

葛建立消癥通络法治疗下肢动脉硬化闭塞症经验^{*}张 静 景 璇¹ 张敏妹 张 欣¹ 葛建立[△]

(河北中医学院研究生学院 2017 级硕士研究生,河北 石家庄 050091)

【摘 要】 葛建立教授治疗下肢动脉硬化闭塞症有独到见解,根据“痰饮”“瘀血”病因学说,结合“痰瘀互结”理论,提出“癥积阻络”的发病观,并以“消癥通络”为治疗大法遣方用药,自拟芪黄疽愈方应用于临床,取得满意疗效。

【关键词】 通络,动脉闭塞性疾病;下肢;中医疗法;名医经验;葛建立

【中图分类号】 R543.505.31 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1002-2619(2020)03-0328-04

葛建立,河北中医学院教授、硕士研究生导师,河北省第二届名中医,河北省第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,河北省首届“白求恩式好医生”,从事中医临床工作近 40 年,致力于周围血管病常见病、多发病及疑难重症的研究,特别是对下肢动脉硬化闭塞症(arteriosclerosis obliterans of the lower extremities, ASOLE)有独到见解。ASOLE 是指由于动脉粥样硬化造成的下肢供血动脉内中膜增厚、管腔狭窄或闭塞,病变肢体血液供应不足,引起下肢间歇性跛行、皮温降低、疼痛,乃至发生溃疡或坏死等临床表现的慢性进展性疾病,常为全身性动脉粥样硬化血管病变在下肢的表现^[1-4]。随着生活方式的改变和人口的老龄化,ASOLE 的发病率逐年升高,且发病率随年龄增长而上升,保守统计,全球 ASOLE 患者已超过 2.02 亿,其中超过 1% 患者出现严重下肢缺血、甚至截肢^[3,5-6]。中医药治疗 ASOLE 具有明显优势,葛教授在前贤的基础上,应用“消癥通络”法治疗该病取得满意疗效。现将葛教授治疗 ASOLE 经验总结如下。

1 病因病机

ASOLE 属中医学“脱疽”“脱疽”等范畴,在

《灵枢·痈疽》即有“发于足趾,名脱疽。其状赤黑,死不治;不赤黑,不死。不衰,急斩之,不则死矣”的记载。关于脱疽的病因病机,《素问·举痛论》曰“寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。”后世医家对其病因病机亦多有记载,《诸病源候论·痈疽病诸候》中曰“寒客经络之间,经络为寒所折,则营卫稽留于脉……营血得寒则涩而不行,卫气从之与寒相搏,亦壅遏不通……故积聚成疽。”《外科正宗·卷二·脱疽论》曰“夫脱疽者,外腐而内坏也。此因平昔浓味膏粱熏蒸脏腑,丹石补药消烁肾水,房劳过度,气竭精伤。”可见,嗜食肥甘厚味、房事不节、过度进食补药等是导致脱疽的重要原因。清·祁坤《外科大成》载“因修甲受伤,咬伤冻伤,女因扎伤所致者,宜各详其因。”陈淑长教授认为,ASOLE 不只是局部组织气血瘀滞的病变,而且是全身气血虚弱的表现,其主要病机为久病正虚,气血瘀滞,营卫不畅,肌肤失养^[7]。侯玉芬教授认为,气虚血瘀、痰浊凝滞是 ASOLE 早期表现的病机特点;日久气血凝滞,经脉阻塞,不通则痛,出现静息痛;郁久化热,湿热浸淫,热盛肉腐,故溃疡、坏死^[8]。

葛教授总结前贤经验,结合“痰饮”“瘀血”病因学说,基于“痰瘀互结”理论,提出脱疽“癥积阻络”的发病观。葛教授认为,“痰饮”和“瘀血”既是人体气血津液代谢异常的病理产物,又是致病因素,二者虽来源不同,形成各异,但均为有形之邪,随气机升降,无处不到,且痰可生瘀,瘀可生痰,痰中有瘀,瘀中有痰,常相互影响,互为因果。

^{*} 项目来源:河北省中医药管理局 2018 年度中医药类科研计划课题(编号:2018046);河北省中医药管理局 2017 年度中医药类科研计划课题(编号:2017036)

