

# “痰瘀”证的论治

张铁忠 万迎新

(中日友好医院, 北京 100029)

## “痰瘀”证概念

痰证是以津液代谢异常, 水湿停聚成黏稠液体停积体内为特征的多种病症的总称。痰有广义和狭义之分, 狭义的痰主要指来源于肺系, 咳唾而出的痰, 广义的痰系指由于脏腑功能失调, 经络、营卫气血不利, 以致人体津液运行障碍, 逐渐蕴结而成稠浊痰涎, 是一种病理产物, 变化多端, 或积于中焦, 或阻于经络, 或痹于心窍。《圣济总录·痰饮门》说:“聚成痰饮, 为病多端”, 从而产生一系列临床症状。

痰证多因肺、脾、肾三脏的气化运行失常, 以致水液滞留, 聚而成痰, 随气机升降, 遍及全身而产生一系列病理变化。我们在长期的临床中观察到除以上因素外, 瘀血和痰饮的关系也甚为密切, 痰瘀互结, 相互为患所产生的疾病也甚多见。

## “痰瘀”证成因

痰为阴邪, 其性黏稠, 易停易留, 滞涩难去, 常阻碍气机, 因痰凝而气滞。血的运行赖气的推动, 痰凝气滞则血运不畅, 极易产生血瘀、留血和凝痰相聚则生痰瘀; 痰浊蕴久则可生热, 痰热伤津灼液, 血的运行除赖气的推动外, 尚需水津的运载, 津枯液燥, 自会导致血液黏稠, 与痰热胶着互结致血行不畅也成痰瘀; 甚者痰热蕴久, 痰从火化, 火热之邪迫血妄行, 血不循经运行, 溢出络脉成离经之血, 留血成瘀和痰热互融亦成痰瘀。

痰瘀证和心、肝、脾、肺、肾五脏功能失常皆有关, 但和脾、肺、肾三脏关系最为密切。三脏功能失常, 所生痰浊之邪, 既能留滞脏腑经络, 又易阻遏气机, 使经脉阻滞, 痰瘀交阻, 气血不畅而出现痰瘀互结的各种临床症状。

## 历代医家有关“痰瘀”证论述

有关痰瘀的论述最早可追溯到《灵枢经》, 如《百病始生篇》就有“凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 着而不去, 而积皆成矣。”凝血、津液涩渗, 亦即瘀血痰浊互结, 是积病的病因, 这是痰瘀证的最早记载。汉代张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇中不仅首先对“痰饮”病的证候和论治进

行了论述, 而且注意到了瘀血和痰湿互相为患的致病关系。在该篇中治疗“胸痹心中痞气”的“枳实薤白桂枝汤”及治疗“心中痞, 诸逆心悬痛”的“桂枝生姜枳实汤”都是具有温阳化痰, 通经活血功效的方剂。对于“支饮胸满者”用厚朴大黄汤主之, 方中厚朴能够“消痰下气”, “善开寒痰凝结”; 枳实能“泻痰”、“消痰癖、祛痰水”; 大黄能“除痰实”、“下瘀血”, 三药共用可达到破积、祛痰、行瘀血的功效, 是逐痰祛瘀的峻剂。正如清·魏荔彤所释:“饮之所停, 必裹痰涎浊沫, 结为窠囊, 为有形之邪”, 实为痰瘀互结之物, 必行气化痰祛瘀才能治之, 示人以痰瘀并治之法。可见仲景大师已充分注意到了痰瘀病证的存在, 并且针对痰瘀互结组成了治疗痰瘀证的一系列有效方剂。

