

## · 学术探讨 ·

## 冠心病痰瘀互结辨治浅析

李圣耀 陈 卓 徐 浩 史大卓

**摘要** 痰瘀互结的发生有痰瘀同生与痰瘀互生两个方面,痰瘀互生又包括痰瘀间的直接和间接转化。当痰瘀互结化热,则易酿生毒邪,蚀脉伤肌,发生心血管事件。因此治疗上,应详细辨析痰瘀互结的病机,或痰瘀同治,或痰瘀互治,根据痰瘀的偏重灵活用药。同时依据气血津液相关及证候动态演变,恰当配伍应用理气、补气和清热解毒药物。

**关键词** 冠心病;痰瘀互结;瘀毒;活血解毒

**Intermingled Phlegm and Blood Stasis in Coronary Heart Disease: Diagnosis and Treatment** LI Sheng-yao, CHEN Zhuo, XU Hao, and SHI Da-zhuo *Center of Cardiovascular Disease, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100091)*

**ABSTRACT** The pattern of intermingled phlegm and blood stasis emerge includes coincidence and interaction, and the latter process includes two types: direct and indirect conversion. Once phlegm and blood stasis produce heat, toxin will easily come into being, which does harm to coronary artery and myocardium. As a result, adverse cardiovascular events will probably occur. Thus, coronary artery disease should be treated by eliminating phlegm and removing blood stasis, together or mutually, based on the meticulous analysis of the pathogenesis. Simultaneously, regulating qi, supplementing qi and clearing heat and dispelling toxin herbs should be used according to the qi-blood-body fluid correlation theory and dynamic development of syndrome.

**KEYWORDS** coronary artery disease; intermingled phlegm and blood stasis; blood-stasis and toxin; activating blood and dispelling toxicity

冠心病中医证候临床流行病学资料显示,痰浊、血瘀等证候要素及其相关的证候类型所占比例近年来不断增加<sup>[1]</sup>,提示痰瘀互结证为冠心病的一个基本证候。与痰证/瘀证、非痰非瘀患者相比,冠心病痰瘀互结证患者的冠脉病变数量更多,狭窄程度更重<sup>[2]</sup>,脂质和脂蛋白异常更多见<sup>[3]</sup>,C 反应蛋白(CRP)等炎症因子水平更高<sup>[4]</sup>,提示冠心病痰瘀互结证患者较其他证型患者病情重,预后差。

《素问·至真要大论篇》指出:“民病饮积心痛”;《素问·脉要精微论》指出:“脉者,血之府也……涩则

心痛”。可见《内经》即对痰瘀致心痛有所认识。张仲景在《金匮要略》中将本病的病因病机归纳为“阳微阴弦”,并创立了栝蒌薤白类系列宣痹化痰通阳方剂,至今仍广泛应用于临床。秦景明《症因脉治》<sup>[5]</sup>指出:“胸痹之因……痰凝血滞”;龚信《古今医鉴·心痛》<sup>[6]</sup>云:“心脾痛者……素有顽痰、死血”;当代名医冉雪峰认为冠心病心绞痛辨证多为“痰热内阻,夹有瘀血”。亦从不同角度阐述了痰瘀互结在冠心病发病中的重要性。因此,探讨痰浊与瘀血间互生互化互结的机制、转归及相应的治法方药,对现代冠心病的临床中医治疗具有重要意义。

### 1 冠心病痰瘀互结的发生机制

痰源于津,瘀本于血,气血津液三者,病理情况下常相为病因。痰瘀互结的发生有痰瘀同生与痰瘀互生两个方面。

**1.1 痰瘀同生** 《灵枢·百病始生》云:“卒然外中于寒,若内伤于忧怒,则气上逆,气上逆则六腑不通,温气不行,凝血蕴里而不散,津液渗涩”。说明外感内伤

基金项目:国家科技支撑计划项目(No. 2013BAI02B01);北京市科学技术委员会“首都临床特色应用研究”专项资助课题(No. Z151100004015090)

作者单位:中国中医科学院西苑医院心血管病中心(北京 100091)

通讯作者:史大卓, Tel: 010-62880606, E-mail: shidztcm@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20180528.054

