

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.20.006

基于“血不利则为水”探讨颅内静脉窦血栓形成的病机与辨治

李梦君¹, 周红霞², 张燕平², 刘向哲²✉

1. 河南中医药大学, 河南省郑州市金水东路 156 号, 450046; 2. 河南中医药大学第一附属医院

[摘要] 基于“血不利则为水”理论阐释颅内静脉窦血栓形成的基本病机和中医辨治。认为脾肾亏虚、三焦功能失调, 气分、血分、水分功能紊乱导致瘀血内生, 瘀阻阴脉而水不循经是本病的基本病机。根据疾病特点进行分期治疗, 活血利水法是急性期治疗的关键, 根据辨证辅以益气、温阳、行气、解毒之法; 恢复期侧重活血化瘀以利水, 健脾补肾以扶正祛邪; 后遗症期强调健脾补肾, 常用虫类药物化瘀通络以除余毒。

[关键词] 颅内静脉窦血栓形成; 血不利则为水; 活血利水法

颅内静脉窦血栓形成 (cerebral venous sinus thrombosis, CVST) 是指一类由各种原因引起脑血液回流受阻或脑脊液循环障碍的脑静脉系统的血管病^[1]。由于 CVST 病因较为复杂, 临床表现多样化, 无特征性症状或体征, 70% 的患者表现为头痛, 或有癫痫发作、恶心呕吐、精神障碍等^[2]。CVST 发病率占卒中发病的 0.5%~1%, 85% 的 CVST 患者有明确的易栓因素^[3], 如妊娠期、口服避孕药、蛋白 S 或蛋白 C 缺乏等。西医治疗有抗凝、抗感染、局部溶栓、机械取栓等方法^[4]。目前中医对 CVST 的相关报道较少, 对本病的中医病名、病因病机、辨证分型、中医治疗以及中医疗效评定标准等尚无明确的规范化准则。根据其临床症状可归属于“头痛”“中风”“癫痫”“暴盲”等范畴^[5]。我们经长期临床实践并从《金匱要略》水气病的证治中得到启示, 运用“血不利则为水”理论进行辨证治疗本病, 临床疗效显著。本文将基于“血不利则为水”理论探讨 CVST 的基本病机与治疗, 以期临床实践提供思路。

1 “血不利则为水”阐释

“血不利则为水”载于《金匱要略·水气病脉

证并治第十四》, 云: “寸口脉沉而迟, 沉则为水, 迟则为寒, 寒水相搏, 趺阳脉伏, 水谷不化, 脾气衰则鹜溏, 胃气衰则身肿, 少阴脉卑, 少阴脉细……经为血, 血不利则为水, 名曰血分”, 又云“病有血分, 水分, 何也? 师曰: 经水前断后病水, 名曰血分, 此病难治; 先病水, 后经水断, 名曰水分, 此病易治”。“血不利”指脉中凝滞之血、离经之血和阻经之血不利, 呈现的状态为瘀血。“水”是指因“血不利”而使津液输布代谢失常所呈现的病理状态: 一是水溢肌肤之水肿; 二是血脉凝滞, 水溢脉外导致脏腑组织黏膜和间隙的充血性水肿; 三是由血脉渗入体腔内的积液, 包括腹水、胸水、心包积液等, 原因或寒凝、或热灼、或气虚、或气滞、或络脉损伤、或外伤^[6]。

2 “血不利则为水”在 CVST 中的病机释义

2.1 基于象思维对脑动脉疾病、脑静脉疾病病机特点的辨识

《素问·示从容论篇》云: “夫圣人之治病, 循法守度, 援物比类, 化之冥冥。”先贤根据天人合一的哲学观, 将象思维贯穿中医基础理论中。中医象思维是应用取类比象的思维方法解决临床问题、揭示疾病本质规律的一种方法, 在疾病的病因病机、诊断、治疗方面具有重要价值^[7]。我们认为, 脑动脉疾病与脑静脉疾病的病机特点不同。动脉血流载氧气 (精微物质)、血流呈发射性 (上升)、流

