

消者,常以玄参、蜈蚣、龙骨、牡蛎等通络化痰、软坚散结;针对中焦虚寒而出现的呕吐腹泻者,常选用苍术、防风、生姜及四逆、理中之辈温中止呕散寒;对于湿性重着缠绵者,多加入草果、砂仁、豆蔻等化湿行气之品增强疗效。

**2.4 宁心利胆** 此类患者由于胆郁痰扰,常伴有精神焦虑、心神不宁的症状。雷教授喜于温胆汤中加柴胡、黄芩、青礞石,组成柴芩温胆汤加味,加强清热与坠痰之力,正如缪希雍<sup>[6]</sup>所云:“礞石禀石中刚猛之性,体重而降,能消一切积聚痰结,消积滞,坠痰涎,诚为要药。”

### 3 验案举例

**3.1 案例一** 黑某,男,42岁,2020年11月12日初诊,主诉“泄泻伴全身乏力3年”。患者自述自小身体燥热,嗜食冰冷,常一次性吃5支雪糕。14岁开始性行为,每周3~5次,每次2~4次不等,8年前因夫妻不睦,开始手淫至今。现症见:每月不定时呕吐清涎与腹泻如水并见,吐泻后浑身无力,三日后可自行缓解;精神疲乏,极度嗜睡;肌肉绵软无力,触之即痛;行路不稳,脚步虚浮,驼背拖沓,无法下蹲;小便断续,大便无力;上肢、下肢、臀部、腹部等多处皮下结节,小如黄豆、大如鹌鹑蛋,可见色素沉着;双足冰冷,膝以下轻微麻木,下腹部坚硬冰冷,精液凉,射精障碍,最长时间可达3 h,舌淡胖苔白滑,脉沉。中医诊断:重度虚损,证属:表虚不固,治当益气温中、平补脾肾。处方:生黄芪60 g,炒白术15 g,防风10 g,桂枝15 g,苍术30 g,淫羊藿20 g,枸杞子20 g,甘草15 g,补骨脂20 g,菟丝子20 g,玄参30 g,山药15 g,丹参20 g,葛根20 g,生麻黄5 g,蜈蚣2条,生龙骨20 g,生牡蛎20 g。共7剂,水煎服,日1剂。

2020年12月1日复诊。诉服药后,腹部回暖变软,多处伴有针刺感与气流感,精神变佳,疲劳感减轻,微有热汗出,色素沉着开始消退,但出现口臭与体味。予砂仁10 g,草果5 g,生黄芪90 g,炒白术15 g,防风10 g,桂枝15 g,苍术30 g,淫羊藿20 g,枸杞子20 g,补骨脂20 g,菟丝子20 g,玄参10 g,山药15 g,丹参20 g,葛根20 g,蜈蚣2条,全蝎5 g,柏子仁15 g,五味子10 g,浮小麦30 g,熟地黄30 g,肉桂5 g。共7剂,水煎服,日1剂。

2020年12月22日再诊。患者诉生殖器附近结节基本消失,予炒菟丝子20 g,补骨脂20 g,枸杞子20 g,淫

羊藿20 g,山药15 g,丹参20 g,葛根20 g,甘草50 g,生黄芪60 g,苍术30 g,桂枝15 g,白芍15 g,炒白术15 g,防风10 g,生麻黄10 g,生龙骨15 g,生牡蛎15 g,蜈蚣2条,玄参30 g,生姜15 g,大枣15 g。共7剂,水煎服,日1剂。

