失其形也。五音不彰,五色不明,五脏波荡,若是则内外相袭,若鼓之应桴,响之应声,影之似形。故远者,司外揣内,近者,司内揣外,是谓阴阳之极,天地之盖。”《灵枢·外揣》从自然界(日月)和日常生活经验(水镜、鼓响)的角度,阐发了人体外在的五音、五色与内在五脏的内外相应的中医诊断学的意义。然而,与“司外揣内”相比,“司内揣外”就显得较为难以解释。《黄帝内经》(简称《内经》,由《素问》和《灵枢》组成)约成书于公元前1世纪的西汉中后期,尽管流传过程中不乏有个别字词句的增减或误抄,但是《内经》时代的语言表述应该具有那个时代的烙印,所以本文结合《内经》其他篇章以及历代医家相关注释和现今《内经》相关研究成果来解释“近者,司内揣外”。

### 1 《内经》中的“远近”“内外”

“近者,司内揣外”(《灵枢·外揣》)的释义,不仅要联系前文:“远者,司外揣内”(《灵枢·外揣》),还要厘清《内经》中其他篇章载有的“远近”“内外”的含义。

**1.1 《内经》中“远近”**《内经》中含有“远近”的有代表性的内容如下:《素问·宝命全形论》:“五虚勿近,五实勿远”“远近若一”。《素问·针解》篇:“远近如一者,深浅其候等也。”《素问·至真要大论》:“病有远近”“近者奇之,远者偶之”。《素问·标本病传论》:“察近而知远。”《素问·天元纪大论》:“善言近者,必知其远。”《灵枢·五色》:“察其散搏,以知远近”。《灵枢·痈疽》:“死生之期,有远近。”以上原文从“远近”本义的“远离”“靠近”可以推演到腧穴在头颈及背腋部为近端、在四肢部的为远端,“病证的远近”(即先发病、后发病或者既往史、现病史),预后日期的远近等等。

**1.2 《内经》中“内外”**《内经》中含有“内外”的有代表性的内容较多:《素问·金匱真言论》:“夫言人之阴阳,则外为阳,内为阴。”《素问·阴阳应象大论》:“外内之应,皆有表里。”《素问·宝命全形论》“外内相得,无以形先。”《素问·针解》篇:“深浅在志者,知病之内也。”《素问·皮部论》:“阳主外,阴主内。”《素问·疏五过论》:“外耗于卫,内夺于荣。”《素问·至真要大论》:“证有中(中即内)

\* 基金项目:广东省协同创新与平台环境建设专项[No. 2015A070710008];广东省广州市科技计划项目[No. 201609010011]

外。”《灵枢·寿夭刚柔》：“内合于五脏六腑，外合于筋骨皮肤。是故内有阴阳，外亦有阴阳。在内者，五脏为阴，六腑为阳，在外者，筋骨为阴，皮肤为阳”“黄帝问于伯高曰：余闻形气之病先后，外内之应奈何？伯高答曰：风寒伤形，忧恐忿怒伤气；气伤脏，乃病脏，寒伤形，乃应形；风伤筋脉，筋脉乃应。此形气外内之相应也。”《灵枢·五色》：“沉浊为内，浮泽为外。……察其浮沉，以知浅深；察其泽夭，以观成败。……雷公曰：病之益甚，与其方衰，如何？黄帝曰：外内皆在焉。切其脉口，滑小紧以沉者，病益甚，在中；人迎气大紧以浮者，其病益甚，在外。……其脉口滑以沉者，病日进，在内；其人迎脉滑盛以浮者，其病日进，在外。”《灵枢·禁服》：“寸口主中，人迎主外。”《灵枢·经别》：“余闻人之合于天地道也，内有五脏，以应五音、五色、五时、五味、五位也；外有六腑，以应六律。六律建阴阳诸经而合之十二月、十二辰、十二节、十二经水、十二时、十二经脉者，此五脏六腑之所以应天道。”以上原文可知，“内外”可以概括地划分为：阴阳、里表、脉证、深浅、营卫、内伤病和外感病、五脏六腑与筋骨皮肤、脏腑与形体、沉浊与浮泽、寸口脉象与人迎脉象、五脏与六腑等等。

## 2 古今“司内揣外”的论述

古往今来，诸多医家注释和现今的研究成果显示了对“司内揣外”的不同理解。现举例如下。

**2.1 《内经》注释本中“司内揣外”的代表性注释** (1) 杨上善：“鼓、声与形为内，近也；桴、影及响为外，远也”，“远者所司在外，以感于内，近者所司在内，以应于外，故曰揣也。揣，度也。是为阴内阳外感应之极理，以是天地足盖，无外之大。”<sup>[1]</sup> (2) 马蒨：“人身之音与色，是之谓远，可以言外也，而即外可以揣五脏之在内者；人身之五脏，是之谓近，可以言内也，而即内可以揣音与色之在外者。”<sup>[2]</sup> (3) 张介宾：“揣，推测也。司，主也。远者主外、近者主内，察其远能知其近，察其内能知其外，病变虽多，莫能蔽吾之明矣。”<sup>[3]</sup> (4) 张志聪：“远者，司外揣内，应天之道也。近者，司内揣外，应地之道也。”<sup>[4]</sup>

**2.2 现今“司内揣外”的研究成果** 陆小左等<sup>[5]</sup>认为，“司内揣外”重视机体内部的病理变化，在掌握病人机体内在的病理改变作出初步诊断的基础上来揣测机体外表可能出现的症状和体征，并通过进一步的询问核对所作出的诊断是否与病人的实际表现相符，如按证型所应出现的病理变化揣测出病人可能存在的症状，然后才开始问诊，验证自己的诊断是否符合病人的实际情况，也属于“司内揣外”；结合“近是指当前的发展趋势”，那么，“近者，司内揣外”是指根据诊断结果对患者疾病的发展趋势和预后作出推测，相比较而言，“远者，司外揣内”是指根据既往的病史资料由远及近分析病情变化，分析

以前医生诊断的得失，自己以前诊断的正确与否，利用前面的病史资料协助作出精确的诊断。

张智龙<sup>[6]</sup>认为，“外”是研究现象，即人体外在的各种表现和自然环境等，“内”是把握状态，即指中医学通过对生命现象的观察、研究，经过理性思维来认识和把握生命、疾病所处的状态；由于所把握的生命和疾病的本质，既不是脏腑组织结构与功能层面，也不是基因与遗传层面，而是人体的生理和病理状态，故“司内揣外”与“其死可解剖而视之”相应，用于考察尸体，即解剖形态观察法，具体而言就是在对人体外表度量切循的同时，对尸体解剖来观察包括五脏的坚脆、六腑的大小、血脉的长度、经筋的起止、血气的清浊与多少、骨与内脏大小广狭的关系等，所以掌握了内脏的变化，也可推测可能显现在外的形征，即“司内揣外”之意。

王寅等<sup>[7]</sup>认为，人是疾病的本质，外是疾病的表象，所以“司内”是本，“司外”是标；由于本质和表象是不会永远一致的，尤其是复杂的表象常常不能准确地反映出疾病的本质，所以在把握住人体内在变化的基础上，才能准确地辨证施治，只有“司内”者才能更好地把握住疾病的本质，称之为“近者”。

扈培增等<sup>[8-9]</sup>结合“内”“外”“远”“近”所指的相对性和灵活性，指出“内”始终是重点，并把“内”界定为“内在规律”，即“道”；把握生命的“内在规律”，才能在疾病的不断变化过程中，牢牢抓住其本质，而且也只有把握内在的“道”才能够更好地在养生防病、疾病早期治疗、预后调养等方面掌握预见性和主动性。

赵铮<sup>[10]</sup>认为，“内”是指机体内部的情况，“外”狭义上指机体外在的各种表现，广义上还包括了自然以及社会环境，其中“司内揣外”是“司揣内外”所构成的完整的中医诊断过程或者说双重诊断体系中的一个层面；在空间层面上的有机统一诊断体系中，“司外揣内”和“司内揣外”可互为逆向验证过程，二者是相互补充相互修正的有机统一体；在时间层面上的分段接续诊断体系中，“司外揣内”与“司内揣外”在时间横轴上具有分段的接续性，其中“司外揣内”是既往病史、习惯等对当下病人的影响，属于“过去时”对“现在时”的影响，而“司内揣外”是更高层次的中医诊断方法，是当下病人的综合状况对未来疾病及健康的影响，属于“现在时”对“未来时”的影响。

林丽等<sup>[11]</sup>认为，根据中药、针灸等治疗手段的实施效果，对“揣内”进行修正、完善而获得更可靠的病理本质认识，此即为“司内”。

马胜等<sup>[12]</sup>总结了“司内揣外”辨证的基本涵义如下：即按部位、色脉、望闻问切、天人关系、有形无形之意，分出“内”和“外”；“司内”辨证思维的侧重点不是

“揣外”，而是“司内”，不应停留于病人的外在脉证和体征方面，而应聚焦于机体的内在因素，即阴阳关系，脏腑关系、气血关系、六淫致病特点等人体内部的生理、病理变化规律，并以此作为判断病机，确立治法，处方用药的依据。

从以上古今对“司内揣外”的释义可知，现代《内经》研究者不再局限于“内外”字面意思的表述，而是从运动变化的视角，阐述了通过机体内部的气血阴阳等生理病理变化情况、或解剖所得、或内在规律以揣测机体外部可能出现的症状、体征、病机从而确立治法等，还涉及到现在病况对未来疾病或健康的影响，以及服药效果的把握等。

### 3 “近者，司内揣外”的多视角涵义

**3.1 传统视角** 结合《素问·脉要精微论》载有的“故曰：知内者，按而纪之；知外者，终而始之”中的“内外”以及《素问·征四失论》载有的“外内相失”中的“内外”。其中，“知内者按而纪之”“知外者终而始之”的“内外”释义可解释为：

(1)内，指脉气；外，指色象。如王冰注：“知内者，谓知脉气也，故按而为之纲纪。知外者，谓知色象，故以五色终而复始。”<sup>[13]</sup>(2)内、外，指经脉而言。如史堪注：“知内者按而纪之，以明脉之在里；……知外者终而始之，以明脉之在表。……然知内者必曰按而纪之者。盖脉之在内，非深按之无以得其实；知外者必曰终而始之者，则初按而病已见矣。故因其病以推原其本。”<sup>[14]</sup>(3)内，指脏腑的阴阳；外，指四时阴阳。如张志聪注：“欲知在内脏腑阴阳之虚实者，按其脉而纪之；欲知外之四时阴阳者，终而始之。盖阳气之始者，阴气之将终，阴气之始者，阳气之将终也。以阴阳之出入而应四时之脉也。”<sup>[4]</sup>(4)内、外，指脉而言。如高士宗注：“重手按脉，纪其至数，则知在内之脉，故曰：知内者按而纪之。轻按为始，重按为终，由重而轻，则知在外之脉，故知外者终而始之。”<sup>[15]</sup>(5)内，指脏腑；外，指经脉。(6)内，指五脏；外，指面色。(7)内，指五脏；外，指经络。

(8)内，指脏腑所属的部位；外，指十二经脉。(9)内，指经脉；外，指络脉。《灵枢·经脉》云：“经脉十二者，伏行分肉之间，深而不见”，“诸脉之浮而常见者，皆络脉也”，“经脉者常不可见也，其虚实也，以气口知之，脉之见者，皆络脉也”，“诸络脉者，皆不能经大节之间，必行绝道而出入，复合于皮中，其会皆见于外”，从以上原文可知，内外指经络络脉而言<sup>[16-17]</sup>。

“外内相失”的“内外”释义可解释为：(1)外内，指色脉。如王冰注：“外，谓色，内，谓脉也。”<sup>[13]</sup>(2)外内，谓病情与神志。如吴崑云：“故外之病情，内之神志，两者相失”。<sup>[18]</sup>(3)外内，言医患。如张介宾曰：“外内相失者，以彼我之神不交，心手之用不应也。故时

有疑惑，致乎危殆。”<sup>[3]</sup>(4)外指脉象，内指内在病情。如高士宗云：“精神不专一，志意不治理，不能内得于心，外应于手，外内相失，故时疑殆而未明”。<sup>[15]</sup>(5)外指外在的症状及脉象，内指内在的病理变化；此据前文“精神不专，志意不理”所言医生诊病时，精神不集中，不能认真分析问题，以致外内相失，因此，外内相失，指不能把外在的脉证与内在的病理变化结合分析<sup>[16]</sup>。

由此可以推知，“故远者，司外揣内，近者，司内揣外”（《灵枢·外揣》）中的“内外”可以有诸多的解释，“近者，司内揣外”也相应地有不同释义：(1)内，指脉象；外，指色象。现病史着重于“司”脉象和“揣”色象，或者通过脉象与色象可以了解近期病情。(2)内，指五脏；外，指面色。就近期病情发展来看，五脏情况可以通过观察外在的面色得以窥探。(3)外，指病情；内指神志。目前来看，通过神志的表现可以推测病情轻重。(4)外指脉象，内指内在病情。从短期来看，内在病情的变化可以通过脉象来审视。此外，“远者，司外揣内”还可以指疾病发展过程，即由表向里的发展趋势；而“近者，司内揣外”则指疾病发展的结果，即由内在的病理变化表现于外的征象。

**3.2 结合《内经》“司”“揣”含义的视角** 据相关学者的文献研究显示，《内经》中的“司”可释为：(1)主持、掌管，如《素问·至真要大论》：“司左右者，是谓问气也。”(2)诊候，如《素问·方盛衰论》：“上观下观，司八正邪，别五中部。”(3)(si)窥测、观察，《灵枢·外揣》：“司内揣外”。<sup>[9]</sup>在《内经》中含“揣”的原文还有：“揣之应手而动”（《灵枢·百病始生》），“脉至如悬雍，悬雍者，浮揣切之益大，是十二俞之予不足也”（《素问·大奇论》）。“揣”未必非要解释为“揣测”，脉象的变化（《灵枢·禁服》：“寸口主中，人迎主外”）可以“揣”。同时，“司内”和“揣外”可以是并列关系。那么，“远者，司外揣内”可以释义为：既往史或者疾病远期发展趋势，可以诊候人迎脉象并结合寸口脉象；“近者，司内揣外”可以释义为：现病史或者疾病近期发展趋势，可以诊候寸口脉象并结合人迎脉象。

### 4 小结

《黄帝内经》研究历经千年而长盛不衰的主要原因在于：《黄帝内经》是临床经验升华为理论后又指导临床的典范；而且，由于视角不同，对《内经》原文的理解也呈现多样化，这也是古今《内经》研究经久不衰的原因所在。由于“司外揣内”为大众认可并传诵为中医诊断学的核心，所以人们往往忽视或者说对“司内揣外”的理解不明，究其原因在于是对《内经》中“远近”“内外”“司”“揣”的认知不同。基于历代医家和现今研究者对“近者，司内揣外”（《灵枢·外揣》）做了大量阐述，结合《内经》含有“远近”“内外”“司”“揣”的相关篇章的原文，“近者，司内揣外”仍有扩展发挥的空间。从不同



视角探讨“近者，司内揣外”，可以更好地服务于临床实践。

#### 参考文献

- [1] 隋·杨上善. 黄帝内经太素[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1965: 318.
- [2] 明·马蒨. 黄帝内经灵枢注证发微[M]. 王洪图, 李砚青, 点校. 北京: 科学技术文献出版社, 1998: 256.
- [3] 明·张介宾. 类经[M]. 郭洪耀, 吴少祯, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 299, 167.
- [4] 郑林. 张志聪医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 514, 71.
- [5] 陆小左, 赵松雪. “司揣内外”与中医诊断思维特点[J]. 天津中医学报, 2003, 22(2): 3-4.
- [6] 张智龙. “司揣内外”的意义与临床应用[J]. 天津中医药大学学报, 2007, 26(4): 176-178.
- [7] 王寅, 卜文超, 盖沂超. 试析“司内揣外”对中医诊法的促进作用[J]. 云南中医学院学报, 2009, 32(2): 49-51.
- [8] 扈培增, 姜建国. 司内揣外辨证观浅析[J]. 山东中医杂志, 2011, 30(4): 219-221.
- [9] 扈培增. 论司内揣外辨证观[D]. 济南: 山东中医药大学, 2011.
- [10] 赵铮. “司揣内外”双重诊断体系刍议[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(1): 45-46.
- [11] 林丽, 卜文超, 郑进, 等. 论“司揣内外”的内涵及诊断学意义[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(10): 661-664.
- [12] 马胜, 扈培增, 姜建国. 浅谈司内揣外辨证观[J]. 河南中医, 2015, 35(4): 671-672.
- [13] 唐·王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 103, 558.
- [14] 宋·史堪. 史载之方[M]. 王振国, 朱荣宽, 点校; 宋·李璆, 张致远, 辑; 郭瑞华, 马洪, 点校. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 40.
- [15] 清·高士宗. 黄帝素问直解[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1982: 128-129, 704.
- [16] 李国清, 王非, 王敏. 内经疑难解读[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 167, 510.
- [17] 王洪图. 黄帝内经研究大成(上)[M]. 北京: 北京出版社, 1997: 200.
- [18] 明·吴崑. 黄帝内经素问吴注[M]. 山东中医院中医文献研究室, 点校. 济南: 山东科学技术出版社, 1984: 389.
- [19] 张登本, 武长春. 内经词典[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1990: 104.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 伍海涛 收稿日期: 2019-12-24)

## “万病一毒论”之蛇串疮辨治刍议\*

陈 荡<sup>1</sup> 唐 挺<sup>2</sup>※ 何阿燕<sup>1</sup> 王文娇<sup>1</sup>

(1. 贵州中医药大学研究生院, 贵州 贵阳 550002; 2. 贵州中医药大学第一附属医院皮肤科, 贵州 贵阳 550001)

**摘要:** 蛇串疮是皮肤科常见疾病, 中医学又将其称之为“缠腰火丹”“火带疮”“蛇丹”, 常伴丘疱疹、水疱、疼痛, 经常会顺沿一侧经络走向对外呈现出显著的带状样分布, 所以西医才将其命名为“带状疱疹”, 具体是由水痘-带状疱疹病毒引起的疱疹性、炎症性皮肤病, 最近几年中本病的患病人数有不断增长的趋势。随着中医理念逐渐和现代医学相融合, 蛇串疮的中医辨证施治也在临床上获得了越来越多的应用。本文将对“万病一毒论”在蛇串疮的辨证施治上作一理论探讨。

**关键词:** 蛇串疮; 万病一毒论; 中医理论; 辨证施治

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.022

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0056-03

### Discussion on the “All Diseases Associated with Poison” of Snake-like Sores Based on Syndrome Differentiation

CHEN Dang<sup>1</sup>, TANG Ting<sup>2</sup>※, HE Ayan, WANG Wenjiao<sup>1</sup>

(1. Graduate School, Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550002, China;

2. Dermatology Department, the First Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550001, China)

**Abstract:** Snake-like sores is a common disease in dermatology. It is also called “chanyao huodan”, “huodaichuang” and “shedan” in traditional Chinese medicine. It is often accompanied by herpes, blister and pain. It often presents a significant zoster like distribution along one side of the meridians. Therefore, it is named “herpes zoster” in western medicine, specifically the herpes and inflammation caused by varicella zoster virus. In recent years, the number of patients with dermatosis has a growing trend. With the gradual integration of the concept of traditional Chinese medicine and modern medicine, the syndrome differentiation and treatment of serpentine sores has been more and more applied in clinic. In this paper, the theory of “all diseases associated with poison” is discussed in treatment of snake-like sores based on syndrome differentiation.

**Keywords:** snake-like sores; theory of all diseases associated with poison; theory of traditional Chinese medicine; treatment based on syndrome differentiation

“万病一毒论”乃古方派代表吉益东洞的学术思想核心, 其认为“凡病, 虽千状万态, 悉归一毒”。蛇串

疮, 即带状疱疹, 是皮肤科常见的疾病, 其皮损特点为簇集性水疱沿一定神经部位呈蛇缠样分布, 若未得到合理医治, 可能会产生较为严重的后果。西医治疗以抗病毒、营养神经为主, 已形成了较为成熟的治疗方案。不过, 近年来, 随着中医在现代临床中越来越多的应用, 同样在治疗该病中取得较好的成效。笔者结合中医学对蛇串疮病因的论述, 并撷取吉益东洞

\* 基金项目: 贵州省科技厅基础研究计划项目[No. 黔科合 LH 字[2017]7144 号]; 贵州省中医药管理局基础研究计划项目[No. QZYY2017-031]; 贵州中医药大学一流专业“中医学”子课题 PBL 案例项目[No. YFYJG2018-24]

※ 通讯作者: tangting0851@163.com

医学观点中的精华部分,将蛇串疮病因热毒(火)、湿毒、瘀毒概括为“一毒”,并提出“带状疱疹一毒论”,在此基础上辨证辨分型以“毒”为纲,立法“以毒攻毒”。浅议如下。

### 1 蛇串疮的病因病机

本病病因病机为情志内伤、饮食不当以致脾胃健运功能受损、湿浊随之而生,日久化热,湿热两邪相伏;外感毒邪触动伏邪而致病。肝火、湿热、毒邪三者化火外溢肌肤,加之经络气血受阻不通,常令患者感烧灼样痛,疼痛难忍。热毒蕴结于血分,血热外发而现红斑,湿热不化而发水疱,究其病因,不外乎肝胆湿热、脾虚湿蕴、瘀血阻络。热(火)毒、湿毒、瘀毒三者常联合致病,其治法核心在于“祛毒”,这与吉益东洞的“攻毒”思想相契合。

《医宗金鉴·外科心法》中记载:“此证俗名蛇串疮,有干湿不同,红黄之异,皆如累累珠形,干者……治宜龙胆泻肝汤;湿者……治宜除湿胃苓汤。”以上观点如今在蛇串疮临床治疗中依然有一定指导作用。同行认为“干”与“湿”通常出现在同一种疾病的不同时段,所以在分析病情过程中,应依照不同时段病情的改变情况,对湿热之中湿重还是热重、毒热之中热重还是毒重等作出较科学判断,依照病患临床症状表现,对药量、药物类型作出增减。

### 2 “万病一毒论”与“蛇串疮一毒论”

吉益东洞为日本汉方医学界敢于创新、推重实效、注重科学实践的医学革命家,对我国先秦时期诸子百家著作有较为深入的研究,尤其是张仲景的《伤寒论》,但又以“求实”作为一切研究的出发点,所信之古方必然亲试。其学术思想核心为“万病一毒论”;尝云:“毒生则病至,吾于是益知万病唯一毒”;又云:“病之者,毒也,毒乘之也”<sup>[1]</sup>。其认为六淫、戾气、七情内伤、饮食失节、劳逸过度并不足以致病,真正致病因素为“毒”,故曰:“寒暑不病于人,人因寒暑,毒动而病。无毒,虽逢大寒大暑而不病”<sup>[2]</sup>;“怒者,非病也,情也;病者,非情也,毒也。毒不动则虽怒而不满”<sup>[2]</sup>;毒“在心下为痞,在腹为胀,在胸为冒,在头为痛,在目翳,在耳为聋,在背为急……千变万怪,不可名状”。东洞对于疾病的病因论述,广泛运用了一毒论思想,但却并未阐述毒的明确定义。

尤在泾的《金匱要略心典》载:“毒,邪气蕴结不解之谓。”《素问·五常政大论》言:“夫毒者,皆五行标

盛暴烈之气所为也。”故邪气的蕴结不攻或抗盛太过均可致毒。张杰等<sup>[3]</sup>诉毒无外乎外毒与内毒。外毒分为:具有传染性质的疠气疫毒、外感六淫所化生之毒以及虫兽、药物、环境、食物之毒。内毒包括:五志过极化火而成热毒、火毒;瘀血日久、血行不畅而成瘀毒;湿浊内蕴、日久形成湿毒。李力等<sup>[4-5]</sup>认为心系疾病、肺系疾病与六淫化毒、湿毒、瘀毒等密切相关。欧阳恒<sup>[6]</sup>认为皮肤性疾病与“毒邪”密切相关。毒可单独致病亦可几种联合致病。故“祛邪解毒”始终贯穿在多种治疗方法之中,中医学所论述的“八法”实际上就是给致病的“毒邪”开辟驱邪之路的具体方法,进一步以达祛邪目的。毒邪作为关键且独立的致病因素,赵昌林<sup>[7]</sup>认为毒邪应当从六淫、疫气、饮食中分离出来。

就蛇串疮这一具体疾病而言,中医学认为,该病的发生发展,是因为正邪两者相博弈、邪胜正虚的结果,将“正虚”视为诱发该疾病的主要因素。而吉益东洞的医学观点则凸显了“毒”在疾病发生发展过程中发挥的作用,并作出“邪气干正气故成病”的见解,说明并不是正虚邪入,而是由于因邪致虚。这表明,吉益东洞并不认为蛇串疮仅仅是虚,而是存在着比“邪胜”具有更重要病理意义的虚。因此,其作出“无实则无虚,凡病皆实也”的定论。同时,导致蛇串疮的“毒”并不是机体与生俱来的,而是一种继发性的病理产物。吉益东洞认为其形成原因有二:(1)饮食、七情、劳倦过度,摄养不当;(2)气郁不畅。正是由于这些不利的外部环境和内在的气郁留滞,导致“毒”之内生,继而发病。

结合上述理论,笔者认为一切所导致脏腑功能受损、机体阴阳失衡的物质均可称之为毒,毒是发病的根基所在,无毒则无病。例如外感风邪以致颜面肌肉抽搐、颈项不舒等症。其病因病机并非风邪,而是风邪太过亢盛,加之人体正气不足以抗邪,以致阴阳失衡产生毒邪。因毒邪致病,此病机可称之为风毒。结合带状疱疹病因病机,辨证求因,无外乎内外致病因素所产生热(火)毒、湿毒、瘀毒,三者可统称一毒。

### 3 毒论治则——以毒攻毒

东洞认为,任何疾病的根源均为“一毒”。有毒则病作,无毒则病已,治之方术无它,以毒药去其毒。在他的医学观点中,治疗疾病的要点在于“攻毒”,认为只有用相应的药物去攻伐那毒,毒尽才可能病已。东洞否认补精气的“补药”,即使是公认的补药或谷肉

果菜，再运用于某种疾病的医治时，发挥的作用也只有攻击疾病的毒力。其治法主要为汗、吐、下、和，而汗、吐、下3种方法为治疗百病的重中之重，故在其用方中多为峻药。例如：泄泻，治疗原则为暖土胜湿。中医学常用味苦，甘，性温的白术健脾燥湿，但东洞并不认可健脾燥湿传统理论，故在其《药征》中仅指出：“白术，主利水也”认为其作用为直接祛除湿毒，祛湿毒则泄泻已。总之，毒药并非指药物的毒性，而是指在治疗疾病过程中所起到祛毒作用的药物，“毒药”乃“治药”。

#### 4 带状疱疹以“毒”辨证施治

辨主客指辨别热(火)毒、湿毒、瘀毒以何为主，以何为客，明其病因在火、在湿、在瘀，以何毒为主，何毒为客，以火为主，湿、瘀为客，以湿为主，火、瘀为客，以瘀为主、火、湿为客。治疗以攻主毒为主，以攻客毒为辅。治其主者，客者从焉；根据毒之不同、毒之多少辨证论治、遣方用药以达排除毒邪的目的。

**4.1 火毒为主 湿毒瘀毒为客** 皮疹鲜红，疱壁紧张，灼热刺疼，常伴口干苦，喜冷饮，急躁易怒，饮食欠佳，大便干或不爽，小便黄，舌质红，苔多黄厚腻，脉弦滑。常以龙胆草、黄连、菊花、连翘、栀子等攻其火毒；辅以冬葵子、薏苡仁、泽泻等攻其湿毒；佐以当归、川芎、蜈蚣、全蝎等攻其瘀毒。

**4.2 湿毒为主 瘀毒火毒为客** 皮疹较淡，疱壁薄且松弛，疼痛轻，渴而不欲饮，饮食欠佳，食后腹胀，大便时溏，女性常伴白带多，舌质淡，舌形多胖，边有齿痕，苔多白腻，脉沉缓或滑。常以茯苓、白术、泽泻、半夏等攻其湿毒。辅以五灵脂、乳香、丹参等攻其瘀毒。佐以淡竹叶、板蓝根、青黛等攻其火毒。

**4.3 瘀毒为主 湿毒火毒为客** 皮疹减少或消退后局部呈持续性烧灼样疼痛，皮色暗红，常伴瘀斑、结痂。疼痛昼轻夜重，舌黯紫，舌下脉络曲张。女性常有月经量少或有血块，闭经或推迟，脉弦细或涩。常以桃仁、丹参、乳香、没药、全蝎等攻其瘀毒、辅以黄柏、丝瓜络、泽泻、薏苡仁等攻其湿毒；佐以蒲公英、紫花地丁等攻其火毒。

综上所述，根据“万病一毒论”在蛇串疮病机中的应用可见，蛇串疮的产生主要是因为毒邪侵袭机体，湿热相搏并郁结在皮肤、经络进而发病，属于湿热瘀三种毒邪共存且兼容的皮肤疾病。依照“万病一毒论”治在攻毒的原则，清热解毒类药物通常是首选治疗药物，在

实际使用中频率甚至大于50%。除了清热类药物，一般还会联合使用利水渗湿及活血化瘀类药物，所取中药有茯苓、泽泻、车前子、乳香、丹参等。不仅能解除疾病的诱发因素，还能较明显地改善病理机制。现代临床医学指出，蛇串疮是一种由病毒诱发的皮肤疾病，并且也有药理学研究发现，大部分清热解毒类药物有抗菌、消炎及抗病毒等诸多功效。

#### 5 养生与毒邪

东洞认为毒邪的产生与养生密切相关，通过合理的养生之道，可减少甚至排除毒邪，以达五脏元真通畅、防病御毒的目的，故提出“养者，莫如守节”的防治观。守节包含3个方面：一应“法于阴阳，和于术数”，根据大自然变化调节饮食起居、春夏应注重阳气生发调达，秋冬应注重阴气的封闭收藏；二应“形与神俱”，七情乃致毒的关键，调节情志，避免七情过极；三应“治未病”，避免“五劳”，合理锻炼，如华佗五禽戏、运用三伏贴等。在这一意义中，东洞则是将平日的养生放在首位，而将药物治病置于末位，展现了他截然不同的治病和防病观点。

#### 6 总结

蛇串疮疗程较长，中医药疗效显著，历代医家常将其辨证为肝胆湿热证、脾虚湿盛证、气滞血瘀证。笔者通过“带状疱疹一毒论”理论，不辨脏腑，不论五行，仅从“毒”论治；各种内外因素所产生的毒邪是其发病根本，通过养生之道或药物预防或祛除体内毒邪是其治疗大法。针对“蛇串疮一毒论”的辨毒论治与传统辨证论治的疗效优劣，有待于严谨的对照研究进行验证。

#### 参考文献

- [1] 马东峻. 吉益东洞及其医学观[J]. 浙江中医学院学报, 1983(1): 17-20.
  - [2] 蒋永光. 吉益东洞及其万病一毒说[J]. 山东中医学院学报, 1989(2): 30-32.
  - [3] 张杰, 尹艳艳, 王芝兰. 中医毒邪辨析[J]. 中医药信息, 2007(2): 1-2.
  - [4] 李力, 王振兴, 王飞. 毒邪所致心系疾病的病机初探[J]. 天津中医药, 2017, 34(10): 683-685.
  - [5] 李力, 王振兴, 王飞. 毒邪所致肺系疾病病机探析[J]. 中医学报, 2017, 32(8): 1400-1402.
  - [6] 欧阳恒. 皮肤外科给“邪毒”找出路的途径和方法[J]. 湖南中医药导报, 2001, 7(9): 439.
  - [7] 赵昌林. 论毒邪病因学说[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(1): 80-83.
- (本文编辑: 尹秀平 本文校对: 唐挺 收稿日期: 2019-12-27)



## 李铁教授运用生脉散治疗心肺疾病经验\*

牛新萍 李铁

(大连市第二人民医院心内科,辽宁 大连 116021)

**摘要:**李铁教授强调“读经典、做临床”,在老年慢性心肺疾病辨证治疗方面,认为“心气虚”是老年慢性心肺疾病发生的根本原因,多为脏腑阴阳、气血不足所致心的气阴两虚证。治疗选用生脉散为主方,加减变通,配伍方药广泛,补气养阴,益气活血,阴中求阳,阳中求阴,养阴解毒,养心安神,形成了独具特色的生脉饮系列,且疗效显著。

**关键词:**生脉散;辨证论治;心肺疾病;老中医经验;李铁

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.023

文章编号:1672-2779(2020)-20-0059-03

### Experience of Professor Li Tie in Treating Cardiopulmonary Diseases with Shengmai Powder

NIU Xinping, LI Tie

(Department of Cardiology, the Second People's Hospital of Dalian, Liaoning Province, Dalian 116021, China)

**Abstract:** Professor Li Tie emphasized “reading classics and doing clinical work”. In the treatment of senile chronic cardiopulmonary diseases based on syndrome differentiation, he believed that “deficiency of heart-qi” was the root cause of senile chronic cardiopulmonary diseases, mostly due to deficiency of both qi and yin in the viscera and heart caused by insufficiency of qi and blood. Shengmai San is chosen as the main prescription for treatment. It has a wide range of compatible prescriptions, such as invigorating qi and nourishing yin, invigorating qi and activating blood circulation, seeking yang in yin, seeking yin in yang, nourishing yin and detoxifying toxins, nourishing heart and tranquilizing spirit, and has formed a unique series of Shengmai powder with remarkable curative effect.

**Keywords:** Shengmai powder; treatment based on syndrome differentiation; cardiopulmonary diseases; experience of veteran doctor of traditional Chinese medicine; Li Tie

李铁教授,主任中医师,博士研究生导师,第五、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,李铁全国老中医药专家传承工作室指导老师,辽宁省名中医。李铁教授强调“读经典,做临床”,辨证论治,病证结合,善用经方治疗各类疾病,认为老年慢性心肺疾病中气阴两虚证最为常见,治疗以生脉散为底方,配伍方药广泛,形成了独具特色的生脉饮系列,且疗效显著。笔者有幸师从李铁教授,获益匪浅,现将其用生脉散灵活加减治疗心肺疾病的经验介绍如下。

#### 1 生脉散的组成及历代医家对生脉散的论述

生脉散由人参、麦冬、五味子3味中药组成,方中人参甘温,大补元气,生津液,麦冬甘寒,养阴泻热,润肺生津,人参、麦冬合用,则益气养阴之功益彰。五味子酸温,敛肺止汗,益气生津,三药配伍,一补一清一敛,益气养阴,泻热生津,敛肺止汗,使

气充脉复,故名“生脉”。“生脉散”首载于张元素的《医学启源》“麦门冬,气寒,味微苦甘,治肺中伏火,脉气欲绝,加五味子、人参二味,为生脉散,补肺中元气不足。”<sup>[1]</sup>李东垣在《内外伤辨惑论》中言:“圣人立法,夏月宜补者,补天真元气,非补热火也,夏食寒者是也。故以人参之甘补气,麦门冬苦寒,泻热补水之源,五味子之酸,清肃燥金,名曰生脉散<sup>[2]</sup>”,李东垣也将生脉散作为补肺之剂。明代吴昆在《医方考》中曰:“肺主气,正气少,故少言,邪气多,故多喘。此小人道长,君子道消之象也。人参补肺气,麦冬清肺气,五味子敛肺气,一补一清一敛,养气之道毕矣。名曰生脉者,以脉得气则充,失气则弱,故名之。”<sup>[3]</sup>认为肺主气,补肺则气旺,气旺则脉充,生脉散可补肺气以生脉,但未指出补肺气何以生脉之理。直到清代汪昂在《医方集解》书中言:“人参甘温,大补肺气,为君;麦冬止汗,润肺滋水,清心泻热,为臣;五味酸温,敛肺生津,收耗散之气,为佐,盖心主脉,肺朝百脉,补肺清心,则气充而脉复,故曰生脉也。”<sup>[4]</sup>至此生脉散“气充脉复”之理得以理顺。

\* 基金项目:国家中医药管理局李铁全国老中医药专家传承工作室建设项目【No. 国中医药人教函[2019]41号】;辽宁省大连市卫生和计划生育委员会第三批名老中医药专家学术经验继承项目【No. 大卫计发[2019]1号】

## 2 李教授对生脉散治疗心肺疾病理论依据的认识

李教授认为,古方生脉散,沿用至今,经久不衰,广泛用于心系、肺系疾病中且疗效显著,究其原因,生脉散有着深刻的理论依据,且其疗效亦有现代药理研究证实。

**2.1 心为五脏六腑之大主** 心为五脏六腑之大主,心为阳中之阳,在生生不息的整体生命活动中发挥更主要的作用,且心功能与其他脏腑活动息息相关。心进行生理活动的基础是心的气血,心气推动血液运行,心血濡养心神,心气充沛、心血充盈、脉道通畅则“心主血脉、心主神志”的功能可得以正常发挥。心气涣散,心失所养,神志不宁,则五脏难安。生脉散益气养阴以生脉,侧重于补心肺之气阴<sup>[5]</sup>。

**2.2 肺主治节 朝百脉 助心行血** 心主血脉,脉为血气之道路,血濡养全身脏腑组织器官。肺主气、司呼吸,调节全身气机,全身的血液通过百脉流经于肺,通过肺气的吸清呼浊,使心血清,心血正常运行,可见肺气的推动在血液的运行中起到助心行血的作用,心肺的关系主要体现在气和血的关系。费伯雄在《医方论·卷三·清暑之剂》中云:“肺主气,心主血,生脉散养心肺之阴,使气血得以荣养一身”。

**2.3 生脉散的现代药理研究** 现代药理研究证实生脉散具有保护心肌细胞、改善心肌缺血、增强心肌收缩力、双向调节心率和血压,增强免疫力、抗炎、抗癌、镇静、镇痛等功效<sup>[6]</sup>。

## 3 李教授运用生脉散治疗心肺疾病的特点和经验

李教授一直遵循“读经典,做临床”原则,善用经方,同时不拘泥于经方,经常以经方为基础,加减变化,灵活处方。其在治疗虚损类疾病时,结合不同疾病的气血阴阳不足,以生脉散为底方,配伍方药非常广泛,治疗特点明确,补气养阴,益气活血,阴中求阳,阳中求阴,养阴解毒,养心安神,在如此配伍之下,形成了独具特色的生脉饮系列,如益气生脉饮、养血生脉饮、活血生脉饮、养阴生脉饮、通阳生脉饮、防风生脉饮、养心生脉饮等,治疗效果非常显著。

**3.1 配伍气药(益气生脉饮)** 李教授指出生脉散中可变因素为人参,麦冬和五味子不变。通常可选用西洋参、太子参、党参替换人参。气虚为主,多选人参或党参、黄芪。气阴两虚,虚热内扰,可选西洋参;阴虚较甚或小儿,选太子参。

**3.1.1 生脉散配伍西洋参或太子参** 《医学衷中参西录》曰:“能补助气分,兼能补益血分,为其性凉而补,凡欲用人

参而不受人参之温补者,皆可以此代之。”李教授在阴虚较甚时将人参换为西洋参或太子参,此药为气阴双补之要药,同时有生津功效。

**3.1.2 生脉散配伍党参** 党参,味甘、性平,其能益气健脾,生津养血。补气力量比人参弱。李教授通常用于肺脾亏虚引起的咳喘、言语无力及食少便溏、倦怠乏力,头晕心悸等症。

**3.1.3 生脉散配伍黄芪** 黄芪为补气佳品,具有补气健脾,益卫固表,利尿消肿等功效,针对气虚较重且兼有水肿的患者,李教授运用黄芪与生脉散配伍,可增强益气之功,同时利尿消肿。现代研究亦证实黄芪生脉饮可增强心肌收缩力、扩血管,用于冠心病、心衰等多种心血管疾疾病<sup>[7]</sup>。李教授在气虚明显的虚劳患者中,黄芪用量常达50g。

**3.2 配伍血药** 气为血之帅,血为气之母,气能生血、行血。元气充足,气旺血行,气滞则血瘀。《血证论》曰:“运血者即是气”“气行乃血流”。

**3.2.1 配伍活血药(活血生脉饮)** 生脉散配伍丹参、牛膝等活血药物成活血生脉饮,具有增强益气生脉、活血通脉之效。李教授在心血管疾病中以气虚血瘀证为主的患者中应用广泛,症见胸闷痛、气短、乏力、舌紫暗有瘀点或瘀斑。

**3.2.2 配伍养血药(养血生脉饮)** 生脉散配伍当归、白芍、熟地黄成养血生脉饮,既能补血又能疗虚损,具有补血缓急,益气养阴之功。《内外伤辨惑论》指出:“血虚以人参补之,阳旺则能生阴血,更以当归和之”。李教授通常运用养血生脉饮治疗心血不足引起的心悸气短、心烦、头晕目眩、神疲乏力等。

**3.3 配伍补阴药(养阴生脉饮)** 李教授将生脉散合用生地黄、熟地黄、沙参等养阴之品,共同发挥滋阴养血的功效。配伍桑椹、枸杞子、菟丝子滋补肝肾,养阴填精。配伍沙参、石斛、玉竹滋养肺阴、胃阴。

**3.4 配伍补阳药(通阳生脉饮)** 阴阳互根互用,相互联系,孤阳不生,孤阴不长,无阳则阴无以生,无阴则阳无以化,阴中求阳,阳中求阴。在补阴治疗中,生脉散多配伍当归四逆汤成通阳生脉饮,意在“阳中求阴”,发挥助阳化气,滋宜养阴功效,同时滋阴药亦可抑制温阳药温燥之性。

**3.5 生脉散配伍解毒药物(解毒生脉饮)** 李教授指出在大病、热病之后,毒热伤阴,损耗阴津,出现咽干、口干、多饮、纳差、大便干、舌红、脉细等肺胃阴虚之征象。针对肿瘤术后且放化疗患者,治宜养阴生津解毒成

解毒生脉饮。《冯氏锦囊秘录》谓：“人参补气为君，所谓损其肺者，益其气也。五味子酸敛，能收肺家耗散之金；麦门冬甘寒，濡肺经燥枯之液。三者皆扶其不胜，使火邪不能为害也”。其通常应用生脉散益气养阴、生津止渴、清泻虚热，具有扶正功效，配伍野菊花、半枝莲、山慈菇、白花蛇舌草等以解毒，同时可防治化疗带来的不良反应。

**3.6 生脉散配伍止汗药物(防风生脉饮)** 肺气亏虚，腠理疏松，汗出不止，气从汗泄。气属阳，津属阴，气虚日久可伤阳，汗为心之液，汗出过多，易耗气伤津，致心的气阴受损。李教授根据临床观察，汗证多以气阴两虚证多见。以生脉散加黄芪、防风、浮小麦、麻黄根、煅龙骨、煅牡蛎成固表生脉饮，收敛心肺之气，气阴双补，益气生津、固表止汗。

**3.7 生脉散配伍养心安神药物(养心生脉饮)** 《素问·灵兰秘典论》曰：“心者，君主之官，神明出焉”。心主神志，支配五脏六腑及形体官窍的全部生理活动。李教授重视在心肺疾病中配伍养心安神药物，均取得良好的临床疗效。在生脉散中加养心安神之剂成养心生脉饮，常配伍炒枣仁、合欢皮、合欢花、菟丝子、夜交藤等。

#### 4 医案举隅

**案1** 迟某某，男，62岁，主因“肺癌术后11月”于2019年6月22日初诊。该患2018年7月24日因咳嗽行肺CT示左肺占位，于中国医学科学院肿瘤医院行左肺叶切除术，病理示腺癌，未行化疗及靶向治疗。右肺可见小结节(0.4 cm)。现症见：活动后气短，乏力，无咳嗽咳痰，口干，饮食正常，时有反酸，大、小便正常。舌红绛体颤纵裂纹、少苔，脉沉细。西医诊断：左肺癌术后；中医诊断：虚劳病；辨证分型：肺胃阴虚。治则：养阴解毒。方药：解毒生脉散加味：太子参30 g，沙参25 g，麦冬15 g，五味子10 g，野菊花10 g，半枝莲10 g，山慈菇10 g，化橘红10 g，胆南星10 g，浙贝母25 g，紫石英15 g，制鳖甲15 g，茯苓15 g，厚朴10 g，玄参15 g，桔梗10 g，炙甘草10 g。7剂，水煎分服。

2019年6月29日复诊，活动后气短乏力及口干较前明显缓解，继服上方。

**按语：**李教授指出，该患肺部肿瘤术后，久病体弱，正气亏虚，外邪乘虚化热，耗气伤阴，肺主气，肺气虚故活动后气短乏力，肺阴虚，津不上承，故口干渴，舌红降苔少，证属气阴亏虚，邪热内扰。治应扶正祛邪，

在养阴的基础上解毒。方中太子参、沙参、玄参、麦冬、五味子益气养阴，野菊花、半枝莲、山慈菇、化橘红清热解毒，胆南星、浙贝母、紫石英、制鳖甲软坚散结，厚朴降气平喘，桔梗宣肺。

**案2** 毕某某，女，57岁，主因“反复心悸胸闷1年”于2017年1月10日就诊。该患2016年始情绪波动或劳累后出现心悸，胸闷气短，乏力，活动后加重，上症反复发作，未予系统诊治。饮食佳，夜寐可，大、小便正常。现症见：心悸，胸闷，气短，乏力，肋肋隐痛。舌暗红满布大裂纹，苔薄，脉弦。西医诊断：冠心病；中医诊断：心悸；辨证分型：心阴亏虚。治则：滋阴降火；方药：生脉散加味：太子参15 g，麦冬25 g，五味子15 g，炒白芍15 g，生地黄15 g，熟地黄15 g，山药15 g，山萸肉15 g，茯苓15 g，炒白术15 g，陈皮15 g，升麻10 g，炒麦芽25 g，炙甘草10 g，大枣5枚。7剂，水煎分服。

2017年1月18日复诊，心悸及胸闷气短明显缓解，夜寐欠佳，上方加予炒酸枣仁15 g，7剂。

**按语：**《素问·阴阳应象大论》曰：“年四十而阴气自半，起居衰矣”。该患平素体虚，气阴暗耗，且情志不舒，肝郁化火伤阴，气虚则活动后心悸气短，乏力，动则尤甚，气虚无力推动血行，血脉不畅，不通则痛，故肋肋隐痛。阴虚火旺，则口干渴，舌红满布大裂纹。本病病位在心，证属气阴两虚，以阴虚为主。方用生脉散加味，该患阴虚较甚，将人参换为太子参，同时配伍麦冬、生地黄、熟地黄、山药滋阴降火，五味子、山萸肉收敛固涩，补肾生津，同时可避免心气耗散，炒白芍养血敛阴，茯苓、白术健脾益气，陈皮、升麻升举阳气，炒麦芽健脾疏肝，炙甘草益气复脉，调和诸药，同时配伍白芍缓急止痛。诸药配伍，精气充，阴血盛，心脉通畅。

#### 参考文献

- [1] 金·张元素. 医学启源[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 108.
- [2] 金·李东垣. 内外伤辨惑论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 23.
- [3] 明·吴琨. 医方考[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 117.
- [4] 清·汪昂. 医方集解[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 216.
- [5] 杨明会, 窦永起. 生脉散的活用[J]. 军医进修学院学报, 2000, 21(2): 101-103.
- [6] 彭明勇, 李艳. 生脉散的临床应用及药理研究[J]. 中国医药指南, 2012, 10(1): 224-226.
- [7] 刘燕娟, 王飞雪, 郝建峰, 等. 黄芪生脉饮临床应用及基础研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(16): 1961-1963.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 李翌萌 收稿日期: 2019-10-08)



# 戴丽冰教授不孕症的诊治经验\*

李加云 戴丽冰<sup>※</sup>

(普洱市中医院妇科,云南 普洱 650000)

**摘要:**不孕症是当今社会育龄妇女面临的一大难题之一,随着社会的发展,不孕症的患者也越来越多,为帮助更多女性患者缓解社会和家庭的矛盾,解决生育问题,导师充分挖掘中医药在不孕症诊治的优势,种子先调肝脾肾,衷中参西,多法并用,重视体质辨识与辨证结合,切实为很多不孕症患者解决生育问题,本文重点总结导师戴丽冰教授临床中不孕症防治的独特疗效和经验。

**关键词:**不孕症;诊治;名医经验;戴丽冰

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.024

文章编号:1672-2779(2020)-20-0062-02

## Experience of Professor Dai Libing in the Diagnosis and Treatment of Infertility

LI Jiayun, DAI Libing<sup>\*</sup>

(Department of Gynecology, Pu'er Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Puer 650000, China)

**Abstract:** Infertility is one of the big problems in women of childbearing age face in today's society. With the development of the society, more and more Infertility patients need to solve the problem contradictions of social and family and to alleviate the more of fertility. My tutor fully explored the advantages of traditional Chinese medicine in the diagnosis and treatment of infertility, seeds to the liver and spleen kidney, applications in the western medicine, coalesce with many methods, attaches great importance to the physical identification combined with syndrome differentiation, and to infertility patients with fertility problems. This paper summarizes the tutor clinical curative effect and unique experience of Professor Dai Libing.

**Keywords:** infertility; diagnosis and treatment; experience of famous doctor; Dai Libing

不孕症是当今社会发病原因繁杂的妇科疾病,目前女性生活工作环境以及生活习惯的改变,工作压力增大,这些因素共同引起女性整体生育能力明显下降的趋势,目前研究<sup>[1]</sup>提示我国约有10%~15%的育龄妇女患有不孕症,且发病率逐年升高。戴丽冰,女,副主任医师,教授,师从于詹文涛教授,曾在思茅地区民族传统医药所任副所长,现任普洱市中医院院长,中医妇科副主任医师,普洱市名中医,受聘于云南省中医药管理局中医药传承发展专家咨询委员会委员,担任云南省哈尼医学分会名誉会长,普洱市中医药学会理事长,云南中医药大学特聘副教授,2012及2016年云南省第三、四批中医药师带徒指导老师。为解决广大女性患者的生育难题,充分发挥传统中医学对不孕症防治优势,更好的提高临床疗效,作者认真总结导师戴丽冰教授临床中防治不孕症经验。

### 1 种子先调肝脾肾

**1.1 从肝调治** 肝主疏泄,主藏血,其性升发,喜条达,当今社会各方面压力逐渐增大,女性精神长期处于紧张状态,心情不舒畅,引起肝气不畅的人群增加,临床中负面情绪因素引发不孕症的病例受到戴丽冰教授的重视。老师认为肝主疏泄,若肝的这个功能正常,那么心情愉悦,气血调和,女性就能正常排卵。若肝失条达,则气

血、冲任失调排卵不畅。戴丽冰教授在临床中治疗不孕症病人时,善于用疏肝理气的方法,常常选用逍遥散、柴胡疏肝散加味,擅长用柴胡、川芎、白芍、香附、合欢皮、郁金等中草药。同时,老师愿意花更多宝贵的门诊时间,与患者沟通交流,嘱咐患者主动调节情绪,对我们的治疗方案充满信心,这样往往可获得满意的临床疗效。

临床研究证明,迫于配偶及家庭成员的期望和社会舆论的压力,很多不孕症的女性常常伴随着各种负面情绪及压力,常常出现焦虑、烦躁不安、忧郁、紧张的情绪。研究提示以焦虑和忧郁较为多见<sup>[2]</sup>。西医学认为,当精神紧张时,机体的去甲肾上腺素、肾上腺素增加,引起儿茶酚胺的分泌增加,同时体内的内啡肽增加,导致排卵障碍而造成不孕。戴丽冰教授认为不孕症患者肾虚肝郁的证型伴随大部分不孕症患者,治疗中常常需要疏肝解郁、补肾活血。韩氏提出“种子先调经,调经必先疏肝,肝气调达,诸经通畅,胎孕乃成”,<sup>[3]</sup>总之,疏肝理气法在临床中治疗不孕症往往疗效显著。

**1.2 从脾调治** 中医学认为“脾胃为后天之本,气血生化之源”。脾胃功能健运时,气血的生化有源,冲任血海充盈,月经能按时来潮,那么女性胎孕能正常;若脾胃功能失调时,气血生化来源不足,则冲任血海不能充盈,女性则月经出现紊乱。老师临床治疗上常常注意顾护患者脾胃,使脾胃功能正常,气血生化有源,为月经正常来潮奠定基础。戴丽冰教授常常用四君子汤、八珍汤等

\* 基金项目:云南省科技厅中医联合专项资助[No. 2017FF117]

※ 通讯作者:573397917@qq.com

基础方加减应用。中医学认为脾为生痰之源，脾主运化水湿，如果脾胃这个功能正常，那么体内水液的吸收、排泄功能正常，若脾失健运，患者症见形体肥胖，经行延后甚或闭经，头晕，神疲乏力，面色白或黄，苔白腻，脉滑数等。这是因为机体痰湿内盛，阻滞气机，气机不畅，则冲任阻滞而不孕。临床中常见脾虚湿盛形体肥胖月经退后的女性，老师在治疗上采用益气健脾，燥湿化痰的治疗方法，临床中常常选用茯苓、白术、薏苡仁、苍术、半夏、陈皮等药物。

**1.3 从肾论治** 肾主生殖，是人体生长、发育、生殖的基础，肾中精气的盛衰是直接影响女性生殖能力的关键。女子七岁，肾中精气开始逐渐长养，到了“二七”之年，精气充盛，天癸物质能促使性功能成熟，滋养冲任，使血汇聚于子宫，月经按时来潮，因此女性开始具备生育能力，“七七”以后，肾气渐衰，天癸逐渐耗竭，月经停闭，因此女性丧失生育能力。

导师戴丽冰教授非常推崇罗元恺教授开创“肾-天癸-冲任-胞宫”女性生殖轴理论，指出肾虚是不孕症发病的根本，而气、血、肝、脾或是作为一个重要因素，在发病过程中的某一阶段起作用，老师强调了肾藏精，主生殖，它为女性卵泡发育成熟、排卵以及月经来潮提供重要的物质基础，老师临床中发现，许多排卵功能障碍的女性主要原因之一是肾的阴阳功能失调。临床中，老师发现肾阴不足，癸水不充，不能滋养卵子及正常排卵。老师在卵泡期重在益精养血，经间排卵期宜补肾助阳，经前期重在补肾助阳，行经期以疏肝理气活血调经。总之，以补肾为主，兼用疏肝、化痰利湿等法，疗效确切。

## 2 中西医并重 多法并用

临床中戴丽冰教授在治疗不孕症患者时，中西医并重，不仅充分应该中医学理论辨证论治，还结合现代医学检验。在治疗过程中，对不孕症患者，需要完善相关妇科检查，如白带常规及支原体、衣原体、抗体，抽血查性六项、甲状腺功能及TORCH、卵泡监测、输卵管检查、子宫附件B超检查、男方精液常规检查，及时查找不孕的原因，针对性的治疗。如对输卵管阻塞或通而不畅、积液患者，中医可以采用盆炎化瘀通络方，通过清热活血、化瘀通络之法治疗，严重者行腹腔镜手术探查和输卵管通液术，疏通输卵管，同时术后半年内积极备孕。对于内分泌紊乱者，先内分泌治疗3个月，若阴道B超监测无优势卵泡发育，用中成药调经促孕丸，同时适当配合促排卵药物，如克罗米芬、来曲唑等，规律监测患者卵泡，指导夫妻同房。老师经常强调，临床诊断结合现代医学检查结果非常有必要，通过全面寻找不孕症的病因，才能真正解决不孕症患者的问题。

## 3 重视体质辨识与辨证结合

体质是人类个体在形态结构和功能活动方面所固有

的，具有相对稳定的特性，名医张介宾指出“当辨因人因证之别，盖人者，本也证者，标也，证随人见，成败所由，故因人为先，因证次之。”张建伟等<sup>[4]</sup>认为不孕症患者的体质类型可分为虚实两大类，虚证多见于燥热质和虚寒质。何凌云等<sup>[5]</sup>认为痰湿体质是肥胖妇人的主要特征，痰湿聚结于胞中，可导致不孕症的发生。

体质与证型又有显著的差别，老师认为不同的体质类型，其潜在的发病倾向不同，形成各自不同的临床证型。老师认为不孕症患者的主要体质类型为气虚质、阴虚质，其次为阳虚质和湿热质，气虚体质者与湿热证型、肝郁证型有关联性，在疾病发展变化中，一种体质可影响多种证型的出现，体质、证型之间有多重复杂联系。所以临床中，戴丽冰教授在治疗不孕症的时候，将体质辨证与证型相结合，调治偏颇体质患者，根据不同的患者其体质的特异性，采取个性化治疗。

## 4 调畅气机 合理膳食

女性的工作压力也日益加重，加之不孕症病人，婚久不孕，来自自身或家庭的双重压力，精神压力明显加剧，更容易导致心情抑郁，烦躁，郁闷，久则肝气不舒，肝郁气滞。不孕症患者情志抑郁、忧虑明显，对受孕极不利，临床中老师发现，很多年轻人都有不良的饮食习惯和不规律的作息，自食肥甘厚味之品，脾失健运，形体肥胖，月经紊乱，湿热内生。另外，过度熬夜，耗伤人体阴液，导致肝肾亏虚，引起闭经、月经紊乱，甚至不孕。就诊中老师督促患者要改变不规律的作息时间，合理饮食。不孕症患者病程往往很长，故在治疗过程中，要多注重疏导患者保持心情舒畅，老师通过指导患者加强运动锻炼，少食肥甘厚味之品，控制体质量，注重中医养生，以改善代谢和控制体质量在正常范围。

## 5 结语

戴丽冰教授临床工作40余年，对不孕症的诊治，积累了丰富独特的经验，通过戴教授的诊治，切实帮助到很多不孕症家庭解决生育问题。不孕症患者是一个特殊的社会群体，不孕的病因错综复杂，有来自家庭、工作、社会以及疾病本身等方面，给不孕症患者造成了极大身心影响，需要我们临床医生共同不懈的努力。

## 参考文献

- [1] 彭子敬, 杨洁琼, 张菁. 从肾论治不孕症[J]. 湖北中医杂志, 2016, 38(4): 50-52.
- [2] 庞保珍, 赵焕云. 诊治输卵管阻塞性不孕心得[J]. 黑龙江中医药, 2004(3): 25-26.
- [3] 韩延华, 刘淑君, 王春梅. 韩百灵治疗肝郁不孕学术经验概要[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(8): 928-929.
- [4] 张建伟, 连芳. 心因性不孕症与中医妇科心身整体观[J]. 江苏中医药, 2002, 23(1): 5-6.
- [5] 何凌云, 洪新如, 薛雪梅, 等. 女性不孕症患者的心理状态[J]. 福州总医院学报, 2008, 15(2): 73-75.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:自燕 收稿日期:2020-04-01)

# 孙轶秋教授辨治儿童过敏性紫癜性肾炎(孤立性血尿型) 经验摘要

陆文钟<sup>1</sup> 孙轶秋<sup>2△</sup>

(1. 江阴市中医院儿科 / 南京中医药大学江阴附属医院, 江苏 江阴 214400; 2. 江苏省中医院儿科, 江苏 南京 210029)

**摘要:**孙轶秋教授认为儿童紫癜性肾炎(孤立性血尿型)的病机总属本虚标实,初期以湿热、瘀血为主,后期以气阴不足为要;治疗以扶正祛邪,标本兼顾为原则,根据病机主张分期论治,治以清热利湿,活血化瘀,益气滋阴,凉血止血,固护营卫,预防外感;提倡慢病慢治。文章附验案1则以佐证。

**关键词:**孙轶秋;儿科;过敏性紫癜性肾炎;孤立性血尿;肌衄;尿血

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.025

文章编号:1672-2779(2020)-20-0064-03

## Experience of Professor Sun Yiqiu in Treating Isolated Hematuria in Children with Purpura Nephritis

LU Wenzhong<sup>1</sup>, SUN Yiqiu<sup>2△</sup>

(1. Department of Pediatrics, Jiangyin Hospital of Traditional Chinese Medicine/Jiangyin Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Jiangyin 214400, China;

2. Department of Pediatrics, Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China

**Abstract:** This article introduces Professor Sun Yiqiu's experience in treating isolated hematuria in children with purpura nephritis. The pathogenesis of this disease always belongs to deficiency in origin and excess in superficiality. In the early stage, it belongs to damp heat and blood stasis. In the later stage, it belongs to the deficiency of qi and yin. The treatment should be based on the principle of strengthening body resistance and eliminating evil and considering both the specimen and the specimen. According to the pathogenesis, the treatment should be treated by stages; clearing heat and promoting diuresis, promoting blood circulation and removing blood stasis; benefiting qi and nourishing yin, cooling blood for hemostasis; solid business health, protecting the yin-wei and guard against exogenous infection, and advocate slow treatment of chronic diseases. The paper attached one case.

**Keywords:** Sun Yiqiu; pediatrics; allergic purpura nephritis; isolated hematuria; sweat pore bleeding; hematuria

过敏性紫癜性肾炎(Henoch-schönlein purpura nephritis, HSPN)是儿科较为常见的继发性肾小球疾病<sup>[1]</sup>,是继发于紫癜引起的系统性血管炎所致的肾脏损害,临床以血尿、蛋白尿为主要表现。本病发病机制尚未明确,加之诊断治疗不够统一,因而在HSPN患儿中预后存在较大差异。研究表明,HSPN诱发慢性肾衰竭的发生率在儿童病例中可达1.8%,累积成人慢性肾衰竭比率甚至高达10.41%<sup>[2]</sup>。而在HSPN中尤以孤立性血尿型最为常见,西医治疗以糖皮质激素及免疫抑制剂治疗为主,疗效欠佳,循证指南建议孤立性血尿型HSPN仅对过敏性紫癜进行相应治疗,进行长期随访监测患儿病情变化<sup>[3]</sup>,目前对孤立性血尿仍无可靠的治疗手段。

儿童紫癜性肾炎(孤立性血尿型)临床主要以肉眼血尿或镜下血尿为表现,诱因是过敏性紫癜,在中医中属于“紫癜风”“肌衄”“尿血”范畴。近年来中医药治疗紫癜性肾炎逐渐受到大家关注,而中医药在HSPN治

疗上确实具有独特优势。孙轶秋教授从事儿科临床、教学、科研工作30余年,江苏省名中医,对儿童过敏性紫癜及紫癜性肾炎治疗有较深造诣,在长期临床工作中,不断实践,总结出一套自己的辨证思路和治疗方案,疗效显著。笔者有幸跟师学习,聆听教诲,获益良多,现将其辨治儿童紫癜性肾炎(孤立性血尿型)经验介绍如下。

### 1 分清主次 明辨病机

**1.1 初期以湿热瘀血为主** 孙师认为“湿热”是紫癜性肾炎重要病机。提出“湿”是发病之因,同时也是病程中的病理产物。“脾常不足”是小儿的生理特点,脾主运化水湿。若紫癜患儿,感受湿邪,脾失健运,加之紫癜热毒内伏,合为湿热,湿热日久,化毒化火,灼伤血络,血溢脉外,则见尿血。诚如《素问·至真要大论》所言:“湿气大来,土之胜也,寒水受邪,肾病生焉”。湿为阴邪,其性趋下,肾为阴脏,居于下焦,《医方考》云:“下焦之病,责于湿热”,湿热毒邪久羁不去,凝滞下焦,损伤肾络,血尿反复。湿热之邪久居肾脏,缠绵不去,是紫癜性血尿经久不愈的重要原因。



孙师认为本病与“瘀血”亦密切相关,提出“瘀血”是儿童过敏性紫癜的主要病理基础<sup>[4]</sup>。紫癜多为风邪袭表,入里化热所致,紫癜日久,迫血妄行,致血不循经,故紫癜乃血溢脉外的表现,诚如《医林改错·通窍活血汤所治之症目》所言:“紫癜风,血瘀于皮里”。离经之血化为瘀,紫癜反复,瘀血内阻,损伤肾络,络伤血溢,故见血尿。《血证论》认为:“盖血初离经,清血也,鲜血也,然即是离经之血,虽清血鲜血,亦是瘀血”,离经之血,羁留体内,久成瘀血,瘀血不去新血不生,循环反复,则使血尿反复发作,缠绵难愈,可见“瘀血”是本病发病关键。

**1.2 后期以气阴不足为要** 孙师提出紫癜性肾炎后期,瘀血湿热未尽,耗气伤津,多以气阴两伤为主。瘀血日久,血脉不利,阻滞气机,气机不畅,久则气耗,气虚无力摄血,血失统摄则见血尿,气虚更使病势迁延,故血尿反复;湿热内蕴,瘀热互结,耗伤阴液,加之久病脾胃亏虚,肾阴不足,虚火内生,虚火灼络,血脉受损更甚,亦可见血尿反复。前期肾络受损,后期气阴不足,因此孙师认为,紫癜性肾炎单纯血尿的后期,重在补肾健脾,益气养阴,气血充盛,血行脉中,肾络通利,血尿自然消失。

## 2 辨证论治

**2.1 分期论治 随症加减** 孙师认为本病需分期论治,不同时期病机亦不同,初期邪实为主,后期正虚居多,且兼证居多。初期多与皮肤紫癜并发,多为湿热血瘀损伤血络,累及肾脏,致肾络损伤而发病,双下肢皮肤紫癜明显,证属湿热伤络或瘀血阻络;后期皮肤紫癜逐渐消退,多为紫癜反复,瘀血日久,耗气伤阴;或用激素等“纯阳燥热”之品后,所致阴虚阳亢,证属气阴不足,阴虚火旺。

**2.1.1 初期清热利湿 活血化瘀** 孙师认为本病初期多为紫癜中期,实证为主,血热妄行,损伤肾络,可分为湿热伤络、瘀血伤络2个证型。湿热伤络证以湿热毒邪损伤肾络为主,宜清热利湿,兼有瘀血者,辅以活血,方用四妙丸合三仁汤加减。常用药:苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁、生地黄、牡丹皮、赤芍、茜草、大小蓟、白茅根、车前草、六一散。瘀血伤络证以血瘀为主,宜活血化瘀,凉血止血,方用凉血化瘀饮<sup>[5]</sup>加减,常用药:生地黄、牡丹皮、赤芍、紫草、茜草、川芎、大小蓟、侧柏叶。孙师认为本病单纯湿热或单纯瘀血较少,多以兼证出现,故临床上治疗湿热伤络时需清热利湿佐以化瘀,治疗瘀血伤络时需活血化瘀佐以清利湿热。

**2.1.2 后期益气滋阴 凉血止血** 孙师认为本病后期也是

紫癜后期,虚证居多。紫癜日久,迁延反复,时发时止,耗气伤阴,由实转虚,气阴不足,虚实夹杂。偏于以气虚者,治以补肾健脾,凉血止血,方用归脾汤化裁,常用药:黄芪、太子参、白芍、白术、防风、生地黄、牡丹皮、丹参、大小蓟、仙鹤草。偏于阴虚者,治以滋阴降火,凉血止血,方用茜根散<sup>[6]</sup>合知柏地黄丸加减,常用药:生地黄、熟地黄、黄柏、牛膝、山萸肉、茜草、侧柏叶、大小蓟、仙鹤草。孙师认为本病后期虽以虚证居多,但血尿仍为主要症状,故益气养阴时勿忘活血化瘀,紫癜性肾炎有一分血尿,便有一分瘀血。

**2.1.3 恢复期固护营卫 预防外感** 孙师认为外感是紫癜性肾炎隐血反复发作的重要原因,尤其在本病史较长的患儿中,以肺气亏虚居多,因此在本病恢复期隐血渐消时,需考虑补益肺气,预防外感。根据不同时期的临床表现,进行辨证用药。病久体虚,纳少便溏,卫表不固,证属肺脾气虚者,治以益气固卫,方用玉屏风散加减,常用药物:黄芪、白术、防风、白芍、桂枝等。或体虚易感,风邪袭表,肺卫失宣,治以扶正去邪,银翘散加减,常用药物:金银花、连翘、蒲公英、白花蛇舌草。孙师认为观察患儿外感与否,望喉和望舌是关键,咽喉上连口腔,下接肺胃,循行于肾,为经脉循行之门户,是外邪犯肾的关键,故孙师临证时尤为重视咽喉的诊查。主张本病无论何期,都应注意预防外感,外感风邪者当急则治标,疏风解表;正虚邪胜者缓则治标,扶正去邪。

**2.2 标本兼顾 止血不留瘀** 紫癜性肾炎孤立性血尿的根本还是瘀血所致血不循经的出血,所以血尿是本病的外在表现,唐容川在《血证论》提出“止血、消瘀、宁血、补虚”的治血四法。故在治疗尿血时止血也应为第一要义,孙师治疗本病时常用大蓟、小蓟、侧柏叶等凉血止血之品,既清血热,又可止血。同时孙师善用炭类止血药物,如侧柏炭、地榆炭、藕节炭、炒炭存性,收敛止血加强止血之功。

止血可治标,但止血易留瘀,古有“见血休止血”之说,提醒我们不可滥用炭类固涩药<sup>[7]</sup>,所以孙师在运用炭类药时会配合活血化瘀之品,多用侧柏炭、地榆炭、藕节炭配合丹参、川芎、三七等,以达到止血不留瘀的效果,《血证论》的“消瘀”便是此意,孙师一直主张活血化瘀应贯穿治疗紫癜的始终<sup>[8]</sup>。

孙师除善用炭类药,治疗本病还喜用藤类药。《本草便读》有云:“凡藤蔓之属,皆可通经入络”。藤类药可祛风通络,深入络脉,疏通肾络;若配以活血化瘀之品,通络之功不减,活血之力更强。气血通畅,肾络通

利,本病自愈。临证时,随症加减。初期“热毒、湿热”为主,治以祛风湿,凉血通络,常用青风藤、海风藤、络石藤;后期瘀血所致气血不足,可用鸡血藤、夜交藤养血活血、舒筋活络。藤类药物过多因其祛风化湿之功,常用于风湿疾病,孙师认为此只言其专攻,未言及同功<sup>[9]</sup>,临床上以活络化瘀为原则,以藤类药物随症加减治疗紫癜性肾炎孤立性血尿,此孙老师临床用药之特色。

**2.3 慢病慢治 效取长久** 孙师认为,紫癜性肾炎孤立性血尿属于慢性疾病,病机属本虚标实,正邪相争是本病发展过程的常态。儿童“肝有余,脾常不足,肾常虚”,加之儿童容易外感,因此扶正祛邪,维护肾气,是本病治疗过程中的基本大法。本病病变有轻重之别,疗程亦有长短之分,孙师认为本病治疗宜长不宜短,辨证准确,治法适宜,遣方恰当,血尿渐消,亦不可懈怠,须顺延疗程,巩固疗效。故孙师每诊患儿多告诫嘱咐,首先家长及患儿都要作好长期服药的心理准备,定期复诊;二要注意预防外感,减少复发;三要避免劳累,适当运动,以调整患儿体质为目的,阴阳平衡,气血调和,则病难复发。

### 3 医案举隅

患儿曹某,男,13岁,2018年9月26日初诊。主诉:反复紫癜半年,尿检异常3月。患儿2018年3月无明显诱因出现双下肢紫癜,至当地医院诊断为“过敏性紫癜”,予抗过敏,抗感染,抗血小板聚集等治疗后,患儿双下肢皮疹仍有反复,3个月前查尿常规示:隐血(+++),红细胞98个/ $\mu\text{L}$ ,白细胞30个/ $\mu\text{L}$ ,尿蛋白(-),予“黄葵胶囊及百令胶囊”口服治疗,并定期复查尿常规,尿隐血波动在2+~3+。刻下:患儿双下肢见散在暗红色皮疹,高出皮肤,压之不褪色,无恶寒发热,无咳嗽咳痰,大便调,小便无泡沫。查体:患儿双眼睑无浮肿,面色萎黄,神疲乏力,双下肢可见散在皮疹,纳少便溏,舌红、苔薄黄,脉细数。辅助检查:尿常规:尿蛋白(-),隐血(++),24h尿蛋白定量:58mg/24h,左肾静脉彩超:左肾静脉未见受压。诊断:中医诊断:尿血(气阴两虚,兼有血瘀),西医:过敏性紫癜性肾炎。治以益气养阴,活血化瘀,凉血止血。归脾汤合凉血化瘀饮加减。处方:黄芪15g,炒白术10g,炒白芍10g,防风6g,生地黄10g,牡丹皮10g,山萸肉10g,六月雪20g,茜草15g,大小蓟各15g,海风藤15g,侧柏叶12g,蒲公英15g,蒲黄炭15g,甘草3g。14剂,水煎服,日1剂,早晚分服,配合丹参片口服。

二诊:患儿双下肢偶有散在紫癜,可自行消退,无

发热恶寒,无咳嗽咳痰,胃纳较前好转,小便量正常,舌淡苔白,脉细,辅助检查:尿常规:尿隐血(+),红细胞30个/ $\mu\text{L}$ ,白细胞15个/ $\mu\text{L}$ ,尿蛋白(-)。原方去蒲公英,加白花蛇舌草15g,知母10g,黄柏6g,墨旱莲10g。21剂,水煎服,日1剂,早晚分服。

三诊:患儿双下肢未有新发皮疹,无恶寒发热,胃纳正常,二便调。舌淡红,脉弦细。辅助检查:尿常规:尿隐血(+),红细胞未见。原方去六月雪,蒲公英,加鸡血藤12g,赤芍10g。21剂,水煎服,早晚分服。后患儿继续复诊,口服中药3个月后,尿隐血渐消,紫癜未复发,后门诊定期复查尿常规3个月,未见异常,随访半年,诸症皆消,未有复发。

**按语:**初诊时患儿双下肢仍有紫癜,已属紫癜后期,出现尿隐血。紫癜反复发作,血热日久,灼伤肾络,故可见下肢紫癜,同时又有尿隐血;血瘀阻滞,经久不除,耗伤气阴,故可见神疲乏力,纳少便溏,故治以益气养阴,活血化瘀,同时兼顾紫癜,佐以凉血止血,标本兼治;二诊时患儿紫癜已基本控制,但尿隐血仍有反复,此时处于本病后期,当以滋阴清热为基本大法,故加以二至丸滋阴止血;三诊时紫癜已基本痊愈,尿隐血较前减少,此时本病已后期转至恢复期,为守疗效,须防外感,故在益气养阴的基础上以蒲公英、白花蛇舌草等清热解毒药,益气固表,预防外感。本病属慢性疾病,且较易反复,故疗程宜长,隐血消除后,多嘱患儿家长随诊复查半年尿常规,密观预后。

### 参考文献

参考文献

- [1] 黄松明,朱春华.紫癜性肾炎的诊断和治疗[J].实用儿科临床杂志,2009,24(5):326-329.
- [2] 王建军,史艳平.儿童紫癜性肾炎的预防和治疗[J].临床肾脏病杂志,2014(11):698-701.
- [3] 中华医学会儿科学分会肾脏学组.紫癜性肾炎诊治循证指南(2016)[J].中华儿科杂志,2017,55(9):647-651.
- [4] 孔飞,孙轶秋.从瘀论治小儿过敏性紫癜[J].中医儿科杂志,2008,4(3):9-11.
- [5] 孙轶秋,纪凤鸣,叶进.凉血化瘀饮治疗小儿紫癜性肾炎39例[J].陕西中医,1993,14(12):14.
- [6] 马军.茜根散治疗过敏性紫癜性肾炎80例临床观察[J].中国现代药物应用,2015,9(11):176-177.
- [7] 秦小东,宋敏,袁宏佳.炭类中药浅谈[J].实用中医药杂志,2017,33(5):583-584.
- [8] 邵莉,孙轶秋.孙轶秋治疗过敏性紫癜经验拾掇[J].北京中医,2007,26(11):717-718.
- [9] 傅静,孙轶秋.孙轶秋运用藤类药物治疗过敏性紫癜经验[J].山东中医杂志,2014,33(4):311-312.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:苏小慰 收稿日期:2020-09-11)

# 张华东教授治疗骨质疏松症临证经验

肖语雅<sup>1</sup> 张华东<sup>2\*</sup> 乌仁图雅<sup>3</sup> 张剑勇<sup>1</sup> 钟力<sup>1</sup>  
邱侠<sup>1</sup> 肖敏<sup>1</sup> 贾二涛<sup>1</sup> 张燕英<sup>1</sup> 谢静静<sup>1</sup>

(1.深圳市中医院风湿病科,广东 深圳 518033;2.中国中医科学院广安门医院风湿病科,北京 100053;  
3.内蒙古民族大学附属医院,内蒙古 通辽 028007)

**摘要:**骨质疏松症是一种以骨量减低、骨组织微结构损坏,导致骨脆性增加、易发生骨折为特征的全身性骨病。该病患病率高,西医治疗主要是补充钙剂、活性维生素D及应用抗骨松、促骨形成的药物,治疗本病费用高昂,治疗周期长。本文总结了张华东教授治疗骨质疏松症的经验,分析合理饮食、日晒及运动防治骨质疏松症的机理并结合中医养生。强调患者户外锻炼的重要性,提出患者自我康复是药物治疗的有效替代及补充手段;中医辨治从脾胃、肾、血论治,临床屡有良效。

**关键词:**张华东;骨质疏松症;骨痿;自我康复;中医辨治

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.026

文章编号:1672-2779(2020)-20-0067-03

## Clinical Experience of Professor Zhang Huadong in the Treatment of Osteoporosis

XIAO Yuya<sup>1</sup>, ZHANG Huadong<sup>2\*</sup>, WU Rentuya<sup>3</sup>, ZHANG Jianyong<sup>1</sup>, ZHONG Li<sup>1</sup>,  
QIU Xia<sup>1</sup>, XIAO Min<sup>1</sup>, JIA Ertao<sup>1</sup>, ZHANG Yanying<sup>1</sup>, XIE Jingjing<sup>1</sup>

(1. Department of Rheumatology, Shenzhen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Shenzhen 518033, China;

2. Department of Rheumatology, Guang'anmen Hospital China Academy of Chinese Medicine Sciences, Beijing 100053, China;

3. Department of Rheumatology, Affiliated Hospital of Inner Mongolia University for the Nationalities, Inner Mongolia, Tongliao 028007, China)

**Abstract:** Osteoporosis is a systemic osteopathy characterized by reduced bone mass and damaged bone microstructure, which leads to increased bone fragility and fracture prone. The disease has a high morbidity. Western medicine is mainly used to supplement calcium, active vitamin D and anti-osteoporosis and osteogenesis drugs. The cost of treatment is high and the treatment cycle is long. This paper summarizes Professor Zhang Huadong's experience in the treatment of osteoporosis, and analyses the mechanism of prevention and treatment of osteoporosis by reasonable diet, sunshine and exercise combined with health preservation of traditional Chinese medicine. Emphasizes the important role of outdoor exercise, and proposes that patient self-rehabilitation is an effective alternative and complementary means of drug therapy, approved traditional Chinese medicine syndrome differentiation treatment of spleen, stomach, kidney and blood has obtained effect in clinic.