基金项目: 国家中医临床研究基地科研专项课题 (2019JDZX2008); 河南省重点研发与推广专项 (212102310360); 河南省中医药传承与创新人才工程 (仲景工程) 中医学科领军人才 (豫卫中医函 [2021]8 号)

✉ 通讯作者: liuxiangzhe@163.com

速快(兴奋),色鲜红(明亮);静脉血载二氧化碳(代谢产物)、血流呈回流性(沉降)、流速慢(抑制),色暗红(晦暗)。动脉属阳,阳气过盛则可出现风火上扰、阴虚阳亢、痰热腑实,阳气不足则易生痰瘀,导致风痰瘀阻、气虚血瘀等,病机多为阴阳失调,气机逆乱,多责之于心、肝、脾、肾^[8]。静脉属阴,具有沉降、抑制的性质。阴液不足、阴盛寒凝和伏毒侵袭均可使阴血凝滞导致水不循经。其中“伏毒”毒性猛烈,所致疾病病情急重,或迁延反复难愈,由里外发,具有伏而不觉、发时始显的特点,其病性既有隐伏、缠绵、暗耗属阴的一面,又有暴戾、杂合、多变属阳的一面^[9]。临床常可表现出阳热、阳虚阴寒、虚实夹杂、寒热错杂等证候,其根本原因在于正气不足,也有研究发现伏毒与炎症因子、免疫相关蛋白关系密切^[10]。临床中 CVST 常见于妊娠期及产褥期妇女、创伤或术后患者、老年人、免疫力低下者等^[11-12]。由此我们认为,非炎症性的 CVST 可能由于机体虚损而致,炎症性 CVST 多因正气不足,伏毒诱发。CVST 致病因素多为素体虚弱、饮食不节、劳倦、创伤、外感邪毒、伏毒诱发等。脾肾为先后天之本,三焦通调水道、司气化。脾肾亏虚,正气不足,三焦功能失调,气分、血分、水分功能紊乱导致瘀血内生,瘀阻阴脉而水不循经是本病的基本病机。也有研究^[13]认为, CVST 是由于气血亏虚,太阳膀胱经络不畅,气化失责,痰湿内生外加风、热、湿邪中于头面部经络致使经气不利而发,病位在膀胱经、跷脉和肝经。

2.2 “血不利则为水”责之脾、肾、三焦功能的失调

“趺阳脉伏,水谷不化,脾气衰则鹜溏,胃气衰则身肿”,提示脾胃气衰则水饮不化。“少阴脉细”,提示肾阳虚损。脾胃是人体气血津液生化和升降出入的原动力。肾为水火之宅,一身阴阳之根本,主藏精生髓和水液转输代谢,脾肾虚损日久可引发全身性的虚损,机体的气化、温煦和推动功能下降而致阳不化气而阴成形,从而产生瘀血、痰湿、水饮等病理产物。“少阴脉卑”指三焦水道不通和气化失司。陈潮祖教授认为,三焦之膜,包括膜和腠:膜的含义大至胸腹之膜,小至细胞之膜;腠是指膜外空隙,包括皮肤之中、分肉之间、胸腹育膜、五脏经隧夹层、脑外腔隙和眼膜间隙等,为气血津液升降出入的通道^[14]。《灵枢·五癰津液别》云:“三焦出气以温肌肉、充皮肤,其留而不行者为液”,提示津液与三焦的气化功能密切相关。

