

· 学术探讨 ·

基于八纲虚实辨证分期序贯治疗缺血性中风探讨

刘向哲¹, 宋艳芳², 冉春龙¹, 张道培¹, 王新志^{1*}

(1. 河南中医药大学第一附属医院, 郑州 450000;

2. 平顶山市中医院, 河南 平顶山 467000)

[摘要] 中医诊治疾病的核心在于辨证论治,八纲辨证是中医辨证的纲领,虚实辨证作为八纲辨证之一,是八纲辨证最基本、最关键的方法。缺血性中风是目前危害我国居民健康的首位原因,对其病因病机的认识历经多次演变,从最早的“外风”致病,到后来的“内风”理论,再到现代新提出的“毒损脑络”等学说,虽立论不同,但均认为该病为本虚标实之证。由既往研究可知,中风病虽病机错综复杂,证候动态演变迅速,但核心病机演变具有一定的规律性,即由实渐虚。该文分析了中风病因病机及辨证分型方案的历史沿革,且立足于中风辨证分型版本众多,临床应用不易的实际情况,从中风病核心病机演变规律出发,提出了以虚实为纲分期序贯治疗缺血性中风的新思路。此团队还对新思路进行了初步验证,以100例缺血性中风患者为对象进行随机对照研究,结果发现以虚实为纲分期序贯治疗缺血性中风临床疗效显著。该文还结合团队前期研究基础及既往其他学者的研究,探讨了中风证候与部分生物标志物的关系,以期精准掌握病机演变规律寻求可靠客观的科学依据。综上,在临床实践中,针对缺血性中风核心病机由实渐虚的演变规律,以虚实为纲分期序贯治疗缺血性中风,执简驭繁,可以更加精准地实现快速干预,提高缺血性中风的临床疗效。

[关键词] 缺血性中风; 虚实辨证; 分期序贯治疗; 理论探讨

[中图分类号] R2-0;R22;R242;R287;R255.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2024)09-0186-07

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20232028

[网络出版地址] <https://link.cnki.net/urlid/11.3495.R.20230821.1605.003>

[网络出版日期] 2023-08-22 12:28:39

Staging Sequential Treatment of Ischemic Stroke Based on Syndrome Differentiation of Deficiency and Excess in Eight Principles

LIU Xiangzhe¹, SONG Yanfang², RAN Chunlong¹, ZHANG Daopei¹, WANG Xinzhi^{1*}

(1. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China;

2. Pingdingshan Traditional Chinese Medicine Hospital, Pingdingshan 467000, China)

[Abstract] The core of diagnosing and treating diseases in traditional Chinese medicine lies in syndrome differentiation. The eight principles of syndrome differentiation serve as guidance for syndrome differentiation. As one of the eight principles of syndrome differentiation, the differentiation of deficiency and excess is the basic and critical method. Ischemic stroke is currently the leading cause harming the health of Chinese residents. Although the hypotheses about the cause of ischemic stroke have evolved from external wind to the later internal wind and to the modern theory of toxin damaging the brain collaterals, they all believe that this disease is rooted in internal deficiency and external excess. According to available studies, although stroke is characterized by complex pathogenesis and rapid progression of syndromes, the key cause evolution has a regularity, that is,

[收稿日期] 2023-06-11

[基金项目] 国家重点研发计划项目(2018YFC1705002);2023年度河南省“双一流”创建学科中医学科研专项(HSRP-DFCTCM-2023-2-18);河南省中医药学科领军人才项目(豫卫中医函[2021]8号);河南省中医药科研专项(2023ZXZX1077)

[第一作者] 刘向哲,博士,主任医师,博士生导师,从事中医药防治脑血管病研究,E-mail:liuxiangzhe@163.com

[通信作者] *王新志,主任医师,岐黄学者,博士生导师,从事中医药防治脑血管病研究,E-mail:wangxinzhi2020@126.com

from excess to deficiency. This article analyzes the historical evolution of the etiology, pathogenesis, and syndrome differentiation schemes of stroke. There are diverse schemes for the syndrome differentiation of stroke, which make it difficult to choose in clinical practice. In view of this problem, this paper puts forward a new approach of staging sequential treatment of ischemic stroke based on the differentiation of deficiency and excess according to the evolution law of the key cause of stroke. Furthermore, we conducted a randomized controlled study on 100 patients with ischemic stroke to evaluate this new approach. The results showed that the staging sequential treatment of ischemic stroke based on the differentiation of deficiency and excess demonstrated definite clinical efficacy. In addition, this article reviews the previous research results of our team and the research achievements of other teams to preliminarily explore the relationship between stroke syndromes and biomarkers, aiming to provide an objective basis for unveiling the pathogenesis of stroke. In summary, according to the key cause evolution (from excess to deficiency), the treatment of ischemic stroke by stages based on differentiation of deficiency and excess can facilitate the rapid intervention and improve the clinical efficacy on ischemic stroke.

