

◆ 名医研究论著 ◆

亓鲁光教授治疗糖尿病注重活血化瘀思路探解

王永山

濮阳市油田总医院, 河南 濮阳 457001

[摘要] 亓鲁光教授认为“瘀”贯穿于糖尿病始终, 瘀血在糖尿病发生、发展、演变、预后等各个阶段都有重要的影响, 认为消渴与瘀, 互为因果, 而瘀有多种, 辨证须精细, 处方用药化瘀止消, 务求其本。

[关键词] 糖尿病; 活血化瘀; 亓鲁光

[中图分类号] R587.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0013-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.006

亓鲁光教授认为, “瘀”贯穿于糖尿病始终, 即瘀血在糖尿病发生、发展、演变、预后等各个阶段都有重要的影响。因而临床诊治糖尿病时, 必然深究其瘀血形成的原因, 精细辨证, 在整体治疗的前提下, 于方中配用活血化瘀之药, 务求治病求其根本。现将亓教授诊治糖尿病注重活血化瘀的思路浅析如下。

1 瘀可致消, 自古源流

糖尿病属中医学消渴病范畴, 其发生与瘀血密切相关。亓教授认为, 瘀可致消, 历代医家均有真知灼见。最早的论述见于《灵枢·五变》, 其云: “怒则气上逆, 胸中蓄积, 气血逆流, 腠皮充肌, 血脉不行, 转而为热, 热则消肌肤, 故为消瘠。”指出因情志郁怒, 造成气血运行失其常度, 气滞血瘀, 郁而化热, 耗伤阴津, 可引发消渴。《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证并治》云: “病人胸满, 唇痿舌青, 口燥, 但欲漱水不欲咽, 无寒热, 脉微大来迟……为有瘀血。”又云: “病者如热状, 烦满, 口干燥而渴, 其脉反无热, 此为阴伏, 是瘀血也……。”

此论虽未直接点明瘀血导致消渴, 但详细描述了瘀血所导致的以口干燥而渴为主的一系列特征性的临床表现, 为后世发展瘀血致消理论提供了有力的依据。清代唐容川是最早明确提出瘀血致消的医家, 他在《血证论·发渴》中说: “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。”他在《血证论·瘀血》中继续阐述, “瘀血在里则口渴, 所以然者, 血与气本

不相离, 内有瘀血, 故气不得通, 不能载水津上升, 是以发渴, 名曰血渴, 瘀血去则不渴矣。”可见, 由于瘀血阻于经络, 致气机不利, 水津的上升、布散、濡养功能得不到发挥, 势必引发消渴。

2 消渴与瘀, 互为因果

糖尿病的发生与瘀血阻碍经络气血运行, 水津布散有着密切的关系, 而糖尿病一旦形成之后, 又会反过来促进瘀血进一步加重, 从而形成恶性的病理循环。亓教授在长期的临床实践中, 观察到绝大多数糖尿病患者大都有面色晦暗, 或生黑斑, 口唇发暗, 舌上有瘀斑、瘀点, 舌质紫暗, 舌底络脉迂曲等瘀血内停的征象, 有的还伴见胸痛, 肢体疼痛, 麻木, 妇女经血黑紫量少等等气滞血瘀症状。这些表现在糖尿病整个病程中均可见到, 因而亓教授明确提出: “瘀”贯穿于糖尿病的始终, 并进一步提出了“消渴与瘀, 互为因果”的论断。指出: 瘀, 从狭义而言, 即指“瘀血”, 为离经之血。但从广义而言, “瘀”是指血液运行迟缓甚至停滞的一种状态, 其中包括了气机升降出入的异常, 气血津液生成、运行和功能失常以及外感邪气、内生五邪等所有可能会影响血液运行状态的各种因素。临床所说的“瘀”, 主要是指广义之“瘀”, 它的形成和发展, 是一个复杂的病理过程, 与消渴病的病因病机密不可分, 一旦形成, 即可影响津液的生成与输布而使消渴病加重, 同时也影响着该病的发展变化与转归, 使糖尿病更加缠绵难愈, 变证丛生。而狭义的瘀血, 既是糖尿病病理产物, 又是一种致病因素, 它是维系消渴致瘀, 瘀致消渴恶性病理循环重要的一环。

[收稿日期] 2014-03-09

[作者简介] 王永山 (1974-), 男, 医学硕士, 副主任医师, 主要从事中医内科临床工作。

3 瘀有八种, 精细辨证

元教授按血瘀形成原因的不同, 将其分为八种。在糖尿病初起之时, 病机以阴虚为本, 燥热为标, 阴虚燥热, 此时胃热阴伤, 燥热甚, 阴伤速, 热邪灼耗阴血, 致血液稠粘, 停滞而为热瘀。津血同源, 阴津为热所消耗, 此时燥热之势稍减, 阴津亏虚凸显, 亏乏甚则血失充盈, 血液运行不利而致阴虚血瘀。燥热消灼, 患者大渴引饮, 必喜食生冷寒凉以求一时之快, 医者则多用寒凉之药以清燥救阴, 由于此期较短, 稍纵即逝, 极易造成矫枉过正, 使寒凉之品戕伐阳气, 阳失温煦, 脉管拘紧, 血得寒则凝, 运行迟滞则为寒瘀。随着病程进展, 阴虚及气, 导致气阴两虚, 气虚则无力推动血行, 气虚亦影响脏腑功能的正常发挥, 致阴津化生亦不足; 阴津亏虚则血脉失充, 濡养不利, 更加造成血液运行迟缓而致气虚血瘀。长期的气血津液不足, 脏腑失于濡养, 则导致功能减弱, 如久虚致脾胃受损, 脾胃为后天之本, 气血生化之源, 脾胃运化无力, 则气血化源不足, 气虚生血不利, 血虚脉管不充而致血虚血瘀。后期气虚及阳, 阳主温煦, 心主血脉, 心阳虚则血脉失于温养, 鼓动乏力, 血液运行迟滞而瘀; 脾主统摄血脉, 脾阳虚则血溢脉外, 变为瘀血; 肾阳为一身阳气之根, 肾阳虚则一身阳气俱虚, 阳虚阴盛, 全身血液的生成及运行均处于低下和被抑制状态, 易停滞为瘀, 统属于阳虚血瘀。在整个糖尿病发生、发展过程中, 或因气虚、阴虚、气阴两虚、阳虚、或因热灼、或因寒凝、或因痰、湿等病理产物停积均可造成全身以及脏腑之气的升降出入异常, 气机运行不畅, 血行不利而致气滞血瘀。痰作为上述病机所形成的病理产物, 可以随气机升降, 无处不到, 且又极易与瘀血交结为害, 壅塞经络, 阻滞气机, 此又为痰瘀互阻, 这是糖尿病各种并发症的重要病理基础。