CVST 的病理状态为阴经血瘀而水不循经,根本原因在于脾、肾、三焦功能的失调,在治疗上采取上病下取的原则,活血利水辅以健脾补肾也意为治病求本以祛邪。

2.3 气分、血分、水分失调是病机关键

“血不利则为水”并非单指“血”和“水”的关系,《医碥》云:“气水血三者,病常相因,有先病气滞而后血结者,有病血结而后气滞者,有先病水肿而血随败者,有先病血结而水随蓄者”,唐容川《血证论·肿胀》亦云:“气即水也,血中有气即有水”。气水血三者常相兼为病,水液的生成输布代谢依赖于气机的升降出入,气随血脉周流如环无端,一气周流,则血脉通畅。《景岳全书·论证》云:“气化则能出矣,盖有化而入,而后有化而出;无化而出,必其无化而入,是以前入其出,皆由气化。”气化是气的运动及产生的变化,气化功能伴随着气机升降出入的过程,包括形气转化、食气化精、精气神互化三方面^[15]。气化失司病理表现有三个方面:一是气机升降出入失调;二是气化生精血津液等有形精微物质的功能减弱,无以为入滋养机体;三是无法将有形物质化为无形之气,无以为出致使精血津液沉积形成瘀血、水饮、痰湿等病理产物。气水血三者密不可分,血不利则水不利、水不利则为水、血不利则为瘀、血不利则溢;水不利则生瘀血、痰湿、水饮;气不行则血瘀、气不摄则血溢,气不化则血虚、精亏、血瘀、水饮等。

3 “血不利则为水”理论指导下的 CVST 辨治思路

3.1 活血利水为治疗关键,辅以健脾、补肾、通三焦

不同时期的治疗侧重点不同,急则治其标,缓则治其本。急性期以化瘀与利水并重,辅以益气、温阳、行气、解毒之法,注意防止脑疝的发生;恢复期应侧重活血化瘀以利水;后遗症期侧重于健脾补肾、化瘀通络以除余毒。急性期以通窍活血汤或补阳还五汤为基础方联合活血利水药物,如益母草、泽兰、泽泻、牛膝、三七等,并可辅以风药,可选柴胡、细辛、白芷、羌活、独活等。风药的使用主要有以下作用:巅高之上,唯风药可及,寓引药上行;风药性辛香走窜,可祛滞留之邪,通利开窍,风胜湿兼有止痛^[16]。若肾阳亏虚,寒象明显,可选淡附片或肾气丸加减;若气滞明显,加木香、砂仁行气利水;若伏毒侵袭,风热明显,可选金银花、连翘、牛蒡子、升麻、苍耳子等疏风升阳、解毒通窍之品;热毒明显,可选黄连解毒汤加减以清

热解毒利水；若有意识障碍可选用冰片、牛黄、麝香、石菖蒲等开窍醒神；肢体经络不通，可加桑枝、木瓜、络石藤祛风通络。

恢复期仍以补阳还五汤或通窍活血汤为基础方，脾虚可选茯苓、白术、薏苡仁、山药以健脾利湿；痰盛可选半夏、陈皮化痰；肾精不足可选杜仲、牛膝、枸杞子、益智仁补肾益精；虚劳久病可加龟甲胶、鹿角胶填精益髓。后遗症期则需健脾补肾，化瘀通络以除余毒，临证常用虫类药物剔邪搜络、活血化瘀，如地龙、僵蚕、全蝎、蜈蚣、水蛭、虻虫等，但需注意若正虚忌全蝎、蜈蚣、水蛭、虻虫破血之品以防出血。本病临床症状变化多端且病情较重，根据实际辨证加减。

3.2 善用活血止血法以防瘀血合并出血

西药治疗脑梗死合并脑出血的情况时，常常抗凝则恐出血，止血亦怕加速血栓的形成，形成新的神经功能缺损。中医辨证治疗可止血不留瘀，活血亦止血。出现瘀血合并出血时，可遵循《血证论》中治血四法“止血，消瘀，宁血，补虚”的原则。《血证论·吐血》云：“惟以止血为第一要法”；“血止之后，其离经而未吐出者，是为瘀血，故以消瘀为第二法”；“止吐消瘀之后，又恐血再潮动，则须用药安之，故以宁血为第三法”；“去血既多，阴无有不虚者矣……故又以补虚为收功之法，四者乃通治血证之大纲”。CVST是一种特殊的中风类型，在治疗CVST伴出血的情况时，单纯采用一种方法治疗均非所宜，临证多选具有双相药理作用的药物，虚证可选三七粉、仙鹤草、丹参等；热盛选茜草、大黄、地榆；血瘀较重可选白及、蒲黄、五灵脂等，根据瘀血和出血并存的病机特点，评估患者病情，注重前期活血及止血的用药时间及药物剂量^[17]。

