

实用血瘀证学

第2版

主编／陈可冀 史载祥

 人民卫生出版社

实用血瘀证学

第2版

主 编：陈可冀 史载祥

副 主 编：杜金行

主编助理：贾海忠 马晓昌

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用血瘀证学/陈可冀等主编. —2 版. —北京:人民卫生出版社,2013

ISBN 978-7-117-18106-8

I. ①实… II. ①陈… III. ①血瘀-研究 IV. ①R241.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 222505 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

实用血瘀证学

(第 2 版)

主 编: 陈可冀 史载祥

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 58

字 数: 1411 千字

版 次: 1999 年 10 月第 1 版 2013 年 10 月第 2 版

2013 年 10 月第 2 版第 1 次印刷(总第 2 次印刷)

标准书号: ISBN 978-7-117-18106-8/R·18107

定 价: 146.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

活血化瘀临床研究的心路历程

陈可冀

我国传统活血化瘀疗法及有关方药的理论、适应证,其针对血瘀证的辨证诊断标准,以及常用的复方和药物及其机理的研究,是一项至为系统而庞杂的研究工程。我们毕其一生也只是做了一些力所能及的部分工作。中国中医药传统科学文化广博精深的积淀,以及面对当今国际医学进步和多元语境,需要我们提高中西两种医学科学文化沟通和汇聚的自觉性,才有可能做出具有中国传统医学元素的成就。发展中医药学和中西医结合应是现代医学进步的、且做出有益于百姓成果的重要源泉部分。

初始实践的个人情趣

1958年,适逢全国兴起科学技术大协作浪潮,中国中医研究院(现中国中医科学院)指派赵锡武、郭士魁和我等6名医生投入到阜外医院心血管病研究所(现国家心脏中心)协作研究高血压病及冠心病的中医药临床,历时多年。我们几位年轻一些的医生还直接参加病房和门诊等具体工作。我当年才刚刚27岁,做住院医师,24小时病房负责制,除临床实践外,还负责承担两单位之间的协作沟通工作,常有机会接触到吴英恺、黄宛、方圻等知名教授,讨论工作安排。黄宛教授当时刚刚39岁。郭士魁医生当年才43岁,他热爱专业,责任心强,为人诚挚友好,我和他一起感到亲如家人,两个单位互相协作的关系很好。我们在接触大量冠心病心绞痛病人中,注意到应用活血化瘀方药确有助于缓解疼痛,减少硝酸酯类药物的用量,有的病人每周舌下含用约百片,经连续使用血府逐瘀汤类方药加减治疗后,可减少其消耗量约3/4;联想到传统理论“气血流通,百病自己”、“通则不痛”的认识,与现代改善心肌供血思路之间具有极好的可通约性,也是中西医结合的极为容易沟通的切入点。我们于1961年发表了这方面治疗经验的相关论文,指出活血化瘀疗法的经典理论意义和实际应用价值;以后又陆续积累案例,多经重复和验证;并从经典文献中探讨历代该治法的嬗变发展规律,丰富治疗方法。阜外医院医生及中国医学科学院专家们也很有兴趣,我应吴英恺院士的建议,在阜外医院做过数次相关专题讲座。这对我影响很大,奠定和稳定了毕生不可动摇的活血化瘀临床研究方向。

医疗研究必须服从社会需求

科学研究选题必须适合当代社会需求和传统医学科学自身的优势,这是我们专业科研工作成功的目标和意义所在,不可苟且。1971—1972年间,根据周恩来总理的指示,北京地

区成立了防治冠心病协作组,加强对该病的防治研究,以阜外医院吴英恺院士为组长,他很有魄力,对中西医结合毫无抵触情绪;西苑医院和解放军总医院为副组长单位。北京地区包括北京协和医院、北京友谊医院、北京同仁医院等十多家医院参加协作,阵容强大。经过反复集体讨论与修订,最后选定以活血化瘀复方冠心Ⅱ号为主要研究目标,此复方具活血化瘀、理气定痛作用。经十多家医院多中心合作观察,证明对630例病人治疗的有效率达80%以上,显效率33%,我是该研究结果论文的主要执笔者之一。同时还进行了基础研究包括药理、病理、生化、血液流变性等,专家还协作观察到该复方临床具有提高纤溶活性水平、降低第13因子活性等作用,在改善心肌缺血和血液流变异常方面,分别做出很好的成绩,对血瘀证实质的阐明做出了“文革”后医学研究的新贡献。此项集体研究获全国科学大会奖,其治疗思路得到社会认同,为全社会提供防治冠心病的活血化瘀思路与方向,辐射全国,形成所谓心血管病治疗的“活血化瘀现象”。第一本活血化瘀专著由我与张之南、梁子钧、徐理纳教授合作主编出版。这些工作震撼了中医界,使我们对中医血瘀证及活血化瘀理论的认识,进一步得到洗礼,也使得活血化瘀理论研究、活血化瘀药物机理研究及开发研究,从此得以蓬勃发展。

真情实意追求创新进步

“冠心Ⅱ号”的面世,社会及业界反应甚好。但我们认为由于制剂的工艺尚有不足,病人服用量较大。当年我们决定改进提取有效部位,改制成“精制冠心病片”,经阜外医院、同仁医院及西苑医院等几家医院合作进行临床观察,进一步确认了其疗效,减少了服用量。此试验结果发表于《中华心血管病杂志》(1982年),编者按语高度赞扬这一临床研究及方法学的进步,被我国当今循证医学家誉为我国中医药领域研究历史上的第一篇RCT临床研究成果。此药后制成“精制冠心颗粒(片)”,为《中华人民共和国药典》收录。

“冠心Ⅱ号”属理气活血化瘀中成药,当年有人非议认为活血化瘀应先益气。但我们认为理气定痛属“标而本之”,亦一理想治疗思路。当然,加入益气药,会更适用于气虚血瘀的案例。我们特别重视川芎这味药,1973—1976年,我们提取并研制成功川芎嗪(川芎一号碱),且可化学合成。在临床应用前,在一系列临床前基础研究的同时,我亲自与中国科学院生物物理研究所贝时璋院士电镜室的专家合作,观察到冠心病病人用药后聚集型和扩大型血小板减少,圆型血小板增多,于是首先临床应用于缺血性脑血管病,取得良好效果,后又经北京十余家医院进一步重复证实,现在是国家基本药物。当年我们还确证了其具有抗血栓素 A_2 生成的作用。以后我的研究生还进一步证实其具有降低门脉压力的功效。我们对“冠心Ⅱ号”另一组成药赤芍的有效部位赤芍精(儿茶精)的抗血小板作用也做了系统研究,赤芍801是现在抗血栓的有效药物之一,也是当年我们率先用于临床的,现被广泛应用于血栓栓塞性疾病的防治。

敢于不断面对困境与挑战

心血管介入医学使得药物治疗似乎显得苍白无力,但介入治疗虽可见效于即刻,但术后又有一些病例再狭窄,成了介入治疗术后的瓶颈。20世纪80年代后期,我和北京大学第三医院陈明哲教授商定合作进行中医药防治介入后再狭窄的研究,我的学生史大卓、徐凤芹、马晓昌、李立志都参加研究。鉴于介入损伤血管雷同于血管损伤血瘀证的思路,决定开展此

项研究,并得到国医大师路志正教授的认同,认为再狭窄也可归结为血瘀证。我们选用血府逐瘀汤作为基础,做对内皮细胞及平滑肌细胞及血小板功能影响的观察,证明临床有效,获国家中医药管理局科技进步一等奖。这项研究一直延续到现在,近二十年,证明了川芎酚与赤芍苷的有效性,工作深入到分子机理,六家三甲医院多中心 RCT 研究证明可减少半数病人术后免于再行血运重建术。课题组临床及基础系统还研究了血瘀证本质,制定了血瘀证定量标准,根据临床各类疾病血瘀证的生物流变性降低和亢进特点做了进一步分类;对活血化瘀药进行和血、活血及破血的合理分类,阐明活血药基本作用通路;血瘀证及活血化瘀研究 2003 年获国家科技进步奖一等奖。

团结合作 把梦想变为现实

中华民族文明历史久远,内涵丰富,它极大地促进了传统中医药学的发展。文明与文化有不同的概念,文化可以各说各的话,文明则要求在价值观上有所具体体现,所以,医学科研要与提高现实临床疗效密切结合,不可以迷失方向。

我们这一代人更应该本着“士不可不弘毅,任重而道远”的执着精神,稳定自己的个性十足的方向,举起自己既往成果的大品牌,丰富和完善它。在中医药发展史上,我们当为针对临床各类血瘀证的治疗,所分析发展的一系列活血化瘀理论,以及总结出的一系列和血、活血及破血等诸类药物,以及理气活血、益气活血、痰瘀并治等多彩的复方,加强多学科合作与比较研究。我所设计的益气活血化痰通腑治疗心肌梗死复方愈梗通瘀方获马晓昌、徐凤芹、廖欣医生验证证实了其效果,倡导早用大黄等用药经验。近年我们课题组 973 项目提出了心血管血栓性疾病的瘀毒互变理论,史大卓、徐浩、殷惠军、张京春等医生分别就临床转归、相关差异蛋白及临床表征辨证标准做出贡献。近年现代科学技术突飞猛进,但面对各类疾病,时常也是很无奈与困惑,我们这一代中医药学及中西医结合医学科学工作者,不可以沮丧志气,悄然没有声息,应该在珍视以往成绩基础上,有责任地将这些前人成就、文明进步,做出有力的传承,我们应该有梦想,接上地气,融入现实,找准定位。不求大而全,但谋专而特;实现转化,跨越学科界限,剑指临床医学界难题,制定国际认同的标准、规范;克服局限性,为解决实际临床问题,丰富发展活血化瘀理论与实践,通力合作,互相包容,做出应有的新的奉献。我们的存在,不能只是谋生计,还应考虑自己立身处世之本,在一起是缘分,团结包容就是力量,我们的集体要出人才,出实用型医学家,战略科学家,出思想,出理论,出实用性成果,为人民大众和中医药及中西医结合事业留下业绩。

后再灌注时代活血化瘀研究的新思考

史载祥

一、活血化瘀治疗冠心病的历程

20 世纪 70 年代郭士魁、陈可冀前辈创活血化瘀治疗冠心病心绞痛,后以冠心Ⅱ号方为代表,从临床、基础研究方面均获重大突破。甚至以活血化瘀(心梗合剂)结合西药对症治疗,可使急性心梗死亡率下降至 15% 左右(当时单纯西药治疗组死亡率在 30% 左右)。在理论层面上也是对《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》的超越及发挥。众所周知,该篇提及“阳微阴弦”是胸痹心痛的发病机制,治疗集中于宣痹通阳,但尚未触及活血化瘀治疗。这也是病证结合的典范,尤其当时西医对冠心病的认识,是基于冠状动脉粥样硬化所致冠脉狭窄,冠脉血流量下降,造成心肌缺血缺氧,这种较单一的血流动力学观点,活血化瘀治疗确实显示了其独特的疗效,体现“心血瘀滞,不通则痛”活血化瘀治则优势。

20 世纪 80 年代后 PTCA、PCI 以及 CABG 等再灌注治疗时代,技术进步,使其治疗由保守转为主动血运重建,冠心病急性心梗死亡率逐步下降至 5% 左右,活血化瘀治疗已风光不再。

二、瘀毒互结与经脉下陷

20 世纪 90 年代后, Ross 发现血管内皮结构及功能受损是动脉粥样硬化发生发展的关键,易损斑块破裂以及血栓形成是 ACS 的发病机制,而单纯的冠脉狭窄并非决定因素。冠状动脉粥样硬化导致的动脉重构以及内皮功能改变,心肌细胞能量代谢异常,提出从易损斑块到易损患者对冠心病的认识。是从生物物理学(血流动力学及血液流变学)向系统生物学观念转变,这种转变证实,斑块大小、位置以及冠状动脉狭窄的程度与 ACS 发病无关。PCI 虽能重建血运、纠正严重狭窄,但不能改变动脉硬化的生物学过程,其斑块不稳定仍未解决。有鉴于此,结合 ACS 的炎症瀑布反应、氧化应激损伤、细胞凋亡、组织坏死,在血瘀基础上,有研究又提出“因瘀化毒、瘀毒互结”新的冠心病中医病因认识,这基于《金匱要略》气、血、水理论,以及汤本求真《皇汉医学》所述“万病一毒”,可以从瘀毒理解。

现代医学对冠心病认识的转变,给我们重要启示。但从中医学理论体系的特点及优势、更应引起我们的关注。10 年前全球 50 多位最著名的心血管专家在 Circulation 杂志共同提出预防急性心脏事件的新方向。即“易损患者”新理念,其实质就是突出整体观念。否则见狭窄就扩,见堵就通,“除恶务尽”何时是了。曾问及某介入专家给患者做 PCI 最多做过多少支架,答“17 枚”,而早在一千八百多年前《金匱要略》在胸痹心痛篇,开篇明义“阳微阴弦,即胸痹而痛”并将胸痹、心痛、短气合一篇共同讨论,这与现代有些学者提倡重新组合“胸痛”专科如出一辙。

