名老中醫張素清治療大動脈炎的學術經驗應用

Famous Veteran Chinese Medicine Practitioner *Zhang Suqing's* academic experience and application in treating Takayasu arteritis

田天瑋[1]　梁君昭[2]　*TIAN Tianwei, LIANG Junzhao*

（1 陝西中醫藥大學；2 西安市中醫醫院）

（1. Shaanxi university of traditional chinese medicine, Shaanxi, xianyang 712046；2. Xi'an hospital of TCM 710021）

[摘要]　多發性大動脈炎是臨床上少見病，病程緩慢，病因未明，早期症狀多非特異性，故易漏診，疾病晚期根據累及不同血管、炎症是否活動以及損傷程度不同而臨床症狀各異。名老中醫張素清認為大動脈炎屬「脈痹」範疇，本病總屬本虛標實之證，因虛致瘀為其根本病機。臨床上可分為寒凝氣滯證、氣虛血瘀證、氣陰兩虛證、腎虛寒凝證，根據病程發展，遵循扶正祛邪、標本兼治的原則，選擇不同的治療思路和方法。

[關鍵詞]　多發性大動脈炎；脈痹；張素清；名醫經驗

多發性大動脈炎（TA）是主動脈及其主要分支的慢性非特異性炎性疾病，可累及外周動脈如腋動脈、肢動脈、股總動脈和股淺動脈等[1]。根據受累血管的不同分為頭臂動脈型、胸腹主動脈型、腎動脈型、肺動脈型以及混合型，可引起不同部位動脈狹窄、閉塞，少數可引起擴張或動脈瘤形成[2]。因病變部位不同而臨床表現各異，可有全身非特異性症狀及受累不同血管的缺血及炎症表現。活動期可有發熱、乏力、肌痛、關節炎等，累及血管時可出現脈搏減弱、兩側肢體血壓不等（壓差＞10mmHg）、間歇性跛行、視力減退等症狀，甚或有短暫性腦缺血發作、卒中的發生[3]。本病多發於年輕女性，亦可見於少數男性病人[4]。目前TA的臨床治療[5]，活動期時須積極使用皮質類固醇類（如腎上腺皮質激素）、腫瘤化療類（如甲氨蝶呤）等藥物以控制炎症、延緩動脈狹窄進程，療程要足，停藥要慢，可改善預後，但有復發可能，產生不良反應；如無症狀，疾病穩定，可隨診觀察，當血管阻塞危及臟器血運時，需行血管重建如介入或外科治療，以改善遠端供血，但亦可出現再狹窄問題。

國家級名老中醫學術經驗指導老師、陝西省名老中醫、西安市中醫醫院原心血管內科學科帶頭人張素清教授認為[6]多發性大動脈炎的早期診斷尤為重要，但早期症狀缺乏特異性，故臨床診斷較難。張教授根據經驗，提出本病的診斷，對於年輕女性出現不明原因的發熱、乏力、胸悶、關節疼痛等症狀以及青壯年起病的高血壓等病，應考慮TA的可能，並注意檢查患者足背動脈搏動情況、四肢血壓、頸部等部位血管雜音，結合動脈造影、超聲等明確診斷[7]。張教授從醫多年，對本病的治療有獨到見解，療效顯著，筆者將其臨床經驗總結如下。

1　追本溯源

祖國醫學中並無多發性大動脈炎病名，但歷代文獻中，根據其臨床發病特點及表現，可將

香港註冊中醫學會　版權所有　Copyright HKIRCM All Rights Reserved

多發性大動脈炎歸屬於中醫「脈痹」「血痹」「無脈」範疇[8]。脈痹這一病名最早出現在《素問·痹論篇》:「風寒濕三氣雜至,合而為痹,.....以夏遇此者為脈痹」,「痹在於脈則血凝而不流」。《醫學心悟》云「脈伏不出者,寒氣閉塞也」,「鬱熱極深,反見假寒之象,脈澀滯之甚,似伏而非伏也」。《奇效良方》提出「脈痹,血道壅澀」。《靈樞·九針論》曰:「邪入於陰,則為血痹」。張仲景在《金匱要略》專篇論述血痹為「脈自微澀」。清·林之翰在《四診抉微·無脈》曰:「久病無脈,氣絕者死。暴病無脈,氣鬱可治。」