4 典型病案

患者，男，38岁，2020年12月25日初诊。主诉：间断性头部胀痛2个月余，加重伴左侧肢体活动不利3天。现病史：2个月前无明显诱因出现右侧颞枕部疼痛，至当地医院就诊，诊断为：颅内静脉窦血栓形成；再生障碍性贫血。予脱水降颅压、营养脑细胞、减轻脑细胞水肿等治疗，效果欠佳。3天前上述症状加重，伴左侧肢体活动不利，偶有恶心呕吐、呈喷射性，呕吐物为胃内容物。刻诊症见：神志清，精神差，右侧颞枕部疼痛，左侧肢体活动不利，偶有恶心呕吐，气短，面色萎黄，形体消瘦，纳差，入睡困难、夜寐不安，二便调，舌

淡，苔薄，脉沉细。既往史：慢性再生障碍性贫血3年，口服环孢素每次25 mg，每日3次；司坦唑醇片每次2 mg，每日2次。查体：左侧肢体肌力Ⅲ级，左侧共济系统欠配合，左巴彬斯基征、查多克征阳性。头颅静脉血管成像（见图1）：上矢状窦、直窦、双侧横窦、乙状窦阶段性充盈缺损，考虑静脉窦血栓可能。头颅CT：右侧顶叶高密度影并水肿，考虑出血灶。眼底检查：双侧视盘边界模糊不清、色红，周边散在出血灶，网膜静脉迂曲扩张，动脉变细。实验室检查：蛋白S/C阴性；基因检测：纤溶酶原激活物抑制剂1（PAI-1）、亚甲基四氢叶酸还原酶（MTHFR）纯合基因突变高风险型；血栓检测：D-二聚体：8.41 μg/ml。同型半胱氨酸：18.2 μmol/L；铁蛋白：944.9 ng/ml。西医诊断：颅内静脉窦血栓形成；脑出血；慢性再生障碍性贫血；双侧视乳头水肿。中医诊断：中风（脾肾亏虚、气虚血瘀证）。西医治疗：西药给予甘露醇250 ml，每12 h 1次，甘油果糖250 ml，每日1次静脉滴注脱水降颅压；依达拉非注射液每次20 ml联合100 ml生理盐水静脉滴注，每日2次以清除自由基；布洛芬缓释胶囊每次1粒，每日2次以止痛；24 h氧气吸入，考虑环孢素、司坦唑醇可能是诱发本病的重要因素，暂不予给药。中医以益气通络、活血利水为治疗原则。处方：黄芪30 g，当归12 g，川芎12 g，地龙12 g，党参15 g，白芷12 g，北柴胡12 g，细辛3 g，三七粉3 g（冲服），羌活15 g，独活15 g，益母草30 g，泽泻15 g，泽兰15 g，炒酸枣仁30 g，甘草6 g。3剂，每日1剂，水煎早晚两次温服。醒脑静注射液40 ml加入生理盐水500 ml静脉滴注，每日1次以醒脑开窍。



图1 2020年12月25日初诊时头颅静脉血管成像

2020 年 12 月 28 日二诊：诉仍头胀痛，动辄气短，面色萎黄，形体消瘦，恶心呕吐，饮食不佳，仍夜寐不安，大便干，排便无力，4 天一行，小便调，舌淡，苔薄，脉沉细。患者脑出血后 1 周，评估患者病情，颅内出血稳定，予那屈肝素钙注射液皮下注射，每次 1 ml，每日 1 次以抗凝。中药守上方继续服用 3 剂。

2020 年 12 月 30 日三诊：患者诉头痛减轻，仍动辄气短，面色萎黄，纳差，睡眠较前安稳，大便干，排便无力，2 天一行，小便调，舌淡，苔薄，脉沉细。中药守初诊方黄芪增至 50 g，加焦三仙各 15 g、姜厚朴 12 g、麸炒枳实 12 g。4 剂，每日 1 剂，水煎早晚两次温服。

2021 年 1 月 3 日四诊：诉头痛进一步减轻，动辄气短较前改善，面色暗黄，食欲渐佳，眠可，大便仍偏干，2 天一行，小便调，舌淡，苔白，脉沉细。患者危重病情好转，甘露醇用量改为每次 125 ml，每 12 h 一次；氧气吸入改为上午、下午各 4 h。中药守三诊方，黄芪加至 60 g，4 剂，每日 1 剂，水煎早晚两次温服。

2021 年 1 月 12 日五诊：诉偶发性头痛，乏力气短好转，面黄有光泽，纳眠可，二便调，舌淡，苔白，脉细。那屈肝素钙注射液改华法林钠片口服，每次 5 mg，每日 1 次续接抗凝治疗，暂停氧气吸入。中药守四诊方，4 剂，每日 1 剂，水煎早晚两次温服。

2021 年 1 月 14 日六诊：患者头痛明显减轻，左侧肢体活动能力增强（查体：肌力Ⅳ级），神疲乏力、气短明显改善，面黄有光泽，纳眠可，二便调，舌淡红，苔薄白，脉细。静脉血管成像检查（见图 2）与 2020 年 12 月 25 日相比，大脑浅静脉增多。中药守四诊方，去麸炒枳实、姜厚朴，黄芪改为 30 g。当天出院后继服 1 个月。

2021 年 3 月 4 日七诊：患者偶发性头胀痛，面色稍黄有光泽，左侧肢体活动能力明显改善（查体：肌力Ⅳ⁺级），纳眠可，二便调，舌淡红，苔薄白，脉细弱。我院静脉血管成像检查（见图 3）：双侧横窦、乙状窦、窦汇、上矢状窦、直窦仍部分充盈缺损，与 2020 年 12 月 25 日比较，双侧大脑浅静脉明显增多，经吻合支引流至海绵窦，经岩下窦引流至颈内静脉。以补肾健脾、活血化瘀为治则，处方：黄芪 30 g，当归 12 g，赤芍 15 g，炒桃仁 12 g，红花 12 g，地龙 12 g，川芎 15 g，白芷 12 g，北柴