隋·巢元方在其《诸病源候论·痰饮病诸候》中指出“诸痰者, 此由血脉壅塞, 饮水积聚而不消散, 故成痰也”, “痰饮者, 由气脉闭塞, 津液不通, 水饮气停在胸膈, 结而成痰”, 更认为痰的本身就有瘀血成分, 本质就是痰瘀。《圣济总录·痰饮门》也提到:“三焦气涩, 脉道闭塞, 则水饮停滞, 不得宣行, 聚成痰饮, 为病多端”, 同样认为痰病为患和气血运行不畅有关。而《普济方·痰饮门》也直接指明:“夫人有痰饮病者, 由荣卫不清, 气血败浊, 凝结而成也。”《继志堂医案》在论述胸痹病时也认为“此病不惟痰浊, 且有瘀血交阻膈间”。可以看出历代医家已经注意到痰瘀互结作为病理原因导致疾病的可能性。痰瘀为患的临床见证多而复杂, 在内科系统诸多疾病中均可见到, 临床上痰瘀证多见于冠心病、心绞痛、中风后遗症、高脂血症、高血压病患者, 肾脏疾病患者也可见到。痰瘀证患者舌质多暗紫或有瘀点、瘀斑, 舌苔多白厚或腻, 化热则苔黄腻, 舌体多胖大, 有齿痕。脉象可见弦、滑或沉涩。

## “痰瘀”证论治

临床上痰瘀证较单纯痰浊证或瘀血证更难处理, 痰浊之邪性黏腻而胶固, 瘀血亦胶着而凝滞, 二者互结更为顽固。单祛痰则瘀血不化, 单化瘀则

痰浊不去,故必须权衡痰浊、瘀血之轻重,并用化痰祛湿,活血化瘀之法,慎重选用化痰祛瘀药物才能获得较满意效果。正如丹溪所云:“久得涩脉,痰饮胶固,脉道阻滞也,卒难得开,必费调理。”《医宗金鉴》也说:“痰积流注于血、与血相搏”,治之“当以散结顺气、化痰和血”。

治疗上尚应分辨痰浊、瘀血的主次,在心、在肺、在脾、在肾、在肝的不同,主要以化痰祛瘀为主,辅以健脾、理气、祛湿、温阳、通络。常用的活血化瘀药物以当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、鸡血藤、丹参为主,化痰燥湿当以半夏、陈皮、瓜蒌仁、漏芦、杏仁、苍术、云苓、白术为主。

### 病案举例

案1. 胡某,男,64岁。患者原有高血压及陈旧性脑梗病史,近一周来因语言不利加重入我科治疗。患者神志尚清,颈软,反应迟钝,语言不流利,但多语,有时有躁动,BP 150/80mmHg, R 20次/分, P 76次/分。双侧瞳孔等大同圆,光反应灵敏,眼震(-),左侧鼻唇沟稍浅,口角稍偏右,伸舌尚居中,心肺听诊无异常,腹平软,肝、脾未能触及,未引出病理反射,四肢肌力正常。

头颅MRI示多发性脑梗塞、脑萎缩,临床诊断为高血压病,多发性脑梗塞。舌淡暗,苔黄厚腻,脉弦。中医辨证为痰瘀互结,痹阻络脉。施以清热化痰、活血开窍之法。处方:苍术 12g,川朴 12g,清半夏 12g,陈皮 9g,茵陈 9g,黄连 9g,黄芩 12g,石菖蒲 12g,郁金 12g,远志 9g,漏芦 9g,当归 9g,红花 9g,云苓 18g,川芎 9g。加减治疗1月余,语言较前明显通畅,表情如常,舌苔亦由黄厚腻转薄白,但舌仍淡暗,好转出院。

按:此例系痰瘀在心、肾,心主血脉,心开窍于舌,而“少阴之脉贯肾系舌本”,痰浊瘀血阻于心、肾之脉络,经气不畅,舌本不利,故语言謇涩,痰浊蕴久化热,故苔黄厚腻,痰火扰心而语言多,躁动,今施以具有祛湿化痰功能的《症因脉治》平陈汤,加清肺胃火的黄连、黄芩,化痰开窍安神功效的菖蒲、远志、郁金、漏芦,加有活血化瘀功效的红花、川芎等药,使痰化瘀消,络脉得通,而获语言自利之功。

案2. 来某,男性,54岁。化验检查:血胆固醇 260mg/ml,甘油三酯 1300mg/ml,患者经常有胸闷、乏力、头晕、懒言少气,查其体态肥胖、脉弦少力、舌淡暗、苔白厚腻。证属脾气不足,痰瘀交阻,予以健脾化痰祛瘀法治疗。处方:草决明