**Keywords:** Zhang Huadong; osteoporosis; atrophic debility of bones; self-rehabilitation; differentiation and treatment of traditional Chinese medicine

骨质疏松症(Osteoporosis, OP)是一种以骨量减低、骨组织微结构损坏,导致骨脆性增加、易发生骨折为特征的全身性骨病<sup>[1]</sup>。我国2009年的骨质疏松白皮书的调查显示,我国OP患者大约为6944万例,低骨量患者为2.1亿例<sup>[2]</sup>。目前原发性骨质疏松症的发病机制主要是钙摄入不足、维生素D合成减少及骨吸收亢进造成的。治疗主要以补充钙剂、活性维生素D及应用抗骨松、促骨形成的药物,治疗周期长、治疗费用高昂。中医文献中无“骨质疏松症”这一病名,从其发病部位及临床表现看属于中医的“骨枯”“骨痿”范畴。张华东教授从路志正、谢海洲等名医,中国中医科学院广安门医院风湿病科主任医师,对OP的治疗颇有心得,现将其治疗经验介绍如下。

## 1 自我康复

**1.1 合理饮食** 钙的摄入不足与吸收障碍是OP发病的重要原因。其下降多因为饮食不均衡等因素引起。《素问·藏气法时论》:“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气”,合理饮食在防治OP中起着重要作用。

建议多摄入高钙食物,如海产品、奶制品等,海产品如贝壳类、虾蟹、紫菜等含钙量均较高。建议每天摄入牛奶300 mL或相当量的奶制品;长期蛋白质过多和不足均可引起OP,建议每日蛋白质摄入量为0.8~1.0 g/kg体质量;建议多吃豆制品,大豆中含有人体必需的各种元素,不仅含钙量高,还有大量大豆异黄酮,可缓解女性更年期症状;建议适量摄入水果蔬菜,果蔬含有大量钾元素,可以减少尿钙排出量。蔬菜每天的推荐量为300~500 g,水果为200~350 g,且不宜过于精细;建议多饮沸后自来水。钙和铅在人体中是竞争关系,纯净水

\*通讯作者:zhanghuadong111888@163.com



中没有钙，人体就会吸收大量的铅，长期饮用纯净水可能会导致人体内含铅量超标。张华东教授认为纯水少养，矿泉水过寒，易伤脾胃，OP患者不宜多饮。

**1.2 日晒充足** 维生素D的主要作用是促进钙吸收与骨转化。人体所需维生素D约有80%靠自身合成，主要来自阳光照射皮肤。绝大多数人每日在阳光下10 min即可得到机体所需要的维生素D。《黄帝内经》中说：“故阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而阳气隆，日西而阳气已虚，气门乃闭。是故暮而收拒，无扰筋骨，无见雾露，反此三时，形乃困薄。”指出多晒太阳，可振奋阳气、调畅气血，濡养筋骨肌肉。

**1.3 运动强魄** 运动的机械作用可提高骨强度。已有研究证实成骨细胞、骨髓干细胞均可以对内环境中各种机械力的刺激作用进行应答，提高骨细胞活性，促进骨细胞增殖，加快骨的矿化过程<sup>[3-4]</sup>；适宜的运动不但能够促进骨形成，提高骨密度，还能调节雌激素、甲状旁腺素、维生素D和降钙素等钙调激素的合成和分泌，而防治OP；运动能够促进血液循环，有利于血钙的转运；运动能增强消化系统功能，有利于钙等营养物质的消化和吸收。建议有氧运动(如快步走、慢跑)、抗阻力量练习(如深蹲、负重转体、坐姿划船、坐位举腿)、平衡性和灵活性练习(如太极拳、五禽戏)。目前研究表明<sup>[5-7]</sup>，负重运动比非负重运动能明显增加骨密度；非负重运动对骨的力学性能产生有益的影响。重力负荷通过机械刺激使成骨细胞活跃，骨形成大于骨吸收<sup>[6]</sup>。孙思邈在《千金要方》中指出：“养性之道，常欲小劳，但莫大疲及强所不能堪耳”，强调适量运动，能通气血、强五脏、行经脉、振阳气、壮筋骨。张华东教授主张选择适合自己的户外运动方式，循序渐进，持之以恒，推荐太极拳、五禽戏等。

## 2 中医辨治

**2.1 健脾生骨** 脾胃为后天之本，长养万物，为气血津液生化之源。脾宜升，胃宜降，一升一降，一脏一腑，一表一里，一阴土，一阳土，斡旋中气，以达四旁(即四肢百骸与其他四脏)。气血津液生于脾，实五脏，强筋骨，润肌肤，脾胃强则五脏安。《灵枢·决气》中云：“谷入气满，淖泽注于骨，骨属屈伸，泄泽补益髓，皮肤润泽，是谓液。”脾胃健运，益于钙吸收，骨骼强健；脾胃虚损，液不得生，影响钙吸收，精微不得四布，经脉空虚，筋骨失养，发为骨痿。脾胃病证型很多，张华东教授常以脾阳亏虚、胃气不和为切入点顾护脾胃。

脾阳亏虚：症见乏力，面色㿔白，口淡、自汗，少气懒言，肠鸣腹痛，便溏，舌淡胖嫩苔白或水滑，脉弦

沉无力或迟细。治宜健脾益气，温运脾阳。张华东教授常用香砂六君子汤或小建中汤加减，常用党参、茯苓、白术、木香、砂仁、桂枝、白芍、生姜、大枣、炙甘草、饴糖等。脾阴虚者，加沙参、麦冬。

胃气不和：症见纳呆脘闷、胃脘胀满或疼痛，恶心，嗝气，呃逆者，治宜和胃行气，张华东教授自拟和胃汤，常用柴胡、枳壳、厚朴、白芍、木香、香附、陈皮、清半夏、海螵蛸等。胃热重者，加黄连、生石膏；肝气郁结者，加川楝子、郁金；胃阴不足者，加沙参、麦冬；阴虚火旺者，合用玉女煎。

**2.2 益肾强骨** 《素问·阴阳应象大论》篇说：“肾生骨髓”“其充在骨”。肾为先天之本，肾在体为骨，主骨生髓。肾之精气充盛，骨髓充养，则骨骼强健。反之，肾精虚少，骨髓生化不足，不能充养骨髓而发骨痿。肾主“天癸”，从西医角度讲，即性激素分泌正常，骨代谢中成骨作用较破骨作用强；性激素减少，破骨作用强于成骨作用而发OP。治法当补肾强骨，常见证型有肾阳虚、肾阴虚、肾阴阳两虚型。

肾阳虚：症见腰膝酸软疼痛，畏寒肢冷，下肢尤甚，精神萎靡，面色㿔白或面色黧黑，男子阳痿，女子宫寒不孕，或五更泄泻，或下肢水肿。舌淡胖苔白，脉沉弱。治宜温肾壮阳强骨。方用右归丸加减或桂枝加龙骨牡蛎汤或金匮肾气丸。常用熟地黄、附片、山萸肉、茯苓、山药、泽泻、菟丝子、骨碎补、当归、杜仲、淫羊藿、补骨脂、桂枝、龙骨、牡蛎、牡丹皮、肉桂、巴戟天等。兼气虚者加党参、黄芪；疼痛者加羌活、独活。

肾阴虚：症见腰膝酸痛，形体消瘦，潮热盗汗，五心烦热，咽干颧红，眩晕耳鸣，失眠多梦，男子遗精早泄，女子月经量少，甚至闭经，溲黄便干，舌红少津，脉细数。治宜滋阴补肾强骨。方用六味地黄丸或左归丸加减。常用枸杞子、龟甲胶、鹿角胶、牛膝、山药、山萸肉、熟地黄、菟丝子、泽泻、茯苓、牡丹皮等。阴虚火旺者，用知柏地黄丸；兼气虚者加党参、黄芪。

肾阴阳两虚：症见腰膝酸痛，畏寒肢冷，下肢尤甚，精神萎靡，潮热盗汗，五心烦热，咽干颧红，眩晕耳鸣，失眠多梦，男子遗精早泄，女子月经量少，甚至闭经，溲黄便干，舌红少津或舌淡红苔薄白，脉沉细或细数。治宜滋肾壮骨，需从阴中求阳或阳中求阴。方用河车大造丸或大补元煎，药用紫河车、牛膝、肉苁蓉、天冬、黄柏、五味子、锁阳、当归、熟地黄、生地黄、杜仲、人参、山药、山萸肉、枸杞子、鹿角胶等。如阳虚寒甚者，可加附片、肉桂、炮姜之类；兼气虚者，加黄芪、白术。

**2.3 二天护骨** “先天为后天之根”(《医述》)，“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”(《傅青主女科·妊娠》)。脾胃充足,二天互补,才能筋骨刚健,否则二天不足,则津亏骨槁,而致骨痿。临床常见脾肾两虚型,治宜健脾补肾。

脾肾两虚:症见腰膝酸软,气短乏力,畏寒肢冷,大便溏薄,下肢水肿,舌质淡、苔白,脉沉细。常用六味地黄丸或肾气丸,药用熟地黄、山药、茯苓、白术、泽泻、牡丹皮、山萸肉、桂枝、附片等,且重用茯苓。气虚甚者加黄芪、党参;下肢水肿者加车前子、冬瓜皮等。

**2.4 运血滋骨**“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血”(《灵枢·决气》)。“肾藏精,精者,血之所成也”(《诸病源候论·虚劳病诸候下》),血生于脾,精血同源而养骨。血液正常运行依赖血之充,气之足,机之化,以五脏调达之气推动,五脏气有赖于肾中元阳之气温煦激发,脾土厚德生养。血脉通畅,则血钙及其他营养物质可以不断充养骨骼。而气虚、气滞、气郁、血少、血滞、五脏不和均可致瘀,气血不能行其滋骨荣筋之职,骨失所养即发骨痿。但张华东教授认为骨痿者以气虚血瘀、气滞血瘀、血虚血瘀者居多。

气虚血瘀:症见面色㿗白,身倦乏力,少气懒言,腰膝疼痛,疼痛如刺,固定不移。治宜益气活血祛瘀,方用补阳还五汤,药用黄芪、党参、白术、当归、川芎等。兼肾虚者加补骨脂、桑寄生、熟地黄、山萸肉等。

气滞血瘀:症见性情急躁,胸胁胀满走窜疼痛或疼痛拒按,女子闭经痛经,经色紫暗有块,乳房胀痛,脉弦涩,治宜行气活血化瘀,方用血府逐瘀汤加减,药用生地黄、枳壳、赤芍、柴胡、川牛膝、川芎、当归等,瘀血甚者加水蛭、土鳖虫、全蝎、蜈蚣;或辅以中成药大黄廑虫丸。

血虚血瘀:症见面白无华或萎黄,唇色淡白或紫暗,头晕眼花,心悸失眠,手足发麻,妇女经血量少色淡或色暗,量少,经期错后或闭经,肌肤甲错,口唇爪甲紫暗,或皮下紫斑,舌质淡暗、或见瘀斑瘀点,脉象细涩。方用当归补血汤,重用当归、黄芪,加用川芎、熟地黄、赤芍、鸡血藤、阿胶等。

以上为骨质疏松症常见证型,亦有脾阳虚而血瘀等证,可合并证型、方药辨用,亦有他证,宜从实际出发,灵活施治。瘀血之为病还有寒凝血瘀、痰瘀、湿瘀、瘀热等不同证候,临床需根据辨证施予温经活血、化痰活血、祛湿活血、凉血活血等药。

张华东教授从骨质疏松症的发病机理着手,以患者自身为出发点,从合理饮食、日晒、运动三方面进行骨

质疏松的防治,是药物治疗的有效替代及补充手段。张华东教授从脾胃论治解决了钙的摄入、吸收问题;从肾论治,主要是促进成骨、抑制破骨;从血论治,以解决骨钙的转运,概括了治疗骨质疏松的全过程,临床应用中屡有良效。

#### 参考文献

- [1] Bijlsma A Y, Meskers C G, Westendorp R G, et al. Chronology of age-related disease definitions: osteoporosis and sarcopenia[J]. Ageing Res Rev, 2012, 11(2): 320-324.
- [2] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会. 原发性骨质疏松症诊治指南(2011年)[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志, 2011, 4(1): 12-15.
- [3] Rubin J, Rubin C, Jacobs C R. Molecular pathways mediating mechanical signaling in bone[J]. Gene, 2006, 367: 1-16.
- [4] 熊鹰. 运动对绝经后骨折女性血钙、血磷、尿钙、尿磷的影响[J]. 浙江体育科学, 2004, 26(2): 81-3.
- [5] Aloia J F. Exercise and skeletal health[J]. Am Geriatr Soc, 1981, 29(3): 104-107.
- [6] Tobias J H, Gould V, Brunton L, et al. Physical activity and bone: may the force be with you [J]. Front Endocrinol (Lausanne), 2014, 5: 1-5.
- [7] Huang T H, Lin S C, Chang F L, et al. Effects of different exercise modes on mineralization, structure, and biomechanical properties of growing bone[J]. Appl Physiol, 2003, 95(1): 300-307.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:姜玉宝 收稿日期:2019-09-27)

### 甘草论选

肺主气,脾统血,肺为五脏之长,脾统血,肺为五脏之长,脾为万物之母。味甘可以解寒,气平可以清热。甘草甘平,入肺入脾,所以主五脏六腑寒热邪气也。肝主筋,肾主骨,肝肾热而筋骨软。气平入肺,平肝生肾,筋骨自坚矣。脾主肌肉,味甘益脾,肌肉自长。肺主周身之气,气平益肺,肺益则气力自信也。

金疮热则羸,气平则清,所以治羸,味甘缓急,气平清热,故又解毒,久服肺气清,所以轻身。脾气和,所以延年也。

——清·叶天士《本草经解》

甘草,味甘,气平,性缓。入足太阴脾、足阳明胃经。备冲和之正味,秉淳厚之良资,入金木两家之界,归水火二气之间,培植中州,养育四旁,交媾精神之妙药,调济气血之灵丹。

——清·黄元御《长沙药解》

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(1)》,人民卫生出版社,2017。

## 临床论著 CLINICAL WORKS

## 心气虚与冠脉病变及心脏结构相关性研究\*

王倩<sup>1</sup> 羿雷<sup>2</sup> 周亚楠<sup>1</sup> 王亚红<sup>3</sup>※[1.北京市宣武中医医院心血管科,北京 100000;2.北京中医药大学东直门医院(通州院区)胸外科,北京 101121;  
3.北京中医药大学东直门医院心血管科,北京 100700]

**摘要:**目的 研究心气虚与冠脉病变、血运重建、心脏结构是否存在相关性。方法 通过收集东直门医院和安贞医院 166 例病例,冠脉病变数量按单支、双支、三支病变分组,冠脉病变严重程度以轻中重完全闭塞分组,建立 EpiDate3.1 数据库,通过 SPSS 17.0 统计软件统计分析,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。结果 心气虚与冠状动脉病变支数密切相关 ( $P < 0.05$ ),与冠脉病变严重程度并无相关 ( $P > 0.05$ ),心气虚与血运重建有相关性,与无血运重建组比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),心气虚证的轻中重程度按轻、中、重、完全闭塞分组,血运重建按行 PCI (1 枚、2 枚、3 枚及 3 枚以上支架)、冠脉搭桥分组,显示心气虚证半定量分级与支架植入数目无相关性 ( $P > 0.05$ )。超声心动的分析显示在 LVD、IVST、LVEF、E/A 方面有改变。结论 本研究显示冠心病心气虚证与冠状动脉病变支数及血运重建术密切相关,且冠心病心气虚证患者心脏结构相应发生改变。

关键词:胸痹;真心痛;心气虚;冠脉病变;心脏结构

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.027

文章编号:1672-2779(2020)-20-0070-03

## Research on the Correlation between Heart Qi Deficiency and Coronary Artery Lesions and Heart Structure

WANG Qian<sup>1</sup>, YI Lei<sup>2</sup>, ZHOU Yanan<sup>1</sup>, WANG Yahong<sup>3</sup>※

(1. Department of Cardiology, Xuanwu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100000, China

2. Department of Thoracic Surgery, Dongzhimen Hospital (Tongzhou Hospital), Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101121, China;

3. Department of Cardiology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

**Abstract: Objective** To study the correlation between heart qi deficiency and coronary artery disease, revascularization and cardiac structure. **Methods** 166 cases were collected from dongzhimen hospital and anzhen hospital, and the number of coronary artery lesions was divided into groups by single-vessel, double-vessel and triple-vessel lesions. The severity of coronary artery diseases was divided into mild, medium and severe complete occlusion groups. EpiDate3.1 database was established and statistical analysis was conducted with SPSS17.0 statistical software.  $P < 0.05$  was considered as statistically significant difference. **Results** Heart qi deficiency is closely related to the coronary artery lesions ( $P < 0.01$ ), the difference was statistically significant in terms of coronary artery lesions counts ( $P < 0.05$ ), coronary artery disease severity and no correlation ( $P > 0.05$ ), heart qi deficiency and revascularization difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ), in the light of heart qi deficiency syndrome according to the light, medium and heavy weight, totally occluded grouping. Revascularization was grouped by PCI (1, 2, 3 or more stents) and OPCAB, the results showed that there was no correlation between the semi-quantitative grading of heart qi deficiency syndrome and the number of stents ( $P > 0.05$ ). Analysis of echocardiography revealed changes in LVD, IVST, LVEF and E/A.

**Keywords:** chest discomfort; angina pectoris; heart qi deficiency, coronary artery lesions; heart structure

冠状动脉粥样硬化性心脏病是指冠状动脉粥样硬化而引起血管腔狭窄或者阻塞,造成心肌缺血、缺氧或坏死而导致的心脏病,简称为冠心病。中医学认为冠心病属于“胸痹”“真心痛”范畴,其病机较复杂,目前中医界较为统一的认识是:主要病机是心脉痹阻,病位在心,属本虚标实证,本虚以心气虚为主;标实有寒凝、痰浊、气滞、瘀血等不同。近些年由于生活环境及饮食结构的不断多样化,我国冠心病的发病率和死亡率呈逐年上升的趋势。因此,无论是传统医学还是现代医学都

对冠心病进行不断的探索研究。

中医对于心气虚证的认识,基本是 80 年代“血流动力学、心功能”的释意,随着冠脉造影、超声心动检查项目已经发展的十分普遍,本文从中西医结合的角度研究心气虚证与冠脉病变、心脏结构之间的关系。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2013 年 9 月—2015 年 5 月,北京中医药大学东直门医院心血管内科病房和门诊患者 101 例:临床症状符合冠心病特点并行冠状动脉造影或冠脉 CTA 检查狭窄大于 50%者,首都医科大学附属北京安贞医院心血管门诊患者 65 例:以西医诊断“冠心病”和“焦虑抑郁状态”及中医诊断“胸痹心痛病”为标准。166 例患者中,其中男 100 例,女 66 例。年龄 33~86 岁,平均年

\* 基金项目:国家中医药管理局第四批全国中医(临床、基础)优秀人才研修项目[No. 国中医药人教发[2017]24 号]

※通讯作者:wyh411@hotmail.com



龄 61.52 岁。各组患者一般资料相比差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准: 患者资料完整并做过冠状动脉造影检查或冠脉 CTA 检查。排除标准: 不符合年龄要求者; 有明确感染、肿瘤、结缔组织病、自身免疫性疾病、近期手术或创伤者; 妊娠、哺乳期妇女, 精神异常者; 继发性高血压者; 受试者拒绝相关检查。

**1.3 分组方法** 根据 166 例患者的冠脉病变数量按单支、双支、三支病变分组, 冠脉病变严重程度按轻、中、重、完全闭塞分组, 血运重建按行 PCI (1 枚、2 枚、3 枚及 3 枚以上支架)、冠脉搭桥分组, 患者均签署知情同意书。

**1.4 评价标准与指标** “胸痹心痛”诊断标准参考中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》, 中医“心气虚证”证候诊断标准参考 1986 年“中医虚证辨证参考标准”, 中医证候量化分级标准参考《中医量化诊断》<sup>[1]</sup>及《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>。研究心气虚证的发生是否与冠状动脉的病变有关, 包括是否与冠状动脉病变支数和严重程度有关。

**1.5 统计学方法** 建立 EpiData 3.1 数据库, 使用 SPSS 17.0 统计学软件对数据进行统计分析, 计量资料用均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 先进行正态分布和方差齐性检验, 不满足正态性检验的采用多个独立样本的非参数检验, Kruskal-Wallis 检验。计数资料采用率 (%) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验, 等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 冠心病心气虚证与冠状动脉病变支数相关性比较** 冠心病心气虚证与冠状动脉病变支数存在相关性, 组间差异有统计学意义 ( $Z = -1.982, P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 冠心病患者心气虚证与冠脉病变支数相关性比较 [例(%)]

组别	例数	心气虚证	非心气虚证
单支病变	21	21.10	2.20
双支病变	24	25.60	1.10
三支病变	45	50.00	0.00
Z值		-1.982	
P值		0.047	

**2.2 冠心病心气虚证与冠状动脉病变严重程度相关性比**

表 4 冠心病患者超声心动不同参数分布情况 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	左房内径 (19~35 mm) (mm)	舒张末内径 (35~55 mm) (mm)	收缩末内径 (20~40 mm) (mm)	室间隔厚度 (6~12 mm) (mm)	左室后壁厚度 (6~12 mm) (mm)	左室射血分数 (50%~70%) (%)	E峰与A峰 比值 >1
心气虚组	138	36.16±5.79	51.43±7.07	34.55±8.94	11.08±1.93	10.34±1.48	54.62±12.52	0.91±0.34
非心气虚组	28	34.90±0.14	46.5±3.54	31.10±6.93	9.75±0.35	9.30±1.13	62.50±3.44	1.25±0.01
正常对照组	36	35.03±6.95	46.38±4.05	28.87±4.20	9.48±1.54	9.29±1.51	69.50±7.55	1.04±0.28
Z值		1.105	6.109	3.608	7.959	5.115	6.383	6.055
P值		0.575	0.047	0.165	0.019	0.077	0.04	0.048

注: \* $P < 0.05$

较 冠心病心气虚证不会随着冠状动脉病变严重程度加重而产生或加重, 组间差异无统计学意义 ( $Z = -0.728, P > 0.05$ )。见表 2。

表 2 冠心病患者心气虚证与冠状动脉病变严重程度相关性比较 [例(%)]

组别	例数	心气虚证	非心气虚证
轻度	15	15.60	1.10
中度	22	24.40	0.00
重度	41	41.00	1.10
完全闭塞	12	13.30	0.00
Z值		-0.728	
P值		0.467	

**2.3 冠心病心气虚证与血运重建相关性的比较** 血运重建如 PCI 对心气虚证的发生有影响, 2 组差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。见表 3。

表 3 冠心病患者血运重建术与心气虚的关系 (例)

组别	例数	心气虚证	非心气虚证
血运重建术后	58	56	2
无血运重建	108	82	26
$\chi^2$ 值		11.448	
P值		0.001*	

注: 与无血运重建比较, \* $P < 0.01$ 。最小理论频数为 9.8 > 5, 取 Pearson Chi-square 运算结果

**2.4 冠心病心气虚和心脏结构的关系** 心气虚组、非心气虚组以及正常对照组左房内径、收缩末内径、左室后壁厚度比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 3 组在舒张末内径、室间隔厚度、左室射血分数、E 峰与 A 峰比值四项指标总体分布不完全相同, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 根据平均秩次显示, 舒张末内径和室间隔厚度 2 组由高到低排列顺序为心气虚组、非心气虚和对照组; 左室射血分数由高到低依次是对照组、非心气虚组和心气虚组; E 峰与 A 峰比值从高至低顺序为非心气虚组、对照组和心气虚组。见表 4。

**2.5 冠心病心气虚证患者血运重建情况分布** 138 例心气虚证患者曾有 56 例患者曾行经皮冠状动脉介入术 (PCI) 或冠状动脉旁路移植术。其中以 1 枚支架为主, 共 34 例占 60.6%, 其次是 2 枚支架, 共 17 例占 30.4%, 3 枚及以上共 5 例占 9%。见表 5。

**表 5 冠心病患者心气虚证中血运重建情况分布 [例(%)]**

组别	例数	百分比
支架1枚	34	60.60
支架2枚	17	30.40
支架3枚	3	5.00
支架3枚以上	2	4.00
冠脉搭桥	0	0.00

**2.6 不同程度冠心病心气虚与支架数目相关性的比较** 不同程度冠心病心气虚与支架数目无相关性, 组间差异无统计学意义 ( $Z=4.753, P>0.05$ )。见表 6。

**表 6 不同程度冠心病患者心气虚证与支架数目相关性比较 (例)**

组别	总枚数	1枚	2枚	3枚	3枚及以上
轻度	6	4	1	1	0
中度	22	10	10	1	1
重度	9	8	1	0	0
Z值					4.753
P值					0.093

### 3 讨论

《灵枢·五邪》曰：“邪在心，则病心痛喜悲”，首次提出“邪在心”的概念，胸痹的致病之邪可指外邪，亦可指内生之邪，以发病学来看，本病以内积之邪或内外合邪最多<sup>[4]</sup>。《金匱要略·中风历节病脉证并治》：“心气不足，邪气入中，则胸满而短气。”《素问·评热病论》曰：“邪之所凑，其气必虚”，《医学入门》云：“凡心之病，

皆因忧愁思虑、而后邪得以入之”。《金匱要略》中对胸痹的治疗包含了“一祛有形实邪，二理无形病气”<sup>[5]</sup>，近代张伯臬教授认为急性心肌梗死的病机是正气大虚、邪气羸实，治疗应以“扶正补虚不碍邪，祛实通脉不伤正”为基本法则<sup>[6]</sup>。导致心气虚的“邪”在何处？现代医学的精准性、唯一性、标准性不断推动着心气虚诊断标准的研究，随着心脏超声、心脏 MRI、冠脉 CT、冠脉造影、冠脉介入治疗等诊疗技术的发展，促进了对心气虚诊断的探索，并不断提出新的认识。

本研究显示冠心病心气虚证与冠状动脉病支数及血运重建术密切相关。本研究还对彩色多普勒超声心动分析发现，心气虚组舒张末内径、室间隔厚度高于非心气虚组及正常对照组，左室射血分数、E/A 低于非心气虚组及正常人群组，这说明冠心病心气虚证患者心脏结构相应发生病变。

### 参考文献

- [1] 徐迪华. 中医量化诊断[M]. 南京: 江苏科技出版社, 1997: 59.
- [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: 378-380.
- [3] 马晓昌, 尹太英, 陈可冀, 等. 冠心病中医辨证分型与冠状动脉造影所见相关性比较研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(9): 654-656.
- [4] 徐慧颖, 李成卫. 基于“形气”观的《金匱要略》胸痹病分证及诊治步骤分析[J]. 吉林中医药, 2015, 35(8): 761-764.
- [5] 梅国强. 经方为主治疗冠心病临证撮要[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(6): 800-805, 820.
- [6] 吕天娇. 张伯臬教授张伯臬教授以补法治疗冠心病的经验、疗效优势及机制初探[D]. 上海: 上海中医药大学, 2015.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 苏敬泽 收稿日期: 2019-12-30)

## 本刊郑重声明

近期有作者来电反映, 有人借我刊名义从事征稿与广告活动, 扰乱了正常的投稿秩序, 影响了我们《中国中医药现代远程教育》杂志社的声誉。

中国中医药现代远程教育杂志社郑重声明: 本刊从未与任何公司或个人签订组稿与广告合作协议, 凡冒用我刊名义征稿和广告的中介机构均未获得我刊的任何许可, 其工作人员均非我刊的工作人员, 与之相关的经济与法律关系与本刊无关。均属违法行为, 本刊将依法保留追诉权。

我社唯一投稿邮箱: zgzyycjy@163.com, 没有其他征稿邮箱。中国中医药现代远程教育杂志社官方网址: <http://www.zgzyycjy.com>。收费只通过邮寄汇款, 地址: 北京市复兴门南大街甲 2 号配楼知医堂 101 室, 邮编: 100031, 收款单位: 中国中医药现代远程教育杂志社。杂志社不通过任何账户和个人卡号收费。请广大作者、读者相互转告, 谨防上当。若有不明事宜, 请来电垂询。

特此声明。

投稿邮箱: zgzyycjy@163.com

电话查询: 010-57289309 010-57289308

财务部: 010-87363190

官 网: <http://www.zgzyycjy.com>

中国中医药现代远程教育杂志社  
2015 年 2 月 10 日

# 体质辨识在老年骨折患者手术安全评估中的应用\*

李骥征<sup>1,2</sup> 廖建青<sup>1,2</sup> 黄信源<sup>1,2</sup>\*

(1.云南中医药大学临床医学院,云南昆明650000;2.云南省中医医院骨伤二科,云南昆明650000)

**摘要:**目的 浅析在骨折手术的安全评估中引入中医体质辨识理念,对手术安全性的预测价值及对围术期理疗工作开展的指导意义。方法 回顾性分析2018年1月—2018年12月收纳的160例老年骨折患者作研究对象,均予基于中医体质辨识下的手术安全评估。根据围术期理疗方案差异进行分组。其中80例行常规理疗支持,作对照组;另80例基于体质辨识基础开展针对性理疗干预,作试验组。比较对照组术后30d并发症与死亡率预测值及实际值差异,评估中医体质辨识干预对患者手术安全评估的准确性。再比较2组实际并发症与死亡率差异,评估中医体质辨识理念对患者手术预后干预的指导意义。结果 对照组术后并发症及死亡率实际值与预测值对比差异无统计学意义( $P>0.05$ );试验组实际并发症发生率低于对照组, $P<0.05$ ,实际死亡率对比2组间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 中医体质辨识在老年骨折患者的手术安全评估中效果确切,可有效评估术后并发症及死亡率风险,并为术后理疗工作的开展提供决策与指导性意见。

**关键词:**中医;体质辨识;老年;骨折;手术安全评估

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.028

文章编号:1672-2779(2020)-20-0073-03

## The Application of Constitutions on the Surgical Safety Assessment in Elderly Bone Fracture Patients

LI Jizheng<sup>1,2</sup>, LIAO Jianqing<sup>1,2</sup>, HUANG Xinyuan<sup>1,2</sup>\*

(1. School of Clinical Medicine, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650000, China;

2. Department of Orthopedics and Traumatology, Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650000, China)

**Abstract: Objective** To analyze the predictive value of TCM constitutions on the surgical safety assessment and study its guiding significance for physiotherapy. **Methods** 160 elderly bone fracture treated from January 2018 to February 2018 were reviewed. Based on TCM constitutions, the surgical safety was assessed. According to physiotherapy schemes, patients were assigned to control group ( $n=80$ ) and experimental group ( $n=80$ ). The conventional physiotherapy was performed in the control group; TCM constitution-based physiotherapy was performed in the experimental group. After 30d of surgery, predictive value and actual value of complication and death rate were compared for assessment accuracy of TCM constitutions on the surgical safety; the actual complication and death rate was compared for studying its guiding significance on postoperative interventions. **Results** In the control group, the actual value and predictive value of postoperative complication and death rate showed no statistically significant difference ( $P>0.05$ ), the actual complication rate in the test group was lower than control group ( $P<0.05$ ), the actual death rate between groups showed no statistically significant difference ( $P>0.05$ ). **Conclusion** TCM constitutions are applicable for risk assessment of postoperative complication and death, which provides guidance on the implementation of physiotherapy.

**Keywords:** traditional Chinese medicine; constitutions; elderly; bone fracture; surgical safety assessment

骨折疾病一旦病发,会为患者带去较强烈的疼痛应激。保守治疗周期久,患者长期卧床易滋生并发症,故临床首推外科理念介入骨折治疗。但老年患者手术耐受差,手术风险高,因此必要的术前风险评估尤为重要。常见的风险评估有生理学和手术严重程度评分(POSSUM)等。笔者参阅刘志勇指导文献指出<sup>[1]</sup>,POSSUM在骨折疾病术后并发症预测中准确率较好,但过高预测了骨折术后死亡率,提示该评分系统具有一定局限性。为促我院骨科术前评估环节进一步优化与完善,课题组经前期大量准备,拟定基于传统骨折手术安全评估工作的基础上,引入中医体质辨识,辅助提升手术评估准确性,并以此为前提指导临床医护人员开展针对性更强的围术期理疗工作<sup>[2]</sup>,现作如下汇报。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析我院2018年1月—2018年12月收纳的160例老年骨折患者入组,均予基于中医体质辨识下的手术安全评估。根据患者围术期不同理疗方案作如下分组:其中80例患者行常规围术期理疗,作对照组,男女比例9:7,平均年龄67.58岁;另80例患者基于中医体质辨识基础开展围术期针对性理疗,作试验组,男女比例43:37,平均年龄68.23岁。以上基线资料 $P>0.05$ ,可对比研究。

**1.2 研究方法** 2组均采用中医体质辨识理论行进一步的手术安全评估。术前将《中医体质量表》分发给患者完成评估,并依照《中医体质分类与判定》中有关诊断标准行中医体质辨识<sup>[3]</sup>:阴虚质、阳虚质、气虚质、平和质、气郁质、血瘀质、特禀质、湿热质、痰湿质。

阴虚质性急躁,阴亏燥热,不耐热邪燥邪;阳虚质畏冷,精神不振,发病多寒证,易感湿邪;气虚质体质

\* 基金项目:云南省卫生科技计划项目[No. 2017NS162]

※ 通讯作者:908028257@qq.com



虚弱，健忘，卫表不固，亦患虚劳，内脏下垂；平和质平素患病少，机体强健，手术不良风险发生率低；气郁质易患郁症、不寐、脏燥等症，不喜阴雨，不耐精神刺激；血瘀质易患出血、胸痹、癥瘕等症，不耐寒邪、风邪；特禀质不耐外邪，过敏，适应能力差；湿热质易患疮疖、火热、黄疸等症，能耐湿热交蒸环境；痰湿质伴肥胖体征，胸闷多痰，易患消渴、胸痹、中风之症，不耐梅雨季节湿环境。

针对不同中医体质进行辨证后，对照组实施常规围术期理疗；试验组针对体质要点进行分析，评估患者术后不良反应发生倾向，开展针对性理疗干预，对比 2 组并发症与死亡发生率差异。

**1.3 观察指标** (1) 比较对照组术后并发症(肺部感染、尿路感染、静脉栓塞、压疮)与死亡率实际值与预测值差异，评估中医体质辨识对患者术后安全性的预测意义；(2) 对比 2 组实际并发症与死亡率发生情况，评估中医体质辨识对患者围术期理疗工作开展中的指导意义。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 17.0 软件进行统计学处理，计数资料以率(%)表示，行卡方( $\chi^2$ )检验，当  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 对照组术后并发症及死亡率实际值与预测值对比** 对照组预计并发症发生率 15.00%，略大于实际发生率 11.25%；预计死亡率 3.75%，略大于实际死亡率 2.50%，均  $P > 0.05$ 。见表 1。

表 1 对照组老年骨折患者术后并发症及死亡率实际值与预测值对比 [例(%)]

组别	例数	肺部感染	尿路感染	静脉栓塞	压疮	并发症发生率	死亡率
实际值	80	1(1.25)	2(2.50)	2(2.50)	3(3.75)	9(11.25)	2(2.50)
预测值	80	2(2.50)	3(3.75)	3(3.75)	2(2.50)	12(15.00)	3(3.75)
$\chi^2$ 值						0.617	0.296
P 值						0.432	0.586

**2.2 2 组实际并发症与死亡率发生情况对比** 试验组并发症发生率达 3.75%，低于对照组的 11.25%， $P < 0.05$ ；试验组无患者死亡，对照组死亡率达 2.50%， $P > 0.05$ 。见表 2。

表 2 2 组老年骨折患者实际并发症与死亡率发生情况对比 [例(%)]

组别	例数	肺部感染	尿路感染	静脉栓塞	压疮	并发症发生率	死亡率
对照组	80	1(1.25)	2(2.50)	2(2.50)	3(3.75)	9(11.25)	2(2.50)
试验组	80	0(0.00)	1(1.25)	1(1.25)	0(0.00)	3(3.75)	0(0.00)
$\chi^2$ 值						4.054	2.532
P 值						0.044	0.112

## 3 讨论

我国工业实力发展迅速，在推进社会进步与改善国人生活水平的同时，也一定程度催化了临床外伤骨折患者基

数。但骨科患者中，时下仍旧以老年患者为主要疾病群体。我国作为世界第一人口大国，人口老龄化问题突出，社会骨质疏松人群所占比重大，因而临床高龄骨折患者较多见。

老年患者因身体机能减退，常见患有各类内科疾病，手术耐受不佳，为临床手术风险带去更大的不确定性。因此，为实现更佳的手术疗效及安全性控制，前期的手术风险评估管理环节尤为重要。临床手术团队需结合患者自身疾病现状，开展多科室协作理疗，努力平稳患者病情，直至符合手术指标。诸如针对营养状态不佳者，予以白蛋白补充、输血等手段纠正贫血、低蛋白血症等。同时，患者手术安全性评估中，年龄、肝功能、血糖、血压、心肺功能及水电解质平衡情况均属影响患者术后安全性的重要指标。根据患者相关指标的异常情况，评估患者诸如泌尿系统、内分泌系统、呼吸系统等的不良反应发生率，并加以前瞻性护理<sup>[4]</sup>。

但笔者结合自身工作经验，加以临床相关文献指导，发现上述常规手术安全评估准确性仍存在改进空间。参阅郭杨等<sup>[5]</sup>相关指导文献，指出中医体质与骨质疏松患者间存在相关性。本次研究结果亦显示，对照组术后并发症及死亡情况预测值与实际值未见显著差异，提示基于中医体质辨证下的手术安全评估准确性佳；而 2 组间术后实际并发症及死亡情况对比，试验组均优于对照组，提示经中医体质辨识后开展针对性护理对患者并发症及死亡率具有积极改善作用，证实了在老年骨折患者的手术安全评估中开展中医体质辨识工作，可起到积极有效预后，优化效果。

中医体质学是基于中医理论为基础的一门学说，其主要是研究人体体质特征及生、病理特点的一门中医学学术领域。基于对不同体质的掌握，可对未来患者疾病发展方向进行梳理与预测，以此实现后续的理疗方案决策与指导。

本文中，医者结合患者自身体质特征，提出诸多针对性理疗干预手段。如围术期饮食调节，阴虚质主清热滋阴食材，忌辛辣煎炸之物；血瘀质主祛瘀活血食材；特禀质忌发物、致敏食材等。情志调护中，湿热质、血瘀质、阴虚质患者易燥易怒，阳虚、气虚患者情绪不稳定，性格内向等，以此为中心为患者开展对应情志调节，使患者明确情志积极可和畅气血，身心愉悦，促疾病转归，进而利于患者自我调节积极性提升。

术后理疗中需充分结合患者体质进行针对性强的前瞻性干预。如针对气虚质、血瘀质患者，深静脉栓塞为其常见并发症，围术期理疗中需重视患者情志变化，密切监测患者患肢末梢血运、感觉、疼痛、皮肤温度等情况，预防神经损伤情况的出现，科学使用活血化瘀药物，可适当结合中医理疗手段促患者良好血运维系。阳虚患者予以保暖措施，预防湿邪入侵，可按摩足三里、气海等穴，促机体康健，改善预后。痰湿质患者声重易倦，因此在骨折术后的早期护理中，要有针对性地指导与鼓

励患者积极配合,主动静结合,循序渐进式运动,进行早期运动的意义宣教,克服患者恐惧心理等。结合中医体质辨识,既可辅助评估患者手术安全性,又可为后续的理疗环节提供决策与指导意义<sup>[6-8]</sup>。

综上,中医体质辨识在老年骨折患者的手术安全评估中效果确切,可有效评估术后并发症及死亡率风险,并为术后理疗工作的开展提供决策与指导性意见。

#### 参考文献

- [1] 刘志勇,张新潮,蔡国平,等.骨科 POSSUM 和 P-POSSUM 评分系统预测老年髋部骨折手术风险的价值[J].中华创伤杂志,2014,30(7):706-710.
- [2] 黄杏.老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者骨密度与中医体质类型相关性研究[J].中医临床研究,2017,9(12):86-89.
- [3] 李英帅,杨寅,李玲孺,等.中医体质量表应用中的疑难问题解读[J].中医杂志,2015,56(10):844-846.
- [4] 朱艳梅.中医体质辨识理论对老年胸腰椎压缩性骨折患者健康教育效果的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(20):2521-2523,2524.
- [5] 郭杨,马勇,董维,等.骨质疏松与中医体质的相关性[J].中国老年学杂志,2016,36(24):6211-6213.
- [6] 胡竹元,应瑛,方伟英,等.中医体质类型与原发骨质疏松症的相关性研究[J].浙江中西医结合杂志,2014,24(10):892-893,894.
- [7] 余光书,林焱斌.中医理论在股骨近端骨折术后的康复指导[J].中外医学研究,2014,12(27):154-155,156.
- [8] 薛冬群,亢东琴,柳琪,等.2005年—2015年我国中医情志护理在老年护理中的应用研究分析[J].护理研究,2016,30(21):2656-2658.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:赵文韬 收稿日期:2019-10-22)

## 生血宝合剂治疗妇科贫血临床观察

姜秋慧 冯林娜<sup>※</sup>

(郑州人民医院妇产科,河南 郑州 450000)

**摘要:**目的 探讨中药制剂生血宝合剂与常用铁剂蛋白琥珀酸铁口服溶液治疗妇科贫血的效果,评估其临床疗效。方法 选择2016年3月—2018年1月郑州人民医院就诊的妇科贫血患者150例,随机分为对照组和观察组各75例。对照组给予蛋白琥珀酸铁口服溶液(1支/次,3次/d);观察组给予生血宝合剂(15 mL/次,3次/d)。通过治疗1个月、2个月、3个月的随访观察。比较2种方法对于改善患者贫血症状、血红蛋白(Hb)、红细胞计数(RBC)、红细胞平均体积(MCV)、红细胞比容(HCT)等的影响,比较治疗有效率。结果 2组治疗3个月后,生生化指标Hb、RBC、MCV、HCT较治疗前均有提高,且差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );2组治疗1个月后观察组的生化指标Hb、RBC、MCV、HCT均优于对照偶组,且差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗3个月后观察组贫血伴随中医证候显著改善且总有效率较对照组差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 与蛋白琥珀酸铁口服溶液相比生血宝合剂治疗妇科贫血的疗效显著,起效快,可显著改善贫血症状,提高患者生活质量,值得推广。

**关键词:**生血宝合剂;蛋白琥珀酸铁口服溶液;妇科;贫血;中医疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.029

文章编号:1672-2779(2020)-20-0075-03

### Clinical Observation on Shengxuebao Mixture in the Treatment of Gynecological Anemia

JIANG Qiuhui, FENG Linna<sup>※</sup>

(Department of Obstetrics and Gynecology, Zhengzhou People's Hospital, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of Shengxuebao mixture and iron succinate oral solution in the treatment of gynecological anemia and to evaluate its clinical efficacy. **Methods** 150 patients with gynecological anemia from March 2016 to January 2018 in Zhengzhou People's Hospital were randomly divided into control group and observation group, with 75 cases in each group. The control group was given oral solution of ferric protein succinate (one pill per time, three times per day), and the observation group was given Shengxuebao mixture (15 mL per time, three times per day). Follow-up observation was carried out for 1 month, 2 months and 3 months after treatment. The effects of the two methods on improving anemia symptoms, hemoglobin (Hb), red blood cell count (RBC), mean corpuscular volume (MCV), and specific volume of red blood cells (HCT) and therapeutic effect was compared. **Results** After 3 months of treatment, the blood biochemical indexes Hb, RBC, MCV and HCT of the two groups were improved compared with those before treatment, and there was statistical significance ( $P < 0.05$ ). After 1 month of treatment, the biochemical indexes Hb, RBC, MCV and HCT of the observation group were better than those of the control group, and there was statistical significance ( $P < 0.05$ ). After 3 months of treatment, the anemia of the observation group was accompanied by anemia. TCM syndromes were significantly of the observation group improved and the total effective rate of the observation group was significantly different from that of the control group, and there had statistical significance ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Compared with the oral solution of iron protein succinate, Shengxuebao mixture has a remarkable effect on gynecological anemia. It can improve the symptoms of anemia and the quality of life of patients. It is worth popularizing.

**Keywords:** Shengxuebao mixture; iron protein succinate oral solution; gynecology; anemia; therapy of traditional Chinese medicine

贫血是指外周血中单位容积内红细胞数(RBC)减少或Hb浓度减低,致使机体不能对周围组织细胞充分供氧<sup>[1]</sup>。

女性是贫血的高患病人群,全球非妊娠期妇女贫血的患病率约为30%<sup>[2]</sup>。妇女贫血主要是在妇科疾病发病过程中以及治疗时发生的贫血<sup>[3]</sup>。常伴随困倦乏力、皮肤苍白、气急心悸等症状,贫血后缺氧会损伤患者神经组织,

※通讯作者:fenglinna2013@sina.com

继而造成患者记忆力减退、失眠多梦、头晕耳鸣等，严重威胁着患者的生活质量和生命健康<sup>[4]</sup>。因此重视女性贫血的预防和治疗工作十分重要。治疗妇女贫血补铁是主要手段<sup>[5]</sup>，单纯铁剂虽可补充铁元素之不足，但胃肠道刺激较重，生物利用度低，约10%被人体吸收，偶有过敏，影响用药的依从性<sup>[6]</sup>，对改善伴随症状效果不显。生血宝合剂是中药复方制剂，使用方便，患者依从性高。本研究选取纠正贫血常用的蛋白琥珀酸铁口服溶液为比较药物，观察生血宝合剂治疗妇科贫血的临床疗效及安全性，为临床治疗妇科贫血提供依据。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年3月—2018年1月我院收治的妇科贫血患者150例，所有患者均根据世界卫生组织(WHO)和中国根据Hb浓度制定的成年女性(非妊娠)贫血标准(见表1)明确诊断，并知情同意。将患者随机分为2组，分别为对照组(蛋白琥珀酸铁口服溶液)和观察组(生血宝合剂组)，每组患者均为75例。其中，对照组患者年龄18~55岁，平均年龄30.64岁，轻度贫血42例，中度贫血28例、重度贫血5例；观察组患者年龄18~50岁，平均年龄30.04岁，轻度贫血40例，中度贫血32例、重度贫血3例。经比较2组患者在年龄、平均年龄、贫血程度等一般资料方面比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。

**1.2 诊断标准** 贫血的诊断要点为贫血程度。诊断的步骤：(1)询问病史；(2)体格检查；(3)实验室检查。综合得出一个正确的诊断。血红蛋白(Hb)浓度和红细胞计数检测是最重要的检查，也是判断贫血程度的分级标准。综合参考世界卫生组织(WHO)和中国标准制定的成年女性(非妊娠)贫血严重程度分级(见表1)。

表1 成年女性(非妊娠)贫血严重程度分级

贫血严重程度分级	中国(Hb g/L)
轻度	>90
中度	60~90
重度	31~60

**1.3 纳入标准** (1)确诊为贫血的患者；(2)年龄18~55周岁；(3)患者本身及家属均对本研究的所有内容熟知，承诺配合相关检查者。

**1.4 排除标准** (1)排除妊娠期或哺乳期妇女；(2)合并有心血管、肾功能衰竭、造血系统严重疾病等；(3)依从性差、不能坚持治疗或资料不全者。

**1.5 治疗方法** 对照组患者给予蛋白琥珀酸铁口服液，给药剂量为1支/次，3次/d；观察组患者给予生血宝合

剂，15 mL/次，3次/d。2组均连续治3个月。2种药物的基本情况如下：生血宝合剂：100 mL/瓶，由清华德人西安幸福制药有限公司生产(国药准字Z20050770)；蛋白琥珀酸铁口服液：15 mL×10瓶/盒，由ITALFARMACOS. A.公司生产(批准文号H20090954)。

**1.6 观察指标** 血生化指标：采用血细胞分析仪测定治疗前、治疗1个月、2个月和3个月后患者的红细胞计数(RBC)、血红蛋白(Hb)、血细胞比容(HCT)、红细胞平均体积(MCV)。

**1.7 疗效判定标准** 临床疗效的判断依据《血液病诊断及疗效标准》进行，分为治愈、有效和无效(见表2)。总有效率=(治愈例数+有效例数)/总例数×100%。

表2 临床疗效评价标准

疗效分级	红细胞计数(个/L)	血红蛋白浓度(g/L)	临床症状(头晕、乏力、脸色苍白等)
治愈	$>3.5 \times 10^{12}$	$\geq 100$	全部消失
有效	有所上升但未达正常	上升值 $>20$	显著改善
无效	未上升	上升值 $<20$	无改善

**1.8 统计学方法** 本次研究所有的数据均采用SPSS 22.0统计软件进行统计学处理。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用 $t$ 检验；计数资料以率(%)表示，采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组临床疗效比较** 对照组痊愈16例、有效40例、无效19例，总有效率为74.66%；观察组痊愈30例、有效37例、无效8例，总有效率为89.33%；2组患者总有效率之间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 2组妇科贫血患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效
对照组	75	16(21.33)	40(53.33)	19(25.33)	56(74.66)
观察组	75	30(40.00)	37(49.33)	8(10.67)	67(89.33)
$\chi^2$ 值					4.306
$P$ 值					0.014

**2.2 治疗前后2组患者血生化指标比较** 治疗前2组患者RBC、Hb、HCT和MCT比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。治疗1个月、2个月后对照组患者RBC、Hb、HCT和MCT比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )，治疗3个月时有统计学意义( $P<0.05$ )；而观察组患者治疗1个月、2个月及3个月后RBC、Hb、HCT和MCT均较治疗前差异有统计学意义( $P<0.05$ )且同时刻生化指标改善较对照组均有统计学意义( $P<0.05$ )。以上研究结果表明生血宝合剂在改善妇科贫血患者血生化指标上起效更快、效果更显著。见表4。



表4 治疗前后2组妇科贫血患者血生化指标比较

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

组别	例数	时间节点	RBC( $\times 10^{12}/L$ )	Hb(g/L)	HCT(f1)	MCV(%)
对照组	75	治疗前	2.15 $\pm$ 0.17	77.02 $\pm$ 10.21	0.22 $\pm$ 0.14	77.69 $\pm$ 8.24
		1个月	2.23 $\pm$ 0.41	81.74 $\pm$ 6.98	0.23 $\pm$ 0.40	78.81 $\pm$ 7.65
		2个月	2.38 $\pm$ 0.51	84.26 $\pm$ 7.18	0.24 $\pm$ 0.18	80.90 $\pm$ 6.96
		3个月	2.89 $\pm$ 0.19*	86.31 $\pm$ 5.39*	0.29 $\pm$ 0.27*	87.43 $\pm$ 5.24*
观察组	75	治疗前	2.13 $\pm$ 0.25	75.41 $\pm$ 8.94	0.21 $\pm$ 0.31	77.72 $\pm$ 6.94
		1个月	2.54 $\pm$ 0.21* $\Delta$	87.52 $\pm$ 5.84* $\Delta$	0.30 $\pm$ 0.14* $\Delta$	82.61 $\pm$ 2.63* $\Delta$
		2个月	2.96 $\pm$ 0.31* $\Delta$	91.34 $\pm$ 3.05* $\Delta$	0.33 $\pm$ 0.51* $\Delta$	89.24 $\pm$ 3.43* $\Delta$
		3个月	3.23 $\pm$ 0.24* $\Delta$	95.63 $\pm$ 1.97* $\Delta$	0.38 $\pm$ 0.04* $\Delta$	91.02 $\pm$ 1.94* $\Delta$

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照须组比较, $\Delta P < 0.05$

### 3 讨论

妇科常见贫血主要包括失血性贫血和骨髓造血不足性贫血。失血性贫血主要因月经量大或异常阴道出血一类疾病引起,最常见的如功能失调性子宫出血<sup>[7]</sup>,另常见的有子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫腺肌病、妇科恶性肿瘤、妇科炎症及病理性妊娠等;骨髓造血不足性贫血主要包括妇科恶性肿瘤疾病本身影响骨髓造血功能和肿瘤放、化疗后会导致不同程度的骨髓抑制。对于这类妇科疾病引起的贫血,治疗原发疾病最关键,但纠正贫血、改善患者的伴随症状、提高患者的生活质量,保障患者的生命健康亦至关重要。

本研究比较观察生血宝合剂和蛋白琥珀酸铁口服溶液治疗妇科贫血的临床疗效,对照组给予蛋白琥珀酸铁口服溶液治疗,观察组给予生血宝合剂治疗。结果显示2组在3个月治疗后,观察组临床疗效总有效率高于对照组( $P < 0.05$ ),且在治疗1个月后即见效;结合2组患者临床血生化指标:Hb、RBC、HCT和MCV,2组均较治疗前差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),且观察组在治疗1个月时各项血生化即可改善;结合本研究结果显示,生血宝合剂治疗妇科贫血的临床疗效显著。

生血宝合剂是中药复方制剂,成分为:制何首乌、女贞子、桑椹、墨旱莲、白芍、黄芪、狗脊。其中制何首乌、女贞子、桑椹、墨旱莲补肾益精,白芍补肝血,黄芪益气生血。诸药合奏,有滋补肝肾、益气生血之效,用于肝肾不足、气血两虚所致的神疲乏力,腰膝痠软,头晕耳鸣,心悸,气短,失眠,咽干,纳差食少;对于纠正贫血,改善上述症状,效果良好。中医认为,精血同源,肾为先天之本,主化生精血,肝藏血,肝肾不足则精血无以化生及储蓄,可出现腰膝痠软,头晕耳鸣等症;且肝为罢极之本,肝血不足,可出现神疲乏力等,因此生血宝合剂不仅可以改善肝肾不足之贫血,亦可纠正上述贫血伴随之症状。本研究结果亦表明生血宝合剂可显著改善贫血引起的头晕、乏力、脸色苍白等临床症

状,且起效快,安全可靠,使用方便,患者依从性高,值得临床推广。希望本研究对妇科贫血的治疗提供参考,并为临床推广应用安全便捷的中药复方制剂提供参考。

### 参考文献

- [1] 马军,王杰军,张力,等. 肿瘤相关性贫血临床实践指南(2015—2016版)[J]. 中国实用内科杂志,2015,35(11):921-930.
- [2] 杨晓光,翟凤英. 中国居民营养与健康状况调查报告之三:2002居民体质与营养状况[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:206.
- [3] 中国医师协会妇科内分泌专业培训委员会. 妇科相关贫血临床诊治推荐[J]. 实用妇产科杂志,2014,30(10):740-741.
- [4] Mitchell A L,Gandhi A,Scott-Coombes D.Management of thyroid cancer:United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines[J]. J Laryngol Otol,2016,130(S2):S150-S160.
- [5] 刘彦琴,吴丹彤,周凡,等. 经期补铁预防缺铁性贫血的复发89例分析[J]. 沈阳部队医药,2007,20(5):343-344.
- [6] Muoz M,Martín-Montañez E.Ferriccarboxymaltose for the treatment of iron-deficiency anemia[J].Expert Opin Pharmacother,2012,13(6):907-921.
- [7] 李丽君,涂灵. 功能失调性子宫出血的发病机制及治疗进展[J]. 实用临床医学,2009,10(5):130-132.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:夏红玉 收稿日期:2019-09-19)

### 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

# 医院中医药文化展陈现状研究\*

周 鸯 孙清伟<sup>※</sup> 何银生 唐乐平 李 霞

(中国中医科学院中国医史文献研究所, 北京 100700)

**摘要:**中医院是中医药文化传播的重要窗口, 中医院作为我国所特有的一种医院类型, 对营造中医特色氛围、展示传统文化的魅力有极为重要的作用, 加强医院中医药文化展陈宣传, 能更好地传播、弘扬中医药。中医院的中医药文化展陈以图文展陈为主, 结合实物展陈及数字化展陈, 对中医基本知识、基本医疗常识、医院及科室文化等进行了系统的展示, 传统中医氛围浓厚, 体现出中医药传统文化的独特魅力。展陈充分利用了可利用的空间, 应用了现代科技手段, 较好地突出了中医药文化特色。然而一些医院中医药文化的宣传力度还不够, 仅少数医院运用了多媒体技术, 这些都是我们未来可以进行提升的方向。

**关键词:** 中医院; 中医药文化; 展陈

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.030

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0078-03

## Research on the Present Situation of Traditional Chinese Medicine Culture Exhibition in Hospitals

ZHOU Yang, SUN Qingwei<sup>※</sup>, HE Yinsheng, TANG Leping, LI Xia

(Institute of Chinese Medical History and Literature, Chinese Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

**Abstract:** Hospital of traditional Chinese medicine is an important window for the spread of the culture of traditional Chinese medicine. As a unique type of hospital in China, hospital of traditional Chinese medicine plays an extremely important role in creating the characteristic atmosphere of traditional Chinese medicine and displaying the charm of traditional Chinese culture. Strengthening the exhibition and publicity of traditional Chinese medicine culture in hospitals can better spread and promote the culture of traditional Chinese medicine. The traditional Chinese medicine culture exhibition in TCM hospital is mainly illustrated, combined with physical exhibition and digital exhibition, to systematically display the basic knowledge of TCM, basic medical knowledge, hospital and department culture, etc., full of traditional Chinese medicine atmosphere, reflecting the unique charm of traditional Chinese medicine culture. The exhibition made full use of available space and applied modern scientific and technological means to highlight the cultural characteristics of traditional Chinese medicine. However, the propaganda of traditional Chinese medicine culture in some hospitals is not enough, and only a few hospitals have applied multimedia technology, those are the direction we can improve in the future.

**Keywords:** hospital of traditional Chinese medicine; traditional Chinese medicine culture; exhibition

中医院是中医药文化传播的重要窗口, 中医药文化是中华文化的重要组成部分<sup>[1]</sup>, 而中医药文化建设对塑造中医院形象亦十分重要。中医院作为我国所特有的一种医院类型, 在塑造医院形象上应突出其中医药文化特色, 加强中医药文化宣传, 营造中医特色氛围, 展示出传统文化的魅力, 更好地传播、弘扬中医药。本次对北京、上海、广东、广西、福建、湖南、山东、天津 8 个省市 11 个城市 27 家中医院进行了调研, 对中医院的中医药文化展陈进行了拍摄, 在前期的研究中, 笔者有以下几方面的认识。

### 1 中医院中医药文化宣传展陈现状

中医院的中医药文化宣传展陈的意义在于营造中医药文化氛围、传播中医药文化及普及中医药常识, 故其展陈形式多以展板为主, 图文结合。部分中医院有单独

的中医药文化陈列室或院史陈列室, 多为配合教学使用, 并未对大众开放。

**1.1 展陈形式** 中医院的中医药文化展陈区别于中医药博物馆, 一般没有专门的陈列馆作为展陈的场所, 其受众为普通大众, 因为场地的限制及面向的群体的不同, 在展陈形式上有其独特之处。

**1.1.1 实物陈列** 不同于中医药博物馆, 中医院的中医药文化展陈一般没有文物展陈, 陈列的实物多为名医塑像、名医典故浮雕、名医像、药物标本、医疗器具、特色中成药、中药制剂等, 中药房外除图文展示外, 多展示药物实物或生药标本, 并简单介绍其性味、功效等。但由于医院场所限制, 多为悬挂式展陈。

**1.1.2 数字化展陈** 随着现代科技的发展, 在中医院中医药文化展陈设计中, 为更为有效地结合文字、语言、图像来展示中医药文化, 也应用了多媒体。一些规模较大的中医院均设有数字化展陈, 如上海市龙华医院等。这种展陈形式充分融合了现代先进技术, 能更好地、更为直观地传递信息。如播放科普视频、医院介绍、科普展

\* 基金项目: 中国中医科学院基本科研业务费自主选题项目【No. ZZ110505】

※ 通讯作者: sunqingwei1987@126.com

板等。

**1.1.3 图文展陈** 由于场地等的限制, 图文展陈为中医院中医药文化展陈的主要形式, 且多为悬挂式展陈, 亦有临时易拉宝式展板。图文展陈对展陈场所要求较低, 可展陈于医院的大厅、楼道、诊室、楼梯间甚至厕所等处, 是最为经济实用的展陈方式。

**1.2 展陈内容** 医院中医文化展陈的主要受众为患者及其亲属, 即普通大众, 因此展陈目的为普及基本知识, 其展陈内容也应浅显易懂, 易于为大众接受。根据本次调研, 可将展陈内容分为以下3种类型。

**1.2.1 中医基本知识** 普及中医药文化为中医药文化展陈的重要目的, 展陈内容中大部分均为中医基本知识介绍。中医基本知识分为中医发展历史、名医名家、经典著作、食疗养生、基本概念、基本理念、基本诊断方法、特色治疗方法、常用中药材、常见中成药、常用医疗器具等, 内容常配合各科室诊治疾病。如针灸科常展陈针灸简介、针灸工具及介绍、针刺手法、艾灸方法、经典针灸著作等, 中药房常展陈常见中草药标本及性味归经。

**1.2.2 基本医疗常识** 中医院作为医疗场所, 故亦有普及医疗常识的作用。这一类的内容主要包括常见疾病诊断、急救基本知识、煎服药法、医疗误区等。如检验科常展陈抽血注意事项, 急诊科常展陈不同疾病急救法, 煎药房常展陈中药煎煮法、服药时间及禁忌等。

**1.2.3 医院或科室介绍** 这一类内容常见于医院大厅、医院楼外宣传栏及各科室楼道。医院介绍多位于医院大厅、医院楼外宣传栏、连廊, 主要包括医院历史、医院文化、院徽、院歌、院训、科研成果、优势科室、教育教学、医院制剂等内容; 科室介绍多位于各科室楼道, 主要包括科室简介、科室特色治疗方法、专家简介、学科特色等。亦有医院设有专门的院史陈列, 对以上内容进行系统、全面地介绍, 并展陈本院制剂、本院专家学术著作等。

## 2 中医院中医药文化展陈重点及特色

中医院作为中医药文化继承创新、展示、传播的重要窗口, 在展陈中应突出以上重点。中医院区别于西医院, 具有更为悠久的历史, 具有更为独特的文化魅力, 在中医药文化展陈中, 应具有区别于博物馆展陈和其他医院展陈的自身特色。

**2.1 展陈重点为中医药文化** 文化是一个民族的标记和灵魂, 也是一个民族赖以延续和发展的根本。中医学是迄今为止世界上保留得最为完好的传统医学之一, 且具有其独特的人文属性。南京中医药大学薛公忱教授指出: 中医文化“不是或主要的不是指中医作为科学技术本身”, 就是指“这种科学技术所特有的社会形式、文化印记”。<sup>[2]</sup>中医院的中医药文化展陈亦表现出中医文化所独有的印记, 对中医药基本概念、理念、经典著作、名医

名家、常用药物等均有系统介绍, 展示出中医药的独特魅力。

**2.2 历史底蕴深厚** 中医药文化历史悠久, 深受中国古典哲学影响, 具有十分重要的文化价值。中医学深植于中华传统文化, 广泛吸收各种哲学、思想、文化观念以及其他学科知识, 如古代哲学的天人合一、阴阳、五行等观念, 具有十分深厚的历史底蕴。因此, 在中医院中医药文化展陈, 亦是中华传统文化的展陈, 渗透着中华文化的深厚底蕴。

**2.3 中医药传统氛围浓厚** 为营造中医药传统氛围, 在展陈配色、展板边框上, 许多医院均十分重视传统元素的运用。首先, 在展板配图采用传统国画, 如名医像、药物图、中医典故等; 在展板边框及展板配色上, 多采用白色搭配深棕色、米咖色搭配深棕色等中式古典风格配色; 在展板、门、窗等的装饰上, 展板边框纹饰、门窗纹饰多采用中式古典花纹, 如回字纹、汉字纹饰等。运用以上手段, 烘托出古色古香的传统文化氛围。

## 3 较好的经验

从本次调研的情况来看, 中医院中医药文化展陈人群定位清晰, 突出中医药文化普及的目的, 较好地利用了可展陈的各个空间, 且应用了现代科技手段, 充分展示出中医药文化的魅力。

**3.1 突出中医药文化普及** 医院展陈所面向的群体为普通大众, 其目的在于普及基本医疗常识。而中医院因其特殊性, 在普及基本医疗常识的基础上更应突出中医药文化的普及。在本次调研的27家医院中, 其展陈重点均十分突出, 涉及到中医药历史、中医基本理念、基本常识、基本观念等方面, 内容浅显易懂, 易于为大众所接受。

**3.2 较好地利用了可展陈的各个空间** 医院之区别于博物馆, 尤其在于其展陈场所的限制, 医院一般没有独立的展陈场所, 这些医院均尽可能地利用有限空间进行展陈, 主要体现在以下几个方面。

首先, 在本次调研的医院中, 展陈形式以悬挂式为主, 在有些医院还设有浸制标本墙, 充分地利用了墙面空间; 其次, 除墙面空间外, 地面空间也被尽可能地利用起来, 如成都中医药大学附属第一医院设有地面浮雕, 内容涉及中医药发展史、名医名家、中医典故等; 有些医院楼梯间台阶侧面张贴有养生标语等; 再次, 展陈不仅仅局限于就诊等候区域, 楼梯间、电梯、厕所、院内绿化区等均设有展陈。

**3.3 应用现代技术手段** 随着现代科学技术的发展, 展陈形式已转变为传统展陈形式与新兴科技手段的结合。作为新兴的艺术表现形式的多媒体广泛应用于博物馆的展陈设计中, 能有效汇集文字、语言和图像, 颠覆了传统博物馆信息传送的展示, 能更好地发挥参观者的想象力<sup>[3]</sup>。医院在中医药文化展陈设置上亦采用了多媒体形式,



将文字、图像、声音有机地结合起来,并提高了信息传递效率,能更好地调动参观者的感官,达到更好的宣传效果。

#### 4 不足之处

目前,并非全部医院均有中医药文化展陈,现有的展陈方案亦有许多不太完善之处。

**4.1 展陈力度不够** 并非全部医院均设有系统的中医药文化展陈,规模较大的医院大多设有较为系统的中医药文化展陈。在此次调研中,少数医院并未设置展陈,有些医院虽有少量展板,但并未形成系统。

**4.2 展陈方案系统性不够** 在设置有中医药文化展陈的医院中,有些医院仅有少量展板,内容没有系统性,仅对某一疾病的相关内容进行了单独介绍;有些医院院内的展陈,内容除煎服药法外,均为常用中药、名医名家的介绍,并不能全面地展示中医药文化魅力。

**4.3 多媒体技术应用不足** 在本次调研中,笔者发现,仅极少数医院设置有多媒体展陈,且内容主要涉及医院相关内容介绍,对中医药文化普及的相关视频非常有限。

#### 5 小结

中医院是中医药文化普及的重要场所,中医院中

医药文化展陈具有区别于博物馆及其他医院的独特之处。中医院的中医药文化展陈以图文展陈为主,结合实物展陈及数字化展陈,对中医基本知识、基本医疗常识、医院及科室文化等进行了系统的展示,传统中医氛围浓厚,体现出中医药传统文化的独特魅力。在本次调研中我们发现,展陈充分利用了可利用的空间,应用了现代科技手段,较好地突出了中医药文化特色。然而笔者也发现,一些医院中医药文化的宣传力度还不够,甚至并没有进行中医药文化展陈;许多医院的展陈方案缺乏系统性,对中医文化的展示不够全面;而仅少数医院运用了多媒体技术,还局限于传统的展陈形式,我们未来可以在这些方面进行进一步的提升和改善。

#### 参考文献

- [1] 王焯燃,赵宇平,马晓晶,等.浅析中医药文化的核心内涵[J].中医杂志,2017,58(12):991-995.
- [2] 薛公忱.中医药文化定位问题[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2002,3(2):55-60.
- [3] 李骥悦.浅析博物馆展陈设计原则与表现形式[J].中国民族博览,2018(12):218-219.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:张丽君 收稿日期:2019-10-25)

## 《医门法律》医德规范思想

何彩云 刘霁堂

(泉州市台商区洛阳镇卫生院中医科,福建 泉州 462100)

**摘要:**《医门法律》是我国第一部全面探讨医德规范的专著,为清初名医喻昌阐述临床辨证论治之法则、揭示临床诊治之禁律的力作。剖析《医门法律》医德规范思想形成背景以及“医者笃于情”“医为人之司命,先奉大戒为入门”等具体的医德规范思想,并指出《医门法律》医德规范思想的特点及意义。

**关键词:**《医门法律》;医德规范;喻嘉言

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.031

文章编号:1672-2779(2020)-20-0080-03

### The Medical Ethics Standard of Medical Law

HE Caiyun, LIU Jitang

(Department of Traditional Chinese Medicine, Luoyang Town Health Hospital of Taishang District, Fujian Province, Quanzhou 462100, China)

**Abstract:** *Medical Law* is the first monograph on medical ethics in China, is the first book of Qing Dynasty famous doctor Yu Jiayan described the clinical syndrome differentiation rules, called rule; to reveal the clinical diagnosis and treatment of errors that the law monograph. Analysis of the Background of the Formation of Medical Ethics Normalization was carried out. Thought in *Medical Law* and the medical ethics standard of compassion, doctors dominate human life should obey the precepts first, and point out the characteristics and significance of medical ethics standardization thought in *Medical Law*.

**Keywords:** *Medical law*; medical ethics standard; Yu Jiayan

《医门法律》为清初名医喻嘉言阐述临床辨证论治之法则,谓之“法”;揭示临床诊治错误之禁律,谓之“律”的专著。卷一论四诊治法则,申《黄帝内经》及《伤寒论》治病之律例;卷二至卷六论中寒、中风、热湿暑三气等外感内伤杂病的证治、方药、律例。喻嘉言的医德思想集中地体现在《医门法律》中,此书以独特的风格指出

医生在临证时应具备的医德规范。他是中国史上第一位指出医生在临床诊治病人时要自己以“法”使之正确诊治病人,以“律”判断医生诊治失误之责与罪,开创医德评价之先河<sup>[1]</sup>。

#### 1 《医门法律》医德规范思想形成的背景

喻嘉言生于明末清初之际,经历了明末清初的历

史剧变，其思想也深受明末清初鲜明时代特征的影响。(1)清朝初期有一大批有学之士开始批判理学，主张经世致用。“言理学者，其所读书不过经生章句，其所穷之理不过字义之从违”，理学读书不过经生章句，是读死书，穷理不过字义，脱离实际，全无用处，而“道无定体，学贵适用”，应把为学与经世结合起来<sup>[2]</sup>。(2)考据之风盛行，考据以“凡立一义，必凭证据；无证据而臆度者，在所必摒”“以经证经，可以难一切传记”“最喜罗列事项之同类者，为比较的研究，而求得其公则”等等为特点。(3)西方传教士纷纷来华，传播西学，将西方的科学思想带进中国，影响着中国。经世致用思想、考据之风、西方科学思想等无不影响着喻嘉言形成医德规范思想，如“医为人之司命，不精则杀人”追求精益求精的思想，而广博群书，引经据典以精通医理；经世致用故理论联系临床，以精湛医术，而治病救人。

喻嘉言自幼天资聪颖，成年后习儒，博览群书，攻举子业，然仕途不得意，后削发为僧。在此期间诵习佛教经典，精通佛学，并兼攻医术，悉心研究《黄帝内经》《伤寒杂病论》《本草纲目》等中医著作，由于深受佛学思想的影响，援“佛”入“医”借鉴佛教的戒律思想阐述“以律戒医”的医德规范思想。后蓄发还俗，承医之重任，四处行医，然发现“世医浅者售；伪者售；圆滑者售；而以其身命为尝试。医者苦病之毫厘千里，动罹颠蹶。方难凭；脉难凭；师传难凭；而以人之生命为尝试，医以心之不明，术之不明，习为格套牢笼患者”<sup>[3]</sup>。他对医生心术不明而以医门的性命作为试验的行为痛绝而忧心，力图仿照佛门戒律为医门立法，“尝羨释门犯戒之僧，即不得与众僧同住，其不退心这，自执粪秽杂役三年，乃恳律僧二十众佛前保举，使复得为佛子。当今世友自讼之医乎？昌望之以胜医任。”

## 2 医门法律医德规范思想的内容

喻嘉言博及医源，博采众议，对传统医德思想非常熟悉，在《医门法律》中他引述历史上诸多著名医家的医德思想，并对这些思想进行概括总结，继承与创新。概况总结了历代先贤所遵奉的“医者仁术”“大医精诚”等思想，并继承其为“医者笃于情”；引佛门的戒律思想为医门立规立矩，开创了“医为人之司命，不精则杀人”的医德规范思想，析理透彻，有法有律，令人深思。

**2.1 “医者笃于情”** “医仁术也，仁人之君，必笃于情。笃于情，则视人犹己，问其所苦，自无不到之处。”“笃于情”，即医生对患者怀有深厚的感情。因笃于情，而能视患者犹如自己，急病人之所急、想病人之所想、痛病人之所痛，这是建立良好医患关系的重要环节。“医者笃于情”是《医门法律》医德规范思想的重要思想之一，与大医孙思邈“见彼苦恼，若己有之”的高尚医德

不谋而合。喻嘉言在临床中是如何实践他“医者笃于情”的医德规范思想呢？如问诊时，喻嘉言提出：“笃于情，则视人犹己，问其所苦，自无不到之处。”<sup>[3]</sup>即在问诊时要细致入微地询问患者病情，并提出问诊律一条：“凡治病，不问病人之所便，不得其情，草草诊过，用药无据，多所伤残医之过也。”警戒医生在治病问诊时，不询问患者其居处动静阴阳寒热性情的这些事项，草草诊过，遣方用药没有根据，而伤及患者的性命，这是医生的罪过。另提出了问诊的两点注意事项：(1)“如疑难症，着意对问，不得其情，他事间言，反呈真面。”提醒医生在遇到疑难杂症，询问仍不解其病情时不要灰心，看似不相关的事情及言语，可以反衬病情的真相；(2)“问非所问，谀佞其间，患者欣然乐从，及病增更医。”提醒医生在询问病情中不要问不该问的事情，也不要花言巧语谄媚患者，以免延误患者的病情等等。详细的规范医师在问诊时的所思所行，在细微之处，可见喻嘉言对患者怀有深厚的感情，问其所苦，而无处不到！

**2.2 医为人之司命，不精则杀人** “医为人之司命，先奉大戒为入门，后乃尽破微细诸惑，始具活人手眼，而成其为大医，何可妄作聪明，草菅人命？”，医生的神圣使命是治病救人、救死扶伤，首先当遵照佛门的大戒，先有戒律存于心中，之后才研读医书完全透彻明白医理，这样才开始具有治病救人的能力，怎么可以胡乱充作有聪明才智，而谋杀患者的生命呢？大戒，佛教语言，又称“比丘戒”，指不杀、不盗、不淫、不妄、不蓄财宝等十种根本戒。喻嘉言主张要先把不杀、不妄、不蓄财宝等戒律牢牢存记于心中以能自觉规范行医时的思想行为之后，才开始研读医书，可见他十分重视医生的医德修养，敬畏生命、不阿谀谄媚、不贪恋钱财等，敬慎存心，善于以条例规范行为，做一医德高尚的医生，“当今世有自讼之医乎？昌望之以胜医任矣”。《医门法律》中有诸多的条文体现了“医为人之司命，先奉大戒为入门”的医德规范思想，如“浅者售、伪者售、圆滑者售；而以其身命为尝试。”“工邪僻者，心粗识劣，鸷险绝根，偶堕其术，已惨同婴刃。”“问非所问，谀佞其间，患者欣然乐从，及病增更医。”<sup>[3]</sup>医生在从事医疗活动过程中，若没有用医德规范自身思想行为时，则不可避免地出现“以其身命为尝试”，甚至杀了患者的危险行为。“当今世有自讼之医乎？昌望之以胜医任矣”，喻嘉言主张用高尚的医德来承载治病救人这神圣的使命、重任。

“医为人之司命，不精则杀人”，喻嘉言认为医生掌管人的性命，能治病救人，若医理不精通、医术不精湛则会杀害患者的生命。他引用先圣格言：“医之为道，非精不能明其理，非博不能至其约……非《易》无以知阴阳之消长；非《素问》无以识病；非《本草》无以识药；非《脉经》(下转第86页)

## 《金匱要略》薏苡附子敗醬散辨治輸卵管阻塞性不孕探析\*

黃震洲<sup>1</sup> 榮寶山<sup>2</sup>\*

(1.呼和浩特市蒙醫中醫醫院男科,內蒙古 呼和浩特 010030;2.內蒙古醫科大學中學院,內蒙古 呼和浩特 010031)

**摘要:**近年來,不孕症的发生率呈显著上升趋势,輸卵管阻塞性不孕为不孕症的首要因素。薏苡附子敗醬散源自《金匱要略》,具有清熱利濕、消癰排膿之功。虽为治腸癰之主方,但臨床亦常用于腹內膿腫、卵巢囊腫、輸卵管積水等易致輸卵管阻塞性不孕之疾<sup>[1]</sup>。本着病証虽异,病机则同的原则,用本方加味輸卵管阻塞性不孕,療效滿意。

**关键词:**金匱要略;薏苡附子敗醬散;輸卵管阻塞性不孕;癰瘡

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.032

文章编号:1672-2779(2020)-20-0082-03

Discussion on Yiyi Fuzi Banjiang Powder in Treating Tubal Obstructive Infertility in *Jingui Yaolue*HUANG Zhenzhou<sup>1</sup>, RONG Baoshan<sup>2</sup>\*

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

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010031, China)

**Abstract:** In recent years, the incidence of infertility has been on the rise with the quickening of people's life rhythm, the change of diet structure, the increase of social pressure and the change of fertility concept. Among them, tubal obstructive infertility is now the primary factor of infertility. Yiyi Fuzi Banjiang powder originated from *Jingui Yaolue*, which has the function of clearing away heat, removing dampness and eliminating abscess. Although for the treatment of intestinal carbuncle, but also commonly used in clinical abdominal abscess, ovarian cyst, hydrosalpinx, etc. . In accordance with the principle of different syndromes, pathogenesis is the same, and the curative effect is satisfactory.

**Keywords:** *Jingui Yaolue*; Yiyi Fuzi Banjiang powder; tubal obstructive infertility; abdominal mass

近年来,随着人们生活节奏的加快、饮食结构的改变、社会压力的增加、生育观念的转变等因素,不孕症的发生率呈显著上升趋势。輸卵管阻塞性不孕现为不孕症的首要因素,临床上多见于盆腔感染、卵巢肿瘤破裂、异位妊娠等引起輸卵管和腹膜病变,影响輸卵管功能而导致不孕。病变部位位于“少腹”之内,中医主要从“湿、热、癰”辨治<sup>[1]</sup>。薏苡附子敗醬散虽为治腸癰之主方。用于腸癰已成而阳气不足,不能透邪外出的治疗。其药物组成为薏苡仁、附片、敗醬草3味药,具有清熱利濕、消癰排膿之功。臨床常用于腸癰已成而未潰或反复发作者,即现代医学之腹內膿腫、卵巢囊腫、輸卵管積水等<sup>[2]</sup>。

## 1 《金匱要略》薏苡附子敗醬散条文简析

薏苡附子敗醬散源自《金匱要略·癰疽腸癰浸淫病脉証并治》,原文云:“腸癰之为病,其身甲错,腹皮急,按之濡,如肿状,腹无积聚,身无热,脉数,此为肠内有癰瘡,薏苡附子敗醬散主之。”为治腸癰之主方。针

对身无热,肌肤甲错,腹皮急,如肿胀,按之濡,软烂等症。原为用于腸癰已成而阳气不足,不能透邪外出的治疗。其药物组成为薏苡仁、附片、敗醬草3味药,具有振奋阳气、消腫排膿之功。本方臨床常用于腸癰已成而未潰或反复发作者,即现代医学之急性阑尾炎、阑尾周围膿腫、腹內膿腫等。应用本方加味治疗卵巢囊腫、輸卵管積水之病变,病証虽异,病机则同,故療效滿意。

因为腸癰的病变部位在于少腹之内,作为一个有形的病理性产物,它必然会阻碍气血的正常运行,导致血液运行涩滞不畅,甚至日久成癰。体内有癰血,不能正常地营养肌肤,则肌肤甲错。皮肤干燥不鲜艳、粗糙甚至像鳞甲一样不光滑,没光泽。所以张仲景在这里借肌肤甲错这个症状强调了腸癰的发生,在病机上,往往和癰血有关;如果按压患者腹部,会发现患者腹部的皮肤虽然绷得很紧,腹直肌痉挛,有炎症波及壁层腹膜的表现,好像有肿块的样子,但是按上去是软软的,无抵抗,所以这就证明患者体内无积聚,没有肿块。而且按压患者腹部疼痛还不明显,尤其是没有疼痛拒按、压痛、反跳痛等等急腹症的症状表现。患者全身上下无发热的情况,但是按压癰肿的局部会有发热的表现,脉象为数脉。出现这些症状的腸癰患者用薏苡附子敗醬散治疗。这个

\* 基金项目: 内蒙古自治区教育科学“十三五”规划课题[No. NGJGH2018272]; 呼和浩特市科技计划项目[No. 2018—社—1—1]; 內蒙古醫科大學教改课题[No. NYJXGG2019042]

※ 通讯作者: rongbaoshan2009@163.com



方剂里面既有清热解毒，活血化瘀，消痈排脓的薏苡仁、败酱草，也有振奋阳气，托邪外出的附片。所以以方测证的话，患者的病机在于：肠痈脓已成，气血郁滞，正气渐损。因为患者肠内痈肿已经有一段时间，已经到了热盛肉腐而成脓的阶段，正邪交争的结果是正不胜邪，正气被伤，所以脉象的表现是数而无力。本着“有是证用是药”之原则，故原方佐以少量辛温、走而不守之附子（薏苡附子败酱草之间的用量比例是10:2:5），通行经络隐曲之处，而行郁滞之气，助薏苡仁、败酱草强利湿、化瘀、散结之功。同时又可消除其寒凝冰伏之虑。正如《神农本草经》载：“以其辛热助阳行血，破散癥瘕而内消肠痈。”需要注意的是，附子为辛热的药物，如果患者的体质比较好，正气没有受到损伤的话，可以少用甚至不用附子这味药，以免辛热太过，助邪损伤人体的阳气。若寒甚者，可与四逆汤合方应用；若气虚者，可与理中丸合方应用；若夹热明显者，可与大黄甘草汤合方应用。

## 2 输卵管阻塞性不孕简析

输卵管阻塞性不孕多因盆腔慢性炎症导致输卵管腔粘连、僵硬，或受周围瘢痕组织的牵拉、扭曲或闭塞，使输卵管丧失其输送精子、卵子、孕卵的生理功能，导致不孕。据统计，女性不孕因素以排卵障碍和输卵管因素居多，输卵管因素中输卵管阻塞或输卵管不畅约占女性不孕因素的1/2。中医对本病的认识见于“无子”“断绪”“癥瘕”等疾病中。如《神农本草经》云：“无子者多系冲任瘀血，瘀血去自能有子也”。其病因多因寒、湿、热、瘀等导致胞脉闭阻所致，其中尤以湿、瘀、热为主。病理关键在于胞脉闭阻，精卵不能交融。因而治疗的重点在于“清热利湿，逐瘀通脉”。基于二者病位相同（肠痈症状在大黄牡丹汤证中明确提出“少腹肿痞”）、病机相等同，应用本方加味治疗输卵管阻塞性不孕，疗效满意。针对清热解毒类药物多苦寒伤胃，难达病灶的缺陷<sup>[3]</sup>，根据《理渝骈文》：“外治之理，即内治之理；外治之药，亦即内治之药，所异者，法耳”，仿《金匱要略》矾石丸、蛇床子散等纳药脏中的用法，通过直肠给药以提高药效、保障用药安全。

## 3 医案举隅

王某，女，30岁。初诊时间2013年8月24日。婚后曾孕，50余日自然流产，流产后间断性出血10余天，经中医辨证治疗血止。3年来多方求医至今仍未孕。经我院检查：男方精液正常，妇科常规检查未见异常。患者自诉：流产后常少腹隐痛，月经不调，有时提前或错后，量少或淋漓不断，色暗红、有血块，1天1片卫生巾，少腹凉偶有抽痛感，腰骶部酸困且痛，膝软乏力。心烦，口苦，尿道灼热，寐差。带多色黄，味腥臭，有时带中见少量暗红色血，经B超结果显示为双角子宫，为能确诊，经子宫输卵管（泛影葡胺）造影：双角子宫，

双侧输卵管间质部完全阻塞，液体逆流。舌红、苔薄黄腻，脉细滑略数。证属湿热瘀阻、胞络不通。治则：先清热除湿、活血化瘀。处方：薏苡仁15g，炮附片6g，败酱草30g，蒲公英30g，连翘12g，泽泻12g，赤芍10g，桂枝10g，茯苓10g，皂角刺10g，丹参30g，路路通12g，甲珠6g。15剂，水煎保留灌肠。并嘱患者治疗期间均忌酒、辣椒、海鲜等辛辣刺激食物。据随高青等报道<sup>[4]</sup>：薏苡仁具有解热镇痛作用，且对金黄色葡萄球菌、乙型溶血性链球菌、炭疽杆菌、白喉杆菌等有较强抗菌作用；附片具有抗炎镇痛效果，可明显抑制大鼠甲醛性及蛋清性关节肿，对切除肾上腺大鼠仍有明显抗炎作用，故其抗炎机制可能与肾上腺皮质无关；败酱草具有良好的抗菌作用，对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、类白喉杆菌、溶血性链球菌、肺炎球菌等均有一定抑制作用<sup>[5]</sup>。

二诊：用药后少腹凉痛感明显好转，带白无味，原方加焦杜仲12g，桑寄生10g，再灌肠治疗15剂。经期停药，改为少腹逐瘀汤加味。方拟：炒干姜5g，赤芍9g，当归10g，炒灵脂7g，生蒲黄9g，川芎6g，制没药5g，延胡索7g，肉桂9g，穿山甲10g，路路通10g，益母草10g，牡丹皮6g。水煎服。每月经期连服4剂，早晚温服。

三诊：腹痛消失，经期略有腹痛血块减少，经量适中，但腰痛困乏无力仍未明显好转。拟补肾虚，调冲任，通脉络。处方：鹿茸5g（研末），淫羊藿10g，枸杞子10g，川续断10g，焦杜仲12g，甲珠20g，赤芍10g，丹参10g，路路通12g，三棱6g，莪术6g，败酱草10g，甘草6g。水煎保留灌肠。连用25剂。

四诊：诸症消失，精神佳，经净5d，输卵管通液结果显示：双侧输卵管轻度不畅。效不更方保留灌肠再用25剂，经期再用少腹逐瘀汤加味4剂治之，再连用2个月后女方闭经出现妊娠反应，经妊娠试验呈阳性，次年剖腹足月一健康女婴。

**按语：**本例之双侧输卵管阻塞临床少见，阻塞从宫角开始阻塞，且属畸形子宫。从临床表现当属湿热瘀阻，冲任虚损，肾虚不孕症。故以薏苡附子败酱散加味治之。方中重用蒲公英、连翘、败酱草清热解毒，散瘀排脓而止痛；泽泻、茯苓、薏苡仁利水渗湿；皂角刺、丹参、路路通、三棱、莪术、赤芍活血化瘀而通经络祛瘀阻。经期用药，本着瘀血不祛、新血不生之原则，以活血化瘀通经之少腹逐瘀汤加穿山甲、路路通等治之。待湿热去，瘀血除，则在温补脾肾之基础上，少佐活血通经之品以善其后。最终达到精卵相合而获受孕之目的。

## 参考文献

- [1] 黄震洲, 荣宝山. 黄海波诊治输卵管阻塞性不孕症经验浅谈[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(19): 69-70.

- [2] 郭敏,王耀光.王耀光运用薏苡附子败酱散治疗外科疾患经验[J].中医杂志,2012,53(10):884-885.
- [3] 王朝蓉,闫华,薛娟.薏苡败酱红藤汤保留灌肠联合抗生素治疗慢性盆腔炎30例[J].陕西中医,2013,21(10):1335-1336.
- [4] 随高青.桂枝茯苓丸合薏苡附子败酱散加味治疗慢性附睾炎的临床研究[J].中医学报,2013,28(8):1083-1084.
- [5] 叶道冰,宋红旗,李宾,等.薏苡附子败酱散加味联合康复新液治疗溃疡性结肠炎36例疗效观察[J].中国民族民间医药杂志,2013,22(15):84,90.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:荣宝山 收稿日期:2019-11-15)

## 经方治疗脾瘵病临床研究

黄晓 赵书阁 白颖舜 罗艳<sup>△</sup>

(本溪市中医院治未病科,辽宁 本溪 117000)

**摘要:**本文从古代及现代中医对脾瘵的认识出发,总结笔者在临床中辨证使用经方治疗该类疾病的经验,分别选取了防己地黄汤、猪苓汤、柴胡桂枝干姜汤、乌梅丸等4个经典方剂治疗脾瘵病,均取得较好的临床疗效,随诊时间最短15d,最长3个月,已监测血糖未见异常,说明经方治疗脾瘵疗效肯定,为临床治疗脾瘵(糖尿病前期)开拓了新思路、新方法。

**关键词:**经方;脾瘵;糖尿病前期;临床研究;防己地黄汤;猪苓汤;柴胡桂枝干姜汤;乌梅丸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.033

文章编号:1672-2779(2020)-20-0084-03

### Clinical Study on Classical Prescription in the Treatment of Spleen Trichomycosis

HUANG Xiao, ZHAO Shuge, BAI Yingshun, LUO Yan<sup>△</sup>

(Department of Preventive Treatment of Disease, Benxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Benxi 117000, China)

**Abstract:** Starting from the understanding of splenic macular disease in ancient and modern Chinese medicine, this paper summarizes the author's experience in treating splenic macular disease with classical prescriptions based on differentiation of symptoms and signs. Four classical prescriptions, Fangji Dihuang decoction, Zhuling decoction, Chaihu Guizhi Ganjiang decoction and Wumei pill, have been selected to treat splenic macular disease, all of which have achieved good clinical efficacy with a follow-up time of 15 years. From days to three months, no abnormal blood sugar has been monitored, which indicates that the therapeutic effect of classical prescription on splenic macular disease is affirmative. It opens up new ideas and new methods for clinical treatment of splenic macular disease (pre-diabetes).