2 病因病機

名老中醫張素清認為證無純虛,病則有邪[6]。其根據多年臨床經驗,提出本病多由先天不足或後天失養,致臟氣不足,心氣虛則不主血脈,肺氣虛則難朝百脈,肝氣虛則失於疏泄,脾氣虛則化源不足,腎氣虛則攝納無權,導致全身氣血陰陽失調,脈道不充,風、寒、濕等賊邪乘虛而入,致瘀血、痰濁內生,脈絡瘀滯,閉塞不通。故總屬本虛標實之證,因虛致瘀為其根本病機。本虛指氣血陰陽不足,瘀血、痰濁、寒濕阻滯脈道為標。素體氣血虧虛,複感外邪,致全身氣血凝滯,痹阻血脈,則血脈不通;或因飲食失節,脾失健運,痰濕內生,脈道不利,痰瘀互結,經絡痹阻;或因陽氣不足,脈絡失于溫煦,寒凝脈絡等。諸多因素影響終使脈道阻塞,經絡不通而成本病。

3 辯證論治

名老中醫張素清在治療多發性大動脈炎時,根據病程發展選擇不同的治療思路。早期患者出現發熱等症狀,處於病變活動期,以清熱解毒、活血通絡為主;慢性期根據辨證,活血通脈結合溫陽益氣、補益肝腎、益氣養陰等治法。因本病屬自身免疫性疾病,故其在臨床診療中重視固護患者的正氣,調節免疫。張素清教授認為本證主要為脈絡瘀滯,擬五藤湯[7]即雞血藤、忍冬藤、紅藤、海風藤、絡石藤,其善走行通利,且無散血傷陰之弊,並喜用路路通、桑枝以祛風濕、止痹痛、通脈絡。張教授指出,抓住時機進行治療,有助於保護血管,降低大動脈炎引起的慢性損傷,改善動脈搏動功能,緩解患者的症狀,利於本病的恢復,並且防止疾病繼發。張教授根據多年臨床經驗將本病分為以下四個證型[6]。

3.1 寒凝氣滯證

該證型主要證候為四肢酸困乏力,活動時明顯加重,肌肉酸痛、麻木、發涼,喜溫喜按,並見間歇性跛行,口乾口苦,舌質淡,苔薄白,脈不應指。治療以溫陽散寒,行氣活血通脈為主。

《素問·痹論》云:「痛者,寒氣多也,有寒故痛也。」張素清教授認為本證活動期伴有乏力、肢體發涼、麻木等虛寒徵象,寒為陰邪,阻遏陽氣,致氣血運行不暢,凝滯脈道,故辨證為寒凝氣滯,脈絡瘀阻,閉塞不通則痛。首選辛溫之品,溫可散寒,辛能散行。正如清·沈金鼇在《雜病源流犀燭》中謂「凡痛必須溫散。」方中桑枝、桂枝、熟地、太子參益氣養血,溫通經脈;路路通、紅花、雞血藤、絲瓜絡活血散瘀;佐以桑寄生長於補肝腎、強筋骨並可祛風除濕,白花蛇舌草清熱解毒,與雞血藤配伍消癰散結,少佐黃精、石斛可養陰,寓陰中求陽。諸藥相伍,溫通活血,絡脈暢通,故可獲效。此外,張教授建議平素應重固護陽氣,少食寒涼之品。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

3.2 氣虛血瘀證

該證型主要證候為全身乏力，心悸，精神差，走路不穩，嗜睡，女性月經量多，舌暗紫，苔薄白，足背動脈、寸口脈觸之脈搏沉澀或觸之不應。治療以溫陽益氣，舒筋活血通脈為主，兼祛風濕。

《醫林改錯》曰「元氣既虛，必不能達於血管，血管無氣，必停留成瘀。」張素清教授認為氣為血帥，氣行則血行，氣虛則推動、溫煦血液功能減弱，致血行遲緩滯澀，久而成瘀；脾為氣血生化之源，脾胃功能旺盛，才可化生精氣血津液等營養全身，故張教授重視脾氣的化源。方中重用黃芪，大補脾氣，助氣血之化生，淫羊藿溫陽，黃精養陰，寓陽中求陰，陰中求陽，且淫羊藿與黃精更可補肝腎，三者共為君藥；當歸補血活血，通經止痛，丹參、紅花活血化瘀通絡，懷牛膝補肝腎，活血通經，共為臣藥；佐以紅藤、雞血藤、桑枝等祛風濕、止痹痛、通脈絡之藥，加強其通絡作用。

