



·论 著·

浅析胸痹论证及其指导治疗

周焯鑫 杨 昕 刘绮璐

(长沙医学院 2014 级本科中医 3 班 湖南长沙 410219)

【摘要】：用辨证论治思想指导心胸病专科疾病的防治，充分挖掘中医文化和技术优势，在心胸病防治的临床实践中彰显中医特色，创新胸痹防治模式的同时，探索中医专科建设新模式，使治疗工作变得具体且富有操作性。

【关键词】胸痹；辨证论治；防治；新模式

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 10-150-01

1. 何谓胸痹

胸痹是指以胸部闷痛，甚则胸痛彻背，喘息不得卧为主症的一种疾病，轻者仅感胸闷如窒，呼吸欠畅，重者则有胸痛，严重者心痛彻背，背痛彻心。胸痹的病名最早见于《黄帝内经》。《灵枢·本藏》[1]：“肺小则少饮，不病喘喝；肺大则多饮，善病胸痹、喉痹、逆气。”此仅简单提出“肺大、多饮易致胸痹”，并未作出系统性论述。汉代医圣张仲景宗承《黄帝内经》《难经》，对胸痹病因病机、证治调护等方面进行系统论述，见解精辟，论述主要集中在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇中，首次指出其基本病机为“阳微阴弦”，并提出胸痹辨证论治之相关方剂。

2. 病因病机

2.1. 《伤寒论》条文病机论证

《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》[2]第(1)条就已经点明胸痹的病机，言“夫脉当取太过不及，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”。“阳微”为上焦阳气不足，胸阳不振之像；“阴弦”乃下焦阴寒邪盛，冲犯阳位，痰饮内停之征。阳虚邪盛，邪正相搏，即可发生胸痹之病。从此处可以看出胸痹病若仅有胸阳之虚，而无阴寒邪盛，或仅有阴寒之邪，而无胸阳之虚，都不致于发生本病。所以从此处可以看出“阳微阴弦”这四个字是从脉象上揭示病机的，是张仲景以脉测证诊断胸痹之关键所在。

2.2 《内经》证实病机所在

《黄帝内经》素问篇《素问·至真要大论》云[3]：“太阳之胜寒厥之胃，则内生心痛”；《素问·刺热》云：“心热病者，先不乐，数日乃热，热争则卒心痛”。《内经》认为经脉闭阻，血行不畅，寒凝气滞血瘀，痰饮阻痹胸中，是胸痹病机之关键。如《素问·举痛论》云：“经脉流行不止，环周不休。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。”上文中“肺小则少饮……逆气。”的行文亦指出胸痹发病与肺部停饮有关，因“水不利则为饮”，水饮性属阴寒，留置胸肺，痹阻胸阳，阳气折损，气机失畅，则不通而痛，即病为胸痹。

3. 方证分析

3.1 汤证引言

胸痹主证以胸痛为主，通过对金匮要略胸痹篇章的理解大致阐述几个方证和学习心得。《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》第条(3)言：“胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数，瓜蒌薤白白酒汤主之。”第(4)条言：“胸痹，不得卧，心痛彻背者，瓜蒌薤白半夏汤主之。”以及第(5)条言：“胸痹心中痞，留结气在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之；人参汤亦主之。”此上三方是张仲景治疗阳微阴弦胸痹病的代表方。

3.2 瓜蒌薤白白酒汤证

“喘息咳唾，胸背痛，短气”为胸痹主症。此为肺气不利影响水液代谢，水停胸中成饮，饮邪阻滞胸部气机故“喘息咳唾，胸背痛，短气。”其中的短气与心气不足，水湿痰饮的侵袭有关。治以辛温通络为主，瓜蒌薤白白酒汤为基本方。方中瓜蒌苦寒滑利，豁痰宽胸，降气散结；薤白辛温，通阳散结；白酒行气活血，以助药势，与薤白相合宣通胸阳之力更佳。三味相协，具辛以开痹、温以通阳、滑以祛浊之功，可使痹阻得通，胸阳得宣，而诸症可解。

3.3 临证经典三方证加减

若痰浊壅滞于胸中，气滞痰阻情况较重，可在前方基础上加半夏，组成瓜蒌薤白半夏汤，以增强涤痰散结之力，用以治疗胸痹之重症。至于气结在胸而致胸满，胁下逆抢心的虚实证，除了条文呈现的症状外，若其脉以阴弦显著，因阴寒痰浊上乘，凝聚胸间，且感心胸满闷，膨膨然气不得出等实证，应与枳实薤白桂枝汤；若其脉以阳微显著，因阳气虚馁，阴霾不散，蕴结心胸，并觉倦怠少气，甚则四肢厥冷，出冷汗等虚证，应与人参汤扶正为急。方中薤白枳实桂枝汤，即是在瓜蒌薤白白酒汤的基础上加枳实、厚朴，以增加宽胸散结之功，达到泄胸中与胁下之气的目的，并佐以桂枝平冲降逆。此处人参汤即是理中汤，在《伤寒论》中多为温中健脾之方，是治疗脾胃虚寒，心阳虚衰的主方之一。这里张仲景是用以温暖中焦，补虚以养正气。方中人参《神农本草经》记载：“味甘微寒。主补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目，开心益智。久服，轻身延年。”此处人参为

