

正虚痰瘀是慢性肺源性 心脏病的病机关键

● 洪广祥*

关键词 慢性肺源性心脏病 病因病机 痹瘀伏肺 临床经验

慢性肺源性心脏病简称“肺心病”。是中老年的多发病、常见病,是临床常见的内科危重急症。本病大多数是从慢性支气管炎、阻塞性肺气肿及其他慢性胸疾病或肺血管引起的心脏病。肺心病常年存在,多发于冬春季节并发呼吸道感染而导致呼吸衰竭和心力衰竭,病死率较高。

西医将本病分为急性发作期及缓解期。急性发作的诱因是急性呼吸道感染,多因肺胸疾病引起,主要症状是呼吸衰竭,伴有右心功能不全及心律失常。本病的治疗关键是控制感染,改善心肺功能,同时须积极治疗并发症。根据肺心病的临床表现属于中医学“喘证”、“肺胀”、“心悸”、“水肿”等证范畴。临床以胸部膨满、胀闷如塞、喘咳上气、痰多、烦躁、心慌为特征,其病程缠绵,时轻时重,日久则见面色晦暗、唇甲青紫、脘腹胀闷、肢体浮肿、甚或喘脱等危重证候。

1 病因病机

西医认为,引起肺心病的原因

较复杂,其中以慢性支气管炎并发阻塞性肺气肿最为常见。我国约占发病人数的80~90%,其次为支气管哮喘、支气管扩张、肺结核等病,由此可见,肺心病的发病基础,源于肺而受累于心。中医认为,痰瘀伏肺为慢性肺病证的重要病理基础。反复发作,迁延不愈,宗气虚衰日益加重,又进一步削弱了肺“主治节”和“助心行血”功能的协调平衡。心肺同居上焦,心主血,肺主气;心主行血,肺主呼吸。故宗气具有贯心脉而司呼吸的生理功能,是联结心之搏动和肺之呼吸两者之间的中心环节,说明心与肺之间的关系密切。如心肺的平衡协调被打破,必然肺病及心,出现心肺同病。

1.1 痰瘀伏肺 治节失常 肺心病多由内伤久咳、久喘、久哮、肺癆等慢性肺系疾患反复发作,迁延不愈发展而成。痰瘀伏肺与气道阻塞、肺失肃降密切相关。痰可酿瘀,瘀为瘀的基础,痰瘀阻遏气道,“治节”和“肃降”功能失常,从而

使肺“朝百脉”和“助心行血”功能受到严重影响,出现瘀滞血脉和心血瘀阻的病理反映,是导致肺心病的重要病理基础。

痰瘀伏肺,气道阻塞,肺失肃降,治节失常,脉络瘀滞,故患者长期出现咳嗽、咯痰、喘息、呼吸困难、紫绀等症状。瘀阻血脉,痰瘀蒙窍,清阳闭阻,还可出现肺性脑病;瘀滞脉络,血不归经,又是引发应激性溃疡,出现上消化道出血的重要原因。这里要特别强调,痰瘀伏肺,治节失常,既可因气道壅塞,肺失肃降,也可因宗气虚衰,运化不及而形成。前者为“气滞血瘀”、“气滞津凝”;后者为“气虚血瘀”、“气虚不运”。说明肺心病痰瘀病机亦虚亦实,虚实夹杂。

痰瘀伏肺,治节失常为肺心病重要病机。其与西医学认为,由于肺心病肺动脉血管狭窄或阻塞,使得肺内的血流受阻,肺动脉压力增高和右心室肥厚的说理相吻合。

1.2 痰瘀热壅 气道郁闭 痰瘀化热,或感受六淫之邪,邪从热化,此时痰瘀热相兼为患,致使肺气更加抑遏,气道阻塞更为严重,肺主治节和肃降功能进一步受损。呼吸功能由代偿发展成失代偿,出现缺氧或二氧化碳潴留,易导致呼吸

