

论“活血化瘀现象”

于水莲, 沈 鹰

(广州军区广州总医院风湿病重点专病中心, 广东 广州 510010)

摘 要:活血化瘀治则是血瘀证的特有治疗, 据历代医学家活血化瘀的理论与其他治则的辨证关系, 治疗了许多过去认为难以治疗或无法治疗的疾病, 但是, 近些年来在我们对活血化瘀疗法的深入研究的同时, 随之而来的是对活血化瘀药物的滥用, 所谓“百病皆有瘀, 无病不活血”, 不讲求辨证论治, 盲目用药。从血瘀证的本质、诊断标准及临床如何合理应用等几个方面论述, 以求以进一步提高中医药疗法的严谨性及安全性, 以利于中药现代化和中药走向世界。

关键词:血瘀证; 活血化瘀药; 活血化瘀现象

中图分类号: R242

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)12-2691-04

近年来随着对活血化瘀疗法及药物的深入研究及广泛应用, 活血化瘀药物在临床中的地位逐渐提高, 在推广与应用的同时其滥用问题也日益突显, 许多医生称之为“活血化瘀现象”。“六七十年代, 本医院的大黄䗪虫丸 1 年才能用去 1 箱 (100 盒), 可现在 1 年要用三四十箱, 这单纯是因为病人人数增多吗?”北京某医院中药房主任介绍, 大黄䗪虫丸是一种治疗妇科闭经的破血药, 其破血作用非常强, 现在不仅仅是妇产科, 许多科室, 尤其西医的科室此类药物处方量极大, 部分医生片面理解活血化瘀药物功效, 认为凡有瘀象必活血, 不讲求辨证论治, 盲目用药。本文针对目前临床中活血化瘀药物的混乱使用, 从血瘀证的定义、诊断标准、中西医认识、活血化瘀疗法的合理应用、启示等几个方面分别进行阐述。

1 “血瘀证”与“活血化瘀现象”

凡离经之血滞留体内, 或血行不畅, 壅遏经脉及脏腑器官, 均称为瘀血, 由瘀血内阻引起的病变为血瘀证。早在《内经》中即已有“血脉凝泣”及“脉不通”等的记载。自上个世纪 50 年代以来, 国内著名学者陈可冀教授等在继承传统中医理论思维基础上, 运用中西医结合研究“血瘀证及活血化瘀法”, 从临床、基础及理论等方面进行了深入系统的现代科学研究, 取得了重大进展, 所建立的血瘀证诊断标准已被临床中医师及中西医结合学者们广泛采纳和应用, 进一步阐明了活血化瘀的基本治疗规律与作用原理, “活血化瘀”理念在医学界已得到共识。随着对活血化瘀研究的不断深入, 活血化瘀方药已广泛应用于内、外、妇、儿、五官及皮肤等临床学科, 涉及现代医学呼吸、消化、循环、泌尿、内分泌、血液等诸多系统, 包括冠心病、糖尿病、癌症、硬皮病、肝硬化及视网膜病变等数十种疾病, 临床疗效显著提高, 展现出了美好的应用前景。近年来随着活血化瘀疗法的深入人心, 临床医生在重视活血化瘀方药应用的同时往

往忽视辨证论治, 而片面强调活血化瘀, 尤其是在应用活血化瘀中成药及中药针剂方面, 问题更加突出, 形成一种“百病皆有瘀, 无病不活血”的“活血化瘀现象”, 从而阻碍了血瘀学说的深入研究和发 展。因此, 探讨合理应用活血化瘀法, 避免活血化瘀药的滥用, 在活血化瘀深入人心的今天具有重要意义。

2 血瘀证的中西医认识

从中医理论来说, 血瘀证的始发原因可因寒、因热、因气、因血。以寒来说, 《内经》记载, “血得温而行, 逢寒则凝”, 这种寒可是六淫之“外寒”, 也可是阳虚之“内寒”, 心、脑血管病, 中风后遗症等即属于“内寒”所致; 以热来说, “热之为过, 血为之凝滞”; 以气来说, “气为血帅”, “血离其气, 则血瘀积而不流”, 但造成血瘀的气又可分为气滞血瘀和气虚血瘀; 以血来说, 则又有血虚血瘀、出血血瘀、污秽性血瘀之分。“用现代语言来总结, 由于血瘀证是由很多不同的原因引起, 所以它所造成的病种包括了神经、心血管、消化、呼吸、泌尿、血液、结缔组织、内分泌、肿瘤、外科、皮肤、骨伤、妇产、儿科、眼科、五官科等多个系统。”中医学将血瘀证的机制概括为“瘀滞内结”、“血液离经”和“血液污秽”3 个方面。“瘀滞内结”是指血液在脉道中运行迟缓、阻滞、凝聚, “内结之血为血瘀”。

而现代药理研究亦证实, 活血化瘀药可明显降低全血黏稠度, 抑制血小板聚集, 增强毛细血管张力, 使局部血液通畅, 血液灌注量增加, 有这些表现的病就包括了心肌梗死、心绞痛、心力衰竭、心肌病、急性脑梗塞、血栓闭塞性脉管炎、深部静脉栓塞、老年血管性痴呆等。“血液离经”也被认为是瘀血。归纳有以下几类: 出血后的离经之血, 像各种空腔脏器出血, 如胃、肠、胆囊、子宫等不能及时排出的积血以及胸腔、心包腔、腹腔和脑、蛛网膜腔、硬脑膜腔等脏器出血的积血, 先天性心血管疾病, 其他脏器的血管畸形以及各种新生物的血供, 如移植脏器或血管搭桥等亦属此类, 此外还有宫外孕、子宫肌瘤、功能性子宫出血、产后恶露不尽等。“污秽之血”的性质是败血、毒血、恶血, 西医研究将其概括为: 外源性“污秽之血”, 指由生物、理化等因素所污染的血液, 如各种致病性微生物、无机或有机化学物质、严

收稿日期: 2008-07-01

作者简介: 于水莲 (1983-), 女, 吉林延边人, 硕士研究生, 研究方向: 风湿病。

通讯作者: 沈鹰 (1950-), 男, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中西医结合风湿病。

重创伤等;内源性“污秽之血”,指由于重要脏器衰竭自身代谢产物在血中堆积,如尿毒症、肝硬化、糖尿病等患者的血液;复合性“污秽之血”则指前两种污秽之血并存,在一定条件下出现的变态反应及自身免疫性疾病,如肾小球肾炎、硬皮病、皮炎、红斑狼疮等。

3 现代血瘀证诊断标准的创立

血瘀证是具有中国传统医学特色的诊断,涉及病种多,具有指导实践的意义,传统观点认为,久病多瘀,慢病多瘀,温热病重症及创伤也多有瘀证。目前血瘀证的诊断标准仍参照中国中西医结合研究会活血化瘀研究专业委员会 1986 年 11 月在广州第二届全国活血化瘀研究学术会议修订的标准,该诊断标准应用已 20 年,曾在血瘀证及活血化瘀研究中发挥了积极的作用,具体如下,主要依据:舌质紫黯或舌体瘀斑、瘀点,舌下脉曲张瘀血;固定性疼痛,或绞痛,或腹痛拒按;病理性肿块,包括内脏肿大,新生物,炎性或非炎性,组织增生;血管异常,人体各部位的静脉曲张,毛细血管扩张,血管痉挛,唇及肢端紫绀,血栓形成,血管阻塞;血不循经而停滞及出血后引起的瘀血、黑粪、皮下瘀斑等,或血性腹水;月经紊乱、经期腹痛、色黑有血块、少腹急结等;面部、唇、齿龈及眼周围紫黑者;脉涩,或结、代,或无脉。其它依据:肌肤甲错(皮肤粗糙、肥厚、鳞屑增多);肢体麻木或偏痹;精神狂躁;腭黏膜征阳性(血管曲张、色调紫黯)。实验室依据:微循环障碍;血液流变学异常;血液凝固性增高或纤溶活性降低;血小板聚集性增高或释放功能亢进;血流动力学障碍;病理切片示有瘀血表现等;特异性新技术显示血管阻塞。判断标准,凡符合以下条件者可诊断为血瘀证:具有主要依据 2 项以上;具有主要依据 1 项,加实验室依据 2 项或其它依据 2 项;具有其它依据 2 项以上,加实验室依据 1 项。但此诊断标准尚不够具体、有些笼统,致可操作性差,临床难以准确应用。随着临床研究和医疗检测技术的提高,原有的诊断标准已不能满足临床的需要,应考虑重新审定,不同系统专业应有相应的子标准具体应细化^[1]。关于血瘀证的诊断,专家、学者们各有不同的看法。陈可冀认为,瘀血应分为有形之瘀和无形之瘀,有形之瘀如血栓、红肿、结块、皮肤瘀斑、结缔组织异常增生、动脉粥样硬化等;无形之瘀如血液流变学改变、病灶组织液增多所致的炎症等。余林中则提出宏观血瘀和微观血瘀,前者指表现在外的血瘀症状、体征等;后者可以表现为血液的高凝、高黏状态,也可向低凝、低黏状态转化,但不一定表现出舌紫黯、瘀斑等外观改变的血瘀征象。也有学者将血瘀证分为急性血瘀证、慢性血瘀证、前血瘀证^[2]。李国贤对符合血瘀证诊断标准者根据血液流变学指标随机分为血瘀证 I 型(高流变型)、血瘀证 Ⅱ型(低流变型)、血瘀证 IV 型(混合型)。认为血瘀证现代分类与血液黏滞综合征(svs)及中医八纲辨证之间存在密切联系,可以采用血液流变学指标指导中医诊断及中西医结合治疗。也有医家按照血瘀证的不同阶段分为血涩证、血瘀证、血结证^[3]。

