

研究表明,活血化瘀法的药理作用是多方面的。主要有以下几方面。(1)对心脏血管方面:主要扩张冠状动脉,扩张脑血管、肾血管及外周血管,增加其血流量。增加毛细血管通透性,改善微循环。加强心肌收缩力,但不增快心率。具有双向性血压调节作用。(2)对血液影响:主要改善血液的理化性质,使患者血液、血浆粘稠度下降,红细胞电泳时间缩短,使异常的血液流变学指标恢复正常。抑制血小板聚集能力,增加人体纤维蛋白溶解酶系统活性。引起抗凝血作用。降低血浆中胆固醇,防止动脉硬化的形成和发展。(3)对骨髓方面:具有解除骨髓巨核细胞的病理损伤和促进其增殖、合成和成熟。促进骨髓基质功能、改善骨髓造血微环境,促进造血。(4)抑制结缔组织增生和抑制肿瘤的生长,使肝硬化患者肝内增生的结缔组织大量消失,保护肝细胞,促进其再生,恢复肝功能。可软化吸收矽肺纤维性病变,抑制肿瘤细胞的核酸代谢及抑制癌细胞呼吸和醣酵解。(5)提高机体反应性,增强免疫功能。表现为镇静、镇痛及抗细胞缺氧作用。抑制血清抗体形成,抗变态反应渗出,促进 DNA 的合成,提高 cAMP 及 cGMP 的浓度。对体内微量元素的代谢、对消化、呼吸、心血管、内分泌等系统功能,产生广泛的影响。(6)抗菌、抗病毒作用。减轻炎症反应和渗出,促进炎症吸收。(7)调节内分泌。主要兴奋子宫,促进卵泡成熟和排卵作用。

## 二、活血化瘀法的临床应用

笔者认为,凡有血瘀证存在时,或结合病史,原发病与瘀血有关者,均可应用活血化瘀法治疗。对一些难于治疗或难于诊断的“怪病”,按中医“久病必瘀”,“怪病多瘀”原则,可以试用活血化瘀法治疗。对慢性病患者,出现血红蛋白升高,血小板增多,凝血时间缩短等血液高凝状态存在时,应及时应用活血化瘀法治疗。血液浓度、粘度增加,红细胞表面电荷减少,聚集力增加,纤维蛋白原增高,红细胞变形能力降低时,可作为血瘀证的客观指标。

血瘀证确定后,必须辨别患者寒热、虚实、阴阳、表里,以及瘀血部位、轻重,始决定治疗法则与用药。活血化瘀法是一个治疗总则。其方法较多。常用有补血化瘀法,止血化瘀法,行气化瘀法,益气化瘀法,温寒化瘀法,清热化瘀法,消肿化瘀法,软坚化瘀法,利水化瘀法,祛风化瘀法等方法。

辨证施治,灵活变通是其治疗的原则。在治疗过程中,要注意病情变化,药物剂量不宜太大,时间不宜过久。对孕妇、血虚严重者禁用。对肿瘤治疗,驱邪(杀癌细胞)的优势主要在西医药,扶正的优势则在中西医药结合。要分清优势,看到活血化瘀不足方面,它并不是包医百病的良方,只有中西医结合,才能更好地发挥活血化瘀法在临床上的更大作用。

# 活血药寒热温凉特点初探

武汉军工总医院(武汉 430033) 马 速

理血药总分成 4 类,凉血及补血药已分别列入清热药与补虚药中。因此理血药实际包括活血与止血两大类。止血药较活血药数量少,其中有一共同特点就是:性寒凉。推而演之,活血药应多属温热性质。《内经》云:“血气者,喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之”。“寒邪客于经脉之中,则血泣不通”。以上说明瘀血症宜温不宜寒。活血药则不然,按目前高校教材划分:川芎、乳香、玄胡、姜黄、莪术、鸡血藤、红花、五灵脂、降香、泽兰、月季花、刘寄奴、干漆性温热;没药、三棱、桃仁、牛膝、水蛭、自然铜、王不留行、苏木性平;郁金、丹参、虎杖、益母草、穿山甲、蜜虫、虻虫、凌霄花性寒凉。其比例为 13:8:8。以上表明温热品不占绝大多数。随着实验医学的发展,目前公认的瘀血症,已不仅是单纯的循环障碍了,还包括组织增生及变性,炎

症、溃疡、糜烂、水肿等。因此探索活血药的寒热温凉运用规律,能为活血化瘀研究提供更多更广的思路及前景。

活血化瘀药物,具有活血行气,祛瘀生新,疏通经络,调理脏腑的作用。并有定痛、祛瘀、消癥、利痹、调经、消肿等功效。根据现代病理学概念,瘀血大致与以下病理过程有关:局部缺血,循环障碍的瘀血,出血后的瘀血,组织增生及变性,肿瘤,炎症,溃疡,组织糜烂,局部水肿等等。而药理实验表明活血药对心血管、微循环、炎症、增生性病变、肿瘤细胞均有作用,并对血液流变性、机体免疫功能,机体反应性等也有不同程度的影响。因此,对不同病理过程采用不同性质的活血药物治疗,具有非常重要的意义。如对局部缺血、循环障碍的瘀血、出血后的瘀血主要用温热活血药。对组织增生及