* 作者简介 洪广祥,男,著名中医学家,主任医师、教授,北京中医药大学中医内科学博士生导师,国务院特殊津贴获得者。全国首批500名老中医药专家学术经验继承工作导师,本刊学术顾问。

• 作者单位 江西中医学院呼吸病研究所(330006)

衰竭。肺气壅塞是其发病关键,热壅、痰阻、瘀滞为其重要病理基础。呼吸衰竭实际上是因肺实不通,而致气道阻塞,通气严重受阻,肺气失于肃降,是产生呼吸衰竭的重要原因。肺气以通降为顺,肺气失于通降,治节乏力,势必影响助心行血,加重心脉瘀滞,进而引发心力衰竭,主要为右心衰竭。

痰、瘀壅塞气机,血脉瘀滞,脑络失宣,易引发肺性脑病。另一方面,热入营血,血热搏结,或气壅痰凝,或气虚血滞,均可形成血瘀,瘀血随经上攻于肺,可进一步加重呼吸困难和紫绀。

肺与大肠相表里,肺气壅塞可致腑气不通,腑热熏蒸于肺,又可转化成腑结肺痹。此时如治疗得当,正能胜邪,可截断病势发展。热为阳邪,最易耗气伤阴,轻则气阴两伤,重则气阴两竭,甚至因邪盛正衰,而成内闭外脱之危候。

1.3 气化不力 水饮留滞 水肿为肺心病常见主症。水溢肌肤可引发全身浮肿,或双下肢水肿;水凌心肺可加重喘满心悸气急症状;水滞脑络可并发脑水肿。因此西医对肺心病心衰者,重视使用利尿剂,通过利尿有助于减轻水肿,对改善肺心病心衰病情有重要作用。

中医学认为,肺心病出现水饮留滞,为阳虚不运,气化不力所致。《内经》云:“膀胱者州都之官,津液藏焉,气化则能出焉”。水液的正常运行,依赖气的推动。肺心病水肿的发生,是全身气化功能障碍的表现。与肺、脾、肾尤其是肾关系密切。阳气虚衰,气化不及,水液潴留,是引发水肿的重要病理基础。诚如《景岳全书·肿胀》指出:“凡水肿等证,乃肺脾肾相干之病,盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水唯畏土,故其制

在脾。今肺虚则气不化精而化水,脾虚则土不制水而反克,肾虚则水无所主而妄行”。此外,肺心病瘀滞脉络为重要病理障碍。瘀血阻滞、三焦水道不利往往可使水肿反复难愈。所谓“血不利则为水”。因此,瘀滞水停也是肺心病心衰发生水肿的重要原因。

1.4 宗气虚衰 卫阳不固 肺心病急性发作的诱因是急性呼吸道感染。西医认为,肺心病的治疗关键是控制感染。由于肺心病患者整体虚衰,抗邪能力弱,免疫调节能力低下,故易出现反复感染而诱发急性加重。如何看待肺心病患者易于反复感染?从中医学角度来说,显然与“邪之所凑,其气必虚”的内因密切相关。正气不足是发病的内在原因。其中卫气,也称卫阳,是机体抵御病邪的第一道防线。卫气为宗气之一部分。当宗气虚衰,卫气不足时,人体肌表便失于固护,防御功能低下,则易被外邪侵袭而发病。肺心病急性呼吸道感染,始初多为感受风寒病邪,通常以病毒感染为主。风寒未能及时疏散,并与痰瘀结合,又易郁而化热,即西医所称混合感染。前者多表现为风寒犯肺或外寒内饮;后者多表现为邪热郁肺或痰热壅肺。慢阻肺、肺心病患者反复感染,且往往无发热,白细胞不高等中毒症状。仅感气急加重,胃纳减退。如不及时处理,轻度感染,也可导致失代偿性呼吸衰竭发生。

