

原发性下肢静脉曲张合并血栓性浅静脉炎的中西医治疗

程雪桦 王小平

(上海市中医医院, 上海, 200071)

摘要 原发性下肢静脉曲张是下肢浅静脉系统的常见病, 合并血栓性浅静脉炎可因血栓蔓延至深静脉而致病致残, 甚而有引发肺动脉栓塞致死的风险。西药抗凝、抗炎、抗血小板疗效良好但非从根论治, 使得本病易于反复, 因此手术治疗是根治本病公认有效手段。中医药疗法可改善预后及缩短病程, 两者在疗效上有协同作用, 现主要论述继发于下肢静脉曲张的血栓性浅静脉炎的中西医治疗研究进展, 以期为临床诊疗提供参考。

关键词 原发性下肢静脉曲张; 血栓性浅静脉炎; 中医药; 中西医结合

Study Progress of Chinese and Western Medicine in the Treatment of Primary Lower Extremities Varicose Veins Combined with Superficial Thrombophlebitis

Cheng Xuehua, Wang Xiaoping

(Shanghai Traditional Chinese Medicine Hospital, Shanghai 200071, China)

Abstract Primary varicose veins is one of the most common diseases in the lower extremity superficial vein system, which is combined with superficial thrombophlebitis would remain patients disabled and even increase the risk of death from pulmonary embolism due to deep vein thrombus spread. Although the anti-coagulation, anti-inflammatory, and anti-platelet therapy have a good clinical effect on superficial thrombophlebitis, it could cause the condition to repeat. Therefore, surgical treatment is recognized the most radical of means in curing the disease. Traditional Chinese Medicine can improve prognosis and shorten the course of the disease. There is a cooperative action between western medicine treatment and TCM. This paper mainly discussed the TCM and western medicine treatment of primary varicose veins of lower extremity with superficial thrombophlebitis so as to provide references for its application in the clinic.

Key Words Primary varicose veins; Superficial thrombophlebitis; TCM; Combination of TCM and western medicine

中图分类号: R242; R605 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.02.062

原发性浅静脉曲张系指小隐、大隐静脉异常扩张及延长的病变, 同时不伴有深静脉病变, 主要由先天静脉管壁薄弱、瓣膜功能不全及各种因素下浅静脉高压引起^[1]。若曲张静脉迁延失治, 静脉壁严重变形后可因代谢产物堆积易遭受缺氧、炎性损害和慢性感染, 进而诱发浅血栓性静脉炎 (Superficial Thrombophlebitis, STP)^[2], 同时血栓又可进一步破坏静脉瓣膜, 两者的发病互为因果。据夏玉双等^[3]统计, STP 在人群中发病率为 3% ~ 11%, 其中有 4% ~ 59% 的 STP 继发于下肢静脉曲张, 由于统计主要依靠临床查体, 一部分隐匿性 STP 可能被忽略, 需要超声进一步诊断支持, 因此 STP 发病率或许更高。虽然本病呈良性、自限性发展, 但血栓性静脉炎可因血栓蔓延累及深静脉而致病致残, 甚而有肺动脉栓塞

(Pulmonary Embolism, PE) 致死的风险, 老年患者因血液流变学改变更易形成静脉血栓^[4], 应引起一定重视。目前病理学机制研究发现 STP 发病初起以白细胞浸润为主, 并与滋养血管密度增高有关^[5], 静脉管壁的通透性增强, 炎性因子逐渐延展至周围组织, 复发多次的 STP, 可能引起皮肤及皮下组织发生轻度的蜂窝织炎, 形成皮肤硬结与色素沉着。依其发病形态, 本病属中医学“青蛇毒”“恶脉”等范畴, 病机主要为多种内邪因素下致筋脉不和, 气血运行不畅, 血壅于下, 久则瘀热互结, 恶血积聚不散, 热不去则瘀不除, 故沿筋脉循行出现红、肿、热、痛, 可触及痛性条索状或串珠样结节^[6]。目前, 本病的国内外文献获取量较少, 且以回顾性研究为主, 缺乏前瞻性随机临床试验的评价报道, 现将中西医正在发展和