3.3 氣陰兩虛證

該證型主要證候為四肢乏力，汗出，煩躁，頸部可聞及雜音，舌紅，苔薄白，脈沉細澀。治則為益氣養陰，補益肝腎，活血通絡。

張素清教授認為，本證以虛證為主，在氣虛的基礎上又兼陰虛，陰虛不能制陽，陽氣相對偏亢則虛熱內生，易出現低熱、盜汗等症狀；而腎陰作為一身陰氣之源，「五臟之陰氣，非此不能滋」，故可用「壯水之主，以制陽光」的治法；此外「肝腎同源」即「精血同源」，肝腎之間陰液互相滋養，精血相生，同具相火，故全方應重視滋陰，同時補益肝腎。方中選用蘆根、生地、石斛、沙參、玄參、麥冬、知母等養陰藥以滋陰，又加木瓜、夏枯草以加強通絡散結之力，再加山萸肉以補肝腎。

3.4 腎虛寒凝證

該證型主要證候為發作性心慌、氣短、胸悶，雙下肢腫痛、乏力，間歇性跛行，舌淡暗，苔薄白，脈沉細無力。治療以補腎助陽，舒經通脈為主。

張素清教授認為，本證相當於大動脈炎瘢痕期，腎陽為人體一身陽氣之根，腎陽不足，寒邪凝滯，氣血運行不暢，脈絡痹阻，應重用補腎助陽、散瘀通脈之藥。方中選用杜仲、懷牛膝、桑寄生、川斷以補肝腎，生地與熟地同用，寓陰中求陽之意，增強補腎陽之效，又加通脈之桑枝與絲瓜絡，再加車前草、澤瀉以祛濕。張教授指出把握時機治療，可保護血管，降低損傷，改善動脈搏動功能，利於後期恢復。

4 驗案舉隅

李某，女，32歲，以「發現大動脈炎5年，間斷胸悶痛5月餘」為主訴就診，初診時間為2020年11月03日。患者5年前發現多發性大動脈炎，予潑尼松等激素治療，2年前自行停藥，期間未復發。5月前勞累後出現胸痛，間斷持續2小時後自行緩解，當時未重視。2周後再次出現上症，間斷胸痛持續1小時後緩解，遂就診於陝西航太醫院，實驗室檢查：血常規示C反應蛋白、超敏C反應蛋白偏高，血沉38.00mm/h。心電圖正常。心臟超聲示：左房偏大，左室壁增厚。6分鐘步行試驗提示：SPO2最低78%，RESP最高36次/分，運動耐力下降。動脈硬化檢測提示：右下肢血管正常，左下肢血管疑似一處阻塞，右側baPWV1753，左側baPWV2390，與同齡健康女性血管相

香港注册中醫學會版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

比彈性偏硬。左臂壓：97/71mm/Hg，右臂壓：131/67mm/Hg。高血壓分型報告：左心舒張功能不全，動脈彈性下降，心肌供血不足，微循環流速下降。予激素抗炎等治療，期間兩次複查血常規及血沉均正常。現症見：間斷胸悶痛，易疲乏，四肢酸困，食欲欠佳，夜休差，入睡困難，小便灼熱，大便先乾後黏，3-4次/日。舌淡暗，苔薄膩，舌下脈絡迂曲，脈沉澀。查體：血壓：左臂壓：106/70mm/Hg，右臂壓：120/72mm/Hg，心率70次/分。中醫診斷：脈痹，中醫證型：氣虛血瘀，兼痰瘀痹阻，治法遵循名老中醫張素清教授的治療思路及方藥經驗，以溫陽益氣，祛瘀化濁，舒經通脈為主。擬定方藥組成如下：黃芪、黨參、肉蓯蓉、桑枝、桑寄生、川牛膝、麩炒枳殼、連翹、蒲公英各15g，雞血藤20g，陳皮、桂枝、佛手各10g，厚朴、木香各6g，藥用10劑，水煎服。二診患者仍間斷胸悶痛，乏力，舌淡暗，苔薄膩，脈沉細澀，原方加香附、紅花各10g，藥用10劑，水煎服。三診患者胸悶痛較前緩解，仍覺乏力，舌淡暗，苔薄白，脈沉細澀，原方去連翹、蒲公英，調整黃芪量至30g，藥用10劑，水煎服。四診患者自覺食欲欠佳，入睡困難，舌淡暗，苔白，脈沉細澀，原方加雞內金、石菖蒲12g，藥用14劑，水煎服。五診患者症狀較為平穩，故效不更方，繼服14劑。此後隨訪一年，病情穩定，間斷性依前方繼續門診治療。

