

温肾健脾。

华岫云说：“夫痰乃饮食所化，……有因本质脾胃阳虚，湿浊凝滞而生者；有因郁则气火不舒而蒸变者；又有肾虚水泛为痰者。此亦因土衰不能制水，则肾中阴浊上逆耳。非肾中真有痰水上泛也。”又说：“至于久病之痰，切不可以作脾湿生痰论之。盖久病不愈，未有不肾水亏损者，非肾水泛上为痰，即肾火沸腾为痰。此久病之痰，当补肾以祛逐之。”对痰湿形成的原因作了较全面的概括，生痰之原因，可有饮食因素、脾胃虚寒、肾虚水泛、气郁化火等，特别强调久病之痰，应从肾论治。

吴澄《不居集》云<sup>[1]</sup>：“惟肾为胃关，关门不利，故水聚而泛为痰也。则当曰肾为生痰之源，……惟胃为水谷之海，万物所归，稍失转味职，则湿热凝结为痰，依附胃中而不降，当曰胃为贮痰之器。”针对“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”提出不同看法，认为痰应责之肾胃，强调肾为胃关，水聚泛而为痰应为肾阳不足不能蒸腾水液，治当温阳补肾，化气行水。

### 5 温阳法用于改善血瘀质

气虚质、阳虚质、气郁质最易复合出现血瘀质。阳虚则寒，脉络不得温煦易于血瘀。经云：“寒独留，则血凝泣，凝则脉不通，……孙络外溢，则经有留血。”《读医随笔》有“阳虚必血凝”、“阴虚必血滞”之说。前贤瘀血诸因的分析早有明训。肝喜条达，主疏泄。长期的不良情绪，或使气郁气滞，或有气结气乱，气机停滞而致血行受阻，易夹瘀证。肝郁克脾，脾虚则气血生化不足，气虚而血运迟缓，血虚则血脉不充，周流不利，停滞为瘀；脾虚易生痰浊，阻塞血脉，影响气机，形成瘀积。前文对气虚质、气郁质与温阳治疗的关系已有论述，在复合出现血瘀质时，应治以标本兼顾，重在治本。

徐春圃曰：“夫脾胃不足，皆为血病。是阳气不足，阴气有余。故九窍不通。”胃癌患者正气素虚，加之久病，胃病及肾，元气亏损，致瘀血停留。《本草求真》中说<sup>[10]</sup>：“第血有盛于气，则血泣而不流，故有必用温暖之药以行之……而血愈寒愈滞。故凡用药治血，必得其气稍浓以为之主。此肝经血滞之当温也。”这里说血盛于气，应理解为阴盛阳衰，阴寒凝滞血脉。王清任指出：“元气既虚，必不能达于血管。血管无气，必停留而瘀。”提出久病多瘀及气虚致瘀。

临床实践证明，外火多实，内火则有虚有实。实则泻之，泻则寒之，虚则补之，补则温之。温才能生化，才能补虚。对胃癌患者来说，多与气虚质、阳虚质、气郁质或复合出现的痰湿质、血瘀质有关，而这几种体质类型中又存在着关联，对胃癌患者的治疗也要结合体质类型辨证施治。

### 参考文献

[1]朱震亨·丹溪治法心要[M]·济南:山东科学技术出版社,1985:62.  
[2]戴思恭·推求师意[M]·南京:江苏科学技术出版社,1984:26,36.  
[3]张志聪·侣山堂类辨[M]·南京:江苏科学技术出版社,1982:4.  
[4]石寿棠·医原[M]·上海:上海科学技术出版社,1990:422.  
[5]李志庸·张景岳医学全书[M]·北京:中国中医药出版社,1999:89.  
[6]喻昌·医门法律[M]·上海:上海科学技术出版社,1959:37,45.

[7]陈士铎·外经微言[M]·北京:中医古籍出版社,1984:339.  
[8]陈士铎·石室秘录[M]·北京:中国医药科技出版社,1991:94,90.  
[9]吴澄·不居集[M]·北京:中国中医药出版社,2002:376.  
[10]黄宫绣·本草求真[M]·上海:上海科学技术出版社,1959:216.

## 老年脑卒中患者下肢深静脉血栓形成的中医预防

王普京 王少松 张 雪

(北京市第二医院中医科,100031)

下肢深静脉血栓形成(DVT)是脑卒中患者较常见的并发症之一,其本身对患者肢体功能恢复造成很大的影响,由此引发的肺栓塞可直接危及患者生命。据报道,脑卒中患者DVT的总检出率为21.7%,卒中合并严重瘫痪者DVT发生率为25.9%<sup>[1]</sup>。而在脑卒中患者中,下肢深静脉血栓形成在老年脑卒中患者中容易并发<sup>[2]</sup>。本文根据中医理论从病因病机、研究现状方面探讨中医预防思路。

### 1 瘀血阻络为发病之本

中医学将深静脉血栓称之为“脉痹”,认为本病是由于气机不畅,气滞血瘀,瘀血阻于脉中而形成。中风患者多为虚实夹杂,虚以气虚无力推动血行、阴虚虚火灼络、阳虚寒凝血行不畅为主,实证则多见痰瘀互结,阻滞经络导致经络不通。中风患者由于长期卧床,脾胃功能减弱,使气血益虚,气血运行更加不畅,使聚湿为痰,痰湿瘀血阻于脉中;或情志不遂,肝气郁结,气机不畅,克伐脾土加重脾虚,痰瘀互结,经脉痹阻,血瘀脉中而形成脉痹。因此中风患者发生脉痹根源在于瘀。并且老年人本身是多瘀的体质。明清医家方贤、李梴、徐大椿等对老人多瘀均有论述,认为老年人“积秽沟渠”,“必多壅塞”,应当疏通<sup>[3]</sup>。动物实验也表明,衰老机体可自然形成血瘀体质,老年大鼠为天然形成之瘀血模型<sup>[4]</sup>。临床广泛应用的活血化瘀法是预防治疗血瘀型疾病的最主要方法。

### 2 气虚、痰湿、寒凝为发病之因

#### 2.1 老年患者多见气虚

老年人由于正气不足,机体老化,脏腑机能减退,而多见气虚体质,这一体质因素在老年病的发病和防治中有重要作用。如王金荣等对387例老年虚证的前瞻性研究亦发现,以气血阴阳加以辨证,以气虚证为主,约占57.9%<sup>[5]</sup>。老年卒中患者由于长期卧床,饮食不调,脾胃虚弱,水谷精微化生不足则更易出现气虚。中医学认为,“气为血之帅,气行则血行”,气虚则可引起血行瘀滞。清代名医王清任对中风病因病机有独到见解,认为元气亏虚是其根本,瘀血内阻是其病变,元气不足,无力推动血液运行,明确提出了“元气既虚,必不能达于血管,血管无力,必停留而瘀”<sup>[6]</sup>。

#### 2.2 痰湿内生加重血瘀

老年患者常因久病脾胃虚弱运化不利,水湿停蓄,凝聚日久转变成痰,加之年老体质虚衰,肾阴阳俱亏。肾阳不足,开阖不利,水湿上泛,可聚而成痰;命门火衰,不能温运脾阳,水谷不化精微,亦可生湿成痰。肾阴亏耗,虚火内炽,以致灼津为痰。病理上痰和瘀密切相关,痰为津凝,瘀为血滞,津血同源,故痰和

瘀常胶结在一起阻滞脉络。有研究表明,老年人血脂的增高增加了脑卒中的发病率<sup>[7]</sup>。赵瑞祥等<sup>[8]</sup>分析了中风患者中医辨证分型与脂质代谢的关系,结果发现,脂质代谢异常多发生于痰湿阻滞和气虚血瘀型中风患者,尤以痰湿阻滞型中风患者更为显著。痰浊混于血中,壅塞气机,使脉道狭窄,血行滞涩,血液黏稠凝聚,导致经络气血运行不畅,久之痰瘀互阻。因此痰湿为老年脑卒中患者 DVT 发生的另一个主要原因。

2.3 脾肾阳虚导致寒凝血瘀

肾阳虚与老年人之间有着密切的关系。随着年龄的增长,肾阳逐渐虚衰,加之久病内伤,阳气耗损而阴寒内生。这是老年人生理变化的必然趋势。施傲听通过对 320 例老年人的调查,与中青年相比肾阳虚的发生率明显增高<sup>[9]</sup>。肾阳的温煦、肾阴的化生是血液化生、循行、津液输布的重要保证。肾精不足可致肾气亏虚,无力温煦、激发推动其他脏器。精不化血或阴血不充,脏腑功能失调,血失通畅,脉道涩滞而致血瘀。脾阳失于肾阳温煦,脾肾阳虚不能温煦络脉致使寒滞经脉,血凝瘀阻而形成脉痹,成为因寒致瘀。

