

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.18.020

临证心得

常见内科病治疗中活血化瘀药的运用

李圣耀¹, 史大卓^{1*}, 冒慧敏², 曲 华²

(1. 中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091; 2. 北京中医药大学)

摘要 临床应用活血化瘀药首先应遵循传统中药药性理论, 结合病变脏腑气血阴阳的变化辨证选用活血化瘀药。其次, 辨病与辨证结合, 以中医理论认识疾病的病理生理改变, 旁参现代药理研究成果, 以提高活血化瘀药选用的针对性。从活血化瘀药使用的种类、剂量、时机、疗程和配伍等 5 个方面对运用活血化瘀药治疗常见内科病的经验进行总结。

关键词 活血化瘀; 内科病

瘀血是中医内科病中常见的病因和病理产物, 也是疾病进展与恶化的重要因素, 因此活血化瘀是内科病的一个主要治法。我们在运用活血化瘀方药治疗内科疾病方面积累了丰富的经验, 现介绍如下。

1 遵循传统药性, 辨证选用活血化瘀药

遵循传统药性理论是临证使用中药取效的前提, 活血化瘀中药的使用也不例外, 突出表现在对其四气及归经的区别遣用方面。

1.1 以四气为据选药

有些疾病治疗, 当以温通活血药为主, 如现代临床治疗冠心病常以活血化瘀为主或首选方法^[1]。因心主血脉, 血脉以和为顺, 为防寒遏血脉, 多用偏于温通的活血化瘀药, 如川芎、当归、红花、桂枝等, 使血脉调和、阳气宣通。对不稳定型心绞痛血脉瘀滞较重及有血瘀、痰浊蕴而化热酿毒征象者, 用药亦不能一味苦寒, 应于方中佐薤白、姜黄、桂枝等温通之品。再如治疗消化性溃疡, 选用活血化瘀药亦注重温通。因该病以脾胃阳虚为主, 血得温则行, 不可因局部热瘀而过用寒凉活血之品, 否则将损伤脾胃之阳, 寒遏血脉而致瘀结难解, 使病情缠绵难愈。临床常选用温性活血药如桂枝、川芎、当归等, 牡丹皮、生地黄等凉血活血药

一般不用, 即使应用, 亦配伍温通之品, 以防寒凝血脉。

有些疾病治疗当以凉血活血药为主, 如急性胆囊炎出现黄疸者, 应以清热利湿药为主, 辅以苦寒清热之品。在此基础上加用丹参、赤芍、郁金等凉血活血药, 一可佐助清热, 二含活血利水之意, 有助于黄疸的消退。再如肝硬化早期, 常用丹参、赤芍、泽兰等凉血活血药, 不选用辛温而燥的活血化瘀药, 以免动血耗血。其他如急性肾小球肾炎所致血尿、紫癜性肾炎的治疗, 均应以凉血活血药为主。

有些疾病治疗则需寒温活血药并用, 如慢性病毒性肝炎, 湿热毒邪潜伏于营血, 多伤阴耗气, 致瘀生痰, 治疗应活血散血解毒。用药如大黄、紫花地丁、丹参、金银花、败酱草、板蓝根等, 在此基础上适当配伍稍偏温散的活血药, 如红花、片姜黄、焦山楂等。病程日久, 临床常见到伤阳耗气、湿热毒寒化, 此时治疗当补气温阳化湿, 佐以清解营血热毒, 不可一味温阳化湿, 以免窃伤肝阴, 加重病情。此时, 活血药亦应寒温并用, 如红花、当归尾、苏木、赤芍、郁金等。再如病毒性心肌炎热毒潜伏血分、阴分, 易与血结, 难清难解, 可用凉血活血散血药和清热解毒药相合, 如赤芍、丹参、虎杖、地骨皮、金银花、紫花地丁、大青叶、板蓝根等。但因心主血脉, 用药不宜过于寒凉, 应于凉血活血药中稍佐温性活血药, 如红花、焦山楂、当归等, 寒温相济, 以利于血脉调和。

