

· 综 述 ·

冠心病中医常用治法古今文献分析

郝丽梅¹ 毛静远^{2*} 毕颖斐² 王贤良² 侯雅竹²

(1. 天津中医药大学研究生院, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院)

基金项目: 教育部“创新团队发展计划”资助项目(IRT1276);

国家中医临床研究基地业务建设科研专项资助项目(JDZX2012140)

* 通讯作者: jymao@126.com, (022)27432019

[摘 要] 冠心病归属于中医“胸痹”、“心痛”、“真心痛”等病范畴, 从先秦到清末, 历代医家通过数千年的临床实践, 积累了对该病的丰富理论认识与宝贵临床经验。当代名中医在继承前人理论的基础上, 不断创新, 对该病治疗方法有新的发挥。通过对中医治疗胸痹、心痛相关古代文献资料的系统整理, 并结合当代名中医的治疗方法进行讨论, 梳理出温通法、活血化瘀法、化痰法、益气养阴法、补肾固本法及理气法等 6 种中医治疗冠心病的常用治法, 可为今后进一步深入探讨冠心病的辨证治疗提供参考。

[关键词] 冠心病; 胸痹; 中医治法; 古代文献; 当代名中医

冠心病属于中医“胸痹”、“心痛”、“真心痛”等病范畴, 从先秦到清末, 历代医家通过临床实践, 形成了对该病逐渐清晰的辨证理论及论治方法体系。我们通过对历代中医文献整理及数据挖掘^[1], 结合当代名老中医学术思想与临床经验, 对中医药治疗胸痹、心痛的常用治法做了梳理, 总结为以下 6 种治法, 即温通法、活血化瘀法、化痰法、益气养阴法、补肾固本法及理气法。在此分述如下。

1 温通法

1.1 古代文献对于温通法的记载

《素问·举痛论》中记载:“寒气客于脉外则脉寒, 脉寒则缩踈, 缩踈则脉急, 脉急则外引小络, 故卒然而痛, 得炅则痛立止。”炅即热也, 即可以用温热之物散寒解痉行血以治疗痛证。《灵枢·五味》中的“心病者, 宜食麦、羊肉、杏、薤”是文献中最早记载用来治疗心病的药物, 薤即薤白, 其性辛温通畅, 善散寒凝壅滞。汉代张仲景在《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证并治》中论述有“胸痹心中痞, 留气结在胸, 胸满, 胁下逆抢心, 枳实薤白桂枝汤主之; 人参汤亦主之”, 并提出胸痹发病机理是“阳微阴弦”, 上焦阳气虚衰, 胸阳痹阻, 气机郁滞, 当急以枳实薤白桂枝汤温通胸阳, 通阳开痹, 病势较缓时用人参汤温中益气, 扶助中阳, 阳气振奋, 阴寒自散。隋代巢元方在《诸病源候论》中提出“寒气客于五脏六腑, 因虚而

发, 上冲胸间, 则胸痹”。指出胸痹的病因为胸阳先自衰微, 外因寒气乘之而成。唐代孙思邈《备急千金要方·心腹痛》认为, “寒气卒客于五脏六腑, 则发卒心痛胸痹”, 并在《备急千金要方·胸痹》中记载了治疗胸背疼痛的细辛散、蜀椒散等方, 其治法多以温通散寒为主。至宋代, 芳香温通法开始广泛应用, 宋代方书中有关芳香温通法治疗心痛的记载非常丰富, 其中《太平惠民和剂局方·治一切气》中的苏合香丸为此类方的经典代表。明代医家进一步将温通法扩展到对“真心痛”的治疗。董宿在《奇效良方》中为治疗“真心痛”创立了术附汤, 以大辛大热之品温通经脉、回阳救逆, 张浩在《仁术便览·心脾痛》一书中也提出“真心痛, ……用温药”。清代医家亦多有对此法的发挥, 如喻昌在《医门法律·中寒门》中记载“胸痹胸痛, 然总因阳虚, 故阴得乘之”。叶天士《临证指南医案·胸痹》中也提出, “若夫胸痹, 则但因胸中阳虚不运, 久而成痹”, 治疗上, 力主温通, 认为心脉痹阻, 非温药不能通。

1.2 当代名中医对温通法治疗冠心病的继承与发挥

郭士魁教授^[2]在治疗胸痹心痛时, 注意到寒邪对疾病发作的影响。针对胸痹患者常在受凉或寒冷季节发病这一特点, 认为寒凝于血脉, 致血行不畅, 经脉痹阻, 不通则痛是此类患者疾病发作的关键所