按:患者自诉幼年时常自觉身体燥热而嗜食冰冷,最多可一次性连吃5支雪糕,大量进食寒凉易损伤中焦阳气,使脾胃功能受损,不能发挥正常的运化水湿与升清降浊功能,运化失司则水湿停聚,久则泛溢肌肤聚成结节,升降失调上则呕吐清涎,下则如水流泄;同时寒邪伤中,脾胃阳虚无力腐熟水谷,亦可见腹泻。患者现年42岁,属五八之年,“肾气衰,发堕齿槁”,先天之本已开始衰竭;14岁开始性生活,肾精消耗过早,加之8年前开始手淫至今,频繁的肾精流失,下元虚乏,精微不摄。现行路不稳、脚步虚浮,小便断续,为肾气不固、肾精不足的表现;精神疲乏、嗜睡为肾气虚的表现。本案以肾气虚为本,以中阳损伤、痰饮流注为标。雷教授指出,肾精的大量流失也会导致体液代谢失常,加重水湿停留不化,形成痰饮,痰饮流注或于皮下凝结,形成了大量有形结节,因此在针对直接病机补肾填精的同时,需兼顾痰饮流注这一特殊病理现象。先治以扶脾阳、化湿邪,后以收敛固涩、补肾填精为主,以化痰通络宁心贯通治疗始终。故以黄芪以建中,白术以实土,桂枝以温阳利水,使中阳得复则水湿得化、精微得运,气血有生化之源。“清气在下,则生飧泄”,苍术辛散苦燥,既能散寒解表又能祛风除湿;防风辛温而缓,祛风解表且胜湿止痉。施今墨认为,二药合用可治水泻、飧泄<sup>[7]</sup>。该患者吐利并见,已具少阴证之像,且双足冰冷,中阳不得旁达四末,其中脘为寒水阻遏,热药不得下达,故雷教授以此二味治患者泄泻。山药性平,平补阴阳,滋后天之胃气的同时补先天之肾气,故肾四味合山药平补其肝肾,标本兼治。加入葛根升清阳、少佐麻黄开肺气,发在表水气,开鬼门、洁净府,以提壶开盖。加蜈蚣、玄参以解毒散结,现代药理学研究证明,蜈蚣具有免疫作用、抗炎作用和消炎镇痛作用<sup>[8]</sup>,有利于改善本案多发结节症状;牡蛎龙骨软坚散结;入丹参以活血促进新陈代谢。二诊,患者诉腹部回暖,疲劳减轻,说明药证相符,且多处出现有针刺感和气流感并有微汗,但出现口臭与体味,考虑其湿性黏滞如油入面,故于原方加入砂仁、草果增强化湿行气之力;黄芪加至90 g,加大利水

之功;加五味子、浮小麦稍收敛其阳,以防过汗伤津;加熟地黄、肉桂,与肾四味同用滋补精血、固本培元。三诊,患者诉下体处结节基本消失,药已对症,然湿热相搏,如油入面,难舍难分,当增强脾胃运化功能,遂更添生姜、大枣,顾护脾胃。

**3.2 案例二** 孙某,男,31岁,2020年11月24日初诊。主诉“全身乏力伴腰酸腿疼1年余”。患者自述曾手淫十余年,于1年前禁欲后开始反复出现多种戒断反应,如双腿麻木、头晕、颈腰不适、惊恐不安等,并自感身体虚弱,下肢不稳,由轮椅推入病房,容易疲乏,精神焦虑,多项检查均无异常。现症见全身无力,腰酸腿软肢冷,无法正常行走,汗出如油,时时眩晕,左侧头胀伴左侧肢体发酸,胆怯易惊,眼神飘忽,精神紧张,舌红,苔白腻,有齿痕,脉沉伏无力。中医诊断:重度虚损,证属:气阴两虚、阴阳不调、心胆虚怯,治当气阴同补、调和阴阳、理气化痰。予桂枝加龙骨牡蛎汤合柴芩温胆汤加味,用药如下:黄芪90 g,生地黄30 g,熟地黄30 g,桂枝30 g,生白芍30 g,甘草15 g,生姜30 g,大枣10 g,生龙骨30 g,生牡蛎30 g,清半夏60 g,陈皮10 g,竹茹10 g,枳实10 g,天麻10 g,钩藤10 g,麸炒白术15 g,北柴胡10 g,黄芩10 g,青礞石20 g,盐补骨脂20 g,枸杞子20 g,淫羊藿20 g,盐菟丝子20 g。共7剂,水煎服,每日1剂,早晚温服;并嘱放松身心,自我调节,适当运动,不可过于紧张。