因此,宗气虚衰,卫阳不固,抵御病邪能力低下,是导致反复感邪而引发肺心病急性加重的重要原因。

宗气属阳气范畴。肺心病的宗气虚衰,可视为阳气虚衰。随着病情的发展和加重,由宗气虚衰逐步出现全身阳气的虚衰,或称为真

元虚衰。此时患者体力下降突出,免疫调节能力低下,脏器功能衰竭明显,感染也愈频繁。随着病情的进展,最终可导致呼吸衰竭、心力衰竭和合并症的发生。

临床经验揭示,痰瘀伏肺,宗气虚衰为肺心病的关键病机。它贯穿肺心病的各个阶段。

上盛下虚,本虚标实为肺心病的证候特征。补虚泻实为肺心病的全程治则。

2 辨证论治

肺心病的形成过程比较漫长,所以它的临床表现和体征也是渐进出现的。首先患者多半有慢性阻塞性肺疾病等原发病的症状,如长期咳嗽咳痰,喘息气短,动则加剧,并逐渐出现心慌、呼吸困难、体力下降、紫绀等缺氧现象。随着病程的进展,最终可导致呼吸衰竭和心力衰竭。其表现为明显呼吸困难、心率增快、颈静脉怒张、肝肿大、双下肢水肿、静脉压明显升高等。同时可有肺性脑病、心律失常、上消化道出血等并发症。

基于上述肺心病的临床表现,从辨证与辨病相结合出发,以中医药理论为指导,尽量体现辨证论治的基本原则,结合个人见解,提出如下辨证施治的初步方案。

2.1 心肺瘀阻证 心功能代偿期,此期以慢阻肺的表现为主。

证候:咳嗽、咯痰,胸部憋满,动则心悸、气喘,倦怠乏力,紫绀,面色暗滞,口唇暗。舌质暗红,舌苔白或黄白腻,脉象虚弦滑。

病机:宗气虚衰,痰瘀伏肺,心血瘀阻。

治法:补宗气,涤痰浊,行血瘀。

方药:补元汤(经验方)、千缙汤、桂枝茯苓丸加减。

生黄芪 30g, 西党参 30g, 漂白术 15g, 当归 10g, 升麻 10g, 北柴胡 10g, 炙甘草 10g, 山萸肉 15g, 锁阳 15g, 小牙皂 6g, 法半夏 15g, 桂枝 10g, 桃仁 10g, 赤芍 10g, 陈皮 15g, 白茯苓 15g。

方义: 方中以补元汤补宗气以益气行血, 改善心肺功能; 千缙汤涤痰浊除肺壅, 以疏利气道, 降低气道阻力, 有助于喘满和缺氧症状的改善; 桂枝茯苓丸活血行瘀, 以减轻肺血管阻力, 降低肺动脉高压, 使“肺主治节”和“心主血脉”的功能得到有效保护。

全方用药以“温补”、“温通”和“温化”为主, 这是基于阳气虚衰和痰瘀为阴邪的病机而立方择药的。“血得温则行”, “气赖阳始运”, “痰为阴邪非温不化”等中医药理论在方药组合中得到较好体现。补虚泻实治则贯穿全过程。

至于随证加减用药方面, 只能从实际出发作具体运用, 这里不作过多干预, 避免影响主动思维的发挥。

2.2 痰瘀热壅证 多见于急性加重期, 临床表现以呼吸衰竭为主。

证候: 咳嗽加重, 痰稠厚难出, 痰色黄, 或黄白相兼, 喘促息粗, 腹满便结, 面色青紫, 烦躁失眠, 甚则昼睡夜醒, 短暂性神志恍惚, 躁动不安。严重时可出现嗜睡, 抽搐, 昏迷等症。舌质红暗或绛, 舌苔黄厚腻, 脉象虚弦滑数。

病机: 痰瘀热壅, 气道郁闭, 腑气不通。

治法: 泄热除壅, 涤痰行瘀, 通利腑气。

方药: 礞石滚痰丸、千缙汤、涤痰汤加减。

白毛夏枯草 15 ~ 30g, 黄芩 10g, 金荞麦根 20 ~ 30g, 生大黄 10g, 礞石 20g, 小牙皂 6g, 法半夏

10g, 葶苈子 20 ~ 30g, 胆南星 6 ~ 10g, 竹沥 20 毫升(分冲), 石菖蒲 10 ~ 15g, 桃仁 10g, 郁金 10 ~ 15g, 全瓜蒌 20g, 枳实 15g。

方义: 方中用白毛夏枯草、黄芩、金荞麦根清肺泄热, 控制感染; 礞石、小牙皂、法夏、葶苈子、全瓜蒌涤痰除壅, 减轻气道阻塞; 胆南星、石菖蒲、竹沥豁痰开窍醒神, 有助于精神症状的改善和稠粘痰的排出; 桃仁、郁金活血行瘀, 其与涤痰除壅药相伍, 可有效的改善缺氧状态和心肺循环; 大黄、枳实、瓜蒌通利腑气, 泻下通便, 有利于肺气肃降, 减轻气道壅塞, 改善通气功能。临床经验证明, 慢性肺心病患者绝大多数会出现便秘, 而便秘往往直接使病情加重, 影响预后。因此, 对便秘患者及时通利腑气, 泻下通便, 对控制感染, 稳定病情, 甚至对呼吸衰竭和肺性脑病的改善, 均具有不可忽视的协同疗效。“肺与大肠相表里”理论和《伤寒论》承气汤的配方原则, 对肺系病证和肺心病及其合并症的治疗, 有着重要的指导作用。

气阴两虚兼证多在本证阶段出现。临床可配合生脉散或麦门冬汤以益气阴。肺性脑病多见于肺心病急性加重期痰瘀热壅阶段。痰迷神窍为其中心证候。此证是因各种慢性肺胸疾病伴发呼吸功能衰竭, 导致低氧血症和高碳酸血症而出现的各种神经精神症状的一种临床综合症。临床特征为原有的呼吸衰竭症状加重并出现神志精神症状。属中医“痰迷心窍”、“错谵”、“神昏”范畴。

肺性脑病病机仍属“本虚标实”。正气衰虚为本, 痰、瘀、热为标。涉及多个脏腑之气血阴阳紊乱。根据“急则治其标”的原则, 涤痰、行瘀、泄热、开闭为其基本治

法。基本方药可参见痰瘀热壅证的治疗方药。还可配合安宫牛黄丸、至宝丹以醒脑开窍。中医药参与肺性脑病的抢救治疗, 应把握和抓住肺性脑病的初始阶段, 早介入、防内陷、重开闭是中医药取得疗效的关键环节。

2.3 阳虚水泛证 多见于右心衰竭, 以体循环瘀血为主。

证候: 面浮, 下肢肿, 甚则一身悉肿, 腹部胀满有水, 尿少, 心悸, 喘咳不能平卧, 咯痰清稀, 怯寒肢冷, 面唇青紫。舌胖质黯, 舌苔白滑, 脉沉虚数或结代。

病机: 阳气虚衰, 气化不力, 水溢肌肤, 上凌心肺。

治法: 温阳化饮, 利水消肿。

方药: 真武汤、苓桂术甘汤、五苓散加减。

熟附子 10 ~ 15g(先煎), 桂枝 10g, 生黄芪 30g, 茯苓 30g, 白术 15g, 泽泻 30g, 生姜 10g, 白芍 10g, 红花 10g, 赤芍 15g, 益母草 30g, 椒目 10g, 葶苈子 30g, 大腹皮 15g, 广陈皮 15g。

方中用附子、桂枝温肾通阳, 以助气化; 黄芪、茯苓、白术、猪苓、泽泻、生姜健脾利水; 红花、赤芍、益母草行瘀利水; 椒目、葶苈子、陈皮、大腹皮行气逐水。右心衰竭以体循环瘀血为主, 与人体阳气虚衰和气道壅塞密切相关, 阳虚血瘀和气壅血滞同时存在, 即所谓脏器瘀血与缺氧。亦虚亦实是其临床特征。阳不化气和血瘀水停是其病理基础。“补虚泻实”仍然是右心衰竭必须遵循的基本治则。

临床经验提示, 肺心病心衰出现水肿, 单纯采取利水消肿法效果不佳, 必须针对其阳虚失运、气化不力和肺气壅塞、治节失常, 导致水液停蓄的病机进行辨证用药。其中附子、桂枝、黄芪、葶苈子为关

键用药。熟附子温振心肾阳气。凡气阳衰弱,水湿潴留者,用本品有助阳化气,温阳利水,强心利尿之功。由于附子中含有乌头碱等多种生物碱,如附子炮制不规范,易出现乌头碱中毒而引发心律失常。乌头碱等生物碱不耐热,经高温煎煮 30 分钟以上,可直接破坏其生物毒性,使用更加安全,其强心作用不受影响。桂枝善于温通心阳,对于心阳不振,心脉痹阻之阳虚心悸,和气化失常之小便不利均有良效。桂枝辛甘化阳,但不能补阳,只有通阳之功,并无补阳之能。所谓通阳系指针对阳气因寒邪、痰浊、瘀血等困阻而不得畅通、舒展的病证采取的一种治法。桂枝辛能通、温能散,故可使寒邪解、痰浊消、瘀血散而阳气通矣。故桂枝常与助阳之附子、行瘀之桃仁、利水之泽泻相配,可起到温阳、行瘀、利水之功。黄芪甘温善于补益脾肺之气阳,故临床多用于阳虚气弱者。肺心病多为气阳虚衰,心力不及,气虚不运,易致水液停聚,而产生小便不利,肌肤浮肿。黄芪有补益宗气,利水消肿作用。临床可用于治疗各种原因所致的水肿。葶苈子苦辛大寒,有良好的泻肺除壅,下气行水作用。肺心病心衰常在呼衰之基础上诱发,气道壅塞,治节失常为呼吸衰竭、心力衰竭的重要病机。“因实致衰”和“因衰致实”为其共同的病理基础。故肺心病呼吸衰竭和心力衰竭的治疗要全程实施“补虚泻实”的治则。因此笔者提出“肺心病重在治肺”的战略观点。葶苈子善祛上焦实邪,凡痰瘀闭阻心肺,气血为之壅滞者皆可用之。它对气道壅塞、治节失常和气壅血滞、瘀滞水停所致的水肿,用之利水消肿效果显著。笔者认为,葶苈子之强心作用是通

过“治肺”来实现的,根据笔者经验,葶苈子临床用量以每次 20 ~ 30g 为宜,且应纱布包煎。药理研究表明本品有强心甙样作用,能增强心肌收缩力,减慢心率,降低传导速度。葶苈子始载于《本经》,至宋《本草衍义》始分甜葶苈子和苦葶苈子两种。目前认为,前者为播娘蒿种子,后者为独行菜种子。

肺心病心衰纠正后,应按慢性阻塞性肺疾病稳定期治疗思路,加强补益气阳,涤痰行瘀,标本结合,以图缓治。从而增强患者抵御病邪能力,减少反复感染,改善心肺功能,阻断病势发展。

3 典型病例

例一:余某,女,71 岁,1993 年 11 月 24 日入院,住院号:21244。

患者以反复咳嗽、咯痰 20 余年,再发并加重近 10 天入院。患者于 70 年代始出现咳嗽、咯痰,以后经常反复发作,并逐渐加重,冬甚夏缓,多次入西医医院住院治疗,诊断为“慢支、肺气肿、肺心病”。本次因本月 16 日受寒致病情发作,并逐渐加重。入院时症见:咳嗽,咯痰、量多、约 100ml/日,色白,时或挟灰痰,质稀,喘促,动则尤甚,胸闷、气憋,不能平卧,背部怯寒,四肢欠温,纳呆,腹胀,口粘,口干不欲饮,大便平,尿少,舌质淡暗,苔薄白腻,脉弦滑而数,重按无力。体温 36.2℃,心率 120 次/分,半卧位,口唇紫绀,颈静脉怒张,胸廓桶状,两肺听诊湿啰音(+++),肝-颈静脉回流征(+),双下肢浮肿(++)。实验室检查:白细胞 $5.5 \times 10^9/L$,中性细胞 79%,淋巴细胞 21%,动脉血气分析: $PaCO_2 76mmHg$, $PaO_2 36mmHg$ 。诊断:慢性支气管炎合并感染,阻塞性肺气肿,肺源性心脏病合并心衰

Ⅱ°呼吸衰竭Ⅱ型。中医辨证:气阳虚衰,痰瘀伏肺,兼有阳虚水停。治当温补气阳,涤痰行瘀,兼以利水消肿。处方:生黄芪 20g,熟附片 10g,茯苓 30g,桂枝 10g,白术 10g,葶苈子 15g,青陈皮各 15g,生大黄 10g,干姜 10g,细辛 3g,水蛭胶囊 6 粒。西药予:可拉明 0.375×5 + 氨茶碱 0.25 + 立其丁 20mg + 地塞米松 10mg,静脉滴注,每日一次,经治六天,病情大减,痰量减至 30ml/日,纳增、腹胀、浮肿消失,两肺湿啰音(+)。实验室检查: $WBC 6.0 \times 10^9/L$, $N 68\%$, $L 32\%$,动脉血气分析: $PaCO_2 46mmHg$, $PaO_2 67mmHg$ 。停用西药,继用上方三剂,症再减。后以温阳护卫汤善后,显效出院。

例二:涂某,女,73 岁,1994 年 1 月 17 日入院,住院号:21540。

患者以反复咳嗽、咯痰 24 年,伴双下肢浮肿 2 年,再发 20 天入院。患者于 71 年始出现咳嗽,咯痰,以后每年反复发作,冬甚夏缓,多次在我院住院治疗,诊断为:“慢支,肺气肿,肺心病”,病情逐年加重,于 92 年出现下肢浮肿。本次缘于去年年底天气变化,受寒后致病情又作,经西医治疗未效。入院时症见:咳嗽,咯痰无力、痰多、约 120ml/日、色白质稀,气喘,动则尤甚,胸闷,心悸,背部怯寒特甚,四肢欠温,不能平卧,口唇指甲青紫,伴纳少,口苦,口粘,双下肢浮肿,大便时结,小便量少。舌质暗偏红,舌有瘀斑,舌苔白腻而厚,脉弦滑,重按无力。体检 $T: 37.2^\circ C$, $P: 90$ 次/分, $R 25$ 次/分, $BP 15/12Pa$,半卧位,球结膜水肿明显,口唇紫绀,颈静脉怒张,胸廓桶状,两肺湿啰音(+++),双下肢浮肿(+++)。实验室检查:白细胞 $12.1 \times 10^9/L$,中性细胞 72%, $L 25\%$, $E 3\%$;动脉血气分析: $PaCO_2 66mmHg$,

PaO₂34mmHg。诊断:慢性支气管炎合并感染,阻塞性肺气肿,肺原性心脏病合并心衰Ⅲ°呼吸衰竭Ⅱ型。中医辨证:气阳虚衰,水气不化,痰瘀伏肺,瘀重于痰。治当温阳益气,行瘀涤痰,利水消肿。处方:生黄芪 30g,熟附片 10g,桂枝 10g,茯苓 30g,白术 10g,葶苈子 15g,青陈皮各 15g,法半夏 15g,细辛 3g,干姜 10g,生大黄 10g,益母草 30g,川芎、红花各 10g,水蛭胶囊 9 粒。西药予:氨苄青霉素 3g,静脉注射,一日两次;可拉明 0.375×5+氨茶碱 0.25+立其丁 20mg+地塞米松 10mg,静脉滴注,每日一次,经治八天,病情明显好转,咯痰约 40ml/日,双肺湿啰音(++),双下肢浮肿(+),口唇青紫好转。实验室检查:WBC $8.6 \times 10^9/L$, N69%, L29%, E2%;动脉血气分析:PaCO₂58.6mmHg,PaO₂49mmHg,停用西药,继续中药治疗,服药共 15 剂后