等病因可致气机紊乱,产生“血凝津涩”的痰瘀之变。不仅卒然发生的初病如此,病久亦如此。叶天士在论述“久病入络”时指出:“经年累月,外邪留着,气血皆伤,其化为败瘀凝痰,混处经络”。可见外感与内伤等可同时影响气血津液的正常运行,初则“血凝津涩”,久则“败瘀凝痰”。如阳气亏虚不能输布津液,津液停聚则成痰;阳气亏虚不能温运血脉,血运迟滞则成瘀。气滞水道失于疏泄,津液输布障碍而停聚成痰;气为血帅,气滞血行不畅则成瘀。邪热内盛可灼津成痰;热邪煎熬,血液浓缩,或热邪壅滞,血行不畅,亦可致瘀<sup>[7]</sup>。

**1.2 痰瘀互生** 痰浊和瘀血皆是津血不归正化的产物,同源而互生,瘀可化痰,痰可致瘀,具体又有直接转化与间接转化。

**1.2.1 痰瘀直接转化** 血瘀可直接转化为痰,如《血证论》<sup>[8]</sup>谓:“血积既久亦能化为痰水”。同样痰也可直接致瘀,虞抟在《医学正传》<sup>[9]</sup>指出:“津液稠粘,为痰为饮,积久渗入脉中,血为之浊”。

**1.2.2 痰瘀间接转化** 痰瘀也可通过影响气机等间接转化。如《血证论》<sup>[8]</sup>云:“内有瘀血,则阻碍气道,不得升降……气壅即水壅……水壅即为痰饮。”指出瘀血影响气机,气机阻滞导致津液结聚成痰的过程。若痰浊生成在先,亦可有相似的过程产生瘀,如清·王孟英说:“痰饮者,本水谷之悍气……初则气滞以停饮,继则饮蟠而气阻,气既阻痹,血亦愆其行度,积以为瘀”。

此外,瘀血内阻可致津液停滞成痰,如隋·巢元方在《诸病源候论》<sup>[10]</sup>中提出:“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水积聚而不消散,故成痰也。”若痰已成,瘀血的存在也可阻碍痰浊化,加重痰浊的积聚。《血证论》<sup>[8]</sup>云:“盖失血之家,所以有痰,皆血分之火,所结而成。然使无瘀血,则痰气有消容之地”。

**1.3 冠心病痰瘀互结证的现代医学病理生理表征** 研究显示,与非痰非瘀证患者相比,冠心病痰瘀互结证患者在脂质代谢、凝血纤溶等病理生理过程中存在更严重的紊乱,这与传统中医学理论认识的痰瘀之变有通应之处:(1)血脂谱紊乱程度更重:冠心病痰瘀互结证患者 TC、TG、LDL-C 水平较非痰非瘀证患者高,而 HDL-C 更低<sup>[3]</sup>;(2)胰岛素抵抗程度更重:冠心病痰瘀互结证患者血糖、胰岛素敏感性指数较非痰非瘀证高<sup>[11]</sup>;(3)凝血纤溶系统异常,血栓形成危险性高:冠心病痰瘀互结证患者组织纤溶酶原激活物(t-PA)含量下降,组织纤溶酶原激活物抑制物-1(PAI-1)含量升高,血小板 CD62P 表达升高,凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间缩短,纤维蛋白原升高,与非痰非瘀证者比较显著异常<sup>[12]</sup>;(4)血液凝滞性增高、流

动性变差:冠心病痰瘀互结证组血液流变学指标如全血高切、低切、血浆黏度、血小板黏附率均比非痰非瘀证组患者高<sup>[13]</sup>;(5)其他心血管病危险因素水平更高:冠心病痰瘀互结证患者的同型半胱氨酸<sup>[14]</sup>、尿酸<sup>[15]</sup>水平均较单纯痰证、瘀证及非痰非瘀证患者高。

## 2 冠心病痰瘀互结的转归

痰瘀互结是痰瘀并存进而相互胶结的状态,可使疾病缠绵难愈。现代社会来自环境、心理、饮食等致热化的因素越来越多,易致“邪迫于阳气,不得宣畅,壅瘀生热。”<sup>[10]</sup>火热内生,则炼液成痰,炼血成瘀,形成火热与痰瘀互为因果的恶性循环。有研究显示,冠心病痰瘀互结患者 CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6 等炎症因子水平较非痰非瘀证患者高<sup>[16]</sup>,而炎症反应在斑块破裂、血栓形成等病理过程中起关键作用。中医学理论认为,“毒邪”致病具有秽浊性、酷烈性、暴戾性等特点,这与急性心血管事件的发生特点相似。因此,陈可冀院士等将现代医学之炎症反应与中医学理论之“毒邪”相联系,在冠心病血瘀证理论基础上,提出“瘀毒致变”导致急性心血管事件的假说<sup>[17,18]</sup>,这对冠心病现代中医临床治疗有重要意义。

