

学术论坛

邪致痰瘀 相互搏结 不通尤甚

□江梦瑛 张华东 陈锐 王玉清 梅晴晴 任赵洋

本文基于全国首批老中医药专家学术经验继承工作指导老师姜多峰“虚、邪、瘀”治痹理论体系，详述“邪致痰瘀，相互搏结，不通尤甚”痹病发展机制思想，将邪拓展为一切致病因素，丰富邪致痰瘀与痰瘀致痹内涵，并以津血同源为基础，揭示了“痰瘀互搏，互为因果”的内在关系，精准分析痹病病机，提高临床疗效。

姜多峰出身于中医世家，是原河南中医学院教授，河南风湿病医院创始人，享受国务院颁发的政府特殊津贴，从事风湿病临床诊疗工作多年，经验丰富，技术精湛，且通过多年临床探索与揣摩，创立了以“虚、邪、瘀”为核心的中医风湿病学科体系，其治痹理论被收入全国高等中医药院校规划教材。

风湿病属于中医学痹病范畴。姜多峰认为，痹病的病机主要为“虚、邪、瘀”相互搏结，不通与不荣并见。痹之发展机制主要为“邪随虚转，证分寒热”；邪致痰瘀，相互搏击，不通尤甚；邪正交争，虚因邪生，不通不荣并见；正虚痰瘀，相致为患，交结难解”4种情况。姜多峰提出，邪气外犯，痰瘀内生，邪、痰、瘀互搏，经络气血运行不畅，不通尤甚。

笔者在钻研“虚、邪、瘀”治疗痹病理论体系的同时，传承并发扬姜多峰痰瘀致痹学术思想。笔者认为，痹病的病机十分复杂，尤其是姜多峰提出的邪、痰、瘀互搏机制，从深层次剖析“虚、邪、瘀”的内在关系，打破三者互为因果的恶性循环，更好地把握痹病的发生、发展趋势，抓住痹病病机之关键，提高临床治疗疗效。

“邪致痰瘀，相互搏击，不通尤甚”思想内涵丰富。姜多峰认为，痹病既得，风、寒、湿之邪充斥经络，气血运行不畅……痰瘀形成后，又阻滞经络，壅遏邪气，痰、瘀、邪相搏，经络气血痹阻不通尤甚，明确了邪、痰、瘀互搏机制在痹病发病中的重要作用，尤其对不通影响甚大。方可深度剖析邪致痰瘀理论。姜多峰认为，痰瘀是久痹、顽痹的重要病理因素，邪是致痰瘀的重要条件；同时，指出邪此处应指一切致病因素，包括内外之因，且将上述思想整理完善，可更准确地掌握邪、痰、瘀互搏机制。

关于“邪致痰瘀，痰瘀致痹”，笔者将姜多峰学术思想进一步深刻阐述与剖析，认为痰瘀是久痹、顽痹的重要病理因素，邪是致痰瘀的重要条件。痹病患者，邪斥日久，易致虚损，进而引发痰瘀内生，痰瘀停滞则经络气血不利，甚则不通，发而为痹。

痰乃水液代谢障碍之病理产物，临床常分有形之痰与无形之痰。有形之痰，指视之可见、触之可及、闻之有声的实质性痰浊；无形之痰，指由痰饮引起的特殊症状和体征，只见征象、不见其形的痰饮。清代医学家喻昌在《医门法律·中风》

中记载：“风寒湿三痹之邪，每借人胸中之痰为相援。”痰在痹病发病中有不可忽视的作用。

姜多峰认为，痰阻滞经络、流注关节，阻碍气血运行，可发为痹；同时，将邪致痰浊之因分为湿聚成痰、热炼津为痰、寒凝津为痰三因，而笔者根据“虚、邪、瘀”理论，认为此时的邪应泛指一切致病因素，故致痰之因还包括气滞成痰、气虚痰阻、瘀滞成痰，共为六因。