基金项目: 上海市市级医院适宜技术项目 (SHDC12014242); 上海中医药大学项目 (2014YSN60)

作者简介: 程雪桦 (1992. 10—), 女, 研究生, 研究方向: 中医外科, E-mail: 396305322@qq.com

通信作者: 王小平 (1961. 05—), 男, 博士, 主任医师, 上海市中医药学会中医外科分会副主任委员, 研究方向: 中医外科 (中西医结合治疗周围血管疾病方向), E-mail: prowxp@163.com

研究的疗法综述如下。

1 西医手术治疗

1.1 大隐静脉高位结扎剥脱加浅静脉剥脱取栓术

1.1.1 常规手术联合术前术后辅助治疗 邓汝洪等^[7]对 47 例患者术前采取 2~5 d 活血化瘀治疗联合早期大隐静脉高位结扎剥除术治疗,麻醉恢复后鼓励早期活动,并继续活血化瘀治疗 2~4 d,出院后口服迈之灵,拆线后改穿医用弹力袜 6 个月以上。结果 45 例患者血栓引起的红肿疼痛在住院期间迅速消退,1 例术后血栓部位仍有疼痛,药物保守治疗后疼痛消失,1 例术后因惧下床而发生下肢深静脉血栓形成(Deep-vein Thrombosis, DVT),手术成功率 100%,说明短期药物治疗联合早期大隐静脉高位结扎剥除术对下肢静脉曲张合并 STP 治疗安全、有效,能迅速改善症状并防止浅静脉血栓进展。

1.1.2 早期手术效果 尚立新等^[8]为探讨单纯性下肢浅静脉曲张合并 STP 行早期手术的效果,对 286 例患肢随机分为实验组和对照组,每组各 143 例患肢,均为发病后 1~3 d 入院。实验组患者入院积极准备后即进行手术,对照组患者抗炎抗凝 7 d 后手术。2 组术前均常规应用低分子肝素钙等抗凝药物,常规行大隐静脉高位结扎分段剥脱,对于小隐静脉有病变者也给予高位结扎,若 Cockett I, II, III 穿通静脉及外踝上方交通静脉位置有明显膨起且局部血栓者,采取充分游离后暴露该处交通静脉并确认其腔内无血栓后再结扎缝合。所有曲张静脉属支及其腔内血栓行多点式小切口切除,地塞米松盐水混合液冲洗 STP 处切口,常规放置橡皮片引流条引流。结果实验组的皮下硬结、局部蚁走感、局部麻木、色素沉着及平均住院时间均明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。认为早期手术治疗患者住院时间缩短且术后恢复快,并发症少,早期手术血栓所致的炎症反应组织易于分离,可减少不必要的创伤,打破了既往炎症反应消退后方可进行手术的固有思想。

袁链等^[9]对急性期 STP 的大隐静脉曲张患者在发病周内行小切口大隐静脉高位结扎剥脱术,采取手术方式清除浅表静脉内的血栓,切除病灶,根治大隐静脉曲张,术后继续抗感染、抗血小板等治疗,术后切口无感染,随访无复发。该项观察中急性期内手术的临床疗效良好,无严重并发症,临床观察证明其疗效安全、有效、可靠。

1.2 病变评估下制定个体化手术方案 赵恩利^[10]对 63 例患者进行下肢深静脉造影及临床、病因、解

剖、病理分级后评价制定合理的个体化手术方案。对 7 例患者并发 Cockett 综合征先行重度狭窄段血管球囊扩张和支架植入术;对 18 例股静脉瓣膜功能分级 III, IV 患者进行股静脉瓣包窄手术;对 27 例患者进行大隐静脉高位结扎以及浅静脉点式剥脱手术。所有患者术前术后均应用适量的抗凝与活血化瘀药物。观察过程中发现左下肢浅静脉曲张并 Cockett 综合征的发生率较高。总体疗效 21 例显著,提示对下肢浅静脉曲张合并 STP 患者的病变范围和程度进行整体评估,并在手术过程细节处理到位可有效提高手术疗效。

