

血瘀证的研究发展脉络与评述

吴承玉 (南京中医药大学基础医学院, 江苏 南京 210029)

摘要: 主要从 4 个方面论述了血瘀证 50 年来研究进展。理论研究, 着重从古今文献论述血瘀证定义和含义; 客观研究, 着重对生理、生化、血液流变学、免疫学、病理学和微循环等方面对血瘀证进行研究; 血瘀证的动物模型研究, 主要对血瘀证动物模型的建立与造模方法和途径进行研究; 诊断标准研究, 包括诊断标准、诊断指标的研究。并对上述内容进行了评述, 并提出了展望。

关键词: 血瘀证; 理论研究; 客观研究; 诊断标准

中图分类号: R 241.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-5005(2004) 03-0133-04

凡离经之血不能及时排出和消散, 停留于体内, 或血行不畅, 壅遏于经脉, 或淤积于脏腑组织器官, 均称为瘀血。由瘀血内阻而引起的病变, 即为血瘀证, 或称瘀血证。血瘀证是中医病性辨证中的一个重要而常见的证型, 早在马王堆帛书《五十二病方》中已有胸痛、心痛等有关血瘀证的记载。《内经》中有恶血、留血、血凝泣、血脉凝泣等多种血瘀证名称及其病机描述。东汉张仲景立“瘀血”病名, 在《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病证治》中有专篇论述。隋唐时代《诸病源候论》《千金方》及《外台秘要》认为许多疾病的病机在于瘀血阻滞, 并增列了不少活血化瘀方剂。金元四大家也重视血瘀病机。朱丹溪提出较血瘀为轻的血郁证的证治。清代叶天士更进一步创通络学说; 王清任在《医林改错》中强调治病要诀在于明气血, 创活血为主的方剂 33 首; 唐容川《血证论》对气与血、气滞与血瘀、瘀血与新血、祛瘀与止血的关系论述精辟, 见解独到。20 世纪以来, 尤以近 50 年中, 血瘀证的研究取得了显著成就。

1 血瘀证的理论研究

20 世纪初, 张锡纯善用活血化瘀, 屡起沉疴。他在《医学衷中参西录》中记载了不少有关血瘀证的验案。新中国建立后, 活血化瘀治则及其临床实践的不断深入, 也促进了理论研究的进一步发展。1982 年, 秦万章、李明富、秦茂林、张之文等发表了有关血瘀证及活血化瘀的文章, 阐述了血

瘀证几个方面问题: ①祖国医学中“瘀血”的含义为停积的血、污败的血、离开血液循环的血。②“瘀”、“瘀血”、“血瘀”的概念不同, “瘀”的范围最广, “血瘀”其次, “瘀血”较窄。③血瘀证可分为两大类, 即血管内血瘀证与血管外血瘀证, 前者的原因分心脏性、血管性、血液性 3 种, 后者是因为血管壁器质性或生理性变化引起, 两种血瘀在一定条件下可以相互转化共存。④瘀血形成的原因有气机阻滞、寒邪凝滞、热邪壅滞、损伤堕坠、久病、出血以后、情绪和生活失宜等方面。⑤血瘀所致的病证归纳有疼痛、出血、发热或寒热交作、咳喘、症瘕积聚、精神症状、癰肿、经闭经痛或不孕、肢体废用、心悸怔忡、烦渴、唇舌、鼻、指爪和皮肤改变、大小便、脉象异常等方面。对温病血瘀的临床表现归纳有: 发热夜甚, 意识障碍, 斑疹紫黑, 固定性疼痛, 舌色紫暗, 牙齿结瓣, 大便色黑, 肢厥甲青, 血液妄行, 脉象芤或涩。⑥中西医对血瘀证认识的不同方面的论述。1999 年, 陈可冀、史载祥著《实用血瘀证学》, 使血瘀证成为一门独立的学科, 系统总结血瘀证及活血化瘀中西医结合基础及临床研究成果。该书总论部分从血瘀证的病因病理、诊断辨证、基础研究、药物、针灸等方面进行了论述; 各论部分筛选出以血瘀证为主导病理改变、用活血化瘀治疗有较好疗效的各系统疾病 80 余种。随着研究的深入, 有些学者对“瘀和瘀”, “瘀和水”之间的相互关系也进行了探讨。如董汉

