

·血瘀证治·

## 张仲景论治胸痹思想探析

夏世靖,孙安会,张翔,袁肇凯\*  
(湖南中医药大学,湖南长沙 410208)

〔摘要〕张仲景论治胸痹具有独到认识,概括起来有如下4个方面:阳微阴弦,以定虚实之机;虚瘀相因,以分标本之型;五脏相关,以论和调之治;遣方施药,以明复阳之效。张仲景立足阳微阴弦的脉象角度,着重从虚实进行致痹阐述,创立以宣痹通阳为主的温通之法,对现代中医的临床运用有着重要的学术价值和指导意义。

〔关键词〕胸痹;张仲景;《金匮要略》;阳微阴弦;宣痹通阳

〔中图分类号〕R249.8 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2016.04.009

## Discussing on Thoracic Obstruction Academic of Zhang Zhongjing

XIA Shijing, SUN Anhui, ZHANG Xiang, YUAN Zhaokai\*

(Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

〔Abstract〕 Zhang Zhongjing had a unique understanding of thoracic obstruction, in summary which has the following four aspects: faint in Yang and evident in Yin, to set the Xu-Shi Pathogenesis; points the type of specimen due to Xu and blood stasis congestion; the five internal organs related to set the theory of the compromise governance; medicine using with prescription to clear and definite the effective of regain Yang. Zhang zhongjing based on faint in Yang and evident in yin pulse condition point of view, from the Xu -Shi pathogenesis to analysis thoracic obstruction, create the Xuanbi Tongyang method, and the clinical use of modern Chinese medicine has an important academic value and guiding significance.

〔Keywords〕 thoracic obstruction; Zhang Zhongjing; *Golden Chamber Synopsis*; faint in Yang and evident in Yin; activating yang by removing obstruction of Qi and blood circulation

胸痹指胸中痞塞不通所致的胸膈部疼痛为主症的疾病,轻者仅感胸闷如窒,呼吸欠畅,重者则有胸痛,甚至心痛彻背<sup>〔1〕</sup>。常伴有心悸、气短、面色苍白、冷汗自出等症状。其名首见《黄帝内经·灵枢》云:“肺大则多饮,善病胸痹,喉痹,逆气。”然《黄帝内经》对胸痹只进行初步涉及,并未作出针对性论述。医圣张仲景宗承《黄帝内经》《难经》,广纳百家之言,自成一派,对胸痹病因病机、证治调护等方面进行系统论述,见解颇多精辟,其论主要集中在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇中。结合张仲景相关学术观点,对其胸痹论治进行探讨,以期同道斧正。

## 1 阳微阴弦,以定虚实之机

胸痹,“胸”言病位,“痹”指病机,可见其作为一个病名包含了病位与病机两层信息<sup>〔2〕</sup>。而关于胸痹病机,《黄帝内经》中略有记载,如《素问·痹论》曰:“心痹者,脉不通”,但并无专篇阐释。

张仲景认为疾病病机是脉象的根本内在,脉象是疾病病机的直接外候。故其专篇论胸痹首重脉症,以脉象的改变论述胸痹之虚实病机。正常脉象不浮不沉,从容和缓有力,若出现太过与不及则为病态。《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》开篇即言:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所

〔收稿日期〕2015-12-13

〔基金项目〕国家自然科学基金资助项目(81273670)。

〔作者简介〕夏世靖,男,在读硕士研究生,主要从事心病证候本质研究。

〔通讯作者〕\*袁肇凯,男,教授,博士研究生导师,E-mail:8320241@qq.com。

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。”阳得阴脉则阳微(寸脉微),导致阳不及,为虚,包括气虚、阴伤、阳衰、五脏亏虚、心脉失养等<sup>[1]</sup>,现上焦阳气不足,胸阳不振之象;阴得阴脉则阴弦(尺脉弦),导致阴太过,为实,包括寒凝、血瘀、气滞、痰浊、水饮等,现阴寒太盛,水饮内停之征。综合而言,仲景从虚实立足论胸痹之病机,可归纳为“阳微阴弦”,即为上焦阳虚,下焦阴盛,阴邪上逆,虚实夹杂,痹阻胸阳,阳气不通使然。