4 活血化瘀法的临床合理应用

临床上活血化瘀中药应用广泛,其中有的能够活血止血,有的能够破血散瘀,作用强弱不一,具体应用须根据辨证施治,辨证论治是中医学的根本,也是取得疗效的基础,所以应用活血化瘀方药一定要有明确血瘀证的表现或

微观证据,这就要参考目前公认的血瘀证诊断标准,病证结合或证病结合加以应用。此外,活血化瘀方药的广泛应用,应不排斥与其它治法药物的配伍应用,血瘀证也分新病、久病、寒热虚实,其形成有很多原因,在血瘀证辨证诊断的同时,应注意所同时合并的其它兼证,如气滞、寒凝、痰浊、气虚、阴虚、阳虚等,临床在活血化瘀方药治疗的同时,应相机合理地配伍其它治法,具体如下。

4.1 审证求因 审因论治 《三因极一病证方论》“凡治病,必须识因,不知起因,病源无目”。临床上凡使“血行失度”的诸多因素均可成为血瘀证之病因。同时血瘀作为一种可致病的病理产物,又是引起多种病证的“因”,它们是一种互为因果的关系。蒋森等^[4]认为瘀血的成因有外伤、寒凝、热灼、气滞、气虚、血虚、阴虚、阳虚、瘀阻、污秽等 10 种因素。且痛久必虚,血瘀碍气,瘀生痰水,瘀血壅积,易化热毒,瘀久成积,脉瘀血溢便揭示了这种因果关系。从治病求本的角度来看,活血化瘀对血瘀证仅是治标,并非治疗血瘀证的唯一方法。按照审证求因、审因论治的原则,因邪致瘀者,当以祛邪为先;因虚致瘀者,应以扶正为本。只有彻底清除血瘀证之病源,才能从根本上消除血瘀证。

4.2 辨证与辨病 任何疾病的发生发展都有其一定的规律性,辨病就是认识疾病病理变化的全过程,掌握疾病的内在规律性。病是整体,疾病的发展往往经历几个阶段,中医将因疾病的阶段性和个体差异性而表现出的当时该病的主要证候称为证。相对病来说,证是局部。辨病是判明疾病的基本病理改变,即疾病的主要矛盾,辨证是辨明疾病不同阶段的主要矛盾。因此临床辨证论治不应该是一成不变的,而应根据该病的基本病理改变及其变化规律进行辨证论治,即辨证和辨病有机的结合起来。血瘀证作为一个证型必须服从于辨证整体、服从于疾病本身。血瘀证既可出现在疾病的全过程,也可出现在疾病的某一阶段,并非在所有的疾病中活血化瘀法皆贯穿始终。此外,血瘀证并非单一证型,多见兼证,有虚、实、寒、热之不同,临床上应辨证运用,在辨病的基础上进一步辨证,既有全局观念和整体认识,又有阶段性、现实性和灵活性认识,是中西医结合诊治疾病的基本思路与方法,可以相互补充,提高诊疗效果。

4.3 辨新瘀 久瘀 针对新瘀、久瘀之不同,化瘀之法运用当有别。新瘀急当化之、通之、破之,勿使瘀血久留,耗伤人体正气;而对久瘀则当消之、散之、缓而图之,并酌情配以益气养血之品,以求扶正祛邪。新瘀较易医治,久瘀治疗困难。清·叶天士提出了“久病人络”的学术观点,其含义为经络脏腑久病均可由气及血,血伤入络,或者由经传络,络病及血,而表现出络脉阻滞的共同病机,并由此进一步加重病情,增加邪邪痛结难解之势,因邪结较深久病通络之法,用药与一般活血法有所不同,临床上多采用如下方法:活血化瘀法:痰饮与瘀血常互为因果,胶结为患,造成顽证。治疗多选用化痰、祛痰作用较强药物,如化痰,常用三七、丹参、川芎、赤芍、桃仁、红花、三棱、莪术等;祛痰,常用半夏、瓜蒌、贝母、天南星、白芥子。辛香通络法:辛香走窜,在表能散,在络能通,还能引诸药直达络中,包括辛润通络法和辛温通络法。辛润通络法选用旋复花、当归尾、桃仁、柏子仁等辛香、辛咸之味与活血柔润之品配伍;辛温通络法选用高良姜、肉桂、桂枝、蒲黄、五灵脂、延胡索、川楝子等辛香、温络、活血之品。搜剔

通络法:虫类药的通络作用具有作用迅速、力专效宏的特点,向为历代医家所推崇,临床多选用蛇虫、全蝎、蜈蚣、地龙、穿山甲、露蜂房等药配伍治疗络瘀重症^[5]。

4.4 辨寒与辨热 《内经》认为血的特性是寒凝温流,“血气者喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之”。(《素问·调经论》),无论内寒或外寒均可致瘀。寒可致瘀,《素问·调经论》曰“寒独留,则血凝泣,凝则脉不通”;热也可致瘀,《温疫论》曰“邪热久羁,无由以泄,其血必凝”。总之,不论外感、内伤,寒热均能致瘀正如王清任所说:“血受寒则凝结成块,血受热则煎熬成块”,反之“血主濡之”,血瘀脉络不通,其“行气血,营阴阳”的功能受到影响也会表现为寒热之症。故在治疗中,应当针对血液的特性及血瘀证的临床表现,区别因寒致瘀抑或由瘀致寒,注重寒热药物的配伍运用,才能达到较好的治疗效果,过用寒凉,则易寒遏血凝,过用温热,则易耗血动血。总之,活血化瘀中配伍温药与寒药者,或以温通为主,少佐寒凉之品以防其温散太过耗血动血,或以凉通为主,少佐性温之品以防其过于凉遏不利于瘀血消散。瘀血之证有因寒凝血瘀者,当以温通,有因热与血结而瘀者,当以凉通。因瘀致寒致热者,应当辨清主次,以祛瘀为主,寒热兼顾。寒热关系在本质上是阴阳关系,寒热并调才能和顺阴阳,故杨仁斋《直指方》说:“温以调阳,寒以调阴,盖使阴阳调而得其正”。阴平阳秘,其血乃治。

4.5 辨位选药 由于血瘀证的部位不同,所用药物也有差异。唐容川在《血证论》中强调按血瘀之部位选方用药,曰:“瘀血著留在身,上下内外各有部分不同,分别部居,直探巢穴,治法尤百不失一。审系血瘀上焦,则见胸背肩膊疼痛麻木逆满等证,宜用血府逐瘀汤或人参泻肺汤加三七、郁金、荆芥,使上焦之瘀一并廓清;血瘀中焦,则腹中胀满,腰肋著痛……宜甲己化土汤加桃仁、当归、姜黄主之……血瘀下焦,腰以下痛,小腹季肋胀痛……宜归芎失笑散主之。”而王清任《医林改错》所创立一系列活血化瘀方最负盛名。如通窍活血汤治头面四肢周身血瘀之证;血府逐瘀汤治胸中血瘀血瘀之证;膈下逐瘀汤治瘀阻下肝气郁滞之证;少腹逐瘀汤治血瘀少腹、月经不调、痛经之证。王清任所立逐瘀诸方,以解剖定位组方的特点十分突出。无论表里内外,上中下焦,有瘀血便有定位,有定位便有组方,药有所指,方有所立,恰如有的放矢,百发百中。