4 化瘀止消, 务求其本

元教授治疗糖尿病所注重的活血化瘀之法, 是建立在整体辨证和对瘀血精细辨证的基础之上的。元教授认为, 化瘀止消, 务必要求其根本, 不可见瘀即活血, 要掌握一个“通”字。正如《医学真传》所说, “但通之之法, 各有不同, 调气以和血, 调血以和气, 通也; 下逆者使之上升, 中结者使之旁达, 亦通也; 虚者助之使通, 寒者温之使通, 无非通之之法也。”热瘀者, 多存在于糖尿病早期, 燥热亢盛, 阴津损伤不重, 此时可能还没有出现瘀血的症状, 但已存在形成瘀血的趋势, 此时应清热凉血, 元教授多用白虎汤, 清热即是存阴, 清热即是化瘀; 若发病前已有瘀血者, 可少加丹参、赤芍等以凉血活血, 但要谨防寒凉败胃。阴虚血瘀者, 多见口干渴不欲饮, 其口渴的程度较热瘀明显减弱, 因此时燥热已不若病初之

甚, 宜养阴清热, 活血祛瘀, 谨防滋腻碍胃, 方选生脉散, 以玄参易人参, 更增育阴清热之能; 再加生地黄以活血祛瘀, 兼能清热保津。寒瘀者, 多为用过寒凉或过食生冷所致, 元教授认为, 此时往往燥热已去, 阴津已伤, 阳气为寒邪所遏, 并非大虚, 不宜用过温补, 否则易伤阴耗气, 宜温阳散寒, 舒发阳气, 活血化瘀, 方选理中丸、枳实薤白桂枝汤及四逆散等加减治疗, 温阳通阳即所以活血化瘀。气虚血瘀者, 见于糖尿病中、后期, 元教授认为此型最为多见, 且多伴见阴虚, 临床表现为全身乏力, 易于疲劳, 气短懒言, 咽干口燥, 口干渴, 舌体胖大, 淡暗等, 治宜益气养阴, 活血化瘀, 方选四君子汤合生脉散, 加丹参、生山楂、红花等活血化瘀之品, 若气虚甚则以黄芪为主益气扶正, 气足则阴自生, 气足则血自化。血虚血瘀者, 为气虚已甚, 无力生血, 故必然伴见气虚症状, 病人面色无华, 倦怠懒言, 爪甲无华, 同时又有舌质瘀暗, 舌底络脉迂曲等瘀血征象, 治宜补气养血, 活血通络, 所谓“有形之血不能速生, 无形之气所当急固”, 方选当归补血汤, 重用黄芪补气行气, 配伍当归生血活血, 若瘀血重则加丹参、川芎、桃仁、红花等活血化瘀之品; 若瘀血轻则化瘀药竟可不用, 血虚得充, 气虚得补, 血脉得行则瘀血自然消散。阳虚血瘀者, 已至糖尿病后期, 病人或神倦乏力, 肢冷背凉, 心慌气短, 口唇紫暗, 此为心阳虚, 治宜温补心阳, 方选参附汤加味; 病人若神倦乏力, 气短纳少, 肢冷便溏, 此为脾阳虚, 治宜温补脾阳, 方选附子理中丸; 病人若面色黧黑, 腰膝痠软, 小便频数, 畏寒肢冷, 肢体浮肿, 此为肾阳虚, 急宜温补肾阳, 方选金匮肾气丸合真武汤; 三方均可视瘀血轻重加用活血化瘀之品。气滞血瘀者, 可见于糖尿病病程中的各个阶段, 表现为情志郁怒, 胁肋胀痛, 头痛, 面色晦暗, 舌质瘀暗、边尖瘀点等, 为气血阻滞经络的实证, 治宜理气通络, 活血化瘀, 方选血府逐瘀汤加减。痰瘀互阻者, 往往已经出现了多种并发症, 如瘀阻肾络而并发糖尿病肾病, 出现全身水肿; 瘀阻心络而并发糖尿病冠心病, 出现心慌胸痛; 清窍被蒙而并发糖尿病脑血管意外, 出现半身不遂; 眼络瘀闭而并发糖尿病眼底病变, 出现视物模糊; 肢体络脉痹阻而并发糖尿病下肢血管病变, 出现肢体麻木、疼痛等; 治宜化痰通络, 活血化瘀, 根据病位及痰瘀轻重, 元教授多选用半夏白术天麻汤、补阳还五汤、血府逐瘀汤、黄连温胆汤等方剂进行加减。值得补充的是, 因气滞血瘀和痰瘀互阻这两种证型均同时伴有正虚的存在, 故元教授在用药时, 多用小剂缓攻, 唯恐损伤正气。

(责任编辑: 刘淑婷)