按：本病屬臨床疑難病、少見病，病因複雜。該案患者病程久矣，長期勞累，素體氣虛，血行遲緩滯澀，久而成瘀；加之平素飲食不慎，損傷脾胃，失於健運而生濕。中醫診斷為脈痹，證型為氣虛血瘀，兼痰瘀痹阻，依名老中醫張素清教授治療思路立法擬方治療，以溫陽益氣，祛瘀化濁，舒筋通脈為法。方中黃芪配伍黨參大補脾氣，氣行則血行，共為君藥；雞血藤養血活血通脈，桑枝祛風濕、利關節，肉蓯蓉溫補腎陽而無燥烈之性，桑寄生補腎兼以疏通上下，通補結合，通絡止痛；川牛膝補肝腎，枳殼、厚樸、佛手、木香理氣消積；桂枝為使藥以溫通經脈，少佐連翹與蒲公英以散結。二診加香附、紅花以增強行氣活血化瘀止痛之力。三診增加黃芪用量，補氣升陽，行滯通痹。四診加雞內金於滋補藥中，可化經絡之瘀滯，又助脾胃健運，多進飲食以生血；加石菖蒲甯心安神，溫可勝寒，更走中焦開發脾胃之氣。

5 結語

名老中醫張素清認為本病的診斷極為困難，特別是早期診斷，因血管內膜活檢和血管造影雖屬黃金指標，但大多數醫院並未能開展，且此項檢查屬於創傷性檢查，故在早期應以血管彩超為主，結合臨床表現以定診斷。中醫舌診及脈診對本病的辨證治療具有關鍵意義。此外，在治療時須慎重選用糖皮質激素和免疫抑制劑，可充分發揮祖國醫學的優勢，運用中醫辯證思維，中西醫結合診治，改善患者症狀，延緩病程發展，減少激素等藥物對人體產生的不良反應。臨床上應全面評估患者病情、身體素質、受累動脈位置等因素，選擇適當的治療方案，以期病情穩定，逐漸好轉[5]。

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

參考文獻：

[1] Arnaud L,Haroche J,Toledano D,et al.Cluster analysis of arterialinvolvement in Taka yasu arteritis reveals symmetric Methodological Evaluation of alternative approaches to valuation of paired Beds[J].Arthritis Rheum,2011, 66:1136-1140.

[2] Tyagi S,Bansal A,Gupta MD,et al.Endovascular management of acute aortic dissection in Takayasu arteritis[J].JACC Cardiovasc Interv,2018,11(12):e99-e101.

[3] Mwipatayi BP,Jeffery PC,Beningfield SJ,et al.Takayasu arteritis:clinical features and management:report of 272 cases[J].ANZ J Surg,2005,75(3):110-117.

[4] Mirouse A,Biard L,Comarmond C,et al.Overall survival and mortality risk factors in Takayasu's arteritis:Amulticenter study of 318 patients[J].J Autoimmun,2019,96(1):35-39.

[5] 韓同磊,孫羽東,魏小龍,等.多發性大動脈炎治療的新進展[J].外科理論與實踐,2020,25(1):79-82.

[6] 梁君昭,趙瑜飛.名老中醫張素清辨治心系疾病精准用藥研究[M].陝西科學技術出版社,2019.

[7] 馬振,楊國春,黃曉莉.張素清教授治療多發性大動脈炎經驗[J].中國中醫急症,2011,20(7):1083-1084.

[8] 馬振,黃曉莉,趙琨,張素清.溫陽通脈湯治療多發性大動脈炎30例[J].陝西中醫,2013,34(2):162-163.

Abstract: Takayasu arteritis is a rare clinical disease, with a slow course of disease, unknown etiology, and non-specific early symptoms, so it is easy to miss diagnosis. Zhang Suqing, a famous old Chinese doctor, believes that Takayasu arteritis belongs to the category of “pulse obstruction”. Clinically, it can be divided into cold condensing qi stagnation syndrome, qi deficiency and blood stasis syndrome, qi and yin deficiency syndrome, and kidney deficiency cold coagulation syndrome.

Key words: Takayasu arteritis; pulse paralysis; Zhang Suqing; experience of famous doctors

（編委：張群湘審校 2025.01.12）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved