

· 理论研究 ·

邪毒致瘀在急性传染病中的病理生理学意义 及活血化瘀法应用的探讨

王毅¹ 聂广²

(1 湖北中医学院,湖北省武汉市洪山区黄家湖西路1号,430061; 2 深圳市东湖医院)

摘要 随着国家对中医药及中西医结合防治急性传染病等领域的关注,广大中医、中西医结合工作者积极探索,取得了一定进展。我们论述了邪毒的特征及致瘀机理,对邪毒致瘀的相关研究进行了总结,由此揭示邪毒致瘀在急性传染病中的病理生理学意义,并进一步探讨活血化瘀法的临床应用。

关键词 邪毒致瘀;活血化瘀法;急性传染病/中医药疗法

Impact of Pathogen Induced Stasis on Pathologic and Physiologic Aspect for Acute Communicable Disease and Application of Blood Activation and Stasis Transformation

Wang Yi¹, Nie Guang²

(1 Hubei College of Chinese Medicine, Wuhan 430061)

Abstract As increasing attention was given by the government to prevention and treatment of acute communicable disease, by Chinese medicine and integrated Chinese and Western medicine, the vast numbers of workers in the two fields have been constructively working in that area and made huge progress since. Features and mechanism for stasis formation was discussed and relative literature reviewed in this article. It is our purpose to bring to light the impact of pathogen induced stasis on pathologic and physiologic changes for communicable disease, so as to explore clinic application of the method of blood activation and stasis transformation.

Key Words Pathogen Induced Stasis; the Method of Blood Activation and Stasis Transformation

1 邪毒的特性及致瘀机理

1.1 邪毒的特性:“邪毒”含义较广,包括外来之毒及内生之毒。外来之毒指从外感而得之,即“夫毒者,皆五行标盛暴烈之气所为也”(《素问·五常政大论·王冰注》)。内生之邪毒,则为脏腑功能失调的病理产物,尤指脾肾阳虚致湿滞不运,气化枢机失转,变生湿浊痰瘀。邪毒无论外来、内生,损伤气血而成瘀在传染病的发生发展中显得十分突出。

1.2 邪毒致瘀的机理

1.2.1 外来之邪毒致瘀:瘀可化毒,毒可致瘀。在急性传染病发病过程中,由邪毒(尤其是热毒)与瘀血相搏结而成毒瘀,是常见的病理变化。致瘀原因大致有:1)邪毒煎熬熏蒸,血液被煎炼成瘀。2)邪毒伤络,血溢成瘀。邪毒损伤血络,血为热扰,不归经脉,妄行外溢而为瘀;3)邪毒伤津耗液,阴伤血滞为瘀;4)邪毒壅滞气机,血脉凝滞。

1.2.2 内生之邪毒致瘀:1)气虚致瘀。即脾气虚而元气不足,无力推动血运,致血行迟缓,血流凝滞或为瘀;2)血虚致瘀。血液的运行要靠自身的充盈,才能畅流无阻,阴血亏少,脉道失盈,而成瘀阻;3)气滞致瘀。脾虚生湿,水湿停滞,中焦壅塞,气机不利,血液凝滞,乃

成瘀血。4)痰凝成瘀。邪毒久羁,化生痰湿,痰浊阻络,血行不畅,遂成瘀血,终致痰瘀胶结,蓄而不化。

综上所述,外感邪毒,致病暴戾、猖盛,发病急骤,传变迅速,且火热鸱张,伤津最速,故虽是初入,但耗伤阴津首当其冲,瘀血病理基础(高热、伤津)乃成^[1]。而赵智强^[2]总结邪毒致病特点后指出,邪毒致病多有依附而单独者极少,或依附六淫,或依附痰浊、瘀血等。血瘀既成为一种病理结果,又作为一种背景性疾病而构成其他疾病的发病基础^[3]。因此,在“气虚血瘀倾向已成为现代人群一个突出的体质病理学特征”^[4]的情况下,邪毒则进一步加重血瘀而由此形成恶性循环,使得邪毒致病暴戾顽固、凶险难治。显然,邪毒致瘀既是急性传染病病理改变的结果,也是急性传染病发展的重要环节,而相关研究及报道证实了这一点。