[Keywords] ischemic stroke; syndrome differentiation of deficiency and excess; staging sequential treatment; theoretical discussion

缺血性中风又称缺血性卒中、脑梗死,是我国居民死亡的首位原因^[1],其高发病率、高致残、高死亡率、高复发率等特点,给社会和家庭造成了沉重的经济负担。现有对缺血性中风的治疗^[2]以减少缺血区损伤程度、介入治疗^[3-7]、抗板抗凝^[8-14]、降脂^[15-18]、保护神经、扩容等为主。急性期的治疗措施多集中于再灌注,且多项试验表明静脉溶栓效果显著,目前我国脑卒中的防治仍面临巨大挑战,防治体系仍待进一步加强。中医治疗缺血性中风有其独特的优势,尤其是中医的整体观念和辨证论治,是中医治疗疾病的基础理论。但中风病病证分型历经多次更新,版本众多,临床应用不易。众多研究已证实,缺血性中风病机错综复杂,证候动态演变迅速,但总属本虚标实之证。团队前期对缺血性中风证候演变规律进行了探究,发现其核心病机演变具有一定的规律性,即初期以标实证为主,随着病情发展及用药影响,本虚之证渐显,证候演变由实到虚^[19]。中医诊治疾病的核心之一就在于辨证论治,而八纲辨证是中医辨证的纲领,虚实辨证作为八纲辨证之一,是辨证的基本要领。本文针对中风病核心病机及共性演变规律,充分发挥中医辨证论治的特长,提出了基于虚实辨证分期序贯治疗缺血性中风,执简驭繁,以求更加精准地实现快速干预,提高缺血性中风的治疗效果。

1 缺血性中风病因病机理论分析

1.1 唐宋以前,以外风立论 《黄帝内经》认为中风病因病机为营卫亏虚,外邪入中,外邪之中又以风邪为主。“风中五脏六腑之俞,亦为脏腑之风,各入

其门户所中,则为偏风”“虚邪偏客于身半,其入深,内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯”。张仲景进一步指出中风病的发病机制为“络脉空虚”,风邪入中。《中藏经》中提出中风治法在于“求本”“人病中风偏枯,其脉数而面干黑黧,手足不遂,言语謇涩,治之奈何……治各合其宜,安可一揆,在求其本”。

1.2 金元至清,以内虚立论 唐宋以后,特别是金元时期,提出“内风”学说,认为中风乃因为机体正气不足,内风自生。《医学发明·中风有三》说“中风者,非外来风邪,乃本气自病也”。清叶天士提出:“肝为风脏,因精血衰耗,水不涵木……内风时起”。清代沈金鳌认为内虚是各种毒邪产生的基础,在《杂病源流犀烛》中提出“曰火、曰痰,总由虚,虚固为中风之根也”,强调中风“唯虚也,故无根之火发焉;唯虚也,故逆上之痰生焉,未有痰与火之发,不因于虚者也”。王清任倡导中风为“气虚血瘀”之证,认为中风是“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,认为“亏损元气,是其本源”。

1.3 近代以来,提出浊毒新论 王永炎院士提出中风病“脏腑亏虚,毒损脑络”病机学说,认为“毒”是指在正常生命过程中机体内不存在的物质或原本适应机体生命活动的物质超过了生命机体的需求的量而对机体形成的危害^[20]。并结合中风病的病因病机,进一步探讨了“浊毒损伤脑络”学说,认为脏腑功能紊乱、阴阳失调、气血津液运行不畅、痰浊瘀血内生是浊毒产生的重要病理基础^[21]。而在“浊毒”产生之后,邪聚积于经络,不仅对机体产生了伤

害,还会进一步聚水成痰,积血化瘀,外感风邪或者内风自生之后,风邪可携毒上扰脑络,而发为中风。其本质仍是内虚外实之论。

1.4 缺血性中风为本虚标实之证 中医诊治疾病的核心在于辨证论治,方从法出,法随证立。“百病之生,皆有虚实”,虚实辨证是中医辨证的核心纲领。《黄帝内经》言:“邪气盛则实,精气夺则虚”,虚与实主要是反映病变过程中人体正气的强弱和致病邪气的盛衰,邪正斗争是疾病过程中的根本矛盾。历代医家认为缺血性中风属本虚标实之证,或为肝肾阴虚,或为气血衰少,风、火、痰、瘀等邪实乘虚侵袭人体,导致脏腑功能失调,气血逆乱于脑,脑脉痹阻而致。

由上可见,历代医家对缺血性中风病机病因研究颇多,但是不外乎虚实之分,缺血性中风本虚标实之证已成共识。

2 中风病辨证分型方案历经多次更新,核心病机不离虚实二证

规范的中风病辨证分型方案最早见于1986年由王永炎院士执笔修订,中华中医药学会内科学会发布的《中风病中医诊断、疗效评定标准》^[22],将中风病分为中经络及中脏腑两大类,中经络分为肝阳暴亢风火上扰证、风痰瘀血痹阻脉络证、痰热腑实风痰上扰证、气虚血瘀证和阴虚风动证,中脏腑分为风火上扰清窍证、痰湿蒙塞心神证、痰热内闭心窍证、元气败脱心神散乱证共9种证候类型。1994年国家中医药管理局脑病急症科研组制订的《中风病辨证诊断标准(试行)》,较1986年《中风病中医诊断、疗效评定标准》^[22]的9种证型更为简化,将中风分为风证、火热证、痰证、血瘀证、气虚证、阴虚阳亢证6个基本证候。1996年国家中医药管理局脑病急症协作

组再次制订《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[23],舍弃了《中风病辨证诊断标准(试行)》^[24]的分型标准,在1986年9种证型的基础上,对证型进行了调整,去掉了元气败脱心神散乱证,增添了气虚血瘀和阴虚风动这2个证型,并对名称进行了简化,把中风病分为风痰火亢、风火上扰、痰热腑实、风痰瘀阻、痰湿蒙神、气虚血瘀和阴虚风动7个证型。

2007年王永炎院士和张伯礼院士共同主编的《中医脑病学》^[25],把中风病分为风痰阻络、风火上扰、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动证、痰热内闭清窍、痰湿蒙塞心神、元气败脱8个证型。较《中风病诊断与疗效评定标准》而言,将风痰火亢改为了痰热内闭清窍,并重新将元气败脱列了出来。2008年高颖教授牵头制订的《缺血性中风证候要素诊断量表》^[26],将对中风病的研究从证型细化到证候要素的水平,确定中风病内风、内火、痰湿、血瘀、气虚和阴虚6个证候要素。

随后,2008年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[27]中风病与1986年版9型辨证相类似,但是分型更为详细。分为急性期、恢复期及后遗症期,中经络、中脏腑属于急性期,同时增加了急性期的变证,中经络分为风痰阻络证、风火上扰证、痰热腑实证,中脏腑分为痰热内闭证、痰蒙清窍证、元气败脱证,恢复期分为气虚血瘀证、阴虚风动证8种证候分型。而同时发布的《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》^[28]中脑梗死则去掉了风火上扰证,分为风痰阻络证、痰热腑实证、气虚血瘀证、阴虚风动证、痰蒙清窍证、痰热内闭证、元气败脱证7个证型。中风病辨证分型方案沿革见图1。

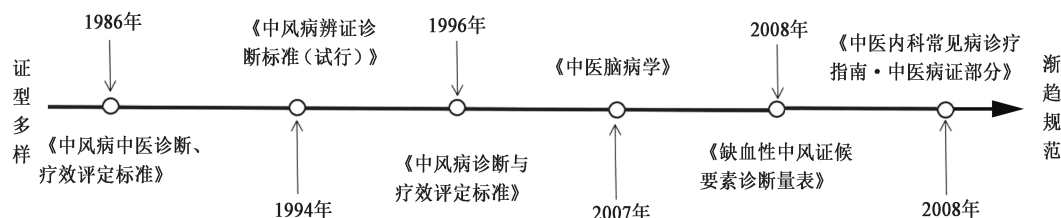


图1 中风病辨证分型方案沿革

Fig. 1 Evolution of stroke syndrome types

规范化、标准化,是一门学科成熟的标志,也是中医学术发展的趋势。以上辨证分型方案在不同时期对指导临床医师规范化诊治缺血性中风均起到了重要作用。分析以上各个分型方案,虽然

辨证分型略有不同,但核心病机不离虚实二证。所以,若能形成一套以核心病机为主线,有效而简便的辨治方案对缺血性中风的治疗至关重要。缺血性中风虚实辨证即是根据中风病核心病机,结