为此活血化瘀研究要走出目前的瓶颈,应注重中、西医两套理论体系的碰撞、渗透、融合。数据显示我国 PCI 总例数去年约 40 万例(每年还以 30% 增长),然而,即使进行了完全血运重建,仍有 50% 左右的患者在术后 1 年内仍存在心绞痛症状。COURAGE 研究显示即

使 PCI 术联合最佳药物治疗使患者血压、血糖、血脂均达标,并加用硝酸酯类、 β 受体阻滞剂类、长效钙拮抗剂治疗心绞痛,第 1 年仍有 34% 患者存在心绞痛症状,提示传统物理学治疗无法完全缓解症状,而单一的活血化瘀治疗,也遇到难题。PCI 使心外膜大血管再通,并不意味着心肌组织在微循环水平恢复再灌注,也不意味缺血心肌细胞都可以被挽救存活,其中冠状动脉无复流及心肌无复流是最常见的原因。其机制主要是微血管栓塞、痉挛,缺血再灌注损伤、炎症细胞因子介导等。

为此,再灌注治疗关注点渐从心外膜大血管血运重建,逐步转移到心肌组织水平的灌注。另外国外研究提示“非阻塞性冠心病”发病也呈逐步上升趋势(2011 年 European Heart Journal“冠状动脉微血管病变研究进展”),所谓“非阻塞性冠心病”多指合并糖尿病的冠心病、女性冠心病、心梗后以及 PCI 术后仍存心绞痛者。

冠状动脉微循环障碍,应属中医心络瘀阻,但这是整体气、血、脏腑、经络功能障碍的延续,然局部的心络瘀阻又是整体血瘀证的再致病因素。中医对胸痹、心痛的整体认识是本虚标实,也即“阳微阴弦”,阳微主要指气虚、阳虚,阴弦主要指血瘀及痰浊(包括瘀毒、浊毒),中医理论对气的认识,瘀血的形成离不开气,或气滞血瘀,或气虚血瘀,但气的理论核心是气化、升降,所谓“出入废则神机化灭,升降息则气息孤危,非出入则无以生长壮老已,非升降则无以生长化收藏”,是以升降出入,无器不有”(《素问·六微旨大论》),中医对胸痹心痛的基本认识是“阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也,今阳虚知在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也”(《金匱要略》)。此处上焦即心、肺,以此为出发点,心绞痛从中医整体辨证是本虚标实,当今也基本达成共识。即从整体上是“虚陷瘀阻”,但其就升降而言“升降出入,无器不有”,也就是患者整体有气陷、生化失司。从脏器水平上,心、肺也有气虚下陷,而从络脉水平上也有“经脉下陷”(《灵枢》)。结合临床如冠状动脉扩张症(CAE)形成慢血流、血栓形成,或痉挛诱发心肌缺血,还有 PCI 后冠状动脉性无复流或慢复流,以及心肌无复流、包括微血管栓塞、血栓形成、痉挛等。上述“非阻塞性冠心病”也应包括于此。所以治疗上单一的活血化瘀已难以胜任,必须“化瘀首重气血,言气必重升降”。我们由此以“升陷祛瘀”治疗 PCI 后心绞痛,也取得初步疗效。

有学者概括中医理论与西医理论最大区别之一是中医讲“气”,西医不谈“气”,但也不尽然,如 NO、 H_2S 、CO 等对血管内皮的作用已逐步解明,活血化瘀必须与气化升降相结合。

三、祛瘀生新与活血生脉

活血化瘀治疗的目的除控制疼痛,缓解症状外,更主要是“瘀血去而新血生,不伤正而正自复”。美国稳定性心绞痛指南也强调在控制症状情况下,首选能改善预后或可能改善预后的药物,即改善血供的同时又能提进心脏保护,减少冠状动脉事件发生。活血化瘀某些中成药,实验证实可在鸡胚绒毛尿囊膜上血管数增加,细胞表达,血管内皮生长因子(VEGF) mRNA 明显增高,以及在心肌梗死大鼠的梗死边缘区 VEGF、重组碱性成纤维细胞生长因子(BFGF)等表达以及血管密度均增加。当然这种治疗性血管新生和所谓“药物促进的心脏自身搭桥”的临床实际还有一定距离。