2 邪毒致瘀的相关研究

对于急性传染病中邪毒致瘀的研究,古今医家都作了很多颇具意义的探索。《伤寒论》中“蓄血证”的提出,为后世邪毒致瘀研究奠定了基础。明清时期温病学派“邪毒论”的形成则将中医对传染病的认识提升到相当的高度。随着研究的深入,利用现代科技手段研究急性传染病邪毒致瘀相关问题也取得了许多可

喜的成果。

2.1 伤寒蓄血:伤寒蓄血在《伤寒论》太阳病篇和阳明病篇中均有论述,为外感病中一种危重险恶的病证,救治不当会进一步发展出现热厥、出血、动风、内闭外脱等严重病变。现代学者也对蓄血证从不同角度进行了研究。赵英霖^[5]对伤寒蓄血从理论角度进行探讨,并以犀角地黄汤、桃核承气汤成功治疗急重型肝炎及流行性出血热为例,表明了蓄血证为急性传染病的基本病理。招蓁华^[6]比较急性传染病与太阳蓄血证相关症状后认为,急性传染病(流行性出血热)神经症状和出血现象等表现符合太阳蓄血证或温病血分证的描述。而临床证实^[7],在弥漫性血管内凝血早期,可以表现为热盛而气滞血瘀;流行性出血热少尿期会出现发热,腹痛如刺,便黑如瘀泥难下,昏谵如狂等蓄血证表现,用桃核承气汤或抵挡汤治疗均有疗效。有学者^[8]认为,蓄血证与病原体的代谢产物(内毒素)进入血液循环,引发中毒性休克、弥漫性血管内凝血等病理变化相关。对蓄血证微观指标的建立则为急性传染病邪毒致瘀研究提供了思路。何赛萍等^[9]对蓄血证动物模型的研究,认为大白鼠发热时全血黏度、血浆黏度、红细胞压积(Hct)、凝血酶原时间(PT)、部分凝血酶原时间(APTT)、纤维蛋白原含量(Fb)可见明显改变,以血液流变、血凝指标作为观察指标基本吻合“蓄血证”临床特点,能较好反映热瘀互结,血液高凝状态的病理特征。血液凝固度、黏度、血小板聚集率、血沉、Hct 等异常在复制内毒素性“热毒血瘀证”动物模型的实验中,则被作为诊断标准之一^[10]。而桃核承气汤的实验研究也反证出伤寒蓄血与急性传染病密切相关。何赛萍等^[11]观察了桃核承气汤对热瘀大鼠血液流变学和凝血指标的影响,发现其能明显改善异常血液流变学的变化,对缩短抗凝血酶原时间和 APTT、降低 Fb 均有作用。徐晓东等^[12]研究认为,桃核承气汤能增强热瘀证大鼠模型超氧化物歧化酶(SOD)的活性,抑制热瘀证大鼠丙二醛(MDA)含量的增加,保护由内毒素损伤的血管内皮细胞,从而显著改善血瘀状态。另据报道^[13-15],桃核承气汤还能有效提高对脑缺氧的耐受力,并通过直接刺激 B 细胞增殖分化及增加 CD4⁺ 细胞数,调节机体免疫功能,提高抗病能力。

2.2 温病血瘀:《瘟疫论》:“时疫入里,瘀血最多”,广大中西医结合工作者也对温病血瘀作了多方面的相关研究。邵华等^[16]对温病血瘀进行了理论探讨,认为温病血瘀的形成与热、毒、瘀、虚关系密切,具有“热瘀相虐、毒瘀互结”等几大特点,且相互影响,相互转化,而加重瘀血的程度。不少学者则以卫、气、营、血 4 个不

