

## 潘智敏教授理瘀的学术经验

袁国荣<sup>1,2</sup> 指导: 潘智敏<sup>3</sup>

(1. 上海中医药大学, 上海 201203; 2. 浙江省人民医院, 浙江 杭州 310014; 3. 浙江省中医院, 浙江 杭州 310006)

**摘 要:**潘智敏教授系第四批全国名老中医药学术经验继承指导老师, 博士生导师, 得著名中医临床学家杨继荪教授的真传, 临证30余年, 学验俱丰, 其对瘀证的研究, 造诣较深。潘智敏教授在继承前人瘀证学说的基础上, 总结了瘀证10型, 提出了理瘀的对策和经验用药。

**关键词:**潘智敏; 理瘀; 学术经验

中图分类号: R249

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2011)09-1951-03

## Academic Experience of Professor PAN Zhi-min on Curing Stasis

YUAN Guo-rong<sup>1,2</sup>, advisor: Pan Zhi-min<sup>3</sup>

(1. Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China;

2. Zhejiang Provincial People's Hospital, Hangzhou 310014, Zhejiang, China;

3. Zhejiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310006, Zhejiang, China)

**Abstract:** Professor PAN Zhi-min is the guidance teacher of the 4th Famous TCM Expert's Academic Experience and doctoral Advisor. She is a student of Professor YANG Ji-sun, the Famous TCM Expert and has a great deal of experience on treating stasis. On the basis of forearms' theory of stasis, professor pan summarized ten types of stasis and stated characteristic of aged disease with stasis. Finally she brought forward suggestions and experienced drugs on curing stasis.

**Key words:** PAN Zhi-min; curing stasis; academic

宜通不宜滞, 治胆宜通之、利之、降之。胆石症调肝宜柔宜养, 不可妄伐, 切忌单纯辛香疏理, 苦寒清利, 酌用生地、首乌、白芍等。阴虚者补阴固然必要, 然阴药多偏寒凉, 易伤阳气, 且滋腻碍胃, 故常配伍黄芪、白术等甘温益气之品, 以助气化, 使阴得阳升而泉源不竭。肝阴不足, 则肝气不利, 养阴柔肝亦可少佐陈皮等以条达肝气, 疏利气机。因此, 老年胆石症不可攻伐太过, 以溶石、化石为主, 排石为辅。朱教授常用的山甲利胆排石汤在治疗老年胆石症时, 对枳壳、郁金等行气破滞之药多量轻剂小, 多加用白芍以柔肝, 每获良效。

## 6 老年患者 顾护脾胃

人入老年, 五脏日衰, 外易感邪气, 内易生积滞, 而易患老年病。老年病的病理复杂, 其特点是脏腑功能虚弱, 阴阳气血失调, “真邪相攻, 乱而相引”, 主要表现为虚中夹实的病机变化。阳衰气耗, 温煦失职, 则生内寒内湿; 阴损血虚, 不能潜阳, 则生内热内火。一方面是阴阳气血耗损, 另一方面是寒湿火热羁留, 自然构成了真气虚与邪气实的虚实相兼的病理。祖国医学认为, 脾的清升有赖于肝胆的疏泄功能, 肝病可以传脾, 脾病也可以及肝, 朱教授深知“见肝之病, 则知肝当传脾”, 认为“务必先安未受邪之地”, 而且有

相当一部分胆石症病人都有神疲乏力, 舌胖边有齿痕、脉细等气虚之象, 故治疗时兼顾健脾益气, 常用四君子汤、黄芪等益气之品。胆为六腑之一, “六腑以通为用”, “腹病以通为补”, 胆气以下行通降为顺, 且胆随胃降, 若胃失和降, 必然会影响胆汁的排泄, 胆汁淤滞日久, 就会聚集成石; 反之, 胆失通降, 又可胆气犯胃, 胃气不降, 腹气不通, 故胆胃之间互相影响。朱教授常用白术、云苓等健胃之品, 亦多用生大黄、郁李仁、莱菔子等通腑润肠、和降胃气之药, 保持大便通畅, 有利于胆汁排出, 对控制临床症状、减少急性发作有重要意义。“脾胃为生化之源”, “中运乃升降之枢”, 景岳“诸药入口, 必先入胃而后行及诸经”, 故用药时时顾护脾胃, 注意开胃进食, 确保疗效。