清·徐彬《金匱要略·论注》云:“此言治病,当知虚之所在……谓最虚之处,即是容邪之处也。”上焦阳气虚损,水气痰饮等阴邪便乘虚而居于阳位。虚为致邪之因,阳虚无以化气,致痰瘀水饮诸邪形成;阴弦显其袭虚之本象,致使痹痛产生。故仲景所论胸痹当是本虚标实之病。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》亦言:“平人无寒热,短气不足以息者,实也。”指无明显症状的病人突发呼吸困难等病变,排除外感,可知或痰浊、瘀血阻塞胸中,使胸阳痹阻,气血瘀滞,肺气郁闭所致,病情当属标实。此“实”与前“虚”可进行对比,当明确胸痹本虚标实之本质,亦可体现仲景临床辨证之匠心独运。

## 2 虚瘀相因,以分标本之型

胸痹成因包括外感邪气(寒邪)、饮食失调失节、情志失节、劳倦内伤、五脏气血阴阳虚衰等方面。张仲景根据自身诊疗经验,将胸痹成因按虚实分为虚、瘀两类,虚类包括劳倦内伤、五脏气血阴阳虚衰等引起的气阴两虚、心阳不足等本虚之证;瘀类包括外邪、饮食、情志等引起的寒凝、气滞、痰浊、血瘀等标实之证。

### 2.1 气阴两虚型

心气不足,阴血亏耗,血行瘀滞,症见面色㿖白,心胸隐痛,时作时休,胸闷气短,动则益甚,头晕乏力,口干舌淡苔薄,脉细或结代,治当益气养阴通脉,炙甘草汤合麦门冬汤加减主之。药用生地黄、麦门冬、阿胶、五味子、大枣滋益心阴;炙甘草、人参、桂枝、生姜温补心气。现代临床多运用近代名医秦伯未所创的养心通脉方治疗此类胸痹,疗效明显<sup>[4]</sup>。

### 2.2 心阳不足型

阴邪痹阻,胸阳不振;气机痹阻,运行不畅,不通则痛,症见面色苍白,胸闷心痛,神倦懒言,遇冷痛增,四肢欠温,舌淡苔白,脉结代。治宜温通心阳,人

参汤加减主之。药用人参、甘草、干姜、白术等健脾温中。清·魏荔彤《金匱要略方论本义》明言此方“以补其阳体,正气旺而邪气自消,又治胸痹从本治之一法也”。针对虚阳欲脱者,宜四逆加入参汤回阳救逆。

### 2.3 寒凝心脉型

素体阳虚,外寒凝滞,气血痹阻,症见脸色苍白,卒然心痛如绞,心痛彻背,遇寒则加剧,喘息不得平卧,胸闷气短、心悸,苔薄白,脉沉紧或沉细。治宜辛温散寒,宣通心阳,枳实薤白桂枝汤合当归四逆汤加减主之。药用桂枝、细辛、薤白通阳温经散寒,栝蒌实开胸散结,当归、芍药养血和营,通草通利血脉,炙甘草、大枣补中益气,枳实、厚朴消痞泄满降逆。若寒邪挟湿,痹阻胸阳,发作缓急,伴有心悸汗出、乏力短气、咳唾涎沫等症状,当以薏苡附子散助阳祛寒、除湿止痛以治之<sup>[5]</sup>。

### 2.4 气滞郁闭型

肝失疏泄,气机瘀滞,心脉不合,症见心胸满闷,隐痛阵发,痛无定处,时欲太息,遇情志不遂时易诱发或加重,或兼有脘腹胀闷,舌红苔薄或薄腻,脉细弦。治宜疏肝理气,解郁止痛。张仲景为疏肝理气、解郁止痛法开创者<sup>[6]</sup>,《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇记载的橘枳姜汤就含有此法,而其所设四逆散更是切合此意。药用柴胡疏肝解郁,枳实、枳壳理气散结,川芎、赤芍活血通络,芍药、甘草缓急止痛。