收稿日期: 2003-10-28; 修稿日期: 2004-03-20

作者简介: 吴承玉(1950—), 女, 江苏海门人, 南京中医药大学教授, 博士生导师。

良^[1]指出:瘀瘀之间互相联系,可以相互转化,共同消长。张斯特^[2]等认为:瘀水之所以互患,关键在于两者皆要阻滞气机的流畅,由气机的障碍而相互影响,产生互患。周端^[3]等在“瘀可致水”理论的研究中指出:“瘀可致水”理论源于《内经》,发展于《金匱要略》和《血证论》,并通过临床证实不少水肿病确有瘀血存在。瘀血是引起水肿的一个重要原因,“瘀可致水”理论是对传统中医理论中水肿病机的一个补充。

2 血瘀证的客观化研究

血瘀证的客观化研究主要从血液生化学、血流动力学、血液流变学、免疫功能、病理形态、微循环等方面进行探索。1981 年苏州医学院生化教研组^[4]对 25 例正常人和 18 例血瘀证患者的纤溶活性、纤维蛋白原含量、复钙时间进行对比观测,结果显示血瘀证患者血浆纤溶酶活性远较健康人组为低,纤维蛋白原含量高于健康人组,而血浆复钙时间显著缩短。“七五”期间,国家攻关项目“对血瘀证的证候特异性,证候引起的机体内部形态、生理功能的变化及证候发生的机制研究”,通过血小板功能改变与血瘀证辨证关系揭示了血瘀证的部分实质性内容。1991 年,须惠仁^[5]等用电刺激或夹尾刺激引发大鼠打斗而怒伤肝致血瘀,结果发现血瘀动物血小板聚集率极其明显升高,其扩大型血小板的含量要比对照组多 58%,全血比黏度明显高于对照组,血浆比黏度极其明显地高于对照组,复钙时间明显延长,血浆蛋白含量升高,血沉加快,而红细胞比容则明显减少。温泽淮^[6]在 1992 年报导,对 20 例血瘀证患者,20 例非血瘀证患者,17 例健康人进行检测 RBC-C3b 受体花环率,血瘀证患者高于非血瘀证患者及健康组 ($P < 0.01$),非血瘀证组低于正常组 ($P < 0.01$)。王殿俊^[7]也于同年报道,热毒血瘀证家兔肺泡壁毛细血管扩张瘀血,部分肺泡腔呈现弥漫性、局灶性出血、水肿;心肌纤维变性、坏死,中小静脉细胞聚集;肾小管上皮细胞浊肿,肾小球毛细血管变性、坏死,血栓形成;肝细胞浊肿、变性,肝窦瘀血;脑实质少数神经细胞核深染、固缩变性、坏死;肾上腺有出血、瘀血;胃黏膜瘀血、水肿、坏死。1995 年,蔡辉^[8]等对 150 例血瘀证组和 336 例非血瘀证组患者,采用 WX-753 型微循环显微镜进行了细胞聚集状况的对比检查,发现血瘀组红细胞聚集的发生率及程度均高于非血瘀证组 ($P <$

0.05),同时亦发现血瘀实证组和血瘀本虚标实证组红细胞聚集状况无显著性差异 ($P > 0.05$)。血瘀证可以出现于很多种疾病,其病理变化也是多方面的,1995 年北京医院吕秉仁归纳血瘀证的病理变化包括:①血液循环障碍,特别是静脉血和微循环障碍造成的缺血、瘀血、出血、血栓、水肿等变化;②炎症所致的组织渗出、变性、坏死、萎缩、增生病理变化;③代谢障碍引起的组织病理变化;④组织异常增生或细胞分化不良等。