合临床实践提出的辨治新思路。该方案总体把握病机演变规律,能与以上各个辨证分型方案形成优势互补。

3 提出以虚实为纲分期序贯治疗缺血性中风的新思路

缺血性中风病机错综复杂,虚实兼夹,发病初期证候动态演变迅速,后期证候变化趋于稳定,认识和把握缺血性中风的病机变化对本病的治疗具有极为重要的意义。中风病临床病机虽复杂多变,但在动态变化的基础上呈现着一定的临床共性规律。从“百病之生,皆有虚实”出发,针对疾病虚实之核心病机,采用虚实辨证的方法,遵循“虚则补之,实则泻之”的原则,形成缺血性中风以虚实为纲分期序贯辨治中风的新思路。

临床多将缺血性中风分为急性期、恢复期及后遗症期,急性期一般指发病2周以内,神昏者可延长至发病4周。恢复期指发病2周至6个月,后遗症期指发病6个月以后^[27]。缺血性中风急性期到恢复期及后遗症期指病机演变多由实到虚,研究显示,急性期内缺血性中风也存在着虚实变化^[29]。在病程进展的不同时期,有不同的病机转化,但总体遵循由实到虚的规律。

3.1 急性期论治 缺血性中风急性期病机尤为错综复杂,证候动态演变迅速,但具有自然病程发展规律,即虚实辨证贯穿始终。急性期以标实证为主,标实证多表现为风火痰瘀毒。多项研究表明,缺血性中风急性期的证候组合变化复杂多变,风、火、痰、瘀、虚互相交杂^[30-35]。在证候演变规律中,以风证变化最为迅速,正如《黄帝内经》所言“风行善变,传变迅速”,初期多夹痰、夹火,随着时间进展风证逐渐下降趋势,痰、火缠绵缓慢下降,后期则以瘀证、虚证为主,呈逐渐上升趋势。

《黄帝内经》言“实则泻之”,发病初期,风、火、痰、瘀邪实侵袭人体,蕴结体内,郁而化火成毒。火热不解,炼津成痰,熬血成瘀,导致枢机不利,诸邪互结互化,形成恶性循环。在治疗时要纵观整体病情,并重视个体化,通腑化痰、活血化痰、解毒通络等法互相配合,辨证应用,才可取得更好疗效。

3.2 恢复期论治 缺血性中风恢复期及后遗症期,或因病程日久,或因正气相搏,或因药物攻伐,风、火、痰等实邪渐消。久病伤正,气虚、血虚、阴虚等虚证渐显,且缺血性中风患者多为老年人,本就正气衰败,故多表现为虚证。相关研究亦表明,缺血性中风恢复期及后遗症期以虚证为主,如杨牧祥

等^[36]发现在恢复期,以气虚及血瘀为主,在后遗症期,则以气虚及阴虚为主。相关研究结果亦是如此^[37]。

“虚则补之”,缺血性中风本质在虚,肾藏精,为先天之本,肾精亏虚,髓海失养,其他脏腑的功能亦出现失常。脾胃运化水谷,化生气血,为后天之本,一方面,脾虚则气血生化无力,运化失职,后天失养。另一方面,脾虚不运,痰湿内生,阻于肢体经络则见肢体无力、半身不遂,阻于脑窍则神昏失语。针对虚证,从先后天之本入手,以扶正固本为法,健脾补肾、活血化瘀,体现了中医扶正祛邪和治病求本的治疗原则。虚实兼夹者,根据具体情况辨证加减用药。虚实转换者,随时调整虚实治疗方案。

3.3 病机复杂,总以虚实为纲 缺血性中风病程绵长,病机错综复杂,急性期虽以实证为主,但亦有以气虚、阴虚等虚证为主要表现的患者,同样,恢复期虽多数以正气亏虚为主,但亦有以痰湿、血瘀为主证的患者。病机演变迅速,虚实证候亦可互相转化,发病时以实证为主,但病势迅猛,正气耗损严重,迅速转化为虚证;虚证患者或年老体虚,或卫气亏虚,不能御邪于外,发病时以虚证为主,但气虚运行无力,瘀血、痰湿积聚,进而转化为实证。但无论急性期或是恢复期,亦或是病机复杂多变,但总不外虚实,以虚实为纲辨证论治,可精准把握病情,适用于每个病期,每位患者,具有较好的推广价值。

