

· 专家经验 ·

唐蜀华教授化瘀十法在心系疾病中的运用
——随师待诊心得

严冬 钱玉良 唐蜀华

唐蜀华教授系南京中医药大学附属医院内科主任医师,教授,博士生导师,全国名中老医,全国第四、五批师承指导老师,悉心研习岐黄之道 50 余载,医术精湛,中西汇通,学验俱丰,对化瘀法有独到见解。现将唐教授常见化瘀法在冠心病治疗中的运用整理总结如下,以飨同道。

1 唐教授对心系疾病中“血瘀证”的认识

“心主血脉”,唐教授认为在中医学理论中,“血”的概念与现代医学的“血”和“血流”的概念相近。“脉”与“血管”一致。正常的血液循环为“血行”,强调了血液流动。血液停滞及溢出血管外尚未排出体外之际,被定义为涉及多种疾病的“血瘀证”。从现代医学的角度考虑,流动的血液不仅是氧气、营养、代谢产物及药物的载体,还与施加于血管内皮细胞产生的生物学效应有关,血液、血流及血管之间的相互作用维系了血管内皮细胞的正常生理功能^[1]。血液流动中保持正常的血管壁层剪应力是维持血管管径、血流量等正常血管功能的基本要素。上述血液、血管和血流的正常功能的破坏,可导致心血管疾病的相继发生。

“血瘀证”在血液形态上可表现为红细胞聚集性、红细胞变形能力、红细胞与血小板的表面电荷的改变;白细胞性状、黏附性、变形性等的白细胞流变性的改变;血小板黏附性及聚集性的变化等^[2,3]。除了血液和细胞流变学改变外,尚可观察到血浆蛋白、凝血因子、细胞膜功能、血液中不同介质、免疫因子状态等多种因素影响。在血液流变学上,可表现为血液黏度、血浆黏度、红细胞沉降率的变化。上述特点可用血液的“浓、黏、凝、聚”4 个字简单概括^[4]。

2 唐教授对心系常用化瘀药的认识

《黄帝内经》“疏其血气,令其条达”为治瘀法则。《神农本草经》也有了活血化瘀药的记载。临床用于心系治疗的活血化瘀药有很多种,就方而言血府逐瘀汤、补阳还五汤、桃红四物汤、桃仁红花煎、丹参饮、当归四逆汤等。就药而言,常用药物有乳香、没药、大黄、川芎、牛膝、穿山甲、王不留行、三七、红景天、蒲黄、五灵脂、水蛭、僵蚕、丹参、当归、益母草、泽兰、鸡血藤、地龙、桃仁、红花、水红花子、赤芍、丹皮、延胡索、郁金、刘寄奴、葛根、龙血竭等。上述药物目前被认可的主要功效在于抑制血小板聚集、增加纤溶酶活性、抑制实验性血栓、保护内皮功能等多重作用^[5]。它们的临床功效强弱不同,有峻猛破血散瘀的,或活血化瘀作用较强的和作用一般的;药性不一,性温、性凉、有性平;活血的方法多样,有行气活血、破血逐瘀、化瘀利水、温经活血、凉血活血、养血活血、补气行血等等不同。唐教授除临床辨证运用各种活血化瘀类的处方外,对具有活血化瘀作用的药物也有深刻的认识。

因化瘀药种类繁多,各有特性。在心系疾病治疗中,唐教授对“活血化瘀”的认识不局限于肤浅的理解,而是深入把握活血化瘀的内涵,根据瘀血形成的原因辨证论治,有的放矢,临床收效颇多。主张辨证,但不认为“凡是活血药即用于心系病”。

3 唐教授对具有活血化瘀作用中药的辨证运用

唐教授认为血瘀证的形成分为正虚和邪实两方面。正虚者,或为年高体虚,阳气不旺,不能推动血液运行;或因阴(血)不足脉道失于濡润,血行涩滞;邪实者,或因外邪入侵、寒凝血滞;或因气滞血瘀;或因热郁煎熬血液干涸成瘀;或为痰阻血瘀;或为水停血瘀;或手术、外伤血液脉外,留而成瘀。上述各种因素所致瘀血阻于心脉,不通则痛,或心失所养,致胸痹心痛、心悸怔忡,形成中医心系疾病。临床常需结合具体证型,针对病因病机,采用益气活血、温阳活血、滋阴活血、养血活血、行气活血、温经活血、化痰活血、清热活血、活血利水甚则破血逐瘀等不同治法。

