

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.14.005

张伯礼辨治脉痹经验

李霄¹, 马妍², 崔远武², 金鑫瑶¹, 吕玲¹, 王凯¹, 江丰^{*} 指导: 张伯礼¹

(1. 天津中医药大学, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193; 2. 天津中医药大学第二附属医院)

摘要 介绍张伯礼教授辨治脉痹的经验。脉痹病因复杂, 首以病证合参, 在明晰诊断和证候的基础上, 强调运用中医思维辨证论治; 谨依病机之寒热虚实, 细辨兼挟之邪, 把握好祛邪与扶正的策略; 注重整体而治, 遣方用药常寒温并用, 补疏相合, 润燥兼顾, 顾护中焦; 强调合理调护, 临证常内外合治, 食养与茶饮并施。

关键词 脉痹; 名医经验; 张伯礼

张伯礼 (1948—), 男, 教授, 博士研究生导师, 中国工程院院士。主要从事心脑血管疾病研究, 主持首个中医药对冠心病二级预防的循证研究, 并建立了相关的技术规范。在国内首次制定了血管性痴呆证类分型标准及平台、波动、下滑三期证治方案。创立脑脊液药理学研究方法, 揭示了中药对神经细胞保护的作用机制。开拓名优中成药二次开发领域, 建立系列关键技术, 提升了中药产品质量和科技内涵, 并荣获国家科技进步一等奖。主持和参加起草了《中医现代化科技发展战略》《中药现代化发展纲要》《国家重大新药创制规划》等文件。

脉痹是以肢体疼痛、无力, 脉搏微弱或无脉为主要表现的一类疾病, 多由正气不足, 外邪侵袭, 脉道闭阻所致^[1]。脉痹之名始见于《素问·痹论》, 即“风、寒、湿三气杂至, 合而为痹, ……以夏遇此者为脉痹, ……在于脉则血凝而不流”。目前多认为, 周围血管疾病如血管闭塞性脉管炎、动脉硬化闭塞症、血栓性静脉炎、下肢静脉曲张等血管疾病尚未发生溃疡或坏疽时, 症见肢体疼痛、肿胀、麻木、酸楚、发凉等, 均可从脉痹论治^[2]。张伯礼教授从事中医临床研究数十载, 精于医理, 对脉痹的辨治具有独到的见解。现将张老师治疗脉痹的经验介绍如下。

1 病证合参了于心, 精究医理重思辨

徐灵胎《兰台轨范》云“欲治病者, 必先识病之名, 能识病名而后求其病之由生, 知其由

生, 又当辨其生之因各不同, 而病状所由异, 然后考其治之之法, 一病必有主方, 一方必有主病。”张老师极为重视病证结合, 提出“以辨病为先, 以辨证为主”^[3]。在临证思辨之时, 倡导以辨病为先, 首先要明确临床诊断, 提倡在借鉴现代医学知识和检测手段的同时, 要以科学的逻辑思维去反向推理疾病产生的根源, 分析疾病发生机制, 抽丝剥茧、见微知著, 正所谓“医者意也, 在人思虑”。强调应当对疾病进行认真思考与推究, 西医诊断尽可能明确, 中医辨证尽可能准确, 形成病证思维与见解。应用中医药治疗不可过分受实验室检查、仪器检查等影响, 更不能以西医思维替代中医思维, 切莫见炎症便清热, 见眩晕便降压。同时还应对疾病的病因、病理、进展、转归、预后等有清晰的认识与把握, 以便于中医的证候特征分析与施治。如对于血栓性静脉炎和下肢动脉硬化闭塞症, 两者都属于“脉痹”范畴, 但前者多是由感染、静脉滴注、药物刺激、外伤、长期卧床、手术等导致的静脉血管内膜损伤或静脉血流缓慢, 形成血栓, 引发炎症; 后者是动脉粥样硬化病变在肢体的局部表现, 以管腔狭窄造成的肢体缺血为主。两者均要考虑“瘀”这一病理因素, 但前者有静脉炎症与静脉系统回流不畅的前提, 故注意湿、热、毒、浊等为患, 治以清热解毒、利湿泄浊为主, 兼以活血通络; 后者常见于中老年患者, 病程长久, 以肢体缺血、循环障碍为主, 多因气虚致瘀, 治疗上注重益气活血、软坚散结, 同时辅治痰、瘀、毒等标实。张老师还指出, 了解疾病的预后转归可指导治未