[△] 通讯作者:河北省中医院周围血管科,河北 石家庄 050011

¹ 河北省中医院呼吸科,河北 石家庄 050011

作者简介:张静(1993—),女,硕士研究生在读,学士。研究方向:周围血管疾病。

二者常停留于经络之中,阻碍气机运行,正如金元四大家之一朱丹溪所倡“窠囊”之说。“痰挟瘀血,遂成窠囊”^[9]。葛教授在“痰瘀互结”基础上,总结多年临床经验,指出“脱疽”大多年老发病,由于素体气阴两虚,气虚推动无力,气血津液输布异常,津凝为痰,血滞为瘀,痰瘀互结则为癥,日久最终导致癥积阻络,经脉不通而发病。可见,脱疽是气阴两虚为本,经络癥积瘀结为标,为本虚标实之证,其病位在血脉,病机关键为“癥积阻络”。

ASOLE 发病原因复杂,高脂血症、血液黏稠度增加、血小板聚集率升高等为其主要致病因素^[1-2,4],葛教授认为这些血液循环中的有形成分,即相当于中医学的“痰”“瘀”,可导致血管壁脂质沉积、动脉粥样硬化斑块形成、管腔狭窄甚或闭塞、血流动力学改变,这些则属于中医学“癥积阻络”范畴。

2 消癥通络法治 ASOLE

2.1 创立“消癥通络”大法 《素问·至真要大论》曰“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之。”葛教授临证特别强调病机的重要性,指出“脱疽”的病机关键是“癥积阻络”,而痰瘀易消,癥积日久难化,故在治疗上,单纯“化痰散结”或单纯“活血化瘀”均不能使癥积得化、经脉畅通,惟有两法合用即“消癥”的方法,才能使“癥消络通”,达到治疗目的。因此,葛教授提出“消癥通络”为治疗“脱疽”的基本大法。

从西医角度看,高脂血症、血栓形成初期相当于中医学“痰饮”“瘀血”,采用降脂或抗凝、溶栓等治疗,即相当于中医的“化痰散结”或“活血化瘀”等治法,能够使血脂降低、新鲜血栓溶解。而当进入动脉粥样硬化斑块形成阶段,上述方法实显不足,葛教授采用“消癥通络”的方法,能降低血脂^[10],还能调控血管内皮生长因子表达,促进血管新生^[11],取得了满意效果。

2.2 遣方用药,辨证加减 方从法立,葛教授以“消癥通络”法组成治疗 ASOLE 的基础方“芪黄疽愈方”,药物组成:红花 12 g,鸡血藤 15 g,海藻 12 g,浙贝母 12 g,鬼箭羽 12 g,土鳖虫 9 g,延胡索 12 g,黄芪 20 g,黄精 12 g,牛膝 9 g。方中红花、鸡血藤活血化瘀通络,浙贝母、海藻化痰散结,四药合用,共奏消癥通络之功,为君药;鬼箭羽、土鳖虫、延胡索为臣药,协助君药增强活血化瘀之效;黄芪、黄精益气养阴固本,为佐药;牛膝引血下行,为使药。诸药合用,标本兼治,使癥积得化,经络

畅通,诸症悉除。

葛教授治疗脱疽,特别强调辨证的重要性,常以“芪黄疽愈方”为基础方随证加减。除主症疼痛外,若兼有患肢沉重,喜暖怕冷,局部皮肤苍白,触之冰凉,舌淡,苔白腻,脉沉细等寒象较重者,原方加桂枝、干姜、芥子等;兼有患肢黯红或青紫,下垂则甚,抬高则见苍白,舌红或紫黯,苔薄白,脉沉细涩等瘀血较重者,原方加三棱、莪术等;兼有患肢皮肤黯红而肿,患趾如煮熟红枣,渐变紫黑,破溃腐烂,疼痛异常,伴发热,口干,便秘,尿黄赤,舌质红,苔黄腻,脉洪数或细数等热毒炽盛之象,加金银花、玄参等;若患肢感觉较差,伴有麻木甚或活动不利等络脉不通之象,加僵蚕、全蝎等;若患肢疼痛明显,夜间疼痛较重无法缓解者,加乳香、没药等。另外,糖尿病肢体动脉硬化闭塞症作为 ASOLE 的特殊类型,葛教授认为其与 ASOLE 病机基本一致,但糖尿病肢体动脉硬化闭塞症较 ASOLE 本虚症状更为严重,故宜在“芪黄疽愈方”基础上加重益气养阴之品,如葛根、知母、天花粉等。

