

## 论 坛

## 活血化瘀临床研究得失谈

编者按：近几年来，随着活血化瘀研究的广泛开展与深入，在临床及实验研究中都取得了可喜的成果，积累了丰富的经验，已成为诸多专业中最为活跃、最有成效的领域之一。本刊记者约请了部分学者、专家，请他们把长期临床工作中一些宝贵的经验体会及对活血化瘀临床研究中目前存在的一些问题，结合他们所从事的专业进行了交流，以供大家参考。

陈可冀(中国中医研究院西苑医院)：中医学的理论认为人的一身不离阴阳，所谓阴阳，如果以气血二字予以概括，亦或不为过，因为在诸多疾病的病机中，常在不同病期或不同层次上影响到气血的正常运转。有新病急病致瘀的，有久病慢病致瘀的；病理上虽有因瘀致病或因病致瘀的不同，但调和气血、顺气活血，乃至攻气破血，都是可以因证而投的。

我在临床应用活血化瘀方药治病时，有几个原则是比较重视的。(1)通常情况下，应遵守“气以通为补，血以和为贵”的传统观点，不要滥用破血攻气药。(2)通瘀不应伤正，这就是“消而勿伐”的意思。清代大家王清任创那么多首活血方剂，全书无一方是破气的，可资借鉴。(3)活血化瘀治法作为法则是死的，但临床应用时则当是活的，要辨证应用。

在心血管病临床治疗中，因气虚血瘀证的存在而采用益气活血方剂是比较大量的。先师岳美中教授所创的人参三七琥珀末，是疗效很好的处方，对一般冠心病、心肌炎等都可应用，本方剂量比例为2:2:1的顺序，共为细末调匀，每日3次，每次2分。在胸膈气滞血瘀征明显时，我常加用延胡索粉，剂量同人参和三七，对早搏也有佐助，起到“疏其血气，令其调达”的功用。《医宗金鉴》的桃红四物汤，也是一张十分完好的通补兼施方剂，遇胸膈不舒、苔腻者，可以合括萎薤白半夏汤及温胆汤进退。

活血化瘀法的应用，要灵活，切中病机。心主身之血脉，但不可忽略心主阳气。我曾遇见的变异型心绞痛病人，兼夹证甚多，气阳虚、肝郁及血瘀并存，用活血疏肝温阳法，以柴胡疏肝散合当归四逆散取效。

破血攻瘀方药该用，还应大胆用。已故蒲辅周老夫治疗经事不畅者，喜用且善用化症回生丹以法瘀生新，是个范例。我在临床上对慢性风湿性心脏瓣膜

病心功能不全者，也常于益气助阳利水方中，伍用大黄蛰虫丸或抵当丸。心肺同居上焦，心脉通畅，肺气也可得到清肃之助。大黄是祛瘀生新的良药，急性心肌梗塞时我常用之，气血骤阻，肺气不畅可得改善。

中风急症与“气血逆乱，血随气上”有极大关系，治疗大法不外乎开关通闭、熄风泻火、顺气豁痰及活血通瘀。我在临床治疗时，不论缺血性中风或出血性中风，均重视结合应用活血方药。王清任的补阳还五汤和血府逐瘀汤对治疗血栓形成，消除血肿，都有裨益。虫类药水蛭和地龙看来在溶栓和消除血肿方面是值得深入探究的。

我曾治疗过少数酒皰鼻(赤鼻)患者，在通窍活血汤加紫花地丁、蒲公英、银花煎汤送服紫金锭有一定功效，因这类患者气血瘀滞，内有蕴热都是较明显的。

周文泉(中国中医研究院西苑医院)：血瘀证临床所见有气滞血瘀、浊阻血瘀、寒凝血瘀、热结血瘀等的不同，因此，活血化瘀法也必然随之而有不同的组合变化。就临床而言，虽然有单纯血瘀证表现的病人，用活血化瘀法可取得较好的效果，但尚有多数血瘀证病人并非单纯血瘀，而见气滞血瘀、寒凝血瘀等，这类病人采用活血化瘀法可能有效果，但如采用理气活血法、温经活血法则会取得更好的疗效，这即是证治相符或证治统一的缘故。如果仅凭一、二症状即谈血瘀证，凡有几味活血药而不分别其治法主从，即称活血化瘀法，甚至连补益、健脾诸法也列入其中而来进行活血化瘀法研究是不可取的。