中医“祛瘀生新”是通过祛除瘀血,疏通经络,调畅气机,“气化生血”,“血为气母”,祛瘀和生新是相互关联,辩证统一的。“旧血不去,则新血断然不生;而新血不生,则旧血亦不能自去也”(《血证论》),故祛瘀是前提,但新血(脉)不生,则祛瘀也难完成。

活血祛瘀可促使侧支循环的形成,以及心肌微循环血运完善重建。此外“新血”不完全是肉眼所见物质的“血”,而应该包括组织氧供以及心肌代谢方面的改变。比如即便再灌注治疗后血运重建,心脏血供增加,并不一定是心肌组织(细胞)氧供以及氧利用的增加,以及心肌代谢的充分改善。

“气血冲和,万病不生”,“正气存内,邪不可干”,中医认为人体是一脏腑经络为内在联系的有机整体,局部病变是整体阴阳失调的体现,重视整体内因作用。后再灌注时代活血化瘀研究也不例外。中西医结合治疗有从整体出发多层面、多靶点的优势,尤其以中药诱导的内源性调控保护,可能是更为积极、主动、有效地走出困境的新途径。缺血预处理是目前所知最好的心肌保护策略,即先给予可耐受的缺血刺激,此类触发机制启动心肌内源性保护机制,这一多途径保护机制作用很强。但涉及伦理目前尚未应用于临床,我们以中药大蒜提取物可模拟早期以及延迟预保护作用,证实可减少心肌细胞损伤、死亡,比对照组明显缩小(约10%)心肌梗死范围,促进心功能恢复,减轻过氧化损伤,且在一定范围内呈剂量-效应关系。这种保护作用在预处理后12小时产生,24小时作用最强,36小时基本消失,其作用机制可能与大蒜素激活信号传导途径,通过PKG、MAPKs通路(蛋白激酶G_s,分裂原激活的蛋白激酶超家族),促进HSP(热休克蛋白)等表达上调,蛋白合成加速有关。大蒜在明《本草纲目》已有记载可“通五脏,达诸窍,化癥积”,在我们的另一研究中已认识到对犬心肌缺血再灌注损伤的明显保护作用。活血化瘀有望从内源性调控保护,证明其缓解冠心病临床症状,提高生活质量,发挥其远期心脏保护作用,减少心脏事件的发生。

序

我国传统医学在诊断疾病方面有许多实践经验和真知灼见的巧妙结合,如对时令病中的“秋燥”和“温燥”的诊断,对内脏器质性或功能性疾病的“反胃”和“胃缓”的诊断,对成组症状和体征改变的“狐惑病”和“百合病”的诊断等,十分科学,由此引发的治疗原则和方法的举措,也是很能切中病机,产生桴鼓之效的。血瘀证的诊断,也是独具中医学特色,将气血辨证与八纲辨证交互融汇,若将生物流变学包括血管流变学及血液流变学等诸种因素与传统血脉凝滞或络脉不畅等病证加以印证比较,可以发现有不少不谋而合的认识,因而传统的和血药、活血药及破血药在针对这些病证的治疗方面,也常取得较满意的成效,对当代世界医学是启迪,也是机缘。

血瘀证和活血化瘀治则及方药的研究,在我国已有 40 年以上的历史,是我国中医药及中西医结合研究领域相当活跃并已有一定创新成绩的方面。我们在心脑血管病医疗研究中体会深刻。当然,结合现实病情,若能灵活运用不同法则,将会更能提高效果,造福病家。

血瘀证见于多种疾病,我国医学界已广泛应用活血化瘀药治疗多系统疾病,自成体系。在基础理论研究方面,更已从整体、器官和细胞水平,深入到分子基因水平,阐明了不少机制。本书试图将血瘀证独立形成一门学科知识,组织有关专家合作完成《实用血瘀证学》一书。我们深信,这方面的医疗实践和科学研究,正方兴未艾,在科学发展日新月异的今天,会做出新的业绩,为弘扬我国传统医药学,丰富世界医学,提高医疗水平,更上一层楼。