在。根据这一病理特点,在治疗时,郭教授常运用芳香温通中药以散寒温经通脉止痛。在临床实践中,他常用茱萸、高良姜、细辛等温通散寒以止痛,使疼痛迅速缓解。芳香温通药物的使用,为临床运用中药速效缓解心绞痛开辟了新的途径。郭教授在20世纪70年代研制出了“冠心2号”,方由红花、赤芍、丹参、降香、川芎组成,集理气活血、芳香温通于一体,成为治疗冠心病的一个经典方剂,广泛应用于临床。

颜德馨教授^[3]治疗冠心病注重温阳以助血行,认为气的推动作用使血液循环的动力,温壮阳气可以化瘀行血,临证喜用附子,取其功兼通补。通者,通阳散寒,可促使气血畅通;补者,温补阳气,有利于气血复原。对于经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后再狭窄的病因病机,颜德馨教授^[4]认为,上焦阳气不足、下焦阴寒气盛,心阳不振,以致阴邪上乘,水饮、痰浊、瘀血互结,胸阳痹阻,阳气不通,不通则痛。提出阳虚血瘀是PCI术后再次狭窄发病的基本病机,治疗上力倡温通。

2 活血化瘀法

2.1 古代文献对于活血化瘀法的记载

先秦时期,中医对瘀血即有一定的认识,《黄帝内经》中虽无“瘀血”一词,但书中提出了“恶血”、“血菀”、“留血”、“血凝泣”等多种近似瘀血的名称,并对其成因、治疗作了较为详细的论述^[5]。《素问·离合真邪论》载:“夫邪之入于脉也,寒则血凝泣”;《素问·生气通天论》指出:“大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥。”治疗上,《素问·阴阳应象大论》提出“血实宜决之”,《素问·至真要大论》亦指出“疏其血气,令其调达,而致和平”的治疗总则。可以说《黄帝内经》为中医活血化瘀学说之肇始。唐代孙思邈在《备急千金要方·心腹痛》中发展了活血化瘀治疗心痛病理论,多次采用大黄、芍药、鬼箭羽、当归、桃仁等药治疗心痛病。至明代已有多位医家采用活血化瘀法治疗心痛,如徐春甫在《古今医统大全》中记载用金铃子散和灵脂酒治疗热厥心痛,王肯堂在《证治准绳》中提出“死血作痛”用失笑散及大剂量红花、降香治疗。清代则是活血化瘀法应用的鼎盛时期,代表医家有张璐、叶天士、王清任和唐容川等,他们采用活血兼以补气、补血,以及应用虫类药通络,灵活多变,创制了众多行之有效的方剂,对后世治疗胸痹、心痛颇有启发,其中王清任创立的血府逐瘀汤、补阳还五汤等名方,成为后世应用活血化瘀法治疗冠心病的经典效方。

2.2 当代名中医对活血化瘀法治疗冠心病的继承与发挥

郭士魁教授^[2]在立法治疗胸痹时,特别重视瘀血的存在。他认为,在胸痹心痛发作期,以标实为主、为急,虽然寒凝、气滞、痰浊、瘀血可并存,但气滞寒凝痰浊及本虚中的气虚等又可进一步导致血行不畅,从而加重瘀血,阻于经脉。因此,郭教授注重施以活血化瘀法治疗冠心病,常运用大量活血化瘀药物,如丹参、川芎、桃仁、红花和三七粉等,以治标治急,活血祛瘀止痛。

陈可冀教授^[6]继承了郭士魁教授的学术思想,临证擅长以活血化瘀法治疗冠心病。他将冠心病心绞痛患者血小板黏附、聚集,血栓形成,微循环障碍,动脉内膜增厚,脂质沉积,血管狭窄等病理改变,皆归属于中医“血瘀”的范畴,将微观病理改变与冠心病患者胸痛、舌色紫暗、瘀点瘀斑等宏观表证有机结合,认为冠心病心绞痛主要中医病机为“血脉瘀滞”,故以活血化瘀法作为中医治疗冠心病的基本治法。陈教授^[7]不仅倡导活血化瘀治疗冠心病,而且临证时十分注重气血相关、病邪相兼及脏腑气机生化,在活血化瘀治法的基础上重视化痰、温阳、益气等的应用,丰富和完善了活血化瘀治法的内容。他指出冠心病患者多为肥胖痰湿偏重之人,多并发高脂血症、糖尿病及肥胖等,痰湿阻于脉络,致气血运行失畅,血液瘀滞,痰瘀互阻致心脉不畅,发为“胸痹”,故常将祛痰浊利水湿与活血化瘀并重。