30g,苍术 12g,清半夏 12g,陈皮 12g,川朴 12g,制首乌 12g,黄芪 12g,炒山楂 10g,云苓 18g,泽泻 18g,丹参 12g,炒白术 12g。

调理两月余,血胆固醇及甘油三酯渐趋正常,头晕、胸闷症状亦消,舌苔由白厚腻转薄白。

按:此例乃现今多见之肥胖高脂血症,即《内经》之“肥贵人”,《金匱要略》名为“肌肤盛”之症。今人生活优裕,多劳逸失和,若过食膏粱厚腻之品,营养过剩,必伤及脾胃,中焦运化不及,饮食不能转化为精微四布,聚湿生痰,血流不畅,痰瘀互结于体内,故体肥多脂。病在肌肤,本在脾胃不足,当以健脾益气,祛痰化瘀法,张景岳谓:“痰即人之津液……气虚生痰,痰阻血运”,“若化失其正,则脏腑病,津液败,而气血即成痰涎”,方以平陈汤,健脾化痰。加黄芪以助脾气,草决明以化浊,丹参活血化瘀,山楂功能“行气散瘀化痰消饮”,配首乌“益血气”,补肾助阳以化痰,使“血气大和”,根本渐充,饮食精微自能“化得其正”,痰瘀不生。

案3. 董某,女,79岁。因胸前区闷痛加重一周入院。患者原有冠心病史,近一周来,因活动则发生胸前区痛而闷,休息则缓解,服硝酸酯类及倍他乐克诸药亦不能缓解,于1999年11月某日入院。BP 140/90mmHg,神清合作,呼吸平稳,心律齐,心率80次/分,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,双肺(-),腹平软,无压痛,下肢不肿。ECG示V3-5、L1、ST-T改变。入院后经扩冠、抗凝等治疗症状缓解不理想。后经冠脉造影显示三支血管病变,管腔狭窄在70%~75%之间。心外科建议行冠脉搭桥手术,因患者高龄,家属不同意,出院后延余诊治。患者诉胸前区痛为刺痛,“心有下沉感”,每因劳累而加重,伴气短、腿软、乏力,生活受到影响。脉弦少力,舌淡暗,苔白略厚。证属阳气不足,痰瘀交阻,予益气温阳开痹,化痰祛瘀法。处方:黄芪 12g,薤白 12g,全瓜蒌 30g,清半夏 12g,制首乌 12g,桂枝 9g,当归 9g,赤芍 12g,红花 9g,丹参 12g,陈皮 10g,元胡 9g,炙甘草 9g。加减调理月余,大便得通,舌苔渐消,胸前区闷痛亦不发作,生活质量明显改善。

按:此例为较典型的痰浊瘀血痹阻心脉而发生的心痛。患者年高体衰,心、脾、肾三脏俱不足。心阳式微,血运乏力,必有瘀血,脾肾阳虚,运化不及,水津不得四布,必生痰湿,湿痰瘀血阻于心脉,不通则痛,以瓜蒌薤白半夏汤温化痰饮,宣痹

# 应用吕承全经验方辨治瘀胀病体会

张琳琪

(河南中医学院, 郑州 450003)

已故名老中医吕承全先生, 幼承家传, 从医六十余载, 临床经验颇丰, 尤其善治内科肝、肾疾病及疑难杂症。先生辨治瘀胀病(继发性水肿)匠心独运, 创制经验方开郁消胀汤。今将我们运用本方治疗瘀胀病的学习体会殚与同道, 以冀共勉。

## 开郁消胀汤组成

在中医文献中无“瘀胀病”之病名记载, 此类患者常因浮肿而就诊, 但心、肝、肾功能等系统检查均无异常发现。水肿发生而无任何明显的已知原因, 西医称之为特发性水肿。吕氏根据本病特点及多年临床经验, 将其取名曰“瘀胀病”, 并创立开郁消胀汤。药物组成为郁金 1g, 丹参 3g, 炒麦芽 3g, 三棱 1g, 莪术 1g, 田大云 1g, 巴戟天 1g, 仙灵脾 1g。