3 老年脑卒中患者下肢静脉血栓预防治疗

在目前对该疾病的研究中,预防逐渐成为研究重点。DVT 是临床常见而又常被忽略的危险疾病,目前是排在第三位最常见的血管疾病。临床症状不典型,根据临床表现往往不能及时准确地作出诊断。有研究称,在不预防情况下,脑卒中患者 DVT 发病率 11%~75%<sup>[10]</sup>。2008 年 7 月 1 日美国胸科医师学会 (ACCP) 基于大量循证医学证据更新并颁布了《血栓预防和治疗指南》,对于卧床并具有 1 种或更多危险因素,包括严重神经性疾病的患者,推荐应用低分子肝素 (LMWH) (1A 级)、小剂量肝素 (LDUH) (1A 级) 或合成戊糖 (fondaparinux) (1A 级) 预防血栓。也有研究建议<sup>[11]</sup>,对患者加强宣传教育,重视早期康复锻炼指导,应用理疗、间歇性腿部充气压迫、弹力袜和弹力绷带等,是降低脑卒中患者并发下肢深静脉血栓形成的关键。但就我国目前的情况,对该病从预防意识到规范诊治都存在很大差距,中医对此更未见有系统和规范的预防及治疗方案。中医对于该疾病的治疗及预防多以活血化瘀法为主。如韩晓娜等认为,丹参注射液具有明显的活血化瘀作用,可有效防治肿瘤化疗患者下肢静脉血栓形成<sup>[12]</sup>。

4 对本病的中医预防思路

4.1 补其元气以利血行

临床最常运用的补气化瘀方剂当属补阳还五汤。方中重用大量黄芪,不仅能补其失去之五成元气治其本,气行则血行。再配伍活血化瘀药物,当归、川芎、赤芍、桃仁、红花等祛瘀通络以治其标。更佐以搜风通络的地龙,诸药合用气旺血行络通。本方成为益气活血通络法治疗脑血管病变的代表性方剂。用益气活血法在临床上除治疗本病外,还应用于血管性痴呆、脑萎缩、面神经麻痹、下肢静脉曲张、血栓闭塞性脉管炎、糖尿病及其并发症等疾病,均能收到良好效果。因此,针对于气虚型老年人需要重补其元气以利血行。

4.2 化湿与活血并举

对于因痰湿致瘀的患者,在治疗上以治湿为主。临床所见一般病程较长,年事较高的老年患者,脾胃已虚,肾气渐衰,对于此类痰湿的辨证治疗,张景岳认为宜“培补脾肾,以绝生痰之源”。且痰湿为阴邪,易损伤阳气,因此临床上多选用温肾健脾,

运化水湿的方药,可选用四君子汤为基础方以益气健脾,用香砂六君子丸以理气化湿;用金匱肾气丸温阳利水,所谓“病痰饮者,当以温药和之”。如遇外湿困脾,郁遏气机,可用宣上、畅中、渗下的三仁汤,以化湿与活血并举。活血药可选用川芎、当归、桃仁、红花为基础药物,均有活血祛瘀作用;益母草、泽兰既可化瘀,又能利湿消肿;川牛膝补肾活血通经并引血下行;水蛭、王不留行破血祛瘀消癥,通利血脉等。使瘀血得化,痰湿得清,经脉得通,气血得以正常运行而收到良好效果。

4.3 温通以助血行

对于阳虚血瘀和寒湿血瘀型患者,临床多应用温阳活血通络的方药,老年人年高体衰,阳虚较明显,因此,治疗时可多取温补之法,适当加用参、桂、附,如《伤寒论》当归四逆汤,以桂枝辛甘大热,通血脉,开痹涩,祛湿寒。细辛辛温通络,祛风散寒。配当归、芍药等治疗阳虚血弱,寒伤经络,气血凝滞等症,对于老年人因寒致瘀的治疗会收到更好的效果。也可以选择温针灸、隔姜灸、中药泡洗、中药热敷等行之有效的中医多种治疗方法,起到改善下肢静脉回流速度的作用。温通法也是中医学治疗血液凝滞的主要方法之一。因而在用活血化瘀法治疗和预防脑卒中患者下肢静脉血栓形成中,必须配合应用益气、祛湿、温通法方能奏效。

综上所述,中医学在预防脑卒中后下肢静脉血栓形成中可提供多种方法。“益气”、“祛湿”、“温通”、“活血”法在中医临床实践中被证实是有效的,对该疾病的预防也应有很好的应用价值。而中医学多种治疗方法也可通过辨证为不同临床特点的患者提供有效、灵活的预防和治疗方案。较之单纯用抗凝方法,适应症更加宽泛,更能降低风险效益比。

参考文献

[1]孙葵葵,王辰,庞宝森,等. 住院脑卒中患者下肢深静脉血栓形成发病情况分析[J]. 中华医学杂志, 2004, 84(8): 637-641.