3 血瘀证的动物模型研究

血瘀证动物模型的建立,既可作为血瘀证病理生理的研究对象,又可用于多种疾病“异病同治”的研究,还可用于筛选和研究有效的活血化瘀方药。早在 1974 年,山西医学院^[9]通过在家兔腹腔放置自身心脏血凝块的方法,建立了离经之血致血瘀模型。1975 年,上海第一医学院病理生理教研室用高分子右旋糖酐静脉注射导致微循环障碍的方法,建立了离经之血致血瘀模型。1982 年,北京西苑医院用冰水刺激大鼠,诱发心肌小血管内血小板凝集,建立寒凝血瘀模型。1984 年,上海科技大学采用重物击伤大鼠导致骨折,建立动物骨折愈合血瘀模型。1985 年,李麟仙^[10]给家兔静脉注射大肠杆菌内毒素造成感染,体温上升,建立动物热毒血瘀模型。1991 年,卢振初^[11]于家兔双耳皮下插入针灸针,断续波电脉冲刺激造成疼痛,建立气滞血瘀模型。1997 年,庞树玲等^[12]将老年大鼠用饥饿加疲劳加寒凉刺激的方法,建立气虚血瘀模型。血瘀证造模具体途径有:①全身性血液循环改变;②腹腔放置血凝块;③血栓形成;④局部血液循环障碍;⑤高脂性疾病;⑥骨折及外伤;⑦心脏移植;⑧衰老;⑨胎儿宫内发育迟缓;⑩辐射骨髓损伤;⑪心肌缺血;⑫脑血管疾病;⑬肺脏疾病;⑭肾脏疾病;⑮肾血管性高血压;⑯肠粘连;⑰肝硬化;⑱盆腔静脉系瘀血;⑲病证结合(如实体淋巴瘤)。以上方法可概括为根据中医病因造模、血液流变学改变和微循环障碍造模、局部血流动力学障碍造模。各种血瘀证造模方法,都能使离经之血不能及时消散而瘀于某处,或使血液运行受阻,瘀积于经脉或器官之内。

4 血瘀证的诊断标准研究

根据中医“辨证”、西医“辨病”,并结合实验室客观指标,国内外先后制定了血瘀证的各种诊断标准。1982 年,中国中西医结合研究会第一次全

国活血化瘀学术会议,首次制定了《血瘀证诊断试行标准》,①主要依据:包括舌象、脉象、疼痛、肿块、血管、出血等异常。②其他依据:包括皮肤、月经、肢体、精神、记忆力、腹水等异常,以及微循环、血液流变学、血流动力学、血小板凝集性、脑血管造影或CT、超微结构改变等实验室依据。③虽无上述依据,但结合病史及原发病与血瘀有关者可予以考虑。④某些疾病经活血化瘀治疗有效者,也可考虑血瘀证。该标准指出只要具有主要依据2条,可以诊断为血瘀证;其他依据有1条以上,并有实验室依据证实,可以诊断为血瘀证。1986年,第二届全国活血化瘀研究学术会议在广州制定了《血瘀证诊断标准》,对血瘀证的研究起到了规范作用。它在1982年诊断标准基础上有所完善:①在主要依据中增加了舌下静脉曲张、血性腹水、月经、面唇齿龈及眼周异常等项目。②将腠膜征阳性列入其他依据。③在实验室依据中增加了血液凝固性增高或纤溶活性降低、病理切片示有瘀血表现等项目。④判断标准为:主要依据1项加实验室依据2项或其他依据2项,亦可具有其他依据2项以上加实验室依据1项。⑤可据中医理论及其他有关标准进行兼证诊断。同年,日本小川新提出了《国际瘀血诊断标准试行方案》。内容有:①必备项目,即瘀血的腹证。②一般项目,包括皮肤、舌、固定性疼痛、病理性肿块、血管异常、出血倾向、月经紊乱或排尿异常、植物神经失调、精神异常、口干及手足烦热等方面的表现。③实验室检查,即微循环障碍、血液流变性异常、血小板凝集性增高、血液黏度增加、脑及心血管造影或CT异常、心肌闪烁扫描示血管栓塞、骨盆腰椎X线异常。具有以上任何一项可诊断为血瘀证;各科血瘀证诊断标准另行制定;有关兼证应注意整体辨证。1987年,日本寺泽氏采用多变量分析法,对血瘀证患者的自觉症状和体征进行重回归分析、主要成分分析及判别回归分析,认为自觉症状对血瘀诊断帮助不大,诊断血瘀证重要体征方面在男女间也略有区别。并提出瘀血证的评分标准来判断有无瘀血及瘀血的程度。它的项目有:眼圈着色,颜面黑色,肌肤甲错,口唇暗红,齿龈暗红,舌质紫暗,细络,皮下出血,手掌红斑,左脐旁压痛抵抗感,右脐旁压痛抵抗感,正中脐压痛抵抗感,回盲部压痛抵抗感,季肋部压痛抵抗感,痔疾患,月经障碍。综合判断结果以20分以下为

