

· 临床经验 ·

活血化癥治杂病

郭 旸

【摘要】 血癥证临床见证极广,在内科杂病中亦较多运用,若辨治合宜可收桴鼓之效。本文从活血化癥治疗杂病的四则病案探讨血癥证病证规律,进而总结出学习经典、并不断从临床中归纳总结是不断提高血癥证诊治水平的方法。

【关键词】 活血化癥; 血癥证; 杂病

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.07.013

血癥既是病理产物,又是重要的致病因素,在疾病的发生发展过程中起到了重要的作用,历代医家著述立说,从张仲景的《伤寒论》《金匱要略》,到王清仁的《医林改错》^[1],再到唐容川的《血证论》,对血癥致病的研究逐渐深入与完善,现代医者亦不断从理论上挖掘、实践中补充,进一步充实血癥理论,指导着现代医者血癥证治的临床实践。

血癥证临床见证极广,无论内、外、妇、儿、皮肤、骨伤、五官,各科均有;五脏病中,无论心、肝、肺、脾、肾,各脏均见;其成因各不相同,有外因,如外伤、风、寒、湿、热;有内因,如气虚、气滞、情志、久病、误治等;其临床表现亦多种多样,有些有规律可循,如肿块、局部疼痛、出血、瘀斑、舌黯、脉涩等,有些却不甚典型,如口渴、呃逆、失眠、昏闷、小便不利等,这些可归于内科杂病中,诊疗时须从细节处仔细辨识,加以诊治^[2]。

笔者临证中认识到血癥证之常见,尤其是对于一些不甚典型的内科杂病,若辨证准确、药方合宜则可收桴鼓之效。以下仅就几个病例浅谈对血癥证的证治心得。

1 失眠

患者,女,50岁,近1月来因劳累且有烦心事而失眠,入睡困难,夜间数次醒来,醒后难以入睡,乏力,心情郁闷、急躁,面色黄白,颧部黄褐斑,舌淡胖齿痕苔薄白,质黯,舌下络瘀,脉沉涩。辨证:气滞血瘀,心神失养;治法:理气活血,养心安神;处方:生地黄 12 g、赤芍 12 g、当归 12 g、川芎 9 g、桃仁 9 g、红花 9 g、柴胡 10 g、川牛膝 10 g、枳壳 10 g、桔梗 7 g、生黄芪 30 g、女贞子 15 g、炒酸枣仁 15 g、生百合 15 g、炙甘草 8 g,7 剂。药后患者入睡时间缩短,从夜间醒 2~3 次到醒 0~1 次,醒后亦能入睡,乏力改善。原方加减治疗 3 周后睡眠基本正常,精神状态良好。

按 此患者由于情志郁结,出现情绪郁闷、急躁,夜寐不

安,查之存在面斑、舌瘀、脉涩等瘀血征象,考虑为气滞血瘀之证;患者兼有乏力、舌胖、脉沉等气血不足之象,考虑为久病致虚,为兼有气血不足,心神失养之证。

《医林改错》中血府逐瘀汤所治症目有:“昏闷—即小事不能开展,即是血瘀;急躁—平素和平,有病急躁,是血瘀;不眠—夜不能睡,用安神养血药治之不效者,此方若神;夜不安—夜不安者,将卧则起,坐未稳又欲睡,一夜无宁刻,重者满床乱滚,此血府血瘀。”^[3]此与患者的情绪郁闷、急躁,夜寐不安的症状非常接近,故治疗时以血府逐瘀汤理气活血化癥治其本,兼以黄芪、女贞子益气养血,补虚而助行血,辅以百合、酸枣仁养血安神以治其标,收效显著^[4]。

精神症状从瘀论治由来已久,从仲景抵当汤、桃核承气汤的其人如狂;到吴鞠通花蕊石散治疗产后败血上冲之歌舞谈笑、怒骂坐卧、踰墙上屋;再到王清任之血府逐瘀汤所治之昏闷、急躁、不眠、多梦、夜寐不安,此类症状均与瘀血阻滞气机、扰乱心神有关。见症后可细查瘀血征象,方证对应,进行治疗。

另外,诚如《医林改错》中所说,瘀血证所致失眠,常见卧起不安、频繁夜醒,其病症特点与心脾两虚之睡眠不实,心火旺之心烦、入睡困难有所不同,可兹鉴别;此外,临床见反复失眠患者,亦可诊为瘀血,取久病多瘀之意。

此患者为气滞血瘀兼有气血不足、心神失养,治疗中应注意主次,应以理气活血为主,补虚为辅。补气而不生热,养血而不滋腻,以防化热生痰,增生变证;又不可因有热像任用寒凉,以免寒凝血瘀,郁结不化。

2 夜间口干

患者,女,70岁,骨科手术后1月以来自觉夜间口干舌燥,需数次以水润之,饮食如常,二便正常,舌黯红苔薄白,脉弦涩,舌下络瘀。辨证:血瘀气滞,津液失运;治法:活血理气,生津止渴;处方:生地黄 12 g、赤芍 12 g、当归 12 g、川芎 9 g、桃仁 9 g、红花 9 g、川牛膝 10 g、柴胡 10 g、枳壳 10 g、桔梗 7 g、石斛 12 g、百合 12 g、生甘草 7 g,7 剂。药后患者夜间口渴明显好转,舌下脉络瘀血减轻,原方加减治疗 2 周后症