4 构建虚实辨证分期序贯治疗缺血性中风的新方案

4.1 实证治疗方案 缺血性中风急性期以标实证为主,以风邪为先,多加痰,加火,遂在急性期予以通腑化痰、活血化瘀、解毒通络作用的中风星蒺通腑胶囊以驱邪外出。且既往研究证明,中风星蒺通腑胶囊临床疗效显著,在改善中风实证患者神经功能缺损及预后方面具有良好的效果,并对大鼠脑缺血再灌注引起的脑组织水肿和神经细胞等病变有明显的改善作用^[38-41]。全方由大黄、胆南星、瓜蒌、枳实、丹参等组成。方中大黄、胆南星共为君药,二药配伍行通腑攻下,化痰清热,解毒通络之功。瓜蒌、枳实为臣药,瓜蒌有清热化痰、润肠通便之功,枳实有破气除痞、化痰消积之效,二者共助君药荡涤痰热、通腑下气。丹参为佐药,有活血祛瘀、养血安神之功,助君药和臣药降而行血,通脉安神。

4.2 虚证治疗方案 针对虚证,以扶正固本为指导原则拟定的健脾补肾活血方兼顾先后天之本,扶正祛邪。初步研究表明,健脾补肾活血方可以明显改

善脑梗死患者神经功能缺损评分及日常生活能力,临床疗效显著,并在激发内源性脑保护机制方面能够发挥着重要作用^[42-49]。方中黄芪补气,党参、白术取四君子汤之意,健脾益气。桑寄生、杜仲、牛膝补益肝肾,使元气旺盛,脑髓得充。丹参、川芎活血化瘀,与补气药相辅相成。少佐石菖蒲开窍化痰,甘草调和诸药,在扶正固本的同时,兼顾活血通络开窍。

4.3 对新方案予以临床验证 本团队以100例急性缺血性中风痰热腑实证患者为研究对象,采用随机对照研究方法,对照组给予西医规范化治疗,实验组在此基础上服用具有通腑化痰作用的中风星蒺通腑胶囊,根据证候由实转虚的演变节点,改用具有扶正固本、益气活血作用的健脾补肾活血方胶囊,疗程共14 d。治疗始末采用美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)评估神经功能改善情况,以评价该方案的近期疗效。在不同时间点(第1、30、60、90天)分别采用改良Rankin(mRS)量表、日常生活活动能力评定(BI)量表评估患者。结果表明,基于虚实辨证的由通腑化痰法及扶正固本、益气活血法构成的急性缺血性中风中医药序贯治疗方案临床疗效显著,能够有效的改善缺血性中风患者神经缺损功能,降低中风致残率,提高患者自理能力^[50]。

5 证型演变与相关生物标记物亦相互对应

缺血性中风的病机演变规律因人而异,目前多采用临床公认且操作方便的《中风病证候要素评价量表》评价虚实病机演变规律。笔者初步研究发现,急性缺血性中风发病初期,以风邪为主,多携湿、携痰,后期以阴虚及气虚为主^[19]。这与既往其他学者研究结果^[30-35]相对应。急性脑梗死发病伊始,脑组织缺血缺氧坏死,炎性指标多有升高。高同型半胱氨酸血症现在亦成为脑梗死危险因素之一,脑梗死患者同型半胱氨酸较正常人偏高。笔者在对453例急性缺血性中风的证候演变及相关生物指标观察中发现^[19],高敏C反应蛋白及高同型半胱氨酸患者可能存在痰湿,该结论与杨晓翠等^[51]研究结果相一致,治疗时要注意化痰、清痰之法的应用;结合既往研究,女性患者、高敏C反应蛋白^[52-53]及高D-二聚体^[54]患者则多可能以血瘀为主,治疗上酌情使用活血化瘀治法;而高龄^[55]、肥胖^[56]、既往卒中史患者及高NIHSS评分患者,多气虚,更应注意补气、益气之法的应用。本研究结果既与既往众多研究的相验证,又更具体化、更有目的的分析了中风证候与生物标记物的关系。今后,可进一步深入探索缺血性中风证候与不同的生物标记物之间的对应

关系,为精准掌握病机演变规律提供可靠客观的科学依据。

6 小结

“为虚与实者,工勿失其法”,虚实辨证是八纲辨证的重要内容,不仅是中医临床辨证的基础,也是治疗缺血性中风的核心辨证方法。以虚实为纲分期辨治缺血性中风,针对病机本质精准治疗,辨证论治与整体观念相结合,病证结合与分期论证相结合,既注重患者的个体特征,又强调疾病的共性规律,在临床上具有很好的操作性^[57],可望为缺血性中风的治疗提供新思路。