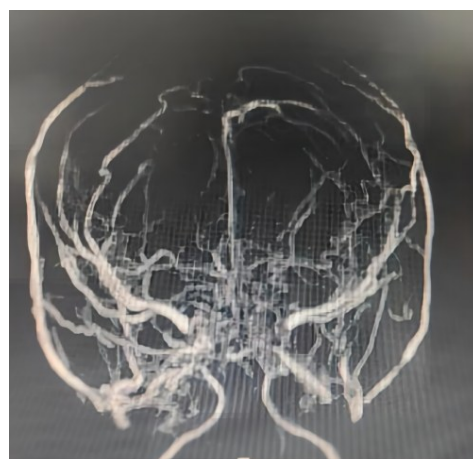


图 2 2021 年 1 月 14 日六诊时头颅静脉血管成像

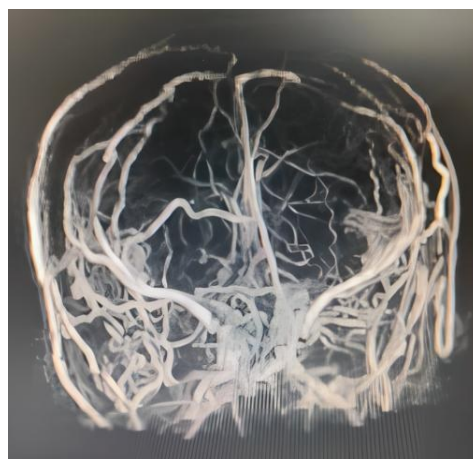


图 3 2021 年 3 月 4 日七诊时头颅静脉血管成像

胡 12 g，牛膝 15 g，灯盏细辛 9 g，熟地黄 15 g，砂仁 9 g，石菖蒲 12 g，酒萸肉 30 g，山药 15 g。7 剂，每日 1 剂，水煎早晚两次温服。西药口服华法林钠片 2.5 mg，每日 1 次；环孢素每次 25 mg，每日 3 次；司坦唑醇片每次 2 mg，每日 2 次。

2021 年 3 月 10 日八诊：患者头痛明显减轻，面色稍黄有光泽，纳眠可，二便调，舌质淡红，苔薄白，脉细。守七诊方加龟甲胶、鹿角胶各 9 g。30 剂，每日 1 剂，水煎早晚两次温服。西药同七诊。

2022 年 2 月 10 日九诊：患者诉 3 天前头部右侧颞部偶发性胀痛，面色暗黄，偶有纳眠差，二便调，舌质淡红，苔薄白，脉细。我院静脉血管成像检查（见图 4）：同 2021 年 3 月 4 日相比，侧支血管增粗增多。中医以健脾补肾、化瘀通络为治则。处方：党参 15 g，黄芪 30 g，当归 15 g，麸炒白术 15 g，肉桂 6 g，枸杞子 9 g，牛膝 12 g，炙甘草 3 g。4 剂，每日 1 剂，水煎早晚两次温服。西药停华法林钠片。

2022 年 2 月 14 日十诊：头部右侧颞部仍偶发

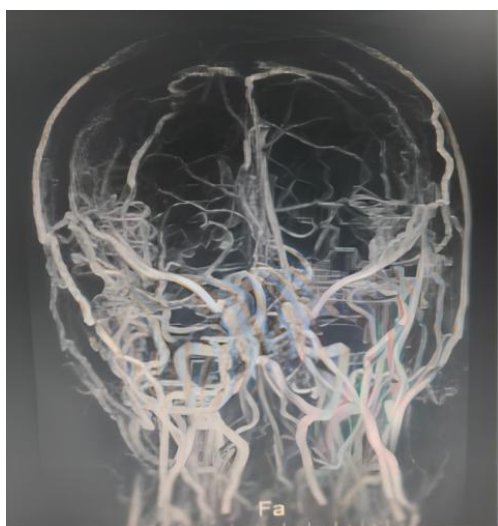


图4 2022年2月10日九诊时头颅静脉血管成像

性胀痛，面色暗黄，偶有纳眠差，二便调，舌质淡红，苔薄白，脉细。守九方巩固治疗加全蝎 12 g、蜈蚣 2 条、地龙 15 g。30 剂，每日 1 剂，水煎早晚两次温服。嘱患者坚持中医治疗，调畅情志、勿过劳，避免疾病复发。