3 化痰法

3.1 古代文献对于化痰法的记载

张仲景治疗胸痹着重于化痰通痹,在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》中记载:“胸痹,不得卧,心痛彻背者,栝楼薤白半夏汤主之”。胸阳不振,水饮结聚,痰浊壅阻,气机不通,而致心痛彻背,甚至不能平卧,故治以瓜蒌薤白半夏汤,该方为后世治疗痰浊瘀阻的冠心病奠定了坚实的基础。此后历代医家逐渐认识到痰浊在胸痹、心痛发病中的重要性。隋代巢元方《诸病源候论·心痛病诸候》认为,“其痛悬急懊者,是邪迫于阳气,不得宣畅,壅瘀生热,故心如火而急烦懊痛也”。提出了壅瘀生热的病机,痰浊壅塞内阻,郁久化热,或阻滞脉络形成痰瘀,使气机痹阻,血脉运行不畅,以致心痛。元代朱丹溪在《丹溪心法》中提出“痰夹瘀血,遂成窠囊”,此理论被后世医家广泛继承和发挥。清代李用粹《证治汇补》对本病的痰热病机作了深刻的描述,指出“气郁痰火,

忧恙则发,心隔大痛,次走胸背”。徐大椿在《兰台轨范·心胃痛》中载:“近人患心胃痛者甚多,十人之中必有二三,皆系痰饮流于心下,久成饮囊,发作轻重疏数虽各不同,而病因一辙,治法以涤饮降气为主,凡病竟有时代之不同”,不仅明确指出致病因素在于痰饮,而且还说明致病特点并非一成不变,而是随着社会环境、人们饮食习惯等的变化而发生相应变化。

3.2 当代名中医对化痰法治疗冠心病的继承与发挥

路志正教授^[8]针对痰浊阻络的病机,治疗胸痹注重调理脾胃,常以宣、化、渗三法治之,即开宣上焦,芳化中焦,调畅气机,渗利下焦,使邪有出路,三焦同治,往往收事半功倍之效。路老调理脾胃以化痰祛湿宣痹的常用药对,有茯苓与半夏,共奏健脾利水、燥湿化痰之功;杏仁与薏苡仁,“肺为水之上源”、“脾主运化”,肺、脾得调,则水湿之邪无以生。

张伯礼教授^[9]总结多年临床经验,提出“痰瘀互生,病重之源”的观点,认为痰瘀同源互生,或者痰浊直接壅塞血脉而致痰瘀兼夹。近又提出痰瘀互生,酿生浊毒是一个病理过程,痰瘀壅积黏结,久则酿生浊毒,随气升降,亦可深伏结滞络脉为害。浊邪内蕴,痰瘀互生,易热化伤阴,因此,他强调临证用药勿过于温热,不得以参类、当归补之;且浊为阴邪,质重黏腻,遇寒易凝聚难解,慎用用药过于寒凉,不可以黄芩、黄连等泻之,提出治浊之法,宜施芳化,佐以清解。

程丑夫教授^[10]在临证中发现,冠心病患者症状以闷痛多见,由血瘀所致的刺痛相对少见,认为本病患者多数存在痰热病机,治疗宜采用清热化痰为法,喜用《金匱要略》小陷胸汤加減。

4 益气养阴法

4.1 古代文献对于益气养阴法的记载

张仲景在《伤寒论》中提出“脉结代,心动悸,炙甘草汤主之”,该方益阳气、养阴血,成为后世医家治疗心悸的常用方剂。清代汪昂在《医方集解》中论述炙甘草汤,曰“此手足太阴药也。人参、麦冬、甘草、大枣益中气而复脉,生地、阿胶助阴血而宁心”,为益气养阴的代表方。金代李东垣在《内外伤辨惑论》中创制的益气养阴名方生脉散,方中人参甘温,益气生津,麦冬甘寒,养阴生津,五味子酸温,敛肺益气生津,全方益气生津、敛阴止汗,为后世用于治疗胸痹心痛之气阴两虚的代表方,迄今仍在临床广泛应用。清代李用粹《证治汇补》中指出:“人之所主者