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目

* 通讯作者: wecm@sina.com, (022) 59596183

病,防患于未然。如对于糖尿病的治疗,因长期血糖的升高造成大血管及微血管受损是其重要的慢性并发症之一,故在辨证施治的基础上,即使患者未出现周围血管病变,亦常加入益母草、鸡血藤、桑枝等活血通络之品,着眼长远,治其未病,先安未受邪之地。

张老师于临证组方施药之时注重以辨证为主,守病治证。“证”是机体整体状态的体现,在掌握现代医学知识为我所用的前提下,务必坚持以中医思维为主体的治疗观念。组方要君、臣、佐、使明确,遣药要主次跌宕,书写处方亦要清晰严谨。君药为先,是结合患者症状、舌脉进行的综合判断,重在谨察气血、阴阳、脏腑之偏颇,调节机体的整体平衡,是辨证论治、治病务求其本的深刻体现;臣药、佐药紧随其后,以辅助治疗主证或治疗兼证,用药较为灵活机动,此时常兼顾辨病情况,有针对性地选择用药。如脉痹之病,在活血化瘀的基础上注意通络,通络可改善微循环、促进侧支循环的建立,故可酌加鸡血藤、络石藤、忍冬藤等以藤走络,土鳖虫、地龙、全蝎等虫类祛风搜剔通络;同时脉痹患者又常合并血脂、尿酸等异常,常加入土茯苓、萆薢、泽泻、金钱草、车前子等通利泄浊,海藻、昆布、夏枯草涤痰软坚散结。张老师指出,辨证要分清主次,首抓现阶段的主要矛盾,以主要矛盾为主、兼顾次要矛盾为辅展开辨治,如脉痹初期多以肢体灼热痛甚为主,“急则治其标”,先解其所苦;而疾病后期以正虚为要,兼见标实,宜扶正为主。同时医者还要知晓病之“常”与“变”,把握临证病情变化的拐点,谨守病机,审证求因,唯因而治,方随证变,药随方施,方能圆机活法,药到病除。

2 证分寒热辨虚实,祛邪扶正分主次

《素问·阴阳应象大论》曰“善诊者察色按脉,先别阴阳。”张老师指出,脉痹之病虽病因复杂,病程长久,症情多样,但临证重在分其寒热。热证多以肢体红肿疼痛,皮温增高,伴发热、口干等,舌红或红绛、苔黄腻,脉象滑数、弦数等为主;寒证则可见肢体厥冷,麻木、疼痛明显,局部皮色暗或苍白,身疲乏力,舌淡暗、舌体胖大齿痕、苔薄白或白滑,脉象濡细、沉细、沉迟。治以“寒者热之,热者寒之”,方可不失偏颇。但脉痹病程长、难速愈,风、寒、湿等致病之邪常有兼挟或转化之变,患者因体质不同常有阴阳偏盛偏衰之

别,药之不当又会伤及阳气与阴液,至病之后期又常阴阳互损,故临证并非单见寒或热,常以寒热相兼见、错杂、转化为主,寒热不可截然分开,执一而论。如何梦瑶《医碥·杂症》所言“有寒热并用者,因其人寒热之邪夹杂于内,不得不用寒热夹杂之剂”。此外,脉痹初起虽多见热象,但随后的病机有向寒湿内盛、虚寒等发展的趋势,不应见热便清热;治血脉贵在温通,如《素问·调经论》曰“血气者,喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之”,此时当审时度势,细察脉痹寒热之孰多孰少与动态消长,权衡寒热药物之配比,方能切中病机。

脉痹为本虚标实之证,临床多见病邪内蕴与正气消伐并存。叶天士《临证指南医案》曰“痹者,……皆由气血亏损,腠理疏豁,风、寒、湿三气得以乘虚外袭,留滞于内以致湿痰、浊血流注凝涩而得之。”本虚是其发病的基础,虽病在肢体,但其本出于脏腑阴阳,故治本需明察气血之盛衰、阴阳之偏颇,内合脏腑之性,扶正固本;标实为发病与加重的关键,要细分湿、热、痰、浊、毒、瘀等的区别,同时注意湿热常胶裹难分,痰瘀多互生黏结,久又酿生浊毒等邪气杂合为患,兼症较多,需细辨而论治之。治疗时要胸中有全局,把握好扶正与祛邪的策略。张老师强调,祛邪宜尽早,邪留一日则正伤一分,除非患者体力不佳,不扶正不足以祛邪时,先以扶正为主,待正气来复再以祛邪;体力尚可者,均先重在祛邪实,尤其遇到胶结缠绵之邪,非两三剂药可解,不要因邪盛难攻效缓而改弦易辙,需持之以恒,待邪气低靡见驱散之势时再以扶正固本为主。并强调,补虚不要峻补,多用平补、清补之品,宜补疏相合,切勿滋补壅滞;治实勿要孟浪,中病即止,不可不顾正气之寡多,一味强调攻邪。

3 谨依病机顾整体,圆机活法运自如

脉痹是临床顽症,病程较长,缠绵难愈,张老师认为其常存在虚实并见、寒热同存、阴阳气血俱病的复杂病理机制,非一方一法能统而治之,必谨察病机,首辨主证,兼顾诸证,注重整体而治,临证遣方用药常寒温并用,补疏相合,润燥兼顾,刚柔相济。

3.1 清热不忘温阳宜

脉痹初起常见湿热浊毒为患,治以清热解毒、凉血化瘀,使其血管炎症状态迅速得以控制,病趋

稳定。张老师多以四妙勇安汤为基础方，热盛毒蕴则加强清热解毒之力，常用白花蛇舌草、蒲公英、玄参、连翘、栀子、苦参、土茯苓等，配伍益母草、鸡血藤、忍冬藤、牡丹皮等清热活血；阴虚血热加生地、麦冬、知母、玉竹等；如遇红肿热痛明显、口渴烦躁，常用生石膏清其郁热，止其燥渴，顾护津液。但至热渐清毒欲散之时，务必细察阳气的盛衰，一者苦寒之药伤阳凉遏气机，二者诚如《景岳全书》所言“大抵因虚者多，因寒者多，惟血气不充，正虚之处，始为受邪之地，……惟阴邪留滞，故经脉为之不利”。只要辨证准确，“有是证”便果断“用是药”，在清热解毒凉血队药中酌加附子、干姜、桂枝、葛根等温阳散寒除湿，并少佐温润益精滋阴之品，使阳气生化有源，而“离照当空，阴霾自散”，启动真阳，鼓舞正气，兼助化痰、理气、活血等诸法实现。

3.2 化瘀兼顾气血续

《医宗金鉴》云“痹虚者，调气血虚之人诸痹也；痹实者，谓气血实人之诸痹也。”脉痹虽病在血脉，但气血本为同源，且血瘀日久，脉道瘀阻壅滞不利，气血常有虚候，见瘀即化瘀有时并不能取得满意效果。此时应重视补养气血，“去宛陈莖”，则血有新生，瘀随而去。张老师深谙《温病条辨》“不求有形之血，而求无形之气”之义，从滋生化源处着眼，以气分药为主，辅以血分药，气壮则血自生。临证尤喜以黄芪、当归配伍，取当归补血汤之义，重用生黄芪至 30~60 g，补气之余亦可托毒生肌，当归 10~15 g，则气旺血生，脉道充利，事半功倍。同时选用丹参、郁金、鸡血藤、红花、川芎、益母草等化瘀不伤正；桑枝、络石藤、老鹤草、忍冬藤、葛根等通行经脉；如瘀滞较重，疼痛较甚者，加延胡索、乳香、没药；如病邪绵延艰深，非一般草木之品可驱，酌加全蝎、蜈蚣、乌梢蛇、地龙等咸寒搜风、涤痰化瘀，可使效专而力捷。

3.3 祛浊五化务尽早

湿浊蕴毒是脉痹发病与加重的关键，湿又常裹热，日久炼液变生浊毒，毒瘀胶结为害，则使脉道不宁。张老师强调，湿浊胶结难化，治之宜早务尽，可用五化之法，并注重望舌辨治湿浊。如见舌苔白腻，则湿浊较浅，多选藿香、佩兰芳香醒脾利湿，芳化其浊；舌苔黄腻，湿热为患，用治清化，多以茵陈、苍术祛其湿，清其热；苔腻腐、致密者，湿浊尤甚，最宜燥化，用蚕砂、萆薢^[4-5]；舌淡、苔白腻或水滑者，寒湿内阻，治以温化，选附

子、干姜；气机不畅则湿邪亦不去，可施气化之法，常用白豆蔻、砂仁、陈皮、草果、厚朴等宣利气机；又常辅以淡渗利湿之品，如茯苓、薏苡仁、泽泻、车前草等，以“通阳不在温，而在利小便”。但临床湿浊与燥象相兼者亦不少，如舌苔腻而少津、干裂，苔黄腻而舌暗红、红绛等，因湿浊皆为津液停聚变生而来，湿浊愈盛，则津液愈伤，且湿又常夹热，致气耗津伤，同时湿证过用温燥之品，则燥象渐起。故治湿浊虽为首当其冲，且化浊要彻底，但仍须顾护津液，勿温燥太过，平衡燥与润之矛盾，顾此而不失彼。润燥之时，若为肺胃津伤，常用沙参麦冬汤加减，阴液不足者予以生地、白芍、麦冬、二至丸之类。

3.4 运达脾胃后天许

脾胃为后天之本，气血生化之源，脉痹之病本源于脏腑亏虚，尤其中焦脾胃失调，纳化无度，脾不散精，则变生痰、湿、浊、瘀，积聚壅阻，脉道不利而病始成。同时脾胃功能不佳，药效亦难达。是故治病求于本，顾护脾胃为大要，诚如张璐《名医方论》所云“故凡病久不愈，诸药不效者，唯有益胃、补肾两途，……寒热补泻，先培中土，使药气四达，则周身机运流通，水谷之精微敷布，何患其药不效哉？”张老师认为，每于临证之时必察验患者脾胃之强弱，但见舌质红或暗红，散见腻苔、少苔、剥脱或无苔，舌中裂纹明显者，即使患者尚无脾胃不适症状，亦要细加调护，选药则轻柔和缓，减少刺激，药量不宜过大，并重视调理气机。常选沙参、麦冬、百合、太子参、玉竹、黄精等清补平补，茯苓、山药、白术等健脾利湿，藿香、佩兰、苍术、白豆蔻、砂仁醒脾利湿；并常以对药相伍，灵活机动，相得益彰，如半夏、黄连辛开苦降、斡旋中焦，吴茱萸、黄连寒热同调、平肝抑酸，蚕砂、半夏和胃化浊、祛风除湿，枳壳、佛手理气消中、和胃消痞，小茴香、干姜温中散寒、理气止痛，药对简练，临证每获良效^[6]。

4 内外合治重调护，食养并与茶饮施

张老师指出，脉痹病程漫长，病情容易反复，合理防护尤其重要。重视预防并发症，如下肢深静脉血栓形成后，一旦血栓脱落常并发肺栓塞，病情危急，故要进行合理抗凝治疗，注意休息，适当活动，避免剧烈运动，抬高患肢等。注意对患者原发病及合并病的治疗，如糖尿病、高血压病、动脉硬化闭塞症、高脂血症等。日常嘱患者注意肢体保

暖,劳逸结合,不要久站、久行;适度运动,不宜太过激烈,特别是避免双下肢长时间连续振跳、垂足^[1];同时调畅情志,少思虑,戒烟戒酒,尤其是严格戒烟;衣着舒适宽松,避免衣物紧束,不利于血流通畅。对疼痛、红肿较甚的患者,可以芒硝、冰片、乳香、没药等外用,效果颇佳。在饮食调护方面,以食养与茶饮并施,嘱患者饮食清淡适宜,少食肥甘与辛辣,避免发物。湿气较重者,日常可多食赤豆三米粥以健脾祛湿,即薏苡米、红豆、稻米三等份煮粥,夏季暑气较重时还可将红豆改为绿豆;脾胃功能较差,身体瘦弱者,可将小米、稻米以 2:1 的比例煮粥常服,少加莲子肉、桂圆;如患者血糖、尿酸偏高,或下焦湿热,小溲不利,可取玉米须每日水煎服,可清热祛湿利小便;对于痰湿较盛,身形肥胖,面部油垢,血脂偏高者,常可食用海带、木耳等。