2020年12月1日复诊。患者诉上药服后,症状全面减轻,说明药已中的,当守方更进。刻下:下肢无力仍存,且因饮冷出现腹泻,遂上方中加党参15 g、茯苓15 g、制附子15 g。共7剂,水煎服,每日1剂,早晚温服。

2020年12月8日再诊。患者诉下肢不稳已大为减轻,但仍觉腰部酸困,且出现上肢无力。于二诊方基础上加丹参20 g、葛根20 g、羌活20 g、独活20 g。共7剂,水煎服,每日1剂,早晚温服。此后该患者多次复诊,疗效逐渐巩固,定期予制丸药以调补善后。

按:该患者由轮椅推入门诊,面色晦暗,有异常体味,自诉曾有多年重度手淫史,加之有舌红、脉沉浮无力等体征,考虑肾精日渐亏耗,阴液虚损,导致精不化气,气不化阳,阳气不足,进而出现神疲乏力、面晦舌红、畏寒肢冷等一系列症状。其头晕目眩、胆怯易惊、苔白腻,多因肾精不足,引起体液代谢失常,导致痰饮为患。痰饮上蒙蔽清窍而出现头晕目眩、额颞胀痛;下可痹阻支节,见肢麻无力,甚则久痿不用;内可壅塞

心胸,导致心胆虚怯、精神飘忽;外可壅遏腠理,而见汗出如油,黏腻不爽。由此可见,痰饮为患,百病丛生,诸恙并起。患者肾阴不足、心肾不交,继而可出现心烦、失眠、健忘、腰膝酸软,潮热盗汗,五心烦热、舌红等心火浮游、肾水不足之象,故以肾精亏虚为本,阴阳不调、痰蒙心胆为标。雷教授先治以调和阴阳、补肾填精,后以温阳祛寒、祛风除湿为主,以清热化痰贯通治疗始终。选用大剂量黄芪、地黄、桂枝加龙骨牡蛎汤与温胆汤合方并进,以黄芪、生地黄、熟地黄合肾四味益精填髓,针对直接病机,补充肾精的同时缓解腰酸腰痛等症状。同时以柴芩温胆汤加青礞石利胆坠痰定惊,雷教授认为,于顽痰怪症中加入青礞石,取其下坠兼镇惊之性,可较快取效。二诊在方中加入制附子、党参、茯苓,以生姜代干姜用,一则制约半夏之毒,二则取附子理中汤意,驱散腹中阴寒,振奋胃气,合仲景保胃气、存津液之意。胡希恕认为附子能够亢奋机能,恢复机能陈衰,可以振兴胃功能;且附子作为阳药,可以充肾阳、温脾土、助运化、祛寒湿<sup>[9]</sup>。三诊对症加入丹参活血,入葛根以解除肌肉痉挛,以缓解上肢痹症;用羌活20 g以升清阳、独活20 g以祛风湿止下肢痹痛。

#### 4 结语

劳损是历代医者十分关注的重要议题,值得研究与探讨,尤其是本文探讨的由长期重度手淫这一特殊原因引起的重症劳损。《格至余论》开篇即有色欲箴,告诫不可恣情纵欲<sup>[10]</sup>;《丹台玉案》调摄养生篇言“皓齿蛾眉,是吾勾牒;伐性斧斤,永宜简节”<sup>[11]</sup>。正如文中两案,患者虽均以手淫为诱因导致劳损,但临床表现各异,病机与症候也较为多样复杂,虚实并见,寒热错杂,难以着手。雷教授认为本病具有痰湿这一特殊的病理表现,当痰湿之象明显时,应当先以化痰为主,痰湿不化,精微不运,单纯补益多难以速效,而以化痰作为切入点,执简驭繁,单刀直入,而后再针对性地予以调和阴阳、填补肾精、宁心利胆等治法,便可获效。雷教授素谙仲景经方与扶阳学说,临证时经方方同用,药味虽繁,然主次分明;药量虽重,仍不失法度,阴阳同调,脾肾并补,寒温并用,平调脏腑,师古而不泥,只要辨证准确,就可较快取得临床疗效。雷教授认为,对于本病中医治疗固然重要,同时也需要患者提升自信心,增强自制力,故临证时常嘱患者放松身心,自我