陈可冀

1998 年 11 月 17 日

于北京西苑医院

再版说明

传统中医学对血瘀证的认识以及针对血瘀证所采用的活血化瘀治疗,源远流长,理论独特,经验丰富,应用广泛,尤其在治疗某些疑难病方面效果显著,因而深得国内外医药界关注。建国后由于国家重视、各种现代化检测手段的逐步建立,特别是伴随中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会的成立,血瘀证及活血化瘀众多研究被列入国家级重点研究课题,多年来在庞大研究队伍的共同努力下取得了长足进步,其中某些项目获国家发明或进步奖、卫生部重大科技成果奖,尤其是2003年,血瘀证及活血化瘀研究获得国家科技进步一等奖,该奖项是新中国成立以来中医、中西医结合科研取得的最高奖项,标志着血瘀证及活血化瘀研究已成为当前中医、中西医结合领域中最为活跃、最为深入、而且最富有成效的领域之一,为中医药走向世界作出了重要贡献。

出版于1999年的《实用血瘀证学》已经历时十年,对血瘀证及活血化瘀深入研究起到了很大的推动作用,为血瘀证及活血化瘀研究成为中西医结合一门新兴学科奠定了基础,也成为临床及实验研究者的手头必备之书。为进一步反映血瘀证及活血化瘀最新研究成果和进展,应广大同道的鼓励和要求,由中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会名誉主任委员陈可冀院士、史载祥教授牵头,经过第八届全国血瘀证及活血化瘀研究学术大会全体代表广泛讨论,组织全国有关血瘀证及活血化瘀研究的专家,对新经验、新技术、新成果进行了汇总,以保证本书的科学性、先进性和实用性。

本书仍分为上、下两篇。上篇增加了活血化瘀经方研究、血瘀证各类兼证、血瘀证诊断研究概况、2010年血瘀证及活血化瘀诊疗共识、血瘀证诊断标准存在的问题及修订展望、血流剪应力生物效应研究、气体信号分子研究等新理论、新方法,增补了一些活血化瘀药物和方剂的最新研究结果。下篇针对活血化瘀治法在临床中的使用,更新、增补或删除了相关内容,着力加强了近年有关疾病的重大研究进展,对某一系统疾患均在开始部分进行了总体归纳,便于读者总体把握,显著突出了其在优势学科、优势病种中的应用,较为充分地反映了活血化瘀治法的实用性。

本书在重修、再版过程中得到了中日友好医院领导、全国中西医结合心血管病中心同仁的大力支持,一并致谢。

限于篇幅和水平,书中难免疏漏之处,敬请大家提出宝贵意见,以便我们不断完善。

杜金行

2013年3月

目 录

上 篇

第一章 血瘀证概论	1
第二章 血瘀证的病因及发病机制	3
第一节 血瘀证的病因	3
第二节 血瘀证的发病机制	4
第三节 活血化瘀经方研究	7
第三章 血瘀证的辨证	13
第一节 血瘀证的主要脉证	13
第二节 血瘀证体征的量化	14
第三节 血瘀证的辨证方法	17
第四节 血瘀证的现代分类	19
第五节 血瘀证各类兼证	20
第四章 血瘀证诊断标准及定量诊断	22
第一节 血瘀证诊断研究概况	22
第二节 血瘀证综合诊断标准	24
第三节 血瘀证定量(记分)诊断标准	27
第四节 血瘀证及其类型诊断新标准	30
第五节 血瘀证诊断标准存在的问题及修订研究思路	34
第五章 血瘀证治则和治法	40
第一节 血瘀证治则的基本要点	40
第二节 常见血瘀证的治疗方法	43
第三节 血瘀证的中西医结合治疗思路	47
第六章 血瘀证的基础研究	51
第一节 血液流变学研究	51
第二节 血小板功能研究	61
第三节 血管活性因子研究	77
第四节 炎症与结缔组织代谢研究	87
第五节 微循环研究	98
第六节 凝血功能研究	102
第七节 血流动力学研究	120
第八节 组织氧利用研究	125