**Keywords:** classical prescription; spleen trichomycosis; pre-diabetes, clinical research; Fangji Dihuang decoction; Zhuling decoction; Chaihu Guizhi Ganjiang decoction; Wumei pill

随着人们生活方式的改变及人口老龄化的趋势,我国人口糖尿病的患病率明显上升,而且随着科学技术的发展也使糖尿病的诊疗更进一步。作为一名临床医生,对糖尿病前期早诊断和早治疗很关键,通过生活方式及药物干预治疗,尽量逆转糖尿病,使诸多的患者获益于糖尿病预防工作。因此,本文从古代中医对脾瘵的认识,现代中医对脾瘵的认识及笔者在临床中采用经方治疗该类疾病临床经验三个部分论述,以经方治疗脾瘵理论为依据辨证选方用药,观察临床治疗效果及糖尿病的发病率,能否阻断其从“未病”向“已病”发展,使糖尿病消失于无形,旨在提高患者生活及生存质量。

### 1 古代中医对脾瘵的认识

“脾瘵”一名来源于《素问·奇病论》,原文为:“帝曰:有病口甘者,病名为何?何以得之?岐伯曰:此五气之溢也,名曰脾瘵。夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气,津液在脾,故令人口甘;此肥美之所发也。……肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,

转为消渴。治之以兰,除陈气也。”描述了脾瘵与肥胖、消渴的关系,指明了中满和内热式脾瘵形成的主要病机。《素问·通评虚实论》篇:“帝曰:消瘵虚实何如?岐伯曰:脉实大,病久可治,脉悬小坚,病久不可治。凡治消瘵、仆击、偏枯、痿厥、气满发逆,肥贵人,则高粱之疾也。闭塞闭绝,上下不通,则暴忧之病也。暴厥而聋偏塞闭不通,内气暴薄也。”说明脾瘵如果未得到及时治疗,很有可能引起一系列的心脑血管疾病,预后不良。如果能早期干预,采用因势利导的方法,则可能使病情得到控制,甚至恢复到正常状态,所以这个时期的治疗至关重要。

### 2 现代中医对脾瘵的认识

根据2011年国家中医药管理局下发的《中医临床路径和诊疗方案》(试行)要求,脾瘵与糖尿病前期相对应,其诊断标准为(一)疾病诊断:(1)中医诊断:参照中华中医药学会2007年发布的《糖尿病中医防治指南》<sup>[1]</sup>,结合脾瘵(糖尿病前期)患者临床特点,拟诊断标准如下:①患者多形体肥胖或超重,可有易疲倦、失眠或多寐、多食或纳差、口干多饮、腹泻或便秘、小便多等表现;②

平素多食肥甘、久坐少动或情志失常等；③有消渴病家族史者，可作为诊断参考。(2)西医诊断：参照中华医学会糖尿病分会《中国2型糖尿病防治指南》<sup>[2]</sup>(2010年)。6.1 mmol/L(110 mg/dl) ≤ 空腹静脉血浆血糖 ≤ 7.0 mmol/L(126 mg/dl)，或(和)7.8 mmol/L ≤ OGTT 试验中2小时的血浆葡萄糖水平 ≤ 11.1 mmol/L(200 mg/dl)。并根据临床表现和舌脉辨证分型，采用中药和针灸穴位贴敷治疗等手段进行综合治疗。

### 3 医案举隅

笔者在临床中采用经方治疗该类疾病取得较好的临床疗效，现总结如下。

**3.1 防己地黄汤** 防己地黄汤出自《金匮要略》。原文说此方主治“如狂状，妄行，独语不休，无寒热，其脉浮”。具有滋阴凉血，祛风通络之功效。主治风入心经，阴虚血热，病如狂状，妄行，独语不休，无寒热，脉浮；或血虚风胜，手足蠕动，痲疯，舌红少苔，脉虚神倦，阴虚风湿化热，肌肤红斑疼痛，状如游火。

典型案例：孙某，女，55岁。以“口渴心烦伴失眠半年”为主诉，于2017年12月25日来诊。病史：患者半年前因口渴多饮，于中心医院检查发现血糖轻度升高，空腹指尖血糖7.5 mmol/L，静脉血6.8~7.0 mmol/L，OGTT 试验中2h的血浆葡萄糖水平10.8 mmol/L，诊断为糖耐量异常，自行口服二甲双胍等西药，血糖水平和临床症状均无改善，遂来中医门诊就诊。现症见：口干渴、多饮，身重困倦，心烦易怒，失眠，每日有效睡眠2个小时左右，偶有心慌胸闷，遇事善惊，常有恐惧感，每日睡前服用地西洋5 mg已经耐药，纳可，大便偏干，1~2 d排便一次，小便频。舌红、苔黄腻，舌尖赤，脉浮弦。中医诊断：脾瘵，西医诊断：糖尿病前期。辨证：风入心经，阴虚血热。治以：滋阴凉血，止渴通络。方选防己地黄汤加减。处方：防己10 g，桂枝15 g，防风20 g，生甘草10 g，生地黄60 g，百合15 g，栀子10 g，淡豆豉15 g。患者前后服用20 d后，口干口渴、多饮心烦明显改善，夜晚也自主入睡，每天有效睡眠时间5~6 h，乏力困倦感消失，半个月来无心慌胸闷，偶尔因工作压力大时会有轻度的恐惧感，复查空腹血糖5.1 mmol/L，餐后血糖7.1 mmol/L，患者直呼中医中药太神奇，随访3个月血糖未反复，无特殊不适感。

**3.2 猪苓汤** 猪苓汤出自《伤寒论》，《伤寒论·辨阳明病脉证并治》：“若脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。”《伤寒论·辨少阴病脉证并治》：“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。”方中以猪苓、茯苓渗湿利水为君；滑石、泽泻通利小便，泄热于下为臣，君臣相配，既能分消水气，又可疏泄热邪，使水热不致互结；主治水热互结证。临床表现为小便不利，发热，口渴欲饮，或心烦不寐，或兼有咳嗽、呕恶、下利，舌红苔白或微黄，脉细数。又治血淋，小

便涩痛，点滴难出，小腹满痛者。

典型案例：穆某，女，78岁。以“口干、口黏伴乏力尿频2年”为主诉于2018年1月15日来诊。患者2年前因口干口黏，乏力尿频到本钢南地门诊就诊，发现餐后血糖轻度升高(11.1 mmol/L)，告之处于“糖尿病前期”，考虑到患者年龄偏大，未给予治疗。患者临床症状逐年加重，痛苦不堪，遂求治于中医。现症见：口干、口黏不多饮，口多黏液，张口困难，乏力，尿频，每晚起夜8~10次，严重影响睡眠质量，大便不成形，日1次。小腹冷痛不适，尿常规正常。舌红绛、少苔，舌面和整个口腔内多黏液，脉弦细。中医诊断：脾瘵，西医诊断：糖耐量异常，辨证：阴虚有热，水热互结证，治疗：利水养阴清热。方选：猪苓汤原方。方药：猪苓10 g，茯苓15 g，泽泻15 g，滑石15 g，阿胶10 g。患者服药1个月，口干口黏明显减轻，大便成形，尿频尿急改善，夜尿2次，纳寐可，乏力改善。复查空腹血糖5.2 mmol/L，餐后血糖7.5 mmol/L，考虑到滑石甘寒，久用伤胃，故后期采用半夏泻心汤调理半个月，患者诸症改善，血糖平稳。

**3.3 柴胡桂枝干姜汤** 柴胡桂枝干姜汤见于《伤寒论》第147条“伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结、小便不利、渴而不呕、但头汗出、往来寒热、心烦者，此为未解也，柴胡桂枝干姜汤主之”。药物组成：柴胡(半斤)，桂枝(去皮，三两)，干姜(二两)，栝蒌根(四两)，黄芩(三两)，牡蛎(熬，二两)，甘草(炙，二两)。

典型案例：赵某，女，66岁。2018年8月5日就诊。患者以“间断口干、乏力1年，加重伴腹泻3天”来我院糖尿病科住院。糖耐量异常，糜烂性胃炎并胆汁反流。使用止泻药后开始便秘，且表现为口干、口苦、恶心、反酸、呕吐、心悸、腹胀、尿频、尿痛、乏力，舌质红、苔黄腻、脉弦细。平素经常感冒，怕冷、恶风。中医诊断：脾瘵，西医诊断：糖耐量异常，糜烂性胃炎并胆汁反流。辨证：胆热脾寒证，治疗：和解散寒，生津敛阴。方以柴胡桂枝干姜汤加减。处方：柴胡10 g，桂枝10 g，炮姜10 g，天花粉25 g，黄芩10 g，黄连3 g，牡蛎30 g(先煎)，炙甘草6 g，白芍20 g，党参15 g，制大黄6 g，枳实15 g，厚朴15 g，大枣5枚，生姜10 g。每日1剂，水煎服。连服7剂后上述症状均明显改善，饮食量增加，已解大便，尿频、尿痛也明显缓解，精神体力较前好转，出汗较多，恶风。继续以原方5剂巩固治疗。2个月复查糖耐量达到正常值。

**3.4 乌梅丸** 乌梅丸出自《伤寒论》，主治厥阴病，“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，实则吐蛔，下之利不止。”全方具有酸苦辛并进；寒热并用，邪正兼顾的特点，原方主治胃热肠寒，蛔动不安所致蛔厥，方中重用乌梅味酸以安蛔，配细辛、干姜、桂枝、附片、川椒辛热之品以温脏驱蛔，黄连、黄柏苦寒



之品以清热下蛔；更以人参、当归补气养血，以顾正气的不足。笔者在临床主要用于上热而下寒的脾瘕患者。

典型案例：梁某，男，66岁，退休干部，形体肥胖。以“口渴、尿频3个月”为主诉于2018年11月17日来诊。自诉3个月前出现口渴，每日饮水量3500 mL，饮水后口渴缓解不明显，尿频，无尿痛和尿等待。大便常年不成形，日2~3次，饮酒或进食生冷后大便稀溏急迫，每日可达5~6次。一年四季手足湿冷，多汗。纳可，入睡困难，凌晨1~3点易醒，醒后难以再入睡。西医检查显示空腹和血糖轻微异常，自行控制饮食和运动后血糖值无改善，因患者服用二甲双胍后胃肠道反应严重，因需求纯中药治疗来我门诊。现症见：口渴，多饮，饮后不解渴，纳可，偶有泛酸烧心，大便急迫，多不成形，日2~3次，尿频，寐差，手足冷。舌红、苔黄腻，脉沉涩。辨证：寒热错杂证，以乌梅丸加减治疗，方药：乌梅10 g，生姜15 g，花椒3 g，肉桂6 g，党参15 g，黑顺片6 g，黄连8 g，黄柏8 g，细辛5 g，当归15 g，葛根30 g，茯苓20 g。上方共服用30 d，患者诸症均改善，睡眠好转，口渴、多饮、尿频、便秘均改善，手足转温，自觉身体变

轻松，体质量下降3 kg，连续3个月检测糖耐量显示正常。

脾瘕(糖尿病前期)早诊断和早治疗很关键，在此阶段进行有效的干预是防治糖尿病的重要环节，因此潘秋等<sup>[3]</sup>提出防治糖耐量减低是预防糖尿病的最后—关，可以显著减少2型糖尿病的发生。临证时重视经方的使用，抓病机，用药应精简，早干预、早治疗，针对糖尿病前期人群在控制饮食、适量运动的基础上，辨证使用防己地黄汤、猪苓汤、柴胡桂枝干姜汤、乌梅丸等其他中医经典方剂，往往收到意想不到的疗效。因此，通过患者积极有效的生活方式干预及以中医脾瘕理论为依据辨证选方用药，可明显降低糖尿病的发病率，及时阻断其从“未病”向“已病”发展，使糖尿病消失于无形。

#### 参考文献

- [1] 中华中医药学会. 糖尿病中医防治指南[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2007: 1-3.
  - [2] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2010年版)[J]. 中国糖尿病杂志, 2012, 20(1): 81-117.
  - [3] 潘秋, 周丽波, 仝小林. 从糖尿病前期谈“治未病”[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(3): 191-193.
- (本文编辑: 尹秀平 本文校对: 赵 坚 收稿日期: 2019-10-08)

(上接第81页) 无以从诊候寒热虚实之证”，是故“必熟之《素问》，以求其本；熟之本草，以究其用；熟之视诊，以察其证；熟之治疗，以通其变”<sup>[4]</sup>。治病必求于本，详求其根本，能使治无误矣。医学是门治病救人的技术，而临床中所面临的疾病却是变化莫测，医生需要精通医理、精湛医术，才能临机应变，洞察疾病的根本，治病救人。“后学须会群书之长，参所见而施治之，然后为可”，喻嘉言主张通过研读《黄帝内经》《本草纲目》《易经》等医学经典著作，吸收精华，根据实际的临床实践，精确对疾病的认识，提高医术，而能治病救人。“医以心之不明，术之不明，习为格套，牢笼病者。遂至举世成一大格套，遮天蔽日，造出地狱，遍满铁围山界，其因其果，彰彰如也。经以无明为地狱种子，重重黑暗，无繇脱度，岂不哀哉？”喻嘉言对医生因医术不精湛而误治许多病人的现象感到十分的哀痛。

### 3 《医门法律》医德规范思想的特点

3.1 医德自律与医德他律的结合 喻嘉言的《医门法律》是中国医德史上第一部论述医德规范的著作，对中国医学伦理学具有划时代的意义。它也标志着中国医德开始出现这样的一种转变：从以往主要依靠医家自我修养的自律转变为运用具体的规范法则来约束医生思想行为的他律<sup>[4]</sup>。“医仁术也，仁人之君，必笃于情”与“医为人之司命，先奉大戒为入门”正是自律与他律结合的体现。喻嘉言在针对清初医生贪恋财力、阿谀奉承、不学无术而以病者生命为试验的不良医风时，提出“医者笃于情”即医德自律的同时，也提出“先奉大戒为入门”即医德

他律，以监督、约束、规范医者思想行为，医德自律与医德他律的相互结合有利于良好医德的形成。

3.2 儒家思想与佛教思想的结合 “由儒而禅，由禅而医”对喻嘉言医德规范思想的形成具有鲜明的影响。儒家思想是中国传统文化的正统思想，影响着中国几千年来来的伦理道德和行为标准，自幼饱读经书的喻嘉言，深受儒家思想的影响，在《医门法律》中提出“医为仁术，仁人之君，必笃于情”思想观点，充分体现了儒家以“仁”为核心的思想。喻嘉言曾削发为僧，诵读佛门经典，并深受佛学思想的影响，援“佛”入“医”借鉴佛教的戒律思想阐述“以律戒医”的医德规范思想<sup>[5]</sup>。“医为人之司命，先奉大戒为入门”主张将佛门戒律存于心中，寄期望以“以律戒医”胜医之重任。儒家思想与佛教思想的结合促成了喻嘉言“医者笃于情”与“医为人之司命，先奉大戒为入门”规范医德的思想，成就了医德史上第一部论述医德规范的著作，对中国医学伦理学具有划时代的意义。

#### 参考文献

- [1] 何兆雄. 中国医德史[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1988: 200-201.
- [2] 汪学群, 武才娃. 清代思想史论[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2007: 116-117.
- [3] 清·喻昌. 医门法律[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1983: 7, 59, 216.
- [4] 李占立, 赵群. 从《医门法律》论喻昌重规范的医德思想[J]. 中国医学伦理学, 2016, 29(4): 559-561.
- [5] 李占立, 赵群. 从《医门法律》论喻昌重规范的医德思想[J]. 中国医学伦理学, 2016, 29(4): 559-561.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 靖 媛 收稿日期: 2019-10-25)

# 益气清胃汤治疗幽门螺旋杆菌感染 40 例\*

郭苗苗 林忠华<sup>※</sup> 郭进华 李小梅 余圣贤 姜 财

(福建医科大学省立临床医学院,福建省立医院干部门诊,福建 福州 350001)

**摘要:**目的 探讨纯中药益气清胃汤治疗幽门螺旋杆菌感染的临床疗效。方法 选取 2018 年 12 月—2019 年 12 月收治的 40 例 Hp 感染患者,用益气清胃汤治疗幽门螺旋杆菌感染,比较治疗前后效果。结果 益气清胃汤治疗后优于治疗前,治疗后总有效率 92.5%(37/40),且中医症状积分明显改善( $P < 0.01$ )。结论 益气清胃汤对于幽门螺旋杆菌感染有明确疗效。

**关键词:**益气清胃汤;中医药疗法;幽门螺旋杆菌;胃痛;痞满

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.034

文章编号:1672-2779(2020)-20-0087-03

## Yiqi Qingwei Decoction in the Treatment of Helicobacter Pylori Infection for 40 Cases

GUO Miaomiao, LIN Zhonghua<sup>\*</sup>, GUO Jinhua, LI Xiaomei, YU Shengxian, JIANG Cai

(Fujian Provincial Clinical Medical School, Fujian Medical University, Cadre Clinic of Fujian Province Hospital, Fujian Province, Fuzhou 350001, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical efficacy of Yiqi Qingwei decoction in the treatment of helicobacter pylori infection. **Methods** Forty patients with Hp infection admitted from December 2018 to December 2019 were selected. Yiqi Qingwei decoction was used to treat helicobacter pylori infection. The effect was compared. **Results** The total effective rate of Yiqi Qingwei decoction was 92.5% after treatment, and the score of TCM symptoms was significantly improved ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Yiqi Qingwei decoction is effective for helicobacter pylori infection.

**Keywords:** Yiqi Qingwei decoction; therapy of traditional Chinese medicine; helicobacter pylori; stomachache; distention and fullness

幽门螺旋杆菌(Helicobacter pylori, Hp)是一种较高感染性、较强传播性的革兰氏阴性菌,微需氧,与多种消化系统疾病有关,如胃癌、胃溃疡、胆汁反流、慢性萎缩性胃炎、慢性浅表性胃炎、反流性食管炎等均与Hp感染有一定关系。我国近年来多中心调研研究发现,我国成人Hp感染率高达59%<sup>[1]</sup>,并呈不断升高的趋势,而且聚集性发生率比较高,但是治疗HP抗生素耐药率升高、根除率下降,且在根除Hp后许多患者消化道症状不能得到缓解,因此笔者总结自己用纯中药益气清胃汤治疗Hp感染的经验,报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院干部门诊及消化内科于2018年12月—2019年12月治疗的40例Hp感染患者,男性17例(42.5%),女性23例(57.5%)。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:根据第四次全国幽门螺旋杆菌感染处理共识报告, Hp检测“金标准”13C尿素呼气试验阳性者,且符合《中医消化病诊疗指南》<sup>[2]</sup>(中华中医药学会脾胃病分会组织编写)中寒热错杂型幽门螺旋杆菌感染的标准:1项主症加2项次症(主症:胃脘胀满和胃脘疼痛;次症:嘈杂泛酸、口干口苦、肢冷便

溏、嗳气、纳差、舌红胖、苔白黄相兼或黄腻,脉弦细或滑数)。排除标准:消化道器质性病变、心脏严重疾病、精神患者、孕妇及哺乳期妇女等以及用药依从性较差的患者。

**1.3 治疗方法** 确保患者在用中药治疗前未服用影响Hp根除的药物,予益气清胃汤(姜半夏10g,黄芩9g,白花蛇舌草18g,生姜10g,党参15g,白及10g,白豆蔻6g,三七3g,大枣10g,炙甘草5g),每日1剂,每日2次,100 mL/次,餐后半小时服用,连续服用1个月(中药饮片均来自福建省立医院中药房,由中药房统一配发给患者,嘱患者按统一方法煎煮:凉水没药面2cm,浸泡1h,武火熬开5~10min,文火煎煮30min后,将药汁倒出,第2次再加水没过药面1cm,文火煎煮30min后倒出药汁,2次药汁混匀后分2次服用)。嘱咐患者在治疗前及在治疗过程中停用抗生素、PPI等药,治疗后1个月内避免使用影响Hp根除的药物。

**1.4 疗效评价标准** 收集治疗前后13C尿素呼气试验(HpDOB值)结果、患者的中医症状积分。

**1.4.1 Hp根除标准** 参照《第三次全国幽门螺旋杆菌感染若干问题共识报告》<sup>[3]</sup>(中华医学会消化病学分会发布制定):疗程结束后1个月,复查前7d停用PPI制剂进行尿素<sup>13</sup>C呼气试验, Hp阴性者说明根除Hp成功,阳性是根除失败。

\* 基金项目:福建省科技厅引导性项目课题[No. 2019Y0054];福建省财政厅项目资助[No. 2018135]

※ 通讯作者:1016890306@qq.com

**1.4.2 中医症状疗效判断标准** 依据《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2011年）》，疗效指数以治疗前后患者的主、次症状积分计算：疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。临床痊愈：疗效指数 ≥ 95%，主要症状、体征消失或基本消失；显效：70% ≤ 疗效指数 < 95%，主要症状和体征明显改善；有效：30% ≤ 疗效指数 < 70%，主要症状和体征明显好转；无效：疗效指数 < 30%，主要症状和体征无明显改善，甚或加重。

**1.5 统计学方法** 收集资料，用 SPSS 22.0 进行统计分析：符合正态分布的数据用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，用配对 *t* 检验分析，不符合正态分布的数据用中位数和四分位数表示，用秩和检验。*P* < 0.05 为差异具有统计学意义，*P* < 0.01 为差异具有显著统计学意义。

## 2 结果

**2.1 Hp 根除率** 治疗前 Hp 阳性为 40 例，治疗后 Hp 阳性为 3 例，益气清胃汤治疗幽门螺旋杆菌感染的根除率为 92.5%。DOB 值不符合正态分布，见图 1；治疗前后 DOB 值比较，见表 1。

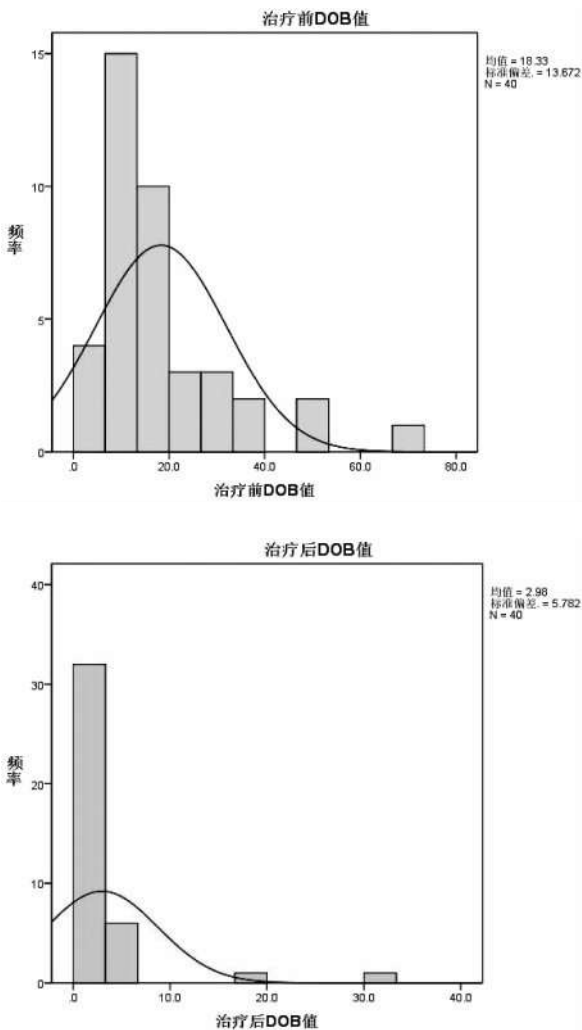


图 1 治疗前后 DOB 值比较

表 1 治疗前后 Hp 感染患者 DOB 值比较

时间节点	例数	百分位			Z值	P值
		第25个	第50个	第75个		
治疗前DOB值	40	9.675	13.600	23.150	-6.166	0.000
治疗后DOB值	40	0.625	1.300	2.875		

**2.2 中医症状疗效** 本组 40 例，临床痊愈 2 例 (5.0%)，显效 9 例 (22.5%)，有效 26 例 (65.0%)，无效 3 例 (7.5%)，总有效率为 92.5% (37/40)。

**2.3 治疗前后中医症状积分对比** 见表 2。

表 2 治疗前后 Hp 感染患者中医症状积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

时间节点	例数	胃脘疼痛	胃脘饱胀	暖气	纳差
治疗前	40	4.050 ± 1.154	4.050 ± 1.239	1.150 ± 0.834	0.880 ± 0.791
治疗后	40	1.200 ± 0.992	1.650 ± 1.099	0.450 ± 0.597	0.200 ± 0.405
<i>t</i> 值		18.002	16.353	6.121	6.936
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

时间节点	例数	反酸	口干口苦	便秘	症状总积分
治疗前	40	1.000 ± 0.679	1.650 ± 0.700	0.480 ± 0.640	13.080 ± 3.253
治疗后	40	0.330 ± 0.474	0.580 ± 0.549	0.250 ± 0.494	4.650 ± 2.878
<i>t</i> 值		8.122	11.879	2.157	22.146
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.027	0.000

## 3 讨论

幽门螺旋杆菌感染在中医学中没有病名，根据临床症状可以归属于“胃痛”“痞满”“泄泻”等范畴，其基本病机是胃气上逆，胃失和降，主要因外邪、饮食、情志等引起，本研究将寒热错杂型纳入研究目标。从《黄帝内经》提到，治疗胃病的第一张处方“半夏粳米汤”，到《伤寒论》里面谈到“痞满”，及“少阳证”里面的“三泻心汤”这些理论，再到李东垣的《脾胃论》里面的“脾胃学说”提出的“内伤脾胃，百病由生”，为后世治疗脾胃病开拓了思路。“补中益气汤”在治疗脾胃病中发挥着重要作用，故笔者总结经验，形成自己临床有用的处方益气清胃汤，方由党参、黄芩、白花蛇舌草、白及、姜半夏、甘草、大枣、白豆蔻、木香、三七组成，在临床中治疗寒热错杂型的感染患者有明显效果，总有效率及 Hp 根除率达 92.5%，治疗后 DOB 值明显小于治疗前 DOB 值。

方中姜半夏归脾胃肺经，具有燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结等功效，其水煎醇沉液对多原因所致的胃溃疡有显著的预防和治疗作用，且能抑制胃酸分泌<sup>[4]</sup>；黄芩归脾胃胆大小肠经，具有清热燥湿，泻火解毒等功效，其煎剂可抑制多种细菌，减轻胃黏膜反应<sup>[5]</sup>；白花蛇舌草归胃大小肠经，具有清热解毒功效，其在体内可刺激网状内皮系统增生，提高 T、B 淋巴细胞的转换能力，具有抗肿瘤的作用<sup>[6]</sup>；生姜归脾胃经，具有温中止呕的效果，其能促进消化液分泌，保护胃黏膜，有抗菌、抗溃疡的作用；党参归肺脾经，具有补肺脾气生津的功效，



党参粗多糖增强免疫,可提高小鼠血清胃肠激素-胃动素从而促进胃动力,抗溃疡的作用<sup>[7-9]</sup>;白及归肝脾胃经,具有消肿生肌、收敛止血的功效,对胃黏膜损伤有明显保护作用;白豆蔻归肺脾胃经,温中止呕、化湿行气的功效,能促进胃液分泌,增进胃肠蠕动等作用;三七归肝胃经,具有化瘀止血的效果,能明显治疗大鼠胃黏膜的萎缩性病变;大枣归脾胃经,具有补中益气的功效,其增加胃肠黏膜的作用;炙甘草归肺心脾胃经,具有补脾益气、缓急止痛的功效,能抗溃疡、抑制胃酸分泌、缓解胃肠平滑肌痉挛及镇痛,各个药物都归脾胃经,全方共奏益气清热和胃的功效。

幽门螺旋杆菌所含尿素酶水解后产生氨类物质<sup>[10]</sup>,致胃上皮组织pH值升高,使胃泌素生成得到抑制,促使胃黏膜萎缩;借助鞭毛的动力易穿过黏液层,环境越黏稠,运动能力越强,幽门螺旋杆菌到达上皮表面通过黏附素与上皮细胞紧密连结,幽门螺旋杆菌既避免了随着食物一起被排出,又会造成局部黏膜的溃疡改变,促进胃酸分泌等<sup>[11]</sup>,基于这些特性,临床中会出现胃痛、胃胀、嗝气、反酸、纳差等症状,通过西药抗生素、PPI、铋剂、保护胃黏膜等药物可以根除一部分Hp,但随着抗生素广泛应用,耐药性增多,即使根除后临床症状不能缓解,或者随后复发。本研究是总结历代医家经验,结合现代药理研究<sup>[12-14]</sup>将经验方运用在临床,在治疗过程中纯粹使用中药治疗,中医症状积分治疗后明显比治疗前好转( $P < 0.01$ ),胃痛、胃胀、嗝气、反酸、纳差、口干口苦症状缓解,但便溏无明显改善( $P > 0.01$ ),考虑可能与样本量少及中药清热解毒的药物含量大有关。

综上所述,益气清胃汤治疗寒热错杂型Hp感染中,使Hp根除率及中医症状积分明显改善,但样本量比较小,存在一定误差,有待进一步扩大样本及进行与西药四联疗法进行双盲随机对照比较。

#### 参考文献

[1] Turoi A, Gasbarrini, Fedell G, et al. The mode of transmission of Helicobacter pylori infection[J]. RECENTI pro MED, 1997, 88(5): 232-236.

[2] 李乾构, 周学文, 单兆伟, 等. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 67.

[3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738-741.

[4] Wang Z W, Li Y, Huang L Y, et al. Helicobacter pylori infection contributes to high risk of ischemic stroke: evidence from a meta-analysis[J]. J Neurol, 2012, 259(12): 2527-2537.

[5] Escandón R A, Del Campo M, López-Solis R, et al. Antibacterial effect of kaempferol and (-)-epicatechin on Helicobacter pylori[J]. Eur Food Res Technol, 2016, 242(9): 1495-1502.

[6] 王字翔, 张艳, 方明, 等. 白花蛇舌草总黄酮的免疫调节作用[J]. 中国药理学通报, 2005, 21(4): 444-447.

[7] 全国幽门螺杆菌研究协作组. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2012, 17(10): 618-620.

[8] 中华医学会消化病学分会. 幽门螺杆菌若干临床方面的共识意见(2003·安徽桐城)[J]. 中华内科杂志, 2004, 43(4): 316-317.

[9] 刘文忠, 萧树东. 幽门螺杆菌新国际共识解读[J]. 胃肠病学, 2012, 17(1): 1-4.

[10] 杜亮, 吴学勇, 吴伟. 慢性萎缩性胃炎与胃镜、胃黏膜病理及幽门螺旋杆菌感染的相关性研究[J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(12): 1676-1677.

[11] 由丽娜, 高璇, 热依汗古丽·乌修尔, 等. 中西医结合治疗脾胃湿热型幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的临床观察[J]. 中国全科医学, 2012, 15(16): 1891-1892.

[12] Park S, Hahn K B, Oh T Y, et al. Preventive effect of the flavonoid, wogonin, against ethanol-induced gastric mucosal damage in rats[J]. Digest Dis Sci, 2004, 49(3): 384.

[13] 张倩, 李惠香, 刘攀, 等. 黄芩素的体外抗炎及抗氧化活性研究[J]. 烟台大学学报: 自然科学与工程版, 2018, 31(3): 232-238.

[14] 崔健, 施松善, 王顺春, 等. 白花蛇舌草的化学成分及药理作用研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2005, 39(7): 57-59.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 郑星宇 收稿日期: 2020-05-12)

### 甘草论选

物之味甘者,至甘草为极。甘主脾,脾为后天之本,五脏六腑皆受气焉。脏腑之本气,则为正气;外来寒热之气,则为邪气;正气旺则邪气自退也。

筋者,肝所主也;骨者,肾所主也;肌肉者,脾所主也;气者,肺所主也;力者,心所主也;但使脾气一盛,则五脏皆循环受益,而皆得其坚之、长之、倍之之效矣。

金疮者,为刀斧所伤而成疮,疮甚而虺,脾得补而肉自满也。能解毒者,如毒物入土,则毒化之。土为万物之母,土健则轻身延年也。

——清·陈修园《神农本草经读》

甘草,味甘平。主五脏六腑寒热邪气,甘能补中气,中气旺则脏腑之精皆能四布,而驱其不正之气也。坚筋骨,长肌肉,倍力,形不足者补之以味,甘草之甘为土之正味,而有最浓,故其功如此。金疮虺,脾主肌肉,补脾则能填满肌肉也。解毒。甘为味中之至正味,正则气性宜正,故能除毒。久服,轻身延年。补后天之功。

此以味为治也,味之甘,至甘草而极。甘属土,故其效皆在于脾。脾为后天之主,五脏六腑皆受气焉。脾气盛,则五脏皆循环受益也。

——清·徐大椿《神农本草经百种录》

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(1)》,人民卫生出版社,2017.

# 益气润肠通腑法 治疗气虚肠燥型功能性便秘临床观察\*

林唐唐 郑保平<sup>※</sup> 刘海华 唐 杨 刘金明 孙小勇

(赣南医学院第一附属医院中医科,江西 赣州 341000)

**摘要:**目的 观察益气润肠通腑法治疗气虚肠燥型功能性便秘的临床疗效。方法 选择符合标准的病例62例,随机分为治疗组31例,对照组31例。治疗组采用益气润肠通腑中药(茶油润肠合剂——莱朴通腑改良方)口服治疗,对照组采用麻仁丸治疗,疗程均为2周,对比治疗1周、2周的便秘积分、大便性状积分、症状积分,1个月、3个月随访的便秘积分。结果 治疗组与对照组治疗1周,便秘积分、大便性状积分及症状积分差异均无统计学意义( $P \geq 0.05$ ),治疗2周,1个月、3个月随访便秘积分有显著差异,治疗组明显优于对照组( $P \leq 0.05$ )。结论 益气润肠通腑法治疗慢性功能性便秘(气虚肠燥型)短期内可改善便秘症状,通过益气润肠通腑调其气血阴阳,亦能达到长期疗效稳定之功效。

**关键词:**脾约;肠结;功能性便秘;益气润肠通腑法;茶油润肠合剂;麻仁丸;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.035

文章编号:1672-2779(2020)-20-0090-03

## Clinical Observation on Replenishing Qi and Moistening Intestines for Dredging Fu Organ Therapy in the Treatment of Functional Constipation of Deficiency of Qi Deficiency and Intestinal Dryness

LIN Tangtang, ZHENG Baoping<sup>※</sup>, LIU Haihua, TANG Yang, LIU Jinming, SUN Xiaoyong

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Gannan Medical University,

Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of replenishing qi and moistening intestines for dredging fu organ therapy in the treatment of functional constipation of deficiency of qi deficiency and intestinal dryness. **Methods** 62 cases accord with standard were selected, and they were randomly divided into treatment group of 31 cases and control group of 31 cases. The treatment group was treated with replenishing qi and moistening intestines for dredging fu organ therapy, and the control group took Maren pills treatment. The treatment continued for two weeks. After treatment of 1 week and 2 weeks, constipation symptoms integral, defecate character integral, symptoms integral, in 1 month, 3 months of follow-up constipation integral was compared. **Results** After 1 week of treatment, there was no significant difference in constipation score, fecal trait score and symptom score between the treatment group and the control group ( $P \geq 0.05$ ). There were significant differences in constipation score after 2 weeks, 1 month and 3 months of follow-up, and the treatment group was significantly better than the control group ( $P \leq 0.05$ ). **Conclusion** Replenishing qi and moistening intestines for dredging fu organ therapy can improve the symptoms of constipation in a short period of time. Replenishing qi and moistening intestines for dredging fu organ therapy can regulate the qi, blood, yin and yang of the chronic functional constipation.

**Keywords:** splenic constipation; intestinal colon; functional constipation; replenishing qi and moistening intestines for dredging fu organ therapy; Chayou Runchang mixture; Maren pill; therapy of traditional Chinese medicine

便秘是指粪便在肠内滞留过久,秘结不通,排便周期延长;或周期不长,但粪质干结,排出艰涩;或粪质不硬,虽有便意,但便而不畅的病症<sup>[1]</sup>。慢性功能性便秘(Chronic functional constipation, CFC)是一种常见的消化道疾病,流行病学资料显示,CFC在我国发病率为4%~6%,欧洲普通人群发病率约为17.1%<sup>[2]</sup>。随着生活习惯和饮食结构的改变,CFC发病

率仍呈上升趋势。长期便秘可导致口腔内恶臭、痔疮、肛裂、结肠癌等并发症,严重危害人们的身心健康。临床上通便药多含泻药,即时疗效明显,泻药易耗伤正气(气阴),对气虚肠燥型便秘的远期疗效差。本研究通过采用“益气润肠通腑法”治疗功能性便秘(气虚肠燥型),疗效满意,且3个月随访疗效稳定,现汇报如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 所研究观察对象来源于2017年5月—2019年7月赣南医学院第一附属医院中医科门诊及住院部病人,符合诊断标准,同时排除了病例剔除标准

\* 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研基金课题[No. 2014A102];赣南医学院赣南油茶产业开发协同创新中心基金项目[No. YK201609]

※通讯作者:baopinzheng@163.com

者。所有病例根据就诊顺序编号后,根据随机数据表法,分治疗组31例,对照组31例。对照组男性14例,女性17例;年龄:19~80岁,平均年龄52.3岁。治疗组男性15例,女性16例;年龄18~79岁,平均年龄48.3岁。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合功能性便秘诊断标准,根据2006年罗马III诊断标准制订诊断标准如下:诊断标准需达到最近3个月症状发作满足下述条件,并且症状出现至诊断前至少6个月。

(1)必须满足以下2条或更多:①至少25%的排便存在排便费力;②至少25%的排便为块状便或硬便;③至少25%的排便有排便不尽感;④至少25%的排便有肛门直肠的梗堵/阻塞感;⑤至少25%的排便需要借助手法辅助(如:手指帮助排便、盆底辅助排便);⑥每周排便少于3次。(2)不使用通泻药,松散便很少见到。(3)诊断肠易激综合征(IBS)的依据不充分。

1.2.2 中医诊断标准 符合虚秘诊断标准(参照中华人民共和国卫生部颁发的中药新药临床研究指导原则),符合(1)加[(2)~(6)]中的任一项即可:(1)排便费力,艰涩难下,多日一便,便质不一定干结;(2)面色无华;(3)头晕和(或)心悸;(4)失眠和(或)健忘;(5)舌淡白或瘀暗,苔薄;(6)脉沉细或沉涩。

### 1.3 纳入和排除标准

1.3.1 纳入标准 (1)符合诊断标准;(2)年龄在18~80岁;(3)自愿进行临床观察,并能检查完成疗程;(4)治疗期间同意不适用其他针对便秘的治疗。

1.3.2 排除标准 (1)经检查证实有直肠、结肠器质性病变(如肿瘤、克隆病、肠息肉、肠结核等)所致肠道狭窄引起者;(2)对本药过敏者;(3)合并有心血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病者。

1.4 治疗方法 治疗组选用茶油清润合剂(莱朴通腑改良方),药物组成:生黄芪30g,莱菔子30g,山茶籽10g(打碎),生地黄20g,麦冬10g,生白术30g,厚朴10g,枳壳15g,隔山消10g,白芍15g,甘草5g(上述中药饮片由赣南医学院第一附属医院中药房提供)。煎煮法:每日1剂,加入冷水浸泡30min,先用武火煮沸改文火煎煮20min,头煎和次煎各取药液150mL,混匀分2次于早餐和晚餐后半小时温服。对照组选用麻仁丸(批号:170403,由南京同仁堂有限公司生产),每次9g,每日2次。2组治疗期间均停止使用其他疗法。

1.5 疗程 2组均连续服药14d,此后停用所有通便药物。

1.6 主要观察指标 治疗前、治疗第7天、治疗第14天评估便秘积分、症状积分、大便性状积分,治疗前后血分析、小便分析、肝肾功能、大便常规;随访3个月,评估第1个月、第3个月便秘积分。

1.7 统计学方法 运用SPSS 17.0统计软件进行分析,试验数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用独立样本t检验进行分析,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 治疗期间疗效分析 治疗前,治疗组和对照组在便秘积分、大便性状积分、症状积分3个观察指标方面差异均无统计学意义( $P \geq 0.05$ )。治疗第7天2组疗效比较:2组积分均明显改善,但2组之间的疗效差异不明显,差异无统计学意义( $P \leq 0.05$ );治疗第14天2组疗效比较:便秘积分、大便性状积分、症状积分3个观察指标,治疗组均明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组功能性便秘患者治疗前、治疗第7天、第14天便秘积分( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗7 d	治疗14 d
治疗组	31	14.06±4.48	7.65±3.40	5.22±2.38
对照组	31	13.23±4.22	8.47±3.12	7.27±2.76
t值		0.726	1.057	3.984
P值		0.474	0.393	0.046

表2 2组功能性便秘患者治疗前、治疗第7天、第14天大便性状积分( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗7 d	治疗14 d
治疗组	31	2.00±1.26	3.42±0.99	5.73±0.72
对照组	31	2.84±2.55	3.60±0.91	3.87±0.65
t值		0.985	1.124	3.473
P值		0.561	0.465	0.048

表3 2组功能性便秘患者治疗前、治疗第7天、第14天症状积分( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗7 d	治疗14 d
治疗组	31	9.29±3.81	5.65±2.36	3.20±1.21
对照组	31	8.87±3.12	6.47±2.41	5.87±1.03
t值		0.854	1.956	4.672
P值		0.498	0.317	0.032

2.2 随访便秘积分比较 治疗组在1个月、3个月随访时积分分别为:(5.97±3.32)分、(5.81±3.31)分,与第14天(5.22±2.38)分相近,表明停药后治疗组疗效持久;对照组在1个月、3个月随访时积分分别为:



(8.50±4.22)分、(8.80±3.78)分,较第14天(7.27±2.76)有所增加,疗效与治疗第7天(8.47±3.12)相近,表明对照组停药后有部分患者疗效不稳定。

表4 2组功能性便秘患者随访便秘积分  
( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	1月后随访	3月后随访
治疗组	31	5.97±3.32	5.81±3.31
对照组	31	8.50±4.22	8.80±3.78
<i>t</i> 值		2.604	2.813
<i>P</i> 值		0.014	0.013

**2.3 安全性分析** 治疗前后2组患者的三大常规、肝肾功能等安全性观察指标均未见明显异常,未出现明显不良反应。有4例治疗组患者出现服药后恶心感,考虑为山茶籽研得过于粉碎,导致药汁苦涩碍胃所致,改锤破外壳,茶仁粗碎成3~4块,未再出现类似症状。

### 3 讨论

便秘是指粪便在肠内滞留过久,秘结不通,排便周期延长;或周期不长,但粪质干结,排出艰涩;或粪质不硬,虽有便意,但便而不畅的病症<sup>[1]</sup>。慢性功能性便秘(Chronic functional constipation, CFC)是一种常见的消化道疾病,流行病学资料显示,CFC在我国发病率为4%~6%,欧洲普通人群发病率约为17.1%<sup>[2]</sup>。随着生活习惯和饮食结构的改变,CFC发病率仍呈上升趋势。长期便秘可导致口腔内恶臭、痔疮、肛裂、结肠癌等并发症,严重危害人们的身心健康。CFC在中医学属于“阳结”“阴结”“脾约”“肠结”等范畴。中医学认为,外感寒热之邪、内伤饮食情志、气血阴阳不足等皆可致便秘。中医便秘与人体阳气、津液、气血关系密切;一般多责之大肠与脾胃,但与肺的宣降,肝的疏泄,肾的密藏均有关联<sup>[3]</sup>。说明CFC病位在大肠,与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑功能失调有关。《济生方·大便门·秘结论治》中认为,风、气、湿、寒、热均为便秘之病因病机。李廷荃教授<sup>[4]</sup>认为脾虚燥结型便秘虽为脾虚与燥结互相影响,但整体仍以气机蕴结、上下不通为主,治疗应调和脏腑,以通为用作为底法,辅以扶正祛邪之药。治疗方面,赵翠平等<sup>[5]</sup>以“健脾益气、益肾填精、润肠通便”为法,疗效满意,总有效率达90.91%。

方中由生黄芪、生白术、山茶籽(打碎)、生地黄、麦冬、白芍、莱菔子、厚朴、枳壳、隔山消、甘草组成。黄芪、白术、山茶籽为君药,黄芪甘温,归脾肺

经,为“补气之长”;白术甘温补虚,归脾胃二经,善健脾益气,为“健脾之要药”,著名中医专家孟景春亦提出用大剂量生白术可治疗气虚型便秘,轻症者用30g,重症者可用120g<sup>[6]</sup>;山茶籽性偏凉,有清热解毒、养阴润燥、益肠胃功效。生地黄甘苦而寒,清热养阴,壮水生津;麦冬甘寒,滋养胃阴、生津液以润肠;白芍酸甘养血,柔肝缓急。三药合用滋阴养血,共为臣药,以加强润燥养血之功效,《丹溪心法·燥结》中曰:“燥结血少不能润泽,理宜养阴”,明确指出津亏血少所致便秘,治宜予滋阴养血之药<sup>[7]</sup>。莱菔子、厚朴、枳壳、隔山消皆能顺气宽肠而合为佐药,气顺则排便通畅<sup>[8]</sup>。甘草为使药,调和诸药。

本研究显示:2组在治疗慢性功能性便秘(气虚肠燥型)在7d,各项积分较服药前明显改善,数据验证了对照组(麻仁丸组)作为一个经典润肠通便名方的确切疗效,但治疗组(治疗组)与对照组(对照组)无明显差异( $P\geq 0.05$ ),说明2组在通便方面功效相近。在第14天、1个月及3个月后随访比较,治疗组大便性状积分、症状积分及便秘积分均有明显差异,且差异有统计学意义( $P<0.05$ ),表明中药组除了能改善便秘这一标实证,亦能改善全身症状(气虚肠燥之本虚证),起到补其不足的治本作用,所以才能在停药3个月后仍然保持其疗效;而对照组的远期疗效不及治疗组。以上结果表明,益气润肠通腑法治疗慢性功能性便秘(气虚肠燥型)短期内可改善便秘症状,通过益气润肠通腑调其气血阴阳,亦能达到长期疗效稳定之功效。

### 参考文献

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 261-268.
- [2] George P, Vallgelis G A, Elem M, et al. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review[J]. BMC Gastroenterology, 2008, 8(5): 1-7.
- [3] 朱长庚. 运用吴雄志教授通魄汤治疗习惯性便秘体会[J]. 光明中医, 2019, 34(8): 1269-1270.
- [4] 张中枢, 王雁彬, 薛幼平, 等. 李廷荃治疗脾虚燥结型便秘经验总结[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(20): 3-4.
- [5] 赵翠平, 王梅青. 健脾益肾通便汤治疗老年功能性便秘的临床研究[J]. 河南中医药学报, 2019, 34(5): 33-34.
- [6] 孟景春. 白术为治气虚便秘专药[J]. 江苏中医, 1994, 15(10): 20.
- [7] 韦静, 曾思敏, 罗鹏基, 等. 中医治疗功能性便秘的研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(11): 27-31.
- [8] 刘海华, 郑保平, 林唐唐, 等. 茶油清润剂治疗小鼠便秘疗效观察及作用机制研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(9): 101-104.

# 杉树皮外固定 + 中药水剂 治疗关节扭伤、骨折术前消肿临床观察

梁平 刘宗和 钟志超

(江西省定南县人民医院骨科,江西 定南 341904)

**摘要:**目的 探究杉树皮外固定 + 中药水剂治疗关节扭伤、骨折术前消肿临床疗效。方法 选取在江西省定南县人民医院于2018年1月—2018年12月进行治疗的关节扭伤、四肢骨折患者72例,观察组及对照组各36例。观察组选择杉树皮外固定 + 中药水剂治疗,对照组选择单纯性杉树皮外固定治疗。对比2组疼痛肿胀消退时间、术后PRWE评分、治疗费用以及临床治疗效果。结果 2组疼痛肿胀消退时间、住院费用、术后PRWE评分对比差异有统计学意义( $P < 0.05$ );相较于对照组77.78% (28/36),观察组的临床治疗总有效率为97.22% (35/36),2组对比差异有统计学意义( $P < 0.05$ );相较于对照组的25.00% (9/36),观察组的并发症发生率为2.78% (1/36),2组对比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 针对关节扭伤、四肢骨折患者,采用杉树皮外固定 + 中药水剂治疗,可显著改善患者的生活质量,取得极佳的临床治疗效果,具有临床应用价值。

**关键词:** 关节扭伤;骨折;杉树皮;外固定;中药水剂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.036

文章编号:1672-2779(2020)-20-0093-03

## Clinical Observation on Cedar Bark External Fixation and Traditional Chinese Medicine Decoction in the Treatment of Joint Sprain and Preoperative Swelling

LIANG Ping, LIU Zonghe, ZHONG Zhichao

(Department of Orthopaedics, Dingnan County People's Hospital, Jiangxi Province, Dingnan 341904, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical efficacy of cedar bark external fixation and traditional Chinese medicine decoction in the treatment of joint sprain and preoperative swelling. **Methods** 72 patients with joint sprain and limb fracture were treated in our hospital from January 2018 to December 2018. The observation group and the control group had 36 cases respectively. The cedar bark external fixation and traditional Chinese medicine decoction were applied in the observation group, and simple cedar bark external fixation treatment was applied in the control group. The pain swelling regression time, postoperative PRWE score, treatment cost, and clinical treatment effect were compared between the two groups. **Results** Compared with the control group (28 cases (77.78%), the total effective rate of clinical treatment in the observation group was 97.22% (35 cases), the  $X^2$  value was 6.2222, the  $P$  value was 0.0126, and the difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). Compared with 25.00% (9/36) in the control group, the complication rate in the observation group was 2.78% (1/36), and the difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** For patients with joint sprain and limb fracture, the treatment with cedar bark external fixation and traditional Chinese medicine decoction can significantly improve the quality of life of patients, achieve excellent clinical therapeutic effect, and have clinical application value.

**Keywords:** joint sprain; fracture; cedar bark; external fixation; traditional Chinese medicine decoction

关节扭伤、四肢骨折为多发、常见性疾病。支具、冰敷、口服消炎镇痛药、石膏外固定、骨牵引、弹力绷带等是当前临床上的传统治疗方式,但是肿胀消退慢、舒适性差、治疗时间长、止痛效果差等是存在的缺点<sup>[1]</sup>。通过应用中药水剂外敷和杉树皮夹板固定治疗,取得极佳的疗效<sup>[2]</sup>。此次研究通过对2018年1月—2018年12月在我院治疗的72例关节扭伤、四肢骨折患者,采用杉树皮外固定 + 中药水剂治疗,结果如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取在我院于2018年1月—2018年12月进行治疗的关节扭伤、四肢骨折患者72例,观察组及对照组各36例。观察组选择杉树皮外固定 + 中药水剂治疗,对照组选择单纯性杉树皮外固定治疗。其中观察组年龄8~85岁,平均32.2岁;男20例,女16例。对照组年龄9~84岁,平均31.8岁;男19例,女17例。对比2组一般资料,差异无统计学意义( $P < 0.05$ )。具有可比性。患者均自愿参与本研究,签订了知情同意书,经

医院伦理委员会批准。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:受伤后关节畸形、功能受限、腕部疼痛;年龄在6~90周岁;X线片显示桡骨远端向掌背侧、桡尺侧移位。排除标准:精神疾病;伴随心肝肾等脏器疾病者。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组** 单纯性杉树皮外固定治疗。按照患者的肢体骨折及扭伤的部位,用干燥杉树皮取材,量身定制,制作成小夹板。在患者的肢体骨折及扭伤的部位,把一平垫放在其上,桡、背侧夹板下端超出腕关节,上端达前臂中、上1/3<sup>[3]</sup>。并在远端的掌侧和近端的背侧,放置一平垫,保证桡、掌侧夹板下端超出腕关节。把前臂悬挂胸前,扎上3条布带,固定4~5周的时间。

**1.3.2 观察组** 杉树皮外固定 + 中药水剂治疗,即基于对照组的治疗基础,加用中药水剂治疗。药方:苦参300g,虎杖100g,紫草100g,栀子100g,黄芩100g,黄芪100g,黄柏100g,大黄100g。洗净加水煮煎

2次，合并 2 次药液、滤过、加适量防腐剂，静置 24 h，吸取上清液，加注射用水至 1000 mL，搅匀。抬高患肢，局部予以杉树皮夹板固定 + 中药水剂外敷。每天 1 剂，早晚分 2 次服用<sup>[4-5]</sup>。

**1.4 观察指标** 对比 2 组疼痛肿胀消退时间、术后 PRWE 评分、治疗费用以及临床治疗效果。评定 2 组患者疗效时，按照 Dienst 功能评估标准<sup>[6]</sup>；术后腕关节恢复情况，选择 PRWE 评定。临床疗效评价标准<sup>[7]</sup>：差：患侧腕关节功能明显降低，持续疼痛感，活动严重受限；可：工作受限，腕关节功能减退，经常有疼痛感；良：基本功能基本正常，偶尔有疼痛感，限制剧烈的手部活动，背伸、掌屈减少处于 15°~30°，患侧握力与健侧基本接近；优：腕关节功能不受限，无疼痛感，患侧握力与健侧相同。

**1.5 统计学方法** 选择 SPSS 23.0 统计学软件，经 Epidata 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  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组疼痛肿胀消退时间、术后 PRWE 评分、治疗费用比较** 对照组中疼痛肿胀消退时间为 (8.11 ± 2.12) d，观察组为 (5.21 ± 1.09) d；对照组中住院费用为 (6130.20 ± 392.31) 元，观察组为 (4021.76 ± 417.19) 元；对照组中术后 PRWE 评分为 (19.10 ± 3.10) 分，观察组为 (12.25 ± 2.19) 分。2 组对比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 2 组关节扭伤、四肢骨折患者疼痛肿胀消退时间、术后 PRWE 评分、治疗费用比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	疼痛肿胀 消退时间(d)	住院费用 (元)	术后 PRWE评分(分)
观察组	36	5.21 ± 1.09	4021.76 ± 417.19	12.25 ± 2.19
对照组	36	8.11 ± 2.12	6130.20 ± 392.31	19.10 ± 3.10
<i>t</i> 值		7.299 3	22.090 5	10.828 5
<i>P</i> 值		0.000 0	0.000 0	0.000 0

**2.2 2 组临床疗效比较** 相较于对照组 77.78% (28/36)，观察组的临床治疗总有效率为 97.22% (35/36)，2 组对比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组关节扭伤、四肢骨折患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	差	可	良	优	总有效
观察组	36	1(2.78)	2(5.56)	11(30.56)	22(61.11)	35(97.22)
对照组	36	8(22.22)	4(11.11)	6(16.67)	18(50.00)	28(77.78)
$\chi^2$ 值						6.222 2
<i>P</i> 值						0.012 6

**2.3 2 组并发症发生率比较** 相较于对照组的 25.00% (9/36)，观察组的并发症发生率为 2.78% (1/36)，2 组对比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

在临床上对杉树皮夹板的应用为逐渐演变的过程，

分工明确化、材质药性化，从粗料外固定材料变为精制成型，应用其自身的弹性、可塑、韧性变为使用型。除此之外，因构成因人而异，取材地道自成一统，体现出阴阳协调、动静结合、人与自然的的原则，充分发挥了中医特色疗法<sup>[8]</sup>。另外，杉树皮的质地软硬兼并，塑形得心应手，经济实用、绿色环保，为就地取材，能防腐防湿，干用不易变形，具备止痛的功效，同时有一定的活血化瘀的作用。我院在临床上的具体应用中，杉树皮夹板外固定所选材料材质不变，按照其骨折的移位方向和部位，实现多方面的应用和技术改革。除此之外，骨伤外治法是小夹板外固定的一种，经杉树皮的可塑形和柔软性，使用时会影响血运和损伤神经，不易压迫软组织，造成骨折两端产生持续性挤压，符合动静结合的原则，对骨折治疗有事半功倍的作用，同时加速骨痂形成<sup>[9]</sup>。

通常情况下，因患者多不愿接受手术治疗，承受着较大的心理压力，且特别是针对中老年患者，有一定的手术风险性，易加重腕关节疼痛。手法整复杉树皮夹板外固定可避免进一步损伤软组织，经早期手部功能锻炼可取得较好的效果。杉树皮夹板可获得控制肌肉作用力效果，质轻、透气，而且廉价，为一种易于塑形的固定材料，在外部形成支撑，符合中医动静结合治疗骨折理念。除此之外，因患者手术中治疗风险极大，易出现神经损伤、粘连等并发症，所以需积极预防并发症发生，密切关注末端血液循环、感觉的情况<sup>[10]</sup>。若关节面位移超过 2 cm，可能局部应力会达到 51%，出现显著增加的情况，应用杉树皮夹板外固定，可使腕关节力学结构得以恢复，进行有效的外固定，保证骨折尽量达到解剖复位。此次研究中，对照组中疼痛肿胀消退时间、住院费用、术后 PRWE 评分和观察组对比差异有统计学意义；相较于对照组 77.78% (28/36)，观察组的临床治疗总有效率为 97.22% (35/36)，对比差异显著；相较于对照组的 25.00% (9/36)，观察组的并发症发生率为 2.78% (1/36)，2 组对比差异有统计学意义。经此次研究结果证实，采用杉树皮外固定 + 中药水剂治疗，发现树皮夹板轻便、可塑性强、透气性良好，取材方便、加工简单。中药水剂经济、制作简单、原材料富足、不良反应小、容易保存、使用方便。二者联合应用可取得极佳的治疗效果，显著改善患者的生活质量，治疗肿胀消退快、手术天数减少、缩短住院时间、口服止痛次数减少、肢体舒适感较好。

综上所述，针对关节扭伤、四肢骨折患者，采用杉树皮外固定 + 中药水剂治疗，可显著改善患者的生活质量，取得极佳的临床治疗效果，具有临床应用价值。

## 参考文献

[1] 白雪. 手法整复结合杉树皮夹板外固定治疗 colles 骨折疗效分析[J]. 浙江临床医学, 2018, 20(7): 1231-1232.



- [2] 杨君,步开东,陈剑强. 中药熏洗结合自制杉树皮外固定治疗掌指骨骨折 35 例[J]. 浙江中医杂志, 2018, 53(2): 113.
- [3] 缪美芬,潘定权,葛剑斌,等. 杉树皮外固定治疗伸直型桡骨下端骨折 39 例[J]. 浙江中医杂志, 2018, 53(4): 267.
- [4] 谢心军,王星喜,张雄,等. 手法复位定制杉树皮夹板外固定治疗儿童尺桡骨双骨折[J]. 中医正骨, 2017, 29(3): 73-76.
- [5] 黄加放. 桡骨远端伸直型骨折手法复位接骨膏外敷杉树皮小夹板外固定治疗的临床疗效观察[J]. 双足与保健, 2017, 26(4): 52-53.
- [6] 毛权. 手法复位杉树皮外固定治疗肱骨髁上骨折技术[J]. 中国乡村医药, 2015, 22(23): 87-88.
- [7] 张立强,邵亮,赵瑛. 尺侧加长杉树皮外固定联合捆扎法治疗小儿伸  
展型肱骨髁上骨折 67 例效果分析[J]. 中国乡村医药, 2016, 23(14): 32-33.
- [8] 王庆敏,陈鲁峰,林哲辉,等. 柯雷氏骨折手法整复+杉树皮小夹板外固定临床疗效分析[J]. 中医临床研究, 2014(11): 132-133.
- [9] 丁志云,胡银生,李华. 杉树皮小夹板外固定治疗老年人 Colles 骨折的临床研究[J]. 西部医学, 2014, 26(8): 1049-1050, 1053.
- [10] 王永红,谭宇,范丽云,等. 手法整复结合自制杉树皮小夹板外固定治疗小儿肱骨髁上骨折患儿的护理[J]. 当代护士(学术版), 2013, (3): 64-65.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:蔡东平 收稿日期:2019-10-15)

## 消肿止痛方熏洗防治混合痔术后并发症临床观察

蒋进广 王猛<sup>\*</sup> 陈娟

(江苏省宿迁市中医院肛肠科,江苏 宿迁 223800)

**摘要:**目的 观察自拟消肿止痛方雾化熏洗对混合痔术后疼痛、肛缘水肿及便后出血,促进创面愈合的效果。方法 将 60 例行混合痔外剥内扎术患者随机分为观察组和对照组,每组 30 例,观察组应用自拟消肿止痛方雾化熏洗治疗,对照组应用生理盐水雾化熏洗治疗,均早晚各 1 次,治疗 7 d。分别在治疗后第 2、5、7 d 观察比较 2 组患者肛缘水肿、疼痛、便后出血情况及创面愈合时间,比较 2 组临床疗效。结果 观察组用药第 7 天肛缘水肿改善情况优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),用药第 2、5 天 2 组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );观察组用药第 5、7 天疼痛、便后出血改善情况明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),第 2 天 2 组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );观察组创面愈合时间优于对照组,2 组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组治疗总有效率为 96.67%(29/30),对照组有效率为 86.67%(26/30),2 组临床疗效比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 混合痔术后应用自拟消肿止痛方能够有效缓解疼痛、便后出血,减轻肛缘水肿,促进创面愈合,无明显不良反应,临床疗效确切。

**关键词:**混合痔;消肿止痛方;外剥内扎术;术后并发症;熏洗;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.037

文章编号:1672-2779(2020)-20-0095-03

### Clinical Observation on Xiaozhong Zhitong Recipe Fumigation and Washing in the Prevention and Treatment of Postoperative Complications of Mixed Hemorrhoids

JIANG Jinguang, WANG Meng<sup>\*</sup>, CHEN Juan

(Department of Proctology, Suqian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Suqian 223800, China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of Xiaozhong Zhitong recipe fumigation and washing on postoperative pain, anal edema, and bleeding after operation of mixed hemorrhoids and promote wound healing. **Methods** 60 patients with mixed hemorrhoids were randomly divided into observation group ( $n = 30$ ) and control group ( $n = 30$ ). The observation group was treated with Xiaozhong Zhitong recipe fumigation and washing, and the control group was treated with normal saline atomization fumigation once in the morning and evening. The patients were treated for 7 days. The anal edema, pain, bleeding after stool and wound healing time were observed and compared on the 2nd, 5th and 7th day after treatment, and the clinical effects of the two groups were compared. **Results** The improvement of anal edema on the 7th day in the observation group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference between the two groups on the 2nd and 5th day ( $P > 0.05$ ). The improvement of pain and bleeding after defecation in the observation group was significantly better than that in the control group on the 5th and 7th day ( $P < 0.05$ ), but there was no significant difference between the two groups on the 2nd day ( $P > 0.05$ ). The wound healing time in the observation group was better than that in the control group, and there was a significant difference between the two groups ( $P < 0.05$ ). The effective rate was 96.67% in the observation group and 86.67% in the control group. There was significant difference between the two groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The application of Xiaozhong Zhitong recipe after operation of mixed hemorrhoids can effectively relieve pain, bleeding after stool, reduce anal edema, promote wound healing, without obvious adverse reactions, and the clinical effect is definite.

**Keywords:** mixed hemorrhoids; Xiaozhong Zhitong recipe; external stripping and internal ligation; postoperative complications; fumigation and washing; therapy of traditional Chinese medicine

痔是肛肠科多发病、常见病,素有“十人九痔”的说法。相关资料表明,痔占肛肠疾病的 87.25%<sup>[1]</sup>,且无

性别差异,病情随着年龄的增加而逐渐加重。临床上依据其位置不同分为内痔、外痔及混合痔,其中以混合痔居多,目前混合痔的治疗手段仍以手术为主,且疗效确切,但因手术本身具有创伤性,加上肛门部神经末梢具

<sup>\*</sup>通讯作者:635284839@qq.com

有很高的敏感性,患者术后极易出现疼痛、便后出血、肛缘水肿等并发症,给患者的身心带来极大的痛苦。患者往往认为医生处理不及时,致使医患关系紧张。如何有效防治术后并发症,提高患者治疗满意度也成为肛肠临床的热门课题。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年3月—2017年3月于我院肛肠科住院的60例混合痔患者为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组30例。观察组患者男25例,女5例;年龄28.93岁;病程(18.17±5.861)个月。对照组30例,男23例,女7例;年龄28.83岁;病程(17.60±6.055)个月。2组患者性别、年龄及病程比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 病例选择

**1.2.1 诊断标准** 依据中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会、中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会制定的《痔临床诊治指南(2006版)》<sup>[2]</sup>确诊。(1)便时肛门部肿物或滴血、擦血,可有异物感、肛门坠胀或疼痛;(2)可伴有局部分泌物或瘙痒;(3)肛管内同一方位齿线上出现柔软的肿物(齿线下亦可为赘皮)。

**1.2.2 纳入标准** 符合诊断标准,且均为混合痔术后患者;年龄18~70岁;均在腰麻下行混合痔外剥内扎术;血、尿、粪常规,凝血四项,输血前筛查,血生化等检查无异常;既往无内痔注射术及其他痔手术史;有良好的依从性,积极配合治疗。

**1.2.3 排除标准** 不符合诊断标准者;全身合并有严重的基础疾病,如肿瘤、重症心血管疾病,肝、肾功能不全者及妊娠期患者等,并且对方案中使用的药物过敏者;精神病患者;资料不全者。

**1.3 治疗方法** 2组患者均在入院当天完善相关辅助检查后,于第2天上午在腰麻下行混合痔外剥内扎术,手术由固定医师进行,手术后卧床休息、抗生素预防感染、雾化熏洗,专人负责换药。

**1.3.1 治疗组** 术后第2天开始予自拟消肿止痛方雾化熏洗治疗。药物组方:黄连10g,黄柏15g,黄芩15g,大黄炭10g,防风10g,荆芥10g,槐角15g,苦参15g,朴芒硝10g,地榆炭15g,冰片10g。由我院中药煎药室代煎,取汁200mL。方法:将200mL自拟消肿止痛方汤药由专人负责倒入雾化熏洗仪(TM50-C型,徐州市天马医疗器械厂)药液瓶中,把药液瓶放入雾化熏洗仪背面的水槽口中,盖上座椅盖。患者大便后先用温水清洁肛门部。专人负责打开电源开关(此时

自动对药液进行加热),前侧仪表盘温度显示至38℃后,患者坐在熏洗口上,按下冲洗按钮,先以药液冲洗1~2min后,然后按下雾化按钮,对准患部再熏蒸13min。完毕后自动关闭电源开关。每日2次,疗程为1周。

**1.3.2 对照组** 行生理盐水雾化熏洗治疗。余处理同观察组。每日2次,疗程1周。

**1.4 观察指标** (1)对比2组患者治疗后2、5d及7d疼痛、水肿、出血症状变化及创面愈合时间,疼痛评分采用视觉模拟疼痛评分法(VAS)进行评价。肛缘水肿评分标准:肉眼观察无水腫计0分;以肛门为中心,切口周围组织稍隆起,水肿直径≤1cm,计1分;切口周围组织隆起明显,水肿直径>1cm,但≤2cm计2分;切口周围组织重度隆起,皮肤发亮,水肿直径>2cm,计3分。出血评分标准:无出血计无出血;换药观察术区覆盖无菌纱布渗出不超过2层的1/4,便后手纸带血计轻度出血;换药时渗出不超过3层纱布的1/3,便后滴血计中度出血;换药时纱布渗出超过4层纱布的1/2,便后射血,计重度出血。(2)创面愈合情况:对2组患者进行随访,统计、比较2组创面愈合的时间。

**1.5 疗效标准** 参照《中医肛肠科病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>判断治疗第7天后疗效。显效:创口疼痛消失、水肿消退、创面无渗液,痔核明显萎缩或消失;好转:创口疼痛明显减轻、水肿明显消退、创面无明显渗液,痔缩小;无效:临床症状无明显变化。有效率=(显效+好转)例数/总例数×100%。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 19.0进行统计学分析,计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示,行 $t$ 检验进行比较;计数资料用率(%)表示,行 $\chi^2$ 检验进行比较,不符合正态分布用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者临床疗效比较** 观察组患者治疗总有效率为96.67%(29/30),对照组总有效率为86.67%(26/30),2组临床疗效比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),详见表1。随访2年观察组、治疗组各出现2例排便时滴血,外用药物后症状消失。

表1 2组混合痔患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	30	19	10	1	96.67
观察组	30	11	15	4	86.67
Z值					-2.187
P值					0.029

2.2 2组患者术后VAS评分的比较 术后第2天2组患者VAS评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 术后第5天及第7天观察组患者VAS评分均明显少于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组混合痔患者术后VAS评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	术后2 d	术后5 d	术后7 d
对照组	30	6.50±1.31	4.00±1.05	1.67±0.55
观察组	30	5.97±1.52	3.10±0.89*	1.27±0.45*

注:2组患者同时段比较,\* $P<0.05$

2.3 2组患者术后肛缘水肿比较 数据经Mann-Whitney秩和检验, 术后第2天及5天2组患者肛缘水肿比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 术后第7天观察组患者肛缘水肿改善情况优于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 2组混合痔患者术后肛缘水肿比较 (例)

组别	例数	术后2 d				术后5 d			
		0分	1分	2分	3分	0分	1分	2分	3分
对照组	30	11	12	6	1	12	13	5	0
观察组	30	13	14	3	0	13	15	2	0

组别	例数	术后7 d			
		0分	1分	2分	3分
对照组	30	13	15	2	0
观察组	30	21	8	1	0

2.4 2组患者术后便时出血的比较 数据经Mann-Whitney秩和检验, 术后第2天2组患者便时出血情况比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 术后第5天及第7天观察组患者术后便时出血情况均明显少于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 详见表4。

表4 2组混合痔患者术后便时出血的比较 (例)

组别	例数	术后2 d			术后5 d			术后7 d					
		无	轻度	中度	重度	无	轻度	中度	重度	无	轻度	中度	重度
对照组	30	0	13	16	1	3	17	10	0	10	18	2	0
观察组	30	1	15	14	0	9	16	5	0	20	9	1	0

2.5 2组患者术后创面愈合时间的比较 观察组患者创面愈合时间优于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 详见表5。

表5 2组混合痔患者术后创面愈合时间比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,d)

组别	例数	创面愈合时间
对照组	30	29.30±5.10
观察组	30	26.23±4.55
<i>t</i> 值		2.459
<i>P</i> 值		0.017

### 3 讨论

混合痔表现为便血、排便疼痛、肛门肿物脱出, 严重影响患者正常生活、学习、工作。外剥内扎术在混合痔的治疗中效果确切, 为目前临床中常用的手术方法<sup>[1]</sup>。由于肛门部位含有丰富神经、血管、淋巴组织, 手术切除痔组织后可导致神经、血管及淋巴管断离, 引起肛门括约肌和肛提肌的痉挛, 导致肛门局部血液循环受阻和局部的缺血而引起剧烈的疼痛和水肿反应, 增加患者手术痛苦, 影响术后创面愈合<sup>[4]</sup>。所以减轻疼痛、水肿等术后并发症及促进创面愈合和功能恢复为临床治疗中的关键。

中医学认为, 痔的病机多为湿热下迫大肠, 蕴结肛门, 筋脉横解而发, 痔术后并发症多为湿热交迫, 下迫于大肠, 灼伤脉络, 加之手术金刃创伤致局部皮肉受损、经络受伤, 使局部经络之气被阻隔, 气血不和, 郁结不通, 治宜凉血止血、清热利湿、活血化瘀。自拟方中苦参、黄柏、黄芩清热燥湿, 大黄炭凉血化瘀止血, 槐角、朴芒硝止血消肿, 地榆炭活血行气、消肿止痛, 冰片清热止痛, 防风、荆芥以胜湿止痛, 诸药合用共奏清热燥湿、活血化瘀、行气通络、消肿止痛之功。

熏洗疗法是中医学治疗学中的一种独特的外治方法, 《五十二病方》中有沐浴、冲洗、淋洒、气熏等多种熏洗方药和方法。《外科正宗》曰: “治痔疮肿痛, 肛门下坠, ……洗之肿自消”。其原理是在熏洗的过程中, 药物直接作用于病变部位, 药液中的有效成分可透过皮肤发挥药理作用, 且温热药液的熏洗可使局部气血经络得到温通, 促进血运, 增强局部组织的抗病能力。

本组资料显示, 自拟消肿止痛方熏洗可明显改善混合痔患者术后出血, 缓解疼痛, 改善肛缘水肿, 促进术后创面愈合, 其临床疗效明显优于对照组, 且观察期间2组患者均未出现药物不良反应。综上所述, 自拟消肿止痛方熏洗防治混合痔术后并发症安全、有效, 适于推广应用。

### 参考文献

- [1] 张东铭, 王玉成. 盆底与肛门病学[M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2000: 375-411.
- [2] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001. 7-94 中医肛肠科病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 132-134.
- [4] 李静, 王冬梅, 徐月红, 等. 中药复方经皮给药制剂研究概述[J]. 中草药, 2006, 36(8): 1254-1257.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 胡大昕 收稿日期: 2019-10-18)



# 补阳还五汤联合针灸推拿 对中风后偏瘫患者中医证候积分及运动功能的影响

郭梅兰 郭宗生

(江西省上犹县人民医院中医内科,江西 上犹 341200)

**摘要:**目的 探讨补阳还五汤联合针灸推拿对中风后偏瘫患者中医证候积分及运动功能的影响。方法 选择2017年2月—2019年3月在江西省上犹县人民医院接受治疗的60例中风后偏瘫患者,随机将其分为2组,各30例。对照组单纯用针灸推拿治疗,观察组在对照组基础上联合补阳还五汤治疗,比较2组中医证候积分、运动功能。结果 治疗3周后,观察组中医证候积分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组运动功能评分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 补阳还五汤联合针灸推拿治疗中风后偏瘫患者,疗效显著,有利于改善患者临床症状,促使运动功能恢复,值得临床推广使用。

**关键词:** 中风;偏瘫;针灸;推拿;补阳还五汤;运动功能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.038

文章编号:1672-2779(2020)-20-0098-03

## Effect of Buyang Huanwu Decoction Combined with Acupuncture and Massage on Traditional Chinese Medicine Syndrome Score and Motor Function of Patients with Hemiplegia after Stroke

GUO Meilan, GUO Zongsheng

(Department of Traditional Chinese Medicine, People's Hospital of Shangyou County, Jiangxi Province, Ganzhou 341200, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of Buyang Huanwu decoction combined with acupuncture and moxibustion on TCM syndrome scores and motor function in patients with hemiplegia after stroke. **Methods** Sixty patients with hemiplegia after stroke who were treated in our hospital from February 2017 to March 2019 were randomly divided into two groups, with 30 in each group. The control group was treated with acupuncture and moxibustion alone. The observation group was treated with Buyang Huanwu decoction on the basis of the control group. The TCM syndrome scores and motor function were compared between the two groups. **Results** After 3 weeks of treatment, the scores of TCM syndromes in the observation group were lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The motor function scores of the observation group were higher than those of the control group ( $P < 0.05$ ). The difference had statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Buyang Huanwu decoction combined with acupuncture and moxibustion for the treatment of hemiplegia after stroke has significant curative effect, which is beneficial to improve the clinical symptoms of patients and promote the recovery of motor function. It is worthy of clinical promotion.

**Keywords:** stroke; hemiplegia; acupuncture and moxibustion; massage; Buyang Huanwu decoction; motor function

中风是由于风邪侵入机体内、痰湿阻塞经络以及气滞血瘀三个方面的病理作用,导致患者突然出现昏迷、摔倒、流涎、口眼歪斜、半身不遂等一系列症状表现,就是西医所说的脑卒中、脑梗死、脑淤血<sup>[1]</sup>。其中半身不遂即是中风偏瘫,是指一侧上下肢、面肌和舌肌下部的运动障碍,它是急性脑血管病的一个常见症状。轻度偏瘫患者尚可活动,但以偏瘫步态行走,严重者长卧不起,会导致患者记忆力下降、言语不利、肢体行动不变等后遗症,严重者可危及生命<sup>[2]</sup>。如治疗不当,可能会引起发热、消化道出血、肺部感染、急性肾衰竭等并发症<sup>[3]</sup>。因此,探寻有效的治疗方法对中风后偏瘫患者有着重要意义,而补阳还五汤和针灸推拿在中医治疗中风偏瘫患者方面均已取得一定成绩。基于此,本研究旨在探讨补阳还五汤联合针灸推拿对中风后偏瘫患者的临床应用效果。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2017年2月—2019年3月在我院接受治疗的60例中风后偏瘫患者,随机将其分为2组,各

30例。对照组中男17例,女13例;年龄41~70岁,平均年龄55.51岁;病程15~90 d,平均病程(52.51±13.59)d;其中脑出血27例,脑梗死23例。观察组中男14例,女16例;年龄43~69岁,平均年龄56.34岁;病程17~88 d,平均病程(53.13±13.24)d;其中脑出血29例,脑梗死21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。本研究已通过我院医学伦理委员会审核,患者及其家属均自愿签署知情同意书。

**1.2 诊断标准** (1)中医诊断标准:符合《中风病诊断疗效评定标准(试行)》<sup>[4]</sup>中气虚血瘀证,主症:半身不遂,不语或言语謇涩,口舌歪斜,感觉减退或消失;次症:气短乏力,面色苍白,自汗出;舌质黯淡,舌有齿痕或苔白腻,脉沉细,以上主症2项或1主症1项、次症2项即可确诊。(2)西医诊断标准:符合《神经病学》<sup>[5]</sup>中诊断标准,并经头颅CT检查确诊。

**1.3 入选标准** (1)纳入标准:①首次中风者,且年龄≤70周岁;②临床资料与影像学资料均完整者;③凝血功能正常者。(2)排除标准:①患有急慢性感染性疾病者;

表1 2组中风后偏瘫患者中医证候积分比较

( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	眩晕		心燥热		言语不清		夜间盗汗		面色苍白		半身不遂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	2.10±0.14	1.78±0.16 <sup>a</sup>	2.21±0.23	1.57±0.34 <sup>a</sup>	2.23±0.17	1.26±0.01 <sup>a</sup>	2.20±0.14	1.46±0.29 <sup>a</sup>	2.34±0.24	1.56±0.49 <sup>a</sup>	2.28±0.16	1.91±0.31 <sup>a</sup>
观察组	30	2.01±0.31	1.24±0.27 <sup>a</sup>	2.20±0.01	1.20±0.38 <sup>a</sup>	2.21±0.13	1.11±0.27 <sup>a</sup>	2.13±0.31	1.15±0.01 <sup>a</sup>	2.21±0.40	1.21±0.39 <sup>a</sup>	2.21±0.16	1.32±0.14 <sup>a</sup>
<i>t</i> 值		1.449	9.424	0.238	3.974	0.512	3.041	1.127	5.852	1.526	3.061	1.694	4.831
<i>P</i> 值		0.153	0.000	0.813	0.000	0.611	0.004	0.264	0.001	0.132	0.003	0.095	0.000

注:与同组治疗前对比,<sup>a</sup>*P*<0.05

②患有严重肝、肾疾病者;③先天性心脏病者;④存在药物过敏史者;⑤表达障碍或精神疾病者。

**1.4 治疗方法** 2组患者均给予药物稳定病情。对照组单纯用针灸推拿治疗,步骤如下:针灸方法:①体针取上下肢阴经阳经穴位:合谷、曲池、外关、支沟、肩髃、阳陵泉、足三里、阴陵泉、三阴交、太冲穴位;②头皮针取百会、上星、印堂穴位;③肢体浮肿明显的部位,可用三棱针点刺放血,在拘挛部位用皮肤针叩刺出血;④头晕,取天柱穴、腕骨、风池穴。取穴位时注意补虚泄实,留针半小时。推拿方法:主要采用按压法、指柔法、抹法、摇法、搓法、抖法、捻法及关节运动法。推拿主要部位有头颈项部、背部、上肢部、下肢部,每次5 min。患者取仰卧位,根据不同身体状况选择推拿部位。观察组在对照组基础上联合补阳还五汤治疗,处方主要有:桃仁、赤芍、红花、川芎各15 g,当归尾6 g,地龙10 g,黄芪80 g;半身不遂加桑枝、穿山甲、水蛭;言语不清者加石菖蒲、远志,根据不同身体状况加减药材,1剂/d,加水煎煮,弃渣留汁250 mL,早晚温服。5 d为1个疗程,均治疗4个疗程。

**1.5 评价指标** (1)治疗前与治疗4个疗程后,根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中有关内容评估患者治疗前后中医症状积分,分为重度、中度、轻度、无4级,依此记为3、2、1、0分,其中包括眩晕、心燥热、言语不清、夜间盗汗、面色苍白、半身不遂等6项症状,积分越高患者中风后偏瘫影响越大;(2)治疗前与治疗4个疗程后采用卒中患者运动功能评估量表(MAS)<sup>[7]</sup>评估2组运动功能,8个项目,包括上肢功能、步行、坐位平衡等,共计48分,分值越高表明运动功能越佳。轻度运动障碍>33分,中度运动障碍17~32分,重度运动障碍0~16分。

**1.6 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,组间用非独立样本*t*检验,组内用配对样本*t*检验,计数资料用率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。*P*<0.05为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 中医证候积分** 治疗20 d后,观察组中医证候积分低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表1。

**2.2 运动功能** 治疗4个疗程后,观察组运动功能评分高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表2。

表2 2组中风后偏瘫患者运动功能评分 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	30	25.13±2.23	34.98±3.46	13.106	0.000
观察组	30	25.79±2.56	41.27±3.43	19.810	0.000
<i>t</i> 值		1.065	7.071		
<i>P</i> 值		0.291	0.000		

## 3 讨论

中风一般是由于血液循环突发的缺血或障碍引起的,通常表现最常见的有脑梗死、脑出血等,其症状主要包括出现意识障碍、感觉障碍、运动障碍、自主神经系统障碍等。中风可发生在任何年龄,从小儿、青年到老年人都可以发生,多见于中老年群体。但随着社会竞争压力的增大,年轻人的发病率正逐年增加。根据相关数据统计,中国每年脑中风患者发生例数高达250万,发病率逐年增高,约有60%中风患者会遗留偏瘫、失语等后遗症,致残率高达75%,每5年复发率达41%,将严重威胁患者的身心健康和生活质量。中风偏瘫是最常见的中风后遗症,患者一侧肢体肌力减退、活动不利或完全不能活动。偏瘫患者同侧肢体会出现感觉障碍,如冷热不知、疼痛不觉等,严重影响患者生活质量和生命安全。本病治疗方针主要以镇肝熄风、滋阴潜阳、活血通络为主,同时加以针灸推拿有助于恢复下肢、关节及足部运动功能。因此,补阳还五汤联合针灸推拿治疗中风后偏瘫有重要作用。

针灸是我国一种常见治疗疾病的中医手段,已有几千年历史。针灸是通过刺激人体的一些穴位,可达到疏通经脉、调和气血、扶正祛邪的功效,且无毒副作用,安全可靠。推拿通过疏通筋骨,可促进患者身体四肢功能的恢复,缓解患者四肢僵硬感。《黄帝内经》中有:“经络不通;病生于不仁,治之以按摩”,说明推拿按摩可有疏通经络的作用,通过推拿按摩刺激末梢神经,促进血液、淋巴循环及组织间的代谢过程,以协调各组织、器官的功能,提高机体新陈代谢水平。明代养生家罗洪的《万寿仙书》中有:“按摩法能疏通毛窍,能运旋荣卫”,说明推拿按摩具有调和气血的作用,改善血液和淋巴循环。本研究中观察组还采用了补阳还五汤治疗,补阳还五汤是清代中医王清任在其著作《医林改错》中记载的经典方剂,本方中黄芪补益元气,意在气旺则血行,瘀去络通,为君药;当归尾活血通络而不伤血,用为臣药;

赤芍、川芎、桃仁、协同当归尾以活血祛瘀；地龙通经活络，力善专走，周行全身，以行药力，亦为佐药，此外，水蛭以破瘀通络；石菖蒲、远志等以化痰开窍之功效<sup>[8]</sup>。主要用于气虚血瘀引起的半身不遂、口眼歪斜、语言蹇涩、口角流涎、小便失禁等症的治疗，属于治疗中风后遗症的传统方剂<sup>[8]</sup>。本研究结果显示：治疗 20 d 后，观察组中医证候积分低于对照组；观察组运动功能评分高于对照组。由此可见，补阳还五汤联合针灸推拿治疗中风后偏瘫疗效显著。

综上所述，补阳还五汤联合针灸推拿治疗中风后偏瘫，可有效改善患者临床症状与体征，提高患者运动功能恢复，且安全性高，值得临床推广使用。

#### 参考文献

[1] 葛俊领, 陈文军, 李洪梅, 等. 中风后偏瘫肩痛治疗研究进展[J]. 中

国中医急症, 2019, 28(4): 750-752.

[2] 李桂芬. 按期分经电针联合补阳还五汤治疗中风偏瘫后遗症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(4): 431-433.

[3] 盖引莉, 李振斌, 樊继康. 补阳还五汤加减配合针灸治疗中风偏瘫疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(8): 995-996.

[4] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 中风病诊断疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.

[5] 贾建平. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 171-192.

[6] 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: 100-104.

[7] 马建波. 补阳还五汤加味治疗中风后偏瘫临床研究[J]. 临床研究, 2017, 35(2): 91-93.