## 参考文献

- [1] 朱振铎. 耳穴压豆配合中药治疗胆石症[J]. 山东中医药大学学报, 1986, 10(1): 58-59.
- [2] 朱振铎, 张洪. 耳穴压豆法治疗胆石症73例观察[J]. 山东医药, 1987(1): 61.
- [3] 朱振铎, 赵立群, 张恭新. 胆石症从热瘀论治[J]. 陕西中医, 1997, 18(6): 259.
- [4] 赵立群. 朱振铎教授从肝调治老年胆石症[J]. 中医药学刊, 2005, 23(8): 1372-1373.
- [5] 朱振铎. 中医对老年病的认识[J]. 山东中医药大学学报, 2000, 24(5): 53-54.
- [6] 赵立群. 朱振铎教授论老年病证治特点[J]. 中医药学刊, 2005, 23(9): 1565-1566.
- [7] 张兴彩, 张恭新. 朱振铎治疗胆石症经验[J]. 山东中医杂志, 2000, 19(4): 235-236.

收稿日期: 2011-04-30

作者简介: 袁国荣(1968-), 男, 浙江绍兴人, 副主任医师, 博士, 研究方向: 中西医结合治疗内科、肿瘤科疾病。

通讯作者: 潘智敏(1952-), 女, 上海人, 教授、主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中医内科、老年病、老年肿瘤的防治。

潘智敏教授在继承著名中医临床学家杨继荪教授瘀证学术经验的基础上,融合自身的临床经验,基础创新,逐步形成了自己的理瘀学术经验,笔者有幸成为其学术继承人,跟师多年,现将其理瘀的学术经验整理如下。

## 1 瘀证成因 滞塞闭离

潘智敏教授在综观历代医家对瘀证认识的基础上,提出瘀证的成因不外以下4个方面。

1.1 血行迟缓涩滞 指血流迟缓而导致的瘀证。如《素问·举痛论》曰“经脉流行不止,环周不休。寒气入经而稽迟,位而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。”如因高粘血症、高脂血症等使血液流动变缓慢者,或因心脏射血功能减弱或血管外周阻力增大而致血液流动变缓慢者,或血液微循环障碍者。

1.2 死血壅塞血脉 指血块阻塞血脉导致的瘀证。《医碥》曰“热盛则血枯,死血阻塞经隧,则也不通而痹也。”此类血瘀,多因血液性质或成分发生改变,如痰瘀互结、血液污秽等,致使血液变黏变稠,凝结于血脉之中,形成死血,壅塞血脉;或因脏腑病变,如心气衰竭、肺气不足等,使血液异常凝结为死血,阻塞脉络。与临床血栓形成和血栓栓塞等相似。前者常见的有脑血栓形成、上下肢静脉血栓形成等疾病;后者常见的有心肌梗塞、脑栓塞、肺梗塞等疾病。

1.3 血脉闭阻不通 指血脉闭塞阻断导致的局部瘀证。《灵枢·经脉》曰“脉不通,则血不流。”血脉闭阻,则血不流通,血不流通,则停积而为瘀血。血脉闭阻是因血脉本身发生病变而致闭阻不通,如寒邪外客则血脉挛缩;热毒内燔则灼伤血脉;跌扑外伤损伤血脉;污秽之血黏着于血脉壁上,使脉络变细变窄,粗糙不利,日久闭阻不通。临床可见血管硬化、血管闭塞等血管病变而导致的机体局部脉管腔阻塞、局部组织血流完全停止者。

1.4 血液离经停积 血液溢出于血脉之外而不消散,则聚为瘀血。如《灵枢·百病始生》曰“肠胃之络伤,则血溢于肠外,肠外有寒,汁沫与血相搏,则并合凝聚不得散,而积成矣。”如《诸病源候论·落床损瘀候》曰“因堕落损伤……若流入腹内,亦积聚不散,皆成瘀血。”提示血液离经而停积者为瘀血。临床可见的有脑出血、眼底出血、内脏破裂腹腔积血、外伤血肿等。特点为血液溢流血管之外,脱离循环,失去心脏推动力,积留于血管周围、组织之间。