〔利益冲突〕 本文作者之间无任何利益冲突。

〔参考文献〕

- [1] ZHOU M G, WANG H D, ZENG X Y, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [J]. Lancet, 2019, 394(10204): 1145-1158.
- [2] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [3] 李艳芳, 王艳, 朱德坤. 大面积脑梗死静脉溶栓效果分析[J]. 贵州医药, 2022, 46(1): 68-69.
- [4] 李海峰. 尿激酶治疗急性脑梗死患者的溶栓效果分析[J]. 临床研究, 2021, 29(8): 59-60.
- [5] 张国柱. 阿替普酶静脉溶栓治疗不同中医证型脑梗死的疗效分析——评《脑梗死治疗学》[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(4): 50.
- [6] 吴宝金, 汤连志, 刘志鹏, 等. 多层螺旋CT灌注成像对早期静脉溶栓治疗急性脑梗死的疗效评价[J]. 中华解剖与临床杂志, 2017, 22(4): 271-275.
- [7] 尧国军. 静脉溶栓联合介入治疗急性脑梗死的疗效评价[J]. 当代医学, 2017, 23(14): 124-125.
- [8] 王云成, 孙海燕, 杨光. 双重抗血小板治疗伴H型高血压急性脑梗死的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(3): 533-537.
- [9] 吴晓赞, 尹立勇, 黄玉哲, 等. 抗血小板药物抵抗对急性脑梗死患者的影响[J]. 河北医药, 2021, 43(24): 3755-3758.
- [10] 赵楠楠, 陈丽霞. 抗血小板药物治疗高危非致残性缺血性脑卒中研究的进展[J]. 心血管康复医学杂志, 2021, 30(5): 620-622.
- [11] 李兰芳, 孟路华, 张立攀, 等. 非瓣膜性房颤患者脑梗死急性期抗凝治疗时机分析[J]. 中国医院药学杂志, 2021, 41(15): 1541-1545.
- [12] 苗新建, 张乃琴, 宋丹, 等. 比伐卢定联合低分子肝素在急性脑梗死机械取栓术后抗凝治疗中的应用[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2021, 48(2):