秦靖宜和朱盛兴^[11]采取大隐静脉高位结扎剥脱及取栓术治疗大隐静脉曲张患者 65 例栓塞及炎症反应程度、深静脉情况,回顾总结其手术疗效。其中 14 例在抗炎、抗凝、活血化瘀治疗后行大隐静脉高位结扎剥脱加浅静脉剥脱取栓术,29 例直接行常规手术,20 例常规手术基础上行经皮透光直视下旋切术,2 例行股静脉瓣膜成形加常规手术。结果本组病例 62 例 2 周内一期愈合,术后多普勒彩超复查示曲张大隐静脉及条索状血栓消失,随访中发现 1 例静脉曲张复发,分级为 C1,余患者无下肢水肿及 STP 再发。认为制定个体化手术方案配合常规手术能从根本上解除血栓蔓延、静脉曲张及 STP 再发,缩短患者住院时间,减少反复药物治疗带来的花费,减少严重并发症,术后麻醉恢复应嘱患者早期下床活动。

1.3 Trivex 透光旋切微创 牛启兵等^[12]对 62 例急性血栓性浅静脉炎发病 2 周内的下肢静脉曲张,在大隐静脉高位结扎和主干剥脱基础上,采取 Trivex 微创旋切系统创吸曲张静脉和静脉丛内的血栓,同时配合加压包扎、术后抗凝等治疗。手术均顺利,术中和术后无深静脉血栓及肺栓塞发生。术后 3 d 内症状明显缓解,切口均甲级愈合。住院时间平均 5 d。所有患者随访 2~12 个月大隐静脉曲张、STP 治愈后无复发案例,无并发深静脉血栓者。可见 Trivex 微创旋切术治疗合并急性 STP 的下肢静脉曲张安全、有效,且较传统手术具有微创不留瘢痕、治疗更彻底、操作简易、手术时长缩短、恢复快等优势。

1.4 药物治疗联合多功能激光光电治疗平台 潘建立和毛焕^[13]对 72 例患者采用随机分组法分为观察组和对照组,对照组予抬高患肢,疼痛明显者口服非甾体抗炎药及丹参多酚酸盐、红花黄色素注射液活血化瘀治疗。前 3 d 连续予皮下注射低分子肝素钠 6400 U,后改口服华法林钠片抗凝治疗,期间依据

患者凝血功能、凝血酶原国际比值调整抗凝药物剂量。观察组在对照组基础上增加多功能激光光电平台治疗,按规范将仪器光源垂直对准患处约 10 cm,照射 20 min。先红光照射 1 次,间隔 10 min 后蓝光照射 1 次,再间隔 10 min 照射红光 1 次,疗程 2 周,每周 2 次。2 周后,观察组总有效率为 97%,差异有统计学意义($P < 0.05$),多功能激光光电平台具有共振效应和温控效应的作用机制,其联合抗炎、抗凝、活血化瘀药物治疗下肢血栓性静脉炎,疗效较单纯传统药物治疗更满意。

通常治疗该病可选择保守或手术 2 种方法,保守以抗凝、溶栓、抗血小板聚集等药物治疗为主,而事实上抗血栓药物在血栓性浅静脉炎中未体现出针对性高、显效快的疗效^[14],但对于血栓可能蔓延较快到深静脉的患者,采用抗凝配合手术治疗可较早控制深静脉血栓脱落及肺栓塞发生^[15]。术后治疗上结合参考美国胸科协会(ACCP)第 10 版静脉血栓栓塞症治疗指南^[16],提示常规弹力袜不能减少血栓形成后综合征发生,亦不能减少腿部肿痛症状,但临床过程中发现逐级加压弹力袜在缓解症状方面效果仍有,且加压包扎有助于深静脉血液回流、避免切口内血肿形成。另一方面,手术切除栓塞的浅静脉是目前的唯一治愈手段,而微创手术更是将来发展的趋势,Wang XH 等^[17]通过将一种特制的血管腔内微波辐射器经皮肤,插入下肢浅表静脉,瞬间释放微波能量,将病变曲张的下肢静脉凝固封闭,认为较其他微创技术更具有疗效确切、创伤小、恢复快、安全性好、美观等优点,提示了通过静脉曲张微创手术来阻断 STP 的进展有良好的应用前景。