5 典型病例

患者,男,61 岁,2014 年 3 月 14 日初诊。主诉:左下肢肿痛 6 个月余。现病史:患者 6 个月前无明显诱因左下肢疼痛、肿胀,查下肢静脉彩超示:左下肢腓静脉血栓形成。现症:左下肢疼痛、发紧,肿胀明显,行走困难,需坐轮椅,患肢局部皮色稍红,皮温触之稍高,未见溃烂及渗出,左下肢怕凉,遇凉痛甚,朝轻暮重。口干,烦躁,咽痛,咯白黏痰,纳可,寐欠安,入睡时烦躁,二便调。舌紫暗、苔黄腻,脉滑。既往高尿酸血症病史 5 年,糖尿病病史 10 年余。西医诊断:下肢深静脉血栓形成后综合征;中医诊断:脉痹(湿热下注,瘀毒阻络),治以清热解毒、活血利湿。处方:茵陈 20 g,苍术 10 g,蚕砂 20 g,知母 15 g,玄参 15 g,金银花 15 g,丹参 30 g,牛蒡子 15 g,射干 12 g,生石膏 20 g(先下),泽泻 20 g,清半夏 15 g,黄连 15 g,王不留行 15 g,络石藤 20 g,鸡血藤 15 g,牡蛎 20 g。10 剂,水煎服,两日 1 剂,早晚温服。取药渣纳袋中,再煮浴足。

2014 年 4 月 10 日二诊:患者左下肢肿胀已消,局部皮温正常,但左小腿腓肠肌至足跟部发胀、紧痛,怕凉,活动不利,腰部酸痛。仍咽中有痰,寐欠安,入睡时烦躁,二便调。舌紫暗、苔滑白腻,脉沉弦。上方去知母、石膏、王不留行、络石藤,易金银花为忍冬藤 30 g,加炮附片 5 g、狗脊 15 g、萆薢 20 g、当归 15 g、杜仲 15 g、老鹳草 30 g。14 剂,煎服及足浴方法同前。

2014 年 5 月 6 日三诊:患者左下肢紧痛、怕凉稍缓,已可自行活动,腰痛渐轻,咽部有痰、难咯,烦躁,夜间尤甚。纳可,寐差,大便不畅,质不干,小便调。舌淡暗、苔白滑、舌中裂纹,脉沉滑。处方:北沙参 20 g,麦冬 15 g,萆薢 30 g,当归 10 g,鸡血藤 15 g,胆南星 12 g,丹参 30 g,郁金 15 g,清半夏 15 g,黄连 15 g,桑枝 30 g,续断 15 g,炮附片 10 g,泽泻 15 g,老鹳草 30 g,水红花子 20 g,苦参 15 g,金钱草 20 g,川木通 12 g,牛膝 15 g,首乌藤 30 g,合欢皮 15 g,牡蛎 20 g。后患者坚持每 1~2 个月复诊 1 次,先后间断服用中药治疗 2 年余,2016 年 5 月复查下肢动静脉彩超示:左下肢动脉未见明显异常,左下肢大隐静脉近端、股总静脉、股浅静脉、腘静脉血流通畅,左下肢腓静脉增宽。随访至 2017 年 11 月,病情稳定,未反复。

按语:本案患者年逾半百,下肢静脉疾病已 6 个月余。初诊时,症见左下肢疼痛、肿胀,局部皮色稍红、皮温稍高,口干、咽痛、心中烦躁,热象明显,且舌紫暗、苔黄腻,脉象滑,可知湿热浊毒为甚,故治以清热解毒、活血利湿。方以茵陈、苍术、蚕砂、泽泻利湿泄浊,以四妙勇安汤加减清热凉血、解毒化瘀,石膏、知母泄热除烦止渴,黄连、半夏辛开苦降、斡旋中焦,牛蒡子、射干化痰清肺,王不留行、丹参活血通经不伤正,鸡血藤、络石藤一补一清,流利经脉,搜逐络之湿热毒邪,活血又养血,祛瘀又凉络,再以咸寒之牡蛎化痰散结。二诊患者下肢红肿已消,但下肢发凉明显,腰部酸痛,且舌苔转为白腻水滑,脉有小弦之象,可知药后湿热浊毒渐去,但寒象毕露,湿气仍盛,故守前法去知母、石膏寒凉之药,酌加附子、杜仲、狗脊温阳益肾之品,并以萆薢增利湿之效,去王不留行、络石藤,加当归、老鹳草以活血通络养正。三诊药后效机可见,湿热毒邪清散,而察舌脉,津液不足之象尽显,不宜继投苦辛温燥之品,恐有伤阴燥血之弊,故去茵陈、苍术等,以沙参麦冬汤加减顾护肺胃津液,同时辅以利湿活血通络。回顾治疗全程,清热解毒与温阳并用,通络与化浊相伍,内服与外洗兼用,温阳气,化寒湿,益精气,通血脉,则诸症自愈。

参考文献

- [1] 王承德.实用中医风湿病学[M].北京:人民卫生出版社,2009:353.