活血化瘀方剂与药物是活血化瘀法的具体体现。由于中医的方剂配伍有其组合原则，因此，传统的活血化瘀方剂大抵是以活血(破血)药物为主，佐以其他药物，其活血化瘀药物占的比例(量或质)必当十分明确。如果将十全大补汤或补中益气汤也作为活血化瘀

法进行血瘀证治疗研究,其结果是难以令人信服的,当然,并非绝对不可用此类方治疗血瘀证,关键是不应将其列入活血化瘀法进行研究。就药物而言,在进行传统的活血化瘀药物研究同时,开拓一些新的活血药物用以进行治疗血瘀证的研究也是十分必要的和可取的。但如果仅凭几项实验指标就将某些原本不是活血化瘀药纳入活血化瘀药范畴是不够慎重的。

近年研究表明,某些无血瘀证候的疾病,采用活血化瘀法治疗也取得了较好的疗效,这为揭示某些疾病的机理提供了新的线索,是活血化瘀研究的另一个侧面。

阮景緯(福建省中医药研究所):多途径、多学科、多层次综合研究,是活血化瘀研究的重要方面。下面仅就如何深入研究提出个人二点看法:

一是复制出更符合中医特点或适用于中药研究的血瘀证模型。目前现有的血瘀证动物模型不下十几种,如内毒素性DIC模型、实验性心肌缺血模型、应激性血小板聚集模型、低硒饲料致气虚血瘀模型、高分子葡聚糖致高粘滞血症模型、胎儿羊水致急性微循环障碍模型、老年血瘀模型、阴虚火旺型血瘀模型、外伤血瘀模型、实验性脑内血肿模型以及结合发病机制的解毒、寒凝、气滞等模型。这些模型大多只反映血瘀证的某一方面或几方面特点,与中医理论联系较少;有些模型更多表现共性而缺乏特异性;有些模型是否合理还值得研究。另外,利用动物模型进行活血化瘀药研究,不论使用何种动物模型,特别是亚急性或慢性实验,一定要注意建立的动物模型强度问题,如为观测中药降脂作用就不能复制过高水平的高脂血症。我们曾在家兔身上利用10%高分子葡聚糖15毫升/公斤体重复制高粘滞血症模型,以观察三个经典活血化瘀复方及其单味组成药的药理作用。但实验结果很不理想,究其原因可能与使用的造模剂量过多有关,这对于作用较慢且较缓和的中药来说,可能不足以显示其药物活性;我们把葡聚糖剂量减少,经过多次摸索最后选定6~8毫升/公斤体重,就能较好显示药物活性并能区别复方之间、复方与单味组成药之间的活性。当然利用动物模型研究中药还存在一些其他问题,需要共同努力,深入探索,力求建立较全面、准确反映“血瘀证”本质而又适合于中药作用特点的动物模型。

二是从内分泌和免疫角度寻找能够提高内源性抗病物质水平的中医治法。所谓内源性抗病物质是由心脏、血管、内皮细胞和血细胞产生和分泌的几十种生物活性物质,这些物质具有内分泌功能,故认为是血

液循环系统中的内分泌系统,如前列环素(PGI<sub>2</sub>)、内皮细胞产生的舒张因子(EDRF)、降钙素基因相关肽(CGRP)、心钠素(ANP)、内源性洋地黄素(EDLS)、抗心律失常肽(AAP)等。已知这些生物活性物质或有强大的抗凝、扩血管作用;或有强大的利尿、利钠作用;或者有良好的钙通道阻滞作用;或有多种功能兼而有之。因此若能深入研究内源性抗病物质的质与量变化,对于阐明血瘀证本质及活血化瘀治法的作用原理肯定有广阔的前途。当前国内常用诸如血液流变学、甲皱微循环等特异性、专一性不强的观测指标来研究血瘀证本质及活血化瘀药作用原理,总觉得不够理想,如能在血液流变学、微循环检测的基础上,配合一些包括内源性抗病物质在内的分子生物学指标,可使非特异、非专一性的指标特异化、专一化,以进一步提高临床和基础研究的质量和实用价值。