4.6 辨轻重缓急 证候主次 血瘀轻证(血不和者),可用和血法,代表方剂为《大平惠民和剂局方》四物汤;中度血瘀证(血涩证、血滞证),可用活血法,代表方剂为《医宗金鉴》桃红四物汤;血瘀重证(血结证),可用破血法,代表方剂为《伤寒论》抵当汤。血瘀证伴有兼证时,应详辨主次。血瘀为主则活血化瘀为主,他法为辅,两者并重时则活血化瘀与他法并重,反之则他法为主,活血化瘀为辅。主要有补气活血法、行气活血法、温阳活血法、解毒活血法、凉血活血法、泻热通瘀法、活血祛瘀法、活血祛风法、活血利湿法、活血祛痰法、搜剔通络法、活血软坚法、养阴活血法、补肾活血法,临床上应以中医辨证为前提灵活应用。血瘀危急重症多有起病急、病程短、症状危急,以某一器官或全身损害为主,多有显著的血液流变学改变,如急性心肌梗死、急性脑血管疾病、急性心衰、成人呼吸窘迫综合征、休克等心、脑、

肺瘀血症,多采用中西医结合方法救治,可辨证选用活血化瘀静脉制剂。慢性血瘀证起病较缓、病程较长、症状平缓,以某一器官或几个器官慢性损害为主,多有血液流变学改变;无形血瘀证诊断较困难,应详辨病因病机,从气血津液代谢失常、久病人络及结合血液流变学异常来推测血瘀证的存在,防患于未然。

5 “活血化瘀现象”的启示

5.1 辨证论治是根本 辨证论治是中医学术的根本,也是取得疗效的基础,所以应用活血化瘀方药一定要有明确血瘀证的表现或微观证据,这就要参考目前公认的血瘀证诊断标准,病证结合或证病结合加以应用。当然,任何标准都是需要不断完善的,尤其应系统观察不同症状和体征,结合活血化瘀方药治疗效应的强度和敏感度,构建更完善并切合临床应用的血瘀证诊断标准,这是今后应当结合临床流行病学必须做的一项重要的研究工作。从上述论述可以看出,有形之瘀诊断较易,而无形之瘀诊断较困难。多数医家认为血液流变学异常可作为无形之瘀的诊断依据,但缺乏具体的、有据可依的诊断标准,而且血液流变学异常对血瘀证的诊断缺乏特异性,临床应用有一定困难。中医治疗无形之瘀,常采用无者求之的方法。某些疾病,临证虽未见瘀象,但分析病机,据中医气滞(虚)则血瘀、津血同源、痰瘀相关、久病人络等理论,瘀血乃是潜在病因病机之一。故临证虽无瘀象,活血化瘀药物亦当使用,常在辨证论治前提下酌情加入活血化瘀之品,亦可收到良好效果。针对普遍存在的“活血化瘀现象”,临床医生应正确掌握及灵活运用活血化瘀法,将血瘀证诊断标准不断具体细化,临床应用以辨证论治为纲要,并从审证求因、审因论治,辨证与辨病相结合,辨瘀证的轻重缓急、证候主次,辨瘀证的新瘀、久瘀,辨血瘀之部位等方面进行阐述,活血化瘀疗法及活血药的应用研究应在辨证施治理论指导下,确定有无瘀滞,或视病情的发展及轻重缓急,合理选择与病情相宜的药物,并注意利用兼有功效进行临床对比研究,方能得出确切疗效。

5.2 规范治疗是手段 另外,西医大夫的中药知识亟待提高。北京一项针对三甲医院的调查发现,对于导致活血化瘀中药不合理应用的原因,除患者要求和个别医生因经济利益的驱使开了一些不合理的药物外,最主要的原因是除汤剂外,绝大多数的活血化瘀中成药和中药注射剂是由缺乏中医药知识的西医师开出的,共处方中西医师开具的是中医处方方的3倍,而且,这些西医大夫开具的中成药处方中存在明显的不合理用药问题,主要有同类药物多种并开、大处方重复开药、诊断与用药不符、药物之间有拮抗作用及处方质量等5方面的问题,这种现象在品种繁多的心脑血管类中药中尤其突出。西医的大夫由于对中药辨证论治用药知识的了解或者片面地认为中药作用缓、不良反应少而对病给药、盲目重复用药或者加大用药剂量,这从另外一个方面说明在活血化瘀药物广泛应用的今天,规范化的诊断治疗与合理的推广和应用是十分必要的。

5.3 疗效安全是目的 “虽然我是一家三甲医院的中西医结合科主任,但对于一些中药新品种在临床应用中可能出现的安全性问题也知之甚少,更别说西医大夫了。这不是因为大夫不学习,而是我们国家目前有关中药安全性的