[8] 周艳朋, 张小建, 焦雪蕾. 补阳还五汤配合中医针灸治疗中风后肢体功能障碍的疗效[J]. 世界中医药, 2018, 13(1): 183-185.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 胡益利 收稿日期: 2019-09-10)

## 中医内科治疗偏头痛临床观察

周才根

(江西省吉安县人民医院中医科, 江西 吉安 343100)

**摘要:**目的 评价中医内科疗法治疗偏头痛的效果。方法 选取江西省吉安县人民医院 2018 年 1 月—2018 年 12 月 82 例偏头痛患者随机分为观察组和对照组, 每组 41 例。对照组以氟桂利嗪治疗, 观察组以中医内科治疗。对比 2 组疗效、不良反应。结果 对照组疗效和安全性不如观察组好, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 根据辨证施治原则, 偏头痛患者中医药治疗的实施可取得较好的效果, 安全性较高, 值得推广。

**关键词:** 中医内科; 辨证论治; 偏头痛; 氟桂利嗪

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.039

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0100-02

### Clinical Observation on Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Migraine

ZHOU Caigen

(Department of Traditional Chinese Medicine, Ji'an County People's Hospital, Jiangxi Province, Ji'an 343100, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the effect of TCM internal medicine therapy on migraine. **Methods** A total of 82 migraine patients were selected from Ji'an County People's Hospital of Jiangxi Province from January 2018 to December 2018. They were divided into observation group and control group, with 41 cases in each group. The control group was treated with flunarizine, and the observation group was treated with TCM internal medicine therapy. The therapeutic effect and adverse reactions was compared. **Results** The therapeutic effect and safety of the control group were not as good as the observation group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** According to the principle of syndrome differentiation, the implementation of traditional Chinese medicine treatment for migraine patients can achieve better results and higher safety, which is worth promoting.

**Keywords:** internal medicine of traditional Chinese medicine; treatment based on syndrome differentiation; migraine; flunarizine

偏头痛的发生与遗传、内分泌及精神、饮食等诸多因素都有关, 其发病机制尚不明确, 但偏头痛发生时可严重影响患者的生活质量, 且容易反复发作, 给患者带来了巨大的痛苦<sup>[1]</sup>。对于偏头痛的治疗, 中医和西医认知不同, 在治疗效果上可能也有一定的差异。本次研究以 82 例偏头痛患者为例, 评价中医内科疗法的效果, 现报告如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2018 年 1 月—2018 年 12 月 82 例偏头痛患者, 随机分为观察组和对照组, 每组 41 例。对照组 41 例中男性 21 例, 女性 20 例; 平均年龄

54.89 岁。观察组 41 例中男性 23 例, 女性 18 例; 平均年龄 55.26 岁。本研究上报我院伦理委员会, 并获得批准, 2 组一般资料进行比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准: (1) 符合偏头痛的临床诊断标准<sup>[2]</sup>; (2) 无头部肿瘤病变; (3) 签署知情同意书者。排除标准: (1) 药物禁忌者; (2) 未按照医嘱完成治疗者; (3) 不同意参与研究者。

**1.3 治疗方法** 对照组给予氟桂利嗪(西比灵)(西安杨森制药, 国药准字 H10930003)治疗, 用法以 10 mg/次, 每日 2 次, 连用 2 个月。观察组根据中医辨证论治原则,



实施中医药治疗,肝郁气滞者以柴胡疏肝散加减治疗,组成:全蝎2个,柴胡10g,醋延胡索、白牡丹、姜黄、白芍各12g,紫丹参、川芎各15g,珍珠母30g;肝肾阴虚者以杞菊地黄丸加减治疗,组成:天麻、牡丹皮、山萸肉、白蒺藜、菊花各10g,山药、枸杞子、熟地黄各15g,土茯苓25g。风阳上扰者以天麻钩藤饮加减治疗,组成:全蝎2条,生白芍5g,炒栀子、天麻、川牛膝、珍珠母、僵蚕、钩藤各10g,珍珠母、麦芽、生牡蛎和石决明各30g;瘀阻脑络者以血府逐瘀汤加减治疗,组成:红花5g,桃仁、赤芍、地龙、川牛膝、佛手、川芎各10g,丹参、生龙骨、生牡蛎、葛根各30g<sup>[3]</sup>。按照各自药方加水煎煮,每日1剂,嘱患者分早晚温服,连续用药2个月。

**1.4 观察指标** 根据偏头痛疗效评定标准<sup>[4]</sup>。显效:患者的临床症状和体征完全消失,2个月随访后无复发;有效:患者的临床症状和体征明显缓解,1个月随访后无复发;无效:未达到以上指征。总有效率为显效率和有效率之和。统计并对比2组不良反应发生情况。

**1.5 统计学方法** 采用SPSS 20.0软件统计对研究结果数据进行分析,计数资料以率(%)表示,并采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 疗效评价比较** 对照组疗效85.37%(35/41)不如观察组97.56%(40/41),2组差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 2组偏头痛患者疗效评价比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	41	25	15	1	97.56
对照组	41	23	12	6	85.37
$\chi^2$ 值		0.200 1	0.496 9	3.904 8	3.904 8
$P$ 值		0.653 9	0.480 8	0.048 1	0.048 1

**2.2 不良反应情况比较** 对照组不良反应发生率19.51%(8/41)高于观察组4.88%(2/41),差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

表2 2组偏头痛患者不良反应情况比较 [例(%)]

组别	例数	恶心、呕吐	失眠	抑郁	合计
观察组	41	1(2.44)	1(2.44)	0(0.00)	2(4.88)
对照组	41	4(9.76)	2(4.88)	2(4.88)	8(19.52)
$\chi^2$ 值		1.916 9	0.345 9	2.050 0	4.100 0
$P$ 值		0.166 2	0.556 4	0.152 2	0.042 9

## 3 讨论

从西医来说,根据偏头痛的致病因素不同,其发病机制也有差异。血管说认为,偏头痛是因为原发性的血管疾病引起血管收缩,血管活性多肽导致搏动性头痛;神经学说认为偏头痛是因神经功能变化引起继发性的血流量变化,从而导致扩展性皮层抑制;而三叉神经学说则认为三

叉神经损害是导致偏头痛的神经基础<sup>[5]</sup>。因此,西医认为对偏头痛的治疗应以改善脑血管微循环,尽快缓解疼痛为原则。西比灵属于选择性钙拮抗剂,可阻滞过量的钙离子跨膜进入细胞内,防止缺血缺氧时钙大量进入神经元造成损伤,同时还能帮助改善脑部微循环和神经元代谢,抑制脑血管痉挛,从而起到缓解头痛的效果<sup>[6]</sup>。

中医认为,偏头痛是因风寒侵袭、寒凝血滞、湿邪中阻等致使经脉痹阻,气血壅遏不行,治疗以疏风散寒、平肝潜阳、化痰降逆、活血化瘀、通络止痛为原则<sup>[7]</sup>。本次研究,根据中医辨证论治方法实施中医内科治疗,依照患者临床症状不同实施辨证治疗。肝郁气滞者往往表现为胸闷不适、胸胁胀满,以柴胡疏肝散加减治疗可起到理气疏肝、止痛活血的效果;肝肾阴虚者往往表现为心烦多梦、腰膝酸软,以杞菊地黄丸治疗可起到滋养肝肾、疏肝解郁的作用<sup>[8]</sup>。风阳上扰者主要表现为面红目赤、眩晕耳鸣等症状,以天麻钩藤饮治疗可起到平肝熄风、清热活血的效果;瘀阻脑络者常常夜不能寐、头痛多梦,以血府逐瘀汤治疗起到理气止痛、活血化瘀的作用<sup>[9]</sup>。

本研究结果得到,对照组疗效85.37%(35/41)不如观察组97.56%(40/41);对照组不良反应发生率19.51%(8/41)高于观察组4.88%(2/41), $P<0.05$ 。由此可见,相较于常规西药,利用中医辨证论治治疗偏头痛的效果更好,且安全性更高。尽管盐酸氟桂利嗪的不良报告率少,但对于情况严重的偏头痛患者来说,长期用药可能影响肝肾功能,因此对于慢性头痛或眩晕者,疗程超过2个月时应停药或更换其他药物<sup>[10]</sup>。

综上所述,根据辨证施治原则,偏头痛患者中医药治疗的实施可取得较好的效果,安全性较高,值得推广。

## 参考文献

- [1] 李桂芬. 中医内科治疗偏头痛的临床效果观察[J]. 中国实用医药, 2018, 13(8): 123-124.
- [2] 中华医学会疼痛学分会头痛学组. 中国偏头痛诊断治疗指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2011, 17(2): 65-86.
- [3] 王诗尧. 中医内科治疗偏头痛的临床研究[J]. 心理医生, 2017, 23(36): 138-139.
- [4] 孙增华, 杨玉金. 偏头痛诊断、疗效评定标准意见[J]. 中风与神经疾病杂志, 1995, 12(2): 110-110.
- [5] 陈国忠. 偏头痛的中医内科治疗效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(27): 27.
- [6] 麻丽萍. 浅谈偏头痛在中医内科治疗中的体会[J]. 光明中医, 2017, 32(19): 2861-2863.
- [7] 宋秀彦. 中医内科治疗偏头痛16例临床疗效观察[J]. 中国社区医师, 2017, 33(26): 92-93.
- [8] 高广江. 平肝通络汤治疗偏头痛肝风血瘀证的效果评价[J]. 光明中医, 2017, 32(1): 11-13.
- [9] 顾峰. 平肝通络汤治疗偏头痛临床疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(4): 38-40.
- [10] 肖蕾, 王炎, 王胜, 等. 电针针刺锥体区治疗偏头痛临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 25(1): 19-22.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:刘镇中 收稿日期:2019-09-12)

# 补肾健脾化瘀法治疗原发性骨质疏松症临床观察

谢芬

(江西省吉安市青原区河东社区卫生服务中心,江西吉安 343000)

**摘要:**目的 分析原发性骨质疏松症(POP)采用补肾健脾化瘀法治疗的效果。方法 选取2017年7月—2018年8月收治的POP患者74例,随机分为观察组(碳酸钙D<sub>3</sub>片+补肾健脾化瘀法)和对照组(碳酸钙D<sub>3</sub>片),各37例,对比治疗效果。结果 观察组功能障碍评分(64.26±5.02)分、NRS评分(2.51±0.18)分、髋部BMD值(0.83±0.16)g/cm<sup>2</sup>、腰椎L2-4BMD值(0.86±0.15)g/cm<sup>2</sup>、BALP(44.60±5.55)IU/L、CT(2.77±0.75)ng/L、TRACP-5b指标(2.78±0.61)U/L均优于对照组(72.68±4.32)分、(3.32±0.27)分、(0.74±0.16)g/cm<sup>2</sup>、(0.70±0.14)g/cm<sup>2</sup>、(53.36±5.81)IU/L、(2.49±0.78)ng/L、(3.35±0.52)U/L,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 补肾健脾化瘀法联合碳酸钙D<sub>3</sub>治疗POP效果显著,值得推广。

**关键词:** 补肾健脾;原发性骨质疏松症;骨痿;化瘀法;碳酸钙D<sub>3</sub>;骨代谢

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.040

文章编号:1672-2779(2020)-20-0102-02

## Clinical Observation on Invigorating Kidney and Strengthening Spleen for Removing Blood Stasis Method in Treating Primary Osteoporosis

XIE Fen

(Hedong Community Health Service Center of Qingyuan District, Jiangxi Province, Ji'an 343000, China)

**Abstract: Objective** To analyze the effect of primary osteoporosis (POP) treated with the method of tonifying kidney, strengthening spleen and removing blood stasis. **Methods** 74 cases of POP patients admitted from July 2017 to August 2018 were randomly divided into the observation group (calcium carbonate D<sub>3</sub> tablets and the method of tonifying the kidney, strengthening the spleen and removing blood stasis) and the control group (calcium carbonate D<sub>3</sub> tablets), with 37 cases in each group. The therapeutic effect was compared. **Results** Functional impairment score (64.26±5.02), NRS score (2.51±0.18), hip BMD (0.81±0.16)g/cm<sup>2</sup>, lumbar L2-4bmd (0.76±0.14)g/cm<sup>2</sup>, BALP(44.60±5.55)IU/L, CT(2.77±0.75)ng/L, trapc-5b (2.78±0.61)U/L of the observation group were all better than those of control group (72.68±4.32), (3.32±0.27), (0.81±0.16)g/cm<sup>2</sup>, (0.75-0.15) g/cm<sup>2</sup>, IU/L (53.36 + 5.81), (2.49-0.78) ng/L, (3.35-0.52) U/L, and the difference had statistical significance ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Tonifying kidney, strengthening spleen and removing blood stasis method combined with calcium D<sub>3</sub> carbonate is effective in the treatment of POP.

**Keywords:** tonifying kidney and strengthening spleen; primary osteoporosis; atrophic debility of bones; removing blood stasis; calcium carbonate D<sub>3</sub>; bone metabolism

原发性骨质疏松症(Primary osteoporosis, POP)以四肢疼痛、慢性腰背痛为主要表现,且全身骨强度降低,增加骨折风险,甚至出现胸廓、脊柱骨折,对患者的身心健康造成严重影响<sup>[1]</sup>。现阶段,中医认为,导致POP的三大因素是血瘀、脾虚、肾虚。有研究指出<sup>[2]</sup>,补肾健脾化瘀中药对于骨代谢状态可有效改善,加快骨生成。本次研究观察补肾健脾化瘀中药治疗POP的效果,具体如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年7月—2018年8月74例POP患者,随机分为观察组和对照组,每组37例。观察组37例,男18例,女19例;年龄55~74岁,平均年龄63.48岁。对照组37例,男17例,女20例;年龄54~73岁,平均年龄62.37岁。2组一般资料对比差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 入选标准** 纳入标准:本研究经医院伦理委员会审核并批准;经实验室检查等确诊为POP;自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准:继发性骨质疏松症者;严重脏器疾病者;认知障碍者;长期进行免疫抑制剂及糖皮质激素治疗者;精神疾病者。

**1.3 治疗方法** 对照组采用碳酸钙D<sub>3</sub>(生产厂家:北京振动康远制药有限公司;批准文号:国药准字H20163149)治疗,口服,每天2片。

观察组给予碳酸钙D<sub>3</sub>+补肾健脾化瘀中药治疗。药方为:水蛭10g,山药15g,补骨脂10g,龟胶甲10g,鹿角胶15g,淫羊藿15g,生地黄30g,黄芪30g。首次煎煮是加入药材量的5~8倍的清水,煎煮后滤出药汁再加入少量清水煎煮,再次取汁,2次药汁混合后取400mL,分成2袋,每袋200mL,每天2次。均进行180d治疗。

**1.4 观察指标** (1)骨痛评分、功能改善情况:利用数字疼痛评分法(NRS)<sup>[3]</sup>对骨痛进行评分,分数越高表示疼痛越严重。利用Oswestry功能障碍指数<sup>[4]</sup>对功能改善情况进行评价,满分5分,分数越高表示功能障碍越严重。(2)BMD测定:对髋部、腰椎L2-4的BMD值。(3)骨代谢情况<sup>[5]</sup>:空腹抽取5mL静脉血,测定骨代谢,包括抗酒石酸酸性磷酸酶5b(TRACP-5b)、骨钙素(BGP)、降钙素(CT)、血磷(P)、血钙(Ca)、骨碱性磷酸酶(BALP)水平。(4)不良反应:发热、胃肠道反应、肌痛。

**1.5 统计学方法** 应用SPSS 18.0分析数据,计数资料用率(%)表示,行 $\chi^2$ 检验;计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示,行 $t$ 检验。 $P<0.05$ 说明差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 NRS评分、功能改善** 治疗前,NRS评分、功能障碍指数对比差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,评分对

比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组POP患者NRS评分、功能障碍指数比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	NRS评分		功能障碍指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	6.15±1.24	2.51±0.18	80.75±4.84	64.26±5.02
对照组	37	6.13±1.01	3.32±0.27	81.05±4.12	72.68±4.32
<i>t</i> 值		0.684	3.647	0.874	3.457
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 BMD值 治疗前，BMD值对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )；治疗后，2组BMD值对比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组POP患者BMD值比较 ( $\bar{x} \pm s$ , g/cm<sup>2</sup>)

组别	例数	髌部		腰椎L2-4	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	0.68±0.15	0.83±0.16	0.69±0.11	0.86±0.15
对照组	37	0.69±0.11	0.74±0.16	0.70±0.11	0.70±0.14
<i>t</i> 值		0.123	3.214	0.465	3.654
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 骨代谢指标 治疗前，骨代谢指标对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )；治疗后，2组BALP、CT、TRACP-5b指标对比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )；但其他指标对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表3。

表3 2组POP患者骨代谢指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	BALP(IU/L)		Ca(mmol/L)		P(mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	55.02±5.38	44.60±5.55	2.12±0.23	3.16±0.33	1.36±0.22	1.39±0.36
对照组	37	54.61±5.19	53.36±5.81	2.15±0.26	2.17±0.31	1.35±0.27	1.35±0.31
<i>t</i> 值		0.123	4.521	0.456	0.789	0.147	0.258
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

组别	例数	BGP(ng/mL)		CT(ng/L)		TRACP-5b(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	15.48±3.71	15.72±3.92	2.45±0.59	2.77±0.75	3.31±0.53	2.78±0.61
对照组	37	15.51±3.61	15.62±3.81	2.48±0.53	2.49±0.78	3.32±0.49	3.35±0.52
<i>t</i> 值		0.369	0.357	0.159	3.987	0.346	3.687
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 不良反应 观察组发热、胃肠道反应各1例，不良反应发生率为5.40%(2/37)；对照组发热、肌痛分别为2例、1例，不良反应发生率为8.11%(3/34)。2组对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 3 讨论

骨质疏松为全身代谢性疾病，此病包括继发性骨质疏松症(SOP)和原发性骨质疏松症(POP)，并且在我国超过60岁人群中，POP的发病率超过1/2。该病的临床特征为骨量降低松质骨小梁变细，乃至断裂等，对患者的身心健康造成严重影响，甚至威胁生命安全。所以，尽早发现并采取积极有效的治疗措施对于改善POP患者生活质量非常重要。

POP在中医学中归属“肾虚”“骨枯”“骨痿”等范畴，但是大多数学者认为最接近本病的是“骨痿”。有

文献记载：“肾气热，出现腰脊不举，导致骨枯，进而出现骨髓锐减，发生骨痿”。肾、脾功能与POP关系密切，POP分为气滞血瘀证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证、肾阳虚衰证4种类型。而导致POP出现的关键病机是脾肾亏虚，促进因素是血瘀。有研究表示，通过采取补肾健脾化痰法治疗POP效果显著，可有效改善骨密度，改善临床症状，减轻患者痛苦，提升患者的生活质量。

碳酸钙D<sub>3</sub>为一种复合剂，是由维生素D<sub>3</sub>和碳酸钙组成，其中D<sub>3</sub>可促进钙离子再吸收<sup>[6]</sup>。本次研究中，对照组采用碳酸钙D<sub>3</sub>治疗，骨痛和骨密度明显改善，但是骨代谢指标无显著变化。观察组采用碳酸钙D<sub>3</sub>联合补肾健脾化痰中药治疗，其中黄芪具有增强免疫、保护肝肾的作用；鹿角胶、淫羊藿具有散寒止痛、益精养血、温肾壮阳的效果；龟甲胶、生地黄具有滋阴补血、益肾经的作用；补骨脂可温经强骨；山药有健脾和胃益肾功效；水蛭可祛瘀止痛、活血化瘀<sup>[7]</sup>。诸药联合应用具有显著的协同作用，补肾、健脾、化痰效果显著提升。观察组经过治疗后，其骨密度、骨痛改善明显且优于对照组。

骨代谢方面，观察组血清TRACP-5b、BALP水平显著低于对照组，钙盐沉积在骨中的标志物是BALP，此水平降低，表示钙盐沉积增加，说明补肾健脾化痰中药对于钙离子吸收有促进作用，TRACP-5b为检测抗骨吸收指标，此水平降低，说明破坏骨细胞的活性减少，继而骨吸收降低。2组BGP、P、Ca水平未发生变化，原因为BGP是非胶原蛋白一种，由骨细胞合成，其水平同骨吸收无关系。血清CT水平观察组高于对照组，因CT可使破坏骨细胞活性被抑制，骨吸收减少，此水平升高，对于血钙移向骨质有促进作用，观察组Ca水平未明显降低，也许同服用碳酸钙D<sub>3</sub>片存在关系。同时2组不良反应发生率对比无差异，说明2种药物的安全性较高。

综上，补肾健脾化痰法联合碳酸钙D<sub>3</sub>片治疗POP可使骨痛评分显著降低，骨密度增加明显，对骨代谢和患者功能明显改善，治疗效果显著提升，具有较高价值。

### 参考文献

- [1] 张允焯. 补肾健脾化痰方联合西药治疗原发性骨质疏松症的临床观察[J]. 中国伤残医学, 2019, 27(1): 2-4.
- [2] 徐旭东, 周龙云, 孙玉明, 等. 补肾健脾、活血化瘀类中药复方联合碳酸钙D<sub>3</sub>治疗原发性骨质疏松症的Meta分析[J]. 中国药房, 2017, 28(3): 351-355.
- [3] 尹纪伟, 张萌萌, 马倩倩, 等. 绝经后骨质疏松补肾健脾化痰治疗的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(9): 1844-1846.
- [4] 刘芳, 缪惠, 曾惠芬, 等. 补肾健脾化痰方治疗慢性肾脏病患者糖皮质激素性骨质疏松症临床观察[J]. 北方药学, 2017, 14(7): 16-17.
- [5] 刘丹, 赵培, 李跃华, 等. 李跃华教授膏方治疗骨质疏松[J]. 吉林中医药, 2016, 36(10): 988-990.
- [6] 黄思敏. 绝经后骨质疏松症中药用药规律及仙茅苷促成骨机制探讨[D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [7] 田怿森, 李蕊, 贾强强, 等. 针灸及针灸联合中药治疗骨质疏松症的进展[J]. 中国骨质疏松杂志, 2019, 25(2): 263-267.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 曾安焘 收稿日期: 2019-10-15)



# 康复 Bobath 手法联合手针 治疗中风后 I 期肩手综合征 40 例\*

程学莲 王燕<sup>※</sup>

(上海市杨浦区长海社区卫生服务中心中医科, 上海 200433)

**摘要:**目的 探讨手针配合康复治疗中风后肩手综合征的临床疗效。方法 将 80 例患者按照随机原则平均分为治疗组、对照组。其中治疗组采用手针加康复方法, 对照组则进行康复治疗。结果 通过临床对比, 手针加康复方法对于中风后肩手综合征的临床疗效相较于单纯康复治疗, 症状改善明显。治疗组总有效率为 87.50%(35/40), 对照组总有效率 62.50%(25/40)。结论 手针加康复治疗中风后肩手综合征疗效优于单纯康复治疗。

**关键词:** 肩手综合征; 中风; 痹证; 手针; 康复

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.041

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0104-03

## Rehabilitation Bobath Manipulation Combined with Hand Acupuncture in the Treatment of Shoulder-hand Syndrome after Apoplexy for 40 Cases

CHENG Xuelian, WANG Yan<sup>※</sup>

(Department of Traditional Chinese Medicine, Changhai Community Health Service Center of Yangpu District, Shanghai 200433, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of hand acupuncture combined with rehabilitation on shoulder-hand syndrome after stroke. **Methods** 80 patients were randomly divided into treatment group and control group. The treatment group was given hand acupuncture plus rehabilitation treatment, while the control group was given rehabilitation treatment. Through clinical observation, it was found that the clinical effect of hand acupuncture plus rehabilitation on shoulder-hand syndrome after stroke was better than that of rehabilitation alone, and the symptoms improved significantly. **Results** The total effective rate was 87.50%(35/40) in the treatment group and 62.50% (25/40) in the control group. **Conclusion** The effect of hand acupuncture and rehabilitation on shoulder-hand syndrome after stroke is better than that of rehabilitation alone.

**Keywords:** shoulder-hand syndrome; stroke; arthromyodynia; hand acupuncture; rehabilitation

肩手综合征 (Shoulder-syndrome, SHS) 又称反射性交感神经营养不良, 由 Morehead 和 Keen<sup>[1]</sup>于 1864 年首先报告。是中风后常见的并发症之一, 发生率 12.5%~70%<sup>[2]</sup>。临床上早期常出现肩部及手背疼痛, 活动不畅, 水肿, 皮温上升; 到了后期手部有时发生肌肉萎缩, 甚至挛缩畸形的现象。这些症状会阻碍患者肢体的康复, 给患者带来极大痛苦, 也导致家庭负担沉重, 已经引起了人们的高度重视。

西医认为 SHS 与交感神经功能障碍、肩关节半脱位、痉挛、患肢不适当的过度牵拉、腕关节或手受到意外伤害等有关<sup>[3]</sup>。脑卒中后肩手综合征的中医药治疗是一项新的内容, 具有鲜明的特点和无可比拟的优势, 逐步成为治疗此病必要的治疗手段和方法。为缓解患者痛苦, 探索有效途径, 我科尝试以手针配合 Bobath 康复手法治疗中风后肩手综合征, 与仅采取 Bobath 康复手法相对照

效果较好, 现将有关情况简述如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究病例选自本单位 2018 年 1 月—2019 年 1 月 80 例中风后 I 期肩手综合征住院患者, 按照随机原则将其分为 2 组。对照组 40 例、治疗组 40 例。2 组一般资料 (性别、年龄、病程) 比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组中风后 I 期肩手综合征患者的一般资料 ( $\bar{x} \pm s$ , 例)

组别	例数	男	女	年龄 (岁)	平均年龄 (岁)	病程 (d)	平均病程 (月)	脑出血	脑梗死
治疗组	40	28	12	35-81	55.00	21-104	26.15±7.05	16	24
对照组	40	27	13	37-82	56.00	19-111	25.30±7.46	15	25
$\chi^2/t$ 值		0.000		0.374		0.94		0.126	
$P$ 值		1.000>0.05		0.708>0.05		0.083>0.05		0.724>0.05	

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 采用第四届全国脑血管病会议制定颁布的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[4]</sup>中的中风病以及《神经康复学》<sup>[5]</sup>中肩手综合征的标准条件进行诊断辨别, 确保每一名入选病患均符合相关判定标准。

\* 基金项目: 上海市残疾人联合会残疾人康复科研鼓励项目 [No. (2018)143 号]

※ 通讯作者: wy157310@163.com

**1.2.2 中医诊断标准** 按照1996年国家中医药管理局脑急症协作组颁布的《中风病诊断和治疗标准》<sup>[6]</sup>进行诊断辨别,同时还需具有肩手综合征的症状,确保每一名入选患者均符合相关标准条件。

**1.3 纳入标准** (1)年龄小于85岁;(2)符合脑梗死或脑出血西医诊断标准;(3)符合中风病中医诊断标准<sup>[5]</sup>;(4)符合肩手综合征诊断标准;(5)脑卒中恢复期患者;(6)配合本课题研究且知情同意者。

**1.4 排除标准** (1)病情危重或意识不清者;(2)患有其他疾病所致的肩部疼痛者、类风湿性关节炎;(3)患有糖尿病、营养不良等引起的周围神经病等并发症;(4)年龄大于等于85岁;(5)脏器和造血系统等有严重疾患或妊娠期、哺乳期妇女以及正值月经期者;(6)精神疾病或不愿合作者;(7)对药物过敏者;(8)1个月内曾采用相关治疗者<sup>[7]</sup>。以上条件有一条符合者均不能纳入。

**1.5 治疗方法** 2组患者常规均依据《中国脑血管病防治指南》(2010版)进行处理,如危险因素的干预、一般治疗、药物治疗等,一般取1周为1个疗程,共4个疗程。患者治疗均在我科病房和康复综合治疗室进行。

**1.5.1 对照组** 在常规处理基础上加康复Bobath疗法。治疗由本院康复师施行。(1)卧位:①康复师位抓握控制患肩和患手,使患手手指充分伸展,完成患者上肢内收外展活动;②予患侧肩关节前屈0°、30°、60°、90°,保持肘关节伸直,引导肩胛带前伸活动;③患侧肩前屈90°,且避免肩内旋,在矢状面上进行肘关节屈伸运动。(2)坐位:①康复师位于患者身后,借助躯干支撑,采用近端控制点,在患者协同下完成胸廓的节段运动;②康复师位于其患侧,控制患肢和肩胛骨,嘱患者上提健侧骨盆,使重心向康复师一侧转移,促进患侧躯干支撑,再复位,有节奏地反复活动,递进诱导骨盆与胸廓的节段运动;③患者端坐位引导上肢的滞空反应。(3)腹卧位:①上肢伸直水平外展放于治疗床上,手掌张开,手指伸展,手心向下。康复师控制住拇指关键点,以患手腕背侧为支点反复背伸腕关节;②康复师控制患手和上肢,保持肘关节伸直,辅助患者患侧上肢水平外展;③患者保持原来位置不动,康复师辅助患侧上肢完成水平面上屈伸,如同蝶泳前后划水的姿势。每次训练45 min,每天治疗1次,每7 d中休息2 d,7 d为1疗程,共4个疗程。当患者疼痛明显,则在健侧垫三角枕等使患侧处于半侧卧位,并保持肩胛带外展前伸。每次给予训练共30 min,每7 d中休息2 d,7 d为1疗程,共4个疗程。

**1.5.2 治疗组** 康复Bobath疗法+手针治疗,在常规处理基础上加康复Bobath+手针疗法。手针疗法我们严格按照《中华人民共和国国家标准(GB/T21709.6-2008)针灸技术操作规范》中的流程规范操作,根据病人实际情况在疼痛者取患侧手部合谷、商阳、肩点、手缓、阳池、三间、八邪等

穴,患者取仰卧位,穴位局部常规消毒后,采用0.30 mm×40 mm一次性无菌针灸针给予针刺治疗,膻穴均直刺10~15 mm,每7 d中休息2 d,7 d为1疗程,共4个疗程。

## 1.6 疗效判定

**1.6.1 安全性观测指标** (1)一般生命体征:心率、脉搏、血压、呼吸,每一次针灸操作前后各检测一次;(2)常规及生化指标检测:血、尿和粪常规、肝肾及凝血功能、心电图,治疗前后各检测一次。(3)可能出现的如晕针、发热、恶心呕吐等不良反应随时记录。

**1.6.2 疗效性观测指标** 中医证候积分、疼痛评分,采用视觉模拟评分(Visual analogous scale, VAS)进行评定,日常生活能力量表(ADL),采用改良的Barthel指数(MBI)评定、肩手综合征评分,由Fugl-Meyer上肢积分评定,治疗前后各评定1次。

**1.6.3 疗效判定标准** 对照Kozin标准,以SHS表作为治疗前后的评分标准。痊愈:各症状消失,证候积分值减少大于95%;显效:各症状明显减轻,证候积分值减少大于70%,小于95%;有效:各症状有所减轻,证候积分值减少大于30%,小于70%;无效:各症状无减轻或有加重,证候积分值减少小于30%。疗效指标计算公式:[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。

**1.7 统计学方法** 使用SPSS 19.0统计软件处理数据,计量资料用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )来表示,比较采用t检验,计数资料以率(%)表示,比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

本研究无退出、脱落病例。连续治疗4个疗程(28 d),治疗组优于对照组( $P<0.05$ )。见表2~3。

表2 2组中风后I期肩手综合征患者临床疗效 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	11	12	12	5	87.50
对照组	40	5	9	11	15	62.50
$\chi^2$ 值						4.356
P值						0.034<0.05

表3 2组中风后I期肩手综合征患者Fugl-Meyer上肢积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	40	13.65±11.37	30.65±18.17 <sup>1)</sup>	17.00±6.80 <sup>2)</sup>
对照组	40	13.05±10.11	17.95±13.10 <sup>1)</sup>	4.90±2.99

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

中风后肩手综合征在中医学属于“痹证”范畴,是由痰湿郁结、肝肾不足、肝阳上亢导致阴阳失调,经络失养,气虚血瘀,痰瘀互结,进而导致经脉不通、不通则痛<sup>[8]</sup>的临床表现。目前,普遍认为治疗本病如仅采用

常规治疗确实无法达到较为理想的效果,为了最大程度提高疗效,减少患者病痛,大多提倡综合治疗。

手针技术是指针刺手部的特定区域以治疗疾病的一种针刺技术,主要刺激组织层面为皮肤、筋膜、骨间肌、骨膜<sup>[9]</sup>。早在《黄帝内经》中即有手与脏腑经络联系的记载。《灵枢·经脉》中阐述:“手阳明经脉受阴之脉之交,起于食指挠侧端,上行手掌出合谷两骨之间等。”《灵枢·逆顺肥瘦》中论述:“手指三阴,从胸走手,手之三阳,从手走头。”《素问·太阴阳明论》指出:“阴气……循彼至指端,阳气从手上行。”可见,手是经络之气生发、布散之处,手部经络又与全身经脉密切联系。运用手针疗法针刺手部特定穴位,有利于激发全身经气,调节脏腑经络功能,从而可对全身各部的疾病进行治疗。遵循《灵枢·九针十二原》“苑陈则除之”的原则<sup>[10]</sup>,我科探索以针刺手部特定穴位与康复疗法相结合治疗肩手综合征,实践证明,2种疗法结合,可使患者功能更快得以恢复,为今后肩手综合征的治疗、科研提供新思路。

#### 参考文献

[1] 黄鹏,杨文明. 脑卒中后肩-手综合征临床研究概述[J]. 中医临

床杂志,2011,32(12):1133-1135.

- [2] Braveman D L, Kem H B, Nagler W. Recurrent spontaneous hemarthrosis associated with reflex sympathetic dystrophy[J]. Arch phys Med Rehabil, 1998, 79(3):339-342.
- [3] 王寅,杨涛. 肩手综合征的综合治疗[J]. 中国医刊, 2000(4):65.
- [4] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379.
- [5] 史菲,朱丹,林嘉文,等. 中医辨证针药结合治疗脑卒中后肩手综合征的临床研究[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(7):841-843.
- [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, 1996:24.
- [7] 罗菁. “调神利咽针刺法”治疗中风后吞咽障碍的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2014.
- [8] 程学莲,程春霞. 拔罐联合常规对症及康复训练治疗中风后肩手综合征随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(11):27-29.
- [9] 陈静. 邢俊标主任手针结合功能锻炼治疗肩周炎的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2016, 14(30):179-180.
- [10] 齐欢,张燕,黄婧. 针灸结合放血疗法治疗中风后肩手综合征疗效分析[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(34):173-174.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:曾 晖 收稿日期:2019-08-27)

## 针刀治疗原发性三叉神经痛临床观察

卢胜春 陈春花<sup>\*</sup>

(江西省德兴市胜春医院针刀专科,江西 德兴 334200)

**摘要:**目的 比较小针刀与常规毫针刺治疗原发性三叉神经痛的疗效差异。方法 将60例患者随机分为治疗组和对照组,各30例。治疗组采用针刀三级治疗,每隔3d一次,3周为1个疗程;对照组采用传统取穴毫针刺,每日1次,3周为1个疗程。结果 治疗组总有效率96.67%(29/30),优于对照组的86.67%(26/30),差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 针刀治疗三叉神经痛疗效显著。

**关键词:**针刀疗法;针刺;三叉神经痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.042

文章编号:1672-2779(2020)-20-0106-03

### Clinical Observation on Acupotome in Treating Primary Trigeminal Neuralgia

LU Shengchun, CHEN Chunhua<sup>\*</sup>

(Acupotomy Specialty of Shengchun Hospital, Jiangxi Province, Dexing 334200, China)

**Abstract: Objective** To compare the differences of clinical efficacy of acupotome and conventional acupuncture on primary trigeminal neuralgia. **Methods** 60 patients with primary trigeminal neuralgia were randomly divided into the treatment group (30 cases) and the control group (30 cases). The treatment group was treated by acupotomy once every 3 days for 3 weeks, while the control group was treated by acupuncture once a day for 3 weeks. **Results** The total effective rate of treatment group was 96.67%(29/30), which was significantly better than 86.67% of acupuncture group (26/30), and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The acupotome achieves a definite efficacy on primary trigeminal neuralgia.

**Keywords:** acupotome; acupuncture; trigeminal neuralgia

三叉神经痛(Primary trigeminal neuralgia, PTN)亦称原发性三叉神经痛,是常见的神经内科疾病,以单侧神经分布区反复发作阵发性剧痛为主要表现,国内外发病率分别是47.8/10万和62.6/10万<sup>[1]</sup>,多见于中老

年女性。本病易转为慢性,病程易迁延难愈,是国际公认的一种疑难杂症<sup>[2]</sup>。目前主要有药物口服,药物封闭、电凝、射频等方法<sup>[3]</sup>。中医针灸在本病治疗中也有较好疗效<sup>[4-5]</sup>。笔者自2018年2月—2019年2月,应用针刀三级治疗方法,以三叉神经的血液循环障碍为核心发病原因为理论支持,松解以神经节、神经孔及神经走行线

<sup>\*</sup>通讯作者:446832941@qq.com



路的肌肉为主的软组织的瘢痕、粘连，改善神经血供，疗效显著，现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 观察病例来自江西胜春医院针刀专科2018年2月—2019年2月门诊病人，共60例，按病人就诊先后顺序随机分治疗组30例和对照组30例。2组患者性别、年龄、病程、疼痛分布等资料比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。具有可比性，详见表1~2。

表1 2组原发性三叉神经痛患者一般资料比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	男(例)	女(例)	平均年龄(岁)	平均病程(月)
治疗组	30	13	17	50.20	20.86±7.16
对照组	30	14	16	50.30	21.76±6.78

表2 2组原发性三叉神经痛患者疼痛分布对比 (例)

组别	例数	1支痛	2支痛	3支痛者	左侧	右侧
治疗组	30	13	15	2	13	17
对照组	30	12	16	2	12	18

**1.2 诊断标准** 参照2004年国际疼痛研究学会PTN诊断标准<sup>[6]</sup>制定：(1)有感觉系统相关损伤，或疾病史；(2)表现不同神经节段分布区的疼痛；(3)至少经1项试验检查确诊相关性损伤或疾病与疼痛有关；(4)至少经1项试验检查确诊不同神经节段分布区的疼痛。PTN符合以上1、2条，大部分符合第3条，少部分符合第4条。

**1.3 纳入标准** (1)确诊为PTN；(2)年龄介于30~75岁；(3)观察前1周内未接受任何治疗；(4)无严重心脑血管疾病。

**1.4 排除标准** (1)经过药物、电凝、手术等使三叉神经纤维损伤破坏，功能丧失者；(2)先天性眶上下、颞孔狭窄或闭合等变异者；(3)合并严重心、脑、肝、肾等基础疾病；(4)严重精神病，或不能坚持治疗者；(5)凝血功能异常者。

### 1.5 治疗方法

**1.5.1 治疗组** 治疗点：一级选点(神经孔及末梢)：颜面部广泛触摸“扳机点”顺三叉神经眼支，上颌支、下颌支方向寻找，颧弓上下缘、眼眶周围、口唇周围的紧张挛缩的肌肉。切断部分挛缩的颞肌、眼轮匝肌、口轮匝肌，通剥离眶上孔、眶下孔、颞孔周围软组织。二级选点：蝶腭神经节。三级选点：颈部针刀治疗以颈椎1~4的前、后结节上的瘢痕粘连。

操作方法：患者取仰卧位或侧卧位，局部皮肤常规碘酒消毒，取以4号1.0的一次性针刀(1.0 mm×50 mm)，戴无菌手套，左手中指将治疗点加压固定于骨面，右手持针快速破皮后缓慢推进到骨面，往上轻提2~3 mm，向下切割挛缩的肌纤维以针下松开为度，针刀方向垂直肌纤维方向。针刀疏通剥离眶上孔、眶下孔、颞孔，必要时可对其中的眶上神经、眶下神经、颞神经进行切割1~3下。蝶腭神经节定点颧弓中点下缘前

方2 mm处刀口方向与颧弓平行，松解部分颞肌、翼外肌。颈椎横突前后结节采用侧卧位，松解方法同前。出针后用手挤出血数滴。每隔3 d治疗1次，每次选5~8治疗点，3周为一个疗程。

**2.2 对照组** 采用传统针刺方法<sup>[7]</sup>。针具采用贵州安迪牌0.30 mm×40 mm毫针(贵州安迪药械有限公司生产)。

取穴：针刺主穴为四白、下关、地仓、合谷、内庭、太冲。上颌部疼痛配颧髁、巨髁，下颌部疼痛配颊车、承浆，眼部疼痛配攒竹。

操作：取仰卧位，常规消毒后，泻法针刺，面部诸穴可透刺，但强度不宜过大。针刺时可先取远端穴，重刺激，局部穴位在急性发作时宜轻刺。留针30 min，中间行针1次，每日1次，连续治疗3周为1个疗程。

### 1.6 疗效观察

**1.6.1 观察指标** 疼痛强度评分采用视觉模拟评分法(VAS)。规定0为无痛，8~10为重度疼痛。

**1.6.2 疗效评价标准** 根据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》<sup>[8]</sup>拟定。治愈：疼痛发作完全消失，且随访1年未复发；显效：静观基本无异常，谈笑时有轻微口歪痕迹；好转：发作次数减少或/和发作时疼痛减轻；无效：治疗后疼痛无明显减轻。

**1.7 统计学方法** 统计学处理采用SPSS 17.0版本，计量资料采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，行 $t$ 检验；计数资料以率(%)表示，行 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

据VAS评分，2组患者治疗前疼痛程度差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。经1个疗程治疗后，2组患者疼痛程度有明显变化，且治疗组优于对照组( $P < 0.05$ )，总有效率治疗组也优于对照组( $P < 0.05$ )。详见表3~4。

表3 2组原发性三叉神经痛患者治疗前后VAS评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	6.46±1.62	2.12±1.81
对照组	30	6.38±1.36	2.58±2.10

表4 2组原发性三叉神经痛患者疗效对比 (例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	7	19	3	1	96.67 <sup>△</sup>
对照组	30	5	17	4	4	86.67

注：与对照组比较，<sup>△</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

现代医学对PTN病因及发病机制尚不完全明了。但普遍认为，PTN与三叉神经分支受到压迫或损害，三叉神经节因脱髓鞘而出现短路产生异常的痛性放电有关。针刺为中医学传统治疗方法。有报道<sup>[9]</sup>直接针刺相关神经，其疗效可能优于针刺穴位。针刺松解神经，可增加该神经的自身张力，促进神经介质分泌，使损伤神经修

复,解除神经异位刺激及神经短路等。笔者认为,三叉神经干相对粗大,其司颜面的感觉、咀嚼肌的运动等。三叉神经在完成其重要功能的过程中,需耗费大量的能量,而三叉神经的能量供应的来源主要是靠血液,所以,供应三叉神经的血液循环对其功能等有重要的影响。供应三叉神经的血管一旦受其周围的瘢痕、粘连、挛缩等的压迫或牵拉,使血液循环发生障碍,可诱导无菌性炎症。因为无菌性炎症的扩散性强,刺激交感神经,使交感神经的兴奋性增高,从而使其支配的血管(其中包括支配三叉神经的血管)痉挛或收缩,引起血液循环障碍。三叉神经长期缺血缺氧,使其局部毒性代谢产物堆积,产生致痛物质等,并使神经敏化,对忍受疼痛的阈值明显下降,从而引起三叉神经痛。

“针刀三级治疗学说”来自笔者长期针刀临床实践总结。一级治疗:强调治疗压痛点,阿是穴等;二级治疗:强调治疗解剖的整体结构;三级治疗:强调从首位的发病机制“神经发病机制”去治疗。针刀疏通剥离 $C_{1-4}$ 的前、后结节处的瘢痕、粘连等,刺激交感神经,使交感神经的兴奋性降低,恢复三叉神经的血供,髓鞘即可再生,并最终得到修复,此为三级治疗。骨骼肌是力量的来源,持续肌紧张是导致局部软组织粘连瘢痕的主要原因,小针刀通过松解粘连瘢痕组织,切断部分挛缩的肌

纤维,截断肌紧张,改善血液循环,从而改善从该处经过的神经的营养,此为一、二级治疗。针刀三级治疗,疗效确切,针刀治法简单易学,具有简、便、廉、验的特点,值得推广。

#### 参考文献

- [1] 冯殿恩,王骥,苏贵华.三叉神经痛[M].北京:人民卫生出版社,2004:75.
- [2] Bennetto L,Patel N K,Fuller G.Trigeminal neuralgia and its management[J].BMJ:British Medical Journal,2007,334(7586):201-205.
- [3] 贾建平.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2008:335.
- [4] 赵敬军,付冬梅.针刺治疗三叉神经痛的临床研究进展与思考[J].针灸临床杂志,2014,30(2):74-78.
- [5] 郭爽,石学敏.石学敏院士针刺治疗三叉神经痛经验浅析[J].针灸临床杂志,2014,30(1):48-49.
- [6] Headache Classification Committee of the International Headache Society.Classification and diagnostic criteria for headache disorders,cranial neuralgias and facial pain[S].Cephalalgia,2004,8(Suppl 7):1.
- [7] 梁繁荣,王华.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2016:218.
- [8] 孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准[S].北京:人民军医出版社,1998:198.
- [9] 米春存.试析醒脑开窍法中部分腧穴的刺法[J].天津中医药,2009,26(1):50-51.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:钟叙春 收稿日期:2020-07-03)

## 五和通络法联合艾灸治疗良性前列腺增生临床观察

吕艳芳 袁人婕

(沈阳市第四人民医院治未病中心,辽宁 沈阳 110032)

**摘要:**目的 分析五和通络法联合艾灸治疗前列腺增生的临床效果。方法 收集2018年1月—2019年6月沈阳市第四人民医院良性前列腺增生患者60例,按就诊先后顺序,使用随机数字表法将入选病例随机分为2组。治疗组30例,采用五和通络法联合艾灸治疗,对照组30例,口服哈乐治疗。治疗1个月后,分别比较2组治疗效果。结果 2组治疗均有效果,但是五和通络法联合艾灸治疗良性前列腺增生临床效果更加显著( $P<0.05$ )。结论 五和通络法联合艾灸治疗良性前列腺增生效果显著,值得临床借鉴。

**关键词:**癃闭;良性前列腺增生;五和通络法;艾灸;哈乐

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.043

文章编号:1672-2779(2020)-20-0108-03

### Clinical Observation on Wuhe Tongluo Method and Moxibustion in the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia

LYU Yanfang, YUAN Renjie

(Preventive Treatment of Disease Center, Shenyang Fourth People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

**Abstract: Objective** To analyze the effect of Wuhe Tongluo method and moxibustion in the treatment of benign prostatic hyperplasia. **Methods** 120 patients with prostate hyperplasia were divided into treatment group and control group. In the treatment group, 30 cases were treated with wuhe tongluo method combined with moxibustion, and in the control group, 30 cases were treated with oral Harnal. The therapeutic effects of the three groups were compared one month later. **Results** Both groups were effective, but the clinical effect of wuhe tongluo combined with moxibustion in the treatment of benign prostatic hyperplasia was more significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Wuhe Tongluo method and moxibustion in the treatment of benign prostatic hyperplasia is effective, and is worthy of clinical reference.

**Keywords:** retention of urine; prostatic hyperplasia; Wuhe Tongluo method; moxibustion; Harnal

近年来,随着老龄化速度的加快,前列腺增生的患者越来越多。据统计,60岁的男性,前列腺增生的发生

率大于50%,80岁的男性,前列腺增生的发生率大于83%。前列腺增生,是良性前列腺增生的简称(下文简称

前列腺增生), 临床以下尿路症状为主, 严重影响老年患者的生活质量, 因此, 对于前列腺增生的治疗尤为重要。我科采取五和通络法联合艾灸治疗良性前列腺增生, 临床疗效显著, 大多数患者1周内见效, 特报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集2018年1月—2019年6月沈阳市第四人民医院良性前列腺增生患者60例, 按就诊先后顺序, 使用随机数字表法将入选病例随机分为2组。对照组30例, 平均年龄72岁, 平均病程11年; 治疗组30例, 平均年龄73.5岁, 平均病程12年。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** 按照2014版前列腺增生诊断治疗指南规定的标准, 凡纳入患者均具备以下3点: (1)组织学上的前列腺间质和腺体成分的增生。(2)解剖学上的前列腺增大。(3)尿动力学上的膀胱出口梗阻和下尿路症状为主的临床症状(例如: 尿频尿急、尿失禁、排尿踌躇、排尿困难、尿流变低、尿流无力、尿末滴沥、排尿时间延长等)。

**1.3 纳入标准** 需要同时具备以下条件方可入组: (1)符合上述诊断标准。(2)国际前列腺症状评分表(IPSS) $< 18$ 分, 前列腺患者生活质量评分表(QOL) $> 4$ 分。(3)四诊合参, 辨证论治, 中医体质辨识为阳虚质, 肾阳亏虚, 膀胱气化功能失常引起的癃闭。(4)主症: 尿频、尿急, 或尿等待、排尿踌躇, 或尿末滴沥, 兼症: 畏寒肢冷, 面色㿔白, 神气怯懦, 腰膝酸软, 舌质淡、苔薄白、脉沉弱等<sup>[1-2]</sup>。(4)患者同意参与此项研究, 能坚持治疗, 能积极完善相关检查, 并配合评分评估。

**1.4 排除标准** (1)具有明显手术指征的患者: IPSS $> 19$ 分、大量残余尿( $> 200$  mL)、反复尿路感染、反复肉眼血尿、膀胱结石、肾功能异常。(2)前列腺癌、神经源性膀胱、严重内科疾病等。(3)因为经济情况或距离等原因不能配合治疗的患者, 予以脱落处理。(4)艾灸过敏或者口服药物过程中出现不良反应, 予以脱落处理。

## 1.5 治疗方法

**1.5.1 治疗组** 需要在排除患者饱食、空腹、激烈运动的前提下进行, 治疗前检查患者生命体征平稳, 嘱患者排空大小便后方可操作。治疗时间约90 min。

**1.5.1.1 五和通络法操作** 五和通络法是在经络理论的基础上, 运用不同规格的玻璃火罐进行治疗, 集中药涂擦、闪罐、走罐、刮痧、拔罐5种疗法于一体调治经络, 从而达到调节脏腑功能的目的, 是袁氏经络诊疗的精髓。良性前列腺增生的患者, 一般选取患者的督脉、任脉、膀胱经、脾经、肺经、肾经6条经络进行治疗。以督脉为例简述操作如下: 嘱患者俯卧位, 裸露背部, 双手置于身体两侧, 用特制中药油, 予以涂擦, 根据患者身材

情况选取不同大小的火罐, 沿着督脉和足太阳膀胱经两条测线, 自上而下, 依次进行闪罐、走罐、刮痧、走罐、拔罐5个步骤, 其中留罐10 min左右, 其余4个步骤3~5 min, 特殊情况因人而异。

**1.5.1.2 艾灸治疗操作** 在排除患者饱食、空腹、激烈运动的前提下, 排空大小便后, 以艾灸竹熏罐为载体, 用艾绒施灸, 3个艾灸盒一组, 嘱患者俯卧位, 取背部双肾俞穴、命门、腰阳关, 艾灸20 min后, 然后嘱患者翻身仰卧位, 取腹部双天枢、关元、中极, 艾灸20 min。俯卧位艾灸上述穴位的时候, 嘱患者双腿分开约30°, 将一个单独艾灸盒, 包裹垫布控温处理后, 置于两腿之间, 距离会阴穴5 cm左右, 艾灸时间40 min, 注意温度和局部皮肤改变, 3~5 min巡视, 询问患者感受, 谨防烫伤。

**1.5.2 对照组** 该组患者口服哈乐(即盐酸坦索罗辛缓释胶囊安斯泰来制药(中国)有限公司、国药准字H20000681、规格0.2 mg $\times$ 10粒), 服法: 每日1次, 每次1粒, 饭后半小时口服。

**1.6 疗效观察** 治疗前后按照下尿路症状缓解程度进行比较。下尿路症状缓解程度, 主要依靠治疗前后患者的IPSS评分和QOL评分情况来判定。疗效评定标准: 显效: 治疗后IPSS分数较治疗前降低50%; QOL $< 3$ 分; 肾阳亏虚伴随症状好转。具备以上3项。有效: 治疗后IPSS分数较治疗前降低50%; 或QOL $< 3$ 分; 或肾阳亏虚伴随症状好转。具备以上1~2项目。无效: 以上3项均未达标, 患者症状未见明显好转。总有效率 = 显效率 + 有效率。

## 2 结果

2组对于前列腺增生的治疗均具有一定疗效, 但五和通络法联合艾灸治疗前列腺增生效果更明显, 患者满意度高。艾灸组对于良性前列腺增生的治疗效果良好, IPSS下降50%的患者占87.5%, QOL $< 3$ 分的患者占75.0%, 肾阳亏虚伴随症状改善明显, 占90.0%; 对照组IPSS下降50%的患者占50.0%, QOL $< 3$ 分的患者占37.5%, 但是对于肾阳亏虚伴随症状改善不明显, 占总人数12.5%。见表1~2。

表1 2组良性前列腺增生患者IPSS、QOL评分下降程度、肾阳虚伴随症状改善情况比较 (例)

组别	例数	IPSS下降50%	QOL $< 3$ 分	肾阳亏虚伴随症状明显改善
对照组	40	20	15	5
治疗组	40	35	30	36

表2 2组良性前列腺增生患者临床疗总有效率比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	5	20	15	62.5
治疗组	40	30	9	1	97.5



## 3 讨论

哈乐是坦索罗辛类的代表药物,其主要作用机理是选择性地阻断前列腺中的 $\alpha_{1A}$ 肾上腺素受体,松弛前列腺平滑肌,可以减轻膀胱出口阻力,从而改善前列腺增生患者的膀胱出口梗阻和下尿路症状为主的临床症状<sup>[3]</sup>。BPH的一线治疗用药对于不同位置、不同程度的前列腺增生都有效,但起效机制不同,不良反应及费用也相应增加<sup>[4]</sup>。良性前列腺增生属中医学“癃闭”范畴。主要病因有:外邪侵袭,饮食不节,情志内伤,瘀浊内停,体虚久病等5种,基本病理机制为肾阳不足,膀胱气化功能失调,本研究选择病例均为肾阳衰惫证<sup>[5]</sup>。取肾俞、命门、腰阳关、天枢、关元、中极、会阴均为温肾补阳,同时健脾益气,以增加膀胱的气化功能,其中会阴穴位于肛门和生殖器的中间凹陷处,为任、督、冲三脉之会,任脉为阴脉之海,督脉为阳脉之海,冲为血海,三者均起于会阴穴,都是调整人体阴阳气血的重要经络,与人体前列腺的功能密切相关。从解剖看,会阴穴前方男性邻前列腺,深部有密集的血管神经、淋巴组织<sup>[6-9]</sup>。有学者研究表明,艾灸会阴穴治疗前列腺增生疗效显著<sup>[5]</sup>。

根据解剖和生理,前列腺属于中医“精室”范畴,前列腺增生的症状属于“癃闭”。肾阳亏虚是该病发生的根本原因。其中,小便不畅、点滴而出者称为“癃”;小便闭塞、点滴不通者称为“闭”<sup>[10]</sup>。前列腺增生的症状时刻困扰着中老年人,严重者甚至需要手术治疗,但是手术治疗毕竟存在损伤,而且受患者综合情况的影响,也有少部分患者出现术后并发症。很多术后的患者,出现复发的情况,也有一些患者出现切割不足,出血、膀胱颈痉挛等并发症<sup>[11]</sup>。单纯口服哈乐虽然能够减少膀胱出口梗阻、改善患者的下尿路症状,但是对于畏寒肢冷,面色苍白,神气怯懦,腰膝酸软,舌质淡、苔薄白、脉沉弱等肾阳亏虚伴随症状的改善并不明显。中医治疗中,中医外治法首当其冲,其中艾灸疗法不可忽视,正如《医学入门·针灸》记载:“药之不及,针之不到,必须灸之。”有学者研究表明,艾灸对于良性前列腺增生治疗效果显著<sup>[11]</sup>。本研究中,对于前列腺增生的治疗,尤其是肾阳亏虚患者,采用五和通络法联合艾灸治疗,能够发挥中西医结合的优势,治疗过程无创伤,效果最佳,患者满意度高,值得在临床应用。

## 参考文献

- [1] 王琦. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:104.  
[2] 梁百慧,方森,林静,等. 老年人体质与常见慢性临床症状相关性[J].

中国老年学杂志,2018,38(14):3551-3553.

- [3] Roehrborn C G,Kaplan S A,J ones J S,et al.Tolterodine extended release with or without tamsulosin in men with lower urinary tract symptoms including overactive bladder symptoms:effects of prostate size[J].Eur Urol,2009,55(2):472-479.  
[4] 李晓宝,张进生. 良性前列腺增生诊治研究进展[J]. 中国微创外科杂志,2008,8(2):186-188.  
[5] 孙洁,陈婷婷,李滢,等. 良性前列腺增生症的中西医结合康复治疗[J]. 中国医药导报,2017,14(36):109-111  
[6] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2003:366-372.  
[7] 姜俊,严振国,张建华,等. 会阴穴的应用解剖观察[J]. 上海针灸杂志,2003,22(7):31-32.  
[8] 张进成. 会阴穴探微[J]. 中国针灸,2000,20(11):667-668.  
[9] 郑盛惠,吴玉娟,魏林林,等. 重灸会阴穴治疗良性前列腺增生症临床研究[J]. 中国中医药学报,2013,41(3):95-97.  
[10] 中国中西医结合学会男科专业委员会. 良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行)[J]. 中华男科学杂志,2017,23(3):280-285.  
[11] 田丙生,王从安. 单纯艾灸治疗中老年前列腺增生的疗效观察[J]. 求医问药,2012,10(2):609-610.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:姚 岚 收稿日期:2019-09-27)

## 枸杞子论选

枸杞,味苦寒,无毒。主五内邪气、热中、消渴、周痹风湿。久服坚筋骨,轻身不老,耐寒暑。《本经》气味主治概根苗花实而言,补未分别,后人以实为枸杞子,根名地骨皮,主治稍不同矣。

枸杞根苗苦寒,花实紫赤,至严冬霜雪之中,其实红润可爱,是禀少阴水阴之气,兼少阴君火之化者也。主治五内邪气、热中、消渴。谓五脏正气不足,邪气内生,而为热中、消渴之病。枸杞得少阴水阴之气,故可治也。

主治周痹风湿者,兼得少阴君火之化也。岐伯曰:周痹者,在于血脉之中,随脉以上,随脉以下,不能左右,各当其所。枸杞能助君火之神,出于血脉之中,故去周痹而除风湿。久服坚筋骨,轻身不老,耐寒暑。亦得少阴水火之气,而精神充足,阴阳交会也。

枸杞苗,气味苦寒。主除烦,益志,补五劳七伤,壮心气,去皮肤、骨节间风,消热毒,散疮肿。

地骨皮,气味苦寒。主去骨热、消渴。

枸杞子,味甘寒。主坚筋骨,耐老,除风,去虚劳,补精气。

——清·张志聪《本草崇原》

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(1)》,人民卫生出版社,2017.

## 李平教授治疗晚期胃癌经验\*

张锋利 李平

(安徽医科大学第一附属医院中西医结合肿瘤科,安徽 合肥 230038)

**摘要:**李平教授提出“元气化生异常,内生瘤毒”是恶性肿瘤形成的根本原因,“毒至正衰”是瘤毒致病的显著特点,“毒生病络”是瘤毒增殖迁移的基础,基于对晚期胃癌发生发展、传变转归的认识,其提出了“扶正气、清瘤毒、调病络”的治疗理念,以达到改善晚期胃癌患者的生活质量,最大限度地延长其“带瘤生存”时间的目的。

**关键词:**李平;晚期胃癌;中医药疗法;毒至正衰;毒生病络

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.044

文章编号:1672-2779(2020)-20-0111-03

### Experience of Professor Li Ping in Treating Advanced Gastric Cancer

ZHANG Fengli, LI Ping

(Department of Oncology of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Anhui Province, Hefei 230038, China)

**Abstract:** Professor Li Ping pointed out that “abnormal vitality, endogenous tumor toxicity” is the primary cause of malignant tumors. “Duzhi Zhengshuai” is a distinctive feature of tumor toxin. “Dusheng Bingluo” is the basis for the proliferation and migration of tumor toxin. Based on the understanding of the occurrence, development, transformation and prognosis of advanced gastric cancer, he put forward the treatment concept of “supporting healthy qi, clearing tumor toxin and regulating disease collaterals”, so as to improve the quality of life of patients with advanced gastric cancer and prolong their “survival time with tumor” as much as possible.

**Keywords:** Li Ping; advanced gastric cancer; therapy of traditional Chinese medicine; Duzhi Zhengshuai; Dusheng Bingluo

#### 1 李平教授简介

李平,男,博士,一级主任医师,教授,卫生部国家临床重点专科(中西医结合肿瘤专科)、国家中医药管理局重点学科(中医肿瘤病学)带头人,全国第六批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,北京中医药大学中医临床特聘专家,北京中医药大学、山东大学、安徽医科大学博士生导师,安徽医科大学、安徽中医药大学硕士研究生导师。安徽医科大学中西医结合肿瘤中心主任,安徽医科大学第一附属医院高新院区副院长,安徽省首届、第二届“江淮名医”,中国中西医结合学会长三角健康一体化肿瘤学科联盟主任委员,中国中医肿瘤防治联盟副主席,中华中医药学会肿瘤分会副主任委员,中国中西医结合学会肿瘤分会副主任委员,中国抗癌协会肿瘤传统医学专业委员会副主任委员,中国老年学会中西医结合肿瘤专业委员会副主委,中国中医药研究促进会肿瘤分会副主任委员,安徽省中医药学会肿瘤专业委员会主任委员。主持国家自然科学基金1项、省级课题12项,参加编写专著多部,为高等医学院校教材《中西医结合肿瘤病学》主编,国家卫生和计划生育委员会“十三五”暨全国高等医药教材建设研究会临床医学专业英文

版规划教材《中医学》副主编。在SCI、CN刊物上发表论文50余篇。

#### 2 胃癌病因病机及治则治法

胃癌是全球常见的恶性肿瘤之一,严重威胁人类的健康和生命,目前全球每年新诊断胃癌病例约100万,死亡人数约为74万,2/3的胃癌患者在发展中国家,其中我国占42%。2019年全国最新癌症报告显示,我国胃癌的发病率居恶性肿瘤的第2位,死亡率居恶性肿瘤的第3位,由于胃癌早期缺乏典型症状及体征,80%确诊时已属于晚期胃癌,且5年生存率极低,其中不可行肿瘤根治切除手术的晚期胃癌患者占20%~25%,化疗、靶向、免疫治疗等联合的综合治疗获益率不高<sup>[1]</sup>。李平教授结合多年中西医结合防治恶性肿瘤的临床经验及研究成果,提出“元气化生异常,内生瘤毒”是恶性肿瘤形成的根本原因,“毒至正衰”是瘤毒致病的显著特点,“毒生病络”是瘤毒增殖迁移的基础,基于对晚期胃癌发生发展、传变转归的认识,其提出了“扶正气、清瘤毒、调病络”的治疗理念,将中医治疗、免疫治疗、抗血管靶向、姑息化疗有机地结合在一起,以最大限度地改善晚期胃癌患者的生活质量,延长其“带瘤生存”时间<sup>[2]</sup>。

李平教授提出“元气化生异常,内生瘤毒”是恶性肿瘤形成的根本原因,晚期胃癌患者,瘤毒聚于胃,瘤毒四周病络恣行,增生无序,痰、湿、瘀与瘤毒胶着一

\* 基金项目:国家自然科学基金[No. 81673908]

体，阻塞病络，同时随病络气血流窜全身。邪胜正衰是瘤毒扩散的显著特点，毒生病络是瘤毒扩散的基础。基于此，对于晚期胃癌患者，李平教授善于运用扶正通络解毒法，不仅要匡扶正气，扶助补益患者的气血阴阳，改善患者的虚证体质；还要调整病络的状态，使其达到气血调和、络脉通达的平和状态，并且要清除瘤毒，减轻患者的肿瘤负荷<sup>[3]</sup>。

李平教授认为晚期胃癌患者因瘤毒消耗或放化疗耗伤等原因，往往出现正气虚损，肾精亏虚；且瘤毒胶着于胃，影响脾胃运化，终至气血亏虚，体质虚弱。李平教授善于运用山萸肉、枸杞子、熟地黄等补肾填精；黄芪、茯苓、白术、甘草等益气健脾；若伴有面色㿔白，畏寒肢冷，胃脘隐痛，喜温喜按，舌淡苔白，脉沉迟，常予附片、肉桂补肾温阳，回阳救逆，大补命门之火，佐以黄芩、黄连，防止温燥太过；若伴有口干咽燥，五心烦热，胃脘灼痛，舌红少苔，脉细数，常予沙参、麦冬、鳖甲、何首乌、白芍等滋阴生津。

病络形成后，呈现瘀滞及过度增殖2种状态。李平教授善于运用虫类药物进行治疗，全蝎、地龙、天龙、蜈蚣等，性善走窜，具钻剔之性，对于久瘀入络，癥瘕积聚之疾，有良好的攻毒散结，通络止痛之功。斑蝥、雄黄、蟾蜍皮等具有阻络作用，阻滞病络过度增殖<sup>[4-5]</sup>。但虫类药药性峻猛，在攻伐瘤毒的同时，又不可避免损伤正气。因此李平教授在运用虫类药物的时候，会根据患者的体质状况酌情用药及用量，同时注意固护胃气，且要定期复查肝功能，避免虫类药物造成药物性肝损害。

对于解毒之法，李平教授认为瘤毒与痰、湿、瘀胶着为一体，治疗上当辨证论治，各个击破。若患者自觉胸脘痞闷，呕吐痰涎，恶心纳呆，舌淡苔白腻，脉滑者，常予半夏、陈皮、姜竹茹、前胡、鱼腥草、杏仁、薏苡仁、白蔻仁、车前草等化痰祛湿；若患者自觉胃脘疼痛，刺痛固定，肌肤甲错，舌质紫黯或伴有瘀斑，脉涩者，常予丹参、三七、当归、红花、桃仁、牡丹皮等活血化瘀。同时李平教授认为，痰，湿，瘀与瘤毒互为胶着，瘤毒局部郁而发热，往往表现为午后低热，局部郁热会加重津液消耗，使得痰、湿、瘀邪更加黏滞胶着，一定程度上会促进瘤毒的进一步扩散。这种局部的改变类似于现代医学中肿瘤微环境的炎症反应<sup>[6-8]</sup>。李平教授擅长运用黄芩、黄连等苦寒之品，通过清热解法来改善局部郁热的情况。同时黄芩、黄连还能对附片、肉桂等大温大热之品起到佐制之功。痰、湿、瘀胶着阻滞气机，因此方中常予柴胡、郁金、陈皮、香附、枳壳等以疏肝行气。另外，瘤毒具有极强的伪装性，它在避开正气锋芒的同时，又能暗耗正气，这与现代医学中的肿瘤细胞的免疫逃逸如出一辙<sup>[9]</sup>。李平教授擅长在扶正通络解毒的基础上通过引经药及中医局部外治法来逆转免疫逃逸，从而重新激发机体免疫功能。胃癌病位在胃，可根

据患者不同的转移灶位置，而选择相应的引经药物：若瘤毒转移至脑，可予川芎、钩藤引药上行；若瘤毒转移至肺，可予桔梗、白芷；若瘤毒转移至肝，可予柴胡、郁金等引药入经。对于体表转移性包块，李平教授擅长应用火针等针刺技术温通经络，改善局部气血运行，改善微循环，更重要的是通过此法能促进正气往局部病灶汇聚，从而起到消肿散结的目的。

扶正通络解毒法作为一种独特的治疗法则，其应用不仅仅局限于中医层面。从西医角度来看，肿瘤的发生发展与瘤毒的扩散，从病因到病机皆有相似之处。西医认为胃癌的发生与遗传因素、饮食因素等密切相关，肿瘤的扩散与肿瘤血管生成相关，这与中医所阐述的“元气化生异常”“毒生病络”理论不谋而合。基于此，李平教授运用中医扶正通络解毒法联合现代治疗手段治疗晚期胃癌患者，取得了较好的疗效，匡扶正气，类似于现代医学中的免疫重建，程序性死亡受体(PD-1抑制剂)及程序性死亡配体(PD-L1抑制剂)的发现揭露了这一免疫机制，相关药物的问世开启了胃癌免疫治疗的先河，同时也改变了胃癌治疗的格局。口服5-FU类化疗药物通过细胞毒作用来“解毒”，甲磺酸阿帕替尼片通过抗肿瘤血管生成作用来“通络”，因此，PD-1或者PD-L1免疫治疗，联合化疗，联合抗肿瘤血管生成治疗也是中医扶正通络解毒法的具体体现。

### 3 医案举隅

患者朱某某，男，50岁。2017年10月10日行“根治性远端胃大部切除+十二指肠部切除+毕Ⅱ吻合术+小肠Braunn吻合术”，术后病理：远端胃：胃窦部小弯侧溃疡型中-低分化腺癌，肿块大小3 cm×2.5 cm×1 cm，侵及浆膜下，脉管内瘤栓(+)，神经侵犯(+)；上下切缘未见癌转移，小弯侧检及淋巴结12枚，其中3枚见癌转移，大弯侧检及淋巴结4枚，未见癌转移。免疫组化：Her-2(-)，Ki-67(+80%)。术后分期：Ⅲb期(T4aN2M0)。2017年11月8日—2018年4月11日行“紫杉醇脂质体+卡培他滨片”方案化疗6周期，李平教授认为该患者手术病理分期偏晚，患者虽然行手术及化学治疗，但瘤毒不易清除，稽留体内，暗耗正气，导致气阴两虚，容易复发和转移，故予以替加氟+中药巩固治疗，以降低患者复发和转移的风险，中药予以“益气养阴解毒方”，具体处方：生黄芪40 g，白术10 g，茯苓10 g，枳壳10 g，党参10 g，姜半夏10 g，陈皮10 g，北沙参10 g，麦冬10 g，山慈菇10 g，浙贝母10 g，黄芩10 g，蜈蚣1条，鳖甲10 g，鸡内金20 g，甘草5 g。水煎服，每日1剂，早晚分服。

此后定期复查，2019年7月17日患者复查示胃癌术后伴肝脏转移，脾脏转移，肝包膜及腹盆腔转移，患者DFS达21个月。2019年7月20日—2019年11月7日予以“卡瑞利珠单抗+甲磺酸阿帕替尼片+替吉奥胶



囊”治疗,联合中药“扶正通络解毒方”,具体处方:生黄芪40g,白术30g,茯苓10g,枳壳10g,党参10g,姜半夏10g,陈皮10g,全蝎6g,蜈蚣1条,鳖甲10g,土鳖虫10g,山慈菇10g,白花蛇舌草20g,黄芩10g,鸡内金20g,甘草5g。水煎服,每日1剂,早晚分服。多次复查示病情稳定,并随症加减此方,近况稳定。

#### 4 小结

扶正通络解毒法在中医、西医治疗中都有各自明确的体现。但这2种治疗方式并不是割裂的,二者是统一的,相辅相成的。补肾益精、健脾益气、滋阴温阳之品能匡扶正气,而PD-1能最大程度激发自身正气,同时使邪气无所遁形,最终使机体抗邪能力最大化;虫类药物与抗肿瘤血管生成药物,解毒药物与化疗药物的搭配亦相得益彰。以一种治疗理念为指导,2种治疗方式相互搭配,根据患者的个体化情况取长补短,最终才能达到疗效最大化,毒性最小化的目的。

#### 参考文献

- [1] 李加柱,王凯冰,郑红艳,等.胃癌分子靶向药物治疗的研究进展[J].中国肿瘤,2017,26(4):279-285.
  - [2] 李平.对肿瘤病因、致病特点的再认识[J].中国中西医结合杂志,2018,38(2):160-162.
  - [3] 唐冠豪,苏丽,李平.基于“稳化生、扶正气、清瘤毒、调病络”理念治疗晚期恶性肿瘤探讨[J].安徽中医药大学学报,2019,38(5):45-47.
  - [4] 苏丽,张兴龙,郑磊,等.消瘤止痛散外敷阿是穴治疗癌性疼痛临床观察[J].安徽中医药大学学报,2020,39(2):32-35.
  - [5] 王明琦,江海丽,张梅,等.益气通络解毒方对晚期结直肠癌化疗患者的增效减毒作用[J].安徽中医药大学学报,2019,38(6):25-27.
  - [6] 杨晓宇,苏秀兰.炎症与肿瘤微环境在肿瘤发生中的作用[J].医学研究杂志,2018,47(6):6-10.
  - [7] 周斌,张毅.慢性炎症微环境与肿瘤[J].临床检验杂志,2017,35(11):840-843.
  - [8] 庞莉,袁刘,葛信国.肿瘤炎症微环境与中医阴阳平衡的关系[J].中医杂志,2018,59(21):1832-1835.
  - [9] 任明名,王俊壹,程海波.中医药与肿瘤免疫治疗[J].自然杂志,2019,41(4):275-279.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:陈 杨 收稿日期:2020-07-14)

## 温经汤治疗生殖系统疾病拾萃

李廷付 吕恒军

(江苏省东海县人民医院中医科,江苏 东海 222300)

**摘要:**经方温经汤本为治疗妇科杂病,笔者通过其加减广泛应用于治疗男、女生殖系统疾病。本文介绍了笔者运用温经汤辨治原发性痛经、带下病、产后恶露不绝、女性不孕症及男性少弱精子症的验案,并加以分析。这主要基于生殖系统疾病多为虚寒夹瘀的病理特点,以及温经汤的温经散寒化瘀功效,充分体现了中医辨证论治、整体观念和异病同治的原则。

**关键词:**温经汤;原发性痛经;带下病;产后恶露不绝;不孕病;少弱精子症;经方

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.045

文章编号:1672-2779(2020)-20-0113-03

### Wenjing Decoction in Treating Reproductive System Diseases

LI Tingfu, LYU Hengjun

(Department of Traditional Chinese Medicine, People's Hospital of Donghai County, Jiangsu Province, Donghai 222300, China)

**Abstract:** The classical prescription Wenjing decoction is the treatment of miscellaneous gynecological diseases. And it is widely used to treat male and female reproductive diseases. This article describes the author's use of Wenjing decoction to treat primary dysmenorrhea, underlying disease, postpartum lochia, female infertility and male oligozoospermia, and analyze the reason. This is mainly based on the deficiency pathological characteristics of the reproductive system diseases, and the warming and dispelling effect of Wenjing decoction, which fully reflects the principles of TCM syndrome differentiation, overall concept and the treatment of different diseases.

**Keywords:** Wenjing decoction; primary dysmenorrhea; leukorrhagia; postpartum lochia; infertility; oligoasthenozoospermia; classical prescription

温经汤是《金匮要略》载方,由东汉著名中医学家张仲景所创,方由桂枝、吴茱萸、川芎、当归、芍药、牡丹皮、生姜、半夏、麦冬、人参、甘草、阿胶等12种中草药组成。临床用于治疗月经不调、痛经、闭经、崩漏、不孕等疾病发展过程中出现虚寒兼瘀证型,清代中医学家徐灵胎称为“此调经总方”<sup>[1]</sup>。在20余年临床工作中,笔者运用中医整体观念思想,异病同治的原则,通过辨证与辨病相结合方式,灵活运用温经汤加减,辨治妇科、男科等临床疾病,取得满意疗效。现就生殖系统常见疾

病,举例分析,介绍如下。

#### 1 原发性痛经

患者张某,女,21岁,未婚,2016年3月5日初诊。经行时及经行后小腹部冷痛6年。月经史:初潮15岁,经期4~5d,周期29~30日一行,末次月经:2016年3月5日,经量少,颜色暗紫,偶见血块,经行时小腹部冷痛,喜暖喜按,得热则缓,伴见周身乏力,腰膝酸软,纳可,夜寐欠安,二便正常,舌质淡白,舌苔薄白,脉沉弱。彩色多普勒超声:子宫附件无明显异

常。西医诊断：原发性痛经，中医诊断：痛经病，阳虚内寒证。治法：温经散寒，暖宫止痛。温经汤加减：桂枝 10 g，乌药 10 g，吴茱萸 3 g，川芎 10 g，当归 10 g，炒白芍 10 g，阿胶 10 g(烊化)，牡丹皮 5 g，生姜 10 g，姜半夏 10 g，麦冬 5 g，红参 10 g，山药 15 g，杜仲 15 g，酸枣仁 10 g，炙甘草 6 g。7 剂，每日 1 剂，加水 500 mL，浸泡 30 min，煎煮 30 min，取汁 200 mL，分早晚 2 次温服。

2016 年 4 月 6 日二诊：诉昨日行经，小腹部冷痛明显好转，月经量中，颜色淡红，未见血块，仍感乏力，腰酸减轻，纳可，寐安，舌质淡红，舌苔薄白，脉沉。原方去酸枣仁 10 g，加炙黄芪 20 g。7 剂。

2016 年 5 月 9 日第三诊，现经行第 3 天，诉经行及经后小腹无疼痛，周身无乏力，续用 4 月 6 日方。7 剂。观察 1 年，经水时及经后腹痛未作。

**按语：**原发性痛经是临床常见妇科疾病，现代医学认为本病与内分泌代谢紊乱等有关。中医学认为本病乃气血、精血素亏，经期精血不能濡润滋养冲任、胞宫，故不荣则痛；或阳气素虚，寒邪外侵，导致寒凝冲任、胞宫，气血运行不通畅，不通则痛<sup>[1]</sup>。病者月经初潮，出现痛经，以经时及经行后腹部冷痛为主，持续数载，伴见月经量少，颜色暗，少许血块，结合全身情况及舌象脉象，辨证属于阳虚内寒。故用温经汤加乌药温经散寒，加山药、杜仲及酸枣仁健脾补肾养心安神。诸药配合，温经暖宫止痛，健脾补肾。经血调匀，痛经自除。现代医学研究表明<sup>[2]</sup>，温经汤具有促进卵巢、子宫动脉血流，促使血液灌注增加，改善微循环作用。因此，温经汤可能是通过改善子宫的循环障碍，达到止痛作用。

## 2 带下病

患者刘某，女，42 岁，已婚，2017 年 11 月 3 日初诊。白带量多半年余。此前本院妇科门诊妇查示：子宫颈肥大，宫颈糜烂 50%。白带涂片镜检：正常。彩色多普勒超声：子宫附件未见异常。经微波治疗，病情好转，但多次复发。刻诊：带下量多，颜色淡白，质地稀薄，淋漓不尽，平时月经量少，颜色暗紫，少许血块，腰膝酸软，下腹部发冷，舌质淡紫，舌苔薄白，尺脉沉弱。西医诊断：宫颈炎 2 度，中医诊断：带下病，脾肾虚寒，气血两虚。治法：温补脾肾止带，益气养血。温经汤加减：桂枝 15 g，补骨脂 10 g，吴茱萸 6 g，党参 20 g，苍术 15 g，白术 20 g，炙黄芪 30 g，山药 30 g，川芎 10 g，当归 10 g，干姜 10 g，姜半夏 10 g，牡丹皮 5 g，麦冬 5 g，阿胶 5 g(烊化)，炙甘草 6 g。5 剂，每日 1 剂，加水 600 mL，浸泡 30 min，煎煮 30 min，取汁 200 mL，分早晚 2 次温服。

2017 年 11 月 8 日二诊：诉带下量明显减少，色淡，质稀，腰不酸，小腹部不冷，舌质淡红，舌苔薄白，脉沉。嘱上方去桂枝 5 g，补骨脂 10 g，吴茱萸 3 g。5 剂。

2017 年 11 月 13 日三诊：诉带下正常，量中，色淡质稀，月经量色质正常，舌质淡红，舌苔薄白，脉沉。嘱 11 月 8 日方去阿胶 5 g。14 剂。随访 1 年，白带正常。

**按语：**带下病是妇科常见疾病，现代医学认为主要由于各种病原菌感染或免疫异常引起的子宫颈及阴道壁炎症反应。中医认为，带下病是由湿邪影响任脉、带脉的功能，导致带脉失其约束，任脉不能固涩所形成<sup>[4]90-91</sup>。患者白带量多，颜色淡，质地稀薄，持续半年余，伴见月经量少，颜色暗，少许血块，小腹怕冷喜暖，舌淡紫，苔薄白，脉沉弱等，辨证属脾肾虚寒，气血两虚。法以健脾补肾止带，补气养血散寒。以温经汤加补骨脂温补冲任，加健脾止带的苍白术、黄芪、山药。诸药合用，冲任温，脾气健，肾阳补，带下止。现代医学研究也表明<sup>[5]</sup>，温经汤加减具有良好的抗炎作用，其抗炎机制可能与抑制免疫反应有关。

## 3 产后恶露不绝

患者李某，女，28 岁，已婚，2017 年 5 月 9 日初诊。产后阴道出血不止 22 d。刻诊：产后 22 d，阴道持续流血不止，量较多，颜色暗紫，有小血块，面色白，小腹冷痛，腰酸乏力，纳谷不香，夜寐欠安，二便正常，舌质淡紫，舌苔薄白，脉弱。彩色多普勒超声：子宫正常大小，双侧附件无异常。西医诊断：晚期产后出血，中医诊断：产后恶露不绝，气血两虚，冲任虚寒。治法：温经补气摄血，调补冲任。温经汤加减：桂枝 12 g，红参 10 g，炙黄芪 30 g，吴茱萸 3 g，当归炭 15 g，红花炭 10 g，续断 20 g，丹皮炭 10 g，炮姜炭 10 g，姜半夏 10 g，麦冬 10 g，阿胶 10 g(烊化)，炙甘草 6 g。3 剂。每日 1 剂，加水 500 mL，浸泡 30 min，煎煮 30 min，取汁 200 mL，分早晚 2 次饭后温服。

2017 年 5 月 12 日二诊：诉服药后阴道流血量明显减少，乏力腰酸症状减轻，仍纳差，夜寐安，舌质淡，舌苔薄白，脉弱。上方加焦山楂 10 g。5 剂。

2017 年 5 月 17 日三诊：诉阴道未见出血，面红有血色，精神佳，无腰酸，纳可，寐安。5 月 12 日方去炮姜炭、当归炭、红花炭、丹皮炭，再进 7 剂以巩固疗效。

**按语：**产后恶露不绝是常见产科疾病。现代医学认为，该病由于产后胎盘残留及子宫收缩功能不良等所导致。中医认为，本病是由于妇人产后气血虚弱，冲任失其固涩功能，气血运行失其常道所致<sup>[6]</sup>。妇人分娩后，恶露本应 20 d 内完全排尽，现患者产后阴道流血 20 余日未止，量多色暗，可见小血块，小腹冷痛，结合舌质淡紫、苔薄白，脉弱，辨证当属气血亏虚，冲任虚寒。治疗应标本兼治，补气摄血、温经散寒、调补冲任，选方温经汤，加炙黄芪补气，再加入炮姜炭、当归炭、红花炭、丹皮炭化瘀止血，全方共奏补气养血止血，温经散寒调补冲任之效，服药后，胞宫得温、瘀血消散、冲任调畅，恶露遂止。

#### 4 不孕症

患者谢某,女,32岁,已婚,2014年7月4日初诊。婚后未避孕不孕8年。诉婚后8年余,该夫妇无长期分居史,无任何避孕措施,女方未受孕,男方精液质量分析检测:正常范围。此前在某生殖中心彩色多普勒超声示:双侧卵巢呈多囊样改变。性激素监测:黄体生成素(LH):26.86  $\mu\text{g}/\text{mL}$ ,卵泡刺激素(FSH):8.1  $\mu\text{g}/\text{mL}$ 。经过多次雌孕激素调周无效,前来求治。刻诊:月经稀发,40~90 d一行,经前小腹部胀痛,量少色暗紫,偶见血块,肥胖,平时腹部怕冷,腰酸乏力,纳谷香,夜寐安,二便调,舌淡紫、苔白,尺脉沉细。西医诊断:不孕症,多囊卵巢综合征,中医诊断:不孕病,脾肾阳虚,气滞血瘀。治法:温补脾肾,活血行气。温经汤加减:桃仁10 g,当归15 g,川芎15 g,白芍10 g,牡丹皮10 g,桂枝12 g,吴茱萸10 g,生姜10 g,苍术15 g,姜半夏15 g,麦冬10 g,党参20 g,阿胶10 g(烊化),菟丝子15 g,山药30 g,炙甘草6 g。30剂。每日1剂,加水600 mL,浸泡30 min,煎煮30 min,取汁200 mL,分早晚2次温服。同时告知病者调畅情志、忌食肥腻、运动减肥。

2014年8月3日二诊:诉服药后,月经于7月29日来潮,量少,颜色淡红,未见血块,经前腹部胀痛消失,腹部怕冷减轻,舌质淡红,舌苔白腻,脉沉。7月4日方去阿胶5 g,30剂。

2014年9月4日第三诊,诉纳可寐安无不适,续服原方1个月。

2014年10月9日来诊,患者诉月经已能每月按期而至。续服原方加减治疗。

2015年2月10日患者来诉,已自然怀孕2个月。1年后随访已顺利产子。

**按语:**不孕症是临床常见生殖系统疾病,现代医学认为,男女双方多种原因皆可导致本疾病发生,女方常见如垂体因素、卵巢内分泌因素、输卵管因素和子宫因素等,造成排卵功能障碍或精子和卵子不能结合,因此不能受孕。中医认为该病与肾关系密切,由于肝郁、血瘀、痰湿、肾虚等引起天癸、冲任、子宫失去正常调节功能,故而不能受孕<sup>[4]58</sup>。现代医学研究也表明,温经汤中的某种成份可作用于垂体,促使其释放促黄体生成素和促卵泡刺激素,激活卵巢功能,从而诱导排卵<sup>[1]</sup>。患者出现月经稀发,量少,颜色暗紫,偶见血块,肥胖,时有腹部怕冷,结合舌脉,辨证属于阳虚内寒,气滞血瘀,故用温经汤加桃仁活血,再加健脾除湿补肾的苍术、菟丝子、山药,诸药配合,温补脾肾,活血行气,经血调匀,胎孕乃成。

#### 5 少弱精子症

患者周某,男29岁,2015年4月14日初诊。婚后未育3年余。2012年春季结婚,3年来夫妻同居,未采

取任何避孕措施,女方未怀孕。女方双侧输卵管碘油造影显示双侧通畅,监测排卵正常。本院及外院多次精子质量功能分析检测:精液量:1.2~1.5 mL,酸碱度:7.2~7.5,密度:11.5~13.6 $\times 10^6$  mL, A级+B级=18%~25%。中西医治疗多次,配偶仍未受孕。刻诊:畏寒,周身无力,腰酸怕冷,性欲减退,舌质淡白,舌苔薄白,尺脉沉弱。男科查体:阴茎发育未见异常,两侧睾丸体积约14 mL,双侧输精管可扪及,睾丸附睾无结节及触压痛,双侧精索静脉无曲张。西医诊断:少弱精子病;中医诊断:不育病,脾肾阳虚,肾精不足。治法:温补脾肾,补肾生精。温经汤加减:桂枝12 g,菟丝子10 g,鹿角霜20 g,覆盆子10 g,吴茱萸2 g,五味子10 g,干姜10 g,枸杞子10 g,当归15 g,川芎10 g,牡丹皮10 g,麦冬10 g,车前子10 g(包煎),党参15 g,炙甘草6 g。30剂,每日1剂,加水600 mL,浸泡30 min,煎煮30 min,取汁200 mL,分早晚2次温服。

2015年5月15日二诊,诉无畏寒怕冷,无腰酸乏力,性欲正常,舌质淡白,舌苔薄白,尺脉沉,复查精子质量功能分析:精液量:1.8 mL,酸碱度:7.3,密度20 $\times 10^6$  mL, A级+B级=32%。原方再进60剂。

2015年7月16日三诊,患者诉有纳差口腻感,复查精子质量功能分析:精液量:3.2 mL,酸碱度:7.2,密度:43 $\times 10^6$  mL, A级+B级=58%。

5月15日方去麦冬5 g,加焦神曲10 g,30付。

2015年10月20日,来人代诉其妻已孕。

**按语:**男子不育病是临床常见男性疾病,西医学认为本病与内分泌、感染、精索静脉曲张、遗传、环境、药物等因素有关<sup>[6]</sup>。中医认为肾藏精,人的精气充盛是生殖的基础,男子不育的病根在肾,病理性质总体属虚<sup>[7]</sup>。由于先天、后天各种因素引起脾肾亏虚、肝郁、血瘀等,导致肾精不足,故而出现生殖能力减低。病者全身乏力、腰酸怕冷、性欲减退、舌淡、苔薄白、脉弱,辨证属于脾肾阳虚,肾精亏虚。故用温经汤加鹿角霜、覆盆子温补脾肾,再酌加平补脾肾的菟丝子、枸杞子、五味子、车前子等。诸药相配,温补脾肾,补肾生精,脾气运、肾精足,故能有子。

#### 参考文献

- [1] 李克光,张家礼.金匱要略译释[M].北京:人民卫生出版社,2008:517-518.
- [2] 马宝璋,齐聪.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2017:93-94.
- [3] 徐丁洁,徐洪,董玉山,等.金匱温经汤对虚寒证原发性痛经患者子宫动脉血流动力学的影响[J].中医药导报,2016,25(13):36-38.
- [4] 罗元恺,曾敬光.中医妇科学[M].上海:上海科学技术出版社,2000.
- [5] 陈超,窦永起,滕鸣健,等.温经消瘀颗粒抗炎作用与机制[J].中华中医药杂志,2016,31(9):3512-3515.
- [6] 秦国政.中医男科学[M].北京:科学出版社,2017:164.
- [7] 秦国政.中医男科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:179.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:丁维超 收稿日期:2019-11-01)



实验研究 EXPERIMENTAL STUDY

# 基于时间点探讨针刺对脑缺血再灌注损伤大鼠脑组织 VEGF 表达的影响\*

冯恩敏<sup>1</sup> 凌志强<sup>1</sup> 左世国<sup>1</sup> 刘春红<sup>1</sup> 陈楚淘<sup>1</sup> 田浩梅<sup>2</sup>\*

(1. 湖南中医药大学研究生学院, 湖南 长沙 410208; 2. 湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙 410208)

**摘要:**目的 通过观察针刺对大鼠脑缺血再灌注损伤后不同时间点 VEGF 表达的影响, 探讨针刺对脑保护作用的可能机制。方法 将雄性 SD 大鼠 80 只随机分为假手术组、模型组、针穴对照组、针穴点组, 再随机分成干预 1、3 d 组, 10 只 / 组, 采用改良线栓法制备大鼠中动脉缺血模型(MCAO)。治疗 1 d 与 3 d 后行神经功能缺损评分及 TTC 检测脑梗死面积比, 蛋白印迹法检测大鼠缺血侧海马 VEGF 的表达。结果 干预 1 d 后, 相较于假手术组, 造模组脑梗死面积比值升高明显( $P < 0.01$ ), 脑海马 VEGF 表达显著升高( $P < 0.01$ ); 相较于模型组, 针穴对照组及针穴点组脑梗死面积比值不同程度下降, 针穴点组下降更明显, 而海马 VEGF 表达均升高( $P < 0.01$ ); 干预 3 d 后, 相较于模型组, 针穴对照组及针穴点组脑梗死面积比分值下降( $P < 0.01$  或  $P < 0.05$ ), 而海马 VEGF 表达均升高( $P < 0.01$ ); 且相较于对照组, 针穴点组海马 VEGF 表达升高更明显( $P < 0.01$ )。结论 针刺“人中”“百会”“大椎”穴可有效改善脑缺血再灌注损伤, 且其机制可能跟持续激活 VEGF 的表达, 促进血管新生有关。

**关键词:** 针刺; 脑缺血再灌注损伤; 大鼠; 时间点; VEGF

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.046

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0116-04

## Study on the Effect of Acupuncture on the Expression of VEGF in Brain Tissue of Rats with Cerebral Ischemia-reperfusion Injury Based on Time Point

FENG Enmin<sup>1</sup>, LING Zhiqiang<sup>1</sup>, ZUO Shiguo<sup>1</sup>, LIU Chunhong<sup>1</sup>, CHEN Chutao<sup>1</sup>, TIAN Haomei<sup>2</sup>\*

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

2. College of Acupuncture and Massage, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of acupuncture on VEGF expression at different time points after cerebral ischemia-reperfusion injury in rats, and to explore the possible mechanism of acupuncture on brain protection. **Methods** 80 male SD rats were randomly divided into sham operation group, model group, acupoint control group and acupoint group. Each group was randomly divided into groups (1 d and 3 d); 10 / group. Middle cerebral artery ischemia model (MCAO) was established by modified thread occlusion method. After 1 d and 3 d of treatment, the ratio of infarct area was measured by neurological deficit score and TTC staining, and the expression of VEGF in hippocampus was measured by Western blot. **Results** After 1d, compared with the sham operation group, the ratio of cerebral infarction area in the model group increased significantly ( $P < 0.01$ ), and the expression of VEGF in the hippocampus increased significantly ( $P < 0.01$ ). Compared with the model group, the ratio of cerebral infarction area in the acupuncture point control group and acupuncture point group decreased in different degrees, and the expression of VEGF in the hippocampus increased significantly ( $P < 0.01$ ). After 3d, compared with the model group, the area ratio of cerebral infarction decreased ( $P < 0.01$  or  $P < 0.05$ ) in the acupuncture point control group and acupuncture point group, while the expression of VEGF in hippocampus increased ( $P < 0.01$ ), and compared with the control group, the expression of VEGF in hippocampus of acupuncture point group increased more significantly ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Acupuncture at Renzhong (DU26), Baihui (DU20) and Dazhui (DU14) can effectively improve cerebral ischemia-reperfusion injury, and its mechanism may be related to the continuous activation of VEGF expression and the promotion of angiogenesis.