2 中西医结合及中医治疗

2.1 火针放血疗法 刘秀芬和王顺吉^[18]将 60 例本病患者完全随机设计分配至对照组或观察组中,对照组在一般治疗基础上予皮下注射中等剂量的低分子肝素钠。观察组采取一般治疗 + 火针放血疗法,1 次/周,1 个月为 1 个疗程。刺络放血操作:体位取仰靠坐位,聚维酮碘消毒 3 次曲张明显静脉、水肿及色素沉着部位后铺巾,应用中细贺氏火针,将烧红的针的中下 1/3 对准消毒部位进针后随即快速出针,出血以自凝为度,必要时压迫止血,若无血流出的患者可以应用火罐进行吸附,自凝后用聚维酮碘对针孔处消毒处理。术中应避免刺伤下肢大静脉以防造成出血过多及静脉感染。结果显示观察组的有效率为 100.00% (对照组为 46.67%, $P < 0.01$),同时观察组红、肿、热、痛改善积分评价优于对照组,差

异有统计学意义($P < 0.01$)。目前缺乏对刺络放血治疗该病机制的实验性研究依据,但临床研究和动物研究均发现其具有改善血流变相关指标的作用,故放血法治本病的会是一个很好的切入点。

2.2 外敷法 邓芝徽等^[19]将 60 例下肢静脉曲张合并 STP 急性期患者随机分为实验组和对照组各 30 例,实验组患者采用抗炎药物联合小剂量激素治疗,并每日外敷金黄膏(厚朴、天花粉、胆南星、陈皮、姜黄、苍术、大黄、黄柏、白芷等),3 d 后再行手术治疗,术后给予常规抗感染护理,并对血栓结块处的切口换药和微波理疗护理;对照组患者单纯予抗炎药物联合小剂量激素治疗,炎性反应症状消退后行手术治疗及护理。结果实验组患者治疗有效率明显高于对照组为 96.67%,且并发症发病率、住院时间费用明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。从而可以看出,黄金膏能够在短时间内促进静脉血栓的包块变软变小,减轻局部红肿热痛症状,以便缩短患者等待手术时间,再搭配术后防感染护理,疗效理想。

张林森等^[20]治疗 35 例辨证属血热瘀结型的单侧下肢静脉曲张合并 STP 的患者,行自拟外敷方治疗 10 d 后临床观察疗效,总有效率达 91.43%。自拟外敷方每日 1 次剂量:硼砂 2 g、重楼 10 g、冬青叶 10 g、大黄 20 g、芒硝 10 g、冰片 2 g。上方共研细末,以温水、陈醋调制均匀呈糊状,以纱布包裹外敷患处。自拟外敷方的优势是易于接受,处方灵活、作用直接、安全无并发症,且观察中入组部分患者筋脉结节消退明显,疼痛缓解,皮温降低。

2.3 针药结合 齐娇娇和周春祥^[21]探索治疗血栓性浅静脉炎的新法上采取缓急并施理念,应用针药结合的方式。以驱瘀生新、清利湿热为法遣方的同时,再取穴阳陵泉、阴陵泉、足三里为主穴,配以太冲、内庭、足临泣等针刺治疗,针后旋即患者疼痛大减,有舒筋通络,阴平阳秘,健脾祛湿之效。本法治疗效果显著,但循证医学理念尚不能充分体现,规范化诊疗体系需进一步研究完善。

2.4 中药经方加减 乔瑞英等^[22]将 90 例患者随机分到观察组和对照组中各 45 例,分析比 2 组治疗前后纤维蛋白原(Fbg)、C 反应蛋白(CRP)的变化情况。对照组给予左氧氟沙星口服,观察组给予蕲蛇酶加入地塞米松静脉滴注,再联合中药汤剂四妙勇安汤加味(金银花 30 g、玄参 30 g、牡丹皮 10 g、生石膏 15 g、丹参 15 g、赤芍 15 g、乳香 10 g、没药 10 g、当归 10 g、甘草 6 g、蒲公英 15 g)。结果观察组总有效