[2]江红,叶迈蕴. 老年脑卒中患者合并下肢深静脉血栓形成的分析与干预[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(6): 2300-2301.

[3]柴雅倩,陈群,徐志伟. 论瘀血体质的特征[J]. 国医论坛, 2006, 21(4): 12-14.

[4]中国中西医结合活血化瘀研究所. 血证与活血化瘀研究[M]. 北京:学苑出版社, 1990:171-175.

[5]王金荣,李金英. 387 例老年虚证的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 1993, 20(5): 1-3.

[6]王清任. 医林改错[M]. 北京:中国中医药出版社, 1995:32-36.

[7]黄鉴政,宋水江. 脑血管脂蛋白(a)及其他血脂成分测定[J]. 临床神经病学杂志, 1994, 7(4): 211-212.

[8]赵瑞祥,周向东,王凤山,等. 脑卒中患者脂质代谢紊乱与中医辨证分型的关系[J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(6): 339-341.

[9]施傲听,陈秀珍. 320 例老年人肾阳虚与性功能改变的调查分析[J]. 中医药学刊, 2005, 23(7): 1293.

[10]Ibbighina V, Delia K, Nicolaides AN. Effect of lightweight compression stockings on venous haemodynamics [J]. Int Angiol, 1997, 16(3): 185-188.

- [11]徐敏, 忻珊. 脑卒中并发下肢深静脉血栓形成的危险因素分析及预防[J]. 护理与康复, 2007, 7( 11) : 836-837.
- [12]韩晓娜, 孙义长. 丹参注射液防治恶性肿瘤化疗后并发下肢静脉血栓临床观察[J]. 国医论坛, 2008, 23( 4) : 24.

## 中药概念辨析

李学林 唐进法

( 河南中医学院第一附属医院药学部, 450000)

中药从发现到使用主要经历了两个发展阶段: 第一阶段主要是中药材和中药饮片的认识和发展。以《神农本草经》问世为开始, 主要是用药品种不断增加和药性理论不断完善, 至《本草纲目》成书时中药的品种已达 1892 种之多并形成完整的本草学理论。其间中药饮片是中药的主要应用形式。第二阶段主要是以中成药发展为主。随着现代科学技术的发展和西药制剂技术的引入, 为适应人们的用药需求, 中成药得到了长足发展, 2005 版《中国药典》收录的中成药已有 17 个剂型, 565 个品种, 而中药饮片的数量则无明显的变化。因此, 中药的内涵和外延是逐渐扩大的, 原有中药的概念已不能完全代表中药的特性。

### 1 中药的概念

我国 2001 年颁布的《药品管理法》中明确指出: “药品是用于预防、治疗、诊断人的疾病, 有目的地调节人的生理机能并规定有适应症或者功能主治、用法和用量的物质, 包括中药材、中药饮片、中成药、化学原料药及其制剂、抗生素、生化药品、放射性药品、血清、疫苗、血液制品和诊断药品等”。其中的中药材、中药饮片、中成药属于中药的范畴, 是中药的主要应用形式。因此中药的概念应为: 在中医药理论指导下, 用于疾病预防、诊断、治疗和康复的天然药物及其制品; 包括中药材、中药饮片( 中药配方颗粒)、中成药( 中药注射剂) 等。

虽然现在中药的范畴和应用形式已经较以前发生了很大的变化<sup>[1]</sup>, 但中医药基础理论是中药使用和存在的基础, 是中药的特有属性或本质属性, 体现了中药概念的稳定性; 而通过对临床中医药知识的积累、总结并借助现代科学手段进行阐释, 中医药理论将会不断的发展、完善; 中药的临床应用形式会日益多样化, 这体现了中药概念的相对性、可变性。