## 3 冠心病痰瘀互结的治疗

**3.1 痰瘀同治** 针对阴阳亏虚、气机虚滞等痰瘀同生的病机,要在温阳滋阴、益气理气等治法基础上联用活血化痰药。《伤寒杂病论》中治疗胸痹心痛的经典方剂栝蒌白半夏汤即是范例:《本草求真》<sup>[19]</sup>载栝蒌白“味辛则散,散则能使在上寒滞立消;味苦则降,降则能使在下寒滞立下;气温则散,散则能使在中寒滞立除;体滑则通,通则能使久痼寒滞立解。”概言之,栝蒌有助阳通气、温散通滞之功,是针对寒凝气滞这一痰瘀同生病机而设。瓜蒌、半夏有化痰之功,白酒则有温通血脉、祛瘀之效。

化痰药的选择当注意以下 3 点:一辨痰的转化,痰湿可用半夏、陈皮燥湿化痰,化浊可用藿香、佩兰芳香化浊,化热可用栝蒌、郁金等清化热痰;二辨痰的结聚,轻者可用陈皮、枳壳、厚朴理气消滞,重者需用牡蛎、僵蚕、浙贝等软坚散结;三要注意伍用健脾理气药,如党参、白术、茯苓、香附等,正如朱丹溪所云:“治痰者,实脾土,燥脾湿,是治其本也”。

化瘀药的选择当注意血瘀程度轻重:冠心病心绞痛病情轻者可选用丹参、郁金、赤芍、红花等行血活血药;病情重如疼痛剧烈、舌质紫暗、脉沉弦而涩者,可选用三棱、莪术、桃仁等活血破血药;久病血瘀入络者,可选用水蛭、虻虫等虫类药。应当注意的是,破血涤痰药易耗伤正气,应中病即止,不可久用,缓解期则当养血

活血化痰药为主。

国医大师陈可冀院士结合古典论述及临床经验,总结出兼治痰瘀的药物包括大黄、胆南星、菖蒲、郁金、香附、川芎、蒲黄、水蛭、益母草、泽兰、毛冬青、薤白、旋复花、海风藤、王不留行、羌活、陈皮等,临床可参考选用。

**3.2 痰瘀互治** 根据痰瘀互生的机制,可痰瘀互治,如《血证论》<sup>[8]</sup>中指出瘀血化痰的治疗原则:“须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血则痰水自消”。《医述》<sup>[20]</sup>中引罗赤诚语更是详查病机,分步辨治:“如先因伤血,血逆则气滞,气滞则生痰,与血相聚,名曰瘀血挟痰”。“若素有郁痰,后因血滞,与痰相聚,名曰痰挟瘀血。”前者“治宜导痰破血,先用导痰汤加苍术、香附、枳壳、白芥子开郁导痰,次用川芎、当归、桃仁、红花、苏木、丹皮、莪术以破其血”;后者则“治宜先破其血,而后消痰,或消痰破血二者兼治”。

不仅痰瘀互结如此,当只有痰浊或瘀血的表现时,根据痰瘀同源互生的关系,亦须痰瘀兼顾,或治痰为主佐以治瘀,或治瘀为主佐以治痰,或痰瘀同治。即使尚未出现痰浊和瘀血的症状而仅有其产生的潜在病机,亦可佐以活血化痰药。

**3.3 注重化毒** 对于痰瘀互结、具有化毒趋势的患者,应伍用解毒之品,以求未“毒”先清、先化,可选用清透解毒药物,如金银花、连翘等,防止毒邪致变又不致遏邪伤正。若蕴毒已成,当及时应用清热解毒药,如黄连、穿心莲、大黄、虎杖等。有无痰瘀互结化毒趋势,可参考冠心病病毒致病辨证标准<sup>[21]</sup>进行辨证。有临床研究显示,对于不稳定型心绞痛患者,活血化痰药芍药胶囊联合清热解毒药黄连胶囊,比单用芍药胶囊抗炎效果更佳<sup>[22]</sup>,显示活血解毒在治疗不稳定型心绞痛方面较单用活血化痰药有一定的优势。国医大师陈可冀院士自拟治疗心肌梗死的经验方“愈梗通瘀汤”是由生晒参、生黄芪、紫丹参、全当归、元胡索、川芎、陈皮、半夏、佩兰、广藿香、生大黄组成——益气活血化痰,通腑降浊解毒,临床可资借鉴。