(下转第856页)

# 陈华教授分期辨治小儿感染后咳嗽经验

蒋英<sup>1</sup> 陈华<sup>2</sup> 陶敏<sup>3</sup>

1.浙江中医药大学第一临床医学院 杭州 310053 2.浙江中医药大学 3.浙江中医药大学附属第一医院

**摘要:** [目的] 介绍陈华教授分期辨治小儿感染后咳嗽的经验。[方法] 通过随师临床,整理感染后咳嗽医案,熟读浙派中医儿科学术特色相关文献,结合笔者对中医学术的思考,在确定小儿感染后咳嗽分期的基础上,探究陈师基于不同分期辨治小儿感染后咳嗽的临床经验,并列举医案以验证。[结果] 陈师主张分“风邪束肺”“肺热壅盛”“正虚邪恋”三期辨治小儿感染后咳嗽,其中“正虚邪恋”期又以“脾虚痰湿”“阴虚内热”证为多见,分别采用疏风宣肺、清肃肺热、健脾化痰或滋阴清热法治疗,充分体现了浙派中医儿科“善用风药、巧用和法、健运脾胃、滋阴清热”的学术特色。所列案例为小儿感染后咳嗽的典型医案,风邪束肺期疏风宣肺,肺热壅盛期清肃肺热,正虚邪恋期养阴清热或健脾化痰,疗效确切。[结论] 陈师通过分期辨治小儿感染后咳嗽,灵活运用浙派中医儿科学术特色,可有效减轻咳嗽症状、改善患儿体质、减少反复发作,疗效显著,值得推广。

**关键词:** 感染后咳嗽;分期辨治;浙派中医;儿科;临床经验;医案;陈华

中图分类号:R720 文献标志码:A 文章编号:1005-5509(2022)08-0853-04

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2022.08.007

**Professor CHEN Hua's Experience in Treating Children's Post-infectious Cough by Stages** JIANG Ying<sup>1</sup>, CHEN Hua<sup>2</sup>, TAO Min<sup>3</sup> 1. The First Clinical Medical School, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou(310053), China; 2. Zhejiang Chinese Medical University; 3. The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medicine University

**Abstract:** [Objective] To introduce Professor CHEN Hua's experience in treating post-infectious cough in children by stages. [Methods] Through following Professor CHEN's clinic, sorting out post-infection cough medical cases, reading up on relevant literature with academic characteristics of Zhejiang school of traditional Chinese medicine(TCM) pediatrics, combining with the author's thinking on TCM, on the basis of determining the stages of children's post-infection cough, the clinical experience of Professor CHEN was explored in differentiating and treating post-infection cough in children based on different stages, and medical cases were listed for verification. [Results] Professor CHEN advocates three stages of differentiation and treatment of children's post-infectious cough: "wind and evil bundle lung" "excessive obstruction of lung heat" and "positive deficiency and evil influence, in the period of "positive deficiency and evil influence", the syndrome of "spleen deficiency and phlegm dampness" and "Yin deficiency and internal heat" are more common, and adopts the methods of dispelling wind and promoting the lung, clearing lung heat, invigorating the spleen and reducing phlegm or nourishing Yin and clearing heat respectively, which reflects the academic characteristics of Zhejiang school of TCM pediatrics: "making good use of wind drug, skillfully of harmonizing, strengthening the spleen and stomach, nourishing Yin and clearing heat". The cases listed were typical medical cases of post-infection cough in children, wind-evil bundle lung phase dispelling wind and promoting lung, lung heat obstructing peak phase clearing lung heat, nourishing Yin and clearing heat or invigorating spleen and reducing phlegm in positive deficiency and evil influence phase, which had obvious curative effect. [Conclusion] Professor CHEN treats children's post-infectious cough by stage, flexibly uses the academic characteristics of Zhejiang school of TCM pediatrics, which can effectively reduce the symptoms of cough, improve the children's physique, reduce the recurrence, the curative effect is significant and worthy of promotion. **Key words:** post-infectious cough; treatment by stage; Zhejiang school of TCM; pediatrics; clinical experience; medical records; CHEN Hua