3.1 益气活血法,适用于气虚血瘀型胸痹心痛

基金项目:全国第五批名老中医药专家唐蜀华教授学术经验传承工作;2013 年全国名老中医唐蜀华教授传承工作室建设项目;江苏省科技厅社会发展项目(No.BE2000737, No.BE2011816);江苏省中医药局项目(No.LZ13004)

作者单位:国家中医药管理局重点教研室南京中医药大学附属医院中医内科学教研室(南京 210029)

通讯作者:严冬, Tel: 13505185746, E-mail: y12d12@163.com

DOI: 10.7661/CJIM.2014.12.1517

或心悸。气为血帅,血为气母,若劳伤或久病致心气虚弱,鼓动无力,血行不畅,心脉瘀阻,或气虚无以生化,气血不足,脉络滞涩,心血瘀阻。症见心胸隐痛,时作时止,胸闷不舒,心慌气短,动则尤甚,易受惊吓,神疲倦怠,自汗或多汗,舌嫩暗淡,苔白,脉细弱或虚大无力。唐教授常用补阳还五汤(《医林改错》)等方,在方中除选用益气养血的黄芪、党参、参三七以及丹参、红花(小剂量)川芎、当归、干地龙外,常配伍运用具有补气活血功效的刺五加、红景天。

3.2 温阳活血法,适用于心(脾)肾阳虚血瘀型胸痹心痛、心悸或喘证。素体阳虚或久病之体,心阳不足,无以鼓动血液运行,血行瘀滞。症见心慌不安,胸闷气短,面色苍白,形寒肢冷,舌淡白胖嫩多齿印,苔白,脉迟虚弱、涩或沉细无力。唐教授常用保元汤(《景岳全书》)、参附汤(《正体类要》)加减,药如:红参(生晒参)、熟附片、黄芪、仙灵脾、桂枝、干姜、丹参、当归、川芎、红花、玄胡、姜黄等,唐教授在方中采用参芪和仙灵脾、熟附片益气温阳,更采用桂枝具有色赤入心,通阳活血的功效,阳虚甚者改用肉桂入药。

3.3 滋阴活血法,适用于心(肝)肾阴虚型胸痹心痛或心悸。患者素体阴虚、热病伤阴或久病阴液耗损,肝肾不足,水不济火,牵及心阴,心肾阴虚亏耗,脉道失于濡润,血行瘀滞,心脉不畅。可见胸闷心痛隐隐,时作时止,心悸怔忡,头昏头晕,五心烦热,潮热盗汗,口干腰酸,舌红,或紫暗有瘀斑,中有裂纹,少苔或无苔,脉弦细数或结代。方用天王补心丹(《校注妇人良方》)或六味地黄丸(《小儿药证直诀》)加减。药如:天冬、麦冬、玉竹、五味子、生地、炒枣仁、白芍、赤芍、山茱萸、枸杞子、山药、丹皮、丹参、虻虫、鬼针草、鬼箭羽、牛膝、制何首乌及首乌藤。唐教授在方中选用虻虫、牛膝、丹皮、赤芍等凉血活血药,与养阴药同用,临床收效更佳。

3.4 养血活血法,适用于血虚血瘀型心悸或胸痹心痛。患者年老体弱,气血不足,心脾血虚,脉道不利,则血流不畅。临床证见心前区隐痛或刺痛,胸闷,气短,心慌,面色少华或晦暗,口唇爪甲色淡,舌质淡紫,苔薄白,脉细弱无力或结、代、促、涩等。方用桃红四物汤(《医宗金鉴》)合归脾汤(《重订严氏济生方》)加减。常用药:熟地、白芍、当归、阿胶、首乌藤、鸡血藤、三七、丹参、桃仁、红花、党参、白术、炙黄芪、茯苓等。唐教授在方中选用养血活血的熟地、白芍、当归、阿胶、鸡血藤、三七,《饮片新参》中有关鸡血藤的描述:“去瘀血,生新血,流利经脉”。可见其为养血活血通络的良药。