王阶(中国中医研究院西苑医院):血瘀证和活血化瘀的临床研究目前仍有以下几点不足。(1)临床辨证治疗在组方用药方面的不足。有两个方面比较突出,一是照搬古成方,缺乏变通;二是单凭动物实验研究的有关结果用药,形成单纯活血化瘀药堆积组方。这两种方法结果都使临床疗效降低。(2)对单味活血化瘀药的研究运用从现代医学、从药理作用的解释为多,从中医传统理论结合现代方法的认识仍嫌不足,致使临床仅凭药理作用用药,不辨证、不察病人整体情况,虚虚实实的弊端仍有发生。(3)对微观辨证的掌握及应用仍不足,如对血液的流动性、凝固性、有形成分及变形性等有关指标认识应用不够。(4)合病并病,证候参合,应用合方的研究不够深入。活血化瘀治疗并非单独用活血药组方。从古方来看,单纯用活血药配伍者并不多,补阳还五、血府逐瘀、桃仁承气、桃红四物等汤方都是合方,系据临床病人数个证候参合而制定的。目前对合方的临床应用仍嫌不足。

针对上述不足,今后研究方面似可从下述几方面加以改进。一是组方用药既要按中医辨证论治精神,又要结合现代有关研究进行。如冠心病心绞痛,据中医辨证可选栝蒌薤白半夏汤、失笑散、血府逐瘀汤等方;也可结合血液粘度升高或血小板聚集增加等指标加大丹参、川芎、赤芍等药用量;还可针对冠心病病理,动脉粥样硬化、管腔狭窄而加用活血化瘀类的降脂、消退粥样斑块的药物,如生山楂、红花、三七等。在临床治疗中,我喜用中医某一二成方加入现代研究阐明机理的几味单味特效药,这样可以使应用准确,亦能体现其客观化。二是合方应用应引起重视。在心血管病中,血瘀证或兼有血瘀证最多见,我在治疗中

多用合方。如急性心肌梗塞常用益气温血合抗心梗合剂,或黄芪人参生脉饮合冠心 II 号。舌苔厚腻者用祛痰活血、温胆汤合冠心 II 号;舌光如镜、苔花剥者常益气温阴活血并治;有心率缓慢或房室传导阻滞又常用温阳活血,同时兼有数证则数方相合。我在治疗冠心病心绞痛中,合方应用就更多了,有时一张方中常冠心 II 号、失笑散、栝蒌薤白半夏汤和柴胡疏肝汤合用,诸方合用,有时取其协同效应,有时取其相反相成。三是进一步开展活血化瘀药的微观辨证研究。血液流变学的各项指标及一部分心血管的检查指标可以作为用药的依据。如血液粘度升高,可首选丹参、赤药、红花;血小板聚集增加,首选川芎、三棱、赤药;血栓易于形成首选桃仁、水蛭、川芎嗪等。类似的选择还很多。另如丹参与川芎嗪在临床静脉点滴中的鉴别应用,也能体现微观辨证。丹参用于冠心病疗效佳而溶栓力则不足;川芎嗪长于溶栓,针对四肢、头部血瘀疗效好,但有增加心肌氧耗量流弊,这与传统认识中丹参、川芎的功用亦有吻合之处。