2.3 异病同治 葛教授强调,临证既要注重辨证,又要注重辨病,二者相辅相成。在辨病方面,葛教授推崇中医“异病同治”思想,即不同的疾病,只要具有相同的病机,其治疗方法也相同。ASOLE 是动脉粥样硬化在下肢的一种特殊表现,其他如脑动脉粥样硬化、冠状动脉粥样硬化等也属于动脉硬化的范畴,这些疾病虽然病名不同,但西医发病机制及中医辨证基本相同,仅发病部位各异,故“芪黄疽愈方”既可以治疗 ASOLE,同样也可以辨证治疗各种部位的动脉粥样硬化。

3 典型病例

例 1 刘某,男,69 岁。2019-04-25 初诊。主诉:双足疼痛 5 年,加重 3 个月。患者 5 年前受凉后出现双足疼痛,每于行走时发作,休息可缓解,伴有小腿麻木、发凉,就诊于当地医院,行双下肢动脉彩超示:双侧股总、股浅、胫前、胫后动脉内中膜增厚伴斑块形成,双侧足背动脉中度狭窄,诊断为 ASOLE,间断服用“血塞通软胶囊”等药物治疗,效果不佳,跛行距离逐渐缩短。3 个月前疼痛明显加重,延及小腿,休息后不能缓解,尤以夜间为甚,遇寒加重,得温痛减。既往有原发性高血压病史 20 年,平素喜食肥甘厚味。刻诊:双膝以下疼痛,双足皮色苍白,皮温低,双侧足背动脉搏动减弱,纳可,寐差,夜尿频,大便可,舌淡黯,苔白,脉沉细。辅助检查:左侧踝肱指数(ABI) 0.57,右

侧 ABI 0.43; 数字减影血管造影可见双侧股总、股浅、腘、胫前、胫后动脉内壁毛糙, 节段性狭窄, 膝下可见侧支循环建立, 其中双侧胫前、胫后动脉中度狭窄, 足背动脉可见少量血流通。西医诊断: ASOLE。中医诊断: 脱疽。辨证为癥积阻络, 寒客血脉证。治宜消癥通络, 佐以温阳散寒。予芪黄疽愈方加减。药物组成: 红花 12 g, 鸡血藤 15 g, 海藻 12 g, 浙贝母 12 g, 鬼箭羽 12 g, 土鳖虫 9 g, 延胡索 12 g, 黄芪 30 g, 黄精 12 g, 牛膝 9 g, 桂枝 12 g, 芥子 12 g, 干姜 12 g, 细辛 3 g。日 1 剂, 水煎 2 次取汁 400 mL, 分早、晚 2 次温服, 共 7 剂。2019-05-02 二诊, 患者足部皮温较初诊时有所升高, 疼痛未见明显改善, 初诊方加地龙 12 g、醋三棱 9 g、醋莪术 9 g, 继服 7 剂。2019-05-09 三诊, 足部皮温基本恢复正常, 疼痛较前减轻, 二诊方去芥子、干姜, 继服 14 剂。2019-05-23 四诊, 疼痛基本消失, 皮色转红, 但行走距离稍长仍可诱发疼痛, 三诊方加丹参 12 g、当归 12 g, 继服 14 剂。2019-06-06 五诊, 疼痛消失, 行走如常, 皮色恢复如常人, 双侧足背动脉搏动基本正常。辅助检查: 左侧 ABI 0.83, 右侧 ABI 0.79。四诊方去醋三棱、醋莪术、细辛, 继服 14 剂, 巩固疗效。3 个月后回访, 疼痛未再发作。

按: 本例患者年老体弱, 且喜食肥甘厚味, 日久痰湿内生, 阻遏气机, 致血行不畅, 复因感受寒邪, 寒主收引, 其性凝滞, 寒凝血瘀, 痰瘀互结, 经络阻塞不通, 不通则痛, 故足趾疼痛, 日久气血不能荣达四末, 故发凉麻木。结合舌脉, 辨证为癥积阻络、寒客血脉证, 治以消癥通络为主, 佐以温阳散寒, 方予芪黄疽愈方基础上加芥子、干姜、细辛、桂枝等温经通络之品。二诊患者疼痛无明显改善, 考虑症重药轻, 故加地龙、醋三棱、醋莪术, 以增强活血通络之力。三诊患者足部皮温恢复正常, 疼痛减轻, 去芥子、干姜, 后遵此方, 加用养血活血之当归、丹参, 疼痛消失, 皮色恢复正常。五诊去醋三棱、醋莪术、细辛, 继续巩固疗效。