基金项目: 国家科技支撑计划(2013BA102B01); 国家中医药行业科研专项(201007001)

* 通讯作者: lsycardio@163.com

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1.2 以归经为据选药

不同的活血药归经各不相同,即作用于身体的趋向性不同,临证应区别应用。如病变部位在上者,选川芎、片姜黄;在下者,选川牛膝、苏木等。临床治疗高血压病肝阳上亢证,多选用引血归经、引血下行的活血化瘀药,如川牛膝、刘寄奴等。中医认为气血相互依存,血以载气,血脉复于调和,则上亢之阳易平易潜。

除了活血化瘀药本身的归经,亦可通过引经药配伍增强对疾病病位的针对性,王清任的五个逐瘀汤即是范例。各逐瘀汤中都用桃仁、红花、赤芍、川芎、当归等药,寒温并用、活血通脉。在此基础上,血府逐瘀汤中加柴胡、桔梗、枳壳引至胸,通窍活血汤加麝香、老葱引至脑窍,膈下逐瘀汤加香附、乌药引至膈下,少腹逐瘀汤加小茴香、肉桂引至少腹,身痛逐瘀汤加秦艽、羌活引至经络,以发挥针对病位的治疗作用。

2 辨病与辨证结合,提高活血化瘀药使用的针对性

运用中医理论认识疾病发生发展过程中的病理生理改变,在此基础上总结治疗规律,是提高临床疗效的一个重要方法。如病毒性心肌炎中心肌细胞的炎症、水肿及纤维结缔组织增生,雷诺综合征反复动脉痉挛及后期的动脉内膜增厚、管腔狭窄、血栓形成,肾脏疾病中肾小球弥漫性增生、纤维化改变,肾盂肾盏的炎性增生、斑痕狭窄、肾实质纤维增生等,皆和现代中医认识的血瘀有相似之处。临证应辨病与辨证相结合,旁参现代药理研究成果,以提高活血化瘀药使用的针对性。具体而言,涉及使用中药的种类、剂量、时机、疗程和配伍等方面。

2.1 种类的选择切合病情发展变化

有的疾病应使用破血逐瘀药,如肝硬化及肝硬化腹水。肝硬化之血瘀不同于一般血脉不利,其瘀血盘结、聚结日久,非破血通络法不能改善,故常用穿山甲、桃仁、当归、土鳖虫等活血通络散结。及至肝硬化腹水,重要的病理改变为“血不利则为水”,此时一般活血化瘀药亦难以奏效,若正气不虚,可选用虫类药物搜络散结,如穿山甲、土鳖虫等。在此基础上,辅以利水消肿。

而有的疾病活血化瘀药则不宜过猛过峻,以免耗气伤正。如消化性溃疡的治疗,一般不用三棱、莪术、土鳖虫、水蛭等破血之品,常选具有养血活血作用的丹参、当归、三七、鸡血藤等,且以小量为佳。即使在活动期瘀血症状较明显,须用大黄、

桃仁者,亦以用小量为宜。再如在紫癜性肾炎治疗也是如此,活血化瘀多以凉血和血散血为主,一般少用破血逐瘀药,以免动血散血,加重出血。

有的疾病,在其不同发展阶段,瘀血程度不同,药物选择也相应变通。如冠心病心绞痛病情轻者,可选用丹参、郁金、赤芍、红花等行血活血药物;病情重如疼痛剧烈、舌质紫暗、脉沉弦而涩者,可选用三棱、莪术等活血破血药物。

2.2 剂量的确定考虑疾病病理机制

中医认为不稳定型心绞痛是血脉瘀滞较重的征象,因此活血化瘀的强度不同于稳定型心绞痛患者,应加重活血化瘀药用量,甚至加用破血散瘀药,如土鳖虫、桃仁、水蛭等;中风病恢复期和后遗症期,活血化瘀药则不宜量大,因为此时血栓已经机化,重用活血化瘀药对已机化血栓难以起到通利血脉的效果,应在扶正基础上,适当加入活血化瘀之品,缓缓图之,以求正复血和、肢体功能恢复之效。