湿聚成痰者，脾居中焦，为气血津液运化之枢，外感湿邪犯脾或饮食伤脾，致脾失健运，水液输布运化失常，水湿内停凝而为痰，故常称“脾为生痰之源”。

热炼津为痰者，多由外感热邪或阴虚内热所致，痰为体内津液不归正化形成的病理稠浊产物，热灼于里，伤津耗液炼而为痰。寒凝津为痰者，多因外感寒邪、恣食生冷或素体阳虚等，致外寒袭内或寒从中生，寒为阴邪，痰为水之化物亦属阴邪，二阴相遇交结难分，且寒主收引，寒凝津液聚而为痰。气滞成痰者，气能行津，脾气不足、肾气亏虚或肝气不足等均可致气滞，气不行水则痰乃生。

气虚痰阻者，明代医学家张景岳言：“痰涎之作，必由元气之病。”元气虚不能温煦和激发脏腑功能，气化无力则津液代谢障碍而成痰，此为虚痰之代表。痰滞成痰者，多因痹证日久，瘀阻气机，气血津液运行不畅，水液滞而不行成痰。

了解痰的形成原因，必须掌握血与气、血与津的关系，即气能生血、气能行血、气能摄血及津血同源等理论，认识到气、津在瘀血形成中的重要地位。姜多峰提出，邪斥日久，气血运行不畅则瘀内生，具体原因主要有外伤、气虚、气滞、痰浊、血寒、血热6个方面。

脉为血之府，各种外伤致使脉络受损，血液外溢成为离经之血，进而形成瘀血；气为血之帅，气虚则生血乏力、行血不畅，摄血无权，以致津亏血少、血行滞涩，或血溢脉外，均可成瘀；气能行血，气行则血行，气滞则瘀；瘀血内阻导致气机不畅，血行受阻而成瘀；《黄帝内经·灵枢》记载：“寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通。”血得热则行，得寒则凝，若外感寒邪或阴寒内盛，脉道失于温通而滞涩，血脉挛缩，血液凝涩运行不畅则成瘀；外感热邪或虚热内生，煎灼血中津液，致血运不畅或干血内结为瘀，或热灼脉络、迫血妄行，血溢脉外而成瘀。

痰瘀致痹理论认为，痰瘀互结，痹阻于经络、肌肉及关

节，致气血运行不畅，甚则闭塞不通，发而为痹。

首先，瘀可致痹。《黄帝内经·素问·五脏生成》明确瘀血与痹病的关系，其曰：“卧出而风吹之，血凝于肤者为痹。”清代医学家王清任《医林改错》提出“痹证有瘀血”论；姜多峰在《痹证治验》中记载：“血行不畅或血溢脉外，留滞局部，而致使局部血行不畅，筋脉肌肉失养，抗御外邪能力低下，风、寒、湿或风、湿、热、邪乘虚而入，加重脉络痹阻，导致痹证。”

其次，痰亦可致痹。《证治准绳》提出：“痛痹，有风、有湿、有痰，诊其脉，滑者痰也。”明确痰亦为痹病之重要致病因素。《冯氏锦囊秘录》曰：“津液受病，化为痰饮或四肢麻痹，百病中多有兼痰者。”痰饮致病说认为，痰湿同源，两者痹阻则气血壅滞，进而关节重痛，发为痰痹。

最后，痰瘀合而致痹。清代医学家叶天士《临证指南医案》曰：“痹者，闭而不通之所谓，痰湿浊血，流注凝涩而得之。”提出痰瘀痹阻于经络；清代医学家林佩琴《类证治裁·痹证》也认识到：“必有湿痰败血瘀滞经络。”

清代医学家董西园曰：“痹非三气，患在痰瘀。”《姜多峰论治痹病精华》中将“瘀”进一步解释为痰浊瘀血，其中“痹病既得，痰、瘀、邪相搏，经络气血痹阻不通尤甚”；同时，提出“痹病日久，瘀因瘀生，瘀因瘀阻”，揭示了痰瘀互为因果的关系。

深刻认识邪、痰、瘀互搏机制，必须先明确痰瘀互搏的内涵。《姜多峰论治痹病精华》记载：“痹病日久，瘀因瘀生，瘀因瘀阻。”痰瘀互为因果的关系。掌握痰瘀互搏机制需要以津血同源理论为基础，津停为痰，血滞为瘀，故痰瘀亦同源。

《黄帝内经·灵枢·营卫生会》云：“夺血者无汗，夺汗者无血。”因此，血可化津、津能生血；同时，津血均源于水谷精微，在病理状态下还可表现为津血互耗，即津亏则血燥、血燥则津枯，这些均印证了痰瘀同源的理论。而痹病日久，正如唐容川《血证论》所言：“凡有所瘀，莫不壅塞气道，阻滞生机。”瘀血阻滞会导致气血津液运行不畅，水液停滞而成痰，这便体现了痰因瘀生；又因百病多由痰作祟，痰随气流动，若痰浊内阻则气机不畅，进而导致血行受阻成瘀，即瘀因瘀阻。由此可见，痰瘀互为因果，相互影响、相互转化。

姜多峰提出的痰瘀互搏机制既是痹病发病的重要机制，

还是不通尤甚的关键环节。此处的邪应指一切致病因素，涵盖内外之因，其中外邪以风、寒、湿、热为主，内虚则贯穿痹病病程始终。

其一，风、痰、瘀相搏。风为百病之长，易兼夹他邪致病。清代医学家刘一仁《医学传心录》记载：“风湿湿气传入肌肤，流注经络，则津液为之不清，或变痰饮，或瘀血。”这表明风邪可诱发痰瘀。而痰随风动、瘀阻气机，久病不愈会导致脏腑功能失调，进而内生风邪，使痰瘀更甚。

其二，寒、痰、瘀相搏。寒性凝滞且主收引，寒邪既能凝津成痰，还能如《黄帝内经·灵枢·痛疽》所云“寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通”，导致血瘀加重，血脉阻滞；而痰瘀内阻会使阳气不得舒展，加之寒邪易伤阳气，阳气亏虚则寒邪更难消散，三者相互胶着，互为因果，致使痹病日久难愈、不通尤甚。

其三，湿、痰、瘀相搏。痰湿同源且易相互转化，湿邪黏滞则痰浊更盛，痰浊阻滞又会使血瘀难化；而痰瘀痹阻气机，会进一步导致水液代谢障碍，使湿邪难以祛除，三者相互影响，加重痹病病情。

其四，热、痰、瘀相搏。热为阳邪，易伤津耗气，既能炼津成痰，还能灼血破血成瘀；而痰瘀阻滞气机日久会化热，热邪又会加重痰瘀生成，三者互为患，导致不通症状加剧。

其五，虚、痰、瘀相搏。正虚贯穿痹病始终，姜多峰指出：“气虚则无力鼓动，邪不得散，血不得行，津不得布，津血停留，为痰为瘀；阴虚则内热津涸，血虚则血黏不流，均可因虚致痰瘀。”在临床中，顽痹、久痹多属于虚证范畴，其病机多与痰瘀相关，痰瘀日久痹阻经络气机，导致气血运行不畅、耗气伤血，病情深入脏腑进而加重虚损，形成虚致痰瘀、痰瘀致虚的恶性循环，三者交结难解、相互为患，最终使不通症状更为严重。

综上，在痹病病程中，邪诱使痰瘀生成，邪、痰、瘀互搏、互为因果、交结难解，进一步加重经络气血阻滞，使不通之证更为显著。

只有认清邪、痰、瘀互为因果的实质性关系，抓住病机关键，打破恶性循环，才能更好地指导临床诊疗。

（作者系河南姜氏风湿病学术流派传承人，江梦瑛、陈锐、王玉清供职于贵州中医药大学，张华东供职于中国中医科学院广安门医院，梅晴晴供职于安徽中医药大学，任赵洋供职于内蒙古医科大学）

润燥；生地、味甘、苦，性寒，能清热凉血、养阴生津；连翘、味苦、性微寒，能清热解毒、疏散风热、消肿散结。上述药物配伍，既能清热解毒，又能凉血解毒。

现代研究 现代药理研究结果表明，抗病毒口服液有明显的抗菌、抗炎和解热作用。抗病毒口服液对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、肺炎链球菌、甲型流感病毒、肠道病毒等，均有明显的抑制作用。

用法用量 口服，抗病毒口服液，每次10毫升~20毫升，每日2次~3次；抗病毒颗粒，每次1袋，每天2次~3次；抗病毒胶囊每次4粒~6粒，每天3次；抗病毒片，每次4片，每天3次。

注意事项 患者服用抗病毒口服液期间，应忌烟酒及辛辣刺激性食物；在服药期间，不宜同时服用滋补性中药；孕妇、哺乳期妇女，禁用抗病毒口服液；脾胃虚寒泄泻者，慎用抗病毒口服液；儿童、年老体弱及高血压病、心脏病、肝病、糖尿病、肾病等慢性病患者，应在医师或药师指导下服用抗病毒口服液。

（作者系郑州经开区潮河瑞锦社区卫生服务中心执业中医师）

人群；抗病毒胶囊，可掩盖药物异味，提高生物利用度，增强药物的稳定性；抗病毒片，剂量精准、体积小等。

用法用量 口服，抗病毒口服液，每次10毫升~20毫升，每日2次~3次；抗病毒颗粒，每次1袋，每天2次~3次；抗病毒胶囊每次4粒~6粒，每天3次；抗病毒片，每次4片，每天3次。

注意事项 患者服用抗病毒口服液期间，应忌烟酒及辛辣刺激性食物；在服药期间，不宜同时服用滋补性中药；孕妇、哺乳期妇女，禁用抗病毒口服液；脾胃虚寒泄泻者，慎用抗病毒口服液；儿童、年老体弱及高血压病、心脏病、肝病、糖尿病、肾病等慢性病患者，应在医师或药师指导下服用抗病毒口服液。

（作者系郑州经开区潮河瑞锦社区卫生服务中心执业中医师）

人群；抗病毒胶囊，可掩盖药物异味，提高生物利用度，增强药物的稳定性；抗病毒片，剂量精准、体积小等。

用法用量 口服，抗病毒口服液，每次10毫升~20毫升，每日2次~3次；抗病毒颗粒，每次1袋，每天2次~3次；抗病毒胶囊每次4粒~6粒，每天3次；抗病毒片，每次4片，每天3次。

注意事项 患者服用抗病毒口服液期间，应忌烟酒及辛辣刺激性食物；在服药期间，不宜同时服用滋补性中药；孕妇、哺乳期妇女，禁用抗病毒口服液；脾胃虚寒泄泻者，慎用抗病毒口服液；儿童、年老体弱及高血压病、心脏病、肝病、糖尿病、肾病等慢性病患者，应在医师或药师指导下服用抗病毒口服液。

（作者系郑州经开区潮河瑞锦社区卫生服务中心执业中医师）

角药治疗脑病的临床思路

□郑文博 刘洪峰

角药，作为中药配伍的精妙单元，以“三足鼎立”之势，往往能执简驭繁，形成协同增效的合力，是中医临床思维与用药艺术的重要体现。

河南中医药大学第一附属医院脑病医院专家李燕梅，从事中医教学、医疗及科研工作已逾40载。李燕梅在脑病诊治方面具有独到见解和深入研究，擅长运用角药配伍，能够执简驭繁，每获良效。

李燕梅运用角药，绝非随意组合，而是深植于中医基础理论，紧扣病机，融合古今，历经反复实践锤炼而成，临床疗效确切。治疗脑病常用的7组角药，涵盖化痰熄风、平肝通络、活血祛瘀、健脾利湿、降脂化浊、豁痰开窍、安神定志。

笔者有幸侍诊师侧，获益匪浅，现将其治疗脑病常用的角药经验介绍如下，以供各位同仁参考。

半夏、天麻、白术

半夏，味辛，性温，可以燥湿化痰；天麻，为治风痰之要药，善治头晕目眩、肢体痉挛抽搐、肢体麻木、手足不遂等风症。半夏与天麻配伍，尤善化痰熄风。《脾胃论》曰：“足太阴痰厥头痛，非半夏不能疗，眼黑头眩，风虚内作，非天麻不能除。”

白术，甘温补中，苦能燥湿，与半夏配伍，功在健脾、燥湿、化痰，若热象明显而见大便秘结者，常用生白术60克以上治疗。

三药配伍，既能健脾化痰，又能熄风止眩。

天麻、钩藤、地龙

天麻，具有平肝潜阳、熄风通络之功，是治疗头晕、四肢麻木的良药。

钩藤，轻清疏泄，能清热平肝、熄风定惊，尤其适用于肝热生风、肝阳上亢之证。

地龙，具有镇静、抗惊厥、降压、抗凝、抗血栓等作用。地龙作为虫类药物，擅长搜风剔络，因其相较于草本植物，行气化痰之力更为峻猛。而在诸多虫类药物中，地龙的毒性相对较小，通络之力较强。

三药配伍，共奏平肝潜阳、熄风通络之功。

当归、川芎、丹参

当归，味甘、辛，性温，归肝经、心经、脾经，具有补活血血、止痛通便之功；川芎，味辛，性温，善于走窜经络，行而不守，其药力可上行至头部，下行至血海，旁达于四末，具备活血行气、祛风止痛之功效。当归与川芎相须为用，既能兼顺气血，又能润燥相济，既能活血而不伤血，又能养血而不致留瘀。

丹参，味苦，性寒，归心经、肝经，可活血凉血、消痛止痛，素有“一味丹参，功同四物”之说，适用于瘀血阻滞所致疼痛、癥瘕积聚等。

三药配伍，可显著增强养血活血、祛瘀通经之功，使瘀血得祛，新血得生，经络得以通利濡养。

茯苓、白术、薏苡仁

茯苓，味甘，性平，具有利水渗湿、健脾宁心之功。《用药心法》记载：“茯苓，淡能利窍，甘以助阳，除湿之圣药也。”现代药理研究结果表明，从茯苓中提取的有效成分具有免疫调节、抗肿瘤、降血糖、调血脂等多种药理作用。

白术，味苦、甘，性温，入脾经、胃经。现代药理研究结果证实，从白术中提取的挥发油、内酯、多糖等活性成分，具有抗炎、调节胃肠道功能、抗肿瘤等作用。

薏苡仁，味甘、淡，性凉，具有健脾渗湿、舒筋除痹之功效。现代药理研究结果表明，薏苡仁具有抗炎镇痛、调节免疫功能、抗肿瘤、降血压、抗氧化等作用。

三药配伍，共奏健脾益气、燥湿利水之功。

山楂、荷叶、决明子

山楂，味酸、甘，性微温，归脾经、胃经、肝经，具有消食降脂的功效。现代研究结果表明，山楂可以通过抑制胆固醇合成酶的生成，促进脂质排泄，抑制前脂肪细胞分化，从而发挥良好的降血脂作用。

荷叶，味苦，对血脂高、肥胖及便秘患者效果显著。荷叶生物碱具有显著的降血糖、降血脂等功效，能够通过影响脂代谢相关基因的表达，抑制脂肪生成，促进脂质代谢。

决明子，味甘、苦，性微寒，归肝经、大肠经，可平肝熄风、清热明目、润肠通便，使腹气畅通，邪有去路。现代药理研究结果表明，决明子具有降血压、降血脂、保肝、明目、抗氧化等多种作用。

三药配伍，具有降脂减肥、化痰消痰之功，能够有效预防“三高”（高血压、高血糖），达到减肥的目的。

石菖蒲、远志、郁金

石菖蒲，辛燥温通、芳香化浊，能豁痰开窍、醒神益智；远志，苦降以泻上逆之痰，交通心肾而安神益智；郁金，既能入气分又能入血分，气血并治，行气解郁、凉血散瘀，且其性寒，可制约石菖蒲、远志的温燥之性。

