

痰瘀互结理论基础渊流探赜*

王 青, 王雪梅, 李 倩, 杨 梅[△]

(云南中医学院, 云南昆明 650500)

〔摘 要〕通过痰瘀互结理论源流的探析, 了解各个时期痰瘀互结理论及临证治疗的进展, 认为痰瘀互结证的形成是由多种因素共同作用而形成的一种病理状态, 痰瘀互结又是其他疾病产生的病理基础, 气滞、阳虚、脾虚与痰瘀的形成直接相关, 其临床表现虚实夹杂, 因此在痰瘀同治的同时还要考虑到其他病性因素。

〔关键词〕痰瘀互结; 理论渊流

中图分类号: R228 文献标志码: A 文章编号: 1000—2723(2011)02—0005—02

1 痰瘀互结证之概念

痰瘀互结证, 又名痰滞蓄血、痰瘀内阻证、血瘀痰凝证^[1], 指的是在疾病的形成发展过程中, 出现了由痰证的临床表现和瘀证的临床表现所组成的一系列复杂的证候群。临床上多表现以局部肿块刺痛, 肢体麻木, 痿废, 胸闷痰多, 或痰中带紫暗血块, 舌紫暗或有斑点, 苔腻, 脉弦涩等为主症。“痰瘀相关”生理基础源自“津血同源”, 津液与血液同源于水谷精微, 行于脉中为血, 渗于脉外为津, 两者相互渗透、相互促进、相互补充。在病变中, 痰和瘀又分别是机体水液、血液代谢障碍的病理产物, 基于两者生理基础相同的原理, 或由于各种原因导致血液运行障碍, 瘀滞不行, 气不流通, 升降失职, 水津不布, 痰液由生, 痰瘀互结; 或可由于各种原因导致水津不布, 生化痰湿, 阻碍气机, 血运不畅, 瘀血由生, 痰瘀互结, 两者可相互影响、相互为病, 最终痰、瘀相互搏结为患, 因此痰瘀之间存在密切联系。

2 痰瘀互结理论的形成和沿革

2.1 痰瘀互结理论的初期发展

中医学关于痰瘀相关性的认识渊源较早, 《黄帝内经》中已经阐明了津血同源的生理关系以及瘀血形成的原因, 在此基础上也提到了瘀血与湿气、津液之间的相互联系。如《灵枢·痈疽》指

出: “津液和调, 变化而赤为血”; 《灵枢·邪客》有云: “营气者, 泌其津液, 注之以脉, 化以为血, 以荣四末, 以注五脏六腑”; 《灵枢·百病始生》指出: “湿气不行, 凝血蕴里而渗涩, 著而不去, 而积成已”; 《灵枢·百病始生》说: “凝血蕴里而不散, 津液渗涩, 著而不去而积成矣”。另外《黄帝内经》虽然未明确提出痰瘀互结的相互联系, 但对津液与血瘀相互影响的病理过程有所论述, 在《灵枢·百病始生》云: “胃肠之络伤, 则血瘀于肠外, 肠外有寒, 汁沫与血搏结, 则合并凝聚不得散, 而积不得散”, “怒盛气逆则血苑于上, 积在膈间, 碍气升降, 津液因聚, 为痰为饮。汉代张仲景在《金匱要略·咳嗽痰饮病脉证治第十二》中说: “问曰: 夫饮有四, 何谓也, 师曰: 有痰饮, 有悬饮……, 水走肠间, 沥沥有声, 谓之痰饮……”, 在《金匱要略·惊悸吐血下血胸满瘀血病脉证治第十六》中说: “师曰: ……, 胸满, 唇痿舌青, 口燥但欲漱水, 不欲咽, 无寒热, 脉微大来迟, 腹不满, 其人言我满, 为有瘀血”, 张仲景虽然未有痰瘀互结的论述, 但是提出了痰、瘀血的病名, 可以说是一大进步, 为以后医家提出痰瘀互结证名奠定了基础。

隋唐之后对痰瘀相关认识进一步加深, 诸多医家对津血的生理联系和痰瘀的病理影响都进行了较

* 基金项目: 云南省教育厅科学基金项目 (NO: 2010C166)

收稿日期: 2011—01—12 修回日期: 2011—03—10

作者简介: 王青 (1983~), 女, 云南中医学院硕士研究生, 研究方向: 证候规律化研究。△通讯作者: 杨梅, E-mail: yangmei1828@yahoo.com.cn

为细致的论述。巢元方《诸病源候论》中提出：“诸痰者，此由血脉壅盛，饮水结聚而不消散，故能痰也，或冷或热，或结食，或食不消，或胸腹痞满，或短气好眠，诸候非一，故云诸痰”，巢氏不仅认识到痰瘀产生的原因，还说明了痰瘀互结的某些临床症状。陈无择《三因极一病症方论》中说：“津液流润，营血之常，失常则为痰涎，咳嗽吐痰，气血乱矣。”论证了津液营血间的生理联系，说明痰水之化生，乃气血逆乱所致。杨世瀛《仁斋直指方附遗·方论》指出：“真心痛，也可由气血痰水所犯引起。”严用和《济生方》中说：“人之气道贵乎顺，顺则津液流通，绝无痰饮之患，调摄失宜，气道闭塞，水饮停于胸膈，结而成痰，其为病也，症状非一。”