率达 97.78%,且观察组 CRP、Fbg 与治疗前后比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示四妙勇安汤加味内服联合少量地塞米松 + 蕲蛇酶可明显降低 CRP、Fbg 指标,具有良好抗炎、抗凝、清热解毒作用。

2.5 验方辨证施治 康煜冬和吕培文^[23]为探讨房芝萱先生验方治疗 STP 的临床疗效,对 60 例急慢性期患者依据病情进展阶段不同、辨证不同采取同病异治。辨证属急性期湿热阻滞证以清热利湿、活血通络为治则,组方:蒲公英 24 g、茵陈 30 g、当归 12 g、玄参 18 g、金银花 24 g、连翘 18 g、赤芍 12 g、川芎 9 g、牛膝 9 g、猪苓 9 g、牡丹皮 9 g、桃仁 9 g、车前子 9 g 等;辨证属慢性期气虚血瘀证以益气活血,通脉散结为治则,主取:生黄芪 24 g、忍冬藤 30 g、玄参 18 g、桂枝 9 g、牛膝 9 g、石斛 18 g、丝瓜络 15 g、红花 12 g、当归 15 g、丹参 18 g 等。结果 45 例患者痊愈,皮肤红肿热痛在 1 周内消失,1 个月内硬结条索消退,余好转 14 例,无效 1 例。可见房先生验方可作为本病的补充治疗,疗效显著。

2.6 中医综合治疗 蔡俊刚等^[24]对 52 例观察组患者应用活血凉血饮口服、苦碟子注射液静脉滴注、联合新芙蓉膏外敷的中药综合治疗,将新芙蓉膏(院内制剂组成:木芙蓉叶、大黄、黄柏、泽兰各等份,共研细末后加白凡士林配成 30% 软膏)涂于纱布上,敷于红肿疼痛处,用弹力绷带固定。对照组 46 例给予西药综合治疗(地奥司明口服、曲可芦丁静脉滴注、双氯芬酸二乙胺乳胶剂外涂)。结果观察组在临床治愈率和平均治愈时间方面显著优于对照组($P < 0.01$)。

综上所述,中医治疗注重整体辨证与局部辨证相结合,临床选取中药内服外敷或采取中西医结合治疗,疗效显著。其他诸位医家应用温通学说^[25]、攻毒学说^[26]、益气活血利湿法^[27]等治疗本病也取得了很好的疗效。

3 结语

中西医治疗原发性下肢静脉曲张合并 STP 的模式多样,目前仍没有统一的治疗指南,西医保守治疗可为血栓性浅静脉炎的复发病下病因,手术治疗则能迅速缓解症状、阻断疾病的病理改变,且术前行下肢血管彩超或者下肢顺行静脉造影对进一步选择个体化治疗方案和手术方案有重要的意义^[28]。中医药疗法具有调理内环境、改善预后、缩短病程及辨证施治灵活等优势,易实现内服与外治并举,微观与宏观融合的整体治疗,故中医与西医在疗效上有协同作用。

基于循证医学角度,本病目前临床实验以回顾性研究居多且样本量小,缺少极为重要的系统的前瞻性实验及基础实验研究报道,尽管中西医在治疗 STP 有着广阔的前景,但仍存在一些问题亟待完善。目前研究缺少统一的诊断标准和疗效判断标准,例如治疗中未明确定义血栓分布位置、大小等性质来评价药物治疗的确切疗效,因此疗效方案仍够不明确可靠,不利于横向比较。我们认为,可以从中医血瘀理论结合病因病机理论着手,通过现代研究,建立公认的动物模型,有助于研究人员进一步探索发现新的药理靶点与机制^[29],打破固往治疗观念。我们针对论述继发于血管曲张性病变的 STP 的治疗进展,然而许多研究将外伤、静脉内长期置管等多种因素继发的 STP 一并讨论,更细致的临床研究设计有待从发病机制和诱因入手探索。传统手术目前仍是大隐静脉曲张治疗的金标准,但仍有切口多、出血多、创伤大、影响美观、住院时间长、可能造成隐神经损伤及皮下淤血等诸多缺陷^[30]。随着人们对美观要求的提高及顾及到种种原因难以耐受传统开刀之苦的老年患者,微创外科也当与时俱进完善其规范化研究与临床推广。