非瘀血证,21分以上为瘀血证,40分以上为重度瘀血证。其后通过对全血黏度、血栓弹力图及血小板聚集性等血液学的研究结果,证明20分划分线是合理的。该诊断标准方法简单,易于掌握,但过分重视腹证的诊断。1988年《中国中西医结合杂志》刊登王阶等的文章,提出了血瘀证诊断的记分标准,它采用了电子计算机和多元线性逐步回归方法,对202例血瘀证临床症状、体征和血液流变学指标作了定量分析。结果表明,症状体征中的舌质紫暗出现率最大,依次为少腹部抵抗压痛、皮下瘀血、脉涩、病理性肿块、黑便等。血液流变学检查中以全血黏度、体外血栓形成、血小板聚集、血栓弹力图等对血瘀诊断的出现率大。对以上临床表现逐一评分,提出了血瘀证记分标准。诊断标准以19分以下为非血瘀证,20~49分为轻度瘀血证,50分以上为重度瘀血证。该标准与1987年日本寺泽氏瘀血诊断标准相比,具有下列特色:①项目增加,日本标准17项,该标准31项。②症状、体征和理化检查指标同时纳入诊断标准。与1986年诊断标准相比,它的特色是:①经过电子计算机和多因素统计处理,症状体征和理化检查都以定量形式出现。②血液流变学指标得以具体化。③对诊断标准亦从量上作了补充,较原标准为细。④原标准只有血瘀和非血瘀的区别,本标准通过得分累计,可明确诊断有否及轻重程度。同年,在北京血瘀证研究国际会议上制定了《血瘀证诊断参考标准》,它将舌象、脉象、疼痛感、瘀血腹证、症积、离经之血、皮肤黏膜及脉络异常、痛经及经血色黑有血块或闭经、肌肤甲错、偏瘫麻木、瘀血狂躁、理化检查具有血液循环瘀滞表现等项目作为诊断依据。

5 评述与展望

近50年来,血瘀证的研究逐步深入,尤其是对血瘀证客观化研究有着重要的意义:它有助于阐明血瘀证的本质;阐述活血化瘀药物的作用原理;血瘀证理化指标还可以作为血瘀证诊断的一类参考依据,以协助指导临床用药,甚至避免无证可辨的尴尬局面。这些研究已成为中西医结合研究最有活力、最见成效、最受国内外关注的领域之一。

但同时也存在一些问题。血瘀证的概念和范围不应无限制地扩展,应紧扣血液、血管,最终以血液的瘀变为前提,否则血瘀证将和其他证候混

同;血瘀证外延的扩大,涉及到其它的病和证,因而血瘀证应结合病及兼证作细致分型归类,其治法亦应改变。血瘀证范畴的划分应该是:符合血瘀证的概念、病理变化而表现出来的相应证候,即属血瘀范畴,而治疗上则应是以活血化瘀药物为主。