作者单位: 100049 北京航天中心医院中医科

作者简介: 郭旸(1980-),女,硕士,主治医师。研究方向:中西医结合治疗肾脏病。E-mail:guoriyi@sina.com

状消失。

按 老年人夜间口干舌干燥者多见,中医多诉诸于肝肾亏虚,此例老年患者夜间口干症状于手术后出现,考虑与术后活动受限,气血凝滞,阻碍津液输布有关。患者口干,需数次以水润之而不欲下咽,舌有津液,二便调和,为瘀血在内、津不上承之象,而非津液亏虚的表现,正如《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病篇》所云,“病人胸满,唇痿舌青,口燥,但欲漱水不欲咽……,为有瘀血”^[5];又如《血证论》中所述:“瘀血发渴者,以津液之生,其根出于肾水。水与血,交会转运,皆在胞中。胞中有瘀血,则气为血阻,不得上升,水津因不能随气上布,但去下焦之瘀,则水津上布,而渴自止。小柴胡加牡丹皮、桃仁治之,血府逐瘀汤,亦治之。”^[6]瘀血属阴,其症多昼轻夜重,故口干夜甚;观患者舌脉情况,亦支持瘀血诊断,故予血府逐瘀汤加减化瘀利气,改善水津之疏布,桃红四物汤活血以除瘀血之本,四逆散协调气机升降,恢复其运化之功,活血理气并用,瘀血祛除,气机得畅,津液布散正常,再辅以石斛、百合清热养阴以防活血伤及津液,故口渴可解。

3 肝功能异常,肾功能异常

患者,男,38岁,痛风性肾病,慢性肾功能不全,既往出现多次肝功能异常,谷丙转氨酶 50~100 IU/L,服用保肝药物可缓解,乙肝两对半:阴性。此次体检再次发现肝功能异常,服用水飞蓟宾葡甲胺片、复方甘草酸苷片 1 月,见效不明显遂来就诊。生化:谷丙转氨酶 78 IU/L,谷草转氨酶 70 IU/L,谷氨酰转氨酶 124 IU/L,肌酐 110 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮 8.5 mmol/L,尿酸 450 $\mu\text{mol/L}$ 。无明显肝区不适,舌淡红两侧有瘀斑,舌下络稍瘀,苔薄白,脉弦,纳可,便调。处方:柴胡 9 g、白芍 12 g、丹参 12 g、郁金 12 g、金钱草 15 g、垂盆草 15 g、黄芩 10 g、茵陈 15 g、炒栀子 9 g、酒大黄 9 g。

患者肝肾功能不全,痛风,转氨酶升高,临床多从肝经湿热、热毒论治,辨证有瘀象,考虑热毒血瘀互结,影响肝之疏泄,肾之排泄所致,故予疏肝清热,解毒活血治之,经治 1 月复查,谷丙转氨酶 62 IU/L,谷草转氨酶 58 IU/L,谷氨酰转氨酶 100 IU/L,肌酐 95 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮 7.5 mmol/L,尿酸 430 $\mu\text{mol/L}$ 。见效而不显,查舌质仍有瘀斑,脉有沉涩之象,考虑患者久病,经治疗热毒已轻,而瘀血较重,而上方以清热解毒利湿为主,活血为辅,血得寒则凝,药性过于寒凉则不利于活血化瘀,此方遂加重活血之力,去过寒之药,并用升麻甘草汤以清热解毒降酶,处方:柴胡 9 g、白芍 12 g、丹参 12 g、桃仁 10 g、红花 10 g、升麻 30 g、生甘草 10 g、金钱草 15 g、垂盆草 15 g、法半夏 10 g、陈皮 10 g、酒大黄 9 g,改方后服用 1 月复查,谷丙转氨酶 22 IU/L,谷草转氨酶 18 IU/L,谷氨酰转氨酶 85 IU/L,肌酐 87 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮 6.8 mmol/L,尿酸 410 $\mu\text{mol/L}$ 。疗效满意,继服一月巩固,各项指标恢复正常。

按 本病辨证属久病顽症从瘀论治,结合瘀血体征,瘀血辨证可以确立。在临床中,瘀血常与他证并见,如合并气、血、阴虚,或与热、毒、寒、痰、湿等邪气并存。因此在治疗时

应兼顾治之,与虚证并见时要注意祛瘀不伤正,慎用破血之品;与热毒相兼要注意清热不寒闭,不宜过于寒凉;与痰湿相兼应预防利湿太过伤及阴血;与寒邪相兼也应防止过于温热耗伤阴血,反致瘀血加重。总之,活血祛瘀解除引起瘀血的原因外,保持血液的充盛,寒温的得当,气机运行的正常,才能使瘀血化而不生,保持良好的血行状态。

