

案例式教学法在《针灸学治疗篇》 教学中的应用与探索※

● 常小荣^{1*} 刘 密¹ 王 超¹ 黄 洁² 娄必丹² 刘未艾³

摘 要 本文主要从案例式教学法的概念、案例教学法中关于案例的选择以及案例的分析、案例式教学法的形式等几个方面进行了讨论,探讨了如何将案例式教学法应用到《针灸学治疗篇》的教学中。其目的是想通过案例式教学法的运用,来加强培养学生的临床思维能力和综合分析能力。

关键词 针灸学 治疗篇 案例教学法

《针灸学》是一门实践性很强的临床课程,特别是在《针灸学治疗篇》传统教学中,单纯的理论讲解比较枯燥,学生上课的积极性往往不高,兴趣不浓,注意力很难集中,学习效果不佳。仅凭教师的单纯讲授难以培养学生的临床思维能力和对深奥中医理论的理解能力。关于针灸治病的选穴配伍、补泻手法的运用,非实践不能领会其奥妙。针对这些问题,我们对《针灸学治疗篇》教学过程中的教学方法进行了植入案例式教学法的改革,可以缩小理论与实践之间的差距,从而弥补学生临床实践不足的缺陷。

1 案例式教学法的概念

案例教学法是指以案例作为教学材料,结合教学主题,通过讨论、问答等师生互动的教学过程,

让学生了解与教学主题相关的概念或理论,并培养学生高层次能力的教学方法^[1]。案例式教学法起源于十九世纪二十年代^[1]。但直到1990年以后,国内教育界才开始探究案例教学法并获得了迅速的发展。案例教学将长期以来习惯的“被动学习”过程变成一个“主动学习”过程,要求学生围绕案例进行思考、分析、归纳、推理,并通过课堂讨论学习和掌握相关知识内容,有助于加深、巩固对学过的知识的理解,可提高学生的自学能力、思考能力、记忆能力、创新能力、语言表达能力,并培养他们的形象思维、扩大知识面^[2]。

2 案例式教学法中案例的选择以及案例的分析

案例的来源我们主要有以下途径:古代名家针灸医案、近现代

名中医医案以及当代名中医典型医案。所有医案均从公开出版的书籍中选取,均为前人临床实践的精华,具有较强的借鉴意义。案例的选取原则:首先我们要强调①案例的真实性。只有真实可靠的病案才能在今后的医疗实践中得到重复,对提高学生的动手能力具有实际意义。真实的案例可来源于经典医籍或教师的临床实践,也可来源于学生的亲身体会,如腕踝扭伤、急性咽炎或月经不调等。②案例的典型性。只有典型的案例才能在今后的医疗实践中得到重复,对提高学生的动手能力具有实际意义。目前的针灸治疗篇教学,教师较多运用自身临证的具体案例、或者所见案例,大多较为随意,不具有典型性,这样容易以偏盖全。③案例的难易程度。病案的难易程度是根据学生的层次及教学内容的深入和学生分析能力的提高,可在基本病变的基础上增加一些兼症的治疗或运用多种刺灸方法综合治疗,原则上讲是先易后难,循序渐进。④案例的可操作性。临床

※基金项目 湖南省教研教改课题资助(No:2011178);湖南中医药大学教研教改项目资助

* 作者简介 常小荣,女,教授。研究方向:针灸学教学改革。

• 作者单位 1. 湖南中医药大学针灸推拿学院(410007);2. 湖南中医药大学第一附属医院(410007);3. 湖南中医药大学第二附属医院(410005)

病案一旦被选作教学案例,可进行适当的加工,如补充关键性的内容如必要的实验室检查,防止因病案提供内容的不足影响学生的辨证思路。我们在选取案例时反复比较,从众多医案中筛选出最具有代表性的案例如下:

案例1 张沛霖医案:面神经炎属风寒型面瘫,早、中期治疗以祛风解表为主,后期治疗兼以补中益气、扶正固本。

李某,女,20岁。2006年1月7日初诊。左侧口眼歪斜4天。初诊:4天前感冒发热后面颊肿胀,继而出现左眼闭合不全,流泪。现症:左面颊肿胀左眼裂变宽,闭合不全,左侧鼻唇沟变浅,口角歪向右侧,无发热,无头痛、头晕,无肢体麻木。查体:左面颊肿胀,左眼闭合不全,左侧鼻唇沟变浅,口角歪向右侧。舌淡红,苔薄白,脉浮。诊断为:风寒型面瘫(面神经炎)。