主药，治疗脏虚，益气除邪气，治因中气不足所致的虚性痞硬满；干姜、白术健脾益气；甘草补养中气。四药合方共建补气健脾调畅中焦之功。病同证异，本条体现了张仲景同病异治的辨证论治思想。通过分析条文，其中亦说明了枳实薤白桂枝汤病位在心胸，以气滞实证为主；人参汤病位在心下胃脘，以正气虚弱为主。在王明炯教授论文《金匮要略》“短气”辨中提及：“短气与心气不足，水饮，痰饮（阴寒邪气）的侵袭有关，且当水在心时，往往和胃关系密切。”从这里可以更进一步证实了这一点。另一个角度分析，我们可得知此三个条文的药物组成中都具备薤白，瓜蒌这两味药，就更加肯定地论证了王明炯老师论经方研究的三个重要规律中的规律之一：经方中的每一味药物都有其特定的症状作用点。《本草经集注》：“瓜蒌，主胸痹，悦泽人面。茎叶，治中热伤暑”；《本草经解》记载：“瓜蒌，甘寒之性，能解阳邪，所以主伤寒阳邪结胸也。”在《本草求真》上记载：“薤，味辛则散，散则能使在上寒滞立消；味苦则降，降则能使在下寒滞立下；气温则散，散则能使在中寒滞立除；体滑则通，通则能使久痼寒滞立解。是以下痢可除，瘀血可散，喘急可止，水肿可敷，胸痹刺痛可愈，胎产可治，汤火及中恶卒死可救，实通气、滑窍、助阳佳品也。”《本草纲目》：“薤白治少阴病厥逆泄痢及胸痹刺痛，下气散血。”都一一说明了此三处用法方中瓜蒌苦寒，宽胸降气，此处皆为涤痰散结，导痰下行之施，是治疗胸痹之要药；薤白味辛平气，性温通阳，能畅痹着之气，此处皆起通阳散结之用。

4. 创新防治模式

因分科现状的影响，目前很多心胸疾病专科治疗手段过于单一，过度依赖内服西药，专科医生对传统中药、针灸、推拿、贴敷、拔罐等外治法重视不够。受专科思维的局限，即便在内服药物疗效不佳的情况下仍不能及时寻求中医内外治法及其他治疗手段以提高疗效，致使中医治疗心胸疾病的疗效优势难以充分展示。有鉴于此，笔者在心胸疾病的防治过程中，突破现有专科认识局限，重点从人体生理病理的复杂性和防治手段的多样性、系统性入手，开阔心胸病防治的视野。从中医病因学角度，认识到六淫、七情、饮食起居、治疗等因素的相关性；从中医生理病理学理解五脏六腑、经络气血之间的关系；辨证思维方面，充分体现脏腑辨证、经络辨证、六经辨证、三焦辨证卫气营血辨证等不同辨证模式间的互补，必要时结合现代研究成果，将辨病辨证相结合、传统药性理论与现代药理相结合。围绕提高临床疗效，以专科病为单元，在系统继承总结以中医四大经典为代表的理论和实践经验的基础上，大力挖掘传统外治技术，继承并发展“内病外治”技术，提倡“针灸、推拿、药物”三结合，立足发挥中医“特色”，实现心胸病防治理念和方法的共同进步。

5. 结语

纵观《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治》全篇可知[4]，张仲景对于病证的描述由轻到重，遣方用药亦是如此，其间还兼顾虚证的同病异治，可谓在这方面的辨析天衣无缝。对方证逐条研磨，可深切感受到“辨证论治”在张仲景经方用药上的完美体现。仅有胸膈喘咳，则用栝蒌薤白开胸化痰；痰饮加重而不得卧，则加半夏着力祛痰；气结痞满，则加枳实、厚朴开通降气；逆气抢心、心悬痛，则加桂枝以振心阳等等，张仲景治病的思路很明确，条理清晰，药证相符，做到“添一证则添一药，易一证则易一药”，能把病的证源钉死，对症下药，取得很好的临床疗效。张仲景[5]《金匮要略》奠定了胸痹辨证论治的基础，明确了阳虚阴盛、本虚标实为胸痹的关键病机，确立了辛温通阳、化痰涤饮为本病的治疗大法，对于现代胸痹病的治疗有着重要的学术价值和指导意义。

参考文献

- [1]丁然,陆小左.基于有无胸膈之胸痹分型方法研究[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(02):63-68.
- [2]张兴,徐燕,姚洁敏.《太平圣惠方》胸痹论治特色及创新[J].长春中医药大学学报,2017,33(04):519-522.
- [3]蒋健.郁证发微(十四)——郁证胸痹论[J].上海中医药杂志,2016,50(09):6-10.
- [4]江磊磊.胸痹诱因及证型与冠状动脉造影结果相关性研究[D].南京中医药大学,2012.
- [5]江明荣.中医诊治胸痹心痛证学术源流探讨及文献整理研究[D].广州中医药大学,2010.