### 2.5 痰浊闭阻型

痰浊盘踞,胸阳失展,气机痹阻,脉络阻滞,症见胸闷重而心痛微,痰多气短,肢体沉重,形体肥胖,纳呆倦怠,舌体胖大且边有齿痕,舌淡苔浊腻或白滑,脉滑。治宜通阳泄浊,豁痰宣痹,栝蒌薤白白酒汤或栝蒌薤白半夏汤加减主之。药用栝蒌开胸涤痰,薤白疏滞散结,半夏逐饮降逆、祛痰开结。两方在现代临床治疗与实验研究中得到广泛运用,如黄政德教授运用栝蒌薤白半夏汤加味治疗痰浊内阻型胸痹,效果颇佳<sup>[7]</sup>;张炳填教授多年致力于栝蒌薤白半夏汤对 MIRI 大鼠 VEGF 蛋白、基因表达及 MVD 影响的实验研究,结果表明栝蒌薤白半夏汤能通过上调 VEGF 蛋白和基因的表达、升高 MVD,促进大鼠 MIRI 后心肌组织的血管新生,形成冠脉侧支,改善血液循环,减轻再灌注损伤<sup>[8]</sup>。另外,此类证型需当谨辨病邪之寒热,寒者当用前方,若为热者即当选用仲景大小陷胸汤治之。痰浊化饮内停即当温阳化饮,宜茯苓杏仁甘草汤或五苓散治之。

## 2.6 心血瘀阻型

诸实停聚,血行瘀滞,胸阳痹阻,心脉不畅,症见心胸疼痛,如刺如绞,痛有定处,入夜为甚,甚则心痛彻背,背痛彻心,或痛引肩背,伴有胸闷,日久不愈,可因暴怒、劳累加剧。舌暗红有瘀斑或舌下血脉青紫,脉弦涩或结代。治宜活血化瘀、通脉止痛,仲景所设抵挡汤、当归四逆汤、小柴胡汤、枳实芍药散、旋覆花汤等都有一定的效果。后世医家王清任在仲景认识基础更创血府逐瘀汤,对于心血瘀阻型胸痹有很好的疗效<sup>[9]</sup>。

## 3 五脏相关,以论和调之治

胸痹之基本病机为阳微阴弦,本虚标实。病位在心,涉及肝、脾、肾、肺等脏。五脏气血阴阳不足,心脉失养,不荣则痛;气滞、血瘀、寒凝、痰湿诸邪痹阻心脉,不通则痛。故仲景认为胸痹治疗需五脏相关,并非一脏一法一方可单治,当以和调之法,根据标本缓急,随症治之。

所谓五脏相关,不仅指通过五脏生理病理特点论述胸痹病因病机,更指以五脏特性指导治疗,其中心脾(胃)同治最为重要。《素问·平人气象论》云:“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺出于左乳下,其动应衣,脉宗气也。”体现心与脾胃经络相通,病变互传。同时脾胃为气血生化之源,若其病则生化乏源,血脉无以润养;脾胃又为气机升降运化枢纽,气机运化失常,更可影响心脉血行。仲景论治疾病重视五脏虚损,《金匱要略》首篇提出“若五藏元真通畅,人即安和”,反之,则“客气邪风,中人多死。”论治胸痹尤重心脾(胃)同治,其论所言“心中”“心下”多指胃脘部,而为胸痹心中虚痞之证所设之方人参汤更为调理脾胃之方。其他痰饮、阳虚、气滞兼症亦多从脾胃角度思考而立和胃化痰、温阳、调气理顺等法<sup>[10]</sup>,体现其存津液保胃气的脾胃思想。

治疗的另一种体现即是养生调护。《金匱要略》首篇即对疾病调护作出阐述,包括顾护正气,调摄精神,平和阴阳,顺应四时,以及治未病等方面。顾护正气,调摄精神,即内养正气,外避邪气,仲景明确提出需“养慎”,“不令邪风干忤经络”,使“五脏元真通畅”以达“安和”之境。平和阴阳,顺应四时,多指春生夏长,秋收冬藏,起居当有时;“服食节其冷、热、苦、酸、辛、甘,不遗形体有衰,病则无由入其腠理”,故饮食应有度。治未病,包括未病先防,“四肢才觉