同阶段为标准观察温病血瘀情况,吴范武等^[17]对温病病情轻重不同卫分证阶段血瘀情况进行观察,发现一般卫分证组内皮素-1(ET-1)、6-酮-前列腺素 F1 α (6-K)、血栓烷 B2(TXB2)水平升高呈一过性改变, TXB2/6-K 无变化,且各指标变化与环境高温组比较无显著差异;重症卫分证组 ET-1、6-K、TXB2、T/K 改变与一般卫分证组、环境高温组比较可见显著差异,因此,认为一般卫分证阶段无血瘀的病理变化,而重症卫分证则存在血瘀的病理变化;沈庆法等^[18]采用大肠杆菌内毒素造成温病气分证模型,观察其病理学、血液流变学、凝血指标、细胞因子水平的改变,发现光镜下肺脏有微血栓存在,且血液流变学及凝血指标出现异常,血浆肿瘤坏死因子(TNF- α)、白细胞介素(IL-6、IL-8)水平均升高,升高水平与脏器组织的损害程度一致,从而认为温病气分证存在微观血瘀,而 TNF- α 所导致的炎症级联反应(TNF- α →IL-6→IL-8)可能是温病气分证微观血瘀形成的原因之一;温病营血分证久病而瘀则自不待言。陈玉英等^[19]总结温病营血分证有关病理研究,认为营血分证是以发热、血瘀、阴伤、神志改变为其基本病理特点,而其中血瘀则在温病营血分阶段诸多病理特点中显得尤其重要,常表现为斑疹或各种出血,舌绛或舌紫暗有瘀斑等,且可累及全身脏腑及经络。由此,有学者^[1]总结温病血瘀相关研究,认为温病血瘀形成隐潜,虽至营血阶段才明显化,但初期即阴液耗伤,血瘀基础已成,因此指出温病全程均存在瘀血。从微观角度研究温病血瘀,则可为中西医更好的结合探索出新的有效途径。杨爱东等^[20]则从病理学、血管内皮细胞的分泌功能的改变等方面观察温病气分证血瘀,发现光镜下肺脏有微血栓存在,而动物出现血浆组织型纤溶酶原激活物(t-PA)/血浆纤溶酶原激活物抑制物(PAI)、一氧化氮(NO)/内皮素(ET)、血栓烷 B2(TXB2)/6-酮-前列腺素 F1 α (6-酮-PGF1 α)平衡破坏,由此认为温病气分证存在微观血瘀,其形成机理可能与内皮细胞释放的血管活性物质(NO/ET、t-PA/PAI、TXB2/6-酮-PGF1 α)之间的平衡失调有关;程志强等^[21]对温病急性热瘀证与血小板表面 α -颗粒膜蛋白(GMP-140)、D-二聚体(D-D)的相关性进行了观察,发现第一次对家兔耳缘静脉注射大肠杆菌内毒素后血小板 GMP-140 分子数明显增高,第二次注射后 D-D 浓度开始升高,而指标随着时间推移和剂量加大而递增,从而认为 GMP-140、D-D 能分别反映出温病早、晚期的血瘀变化及轻重程度。另余林中等^[22]从凉膈散对温病家兔模型化瘀作用的研究中发现,凉膈散能够抑制血小板计数(BPC)、凝血酶原时间(PT)、血浆

Fb 及血液流变性的异常改变,由此也反证血瘀确为温病过程中重要病理改变。

由上可知,不论感受寒邪还是热邪,一旦循经入里,犯及营血,皆为火热毒邪,继之阴伤而脉道涸涩,形成外感热病之热瘀证,即伤寒蓄血及温病血瘀。因此,邪毒致瘀既是急性传染病病理改变的结果,也是急性传染病发展的重要环节。

2.3 病理学研究:相关病理研究为证实血瘀的特征性提供了有力的直观证据。赖日权等^[23]对 SARS 尸检组织的病理变化和超微结构进行观察,发现死者普遍存在肺内小血管增生、扩张,呈血管炎性改变,双肺实变,充血、瘀血、灶性和片状出血,而内脏器官出血、坏死和血管炎改变等为急性 SARS 的形态特征。吴大玮报道^[24],人禽流感主要的病理学改变中可见肺泡内充满纤维性渗出和红细胞渗出及血管内充血。丁彦青等报道^[25],严重急性呼吸综合征临床病理学改变可见全身小血管炎:心、肺、肝、肾、肾上腺、横纹肌间小静脉周围及血管水肿,灶性纤维素样坏死,单核细胞、淋巴细胞浸润,部分小静脉有血栓形成。而急性传染病的某些细胞、分子水平的研究则从微观角度使这一特征性得到了证实。

刘晓丽等^[26]对 126 例流行性出血热(EHF)患者各期(发热期、少尿期及恢复期)进行了血液流变学检测,发现血管内皮细胞系统广泛受损,毛细血管通透性增强,大量血浆向组织间隙渗透,使血液浓缩,黏滞度增强,故在 EHF 早期血浆高切、低切、黏度比和 Hct 等血液流变学指标即可出现明显改变,其程度则与病情成正比。而恢复期各项指标则基本正常,因此认为全血黏度检测对 EHF 的早期诊断有意义。欧阳钦等^[27]运用加减十灰散配合西医治疗亚急性重型肝炎,发现十灰散对内毒素血症引起的微循环障碍有明显的影 响,ET、TNF- α 、总胆红素(BIL-T)在血浆置换 1 周后无明显反弹,凝血酶原时间活动度亦可见改善。任现志等^[28]通过对病毒性肺炎患儿的甲皱微循环观察发现,其管袢形态、血液流态、袢周状态等方面的多项指标均有显著异常,从而说明病毒性肺炎突出表现为甲皱微循环障碍。王和权等^[29]观察复方丹参注射液治疗登革热疗效后认为,由于血小板减少,加上血液浓缩,Hct 和纤维蛋白原(Fg)明显增高,导致短期内血液在血管内凝固而进行性的过度消耗血小板,因此,提高血小板总数,能及早防止合并各种出血症。刘春水等^[30]观察 16 例流行性乙型脑炎患者甲襞微循环的变化,发现其中 14 例明显异常,主要表现为管径缩小,管长缩短,流速减慢,红细胞聚集,另部分可见管襻模糊不清及静

脉丛,微循环障碍贯穿于整个极期,随病情的好转而改善,恢复期则恢复正常。邵崇波^[31]对 50 例猩红热患儿进行了甲皱微循环的临床观察,发现其改变主要是血流速度减慢、血流状态异常,而管袢数目未见明显减少,可见,猩红热确实存在微循环障碍及微观血瘀表现。而对急性传染病中常发生的急性呼吸窘迫综合征(ARDS)及多器官功能障碍综合征(MODS)与血瘀相关性研究,则为早用活血化瘀,从而降低病死率提供了有力支持。田步升等^[32]通过对 ARDS 患者氧自由基和血黏度变化相关性研究发现,ARDS 患者高、中、低切变率下全血表观黏度明显增高,SOD 蛋白含量减少、活性明显降低,MDA 含量明显增高,一方面使氧自由基的清除不足,体内氧自由基大大增加,而另一方面由于氧自由基增加,引起了红细胞膜脂质过氧化,膜的变形能力降低和聚集性增强,致使全血黏度增高,推动 ARDS 的发展。谢元林等^[33]对 86 例重症流脑预后分析认为,脑膜炎双球菌内毒素引起的广泛弥漫性血管栓塞和静脉内凝血最有可能导致多脏器功能衰竭,并成为重症流脑的主要死亡原因。因此,提出在积极抗感染、脱水利尿、纠酸扩容的基础上积极纠正弥散性血管内凝血(DIC),改善脏器微循环至关重要。对于发热类传染病与微循环的关系,刘腊香等^[34]分析总结后认为,发热类传染病甲襞微循环改变较非发热类明显,主要表现在微血流速度明显减慢和微血管管径相对收缩等方面,微循环障碍的相关表现则为活血化瘀法治疗发热类传染病提供了直接证据。

显然,微循环和传染病关系密切,几乎所有的传染病在发病过程中都有不同程度的微循环障碍,因此监测血液流变学指标及微循环的变化,不仅能帮助判断病情,同时也为早期进行活血化瘀、疏通微循环及抗凝治疗提供理论依据。

3 活血化瘀的临床应用

邪毒致瘀,祛邪当为第一要义,诚如《温疫论》中所言“客邪贵乎早逐”,“邪不去则病不愈”。然而,此时患者往往正气衰微,无力驱邪,况且,外感热病到一定阶段,邪热伤津耗液,每使热与血互结而成热毒血瘀之证,若一味补益,却有闭门留寇之虞,苦寒峻猛之品,又恐徒伤正气。因此,瘀血不除则邪势难逐,宜泻热逐瘀,釜底抽薪,故活血化瘀也就成为了祛邪的关键和前提。若血脉通畅,则内毒素血症无可乘之机,而邪毒可化,疾病得愈。

根据活血化瘀、祛除邪毒的治疗原则,运用中医药及联合西医治疗急性传染病获得了良好疗效。张惠勇等^[35]以清肺解毒治疗非典的同时,及早应用活血化

瘀、健脾化湿、通经活络之品,疗效明显,故认为清肺解毒、活血化瘀的治疗有助于促进病情的恢复,减少、减轻并发症,对预防和控制晚期肺纤维化的形成也有一定作用。何德平等^[36]报道,以中医药为主治疗以湿热血瘀内盛壅肺为主的 SARS 患者,采取清热解毒、理气活血化湿、宣肺除壅为主的治疗方法获得良好效果。林琳等^[37]则认为对于极期无明显动血征象及恢复期 SARS 患者,加用活血化瘀药并配合西医联合治疗可获得良好效果。康静等^[38]临床观察中西医结合治疗 SARS 43 例后指出,早期应用活血化瘀中药治疗以喘憋为主型 SARS 患者,疗效确切、显著。阎田玉等^[39]对 623 例合胞病毒(RSV)肺炎患儿使用当归、莪术等活血化瘀药物治疗,发现活血化瘀药物能有效改善肺微循环、增加肺毛细血管灌注、改善缺氧、防治血小板聚集,从而减轻肺泡毛细血管损伤,明显提高疗效。杨振汉^[40]以活血化瘀立法,自拟活肺汤(丹参、毛冬青、桃仁、赤芍、牡丹皮、生地黄、川芎、柴胡、红花、枳壳、甘草)治疗病毒性肺炎 36 例,总有效率 94.44%。郑启友等^[41]认为流行性出血热的病因在于外感温热疫毒,发热最为突出,而血瘀则贯穿全程,因此,不论处于何期,活血化瘀应贯穿始终。李小丘报道^[42],在西药对症治疗基础上加用三七粉治疗流行性出血热 143 例,有效 139 例(97.20%),显著优于单用西药治疗(88.34%),可见,三七粉既能祛瘀又能止血,治疗流行性出血热,能准确把握抗凝与止血的时机和度,对减轻病情,迅速渡过危险期,促进正气恢复,提高治愈率,都有着十分显著的意义。运用活血化瘀法与西医联合治疗急性及亚急性重型肝炎,有效率得到显著提高。朱爱军等^[43]报道,赤芍有解痉、扩张血管等作用,能抑制血小板聚集及血栓素 B₂ 的产生,改善肝脏微循环。因此在西医治疗基础上加用清热利湿,凉血解毒,通腑攻下中药是扭转和截断病情进展的重要手段,治疗亚急性重型肝炎 30 例,其中有效 23 例,疗效满意。应用大剂量复方丹参注射液抢救登革热休克综合征^[29],通过抗血栓形成的作用,改善微循环灌流量,纠正组织缺氧,能显著降低病死率(0.9%)。李书魁等^[44]以西医基础治疗结合鼻饲中药(白虎汤加用栀子、郁金等凉血活血药物)治疗重型流行性乙型脑炎 42 例,痊愈 30 例,好转 10 例,总有效率 95.24%,显著优于单用西药治疗。呼吸衰竭作为急性传染病的常见并发症之一,临床研究表明中西医结合治疗有助于提高疗效,且副作用少。应耀虎等^[45]报道,通过对 30 例肺心病急性发作期呼吸衰竭患者采用中西医结合治疗,并观察其动脉血气分析及血液流变学的变化,发现血气分析各

指标均明显改善,全血比黏度显著降低。

4 结语

目前国家对急性传染病方面的研究给予了极大的关注,尤其在中医药及中西医结合防治急性传染病等研究领域投入了大量财力、物力,广大中西医结合工作者通过积极探索,亦取得了不少成果,如对于急性传染病相关中医理论的探讨获得了进展;活血化瘀药物配合必要西医治疗也已在临床上获得了初步效果;药物作用机理研究^[21]、新方法^[46]、新剂型^[47]的提出都为临床合理、安全用药提供了保障。但研究仍存在很多不足和局限,主要表现在:1)急性传染病的中西医结合理论研究还有待深入,由于急性传染病种类繁多,是否都能以邪毒致瘀解释其内在规律,还有待进一步证实;2)由于各实验选取观察指标不一,结果难以形成统一标准,故仍不能指导临床判断血瘀及其程度、分期;3)对于中西医结合治疗缺乏具体研究,如中西医结合的具体途径、方式及具体时机等;4)某些创新性思维、理论,还缺乏足够的临床研究(多中心、随机双盲、对照),如“超前截断”、“早用化瘀”等^[48]。虽然目前仍存在诸多不足,但我们相信,随着对急性传染病相关问题研究的不断深入和完善,中西医结合在防治急性传染病方面将取得更多、更大的成绩。

参考文献

- [1]王乐平. 从现代研究论温病瘀的形成及其治法特点. 中医研究, 1994,7(4):14-16.
- [2]赵智强. 略论毒邪的致病特点、界定与治疗. 南京中医药大学学报, 2003,19(2):73.
- [3]徐宗佩. 《内经》血瘀病机理论及对后世的影响. 天津中医学院学报, 2004,23(1):1-4.
- [4]邵致敏,胡曼菁,王长松. 现代人群的体质病理学特征:气虚血瘀. 医学与哲学, 2005,26(4):74.
- [5]赵英霖. 伤寒蓄血与现代临床. 甘肃中医学院学报, 2001,18(2):7-9.
- [6]招粤华. 伤寒逆传初探. 中医文献杂志, 2000,(2):9-10.
- [7]何绍奇. 现代中医内科学. 北京:中国医药科技出版社. 1991,140-281.
- [8]何赛萍. 论蓄血证病因及病机特点. 中国中医基础医学杂志, 2003,9(6):46-47.
- [9]何赛萍,徐晓东,楼正育,等. 论蓄血证及动物模型的制作. 浙江中医学院学报, 2002,26(6):13-14.
- [10]杨进. 家兔“热毒血瘀证”系列动物模型的试制. 南京中医药大学学报, 1995,11(2):70-72.
- [11]何赛萍,徐晓东,高欣杰,等. 桃核承气汤对热瘀大鼠模型血液流变学和凝血指标的影响. 浙江中医学院学报, 2003,27(6):56-58.
- [12]徐晓东,殷子杰,孔丽娅,等. 桃核承气汤对热瘀证大鼠 SOD、MDA 的影响. 河南中医, 2005,25(9):20-21.
- [13]桂欣,张凤蕴,张华,等. 桃核承气汤调节机体免疫功能的实验研究. 哈尔滨医科大学学报, 2004,38(4):330-333.
- [14]管敏,龚传美,管喜文. 桃核承气汤对动物脑缺氧的影响. 中药药

- 理与临床,1998,14(3):11-12.
- [15]王雅贤,孙洪,李建志,等. 桃核承气汤对免疫低下模型鼠免疫调节作用的实验研究. 中医药学报,2001,29(6):54-55.
- [16]邵华,肖照岑. 对温病血瘀的理论探讨. 天津中医学院学报,2005,24(1):5-7.
- [17]吴范武,杜建. 温病卫分证模型血瘀病理变化的实验研究. 中国中医基础医学杂志,2005,11(6):449.
- [18]沈庆法,杨爱东. 温病气分证与微循环血瘀相关性的实验研究. 中国中医药科技,2001,8(4):209.
- [19]陈玉英,马超英. 温病营血分证的病理及治法研究概况. 江西中医药,2001,32(4):56.
- [20]杨爱东,沈庆法. 从血管内皮细胞的分泌功能探讨温病气分证与微循环血瘀相关性的实验研究. 中国中医基础医学杂志,2001,7(2):41-43.
- [21]程志强,杜建. 温病急性热厥证与血小板 GMP-140、D-二聚体的相关性实验研究. 中国医药学报,2002,17(2):94.
- [22]余林中,黄泳,吴锐,等. 凉膈散对家兔内毒素温病模型的化瘀作用研究. 中药药理与临床,1998,14(1):7-9.
- [23]赖日权,冯晓冬,王卓才,等. SARS 尸检组织的病理变化和超微结构观察. 中华病理学杂志,2003,32(3):205.
- [24]吴大玮. 人禽流感研究现状. 山东医药,2006,46(4):70.
- [25]丁彦青,王慧君,申洪,等. 严重急性呼吸综合征病原体检测及临床病理学观察. 中华病理学杂志,2003,32(3):195.
- [26]刘晓丽,李玉玲,孙秀梅. 流行性出血热(EHF)与全血黏度动态观察. 黑龙江医药科学,2006,29(3):87.
- [27]欧阳钦,曹家麟. 加減十灰散对急性重型肝炎内毒素血症的影响. 江西中医药,2006,37(5):24-25.
- [28]任现志,汪受传,朱先康. 开肺化痰解毒法治小儿病毒性肺炎的甲皱微循环观察. 国医论坛,1999,14(6):21-22.
- [29]王和权,林天东. 复方丹参注射液治疗登革热 599 例疗效观察. 中国热带医学,2001,1(1):30-31.
- [30]刘春水,侯可法,张业全. 流行性乙型脑炎甲皱微循环的变化. 微循环技术杂志,1995,(3):169-170.
- [31]邵崇波. 猩红热各脏器功能损伤的临床及机理探讨. 现代生物医学进展,2006,6(6):68-69.
- [32]田步升,窦月琴,张慧英,等. ARDS 时氧自由基与血黏度变化. 中国微循环,2000,4(3):175-176.
- [33]谢元林,臧雄益. 重症流行性脑脊髓膜炎的预后分析. 中国现代医学杂志,1998,8(9):37-38.
- [34]刘腊香,杨志勇. 发热类与非发热类传染病甲皱微循环的对比分析. 微循环学杂志,1998,8(3):37.
- [35]张惠勇,余小萍,宋文宝,等. 中医药治疗传染性非典型肺炎临床观察. 上海中医药杂志,2003,37(11):6.
- [36]何德平,唐光华,黄东晖,等. 中医药为主治疗 SARS 34 例疗效观察. 新中医,2004,36(12):20.
- [37]林琳,韩云,杨志敏,等. 中西医结合治疗非典型肺炎 103 例临床观察. 中国中西医结合杂志,2003,23(6):409.
- [38]康静,陈恒雯,刘仲云. 中西医结合治疗传染性非典型肺炎 43 例临床观察. 山西中医,2003,19(4):34.
- [39]阎田玉,周光延,龚明敏. 中西医结合治疗合胞病毒肺炎的临床、病理及发病机制研究. 中国中西医结合急救杂志,1999,6(11):489.
- [40]杨振汉. 活血化痰法治疗病毒性肺炎 36 例临床观察. 新中医,1996,(5):28-26.
- [41]郑启友,张雷凤,张国宪. 流行性出血热从瘀论治. 光明中医,2001,16(2):9-10.
- [42]李小丘. 三七粉配合西药治疗流行性出血热 143 例疗效观察. 四川中医,2003,21(12):29-30.
- [43]朱爱军,覃文珍. 中西医结合治疗亚急性重型肝炎 30 例观察. 实用中医药杂志,2001,17(5):26-27.
- [44]李书魁,李志伟. 中西医结合治疗重型流行性乙型脑炎 42 例疗效观察. 中西医结合实用临床急救,1996,3(9):410-411.
- [45]应耀虎,徐志瑛. 清肺化痰煎治疗呼吸衰竭的临床观察. 实用中西医结合杂志,1997,10(3):234-235.
- [46]崔峻,章美琼,魏稼,等. 刺络放血对实验性血瘀证血液流变学及微循环的影响. 中国针灸,1995,(1):37.
- [47]李海燕,牛欣,司银楚. 龙苓草喷雾剂抗流感病毒 A1 型(H1N1)作用的实验研究. 北京中医药大学学报(中医临床版),2006,13(3):4.
- [48]余林中,吴锐. 温病“微循环血瘀”证治刍议. 中医研究,1996,9(5):4-6.

(2007-06-26 收稿)

世界中医药学会联合会简介

世界中医药学会联合会(简称“世界中联”,英文缩写 WFCMS)是经中国国务院批准,民政部注册,总部设在中国北京的国际性学术组织。世界中医药学会联合会成立 3 年来,在国务院和外交部、民政部、科技部、卫生部、国家中医药管理局等有关部门的关心指导下,在各界朋友支持下,得到了迅速发展,目前,已接纳 50 个国家和地区的 157 个团体会员。现将有关情况介绍如下。

世界中联的宗旨是:增进世界各国(地区)中医药团体之间的了解与合作,加强世界各国(地区)的学术交流,提高中医药学术水平,保护和发展中医学,促进中医药进入各国的主流医学体系,推动中医药学与世界各种医药学的交流与合作,为人类健康作出更大贡献。

世界中联的业务范围是:(1)制订并发布与中医药相关的国际行业标准,通过标准化建设,推动中医药在世界各国(地区)健康有序的发展。(2)促进世界各国(地区)中医药团体之间的交流与合作,通过召开学术会、研讨会、展示会,开展信息咨询、信息服务,出版发行学术刊物等,提高学术水平,促进中医药科研和医疗合作。(3)宣传中医药的特色和优势,扩大其影响,研究各国中医药发展的现状,探索中医药进入各国主流医学体系的方法与途径。(4)开展国际中医药教育培训,通过开办培训班,远程教育,远程会诊,水平测试等多种形式,提高从业人员素质与业务水平。(5)开展与世界各种医药学的交流与合作,互相学习,取长补短,共同提高。(6)为体现世界中联宗旨所须开展的其他业务。