3.5 行气活血法,适用于气滞血瘀型胸痹心痛

或心悸患者。辨证中要着重分清心肝气郁或脾胃气滞之不同,临床多见恼怒忧思太过,心肝气郁,或脾胃气滞,血行不畅,心脉瘀阻。症见心前区或胸骨后闷痛或刺痛,牵及两胁,痛无定处,每因情志波动而增减,伴胸闷,善太息,性情急躁易怒,或伴脘痞痞胀,食入尤甚,噫气或矢气为快,舌红,苔薄白,脉弦或结代。方用血府逐瘀汤(《医林改错》)合丹参饮(《时方歌括》)加减。药如:柴胡、枳壳、桔梗、牛膝、当归、赤芍、川芎、红花、桃仁、丹参、元胡、檀香、制香附、莪术、郁金、丹参等。唐教授在方中除辨证运用行气药外,常选用具有疏肝行气活血作用的元胡、莪术、郁金等。脾胃气滞则常用砂仁、木香、甘松、徐长卿等。

3.6 温经(通阳)活血法,适用于寒凝心脉所致胸痹心痛或心悸。素体阳虚,寒邪乘袭,寒凝血滞,心阳被遏,心脉闭阻。症见心胸冷痛彻背,遇寒尤甚,牵及左肩,喜温恶寒,面色苍白,四肢厥冷,舌质淡胖有齿印,苔白,脉沉迟。方用麻黄附子细辛汤(《伤寒论》)、当归四逆汤(《伤寒论》)加减。药如:炙麻黄、桂枝、制附片、细辛、仙灵脾、薤白、红花、五灵脂、当归、川芎、莪术、姜黄等。唐教授在方中所用活血药均具有温经活血散瘀止痛作用,与温通心阳的桂枝、炙麻黄、附片等合用以增强活血化瘀的疗效。

3.7 化痰活血法,适用于痰瘀互结型胸痹心痛或心悸等。临床多因饮食不节,脾失运化,聚湿生痰,痰浊凝滞,痹阻气机,血运不畅,痰瘀互结,心脉痹阻。症见心胸闷塞重着,胀痛彻背,心慌时作,或咳嗽痰多,气短喘促,舌胖大有齿印,苔腻,脉弦滑。方用栝蒌薤白半夏汤(《金匱要略》)合冠心Ⅱ号加减。药如:栝蒌、薤白、茯苓、半夏、白术、郁金、山楂、枳实等。唐教授在临床所选化痰药多为兼有化痰活血作用如郁金、姜黄、莪术、山楂、红景天等。认为郁金行气化痰活血;姜黄、莪术与郁金同科植物,功用相近,包括山楂,不仅可活血,近代药理且发现有降脂、抗动脉粥样硬化等作用,“脂有余便成浊”(痰),可以认为兼具“化痰”之功。另如漏芦一药从其传统功效“消痈散结,通经下乳,舒经通脉”,及现代药理降脂、抗动脉硬化作用,亦推荐其有“活血化痰”之功。红景天补气、化痰、活血。

3.8 清热活血法,适用于热毒犯心,或其他证型兼见热甚的心悸、胸痹心痛。临床见于外感风热,内犯于心,热毒内盛,或里热素盛之人,煎熬血液成瘀,心失所养。症见心慌心悸、胸痛时作,烦躁口干,或有发热,神疲易汗,舌红苔黄,脉数或浮。药如黄连、生地、银花、连翘、当归身、大青叶、制军、丹皮、赤芍、淡竹叶、牛蒡子等。唐教授在方中常以清热凉血兼活血作用的虎

杖、桃仁、紫草、制军、丹皮、赤芍等配伍清心解毒中药,使清热和活血兼顾,疗效颇佳。

3.9 活血利水法,适用于血瘀水停的心痹、心悸、心衰等。经云:“风寒湿三气杂至,合而为痹,脉痹不已,内舍于心……”,临床多见于风心瓣膜病变引起的心功能不全或冠心病、高血压病等引起的心衰。临床因各种原因导致心血瘀阻,“血不利则为水”,血瘀水停,脉道不利。症见胸闷气喘,夜间不能平卧,心慌不安,咳嗽频作,咯泡沫痰,渴不欲饮,或下肢浮肿。面色白光亮,口唇紫绀,方用苓桂术甘汤(《金匮要略》)加减汤。常用药:人参、白术、桂枝、仙灵脾、茯苓、猪苓、丹参、益母草、五加皮、水红花子、川牛膝、泽兰泻、半枝莲等。唐教授在方中所用益母草、五加皮、半枝莲、水红花子、川牛膝、泽兰等均为活血之中兼有利水之功效,使方药精当。