钱自奋(中国协和医科大学北京协和医院):笔者愿对当前活血化瘀研究提出如下意见。

一是应大力发掘、整理有效的活血化瘀方药。活血化瘀方药在祖国医学文献中占有很大比重,内容极其丰富。如清·沈金鳌所著《要药分剂》一书所载常用420种中药中,具有活血化瘀作用者有116味,占36.3%;清·汪昂《医方集解》共载方剂795首,其中不少方剂具有不同程度的活血化瘀作用。对这些方药应加以系统整理,为临床及实验研究提供原始材料,以扩大研究范围。当前这方面的研究工作似嫌不足。

二是正确处理临床疗效与实验研究的关系。中医是实践医学,活血化瘀法是从临床经验中总结出来的。它之所以能受到历代医家重视,就是因为它有显著的疗效。因此,我认为活血化瘀方药的疗效有无及其作用强弱应以临床效果为依据。因为目前任何实验室指标均不能完全反映活血化瘀的内容。

张会川(解放军262医院):近年来,活血化瘀临床研究的成绩是有目共睹的,且在不断地深入、广泛地发展。毋庸讳言,目前的研究中同时也存在着一些问题。

问题之一是滥用活血化瘀法。正如清朝唐容川所指出,不能只重视血证而忽略其他,不能什么病都用祛瘀法。辨证是前提,是核心,治则是根据辨证而制定的。所以无论在任何情况下,诊治每一个病人都不应离开“辨证”这一核心。诊断为血瘀证则当大胆使用活血化瘀药,如无血瘀证之依据,切忌滥用活血化瘀药。

问题之二是用活血化瘀药统治百病。有的人云“久病皆瘀”,有些慢性病存在血液循环障碍,用活血化瘀药后收到了较好的疗效;有的病人,病久表现气虚,有的表现血虚,用活血化瘀药就不能取效。所以我们不能离开辨证的前提。诚然近10多年来活血化瘀法的应用范围不断拓宽,治疗了很多疑难病证,如某些结缔组织病、血液病、免疫性疾病等,但决非百病均能统治。应很好掌握血瘀证的诊断依据,作到有是证用是药,不可盲从。

葛维良(中国中医研究院西苑医院):全国第三届活血化瘀研究学术会议,收到学术论文近500篇,其中临床研究论文近80%,内容丰富,涉及临床各个学科,反映了我国活血化瘀研究的盛况与成就。但是在谈到成绩时,我们也必须看到,这些进展还不是十分理想,距离应达到的水平还有相当大的差距,有待今后努力。临床研究存在的不足之处,其一是科研选题比较集中,重复工作过多,没有形成各地中医特色;科研设计缺少前瞻性设计,未能很好地控制影响因素,对照组设置不合理。其二是诊断标准不够明确,或未采用全国统一的诊断标准,影响结果的可比性;治疗分型太多,以致每型病例数过少,影响结果分析,缺乏代表性;观察指标针对疾病的多,而针对证候的特异指标少,或指标局限性比较大;未按统一的标准判断疗效,影响可比性。其三是统计学处理不合理,或差别大小过分依赖统计数字,缺乏正确分析种种影响差别的因素,常把多因素的影响结果看作单因素影响结果;结果缺乏验证,尤其是交叉验证,不能证明疗效的可靠性;缺乏中药的质量控制,使结果重复验证比较困难。另外,许多临床研究属于回顾性研究,对有关影响因素缺乏分析,可比性差。

今后活血化瘀临床研究首先应该注意发挥中医特色,突出各地中医特长与临床优势,不宜作过多的重复工作;临床研究的活血化瘀药、方剂应作系统的有计划的组织观察;临床研究选题应目标明确,尽量为前瞻性,有周密设计与正确的分析。其次加强血瘀证诊断研究,尤其是特异性诊断的新指标研究;临床研究的关键是有好的疗效,要提高疗效,并经得起重复与验证。要使疗效确切,需要设置必要的对照组,最好是已知药物的对照;要加强对血瘀证与血瘀兼证(气滞、气虚等)在临床表现、治疗上的特点的观察,以进一步提高临床疗效。另外,临床研究必须加强中药品种、质量、煎煮、加工等环节的控制。

活血化瘀法的应用十分广泛,应在大量临床实践基础上分析、对比,找出规律和适用范围。