## 2 瘀证病机 因果十条

潘智敏教授认为与瘀相关的各种病症不外因瘀致病,因病致瘀两个方面,二者互为因果。提出瘀证的病机特点可概括为以下10条。

2.1 气滞血瘀、瘀血气壅 气为血之帅,血为气之母。气机阻滞,无以鼓动血液正常运行,则血流迟缓,或停留而为瘀血;瘀血阻滞,脉络闭塞,则气道不畅,气机壅滞。如《寿世保元》曰“盖气者,血之帅也,气行则血行,气止则血止,气温则血滑,气寒则血凝,气有一息之运,则血有一息之不行。”又如《素问·玉机真脏论》曰“脉道不通,气不往来”。

2.2 血滞为瘀、瘀血化水 血流迟缓则成瘀证。《素问·调经论》又曰“五脏之道,皆出于经隧,以行气血。血气不和,百病乃变化而生,津血同源,血脉既瘀,血行不利,津液也随之停滞,并从经脉中外渗,积于皮肉之间,发为水肿。

正如《金匱要略·水气病脉证并治》所曰“血不利,则为水。”《血证论·阴阳水火气血论》亦曰“瘀血化水,亦发水肿。”

2.3 血结留瘀、瘀血阻络 血结留瘀是指出血之后,已离经脉而未排出体外之血,结留于体内所见之瘀证。凡吐血、咯血、咳血、便血以及外伤出血等,均为离经之血,除溢出体外者,必然尚有一部分停留于脏腑组织间隙。正如《三因方》所曰“病者或发汗不彻,及吐衄不尽,瘀蓄在内。”瘀血既成,阻滞脉络,血行不利,濡养失司,可见面色萎黄,肌肉瘦削,肌肤干涩,毛发不荣,肢体麻木或活动障碍等。

2.4 血蓄而瘀、瘀血癥积 肝主藏血,脾主统血。若肝脾藏血、统血功能失司,血液过度蓄积,流通不利,则化生瘀血。诸如血蓄于肝脾,积于胁腹,脉络瘀甚,出现赤缕、蟹爪、腹壁青筋显露之臌胀等。血瘀日久不去,或与汁沫相搏,或与痰浊相结,日积月累,逐渐增大,或横亘于心下,或盘踞于腹中,或停积于两胁,或聚结于少腹,坚硬如石,推之不移,按之则痛,谓之癥积。正如《素问·举痛论》所曰:“血气稽留不得行,故宿昔而成积矣。”

2.5 寒凝致瘀、瘀血痹痛 寒为阴邪,其性凝滞、收引,客于血脉,则血脉收引挛缩,血液凝滞,血行缓慢不畅而致瘀。正如《素问·调经论》所曰“血气者,喜温而恶寒,寒则泣而不能流,温则消而去之。”又曰“寒独留则血凝泣,凝则脉不通。”瘀血痹阻经络,气血运行不畅,血之濡养功能失司,“不通则痛”,发为痹证。如《素问·痹论》曰“心痹者,脉不通。”

2.6 热盛现瘀、瘀血蕴热 邪热亢盛,伤津耗液,血液黏稠凝滞而致瘀。正如《金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气病脉证治》曰“热之所过,血为之凝滞。”《重订广温热论·清凉法》亦曰“因伏火邪蒸津液,血液被煎熬而成瘀。”瘀血壅积,尤其是壅塞血脉之死血以及离经而积聚于体内之瘀血,不能及时清除,郁而化热,形成瘀、热互结之势。如消化道出血,瘀血积于肠腔所致的发热等。

2.7 气虚渐瘀、瘀血损气 气为血之帅,气盛则血行滑利,气虚则鼓动无力而致血行迟涩,脉络瘀闭,形成瘀血。王清任《医林改错》曰“元气既虚,不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”《读医随笔》亦曰“气虚不足以推血,则血必有瘀。”血为气之母,血能养气亦能载气,瘀血阻滞则血不生气,其气必虚。如中风后遗症之半身不遂,久病气虚、瘀血损气,互为因果。

2.8 血虚成瘀、瘀血不仁 营血充盈则脉道流利,血行通畅;营血亏虚则脉道涸涩,血行不利,日久成瘀。正如《景岳全书·胁痛》所曰“凡人之气血犹源泉也,盛则流畅,少则垂滞,故气血不虚不滞,虚则无有不滞者。”瘀血阻滞,脉道不利,营血无以循行周身,失于濡养,而见肢体麻木不仁、四肢发凉等症。正如《素问·逆调论》所曰“荣气虚则不仁”。