三药配伍，使气顺、痰消、瘀化，则脑窍得开、神志清明，具有安神定志、清心降火、豁痰开窍之功，能使热消痰宁、心神归位，从而达到醒脑益智、豁痰开窍的目的。

珍珠母、酸枣仁、合欢皮

珍珠母，味甘、咸，性寒，归肝经、心经。因珍珠母具有质重沉降之性，重则能镇，重可祛怯，故珍珠母有镇心安神之功。现代药理研究结果表明，珍珠母具有镇静、催眠、抗抑郁等作用。

酸枣仁，味甘、酸，性平，功效在于宁心补肝、生津敛汗。现代药理证实其可提高免疫功能，发挥镇静作用，抗焦虑抑郁，降低血脂，改善心肌缺血症状。合欢皮，味甘，性平，能解郁安神、消滞活血。现代药理研究结果表明，合欢皮具有抗衰、增强免疫力，以及抗焦虑等药理活性。

三药配伍，共奏镇静安神、疏肝解郁之功，实现心肝同养、气血共调，阴阳相合而神安。

李燕梅基于中医药基本理论，结合中药性味归经等特点，以辨证论治为指导原则；同时，融合古今医学家的用药经验，经提炼总结形成，并通过临床实践验证角药有效性的用药方法。在临床上，运用角药要根据患者的实际情况，准确辨证并灵活运用，方能取得令人满意的临床疗效。

（郑文博供职于郑州市人民医院，刘洪峰供职于郑州市金水区总医院）

传统中药方剂的现代应用解析四十三

抗病毒口服液

□李爱军

数九寒冬，气候干燥寒冷，是呼吸系统疾病、传染性疾病的高发期。流行性感冒（以下简称流感）等呼吸系统疾病以预防为主。易感人群要坚持适度运动，增强自身免疫力，在流感流行期间尽量少去人员密集的地方。

中医认为，“正气存内，邪不可干”“邪之所凑，其气必虚”。因此，流感的预防重在扶助正气，兼顾祛邪。感冒是感触风邪或时行疫毒，引起肺卫功能失调的外感病。感受风热之邪或时行疫毒，多以热毒或热毒夹湿浊为患，邪郁于肌腠，或蒙扰清窍，或熏蒸咽

喉、或壅遏肺气，则引起发热、头痛、咽痛、咳嗽、黄涕诸症。治宜清热祛湿、凉血解毒。

抗病毒口服液作为一种常用中成药，在预防和治疗多种病毒感染方面发挥着积极作用。抗病毒口服液由板蓝根、石膏、芦根、连翘等道地药材制成，疗效显著，对人体副作用小，深受患者的青睐。

方剂溯源

抗病毒口服液，源自东汉医学家张仲景的经典名方白虎汤和清代医学家余师愚的名方清瘟败毒饮，以此为基础加减而成。

20世纪70年代，沈阳市传染

病院率先研制出抗流感2号，标志着传统方剂向现代制剂的初步转化。

1985年，沈阳药学院（现为沈阳药科大学）与萝岗制药厂（现为广州市香雪制药股份有限公司）通过跨学科协作，在抗流感2号基础上优化配方，最终形成现代抗病毒口服液的雏形。在临床使用过程中，研究人员发现抗病毒口服液对乙脑病毒、流感病毒等均有良好的抑制作用，疗效显著，故得名抗病毒口服液。中医无“病毒”一说，不应拘泥于名字，无论病毒或细菌及其

他，只要属风热或热毒，均需要辨证论治。

1985年，萝岗制药厂完成工业化生产转化后，抗病毒口服液收录于《广东省药品标准》。1989年，抗病毒口服液获新药证书。

成分解读

抗病毒口服液由板蓝根、石膏、芦根、生地、郁金、知母、石菖蒲、广藿香、连翘等组成。

君药 板蓝根，味苦，性寒，可以清热解毒、凉血利咽。

臣药 石膏，味辛、甘，性大寒，能清热泻火、除烦止渴；知母，味苦、甘，性寒，能清热泻火、滋阴