生活自理。体检:两肺湿啰音(+). 动脉血气分析:PaCO₂49mmHg, PaO₂60.9mmHg,显效出院。

按:上述二例病案均为慢性阻塞性肺疾病引发肺源性心脏病急性加重的患者。呼吸衰竭和右心衰竭的症状突出。从中医证候分析,其共同点为:气阳虚衰、痰瘀伏肺、治节失常、阳虚失运、瘀滞水停、水凌心肺。本虚标实特点突出,在治则上坚持“补虚泻实”。温补气阳、涤痰行瘀、化气利水为基本治法。始终把重点放在“温”与“通”的关键环节上。肺心病呼衰和右心衰的共同点,既因阳气虚衰,摄纳失常,又有痰瘀伏肺,管道壅塞的临床特点。又痰、瘀、水均为阴邪,“非温不化”和“通阳利水”也就成为选方用药的指导原则。两则病案的基本方药均以芪附汤和苓桂术甘汤以温阳益气和温阳化水;又用葶苈子、青皮、陈

皮、法夏等以涤痰除壅而宣通肺气;川芎、红花、水蛭、益母草活血行瘀,改善循环,以降低肺循环阻力和肺动脉高血,从而使心力衰竭状态能有效纠正。此外,还根据“病痰饮者,当以温药和之”的治则,加用干姜、细辛与苓桂术甘汤相伍,以增强温阳化饮之力度;二案均用了生大黄。笔者认为,大黄为通壅滞之良药。通腑逐瘀,泄壅行滞,行水除痰,推陈致新为其长处。大黄味苦气香,既能入血分,破一切瘀血,又兼入气分,有香窜调气,醒脾开胃之功。现代研究表明,大黄能降低血液粘度,改善微循环障碍。这对肺心病有重要作用。另一方面,患者通过降腑气,可使大便通畅,腹胀减轻,有助于膈运动幅度增大,改善肺部炎症,促进分泌物减少,使呼吸道通畅,痰易咳出,可有效的改善通气功能和心力衰竭的纠正。

会议信息

中国传统医学手法研究会暨中港骨伤手法 学术交流大会及手法交流培训班

经 2005 年郑州第十三届学术交流大会常务理事会研究,决定于 2007 年 4 月在福建省厦门市召开中国传统医学手法研究会第十四届暨中港第四届骨伤手法学术交流会。会议论文汇编将以国家中心刊物 2007 年以副刊的形式刊出。本次会议将充分展示和发扬中国传统手法的魅力,邀请庞成泽、徐际先、柳登顺、赵毅、严金林、骆竞洪等专家主讲,举行展示中国多家手法流派的专题讲座,安排各位代表表演及手法交流。通过专科专病培训、论文交流、手法演示等形式充分挖掘、弘扬国医精粹同时使各位代表能学到更多的实用知识。欢迎全国各地及港澳台地区的推拿临床、教学、科研工作者参会交流。同时大会还将评选颁发“特色手法名医证书”、理事证书及会员证书,欢迎报名参加! 专科专病培训时间 2007 年 4 月 11 日-13 日,学术交流大会时间:2007 年 4 月 15 日-16 日,报名截止时间:2007 年 3 月 30 日,征文投稿截止日期:2007 年 3 月 15 日,报名地址:厦门市湖滨南路 59 号华医馆马正明收。传真:0592-2233261,Email:xmmzm@163.com,邮编:361004