基金项目:浙江省第七批省级名中医工作室建设项目(GZS2020019);浙江省中医药科技计划项目(2017ZZ006)

Fund projects: The Seventh Batch of Provincial TCM Experts Studio Construction Project of Zhejiang Province(GZS2020019); Zhejiang Provincial TCM Science and Technology Project(2017ZZ006)

通信作者:陈华,E-mail:chenhuazj@163.com

感冒后咳嗽,又名感染后咳嗽(post-infectious cough,PIC),指呼吸道感染的急性期症状消失后,咳嗽仍然迁延不愈,多表现为刺激性干咳或咳少量白色黏液痰,一般持续3~8周,胸部X线摄片检查无异常<sup>[1]</sup>。研究表明呼吸道感染和PIC在中国儿童慢性咳嗽病因构成比中位列第三,仅次于咳嗽变异性哮喘和上气道咳嗽综合征<sup>[2]</sup>。PIC多为自限性,能自行缓解,但也有部分患者咳嗽顽固,甚至发展为慢性咳嗽,症状严重者可考虑口服白三烯受体拮抗剂或吸入糖皮质激素等治疗,但其有效性仍待商榷<sup>[3]</sup>。

PIC属中医“久咳”“顽咳”范畴,中医药治疗历史悠久,经验丰富。咳嗽病名始见于《黄帝内经》,认为“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”<sup>[4]</sup>。历代医家对咳嗽病因病机的认识繁多,《景岳全书》执简驭繁,认为咳嗽不外乎外感咳嗽和内伤咳嗽<sup>[5]</sup>。

陈华教授是浙江中医药大学教授、浙江省名中医,师从浙江省国医名师俞景茂先生,从事儿科临床、科研和教学工作30余年,继承浙派中医“善用风药、巧用和法、健运脾胃、滋阴清热”的学术特色<sup>[6]</sup>,主张分“风邪束肺”“肺热壅盛”“正虚邪恋”三期辨证论治PIC。笔者有幸跟师学习,现将陈师治疗小儿PIC的经验介绍如下,并附医案,以饷同道。

### 1 风邪束肺期

风为百病之长,小儿感染常因风邪袭肺而致,感染后虽咳嗽已久,但多仍有风邪未解的表现。浙派中医儿科“注重风邪为病,善用祛风之药”<sup>[6]</sup>,陈师继承该学术思想,在风邪的辨证和风药的使用上积累了丰富的经验。若咳声紧、声短咳频、阵咳连声、咳痰欠畅、脉浮,多见于疾病初期,风邪束肺,肺气不宣,病多邪实,但需辨明风寒还是风热,若咽红、舌边尖红,系风热袭表,可予桑菊饮加减,桔梗多与前胡配伍使用以宣降肺气,应注意部分患儿使用桔梗易产生恶心、呕吐等不适;若咽不红,舌淡红,则为风寒束肺,予三拗汤加味。对于凌晨易发的咳嗽,亦常用麻黄宣发卫阳,陈师认为“子时一阳生”,若子时阳气生发不足,卫外不固,阴寒之邪引动伏痰,则易发作咳嗽。麻黄性温,可宣发卫阳以疏散风邪,小儿选用炙麻黄,用量一般在3 g左右。若鼻塞流涕,加白芷、辛夷、炒苍耳子祛风通窍;若咳痰黄稠,舌红苔黄腻,痰热明显者,加用桑白皮、杏仁、浙贝、炒葶苈子、竹沥半夏清热化痰;对于久咳、顽咳,可根据病情轻重选用蝉衣、地龙或全蝎,