- 167-170.
- [13] 宋翠云,刘扬,侯丽艳.阿加曲班抗凝治疗进展性脑梗死的效果及安全性分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(2):336-338.
- [14] 乔建新,王静辉,李媛莉,等.低分子肝素钙联合阿加曲班应用于急性脑梗死抗凝治疗对患者疗效和预后的影响[J].现代生物医学进展,2020,20(14):2736-2739.
- [15] 刘少霓,林楚生,张晓璇,等.大剂量阿托伐他汀联合丁苯酞治疗急性脑梗死合并颅内动脉狭窄患者疗效研究[J].黑龙江医药,2022,35(1):55-57.
- [16] 郭欣莹,张楠.阿司匹林联合阿托伐他汀钙治疗急性脑梗死的有效性和安全性[J].临床医学研究与实践,2022,7(4):53-55.
- [17] 张海霞.丁苯酞联合阿托伐他汀钙片治疗对脑梗死患者侧支循环建立的影响[J].中国药物与临床,2021,21(22):3691-3692.
- [18] 马莉.银杏二萜内酯葡胺注射液联合阿司匹林肠溶片阿托伐他汀钙治疗老年脑梗死恢复期患者疗效及神经功能分析[J].中国药物与临床,2021,21(22):3703-3705.
- [19] 宋艳芳,刘向哲,冉春龙,等.缺血性中风急性期证候要素演变规律及其与客观指标的相关性研究.北京中医药大学学报,2021,44(10):947-952.
- [20] 王永炎.关于提高脑血管疾病疗效难点的思考[J].中国中西医结合杂志,1997,17(4):195-196.
- [21] 张锦,张允岭,郭蓉娟,等.从“毒损脑络”到“毒损络脉”的理论探讨[J].北京中医药,2013,32(7):483-486.
- [22] 中华全国中医学会内科学会.中风病中医诊断、疗效评定标准[J].中国医药学报,1986,1(2):56-57.
- [23] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [24] 国家中医药管理局脑病急症科研组.中风病辨证诊断标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1994,17(3):64-66.
- [25] 王永炎,张伯礼.中医脑病学[M].北京:人民卫生出版社,2007:140-146.
- [26] 高颖,马斌,刘强,等.缺血性中风证候要素诊断量表编制及方法学探讨[J].中医杂志,2011,52(24):2097-2101.
- [27] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:56-60.
- [28] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:260-264.
- [29] 唐璐,高颖,周莉.应用Logistic回归模型探讨缺血性中风急性期证候要素与生物学指标的相关性[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(17):2584-2587.
- [30] 惠小珊,杨帅,张金生,等.基于量表等级化和主成分分析法探究缺血性中风证候要素与治法间关系[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(4):159-167.
- [31] 谢官莉.脑卒中患者生存质量影响因素及中医证候研究[D].福州:福建中医药大学,2018.
- [32] 吴凡.基于中医证候演变的缺血性中风复发风险研究[D].唐山:华北理工大学,2019.
- [33] 白琛,冉春龙,李梦君,等.基于隐结构结合因子分析探讨豫东农村地区脑梗死患者的常见证候[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(7):190-197.
- [34] 宋艳芳,刘向哲,冉春龙,等.缺血性中风急性期证候要素演变规律及其与客观指标的相关性研究[J].北京中医药大学学报,2021,44(10):947-952.
- [35] 仲爱芹,徐士欣,辛颖,等.缺血性中风急性期中证候要素文献研究[J].中华中医药杂志,2015,30(7):2331-2333.
- [36] 杨牧祥,于文涛,魏萱,等.缺血性中风患者证型分布规律的研究[J].中医药学刊,2006,24(9):1593.
- [37] 张静,赵建军,杨伟,等.基于中医证候特征的缺血性中风复发风险的横断面分析[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(12):194-198.
- [38] 王新志,李燕梅,刘向哲,等.中风星菱通腑胶囊治疗急性缺血性中风120例[J].中医药学刊,2002,20(2):153-154.
- [39] 刘向哲,王新志,傅蔓华.中风星菱通腑胶囊对急性脑缺血大鼠脑组织中氨基酸平衡的影响[J].中医杂志,2004,45(7):537-538.
- [40] 岳翔,康紫厚.中风星菱通腑胶囊对脑梗死偏瘫患者的疗效及预后分析[J].光明中医,2018,33(18):2634-2635.
- [41] 赵敏,王新志.通腑化痰法对急性出血性中风血肿吸收速度与神经功能的影响[J].中医药学刊,2002,(4):429-430,435.
- [42] 路永坤,刘向哲,王新志,等.健脾补肾活血方对急性脑梗死患者氧化应激及血管内皮功能的影响[J].中药药理与临床,2019,35(3):156-60.
- [43] 郭朋飞.健脾补肾活血方动员脑缺血大鼠内源性内皮祖细胞脑保护机制研究[D].郑州:河南中医药大学,2016.
- [44] 冯珍珍.健脾补肾活血方对脑缺血大鼠T淋巴细胞亚群的影响[D].郑州:河南中医药大学,2017.
- [45] 刘向哲,王新志,王聪.健脾补肾活血方对脑梗死患者神经功能缺损和T细胞亚群的影响[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(3):279-282.
- [46] 尚官红,王晓丽,刘向哲.健脾补肾活血方对大鼠骨髓源内皮祖细胞生物学功能的影响[J].陕西中医,2021,42(9):1159-1162.
- [47] 刘向哲,王聪,王彦华,等.健脾补肾活血方对脑梗死患者外周血内皮祖细胞含量的影响[J].中国新药杂志,2018,27(20):2383-2388.
- [48] 张涛军,刘向哲,冯晓东,等.磁共振灌注加权成像观察健脾补肾活血方结合运动疗法对脑梗死患者缺血

- 区血液循环的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2018, 24(5): 513-516.
- [49] 张伟, 刘向哲, 韩红艳, 等. 健脾补肾活血方含药血清调控PI3K/Akt信号通路影响大鼠内皮祖细胞功能的机制[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2023, 25(1): 227-234.
- [50] 冉春龙. 基于关键证候的急性缺血性中风序贯治疗方案疗效评价研究[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2022.
- [51] 杨晓翠, 罗海明, 姚春梅, 等. 高血压病痰湿体质者炎症标志物改变的初步探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(1): 1-3.
- [52] 杨小钰, 黄海红, 谌泽芳, 等. 脑缺血再灌注后炎症反应研究进展及中西医结合防治思路[J]. 中国现代医药杂志, 2019, 21(12): 95-99.
- [53] 程南方, 谭峰, 梁艳桂, 等. 急性脑梗死患者血清炎症因子与血瘀的多重线性回归分析[J]. 河南中医, 2018, 38(12): 1841-1844.
- [54] 刘先璐, 刘悦, 王洋, 等. 基于多元统计的痰证相关客观指标本质分析[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(5): 8-12.
- [55] WANG Y, XU J, ZHAO X, et al. Association of hypertension with stroke recurrence depends on ischemic stroke subtype[J]. Stroke, 2013, 44(5): 1232-1237.
- [56] 赵连成, 武阳丰, 周北凡, 等. 体质指数与冠心病、脑卒中发病的前瞻性研究[J]. 中华心血管病杂志, 2002, 30(7): 430-433.
- [57] 刘向哲, 宋艳芳, 王彦华, 等. 基于关键证候演变规律探讨急性缺血性中风的辨治[J]. 中医杂志, 2021, 62(23): 2051-2054.
- [责任编辑 张丰丰]