第九节 血流剪应力生物效应的研究	132
第十节 气体信号分子的研究	138
第七章 血瘀证动物模型的研究	144
第一节 血瘀证动物模型的研究概况	144
第二节 基于中医病因的血瘀证动物模型	146
第三节 模拟血瘀证客观病理改变的动物模型	150
第八章 活血化瘀药理研究	156
第一节 概论	156
第二节 活血化瘀药物研究	166
丹参(166) 鸡血藤(184) 当归(185) 川芎(192) 蒲黄(200) 红花(203) 刘寄奴(207) 五灵脂(207) 郁金(209) 三七(211) 姜黄(218) 泽兰(219) 苏木(220) 益母草(223) 延胡索(227) 牛膝(230) 乳香(234) 没药(235) 蛭蟥(237) 鬼箭羽(239) 王不留行(240) 水蛭(241) 虻虫(245) 三棱(247) 莪术(249) 血竭(253) 桃仁(255) 虻虫(258) 干漆(259) 紫葳(260) 赤芍(260) 牡丹皮(264)	
第三节 活血化瘀复方研究	267
一、补阳还五汤	267
二、血府逐瘀汤	270
三、失笑散	274
四、桃红四物汤	276
五、桃核承气汤(桃仁承气汤)	278
六、温经汤(大温经汤)	280
七、通窍活血汤	282
八、少腹逐瘀汤	283
九、膈下逐瘀汤	285
第九章 血瘀证的非药物(针灸)疗法	287
第一节 针灸对机体血液流变学的影响	287
第二节 针灸对机体微循环的影响	290
第三节 针灸对机体血流动力学的影响	291
第四节 针灸对血瘀证影响的实验研究	292

下 篇

第一章 神经精神系统疾病	299
第一节 缺血性脑血管病	300
第二节 出血性脑血管病	318
第三节 癫痫	326
第四节 震颤麻痹	331
第五节 面神经炎	339
第六节 精神分裂症	343

第七节 睡眠障碍·····	348
第八节 偏头痛·····	355
第九节 脑底异常血管网病·····	364
第十节 糖尿病性周围神经病·····	367
第十一节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病·····	375
第十二节 老年性痴呆·····	381
第二章 心血管系统疾病·····	387
第一节 冠心病心绞痛·····	388
第二节 心肌梗死·····	395
第三节 高血压病·····	403
第四节 充血性心力衰竭·····	414
第五节 风湿性心瓣膜病·····	418
第六节 心律失常·····	423
第七节 病态窦房结综合征·····	430
第八节 心肌病·····	437
第三章 周围血管病·····	441
第一节 血栓性静脉炎·····	441
第二节 多发性大动脉炎·····	450
第三节 红斑性肢痛症·····	456
第四章 消化系统疾病·····	462
第一节 慢性胃炎·····	464
第二节 消化性溃疡·····	471
第三节 上消化道出血·····	476
第四节 胃肠道功能紊乱·····	482
第五节 病毒性肝炎·····	485
第六节 肝硬化·····	491
第七节 慢性胰腺炎·····	502
第八节 溃疡性结肠炎·····	507
第五章 呼吸系统疾病·····	518
第一节 慢性阻塞性肺病·····	524
第二节 肺间质纤维化·····	531
第三节 慢性肺源性心脏病·····	546
第四节 支气管扩张症·····	555
第五节 肺脓肿·····	562
第六章 泌尿系统疾病·····	570
第一节 慢性肾小球肾炎·····	575
第二节 肾病综合征·····	581
第三节 高血压肾小动脉硬化症·····	588
第四节 糖尿病肾病·····	597

第五节 过敏性紫癜性肾炎	607
第六节 慢性肾衰竭	611
第七节 慢性前列腺炎	622
第八节 前列腺增生症	626
第九节 动脉粥样硬化性肾动脉狭窄	632
第七章 血液系统疾病	640
第一节 骨髓增殖性疾病	640
第二节 骨髓增生异常综合征	657
第三节 高黏滞血症	663
第八章 结缔组织病和风湿性疾病	670
第一节 系统性红斑狼疮	670
第二节 硬皮病	676
第三节 强直性脊柱炎	684
第四节 类风湿关节炎	692
第九章 内分泌及代谢性疾病	703
第一节 糖尿病	703
第二节 血脂异常	709
第三节 代谢综合征	715
第十章 肿瘤	724
第一节 良性肿瘤	727
第二节 肺癌	729
第三节 乳腺癌	734
第四节 食管癌	739
第五节 癌性疼痛	744
第十一章 外科系统疾病	749
第一节 甲状腺肿瘤	750
第二节 乳腺增生及肿瘤	754
第三节 阑尾炎	757
第四节 急性胰腺炎	760
第五节 肠梗阻	765
第十二章 皮肤科疾病	772
第一节 黄褐斑	772
第二节 结节性红斑	775
第三节 银屑病	778
第四节 蛇串疮	782
第十三章 骨伤科疾病	786
第一节 颈肩痛	786
第二节 腰腿痛	790
第三节 坐骨神经痛	796

第四节	骨折·····	800
第五节	无菌性骨坏死·····	810
第六节	骨质疏松症·····	815
第十四章	妇产科疾病·····	822
第一节	痛经·····	822
第二节	子宫内膜异位症(附:子宫腺肌病)·····	828
第三节	盆腔炎性疾病后遗症·····	844
第十五章	儿科疾病·····	852
第一节	小儿肺炎·····	853
第二节	支气管哮喘·····	858
第三节	过敏性紫癜·····	862
第四节	小儿白血病·····	865
第五节	病毒性心肌炎·····	870
第十六章	眼科疾病·····	874
第一节	视网膜中央静脉阻塞·····	874
第二节	视网膜静脉周围炎·····	880
第三节	高血压性视网膜病变·····	884
第四节	糖尿病视网膜病变·····	888
第五节	角膜瘢痕·····	893
第十七章	耳鼻喉科疾病·····	897
第一节	突发性耳聋·····	897
第二节	慢性喉炎·····	900
方剂索引	·····	905

第一章 血瘀证概论

中国传统医药学十分重视人体气、血、津液等的正常运行。认为气停滞不行则为气滞，津液停滞不行为痰湿，血停滞不行则为血瘀，内至脏腑，外达皮肉筋骨，莫不如是。所以临床诊疗中的气血辨证与八纲辨证一样，是备受重视的。

血瘀证，也称瘀血证，一般认为血瘀是因，瘀血是果，但实际上因果关系很难分得十分清楚。临床上所认为的血瘀证，通常是指因气虚、气滞、寒凝、火热等原因，导致血瘀而血行不畅，也有因外伤或各类急、慢性病引致出血未能及时消散而引起者，故实际上应有急瘀和慢瘀之分。对于临床尚缺乏症状或体征，而表现有高黏滞血症或高凝血功能状态者，目前大家认为应属瘀血状态。

由于瘀血阻遏的不同部位，血瘀证又有阻于经脉、肢体、脏腑、皮表等不同部位和病种之分。但作为中国传统医学特有的血瘀证概念，血脉瘀滞不畅为其共同的病理特点。其临床表现包括唇舌爪甲紫黯或有瘀点瘀斑，疼痛而有定处尤其是刺痛，出现肿块、出血、肌肤甲错及脉涩等。由于瘀阻部位的不同，症状可以各异，如胸闷心痛（心）、咳血胸痛（肺）、呕血便血（胃）、胁下痞块（肝）等。当然通常临床上多见者为有不同兼证的血瘀证如气虚血瘀证、气滞血瘀证等。对于血瘀证的治疗，强调消除瘀滞，通调血行。《素问·阴阳应象大论》称：“疏其血气，令其调达，而致和平”，又称“血实者，宜决之”，都是指导治疗的活血化瘀原则。

关于血瘀证的认识和描述，最系统的当上溯至先秦时期，《黄帝内经》先后曾以“血脉凝泣”（《素问·至真要大论》），“血凝泣”（《素问·调经论》及《素问·离合真邪论》），“恶血”（《灵枢·邪气脏腑病形》及《素问·刺腰痛》），“留血”（《素问·调经论》），“衄血”（《素问·五脏生成》），及“脉不通”（《素问·举痛论》）等多种名称论述血瘀证。

关于血瘀证病因病机的认识，《黄帝内经》也有较系统的阐述，如关于损伤瘀血（《素问·刺腰痛》及《灵枢·邪气脏腑病形》），寒凝瘀血（《素问·八正神明论》及《素问·调经论》），大怒瘀血（《素问·生气通天论》及《素问·调经论》），病久入深瘀血（《素问·痹论》），瘀血五脏卒痛（《素问·痛论》），瘀血痹证（《素问·脉要精微论》、《素问·平人氣象论》及《素问·痹论》），瘀血厥证（《素问·五脏生成》），瘀血成痼（《素问·生气通天论》、《灵枢·痼疽》、《素问·举痛论》、《灵枢·水胀》）及瘀血血枯（《素问·腹中论》）等，是临床实践的重要归纳。

东汉时期张仲景在《黄帝内经》理论上，立“瘀血”病名，并在《金匮要略·惊悸吐衄