心,……阴气内虚,虚火妄动,心悸体瘦,五心烦热”,指出气阴两虚是心系病证的重要病机,治疗上主张益气滋阴降火。清代喻昌在《医门法律》中论述“心痛者脉必伏,以心主脉,不胜其痛,脉自伏也。不可因其脉伏神乱,骇为心虚,而用地黄、白术补之。盖邪得温药则散,加泥药即不散,不可不慎之也。温散之后,可阴阳平补之”。这一论述表明了喻昌阴阳平补的观点,以益气养阴,平和进补。

4.2 当代名中医对益气养阴法治疗冠心病的继承与发挥

许心如教授^[11]根据胸痹具有本虚标实的慢性特点,结合气血辨证理论,在 20 世纪 60 年代率先提出益气养阴、活血通脉治疗胸痹的思路,以此治疗大法为原则,选择相应的药物组成合理的方剂,逐渐发展为现在使用的三参通脉合剂,取用标本兼顾之法,治以益气滋阴养血、理气活血化瘀,取得明显疗效。

林钟香教授^[12]认为,“气阴两虚,因虚致瘀”是冠心病重要病机,主张“心病从虚论治”,创立了益气养阴方舒心饮,并在补虚治本的基础上加用祛风药,标本同治,补中有散,使“祛风不致太过,养血不致呆滞”,体现了“审证求因”、“审因论治”的辨证思想。另外,林钟香^[13]还指出,若辨证血瘀明显、标急于本时,可以活血化瘀为主以治标,当标证缓解后,再以益气养阴以图本。但活血化瘀之剂不宜久服,恐更伤正气而加重病情。

罗铨教授^[14]诊疗冠心病重视体质,强调气阴两虚,认为冠心病多发生于中老年人,患病率随着年龄的增长而递增。中老年人因年老体衰,脏腑功能减退,常见素体阴虚,久则阴损气伤,或气虚津液生成不足,或脾肾亏虚造成气阴两虚的证候,气虚则无以行血,阴虚则脉不利,均可使血行不畅,而瘀阻心脉,治疗上主张益气养阴。

5 补肾固本法

5.1 古代文献对于补肾固本法的记载

《素问·脏气法时论》曰:“肾病者,……虚则胸中痛”,《素问·五脏生成》曰:“心之合脉也,其荣色也,其主肾也”,指出了心肾二者之间的关系。《太平圣惠方·治心背彻痛诸方》中认为,“胸痹噎塞”而心背彻痛的病因是“脏腑虚弱,肾气不足,……心气既虚,为邪所乘”,指出肾气不足是胸痹发病的重要原因。明代张介宾治疗心痛非常重视补益肾精,在《景岳全书》中指出:“心本乎于肾,所以上不宁者,未有

不由乎下,心气虚者,未有不由于肾”,并提出“房劳过度,肾虚羸弱之人多有胸胁间隐隐作痛,此肝肾精虚不能生血而然,……惟宜左归饮、大补元煎之类主之”,提倡补肾固本法治疗心痛。

5.2 当代医家对补肾固本法治疗冠心病的继承与发挥

赵锡武教授^[15]认为,心与肾相互为用,肾不能还精于心即显心功能虚衰,肾不能还精于肝而不能柔肝养筋,致筋膜憔悴,脉管渐硬,故补肾养筋法亦为治疗胸痹的大法。

赵立诚教授^[16]认为,肾虚是冠心病发生的重要根源,因其所致的心血瘀阻是本病的主要病理因素,认为补肾固本、活血通络是治疗冠心病的重要方法,并根据临床表现的不同,将补肾固本区分为益肾气、补肾阳、滋肾阴等不同方法。

张云鹏教授^[17]认为,肾虚为冠心病发病的基础。从经络关系上来看,心与肾同属少阴,“同气相通”;从生理上来看,肾为先天,为真阴真阳之所在,又是精神所舍和元气所系的脏器,特别是肾阳式微,命门火衰,与心气不足,痰凝、气滞、血瘀的形成有很大的关系;从临床症状上看,有半数以上患者有腰痛脚软、乏力头晕、发白或早脱、尺脉细弱等肾虚的症状。因此,补肾为治本之重要大法,在一定意义上补肾即是养心。