总之,希望未来能通过对血栓性浅静脉炎发病机理、中医药治疗本病作用机制以及治疗模式的改革等进行系统、深入的研究探索,凸显中西医结合的效用,使之相互为用、相互补充,来增强临床疗效、快速缓解临床症状、缩短病程、减轻患者负担。

参考文献

- [1] Shirasugi N, Horiguchi S, Shirato H, et al. Prevalence of Isolated Asymptomatic Deep Vein Thrombosis in Varicose Vein Patients with Superficial Thrombophlebitis: A Single Center Experience in Japan[J]. Ann Vasc Dis, 2016, 9(1): 2-7.
- [2] Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg[J]. Cochrane Database Syst Re, 2007(2): CD004982.
- [3] 夏玉双, 沈凤娇, 王军. 王军运用温通法治疗老年下肢血栓性浅静脉炎经验[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(12): 36-37.
- [5] 王国华, 李凤臣, 徐兵等. 滋养血管在下肢静脉曲张管壁病理学变化的研究[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2013, 20(8): 919-920.
- [6] 姜桂喜, 胡文贤, 苗进. 新编血管疾病诊疗指南[S]. 北京: 军事医学科学出版社, 2011: 265.
- [7] 邓汝淇, 胡何节, 方征东, 等. 药物联合手术治疗下肢静脉曲张合并血栓性浅静脉炎 47 例[J]. 中国临床保健杂志, 2015, 18(6): 637-638.
- [8] 尚立新, 张一博, 石红晓. 单纯性下肢浅静脉曲张合并血栓性静脉炎早期手术效果观察[J]. 中国实用医药, 2016, 11(7): 43-44.
- [9] 袁链, 尹立伟, 张小明. 早期小切口大隐静脉高位结扎剥脱术治疗伴急性血栓性浅静脉炎的大隐静脉曲张[J]. 中国微创外科杂志,

- 2013,13(3):246-248.
- [10] 赵恩利. 下肢浅静脉曲张合并血栓性浅静脉炎的临床治疗体会[J]. 当代医药论丛, 2014,12(11):286-287.
- [11] 秦靖宜, 朱盛兴. 大隐静脉曲张合并血栓性浅静脉炎 65 例治疗分析[J]. 中国医药指南, 2014,12(4):106-107,108.
- [12] 牛启兵, 陈泉, 李安强, 等. Trivex 微创旋切术治疗下肢静脉曲张合并急性血栓性浅表静脉炎[J]. 中国微创外科杂志, 2014,14(11):1008-1010.
- [13] 潘建立, 毛焕. 多功能激光光电治疗平台在下肢血栓性浅静脉炎治疗中应用[J]. 实用医技杂志, 2017,24(2):198-199.
- [14] 吴梦涛, 李凡东, 金星. 血栓性浅静脉炎的新见解[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2012,19(9):1012-1013.
- [15] 杨博华. 下肢静脉曲张的诊断与治疗[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2013:325.
- [16] Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report (J). Chest, 2016,149(2):315-352.
- [17] Wang XH, Wang XP, Su WJ, et al. Microwave ablation versus laser ablation in occluding lateral veins in goats[J]. J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci, 2016,36(1):106-110.
- [18] 刘秀芬, 王顺吉. 火针放血治疗下肢血栓性浅静脉炎疗效观察[J]. 现代中医药, 2016,36(1):34-36.
- [19] 邓芝徽, 邢壮杰, 郝国强. 中西医结合治疗下肢静脉曲张合并血栓性浅静脉炎急性期临床分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016,3(18):146-148.
- [20] 张林森, 金亚菊, 魏鲁刚. 自拟外敷方治疗静脉曲张伴急性血栓性浅静脉炎 35 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2013,34(2):29-30.
- [21] 齐姣姣, 周春祥. 针药结合治疗急性期下肢血栓性静脉炎验案[J]. 长春中医药大学学报, 2013,29(2):269-270.
- [22] 乔瑞英, 张明炜, 徐妹芳. 中西医结合治疗下肢血栓性静脉炎 90 例疗效观察[J]. 蛇志, 2016,28(4):441-442.
- [23] 康煜冬, 吕培文. 辨证治疗下肢静脉曲张合并血栓性浅静脉炎 60 例[J]. 北京中医药, 2010,29(5):371-372.
- [24] 蔡俊刚, 郭海涛, 韩书明. 中药综合治疗下肢血栓性浅静脉炎 52 例[J]. 安徽中医学院学报, 2013,32(6):43-44.
- [25] 董雨, 游伟, 王雨等. 温通法治疗下肢血栓性浅静脉炎慢性期(瘀阻络证)的临床观察[J]. 世界中医药, 2016,11(3):422-425.
- [26] 韩书明, 潘艳芳. 从毒论治慢性下肢静脉疾病[J]. 北京中医药, 2016,35(10):928-929.
- [27] 邓秀炳. 益气活血利湿法治疗慢性血栓性静脉炎临床观察[J]. 四川中医, 2016,34(4):169-170.
- [28] 王智泉. 中西医结合治疗下肢血栓性浅静脉炎临床疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [29] 张文义主编; 舒银兰, 张险峰, 焦更海等副主编, 疼痛病临床指南[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2014:162.
- [30] Yang L, Wang XP, Su WJ, et al. Randomized clinical trial of endovenous microwave ablation combined with high ligation versus conventional surgery for varicose veins[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2013,46(4):473-479.