疏散外风的同时平息内风,往往效如桴鼓。

### 2 肺热壅盛期

风邪疏散后,患儿常感咳嗽减少,每次阵咳四到五声,痰黏难咳或咳黄痰,咽红而肿,舌质红苔黄,此为肺热壅盛,治疗予桑白皮汤。若肺热明显,可加用鲜芦根、鱼腥草清泻肺热,较少用石膏,只有肺热伴高热时才重用石膏,而且中病即止。陈师认为PIC患儿虽有肺热之标证,但体质多肺脾两虚,石膏清热易伤脾胃之阳,容易导致腹泻等不适,故应慎用。若痰喘明显,加用竹沥半夏、葶苈子、款冬花、蜜百部泻肺化痰;若咽红、咽痛,加射干、三叶青、人中白、木蝴蝶清热利咽;若腺样体肥大,伴夜寐打鼾、张口呼吸,可予皂角刺、山海螺化痰散结;若食积纳差,加用炒麦芽、炒莱菔子、生山楂、焦六曲、炒鸡内金消食助运,炒莱菔子不仅能消食除胀,还能祛痰下气;兼见便秘者,加瓜蒌仁、枳壳、火麻仁化痰通便。

### 3 正虚邪恋期

疏风清热后,患者咳嗽明显好转,偶尔咳嗽一两声,痰易咳出,此期患儿邪气未尽但正气已虚,多为脾虚痰湿或阴虚内热证,稍遇外感,则易引动伏痰,病情反复。陈师认为此期应“巧用和法”<sup>[6]</sup>,和法不仅能和解表里、和解少阳,和解中也涵盖扶正祛邪之意。此期一味攻邪,正气易伤,而单纯补虚,恐闭门留寇。和法的关键需辨明邪实、正虚各有几分。此期以脾虚痰湿和阴虚内热证为多见,以下按照证型分述。

**3.1 脾虚痰湿证** PIC病程长,病情易反复,与患儿脾虚体质密切相关,因此陈师在治疗过程中始终贯彻浙派中医“健运脾胃”<sup>[6]</sup>的观点。“脾为生痰之源”,脾虚不能运化水湿,水液代谢失常,聚液成痰,外邪易引动伏痰,发为咳嗽,病情易反复。陈师认为,补益脾胃不宜壅补、峻补,小儿易虚易实、易寒易热,用药应轻灵平和。“脾贵在运不在补”<sup>[7]</sup>,补脾同时应注重脾胃运化,动静结合。补脾以四君子汤为基础,一般用太子参,陈师认为小儿体禀纯阳,患病易从阳化热,不宜使用人参、党参等温补之品,故多选用太子参补气养阴。痰湿明显,合二陈汤,甚者选用薏苡仁、阳春砂、苍术、厚朴等化湿运脾;积食纳差,加炒麦芽、生山楂、焦六曲、炒鸡内金以消食导滞;积食化热,口臭明显,加连翘,取保和丸之意;肺卫不固,反复易感,合玉屏风散以益卫固表。

**3.2 阴虚内热证** 浙江地处东南,气候湿热,热病易

迄今为止,大肠癌在全球恶性肿瘤中发病人数位居第3位,死亡率为第2位<sup>[1]</sup>。大肠癌由腺瘤性息肉、锯齿状息肉等癌变演化形成,其中腺瘤性息肉为其主要的癌前病变<sup>[2]</sup>。早期发现和治疗能有效阻止大肠肿瘤的形成,西医防治手段为饮食习惯调整、早期肠镜筛查腺瘤性息肉等,但肠镜检查普及率不足导致多数群众错过早期筛查,反复检查则会带来经济负担,而且无法降低腺瘤性息肉的复发率<sup>[3]</sup>。中医治未病理论广泛运用于大肠息肉的防治中,近年来国内各地研究者通过对大肠息肉疾病的体质研究,总结出阳虚体质为大肠息肉发病的主要偏颇体质<sup>[4-5]</sup>。然而,对于中医体质的研究主要采用体质评分量表,容易受医生主观判断的影响,缺乏客观性。红外热成像作为新兴检测手段,为体质辨识提供了客观化依据,并已运用到脂肪肝、慢性胃炎等消化系统疾病的治疗中<sup>[6-7]</sup>。本研究对阳虚体质结肠息肉患者进行红外热成像技术检测,总结该类患者的皮温分布特征,并且探讨阳虚体质结肠息肉患者的皮温与息肉性质之间的相关性,以期结肠癌癌前病变的防治提供新的检测手段。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取2020年1月至2021年12月在柳铁中心医院和柳州市中医医院进行肠镜检查,且病理报告诊断为大肠息肉的患者。收集患者基本资料、内镜下诊断、病理诊断、中医体质类型诊断和红外皮温资料。