毛静远教授^[18]结合《黄帝内经》“年过四十,而阴气自半也,起居衰矣”的认识,临床中发现冠心病患者大多数为中老年人,其中女性以阴血为本,经带胎产的异常均会导致素体阴液亏虚,因此,临床中女性冠心病患者较男性多见阴虚证,针对其肝肾不足的特点,治宜补肝益肾,每获良效。

6 理气法

6.1 古代文献对于理气法的记载

张仲景以橘枳姜汤治疗“胸痹,胸中气塞,短气”,其中橘皮、枳实均为行气开郁之常用药,开创了行气开郁法治胸痹的先河。《圣济总录》记载:“治卒心痛不可忍,川芎汤方。”方由川芎、桂枝、厚朴等药组成,体现了行气以治心痛。明代医家在心痛的治疗方面比较重视使用行气开郁法,在多种治法中,常见合用行气法而止痛,收到良好的良效。如汪机的《医学原理》认为,“心痛未有不由于气滞而致者,古方皆用行气散气之剂,治而愈之”;王肯堂在《医镜》中记载:“治诸般心痛,以开郁行气为主,此其要法也”。清代陈修园非常重视调畅气机治疗胸痹、胸

痛,并按照气的不同证候施以不同药物,他提出按照气虚、气实、气结、气逆、气滞五类分别论治,曰“阳气虚宜黄芪,气实宜枳实,气结宜贝母、瓜蒌皮,气逆宜半夏、薤白,气滞宜檀香、砂仁之类”,独具新意。沈金鳌在《杂病源流犀烛》中记载“胸者,肝之分,肺、心、脾、肝、胆、肾、心、包七经脉俱至胸,然诸经虽能令胸满气短,而不能使之痛,惟肝独令胸痛”,倡导治疗胸痛以治肝为先。

6.2 当代医家对理气法治冠心病的继承与发挥

印会河教授^[19]认为,胸痹是指“胸痹而痛”的疾患,与《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》中的“肝着,其人常欲蹈其胸上,先未苦时,但欲饮热,旋覆花汤主之”属于名异实同,故对胸痹的治疗习以旋覆花汤为主方,配瓜蒌薤白半夏汤、茯苓杏仁甘草汤理气开胸祛痹,或加丹参、川芎、丝瓜络、橘络活血通络。旋覆花汤中的“新绛”已不存在,印教授主张以红花和茜草取而代之,至于原文中的葱白,叶天士曾改用葱叶(即葱之青管),印教授则兼收并蓄,认为葱叶之温性不如葱白,故主张寒象明显者仍用葱白,热象明显者就改用葱叶。

陈镜合教授^[20]认为,冠心病属正虚邪实之证,正虚有气虚、血虚、阳虚、阴虚之别,邪实虽有气、血、痰、食、湿、火六郁,而以气郁为先,“郁”是冠心病发病的关键。陈教授根据《素问·六元正纪大论》“木郁达之”之论,从郁论治,注重肝脾,提出“心病治肝”理论,并结合现代中药药理学研究成果遣方用药,以越鞠丸合失笑散加西洋参、红花等组成治疗冠心病的有效方剂——开心方^[21],方中诸药共具行气活血、祛湿化痰、开郁降脂的作用。

7 小结

历代医家基于自己的临床实践,对于冠心病的治疗不断丰富理论认识,积累了宝贵的临床经验,形成了系统的辨证论治体系。当代名中医在继承古代医家认识观点的基础上,结合自己的临证经验,在冠心病的辨证治疗方面有新的发挥,体现了中医治疗冠心病的时代性特点。但有关的文献资料内容繁多而散乱,为充分地掌握和利用这些文献资源,以便为今后进一步深入探讨冠心病的辨证治疗提供参考,我们通过回顾中国古代文献资料,把握当代名中医诊疗冠心病思路,对其进行了系统的梳理。中医药治疗冠心病在不断发展、创新,不断地总结前人经验,再现中医发展脉络,可为以后提高中医诊疗冠心病提供文献支持。