## 临床资料

1. 一般资料 本组 108 例患者, 均系我院门诊及住院患者, 其中女性 105 例, 男性 3 例; 年龄 20~30 岁 28 例, 31~45 岁 62 例, 46~55 岁 15 例, 56

岁以上 3 例, 平均年龄 38.7 岁; 病程最短者 1 月, 最长者 18 年; 合并高血压病 28 例, 高脂血症 19 例, 月经不调者 36 例, 绝经 21 例, 形体肥胖者 56 例。

2. 纳入标准 参照《实用肾脏病学》拟定<sup>[1]</sup>。

① 临床表现: 下肢、足踝部凹陷性浮肿, 或无明显浮肿, 自觉四肢、面部肿胀, 腹胀大, 白天重于晚上, 傍晚重于晨起。有些患者同时伴有不同程度的肥胖, 常有精神抑郁、情绪不稳, 或面潮红、易汗出、低热等, 或见形体肥胖, 或有月经紊乱或闭经; ② 舌质淡胖, 有瘀斑, 苔白或腻, 脉象沉细或细涩或弦滑; ③ 水肿呈周期性变化, 早晚体重相差 1~1.5kg; ④ 夜间尿量明显多于白天; ⑤ 立卧位水试验: 卧位时排尿量和正常人相仿, 达 70%, 而立位的 4h 尿量明显减少, 为卧位时尿量的一半或饮水量(1000ml)的 40%, 同时测尿钠立位时尿钠排量较卧位时明显减少, 有钠潴留; ⑥ 排除肾性、心性、肝性、经前性、黏液性水肿及药物、维生素缺乏等原因引起的浮肿。

通阳, 配以丹参、赤芍、红花, 诸活血行瘀之品, 以助血运, 加黄芪、制首乌, 以助益气补肾之力, 此病例采取祛痰活血, 温阳益气宗中医辨证而治之, 故能解除胸痹、心痛顽症。

案 4. 赵某, 男, 56 岁。因咳嗽, 气短加重一周入院。患者原有慢性支气管炎已 7 年。每因受寒则咳嗽加重, 近两年伴气短, 一周前因感冒致咳嗽加重, 甚则夜不能平卧, 咳嗽痰不多, 痰色黄, 黏稠, 伴口干, 便难, 口唇轻紫绀, 心律齐, 心率 92 次/分, 双肺呼吸音低, 散在喘鸣, 左下肺可闻及湿罗音, 胸片示双肺纹理粗乱, 左下肺有点片状阴影, 临床诊为慢性支气管炎, 合并感染, 经抗炎、止咳化痰及平喘药物治疗, 症状改善不理想, 痰培养示金葡菌生长, 对多种抗生素耐药。中医所见, 患者咳逆倚息不得卧, 甚则张口抬肩, 脉沉弦, 舌紫暗, 舌下脉络充盈, 色暗, 舌苔黄, 根部腻, 证属痰热蕴内, 瘀血阻滞, 肺气不降, 以清热

化痰, 止咳平喘, 活血化瘀治疗, 处方: 黄芩 1g, 黄连 6g, 全瓜蒌 3g, 清半夏 1g, 陈皮 1g, 杏仁 9g, 炙桑白皮 1g, 山栀子 6g, 红花 9g, 赤芍 9g, 丹参 1g, 生甘草 9g, 川朴 9g, 葶苈子 1g, 紫苏子 1g。

患者服药三剂后, 痰量渐增多, 易咳出, 气短亦渐轻, 一周后, 咳嗽气短较前明显改善, 夜能平卧入睡, 后随证加减, 调理月余症状平息。

按: 此例系痰瘀在肺, 患者反复咳喘, 历年不愈, 久病入络, 累及于心, 痰浊阻于气道, 肺气不降, 故咳而喘, 瘀血阻于络脉, 气血运行不畅, 故唇甲青紫, 痰瘀互结病情复杂, 正如丹溪所云: “肺胀而咳……此痰挟瘀血, 碍气而病”, 又说: “痰挟瘀血, 遂成窠囊”, 示人慢性咳喘患者是痰瘀互结为患之病, 今采用化痰祛瘀平喘治疗, 药证相符, 疗效显著。

(收稿日期 2002 年 9 月 27 日)