例 2 程某, 男, 76 岁。2018-10-16 初诊。主诉: 右足疼痛 7 年, 加重伴拇趾破溃 3 个月余。患者 7 年前出现右足疼痛, 呈间歇性跛行, 未予重视, 疼痛逐渐加重, 出现静息痛, 尤以夜间为甚, 就诊于当地医院, 诊断为 ASOLE, 予扩血管及活血化瘀中药治疗, 疼痛未见缓解。3 个月前疼痛明显加重, 彻夜不得安眠, 右足拇趾破溃。糖尿病病史 30 余年, 空腹血糖最高 15.7 mmol/L, 予盐酸

二甲双胍片治疗, 但控制不佳。刻诊: 精神可, 右足拇趾趾端可见约 1.5 cm × 0.7 cm 的溃疡, 疮面黯红, 肉色不鲜, 可见少量黄色脓性分泌物, 疮周红肿, 右足皮温增高, 足背动脉搏动未触及, 伴有低热, 口干欲饮, 便秘溲赤, 纳寐可, 舌黯红, 少苔, 脉细数。辅助检查: 双下肢动脉彩超示双下肢动脉粥样硬化, CT 血管造影(CTA) 报告双下肢动脉多发钙化斑, 管腔不同程度狭窄, 右侧足背动脉闭塞。西医诊断: 糖尿病肢体动脉硬化闭塞症。中医诊断: 消渴并发脱疽。辨证为癥积阻络, 热毒伤阴, 气阴两虚证。治宜消癥通络, 佐以益气养阴, 解毒生肌。予芪黄疽愈方加减。药物组成: 红花 12 g, 鸡血藤 15 g, 海藻 12 g, 浙贝母 12 g, 鬼箭羽 12 g, 土鳖虫 9 g, 延胡索 12 g, 黄芪 40 g, 黄精 20 g, 牛膝 9 g, 金银花 30 g, 玄参 12 g, 牡丹皮 12 g, 乳香 6 g, 没药 6 g, 葛根 12 g, 天花粉 12 g, 五味子 12 g。日 1 剂, 水煎 2 次取汁 400 mL, 分早、晚 2 次温服, 共 7 剂。溃疡给予清创换药处理, 每日 1 次, 并调整控制血糖药物。2018-10-23 二诊, 患者疼痛稍有减轻, 疮面脓性分泌物减少, 疮周颜色变黯, 肿胀消失, 体温恢复正常, 空腹血糖 7.8 mmol/L, 续用初诊方 7 剂。2018-10-30 三诊, 疼痛明显减轻, 疮面无脓性分泌物, 肉芽较前新鲜, 二便调, 口渴消失, 空腹血糖 6.9 mmol/L, 初诊方去金银花、玄参、牡丹皮, 加醋三棱 9 g、醋莪术 9 g、地龙 9 g, 继服 14 剂。2018-11-13 四诊, 疼痛基本消失, 右足趾紫红变浅, 疮面肉芽新鲜, 缩小至 0.6 cm × 0.3 cm, 空腹血糖 6.3 mmol/L, 三诊方加丹参 12 g、当归 12 g, 继服 14 剂。2018-11-27 五诊, 疼痛消失, 右足趾颜色恢复正常, 疮面愈合, 足背动脉可触及, 空腹血糖 6.1 mmol/L。四诊方去地龙, 继服 14 剂, 巩固疗效。3 个月后回访, 未再复发。

按: 本例患者根据症状、体征, 结合辅助检查及既往病史, 诊断为糖尿病肢体动脉硬化闭塞症, 中医诊断为消渴并发脱疽, 是临床常见疑难疾病之一。消渴本为气虚津伤之病, 日久气虚血瘀, 津凝为痰, 痰瘀互结而致癥积阻络, 发为脱疽, 气血运行不畅, 肢端失于濡养, 故疼痛坏死。瘀血日久化热, 热盛肉腐成脓, 故足趾红肿流脓。低热口干, 便秘溲赤, 舌红少苔, 脉细数, 皆为热毒伤阴之象, 四诊合参, 辨证当为癥积阻络, 热毒伤阴, 气阴两虚之证, 故治疗当以消癥通络为主, 佐以解毒生肌, 益气养阴, 方予芪黄疽愈方加减, 在原方基础

上加大黄芪、黄精用量,增强益气养阴之效;另加葛根、天花粉、五味子养阴生津;金银花、玄参、牡丹皮等解毒凉血;乳香、没药活血生肌。诸药合用,在治疗疾病根本的同时,又可解毒生肌、止痛消肿,促进疮面的愈合,标本兼顾。二诊诸症好转,效不更方,续用前方。三诊疼痛明显减轻,疮面分泌物消失,肉芽较前新鲜,为热毒已去,故在前方基础上去金银花、玄参、牡丹皮,加醋三棱、醋莪术、地龙化瘀通络。四诊疼痛基本消失,疮面明显缩小,加丹参、当归养血活血,促进疮面愈合。