(下转第 1197 页)

Study on Assessment of Clinical Practice Guideline of Sepsis at Home and Abroad Based on AGREE II Instrument

ZHAO Guozhen^{1,2,3}, WANG Qiang⁴, LI Bo^{1,3}, HUANG Po^{1,3}, CHEN Yanxiu², LIANG Ce^{1,2}, YANG Yufei^{1,2,3}, LIU Yitian², GUO Yuhong^{1,3}, JIANG Tingde⁵, LIU Qingquan^{1,3}

(1. Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing, 100010; 2. Beijing University of Chinese Medicine; 3. Beijing Institute of Traditional Chinese Medicine; 4. Medical Management Service Guidance Center of National Health Planning Commission; 5. People's Hospital of Deyang City, Sichuan)

ABSTRACT Objective To evaluate the clinical practice guideline of sepsis published in recent 5 years in all countries to provide reference for future research and formulation of clinical practice guidelines. **Methods** Dates for the published guidelines on clinical practice of sepsis and related materials ranged from 2013 to 2017 were searched in PubMed database, CNKI, Wanfang database, Medline, Embase and Institutes. The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) instrument was used to evaluate the methodological quality of the included sepsis clinical practice guideline, and the contents of assessments included scope and purpose, stakeholder involvement, rigour of development, clarity of presentation, applicability, editorial independence, and overall evaluation. **Results** A total of eight sepsis clinical practice guidelines were included. The evaluation results of the sepsis clinical practice guidelines showed that the domain of clarity of presentation had the highest average score: 82.29%, followed by the domain of scope and purpose, with an average score of 70.95%. The average score of the domain of rigour of development was 52.99%. The average score of stakeholder involvement was 46.53%. The average score of editorial independence was 45.31%; while the domain of applicability was the lowest score 44.27%. The overall guideline assessments of eight clinical guidelines were 50.00% to 88.89%, with recommended for all results. **Conclusion** The current clinical practice guidelines for sepsis have lower methodological quality in the three domains of stakeholder involvement, applicability, and editorial independence. In the future, guidelines for the development of clinical practice that conforms to China's national conditions should be formulated in accordance with the normative guidelines. At the same time, attention should also be given to the promotion and application of the guidelines.

Keywords sepsis; clinical practice guideline; AGREE II

(收稿日期: 2018-01-22; 修回日期: 2018-02-07)

编辑: 焦爽

(上接第 1192 页)

① 李满意, 姜玉铃. 脉痹的源流及相关历史文献复习 [J]. 风湿病与关节炎, 2014, 3(10): 54-61.

② 张伯礼. 津沽中医名家学术要略 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 619.

③ 张哈, 康立源, 张伯礼. 心脑血管疾病痰瘀互结证述析 [J]. 天津中医药, 2009, 26(2): 172-174.

④ 江丰, 张磊. 张伯礼教授痰瘀学说及临证应用经验 [J]. 天津中医药, 2014, 31(7): 385-387.

⑤ 郑文科, 柴山周乃, 江丰. 张伯礼教授临床用对(队)药经验谈 [J]. 天津中医药, 2016, 33(8): 449-452.

⑥ 张立双, 江丰, 康立源, 等. 张伯礼教授治疗脉痹临证释疑 [J]. 天津中医药, 2015, 32(7): 385-387.

ZHANG Boli's Experience in Treating Vessel Bi based on Syndrome Differentiation

LI Xiao¹, MA Yan², CUI Yuanwu², JIN Xinyao¹, LYU Ling¹, WANG Kai¹, JIANG Feng¹

(1. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300193; 2. The Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT In this paper, Prof. ZHANG Boli's experience in differentiating and treating vessel Bi was introduced. The cause of the disease is complicated, and the diagnosis should combine the disease and syndrome firstly. Based on the clear diagnosis and syndromes, he emphasized the use of traditional Chinese medicine thinking and syndrome differentiation. The pathogenesis of cold, heat, deficiency and excess should be carefully considered. The complicated pathogen should be differentiated. The strategy of eliminating evil and reinforcing healthy qi should be grasped. Attention should be paid to holistic treatment, and prescription should combine with cold and warm herbs, and tonifying and elimination, considering moistening and drying, and caring for middle jiao. Reasonable regulation should be emphasized. In clinical practice, the internal and external treatment is often applied, and food therapy and tea-based drink are often given.

Keywords vessel Bi; experience of famous doctors; ZHANG Boli

(收稿日期: 2017-11-26; 修回日期: 2018-05-25)

编辑: 侯建春