2.9 阴虚生瘀、瘀血津伤 阴液不足则血脉涸涩,脉道失于濡养,无以载血,血行涩滞而致瘀。正如《读书随笔·中风有阴虚阳虚两大纲》所曰“阴虚血必滞。”津血同源,瘀血阻滞,则津液不行停滞,渗于脉外,则脏腑组织所需之津液匮乏,兼之瘀血阻滞,气化不利,生津不足而致津伤更甚。

2.10 阳虚血瘀、瘀血助寒 阳虚必气虚和内寒,气虚则无力推动血液运行,内寒则血液凝滞而致瘀。正如《读书随

笔·中风有阴虚阳虚两大纲》所曰“阳虚必血凝。”瘀血阻滞而致气机不利,阳气无以散布周身,温煦无权而助寒,致畏寒喜暖,四肢不温等病证。

### 3 治瘀求本、循因理瘀

潘智敏教授在长期的临床实践的基础上,结合前人的经验,形成了自己的理瘀经验。可归纳为以下8点。

3.1 因病致瘀 以病当之 因病致瘀者,应以病当之,按致病因素分别予以散寒、清热、补虚、攻实等法为重,结合选用理瘀之药。如肺病热瘀之证,当以清肺解毒为主,佐以活血化瘀之品。

3.2 因瘀致病 化瘀为先 对因瘀致病者,则以瘀图之,着重予以活血、行血、祛瘀、逐瘀之法为主,结合辨证配伍化裁。如瘀导致的水肿,当以活血化瘀为主,佐以利水消肿之药。

3.3 老年多瘀 疏补兼施 老年之病,多虚多瘀,治应补虚理瘀兼施。补虚应审证求因,根据其气血阴阳的不足和虚损程度,分别配伍益气、养血、滋阴、温阳等法。理瘀当采用力量相对平和之药,如丹参、赤芍、当归、川芎、延胡索、郁金、鸡血藤等。

3.4 瘀有“虚实” 药有“虚实” 瘀有虚证之瘀和实证之瘀,对于实证之瘀,所选理瘀药力量应相对强峻以便攻逐,如水蛭、虻虫、地龙、莪术、水红花子、虎杖、马鞭草、桃仁、红花、大黄等;对于虚证之瘀,所选理瘀药力量宜相对平和以利缓图,如丹参、赤芍、当归、川芎、延胡索、郁金、鸡血藤、泽兰、穿山甲、王不留行等。

3.5 治瘀之宜 权衡缓急 治瘀之宜,当权衡缓急。如在疾病发作期间,结合不同脏腑所属归经选用虎杖根、马鞭草、王不留行、毛冬青、鬼箭羽、桃仁、红花、三棱、莪术等破血逐瘀之药;而在各疾病相对缓解期中常多选用丹参、当归、首乌、郁金、葛根、川芎、赤芍、丹皮、穿山甲、鸡血藤等扶正活血之味。在剂量上,前者多重,后者宜轻。

3.6 瘀证涉气 气血并调 气为血之帅,瘀血阻滞,脉络闭塞,则气道不畅,气机壅滞。血为气之母,血能养气亦能载气,瘀血阻滞则血不载气,气化不利,血不生气,其气必虚。气病则血病,血病则气病。故治疗瘀证当气血双调。

3.7 隐性瘀证 理瘀防病 老年之人,气血衰少,多有瘀滞,日久致病。潘智敏教授认为老年之人,多有“隐性瘀证”,在运用膏方冬令进补之时,补疏并用,常加平和理瘀之品,缓缓微调,未病防病,延缓衰老。

3.8 宏微相参 寻瘀理瘀 临床上典型的瘀证,根据其症状、体征、舌象、脉象即可诊断明确,但也有不典型的瘀证,无法用中医传统的四诊方法宏观诊断,此时可宏观与微观相结合,参考现代医学的相关检验结果,如有微循环障碍、血液流变学异常、血液凝固性增高或纤溶活性降低、血小板聚集性增高或释放功能亢进、血流动力学障碍、病理切片示有瘀血表现、特异性新技术显示血管阻塞等情况、手术后的患者等情况之一者,可试按瘀证治疗。