综上所述,痰瘀互结是冠心病发生发展中的重要病理过程,在治疗时应详细辨析痰瘀同生、痰瘀互生等不同机制,或痰瘀同治,或痰瘀互治,根据痰瘀的偏重灵活用药,化痰不忘祛瘀,祛瘀不忘化痰。同时依据气血津液相关及证候动态演变,恰当配伍应用理气、补气和清热解毒药物,可望在冠心病治疗中获得更好的疗效。

#### 参 考 文 献

[1] 毛静远, 牛子长, 张伯礼. 近 40 年冠心病中医证候特征研究文献分析[J]. 中医杂志, 2011, 52(11): 958-961.

- [2] 王东生, 袁肇凯, 魏经汉, 等. 冠心病痰瘀辨证与冠状动脉造影的相关性研究[J]. 中医杂志, 2003, 44(12): 937-938.
- [3] 陶旭光, 胡镜清, 柏冬, 等. 冠心病痰瘀互结证脂质与脂蛋白研究评析[J]. 环球中医药, 2015, 8(6): 663-667.
- [4] 柏冬, 胡镜清, 马雅鑫, 等. 冠心病痰瘀互结证与炎症生物学指标相关性探讨[J]. 环球中医药, 2015, 8(6): 658-662.
- [5] 明·秦昌遇著, 清·秦之桢辑. 症因脉治[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 245.
- [6] 明·龚信. 古今医鉴[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 294.
- [7] 庄欣, 庄泽澄. 痰瘀同源理论的临床应用[J]. 辽宁中医杂志, 2000, 27(12): 545-546.
- [8] 清·唐宗海. 血证论[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2003: 85.
- [9] 明·虞抟. 医学正传[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1965: 301.
- [10] 张民庆主编. 诸病源候论译注[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2010: 408.
- [11] 袁肇凯, 黄献平, 简维雄, 等. 冠心病“痰瘀”证素变化机理的临床研究[A]. 朱文锋学术思想研讨会暨中医诊断师资班 30 周年纪念大会论文集[C]. 长沙: 中华中医药学会, 2012: 40-46.
- [12] 金伟, 哈木拉提·吾甫尔, 沙吉旦·阿不都热衣木, 等. 冠心病痰瘀证型血栓前状态分子标志物的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(7): 609-612.
- [13] 袁肇凯, 黄献平, 王丽萍, 等. 冠心病“痰瘀”证素特征的临床研究[J]. 云南中医学院学报, 2011, 34(1): 3-7.
- [14] 石磊, 张波. 冠心病心绞痛患者血浆同型半胱氨酸水平与中医证候要素痰、瘀的相关性研究[J]. 吉林中医药, 2013, 33(11): 1115-1116.
- [15] 吴洁, 石磊. 血清尿酸水平与冠心病患者中医病理因素痰、瘀相关性研究的探讨[J]. 亚太传统医药, 2011, 7(6): 6-7.
- [16] 洪永敦, 杨海霞. 冠心病痰瘀证与多因素的相关性研究[J]. 广州中医药大学学报, 2010, 27(2): 184-188.
- [17] 史大卓, 徐浩, 殷惠军, 等. “瘀”、“毒”从化——心脑血管血栓性疾病病因病机[J]. 中西医结合学报, 2008, 6(11): 1105-1108.
- [18] 徐浩, 史大卓, 殷惠军, 等. “瘀毒致变”与急性心血管事件: 假说的提出与临床意义[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(10): 70-74.
- [19] 清·黄宫绣. 本草求真[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 163.
- [20] 清·程杏轩. 医述·卷六[M]. 合肥: 安徽人民出版社, 1959: 172.
- [21] 陈可冀, 史大卓, 徐浩, 等. 冠心病稳定期因毒致病的辨证诊断量化标准[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(3): 26-27.
- [22] 陈浩, 高铸焯, 徐浩, 等. 活血解毒中药配伍干预介入后不稳定型心绞痛的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(10): 1135-1137.

(收稿: 2017-02-16 在线: 2018-06-27)

责任编辑: 白霞