血瘀证客观化研究并不能反映血瘀证的实质,血液理化指标只能表明血瘀证的某些信息。目前血瘀证动物模型的建立受多种因素的影响,尤其是动物与人的差异,各种证候模型都没涉及到天地、气候、时空、体质、心理等因素。造模主要依据原型概念和其特殊规律模型不是原型的简单放大与缩小,不同血瘀模型其血瘀表现及病理本质有明显差别,模型不同于原形,缺陷与不足是必然的。

中医理论中的病因与证候间也并非线性关系,以致对证候的评价“像与不像”一直有歧义。评定模型的客观指标体系不尽人意,难以推广于临床,实验要求客观评定指标具特异性,但中医辨证以综合评定、因时而异为特点,加之人与动物食性、习性的不同,以致中医动物模型的研究成果多束之高阁。

血瘀证各种诊断标准,其指标并不全面,存在病、证分离的现象。与日本“血瘀证”的研究比较,我国活血化瘀基础理论处于领先地位,但基础研究存在差距,研究工作的深度不够,多学科协同研究不足。

我们应不断摸索、思考,拓宽思路,从更多方面对血瘀证进行研究。首先应深入研究文献,结合临床,尽可能保留血瘀证的中医特色,遵循中医

自身特点对血瘀证的概念进行界定,明确内涵与外延;对血瘀证的基本特征统一规范与量化,达到辨证推理过程的科学化。其次依靠现代科技手段,进行多层次、跨学科深入开展血瘀证实质的研究。再次应加强血瘀病、证结合研究,以指导临床用药,同时加强活血化瘀方药的研究,以推动血瘀证基础和临床方面研究的发展。

参考文献:

- [1] 董汉良.试谈瘀痰相关[J].中医杂志,1980,21(9):7.
- [2] 张斯特,张斯杰.试探瘀水互惠的必然性[J].河南中医,1981,(4):16.
- [3] 周端,吴圣农,马贵同.“瘀可致水”理论的研究[J].中国医药学报,1989,4(1):8.
- [4] 苏州医学院生化教研组.瘀血症者血浆复钙时间、纤维蛋白原含量、纤维活性及cAMP等变化的初步观察[J].中医杂志,1981,22(1):45.
- [5] 须惠仁,傅湘琦,向丽华,等.肝郁证的动物实验研究——激怒刺激对大白鼠血液流变学的影响[J].中医杂志,1991,32(6):44.
- [6] 温泽淮,赖世隆,陈云波.血瘀证患者红细胞免疫功能改变的初步探讨[J].中国中西医结合杂志,1992,12(3):157.
- [7] 王殿俊,刘小浩,金辉,等.热毒血瘀证动物模型的研制[J].南京中医学院学报,1992,8(1):18.
- [8] 蔡辉,宁静,吴利群,等.血瘀证患者甲皱微循环检测的研究[J].中国医药学报,1995,10(3):30.
- [9] 山西医学院中西医结合治疗宫外孕研究室.中药宫外孕Ⅱ号方对家兔腹腔内自身凝块分解吸收作用的病理形态观察[J].山西医药杂志,1974,(12):61.
- [10] 李麟仙.活血化瘀药物研究中动物模型的概况[J].中西医结合杂志,1985,5(4):255.
- [11] 卢振初,周淑英,罗宇慧,等.疼痛所致免“血瘀证”模型研究[J].南京中医学院学报,1991,7(3):149.
- [12] 庞树玲,高金亮.中年大鼠气虚血瘀证的模拟及其机制探讨[J].天津中医学院学报,1997,16(3):28.

On Development of Researches on Hood Stasis

WU Cheng yu

(Basic Medical College of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu Province, 210029, China)

ABSTRACT: This paper deals with the development of researches on blood stasis in four aspects. The theoretical research focuses on the definitions and implications of blood stasis in ancient and modern medical literature; the objective research deals with physiology, biochemistry, blood rheology, immunology, pathology and microcirculation concerning blood stasis; the researches of diagnosis standards include researches on the standards and indexes of diagnosis. The author also present a general comment and prospect of the problem discussed.

KEY WORDS: blood stasis; theoretical research; objective research; diagnosis standard