(2017-03-30 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

(上接第 498 页)

疾病是复杂的, 但其变化也遵循六经传变的规律, 中医认为肾脏疾病在早期和初期, 多是由于“风水”“水肿”“淋证”等发展而来, 在疾病发展的早期阶段, 可以出现表证如太阳中风证、太阳伤寒证等外邪侵犯肌表, 正气未虚的实证阶段。随着病情进展, 邪盛正虚, 病至三阴病阶段, 阳气虚衰, 阴寒内盛, 部分代谢产物如痰湿、瘀血、浊毒等的蓄积也导致肾功能进一步的丧失。六经辨证是动态的辨证方法, 并且每经中均有卫气营血病变特点, 所以在肾脏病动态的进展过程中首先需要辨明三阴三阳, 再辨表里, 后辨寒热虚实, 而且和八纲辨证、三焦辨证密不可分, 是一个综合性的辨证论治体系^[14], 所以六经辨证肾脏病的具体应用和方法还需要在临床中不断的拓展和深入挖掘。

参考文献

- [1] 叶发正. 伤寒学术史[M]. 武汉: 华中师范大学出版社, 1995.
- [2] 张志聪, 郑林(校). 张志聪医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999:621.
- [3] 张涛, 陈明. 唐容川六经理论的诠释学分析[J]. 吉林中医药,

- 2011,31(6):493-494.
- [4] 刘渡舟著录. 中医名家名师讲稿-刘渡舟伤寒论讲稿[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [5] 聂惠民. 伤寒论讲义[M]. 北京: 学苑出版社, 1996:9.
- [6] 杜雨茂. 中医临床家杜雨茂[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003:5,12.
- [7] 张喜奎. 肾脏病六经辨治[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006:49.
- [8] 冯世纶, 张长恩. 解读张仲景医学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006:35-46.
- [9] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2014:90.
- [10] 于俊生. 肾脏病经方论治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:35.
- [11] 郭远华. 张喜奎教授辨治慢性肾衰竭经验采撷[J]. 福建中医药, 2014,45(4):31-32.
- [12] 刘树林. 基于六经与卫气营血辨证体系贯通的经典方证整理与运用研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2013.
- [13] 吕黎明. 《伤寒论》六经实质探要[J]. 陕西中医学院学报, 2010,33(3):15-16.
- [14] 刁军成. 六经辨证论治临床运用的几个问题[J]. 实用中西医结合临床, 2002,2(1):52-53.

(2017-03-05 收稿 责任编辑: 杨觉雄)