4 小 结

ASOLE 多见于老年人,葛教授认为,老年人由于素体气阴两虚,气虚推动无力,气血津液输布异常,津凝为痰,血滞为瘀,痰瘀互结则为癥,日久癥积阻络,经脉不通而发病,属“因虚致实、实反致虚、虚实夹杂、以实为主”之证,其病位在血脉,病机关键为“癥积阻络”。并以“消癥通络”为治疗大法,组成“芪黄疽愈方”,辨证与辨病结合应用于临床,治疗 ASOLE 疗效满意。

参考文献

- [1] Zhang K, Song W, Li D, et al. The Association between Polymorphism of CARD8 rs2043211 and Susceptibility to Arteriosclerosis Obliterans in Chinese Han Male Population [J]. Cell Physiol Biochem, 2017, 41(1): 173–180.
- [2] Raggi P, Genest J, Giles JT, et al. Role of inflammation in the pathogenesis of atherosclerosis and therapeutic interventions [J]. Atherosclerosis, 2018, 276: 98–108.
- [3] Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, et al. Society for vascular surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication [J]. J Vasc Surg, 2015, 61(3 Suppl): 2S–41S.
- [4] Akagi D, Hoshina K, Akai A, Yamamoto K. Outcomes in Patients with Critical Limb Ischemia due to Arteriosclerosis Obliterans Who Did Not Undergo Arterial Reconstruction [J]. Int Heart J, 2018, 59(5): 1041–1046.
- [5] Jazwa A, Florczyk U, Grochot – Przeczek A, et al. Limb ischemia and vessel regeneration: Is there a role for VEGF [J]. Vasc Pharmacol, 2016, 86: 18–30.
- [6] Valkova M, Lazurova I, Petrasova D, et al. Humoral predictors of ankle – brachial index in patients with peripheral arterial disease and controls [J]. Bratisl Lek Listy, 2018, 119(10): 646–650.
- [7] 徐旭英. 陈淑长教授诊治动脉硬化闭塞症经验 [J]. 云南中医中药杂志, 2010, 31(3): 3–5.
- [8] 刘政, 刘明, 张玥, 等. 侯玉芬治疗闭塞性动脉硬化症下肢重症缺血的临证经验 [J]. 光明中医, 2015, 30(2): 239–241.
- [9] 朱东强. 浅谈窠囊中风 [J]. 吉林中医药, 2006, 26(4): 9–10.
- [10] 张欣, 刘远, 葛建立, 等. 芪黄疽愈方对肢体动脉硬化闭塞症大鼠血脂水平的影响 [J]. 河北中医, 2016, 38(5): 725–728.
- [11] 李晓东, 葛建立, 张欣, 等. 芪黄疽愈方治疗糖尿病肢体动脉硬化闭塞症疗效观察 [J]. 河北中医, 2016, 38(6): 853–855.

(收稿日期: 2019–08–14)

(本文编辑: 李珊珊)

(上接 327 页)

- 状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第三版) [EB/OL]. (2020–01–22) [2020–02–06]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-01/23/content_5471832.htm.
- [2] 赵裕沛, 朱益敏, 黄宝驹, 等. 从诊病寒疫辨治新型冠状病毒肺炎 [J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(2): 161–164.
- [3] 吴塘. 温病条辨 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 70, 27.
- [4] 李艳, 严灿. 湿的实质探讨 [J]. 云南中医学院学报, 2002, 23(3): 32–35.
- [5] 吴又可. 温疫论 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2005: 4.
- [6] 王士雄. 温热经纬 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 66.
- [7] 余怡然, 谢朵丽, 林晨, 等. 张仲景与吴鞠通湿病治法各异的原因分析 [J]. 中医杂志, 2017, 58(13): 1163–1165.
- [8] 庞博, 姜晓晨, 刘睿翎, 等. 施今墨学术流派防治病毒性传染病经验 [J]. 北京中医药, 2020, 39(2): 119–125.
- [9] 曾建峰, 李乐愚, 缪灿铭, 等. 运用“三因制宜”理论指导中山地区新冠肺炎诊疗探微 [J/OL]. 天津中医药, 2020: 1–3 (2020–03–11) [2020–03–12]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/12.1349.R.20200310.1024.008.html>.

(收稿日期: 2020–03–15)

(本文编辑: 曹志娟)