**Keywords:** acupuncture; cerebral ischemia-reperfusion injury; rats; time point; VEGF

缺血性疾病产生的组织损伤是导致死亡的重要因素, 有研究表明在脑缺血再灌注的起始阶段, 血流的再灌注不低于缺血前状态<sup>[1]</sup>。恢复血流对重新获得血液供应的组织细胞往往会造成损伤, 即为脑缺血再灌注损伤

(Cerebral ischemia reperfusion injury, CIRI), 而再灌注所造成的损伤比缺血本身所造成的损伤更大。脑梗死后会导致血流量急剧下降, 而梗死区内的新生侧支血管则可改善其周围的组织灌流。有研究证实血管新生能增加脑卒中后血流量, 减轻因缺血导致的脑组织损伤, 促进脑血管网络系统重建与神经功能恢复, 已成为治疗脑缺血的关键靶点之一<sup>[2-3]</sup>。

血管内皮生长因子 (Vascular endothelial growth

\* 基金项目: 地方高校国家级大学生创新创业训练计划项目【No. 201710541006】; 湖南省中医药管理局一般项目【No. 201961】

※通讯作者: 451358104@qq.com

factor, VEGF)即为血管通透性因子,是血管内皮细胞特异性的肝素结合因子,对血管的新生起着重要作用。相关研究指出,外源性输入 VEGF 能有效促进侧支循环形成及加大血流量,并且成功应用于外周动脉闭塞性疾病和心肌缺血的治疗当中<sup>[4-5]</sup>。针刺对 CIRI 大鼠大脑皮层微血管的超微结构损伤起到有效的保护作用,但不同针刺时间点对脑缺血再灌注 VEGF 的表达影响在相关文献中鲜少提及,因而针刺对血管内皮生长因子的影响是否具有时间差异性,针刺效应是否与血管内皮生长因子作用一致,均有待进一步证实。

## 1 材料与方法

### 1.1 材料

**1.1.1 动物** 80只 SPF 级雄性 SD 大鼠,230~250 g,湖南中医药大学动物实验中心[SCX(湘)2013-0004],温度:20~25℃,湿度:50%~70%。

**1.1.2 主要器材及仪器设备** 针灸针具(0.25 mm×13 mm),苏州奥德普医疗器械有限公司(华佗牌);线栓,上海玉研科学仪器有限公司;缝合线,河南科虹医疗器械有限公司;手术器械,湖南中医药大学中心实验室提供;摇床,上海诚坤仪器制造有限公司;恒温箱,芜湖华测仪器设备有限公司;-20℃冰箱、-80℃冰箱,河北美的电器有限公司。

### 1.2 研究方法

**1.2.1 制备模型** 参考 Zea Longa<sup>[6]</sup>线栓法制备 MCAO 模型,主要步骤如下:实验大鼠适应性喂养1周,造模前24 h(禁食不禁水),腹腔注射麻醉(0.3 mL/100 g,10%水合氯醛),仰卧位固定,剪毛,消毒,钝性分离,暴露颈总动脉(CCA)、颈内动脉(ICA)、颈外动脉(ECA),在 CCA 上剪靠近血管分叉处(约3 mm)剪小切口,插入线栓(深度为约19 mm),结扎,抗炎,单笼饲养,拔出栓线约1 cm(约2 h),再灌注。

假手术组处理方法:假手术组只分离颈动脉,不插线,其余按同样步骤处理。

MCAO 模型成功判定:采用 Zea Longa 五级四分法<sup>[6]</sup>标准,评分为1~3分的大鼠纳入实验。剔除不符标准大鼠后,按同样方法造模并补充至各组。

**1.2.2 动物穴位定取方法及针刺方法** 穴点定位参照《实验针灸学》<sup>[7]</sup>及华兴邦制定的《实验动物图谱》<sup>[8]</sup>中的穴位定位方法,并模拟人体腧穴骨度分寸法选取人中、百会、大椎穴位;大椎穴:后正中线上,第7颈椎与第1胸椎间,直刺4~6 mm;百会穴:顶正中线上,平刺10 mm;人中穴:唇裂鼻尖下1 mm前正中线上,斜刺2~3 mm。

穴点对照点:大椎、百会、人中左侧旁开约0.3 cm处,针刺方法参照针穴点组。

**1.2.3 分组及处理** 常规饲养1周后,先随机挑选20只为

假手术组,其余大鼠进行造模处理,后对造模成功大鼠进行神经功能缺损评分,再将造模成功大鼠随机分为模型组、针穴点对照组、针穴点组。待大鼠生命体征平稳(根据本研究结果以及以往课题组的研究表明,大鼠缺血再灌注后生命体征稳定时间为2 h)后进行相应干预。

假手术组、模型组:固定联合捆绑30 min,不针刺。

针穴点组、针穴点对照组:固定+捆绑30 min,针刺相应穴点或对照点,针刺后平补平泻捻针1 min,15 min后每穴行针1 min,留针30 min/次,每12 h干预一次,分别于1、3 d后先进行神经功能缺损评分,随之处死大鼠取材,观察缺血区脑梗死面积比值、蛋白质印迹法检测海马 VEGF 表达变化。

**1.2.4 样本的采集** 脑片的采集方法:大鼠麻醉后迅速断头取脑,冲洗(0.9% NaCl),入冰箱(-20℃)20 min,切除其他附属结构,全脑切分为5片,切片后按 TTC 试剂盒说明检测。

海马组织的采集方法:取脑,分离海马,入冻存管,液氮冻存,待测 VEGF 蛋白。

**1.3 检测指标** 梗死面积比值:采集照片并存储于电脑,图象分析软件(Image Pro Plus 6.0)计算最大缺血断面 A 片面积,按  $IS\% = (S1 - S_r) / 2S1 \times 100\%$  ( $S1$ : A 片健侧总面积;  $S_r$ : A 片患侧非梗死区面积)<sup>[9]</sup>计算。

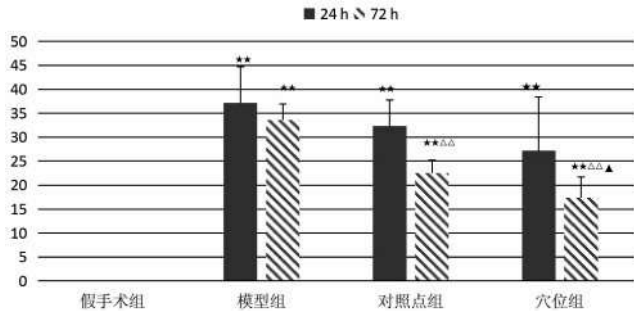
VEGF 蛋白表达水平:提取缺血侧海马总蛋白,测浓度,凝胶电泳,转膜,加一抗(Anti-Ngb Rabbit-13499-1-AP,  $\beta$ -actin Mouse-60008-1-Ig)孵育(4℃过夜),加二抗(HRP goat anti-mouse, HRP goat anti-rabbit)孵育(45~60 min),显色曝光,扫描条带→测定灰度值并分析数据,与  $\beta$ -actin 的比值计算。

**1.4 统计学方法** 数据使用 SPSS 18.0 软件处理,正态分布用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ ),单因素方差分析(One-way ANOVA),方差齐用 LSD 和 SNK 法,方差不齐用 Tamhane's T2 或 Dunnett's T3 法;不符合正态分布,行秩和检验(K Independent Samples)。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 针刺对脑缺血再灌注损伤大鼠不同时间点脑梗死面积比值的影响** 参照 TTC 染色后标准,假手术组无梗死区域,其余各组样本可见不同程度的梗死区域。干预1 d(24 h)后,相较于假手术组,余造模组脑梗死面积比值增大显著( $P < 0.01$ );相较于模型组,两干预组比值无差异( $P > 0.05$ ),但仍呈下降趋势。干预3 d(72 h)后,相较于假手术组,造模组脑梗死面积比值增大显著( $P < 0.01$ );相较于模型组,两干预组比值均降低明显( $P < 0.01$ );相较于针穴点组,针穴点对照组比值有明显降低趋势。相较于干预1 d组,干预3 d模型组、针穴点对

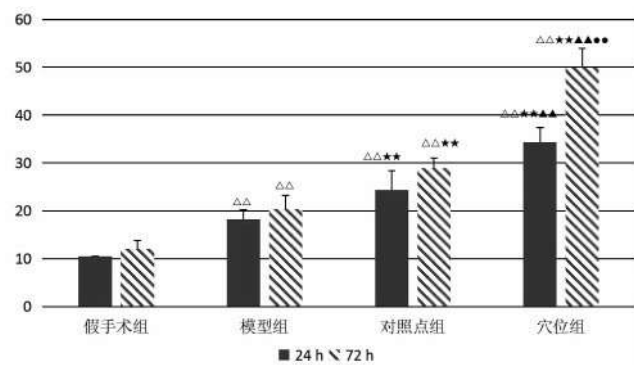
照组梗死面积比值无差异 ( $P > 0.05$ ), 针穴点组组内比值差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见图 1。



注:与假手术组比,\*\* $P < 0.01$ ;与模型组比,△△ $P < 0.01$ ;与 1 d 组比,▲ $P < 0.05$

图 1 针刺对脑缺血再灌注损伤大鼠不同时间点脑梗死面积比值的影响

2.2 针刺对脑缺血再灌注损伤大鼠不同时间点海马 VEGF 的影响 干预 1 d 后:相较于假手术组,模型组 VEGF 的表达水平升高明显 ( $P < 0.01$ );相较于模型组,针穴点对照组、针穴点组 VEGF 的表达水平增加 ( $P < 0.01$ ),相较于针穴点对照组,针穴点组 VEGF 表达水平提高显著 ( $P < 0.01$ )。干预 3 d 后各组间 VEGF 的表达水平均有上升,其趋势与 1 d 相同。相较于干预 1 d 组后,3 d 假手术组、模型组与针穴点对照组 VEGF 的表达无统计学意义 ( $P > 0.05$ );3 d 针穴点组 VEGF 的表达水平升高更明显 ( $P < 0.05$ )。见图 2。



注:与假手术组比,△△ $P < 0.01$ ;与模型组比,\*\* $P < 0.01$ ;与对照点组比,▲▲ $P < 0.01$ ;与 1 d 组比,●● $P < 0.01$

图 2 针刺调控脑缺血再灌注大鼠不同时间点 VEGF 的表达

### 3 讨论

VEGF 在缺血缺氧条件下起着关键作用,在缺血缺氧的诱导下,VEGF 信号通路被激活,VEGF 与其相应的受体 VEGFR-2 结合,进而进一步磷酸化下游的 ERK 等效应蛋白,而在血管内皮细胞上最先出现磷酸化的 ERK,进而被迅速转运至细胞核内,促使血管内皮细胞增殖、迁移等,主导信号传导和血管新生,本实验也证明 VEGF 在脑缺血再灌注损伤中被激活。

针刺治疗脑血管病的疗效临床已经证实,已被选用为临床脑血管病的常规治疗手段<sup>[10-11]</sup>,可有效地改善脑

缺血的临床症状及改善预后。近年来,针灸治疗缺血性脑血管病取得肯定疗效<sup>[12-13]</sup>,其治病机制的研究也日渐深入,而在针刺介导血管新生治疗脑缺血的机制研究中发现,针刺可调控血管新生相关因子的活性及其表达。针刺可促进脑缺血后脑内 VEGF 的产生,并增加梗死灶周围组织血管内皮细胞生长因子 mRNA 的表达,使 VEGF 保持高水平浓度,同时增加其系统的活性<sup>[14-15]</sup>。因此针刺可大幅度地改善 MCAO 后脑微循环灌注状态,减轻脑损伤。

大椎、百会和人中三穴为督脉要穴,历代医家多有“病变在脑,首取督脉”之说,大椎穴为“三阳督脉之会”(《针灸甲乙经》),为全身交会经脉最多的一个交会穴。“督脉者,起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑。”大椎为督脉入脑之枢纽要穴,刺之可开通督脉,活血行气。一开一补,相得益彰,共奏醒脑开窍,活血行气之功。百会位于巅顶,又称三阳五会,为百脉聚会处,火灸该穴直至“外生内熟”,则能温补百脉之经气,使气血上荣,补益脑髓,治眩治本。

本研究发现治疗 1 d 后,与假手术组比较,造模组脑梗死面积比值升高 ( $P < 0.01$ ),脑海马 VEGF 表达也呈相似趋势 ( $P < 0.01$ );与模型组比较,针穴点对照组及针穴点组脑梗死面积比值下降,针穴点组下降更明显,而脑海马 VEGF 表达均升高 ( $P < 0.01$ );治疗 3 d 后,与模型组比较,针穴点对照组及针穴点组脑梗死面积比值下降 ( $P < 0.01$  或  $P < 0.05$ ),而脑海马 VEGF 表达均升高 ( $P < 0.01$ );且与对照组比较,针穴点组脑海马 VEGF 表达升高更明显 ( $P < 0.01$ )。提示针刺对脑缺血在灌注损伤大鼠的疗效在一定时间内可能与针刺治疗时长存在一定正相关关系,且针刺可能依靠针刺时长持续激活 VEGF 的表达,从而实现血管增生,改善脑缺血再灌注损伤。

综上所述,针刺人中、百会、大椎穴可有效改善脑缺血再灌注损伤,且其机制可能跟持续激活 VEGF 的表达,促进血管新生有关。

### 参考文献

- [1] 邵国守. 国外医学·神经病学神经外科学分册[M]. 长沙:湖南医科大学,1992:65.
- [2] Dobbin S J H,Cameron A C,Petrie M C,et al.Toxicity of cancer therapy:what the cardiologist needs to know about angiogenesis inhibitors[J].Heart,2018,104(24):1995-2002.
- [3] Mander K A,Finnie J W.Tumour angiogenesis,anti-angiogenic therapy and chemotherapeutic resistance[J].Aust Vet J,2018,96(10):371-378.
- [4] Matsumoto K,Ema M.Roles of VEGF-A signalling in development,regeneration,and tumours [J].J Biochem,2014,156(1):1-10.
- [5] Eswarappa S M,Fox P L.Antiangiogenic VEGF-Ax:A New Participant in Tumor Angiogenesis[J].Cancer Res,2015,75(14):



- 2765-2769.
- [6] Longa E Z, Weinstein P R, Carlson S, et al. Reversible middle cerebral artery occlusion without craniectomy in rats[J]. Stroke, 1989, 20(1): 84-91.
- [7] 李忠仁. 实验针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 425-431.
- [8] 华兴邦. 大白鼠穴位图谱的研究[J]. 实验动物与动物实验, 1991(1): 13-15.
- [9] Swanson R A, Morton M T, Tsaowu G, et al. A semiautomated method for measuring brain infarct volume[J]. Journal of Cerebral Blood Flow, 1990, 10(2): 290.
- [10] 李滚, 曾宪容, 刘鸣, 等. 针刺治疗急性缺血性脑卒中的国内外研究对比[J]. 中国针灸, 2004, 24(3): 218-220.
- [11] 李哲楠, 贾红玲. 针灸治疗中风先兆的临床研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(4): 533-535.
- [12] 朱路文, 赵晓倩, 唐祎周, 等. “逆时针”防治中风病的研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(1): 130-132.
- [13] 姚书琦, 易玮, 刘荣, 等. 近5年电针预处理及电针治疗脑缺血大鼠的机制研究进展[J]. 针刺研究, 2019, 44(5): 383-387.
- [14] 贾蓝羽, 杜元灏, 李晶, 等. 电针“水沟”穴对脑缺血大鼠缺血组织血管新生相关因子表达的影响[J]. 针刺研究, 2019, 44(10): 715-721.
- [15] 高亭, 高慧. 针灸联合通心活血解毒汤对缺血性脑卒中纤维细胞生长因子和血管内皮生长因子及细胞凋亡相关指标的影响[J]. 中国中医急症, 2018, 27(6): 1048-1050.
- (本文编辑: 尹秀平 本文校对: 谭洁 收稿日期: 2020-03-13)

## 抗妇炎胶囊质量标准研究

王影超 姜莲 廖敏

(贵州省食品药品检验所, 贵州 贵阳 550004)

**摘要:**目的 完善抗妇炎胶囊的质量控制标准。方法 建立鉴别苦参、黄柏的显微鉴别方法, 建立鉴别连翘、黄柏的薄层色谱鉴别(TLC)方法, 采用高效液相色谱法(HPLC)测定盐酸小檗碱的含量, 色谱柱以十八烷基硅烷键合硅胶为填充剂, 流动相为乙腈-0.05 mol/L 磷酸二氢钾溶液(50:50)(每100 mL中加十二烷基硫酸钠0.4 g, 再以磷酸调节pH值为4.0), 流速为1.0 mL/min, 检测波长为265 nm。结果 显微鉴别特征明显; TLC法专属性强; HPLC方法学考察结果表明, 盐酸小檗碱在0.0975~1.9508 μg范围内与峰面积呈良好线性关系, 回归方程为 $Y=4853194.24 X-82272.75$  ( $R=0.9999$ ), 平均回收率为101.72%,  $RSD=0.8%$  ( $n=6$ )。结论 建立的质量控制方法, 专属性强, 重复性好, 可作为抗妇炎胶囊的质量控制方法。

**关键词:** 抗妇炎胶囊; 显微鉴别; 薄层色谱; 高效液相色谱; 盐酸小檗碱; 质量标准

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.047

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0119-04

### Research on the Quality Standard of Kangfuyan Capsule

WANG Yingchao, JIANG Lian, LIAO Min

(Guizhou Institute for Food and Drug Control, Guizhou Province, Guiyang 550004, China)

**Abstract:** Objective To improve the quality control standard of Kangfuyan capsule. Methods The micro identification method of sophorae flavescens radix and phellodendri chinensis cortex was established, the TLC identification method of phellodendri chinensis cortex and forsythiae fructus was established. The content of Berberine Hydrochloride was determined by HPLC. The column was  $C_{18}$ , and the mobile phase was acetonitrile-0.05mol/l potassium dihydrogen phosphate solution (50:50) (add dodecyl sulfur per 100ml). The detection wavelength was 265 nm and the flow rate was 1.0 ml / min. Results The characteristic of microscopic identification was obvious. TLC method was specific and feasible. HPLC method showed that berberine hydrochloride had a good linear relationship with peak area in the range of 0.0975 μg-1.9508 μg, the regression equation was  $y = 4853194.24 x - 82272.75$  ( $r = 0.9999$ ), the average recovery was 101.72%,  $RSD = 0.8%$  ( $n = 6$ ). Conclusion The established quality control method has strong specificity and good repeatability, can be used as the quality control method of Kangfuyan capsule.

**Keywords:** Kangfuyan capsule; microscopic identification; TLC; HPLC; berberine hydrochloride; quality standard

抗妇炎胶囊由苦参、杠板归、黄柏、连翘、益母草、赤豆、艾叶、当归、乌药等9味中药组成, 具有活血化瘀, 清热燥湿的功效, 用于湿热下注型盆腔炎、阴道炎、慢性宫颈炎, 症见赤白带下、阴痒、出血、痛经等症的治疗<sup>[1]</sup>。抗妇炎胶囊现执行国家食品药品监督管理局标准WS-10498(ZD-0498)-2002-2012Z。现行质量标准控制项目较单一, 包含苦参含量测定及苦参、黄柏的薄层鉴别等, 且检测项目存在重复设定等问题, 亟待修订和提

高。为提高对该制剂的质量控制, 确保临床疗效, 本文选取方中黄柏和连翘进行研究, 其中黄柏<sup>[2]</sup>具有清热燥湿等功效, 对治疗湿热泻痢, 黄疸尿赤, 带下阴痒等具有显著疗效, 连翘<sup>[3]</sup>具有清热解毒, 消肿散结, 疏散风热等功效, 用于热淋涩痛等症状的治疗。2味药材均为方中主要药味。经研究, 本文新增了苦参、黄柏的显微鉴别, 连翘、黄柏的薄层色谱鉴别, 并采用高效液相色谱法, 对黄柏进行含量测定及方法学考察。

### 1 仪器与试药

1.1 仪器 Waters 2998 2695 仪高效液相色谱仪，电子分析天平(厂牌：METTLER TOLEDO，十万分之一和百万分之一)，BX51 型光学显微镜(厂牌：奥林巴斯)，KQ-500DB 型数控超声波清洗仪(厂牌：昆山市超声仪器有限公司)，ZF-8D 型四用式暗箱紫外分析仪，101-2AB 型电热鼓风干燥箱。

1.2 试药 抗妇炎胶囊样品(贵州远程制药有限公司提供)；盐酸小檗碱对照品(110713-201814)、黄柏对照药材(121510-201105)、连翘对照药材(120908-200914)，均来自中国食品药品检定研究院；硅胶 G 薄层板(青岛海洋化工有限公司制造，批号：20140408，规格为 10 cm×10 cm)；稀甘油、水合氯醛试液，乙腈为色谱纯，甲酸、盐酸、硫酸、醋酐、甲醇、乙酸乙酯、异丙醇、二氯甲烷、氨水、甲苯、磷酸二氢钾、十二烷基硫酸钠、磷酸等均为分析纯，纯化水。

### 2 方法与结果

2.1 显微鉴别 抗妇炎胶囊现行质量标准无显微鉴别，处方中黄柏、苦参为生粉投料，显微特征明显，故增加黄柏、苦参的显微鉴别。取抗妇炎胶囊内容物置显微镜下观察：纤维鲜黄色，常成束，周围细胞含草酸钙方晶，形成晶纤维；含晶细胞壁木化增厚。石细胞鲜黄色，类圆形或纺锤形，直径 35~128 μm，有的呈分枝状，枝端锐尖，壁厚(黄柏)。木栓细胞类多角形，垂周壁有纹孔呈断续状，导管具缘纹孔(苦参)。见图 1。

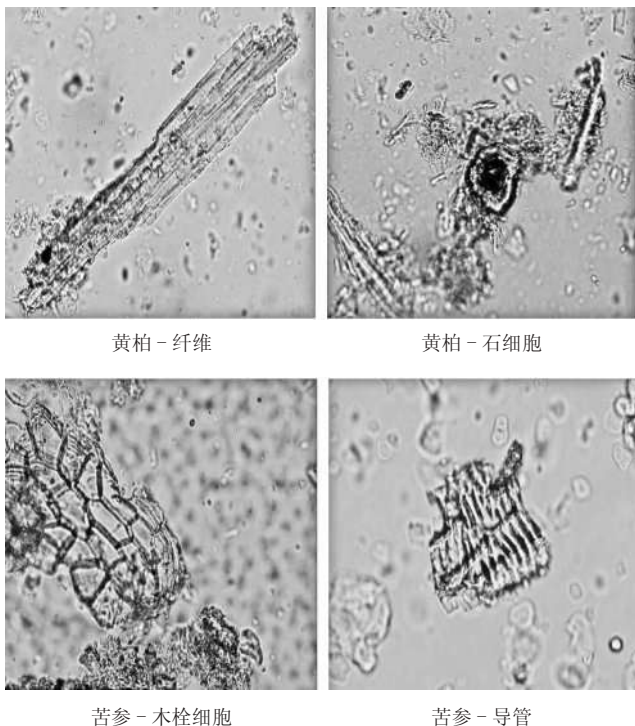
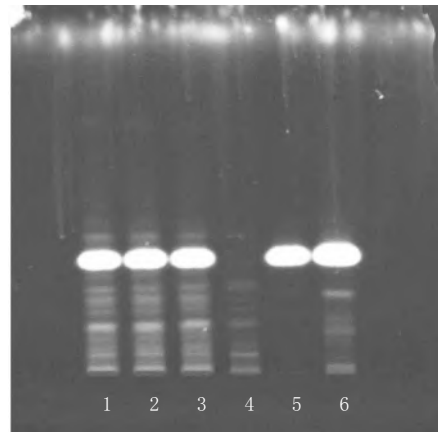


图 1 显微鉴别特征图谱

### 2.2 薄层色谱鉴别

2.2.1 黄柏 抗妇炎胶囊现行质量标准中黄柏的薄层鉴别有两个，为避免重复，节约资源，合并两个薄层鉴别并对展开系统进行了调整优化。

取 2.3.2 黄柏[含量测定]项下的供试品溶液作为供试品溶液，黄柏含量测定项下的对照品溶液作为对照品溶液，另取黄柏对照药材 0.1 g，按黄柏含量测定项下供试品溶液处理方法制成对照药材溶液。照薄层色谱法(《中华人民共和国药典》2015 年版四部通则 0502)试验，吸取上述供试品溶液及对照药材溶液各 2~3 μL，对照品溶液 2 μL，分别点于同一硅胶 G 薄层板上，以甲苯-乙酸乙酯-甲醇-异丙醇-水(6:3:2:1.5:0.3)为展开剂(展开缸一侧槽中加入展开剂，另一槽加入与展开剂等体积的浓氨试液，放入点样后的薄层板预平衡 15 min)，展开，取出，晾干，置紫外光灯(365 nm)下检视。供试品色谱中，在与对照药材色谱相应的位置上，显相同颜色的荧光主斑点；在与对照药品色谱相应的位置上，显相同颜色的荧光斑点。结果：斑点分离较好，阴性无干扰。见图 2

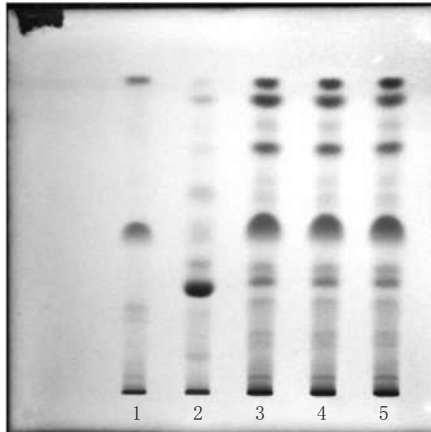


载体：硅胶 G 薄层板；展开剂：甲苯-乙酸乙酯-甲醇-异丙醇-水(6:3:2:1.5:0.3)；检视：置紫外(365 nm)下检视；温度：19℃；湿度：22%。1. 抗妇炎胶囊(批号以 S1 代替)；2. 抗妇炎胶囊(批号以 S2 代替)；3. 抗妇炎胶囊(批号以 S3 代替)；4. 自制缺黄柏阴性样品；5. 盐酸小檗碱；6. 黄柏对照药材

图 2 黄柏薄层色谱图

2.2.2 连翘 新增处方中连翘的薄层色谱鉴别<sup>[2]</sup>。取抗妇炎胶囊内容物 5 g，加甲醇 40 mL，密塞，超声处理 30 min，滤过，滤液蒸干，残渣加水 20 mL 使溶解，用二氯甲烷提取 2 次，每次 20 mL，合并二氯甲烷液，用氨试液 50 mL 洗涤，弃去氨试液，用水 50 mL 洗涤，弃去水液，蒸干，残渣加甲醇 2 mL 溶解，作为供试品溶液。另取连翘对照药材 1 g，同法制成对照药材溶液。照薄层色谱法(《中华人民共和国药典》2015 年版四部通则 0502)试验，吸取上述供试品溶液与对照药材溶液各

3~5  $\mu\text{L}$ ，分别点于同一硅胶G薄层板上，以二氯甲烷-甲醇-甲酸(20:0.3:0.05)为展开剂，预饱和15 min，展开，取出，晾干，喷以醋酐-硫酸(20:1)混合溶液，在105  $^{\circ}\text{C}$ 加热至斑点显色清晰。供试品色谱中，在与对照药材色谱相应的位置上，显相同颜色的主斑点。结果：斑点清晰，分离度效果好，方法基本可行。见图3。



载体:硅胶G薄层板;展开剂:二氯甲烷-甲醇-甲酸;(20:0.3:0.05);检视:喷以醋酐-硫酸(20:1)混合溶液,在105  $^{\circ}\text{C}$ 加热至斑点显色清晰;温度:23  $^{\circ}\text{C}$ ;湿度:62%。1.自制缺连翘阴性样品;2.连翘对照药材;3.抗妇炎胶囊(批号以S1代替);4.抗妇炎胶囊(批号以S2代替);5.抗妇炎胶囊(批号以S3代替)

图3 连翘薄层色谱图

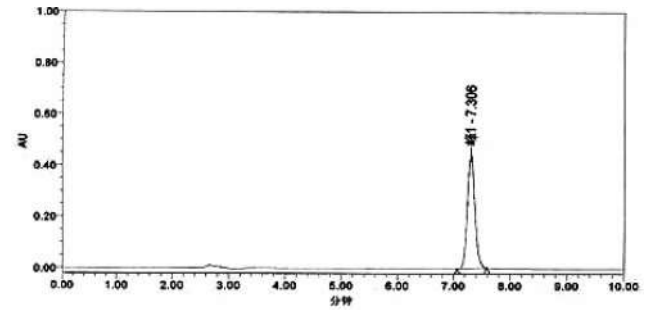
### 2.3 含量测定

**2.3.1 色谱条件与系统适用性试验** (1)色谱柱:选择以十八烷基硅烷键合硅胶为填充剂的柱子进行考察,结果分离效果较好<sup>[5]</sup>; (2)流动相:采用乙腈-0.05 mol/L磷酸二氢钾溶液(50:50)(每100 mL中加十二烷基硫酸钠0.4 g,再以磷酸调节pH值为4.0)为流动相,待测成分盐酸小檗碱与其他杂质可得到较好分离; (3)检测波长:精密称取适量盐酸小檗碱对照品溶于盐酸-甲醇(1:100)的混合溶液,在200~400 nm波长范围内进行紫外扫描波长,盐酸小檗碱在265 nm处有吸收,以此为检测波长可获得较高的灵敏度和良好的选择,确定盐酸小檗碱的检测波长为265 nm。

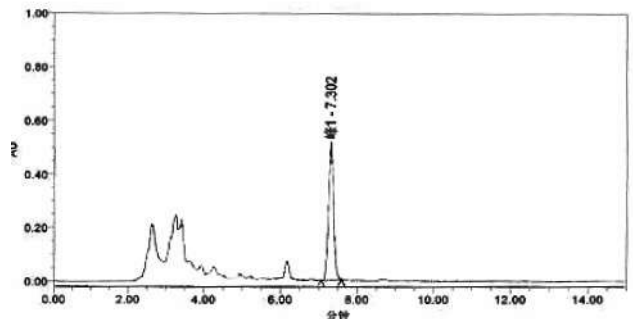
**2.3.2 供试品溶液的制备** 取抗妇炎胶囊装量差异项下的内容物,混匀,取约0.3 g,精密称定,置具塞锥形瓶中,精密加入盐酸-甲醇(1:100)的混合溶液25 mL,密塞,称定重量,超声处理(500 W 40 KHz)30 min,放冷,再称定重量,用盐酸-甲醇(1:100)的混合溶液补足减失的重量,摇匀,滤过,取续滤液,即得。按拟订色谱条件进样测定,记录色谱图。见图4。

**2.3.3 对照品溶液的制备** 取盐酸小檗碱对照品适量,精密称定,加盐酸-甲醇(1:100)的混合溶液制成每1 mL含90  $\mu\text{g}$ 的溶液,即得。按拟订色谱条件进样测定,记

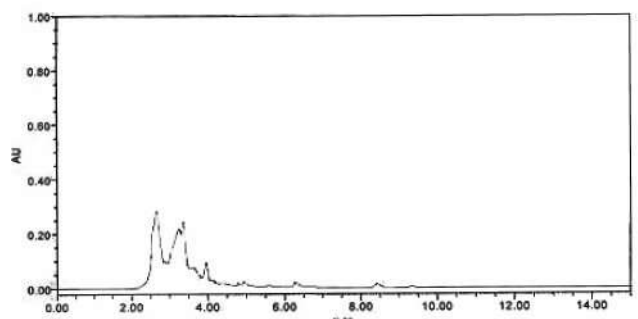
录色谱图。见图4。



A 盐酸小檗碱对照品



B 抗妇炎胶囊样品



C 阴性

图4 高效液相色谱图

**2.3.4 方法学验证 专属性:**取抗妇炎胶囊及自制缺黄柏阴性样品试验,样品溶液色谱在与对照品溶液色谱相应位置有相应的色谱峰,且阴性无干扰。按拟订色谱条件进样测定,记录色谱图。见图4。

**线性关系考察:**按上述色谱条件,精密取盐酸小檗碱对照品(97.5375  $\mu\text{g}/\text{mL}$ )1  $\mu\text{L}$ , 2  $\mu\text{L}$ , 6  $\mu\text{L}$ , 10  $\mu\text{L}$ , 14  $\mu\text{L}$ , 18  $\mu\text{L}$ , 20  $\mu\text{L}$ 依次注入液相色谱仪,测定峰面积。以对照品进样量X为横坐标,峰面积Y为纵坐标,进行线性回归计算,绘制工作曲线,得出线性回归方程为:Y=4853194.24 X-82272.75, R=0.9999,盐酸小檗碱在0.0975~1.9508  $\mu\text{g}$ 的范围内对照品的进样量与峰面积呈良好的线性关系。

**精密度:**精密吸取同一盐酸小檗碱对照品溶液(97.5375  $\mu\text{g}/\text{mL}$ )10  $\mu\text{L}$ ,连续进样6次,记录色谱图,结果RSD为0.14%,说明有较好精密度。

**样品稳定性试验:**取抗妇炎胶囊(批号以S1代替),



表1 回收率试验数据

(n=6)

试验次数	样品取样量(g)	样品中盐酸小檗碱含量(mg)	加入对照品量(mg)	测得量(mg)	回收率(%)	平均回收率(%)	RSD(%)
1	0.155 3	1.259 3		2.386 6	102.31		
2	0.158 9	1.288 5		2.394 1	100.35		
3	0.154 1	1.249 6	1.101 8	2.381 0	102.69	101.72	0.8
4	0.159 3	1.291 7		2.407 6	101.28		
5	0.158 4	1.284 4		2.409 9	102.15		
6	0.157 5	1.277 1		2.396 3	101.57		

按供试品溶液制备方法制备,按上述色谱条件测定盐酸小檗碱的含量,每隔2 h进样一次,结果样品在24 h内进样峰面积RSD为1.1%,说明样品在24 h内稳定。

**重复性:**取同一批抗妇炎胶囊(批号以S1代替),按供试品溶液制备方法制备6份,按上述色谱条件测定盐酸小檗碱的含量,结果含量平均值为8.1088 mg/g, RSD为0.5%,说明有较好重复性。

**准确度:**取已测定含量的抗妇炎胶囊(批号以S1代替)0.15 g,精密称定,置具塞锥形瓶中,精密加入盐酸小檗碱对照品溶液(0.0441 mg/mL)25 mL,按供试品溶液制备方法制备样品溶液,并按上述色谱条件测定盐酸小檗碱的含量,计算回收率,结果平均回收率为101.72%, RSD为0.8%,说明有较好回收率。结果见表1。

**2.4 样品测定** 取抗妇炎胶囊样品15批,依法平行制备份供试品溶液,按拟定色谱条件进样测定,结果抗妇炎胶囊含黄柏以盐酸小檗碱计,均值为2.8 mg/粒(n=15)。

### 3 讨论

**3.1 样品提取方法的选择** 本研究考察了供试品溶液的提取方法,结果超声与回流提取二者含量无明显差别,超声提取操作更简便,故选择超声提取。

**3.2 样品提取溶剂的选择** 分别选择乙醇、甲醇、盐酸-甲醇(1:100)混合溶液为提取溶剂,根据实验结果,选择盐酸-甲醇(1:100)混合溶液作为提取溶剂。

**3.3 不同品牌柱子的影响** 采用不同品牌C<sub>18</sub>柱,分别测定抗妇炎胶囊(批号以S1代替)中盐酸小檗碱的含量,考察不同品牌的色谱柱的影响。含量测定结果见表2。结果表明不同品牌十八烷基硅烷键合硅胶为填充剂的色谱柱对含量测定无影响。

表2 不同品牌色谱柱的测定结果

色谱柱编号	色谱柱品牌	含量(mg/g)	RSD(%)
1	Thermo C <sub>18</sub> 5 μm, 4.6×250 mm	8.108 8	
2	Agilent C <sub>18</sub> 5 μm, 4.6×250 mm	8.132 9	1.34
3	Waters C <sub>18</sub> 5 μm, 4.6×250 mm	7.934 5	

综上所述,通过对抗妇炎胶囊现行质量标准进行修

订和新增,并进行了方法学考察,为提高抗妇炎胶囊的质量控制提供依据。

### 参考文献

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(2015年版一部)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 170, 305.
  - [2] 李蔚, 朱捷, 张研. 抗妇炎软胶囊质量标准研究[J]. 安徽医药, 2011, 15(10): 1220.
  - [3] 祝晨旻, 林朝展, 莫建霞. HPLC法测定黄柏药材中小檗碱与黄柏碱的含量[J]. 中药新药与临床药理, 2004, 15(4): 262-264.
- (本文编辑: 尹秀平 本文校对: 程 韬 收稿日期: 2020-04-26)

## 黄芪论选

黄芪气微温,禀少阳之气,入胆与三焦;味甘无毒,秉太阴之味,入肺与脾。其主痈疽者,甘能解毒也。久败之疮,肌肉皮毛溃烂,必脓多而痛甚,黄芪入脾而主肌肉,入肺而主皮毛也。大风者,杀人之邪风也。黄芪入胆而助中正之气,俾神明不为风所乱;入三焦而助决渎之用,俾窍道不为风所壅;入脾而救受克之伤;入肺而制风木之动,所以主之。癰疾,又名大麻风,即风毒之盛也。五痔者,五种之痔疮,乃少阳与太阴之火陷于下,而此能举其陷。鼠痿者,瘰疬之别名,乃胆经与三焦之火郁于上,而此能散其郁也。

其曰补虚者,是总结上文,诸证久而致虚,此能补之,非泛言补益之品也。叶天士云:‘小儿稚阳也。稚阳为少阳,少阳生气调达则不病,所以概主小儿百疾也。’

余细味经文,俱指表证而言。如六黄汤,寒以除热,热除则汗止;芪附汤,温以回阳,阳回则汗止;玉屏风散之散以驱风,风平则汗止。诸方皆藉黄芪走表之力,领诸药速达于表而止汗,非黄芪自能止汗也。诸家固表,及生用发汗、炒用止汗等说,贻误千古,兹特正之。

——清·陈修园《神农本草经读》

黄耆,性温,味微甘。能补气,兼能升气,善治胸中大气。

——清·张锡纯《医学衷中参西录》

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(1)》,人民卫生出版社,2017。

# 基于中西医结合理论分娩计划 对抑郁产妇分娩结局的影响\*

张帆<sup>1</sup> 关丽丽<sup>1</sup> 董玲玲<sup>1</sup> 陈雪峰<sup>2</sup>

(1. 中国医科大学附属第一医院涉外特需门诊, 辽宁 沈阳 111000; 2. 沈阳院附属中心医院妇产科, 辽宁 沈阳 111000)

**摘要:**目的 探讨对产前抑郁产妇采用中西医结合理论建立分娩计划对分娩结局的影响。方法 选取2014年12月—2019年12月进行产前护理的60例抑郁产妇作为研究对象。对照组采用常规产前教育, 试验组除常规产前教育外, 采用中西医结合理论建立分娩计划书, 护理人员根据分娩计划书的需求实施人性化护理。结果 试验组剖宫产率、阴侧切率均明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。对照组产后2 h出血率高于试验组, 但是差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。1 min Apgar评分结果, 试验组8~10构成比高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 建立中西医结合分娩计划书可以有效改善抑郁产妇分娩结局, 值得推广。

**关键词:** 中西医结合; 分娩计划书; 抑郁; 分娩结局; 满意度; 产科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.048

文章编号:1672-2779(2020)-20-0123-03

## The Effect of Establishing a Delivery Plan on the Prenatal Depression of Pregnant Women Using the Theory of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine on the Outcome of Delivery

ZHANG Fan<sup>1</sup>, GUAN Lili<sup>1</sup>, DONG Lingling<sup>1</sup>, CHEN Xuefeng<sup>2</sup>

(1. Foreign-related Special Clinic, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 111000, China;

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Central Hospital Affiliated to Shenyang Hospital, Liaoning Province, Shenyang 111000, China)

**Abstract: Objective** To explore the effect of the birth plan on the prenatal depression of pregnant women with the combination of traditional Chinese and western medicine theory. **Methods** Sixty depressed pregnant women undergoing antenatal care in our hospital from December 2014 to December 2019 were selected as the research subjects. The control group used routine prenatal education. In addition to the routine prenatal education, the experimental group used the theory of integrated traditional Chinese and western medicine to establish a delivery plan. **Results** Nursing staff implemented humanized nursing according to the needs of the delivery plan. The cesarean section rate and vaginal incision rate in the experimental group were significantly lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The 2 hour postpartum hemorrhage rate was higher in the control group than in the test group, but the difference was not statistically significant ( $P > 0.05$ ). At 1 minute Apgar score, the composition ratio of 8-10 in the test group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The satisfaction of the test components was significantly higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The establishment of a traditional Chinese and western medicine delivery plan can effectively improve the delivery outcomes of depressed mothers and is worth promoting.

**Keywords:** integrated traditional Chinese and Western medicine; delivery plan; depression; delivery outcome; satisfaction; obstetrics

孕妇是社会最敏感的群体之一, 在妊娠过程中, 生理化学变化对女性的身体有很大的生理影响, 这些变化超出了他们的控制, 使怀孕后的妇女在心理健康和身体健康都有显著变化<sup>[1]</sup>。在进入围产期后, 正是女性心理脆弱程度增加的时期, 在此期间抑郁和焦虑发生的概率也会大大增加<sup>[2-3]</sup>。尤其对于初产妇, 易在妊娠期间产生焦虑心态, 这种不利情绪若不能及时排解将对母婴均有消极影响<sup>[4]</sup>。如果不进行治疗, 产前心理困扰恐会造成不良的产科结局、产后情绪障碍及影响儿童发育<sup>[5-7]</sup>。因此, 这就要求医护人员要与产妇进行充分沟通, 了解产妇真正忧虑问题所在, 及时疏解, 正确引导<sup>[8]</sup>。20世

纪80年代, 为最大程度提高产妇生产过程中的自主性和安全权益, 分娩计划书应运而生<sup>[9]</sup>。中医理论在分娩镇痛中具有安全性和有效性, 但目前中西医结合理论制定分娩计划尚未运用于抑郁产妇的产前及产时的护理之中, 因此本研究主要探讨基于中西医结合理论制定的分娩计划书对抑郁产妇分娩结局的影响。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将2018年12月—2019年12月在我院进行产前护理的60例抑郁产妇作为研究对象。其中, 参与本次调查的研究对象均为初产妇, 且一般资料如年龄(19~34岁)、职业(学生、农民、公务员等)、学历(小学、初中、高中、大学、研究生)差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。本次研究所有调查均符合医学伦理道德并遵循知

\* 基金项目: 辽宁省科学技术计划项目[No. 2017225076]

情同意原则。

**1.2 研究方法** 将所有参与本次研究的产妇随机分为试验组和对照组, 每组 30 人。

**1.2.1 对照组** 接受常规产前检查, 并完成由本院提供的孕妇学校的相应课程。

**1.2.2 试验组** 除遵照对照组常规检查和孕妇知识学习的基础以外, 按照本人与医护人员共同制定的中西医结合分娩计划书完成干预措施。本院的助产护士在孕妇 28~32 周与其进行积极沟通, 并按照以下分娩需求, 一对一为产妇制定分娩计划书<sup>[10]</sup>, 并鼓励孕妇家属尤其是配偶参与此过程。

(1) 陪伴分娩: 主要通过交流了解孕妇预期的分娩方式、是否需要陪伴分娩等一系列具体细节。医护人员应鼓励产妇表达自己内心想法、耐心听取产妇意见, 向产妇传输正确的注意事项, 缓解产妇恐惧和焦虑心理。对产妇及家属介绍国内外产时陪伴的成功案例, 鼓励选择产时陪伴分娩。

(2) 分娩环境: 由医护人员通过幻灯片和图片的方式向产妇及家属介绍温馨干净的产房环境, 让产妇提早熟悉环境, 最大程度地消除其紧张感。同时建议产妇在生产期间可以通过收听轻柔的音乐来舒缓情绪, 放松心情。在生产前保持心情愉悦和平静有助于产妇处于最佳状态, 缩短产妇生产时间。

(3) 分娩镇痛: 中医辨证分型护理, 以中医理论为基础将产妇辨证分型, 包括实证和虚证。实证判定标准: 产妇体壮纳食多, 睡眠好, 喜凉恶热, 舌质红润且胎黄厚腻, 脉象滑且有力。产程中以坠痛为主, 疼痛部位集中在腰骶部; 虚证判定标准: 产妇体质较弱, 纳食较少, 睡眠质量较差, 胃寒喜暖, 舌苔淡白, 产程以腹部胀痛为主, 集中在小腹部。向不同类型产妇详细解释分娩镇痛的类别、利弊以及注意事项。再将其他缓解疼痛的方式介绍给产妇, 如呼吸法。呼吸法是最有效的镇痛方法, 不同的呼吸方法可以在分娩的不同时间里帮助产妇放松并节约体力。通过与产妇的交流, 帮助产妇正确认识生产的疼痛和镇痛措施。

(4) 足月引产或加速生产: 向产妇介绍引产的具体过程和相关事项, 包括引产时机、指征和引产方式种类。同时询问产妇对引产或加速产程的想法, 通过与产妇及其家人共同商议来决定适合产妇的最佳引产方式。

(5) 产程自由体位: 关于第一产程自由体位的选择需医护人员与产妇共同探讨, 助产护士应指导产妇掌握可以加速产程的办法, 例如坐球、坐位、直立行走及高坡侧卧等。

**1.3 观察指标** 分娩结局指标包括: 分娩方式(引导分娩和剖宫产)、会阴是否侧切、产后 2 h 出血率、新生儿 Apgar 评分。

**1.4 统计学方法** 运用 Graphpad Prism 8.0 软件对分娩

结局和调查问卷的结果统计分析, 计量资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用  $t$  检验; 计数资料用率(%)表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组产妇分娩结局比较** 将试验组和对照组的分娩结局进行比较, 结果显示试验组剖宫产率、会阴侧切率均明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。对照组产后 2 h 出血率高于试验组, 但是差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。1 min Apgar 评分结果, 试验组 8~10 构成比高于对照组, 但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 1 2 组产妇分娩结局比较 [例(%),  $\bar{x} \pm s$ ]

组别	例数	剖宫产 (%)	会阴侧切 (%)	产后 2 h 出血量 (mL)	1 min Apgar (%)
试验组	30	8(26.67)	8(26.67)	193.88 $\pm$ 34.56	66(90.10)
对照组	30	20(66.67)	20(66.67)	198.23 $\pm$ 34.57	58(85.30)
$\chi^2$ 值		9.64	9.64	0.45	2.978
$P$ 值		0.001	0.001	0.620	0.084

## 3 讨论

辨证护理属于中医学的一部分, 目前, 中医理论与分娩计划相结合鲜有报道。本研究对我院产前抑郁产妇按照中医理论的分娩计划书实施干预, 得到了很好的效果。以往, 人们对分娩知识的不正确认识使得产妇对分娩所产生的恐惧放大, 过度的恐惧则可能阻碍分娩的顺利进行, 并对产妇的心理产生消极影响<sup>[11]</sup>。而孕期抑郁症是一种孕期心理障碍性疾病, 具有相当危险性, 会使孕妇和胎儿受到很大的影响, 给自己和孩子带来不良后果。因此, 这就要求医护人员能够准确发现产妇的不良情绪, 并及时采取恰当的处理方法, 只有这样才能减少有可能危及产妇及其婴儿安全的不利因素。

随着我国对医疗卫生事业的不断重视, 对产妇生产安全的关注也逐步提高。过去由于仅对产妇进行简单的生产知识普及, 产妇仅仅只是被动接受分娩流程, 助产者忽略产妇的心理状态, 这将严重影响产妇的心理和身体健康<sup>[12]</sup>。有研究表明, 若未能及时对抑郁产妇做出有效干预措施, 不仅对产妇安全造成威胁, 并增大分娩困难度, 也会使产后并发症的发病率大大提高, 更会影响新生儿的存活率<sup>[13]</sup>。分娩计划书作为助产护士与产妇之间的沟通桥梁, 可以纠正产妇及家属对分娩疼痛的错误认知, 提高产妇的分娩参与度, 使分娩成功率大大提高<sup>[14]</sup>。最近的一项研究表明, 分娩计划书的合理运用可以促进产妇顺利完成阴道分娩, 降低剖宫产率, 充分避免了由剖宫产所带来的危险<sup>[15]</sup>。本研究将中医辨证护理与分娩计划书相结合, 在抑郁产妇的护理工作中应用, 从结果可以发现试验组剖宫产率、阴侧切率均明显低于对照组, 1 min Apgar 评分结果, 试验组 8~10 构成比高于对照组, 差异均具有统计学意义。这些结果可以说明, 制



定了分娩计划书的抑郁产妇,能够在一定程度上改善产妇的分娩结局,提高产妇的分娩满意度和分娩质量。

因此,医护人员通过与抑郁产妇建立相互信任的关系,认真沟通,倾听产妇内心真正的想法,正确传播分娩知识,并借助中医辨证理论设计制定合理的分娩计划书,可以成为减少抑郁产妇分娩危险的有效之法。

#### 参考文献

- [1] Ghorbani-Marghmaleki F, Mohebbi-Dehnavi Z, Beigi M. Investigating the relationship between cognitive emotion regulation and the health of pregnant women[J]. J Educ Health Promot, 2019, 8(23):175.
- [2] O'Hara M W, Wisner K L. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2014, 28(1):3-12.
- [3] Goodman J H, Tyer-Viola L. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers[J]. J Womens Health(Larchmt), 2010, 19(3):477-490.
- [4] 郁金群. 产中心理护理对初产妇心理状态及分娩方式的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(2):100-101.
- [5] Tomfohr L M, Buliga E, Letourneau N L, et al. Trajectories of Sleep Quality and Associations with Mood during the Perinatal Period[J]. Sleep, 2015, 38(8):1237-1245.
- [6] Kozyrskyj A L, Letourneau N L, Kang L J, et al. Associations between postpartum depressive symptoms and childhood asthma diminish with child age[J]. Clin Exp Allergy, 2017, 47(3):324-330.
- [7] Lebel C, Walton M, Letourneau N, et al. Prepartum and Postpartum Maternal Depressive Symptoms Are Related to Children's Brain Structure in Preschool [J]. Biol Psychiatry, 2016, 80(11):859-868.
- [8] 高萍. 产中心理护理干预对降低初产妇剖宫产率的效果分析[J]. 智慧健康, 2018, 4(19):139-140.
- [9] Afshar Y, Mei JY, Gregory K D, et al. Birth plans—Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study [J]. Birth, 2018, 45(1):43-49.
- [10] 顾春怡, 丁焱, 张铮, 等. 孕妇分娩计划的实施效果评价[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(12):1461-1465.
- [11] 孟丽琴. 初产妇产前情绪障碍与分娩方式选择的相关性研究[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(1):38-39.
- [12] 邱汉香, 付娟. 分娩计划书在分娩中的综合应用效果观察[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S2):440-441.
- [13] 吴穗琼. 轻音乐心理护理对大龄初产妇产前焦虑情绪的干预研究[J]. 中国初级卫生保健, 2014, 28(3):95-96.
- [14] Jenkinson B, Kruske S, Kildea S. The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis [J]. Midwifery, 2017, 52:1-10.
- [15] 李洁. 分娩计划书在产时人性化护理中的应用[J]. 四川医学, 2013, 34(7):1112-1113.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:张诗文 收稿日期:2020-02-10)

## 强脉冲光联合中药治疗寻常痤疮临床观察

黄志熔

(福建省厦门市中医院皮肤科, 福建 厦门 361009)

**摘要:**目的 观察强脉冲光联合中药治疗阴虚内热型寻常痤疮的临床疗效。方法 选取2018年1月—2019年1月在厦门市中医院皮肤科就诊的80例阴虚内热型寻常痤疮患者,随机分成2组,对照组给予强脉冲光治疗,治疗组在对照组的基础上联合中药治疗,观察2组治疗效果。结果 治疗组的总有效率90.0%(36/40)明显高于对照组的总有效率72.5%(29/40),差异具有统计学意义( $P<0.05$ );2组治疗前后皮损数目比较,组内及组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 强脉冲光联合中药治疗阴虚内热型寻常痤疮的疗效显著,具有临床应用价值。

**关键词:** 中医药疗法;强脉冲光;痤疮;阴虚内热

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.049

文章编号:1672-2779(2020)-20-0125-03

### Clinical Observation on Intense Pulsed Light Combined with Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Acne Vulgaris

HUANG Zhirong

(Department of Dermatology, Xiamen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Xiamen 361009, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of intense pulsed light combined with traditional Chinese medicine on treating acne vulgaris caused by yin deficiency inner heat typ. **Methods** 80 acne patients with internal heat syndrome of yin deficiency were randomly divided into 2 groups. The control group was treated with intense pulsed light. The treatment group was treated with traditional Chinese medicine on the basis of the control group. The therapeutic effect was compared. **Results** The total effective rate (90.0%) of the treatment group was significantly higher than that of the control group (72.5%), and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The intense pulsed light combined with traditional Chinese medicine is effective in treating acne vulgaris with yin-deficiency inner heat typ.

**Keywords:** therapy of traditional Chinese medicine; intense pulsed light; acne vulgaris; yin deficiency inner heat typ

痤疮是皮肤科最常见的慢性炎症性毛囊皮脂腺疾病,皮损好发于面部、胸背部,其可形成粉刺、丘

疹、脓疱、结节、凹陷瘢痕等<sup>[1]</sup>。痤疮是一种损容性疾病,其对患者学习、生活、工作影响很大,可严重

影响患者心理,导致患者自卑、焦虑<sup>[2]</sup>。目前痤疮的治疗方案多,为了对强脉冲光联合中药治疗寻常痤疮临床疗效进一步了解,笔者所在科室采用强脉冲光联合中药治疗阴虚内热型寻常痤疮40例,疗效显著,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2018年1月—2019年1月在厦门市中医院皮肤科门诊就诊患者,其中医辨证分型为阴虚内热的寻常痤疮患者,皮损主要分布在面部,总共纳入80例患者。将纳入所有患者随机分成2组,各40例。治疗组,男16例,女24例;年龄18.0~30.0岁,平均年龄24.13岁;病程3~120个月,平均病程(51.75±24.58)个月;其中病情程度按Pillsbury分类法,I、II度20例,III度16例,IV度4例。对照组,男19例,女21例;年龄18.0~29.0岁,平均年龄24.55岁;病程6~114个月,平均病程(52.43±21.83)个月;其中病情程度,I、II度23例,III度14例,IV度3例。2组性别、年龄、病程、病情方面比较,差异无明显统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** (1)均为我科门诊病人,符合痤疮的中西医诊断标准,且中医辨证为阴虚内热证的痤疮患者;(2)皮损集中在面部;(3)患者知情同意并自愿配合临床观察。

**1.3 排除标准** (1)有光敏感性疾病患者和正在使用光敏感性药物者;(2)30 d内有系统治疗本病,和\或7 d内有局部药物治疗或物理治疗本病者;(3)有玫瑰痤疮、湿疹、红斑狼疮、粟丘疹、寻常狼疮等影响面部皮损观察的病史者;(4)有严重心、脑血管、肝肾等内科病史者,以及不能配合精神异常者;(5)妊娠及哺乳期妇女;(6)对中药过敏者。

**1.4 治疗仪器** 以色列飞顿医疗激光公司的新辉煌激光光子工作站,选择APT420nm 手具。

**1.5 治疗方法** 对照组给予强脉冲光治疗,1次/周,连续治疗6周。(1)清洁面部皮肤;(2)医师及患者佩戴相应的防护眼镜;(3)根据患者肤色涂抹2~3 mm 冷凝胶;(4)根据患者皮肤类型及皮损情况选择一定的治疗参数,在耳后部皮肤进行光斑测试,脉宽选择30 ms和40 ms,能量选择10~13  $\text{J}/\text{cm}^2$ ;(5)治疗时利用手具自身力量使导光晶体自然接触皮肤,光斑允许有10%~20%重叠;(6)治疗后即可冰敷,常规冰敷时间为15~30 min,若面部红斑明显,可以延长冰敷时间,治疗当天可进行

清洁,但不要使用热水、肥皂、洗面奶清洁,术后尽可能防晒。

治疗组在对照组治疗基础上给予口服中药治疗,患者中医证型为阴虚内热证,治法:滋阴清热,凉血解毒。方药给予消痤汤加减(女贞子20 g,墨旱莲20 g,知母10 g,黄柏10 g,鱼腥草20 g,蒲公英15 g,连翘15 g,生地黄15 g,丹参30 g,甘草5 g)。中药每日1剂,水煎2次混合约400 mL,早晚饭后半个小时口服,连续治疗6周。

**1.6 观察项目** 2组均在治疗0、6周计算并记录患者面部粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿的数目,分别计算治疗前后总皮损数目。记录治疗过程中所有不良反应。

**1.7 疗效判定标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)<sup>[3]</sup>。疗效指数=(治疗前总皮损-治疗后总皮损)/治疗前总皮损 $\times 100\%$ 。痊愈:皮损减退,疗效指数 $\geq 95\%$ ;显效:皮损很大程度减轻,70% $\leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ;有效:皮损局部减轻,50% $\leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ;无效:皮损减轻不理想,疗效指数 $< 50\%$ 。总有效率(%)=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.8 统计学方法** 选用SPSS 20.0软件进行统计学处理。计量资料使用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,符合正态分布,采用 $t$ 检验,不符合正态分布采用秩和检验,计数资料以率(%)表示,采用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效比较** 完成6周治疗后,治疗组的总有效率90.0%(36/40)明显高于对照组的总有效率72.5%(29/40),差异具有统计学意义( $\chi^2 = 4.021$ ,  $P < 0.05$ ),详见表1。

表1 2组寻常痤疮患者总体疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	15	14	7	4	90.0
对照组	40	10	14	5	11	72.5

**2.1 2组寻常痤疮患者治疗前后皮损数目比较** 2组完成6周治疗后,患者治疗前与治疗总皮损数目比较,经配对秩和检验, $Z$ 治疗组=-5.512, $Z$ 对照组=-5.512,2组组内差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ ),提示完成6周治疗后治疗组与对照组皮损较治疗前均得到改善,详见表2。

2组治疗前与治疗总皮损数目差值的比较,经 $t$ 检验分析, $t = 5.178$ ,2组组间比较差异有统计学意义

( $P < 0.05$ )。说明了治疗组皮损总体改善优于对照组, 详见表2。

表2 2组寻常痤疮患者治疗前后总皮损数目比较  
( $\bar{x} \pm s, \uparrow$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	分差(治前-治后)	P值
治疗组	40	59.25±25.33	12.03±17.55	47.23±13.28	0.000
对照组	40	55.50±25.71	24.88±30.28	30.63±15.31	0.000
P值					0.000

**2.2 不良反应** 所有患者在治疗过程中可以耐受灼热感和刺痛感, 45例患者治疗后面部出现轻度红斑, 冰敷后24 h内全部消退。治疗组3例, 口服中药后, 出现轻度腹泻, 1~3 d恢复, 未改变治疗方案。余未见其他明显不良反应。

### 3 讨论

痤疮是一种好发于青春期并主要累及面部的毛囊皮脂腺单位慢性炎症性皮肤病, 中国人群截面统计痤疮发病率为8.1%。但研究发现超过95%的人会有不同程度痤疮发生, 3%~7%痤疮患者会遗留瘢痕, 给患者身心健康带来较大影响<sup>[4]</sup>。

痤疮是一种多因素的疾病, 其发病主要与性激素水平、皮脂腺大量分泌、痤疮丙酸杆菌增殖、毛囊皮脂腺导管角化异常及炎症等因素相关<sup>[1]</sup>。目前临床上针对痤疮的治疗, 主要采用口服抗菌药、维甲酸治疗痤疮, 但长期口服药物治疗, 不良反应较多, 患者依从性差, 严重影响治疗效果。近年来痤疮丙酸杆菌对抗生素的耐药率有了显著的上升, 在国外达到62%<sup>[5]</sup>。口服维甲酸类药物产生的不良反应较大, 如皮肤干燥、脱发、致畸、肝肾功能损害、也有极少数人口服后出现抑郁状态<sup>[6]</sup>。所以针对痤疮的治疗, 临床医师要采用安全、有效、不良反应小的治疗方案。

近年来随着医学美容快速发展, 采用光电技术治疗痤疮取得了很大效果, 为痤疮的治疗开辟新的途径, 其中强脉冲光治疗效果好, 安全度高。420 nm手具强脉冲光其波长是420~950 nm, 其特点是宽光谱, 可以在不损伤表皮情况下作用于卟啉(痤疮丙酸杆菌代谢产物), 产生单态氧杀死痤疮丙酸杆菌; 强脉冲光可使毛孔扩张, 氧气进入产生细胞毒作用进一步杀死了痤疮丙酸杆菌<sup>[7-8]</sup>。另一方面, 强脉冲光作用于血管中的血红蛋白可使供应皮脂腺的毛细血管减少甚至封闭, 从而减少或者抑制皮脂腺的分泌<sup>[6]</sup>。

中医治疗痤疮历来已久, 疗效佳, 不良反应少。传统中医认为该病是由于肺胃血热上熏头面所致, 如

《医宗金鉴》曰:“此证由肺经血热而成。”《外科正宗》曰:“粉刺属肺, 皆有血热郁滞不散所致。”目前国内中医主要应用清肺热、泻胃火、凉血解毒等中药进行治疗。禩国维教授在长期临床治疗痤疮患者的观察中发现, 痤疮患者不仅有肺胃血热表现, 而且也有阴虚内热的症状, 其主要临床特征: 皮肤多以红色丘疹和粉刺为主; 可有脓疱、红色结节, 患处疼痛。伴有口干, 遗精, 耳鸣, 多梦, 大便秘结, 小便短赤, 舌质红、苔黄, 脉数。采用滋阴清热、凉血解毒的中药治疗, 方药采用二至丸合知柏地黄丸加减的消痤汤, 取得良好疗效<sup>[9-10]</sup>。方中以女贞子、墨旱莲、生地黄滋阴益肾凉血, 配以知母、黄柏滋阴降火, 连翘清热凉血, 蒲公英、鱼腥草清泻肺胃, 丹参活血祛瘀, 凉血解毒, 甘草清热解暑和中。

本临床观察研究采用强脉冲光联合中药治疗阴虚内热型寻常痤疮患者, 治疗组与对照组总皮损数目的差值组间比较差异具有统计学意义, 说明了治疗组皮损总体改善优于对照组, 且治疗的总体疗效明显高于单纯采用强脉冲光治疗方案, 说明强脉冲光与中药在阴虚内热型痤疮患者的治疗中具有协同作用, 提高了临床疗效, 具有临床应用价值。

### 参考文献

- [1] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2009: 1165-1169.
- [2] 秦建, 杨登科. 强脉冲光联合中药面膜治疗痤疮40例疗效观察[J]. 新中医, 2015, 47(12): 107-108.
- [3] 国家食品药品监督管理总局. 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: 292-295.
- [4] 中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南专家组[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(9): 583-588.
- [5] 张学军. 皮肤性病学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 176-177.
- [6] 庄滨瑜. 强脉冲光联合30%超分子水杨酸治疗面部轻中度痤疮[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(4): 350-353.
- [7] 丁爽, 王力军, 于冬梅, 等. 420 nm强脉冲光联合Pixel2940 nm钕激光治疗中重度痤疮的疗效观察[J]. 中国美容整形外科杂志, 2018, 29(11): 644-647.
- [8] 严婷婷, 黄莉宁, 陈勇军, 等. 果酸换肤联合强脉冲光治疗中度痤疮的临床观察[J]. 皮肤性病杂志, 2015, 22(2): 112-114.
- [9] 贾淑琳, 范瑞强, 禩国维. 国医大师禩国维教授滋阴清热法治疗痤疮理论探讨[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(5): 207-209.
- [10] 禩国维, 范瑞强, 陈达灿. 中医皮肤病临证精粹[M]. 广州: 广东人民出版社, 2001: 120-124.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 高永杰 收稿日期: 2020-02-28)



# 中西医结合治疗外感发热临床观察

胡德安 熊阳园

(江西省南昌市西湖区绳金塔街道社区卫生服务中心全科诊室,江西 南昌 330000)

**摘要:**目的 探讨热灸、敷贴穴位联合中西医药物治疗对外感发热患者的临床应用效果。方法 回顾性分析2018年5月—2019年5月西湖区绳金塔街道社区卫生服务中心收治的外感发热(84例)患者的临床资料,视其治疗方案的不同给予分组,分别为对照组(常规西药+自拟清热解表汤,42例)与观察组(热灸、敷贴穴位+常规西药+自拟清热解表汤,42例)。2组均连续治疗3d,观察2组临床症状变化情况、痊愈时间及不良反应。结果 观察组开始发汗、退热起效及痊愈时间均短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组不良反应发生率为7.14%(3/42),低于对照组的23.81%(10/42),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 热灸、敷贴穴位联合中西医药物可有效提高外感发热患者临床疗效,缩短临床症状消失时间,降低不良反应发生率,增加治疗安全性。

**关键词:**外感发热;温病;伤寒;热灸;穴位敷贴;清热解表汤;头孢噻肟钠;中西医结合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.050

文章编号:1672-2779(2020)-20-0128-02

## Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Exogenous Fever

HU Dean, XIONG Yangyuan

(General Clinic, Community Health Service Center of Xihu District, Jiangxi Province, Nanchang 330000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical application of the combination of the combination of the combination of the traditional Chinese and western medicine with the combination of the traditional Chinese medicine and the western medicine. **Methods** The clinical data of the patients with exogenous fever (84 cases) from May of 2018 to May 2019 were analyzed retrospectively, and the groups were given different groups according to the treatment protocol, and the control group (conventional western medicine and self-proposed heat-clearing and solution-clearing decoction, 42 cases) and observation group (hot-moxibustion, application of acupuncture point, conventional western medicine, self-proposed heat-clearing and solution-clearing decoction (42 cases). The two groups were treated with continuous treatment for 3 days, and the changes of clinical symptoms, the time of recovery and the adverse reactions were observed. **Results** The effect of sweating, fever and the time of recovery in the observation group was shorter than that in the control group ( $P < 0.05$ ). The incidence of adverse reactions in the observation group was 7.14%, which was lower than that of the control group (23.81%), and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The combination of the traditional Chinese and western medicine with the combination of the traditional Chinese medicine and the western medicine can effectively improve the clinical curative effect of the exogenous febrile patients, shorten the time of disappearance of the clinical symptoms, reduce the incidence of adverse reactions and increase the safety of the treatment.

**Keywords:** exogenous fever; warm disease; typhoid fever; pyretic moxibustion; acupoint application; Qingre Jiebiao decoction; cefotaxime sodium; therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine

外感发热主要指患者感受温热疫毒之气或六淫之邪而导致的营卫失和,脏腑阴阳失调,进而发热,伴有恶寒、面赤、烦躁等临床表现<sup>[1]</sup>。西医多采用退热、抗炎等药物治疗外感发热患者,具有良好的治疗效果,但此类药物不良反应较多,患者易出现头晕、恶心、呕吐等症,对治疗安全性产生影响,已成为各级医疗机构关注的重点,而中医治疗主张辨证施治的原则,安全性较高<sup>[2-3]</sup>。基于此,本研究采用热灸、敷贴穴位联合中西医药物治疗外感发热患者,旨在进一步观察其对患者临床症状及不良反应的影响。具示如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析2018年5月—2019年5月我中心收治的外感发热(84例)患者的临床资料,视其治疗方案的不同给予分组,分别为对照组(常规西药+自拟清热解表汤,42例)与观察组(热灸、敷贴穴位+常规西药+

自拟清热解表汤,42例)。对照组中男23例,女19例;体质指数(BMI)20~28 kg/m<sup>2</sup>,平均BMI(23.85±2.16)kg/m<sup>2</sup>。观察组中男24例,女18例;BMI 19~28 kg/m<sup>2</sup>,平均BMI(23.67±2.09)kg/m<sup>2</sup>。统计学比较2组一般资料,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),研究具有可对比性。本研究已通过我中心医学伦理委员会审核,患者及其家属均自愿签署知情同意书。

**1.2 入选标准** (1)纳入标准:①西医:符合《内科疾病诊断标准(第2版)》<sup>[4]</sup>中相关诊断标准;②中医:符合《普通感冒中医诊疗指南(2015版)》<sup>[5]</sup>中外感挟湿证,主症:发热、头痛、恶心呕吐、肠鸣腹泻;次症:四肢困倦;舌脉:舌苔薄白或薄黄,脉浮;③临床资料与影像学资料均完整者。(2)排除标准:①发热至就诊时间超过48h;②妊娠或哺乳期女性;③合并恶性肿瘤或其他重症疾病;④严重器官功能衰竭者;⑤对试验药物过敏者。

**1.3 治疗方法** 指导2组患者食用高维生素、高蛋白质等食物，多喝水。对照组给予常规西药联合自拟清热解表汤治疗，取头孢噻肟钠3g(山东鲁抗医药有限公司，国药准字H20093363)融入0.9%氯化钠注射液中稀释，静脉滴注，1次/d；自拟清热解表汤组方：连翘、金银花各15g，赤芍12g，桂枝、荆芥、牡丹皮、防风、羌活各10g。腹泻者加葛根、黄芩、黄连各10g；咳嗽者加厚朴、杏仁、甘草各10g；消化不良者加枳实10g，鸡内金20g；便秘者加枳壳、火麻仁、生大黄各10g。每日1剂，水煎取汁300~400mL，早晚分服。在上述治疗基础上，观察组联合热灸、敷贴穴位联合治疗，选取河南宗黄堂健康管理有限责任公司生产的万应灸艾灸装置，采用医用胶布将灸筒贴于施灸部位，点燃艾灸插入灸筒，旋转灸筒调节施灸温度；热灸后敷贴安阳精制膏(安阳中智药业有限责任公司，国药准字Z41020550)，具体部位如下：感冒者热灸、敷贴于大椎、肺俞穴，咳嗽者热灸、敷贴于天突、大椎、肺俞、灵台穴，发热者热灸、敷贴于大椎、涌泉穴，头疼者热灸、敷贴于大椎穴、列缺穴。2组均连续治疗3d。

**1.4 评价指标** 观察2组临床症状(开始发汗、退热起效时间)变化情况以及痊愈时间；记录2组不良反应(皮肤发红、胃肠不适、恶心呕吐、头晕)情况。

**1.5 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，采用t检验，计数资料用率(%)比表示，采用 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床症状** 观察组开始发汗、退热起效及痊愈时间均短于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组外感发热患者临床症状比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	开始发汗时间 (min)	退热起效时间 (min)	痊愈时间 (d)
对照组	42	37.28±8.95	48.26±9.84	4.87±1.14
观察组	42	31.24±6.43	40.27±8.67	3.21±0.81
t值		3.552	3.948	7.693
P值		0.001	0.000	0.000

**2.2 不良反应** 观察组不良反应发生率为7.14%(3/42)，低于对照组的23.81%(10/42)，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组外感发热患者不良反应比较 [例(%)]

组别	例数	皮肤发红	恶心	呕吐	头晕	总发生
对照组	42	0(0.00)	5(11.90)	2(4.76)	3(7.14)	10(23.81)
观察组	42	1(2.38)	1(2.38)	0(0.00)	1(2.38)	3(7.14)
$\chi^2$ 值						4.459
P值						0.035

## 3 讨论

外感发热是一种临床常见的内科疾病，西医认为外感发热主要致病因素为病毒或细菌感染，故临床多采用抗生素治疗该症患者，可在一定程度上改善患者临床症

状，但不良反应较多，且长期使用易使病菌产生耐药性，临床应用受到限制。

中医学认为，外感发热属“温病”“伤寒”等范畴，其主要病机为外感风热、风寒初起，气机郁滞，导致玄府不畅，卫气难以泄越，治疗应以清热为主要原则。本研究结果显示，观察组开始发汗、退热起效及痊愈时间均短于对照组，且不良反应发生率低于对照组，表明热灸、敷贴穴位联合中西医药物可有效提高外感发热患者临床疗效，缩短临床症状消失时间，降低不良反应发生率。分析其原因，自拟清热解表汤方中，连翘、金银花、赤芍具有清热解毒、散结消肿、抗菌消炎的功效；桂枝、防风具有发汗解表、散寒止痛、通阳化气的作用；荆芥、牡丹皮具有清热凉血的功效；羌活具有祛风除湿、温中散寒的作用；诸药合用共奏清热凉血、祛风解毒之效<sup>[6]</sup>。现代药理学认为，金银花的花和藤对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等多种致病菌均有一定抑制作用，还具有抗炎、解热、增强免疫力的功效；牡丹皮所含牡丹酚及其以外的糖苷类成分均有抗炎作用；全方合用，可有效缓解外感发热患者临床症状<sup>[7]</sup>。与此同时，热灸、敷贴穴位治疗是一种独特的中医外治疗法，将艾灸敷贴于相应的穴位上，通过对穴位的刺激，激发经络之气，且穴位皮肤可对药物进行吸收，发挥穴位、经络、药物相互作用，达到治疗疾病的效果。现代医学研究认为，热灸可在穴位局部形成一个密封状态，温度促使局部压力增加，进而使穴位皮下淋巴管、血管循环改善，加速药物吸收，药物不经口服，有效避免胃肠道刺激，不良反应小<sup>[8]</sup>。此外，外感发热患者采用热灸、敷贴穴位疗法简单方便、见效快、安全可靠，可有效减少抗生素等药物的使用剂量，从而控制药物产生的不良反应，提高治疗安全性。

综上所述，热灸、敷贴穴位联合中西医药物可有效提高外感发热患者临床疗效，可有效缩短临床症状消失时间，增加治疗安全性。

## 参考文献

- [1] 陈天阳,成扬,陈建杰. 中医药治疗外感发热的研究进展[J]. 中国中医急症,2017,26(5):838-840,844.
- [2] 朱洋波,韩永生,范西真. 热速清颗粒联合阿莫西林治疗外感发热的疗效及对炎症反应的影响[J]. 世界中医药,2018,13(10):2421-2424.
- [3] 李明亮,梁登辉. 荆防四物汤联合抗生素治疗产后外感发热疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2015,24(26):2907-2909.
- [4] 贝政平,蔡映云. 内科疾病诊断标准(第2版)(精)[M]. 北京:科学出版社,2007:16-21.
- [5] 中华中医药学会肺系病分会. 普通感冒中医诊疗指南(2015版)[J]. 中医杂志,2016,57(8):716-720.
- [6] 孙绿铭,吴国芳. 荆银合剂治疗外感发热临床疗效观察[J]. 中国医药导刊,2015,17(12):1225-1226.
- [7] 张巍,苏丽萍. 中医辨证治疗外感发热的临床疗效研究[J]. 成都医学院学报,2016,11(5):613-615.
- [8] 王双双,陈欣,徐培菊. 穴位敷贴联合清热解表汤治疗外感发热患者临床研究[J]. 陕西中医,2018,39(5):648-650.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:廖素华 收稿日期:2019-10-29)

# 活血化瘀法联合中医护理对子宫肌瘤临床观察

安波

(中国医科大学附属第四医院肿瘤放射治疗科,辽宁 沈阳 110032)

**摘要:**目的 探究活血化瘀法联合中医护理对子宫肌瘤患者临床疗效的影响。方法 选取2018年2月—2019年3月在中国医科大学附属第四医院接受过治疗的120例子宫肌瘤患者作为研究对象,并使用随机的方式将其分为试验组和对照组,每组患者60例。给予对照组患者常规的护理方式;在此基础上,给予试验组患者活血化瘀法联合中医护理,对2组患者的临床效果进行比较。结果 经过护理,对照组患者的治疗总有效率为48.3%(29/60),试验组患者的治疗总有效率为83.3%(50/60),试验组明显高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );且治疗后,2组患者的子宫肌瘤体积差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 给予子宫肌瘤患者活血化瘀法联合中医护理,能够改善患者的临床症状,缩小子宫肌瘤的体积,在临床上具有推广价值。

**关键词:** 瘀血;子宫肌瘤;活血化瘀;中医护理;米非司酮

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.051

文章编号:1672-2779(2020)-20-0130-03

## Clinical Observation on Activating Blood Circulation and Removing Stasis Combined with Traditional Chinese Medicine Nursing in the Treatment of Uterine Fibroids

AN Bo

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

**Abstract: Objective** To explore the effect of activating blood circulation and removing stasis combined with traditional Chinese medicine nursing in the treatment of uterine fibroids. **Methods** 120 patients with uterine fibroids who had been treated in our hospital from February 2018 to March 2019 were randomly divided into experimental group ( $n = 60$ ) and control group ( $n = 60$ ). The patients in the control group were given routine nursing. On this basis, the patients in the experimental group were given activating blood circulation and removing stasis recipe combined with traditional Chinese medicine nursing. The clinical effects of the two groups were compared. **Results** After nursing, the effective rate in the control group was 48.3%, and that in the experimental group was 83.3%. The effective rate of treatment in the experimental group was significantly higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ), and there was significant difference in the volume of uterine myoma between the two groups after treatment ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The combination of activating blood circulation and removing stasis recipe for uterine fibroids can improve the clinical symptoms and reduce the volume of uterine myoma, which is of great value in clinic.

**Keywords:** abdominal mass; uterine fibroids; promoting blood circulation and removing blood stasis; traditional Chinese medicine nursing; mifepristone

子宫肌瘤是临床上较为常见的一种女性疾病,22岁以后的女性为高危发病人,子宫肌瘤属于良性肿瘤的一种,有调查显示,50%~70%的女性都存在不同程度大小的子宫肌瘤,子宫肌瘤患者受到遗传和环境的影响较大,主要是由于平滑肌受损、激素分泌异常等原因导致的<sup>[1]</sup>。在病症早期,患者几乎不会感到身体的任何异样,随着病情的逐渐发展,患者会出现月经增多、下腹疼痛、排尿困难等症状。一般来说,对于病程短、病症轻的患者,西医建议口服药物保守治疗,且大部分患者能够痊愈,对于病程长,且病症严重的患者则要采用宫腔镜手术法,宫腔镜手术属于微创手术,治疗痛苦小,并发症少,但是患者存在着子宫破裂的风险,因此提升子宫肌瘤患者的疗效成为了医学界广泛关注的问题,近年来,有研究表明活血化瘀法联合中医护理能够显著提高子宫肌瘤患者的治疗疗效,基于此,本文对活血化瘀法联合中医护理对子宫肌瘤患者的疗效进行了探讨。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2018年2月—2019年3月在我院接受过治疗的120例子宫肌瘤患者作为研究对象,患者年龄23~59岁,平均年龄44.4岁,使用随机的方式将其分为试验组和对照组,每组患者60例。对照组患者年龄24~59岁,平均年龄41.1岁;试验组患者年龄23~54岁,平均年龄47.1岁。经比较,2组患者一般资料比较差异无统计学意义( $P < 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** 通过医学影像检查患者均符合子宫肌瘤的诊断标准,且属于血瘀型<sup>[2]</sup>;患者的子宫肌瘤均属于良性肿瘤且未发生转移;患者无精神障碍或家族精神疾病遗传史;本次研究中的药物无使用禁忌;本次研究经过家属同意。

**1.3 排除标准** 肾脏功能障碍的患者;近期服用过激素药物的患者;哺乳期患者;患有恶性肿瘤的患者。

### 1.4 干预方法

**1.4.1 治疗方法** 给予对照组口服米非司酮(由华润紫竹



药业有限公司生产 国药准字 H10950003), 3 粒, 每日 1 次, 连服 7 d, 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。试验组患者给予活血化瘀治疗, 方剂组成: 薏苡仁 15 g, 赤芍 10 g, 当归 10 g, 牡丹皮 10 g, 茯苓 10 g, 红花 10 g, 桃仁 10 g, 香附 10 g, 桂枝 7 g, 枳壳 6 g。加水煎服, 每次 1 剂, 分早中晚 3 次温服。所有患者均接受为期 3 个月的药物治疗。

**1.4.1 护理方法** 对照组给予常规护理模式。试验组给予中医护理模式, 具体内容包括: (1) 情志护理: 针对患者病情的不同, 对患者进行心理疏导, 疏导患者的负面情绪; (2) 饮食护理: 帮助患者制定科学合理的作息时间并严格遵守叮嘱患者按时服药, 注意清淡饮食, 严禁服用激素类药物; (3) 按摩护理: 针对失眠者, 予温水泡脚, 并按摩其印堂、太阳、涌泉穴, 护理人员应该根据患者的身体情况为患者制定运动计划, 指导患者进行科学的锻炼, 并坚持下去, 锻炼要遵循循序渐进的原则, 且在锻炼过程中要对患者的身体情况进行密切关注, 如有不适, 要立即停止锻炼<sup>[3]</sup>; (4) 健康指导: 正确的健康指导能够使患者少走弯路, 也对疾病的康复起到推动的作用。护理人员应该使患者了解疾病的病因、治疗方法、预防方法。为患者发放宣教手册, 告知患者在护理期间应该注意的各种事项, 让患者形成良好的保健意识, 改掉不良的生活习惯, 防止疾病的再次复发, 让患者明确护理流程, 并且积极配合, 同时也有利于护理工作的顺利进行<sup>[4]</sup>; (5) 辨证施护: 对于阴虚类患者, 要多食用百合、银耳, 对于阳虚类患者, 要多食用山药、莲子, 血虚患者多食用猪肝、胡萝卜。

**1.5 观察指标** (1) 临床治疗效果分为: 痊愈、显效、好转、无效。痊愈: 子宫肌瘤消失, 医学造影一切正常; 显效: 患者的子宫肌瘤症状得到明显的改善, 经过医学造影子子宫肌瘤缩小超过 50%; 好转: 患者的子宫肌瘤症状得到改善, 经过医学造影子子宫肌瘤缩小超过 25%; 无效: 患者经过治疗后病情未发现有好转的迹象。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 好转例数) / 患者总例数 × 100%。(2) 子宫肌瘤体积比较: 通过 B 超测量患者治疗前后的子宫肌瘤体积大小并进行比较。

**1.6 统计学方法** 采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行统计分析。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  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组患者临床疗效比较** 经比较, 对照组患者的治疗总有效率为 48.3% (29/60), 试验组患者的治疗总有效率为 83.3% (50/60), 试验组明显高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 详见表 1

表 1 2 组子宫肌瘤患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率 (%)
对照组	60	8	12	9	31	48.3
试验组	60	28	12	10	10	83.3
$\chi^2$ 值						5.00
<i>P</i> 值						<0.05

**2.2 2 组患者治疗前后子宫肌瘤体积比较** 治疗前 2 组患者的子宫肌瘤体积对比差异无统计学意义 (*P* > 0.05), 治疗后, 2 组患者的子宫肌瘤体积缩小, 且 2 组患者的子宫肌瘤体积差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。详见表 2。

表 2 2 组子宫肌瘤患者治疗前后子宫肌瘤体积比较 ( $\bar{x} \pm s, \text{cm}^3$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	60	133.2 ± 18.3	103.5 ± 14.9
试验组	60	136.2 ± 16.4	73.6 ± 15.7
<i>t</i> 值		0.322 6	3.728 3
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05

## 3 讨论

随着医学技术的不断进步, 医疗水平也逐渐提升, 子宫肌瘤的检查也更加准确, 子宫肌瘤患者受到遗传和环境的影响较大, 主要是由于平滑肌受损、激素分泌异常等原因导致的。对于病程短、病症轻的患者, 西医建议口服药物保守治疗, 且大部分患者能够痊愈, 对于病程长, 且病症严重的患者则要采用宫腔镜手术疗法, 宫腔镜手术属于微创手术, 治疗痛苦小, 并发症少, 但是这种手术依然存在着一定的风险, 尤其对于育龄女性来说, 严重的甚至会导致终生不孕, 且手术的费用高, 对于家庭困难的患者而言承受着巨大的经济压力, 因此, 使用有效的药物进行治疗是非常必要的<sup>[5]</sup>。有相关研究表明, 子宫肌瘤的产生与体内激素的分泌有很大的关联, 体内雌激素分泌过多, 就会对子宫平滑肌产生刺激, 进而导致子宫肌瘤。FHS 是一种由脑垂体分泌的激素, 受到下丘脑促性腺释放激素的影响, 在生殖功能中具有重要意义, 通过水平检测可以了解卵巢功能的状态。米非司酮药物是目前较为常用的一种治疗子宫肌瘤的西药, 但是长期服用这种药物会对患者的身体造成伤害, 还有很多的不良反应, 例如: 头晕、恶心等等, 严重的还会导致不孕。中医认为, 子宫肌瘤是由于脏腑功能失调引起, 而当归具有改善脏腑功能, 活血化瘀的功效, 桃仁、红花等中药可以有效缓解患者的症状, 具有活血化瘀、止痛的作用, 加上有效的护理干预, 能够产生较好的护理效果<sup>[6]</sup>。

本研究选取 2018 年 2 月—2019 年 3 月在我院接受过治疗的 120 例子子宫肌瘤患者作为研究对象, 并使用随机的方式将其分为试验组和对照组, 每组患者 60 例。给予对照组患者常规的护理方式, 在此基础上, 给予试验组患者活血化瘀方联合中医护理, 对 2 组患者的临床效果进行比较。经过护理, 对照组患者的治疗总有效率为

48.3% (29/60), 试验组患者的治疗总有效率为 83.3% (50/60), 试验组明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 且治疗后, 2 组患者的子宫肌瘤体积差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 给予子宫肌瘤患者活血化瘀方联合中医护理, 能够改善患者的临床症状, 缩小子宫肌瘤的体积, 在临床上具有推广价值。

#### 参考文献

- [1] 康俊英, 王松慧. 活血化瘀方联合中医护理对子宫肌瘤患者临床疗效的影响观察[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(9): 35, 42.
- [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: 262.
- [3] 凌丽萍, 徐枫怡. 全程中医护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除围手术期的应用效果[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2018, 5(36): 27-28.
- [4] 谢丽娜, 郝艳民. 中医护理干预在治疗强直性脊柱炎合并子宫肌瘤患者中的应用分析[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2018, 5(36): 42-43.
- [5] 胡寿涓, 胡沙沙. 中医护理在子宫肌瘤手术患者围术期的应用研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(5): 131-132.
- [6] 邱青青. 中医护理 50 例子子宫肌瘤患者围术期的应用评价[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(20): 127-128.
- (本文编辑: 尹秀平 本文校对: 王琳琳 收稿日期: 2019-10-11)

## 中西医结合适宜医疗护理技术 对肝硬化腹水患者消减的影响

韩松廷

(沈阳市第七人民医院消化科, 辽宁 沈阳 110003)

**摘要:**目的 探讨中西医结合适宜护理技术对肝硬化腹水患者腹水消减的影响。方法 收集 2017 年 7 月—2019 年 7 月在沈阳市第七人民医院进行肝硬化腹水治疗的患者 240 例, 按照随机原则分为对照组和观察组, 每组 120 例。对照组患者采用常规治疗护理法, 观察组患者在常规治疗护理法基础上介入中医适宜医疗护理技术, 如敷脐疗法、耳穴贴压、中药灌肠等, 并比较 2 组患者腹水消减情况。结果 观察组患者的体质量、腹围、尿量明显优于对照组患者; 观察组治疗总有效率 82.5% (99/120) 明显高于对照组患者 40% (48/120), 2 组差异具有统计学意义。结论 中医适宜医疗护理技术可有效消减肝硬化腹水, 减轻患者的疼痛感, 提高其生活质量, 值得临床推广应用。

**关键词:** 中医适宜技术; 肝硬化腹水; 腹胀; 中西医结合; 护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.052

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0132-03

### Effect of Appropriate Medical and Nursing Technology of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine on Ascites Reduction in Patients with Cirrhotic Ascites

HAN Songting

(Department of Gastroenterology, Shenyang Seventh People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110003, China)

**Abstract: Objective** To study and explore the effect of suitable nursing technology of integrated traditional Chinese and Western medicine on ascites reduction in patients with cirrhosis. **Methods** 240 patients with cirrhosis ascites treated in our hospital from July 2017 to July 2019 were randomly divided into control group and observation group, with 120 cases in each group. Patients in control group were treated with routine treatment and nursing method, while patients in observation group were treated with appropriate traditional Chinese medicine medical nursing technology on the basis of routine treatment and nursing method, such as umbilical therapy, auricular point sticking, and Chinese herbal enema and so on. The ascites reduction of the two groups was compared. **Results** On the basis of routine treatment and nursing, the ascites reduction of the patients in the observation group who intervened in the appropriate medical nursing technology of traditional Chinese medicine was significantly better than that of the patients in the control group who adopted routine treatment and nursing method. **Conclusion** Appropriate medical nursing technology of integrated traditional Chinese and Western medicine can effectively reduce the ascites reduction of patients with cirrhosis ascites, alleviate the pain of patients and improve their quality of life, which is worthy of clinical application.

**Keywords:** appropriate technology of TCM; cirrhotic ascites; tympanitis; integrated traditional Chinese and Western medicine; nursing

肝硬化常见的并发症之一为腹水, 肝硬化腹水被列为中医四大顽症之一, 证候多为气滞湿阻、寒湿蕴结、肝脾血瘀、脾肾阳虚<sup>[1]</sup>。在临床上, 初次诊断为肝硬化的患者 50% 以上在 10 年内发生腹水, 且这些腹水患者在未来 2~5 年内的生存率为 50%<sup>[2]</sup>。肝硬化腹水患者由于长期使用利尿剂, 极易出现耐药性, 导致腹水难以消

退<sup>[3]</sup>。本文对自 2017 年 7 月—2019 年 7 月在我院进行肝硬化腹水治疗的 240 例患者情况进行策略分析, 并深入研究和探讨中医适宜医疗护理技术对肝硬化腹水患者腹水消减的临床疗效和价值。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 7 月—2019 年 7 月在我院进

行肝硬化腹水治疗的患者240例,其中,男178例,女62例;年龄25~63岁,平均年龄46.4岁;平均病程(5.6±3.3)个月;肝硬化类型:226例乙肝肝硬化,10例酒精性肝硬化,血吸虫肝硬化2例,自身免疫性肝硬化2例。将所有患者分为对照组和观察组,每组120例。对照组:男84例,女36例;年龄27~62岁,平均年龄46.6岁;平均病程(5.2±3.6)个月;肝硬化类型:112例乙肝肝硬化,6例酒精性肝硬化,自身免疫性肝硬化2例。观察组:男94例,女26例;年龄25~63岁,平均年龄46.2岁;平均病程(5.2±3.6)个月;肝硬化类型:114例乙肝肝硬化,4例酒精性肝硬化,血吸虫肝硬化2例。运用整理和分析统计学手段,将2组患者的性别、年龄、病程、肝硬化类型等基本资料进行对比分析,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:所有患者均诊断为肝硬化腹水;具有良好的认知能力,思维清晰,语言交流无障碍;取得患者及家属的知情同意。排除标准:脑血管意外所致认知障碍等后遗症患者;精神疾病及智力障碍不能配合及不愿参与研究的患者。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组** 患者采用常规治疗护理法:包括使用常规保肝、利尿剂等规范治疗及常规的肝硬化专科护理。

**1.3.2 观察组** 患者在常规治疗护理法基础上介入中医医疗护理技术:包括(1)敷脐疗法:取田螺30g,麝香1g,人工牛黄1g,葱白10g,甘遂10g,另取5cm×5cm膏贴。使用时,现用现配,将膏贴放置于40℃温箱内加热10min,每次于夜间外敷神阙穴12h,每日1次,15d为1个疗程,连续治疗2个疗程。(2)耳穴贴压:取肝、胆为主穴,脾、胰、胃、三焦、胃食道等为配穴。取王不留行籽于常规消毒后外敷相应耳穴,左右耳交替进行,力度以患者有酸胀感或微感刺痛为宜,每次每穴按压3min,每日3次,15d为1个疗程,连续治疗2个疗程。(3)中药灌肠:取大黄、煅牡蛎、金银花、槐米、蒲公英各30g保留灌肠,每日1次,连续2周后,改为隔日1次,直至第4周停用。

**1.4 观察指标** 观察患者治疗前后的体质量、尿量和腹围。

**1.5 疗效判定标准** (1)腹水消退I级:患者的腹水完全消退,B超检查腹水阴性。(2)腹水消退II级:患者的腹水大部分消退,临床体检轻度移动性浊音,B超检查有少量腹水。(3)腹水消退III级:患者的腹水有所消退,腹围有所缩小。(4)无效:患者的腹水不减反增。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 19.0软件进行数据处理分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行 $t$ 检验,计数资料以率(%)表示,行 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者的体质量比较** 对照组患者在治疗后体质量

平均减少(1.98.2±0.14)kg,观察组患者在治疗后体质量平均减少(3.89±1.22)kg,由此可见,治疗后,观察组患者体质量平均减少量明显大于对照组患者,2组的差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.2 2组患者的腹围比较** 对照组患者在治疗后腹围平均缩小(5±3)cm,观察组患者在治疗后腹围平均缩小(12±2)cm,由此可见,治疗后,观察组患者腹围平均缩小明显大于对照组患者,2组差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.3 2组患者的尿量比较** 对照组患者治疗后24h尿量为(1830±180)mL,观察组患者治疗后24h尿量为(3190±350)mL,由此可见,治疗后,观察组患者24h尿量明显大于对照组患者,2组差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.4 2组患者疗效比较** 对照组患者治疗后总有效率为40%(48/120),观察组患者治疗后总有效率为82.5%(99/120),由此可见,治疗后,观察组患者总有效率明显高于对照组,2组差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组肝硬化腹水患者疗效比较 (例)

组别	例数	腹水消退			无效	总有效率(%)
		I级	II级	III级		
观察组	120	33	43	23	21	82.5
对照组	120	0	13	35	72	40.0

## 3 讨论

肝硬化腹水中医证候多为气滞湿阻、寒湿蕴结、肝脾血瘀、脾肾阳虚<sup>[1]</sup>,在临床上,治疗腹水的方法很多,但是大部分效果不明显,若内服峻下药逐水腹水消退快,但是不良反应大,药物会影响患者的正气,不利于病情的恢复<sup>[4]</sup>。

敷脐疗法属于内病外治,神阙穴位于脐中,内连十二经脉,联系五脏六腑<sup>[5]</sup>;外用的药物如麝香有通络散瘀、扩张血管的作用,田螺清热利水,牛黄有保肝利胆作用,葱白通阳解毒,甘遂峻下逐水可加速患者血流速度,降低门静脉压力<sup>[6]</sup>。

据中医记载,耳廓与五脏、经络均有密切的联系,肝、胆穴为主穴有利于疏肝利胆,脾、胰、胃食道等为配穴益气健脾,故使用耳穴贴压可减轻患者的肝硬化腹水症状<sup>[7-8]</sup>。

中药保留灌肠,可使患者体内毒素从肠道排除,促进患者的肝功能恢复,灌肠方剂具有清热解毒,通腑利尿的功效,以此达到患者腹水消退的目的<sup>[9-10]</sup>。

本文研究结果显示,在常规治疗法基础上介入中医技术的观察组患者总疗效明显高于对照组。

综上所述,中医适宜技术可有效消减肝硬化腹水患者的腹水消减情况,减轻患者的疼痛感,提高其生活质量,值得临床推广应用。



### 参考文献

- [1] 易臻,肖春玲,赵晶,等. 中医适宜技术对肝硬化腹水患者腹水消减的影响[J]. 现代中医药, 2016, 21(1): 19-21.
- [2] 连丽. 红外线照射中药熨渍疗法治疗乙型肝炎肝硬化腹水(气滞湿阻证)的临床研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2016.
- [3] 唐友琴. 中西医结合治疗肝硬化腹水 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(11): 57-58.
- [4] 马毅. 中西医结合治疗肝硬化腹水分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(4): 42-43.
- [5] 陈美荣. 肝硬化腹水中医护理方法及效果分析[J]. 医学美学美容(中旬刊), 2014, 3(11): 671.
- [6] 夏红梅,王曼,胡东辉. 中西医结合护理干预对肝硬化腹水患者治疗效果的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(30): 3405-3407.
- [7] 颜君. 中医治疗肝硬化腹水 42 例疗效的初步分析[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2014, 7(4): 131-132.
- [8] 项军松. 中医药治疗肝硬化腹水研究进展[J]. 大家健康(学术版), 2015, 8(4): 33-33.
- [9] 程雪花,王丽钧,徐丽萍,等. 中西医结合护理临床路径在肝硬化腹腔积液病人中的应用[J]. 护理研究, 2016, 30(20): 2496-2499.
- [10] 程雪花,李华成. 中西医结合护理临床路径对肝硬化腹水患者睡眠质量的效果研究[J]. 护理管理杂志, 2018, 18(5): 67-70.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:王玉凤 收稿日期:2019-10-08)

# 中医护理联合运动康复训练 对肩关节骨性关节炎关节功能恢复的影响

潘琳

(中国医科大学附属盛京医院第四骨科,辽宁 沈阳 110000)

**摘要:**目的 探讨中医护理联合运动康复训练对肩关节骨性关节炎患者关节功能恢复的影响。方法 将 2018 年 1 月—2018 年 12 月收治的 74 例肩关节骨性关节炎患者随机分为对照组与观察组,每组 37 例。对照组给予常规护理干预,观察组给予中医护理联合运动康复训练干预,评估患者肩关节疼痛、肩关节功能变化,比较临床优良率。结果 与对照组比较,观察组 VAS 评分较低( $P < 0.01$ ),肩关节功能评分、优良率较高( $P < 0.01$ )。结论 中医护理联合运动康复训练在肩关节骨性关节炎护理中效果显著,能有效促进肩关节功能恢复。

**关键词:** 肩关节;骨性关节炎;痹证;中医护理;运动康复训练;关节功能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.053

文章编号:1672-2779(2020)-20-0134-03

## The Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing Combined with Exercise Rehabilitation Training on Joint Function Recovery in Patients with Shoulder Osteoarthritis

PAN Lin

(Department of Fourth Orthopaedic Sports Medicine, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

**Abstract: Objective** To explore the effect of TCM nursing combined with exercise rehabilitation training on the recovery of joint function in patients with shoulder osteoarthritis. **Methods** 74 patients with shoulder osteoarthritis admitted from January 2018 to December 2018 were randomly divided into control group and observation group, with 37 cases in each. The control group received routine nursing intervention, and the observation group received TCM nursing combined with exercise rehabilitation training intervention. The shoulder pain and shoulder joint function changes were evaluated, and the clinical excellent and good rate was compared. **Results** Compared with the control group, the VAS score of the observation group were lower ( $P < 0.01$ ), and the shoulder function score and the excellent and good rate were higher ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** TCM nursing combined with exercise rehabilitation training is effective in the nursing of shoulder osteoarthritis and can effectively promote the functional recovery of shoulder joint.

**Keywords:** shoulder joint; osteoarthritis; arthromyodynia; TCM nursing; exercise rehabilitation training; joint function

骨性关节炎是一种慢性、渐进性关节病变,是临床上最常见的关节疾病,并根据发生部位命名。肩关节骨性关节炎则是由肱骨头、关节盂关节变性、软化、脱落,继而出现软骨下骨硬化,骨赘形成而发病,多与肩关节损伤有关<sup>[1]</sup>。本研究以 2018 年 1 月—2018 年 12 月收治的 74 例肩关节骨性关节炎患者作为研究对象,探讨了中医护理联合运动康复训练对患者肩关节功能恢复的影响,为临床肩关节骨性关节炎护理方案提供参考依据。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2018 年 1 月—2018 年 12 月我院收治的 74 例肩关节骨性关节炎患者作为研究对象。按照随机数字表法分为对照组与观察组,每组 37 例。对照组,男 20 例,女 17 例;年龄 40~72 岁,平均 56.16 岁。观察组,男 18 例,女 19 例;年龄 40~75 岁,平均 56.74 岁。2 组患者临床一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准。

**1.2 纳入标准** (1)符合《门诊骨科基础治疗学》<sup>[2]</sup>《骨关节

表1 2组肩关节骨性关节炎患者VAS、肩关节功能评分比较 (x̄±s,分)

组别	例数	VAS评分		t值	P值	肩关节功能评分		t值	P值
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	37	4.14±0.46	1.76±0.21	28.629	0.000<0.01	301.23±40.67	417.61±52.28	10.688	0.000<0.01
观察组	37	4.15±0.45	1.32±0.16	36.043	0.000<0.01	300.11±40.60	456.35±60.77	13.004	0.000<0.01
t值		10.138				2.940			
P值		0.000<0.01				0.008<0.01			

炎诊断及治疗指南(2010年版)》<sup>[3]</sup> 相关诊断标准;(2)单侧发病;(3)患者及家属获得知情同意。

**1.3 排除标准** (1)不符合上述临床诊断标准;(2)冈下肌腱炎、冈上肌腱炎、肩峰撞击症合症、肩周炎等疾病引起肩痛者;(3)风湿性关节炎、化脓性关节炎、结核性关节炎、类风湿性关节炎等。

#### 1.4 干预方法

**1.4.1 对照组** 给予常规护理干预,主要包括健康宣教,向患者介绍疾病相关知识和治疗方案,消除患者顾虑,提高患者治疗依从性,并针对患者心理状态给予心理疏导,以提高患者治疗信心。

**1.4.2 观察组** 给予中医护理联合运动康复训练干预。中医护理:(1)针刺疗法:体位:患侧向上侧卧位;取穴:主穴取肩髃、臑俞、肩髃、肩井、肩贞,辨证施穴,风寒重者取大椎、风池;湿重者取阴陵泉、丰隆;虚证者取三阴交、肾俞;瘀滞者取外关、血海。得气后接入电针,疏密波,留针30 min。(2)中药热奄包疗法:组方:白芷60 g,羌活45 g,黄芪50 g,麻黄30 g,桂枝55 g,路路通60 g,牛膝55 g,制川乌30 g,苍术50 g,红花60 g,全蝎60 g。将上述中药饮片粉碎,装入透水无纺布袋中,水浸泡10 min后,按压至不滴水后,加热3 min,冷却至60℃左右皮肤可耐受的温度,置于肩关节上,应用TDP灯照射中药热奄包,延缓热奄包冷却速度,每次20 min。运动康复训练:一般情况下,患者不需要卧床休息。急性期减少关节活动,减小肩关节负重。急性期结束后,开始肌肉张力和紧张性练习,以恢复关节的肌肉支持,科学地进行肩关节功能训练,以循序渐进为原则进行关节康复锻炼。

**1.5 观察指标** (1)疼痛:应用视觉模拟评分法(VAS)评估患者肩关节疼痛程度,分数0~500分,分数越高表示疼痛越严重;(2)肩关节功能:依据《骨科临床测量》《颈肩痛》《常用康复治疗技术操作规范(2012年版)》制订,分数0~500分,分数越高表示肩关节功能越佳。(2)疗效评价:参考《中药新药临床研究指导原则》、骨关节炎疗效评定标准尼莫地平法,通过计算肩关节功能综合评分增加率来判定。

**1.6 统计学方法** 使用SPSS 17.0 软件包进行数据分析,计量资料以均数±标准差(x̄±s)表示,组间、组内采用t检验,计数资料以(%)表示,采用卡方检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 疼痛及肩关节功能** 与干预前比较,2组VAS评分显著降低(P<0.01),肩关节功能评分显著升高(P<0.01);与对照组比较,观察组VAS评分显著较低(P<0.01),肩关节功能评分显著较高(P<0.01)。见表1。

**2.2 临床疗效** 对照组优良率为67.57%(25/37),观察组优良率为91.89%(34/37),2组差异有统计学意义(x<sup>2</sup>=6.773, P=0.009<0.01)。见表2。

表2 2组肩关节骨性关节炎患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	优	良	可	差	优良率(%)
对照组	37	11	14	11	1	67.57
观察组	37	20	14	3	0	91.89
x <sup>2</sup> 值						6.773
P值						0.009<0.01

## 3 讨论

中医护理是指在中医理论指导下,结合预防、康复、保健、医疗等措施,并运用独特的中医护理技术,对患者实施护理,从而促进患者康复<sup>[4]</sup>。近年来,中医护理作为一种综合性护理,以经济、实用、操作简便、不良反应少等优势,受到临床医护人员的普遍重视<sup>[5]</sup>。本病属中医学“痹证”范畴,而针刺体表腧穴,可激发机体脏腑经络功能,调整阴阳气血,从而达到疏通经络、调和气血阴阳的目的。现代研究发现<sup>[6]</sup>,针刺能够提高机体疼痛阈值,扩张血管,缓解肌肉痉挛,促进局部血液循环和炎症物质的吸收。中药热奄包又称中药热敷法,为传统中医疗法,具有温经散寒、消肿止痛、活血化瘀、强筋健骨的功效,现代研究表明<sup>[7]</sup>,其通过热使局部毛细血管扩张,从而改善局部微循环,并促使药包内中药渗透到患者体内,迅速有效改善局部血液循环,加速新陈代谢,达到治疗的作用。

运动康复训练能通过改变肩关节负荷而起到治疗骨关节炎的作用。(下转第157页)

科研进展 SCIENTIFIC RESEARCH  
PROGRESS

# 穴位埋线治疗常见胃肠道疾病的临床研究进展\*

李登科<sup>1</sup> 董蕊<sup>2</sup> 杨才德<sup>1</sup>※

(1.兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科,甘肃 兰州 730020;2.甘肃中医药大学针灸推拿学院,甘肃 兰州 730000)

**摘要:**临床常见胃肠道疾病有功能性消化不良、功能性便秘、慢性溃疡性结肠炎、慢性胃炎、肠易激综合征等,本文通过总结近年来穴位埋线治疗常见胃肠道疾病的临床研究,发现穴位埋线疗法治疗常见胃肠道疾病安全有效,疗效持久,不良反应较少,值得临床推广使用。但现有的研究缺乏大样本、多中心随机对照研究,对于穴位埋线治疗消化系统的临床和机制研究有待进一步深入。

**关键词:**穴位埋线;胃肠道疾病;临床研究;综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.054

文章编号:1672-2779(2020)-20-0136-03

## Clinical Research Progress of Acupoint Catgut Embedding in the Treatment Of Common Gastrointestinal Diseases

LI Dengke<sup>1</sup>, DONG Rui<sup>2</sup>, YANG Caide<sup>1</sup>※

(1. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China;

2. School of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Gansu University of Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China)

**Abstract:** The common clinical gastrointestinal diseases include functional dyspepsia, functional constipation, chronic ulcerative colitis, chronic gastritis, irritable bowel syndrome, etc Use. However, the existing research lacks large sample, multicenter randomized controlled study, and the clinical and mechanism research of acupoint catgut embedding therapy for digestive system needs further study.

**Keywords:** catgut embedding at acupoints; gastrointestinal diseases; clinical research; review

消化系统是我们人体八大系统之一,一个健康的消化系统对我们的身体以及生活有着十分重要的作用<sup>[1]</sup>。人体所摄入的食物都需要胃肠进行消化来转换成能量,以此来保证机体消耗<sup>[2]</sup>。而消化系统疾病中的胃肠系疾病是该系统中最重要且最常见的疾病,该疾病目前仍是临床上的难解问题之一,给患者的生活和健康带来了很大的困扰<sup>[3]</sup>。近年,我国胃肠系疾病的发病率已呈上升趋势,尤其显现出年轻化<sup>[4]</sup>,其最大的原因在于不规律的生活饮食和生活作息。穴位埋线治疗该类疾病具有较好的疗效,它可以长刺激穴位,方便而且经济实惠,是很多患者的治疗选择<sup>[5]</sup>。穴位埋线疗法是针刺治疗学中的一个特殊治疗方法,该治疗方法可以通过埋线吸收对机体穴位组织产生刺激,延长作用效果来达到治疗疾病的目的。现在穴位埋线疗法是将传统针灸方式结合现代医疗技术,根据病症特点,将可吸收的外科缝线植入穴位,以激发经络气血,协调机体机能、调和气血、平衡阴阳、使邪去正复,达到防治疾病目的的一种医疗手段和方法<sup>[6]</sup>。穴位埋线作为一种复合性治疗方法,除了利用腧穴的功能外,还有其本身的优势,埋线方法对人

体的刺激强度随着时间而发生变化;埋线疗法利用其特殊的针具与所埋之羊肠线,产生了较一般针刺方法更为强烈的针刺效应,有“制其神,令其易行”和“通其经脉,调其气血”的作用。此外,埋线疗法也具有补虚泻实的作用<sup>[7]</sup>。本文就穴位埋线对消化系统中胃肠系常见的疾病:功能性消化不良、功能性便秘、慢性溃疡性结肠炎、慢性胃炎、肠易激综合征等治疗方面的临床效果进行概括,并对此次研究进行讨论分析,现将穴位埋线治疗胃肠系疾病的治疗概括如下。

### 1 功能性消化不良

戴迎春<sup>[8]</sup>选取 86 例功能性消化不良患者,作为本次研究观察对象,并采用随机数字法,将患者随机分为 2 组,对照组 40 例,观察组 46 例。对照组患者用西药方法治疗,药物为西沙必利,采用口服法,药量 10 mg,在餐前 0.5 h 服用,3 次/d,4 周为 1 个疗程。观察组患者则采用穴位埋线配合中药治疗,穴位埋线选穴:足三里(双)、肝俞(双)、脾俞(双)、中脘透下脘、天枢(双)、水道(双)、阳陵泉(双),以此来评价分析不同方法的临床治疗效果。结果:观察组治疗后临床有效率以及症状积分与对照组相比差异无统计学意义( $P < 0.05$ ),表明采用穴位埋线治疗联合中药对于改善功能性消化不良患者的临床症状效果显著。穴位埋线法治疗功能性消化不良临床效果明显,且具有稳定的远期效果<sup>[9]</sup>,值得

\* 基金项目:中国中医药研究促进会科研项目【No. 2019-11、2019-12】;甘肃省教育厅协同创新团队项目【No. 2018C-18】

※通讯作者:13993162751@163.com



临床推广应用。

## 2 功能性便秘

周告生等<sup>[10]</sup>选取61例功能性便秘患者作为此次研究对象,并按照随机分配原则,将患者分为对照组30例,研究组31例。对照组采用乳果糖口服液进行治疗,方法:3次/d,每次10 mL。研究组采用穴位埋线与温阳健脾中药配合进行治疗,穴位埋线选穴:足三里、大肠俞、天枢等穴进行埋线操作,15 d 1次为1个疗程,总共6个疗程。再选择中药:肉苁蓉15 g,墨旱莲12 g,胡桃仁与当归各10 g,生黄芪20 g,生白术30 g。对比分析2组的相关指标。结果:对照组治疗后的临床有效率以及症状积分与研究组相比显著降低( $P < 0.05$ );治疗前,2组的便秘症状评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后对照组腹胀积分及排便费力评分均显著高于研究组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。所以基于上述治疗的认识,温阳健脾的中药联合穴位埋线治疗,对改善患者的病情有积极重要意义。穴位埋线治疗功能性便秘可以有效增多患者自主排便次数,改善排便困难症状,疗效确切,操作简便,易于掌握,值得临床推广<sup>[11]</sup>。

## 3 慢性溃疡性结肠炎

陈爱武等<sup>[12]</sup>选取96例慢性溃疡性结肠炎患者,将他们作为此次研究对象,并采用随机数字分法,将研究对象分为埋线组48例,对照组48例,2组均口服药物柳氮磺吡啶(SASP)1 g,每天3次。在此基础上埋线组加用穴位埋线法治疗,埋线选取的穴为:胃俞透脾俞、天枢(双侧)、中脘透上脘穴足三里,治疗15 d一次为1疗程,治疗5个疗程;对照组在口服药物基础上加用针刺和艾灸治疗,针刺选穴:足三里,再进行辨证分析:肝气乘脾针刺期门、内关穴,发热加合谷穴,大肠湿热证针刺曲池;再用艾灸法或隔姜灸,选穴:大肠俞、足三里、中脘;虚证取足三里、神阙、脾俞、三阴交;针刺选用电针治疗,留针30 min,取连续波,频率为60次/min,每日1次,治疗时间为2个月。结果:治疗2个月后,埋线组临床有效缓解率及总有效症状积分明显优于对照组(81.2%、93.8%与50.0%、79.2%, $P < 0.01$ )。穴位埋线在慢性溃疡性结肠炎的临床治疗中逐渐被重视,同时,在临床应用,配合穴位埋线治疗溃疡性结肠炎的效果见效更快,疗效更持久,且不易复发<sup>[13]</sup>。

## 4 胃痛

张法杰<sup>[14]</sup>随机选取52例胃痛患者,52例患者中,男23例,女29例;多为青壮年,年龄12~65岁;病程

最短为1个月,最长2年。患者共同症状多为持续性隐痛,内服药效不明显,均经临床症状及体征,还有胃镜、钡餐、B超、心电图及相关特异性检查,排除胃穿孔、胰腺炎、心肌梗死、肝胆疾病、胃部肿瘤等疾病,然后做穴位埋线治疗。埋线选穴:足三里、中脘、脾俞、上脘、胃俞、足三阴交等主穴,再进行辨证分析结合具体虚实证选对应配穴。埋线10~20 d一次,治疗2~3次,以巩固疗效。治疗结果:52例中治疗1次痊愈16例;治疗2次痊愈19例,显效13例,无效4例;临床治愈率达67%,总有效率92%。穴位埋线可以有效改善慢性萎缩性胃炎患者的临床症状,改善胃黏膜的炎症状况,提高患者的生活质量<sup>[15]</sup>。

## 5 肠易激综合征

刘文韬等<sup>[16]</sup>随机选取160例肠易激综合征患者进行观察,采用随机数字表法,将患者分为治疗组80例,对照组80例。治疗组80例中,男性40例,女性40例。对照组80例中,男性35例,女性45例。且2组患者的平均病程为(12±6)个月,年龄选择在55岁左右。对照组采用西医药物治疗,再配合中药辨证论治。治疗组采用星状神经节为主穴进行穴位埋线治疗。结果:治疗组的总有效率在95%,临床有效率达31.3%;对照组的总有效率为85%,临床有效率达18.8%,得出治疗组的临床有效缓解率及总有效症状积分明显优于对照组(95%、31.3%与85%、18.8%)。2组的差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明治疗组的治疗效果优于对照组。星状神经节为主治疗肠易激综合征相比传统和临床通用的中西药疗法具有显著且高效的意义,对人体也具有双向调节的作用。穴位埋线对穴位产生的刺激可持续1个月以上,对慢性病有长期稳定的治疗作用<sup>[17]</sup>。

## 6 小结

胃肠疾病是临床常见病和多发病,尤其是功能性消化疾病,以及胃痛和便秘,是该系统的高发病,其严重影响患者正常工作、学习和生活,西医治疗胃肠疾病多采用西医药物治疗,病情严重者会采取手术方法治疗,手术后创伤大,患者创伤恢复慢,且胃肠疾病术后会影响患者正常进食,要求严格,对患者造成很大的困扰。

穴位埋线作为中医治疗的一种特殊疗法,通过埋线刺激穴位。穴位(又称腧穴)分布在经络的体表循行线上,是经络之气输注的部位。穴位埋线疗法就是通过将特殊材料的线埋进人体的穴位,或者与疾病相关的组织,刺激一定的腧穴,从而发挥相应经脉的作用,调节人体脏腑气血的功能,激发其内在的抗病能力,

以达到治愈疾病的目的<sup>[18]</sup>。穴位埋线严格遵循中医的治疗原则,辨证论治,与患者的实际相结合,选择符合患者病情的穴位进行操作,且在操作时考虑患者的耐受性。

在这次研究概括中,发现在治疗功能性消化不良时,选择了足三里(双)、肝俞(双)、脾俞(双)、中脘透下脘、天枢穴(双)、水道穴(双)、阳陵泉;在治疗功能性便秘时选择了足三里、大肠俞、天枢;在治疗溃疡性结肠炎时,选择了足三里、胃俞透脾俞、中脘透上脘穴、天枢(双侧);在治疗胃痛疾病时,选择了中脘、上脘、脾俞、胃俞、三阴交。综合起来看这几种疾病治疗均选择了足三里、天枢、脾俞、胃俞、中脘。足三里(ST36)是足阳明胃经之合穴,胃腑之下合穴,主治胃中寒、肠鸣、大便不通,真气不足通调胃气,通调腑气;天枢(ST25)足阳明胃经,大肠之募穴,主治泄泻,胃肠鸣,可通中和胃,通调肠腑,分清别浊;脾枢(BL20)足太阳膀胱经,主治腹胀、泄泻、呕吐、多食善饥、消瘦;胃俞(BL21)胃之背俞穴,主治胃痛、腹胀、肠鸣;中脘(RN12),任脉,胃之募穴,八会穴之腑会,主治胃痛,腹胀,便秘,食欲不振,可健运中州,调理胃气。最后在治疗肠易激综合征时,研究者选用星状神经节,它作为一种植物神经节,在对它进行埋线刺激时,干预了它对肾上腺的分泌,对人体起到了良性调节的作用,研究者首次将星状神经节穴位埋线应用到临床上,是一种独特而创新的应用,这对临床治疗起到了非常有意义的作用,也在胃肠系疾病的治疗中发挥了优势,在以后的临床实践中要将其与传统穴位选择结合起来,更好地为临床治疗应用。

综上所述,通过利用文献统计的方法对穴位埋线疗法治疗胃肠疾病临床文献的研究,发现穴位埋线在胃肠疾病系疾病的治疗过程中,取得了较为显著的临床效果。随着现代医学的发展,科学技术的进步,穴位埋线材料以及针具也在进行改进和完善,穴位埋线疗法会得到更多患者的肯定和选择。但在研究概括的过程中发现,临床观察者在临床科研设计、临床应用方面仍处在一些不足或需要改进的地方:(1)相对针灸来说,当前的穴位埋线技术仍然没有更大的创新性进步,将中医学与现代医学、科学技术、其他疗法更好地紧密结合起来进行技术上的创新和手法上的改良,在选穴治疗时将机体解剖组织结合起来,不仅要利用经络系统,还要考虑疾病发病部位的神经组织,肌肉组织,血管组织等,更加科学合理地进行选择操作部位;(2)当前临床文献纳入标准缺乏规范、穴位埋线缺

乏技术操作方面标准化规范;(3)在进行穴位埋线时选择埋线汤药相结合,巩固治疗效果,如穴位埋线治疗功能性便秘和胃下垂,有独特的治疗效果;(4)在用穴位埋线治疗完以后嘱咐患者进行生活和饮食上的注意,让患者自己可以调理肠胃以免再一次受刺激而影响治疗效果;(5)目前在该领域对穴位埋线疗效机制的研究相对较少,在今后的研究中应该加强对它的研究进展,使得穴位埋线发挥更多的作用,在临床中得到更多的经验和方法,改进它的缺点,将穴位埋线的优势在临床上发挥到最大。

#### 参考文献

- [1] 殷贝,李佑生,陈玲玲,等.半夏泻心方在消化系统疾病中的应用及疗效机制研究进展[J].广州中医药大学学报,2019,36(2):292-296.
- [2] 赵菊,胡艳霞,刘松坡,等.5-羟色胺在消化系统中的作用研究进展[J].中国现代医学杂志,2019,29(17):54-57.
- [3] 宁红建.肠道微生态与消化系统疾病关系的研究进展[J].中国医药指南,2019,17(19):17-19.
- [4] 宋佳,罗雨欣,郭金波,等.2018年消化系统疾病主要临床进展[J].临床荟萃,2019,34(1):41-48.
- [5] 赵志红.穴位埋线治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[D].保定:河北大学,2019.
- [6] 杨才德,雒成林.穴位埋线疗法[M].北京:中国中医药出版社,2015:7.
- [7] 温木生,甘思主.中国埋线疗法大全[M].北京:中国医药科技出版社,2017:11.
- [8] 戴迎春.穴位埋线治疗功能性消化不良的效果观察[J].内蒙古中医药,2018,37(3):82-83.
- [9] 刘惠燕,蒙珊,张梦珍,等.以透刺穴位埋线为主治疗功能性消化不良的临床研究[J].广州中医药大学学报,2019,36(4):541-544.
- [10] 周告生,谢世华,郭昌文.温阳健脾中药联合穴位埋线治疗功能性便秘的临床疗效[J].医学理论与实践,2018,31(4):527-528.
- [11] 薛奇明,张晓慧,雍凤娇,等.穴位埋线治疗功能性便秘随机对照研究[J].四川中医,2019,37(6):180-182.
- [12] 陈爱武,宋刘来.穴位埋线法加SASP治疗慢性溃疡性结肠炎[J].中国康复,2008,23(5):348.
- [13] 温淑婷,PhamBaTuyen,刘凤斌,等.穴位埋线治疗溃疡性结肠炎的选穴规律[J].中医药导报,2019,25(15):38-42.
- [14] 张法杰.穴位埋线治疗胃痛52例[J].健康必读(下旬刊),2013(8):408-408.
- [15] 马林.穴位埋线改善慢性萎缩性胃炎的临床观察及实验研究[D].广州:广州中医药大学,2017.
- [16] 刘文韬,杨里,杨才德.星状神经节埋线为主治疗肠易激综合征临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(14):74-76.
- [17] 柴增辉,臧春柳,贾朋环,等.火针联合穴位埋线治疗脾胃阳虚型肠易激综合征64例[J].中国针灸,2019,39(12):1320.
- [18] 陈国珍,孟庆轩.穴位疗法治百病[M].2版.北京:人民军医出版社,2011:5.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:何天有 收稿日期:2020-01-08)

# 紧张型头痛的肌筋膜触发点与经筋、经脉循行关系探讨\*

于川

(北京市平谷区中医医院针灸科,北京 101200)

**摘要:** 颅周肌筋膜机制是紧张型头痛最主要的发病机制,紧张型头痛的中医病理归属经筋病变范畴,故对紧张型头痛有关的触发点与传统经筋、经脉循行、腧穴特异性,进行归纳总结,找出不同及关联点。提示在针刺治疗紧张型头痛时,既要重视现代局部精准定位的肌筋膜触发点理论,同时要兼顾经脉循经及远端腧穴的特异作用。

**关键词:** 紧张型头痛;头风;肌筋膜触发点;经筋;经脉

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.055

文章编号:1672-2779(2020)-20-0139-03

## Discussion on the Relationship between Myofascial Trigger Points and Meridian Sinew and Meridian Circulation Related to Tension-type Headache

YU Chuan

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Pinggu District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101200, China)

**Abstract:** Pericranial myofascial mechanism is the main pathogenesis of tension headache, TCM pathology of tension-type headache belongs to the category of meridian sinew diseases. To summarize the specificity of myofascial trigger points related to tension headache and traditional meridian sinew, meridian circulation and acupoints, identify differences and associations. In the treatment of tension-type headache by acupuncture, myofascial trigger points with emphasis on precise localization. At the same time, the special function of meridian and distal acupoints should be taken into account.

**Keywords:** tension-type headache; intermittent headache; myofascial trigger points; meridian sinew; meridian

紧张型头痛(Tension-Type Headache, TTH)是以双侧枕部或全头部紧缩性或压迫性头痛为主要表现的临床症状候群<sup>[1]</sup>。该病的发病率较高,在中国其发病率在8%~30%<sup>[2]</sup>,女性患病率高于男性。

### 1 紧张型头痛与肌筋膜触发点相关机制

TTH的病理生理学改变尚未完全清楚,目前发病机制的研究主要集中在肌筋膜作用和促进伤害性疼痛的处理方面。大量研究表明,最主要的是颅周肌筋膜机制,肌筋膜伤害感受器的外周致敏最可能参与肌肉疼痛的发展和TTH的急性发作<sup>[3-4]</sup>。临床上通常用肌筋膜触发点(Myofascial trigger points, MTrPs)来表示肌肉紧张、疼痛。有最新证据支持MTrPs代表外周伤害感受的来源,并成为中枢致敏机制的影响因素<sup>[5]</sup>。有研究表明触发点静息状态存在特征性的高波幅自发电位<sup>[6]</sup>。异常电位可导致过度的乙酰胆碱释放,持续的肌肉收缩引发局部缺血缺氧,能量代谢耗竭进一步增加乙酰胆碱释放,形成恶性循环,造成肌肉痉挛。能量耗竭和痉挛引起疼痛物质释放和致敏物质,导致疼痛<sup>[7]</sup>。

MTrPs在查体时可触及骨骼肌紧缩带中柔软的过敏性斑点,分为活性MTrPs和潜伏性MTrPs 2种类型<sup>[8]</sup>。临床查体发现,TTH普遍存在颅周肌肉张力增高甚至挛缩,按压可触及沿肌肉走行的稍硬结节,伴有明显的压痛甚至触痛,部分病例还可诱发远处的牵扯痛<sup>[9]</sup>。

### 2 紧张型头痛的中医认识

紧张型头痛属中医学“头风”范畴,其中医病因病机主要为外感邪气、内伤七情、痰饮、瘀血等致病因素导致的经络痹阻,不通则痛。在众多针刺的适应症中,痛证最被认可且疗效确切,针刺镇痛有独到的优势。通过对针刺治疗紧张型头痛的Meta分析,已有高质量证据表明针刺治疗紧张型头痛的有效性<sup>[10]</sup>,《循证针灸治疗学》认为紧张型头痛属于针灸效能等级I级病谱<sup>[11]</sup>。

头痛是本病的主要表现,其病理改变为肌肉软组织<sup>[7]</sup>,符合中医经筋病的特点。经筋病的病机是经筋(肌肉)的结聚不通,常表现为疼痛和肌肉拘挛,《灵枢》所述“(经筋)所过而结者皆痛及转筋”。“以痛为腧”是治疗经筋病的取穴原则。《黄帝内经太素》:“言筋,但以筋之所痛之处,即为孔穴,不必要依诸输也。……然邪入腠袭筋为病,不能移输,遂以病居痛处为输,故曰筋者无阴无阳无左无右以候痛也。”经筋以阴阳气之所资,需要经脉输送气血来濡养经筋,故在针刺治疗紧张型头痛时,既要调理局部病变经筋,同时还要重视相关经脉的整体气血流注情况,注重循经远端取穴。

### 3 紧张型头痛触发点定位与经筋、经脉循行讨论

我们将紧张型头痛根据疼痛部位分为前额、巅顶、两侧、后枕4个区域来划分定位。触发点定位根据《触发点疗法》<sup>[8]</sup>《肌筋膜疼痛和机能障碍》<sup>[12]</sup>,经筋、经脉循

\* 基金项目:北京市平谷区卫生健康委科研项目[No. pgwjw2019-04]



行根据《灵枢·经脉》《灵枢·经筋》，穴位主治根据《针灸大成》。

## 2.1 前额痛

(1) 触发点：胸锁乳突肌、枕额肌触发点。  
 (2) 经筋循行：足太阳之筋，其直者，结于枕骨，上头，下颜，结于鼻；其支者，为目上网；足太阳的这支经筋分布区包含了枕额肌、眼轮匝肌等。

足阳明之筋，至缺盆而结，上颈，上挟口，合于頄，下结于鼻，上合于太阳。太阳为目上网，阳明为目下网。足阳明的这支经筋分布区包含了胸锁乳突肌、口轮匝肌、颧肌、提上唇肌、鼻翼肌、眼轮匝肌、额肌等。

(3) 经脉循行：足阳明之脉，出大迎，循颊车，上耳前，过客主人，循发际，至额颅。其支者，从大迎前下人迎，循喉咙，入缺盆，下膈，属胃，络脾。

肝足厥阴之脉，循喉咙之后，上入颞颥，连目系，上出额，与督脉会于巅。

膀胱足太阳之脉，起于目内眦，上额，交巅；

(4) 相关经脉治疗前额头痛的循经远端穴位：解溪：《针灸大成》：足阳明胃脉所行为经火。胃虚补之。主……头痛……头风面赤、目赤，眉攒疼不可忍。

京骨：《针灸大成》：足太阳脉所过为原，主头痛如破……目内眦赤烂……。

太冲：《备急千金要方》：“太冲主下眦痛”。古代文献中未见太冲穴用于头痛、偏头痛的记载。根据“输主体重节痛”，在现代临床将治疗痛证范围扩大，可治疗头痛。

(5) 小结：引起前额痛的有胸锁乳突肌、枕额肌的触发点，相关的经筋有足太阳、足阳明，其循行包含了枕额肌、胸锁乳突肌，相关的经脉有足阳明、足太阳和足厥阴，其中足阳明经和足厥阴经分别在颈的浅、深层面上行至前额，足太阳经从前额上至巅顶下至枕。提示在治疗时，处理胸锁乳突肌、枕额肌的触发点，同时可以远端取足阳明解溪、足太阳京骨、足厥阴太冲具有治疗前额痛作用的穴位，来调节相关经脉气血运行。

## 2.2 巅顶痛

(1) 触发点：头夹肌、胸锁乳突肌胸骨部触发点。  
 (2) 经筋循行：足太阳之筋，上挟脊上项，其直者，结于枕骨，上头，下颜，结于鼻。足太阳的这支经筋分布区包含了颈半棘肌、枕下肌群、头半棘肌、头夹肌、枕额肌、眼轮匝肌等。

足少阳之筋，直者，上出腋，贯缺盆，出太阳之前，循耳后，上额角，交巅上，下走额，上结于頄。足少阳这支经筋分布区包含了胸锁乳突肌、颞肌、耳上肌、耳前肌、颧肌等。

(3) 经脉循行：肝足厥阴之脉，循喉咙之后，上入颞颥，连目系，上出额，与督脉会于巅。

足太阳之脉，起于目内眦，上额，交巅；其支者，从巅至耳上角；其直者，从巅入络脑，还出别下项。

督脉：上至风府，会足太阳、阳维同入脑中。循脑

户、强间、后项、上巅，历百会、前项、囟会、上星至神庭。

(4) 相关经脉治疗巅顶头痛的循经远端穴位：束骨：足太阳脉所注为俞木，主……头凶项痛。

太冲：足厥阴肝脉所过为原，输主体重节痛。

(5) 小结：引起巅顶痛的有头夹肌、胸锁乳突肌胸骨部的触发点，相关的经筋有足太阳、足少阳，其循行包含了头夹肌、胸锁乳突肌，相关的经脉有足厥阴、足太阳和督脉，其中足厥阴经在颈的深面经前额至巅顶，足太阳经从前额上至巅顶，从巅顶到耳上角，从巅入脑下项。督脉循脊行于巅顶。在治疗时，处理头夹肌、胸锁乳突肌的触发点，同时可以远端取足太阳束骨、足厥阴太冲穴来调节相关经脉气血运行。

## 2.3 两侧痛

(1) 触发点：头半棘肌1、2号触发点：眉梢外环头一周疼痛；枕下肌群触发点：眼外侧环耳上一周疼痛带；上斜方肌1号触发点：眉梢外侧绕耳后疼痛带；胸锁乳突肌触发点：耳后痛；颞肌触发点：颞侧局部。

(2) 经筋循行：足少阳之筋，循耳后，上额角，交巅上，下走额。足少阳的这支经筋分布区域包含胸锁乳突肌止点、斜方肌起点、颞肌等。

手少阳之筋，循颈出走太阳之前，结于耳后完骨。其支者，上曲牙，循耳前，属目外眦。手少阳经筋分布区域包含了胸锁乳突肌止点、枕下肌群、头半棘肌、颞肌、耳上肌、耳前肌等。

手太阳之筋，循颈出走太阳之前，结于耳后完骨；其支者，入耳中；直者，出耳上，下结于额（下颌），上属目外眦。手太阳经筋分布区域包含了斜方肌、胸锁乳突肌止点、颞肌等。

(3) 经脉循行：小肠手太阳之脉，其支者，从缺盆循颈上颊，至目锐眦却入耳中；

膀胱足太阳之脉，其支者，从巅至耳上角；

三焦手少阳之脉，系耳后直上，出耳上角……其支者，从耳后入耳中，出走耳前。

胆足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角，下耳后。

(4) 相关经脉治疗侧头痛的循经远端穴位：液门：手少阳三焦脉所溜为荣水。主……目赤涩，头痛，暴得耳聋，齿齲痛。

中渚：手少阳三焦脉所注为俞木。主……目眩头痛，耳聋，目生翳膜。

临泣：足少阳所注为俞木。主……枕骨合颅痛，……周痹。痛无常处……。

腕骨：小肠经原穴，主……目冷泪生翳……痲疔头痛……头痛。

(5) 小结：引起两侧痛的肌筋膜触发点较多，牵涉痛区也较为复杂，分别有头半棘肌1、2号触发点、上斜方肌1号触发点、枕下肌群、胸锁乳突肌、颞肌触发点。相关的经筋有足少阳、手少阳、手太阳，其循行包含了

头半棘肌、枕下肌群、斜方肌、胸锁乳突肌、颞肌,相关的经脉有手太阳、足太阳、手少阳、手太阳,分别从颈前、项后循行至耳周,其中足少阳经所过之处与上斜方肌、胸锁乳突肌触发点所形成的疼痛带较为类似,手少阳经所过之处与颞肌触发点所形成的疼痛带类似,手太阳经所过之处与头半棘肌、枕下肌群触发点形成的疼痛带类似。提示在治疗时,处理头半棘肌、枕下肌群、斜方肌、胸锁乳突肌、颞肌的触发点,同时远端取手少阳太阳液门透中渚、足少阳足临泣、手太阳腕骨穴,来调节相关经脉气血运行。

**2.4 后枕痛** (1)触发点:枕下肌群触发点、头半棘肌3号触发点、斜方肌2号触发点。

(2)经筋循行:足太阳之筋,上挟脊上项。

(3)经脉循行:膀胱足太阳之脉,其支者,从巅至耳上角;其直者,从巅入络脑,还出别下项。

(4)相关经脉治疗头痛的远端穴位:通骨:足太阳脉所溜为荣水,主头重目眩……,项痛……。

(5)小结:引起后枕痛的有枕下肌群触发点、头半棘肌3号触发点、斜方肌2号触发点。相关的经筋有足太阳,其循行包含了头半棘肌、枕下肌群、斜方肌等,相关的经脉有足太阳,从项后循行至枕后。提示在治疗时,处理头半棘肌、枕下肌群、斜方肌的触发点,同时可以远端取足太阳的通骨穴来调节足太阳经脉气血运行。

#### 4 展望

本文通过对紧张型头痛的触发点与中医传统经筋、经脉循行、腧穴特异性,在基础理论、治疗方面进行归纳总结,笔者认为中西医理论虽有不同,但并非没有关联。触发点和经筋的病变部位均在肌肉,都有相应的规律性,与经筋理论的“以痛为输”相比,触发点的定位更加清晰、精准,可以说是“以痛为腧”的较高境界。陈雄杰<sup>[13]</sup>采用针刺胸锁乳突肌、咀嚼肌相应 TrP,结果提示该法可以缓解患者肌肉紧张状态,降低颅骨及颅周肌肉压力,减轻咀嚼肌、胸锁乳突肌对副神经及三叉神经的挤压刺激,促进体内内啡肽、强啡肽等物质释放,从而达到减轻患者头痛程度、提高生活质量的效果。

经络穴位包括皮肤、肌肉、肌腱、神经、血管等刺激部位,比触发点包含的部位广泛,中医古人通过思辨及借鉴阴阳五行、藏象等哲学理论,根据临床中所见的体表和体表、体表与内脏的联系,创立的经络理论,总结和归纳出了穴位归经、定位、穴性、适应证、禁忌证等<sup>[14]</sup>,这是中医整体观念的体现。因筋、脉、肉、皮、骨、脏腑等组织器官,均需要经脉来输送气血濡养。李纯等<sup>[15]</sup>基于文献研究分析针灸治疗紧张型头痛腧穴主穴选用频次从高到低是:百会、风池、太阳、太冲、头维、印堂、合谷。所选腧穴归经排序从多到少依次是足少阳胆经、足太阳膀胱经、督脉、足阳明胃经、经外奇穴、任脉、手少阳三焦经。从以上选穴、归经分析,目前针

刺对紧张型头痛的治疗,是基于中医经络学说腧穴定位、主治与分布特点来选穴治疗。所选穴位以足少阳胆经、足太阳膀胱经穴位为主,这也符合紧张型头痛常表现为为头部颞侧、枕侧的钝痛和束带样感觉<sup>[16]</sup>。

提示我们在针刺治疗紧张型头痛时,既要重视现代精准定位的触发点理论,同时也要兼顾经脉循经及远端腧穴的特异作用,因为经脉循行和腧穴的特异性是中医针灸治疗核心所在。作为新一代针灸人,我们所要做的研究和实践,应该是在继承传统针灸的丰富治病经验基础上,吸收现代医学理论,补充传统针灸理论,让传统针灸大放异彩。

#### 参考文献

- [1] 美·伦道夫 W. 埃文斯, 尼南 T·马修, 等. 头痛诊疗手册[M]. 2版. 北京: 科学出版社, 2007: 158.
- [2] 赵宝华, 庞志广, 陈玉敏. 头痛临床诊断与治疗[M]. 北京: 化学工业出版社, 2014: 105.
- [3] Arendt-Nielsen L, Castaldo M, Mechelli F, et al. Muscle triggers as a possible source of pain in a sub-group of tension type headache patients? [J]. Clin J Pain, 2016, 32 (8): 711-718.
- [4] Bendtsen L, Ashina S, Moore A, et al. Muscles and their role in episodic tension-type headache: implications for treatment [J]. Eur J Pain, 2016, 20 (2): 166-175.
- [5] Fernandez-de-las-Penas C, Cuadrado M L, Arendt-Nielsen, et al. Myofascial trigger points and sensitization: an updated pain model for tension-type headache [J]. Cephalgia, 2007, 27 (5): 383-393.
- [6] 张雪. 伴颅周筋膜激痛点的头痛患者神经心理和肌电生理临床特点的观察[D]. 南京: 南京医科大学, 2018.
- [7] Ballyns J J, Shah J P, Hammond J, et al. Objective sonographic measures for characterizing myofascial trigger points associated with cervical pain [J]. J Ultrasound Med, 2011, 30 (10): 1331-1340.
- [8] 克莱尔·戴维斯. 触发点疗法[M]. 黎娜, 译. 北京: 北京科学技术出版社, 2018: 65-79.
- [9] Coupe C, Torelli P, Fuglsang-Frederiksen A, et al. Myofascial trigger points are very prevalent in patients with chronic tension-type headache: a double-blinded controlled study [J]. Clin J Pain, 2007, 23 (1): 23-37.
- [10] 张雪, 布赫, 马尧, 等. 针刺治疗紧张型头痛的 Meta 分析 [J]. 针灸临床杂志, 2018, 34 (1): 51-53.
- [11] 杜元灏. 循证针灸治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 174.
- [12] 珍妮特·特拉维尔, 大卫·西蒙. 筋膜疼痛和机能障碍·触发点(第二册)[M]. 王祥瑞, 郑拥军, 赵延华, 译. 北京: 世界图书出版公司, 2014: 212-243.
- [13] 陈雄杰. 针刺扳机点治疗紧张型头痛的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2015: 26.
- [14] 李永明. 欲识庐山真面目, 走出中医看针灸——读《黄龙祥看针灸》[J]. 中国针灸, 2009, 29 (12): 1023-1024.
- [15] 李纯, 王玲. 基于文献研究针刺治疗紧张型头痛的取穴规律[J/CD]. 中华针灸电子杂志, 2019, 8 (1): 30-32.
- [16] 朱玉飞, 王璐, 董钊, 等. 310例紧张型头痛患者临床特点分析[J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20 (8): 565-568.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 申 斌 收稿日期: 2019-11-05)

# 胃癌前病变常见分子信号通路及中医药干预研究<sup>\*</sup>

邵岩峰 王庆莲<sup>※</sup>

(福建中医药大学附属第三人民医院脾胃病科, 福建 福州 350108)

**摘要:** 本文综述列举近 5 年胃癌前病变相关的常见分子信号通路和中医药在癌前病变信号通路的干预研究。在中医治未病“既病防变”理论指导下, 重视胃癌前病变的病因和发病机制的研究, 总结中医药在信号通路治疗靶点, 期待进一步提高中医药防治疗效。

**关键词:** 胃癌前病变; 胃痛; 胃脘痛; 信号通路; 中医药方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.056

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0142-04

## Study on Common Molecular Signaling Pathways Related to Precancerous Lesions of Gastric Cancer and Intervention of Traditional Chinese medicine

SHAO Yanfeng, WANG Qinglian<sup>\*</sup>

(Department of Gastroenterology, the Third People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350108, China)

**Abstract:** Intestinal metaplasia (IM) and Dysplasia (Dys) are considered as gastric precancerous lesions (PLGC). This review lists the common molecular signaling pathways associated with precancerous lesions of gastric cancer and the intervention studies of traditional Chinese medicine in precancerous lesions in recent 5 years. Under the guidance of the theory of “prevention of existing diseases”, the research on the etiology and pathogenesis of precancerous lesions of gastric cancer should be paid attention to, and the therapeutic targets of traditional Chinese medicine in signal pathway should be summarized, so as to further improve the therapeutic efficacy of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** precancerous lesion of gastric cancer; gastric stuffiness; stomach pain; signal path; therapy of traditional Chinese medicine

从胃癌的全球流行病学调查来看, 进展期胃癌发病率有所下降, 得益于早期诊断技术(内镜下诊断技术)的提高, 但仍是全球发病率第五和死亡率第三的恶性肿瘤<sup>[1]</sup>, 严重威胁人类健康。胃癌前病变的病因和发病机制未完全阐明, 可能与家族遗传因素、幽门螺旋杆菌(H·Pylori, HP)感染、饮食因素、环境因素、肥胖、胃食管反流病等相关。HP 感染会导致慢性胃黏膜炎症, 感染和炎症是致癌的主要因素之一。炎症相关癌症的特征就是 DNA 突变<sup>[2]</sup>, 胃黏膜细胞生长、增殖异常在胃癌发生、发展中起着至关重要的作用。肠上皮化生(Intestinal metaplasia, IM)和异型增生(Dysplasia, Dys)被认为是胃癌前病变(Gastric precancerous lesions, PLGC)。胃癌前病变提示发生胃癌的可能, 与胃癌相关的常见信号通路有: Sonic Hedgehog 信号通路、Notch 信号通路、Jnk 信号通路、Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路、NF- $\kappa$ B 信号通路、Rho/ROCK 信号通路等, 现就以上信号通路的研究概况和中医药基于以上信号通路的干预研究进行综述。

### 1 胃癌前病变相关常见信号通路及中医药干预研究

**1.1 Hedgehog 信号通路** Sonic Hedgehog 信号通路由 Hedgehog 配体、2 个跨膜蛋白受体 Ptch 和 Smo 和下游转录因子 Gli 蛋白等组成。在维持胚胎发育过程中不仅对各种组织生长和发育起着重要作用, 也是维持成人组织稳态必不可少的一个重要的信号通路<sup>[3]</sup>。该信号通路在胃黏膜表达主要在胃底腺, PTCH1、FOXO1 和 CCND2 是 Hedgehog 信号的直接转录靶点。SHH 通过自分泌和 foxl1 介导的上皮-间质相互作用调节胃黏膜内的生长和分化<sup>[4]</sup>。通常 Sonic Hedgehog 信号通路受到严格调控, 通路信号的异常激活常提示实体肿瘤可能, 尤其是消化道肿瘤。研究发现<sup>[5]</sup>, 肿瘤细胞以旁分泌方式分泌 Shh 配体, 刺激基质细胞产生次级生长因子, 从而驱动肿瘤血管生成、肿瘤细胞增殖和存活。近年来发现癌症干细胞(Cancer stem cells, CSCs)与人类肿瘤的形成和发展具有密切联系, 而 Sonic Hedgehog 信号通路激活在维持癌症干细胞活性上也起到关键作用。有研究<sup>[6]</sup>发现从花椰菜提取的萝卜硫素(SFN)通过下调 Sonic Hedgehog 信号通路, 可抑制胃癌干细胞的活性。毛宇湘教授根据李佃贵国医大师浊毒理论自拟的胃 6 号方能够降低胃黏膜组织中 Sonic Hedgehog 关键因子 Gli1、CyclinD1 表达水平, 升高 SUFU 表达水平<sup>[7]</sup>。

<sup>\*</sup> 基金项目: 国家中医药管理局全国中医药创新骨干人才培养项目[No. 国中医药办人教函(2019)91 号]; 福建省中医药科研课题[No. 2017FJZYLC107]

<sup>※</sup> 通讯作者: 543645743@qq.com



**1.2 Notch 信号通路** 肿瘤细胞失去密度性依赖抑制,不会因细胞密度增加而停止分裂增殖,具有低分化和高增殖特点。Notch 信号通路是高度保守的信号通路,包括三个部分:Notch 受体、Notch 配体和 DNA 结合序列 CSL (CBF1/Su(H)/lag1),在细胞分化、发育、细胞增殖和死亡中发挥重要作用<sup>[8]</sup>。研究发现<sup>[9]</sup>E-cad 是钙黏附蛋白分子家族中跨膜蛋白亚型的一种,对维持细胞形态和调节细胞黏附具有重要作用,其低表达或者缺失使肿瘤细胞失去接触抑制,导致肿瘤细胞无限增殖。Notch 信号通路可上调 zeb1 转录因子的表达,zeb1 是 E-cad 转录抑制因子,从而下调 E-cad 的表达。肿瘤的浸润和转移与肿瘤微环境(Tumor microenvironment, TME)密切相关,Notch 信号通路在其中扮演重要角色<sup>[10]</sup>。肿瘤细胞与 TME 之间通过多种旁分泌信号相互作用,其中 Notch 信号被认为是重要的信号通路之一<sup>[11]</sup>。其对肿瘤微环境的影响机制概况为:(1)Notch 信号通过与上下游信号之间的联系,介导肿瘤血管形成;(2)Notch 信号在肿瘤细胞免疫调控中具有重要作用,其调节免疫细胞功能具有双向性;(3)Notch 信号部分控制肿瘤相关成纤维细胞(Cancer-associated fibroblasts, CAFs)和肿瘤细胞之间相互作用;(4)Notch 通过对 TME 中成纤维细胞、内皮细胞、免疫细胞等基质细胞及细胞外基质、生化进行调节,影响肿瘤干细胞生长增殖。在中医药干预 Notch 信号研究中,付航等<sup>[12]</sup>以“消散毒邪,以通胃络,升阳健脾、益气养阴以养胃络”为治疗胃癌前病变的思路,证明敦煌平胃丸可下调 Notch 信号通路中 Notch2 与 Jagged1 高表达。

**1.3 Jnk 信号通路** The c-Jun N-terminal kinases (JNKs)是有丝分裂原活化蛋白激酶(MAPK)家族的成员,介导真核细胞对广泛的非生物和生物应激损伤的反应。JNKs 还通过对基因表达、细胞骨架蛋白动力学和细胞死亡/存活途径的影响来调节重要的生理过程,包括神经功能、免疫作用和胚胎发育<sup>[13]</sup>。JNK 信号通路对肿瘤细胞存活调控机制复杂,可通过诱导细胞自噬,进而抑制细胞凋亡,也可参与肿瘤细胞的免疫逃逸<sup>[14]</sup>。中医药研究<sup>[15]</sup>发现三七总皂苷可通过诱导 JNK 信号通路的激活,诱导凋亡发生与抑制炎症反应,延缓胃黏膜组织的恶性进展,保护胃黏膜。有学者<sup>[16]</sup>从罂粟科植物根中提取的四元二苯并南啉生物碱(SAN),测定 SAN 对胃癌细胞的体外增殖抑制作用,并在移植瘤小鼠体内观察了 SAN 的抗肿瘤作用。发现 SAN 抑制 miR-96-5p 和 miR-29c-3p 的表达,进而激活 MAPK/JNK 信号通路来抑制 BGC-823 细胞的增殖。

**1.4 Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路** 1982 年前首次发现 Wnt 家族的第一个成员(Nusse 和 Varmus)后,对 Wnt 信号研究方兴未艾。Wnt/ $\beta$ -catenin 通路是一个蛋白家族,涉及许

多重要的细胞功能,如干细胞再生和器官发生。Wnt 可诱导多种细胞内信号转导通路,主要是 Wnt/ $\beta$ -连环蛋白依赖通路或典型通路,以及非典型或  $\beta$ -连环蛋白独立通路,后者包括 Wnt/ $\text{Ca}^{2+}$  和面细胞极性通路(PCP)<sup>[17]</sup>。另外其可作为刺激因子,调控细胞生长发育和肿瘤增生<sup>[18]</sup>。Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路是维持胃内细胞稳态的关键信号通路,其正常传导对维持干细胞特性及上皮细胞转化等至关重要,是腺体内细胞命运和细胞多样性的决定因素<sup>[19]</sup>。Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路的激活是胃癌发生的关键驱动因素,参与对肿瘤细胞的周期调控,促进肿瘤细胞的增殖,参与细胞的上皮-间充质转化,其对胃癌的发展、侵袭转移乃至耐药性方面均发挥重要作用,并在很大程度上决定了胃癌患者的预后。而 Hp 感染可在一定程度上激活 Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路,加速胃癌的发生与进展。李京伟等<sup>[20]</sup>通过对不同分化程度的胃癌组织和细胞系分析发现,高分化的胃癌细胞表现出更高水平的 Wnt/ $\beta$ -catenin 通路激活,导致肿瘤细胞的黏连性下降,最终发展为侵袭性生长和远处转移,这是肿瘤复发的主要原因。徐建林等<sup>[21]</sup>实验研究表明参芪苡术汤大鼠含药血清可以抑制胃癌 SGC-7901 细胞增殖,并可能通过调控 Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路抑制胃癌细胞上皮间质转化及侵袭转移;刘洪伟等<sup>[22]</sup>用不同浓度的双氢青蒿素(Dihydroartemisinin, DHA)分别作用于人胃癌 BGC-823 和 SGC-7901 细胞,发现不同浓度的 DHA 可以抑制胃癌细胞的增殖、迁移和侵袭,且呈浓度依赖性增长,并降低胃癌细胞  $\beta$ -catenin 和 Cyclin D1 的蛋白表达水平;尹磊<sup>[23]</sup>研究发现白藜芦醇可以抑制胃癌间质干细胞(GCMSC)和癌旁间质干细胞(GCN-MSC)细胞 IL-6 的分泌,白藜芦醇可降低 GC-MSC、GCN-MSC 部分 Wnt mRNA 水平,拮抗 GC-MSC 和 GCN-MSC Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路,抑制胃癌细胞株(MGC-803)迁移。因此白藜芦醇通过靶向作用于间质干细胞而抑制胃癌细胞的迁移。

**1.5 NF- $\kappa$ B 信号通路** 1986 年 Ranjan Sen 研究团队在活化的 B 淋巴细胞的细胞核中确定了一种与特定保守 DNA 序列结合的蛋白质,根据影响基因和细胞类型,命名为 NF- $\kappa$ B 信号通路<sup>[24]</sup>。NF- $\kappa$ B 激活时通过 2 个主要信号通路:经典化和非经典 NF- $\kappa$ B 信号通路,经典化途径介导的激活 NF- $\kappa$ B1 p50、RELA 和 c-REL(也被称为经典 NF- $\kappa$ B 家庭成员),而非经典 NF- $\kappa$ B 途径选择性地激活 p100-隔离 NF- $\kappa$ B 成员,主要 NF- $\kappa$ B2 p52 和 RELB(也称为非经典 NF- $\kappa$ B 家庭成员)<sup>[25]</sup>。最近的研究<sup>[25]</sup>提示非经典 NF- $\kappa$ B 信号与免疫和炎症反应密切相关,非经典 NF- $\kappa$ B 信号缺陷会导致免疫缺陷,而非经典 NF- $\kappa$ B 信号异常激活会导致自身免疫疾病和持续炎症。众所周知,癌细胞可以逃逸细胞程序性凋亡,导致了癌细胞更具有活力。NF- $\kappa$ B 信号通路在癌细胞抗凋亡中扮演重要角色,它可

以通过上调凋亡基因表达提供癌细胞的生存优势，同时肿瘤细胞微环境坏死细胞免疫原性需要 NF- $\kappa$ B 信号通路下游信号分子 RIPK1/RIPK3 的激活<sup>[26]</sup>。杜登泰等<sup>[27]</sup>研究发现 *H. pylori* 感染可导致早期胃癌组织中 NF- $\kappa$ B p65 蛋白表达升高，推测 *H. pylori* 通过提高 NF- $\kappa$ B p65 蛋白的表达而参与胃癌的发生、发展。黄丽萍等<sup>[28]</sup>探讨加味七方胃痛颗粒(红参须、白术、黄芪、茯苓、丹参、木香、炙甘草、黄连、吴茱萸、白芍、枳实、鸡内金)对胃癌细胞株细胞外信号核因子  $\kappa$ B (Nuclear factor- $\kappa$ B, NF- $\kappa$ B) 信号通路的调控机制，发现七方胃痛颗粒可能通过下调胃癌细胞 TFF3、ERK/NF- $\kappa$ B 蛋白的表达水平，从而到达抗癌作用。张红娜等<sup>[29]</sup>发现半枝莲中的槲皮素、木犀草素、汉黄芩素等抗癌有效成分可通过 NF- $\kappa$ B、p53、PI3K-Akt 和 VEGF 信号通路来调节肿瘤炎性微环境，细胞周期阻滞，促成细胞凋亡以及抗血管生成，有多成分-多靶点-多途径协同作用的特点。

**1.6 Rho/ROCK 信号通路** Rho/ROCK 信号通路是肌动球蛋白收缩性的关键调节因子，可调节细胞形态、细胞骨架的排列，从而调节细胞的增殖、分化、运动和黏附等功能<sup>[30]</sup>。肿瘤微环境由肿瘤细胞、基质细胞和细胞外基质(ECM)构成，细胞外基质属于肿瘤微环境的非细胞部分，主要为肿瘤细胞提供理化支持，维持肿瘤细胞形态和提供营养。近几年信号通路对肿瘤微环境研究颇多，相关实验表明，Rho/ROCK 信号通路的重要功能包括调节细胞骨架和多种转录因子<sup>[31]</sup>，因此本身可以促进肿瘤生长、转移和直接侵犯。同时对于肿瘤微环境的调节也起到关键作用。研究发现<sup>[32]</sup>胃癌组织中 Rho/ROCK 信号通路和它的下游调控分子 PI3K、HIF-1 $\alpha$  蛋白表达水平明显高于癌旁正常组织，推测 Rho/ROCK 可能通过调控 PI3K/Akt 信号通路，进而影响 HIF-1 $\alpha$ 、VEGF 的表达，促进肿瘤新生血管形成，参与肿瘤的发生、发展、转移。廖山婴等<sup>[33]</sup>通过检测 MNNG 诱导的大鼠腺胃癌组织中 RhoA、ROCK I、PI3K、HIF-1 $\alpha$  表达，发现胃癌组织中 RhoA、ROCK I、PI3K、HIF-1 $\alpha$  蛋白水平明显升高。复方斑蝥胶囊则能明显降低肿瘤组织中 RhoA、ROCK I、PI3K、HIF-1 $\alpha$  蛋白水平，显著降低 MNNG 诱导的大鼠腺胃癌发生率。

## 2 总结

胃癌前病变是胃癌的前期阶段，从胃癌前病变到胃癌的过程中有多种信号通路的激活和共同参与调控。由于医学发展局限，古代医家无法了解到胃黏膜病变和微观病理，因此中医古籍对本病没有明确的记载。目前根据其证候多将胃癌前病变归为中医病“胃痞”“胃脘痛”“吐酸”等疾病范畴。其主要病位在胃，与肝脾两脏密切相关，病性为本虚标实、虚实夹杂之证。现代学者对其病因病机认识有不同侧重点，刘沈林教授认为脾

胃虚弱、气机瘀阻是本病的主要病机，本虚在脾胃气虚，实为气滞、血瘀、湿热、瘀毒<sup>[34]</sup>。董筠教授将“辨病”与“辨证”结合，提出在胃癌前病变的发展过程中，脾胃虚弱是主要内因，治疗上首重补益脾胃，同时佐以调肝理气，后期血瘀、毒邪阻滞胃络，兼以化瘀解毒，祛邪通络<sup>[35]</sup>。邵长乐等<sup>[36]</sup>对 PLGC 的临床症状和内镜下征象观察后认为胃阴不足系 PLGC 的主要病机，并提示酸甘化阴治法可改善胃癌相关基因蛋白的表达；刘启泉教授认为胃癌前病变病机不外乎气、湿、热、瘀、虚五方面，遣方用药时主张“以平为期”，强调对“度”的把握<sup>[37]</sup>；冉静纯等<sup>[38]</sup>通过细胞自噬从微观角度探讨揭示了沈舒文教授提出胃癌前病变的主要病因病机为“毒瘀交阻”；李佃贵教授首创“浊毒理论”，指出浊毒既是病理产物，又是致病因素，PLGC 病位主要在脾胃，疾病初期标实为主，浊毒内蕴，气滞阻络，胃失和降；后期虚实相兼，津液阴血耗伤，胃失濡养<sup>[39]</sup>。张曼玲等<sup>[40]</sup>采用张仲景痞证、结证的理论体系，结合胃癌前病变 3 个发展阶段，提出早期偏于阳证实证，病在气分，多以气痞、阳结辨治；中期寒热虚实并重，由气及血，以痞硬、阳结辨治；后期偏于阴证虚证，病已入络，以痞块、阴结辨治；安静等<sup>[41]</sup>基于《伤寒论》寒热错杂方，化繁为简概括了胃癌前病变在 2 条病性线上(一条为湿热、气滞并/兼胃阴不足、气阴两虚；另一条为气滞、痰浊并/兼脾胃气虚、脾胃虚寒)徘徊演化的特点。目前中医药基于信号通路开展的胃癌前病变研究不足之处在于：(1)多以临床经验医案为主，多涉及疗效观察，主观性较强，客观研究指标较少；(2)中医胃癌前病变基础研究中，多以单味中药提取化学成分为研究对象，无法体现中医辨证特色；(3)缺乏多中心、大样本的临床试验，研究设计欠合理，没有双盲的对照组数据；(4)中医药对胃癌前病变的研究目前多停留在中医药对异常活化的信号通路是否有抑制作用，而对如何抑制的机制研究甚少。因此笔者认为在目前消化内镜技术和分子生物学发展迅速的医疗环境下，一方面要重视对中医古方和经方的挖掘工作，师古又不泥古，传承创新；另一方面要重视胃癌前病变的基因和相关信号通路机制研究，探索中医药在胃癌前病变微观领域的作用靶点，为中医药干预胃癌前病变提供理论依据。另外，虽然放大胃镜技术可结合胃黏膜的微形态结构和微血管结构异常去判断早癌，但与医师的诊断水平相关，存在一定主观判读误差。因此胃癌前病变相关信号通路可以作为临床胃癌演变和预后的敏感标志物<sup>[42]</sup>，不仅可作为胃早癌诊断的重要指标，亦是观察中医药对早期胃癌干预的疗效评价指标之一。

## 参考文献

- [1] Ho S W T, Tan P. Dissection of gastric cancer heterogeneity

- for precision oncology[J]. *Cancer Sci*, 2019, 110(11):3405-3414.
- [2] Pasechnikov V, Chukov S, Fedorov E, et al. Gastric cancer: prevention, screening and early diagnosis[J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(38):13842-13862.
- [3] 陈曦, 孙明瑜, 刘宁宁, 等. 胃癌癌前病变分子遗传学改变研究进展[J]. *中国医刊*, 2018, 53(5):477-481.
- [4] Katoh Y, Katoh M. Hedgehog signaling pathway and gastric cancer[J]. *Cancer Biol Ther*, 2005, 4(10):1050-1054.
- [5] Rinkus T K, Carpenter R L, Qasem S, et al. Targeting the Sonic Hedgehog Signaling Pathway: Review of Smoothed and GLI Inhibitors[J]. *Cancers (Basel)*, 2016, 8(2):22.
- [6] Ge M, Zhang L, Cao L, et al. Sulforaphane inhibits gastric cancer stem cells via suppressing sonic hedgehog pathway[J]. *Int J Food Sci Nutr*, 2019, 70(5):570-578.
- [7] 宋梦蝶. 和胃6号方对胃癌前病变浊毒内蕴证患者 Sonic Hedgehog 信号通路的影响[D]. 石家庄: 河北中医学院, 2019.
- [8] Previs R A, Coleman R L, Harris A L, et al. Molecular pathways: translational and therapeutic implications of the Notch signaling pathway in cancer[J]. *Clin Cancer Res*, 2015, 21(5):955-961.
- [9] 张仁敏, 樊庆宇, 李忠佑, 等. 微小 RNA-1297 对胃癌细胞侵袭迁移和 Notch/zeb1 信号通路的影响[J]. *临床肿瘤学杂志*, 2019, 24(4):299-303.
- [10] Meurette O, Mehlen P. Notch Signaling in the Tumor Microenvironment[J]. *Cancer Cell*, 2018, 34(4):536-548.
- [11] 刘晓聪, 温俊杰, 郭家定, 等. Notch 信号通路在肿瘤微环境中的调控作用[J]. *中国肿瘤*, 2020, 29(1):48-54.
- [12] 付航, 刘喜平, 张炜, 等. 敦煌平胃丸对胃癌前病变大鼠 Notch 信号通路中 Notch2 和 Jagged1 表达的影响[J]. *中国民族民间医药*, 2015, 24(1):18-23.
- [13] Zeke A, Misheva M, Remenyi A, et al. JNK Signaling: Regulation and Functions Based on Complex Protein-Protein Partnerships[J]. *Microbiology and Molecular Biology Reviews*, 2016, 80(3):793-835.
- [14] Wu Q, Wu W, Fu B, et al. JNK signaling in cancer cell survival[J]. *Med Res Rev*, 2019, 39(6):2082-2104.
- [15] 蔡甜甜, 林琳, 潘华峰, 等. 三七总皂苷激活 JNK 信号通路对胃癌前病变大鼠胃黏膜组织的保护作用[J]. *中华中医药杂志*, 2019, 34(12):5877-5880.
- [16] Dong X-Z, Song Y, Lu Y-P, et al. Sanguinarine inhibits the proliferation of BGC-823 gastric cancer cells via regulating miR-96-5p/miR-29c-3p and the MAPK/JNK signaling pathway[J]. *Journal of Natural Medicines*, 2019, 73(4):777-788.
- [17] Krishnamurthy N, Kurzrock R. Targeting the Wnt/beta-catenin pathway in cancer: Update on effectors and inhibitors[J]. *Cancer Treat Rev*. 2018; 62:50-60.
- [18] Nusse R, Clevers H. Wnt/beta-Catenin Signaling, Disease, and Emerging Therapeutic Modalities[J]. *Cell*, 2017, 169(6):985-999.
- [19] 王骞, 谭林, 屈伟明, 等. Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路在胃癌中的研究进展[J]. *医学综述*, 2020, 26(10):1935-1940.
- [20] 李京伟, 姜小艳, 陈玉琴, 等. Lgr5 与 Wnt/ $\beta$ -catenin 通路在胃癌进程中的作用研究[J]. *中国实验诊断学*, 2019, 23(12):2055-2059.
- [21] 徐建林. 参芪苈术汤联合化疗治疗中晚期胃癌的近期疗效评价及其机制研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2017.
- [22] 刘洪伟, 梅基雄. 双氢青蒿素通过 Wnt/ $\beta$ -catenin 信号通路抑制胃癌细胞的增殖和侵袭[J]. *第三军医大学学报*, 2018, 40(5):387-394.
- [23] 尹磊. 白藜芦醇预处理的间质干细胞抑制胃癌细胞迁移的研究[D]. 镇江: 江苏大学, 2016.
- [24] Zhang Q, Lenardo M J, Baltimore D. 30 Years of NF-kappaB: A Blossoming of Relevance to Human Pathobiology[J]. *Cell*, 2017, 168(1-2):37-57.
- [25] Sun S C. The non-canonical NF-kappaB pathway in immunity and inflammation[J]. *Nat Rev Immunol*, 2017, 17(9):545-558.
- [26] Verzella D, Pescatore A, Capece D, et al. Life, death, and autophagy in cancer: NF-kappaB turns up everywhere [J]. *Cell Death Dis*, 2020, 11(3):210.
- [27] 杜登泰, 杨刚, 陈仕. 早期胃癌患者 H. pylori 感染与活检组织 PTEN、SOX2 和 NF- $\kappa$ B p65 蛋白的关系[J]. *胃肠病学和肝病学杂志*, 2019, 28(8):895-900.
- [28] 黄丽萍, 陈国忠, 刘锬荣, 等. 基于 TFF3、ERK/NF- $\kappa$ B 信号通路探讨加味七方胃痛颗粒对胃癌细胞株 SGC7901 增殖凋亡的影响[J]. *辽宁中医杂志*, 2018, 45(7):1516-1521.
- [29] 张红娜, 邹佳楠, 李昆, 等. 基于网络药理学推测和分子生物学验证探讨半枝莲抗胰腺癌的活性成分及其作用机制[J]. *中草药*, 2020, 51(12):3234-3245.
- [30] Johan M Z, Samuel M S. Rho-ROCK signaling regulates tumor-microenvironment interactions [J]. *Biochem Soc Trans*, 2019, 47(1):101-108.
- [31] Amin E, Dubey B N, Zhang S C, et al. Rho-kinase: regulation, (dys)function, and inhibition[J]. *Biol Chem*, 2013, 394(11):1399-1410.
- [32] 廖山婴, 刘超, 王蓓蓓, 等. RhoA/ROCK 信号通路在胃癌中的表达及其与胃癌生物学行为的关系[J]. *胃肠病学和肝病学杂志*, 2017, 26(3):251-255.
- [33] 廖山婴, 刘超, 王蓓蓓, 等. 复方斑蝥胶囊调控 RhoA/ROCK 信号通路抑制 MNG 诱导的大鼠胃癌发生[J]. *中国中西医结合杂志*, 2019, 39(6):728-732.
- [34] 卢冬雪, 刘沈林. 刘沈林辨治胃癌前病变的临床经验撷菁[J]. *中医药导报*, 2018, 24(4):43-45.
- [35] 杭丽, 张雪娇, 卢燕, 等. 董葇教授辨治胃癌前病变临床经验[J]. *中医药信息*, 2020(4):106-109.
- [36] 邵长乐, 陈婉珍, 朱方石. 从胃阴虚论治胃癌前病变的机制探讨[J]. *现代中医临床*, 2019, 26(3):67-70.
- [37] 李念, 郝旭曼, 郭珊珊, 等. 刘启泉“以平为期”治疗胃癌前病变用药经验[J]. *中国中医药信息杂志*, 2020, 27(3):110-112.
- [38] 冉静纯, 赵唯含, 王捷虹, 等. 从细胞自噬探讨“毒瘀交阻”的微观机制及其在胃癌前病变中的应用[J]. *中华中医药学刊*, 2019, 37(12):2894-2896.
- [39] 徐伟超, 赵润元, 李佃贵, 等. 国医大师李佃贵诊治慢性萎缩性胃炎临床经验的数据挖掘[J]. *中华中医药杂志*, 2019, 34(9):4350-4353.
- [40] 张曼玲, 张书, 时昭红, 等. 《伤寒论》痞证、结证辨治思想在胃癌前病变中的运用[J]. *中医杂志*, 2020, 61(5):410-413.
- [41] 安静, 彭继升, 魏玥, 等. 基于《伤寒论》寒热错杂方探讨胃癌前病变的辨治思路[J]. *环球中医药*, 2019, 12(12):1845-1848.
- [42] Xu J, Gong L, Qian Z, et al. ERBB4 promotes the proliferation of gastric cancer cells via the PI3K/Akt signaling pathway[J]. *Oncol Rep*, 2018, 39(6):2892-2898.