肺癌中医辨证分型的文献分析

李 萍, 指导: 舒琦瑾

(浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053)

摘 要:目的: 探求肺癌临床中医证型构成及分布的客观规律。方法: 对 1997—2007 年国内公开报道的有关肺癌中医辨证分型的文献进行统计分析, 运用 χ^2 检验对总结出的 8 组病例数据进行南北比较。结果: 气阴两虚、阴虚内热、脾虚痰湿、气血瘀滞、气虚为肺癌临床常见证型, 南北地区分型情况基本一致, 但具体病例数有一定差异。结论: 肺癌病例的统计结果对确定该病临床辨证分型, 制定统一的单病种诊疗规范有重要意义。

关键词: 肺癌; 辨证分型; 构成和分布

中图分类号: R2-03

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)12-2694-03

TCM Typing According to Syndrome Differentiation of Lung Cancer Literature Analysis

LIPing, advisor: SHU Qi-jin

(Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, Zhejiang, China)

Abstract *Objective* To explore the objective law in TCM about Lung Cancer's stuction and distribution. *Methods:* A number of literatures which were public home reported from 1997 to 2007 had been analysed, and 8 groups of date summarized are compared by chi square test between north and south. *Results* Common syndromes of Lung Cancer are as follows: deficiency of qi and yin, fever due to deficiency of yin, phlegm and dampness due to spleen insufficiency, qi-stagnation and blood stasis, qi-deficiency. The Term's circumstance of south and north regions is consistently basic, but the number in concrete case has certain difference. *Conclusion:* The statistical result has great significance to confirm the term of Lung Cancer and to make a uniform diagnosis and treat criterion of single disease sort.

Key words: Lung Cancer; typing according to syndrome differentiation; stuction and distribution.

肺癌或称支气管肺癌,是最常见的恶性肿瘤之一,发病率居全部肿瘤的第 1 或第 2 位,且有逐年增高的趋势^[1]。发病原因与吸烟、职业致癌因子、空气污染、电离辐射、大气

污染、生物学因子密切相关。主要临床表现有咳嗽、咯血、胸痛、发热、气急等。肺癌的病理类型按部位分为中央型肺癌和周围型肺癌,按组织分为小细胞肺癌和非小细胞肺癌。

研究不足所造成的。”一位广州三甲医院中西医结合科主任如是说。这从另外一个方面说明,我国中药安全性的评价与研究尚处于初级阶段,病例报告和文献综述较多,科学评述和深入的流行病学研究很少,特别是比较科学的上市后临床再评价的研究较少,缺少针对中医药特点的中药不良反应研究,没有真正符合中国国情的不良反应评价方法,未能就中药不良反应的发生原因、发病机制、临床表现、防治措施等作出系统的整理和研究。目前亟待展开中药上市后的安全性评价和对临床出现的新问题的研究,以解决临床面对的新问题。例如,对于一些单味中药的应用,传统中医药理论有“十八反”、“十九畏”的配伍禁忌,凡是属于反、畏的药物,如果配伍使用要么会带来不良反应,要么会降低

药物效果。他近年来在工作中发现,由于临床上新的中成药品种很多,医生不可能记住所有药品的处方组成,导致中成药合用违反“十八反”、“十九畏”的情况时有发生。

总之,在对活血化瘀药物的进一步推广及研究中,在提高临床疗效的同时,尤其要注意辨证论治原则,避免药物滥用,以进一步提高药效及安全性以利于中药现代化和中药走向世界。

参考文献

- [1] 陈可冀,徐浩. 活血化瘀方药的合理应用与深入研究 [J]. Journal of China-Japan Friendship Hospital, 2005, 19(6): 323-324.
- [2] 谢健,黄明霞. 赵淳诊治血瘀病经验 [J]. 中医杂志, 2002, 43(3): 174.
- [3] 曲黎,曹广顺. 淤血“三证”论在糖尿病肾病中的应用 [J]. 陕西中医, 2003, 24(10): 944.
- [4] 蒋森. 血瘀论 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 94.
- [5] 刘红燕,刘春艳,向阳红. 试论活血化瘀法的合理应用 [J]. 新中医, 2006, 38(7): 1-3.

收稿日期: 2008-08-24

作者简介: 李萍(1983-),女,浙江绍兴人,2007 级硕士研究生,研究方向: 中西医结合。