变性、肿瘤主要用平性活血药。对炎症、溃疡、组织糜烂主要用寒凉活血药。临床运用还发现：温热活血药对心血管病、疼痛、风湿性疾病疗效好；平性活血药对外伤、肿瘤、皮肤疾病效果佳；而寒凉活血药则适用于治疗肝、胆、胃、肾疾病及炎症。因此，进一步研究弄清上述规律的原因，就能为活血药发展前景找到一条捷径。

活血药的作用按强弱可分为：和血、行血、破血三种。目前多重视其作用强弱而忽视其性质特点，实际运用往往是随症加入一些非活血类的寒热之品，这是比较片面的。临床上各种活血药物常配合使用，而经常对使用的活血药又具有不一般的特点。如泽兰配益母草、红花配桃仁、姜黄配郁金、乳香配没药、三棱配莪

术、王不留行配穿山甲、水蛭配虻虫、五灵脂配蒲黄等。以上八对活血药的配伍有寒热配、热平配、寒平配，却无寒凉、温热、平平互配。瘀血之证具有寒热之分，用药理应出现同性相配伍当是，实际却并非如此。追究原因，我们认为传统上活血药主要治疗瘀痛、痹痛、癥瘕等病证，瘀虽多为寒瘀，但瘀久易化为热，痛虽属寒众，却常兼红、肿、热之象，痹痛、癥瘕寒热均存，若兼症不显，古人在宏观上实难区别寒热偏聚。所以活血药常用配对的道理就不言而喻了。如果我们注重活血药的寒热温凉，从中筛选合适的药物相配伍，就能达到珠联璧合、物尽其用、相得益彰之目的。

## 中西医结合抢救乌头类中药中毒 5 例

黑龙江省六三劳动改造管教支队医院(黑龙江 162422) 王雅娜 顾志国

1990~1993 年，我们抢救 5 例因各种原因服用含乌头碱类中药汤剂、酒剂中毒患者，经应用阿托品、利多卡因及甘草、生姜等药物抢救，收到良好效果。现报告如下。

**临床资料** 本组 5 例患者，其中男 3 例，女 2 例，年龄 26~65 岁，平均年龄为 41.8 岁。草乌中毒 1 例，附子中毒 4 例。属药物超剂量中毒 4 例，煎药时间过短(20min)中毒 2 例，年老体弱空腹中毒服药 2 例，错服药物并超量中毒 1 例(即将川乌当成何首乌服用)。发病危重者 4 例，轻症者 1 例。患者多在服药后 10min~3h 内出现症状。本组患者均有唇舌及四肢麻木，恶心呕吐及头昏症状。其中 4 例患者还兼有出汗、流涎、皮肤苍白、心慌气短症状。更严重者有昏迷抽搐，大小便失禁(2 例)。查体常有瞳孔缩小或扩大，心率缓慢(个别有增快)，心律紊乱，血压下降，心电图显示：心动过缓或有心动过速，心律不齐，房室传导阻滞，束支传导阻滞，低电压，S-T 改变。实验室检查：血常规白细胞计数往往增高( $10\sim 25$ ) $\times 10^9/L$ ，中性粒细胞也增高，尿常规蛋白(+)~(++++)，红细胞 5~10 个/HP。

**治疗方法** (1)催吐洗胃：首先用大量温水彻底洗胃。一般为 20000~50000ml，每次灌入胃 500~800ml 为宜。(2)输液解毒与对症治疗：适当补充液体及加用利尿、导泻药物，以促毒物排泄。同时，对危重患

者。要保暖，留置导尿，保持呼吸道通畅，必要时供氧。还要视病情给予足量阿托品和利多卡因。阿托品用量最好达到阿托品化，但要避免发生严重的毒副作用，根据病情及个体差异灵活掌握。利多卡因静脉注射每次 50~100mg，1h 内不超过 500mg 为宜。(3)控制感染：及时应用抗生素。(4)合理使用中药：生姜 120g，甘草 15g，水煎冷服或用绿豆 90~120g 浓煎服用。

**结 果** 采用中西医结合方法治疗，使 5 例中毒患者全部治愈。口唇、舌、四肢麻木及恶心呕吐等症状消失。瞳孔异常、心率缓慢等体征也全部消失。所有患者心电图及血、尿常规检查转为正常，均在 2~10 天痊愈出院。

**体 会** 在临床抢救中，我们除按一般中毒常规处理外，大多应用阿托品，若有严重心律失常而单用阿托品无效时，应及时改用或加用利多卡因。为加强解毒功能，同时应用中药生姜、甘草、绿豆、蜂蜜等。若是附子中毒，可用黄芪、黑豆、远志、生姜、甘草解之。综上所述，我们认为，临床按药典规格严格控制乌头类药物用量尤为重要。特别对民间验方、单方的选用上要持谨慎态度，乌头类药物煎药前应用冷水浸泡 1h，应先煎、久煎。年老体弱多病者慎用或减量用药。除特殊治疗外，应避免空腹服用，为缓解毒性，一般方中可配合干姜、甘草同用。