# 中西医治疗脓毒症急性胃肠损伤研究进展\*

高天野 刘 杰 黄丽英

(柳州市中医医院外科 ICU, 广西 柳州 545001)

**摘要:** 脓毒症是重症患者重要死因, 常伴有急性胃肠损伤 (AGI), 而 AGI 同多器官功能障碍综合征 (MODS) 关系密切, 是影响脓毒症患者预后重要因素。目前西医对脓毒症 AGI 认识不断加深并逐步形成规范性诊疗措施。中医药治疗脓毒症 AGI 同样积累了大量临床研究资料, 取得了一定的成果。本文对中西医治疗脓毒症 AGI 研究进行了归纳和总结, 展望未来发展, 以期对中西医治疗脓毒症急性胃肠损伤应用提供新思路及方案, 并对民族医药的深入挖掘及整理产生积极影响。

**关键词:** 脓毒症; 急性胃肠损伤; 温毒; 肠结; 中医药疗法; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.057

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0146-03

## Research Progress on Traditional Chinese Medicine and Western Medicine in the Treatment of Acute Gastrointestinal Injury in Sepsis

GAO Tianye, LIU Jie, HUANG Liying

(Department of Surgical ICU, Liuzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangxi, Liuzhou 545001, China)

**Abstract:** Sepsis is an important cause of death in critically ill patients, often accompanied by acute gastrointestinal injury (AGI), and AGI is closely related to multiple organ dysfunction syndrome (MODS), which is an important factor affecting the prognosis of patients with sepsis. At present, western medicine has deepened its understanding of sepsis AGI and gradually formed standardized diagnosis and treatment measures. TCM treatment of sepsis AGI has also accumulated a large number of clinical research data and achieved certain results. This paper summarized the research on AGI in the treatment of sepsis by traditional Chinese medicine and western medicine, and looked forward to the future development, hoping to provide new ideas and programs for the application of Chinese and western medicine in the treatment of sepsis acute gastrointestinal injury, and to have a positive impact on the in-depth exploration and arrangement of ethnic medicine.

**Keywords:** sepsis; acute gastrointestinal injury; virulent heat pathogen; intestinal colon; therapy of traditional Chinese medicine; review

脓毒症是感染引起宿主反应失调而导致的危及生命的器官功能障碍疾病<sup>[1]</sup>, 常并发 MODS, 其中胃肠道功能损伤发病率可高达 62%<sup>[2]</sup>, 对患者预后具有重要影响<sup>[3-4]</sup>。急性胃肠损伤 (Acute gastrointestinal injury, AGI) 在脓毒症疾病进展过程中占有重要地位, 是炎症损伤的“激发性”<sup>[5]</sup>。胃肠道黏膜屏障功能减退, 细菌、内毒素的移位和宿主炎症反应失调及 MODS 的发生关系密切。如何纠正脓毒症 AGI 成为当今研究热点, 同时也成为决定患者预后的关键因素<sup>[6]</sup>。因此, 加强对脓毒症 AGI 的预防和治疗, 改善胃肠道功能, 增强重症患者喂养耐受性和营养状态, 已成为脓症患者诊治的关键因素。本文将探讨中西医治疗脓毒症急性胃肠损伤的研究进展。

### 1 脓毒症急性胃肠损伤的西医治疗概况

胃肠道作为人体最大的“储菌库”, 严重脓毒症胃肠道黏膜缺血缺氧、大量炎症因子的释放导致胃肠道机械屏障、化学屏障、生物屏障破坏, 免疫系统紊乱, 肠黏膜通透性增高, 胃肠道内细菌及内毒素移位, 是 MODS 启动的重要环节<sup>[7]</sup>。因此随着研究进展, 人们对脓毒症胃肠道功能障碍重视程度逐步提高<sup>[8]</sup>。2012 年欧洲危重病医学会对脓毒症急性胃肠损伤进行了定义和分级, 并推

荐了治疗流程<sup>[9]</sup>。《拯救脓毒症运动指南》2016 版推荐序贯器官衰竭评分 (SOFA) 作为评估脏器功能的主要评分系统, 但缺乏关于胃肠道功能评分成为重要的薄弱环节。《2018 年欧洲肠外肠内营养学会重症营养治疗指南》中详细阐述了如何判断患者是高风险患者、评估 ICU 患者营养状态、确定能量需求, 选择合适的营养途径及方法<sup>[10]</sup>, 给临床规范治疗提供指导性意见。

治疗方面西医主要是纠正原发疾病, 控制感染, 祛除胃肠道的梗阻、麻痹及其他诱因, 同时根据胃肠道功能障碍的具体临床特点给予针对性处理。2012 年欧洲危重病医学会对食物不耐受综合征 (FI)、腹腔内高压、腹腔间隔室综合征 (ACS)、胃潴留、腹泻、胃肠道出血、下消化道麻痹 (麻痹性肠梗阻)、肠管扩张等临床症状给出相应的治疗策略。其中早期肠内营养具有重要地位, 如何改善胃肠道功能和有效肠道滋养等问题仍是今后工作的重点。

### 2 脓毒症急性胃肠损伤的中医治疗概况

**2.1 中医病因病机** 脓毒症临床症状表现复杂多样, 中医学者普遍将其归入“温病”“伤寒”的范畴。《黄帝内经》云: “今夫热病者, 皆伤寒之类也”。温病学说进一步补充, 古籍中“温毒”“疗掩走黄”“痘毒内陷”皆符合脓毒症的临床表现。而脓毒症合并 MODS 属于疾病严重阶段, 五藏精气衰败, 六腑通降失司。脓毒症急性胃肠损

\* 基金项目: 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹经费科研课题 [No. 220180369]

伤主要临床表现为腹胀、恶心呕吐、腹泻、便秘、吐血等,属于中医“痞满”“腹胀”“泄泻”“反胃”“便秘”“肠结”“吐血”等范畴,病位主要在脾胃,与肝脏、肾脏、大肠、小肠等脏腑密切相关。脾胃为后天之本,气血生化之源,元气之根。脾胃在人体中焦,脾主运化,胃主收纳,脾主升清,胃气主降,二者相互配合,运化收纳,升清降浊。《素问·平人氣象论》中云:“人以水谷为本”,强调了脾胃运化水谷精微的重要性。《脾胃论》中云:“胃为谷之海,饮食入胃,而先输脾归肺……以养周身……”,说明脾胃消化水谷精微并运输到全身以维持机体功能。

脓毒症急性胃肠损伤中医病因主要为脾胃虚弱,暴病伤脾。因患者久病体虚,元气耗伤,脾胃功能减退,加之突发严重打击机体气血俱脱,脾胃无力化气生血,升清降浊失职,水谷阻于中焦,故见脘腹胀满、恶心呕吐、反酸反胃、大便秘结等症状。正如《注解伤寒论》所云:“……脾助胃气消磨水谷,脾气不转,则胃中水谷不得消磨”。

脓毒症急性胃肠损伤中医病机主要为脾胃升降失常,同时和肝失疏泄,肾失关约相关。脾胃在人体中焦,为清浊共处之所,上下通联,斡旋阴阳,升清降浊,被认为是人体气机升降之枢纽。《医学求是》云:“脾以阴土而升于阳,胃以阳土而降于阴,土于中而火上水下,又在中气升则赖脾气之左旋,降则赖胃气之右转也,故中气旺则脾升而胃降,四象呈以轮转,中气败则脾郁而胃逆,四象失其运行。”脾为湿土,胃为燥土,脾气上升需胃阳之助,胃气下陷需脾阴之濡,二者为后天之本、仓廩之官,生理上互相配合,病理上相互影响。急性胃肠损伤时毒邪侵袭,扰乱脾胃气机,脾胃功能受损,则升清降浊无力,清气不升,浊气不降,清浊相混,因而出现腹胀、呕吐、胃脘胀满等不适。正如《素问·阴阳应象大论》云:“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生月真胀。”肝之疏泄功能及肾脏之温煦功能同中焦脾胃升降调和密切相关。若肝失疏泄,肝胆不和,木郁土壅,使得脾胃升降气机失于调顺,则见腹胀、胸胁胀痛、反酸呃逆等症状。如肾失温煦,火不升土,脾胃虚弱而运化水湿之力弱,内生湿邪,可见腹胀、腹冷痛、腹泻等症状。综上所述,脾胃升降失常是急性胃肠损伤关键病机,同大肠、小肠、肝脏、肾脏功能密切相关,形成互相依赖的动态平衡,体现中医整体观念,一旦某一脏腑功能出现异常,平衡被打破,会产生一系列病理证候<sup>[11]</sup>。

## 2.2 中医内治法

**2.2.1 通下法** 胃、小肠、大肠属于中医“六腑”范畴,具有泻而不藏,满而不实,以通为用等生理特点。脓毒

症休克急性胃肠损伤患者由于脏腑功能衰败,气机升降失调,胃失降浊,小肠受盛化物、大肠传化糟粕功能障碍,故见水谷精微不能吸收利用、呕吐、腹胀、大便异常等表现。临床中常使用通腹泻浊法以荡涤肠腑燥屎,祛邪以助气机顺畅,从而正气得复,改善病情。大黄在胃肠道功能障碍中应用广泛,研究证实单味大黄对脓毒症具有促进胃肠道动力、改善黏膜屏障功能、抑菌、调节肠道菌群及调节免疫等作用<sup>[12-15]</sup>。大承气汤是《伤寒论》治疗阳明腑实证的经典名方,具有通里攻下、破痞除满的功效。曹书华等<sup>[16]</sup>研究表明,大承气汤可降低MODS患者白介素-1、白介素-6水平,调节机体过度炎症反应。陈海龙等<sup>[17]</sup>研究大承气汤治疗脓毒症大鼠模型发现可减少大鼠肠道内毒素水平、改善菌群失调、增强肠道黏膜屏障功能,从而减少细菌移位,降低肠功能障碍风险。

**2.2.2 益气健脾法** 脓毒症休克急性胃肠损伤中医病因基础为脾胃虚弱,胃与大肠、小肠生理功能同脾胃之气是否充足密切相关,正所谓“有胃气则生,无胃气则死”。季晓亮等<sup>[18]</sup>研究证明,参苓白术散可缓解危重患者腹胀、呕吐、反酸的消化道症状。张仁岭等<sup>[19]</sup>研究表明,四君子汤灌胃治疗可改善脓毒症模型大鼠肠黏膜屏障功能。王丁超等<sup>[20]</sup>研究表明,扶正败毒颗粒可调节脓毒症模型大鼠炎症反应,减轻脏器损伤。

## 2.3 中医外治法

**2.3.1 针刺法** 十二经络内属脏腑、外络肢节,是运行周身气血的通路。通过针灸以通经脉,调和气血,促使阴阳相对平衡和脏腑功能的恢复,达到防治疾病的目的。吴松等<sup>[21]</sup>研究表明针刺足三里可调节胃肠激素分泌及神经递质水平从而改善胃肠动力。方军等<sup>[22]</sup>针刺足三里、上巨虚、上廉、中脘、气海、内关穴,发现对严重脓毒症患者胃肠激素及胃肠功能有改善作用。王晶晶等<sup>[23]</sup>每天针刺脓毒症患者双足三里,持续7d,可有效降低患者的腹腔压力,促进胃肠蠕动。祁相焕等<sup>[24]</sup>研究表明早期电针干预能有效改善患者胃肠功能,提高肠内营养耐受,改善患者营养,改善患者预后。

**2.3.2 穴位贴敷法** 穴位贴敷是将药物贴敷在穴位上。清·徐灵胎有云:“用膏贴之……药性从毛孔而入其腠理,通经贯络……较之服药尤有力……”。临床中有许多研究报道穴位贴敷对脓毒症急性胃肠损伤有明确疗效,且安全性高。蓝海涛等<sup>[25]</sup>研究发现中药消胀贴治疗脓毒症胃肠功能障碍可使患者肠鸣音及肛门排气时间提前。赵帅等<sup>[26]</sup>用吴茱萸盐炒热敷腹部神阙穴,发现能加快胃肠功能恢复,改善患者预后。

**2.3.3 中药灌肠** 是中医常用的外用给药途径之一,特别

对于进食困难或存在胃潴留患者均有重要意义。

伏添<sup>[27]</sup>以大黄保留灌肠治疗脓毒症患者急性胃肠损伤。用大黄 60 g 水煎至 150~200 mL 保留灌肠，每日 1 次，7 d 为 1 个疗程，有效提高患者肠内营养耐受、改善胃肠功能障碍临床表现，且病死率下降。何淑寅<sup>[28]</sup>运用针刺联合大承气汤保留灌肠治疗危重患者，有效缓解胃肠功能障碍的临床表现及机体炎症反应。官永海等<sup>[29]</sup>分别运用中药大承气汤随证加减灌肠，治疗脓毒症患者的胃肠道功能，发现其能控制患者的感染范围，降低 MODS 的发生率及疾病的病死率。

### 3 小结与展望

随着现代医学研究发展，脓毒症急性胃肠损伤越来越受到人们的重视，针对病因及胃肠道症状治疗是西医治疗的基本原则。中医研究内服、外治法在治疗脓毒症胃肠道功能障碍均取得了一定的疗效，具有广阔的研究前景。但中医研究同样存在一定不足，例如很多研究样本量小，缺乏统一评判标准，可比性差；大多局限于临床研究，缺乏对治疗作用机制和靶点的深入研究。未来的中医临床研究需要建立规范的多中心、大样本的研究，尽量减少纳入限制，扩大临床适用范围，增强研究结果的可比性和可重复性；同时借助基因组学，利用现代分子生物技术，纵向深入研究疾病的发生发展机制，使中医学融入现代科学。此后，中医治疗的模式向不断提炼和完善客观有效的治疗方法发展，向多元化综合治疗发展，从而建立中医药针对脓毒症急性胃肠损伤的治疗规范，最大程度改善患者预后。

### 参考文献

[1] Singer M,Deutschman C S,Seymour C W,et al.the third international consensus definition for sepsis and septic shock(spsis-3) [J].AMA,2016,315(8):801-810.

[2] Zhang D,Li N,Dong L,et al.Evaluation of clinical application of ESICM acute gasrtointestinal injury grading system:a single-cen-ter observational study [J].Chinese medical journal,2013,127(10):1833-1836.

[3] Chen M,Lu J,Cheng L,et al.Experimental study of the influence of sini decoction on the inflammatory response and the innune functioning in septic rats[J].Chin Crit Care Med,2014,26(3):188.

[4] Aderinto-Adike AO,Quigley EM.Gastrointestingnal motility problem in critical care:A clinical perspective [J].Jornal of digetive diseases,2014,15(7):335-344.

[5] Edwin A,Deitch.Gut-origin sepsis:evolution of a concept[J].Surgeon,2012,10(6):350-356.

[6] Yoseph B P,Klingensmith N J,Liang Z,et al.Mechanisms of intestinal Barrier Dysfunction in Sepsis [J].Shock,2016,46(1):52-59.

[7] 韩磊,任爱民.脓毒症胃肠功能损伤机制及保护修复的研究进展[J].

中国中西医结合急救杂志,2009,16(5):314-317.

[8] Puleo F,Arvanitakis M,Vam Cpssum A,et al.Gut failuer in the ICU[J].Simin Respir Crit Care Med,2011,32(5):626-638.

[9] Blaser A R,Malbrain M,Starkopf J,et al.Castrointestinal function in intensive care patients:terminology,definitions and management.Reconnendations of the ESICM Working Group on Abdminal Problems [J].intensive Care Med,2012,38(3):384-394.

[10] 李伦超,单凯,赵雅萍,等.2018 年欧洲肠外肠内营养学会重症营养治疗指南(摘译) [J].临床急诊杂志,2018,19(17):723-728.

[11] 王家骥.肠衰竭的在认识[J].内科急危重症杂志,2013,19(6):321-323.

[12] 王虑,何超,瞿金龙,等.大黄单体对脓毒症大鼠肠黏膜上皮细胞凋亡和增殖的影响[J].中华急诊医学杂志,2017,26(2):155-160.

[13] 黄丹,张晓霞,俞辰斌,等.早期应用大黄附子汤改善脓毒症患者胃肠功能障碍的临床研究[J].中国中西医结合急救杂志,2016,23(4):393-398.

[14] 黄光伟,任爱民,张淑文,等.大黄对脓毒症大鼠肠道菌群紊乱影响的实验研究[J].临床和实验医学杂志,2012,11(11):897-898.

[15] 马丽琼,段金旗,于明克.大黄对脓毒症大鼠胃肠道菌群的影响[J].中华临床医师杂志,2012,6(10):2790-2792.

[16] 曹书华,王今达.大承气汤在多器官功能障碍综合征治疗过程中的免疫调节作用[J].中华创伤杂志,2004,20(12):720-723.

[17] 陈海龙,吴成中,关凤林,等.大承气汤对肠道细菌微生态学影响的实验研究[J].中国微生态学杂志,2007,19(2):132-134.

[18] 季晓亮,高玉林.参苓白术散对危重症患者胃肠功能障碍恢复作用的影响[J].中国中医急诊,2012,21(6):983.

[19] 张仁岭,张胜华,冯寿全.四君子汤加大黄对脓毒症大鼠肠粘膜屏障功能的保护作用[J].中国中西医结合消化杂志,2006,14(3):160-163.

[20] 王丁超,高翔,苏秀平,等.扶正败毒颗粒对脓毒症大鼠腹腔感染所致肠损伤的保护作用[J].中医研究,2012,25(2):51-54.

[21] 吴松,李佳,梁凤霞,等.针刺对胃肠电活动的影响[J].中国针灸,2011,31(5):477-480.

[22] 方军,李兰,李冰冰,等.针灸对严重脓毒症患者胃肠功能障碍及胃肠激素影响分析[J].湖南中医药大学学报,2016,36(6):11.

[23] 王晶晶,孔祥照,张晓璇.针刺足三里对脓毒症胃肠功能障碍患者腹内压的影响[J].中国中医急症,2012,21(11):1834-1835.

[24] 祁相焕,王绍谦,张德恩,等.电针治疗对危重病患者胃肠功能的影响[J].上海针灸杂志,2015,34(10):917-920.

[25] 蓝海涛,赵昕,何龙,等.中药消胀贴治疗机械通气患者胃肠功能障碍临床观察[J].北京中医药,2012,31(11):845-847.

[26] 赵帅,李娟,李清娜,等.中西医结合治疗脓毒症胃肠功能障碍临床观察[J].西部中医药,2013,26(11):98-99.

[27] 伏添.大黄联合谷氨酰胺对脓毒症血症患者胃肠功能障碍的影响[J].河南中医,2016,36(13):504.

[28] 何淑寅.针刺联合中药灌肠治疗危重症患者胃肠功能障碍效果观察[J].人民军医,2016,59(2):171-173.

[29] 官永海,陈福刚.中药灌肠结合针刺疗法治疗 ICU 重症感染合并胃肠功能障碍疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(9):967-969.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:周正峰 收稿日期:2019-12-03)



# 中医标准学在线开放课程建设构想\*

袁东超 杨茗茜 倪菲 陈彦君 崔家鹏 李可大 王彩霞

(辽宁中医药大学中医学院, 辽宁 沈阳 110847)

**摘要:**我国高等中医药院校的中医标准学教育教学尚处于起步阶段,开展中医标准学在线开放课程建设可以有效整合教育资源、提升教师的专业素养、增强学生的学习兴趣和,进而提高中医标准学相关课程的教学效果。本文以跨校、跨学科资源共建,提升中医标准学教师专业能力和学生学习效果的“教”与“学”为目标,提出了涵盖两大板块、两个交流区、四个模块的中医标准学在线开放课程建设构想,为中医标准学在线开放课程建设提供了思路和方法。

**关键词:**中医标准学;中医药标准化;在线开放课程;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.058

文章编号:1672-2779(2020)-20-0149-03

## Construction of Online Open Course of Traditional Chinese Medicine Standards

YUAN Dongchao, YANG Mingqian, NI Fei, CHEN Yanjun, CUI Jiapeng, LI Keda, WANG Caixa

(School of Basic Medical Sciences, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

**Abstract:** The education and teaching of TCM standards-related courses in colleges and universities of traditional Chinese medicine is still in its infancy. The construction of online open courses of TCM standards-related courses can effectively integrate educational resources, improve teachers' professional quality, enhance students' learning interest, and thus improve the teaching effect of TCM standards-related courses. In cross-school, interdisciplinary resources sharing, improve standards of traditional Chinese medicine student teachers' professional ability and learning "teaching" and "learning" as the goal, put forward the two plates, two communication area, four modules of traditional Chinese medicine standard learning online open subject construction idea, provides the standard of traditional Chinese medicine to learn online open courses construction ideas and methods.

**Keywords:** TCM standards; TCM standardization; online open course; talent training

中医药标准化建设是国家标准化战略的重要举措<sup>[1]</sup>。《中医药标准化中长期发展规划纲要(2011—2020年)》明确指出:“要加强中医药标准化人才队伍建设,推进中医药标准化学科建设,鼓励高等中医药院校开设标准化课程、设立标准化专业。”然而,目前我国高等中医药院校的中医药标准化教育教学仍处于起步阶段。

### 1 我国高等中医药院校中医标准学教育教学现状

在高等中医药院校开展中医药标准化教育教学工作,是培养中医药标准化人才的迫切需要,对中医药现代化、标准化、国际化具有十分重要而深远的意义。近年来,我国高等中医药院校的中医标准学教育教学工作有了新的突破。2015年,辽宁中医药大学积极响应国家号召,在国内高校中率先开设了《中医标准学概论》课程<sup>[2]</sup>,这是一门培养中医药标准化人才的基础课程,主要研究中医药标准化的理论、技术和应用,开创了中医标准学高校本科教学史的先河。2015—2019年,辽宁中

医药大学面向全校本科各专业学生开设《中医标准学概论》选修课程,累计授课达300人。

尽管中医标准学课程建设在高等中医药院校顺利开展,但中医药标准化教育教学工作仍存在很多问题,面临着严峻的挑战。首先,在中医标准学师资建设方面,同时存在着教师数量相对匮乏且任课教师专业知识相对薄弱的问题。由于中医标准学的特殊性,任课教师多为新入职的青年教师,没有接受过标准相关知识的系统学习,致使教师的专业知识相对不足,且近年来中医药标准化进程加快,对教师的专业知识更新能力也提出了较高的要求。其次,在中医标准学选课学生对课程的反馈方面,有些学生认为中医标准学相关课程的知识内容晦涩抽象,不易记忆、理解和掌握;也有些学生希望能了解更多的中医标准学知识、关注中医标准化研究动态,但却找不到一个同时满足这些需求的平台。

面对这样的现状,如何在互联网+时代,整合教育资源、提升教师的专业素养、增强学生的学习兴趣和,进而提高课程的教学效果、助力我国中医药标准化建设是一个值得深入探究的问题。建设中医标准学在线开放课程,能够为教师和学生提供学习、交互、知识提升的平台,是解决这一问题的重要途径。

\* 基金项目:国家重点研发计划项目课题【No. 2019YFC1712001】;国家中医药管理局中医药标准化项目【No. ZYYS-2013(0001-2)】;辽宁省质量技术监督局地方标准制修订项目【No. 2018250】;辽宁省教育厅科学技术一般项目【No. L201604】;辽宁中医药大学教学改革研究项目【No. LNZYJG2020063, LNZYJG2020126】

## 2 中医标准学在线开放课程建设构想

由于中医标准学的特殊性,其在线开放课程建设应具有独特的设计理念。(1)中医标准学是中医学之下的一门新兴学科,也是一门中医学与标准学的交叉学科,因此其在线课程应实现跨学科共建。(2)我国高等中医院校的中医标准学相关课程建设尚处于起步阶段,如能整合各高校相关课程的优势资源,中医标准学教育教学工作将能实现飞跃式的发展。(3)中医标准学师资建设不可忽视,是中医标准学教育教学的重要一环。基于这样的理念,以跨校、跨学科资源共建,提升教师专业能力和学生学习效果的“教”与“学”为目标,将中医标准学在线开放课程划分为教师板块和学生板块,对其在线开放课题建设提出如下构想。

**2.1 教师板块** 中医标准学在线开放课程的教师板块包括资源共享区和学术交流区。

**2.1.1 资源共享区** 近年来,中医药标准化进程显著加快。据中国期刊全文数据库(CNKI)数据显示,仅以“中医药标准”作为检索词,5年来相关论文数量达到10 212篇(2011—2016年),比2006年—2010年发表中医药标准化相关论文数量(5 893篇)增加了1倍<sup>[3]</sup>。我国每年制定中医药国际标准、国家标准、行业标准、团体标准、地方标准的数量也明显增多。中医药标准化的快速发展为中医标准学的教育教学工作带来了极大的挑战。教师不仅需要掌握扎实的专业知识,还要密切关注中医药标准化动态,将中医标准学的前沿知识教授给学生。基于跨学科资源共建理念,中医标准学在线开放课程的资源共享区能为教师提供所需的各种资源,包括最新颁布的中医药类标准相关链接、中医标准相关培训信息及培训材料、各类教学参考用书电子资源、中医标准学相关优秀论文链接、中医药标准相关国家政策文件以及最新的科研动态等。教师可通过浏览、下载此区域资源增强专业知识储备,提升专业水平。

**2.1.2 学术交流区** 在国家中医药管理局和各省级中医药管理部门的支持下,中国中医科学院成立了中医药标准研究中心、上海中医药大学联合中国科学院上海药物研究所等机构成立了中药标准化研究中心、中国中医科学院针灸研究所设立了针灸标准化中心、辽宁中医药大学建立了中医药术语标准化研究中心、上海中医药大学附属曙光医院成立了中医药国际化研究所,并开展了中医标准学相关课程的建设及中医药标准化相关的培训工<sup>[4]</sup>。面对我国中医药标准化人才短缺<sup>[5]</sup>、中医标准学师资建设薄弱的现实,应当联合各高等中医药院校、中医标准化机构交流中医标准学学术经验与成果,建立学术交流平台。基于跨校、跨机构交流共建理念,中医标

准学在线开放课程应设置学术交流区。此区域为各类高校、机构的中医标准学教师提供问题探讨、信息交互平台,来自各地、各高校、各机构的中医标准学教师可通过此区域交流相关课程的教学设计、教学经验、教学方法、课程设置等教育教学问题,也可分享中医标准学相关的教学资源。学术交流区提及的相关资源信息由后台工作人员采集、专人审核后,可发布至资源共享区以便更多教师受益。

**2.2 学生板块** 中医标准学在线开放课程的学生板块包括课前预习、课后检测、知识拓展和能力提升4个模块。

**2.2.1 课前预习模块** 课前预习是一种良好的学习习惯,也是一种行之有效的学习方法,它能明显地提高学生学习的效率,激发学生学习的主动性,使学生获得课堂学习的主动权。中医标准学在线开放课程的课前预习模块可包括各高校中医标准学相关课程的电子化教材、教学大纲、讲义、一般知识点的讲解视频、基于本体的知识体系图谱、思维导图等内容。学生通过在线上进行课前预习,可以提高学习的主动性、了解一般知识点、带着问题进课堂,进而能释放大量时间使教师在课上能更深入的讲解重点、难点,拓展相关知识,提高教学效率。

**2.2.2 课后检测模块** 课后对所学知识进行检测是巩固学习效果、培养良好思维品质的重要途径,是教学过程中不可跨越的一环。中医标准学在线开放课程的课后检测模块可包括各高校中医标准学相关课程的试题库、在线考试、作业提交、数据分析等内容。学生可在线完成作业、进行相关练习和考试,并能通过数据分析直观的看到自己知识掌握的分布情况。教师也能通过数据分析结果,密切关注学生的个体和总体对相关知识的掌握情况。通过线下课后检测模块,学生可以针对重点、难点知识反复、多次练习,结合自身数据分析,有效提高对课程的理解和掌握。同时,教师通过数据分析部分,可度量学生个性化学习过程,对学生能力、题目质量、提交行为进行分析,不断完善本模块,实现实时反馈,并在课堂教学中对教授内容有所侧重。

**2.2.3 知识拓展模块** 中医标准学在线开放课程的知识拓展模块既包括课程深度的拓展,也包括课程广度的拓展。在深度上,可包括各高校相关课程重点、难点知识点的深度解析视频;在广度上,可包括各高校相关课程知识点拓展内容的教学视频、中医标准学相关电子化教材、知识拓展文献,亦可包括中医药标准化科研的前沿动态。学生线下通过对本模块的学习,可以拓展学习内容、丰富中医标准学专业知识,激发学生的学习兴趣,进而更

好地提升中医标准学的教育教学效果。

**2.2.4 能力提升模块** 如果学生能够随时与教师讨论中医标准学相关问题,将显著提升学生的专业能力,中医标准学在线开放课程的能力提升模块将其变为可能。能力提升模块为各高等院校学生与老师的互动区。学生遇到不会的问题随时向教师提问,教师针对学生提出的问题,在讨论区进行答疑。此模块的建立不仅可以提升学生对知识点的理解和掌握,提高教学效果,亦可促进教师不断学习、提升专业知识储备,真正实现教师“教”与学生“学”的互助。

#### 参考文献

[1] 袁东超,李德新,王彩霞,等. 中医标准学开课的必要性及教学构想[J].

中医教育,2016,35(5):31-32,69.

[2] 杨茗茜,王彩霞,李可大,等. 中医药标准学发展新形势及其人才培养策略探讨[J]. 中国中医药现代远程教育,2017,15(14):13-15.

[3] 王跃溪,刘玉祁,王丽颖,等. 中医药标准化发展迎来新的机遇与挑战[J]. 中华中医药杂志,2018,33(6):2252-2254.

[4] 国家中医药管理局中医药标准化工作办公室,中国中医科学院中医药标准研究中心,中国中医科学院中医临床基础医学研究所,等. 中医药标准化基础知识与应用[M]. 北京:中国中医药出版社,2018:27-28.

[5] 王永炎. 开启中医药标准化事业新征程[N]. 中国中医药报,2017-01-18(003).

(本文编辑:尹秀平 本文校对:杜莹 收稿日期:2019-09-16)

## 基于信息论视角的江西省中医药科普现状研究\*

田恬 王素珍 刘畅 黄方肇 朱瑶<sup>※</sup>

(江西中医药大学中医药与大健康发展研究院,江西 南昌 330004)

**摘要:**从信息论视角构建江西省中医药知识传播模型,基于江西省居民中医药健康服务需求调查数据,对江西省中医药科普情况进行研究,并分析江西省中医药知识传播模型在中医药科普过程中作用于江西省调查地区的各级政府、媒介和居民的噪音问题。为加强江西省中医药的宣传科普,提高居民对中医药的认知及信任感,促进江西省中医药事业的可持续发展提出建议,也为制定中医药科普政策提供依据。

**关键词:**江西省;中医药科普;信息论;噪音

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.059

文章编号:1672-2779(2020)-20-0151-04

### Research on the Present Situation of Traditional Chinese Medicine Science Popularization in Jiangxi Province Based on Information Theory

TIAN Tian, WANG Suzhen, LIU Chang, HUANG Fangzhao, ZHU Yao<sup>※</sup>

(Institute of TCM and Health Development, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

**Abstract:** From the perspective of information theory to construct Jiangxi province traditional Chinese medicine knowledge propagation model, based on the investigation of residents' health service demand of traditional Chinese medicine in Jiangxi province, the situation in Jiangxi province traditional Chinese medicine science was studied, and in Jiangxi province, traditional Chinese medicine knowledge dissemination model role in the process of Chinese medical science in the survey area in Jiangxi province all levels of government, media and residents of the noise was analyzed. In order to strengthen the publicity and popularization of TCM in Jiangxi province, improve the residents' awareness and trust of TCM, and promote the sustainable development of TCM in Jiangxi province, suggestions were put forward, which also provided the basis for the formulation of TCM popularization policies.

**Keywords:** Jiangxi province; traditional Chinese medicine science popularization; information theory; noise

继2009年4月国务院出台了关于扶持和促进中医药事业发展若干意见后,2016年国务院又一次就中医药工作颁布了《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》<sup>[1]</sup>,纲要中提出的中医药“天人合一”的整体观念、全生命周期的健康服务等都与未来医学及医学模式转变的发展趋势相适应,要传承和发展中医药文化知

识,需要进一步普及和宣传中医药健康知识,利用传统媒体和新媒体推动中医药文化知识的科普进程,让全社会“信中医、爱中医、用中医”,双管齐下。江西省也紧跟国家政策,提出建设“国内领先,世界知名”的中医药强省,江西省想要促进中医药的可持续发展,达成目标,当然也少不了向公众加强中医药知识文化的科普。

#### 1 对象与方法

**1.1 调查对象** 研究对象为江西省11个设区市15个样本区(县)15岁以上的常住居民以及辖区政府工作人员。

#### 1.2 调查方法

**1.2.1 抽样方法** 居民抽样。各县(市、区)随机抽取2个

\* 基金项目:国家自然科学基金[No. 71764012];江西省教育厅人文社科项目[No. JD15143];江西省教育厅科学技术研究项目[No. GJJ170703];江西中医药大学科学研究项目[No. 2019jzdxk008]

※ 通讯作者:294108671@qq.com



街道、1 个乡镇，每个街道(乡镇)分别抽取 2 个居委会(村委会)，在每个居委会、村委会分别抽取 20、10 户居民，每户抽取 1 名 15 岁以上常住人口作为调查对象，每个区(县)共抽取 100 人来填写问卷调查，15 个样本区共 1500 份问卷调查表，收回有效问卷 1482 份。

政府工作人员抽样。在政府部门协助下，每个调查区(县)随机抽取 2 个街道、1 个乡镇(其中，1 个为县级政府驻地)，每个街道抽取 2 个居委会(其中，1 个为街道办驻地)，每个乡镇抽取 2 个村委会(其中，1 个为乡镇政府驻地)，在每个样本区(县)政府、街道(乡镇)政府、居(村)委会随机抽取工作人员 1 名。

1.2.2 调查方法 采取问卷调查方法，采用集中作答、入户调查等方式，由调查对象自行完成。调查对象不能独立完成填写的，采用面对面询问方式调查。

1.3 调查内容 居民调查。每个区(县)针对随机抽取的 100 个家庭户常住居民，采用问卷调查方式，了解调查对象家庭基本状况、个人基本状况、个人健康状况、个人健康行为与信念、个人健康知识等 5 个方面。

政府调查。采用问卷调查方式，通过调查点政府、基层群众自治组织管理者的填写，了解调查地区人口、经济、卫生服务等基本状况和地方支持、鼓励中医药健康服务发展的情况。

1.4 科普模型 在信息论中，香农、韦弗详细描述了信息的传递过程，即信源将需要发出的信息进行编码称为信号，并通过信道传输，信号经过解码后由信宿接收，信宿将接收到的信息反馈给信源，当然在此信息传递的全过程中，会受到噪音的干扰，模型如图 1<sup>[1-2]</sup>。

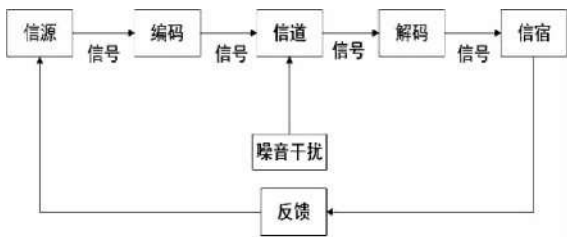


图 1 包含反馈环节的香农 - 韦弗模型

借用香农 - 韦弗模型，将江西省调查地区中医药科普过程与其相结合，即“信源”江西省调查地区的各县

(市、区)政府、街道 / 乡政府、居委会 / 村委会根据国家政策、各专家的意见和建议等进行编码并通过纸媒、网媒、医疗机构、社区讲座等“信道”，将中医药知识有选择地针对“信宿”江西省调查地区 15 岁以上居民科普，当然在信息传递的全过程中都会受到噪音的干扰，而居民也会有选择地筛选接收(主动或被动地接收)到的信息并进行解码，最后政府会收到居民对这些信息做出相应的反馈，做出相应调整科普措施，如图 2 所示。

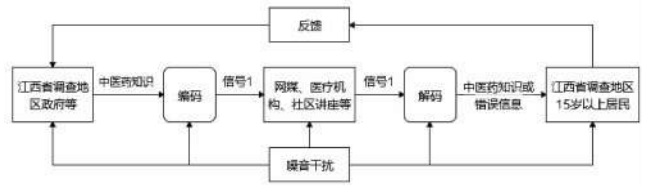


图 2 江西省调研地区中医药科普模型

1.5 统计学方法 使用 SPSS 21.0 统计软件进行一般描述性分析、多项分类 logistic 回归分析， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 江西省科普现状分析

2.1 信源情况 本次调查详细了解了调研地区各级政府对于发展中医药健康服务政策的知晓率和中医药知识科普落实情况的知晓率，暂不考虑政府机关层级对问卷的有效性干扰，表 1 可以说明中医药健康服务政策文件在向基层单位传达时存在效率衰减，越是到基层对政策文件的学习越少，中医药知识科普实施的情况就越差。

由表 1 看出，在 3 个层级政府机关对于中医药知识的科普所采用的手段中，使用频率最低的当以音像材料科普，且都受限于科普场地的问题，由此可见，各级政府机关对中医药知识的科普受限于财力、物力和人力，只能优先选择花费小、投入人员少的方式进行科普。

2.2 信号情况 谭巍等<sup>[3]</sup>将中医药科普定义为采用人际传播、组织传播、大众媒体传播等多种手段，面向公民宣传普及科学准确的中医药理念、知识和方法。卞利忠<sup>[4]</sup>的研究阐述了中医药科普的内涵，指出中医药科普的内容应是把深奥的中医药学的基本知识、理论体系、学术思想、诊疗方法、学科前沿研究成果以及博大精深的中医药思想和精神，通过多种路径、方法，向社会公众普

表 1 调研地区各级政府中医药健康服务知晓及科普情况

(%)

	政策了解情况		科普实施情况		科普手段				
	了解	不知情	了解	不知情	宣传栏(墙)	印刷材料	音像材料	主题活动	专用场地
县(区)级	73.33	13.33	90.67	4.00	93.33	100.00	86.67	100.00	73.33
街道(乡镇)级	-	-	68.89	4.89	68.89	60.00	53.33	66.67	33.33
村(街道)	-	-	61.29	3.44	61.29	59.14	43.01	49.46	38.71

注：“-”代表未测

及,为公众广泛地了解和掌握达到养生保健、防病治病的目的。但徐思群等<sup>[5]</sup>却认为虽然目前国内对于中医药知识的科普宣传较多,但传播内容都普遍集中在中医养生保健方向。本次的调研问卷的内容就以上这些问题并参考了中医养生保健素养、健康素养等具体知识条目和专家访谈意见,针对中医药基本指导思想、常用中药注意事项、穴位养生保健、传统中医功法等方面进行调查(如图3),可知,江西省居民对于重要煎煮器具、药食同源及中医饮食养生方面颇有了解,但对于穴位养生保健和食药疗疾方面认知不足,特别是居民对中药煎煮方法了解的都不是很全面,只有0.01%的居民对此了解较清楚,但也不乏存在偶然性。

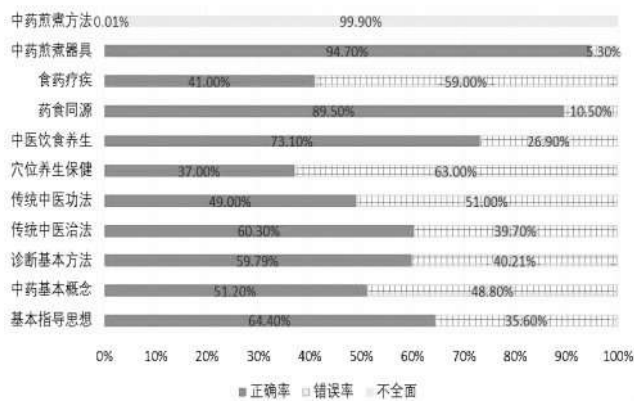


图3 居民中医药知识得分率

**2.3 信道情况** 在王昶等<sup>[6]</sup>研究中说明大众媒介指的是报纸、书籍、电视、网络、广播、视频等人们籍以传播各种信息、表达自己思想和意愿的舆论工具。科普中医药知识的渠道选择对于知识的快速传播、居民透彻深入地理解都有很大的帮助,图4是针对居民从哪些渠道获取中医药健康知识或者说政府通过哪些渠道向公众科普中医药进行的一个统计。

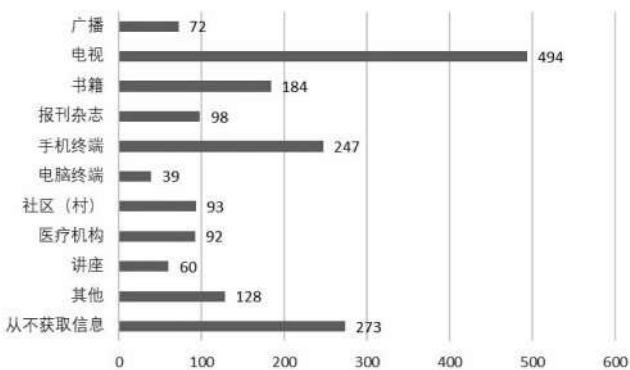


图4 居民获取中医药健康知识的主要渠道分布

从图4中可得,调查居民获取中医药知识的最主要的渠道是电视,其次是手机终端,而选择社区(村)、医疗机构、讲座三个渠道的居民也寥寥可数,更有273例

是从不找寻获取宣传相关中医药知识的渠道,在居民的潜意识中对于中医药还是很模糊甚至不清楚这样的一个概念,由此也看出随着现代网络电子时代迅速发展,人们对于一些传统的传播方式会有所取舍。另外,更重要的是政府对于向外界宣传中医药健康知识的力度还是不够,传播渠道狭窄,又或者说宣传中医药知识的相关政策落实还没有到位,现在很多有着广大读者、听众、观众的非医类报刊、广播等媒体中少有科普中医药知识专栏。因此,除了继续加大各级政府对于中医药的扶持力度外,还必须配合广播、报纸、电视、网络等大众传媒和载体,对中医药知识进行多渠道、多层次、全方位的持续性立体宣传,使中医药深入人心。

**2.4 信宿及反馈情况** 江西省各级政府对于中医药宣传的知晓情况不一,那么作为科普对象的江西省居民对中医药的认可更是不同,本文尝试以居民对中医药的信任感作为因变量,以户口性质、性别、年龄、文化程度、个人收入、家庭收入为自变量进行多项分类logistic回归分析,得出影响居民对中医药的信任感的主要因素为户口性质( $P=0.001<0.05$ )、个人收入( $P=0.031<0.05$ )和文化程度( $P=0.002<0.05$ ),而家庭收入( $P=0.357>0.05$ )、年龄( $P=0.921>0.05$ )和性别( $P=0.494>0.05$ )对居民信任感无显著影响( $P>0.05$ )。那么可得出的结论是,如果想要进一步宣传中医药知识,那么重点的宣传对象便是江西省农村户口、个人收入较低且文化程度低的居民,对于这一部分的居民,政府的传播者应该更加有耐心,宣传更细致,让他们学会读取中医药正确的信息,让他们了解、相信、使用中医药,不断推动中医药知识的普及,从而促进全民中医药健康素养的提高。

### 3 讨论

**3.1 干扰政府编码的噪音** 在科普中医药知识的过程中,陈伟民等<sup>[7]</sup>认为政府扮演着官方的、可信任的重要角色,噪音的干扰不仅不利于政府的形象,而且还会破坏公众对于政府的信任。干扰政府编码的噪音来源有:(1)政府对于中央下发的有关中医药政策理解不到位或不重视,向公众宣传了不全面的甚至是错误的中医药知识;(2)政府对中医药专业知识理解不够透彻,盲目接受各方专家的建议和意见,不能够因地制宜、循序渐进地进行科普;(3)有关政府部门既不懂专业知识,也不询问专家意见,完成任务式地将中医药知识囫圇地灌输给公众。因此,政府作为中医药知识科普环节中最不可或缺的一环,应该加强对中医药科普的力度,首先从内部做起,负责中医药科普工作的人员需要加强认知了解。

**3.2 干扰信道的噪音** 传播学四大奠基人之一的库尔图·勒温提出的“把关人”理论指出,在信息传播的信道中存在着对信息进行筛选和过滤的“把关人”,但现在随着新媒体和自媒体的快速发展,“把关人”的角色出现弱化,都从自身的立场、利益等角度进行信息的传播,如媒体为了吸引观众眼球,追求话题量,捕风捉影,报道有关中医药治病的虚假消息;相关自媒体与某些利益机构联合,利用观众看病心切的心理,打着中医药治百病的旗号,向公众销售产品以谋取暴利;媒体在一定程度上也会受到相关政府的制约,为政府服务,如果媒体处于一个政府不重视中医药科普的政治环境之下,从自身利益出发便不会加重力度去宣传中医药知识等。

现下大众媒体关注的都是热点话题,迎合大众的口味,而有关中医药的电视栏目就很少,良莠不齐,梁田田等<sup>[6]</sup>根据国家网络电视台(CNTV)官方网站得数据统计,了解到从1996—2017年全国范围内的健康养生类的电视栏目包括停播的也只有30个,其中中医养生类的有14个。因此,信道的种类单一也是会影响到信息传播的效果。

**3.3 干扰信宿解码的噪音** 自网络新媒体的快速广泛地普及后,公众在时间和空间上更具有主动性,随时随地可以选择自己喜欢的网站或电视平台,但彭兰<sup>[9]</sup>认为很多人会因为习惯或者惯性思维,每天浏览的都是固定的网站、客户端和自媒体等,毕竟想要熟悉陌生的网站是要话费更多的时间和精力,所以在这样的情况下公众接受了解到的中医药知识会有局限,他们甚至会盲目地相信网站、客户端和自媒体等发送的误导性消息;不过,公众在其他方面也会存在被动性,孟俊彦<sup>[10]</sup>提出新媒体的传播理论在符合了特定的条件之后,新媒体受众就会在媒体的轰炸之下被动的接受所有的信息,完全没有自我思考的空间和时间,完全被媒体信息所裹挟;另外,无论是主动性还是被动性,很多公众对信息的理解还是会有偏差,人们会因为文化程度、某些人的评价等因素对接收到的信息进行筛选,因此公众给予政府的相关反馈当然也会存在一定的偏差。

### 3.2 建议

**3.2.1 拓宽中医药科普渠道 加大宣传力度** 我们需要社会各界特别是媒体,新闻界广泛支持和宣传中医药,尽管我国大力发展中医药,中医药在社会上的认识和接受程度还是未尽如人意,从本次研究看来,我们的中医药传播渠道狭窄,需要利用广播、报纸、电视、网络等大众传媒和载体,一种或多种有质量的、通俗易懂的宣传中医药的代表作,配合各级政府加大对中医药的扶持力

度,对中医药进行多渠道、多层次、全方位的持续性立体宣传。

**3.2.2 提高中医药素养 正确判断理论常识** 面向大众的宣传不足,很多人对中医药缺乏认识,甚至为数较多的人对中医药有很大的误解,所以大众应该提高中医药健康素养,会简单识别一些理论性的常识,多听官方权威宣传与解释,多听听正规专家对于中医药的宣讲,有选择地去理解中医药,相信中医药,学会利用网络资源去了解中医药,学习中医药,当然是从正规的官方网站去听取学习。刘仪辉等<sup>[11]</sup>建议我们利用互联网的技术特点和优势,促进中医药文化知识的共享和传播,采用文本、图像、视频、虚拟现实等多媒体组合形式,让网络用户学习中医健康文化,提高人们的健康水平。

**3.2.3 过滤中医药噪音干扰 提高中医药文化认同** 确立权威信息发布的媒体渠道,能够掌握、核实收集到的第一手资料并及时发布,使得公众能够及时了解并接收正确中医药宣传的信息,同时,利用权威专家的知识技能,在权威媒体上为公众讲解中医药知识与中医药技能,政府部门与权威媒体、权威专家相互配合,过滤噪音干扰,确保中医药宣传的真实性、科学性和权威性,必将提高公众对中医药文化的认同。

### 参考文献

- [1] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院关于印发中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)的通知(国发[2016]15号)[EB/OL]. (2016-2-22). [http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-02/26/content\\_5046678.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-02/26/content_5046678.htm)
- [2] 傅祖芸. 信息论——基础理论与应用[M]. 北京:电子工业出版社, 2002:8.
- [3] 谭巍,高莉敏,殷晓月,等. 2014年全国中医药科普情况调查数据统计分析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(7): 3118-3123.
- [4] 丁利忠. 论中医药科普的内涵与结构[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(4): 165.
- [5] 徐思群. 中医药文化科普知识体系框架构建研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2015.
- [6] 王昶,王三秀. 政府公信力的生成与流失——基于信息论视角的解读[J]. 理论月刊, 2016(2): 107-111.
- [7] 陈伟民,杨波. 大众传播中噪音的产生与控制[J]. 学术交流, 2000(3): 146-149.
- [8] 梁田田,谭巍,赵玉洋,等. 全国中医养生类电视栏目概况[J]. 中医药导报, 2018, 24(16): 6-10.
- [9] 彭兰. 新媒体用户:更主动还是更被动[J]. 当代传播, 2015(5): 12-15, 45.
- [10] 孟俊彦. 新媒体形势下的“靶子论”[J]. 河南科技, 2015(22): 196.
- [11] 刘仪辉,余亚微. 健康中国背景下中医药文化传播路径的探索[J]. 教育现代化, 2017, 4(37): 301-302, 319.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:柯楠 收稿日期:2019-10-15)



# 欠发达地区中医药人才培养模式探讨\*

赵军<sup>1</sup> 师建平<sup>2</sup>※

(1. 内蒙古自治区中医医院中医内科, 内蒙古 呼和浩特 010020;  
2. 内蒙古医科大学中医学院中医诊断学教研室, 内蒙古 呼和浩特 010110)

**摘要:** 中医药的发展受到逐步重视, 进入一个黄金期, 逐步走向世界。应该培养什么样的中医药人才, 尤其在地多人少的欠发达地区, 是中医药人才培养共同关注的热点、难点问题。本文就地多人少的欠发达地区中医药人才培养模式提出思路, 希望对该地区中医药人才的培养有所促进。

**关键词:** 欠发达地区; 中医药人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.060

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0155-03

## Discussion on Training Mode of Traditional Chinese Medicine Talents in Underdeveloped Areas

ZHAO Jun<sup>1</sup>, SHI Jianping<sup>2</sup>※

(1. Department of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Hospital of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia, Hohhot 010020, China;

2. Department of Diagnostics of Traditional Chinese Medicine, College of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010110, China)

**Abstract:** The development of traditional Chinese medicine has gradually been paid attention to and entered a golden phase and gradually moved towards the world. What kind of traditional Chinese medicine talents should be trained, especially in less developed areas, is a hot and difficult problem in the training of Chinese medicine talents in this area. This paper puts forward the train of thought for the training mode of traditional Chinese medicine talents in underdeveloped areas with fewer people, and hopes to promote the talent training of traditional Chinese medicine in this region.

**Keywords:** underdeveloped areas; talent training of traditional Chinese medicine

中医药人才的培养模式从经典的师承教育发展至中医药高等院校教育<sup>[1]</sup>, 直到今天, 又出现了院校教育为主, 师承教育为辅, 二者兼收并蓄的发展模式<sup>[2]</sup>。当前培养出的中医药人才技术水平参差不齐, 除了中医药基础研究不足、标准化进程缓慢等因素外, 还存在一些深刻的问题值得探讨。

### 1 欠发达地区中医药人才培养的现状

**1.1 课程设置不能完整体现中医学科发展特点** 当前高等院校中医药教育采用现代医学教育的课程设置方式, 不能完整体现中医药学科的发展特点<sup>[3]</sup>。忽略文哲类社会科学对中医辨证思维的影响。基础课程与临床课程相分离, 所学理论难以与实践密切结合, 不能充分了解临床诊疗的虚实。

**1.2 中医教育与中药教育相分离** 这种现象导致现代院校中医学生对中药认识不透彻, 大多数仅仅处于中药的实验室标本认识层次, 很难将中医的“取象比类”等中医优秀临床思维在临床诊疗过程中充分发挥。而现代中药学生不能深入了解传统中医诊病用药的思路方法, 对中药四气、五味、归经、人体气机的升降浮沉等认识不深入, 一味追求成分化、精细化, 向天然药物化学方向不断倾斜, 脱离传统中医药诊病用药的整体观念。在中医与中药之间形成天然隔阂, 在中医药高等院校教育方面更是如此。

**1.3 高等中医药院校教育对中医药文化建设普遍不足** 中医药本身是一种文化现象。在当前中医药高等教育体系中, 普遍以古代名医医著为重点进行学习, 重视“读经典”, 而对中医药发展史、中医药文化思想源流的连贯性重视程度不够, 导致学生对中医药知识难以融会贯通。在中医药文化的形成与发展过程中, 深刻受到农耕文明、道家本土文化、儒家文化等的深刻影响<sup>[4]</sup>, 而在地多人少的欠发达地区, 尤其是地多人少的边远少数民族地区<sup>[5]</sup>, 发展中医药传统本土文化, 在大众的认可程度上有一定的困难。

\* 基金项目: 国家自然科学基金[No. 30560165]; 国家中医药管理局中医药传承与创新“百千万人才工程”项目[No. J20184832009]; 第四批全国中医(临床、基础)优秀人才研修项目[No. J20184832009]; 内蒙古自治区第三批老蒙医药中医药专家学术经验继承项目[No. 内卫计蒙中字[2019]126]; 内蒙古自治区草原英才创新团队“中医疗未病”项目[No. CYYCTD2018]; 内蒙古自治区自然科学基金[No. 2009MS1134]; 内蒙古医科大学“科技百万工程”联合项目[No. YKD2017KJBW(LH)064]

※通讯作者: 250259794@qq.com

**1.4 高等中医药教育专业设置与当地社会经济发展不适应** 中医药高等院校教育无论在专业设置上,还是在招生人数上,难以对当地社会经济发展起到人才引领作用。在地多人少的欠发达地区,中医药整体发展模式多以药源地为主,形成“以药为主,以医为辅”“药强医弱”的全产业链<sup>[6]</sup>。而在人才培养方面,高级别的中药种植、研发、加工、营销、管理人才培养不足,重视程度不够,多年滞后的培养思路导致相关领域技术短板、人才空缺。小规模药农进行的中药材种植、加工不够标准化,加上大型中药材市场空缺,营销成本增加,对外销售的宣传与知名度不够,导致种植积极性下降,中药材种植产业难以在局部地区形成大的规模,难以促进当地社会经济发展。

**1.5 中医药人才培养与地方中药材贸易市场联系不够** 在当前高等院校中医药人才培养体系中,高校与医院联系、合作较为紧密,且形成了连贯、系统的培养模式,而高校、医院与地方性药市、中药材交易市场在中医药人才培养上的合作不够紧密,缺乏成熟的合作思路、方法、政策、制度,更缺乏培养模式上的实践先例,对于高级别的中药种植、研发、加工、营销、管理人才的培养,在这个方向上面有很大的创新空间。很多中医药学生从未去过药市,未充分认识中药材及整个产业链,对临床所用中药材的理解仅停留在药橱、书本之上,不能充分把握中药材药性特征。

**1.6 欠发达地区的中医药人才培养仅停留在高等教育层面** “中医药知识进小学”这项提议与政策得到局部中医药强省、地区的重视,例如北京地区、浙江省、甘肃省庆阳地区等。而在欠发达地区及中医药发展落后省区,并没有得到有效推展,无论是以小学课外读物的形式还是必修课。

**1.7 欠发达地区中医药人才的培养不够国际化** 缺乏对国外相关行业状态的了解,缺乏国际化视野,缺乏引领中医药走向世界的实际人才。

**1.8 没有充分加强对中医药留学生的培养** 从技术层面讲,由于世界文化认知的不同,所形成的各自世界观方法论的不同,培养优秀中医药留学生有一定困难。从文化层面上讲,对留学生的中医药文化教育和临床辨证思维培养不够重视。中医药发展国际化、走向世界进程受到阻碍。

## 2 对地多人少欠发达地区中医药人才培养的思考

**2.1 课程设置应具备中医药发展体系特点** 中医药高等院校的人才培养课程设置应具备中医药发展体系的特点,增加文史哲类课程的教学分量,激发并培养学生中医药

兴趣。加强临床实践与课本理论知识的紧密结合,使呈现出“边学边实践”的中医药高等教育模式。

**2.2 加强中医专业教育与中药专业教育的交叉深度** 在中医药高等人才的培养上,使两个专业之间的学生相互了解基本专业知识,增强交流,使呈现出中医、中药专业的协同性,理论知识面的协同性、中医药世界观方法论的协同性,具备“中医中药的不可分家性”原则与特征。

**2.3 中医药人才培养要有利于弘扬中医药优秀传统文化** 在地多人少的边远少数民族地区发展中医药,要加强多民族文化交流,尤其是各民族医药文化交流,加强中医药优秀传统文化、中国优秀传统文化的学习<sup>[7]</sup>。在进行中医药文化软交流的同时,根据条件适当加强中医药硬文化的建设<sup>[8]</sup>。同时要真正把中医药知识学习好、理解好,并悟透其中的道理,必须深刻领悟中医药优秀传统文化、中国优秀传统文化。

**2.4 与市场需求接轨** 中医药人才培养要与市场需求接轨,以便于适应并促进当地中医药产业链发展趋势,更好地促进当地社会经济力量的变革与发展。尤其在地多人少的边远少数民族地区发展中医药事业,要深刻考虑当地具备的发展条件,紧紧把握中医药发展趋势,有效利用中医药产业链的发展模式,想方设法带动当地社会经济力量的结构性变革,促进当地人民健康的同时带动当地人民致富。在当今中医药良好发展的大背景下,培养中医药产业链各种类型人才,诸如中药产业、中药生态旅游、养生保健等行业。以内蒙古赤峰市喀喇沁旗牛营子镇中药材贸易市场为例,当地以种植北沙参、桔梗为产业特色<sup>[9]</sup>,衍生出中药材加工、储藏、物流等各产业,需要高级别的不同专业类型的人才来助力产业升级,为进一步大型药市的形成做好人力资源储备。

**2.5 人才培养应该多元化** 中医药高等教育人才培养模式,应从传统的“高校→医院”“高校→药厂”向“高校→药市→医院”“高校→药厂→药市”拓展,进行中医药高等教育模式的创新,为培养融合型、多元型人才作出尝试。在欠发达地区开展中医药人才培养,不可一味追求高层次精英人才,各种类型、不同档次的中医药人才培养同样重要。诸如研究型、技师型、管理型人才等。伴随信息时代的到来,中医药与电子信息专业方向融合型人才更加紧缺,这种融合型人才有利于中医药科研思路的创新、中医药市场电子商务的开拓等领域。

**2.6 从不同教育阶段加强中医药创新思维** 从培养教育阶段讲,中医药创新思维不能仅局限于高层次教育阶段,从本科教育阶段就应加强。对于优秀传统中医药文化、中医药基础知识,应该在中小学阶段分不同难易程

度加强<sup>[10]</sup>。

**2.7 有高标准创新思维来满足中医药发展需求** 为满足中医药发展现代化、标准化进程,并与中医药发展国际化接轨,在人才培养过程中,大力提倡创新思维,要求具备国际化视野。

**2.8 加强中医药留学生培养** 加强中医药留学生的优秀的传统中医药文化教育,在培养方式、教学方法上创新,争取培养合格的中医药人才,有利于在各国中医药技术的推广、中医药文化的传播。

在当前中医药良好的发展势头下,人才需求呈现出多类型、多层次、融合型特征,在中医人才培养方面,高等中医药院校除了与中医药师承教育相辅相成互相配合辅助之外,其自身教育模式的变革与创新急需进行,以尽快培养出适应社会经济发展需求的优秀中医药人才。中医药教育模式的变革与创新呈现出一定的复杂性、多元性、融合性,例如思想在古典与现代之间的对抗;文化在传统与新潮之间的对抗;研究方法、诊疗思路在传统中医药与现代科学技术方法之间的对抗;人才培养的融合性需求不得不考虑将中医药人才培养模式从“二元模式”调整到“多元模式”;为了不形成认识壁垒,体现中医药的完整性、不可分家性,中医、中药专业又得互相了解融通;为了中医药走向世界,人才培养需从低等教育阶段开始培养、具备国际化视野等。总之,在地多人少的欠发达少数民族地区发展并壮大中医药,中医

药高等教育教育模式的变革与创新任务巨大、速度要求极高,中医药高等教育发展要结合本地区的特征,并放眼世界,只有这样,才能适应当今中医药的发展潮流,在保证人民群众健康的同时,促进社会经济力量的结构性变革,得到国际的认可并走向世界。

#### 参考文献

- [1] 周敦华,董薇,郑麟. 中医药教育走向世界发展战略研究[J]. 上海中医药大学学报,2012,26(6):21-23.
  - [2] 高彦彬,赵慧玲. 院校教育与师承教育相结合是培养高质量中医人才的有效途径[J]. 世界中医药,2013,8(2):138-142.
  - [3] 赵慧辉,单娇,王伟. 高等中医药院校学科设置的现状和思考[J]. 中医教育,2012,31(2):20-22.
  - [4] 黄彦,周凯燕. 中国传统文化对中医的影响[J]. 现代养生报,2014(1):198.
  - [5] 冶晓辉. 挖掘少数民族地区党报发展的潜力[J]. 中国地市报人,2012(12):118-120.
  - [6] 王强,梅之南. 发展低碳经济,促进传统医药产业发展[J]. 医药导报,2011,30(3):281-284.
  - [7] 图雅. 论中国优秀传统文化与大学生文化素质教育[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(2):14-15.
  - [8] 张洪雷,张艳萍. 中医孔子学院与中医药文化软实力建设研究[J]. 中医学报,2011,26(11):1310-1312.
  - [9] 丁言琳. 赤峰市中药材产业发展战略研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2013.
  - [10] 徐颖洲. 基于中药文化资源开展中小学中医药生命健康教育模式的设计研究[D]. 北京:北京中医药大学,2016.
- (本文编辑:尹秀平 本文校对:董重阳 收稿日期:2019-09-04)

(上接第135页) 研究发现,在骨关节炎患者中,针对神经肌肉改变而采取运动训练性干预措施,是与疼痛、关节无力以及包括关节松弛在内的局部力学改变作斗争<sup>[8-10]</sup>。急性期以减少肩关节活动为主,且尽量减小肩关节负荷。急性期结束后,以恢复关节的肌肉支持为主,科学进行肩关节功能训练,不可操之过急。本研究发现,与对照组比较,观察组VAS评分较低( $P < 0.01$ ),肩关节功能评分、优良率较高( $P < 0.01$ ),表明中医护理联合运动康复训练对肩关节骨性关节炎患者效果更佳,既能针对病因治疗,又能改善肩关节病理变化,二者发挥协同作用,更能有效促进患者肩关节功能的恢复,减轻肩关节疼痛,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1] 刘培芬. 中医护理干预治疗肩关节骨性关节炎的临床效果观察[J]. 西藏医药,2017,24(3):62-63.
- [2] 安德拉森(美). 门诊骨科基础治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,

2008:53-57.

- [3] 中华医学会风湿病学分会. 骨关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志,2010,14(6):416-419.
- [4] 鲜爱明,卢冰,王跃. 3D打印技术在肩关节骨性关节炎全肩关节置换术中的应用研究[J]. 中华肩肘外科电子杂志,2018,6(2):31-40.
- [5] 柴玲,童莺歌,陈佳佳. 推拿联合腔内注射玻璃酸钠及综合护理治疗踝关节骨性关节炎的临床观察[J]. 湖北中医药大学学报,2018,20(6):79-81.
- [6] 李珍珍,张瑛. 针刺极泉穴治疗肩周炎的临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志,2017,33(10):35-38.
- [7] 杨茜. 改良中药热奄包的临床应用及护理[J]. 云南中医中药杂志,2010,31(11):78.
- [8] 张燕琴,寄婧,张晓岚,等. 膝关节骨性关节炎康复护理及经验创新[J]. 西部中医药,2017,30(1):143-144.
- [9] 张盈,王言. 综合护理干预对药物治疗的重度骨性关节炎临床效果的影响[J]. 中国临床研究,2017,30(1):139-141.
- [10] 黄霞霞,李晓兰,蒋楠. 关节功能锻炼在类风湿关节炎患者护理中的应用[J]. 中国妇幼健康研究,2017,28(S3):279.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:杨丽娟 收稿日期:2019-09-12)



# 中职院校中医康复保健专业 PBL 教学法的探讨\*

张美林<sup>1</sup> 唐娟<sup>1</sup> 黄玲玲<sup>1</sup> 李川<sup>1</sup> 赵征宇<sup>2</sup>

(1. 成都中医药大学附属医院针灸学校推拿教研室, 四川 成都 610731;

2. 成都中医药大学针灸推拿学院, 四川 成都 610075)

**摘要:** PBL 作为一种以学生为中心、以问题为导向的教学法, 在医学教育领域应用尤为突出, PBL 教学法的优势不言而喻, 但也仍然有很多方面值得我们思考和探索。目前, PBL 在中职院校中医康复保健专业教学中存在的问题有: 学生医学基础知识薄弱, 自主学习能力差; 病案过于重复或类似; 教师缺乏临床经验; 学习环境单一; PBL 教学法并不适用于所有课程; 学生参与和接收程度参差不齐。我们建议对策如下: 提高教师专业素养; 促进校企合作, 搭建产教融合平台; 发挥技能大赛等平台作用; 推动 e-learning, 建设虚拟教学环境。

**关键词:** PBL; 中职教育; 中医康复保健专业; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.061

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0158-03

## Discussion on the PBL Teaching Method among Students Majored in Traditional Chinese Medicine Rehabilitation and Health Care in Vocational Colleges

ZHANG Meilin<sup>1</sup>, TANG Juan<sup>1</sup>, HUANG Lingling<sup>1</sup>, LI Chuan<sup>1</sup>, ZHAO Zhengyu<sup>2</sup>

(1. School of Acupuncture and Moxibustion, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine,

Sichuan Province, Chengdu 610731, China;

2. College of Acupuncture and Moxibustion, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610075, China)

**Abstract:** PBL is a student-centered, problem-oriented teaching method, which is particularly widely used in medical education. PBL includes 4 main steps: raising the question, analyzing the raised question and finding solutions, and then summarizing. PBL has the following advantages: 1. It can effectively stimulate students' learning interest and enthusiasm. 2. It urges teachers to stay current with new development in medicine, help them learning from teaching. However, in the implementation of PBL among students majored in TCM rehabilitation and health care in vocational colleges, we are facing the following problems: 1. Poor performance of students in basic medical courses and lack of promotion for learning among students. 2. Excessively repetitive or similar medical cases. 3. Teachers are lack of clinical experience. 4. Single learning environment. 5. PBL teaching method is not applicable for all courses. 6. Students' willingness to participate and the teaching effects varied. Thus we propose following countermeasures: 1. Improving the professional capability of teachers. 2. Promoting school-enterprise cooperation and build new platforms to facilitate industry-education integration. 3. Holding competition activities; 4. Promote e-learning and build virtual teaching environment. To sum up, the advantages of PBL teaching has been well proved by the reality that this method has been popularized and applied for more than 40 years. However, many related problems are still worthy of our consideration and exploration.

**Keywords:** PBL; vocational college; TCM rehabilitation health care major; teaching mode

Problem-based learning (PBL) 是一种以学生为中心、以问题为导向的教学法, 在这种教学方法里, 学生自己去发现解决开放式问题的方案<sup>[1]</sup>。在医学教育领域, PBL 教学法应用尤其普遍, 在某种程度上来说, 与案例教学法有相似之处<sup>[2]</sup>。PBL 的实施过程主要是: 确定问题、分析问题、讨论解决方案、总结评价与反馈; 与传统的以授课为基础的模式相比, PBL 以问题为基础, 通过模拟真实环境来引导学生进行自主学习<sup>[3]</sup>。PBL 的主要作用与优势体现在: 能有效激发学生的学习兴趣 and 积极性; 通过接触临床病案, 学生能直观地接触一些医学问题和学习相关医学知识, 学生非同平常机械而枯燥地被动接受和学习医学知识; 促进教师与时俱进, 推动教学相长。

当前, 国家大力发展中高职教育, 尤其是在《国家职

业教育改革发展纲要》颁布实施后和教学诊断改革工程的逐步推进, 如何提高职业学校发展质量和教育教学质量就摆在了更加突出的位置。中职医药技术技能教育在高职医药类职业教育中起着基础性作用, 中职医药技术教育的重要性不言而喻。中医康复保健专业是中医最具特色的临床学科之一, 也是中职院校教育中实际操作技能要求相对较高的课程, 旨在教会学生运用针灸、推拿等临床技能进行疾病的预防和治疗。将 PBL 教学法引入到中医康复保健专业教学环节中, 也是希望学生能够学会自主学习、分析和解决临床中将会遇到的实际问题或者与临床密切相关的问题。同时, 通过 PBL 教学法, 教师也能不断审视自身教学方法和教学内容的不足之处, 从而达到教学相长的有机结合。

### 1 PBL 在中职院校中医康复保健专业教学中存在的问题

1.1 学生医学基础知识薄弱 自主学习能力差 实际上, PBL 课程的实施通常依赖于学生能够在课外自主学习与

\* 基金项目: 国家中医药管理局中医药职业教育“大学习深调研细落实”重点课题[No. ZZ-06]

病例相关的概念与内容,而课堂上的主要任务是临床导向的问题讨论<sup>[2]</sup>。

而在中职院校的中医康复保健专业教学过程中,以及在相关的技能考核方面,我们要求学生以病案形式(某一病种)进行临床治疗操作时,要求学生腧穴配伍恰当、手法操作规范、操作步骤连贯有序、治疗方案合理可行。然而,中职院校学生普遍存在医学基础知识底子薄的情况,有些学生讨论病案临床治疗方案时还需要重新温习经络腧穴学相关内容,有些学生在讨论经络与腧穴时又需要复习解剖学相关知识,因此延缓了教学进度,整体教学效果大打折扣。

**1.2 病案过于重复或类似** 在中职院校的中医康复保健专业教学过程中,我们会选取一些病案进行分析。病案学习的弊端在于病例重复使用,一是学生可以从往届学生那里获取相关信息,熟知诊治过程、设计方案及结果,因而没有真正完成病案等分析、判断、提炼、归纳过程;二是部分教师课件老套和备课内容缺乏新意,教案更新滞后。教学所用病案内容应同于题库,需要不断更新,减少重复率,使学生真正步入自主学习的轨道,在解决病案相关问题的同时习得举一反三的能力;教师亦须兢兢业业、认真真备课,引导学生分析问题和解决问题。

**1.3 教师缺乏临床经验** PBL教学对教师要求较高,尤其是课堂把握能力方面。因为在整个教学过程中,学生是核心,教师必须要吃透病案涉及的方方面面,需要熟悉的不仅仅只是中医康复保健专业的相关内容,教师还须将材料充分准备给学生。在整个病案分析过程中,教师要对学生的各种问题能够有效解答和引导,能够分析和处理学生的知识薄弱环节,避免学生僵硬错误套用理论知识和技能操作<sup>[4]</sup>。而现实情况是,我们很多老师都缺乏临床工作经验,在进行PBL教学时,教师过于机械和教条<sup>[5]</sup>,没有与临床接轨,同时,在涉及多学科交叉的病案时,教师引导处理病案的能力有限。例如,现在很多医院已经主要使用绷带或者新型材料替代传统石膏治疗骨折患者了,但学校教师仍然按照很久以前的教材内容进行教学,导致学生临床实习时发现自己所学知识无法与临床接轨;而现代临床上的西医用药也更新换代频繁,但中医院校的有些教师对西医用药方面知之甚少,也不熟悉相关临床指南,很多用药理念和诊疗思路还停留在过去的老观念里。

**1.4 学习环境单一** 目前的学习环境主要还是局限于教室中,同一班级的学生被分成若干小组,每个小组自行讨论解决问题的方案。学生课后学习时间很少,在线学习环境亟待开发解决。师生沟通渠道单一,致使病案涉及的诸多实际问题未能得到有效的解决,最后不了了之,远远未达到教学要求。

**1.5 PBL教学法并不适用于所有课程** PBL教学法同其他教学方法一样,有其自身优势,但也并不一定适用于所

有课程,比如涉及到解剖学课程相关知识时,很多解剖学的概念和知识是很难通过问题导向自然习得的<sup>[2]</sup>,其他一些医学基础知识亦然。有些学生习惯一遇到问题就求助网络,很多知识掌握得并不牢固,甚至有的学生在书写病历时连药品名称都写错别字,这些问题都是过度依赖网络和没有练下扎实的医学基本功所造成的。

**1.6 学生参与和接收程度参差不齐** 在小组讨论里,有的学生一直处于积极参与和主导地位,有的学生则浑水摸鱼并未认真参与,还有的学生则是遇到问题就用手机或者电脑搜索相关知识,过度依赖网络工具<sup>[6]</sup>,并未真正动脑分析,他们实际并未掌握相关知识,也不会自主学习分析解决问题。因此,在小组讨论里,学生的参与程度不同,知识习得和接收程度也参差不齐。

## 2 对策

**2.1 提高教师专业素养** 虽然PBL教学法的主体是学生,但教师作为引导者的作用也非常重要,只有较高水平的“双师型”教师才能有效地引导学生分析病案并提出解决方案<sup>[5]</sup>。定期选派教师到医院轮转学习临床知识,选送老师到各大中专院校学习进修,定期针对教学计划、教学大纲、教学方法等各方面进行调整和补充,以适应时代和社会的需求。

**2.2 促进校企合作 搭建产教融合平台** 中职院校医学教育普遍存在培养模式单一(以理论知识教授为主)、医学生知识、能力结构与基层医疗卫生服务需求不能有机衔接等问题。只有遵循医学职业教育与医学人才成长内在规律,让中职院校的医学生教育与社会需求挂钩,增强学生临床实践能力,人才培养质量才能有效提高。

依托校企合作,建立面向学生实践能力培养的校内教学实践基地,满足中医康复保健专业校内实践教学的需要。依据教学改革的需要,与合作企业共同修改校内外中医康复保健专业实践教学制度,共同优选校内外实践教学指导老师,共同完善校内外实践教学设施,为中职院校中医康复保健专业人才培养改革提供“双师型”教学保障。

**2.3 发挥技能大赛等平台作用** 中职院校通过参加和组织各类技能大赛,达到以赛促教、以赛促学、以赛促建的目的,推动中医康复保健专业学生动手能力的不断提高,夯实学生的医学基础知识。同时,在校企之间组织开展丰富多彩的第二课堂活动,激发学生的学习兴趣 and 积极性,促进学生专业技能动手能力的提高。

**2.4 推动e-learning 建设虚拟教学环境** 通过虚拟教室,学生和教师可以不受实际教学环境约束,能更有效地同步学习,尤其是涉及多学科和多技能的案例学习与谈论时<sup>[1]</sup>。学生和教师可以多学科交叉在线讨论和解决学习问题。

综上所述,PBL教学法已经推广应用超过40年,它的优势不言而喻,但也仍然有很多方面值得我们思考和探索,例如,PBL教学法中教师的行为和学生的实际收获之间的关系,哪些因素会影响教师的实际引导行为和

能力, 教师对学生自主学习的引导方面会产生哪些影响, 而上述因素随着时间推移又会发生哪些变化和产生哪些影响, 这些都是亟待探索的<sup>[7]</sup>。

#### 参考文献

- [1] Phungasuk R, Viriyavejakul C, Ratanaolarn T. Development of a problem-based learning model via a virtual learning environment [J]. Kasetsart Journal of Social Sciences, 2017, 38 (3): 297-306.
- [2] Chang B J. Problem-based learning in medical school: A student's perspective [J]. Annals of Medicine and Surgery 2016, 12: 88-89.
- [3] 周璐, 吴丽, 徐剑侠. PBL 教学法在中职教学中的应用研究[J]. 中国校外教育, 2015, 11 (31): 147.
- [4] 赵文健. 病理教学中 PBL 教学法的应用研究[J]. 中国卫生产业, 2015, 26 (3): 51-53.
- [5] 郭艳春, 郭雅静, 卢玉彬. 提高中职教育实践教学质量的探讨[J]. 卫生职业教育, 2011, 29 (13): 119-120.
- [6] 张颖, 朱辉. PBL 病例讨论中出现的问题及解决方法初探[J]. 基础医学教育, 2014, 16 (11): 933-934.
- [7] Williams J C, Paltridge D J. What we think we know about the tutor in problem-based learning [J]. Health Professions Education, 2017, 3 (1): 26-31.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 李前华 收稿日期: 2020-01-10)

## 基于供给侧改革的中西医结合人才培养路径研究\*

胡守玉<sup>1</sup> 隋华<sup>2</sup> 陈静<sup>2</sup> 王彦敏<sup>2</sup> 王慧一<sup>2</sup> 陈国超<sup>2</sup>  
 王颖<sup>2</sup> 刘婧<sup>2</sup> 蒋沁甜<sup>2</sup> 王宇琨<sup>2</sup> 梁丽娜<sup>2</sup>\*

(1. 大连医科大学附属第二医院康复医学科, 辽宁 大连 116023;  
 2. 大连医科大学中西医结合研究院/学院, 辽宁 大连 116044)

**摘要:**目的 基于供给侧改革探索中西医结合人才培养模式。方法 通过问卷调查, 发现现有培养模式的弊端, 探索符合社会及区域发展的中西医结合人才培养路径。结果 调查发现现有培养模式下, 学生实践能力不足, 理论不能与实践结合, 中医经典应用能力不足, 医患沟通能力不足等问题, 根据上述问题, 构建“树仁德之心—纳百家之长—精临床之能—重创新发展—多协同育人”五位一体人才培养新路径。结论 基于供给侧改革构建中西医结合人才培养路径, 有利于提升人才培养质量, 传承中西医结合事业发展。

**关键词:** 供给侧改革; 中西医结合; 人才培养

doi: 10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.062

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0160-03

### Research on Cultivating Pathway of Talents of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Based on Supply-side Reform

HU Shouyu<sup>1</sup>, SUI Hua<sup>2</sup>, CHEN Jing<sup>2</sup>, WANG Yanmin<sup>2</sup>, WANG Huiyi<sup>2</sup>, CHEN Guochao<sup>2</sup>,  
 WANG Ying<sup>2</sup>, LIU Jing<sup>2</sup>, JIANG Qintian<sup>2</sup>, WANG Yukun<sup>2</sup>, LIANG Lina<sup>2</sup>\*

(1. Department of Rehabilitation Medicine, the Second Hospital of Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116023, China;  
 2. Institute (College) of Integrative Medicine, Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116044, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the talent training mode of integrated Chinese and Western medicine based on the supply-side reform. **Methods** Through questionnaire survey, we found out the disadvantages of the existing training mode, and explored the cultivation pathway of integrated traditional Chinese and Western medicine talents in line with social and regional development. **Results** The results of the survey found that the existing cultivation mode, the students' practical ability is insufficient, the theory cannot be combined with practice, application ability of traditional Chinese medicine is insufficient, lack of doctor-patient communication skills, according to the above issues, a new talent training mode was established, which was called "medical ethics-containment-medical skill-innovation-collaboration". **Conclusion** Based on the supply-side reform, constructing the talent cultivation path of integrated traditional Chinese and Western medicine is conducive to improving the quality of cultivation and inheriting the development of integrated traditional Chinese and Western medicine.