分析:本病为风邪痹阻面络,气血不能濡养面部经筋,经筋纵缓不收而发口眼歪斜。治法:祛风解表,疏通面络。处方:完骨、翳风、风池、养老、合谷。行提插泻法,隔日1次,每次留针20分钟,连针5次。嘱:避风寒,面部保暖,忌食辛辣油腻之品。复诊:针灸治疗5次后,口眼歪斜症状减轻,脉细。辨证论治:外邪侵扰脉络,面部经脉失于濡养。治以祛风通络,濡养面部经脉。处方:完骨、翳风、风池、阳池、足三里。足三里行提插补法,其余穴均行提插泻法,隔日1次,每次留针20分钟,连针5次。症状基本消失,疗效显著。

按 本案为风寒型面瘫,早、中期治疗以祛风解表为主,疏通面络为次;后期治疗则注重患者正气的恢复,兼以补中益气。治疗以少

阳经穴位为主,取翳风、风池等穴祛风效果较好。完骨、风池、养老有祛风通络止痛的作用,翳风舒筋通络,祛风寒之邪,合谷解表。复诊时加足三里补中益气、扶正固本。

案例2 程莘农医案:中风属肝阳上亢者治以通经活络,熄风化痰,可获佳效。

孟某,男,74岁。1989年12月18日初诊。左侧上下肢瘫痪不用4天。初诊:于本月14日,无诱因突见左侧肢体偏废,不能活动,急送至北京宣武医院,诊断为“脑动脉硬化脑血栓形成”。给予丹参、地巴唑、芦丁等药物治疗,左下肢稍能动弹。患病后第4日,患者由家属送入我门诊进行治疗。现症:神志清楚,嗜睡,左侧半身不遂,言语可,不见口眼歪斜。查体:舌红、苔白中黑;脉旋滑。诊为:中风肝阳上亢型(脑动脉硬化脑血栓形成)。治法:通经活络,熄风化痰。处方:百会、中脘(双侧)、内关、合谷(左侧)、肩髃、曲池、环跳、阳陵泉、悬钟。手法:平补平泻。复诊:治疗12次后,左侧上下肢逐感有力,稍能步履。患者急性期已过,辨证以肝肾阴虚为主。前方去中脘、内关,加双侧太溪、太冲以泻肝补脾。三诊:治疗30次以后,基本痊愈。

按 患者年逾古稀,气阴已亏,肝肾不足,则易生内风。肾主水。肝主筋,水不涵木,木少滋荣,筋失濡养,故见舌质红,左侧肢体偏废不用,证属中风轻证(中经络)。患者余无所苦,但嗜睡,鼾起,脉旋大,苔白中厚(见黑,当与平素吸烟有关;或黑而干燥,当是阴虚内热,腑气不行;或黑而润滑,当是肾虚水泛,痰湿所致),又需虑及痰湿阻络,防其痰壅闭窍神昏、

深入脏腑。中风发病急,其病为本虚而标实,“急则治其标”,故取百会平肝熄风(足厥阴肝经上循巅顶);取中脘(胃募穴、腑之会穴)、内关(手厥阴络穴、八脉交会穴,通于阴维)和胃化痰,清心宁神,亦防其痰壅闭窍神昏之虞;取肩髃、曲池、合谷、环跳、阳陵泉、悬钟、足三里通经络,调气血。急性期过后,以泻肝火补肾阴为主,加双侧太溪、太冲,去中脘、内关。本案特点:分期清楚,选穴得当,故显效较速。

3 案例式教学法的教学形式探讨

关于案例式教学法在教学中到底采用什么样的教学形式,我们经过长期的教学实践认为主要有以下形式:①教师分析为主:在教学初期,由于学生掌握的针灸临床基础知识较少,此时的案例选取相对简单形象,采用的方法也是以老师讲授为主。其效果就是在老师讲解的过程中,让学生逐步了解病案的分析方法。②学生讨论为主:在学生掌握一定针灸临床基础知识后,案例教学的方式逐渐转变为以学生讨论为主的学习方式。首先由教师把病案抛出,然后以学生为主体进行讨论,得出初步结论,然后老师再进行点评和讲解。通过让学生将自己的处方与名家处方对比来体会其配穴思路。这是一个师生共同参与的过程。③网络讨论与答疑为主:课后教师选取1~2个相关案例上传至教学网作为课后习题,学生独立网上答题后,教师给予点评答疑。

我们在多年的针灸学治疗篇教学中,灵活运用案例教学法,取得了较好的教学效果。案例教学

(下转第45页)

的思路。

例如足阳明胃经的胸部循行,《灵枢·经脉》中说:“其直者,从缺盆下乳内廉,下挟脐,入气街中。”

《针灸甲乙经》、《铜人腧穴针灸图经》则把气户、库房、屋翳、膺窗、乳中、乳根胃经胸部六穴定位在乳中线上,并非在乳内廉。

《十四经发挥》中说:“直行者,从缺盆而下,下乳内廉,循气户、库房、屋翳、膺窗、乳中、乳根、不容、承满、梁门、关门、太乙、滑肉门。下挟脐,历天枢、外陵、大巨、水道、归来诸穴,而入气冲中也。”

既然“下乳内廉”,又如何“循气户、库房、屋翳、膺窗、乳中”?因为乳内廉的位置不易确定,后世则舍经而从穴,均以简便取穴为原则而沿袭《甲乙》、《铜人》之说。

又如足太阳膀胱经的背部循行,《灵枢·经脉》中说:“其直者,从巅入络脑,还出别下项,循肩髃内,挟脊抵腰中,入循膂,络肾,属膀胱。其支者,从腰中下挟脊,贯臀,入腠中。其支者,从髃内左右别下,贯胛,挟脊内,过髀枢,循髀外,从后廉下合腠中。”

《针灸甲乙经》、《铜人腧穴针灸图经》则把足太阳膀胱经的背部穴位分为两行,第一行在椎骨下旁开一寸五分,即大杼、风门、肺俞、

厥阴俞、心俞、督俞、膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞、中膂俞、白环俞;第二行在椎骨下旁开三寸,即附分、魄户、膏肓、神堂、噫嘻、膈关、魂门、阳纲、意舍、胃仓、肓门、志室、胞肓、秩边。

《十四经发挥》中说:“却循肩髃内,挟脊两旁下行,历大杼、风门、肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞、中膂俞、白环俞。由是抵腰中,入循膂,络肾,下属膀胱也。”

“其支者,为挟脊两旁第三行,相去各三寸之诸穴。自天柱而下,从髃内左右别行,下贯胛脊,历附分、魄户、膏肓、神堂、噫嘻、膈关、魂门、阳纲、意舍、胃仓、肓门、志室、胞肓、秩边,下历尻臀,过髀枢也。”

“循肩髃内”,可以看作是后正中中线旁开一寸五分;但“贯胛”则必在后正中中线旁开三寸之外,因肩胛骨内侧缘至后正中线的距离为三寸。然而,在何处贯胛却颇难确定,于是后世均沿袭《甲乙》、《铜人》之说,按照简便取穴的原则,以膀胱经第二侧线在后正中中线旁开三寸为准。

在历代的针灸文献中,有关奇

穴、经穴的定位多众说纷纭,或大同而小异,或小同而大异。甚至在上个世纪末正式颁布实施的《中华人民共和国国家标准·经穴部位》以及2006年重加修订的《中华人民共和国国家标准·腧穴名称与定位》中也存在着许多问题。

传统中医是哲学化的医学,强调形象思维,取象比类,注重以模糊的整体系统的思维方式去认识人体的生命现象,由此确立的是以定性为主要特征的朴素思维模型,在阐述人体的生命活动时明显地具有模糊而不具体、系统而不周密、广泛而不精确的哲学性思辨特点。

就穴位的定位来说,各种不同的定位方法都是为了清楚而准确地确定穴位的位置,但是仁者见其仁,智者见其智,古人所认识的穴位只不过是一个相对模糊的概念,并没有对穴位的解剖结构进行具体而细致的描述。

因此,如果采用现代自然科学以定量为主要特征的精密数学模型的方法去认知穴位,无疑会走入误区。

穴位定位应该以简便为首要原则,穴位的定位也只能是相对精确,这是穴位定位中必须掌握的一个基本要点。

(上接第42页)

法能教给学生分析问题和解决问题的方法,帮助学生提高分析问题和解决问题的能力。在针灸学教学中实施案例教学法,不仅可以锻炼学生运用已学的中医基础等知识提升分析问题和解决问题的能力,还可以锻炼学生运用针灸知识

诊疗疾病的能力,为学生临床实习和毕业后尽快适应针灸临床工作岗位打下坚实的基础。

参考文献

[1] 邹丽敏. 案例教学的教育价值及教学流程

探讨[J]. 无锡教育学院学报, 2004, 24(2): 39-41.

[2] 丁矢, 李雪兰, 张艳平. 情景教学的病理学学习效果分析[J]. 卫生职业教育, 2008, 26(8): 116-117.