4 尿路刺激征

患者,女,50岁,因小便滴沥刺痛就诊于泌尿外科,查尿常规:白细胞满视野,予抗生素及清热解毒中成药治疗后尿常规恢复正常,但膀胱刺激症状反复不愈,患者仍自觉尿热、尿频,伴小腹坠痛,憋尿后仍有尿痛,多饮水后排尿症状缓解,遂来求诊。刻下:患者心情急躁,小腹坠胀,尿热,大便干结,舌质黯红,苔薄白,脉弦涩。处方:柴胡 9 g、黄芩 9 g、法半夏 9 g、车前草 20 g、桃仁 12 g、大黄 9 g、桂枝 6 g、芒硝 6 g、生甘草 6 g,7 剂。药后患者自诉大便色黑量多,小腹坠胀,尿热、尿频,心烦均缓解,继服 7 剂,其症若失。

按 《伤寒论》第 106 条指出:“太阳病不解,热结膀胱,其人如狂,血自下,下者愈……外解已,但少腹急结者,乃可攻之,宜桃核承气汤。”^[7]患者泌尿系感染后期,表邪未解,随经入腑化热,瘀热互结,而成蓄血证。瘀与热互结于下焦,阻滞气机,故尿热、小腹坠胀疼痛;瘀热影响膀胱气化故尿频;瘀热上扰心神,故心神不宁,心情急躁;瘀热内结,耗伤津液,故大便干结;舌黯红、脉弦涩亦为瘀热互结之象。此例患者起病于太阳膀胱经热证,曾用清热解毒治之,然而一味清热,忽略膀胱气化,故瘀血内生,与余热互结,疾病反复不愈。故治予桃核承气汤破瘀泻热,方中桃仁活血破瘀,大黄破瘀泻热,桂枝通行血脉,并防寒凝之弊,芒硝泻热软坚,甘草清热解毒、调和诸药;少腹二阴为肝经走行之处,故合小柴胡汤引药于肝经,共解下焦之瘀热。药后患者大便得“微利”,瘀血得下,热邪自除,膀胱气化得复,其症自解。

5 讨论

提高对血瘀证的诊治水平,学习及掌握经典可算是一条捷径,在方证对应理论指导下,血瘀病证常可应手而愈。除此之外,临证时亦可遵从血瘀证一般诊治规律,如四诊特点及久病顽症多瘀等原则进行诊治。我们可以通过深入学习血瘀理论,用以指导临床实践,并从实践中不断印证理论,不断归纳、总结出血瘀证的病证规律,加深和完善对血瘀证的认识,从而丰富血瘀证的理论内涵,最终提高自身临床辨证论治水平。在治疗血瘀证时应注意:(1)明确瘀血形成的原因:或为寒,或为热,或为气血虚,或为气滞、痰阻,或为外伤、出血,在活血同时对因治疗,酌情选用温阳散寒,清热养阴,益气、行气、止血等法;(2)掌握血瘀证致病特点:瘀血属阴邪,易阻滞气机,故用药配合理气升阳之品,常可起到助气运血的作用,血瘀可致水停,久病可致虚,亦可聚而成积,血瘀还常与郁热之邪交互为患而成变证,治疗时应细察病机,辅以利水、补虚、消癥、散热等治疗;(3)辨识瘀血所在部位:瘀

血部位不同,所用方药亦有不同,如王清任之五逐瘀汤,仲景之抵当汤、下瘀血汤、桃核承气汤、大黄牡丹汤所治瘀血部位比较明确,或可以引经药引药入病位,如上之荆芥、桔梗,中之柴胡、枳壳,下之牛膝等;(4)分析瘀血轻重程度:血瘀证轻者可养血和血,中者活血化瘀,重者破血消癥;(5)衡量患者受药能力:运用活血药物,尤其是药力较强的破血药,应因人制宜,瘀血重、年轻体强可耐药者可以足量、汤剂以求速效,而年老体质弱者即便瘀血重也只需小量、丸剂缓缓图之,并辅以补益之剂以扶助正气,助药行血,不可滥用攻伐,免犯虚虚实实之戒。

参 考 文 献

[1] 赵进喜,张昱,赵志付,等.《医林改错》倡导存疑疗真精神,逐瘀妙方,开创活备化瘀法门[J]. 环球中医药,2016,9(10):

1225-1229.

- [2] 吴朦,胡镜清. 舌下络脉诊及其在血瘀辨证中的应用研究[J]. 环球中医药,2015,8(6):646-649.
- [3] 郭霞珍.《医林改错》白话解[M]. 北京:人民军医出版社,2007.1:60-61.
- [4] 王海娟,刘小菊,高杰,等. 王任及其五逐瘀汤刍议[J]. 环球中医药,2016,9(7):848-850.
- [5] 张琦. 金匱要略讲义[M]. 上海:上海科学技术出版社,2008.7:214.
- [6] 唐荣川. 血证论[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011:99.
- [7] 范恒,沈霖. 伤寒论讲义[M]. 北京:中国医药科技出版社,2010:57.

(收稿日期:2016-07-12)

(本文编辑:董历华)