**Keywords:** supply-side reform; integrated traditional Chinese and western medicine; talent training

“供给侧改革”是习近平总书记于中央财经领导小组第 11 次会议上首次提出的, 是在经济新常态下, 党中央

主动适应新的发展环境, 主动引领经济发展方式转变的重大战略性创新举措<sup>[1]</sup>。即要在适度扩大总需求的同时, 去产能、去库存、去杠杆、降成本、补短板, 从生产领域加强优质供给, 减少无效供给, 扩大有效供给, 提高供给结构适应性和灵活性, 提高全要素生产率, 使供给体系更好适应需求结构变化。

事实上, “供给侧改革”不仅适用于经济领域, 也适用于高等教育领域, 有研究者<sup>[2]</sup>认为高等教育供给侧改

\* 基金项目: 中华医学会医学教育研究立项课题 [No. 2018B-N05026]; 中医药高等教育学会临床教育研究会临床教学科学研究课题 [No. 2017078]; 辽宁省教育科学“十三五”规划立项课题 [No. JG18DB118]; 大连医科大学教改立项 [No. DYLX18047]; 大连医科大学教改立项 [No. DYLX17027]

※通讯作者: lianglina304@163.com



革应遵循自身发展逻辑,回归大学根本,以高质量的教育产品满足社会需求。高校可通过适当扩大招生,及时调整专业和课程,提高师资水平,优化教学资源,加强实践环节等方式更好地推进供给侧改革<sup>[3-4]</sup>。高校不仅要培养能够熟练掌握理论知识的人才,更要培养能顺应时代需求、符合社会及区域发展、服务基层、服务社会的应用型人才。

中医药是中华民族的瑰宝,中西医结合作为依托中医药瑰宝与现代医学发展起来的一门具有显著中国特色的新兴医学,在很多疾病如消化系统疾病、脑血管疾病、肿瘤甚至新冠肺炎的治疗中均具有显著优势。然而,纵观现阶段全国中西医结合人才培养的现状,我们不难发现现有的中西医结合人才培养模式并不能很好地适应经济社会发展的人才需求,导致人才供给与社会需求之间矛盾日益扩大。

因此,本研究以中西医结合高等教育供给侧改革为切入点,以社会及地方对于中西医结合人才需求为导向,在理论层面构建新的中西医结合人才培养路径,为其他院校的中西医结合人才培养提供新思路及新方法;在实践层面以培养学生的应用能力及创新能力为重点,不断推进教学改革对策建设,不断提升教学质量和人才培养质量。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料 以我校中西医临床医学2011级—2014级

毕业生及其所在工作单位作为回访对象。

**1.2 研究方法** 通过电话回访、问卷调查等方式对于我校2011级—2014级毕业生及其所在工作单位(含考取研究生后现所在学校附属医院)进行调研。通过对毕业生的回访,归纳总结学生在工作中感受到的不足之处;通过对毕业生所在单位的调研,总结归纳我校毕业生在工作中出现的不足与问题。最后,根据调研结果构建适合社会需求的,适应地方发展的中西医结合人才培养路径。

**1.3 效果评价** 针对本研究笔者设计了调查反馈表,要求受访者用0、1、2、3、4、5回答,未明确写出答案的记为空。本次调查共发放调查问卷169份,回收有效问卷118份。见表。

## 2 结果与分析

**2.1 用人单位问卷调查反馈** 用人单位调查问卷包含医德医风、专业技术能力、可持续学习发展能力3个方面,围绕每个方面设计了若干问题,然后通过在线问卷的方式请用人单位相关人员进行回答。调查结果显示在医德医风方面,大部分医生具有良好的医德,比较有责任心,在疾病诊疗过程中能够认真负责,能够及时、耐心地与患者沟通病情及诊疗方案,极个别人在遇到患者不信任或者受到委屈时表现出不够冷静,与患者争执等情况。在专业技术方面,本校中西医结合专业学生基本能够熟悉临床常见疾病的诊疗,但仍存在很多问题,如基础理

表1 用人单位调查反馈测评表

调查内容	计分百分比(%)							
	0	1	2	3	4	5	空	
医德医风	有职业道德、责任心强	0	0	1.69	17.80	67.80	12.71	0
	与患者及家属沟通态度和蔼可亲	0	0	3.39	17.80	64.41	14.41	0
	与患者及家属沟通无障碍	0	0	3.39	16.95	69.49	10.17	0
	医风高尚,不收受贿赂	0	0	0	80.51	9.32	10.17	0
	自己受委屈时不与患者发生争执	0	0.85	2.54	17.80	66.95	11.86	0
	对不理解的患者不冷眼相待,一视同仁	0	0	4.24	21.19	63.56	11.02	0
	在治疗疾病的同时常常安慰、安抚患者	0	0	1.69	18.64	70.34	9.32	0
专业技术能力	熟悉常见疾病的诊疗	0	0	3.39	21.19	63.56	11.86	0
	能够理论联系实际	0	0	7.63	22.88	60.17	9.32	0
	临床查体等实践操作规范、熟练	0	0	5.08	23.73	61.02	10.17	0
	熟悉相关疾病的鉴别诊断并能很好应用	0	1.69	12.71	18.64	59.32	7.63	0
	熟悉中医四大经典,并能很好应用	0	6.78	10.17	22.03	54.24	6.78	0
遇到疑难疾病主动查阅资料,请教资深专家	0	0	1.69	12.71	69.49	16.10	0	
可持续学习发展能力	经常参加学术会议,进行学术交流	0	0	0	22.03	65.25	12.71	0
学习发展能力	有继续进行自主学习、自我提升的意愿	0	0	0	27.12	63.60	9.32	0
	与资深专家跟诊	0	0	4.24	46.61	40.68	8.47	0
	积极参加各种培训	0	0.88	10.17	31.36	46.61	11.02	0
	善于总结经验	0	0	4.24	19.49	63.56	12.71	0
	乐于分享临床诊疗成功或失败案例	0	0	5.93	21.19	61.02	11.86	0

论知识不能够很好地联系临床实际,尤其体现在中医经典方面,临床相关实践操作不够规范,临床思辨能力不足等。在可持续发展方面,虽然有自我提升意愿,但是行动力不足,比如未能积极参加培训,未能积极跟资深专家跟诊等,具体结果见表1。

**2.2 已毕业学生反馈** 本研究对于已毕业学生进行了开放式调查问卷分析,结果显示学生在临床工作中明显感觉到实践能力不足,主要体现在学过的理论知识不能很好的应用到临床工作中,看到一个病例第一时间不知道从哪入手,遇到病情比较复杂的患者(如有虚实错杂等情况)不会辨证,也有学生提出现实的病例和课堂分析的案例存在很大差距。在诊疗时学生发现自己对于方剂、中医经典的应用能力较弱,尤其是对于中医经典的理解不够深入,对于很多类方的应用要点不够明确,对于一些方剂应用不够熟练,甚至有时记不清方剂组成。此外,也有同学反映在临床工作中遇到一些不好沟通的患者时感觉自己束手无策,想利用课余时间自我提升,但是不知道具体该怎么做等诸多问题。

### 3 措施与讨论

中西医结合医学是将传统中医药与现代医学结合起来,因其兼具中医和现代医学特色,优势互补,因此,其在临床诊疗中具有独特优势。中西医结合人才培养质量对于发挥中西医结合特色,发展中西医结合事业至关重要。然而,如何能培养出优秀的中西医结合人才却成为亟待解决的难题。根据本研究的调查结果,我们不难发现现有的中西医结合人才培养模式并不能很好地适应当代社会需求,不能很好地服务基层,服务社会,因此,笔者及课题组成员根据学生及用人单位的反馈结果,构建了“树仁德之心-纳百家之长-精临床之能-重创新发展-多协同育人”五位一体人才培养新路径。

**3.1 树仁德之心** 医德是医生安身立命之根本,在对在校进行培养的过程中,将医德教育贯穿中西医结合教育全过程。请临床著名的老专家给学生进行相关讲座,在很多专业课比如中医基础理论,中医诊断学等课程中采取情境教学模式,模拟临床看病过程,除了让学生掌握专业知识外,也让学生学会从患者角度出发,强化学生医德素质培养,注重理想信念的培养。

**3.2 纳百家之长** 培养学生的包容精神、公众意识以及国际化视野。尤其对于中西医结合专业的学生,更要学会包容,在此基础上进一步将传统医学与现代医学融会贯通。依托学院“名家讲坛”“精诚讲堂”等学术活动增加校内外、国内外交流,培养学生的国际化视野。培养学生的公众意识,笔者在课题组成员利用假期带领学生开展健康教育,指导预防、保健、康复、养生等活动,

增强学生服务社会意识,增长学生见识。

**3.3 精临床之能** 积极改革教学内容与课程体系,推进基础与临床课程的整合。对于中医基础课程,如中医基础理论、黄帝内经、伤寒论等课程,在学校进行SPOC教学的基础上,继续加大线上课程比例,培养学生自主学习的能力;引入临床案例,加大PBL、TBL、CBL教学比例,课堂上让学生充分讨论,调动学生积极性,使学生在学习基础理论时尽早接触临床案例,在案例中理解理论知识,培养学生的中医临证思维能力。此外,突出医教结合,强化临床实践训练。采取“双导师制”,为学生配备基础与临床双导师。学生在课余可与临床导师联系进科学习及跟诊,不断强化培养实践技能。将师承教育贯穿于人才培养全过程,安排学生跟随知名中医大家出诊学习,注重培养学生的临床实践能力,发展学生特色,实现现代中医药高等教育与师承教育完美结合。

**3.4 重创新发展** 加大企业与学校学习的融合创新。注重与当地企业包括中医中科学院、国药集团、美罗药业等知名中医药企业、科研院所交流,安排学生参观实习,建立校企、校地合作培养人才模式。

**3.5 多协同育人** 突破高校、行业、企业等与人才培养相关的不同社会主体间的壁垒,实现教育资源的有效聚合和多元主体的相互配合、协同育人。积极探索基于学科交叉融合的校企协同、校地协同、校校协同、国际合作协同等协同育人新机制。邀请国内外各学科领域专家、及企业领导者与学生近距离交流,培养“基础、临床、科研”三位一体的高素质中西医结合人才。

### 4 小结

中西医结合人才培养对于传承中医药以及中西医结合事业十分重要,本次调查显示了现阶段中西医结合人才培养中的诸多不足,笔者及课题组成员虽然以供给侧改革为切入点,构建了“树仁德之心-纳百家之长-精临床之能-重创新发展-多协同育人”五位一体中西医结合人才培养新路径,但其效果仍待长期观察。将供给侧改革理念引入其他专业如中医学专业、针灸学专业对于人才培养模式的影响仍然需同仁探讨。

### 参考文献

- [1] 胡鞍钢,周绍杰,任皓. 供给侧结构性改革——适应和引领中国经济新常态[J]. 清华大学学报:哲学社会科学版,2016(2):22.
- [2] 李玉华. 我国高等教育供给侧改革研究[J]. 教育探索,2016(5):71-76.
- [3] 王彦林,吕海涛. 以供给侧改革提高高等学校人才培养水平[J]. 河北工程大学学报(社会科学版),2017,34(4):1-4.
- [4] 魏珂,闵苏,程波,等. 从供给侧改革视角探索麻醉学专业临床教学改革[J]. 医学教育研究与实践,2017,25(4):622-624.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:隋华 收稿日期:2020-07-10)

# 雨课堂在中医儿科学教学中的应用\*

陈自佳<sup>1</sup> 韦尼<sup>2</sup> 吴力群<sup>1</sup> 郝宏文<sup>1</sup> 薛小娜<sup>1</sup> 霍婧伟<sup>1</sup> 尹英敏<sup>1</sup>

(1.北京中医药大学第二临床医学院中医儿科学教研室,北京 10078;

2.北京中医药大学第二临床医学院西医内科学教研室,北京 100078)

**摘要:**目的 探索雨课堂在中医儿科学课堂授课中的应用及效果评价。方法 选择本科生为研究对象,随机、部分采用雨课堂授课。对期末试卷中雨课堂及传统授课内容分别进行难度、区分度、信度、效度评价以及成绩分析,并进行满意度问卷调查。结果 期末试卷中,雨课堂与传统授课两部分内容难度相当,区分度良好,且有很好的信度及效度。雨课堂授课部分成绩较高,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),同时也具有很高的认可度及满意度( $P < 0.05$ )。结论 雨课堂不仅可以帮助学生提升学习成绩,而且获得学生更高的认可。

**关键词:**雨课堂;中医儿科学;效果评价;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.063

文章编号:1672-2779(2020)-20-0163-03

## The Application of Rain Classroom in the Teaching of Pediatrics of Traditional Chinese Medicine

CHEN Zijia<sup>1</sup>, WEI Ni<sup>2</sup>, WU Liqun<sup>1</sup>, HAO Hongwen<sup>1</sup>, XUE Xiaona<sup>1</sup>, HUO Jingwei<sup>1</sup>, YIN Yingmin<sup>1</sup>

(1. Section for Teaching and Research in Pediatrics, Second Clinical Medical College, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China;

2. Section for Teaching and Research in Internal Medicine, Second Clinical Medical College,

Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the application and effect evaluation of rain classroom in TCM pediatrics. **Methods** Undergraduates were selected as the research subjects, and rain classroom was used randomly and partially. The difficulty, discrimination, reliability, validity and achievement analysis of the rain classroom and traditional teaching content in the final examination papers were carried out, and the satisfaction questionnaire survey was conducted. **Results** In the final examination paper, the rain classroom is as difficult as the traditional teaching. It has good distinction and reliability and efficiency. Rain classroom teaching part of the results are higher, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ), but also has a high degree of recognition and satisfaction ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Rain classroom can not only help students improve their academic performance, but also get higher recognition from students.

**Keywords:** rain classroom; pediatrics of traditional Chinese medicine; effect evaluation; teaching mode

“雨课堂”是基于 PowerPoint 和微信的智慧教学工具<sup>[1-4]</sup>,它结合了线上慕课资源共享和线下传统课堂面对面言传身教的优点<sup>[5]</sup>,已在多所高校真实课堂使用<sup>[6-10]</sup>。“雨课堂”通过使用微信实现教师推送教学内容、实时答题、与学生互动等功能,将学生课前-教师课上-学生课后的每一个环节都给予了全新的体验<sup>[11]</sup>。作者首次将“雨课堂”应用于中医儿科学课堂教学中,通过期末试卷分析对雨课堂的运用效果进行评价,并收集学生对其的满意度调查,以探索更符合现代化医学教育改革趋势的教学模式。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择于 2017-2018 年度第 2 学期开设《中医儿科学》的 2014 级中医学五年制学生 83 名,其中男性 21 名,女性 62 名。课堂授课共 39 学时,其中儿科学总论 4 学时,各论部分 35 学时,24 个病种。除儿科学总论以章编号外,余按教材目录以节编号,采用随机对照表分为 2 组。一组为雨课堂授课,另一组为传统授课。

## 1.2 教学方法

### 1.2.1 课堂实施

**1.2.1.1 雨课堂实施** 课前:教师利用手机微信平台中的

“雨课堂”公众号创建课程,设定授课对象,向学生推送授课内容,在设定时间节点查看学生的预习情况。

课中:教师登录 PPT “雨课堂”开启授课,学生通过微信“扫一扫”或者输入课堂暗号的方式加入。通过“雨课堂”授课,实现扫码签到、PPT 同步到学生手机、弹幕互动、随机点名、发送习题等功能。授课过程中,学生可以随时对不懂的知识点进行标记,教师根据学生对课件的标签及时调整课堂进度。

课后:教师制作课下推送课件、试卷等,通过手机推送至班级,查看学生对知识点的掌握情况。

**1.2.1.2 传统课堂实施** 教师采用 PPT、板书、教具、挂图等手段进行课堂讲授。课堂可穿插提问、讨论等互动。

**1.2.2 期末成绩分析** 大学题库随机抽取,结合适当调整,形成期末试卷题目。其中,雨课堂授课内容(简称:雨卷)、传统授课内容(简称:非雨卷)各占一半。分析雨卷及非雨卷的难度、区分度、信度、效度以及学生在各部分的得分。

**1.2.3 问卷调查** 学期结束后,通过“问卷星”调查收集学生对雨课堂的满意度及意见,包括雨课堂对知识掌握和运用的帮助程度、提高学习主动性的程度、程序使用方便的程度以及是否希望扩大类似学习模式等内容。

**1.3 统计学方法** 采用大学试卷分析系统 V 1.0.0、SPSS 17.0 软件。计量资料用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检

\* 基金项目:北京中医药大学东方医院 1166 人才工程——中青年专家[No. 040204001001002003]



验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 课堂授课 课堂授课内容见表1。

表1 课堂授课内容

组别	授课内容
雨课堂 (19学时)	感冒、咳嗽、哮喘、厌食、积滞、疳证、病毒性心肌炎、急性肾小球肾炎、肾病综合征、麻疹、幼儿急疹、猩红热、皮肤黏膜淋巴结综合征、维生素D缺乏性佝偻病
传统课堂 (20学时)	儿科学总论、肺炎喘嗽、泄泻、营养性缺铁性贫血、注意力缺陷多动障碍、多发性抽动症、风疹、水痘、手足口病、流行性腮腺炎、过敏性紫癜

### 2.2 试卷分析

2.2.1 试卷设置 考试成绩共100分。其中，雨卷50分，非雨卷50分。按题型随机分类。见表2。

表2 期末考卷各题型分值

组别	人数	选择题	简答题	论述题	病例分析题	合计
雨卷	83	25	5	10	10	50
非雨卷	83	25	5	10	10	50

### 2.2.2 考题分析

2.2.2.1 难度分析 对雨卷、非雨卷进行难度分析。难度值在0~1，0.75~1.00为容易，0.60~0.74为中档，0.00~0.59为难。见表3。

表3 难度分析

组别	人数	选择题	简答题	论述题	病例分析题
雨卷	83	0.83	0.60	0.63	0.67
非雨卷	83	0.76	0.62	0.65	0.70

2.2.2.2 区分度分析 对雨卷、非雨卷进行区分度分析。区分度值 $>0.4$ 为好，0.3~0.39为较好，0.2~0.29为一般， $<0.19$ 为较差。见表4。

表4 区分度分析

组别	人数	选择题	简答题	论述题	病例分析题
雨卷	83	0.42	0.49	0.65	0.78
非雨卷	83	0.50	0.54	0.68	1.03

2.2.2.3 信度分析 对雨卷、非雨卷进行信度分析。信度Cronbach  $\alpha$  值取值范围为0~1， $0.9 \leq \alpha$ 为非常好， $0.8 \leq \alpha < 0.9$ 为好， $0.7 \leq \alpha < 0.8$ 为可接受， $0.6 \leq \alpha < 0.7$ 为需较大修订， $0.5 \leq \alpha < 0.6$ 为不合格， $\alpha < 0.5$ 为无效试卷。见表5。

表5 信度分析

组别	人数	Cronbach $\alpha$
雨卷	83	0.86
非雨卷	83	0.83

2.2.2.4 效度分析 对雨卷、非雨卷进行效度分析。效度取值范围为0~1， $>0.7$ 为好，0.4~0.7为较好，0~0.4为一般/较差。见表6。

表6 效度分析

组别	人数	选择题	简答题	论述题	病例分析题
雨卷	83	0.649	0.712	0.835	0.817
非雨卷	83	0.671	0.705	0.804	0.726

### 2.3 成绩比较 见表7。

表7 各题型成绩比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	人数	选择题	简答题	论述题	病例分析题
雨卷	83	19.65 $\pm$ 4.37*	3.26 $\pm$ 1.02*	7.49 $\pm$ 1.67*	7.64 $\pm$ 2.03*
非雨卷	83	14.49 $\pm$ 5.24	2.52 $\pm$ 1.48	5.61 $\pm$ 2.36	6.17 $\pm$ 2.69

注:与非雨卷相比,\* $P < 0.05$

2.4 调查问卷 共收集调查问卷83份。调查问卷共设有10个问题，每个问题赋予5分、4分、3分、2分、1分五个选项，分值越高，表明学生对雨课堂的认可度越高。见表8。

## 3 讨论

“互联网+”模式的兴起，不仅给高等教育提供了发展的机遇，更是带来了新的挑战。碎片化学习、微学习、泛化学习已然成为现实。作为融入新兴信息技术的教学手段之一，雨课堂实现了对课堂的数据记录以及对课堂教学的快速反应<sup>[6]</sup>。本研究运用教育测量学方法通过对期末试卷中包含的信息进行处理和分析，不仅了解了学生的学习效果，还对雨课堂在中医儿科学中的应用实施了评价，对评价教学、推动教学研究与改革、提高教学质量和促进师生的自我完善均起到非常重要的作用<sup>[12-14]</sup>。其中，难度是指试题的难易程度；区分度是指试卷题目对考生心理特征的区分能力。试卷信度和效度是基于分析考试的定量计算结果，从整体评价考试的质量<sup>[13]</sup>。信度是反映试卷的题目得分一致性程度的统计量，表示考试的可靠性；效度即考试的有效性，主要考察各题型得分与试卷总分的相关系数。通过试卷分析，雨卷与非雨卷难度相当，区分度良好，且有很好的信度及效度。同一批学生作答雨卷部分的优效性反映了采用雨课堂授课不仅可以实现“以学生为中心”，使学生拓宽知识面、夯实中医基础、提高综合素质，还能实现实时动态评价，能将传统的灌输式教育真正改变为教师和学生的双向互动<sup>[15]</sup>，提高学生自主学习主动性的同时丰富教师教学手段、提高教学能力。而且，学生对雨课堂的好评表明其认可雨课堂对教学和学习的作用，带来新的学习机会、学习方式的同时，还可以促进有效沟通，是医学教育改革中的一件利器。

表8 对雨课堂授课满意度调查

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	人数	有助于知识的掌握和运用	有助于提高学习主动性	有助于活跃课堂气氛	有助于增进同学间交流	有助于提高师生间沟通	在学习中 能取得反馈	学习模式的 喜欢程度	雨课堂的 操作简单方便	雨课堂能弥补 传统教学的不足	希望扩大雨课堂 开展规模
雨课堂	83	4.36 $\pm$ 0.32*	4.67 $\pm$ 0.21*	4.28 $\pm$ 0.39*	4.19 $\pm$ 0.20*	4.72 $\pm$ 0.13*	4.61 $\pm$ 0.26*	4.06 $\pm$ 0.64*	4.84 $\pm$ 0.01	3.98 $\pm$ 0.27	3.85 $\pm$ 0.86
传统课堂	83	3.51 $\pm$ 1.26	2.89 $\pm$ 1.73	3.37 $\pm$ 1.01	3.67 $\pm$ 1.38	3.21 $\pm$ 1.04	3.54 $\pm$ 1.28	3.01 $\pm$ 0.65	-	-	-

注:与传统课堂相比,\* $P < 0.05$ 。“-”表示无

但本研究也存在着一定的不足。首先,实施雨课堂的病种有限。这对于评价雨课堂对中医儿科学整门课程的效果有一定的局限性。其次,评价方式略单一。本研究采用了期末成绩、学生满意度调查的方式对雨课堂进行了评价,而在临床医学学生的培养过程中,体格检查技能、沟通技能、组织能力以及人文关怀等均是不可或缺的重要内容。此外,与传统课堂授课相比,雨课堂的实施需要教师花费更多的时间和精力进行课前准备、与学生互动,给临床一线的教师带来了很大的挑战,同时也一定程度上限制了雨课堂的广泛开展。如何鼓励临床教师投入更多的时间和精力是目前临床教学急需解决的首要问题。希望以后能进行更大样本量、更客观的实证对照性研究。

#### 参考文献

[1] 王帅国. 雨课堂:移动互联网与大数据背景下的智慧教学工具[J]. 现代教育技术, 2017(5): 26-32.  
[2] 曾瑞鑫. 学堂在线召开发布会宣布推出智慧教学工具——“雨课堂”[J]. 亚太教育, 2016(24): 3.  
[3] 徐盛夏. 教学方式与时俱进:“雨课堂”教学[J]. 教育现代化, 2016, 3(35): 191-192.  
[4] 张健丽, 胥刚. 翻转课堂“雨课堂”及其对“思修课”改革的启示——以湖南信息学院为例[J]. 西部素质教育, 2016, 2(23): 92.

[5] 肖康, 王琼, 陈月花, 等. “雨课堂”的教学应用与反思[J]. 广东化工, 2017, 44(13): 283-284, 298.  
[6] 卢行伟, 田茂毅, 李庆. 基于微课和雨课堂的计算机混合实验教学模式[J]. 实验技术与管理, 2018, 35(6): 203-206.  
[7] 刘玉荣, 马宁芳, 王墨华, 等. “雨课堂”在《组织学与胚胎学》实验课教学中的初探[J]. 中国保健营养, 2018, 28(15): 21-22.  
[8] 李宁, 王顺, 杨菁, 等. 基于雨课堂的混合式教学在生物化学脂代谢教学中的应用[J]. 基础医学教育, 2018, 20(6): 491-493.  
[9] 马丽丽, 李春香, 杨惠敏. 混合式教学在基础护理学理论教学中的应用研究[J]. 中华护理教育, 2018, 15(1): 19-22.  
[10] 曾晓晶, 樊斌. “雨课堂”在《C语言程序设计》课程中的应用研究[J]. 现代计算机(专业版), 2017(3): 14-17.  
[11] 姚洁, 王伟力. 微信雨课堂混合学习模式应用于高校教学的实证研究[J]. 高教探索, 2017(9): 50-54.  
[12] 田庆伟. 用教育测量学分析评价物理化学考试命题[A]. International Conference on Education Reform and Management Science (ERMS2018) [C]. 杭州: 科学与工程研究中心, 2018: 433-438.  
[13] 杨春波, 秦国民, 张丽, 等. 基于教育测量学理论的考试评价系统设计研究[J]. 价值工程, 2016, 35(28): 148-150.  
[14] 李蔚, 高进, 孙怡, 等. 教学测量在医学课程考核中的应用性研究[J]. 中国高等医学教育, 2014(11): 1-2.  
[15] 孙笑微. “互联网+”时代下“雨课堂”在课程中的教学改革实践研究[J]. 沈阳师范大学学报(自然科学版), 2018, 36(1): 92-96.  
(本文编辑:尹秀平 本文校对:王素梅 收稿日期:2019-08-06)

## 三全育人视域下的第二课堂体系建设\*

陈众王真殷洁<sup>※</sup>

(山东中医药大学团委办公室, 山东 济南 250355)

**摘要:**第二课堂已经成为高校人才培养体系的重要组成部分,是提高学生综合素质的重要载体。本文着眼于山东中医药大学第二课堂体系构建,通过对“到梦空间”系统的使用情况进行分析,发现第二课堂体系建设中存在的问题,阐述了在高等教育全员育人、全过程育人、全方位育人的时代大背景下,如何更加科学地做好第二课堂体系的建设工作。

**关键词:**第二课堂;体系建设;“到梦空间”APP;成绩单;三全育人;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.064

文章编号:1672-2779(2020)-20-0165-03

### The Construction of the Second Classroom System from the Perspective of Full Staff All-round Education

CHEN Zhong, WANG Zhen, YIN Jie<sup>※</sup>

(Youth League Committee Office, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China)

**Abstract:** The second class has become an important part of the talent training system in colleges and universities. And it is an important carrier to improve students' comprehensive quality. This paper focuses on the construction of the second classroom system of Shandong University of Traditional Chinese Medicine. Through the data of the “user management background” system, the authors found that the problems in the construction of the second class system, and expored how to do a more scientific second class system construction work.

**Keywords:** the second classroom system; system construction; transcript APP; academic transcript; full staff all-round education; talent training

“三全育人”是新时期高校立德树人的重要战略思想,“三全育人”理念主要是指要实现全程、全方位、

全员育人的工作格局,不仅仅把教育局限于第一课堂<sup>[1]</sup>。第二课堂教育是高校实现三全育人的重要支撑,是实施高等教育学分制改革的组成部分,是应用型人才培养的核心力量<sup>[2]</sup>。山东中医药大学从人才培养和学校工作全局出发,将第二课堂人才培养制度写入我校人才培养方案,通过借鉴多所高校第二课堂建设的有益经验,运用团中央开发的“到梦空间”系统,探索我校第二课堂体

\* 基金项目:山东省青少年研究规划一般课题[No. SDYSB180102]; 山东中医药大学阐释党的十九届四中全会精神专项课题[No. SZQH202017]

※通讯作者:583687877@qq.com

系建设模式,有效促进学生第二课堂活动的开展,找准第二课堂和第一课堂的契合点<sup>[3]</sup>。

本文以山东中医药大学为例,在学分制改革的大背景下,制定《“第二课堂成绩单”制度实施办法(试行)》,对“到梦空间”网络系统上积累的数据进行分析研究,充分了解掌握第二课堂体系建设的现状,深度挖掘第二课堂体系建设中存在的问题,以便更好地把握第二课堂体系建设的方向,推动第二课堂的建设。

### 1 第二课堂体系建设的现状

样本数据以大一至大三的所有在校本科生数量为基础数据,院系总数 11 个,学生总数 13029。选取的时间样本为 2017 年 12 月—2018 年 12 月。

**1.1 制度建设情况** 目前,我校已制定《“第二课堂成绩单”制度实施办法(试行)》,结合人才培养方案,参照《学生手册》,以制度为依托,构建良好的第二课堂环境及内容体系。通过比较参照其他高等院校的第二课堂评价体系,最终采取学分制评价,采取以积分换学分的方式,在第二课堂中学生获得的积分,学校设立合格、良好、优秀 3 个等次,以此作为评价学生第二课堂成绩的标准。

**1.2 学生激活率及人数分布情况** 通过讲座、微信推广等多种形式线上线下联动推广“到梦空间”网络系统的使用,截止至 2018 年 12 月份,共计激活学生人数 12866,激活率达到 98.75%。各学院总人数及激活人数情况如表 1 所示,激活率高,学生自主参与度较高。

表 1 各学院总人数及激活人数分布情况

学院名称	学生数(大一至大三)	激活人数	激活率(%)
中医学院	2853	2846	99.75
药学院	2526	2453	97.11
针灸推拿学院	1134	1014	89.42
护理学院	1358	1331	98.01
管理学院	1344	1329	98.88
外国语学院	341	340	99.71
理工学院	811	805	99.26
康复学院	1035	1125	108.70
健康学院	1037	1033	99.61
医学院	100	100	100.00
眼科与视光医学院	490	490	100.00
合计	13029	12866	98.75

**1.3 课程项目实施情况** 第二课堂课程项目体系共分为 7 类,分别是:思想成长、创业创新、技能特长、志愿公益、文体活动、实践学习和任职经历。学生参与活动的类型由高及低分布是文体活动、思想成长、志愿公益、创新创业、实践学习、技能特长、任职经历。

**1.4 部落分布情况** 全校共计部落数量 510 个,其中班团党组织建设部落最多,占 51.3%;其次是各级学生会,占 35.1%;社团与协会占比 13.53%。

**1.5 签到率情况** 目前,学生使用到梦空间发起活动,记录学生第二课堂的开展情况,签到方式主要有 3 种:主要是评审制、报名制和中签制,评审制指由活动的负责

人和发起人确定录用名单,报名制是指参与活动报名即被录取,中签制主要是报名后系统自动确定最终人员名单。目前,应用最多的事评审制,其中签到主要是扫码签到和输入验证码签到,签到率为 43%,签到率偏低。

通过统计可知,目前,我校已经在第二课堂体系的建设上取得良好的效果,团组织也实现了对学生第二课堂课程项目体系的宏观掌握。

### 2 第二课堂体系建设的经验分析

**2.1 重视第二课堂体系及相关制度建设** 第二课堂制度的建设,对原有制度即是变革,又是有益补充。高校重视“第二课堂”在促进学生成长成才中发挥的重要作用,围绕立德树人的根本任务,积极推进“第二课堂成绩单”制度的落实,有效解决学生参与第二课堂的活动数量、质量和考量问题。推动第二课堂的学分制建设,实行以积分换算学分的计量方式,设定下限,不设上限,但为起到促进作用,设定合格、良好、优秀 3 个等次,引入第二课堂竞争化,带动积极性。

**2.2 找准第一课堂和第二课堂的契合点** 第二课堂是对第一课堂的重要补充,作为高等院校人才培养系统中两个强有力且互补性的组成部分,两大课堂围绕育人进行统合可以更好地实现人才培养目标,第二课堂不是孤立存在的,而是学生知识向能力转化不可或缺的一个环节,找准第一课堂和第二课堂的契合点,可以相辅相成、相互促进。从课堂教学中释放时间和空间给第二课堂活动,积极掌握好高校育人过程中第一课堂和第二课堂相互作用的关键点,将第一课堂知识的传授方式与第二课堂项目体系内容设计有机结合<sup>[4]</sup>。

**2.3 结合学校 STR 等项目 重视应用型人才的培养** 高等院校培养应用型人才,是近年来国家人才培养战略调整的重要举措。我校重视以应用型人才培养为核心的课程与体系建设,联合教务处、科研处、实验管理中心,每年通过科研带动,结合学校的 SRT 项目,促使学生学以致用,通过加强基地建设校地合作平台建设,是地方科高校应用人才培养的重要手段和途径,也是活化第二课堂项目的重要途径。

### 3 亟待解决的问题及优化方法

**3.1 第二课堂项目体系发展不平衡** 第二课堂项目体系发展不均衡,文体活动、志愿公益参与度较高,其他项目参与度较低,尤其是技能特长,如何利用第二课堂体系促进学生综合素质的全面发展具有深远的意义。通过调查比较,可从第二课堂学分制评价体系出发,分别健全不同课程项目的评价体系,设定相应最低获取积分,以此改变目前发展不平衡的现状。

**3.2 指导教师的准入标准需要量化** 第二课堂的开展主要是学生自发组织、自我评价,高校教师的主要工作倾向于教学和科研工作,对于学生第二课堂工作的开展花费精力有限,目前出台了《社团指导教师考核制度》《社团指导教师奖励办法》,但是对于指导教师的准入标准没有明确的规定,对于



教师的研究方向、职称及工作经验没有具体的细化。

因此,在出台奖励性政策的基础上,指导教师的准入体系需要量化,措施有三:(1)出台相应的制度进行准入量化;(2)通过定期举办培训会的形式对指导教师进行专业指导,加大“双师型”教师队伍建设的力度;(3)争取学校有关部门,如教师管理中心、科研处的大力支持,推荐优秀的指导教师。

**3.3 “到梦空间”App的局限性** 通过对“到梦空间”App的使用,存在以下问题:(1)系统内容覆盖速度快,学生活动多易导致页面内容复杂,学生活动分为国家级、省级、校级、院系级,学生必须通过筛选和研读才可以明晰自己有报名资格的活动;(2)系统无法团体报名,仅可实现个人报名,团体报名难以实现。因此,积极向团中央学校部反馈信息,并且做到线上线下相结合,来实现信息化统一,做到精益求精。

**3.4 学生第二课堂的认知度存在差异性** 通过对大一到大三学生“综合素质得分”进行分析,发现存在两级分化,多数学生忽略了第二课堂在教育效果方面的重要性,主观能动性差、积极性不高。因此,第二课堂应突破形式主义的窠臼,吸引学生主观能动性,应当做到设计贴近学生成长、对学生有用的第二课堂活动,真正做到尊重

学生个体,从学生本身需求出发,弱化个体差异。

#### 4 小结

第二课堂成绩单制度是教育教学工作的重要环节,也是衡量“三全育人”工作成效的重要依据。第二课堂体系建设已初见成效,通过到梦空间系统的数据积累不断发现问题,解决问题,不断找准定位,充分发挥第二课堂的育人优势,在操作层面上为今后的第二课堂体系建设奠定了良好的基础,指明了方向。今后应不断探索第二课堂课程项目体系的管理模式,推进第二课堂活动项目化、课程化、学分化建设,建立科学的考评机制,切实打通第一课堂与第二课堂的联系,真正做到全程、全方位、全员育人。

#### 参考文献

- [1] 张东.三全育人理念视阈下高职学生能力鉴定改革路径[J].高等职业教育——天津职业大学学报,2018,27(3):20-23.
- [2] 秦伟.浅谈台湾高校第二课堂建设对应用型本科高校人才培养的启发——以三明学院第二课堂建设为例[J].高教探索,2016(S1):29-31.
- [3] 刘奇.高校第二课堂建设研究[J].教育与职业,2014,2(6):41-42.
- [4] 付春艳,王书亮,李松霞,等.结合第一课堂和第二课堂教学机制的创新[J].教育现代化,2018,5(1):54-55,66.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:刁研 收稿日期:2019-10-25)

## 某高职院校中医类专业人才培养质量调查与评价\*

杨丽萍 娄立娟 刘晓兰 杨剑

(石家庄医学高等专科学校中医系,河北 灵寿 050599)

**摘要:**为了了解高职中医学生职业发展现状和学校的培养质量,对石家庄医学高等专科学校针灸推拿、中医骨伤专业2010—2014级连续五届毕业生发放了调查问卷,所有的调查结果表明:绝大多数毕业生对自己的职业现状表示满意;学校的各项培养措施对学生职业生涯均起到了良好的促进作用。因此,需要继续保持与提供良好高职教育和培养模式,以满足当前出现的社会医疗需求。

**关键词:**针灸推拿专业;中医骨伤专业;问卷调查;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.065

文章编号:1672-2779(2020)-20-0167-03

### Investigation and Evaluation of the Training Quality of Traditional Chinese Medicine Professionals in a Higher Vocational College

YANG Liping, LOU Lijuan, LIU Xiaolan, YANG Jian

(Department of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang Medical College, Hebei Province, Lingshou 050599, China)

**Abstract:** In order to evaluate the vocational development status and quality of higher vocational Chinese medicine students. We sent out the questionnaires to the five years graduates of acupuncture and massage and traditional Chinese medicine bone injury from 2010 to 2014 in our school. The results of the questionnaire showed that the vast majority of graduates are satisfied with their career status. All kinds of training measures in the school have played a good role in promoting the students' career. Therefore, we need to maintain and provide excellent tertiary education and training in health sciences in order to address current and emerging health needs.

**Keywords:** acupuncture and massage major; traditional Chinese medicine bone injury major; questionnaire; talents training

针灸推拿与中医骨伤专业是石家庄医学高等专科学校的中医类专业,分别于2004、2007年开始招生,

2011年根据学校校系两级管理体制规定由中医系进行建设,自两个专业归属中医系建设以来,中医系一直致力于“全面贯彻党的教育方针,以服务为宗旨,以就业为导向,走产学研结合发展道路,为社会主义现代化建设培养千百万高素质技能型专门人才,为全面建设小康社会、

\* 基金项目:石家庄医学高等专科学校校级教改课题[No. SYGZ2016007]

构建社会主义和谐社会作出应有的贡献”<sup>[1]</sup>的高等职业教育的办学目标,“加强中医药人才队伍建设,改革中医药院校教育”<sup>[2]</sup>,从专业人才培养方案制定、课程设置、重点课程强化学习、学生综合素质提高等方面加强对学生的培养,这两个专业均属国控专业,学生毕业一年后均可考取中医执业助理医师资格证书,两个专业在学生培养、重点课程强化学习等方面具有相近之处;为了了解专业人才培养质量,为后期人才培养提供事实依据,中医系对2010—2014级已毕业的针灸推拿、中医骨伤专业的学生进行了问卷调查,现报告如下。

### 1 调查目的

通过毕业生职业能力、学校培养效果、毕业生反思与建议来了解学生职业现状、学校培养效果,以期对后续学生培养提供依据。

### 2 对象与方法

**2.1 调查对象** 本次调查对象为2010、2011、2012、2013、2014级的针灸推拿与中医骨伤专业毕业生。共收集问卷129份,其中针灸推拿专业58份,占五届毕业生总数372人的15.59%;中医骨伤专业共收集问卷71份,占五届毕业生268人的26.49%。其中2010级回收7份,2011级回收12份,2012级回收18份,2013级回收42份,2014级回收47份,可见学生毕业时间越长,回收问卷越有难度。

**2.2 调查方法** 采取问卷调查的方法,由专业带头人、专业负责人、课程教师组成的课题组成员设计调查问卷,通过问卷星生成二维码,由辅导员、任课教师将问卷二维码通过QQ群、电话等联系方式向毕业生们发放,问卷星回收、统计分析问卷。

### 3 调查内容与结果

#### 3.1 职业能力

**3.1.1 中医执业助理医师资格证书考取情况** 中医执业助理医师资格是中医学相关专业学生毕业后从事医疗工作需要取得的行业准入证书,毕业一年以后可以考取,从2010级—2014级毕业生证书考取情况来看,129人中共有27人取得资格证书,占参与答卷人数的20.93%。其中,针灸推拿专业有17人取得,占该专业答卷人数的29.31%;中医骨伤专业有10人取得,占该专业答卷人数的14.08%。

其中,未取得执业助理医师资格的学生中,没有考过的针灸推拿专业为14人,占24.14%;中医骨伤专业为21人,占29.58%;没有取得中医执业助理医师资格的原因中专接本继续深造的有6人,服役的有1人;有17名学生转行,有28名毕业生因为一些原因耽误了考取时间。

**3.1.2 工作情况** 就目前所从事工作来看,大多数毕业生

从事与医疗相关工作。其中针灸推拿专业有29人从事医疗工作,占参与答卷人数的50%;中医骨伤专业有43人从事医疗工作,占参与答卷人数的60.56%;很少有人从事药品营销和医疗器械营销工作,与所学专业无关分别是4人和7人,可见毕业生们的专业忠诚度还是比较高的。

就从事医疗具体工作情况来看,大多数毕业生以在医院为主,针灸推拿和中医骨伤专业分别占到了51.72%和54.93%。

就“你现在从事的工作以哪种治疗手段为主”问题来看,两个专业用推拿、针、灸等外治法为治疗手段的毕业生所占比例比较高,如用针治疗疾病的针灸推拿专业学生占到了55.17%,中医骨伤专业学生占到了39.44%,用灸治病的针灸推拿专业学生占到了41.38%,中医骨伤专业占32.39%,用推拿手法治疗疾病的针灸推拿专业学生占到63.79%,中医骨伤占到43.66%,用中药治病的针推专业学生有18.97%,中医骨伤专业的学生有30.99%。

从工作地点来看,针灸推拿专业在二线城市工作的毕业生比较多,为22人,占到答卷人数的37.93%。其次城镇为14人,占答卷人数的24.14%;中医骨伤专业地级市工作人数占比最高,21人,为29.58%;其次在城镇工作的为18人,占比25.35%。可见,二线城市、地级市、城镇是2个专业毕业生的主要就业方向。

从问卷提交地点来看,毕业生来自北京、天津、河北、内蒙古、吉林、西藏等24个省市和自治区,其中以河北和北京为人数最多,分别为69人和16人。

就“你对工作现状满意吗?”问题来看,绝大多数毕业生对工作现状比较满意,针灸推拿和中医骨伤专业分别为43人,占74.14%;58人,占81.69%,不满意的原因主要集中在薪资低上,毕业生对人事关系的处理总体还是不错的。

就“你的薪资水平大概是多少”问题来看,大多数毕业生的薪资水平集中在2000~4000元,针推专业有4人、中医骨伤专业有7人的薪资为8000元以上。

#### 3.2 学校培养效果

**3.2.1 教学活动的组织** 毕业生在校期间,为了强化学生对专业核心课程的学习与掌握,中医系组织了多项教学活动以促进学生的“学”与老师的“教”,以做到教学相长。调查问卷显示,教学活动的组织对学生的学起到了很好的促进作用;就“上学时组织的教学活动对你考取执业资格证书和后期工作有帮助吗?帮助大吗?”的问题,表示帮助大和有幫助的毕业生的回答分别为37人和65人,占比分别为28.68%和50.39%,表示没有帮助的为27人,占比20.93%。

就“上学期间的教学活动对你影响比较大的”的问题,调查表明各教学活动对毕业生都有比较大的影响,尤其是经络腧穴识记和方歌记诵活动,均有超过一半以上的学生受到较大的影响,经络腧穴活动对针灸推拿专业79.31%、中医骨伤专业66.20%的学生影响比较大,方歌记诵活动对针灸推拿专业65.52%,中医骨伤专业63.38%的学生影响比较大,八段锦习练活动对针灸推拿专业22.41%,中医骨伤专业23.94%的学生影响比较大。

**3.2.2 专业课程的学习** “课程建设与改革是提高教学质量的核心,也是教学改革的重点和难点”<sup>[3]</sup>,中医系一直致力于各门专业课程建设,为了了解学生对专业课程掌握情况,问卷提出了“上学期间的专业课对你影响比较大的有”的问题,占比最高的课程为中医基础理论与中医诊断学,这两门课程对于学生中医思维的形成具有比较重要的作用;其次为针灸(治疗)学,占比分别为70.69%,71.83%;推拿(治疗)学分别为63.79%和57.75%;小儿推拿学和临床康复学分别占到25%左右。

方剂学是针灸推拿和中医骨伤2个专业重要的专业基础课,是学生临床采取内治法治疗疾病必须要掌握的重点课程,为了加强学生的辨证思维,方剂学的教学采取了SPL和PBL的创新教学模式,调查表明,这种教学方法对学生是有帮助的,就“上学期间方剂学应用的病例导入式教学方法对你临床辨证思维有帮助吗?”的问题,针灸推拿专业有42名学生表示有帮助,占比72.41%,中医骨伤专业有60人表示有帮助,占比84.51%。

为了帮助学生顺利取得中医执业助理医师资格,在校期间,专业课的教学结合了执业助理医师资格考试大纲,调查问卷表明,这种教学方式的实施对于学生考取证书有比较大的帮助,两个专业共有107人表示有帮助,占比82.95%。

**3.2.3 大学生思想政治教育活动** 大学生是一个特殊的群体,他们热情、充满活力,还没有形成固定的人生观、价值观和世界观,学校教育能对学生正确价值观的形成起到一个良好的导向作用,学校高度重视学生的思政工作,专门组织活动来加强教育,中医系结合实际,采取主题班会形式对学生进行正确引导,调查表明,班会的主题对学生们都起到了良好的引导作用,其中,坚定专业信念起的作用最大,有101人次选择,占比78.29%,其次为安全教育,有63人次进行了选择,占比48.84%;有43人选择了“合理使用手机”,占比33.33%,有32人选择了“保护环境,从我做起”,有37人选择了“吸烟有害健康”,有44人选择了“节约能源,从一点一滴做起”。

学生在校期间接触最多的人是老师和同学,老师不同的角色,都会不同程度的对学生产生或轻或重的影响,问卷表明,对学生长远影响最大的是辅导员,有69人选择了辅导员,占比53.49%,有27人选择了任课老师和同学,分别占比20.93%。

**3.2.4 实习** 专科医学教育为两年在校学习、一年在医院实习,医院实习是医学生教育不可或缺的重要组成部分,在医学教育中起着至关重要的作用。专科学生的实习医院要求等级为二级以上,从实习情况来看,学生选择三甲医院的占比很大,针灸推拿专业为46人,占比79.31%,中医骨伤专业为59人,占比83.10%,这种情况一方面说明学生倾向于到三甲医院实习,另一方面表明三甲医院对专科层次的医学生实习还是有所需求。

对于学生在实习期间的收获问题,针灸推拿专业和中医骨伤专业分别有82.76%和85.92%的毕业生表示收获比较大,分别有62.07%和64.79%的学生认为动手机会比较多。

**3.3 学生的反思与建议** 为了更加全面了解毕业生对学校教育的看法以及通过对大学生涯的回顾,对后期学生的培养能起到良好的促进作用,问卷还设计了几个主观题,如“如果再给你一次重新上学的机会,你希望在哪些方面有所提高?”“你对学校的教学有哪些意见建议?”“你对学校的管理有哪些意见建议?”等问题,毕业生们积极配合,建言献策,如有的希望能更全面地加强上学期间的各门理论课程的学习,尤其要加强实践能力的培养,分别有18和24人次提到了要加强实践教学和动手能力的培养,另外有13人次提到要进一步加强各方面的管理。

#### 4 结语

开展毕业生调查是国内外大学检验学校教学质量、改进相关工作的有效方法,本调查目的是了解学生毕业后职业现状以及学校学生培养效果,从调查结果表明,毕业生对自己工作还比较满意,对学校教育也表示满意,学校的各项培养也收到了良好的效果,同时,毕业生们对学校的教学和管理也提出了一些中肯的建议,我们相信,在师生的共同努力下,为社会培养更多更优秀的中医适用性人才的目标是可以实现的。

#### 参考文献

- [1] 中华人民共和国教育部. 教育部关于全面提高高等职业教育教学质量的若干意见(教高[2006]16号)[EB/OL]. (2016-11-16). [https://www.tech.net.cn/web/ggys/articleview.aspx?cata\\_id=n379&id=20130812183011858](https://www.tech.net.cn/web/ggys/articleview.aspx?cata_id=n379&id=20130812183011858).
- [2] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见(国发[2009]22号)[EB/OL]. (2009-5-7). [http://www.gov.cn/zwgc/2009-05/07/content\\_1307145.htm](http://www.gov.cn/zwgc/2009-05/07/content_1307145.htm)

(本文编辑:尹秀平 本文校对:张江华 收稿日期:2019-09-27)



# 针灸推拿专业视障生 经络腧穴学多元化全过程考核模式的构建\*

吕红<sup>1</sup> 姚冰<sup>2</sup> 潘静<sup>1</sup>

(1. 滨州医学院特殊教育学院, 山东 烟台 264003; 2. 烟台市市直机关医院康复理疗科, 山东 烟台 264000)

**摘要:** 经络腧穴学是针灸推拿专业的专业必修课, 但本课程内容繁杂、琐碎, 视障生学习难度较高。传统的书面理论考试无法促进学生日常学习, 综合评价视障生学习效果欠佳。为了提高教学质量, 调动学生学习的主动性和积极性, 经过多年的探索和实践, 我们建立了一套符合针灸推拿专业要求和视障生学习特点的经络腧穴学考核体系。本考核体系注重过程评价, 加强对学生的日常学习监管, 能有效调动学生的学习积极性, 从而提高教学质量。

**关键词:** 针灸推拿专业; 视障生; 经络腧穴学; 多元化; 全过程考核

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.066

文章编号: 1672-2779(2020)-20-0170-03

## Construction on the Diversified Assessment Model of the Theory of Meridians and Acupoints for Visually Impaired Students in Acupuncture and Tuina Specialty

LYU Hong<sup>1</sup>, YAO Bing<sup>2</sup>, PAN Jing<sup>1</sup>

(1. College of Special Education, Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264003, China;

2. Department of Rehabilitation Physiotherapy, Yantai City Municipal Government Hospital, Shandong Province, Yantai 264000, China)

**Abstract:** Theory of meridians and acupoints is a main subject for visually impaired students in acupuncture and Tuina specialty. It is hard to study for visually impaired students. Traditional assessment methods cannot promote the students' learning, and it cannot evaluate the learning effect well. The new assessment model can conform to the requirement of visually impaired students. Diversified assessment model can promote the students' study initiative, and can improve the quality of teaching.

**Keywords:** acupuncture and tuina specialty; visually impaired students; theory of meridians and acupoints; diversified; whole-process assessment

据中国残联 2010 年普查, 中国有视力残疾 1263 万人, 按摩是视障人士从事的主要行业。作为盲人针推专业高等教育高校, 我们一直致力于培养高水平的盲人医疗按摩师。2018 年 10 月, 教育部在《关于加快建设高水平本科教育, 全面提高人才培养能力的意见》中指出, 要切实加强过程考核, 建立多元化考核评价体系, 加大过程考核成绩在课程总成绩中的比重, 综合应用笔试、口试、非标准答案考试等多种形式, 全面考核学生对知识的掌握和运用<sup>[1]</sup>。建立公正合理的考核制度, 能有效提高教学质量, 对促进学生的学习积极性、提高学生综合素质、奠定学生坚实的理论基础具有重要意义。

我校中医学(针灸推拿方向)专业面向视障生招生, 视障生由于视觉的缺失, 在一定程度上限制了他们认识事物的能力。随着国家中医师资格考试、研究生入学考试、盲人医疗按摩考试的改革, 针灸推拿基础知识被提到更重要的地位, 改革考试方式, 是为调动学生学习的积极性, 提高教育教学质量, 适应素质教育

新形势的要求<sup>[2]</sup>。经络腧穴学蕴涵了中医理论的精华, 但经络循行路线复杂, 文字深奥, 理解困难。且腧穴数目多、分布广, 要求记忆的内容繁杂、枯燥。传统的书面理论考试无法促进学生日常学习, 综合评价视障生学习效果欠佳。教育评价的主要作用是用来改进教学, 我们应该重视教学过程评价, 将评价贯穿整个教学过程的始末<sup>[3]</sup>。笔者根据视障生的特点和针灸推拿专业的要求, 将过程评价与终结评价相结合, 构建了一套针对针推专业视障生的考核体系。该考核体系既能促进视障生的日常学习, 又能综合评价他们的学习效果。该考核体系包括平时考核、过程实践操作考核、过程理论口试考核、期末实践操作考核、期末理论笔试考核。我们将考核过程分布在整个教学过程中, 在教中考、考中教。为了验证本考核方式的效果, 我们设计了如下的比较研究。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2013—2018 年滨州医学院特殊教育学院中医学(针灸推拿方向)专业视障生, 其中 2013、2015、2017 年班级为实验组, 2014、2016、2018 年班级为对照组。

**1.2 教学和考核方法** 教材及授课: 教材选用全国中

\* 基金项目: 滨州医学院教学改革研究课题[No. JYKT201740]

医药行业高等教育“十三五”规划教材。第九版<sup>[4]</sup>用于2013—2015 年级。第十版<sup>[5]</sup>用于2016—2018 年级。两版教材修正内容不多，且修正内容不影响授课效果。理论部分采用讲授式授课方式，利用古籍解析、对比归纳、临床实例等方法进行授课。实践部分采用一对一、点对点的手把手教授。因为视障生视力缺失，授课教师在点穴定位时进行一一指导，在每个学生身上进行点穴定位，确保每个学生切实掌握穴位定位。

考核方法：对照组采用终结性考核方式考核。包括期末实践操作考核、期末理论考核。

期末实践操作考试为点穴考试，学生抽签选择5个穴位，在模特同学身上进行点穴，由老师判断定位是否准确进行评分，占总成绩30%。

期末理论考试为理论闭卷考试，占总成绩70%。

实验组采用过程性考核方式考核。包括平时考核、过程实践操作考核、过程理论口试考核、期末实践操作考核、期末理论考核。

平时考核为教师根据授课内容提出一个问题，让学生围绕这个问题通过文献查阅并结合自己的观点撰写论文1篇，占总成绩10%。

过程实践操作考核在学期中进行，过程同对照组期末实践操作考核，占总成绩10%。

过程理论口试考核在学期中进行，为抽签背诵十二经脉中任一条经脉的《黄帝内经》载循行原文，由教师评分，占总成绩10%。

期末实践操作考核为穴位仪点穴考试，在穴位仪上进行点穴评分，占总成绩20%。

期末理论考试为理论闭卷考试，占总成绩50%。

1.3 统计学方法 采用SPSS 15.0 统计软件对数据进行分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示， $P < 0.05$  认为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2013—2018 年级中医学(针灸推拿方向)专业学生经络腧穴学考核成绩 见表1、图1。

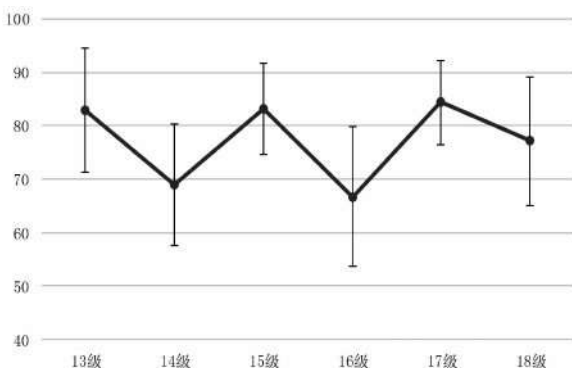


图1 各年级学生考核成绩

表1 各年级学生人数及考核成绩 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

年级	人数	成绩
2013	25	82.94 ± 11.63
2014	32	69.07 ± 11.33
2015	18	83.19 ± 8.47
2016	18	66.78 ± 13.07
2017	15	84.48 ± 7.85
2018	23	77.21 ± 12.08

2.2 对照组与实验组的考核成绩 图2 结果表明，实验组的总成绩均高于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见图2。

## 3 讨论

考试是促进教师教学、促进学生学习的重要手段。现阶段全国高校均积极开展以提升学生知识、能力和素质协调发展为目标的整体教育教学改革。教学改革的第一切入点应该是课堂教学，课堂教学是学生获取知识的主要途径，而考试则是检验课堂教学的效果的主要手段。科学合理、鼓励创新、富有活力的考试制度有利于培养高校学生的创造力，而不科学、不合理、束缚学生思想、僵化的考试制度则会扼杀学生的创造力<sup>[6]</sup>。经络腧穴学是针灸推拿专业学生必须掌握的理论基础课程，理论是否扎实、穴位定位是否准确将会直接影响学生未来的临床工作。本课程内容相对繁杂、琐碎，视障生学习起来难度更大，加强学习过程督促能有效提高视障生的学习效果。本研究致力于寻找一种符合视障生特点的、对接针推专业的、合理的、有效的考核方式，在促进学生的学习同时也能有效的提高学生的学习效果。

本研究即突出理论内容掌握又强调实践操作能力培养。通过理论授课中的理论口试和期末的理论闭卷考试来加强学生理论知识的学习督促。期末的理论考试题目由6 大类题型组成，考察基本理论知识的单项选择题、判断题、填空题、名词解释题，该类题目占成绩的50%~60%，考察学生分析问题能力及综合运用能力的多项选择题、简答题、论述题，该类题目占成绩的40%~50%。通过研究我们发现，经过过程督促考核的学生基

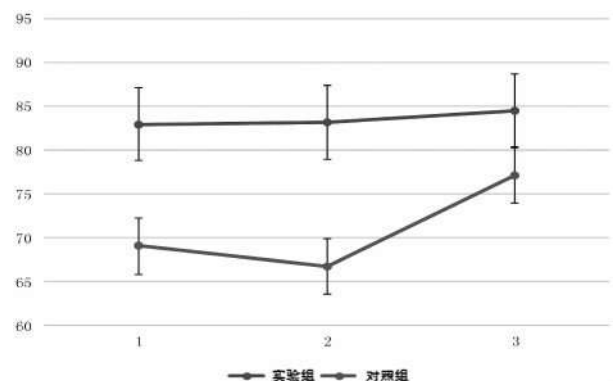


图2 对照组与实验组考核成绩比较

本理论知识掌握程度及综合问题分析能力、问题解决能力要优于终结性考核的学生 ( $P < 0.05$ )。在实践操作能力培养上,多次的日常考核有助于学生自主学习,在缺乏视觉刺激的情况下,重复的点穴操作能有效提高学生点穴定位的规范性及标准性。近些年来,党和国家高度重视并鼓励、支持大学生开展科学研究<sup>[7]</sup>。科研的第一步就是文献查阅及论文书写,但科研是视障生完成高层次学业的最大障碍,从现阶段开始我们就应该培养他们的文献查阅及论文书写的能力,课业论文的书写能有效的拓展视障生的理论视野,使他们具有探索理论的能力,为将来进行科学研究打下理论研究的基础。

通过研究我们发现,全过程、多层次、多样式的考核方式有助于学生更好地掌握基本理论知识及实践操作技能,与此同时还能有效地提高学生综合分析和解决问题的能力,拓展理论视野,提高科研能力。本考核体系注重过程评价,加强对学生的日常学习监管,有效调动学生的学习积极性,从而提高教学质量。在考核过程中,教师能实时追踪学生的学习状态,及时发现学生学习的短板,及时、有针对性的进行指导。

在今后的工作中,笔者将继续研究,进一步完善考核体系,探索更加合理、科学、有效的促进学生学习、提高学生学习效果的教学及考核体系,为针推专业的视障生更好的开展临床工作打下坚实的理论基础。

#### 参考文献

- [1] 中华人民共和国教育部. 教育部关于加快建设高水平本科教育,全面提高人才培养能力的意见 [EB/OL]. [2018-10-18]. [http://www.gov.cn/xinwen/2018-10/18/content\\_5332026.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2018-10/18/content_5332026.htm).
- [2] 王晓燕,汤继芹,张永臣,等. 经络腧穴学“以学生为主体以教师为指导”之考试新观[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(2):163-165.
- [3] 吴述银,钱中清,刘浩,等. 医学院校学生学业课程全过程考核的实践与思考[J]. 基础医学教育,2019,21(4):331-334.
- [4] 刘清国,胡玲. 经络腧穴学[M]. 9版. 北京:中国中医药出版社,2012:1-253.
- [5] 沈学勇. 经络腧穴学[M]. 10版. 北京:中国中医药出版社,2016:1-308.
- [6] 范靓,陈文军. 培养创新人才诉求下的考试改革[J]. 教育与职业,2014(36):190-191.
- [7] 郭卉,韩婷. 大学生科研学习投入对学习收获影响的实证研究[J]. 教育研究,2018(6):60-69.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:王醞恩 收稿日期:2019-09-27)

## PDCA 循环在提高规培医生临床技能培训中的应用

肖雪妍 韩丽琳<sup>\*</sup> 魏力

(广东省中医院医务处,广东 广州 510120)

**摘要:**目的 探讨 PDCA 循环在规培医生临床技能培训中心的应用。方法 对广东省中医院 2016 级中医规培生第三季度急救技能考核考生进行 PDCA 循环模式改革,培训结束后进行考核,并与第二季度未进行 PDCA 循环培训考生成绩进行比较。结果 PDCA 循环教学模式下规培生的考核成绩优于传统技能培训模式下考生的成绩 ( $P < 0.05$ )。结论 在临床技能培训中实施 PDCA 循环法管理,有利于培养规培生临床实践的应对能力,并能持续改进技能培训的教学质量,使得技能培训工作能够做到规范化、系统化。

**关键词:** PDCA 循环管理法;临床技能;规范化培训;规培医生

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.067

文章编号:1672-2779(2020)-20-0172-03

### The Application of PDCA Cycle in Improving Clinical Skill Training of Standardized Training Physicians

XIAO Xueyan, HAN Lilin<sup>\*</sup>, WEI Li

(Medical and Educational Department, Guangdong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510120, China)

**Abstract: Objective** To explore PDCA cycle model work at the training center of standardized training doctors. **Methods** The PDCA circulation mode reform was carried out for the third quarter first-aid skill assessment candidates of grade 2016 in Guangdong Hospital of Traditional Chinese Medicine. After the exam, we compared the examine scores of the third quarter between the second quarter. **Results** In general, after using PDCA circular teaching mode, the candidates scored higher than they were in traditional training mode ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Implementing PDCA cycle management in clinical skills training not only can develop the ability to cope with the clinical practice, and also improve the teaching quality of skill training. Overall, it enables the skill training work to achieve standardization and systematization.

**Keywords:** PDCA cycle management method; clinical skills; standardized training; standardized training physicians

自 2014 年起,正式在全国范围内实行住院医师规范化培训制度,要求所有应届毕业生必须完成 2~3 年

的住院医师规范化培训。广东省中医院成为首批国家级规范化培训基地,正式面向社会招收规培生。临床技能培训作为规范化培训中的一项重要内容,我院成立了临床技能培训中心,经过全院上下的努力,建成了为全院规培生等各类人员提供教学、培训及考核为



一体的综合学习平台。通过临床实践技能培训,使规培生具备扎实的临床操作技能、沟通技巧、临床实际应对能力,因此,各规培基地都极为重视规培生的临床技能水平。

带教质量的优劣直接影响规培生的素质和能力,在临床教学工作中建立一个系统、规范的、可持续改进与完善的质量控制管理体系非常重要<sup>[1-2]</sup>。为了更好地实现教学目标,完成临床带教任务,我院临床技能培训中心对整个规培生带教过程实现环节质量控制,引入PDCA循环系统指导规培生的临床技能培训过程<sup>[3]</sup>。PDCA循环是由美国著名的质量管理专家戴明博士提出,包括P(Plan)、D(Do)、C(Check)和A(Action)四个阶段<sup>[4]</sup>,不断发现问题,并解决问题,是现代化理念中科学解决问题的方法,该理论因其先进性被引入多个学科建设管理中,通过这一循环可以将教与学有机的结合起来,以学生为中心,有的放矢,相互促进,逐步提高教学质量<sup>[5]</sup>,在医学教育领域也得到推广并获得成功。

近年来医患关系日益紧张,患者维权意识、诊疗安全意识逐渐增强,及医学伦理学的发展,使规培生的临床技能操作上受到一些限制。为了培养医护人员的临床技能水平,减少学习曲线,医学模拟教学因操作安全性高,能够有效地提高医疗服务质量等优点,近年来发展迅猛<sup>[6]</sup>,成为了主流的培训形式;我院培训中心购入心肺复苏模型、气管插管模型及Simman 3g模拟人、高端模拟腹腔镜、DSA模拟训练系统等设备,可供规培生等各类人员反复操作训练。

我院从2016年3月起开始实行规培医生临床技能季度考核,将PDCA四步法应用在临床技能操作培训及考核中,现做一总结。

### 1 P阶段

分析、总结2017年第二季度规培生技能的成绩,发现急救技能考核项目成绩较差。其中心肺复苏术总考核人数47人,不及格率高达46.8%;止血包扎总考核人数48人,不及格率高达33.3%。从中体现了规培生急救技能操作方法掌握不牢固;因此,与急诊科共同讨论,探讨其中的原因,成立了急救技能培训小组,按照《中医住院医师规范化培训条例》(试行)要求,设立了急救系列课程,课程内容包括心肺复苏术培训课程、气道管理培训课程、止血包扎培训课程等,拟定小班教学方式,每次培训课程参加人数控制在30~40人,两两一组,确保每人都能动手训练,每次课程安排

一名主讲老师,3~5名助教。固定每周一晚上进行技能培训课程授课,提前排课,授课老师制作多媒体课件,提前熟悉“模拟人”性能,以保证模拟实训操作的效果。

### 2 D阶段

上技能培训课前,要求各规培生必须事先预习各项操作的步骤及方法,主讲老师通过PPT、视频等方式讲授技能操作的理论知识,再通过模型演示操作步骤,边讲解边示范,考虑到大部分人员课前已经预习或基本了解操作方法,理论讲授时间与实践操作时间比例1:3~1:4。两两一组,每3~4组安排一名助教,每小组成员之间相互配合,由助教进行解疑,并及时纠正一些不正确的步骤及不规范的手势,强调标准化流程,设置一些问题,将PBL的教学方法贯穿其中,让规培生带着临床诊疗的思维去思考技能操作过程中遇到的问题,培养临床技能操作的思维能力,而不是机械的完成某项操作。培训结束后当场考核,确保参加急救技能操作培训人员人人过关。

另外,每周二、五下午为培训中心固定开放时间,规培生可利用这两个半天进行巩固训练。

### 3 C阶段

检验方法主要在第三季度的规培实践技能考核中,采取多站式考核技能操作环节,具体是在模拟人上进行操作。两位考官采取从第二季度考核的相同的评分标准进行打分,操作中进行相关知识的提问,考官最后对整体考核情况作出评价,以指导下一轮的带教。

### 4 A阶段

由培训中心对考核成绩进行统一整理、分析,以急救技能考核项目为例,与第二季度对比,第三季度规培人员中,心肺复苏术47人考核,止血包扎51人考核,心肺复苏术不及格率40.43%,止血包扎术不及格率23.5%。见图1~4。



图1 心肺复苏术

图2 止血包扎术



图3 心肺复苏术不及格率

图4 止血包扎术不及格率

从表 1~4 分析中可以看出, 第三季度考核中, 急救技能考核项目心肺复苏术、止血包扎术的得分、及格率均比第二季度考核成绩有明显的提高, 这从中反应了 PDCA 循环管理的有效性。为了更好开展技能培训工作, 培训中心再次组织急救技能考核项目考官讨论、分析技能操作考核过程中遇到的具体问题, 找出原因, 继而总结经验教训, 进一步修改、完善技能培训计划, 对于普遍出现的问题, 可作为下一个 PDCA 循环的监控要点, 从而提高整个临床技能培训质量。

临床基本操作技能是一名合格的临床医师必须要熟练掌握的关键技能, 也是我国住院医师规培教育的核心内容<sup>[7]</sup>。我们在教学实践中发现了一些问题, 需要积极改进, 主要有以下几点。

**4.1 人文关怀意识薄弱** 人文关怀意识是临床医疗工作中基本的道德规范, 要求每位医护人员具备人文关怀意识, 它关系到医患之间的矛盾<sup>[8]</sup>。有些规培生人文关怀意识薄弱, 进行有创操作前未能进行有效沟通, 如在进行止血包扎时, 未能事先与“患者”交流, 包扎结束后未能跟“患者”交代注意事项; 目前医患矛盾日益尖锐, 行医环境差, 因此, 临床带教过程中, 要强化人文关怀意识, 作为临床技能前的第一课, 并且贯穿于临床技能操作的过程中, 模型技能培训及考核过程中, 也要反复强调人文关怀。

**4.2 缺乏重视细节** 在规范的技能操作基础上, 还应重视细节操作这一环节。进行止血包扎时, 部分规培生未能注意遮盖保护患者隐私, 摆好患者的体位, 保证患者舒适的同时利于操作。进行心肺复苏操作时, 有个别规培生未能进行有效地开放气道, 球囊面罩给氧时, 拿捏手法错误, 未能进行有效地通气。心肺复苏术结束后, 未能整理好“患者”的衣服, 球囊、面罩未收拾好。一些看似不起眼的小细节却充分体现了医生的基本素质, 也能反应出规培生的沟通能力水平。

**4.3 临床思维能力的不强** 规培生在技能操作时往往只会按部就班的操作, 但操作的适应证、禁忌证以及操作过程中可能出现的并发症以及后续的临床处理缺乏足够的认识, 如心肺复苏术考核的提问环节中, 部分规培生对于胸壁开放伤的患者能否进行心肺复苏术认识不清; 止血包扎四肢肢体出现变黑如何处理, 也有部分规培生无法准确处理。规培生往往临床经验不足, 思路不清晰, 技能培训过程中应注意启发思维的培养, 培养规培生的发散性思维的能力, 提高临床思维、分析和解决问题的能力。

临床技能操作培训是一项实践性的课程, 强化规培生技能培训是住院医师规范化培训过程中的重要内容, 应当结合医疗实践去真正培养住院医师技能<sup>[9-10]</sup>。PDCA 循环是一种科学化、规范化、标准化的全面质量管理方法, 该循环应用在临床操作技能培训过程中, 充分发挥了 PDCA 循环的引导作用, 在临床技能培训及考核中发现问题, 分析原因, 拟定对策, 实施追踪, 确认效果<sup>[11]</sup>, 纠正了以往培训过程中不全面性的缺点, 使培训目标明确, 教有方向, 学有目标, 还有利于总结经验、提高临床培训水平, 使规培人员技能培训具有系统性、灵活性和有效性。

通过 PDCA 循环的实施, 不断提高临床技能带教的质量, 使得技能培训工作能够做到规范化、系统化, 真正达到住院医师规范化培训的目的。PDCA 循环教学法极大地调动了学员的主观能动性, 提高了其自主学习的能力, 值得在临床教学中推广<sup>[12]</sup>。

#### 参考文献

- [1] 黄惠君, 黄瑛, 杨军, 等. 浅谈我院儿科住院医师规范化培训的体会[J]. 继续医学教育, 2017, 31(1): 4-5.
- [2] 沈水能, 陈艳, 陈韶华, 等. 对全科住院医师规范化培训临床环节师资队伍现状调查引发的思考[J]. 全科医学临床与教育, 2017, 12(1): 55-57.
- [3] 何国浓, 刘宏飞, 等. PDCA 循环在中医住院医师规范化培训带教管理中的应用思考[J]. 医学教育, 2017, 55(18): 137-139, 143.
- [4] 张艳玲, 杨京, 黄福文. PDCA 循环在教学医院教学管理中的应用[J]. 中国高等医学教育, 2015(7): 42, 69.
- [5] 牟海军. PDCA 循环联合 PBL 教学法在消化内科实习生教学中的应用研究[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(6): 3-4.
- [6] 金伟斌, 李青莉, 卢泳, 等. 基于 PDCA 循环的住院医师规范化培训质量管理实践[J]. 中国高等医学教育, 2015(5): 15-16.
- [7] 孟祥俊, 苏云. 临床操作技能评估在眼科住院医师规范化培训中的应用介绍[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(25): 5-7.
- [8] 王强, 吴美清, 秦乐运, 等. 住院医师规范化培训中医学人文教育的实施浅析[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(26): 41-42.
- [9] 陆秀儿, 金志成, 等. 医学模拟教学在急救中心住院医师技能培训中的应用[J]. 中华医学教育杂志, 2014, 34(3): 456-458.
- [10] 胡俊霞, 薛立文. 住院医师规范化培训的临床教学思考[J]. 继续医学教育, 2018, 32(6): 43-44.
- [11] 罗小姐. 探讨 PDCA 循环在儿科住院医师规范化培训管理中的应用[J]. 中国毕业后医学教育, 2018, 2(3): 194-197.
- [12] 肖智博, 吕富荣, 吕发金, 等. PDCA 模式结合 PBL 教学法在影像医学与核医学研究生教育中的应用[J]. 重庆医学, 2017, 46(1): 133-134.

(本文编辑: 尹秀平 本文校对: 梁华伦 收稿日期: 2019-08-06)

# 功能解剖学教学现状与改革探索

纪天一 隋月皎 刘玉丽 卞 镝 王 鹰 马铁明<sup>\*</sup>

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110000)

**摘要:**功能解剖学是一门研究正常人体结构与功能关系的学科,是结合多门学科的一门交融学科,因此相关学校在完成功能解剖学的教学过程中,要注重教学模式及教学方法的研究及应用,从而提升教学效果,激发学生的主观能动性。本文从对康复治疗学专业学生开展功能解剖学的教学现状出发,探索高校在开展功能解剖学时如何对教学进行改革以提升教学质量。

**关键词:**功能解剖学;教学改革;选修课

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2020.20.068

文章编号:1672-2779(2020)-20-III-02

## Discussion on the Teaching Status and Reform of Functional Anatomy

Ji Tianyi, Sui Yuejiao, Liu Yuli, Bian Di, Wang Ying, Ma Tieming<sup>\*</sup>

(College of Acupuncture and Tuina, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

**Abstract:** Functional anatomy is a discipline that studies the relationship between normal human body structure and function. It is a blending discipline that combines multiple disciplines. Therefore, relevant schools must pay attention to teaching models and teaching methods in the process of teaching in order to enhance the teaching effect and stimulate students' subjective initiative. This article starts from the teaching status of functional anatomy for students majoring in rehabilitation therapy, and explores how to reform the teaching in colleges and universities to improve the quality of teaching.

**Keywords:** functional anatomy; teaching reform; elective course

功能解剖学是研究正常人体结构与功能关系的学科,它主要介绍人体器官结构和功能、人体结构配布规律(包括表面标志的摸认、结构器官投影的度量、层次结构的特点、各部肌力的力学分析、脏器毗邻的观察、血管神经的配布等)及其在康复医学中的应用,是康复治疗学专业课程中重要的组成部分。由于课程内容复杂,涉及描述性知识点较多,对学生空间理解以及知识的整合能力要求较高,因此学生在上课过程中常出现注意力不集中,难以引发学生兴趣的现象。另外,随着教学的不断发展,新兴的教学手段与方法的涌入更是要求教师在授课过程中加入新思考、新举措。本研究通过分析功能解剖学的特点以及现状,以探索更合适的教学方法,以期更有效的提高教学质量与效果。

### 1 现状

人体每一个器官都有其特定的功能,器官的形态结构是功能的物质基础,功能的变化影响器官的形态结构改变,形态结构的变化也必将导致功能的改变,功能解剖学属于一门综合性课程,除学习此门课程外,学生还需要结合生物力学、生理学以及康复治疗学的相关知识,才能更好地理解从人体结构到功能应用的转换。目前,功能解剖学课程教学现状主要表现为:

首先,课程效果较差。本课程内容较复杂,涉及到描述性知识点较多且晦涩难懂。功能解剖学知识量大,且专有名词较多,医学名词有1/3以上源于解剖学,且

与解剖学名词相关或由其衍生出的术语几乎占医学专业词汇的七成<sup>[1]</sup>。对于刚刚开始接触专业课的康复治疗学学生来说,功能解剖学需要学生能够对重点部分比如运动功能系统、神经系统、上肢下肢以及脊柱区有较好的掌握,但实际教学过程中发现课程效果并不理想,授课内容抽象化,教学方法单一,考查学生动手能力的环节安排较少,因此课堂较枯燥乏味,学生需要教师的推动才能多学习,毫无主动性可言。

其次,功能解剖学不属于必修课,更不属于考研科目,因此学生对此门课程不重视,多数学生都持有“观望”的态度去看待课程。选修课普遍不受到大学生的重视,一方面,考试形式多为考查,学生不需要通过考试的形式获得课程学分,另一方面,该课程与考研不挂钩,对于那些以考研为目标导向的学生来说,课程选择较随意,上课认真度也将大打折扣。

最后,实验室模型较少,且无活体标本。不同于基础医学院的学生,康复治疗学的学生在实训课上并没有活体标本可以用于学习,而功能解剖学的学习过程恰恰需要这一类别的实践,课程中的神经以及肌肉部分的学习都是理论性的知识点,对于神经、肌肉的走行,在人体中位置以及由此延伸出的功能,光靠理论知识讲述是完全不够的,这种对学生进行“填鸭式”教学的模式,换来的只能是竹篮打水一场空。因此,若能结合更多不同部位的模型及标本进行教学,增加学生动手操作能力的同时,可以有助于学生对知识的理解更加深入透彻,更重要的是,这种实践式教学改变了以往说教式的教学

<sup>\*</sup>通讯作者:1049355021@qq.com



方法,有助于学生在大脑中形成三维立体方位感,这对于功能解剖学的学习来说非常重要,只有在充分理解晦涩难懂的结构之后,才能更好地将知识延伸运用到功能的学习之中。

## 2 现有改进措施

**2.1 加入社会背景、人文背景以及发展史介绍** 学生未来是要走出学校,走入社会的,如果不把课程的学习置于社会大背景下,难免会出现脱节的情况,因此社会背景的介绍就显得尤为重要,比如,国际糖尿病联盟刚刚发布的最新版《全球糖尿病概览》中指出,截止到2019年,在20~79岁的人群中,共有约4.63亿糖尿病患者,其中中国糖尿病患者数排名第一,总人数约为1.164亿人,每年在中国因糖尿病而导致的死亡人数约为83.4万。在内分泌部分的教学中,教师就可以以此为背景组织学生交流讨论,一方面学生积极性提升,另一方面学生可以从实际出发发现问题,解决问题,有助于学生自主学习模式的建立。

人文背景同样重要,目前医学人文教育状况不容乐观,究其原因在于“重专业,轻人文”现象,尤其在医患关系紧张的今天,广大学生人文知识缺乏的问题不容小觑<sup>[2]</sup>,在教学过程中,将思政内容适当融入到专业知识中,引发学生思考,加强学生对“不忘初心,牢记使命”的认识,提高其道德修养,增强责任感,从而才能善待患者,拥有生命至上的伦理观,为其走上工作岗位奠定基础。

在实际教学中,这一部分占比不多,但通过实践发现,学生对于社会背景以及发展史这一部分的内容非常感兴趣,通过背景以及相关新兴技术的介绍,一方面学生可以了解知识背后的故事,另一方面给予学生兴趣点,也帮助教师更好地从兴趣点出发切入课程重点知识。

**2.2 理论与实践相结合** 一方面,在教学过程中多举实例,例如,在讲“原动肌、拮抗肌以及协同肌”时,因概念不易区分,可以通过肘关节屈曲这一动作实例,分别列举出完成此项动作时每块肌肉的作用以及肌肉之间的相互联系,这样调动学生的积极性,也可以使其思维活跃。在教师的引导下,学生能够真正把知识运用到实际生活中去,有效地将知识性、实践性、娱乐性有机结合起来,有趣的课堂便应运而生。另一方面,要注重实践操作能力,目前,学生对知识的理解仅停留在理论层面,理论联系实际也仅仅停留在视觉层面,最终导致基础知识掌握不牢固,创新性不够<sup>[3]</sup>。因此,不亲身操作,只听只看是完全不够的,在实际教学中,我融入了自身标志辨认法,画图法,小组成员角色转换法等方法,尤其在学习骨骼时,调动每一位学生去触摸自身以及小组成员的体表标志,通过他们的实际操作,将语言表述与手部操作相结合,使学生加深对知识的理解以及记忆,提高学习效率。

**2.3 充分利用三维重建技术** 由于科学技术的发展,人类社会的数字化时代已经来临,数字化技术在医学教育中得以广泛应用<sup>[4-5]</sup>,目前临床中已经开始有很多医生采用三维重建技术来进行术前讨论与交代,也有越来越多的教师以“互联网+”作为课程体系支撑,开展教学,此种方法的优点在于,学生可以对解剖结构的观察更加清晰,理解更加深入。我在实际教学中,即运用3D body软件,将肩带部分的骨骼及肌肉做成动画,通过多角度、多维度的观察骨骼形态、肌肉起止点以及肌肉与骨骼的相对位置关系,使学生在解剖知识时,不仅仅在纸张平面内形成初步感受,更可以在三维空间形成画面,以便在复习及应用时随时调取画面。另外,经过教学观摩,我发现如今很多教师都采取线上线下技术相结合的方式,虽有些教学环境不允许,但利用简单的微信软件比如对分易,可以通过手机查看教师课件以及进行课后答题,这种看似简单的方式便于学生预习以及复习,并从另一个侧面唤醒了学生上课的积极性。

**2.4 充分调动学生主观能动性** 让学生由“要我学”变为“我想学”,任何教学都是以学生为中心的,因此学生主观能动性对于教学效果评定来说非常重要,一方面要求教师借助多种手段转变创新教学方法以及教学形式,使学生真正感兴趣,激发学生的求知欲。另一方面,学生自身的认识很重要,这就要求教师在课堂以外,多了解学生、关心学生,充分掌握学生的情况,从而帮助学生找到自我,确立目标,并以目标为导向,逐步提高主观能动性。

## 3 总结

在未来教学过程中,建立数据库,这是资源整合以及高效利用信息的一个非常重要的手段,教师与学生可以通过数据库实现资源共享。其次,利用微信平台实现碎片化式学习,相较于传统的教学学习模式,微信平台可以使学生利用碎片化时间通过终端来进行自主探究。总之,传统的功能解剖学教学中存在很多缺陷与不足,使教学质量与效果大打折扣,因此,我们要根据教学现状进行积极改革创新,不断探索出更好、更强的教学模式,以推动功能解剖学教学的发展。

## 参考文献

- [1] 吴巍,宋健,戴冀斌,等. 母语在局部解剖学双语教学中的地位[J]. 解剖学杂志,2005,28(4):486-488.
- [2] 解继胜,黄海玲,刘洁,等. 民族地区医学院校组织学与胚胎学教学中培育人文精神的思考[J]. 解剖学杂志,2013,36(1):126-127.
- [3] 张诚. 人体解剖学教学改革探索与实践[J]. 中国校外教育,2010(20):105.
- [4] 颜南,王正东,臧晋,等. 功能解剖学教学中微课的运用探析[J]. 卫生职业教育,2016,34(9):65-66.
- [5] 李忠玉,唐东阳,周洲,等. 虚拟仿真实验在医学微生物学实验教学中的应用体会[J]. 基础医学教育,2016,18(2):135-136.

(本文编辑:尹秀平 本文校对:王 鹰 收稿日期:2019-11-20)