### 4 病案举例

现例举潘智敏教授理瘀验案二则。

案1 温阳祛湿活血通络治疗寒痹夹瘀证案。邢某,男,86岁。杭州人,就诊时间:2008年1月25日,主诉:双下肢关节疼痛,屈伸不利10余年。现病史:患者有双下肢

关节疼痛,屈伸不利10余年,病情逐年加重,症状遇寒加剧。近患者双下肢潮湿,怕冷,不能自行行走,双足背麻木疼痛,感觉减退,查:风湿全套阴性,双下肢动脉B超提示:动脉多处斑块形成,局部管腔狭窄。为行中药治疗就诊。证见:双下肢潮湿,皮色黯紫,舌黯,苔白腻。脉细濡。西医诊断:关节炎,下肢动脉狭窄症。中医诊断:痹症(寒湿夹瘀)。辨证分析:寒湿痹着,筋脉失濡,不通则痛,故关节疼痛,屈伸不利。寒为阴邪,其性凝滞,血脉不畅,导致瘀证,皮色黯紫,舌黯为瘀证之征象。治法:温阳祛湿活血通络。药用:桂枝9g,附子3g,独活12g,木瓜9g,丝瓜络15g,络石藤15g,桑寄生12g,生米仁30g,猪苓30g,留行子9g,川芎15g,桃仁6g,延胡索30g,川朴12g,蕲蛇3g,蜈蚣3g,全蝎3g,葛根30g,虎杖根30g,水煎服日7剂。

二诊:患者服用7剂后,关节疼痛明显好转,效不更方,再予7剂。后症状不断好转,以上方适当加减连续治疗3个月后,上述诸症大为减轻,并能自行下床行走。

按 潘智敏教授认为此案为典型的因病致瘀案,寒湿痹着日久,筋脉失濡,血脉不畅,不通,导致瘀证。治疗当温阳祛湿为主,佐以活血通络。方以桂枝、附子温阳为君,以独活、木瓜、丝瓜络、络石藤、桑寄生、生米仁祛风湿,佐以留行子、川芎、桃仁、延胡索、葛根、虎杖根活血理瘀,更加蕲蛇、蜈蚣、全蝎虫类祛风除湿化瘀通络,一举二得。

案2 益气活血利水治疗胸痹肢肿案。戴某,男,87岁,干部,杭州人,就诊时间:2010年1月6日。主诉:反复胸闷心悸10余年,伴咳嗽、咳痰,双下肢浮肿1周。现病史:患者反复胸闷心悸10余年,诊断为冠心病,近1周出现胸闷心悸加重,伴咳嗽、咳痰,双下肢浮肿。为治疗而就诊。有高血压病多年。证见:双下肢浮肿明显,舌淡红,舌下瘀筋,苔薄,脉涩。中医诊断:胸痹(气虚血瘀水泛)。西医诊断:冠心病,心功能不全,高血压病,肺部感染。辨证分析:患者老年,气虚血瘀导致胸痹心悸,瘀血久留,化瘀为水,故致水肿。中医治法:益气化瘀利水,佐以止咳化痰。药用:生晒参12g,丹参30g,穿山甲9g,川芎12g,郁金12g,鬼箭羽12g,猪苓30g,茯苓皮30g,防己12g,制半夏12g,桔梗12g,前胡12g,七叶一枝花12g,天麻12g,制首乌12g,石斛12g,鸡内金12g。7剂。医嘱:卧床休息,低盐饮食。

二诊:患者胸痹、心悸、咳嗽好转,水肿明显消退。原方减七叶一枝花,加麦冬12,再予7剂巩固。药用:生晒参12g,丹参30g,穿山甲9g,川芎12g,郁金12g,鬼箭羽12g,猪苓30g,制半夏12g,桔梗12g,前胡12g,麦冬12g,天麻12g,制首乌12g,石斛12g,鸡内金12g,茯苓皮30g,防己12g。

按 潘智敏教授认为此案先为因病致瘀,后为因瘀致病案。患者年老,素有心气亏虚,日久导致心脉瘀阻,出现胸痹心悸,后瘀血久留,化瘀为水,导致下肢水肿。故治疗当益气活血为主如生晒参、丹参、穿山甲、川芎、郁金、鬼箭羽,佐以猪苓、茯苓皮、防己利水。

### 参考文献

- [1] 孟景春.黄帝内经灵枢译解[M].上海:上海科学技术出版社2006.
- [2] 王新华.黄帝内经素问译解[M].上海:上海科学技术出版社2009.
- [3] 黄仰模.金匱要略讲义[M].北京:人民卫生出版社2003.