朱丹溪对痰瘀关系较前人更为注重，提出“自气成积，自积成痰，痰挟瘀血，遂成窠囊”^{[2]143}的论点，开创了痰瘀致病之先河，其明确指出“痰随气行，气顺痰消”，此中所提及之气，主要是指肝气，认为肝气舒畅条达与否是津液凝滞为痰的重要原因。并提出诸病皆由痰而生，在治疗上也指出：“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身津液亦随气而顺矣。”提出了“痰瘀同治”的观点，并择其痰瘀多寡而治^{[2]153}。

2.2 痰瘀互结理论的重要发展阶段

明代《张氏医通·痰饮》把“痰积胸痹”分为实痰虚痰两类，指出“痰瘀死血，随气上攻。”秦景明，《证因脉治》云：“心痹之因……痰凝血滞”。杨世瀛《仁斋直指方附遗·方论》指出：“真心痛，也可由气血痰水所犯引起。”清·龚信《古今医鉴·心痛》提出：“心痹痛者，……素有顽痰死血”。这些记载对后世医家在临证诊断和治疗疾病时起到了积极地指导作用。李梴《医学入门》中言：“腹心疼痛，全是瘀血”。秦景明《证因脉治》云：“心痹之因……痰凝血滞”。《继志堂医案》载：“胸痛彻背，是名胸痹……此病不惟痰浊，是与瘀血交阻膈间。”龚信《古今医鉴·心痛》提出：“心痹痛者，……素有顽痰死血”。中医学认为“不通则痛”，因心主血脉，若血受寒或者供应不足，以致血行迟涩导致痰瘀产生，阻碍心气之运行是为不通，故疼痛，称胸痹。老年胸痹是常见的疾病之一，可因肾气虚，蒸化水液功能下降，开阖不利，气化失常，水湿上泛，聚而为痰，

致胸阳不运，心脉痹阻，发为胸痹。或肾阴亏虚，五脏之阴不能得以滋养，阴虚火旺，炼液为痰，上犯于心发为胸痹。老年胸痹病因很多，但是痰浊瘀血阻滞心脉是其病理基础^[3]。

吴昆《医方考》^[4]认为：“中风手足不用，日久不愈者，经络中有湿痰死血也，活络丹主之。”《证因脉治》说：“半身不遂之因或气滞血凝，脉痹不行，或胃热生痰，流入经遂，踞绝道路，气血不得往还。”陈士铎《辨证录·呆病门》提出：“痰积脑中，盘踞心外，使神明不清而成呆病也。”《石室秘录》中：“痰气最盛，呆痴最深”，强调了痰与痴呆的关系。周学海《读医随笔·证治类·惊厥癫痫（奔豚）》中：“经曰心营肺卫，又心主知觉。心包络之脉，为瘀血所阻，则心之神机停滞而无知矣。是营气壅实，而卫气不足以推荡之，蓄积至此也。又心与小肠脉络相通，小肠脉中有凝痰瘀血，阻塞心气，亦发为癫也。厥之病，气实而血虚；癫之病血实而气虚，其邪皆实，其正皆虚”，说明了痰瘀互结于心包络可致惊厥癫痫。

3 小结

综上，历代医家已经对痰瘀相关学说做了充分的论述，在痰瘀互结证产生的原因和机理有较深认识的基础上确立了临证治疗的理法方药。痰、瘀的形成与五脏关系密切，两者共同致病因素多为气虚、气滞、外感寒邪、内生邪热，病位可在心，在肝或在经络，四肢等，致病广泛，症状复杂。“气为血之帅，血为气之母”，各种原因导致血液运行障碍，瘀滞不行，气不流通，升降失职，水津不布，痰液由生，痰瘀共病的病理特点为痰瘀同治，包括见痰防瘀或见瘀防痰的治疗方法提供了更广阔的理论依据，从而避免了见痰只化痰或见瘀只消瘀的局限性治疗。现代很多新生疾病其表现症状复杂，病程绵长，辨治棘手，与痰瘀互结发病特点表现相似，痰瘀相关性越来越受到现代学者和医家的重视，因此借助现代科学研究方法和新的科研技术，利用中医的整体观念和辨证思维，从某些疑难杂病或现代新生疾病中更准确的探究出痰瘀互结证候特征及其诊疗规律，指导临床，促进中医事业的向前发展。

[参考文献]

[1] 韩成仁. 中医证病名术语大辞典 [M]. 北京：中医古籍出版社，2000：247.