2022 年 6 月电话随访，患者诉因疫情就诊不便，后自行抄方间断服用 50 剂，现无头痛、无牙龈出血等不适，纳眠可，嘱不适随诊。

按语：本案患者为中青年男性，发病 2 个月病情进行性加重，出现瘀血、出血、贫血三种状态。首诊患者动辄气短、恶心呕吐、面色萎黄、纳眠差、舌淡苔白、脉沉细，结合既往再生障碍性贫血病史，提示患者脾肾亏虚日久，生化乏源，气血亏虚，气虚推动不及，气化功能失司导致瘀血凝滞而水不循经，辨证脾肾亏虚、气虚血瘀证。急性期以益气通络、活血利水为治则，方以补阳还五汤联合活血利水药物，辅祛风止痛药加减而成。黄芪为君药，一可大补元气，走而不守，使气旺血活，周流全身；二可升清阳以降浊阴，温阳以助气化，予瘀血、水饮等病理产物以出路；三可益气活血，扶正祛邪；四可益气生血，祛瘀生新；五可益气摄血，也说明黄芪可以通过补气间接起到活血止血的作用；六可益气健脾利水。黄芪常以 30 g 起用，如无不妥，根据患者体质和病情可加至 60 g，多可增至 120 g^[18]。党参、当归健脾益气，补血活血；本方中三七是调节瘀血兼出血矛盾的关键药物，活血亦止血，止血不留瘀；益母草、泽泻、泽兰活血利水，川芎、地龙行气活血通络；羌活、独活、细辛、白芷以祛风止痛，引药上行；酸枣仁改善失

眠。二诊患者颅内出血稳定，予以那屈肝素钙抗凝治疗。三诊患者服药后无不良反应，黄芪加至 50 g；纳差、大便干、排便无力，加焦三仙健脾开胃，麸炒枳实、姜厚朴下气除满。四诊患者头痛进一步减轻，无呕吐，危重病情明显好转，判断颅内压降低，减甘露醇用量，黄芪加至 60 g。五诊患者病情稳定，暂停那屈肝素钙注射液，予华法林钠片接续抗凝。六诊患者各项症状明显好转，已正常排便，效不更方，守四诊方去麸炒枳实、姜厚朴，黄芪改为基础用量 30 g 继续巩固治疗。七诊时患者病情进入恢复期，以健脾补肾、活血化瘀以扶正祛邪，以补阳还五汤原方补气活血通络，灯盏细辛活血通络，同时联合白芷、柴胡祛风止痛，引药上行；熟地黄、牛膝、石菖蒲、酒萸肉、山药健脾补肾，填精益髓；砂仁行气走而不守。八诊时，患者虚劳久病，加鹿角胶、龟甲胶填精益髓，阴阳双补。九诊、十诊时，患者处于后遗症期，瘀阻脑络引发头痛，以健脾补肾、化瘀通络为治则，予党参、黄芪、当归、麸炒白术健脾益气，全蝎、蜈蚣、地龙虫类药为血肉有情之品，兼具填精益髓和祛瘀生新双重作用，配合补肾固精之肉桂、牛膝和补肝肾益精血之枸杞子对中风病后遗症期髓亏瘀阻证的效果良好^[18]，炙甘草调和诸药。另外，脑部疾病重在治未病，尤其是恢复期、后遗症期仍需积极的中医健康管理进行慢病防治以便有效防止疾病进展、出现变证或复发^[19]。

参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国颅内静脉血栓形成诊断和治疗指南 2019[J]. 中华神经科杂志, 2020, 53(9): 648-663.
- [2] HECKELMANN J, DAFOTAKIS M, SCHULZ JB. Cerebral venous sinus thrombosis: an overview of causes, diagnostics and treatment[J]. Nervenarzt, 2022, 93(4): 413-421.
- [3] IDICULLA PS, GURALA D, PALANISAMY M, et al. Cerebral venous thrombosis: a comprehensive review[J]. Eur Neurol, 2020, 83(4): 369-379.
- [4] 林峰, 李军, 王守森. 颅内静脉和静脉窦血栓形成的诊断及治疗研究进展[J]. 中华神经医学杂志, 2021, 20(5): 528-530.
- [5] 杜鑫, 黄凤, 张帆, 等. 颅内静脉系统血栓形成中医病名初探[J]. 中国中医急症, 2020, 29(11): 1976-1978, 1984.
- [6] 张苏颖. “血不利则为水”的机制及临床意义[J]. 山东中医药大学学报, 2002, 26(2): 93-96.
- [7] 刘立安, 孟月, 孙永章. 等. 象思维的离析、贯通与中医