3.10 破血逐瘀法,适用于心脉瘀阻型胸痹心痛甚者。瘀血久滞心脉,血行不畅,不通则痛。症见胸部刺痛阵作,甚则心痛彻背,痛处固定,入夜尤甚,牵及左肩,心慌不安,汗出肢冷,面白唇紫,舌紫暗或有瘀斑,无苔或腻苔,脉弦涩或结代。方选桃仁红花煎(《陈素庵妇科补解》)加减。药如:当归、川芎、红花、桃仁、牛膝、丹参、乳香、没药、虻虫、水蛭等。伴大便干结者可加酒制大黄,瘀血甚者可加炮山甲、失笑散等。唐教授在方中所选活血化瘀药以破血逐瘀类虻虫、水蛭、穿山甲、失笑散等,以加强破血散结之力。

4 唐教授在活血化瘀药使用中的注意事项

唐教授认为活血化瘀药在心系疾病中应用广泛,临床根据辨证选用合适的活血化瘀类药物,不仅疗效显著,实验也证明^[4],能有效改善血液“浓、黏、凝、聚”的流变状态;随着血黏度的降低,血小板聚集亢进减弱,纤溶系统的恢复正常,使瘀血的解除,血行通畅,临床症状得到缓解。化瘀药中,有的可以扩张冠状动脉,或扩张动、静脉血管,减轻心脏前后负荷,改善血流动力学;有的则显著改善微循环状态。使“瘀血”解除,临床症状得到缓解^[6]。

唐教授认为活血化瘀药辨治使用,一般是安全的,《黄帝内经》云:“有故无殒,亦无殒也”。但临床运用中应重视活血化瘀药的潜在危险,特别在心系疾病合并其他疾患,或者合并使用抗凝药的患者。常见有:心

系疾病合并出血性脑卒中史或长时间服用阿司匹林、氯吡格雷的患者,应注意抗凝作用的叠加导致异常出血。心系疾病患者脑部检查发现有先天性血管畸形、动脉瘤等慎用或忌用破血逐瘀药,以防脑血管破裂而导致脑出血。心系疾病合并支气管扩张、肺结核空洞、溃疡病活动期,或以往有再生障碍性贫血、脾功能亢进症等出血性疾病,妇女行经期或以往量多,甚至崩漏、近期有手术患者等均应慎用。应用活血化瘀药时还要注意患者皮肤是否有瘀斑,必要时监测血小板功能、出血指标等。若有出血表现及时停用活血药,并选用具有化瘀止血作用的三七粉等,对症处理,必要时积极配合中西医结合治疗。

另外应用虫类活血通络药,要注意过敏反应或肝、肾毒副作用,如全蝎、蜈蚣、斑蝥等用量宜小,中病即止。唐教授早年喜用天仙藤等活血利水治疗下肢肿胀,现今不可忽视部分含马兜铃酸为主的药物有“肾毒”等报道^[7,8]。鉴于以往对中药的慢性毒副作用缺乏早期发现手段而不予重视,现虽非一概停用,但必须审慎观察,有同等疗效可取代者宁可不用为妥。

参 考 文 献

- [1] 衷敬柏,王阶.血瘀证与内皮细胞、血清细胞因子关系研究进展与思考[J]. 中国中医药信息杂志, 2003, 10(5): 8.
- [2] 陈可冀,马晓昌.关于传统血瘀证的现代分类[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(7): 487.
- [3] 刘军莲,宋剑南.中医血瘀证本质研究概况[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(9): 1061-1063.
- [4] 郭忠,郭幸福.血液高黏滞综合征与中医学血瘀证关系[J]. 安徽中医临床杂志, 2003, 15(5): 419.
- [5] 鹿小燕,曹洪欣.冠心病从“痰瘀相关”论治探讨[J]. 中医杂志, 2010, 51(2): 101-103.
- [6] 钱自奋,郭赛娜.血瘀证与活血化瘀研究的系统总结——《血瘀证与活血化瘀研究》评介[J]. 中西医结合杂志, 1990, 10(10): 628-629.
- [7] 许华欣,闫梦青.重视含马兜铃酸中草药的肾毒性[J]. 河南中医, 2011, 31(5): 541-542.
- [8] 刘新辉,阳晓.马兜铃酸肾病:一个仍需重视的问题[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(4): 554-557.

(收稿:2013-08-07 修回:2014-09-18)