### 2 中药和与中药相关概念的关系

#### 2.1 中药与中药材、中药饮片、中成药间的关系

中药材是指可作中药原料使用, 但未经加工炮制的植物、动物、或矿物的天然产物。

中药饮片最初是指为制备汤剂而将中药材切制成的片状药物。现在定义为中药材制成的片状、块状、丝状或段节形状的加工炮制品, 由于饮片便于煎汤饮服而得名<sup>[2]</sup>。随着当今科学技术的发展, 现在中药饮片的外延也发生了变化, 不仅仅局限于对原药材的切制加工品, 还包括利用现代科技手段对其进行提取, 制成一定剂型的制剂, 便于患者携带和服用, 如中药配方颗粒<sup>[3]</sup>, 在临床也是通过中医辨证施治的方法来使用的。目前各版《中药学》教材讲中药中讲中药饮片, 而不涉及中成药的内容, 将“中药”和“中药饮片”认为是等同的概念, 是不正确的。

中成药是以中药材或中药饮片为原则, 在中医药理论指导下, 按规定的处方和方法, 加工制成一定的剂型, 标明药物作用、适应症、剂量、服法, 供医生、患者直接选用, 符合药品法规

定的药物。借助现代制药技术, 中成药的发展日益迅速, 其中一些新剂型的使用突破了中药传统剂型的概念, 比如中药注射剂, 虽然改变了用药途径, 但仍以中医药理论为基础并在指导下使用, 它还属于中药。然而中成药只是中药的应用形式之一, 并不能完全代表中药。

#### 2.2 中药与西药的关系

我国古代历史上并没有“中药”的概念。19 世纪后期, 随着西方医药学的传入, 为了区别东、西方两种医药学, 将我国传统医药称为中医、中药, 而在国外则把中药叫做“传统药物”或“汉方药”, 由此“中药”一词的使用是先于对它内涵的界定。

中药和西药属于并列关系的两个概念, 分属不同的医学科学体系使用的药物。一般认为, 中药属天然药物, 西药属人工化学合成药物, 但这两者如何区分, 关键还在于其是在什么样的理论体系指导下使用, 两者有时可以转化。如果把中药赋予了西药的内涵, 在西医理论指导下使用, 可将其视为西药, 如青蒿素。岳风先<sup>[3]</sup>提出“西药中药化”的观点并进行了有益的探索, 认为将西药赋予中药理论的内涵可以将西药转化成现代中药。

#### 2.3 中药与草药的关系

“草药”一词出现于宋代, 相对于当时专卖的“官药”而言。指那些主流本草尚未记载、多流传于民间、在正规中医院应用不普遍、只为民间医生所习用, 且加工炮制尚欠规范的部分药物称为草药。它包括植物药、也有动物药和矿物药, 而不是专指草本类药物。从发展的眼光看, 草药还是中药的重要组成部分和发展源泉, 只是在一定时期内主要流传于民间。在医疗实践中, 有的草药逐渐由经验用药向理论认识过渡, 最终成为中药。

#### 2.4 中药与天然药物的关系

天然药物是相对于“化学合成药”而提出来的概念, 泛指一切保持自然物理、化学特性, 具有药用价值或药用有效成分的植物、动物及矿物。从来源上看中药也是天然药物, 因为中药本来就是在对植物、动物及矿物等天然物质认识后, 将部分天然药物赋予了中药的内涵, 并在中医药理论指导下使用的, 脱离了中医药理论就属于天然药物的范畴。

总之, 要用发展的眼光去看待“中药”内涵和外延的变化, 从最初的中药材、中药饮片到中成药, 它们都是中药不可分割的一部分, 而且三者的应用形式也还会随认识的发展而不断扩大。认识清楚这些, 才能正确使用中药的概念。对目前《中药学》教材只按传统认识仅讲述中药饮片的做法要尽快纠正, 增加中成药的教学内容, 以保持中药概念的完整性; 同时要明确教科书、工具书所讲中药相关内容的概念归属, 如属中成药的范畴就用中成药的概念, 不能再套用中药概念, 以解决实际工作中存在的概念性错误。只有这样, 才能摆脱传统概念的束缚去开发和利用中药, 促进我国药品的分类管理和日常生产、科研的工作开展, 加快我国的中药现代化建设。

### 参考文献

- [1]李学林. 中药应用形式及特点[J]. 中医研究, 2006, 19( 2) : 59-64.
- [2]张廷模. 临床中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 44.
- [3]岳风先. 西药中药化研究概述[J]. 中国处方药, 2005, ( 8) : 24-27.