2.3 用药时机着眼疾病预后

临床许多疾病就诊时,尚未见到血瘀证候,但针对疾病的潜在病机,预防性地应用活血化瘀药,往往能未病防变,起到事半功倍的效果。如消化性溃疡病,因肝胆气机的疏通与否直接影响脾胃的功能,肝气不舒、肝气上逆均可导致脾胃气机阻滞而发生胃脘疼痛,所以临床治疗常用疏肝调脾法。而气血相因、血以载气,血脉条畅,肝气才易调达,即使没有血瘀之征,亦应佐以兼有疏肝作用且性味较平和的活血通络药为宜,如川芎、丹参、旋覆花、当归等,既不伤正,又气血双调,可望收到更好效果。

2.4 疗程的权衡关注长期受益

瘀血是难治内科病中常见的病理产物,是病情进展与恶化的关键因素,因此活血化瘀治疗常贯穿病程始终。在某些疾病临床治疗中无论阳虚还是阴虚,也不论运用疏肝泻火、健脾祛湿、补益肾气等哪一治法,均应伍用活血化瘀药如丹参、赤芍、牡丹皮、郁金、川芎等,对延缓病情进展和保护靶器官损害具有一定作用。如冠心病、病毒性心肌炎、萎缩性胃炎、慢性肝炎、慢性肾炎、糖尿病肾病、慢性肾功能衰竭、IgA 肾病等的治疗,活血化瘀应贯穿治疗始终。

与此相反,原发性肾小球肾病在病理上多属微小病变型,一般无凝血障碍,除非有血瘀症状,一般不应用活血化瘀药。滥用活血化瘀药,反而有

耗血伤阴之弊。

2.5 配伍的加减注重协同增效

活血化瘀药常与其他类药配伍使用,以达到初中病机、协同增效的目的。如治疗慢性稳定型心绞痛配伍益气药,黄芪常用至 30 g 以上,再加入参或西洋参 10 g 左右以大补元气。元气复,才可上充宗气、心气。若不用人参,可用甘温补肾药如淫羊藿、巴戟天、补骨脂等与补气药黄芪、党参相伍,以奏元气、宗气并补之效。在心脑血管血栓性疾病的发病过程中,存在“毒”邪致病或“瘀”“毒”联合致病的病因病机^[4],临床常将活血化瘀方药与清热解毒药如大黄、黄连、虎杖、金银花等配伍使用。治疗病态窦房结综合征,常与益气温阳药配伍。在温通心阳时,因阳虚多为气虚之渐,在补心气、宗气的基础上配伍甘温助阳药;此外,还多心肾并温,即使没有明显的肾阳虚症状,亦配伍温肾药,如淫羊藿、补骨脂、巴戟天等,以达肾阳升发、心阳宣通的目的。治疗慢性心功能不全时,

常与温阳利水药配伍。温阳药一般用桂枝,若无血脉寒凝、四肢逆冷或肾阳虚、阴寒内结者,不用附子;利水药多选用车前子、赤小豆、白茅根、茯苓、猪苓等,淡渗利水而不耗伤阴液。

综上所述,临床应用活血化瘀药首先应遵循传统中药药性理论,结合病变脏腑气血阴阳的变化辨证选用活血化瘀药。其次,辨病与辨证结合,以中医理论认识疾病的病理生理改变,旁参现代药理研究成果,从而提高活血化瘀药选用的针对性,由此可望切中病机,方证和方病对应,以利于提高疗效。

参考文献

- [1] 陈可冀,李连达,翁维良,等. 血瘀证与活血化瘀研究 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(1): 1-2.
- [2] 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): 934-938.