**1.2 纳入标准** 同时符合结肠息肉的西医诊断标准和中医体质分类中的阳虚体质标准。

**1.2.1 西医诊断标准** 根据《实用内科学》<sup>[8]</sup>和《消化超声内镜学》<sup>[9]</sup>的肠道息肉诊断标准:肠镜下诊断为肠道息肉,包括直肠、乙状结肠息肉和结肠息肉,并且活检病理诊断为息肉样变。

**1.2.2 中医诊断标准** 符合《中医体质分类判定标准》<sup>[10]</sup>中的阳虚体质:以身体畏寒怕冷、手足不温为主要特征,伴有喜热饮食、精神不振、舌淡胖嫩、脉沉迟。

**1.2.3 排除标准** (1)患有结直肠肿瘤、肠结核等其他肠道疾病者;(2)皮肤疾病导致皮肤散热障碍,皮温异常者;(3)合并精神障碍以及严重的心脑血管、泌尿系统、泌尿系统等重要系统疾病者;(4)不能配合中医体问卷调查者。

**1.3 患者分组** 将患者分为阳虚体质组与平和体质

组,并根据不同的息肉病理类型和息肉数量,分为4组:非腺瘤性息肉组、腺瘤性息肉组,并依据息肉数量<10与数量≥10进一步分为亚组。比较阳虚体质患者和平和体质患者的皮温,并比较腺瘤性息肉患者与非腺瘤性息肉患者的皮温。

## 1.4 红外皮温检测

**1.4.1 检测设备** 由专业人员采集患者红外皮温,使用维恩伟业公司生产的WIN II 0805(通用型)Version 2.1医用红外热像仪进行检测,测温范围为0~50℃,探测器像素为320×240,温度分辨率≤0.038℃,空间分辨角≤0.9 mrad。环境要求:室温26~28℃,相对湿度50%~60%,无强光干扰,保持室内外相对隔绝。

**1.4.2 红外热像摄取** 检查时间为早上8:00至10:00,患者未进食,无剧烈活动,用体温计测得体温为36.0~37.0℃,方可进行红外皮温检测。患者脱尽全身衣服,静坐10 min后进行红外摄影。分别摄取人体前后躯干及上下肢皮温照片,进行3次拍摄,最终取平均体温作记录。

**1.4.3 皮温观察部位的选取** 根据全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材《中医基础理论》《难经》《内经》划分中焦和下焦界限。中焦部位:横膈以下至脐水平线以上的上腹部;下焦部位:脐水平线以下至双侧腹股沟的中点连线;前躯干部位:上为双侧锁骨中点连线,下为双侧腹股沟中点的连线;后躯干划分部位:上侧为双肩峰连线,矩形两侧不超过腰部,下侧为骶骨上缘。根据《腧穴名称与定位》(GB/T 12346—2006)的标准定位取穴,选取以下穴位:中脘、天枢、关元、足三里,并检测穴位的体表温度。

**1.4.4 观察指标** 前后躯干、中焦整体面积温度取平均值,督脉皮温取大椎穴至腰阳关穴的直线平均温度,其余取相应穴位的皮温,天枢穴取双侧天枢穴的皮温平均值,足三里穴取双侧足三里穴的皮温平均值。

**1.5 统计学分析** 采用SPSS 23.0统计软件进行统计学分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 $t$ 检验。如果计量资料不符合正态分布,组间比较则采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 患者一般资料** 共收集了2020年1月至2021年12月肠镜下诊断为结肠息肉、直肠息肉的患者200例,