

3.4 实践操作与考核评价 实践操作是学生的认知过程由感性认识上升到理性认识的必由之路。通过临床教师手把手的教育,做到放手不放眼,并定期组织出科考试。考核评价包括理论考试和临床技能两部分。理论考试是应用和临床分析题,督促学生掌握专科理论,联系实际,从接触患者开始,包括询问病史、收集资料、书写病历、提出诊断和治疗计划等,均能较全面地检查学生解决问题的能力。技能考核为各种基本操作程序,如心电图机或简单监护仪的使用等,并根据考核内容提问。通过理论和技能的考核使教学双方的信息及时反馈,引导学生在学习中独立思考,增强自信心,帮助其解决疑难问题、肯定成绩,极大地诱导了学生的实习热情。

近年来,试用以问题为中心的自我教育式循证

医学模式,让学生针对自己主管患者提出需要解决的疑难问题,诸如诊断、检查项目、治疗等,老师根据问题指导学生自己动手查阅有关资料、检索文献、查寻国内外现有最新、最好的临床研究证据,结合患者具体病情,用于患者的诊治决策之中,观察其疗效预后,使学生从灌输式被动学习变为主动学习,努力发现临床问题,寻找最佳答案,在老师指导下决策与实践,增强了学习主动性,学生普遍反映自己学有所用,增进师生情感,临床教师因人施教,正确评价学生的能力,逐步提高要求,使学生的自信心增强。如此日复一日,使学生养成自学和自我教育的良好习惯。

(收稿日期 2006-12-06)

· 临床报道 ·

理气升提治疗呃逆 19 例临床体会

白 静

关键词 呃逆 理气升提法 临床观察

中图分类号 R256.31

文献标识码 B

文章编号 :1673-9043(2007)02-0087-01

呃逆是由胃气上逆动膈以气逆上冲,喉间呃呃连声,声断而频,令人不能自制为主证的病证,多由寒气蕴蓄、燥热内盛、气聚痰阻、气血亏虚等原因所致。笔者采用中医药进行治疗,疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

共观察门诊患者 12 例,住院患者 7 例。其中女 9 例,男 10 例,年龄 34~74 岁,病程最短 0.5 d,最长 1 周;曾使用过药物(包括中药汤剂及西药)者 8 例,初诊者 11 例。主要表现为:呃声频作,或时发时止,声音洪亮或低沉无力,胸闷不舒,胃脘胀满,食欲减少或伴反酸、口臭、心烦易怒,舌质红苔薄白或厚腻。

2 治疗方法

治以理气升提和胃止呃之法,自拟理气升提方:柴胡 6 g,升麻 6 g,茯苓 12 g,白术 10 g,白豆蔻 6 g,橘皮 10 g,桔梗 10 g,白芍 10 g。伴情志不舒郁闷烦躁者柴胡用至 10 g,并加炒栀子、黄连,伴倦怠手足不温,呃声低弱无力属脾胃阳虚者加党参、吴茱萸,伴口干舌燥,烦躁不安,舌质红而干等胃阴不足者加党参、麦门冬、生地,若呃声沉缓有力,得热则减,得寒则甚之胃中寒冷证加高良姜、吴茱萸。水煎约 300 mL,分 2 次服

作者单位 300130 天津市人民医院

作者简介:白 静(1960-),女,副主任医师,主要从事中医内科临床工作。

用 2 d 为 1 个疗程。

3 治疗效果

3.1 疗效标准 临床治愈:服药 2 剂呃声止,其他伴有症状消失,舌脉正常。好转:服药 4 剂呃声止,其他伴有症状基本消失。无效:服药 4 剂以上,呃声未止,其他伴有症状无改变。

3.2 结果 19 例患者治愈 9 例,好转 7 例,无效 3 例,总有效率为 84.72%。

4 讨论

《素问·阴阳应象大论》谓:“其高者,因而越之。”即指出病位在上,可采用外越之法,如中医八大治法中之吐法即为此意。本证病位在中上二焦,病势向上,故可考虑从上论治。理气升提法是通过使用药物上引逆气外达疏通。方中柴胡、白芍理气健脾,再配以茯苓、白术和中清滞;升麻、柴胡并用,升麻引阳清气上行为主,柴胡苦辛微寒,疏肝解郁,升举阳气,引少阳清气上行为要,升麻行气于右,柴胡行气于左,两者合用升提之功倍增,橘皮理气调中,升多降少,以升为主,行气和中,消胀止痛,桔梗宣通肺气,长于升提上行,开胸理气,白豆蔻上行入肺,宣发理气,中入脾胃化浊散寒,开胃消食,其芳香而气清,功专于中上二焦。诸药配合使用,共奏理气升提和胃止呃之效,从而使逆气外达疏通呃逆自止矣。

(收稿日期 2006-10-18)