(收稿日期: 2015-02-26; 修回日期: 2015-06-08)

编辑: 侯建春

2015 国际中医药大会第一轮通知

为落实国家“一带一路”战略构想和规划,提升中医药国际影响力,推动中医药国际化进程,中国中医科学院将于 2015 年 11 月 7-8 日在北京会议中心举办“2015 国际中医药大会”。此次大会旨在为来自不同国家和地区的中医药专家提供广泛交流、沟通、成果转化的平台,共同分享中医学当前研究成果和经验,奠定进一步合作基础。大会将邀请来自美国、英国、加拿大、日本、澳大利亚等约 20 个国家及地区的世界知名大学、前沿性研究机构、国际组织的知名中医药研究和临床领域的(国)外专家,以及国内各高校、医院、研究机构的专家学者参会并演讲。此次会议主要活动为开幕式、主旨报告和四个分论坛。

会议主办单位: 中国中医科学院; 会议主题: 交流、合作、发展; 会议地点: 北京会议中心; 主要活动: 大会设主题报告、分论坛报告、壁报展示、论文集,并设立中医药成就展览; 会议语言: 中文和英文,设同声传译。

分论坛一 针灸。1. 针灸临床与基础; 2. 针灸效应机制; 3. 针灸器具; 4. 针灸医学史; 5. 针灸海外传播; 6. 针灸标准; 7. 针灸理论体系; 8. 针灸服务模式; 9. 针灸教育与培训。

分论坛二 中药。1. 中药资源与鉴定; 2. 中药质量与药理; 3. 中药新药开发与安全性; 4. 中药网络药理学; 5. 中药国际注册; 6. 中药标准; 7. 中药上市后再评价。

分论坛三 临床。1. 中医临床疗效评价方法; 2. 中医药防治重大疾病; 3. 中医传统方剂和中成药临床应用; 4. 中医临床实践指南与临床路径; 5. 辨证论治方法改进与能力提升; 6. 名老中医临床经验总结; 7. 中医健康服务业; 8. 中医“治未病”。

分论坛四 文化。1. 中医药文化内涵与价值; 2. 中医

药文化史; 3. 中医药典籍与文化传承; 4. 中医药非物质文化遗产与传统知识保护; 5. 中医药文物与文化; 6. 中医药文化传播与交流; 7. 中医药文化产业发展。

论文事项 应征论文必须数据可靠、内容详实、文责自负。投稿方式: 论文统一经大会官方网站在线提交。格式: 论文及摘要一律采用 Microsoft Word 文档格式。正文字数不超过 5000 字,中文或英文,并请提交 400 字以内的英文摘要。由“大会学术委员会”遴选论文,并编辑成大会论文集。优秀论文作者将颁发优秀论文证书、参会人员发放参会证书。会议论文将择优刊登在中国中医科学院主办杂志上。论文一经选入作为会议发言者,须在 2015 年 9 月 15 日前向大会提供演讲幻灯片(PPT),幻灯片原则上不超过 20 张,并制作中英文双语版本。

参会人员 相关政府领导、各国中医药、传统医药学术机构专家学者、各国际知名大学传统医药专家。

联系方式 注册报名、论文投稿、住宿预订请登录大会官方网站 <http://2015iccm.csp.escience.cn>。(1) 会务联系人: 中国中医科学院国际合作处蒋兆媛、张帆、张子隼,电话/传真: 010-64016387,邮箱: gjhzc_cacms@163.com。(2) 各分论坛联系人: 针灸分论坛: 中国中医科学院针灸研究所,联系人: 李宇清,电话: (86-10) 64089307,邮箱: kychzhen@163.com。中药分论坛: 中国中医科学院中药研究所,联系人: 乌鲁木齐,金莉,电话: (86-10) 64032658,传真: (86-10) 64013996,邮箱: zyssb@icmm.ac.cn。临床分论坛: 中国中医科学院临床基础医学研究所,联系人: 王跃溪,电话: (86-10) 64014411-3309,邮箱: wangyue_xi@126.com。文化分论坛: 中国中医科学院中国医史文献研究所,联系人: 宋歌,电话: (86-10) 84018307,邮箱: songge1979@126.com。