·书讯·

体医融合背景下学生体育核心素养指标构建研究 ——评《中医学传统保健体育运动养生》

在体医融合的大背景下,推动学生体育核心素养指标建设,需要从宏观、中观、微观三大方面进行展开。从评价主体来看,在学生体育核心素养指标建设中,需要突出主体的整体性、多元性、开放性的特点。其次,在设计学生体育核心素养指标时,需要综合多角度考虑,结合教育管理者、教师、学生等众多主体的参考建议,其中要结合不同层次的课程评价,及其在体育核心素养形成中发挥的作用。具体而言,“评什么”是对学生体育核心素养指标具体内容的拟定。在体医融合的大背景下,对于学生体育核心素养指标设计需要综合考虑知识性内容、技能水平、体质状态、道德品质、体育意识、体育文化和体育观念等相关内容,从一级指标、二级指标逐级分层。

《中医学传统保健体育运动养生》由迟永柏、迟蕾、姚素媛主编,中医古籍出版社出版。全书共分为8章。其中第1章具体介绍了传统保健体育运动的基本情况。第2章就传统保健体育运动教学展开分析。第3章从运动基础角度出发,分析传统保健体育运动的养生逻辑。第4章具体就传统保健体育运动,养生功法展开详细说明。第5章具体介绍了传统保健体育运动的武术套路,为相关人员的学习提供支持。第6章从运动解剖学角度,分析中医传统体育养生运动。第7章从运动生理学展开分析。第8章则从运动医学的角度分析。书中8大章节层层递进,能够为学习者提供重要参考。该书围绕着中医学传统保健体育运动养生的主题,具体介绍了传统保健体育运动的概念、特点、功能,以及保健体育运动对人体机能的良好影响。这些内容也为学生体育核心素养指标的建设提供了重要依据,例如,从一级指标的内容设计来看,具体结合了体育知识、运动技能、体育意识、体育行为和体育品德等方面。在二级指标中,具体对一级指标内容进行拆解,详细内容包括了学生的身体素质、生理形态、发育状况、运动能力、体育拼搏意识、终身体育意识、体育保健技能和体育运动技能等多维度。在当前全民健身的背景下,以提高人民身体体质和健康为目的,结合中医学传统保健体育运动养生的相关知识,能够更好地向学习者介绍传统体育运动传统保健,运动套路和养生功法。书中作者具体结合了传统体育保健运动中的运动,生理学运动,心理学运动医学等众多原理,能够为中医学传统保健运动养生提供指导和参考。在当前体医融合的大背景下,对于学生群体而言,构建体育核心素养,能够使其更好地适应当前社会发展的素养要求。该书能够将体育、医学、保健等众多知识结合起来,使体育与医学紧密相连,互为补充。书籍内容也为提高学生的体质健康、促进疾病预防以及体育核心素养指标建设提供了可行性的参考。在评价内容方面,结合学生体育核心素养的指标要求,需要从学生的运动知识、健康行为、体育品德和学习态度等诸多方面对学生进行评价。评价内容要结合具体的教学内容灵活调整,例如,在对学生讲解传统体育运动时,也要结合该运动的技能指标进行系统评价。在评价中,教师还要充分考虑学生的个体差异,结合学生的性别、身体条件、运动基础、运动爱好等进行综合评价。在评价方式的选择上,定性定量相结合的评价方式更为可行,其中定量评价能够为具体指标,给出明确的评分。而定性评价主要针对学生的运动道德、健康行为等进行拓宽评价。通过定量定性相结合的形式,能够为学生体育核心素养的培育和发展提供良好支持。在构建评价指标后,教师还要从过程性评价总结性评价角度出发,为教学实践提供指导。在评价主体方面也要突出多元性,例如,将学生、学生家长引入评价体系中。多元化的评价主体能够帮助学生从不同视角、不同场合表现,得出对自己体育核心素养的全面反馈,这对于提高学生的主体意识,增强学生的观察能力,提升学生应用体育知识的能力都有着重要意义。

《中医学传统保健体育运动养生》在当前体医融合的大背景下,具有重要的指导意义,能成为学生在日常开展传统保健体育运动养生的有效参考,有利于为学生体育核心素养的培育和发展提供重要助力。

(作者卢艳瑜,山东大学体育学院,济南 250061)