参考文献

- [1] 陆一竹,毛静远.基于中医古籍文献数据分析的胸痹心痛证治规律研究[D].天津:天津中医药大学,2012.
- [2] 李军.浅谈郭士魁治疗胸痹的经验及学术思想[J].河北中医,2009,31(3):325-326.
- [3] 颜德馨.化瘀必先调气:调气药临证应用经验谈[J].浙江中医杂志,2006,41(10):569-570.
- [4] 湛心芬,黄书慧,薛金贵,等.温阳活血方防治冠心病 PCI 术后狭窄的临床研究[J].上海中医药大学学报,2009,23(4):25-28.
- [5] 蔡建伟.《黄帝内经》论瘀血摘要[J].中医研究,2003,16(1):2-4.
- [6] 史大卓.陈可冀院士冠心病病证结合治疗方法学的创新和发展[J].中国中西医结合杂志,2011,31(8):1017-1020.
- [7] 马晓昌.陈可冀教授治疗冠心病临床经验介绍:祛浊利湿与活血化瘀并重[J].中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(5):441-442.
- [8] 宋军,路志正.路志正教授调理脾胃法治疗冠心病的用药规律研究[J].世界中西医结合杂志,2011,6(9):801-803,819.
- [9] 谢伟,康立源,王硕,等.张伯礼治疗冠心病经验[J].中医杂志,2011,52(18):1539-1541.
- [10] 龙云,危玲,刘淑琦,等.程丑夫教授治疗冠心病经验[J].中国中医急症,2004,13(7):450-451.
- [11] 陈嘉兴.许心如学术思想和临床经验总结及三参通脉合剂治疗胸痹的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2011.
- [12] 何燕,林钟香,汤诺,等.益气养阴法在治疗冠心病临床实践中的应用和发展[C]//中国中西医结合学会.全国中西医结合发展战略研讨会暨中国中西医结合学会成立三十周年纪念会论文汇编.北京:中国中西医结合学会,2011:178-180.
- [13] 汤诺,何燕,林钟香论治冠心病心绞痛的经验总结[J].中医文献杂志,2008,26(3):29-31.
- [14] 张俐,万启南.罗铨辨治冠心病的经验[J].云南中医中药杂志,2000,21(1):12.
- [15] 朱邦贤.赵锡武冠心病证治六法举要[J].上海中医药杂志,1998,32(6):2-5.
- [16] 童晓云,杨忠奇,范绍祥,等.浅谈补肾活血法治疗冠心病[J].江西中医学院学报,2007,19(4):10-11.
- [17] 王红仙,花根才,杨悦娅.张云鹏辨治冠心病思路[N].中国中医药报,2007-9-13(6).
- [18] 毕颖斐,毛静远,陆一竹,等.冠心病中医证素分布的性别差异及与冠状动脉造影结果的相关性分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,8(9):1031-1032.
- [19] 陈庆平,徐蒙,王诗雅.名医印会河教授临床抓主症经验集粹(十八)[J].中国乡村医药杂志,2002,9(3):32.
- [20] 叶志中,李思宁.陈镜合教授论治冠心病的临证思路[J].中国中医急症,2005,14(7):660-661.
- [21] 余锋,陈镜合.陈镜合教授论治冠心病学术思想简析[J].新中医,2009,50(2):9-11.

(收稿日期:2013-03-05;修回日期:2013-05-19)

[编辑:黄 健]

读者·作者·编者

《中医杂志》研究论著类稿件摘要编写要求

本刊研究论著类稿件均要求在正文前附摘要,一般为 200~300 字,可根据内容掌握。摘要应具自明性,即仅阅读摘要而不需阅读全文就能获得必要的信息。摘要一般分为目的、方法、结果、结论 4 个部分。

目的:研究目的要明确、简洁,应为该项研究最终要解决的问题,而不是题目的重复。

方法:(1)说明研究对象。临床研究应说明病例数量(必要时说明性别、年龄)、分组情况及每组的例数;实验研究应说明动物种类、数量(性别、级别、体重、周/月龄等视情况必要时说明)、分组及每组数量。(2)说明干预措施、检测指标、检测方法、干预及检测的实施时间/持续时间。临床研究应说明各组治疗方法(药物、手法或主要穴位)名称、剂量(刺激量或参数)、疗程、观察指标及检测实施时间;实验研究应说明动物造模方法,各组所用药物名称、剂量、给药途径、持续时间、检测指标及检测实施时间。

结果:报告研究结果的主要数据及统计学显著性的确切值(统计量和 P 值)且数据准确。(1)结果数据与正文内一致。(2)主要的阴性结果应予报告。(3)缩略语首次出现写出中文全称。

结论:应依据结果分析总结而得出,立论和推理应有充分依据,避免套话和猜测性语言。结论不应重复结果内容,结论应与研究目的一致。