- 理论解构[J]. 中医杂志, 2019, 60(20): 1718-1720.
- [8]周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 305.
- [9]陆韵薇, 于顾然. 以周仲瑛“伏毒”学说论治视神经脊髓炎谱系病[J]. 中医杂志, 2020, 61(11): 957-960.
- [10]渠源, 张伟, 贾新华. 基于伏毒学说论治结缔组织相关间质性肺疾病[J]. 中医杂志, 2020, 61(9): 776-780.
- [11]王晴, 袁俊亮. 妊娠相关颅内静脉窦血栓研究进展[J]. 中国卒中杂志, 2018, 13(5): 527-531.
- [12]张细芳. 炎症指标与颅内静脉血栓形成的相关性研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2021.
- [13]冉宁晶, 方好, 陈卫银. 从足太阳膀胱经论治颅内静脉窦血栓形成[J]. 中医药通报, 2016, 15(4): 24-25.
- [14]和靖, 李炜弘, 欧阳双, 等. 基于陈潮祖“膜腠三焦”学说再探三焦的形质与功能[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(4): 1969-1971.
- [15]裴丽敏, 杜武勋, 李晓凤. 中医气化理论探讨[J]. 陕西中医, 2021, 42(11): 1586-1590.
- [16]罗再琼, 黄淑芬, 王明杰. 论风药的活血作用及其特点[J]. 中医杂志, 2000, 41(8): 453-454.
- [17]刘向哲. 浅析中风病治疗中的三对矛盾[J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(6): 33-34.
- [18]王新志, 刘向哲. 中风病中医治疗 10 法[J]. 中医杂志, 2002, 43(4): 305-307.
- [19]刘向哲, 李雅新. 脑健康管理的重要性及其模式探讨[J]. 医学与哲学, 2018, 39(3): 78-80.

Discussion on TCM Syndrome and Treatment of Cerebral Venous Sinus Thrombosis based on “Unsmooth Blood Circulation Results in Water Retention”

LI Mengjun¹, ZHOU Hongxia², ZHANG Yanping², LIU Xiangzhe²

1. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450046; 2. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450000

ABSTRACT The basic pathogenesis and syndrome differentiation thinking of cerebral venous sinus thrombosis (CVST) were explained from the theoretical angle of “blood deficiency is water” in traditional Chinese Medicine (TCM). It is believed that the basic pathogenesis of CVST is due to deficiency of spleen and kidney, dysfunction of triple energizer, and blood stasis caused by the disorder of *qi*, blood and water. Treatment was carried out by stages according to the characteristics of the disease. Promoting blood circulation and draining water method was the key to treatment in the acute phase. Supplementation was made based on syndrome differentiation to replenish *qi*, warm *yang*, move *qi* and remove toxin. Invigorating spleen and kidney in the recovery period, removing blood stasis to induce diuresis; In sequela stage, it can invigorate spleen and kidney, remove blood stasis, dredge collaterals and remove residual toxin.

Keywords cerebral venous sinus thrombosis; unsmooth blood circulation results in water retention; activating blood and promoting diuresis

(收稿日期: 2022-04-08; 修回日期: 2022-06-20)

[编辑: 贾维娜]

广告

欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001年合订本每本100元, 2002、2003年合订本每本105元, 2004年合订本115元, 2005年合订本125元, 2007—2010年合订本每本140元。2011(缺5、6期)—2013年每册9.80元, 2014(缺21期)—2017年(缺3、5、15、18期)每册15元, 2018年(缺5、7、9期)每册20元, 2020年(缺7、8、9期)每册20元, 2021年每册20元。2011—2013年合订本每年4本, 全年280元, 2014—2017年合订本每年4本(缺2017年上半年合订本), 全年400元, 2018—2021年合订本, 每年4本, 全年600元。2022年上半年合订本(2本), 400元。《中医杂志》2006—2008年增刊每册40元。

以上免费邮寄, 如需挂号每件另加3元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街16号, 收款人: 中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信(zyzgzzh)购买。邮编: 100700, 电话: (010)64089195。