重滞,即导引、吐纳、针灸、膏摩,勿令九窍闭塞”;已病即治,“适中经络,未流传脏腑,即医治之”;既病防变,“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。现代医学提示胸痹防治应注意饮食调节,避免膏粱厚味;注意避免情绪的波动;注意生活起居,寒湿适宜;坚持适当的体育锻炼等,与张仲景疾病调护观的诸多理念不谋而合。

## 4 遣方施药,以明复阳之效

仲景认为胸痹为胸阳痹阻之病,首先在于阳气的亏虚,其次才是心脉的痹阻,故其遣方用药旨在恢复胸阳。其专论胸痹之方见于《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇,有如下特征。

### 4.1 重用复阳药

整理仲景胸痹之方不难发现,仲景多用栝蒌实、薤白、枳实、桂枝、干姜、附子、人参、甘草、生姜之类复阳药,以达到振复胸阳的作用。《灵枢·五味》记载:“心病者,宜食麦、羊肉、杏、薤。”仲景以此辛温通阳、散结化痰、宣畅气机,配合栝蒌实开胸散结、通行血脉,共奏振阳复阳之效。心阳不足者,虚者补之,损者益之,仲景用人参、甘草健脾温中、益气温阳。痰饮者,予生姜、茯苓、桂枝等药温阳利水化痰。寒凝者,予干姜、附子等药温里散寒止痛。按仲景之意,胸痹之证,当须甘辛阳药,切不可掺杂阴柔酸味敛之品,以助阴邪壅闭更盛。当然,仲景重用复阳药绝非滥用,如治阴寒偏盛之胸痹的乌头赤石脂丸与薏苡附子散,前者乌头、附子、干姜、蜀椒均属大辛大热之品,故附子只用半两,防其化燥伤阴;而后者附子配以甘寒之薏苡仁,故可用至十枚之多,量虽大而无害燥伤阴之弊,体现仲景药物用量灵活多变之精髓。

### 4.2 巧用白酒

白酒有活血化瘀,温阳散寒,通利血脉,开痹止痛,行药势,平阴阳,和气血等功效。白酒与中药按一定比例融合而制成药酒,服食药酒自古以来就是调整亚健康、防病治病、保健延年的一种养生方法<sup>[11]</sup>。仲景论治胸痹更是善用白酒,其胸痹三方中就有两首含酒,且用量较大(栝蒌薤白白酒汤中用酒七升,栝蒌薤白半夏汤中用酒一斗),取其辛温之性,共奏宣痹通阳之效。然白酒乃辛热之品,能酿湿成热,助气上逆,内热、实证、阳亢之胸痹用之病必加重,而胸痹有喘、咳、气逆等症候亦不宜用白酒。故陈纪藩认为:“白酒即今之米醋”<sup>[12]</sup>。《备急千金要方》《外台秘要》

两书引栝楼薤白白酒汤中的白酒均作白截浆,《说文解字》:“截,酢浆也”<sup>[13]</sup>,古“酢”字即今“醋”之本字。取其酸敛温行之性,疗效更佳。

#### 4.3 随症用药

胸痹多有寒凝、痰饮、血瘀、气滞等标实之证,且诸邪每多夹杂,故非单药独方能治,当随症处之。痰气互滞,痰邪阻碍气行,气滞亦阻痰运,用药当祛痰加配行气,如枳实薤白桂枝汤,以栝蒌、薤白、生姜开胸通阳、祛痰散结,配枳实、厚朴行气消痞、降逆除满。痰瘀互结,痰性粘滞,阻于胸中,易阻滞气血运行,故胸痹之方常伍以活血化瘀之品,如丹参、红花、桃仁、当归、赤芍等,疗效更佳。

### 5 解病析源,以辨他病之别

仲景所论之胸痹在病因病机、证治调护等方面与其他病证有诸多相似,须当谨慎辨证区分。

#### 5.1 胸满

因风寒、热壅、停饮、气滞、血瘀诸邪所致的胸部胀满不适。张仲景将痰饮病分为痰饮、溢饮、悬饮、支饮4种,其中支饮是指水饮之邪停聚于胸。《金匮要略·痰饮病篇》中记载“支饮胸满者,厚朴大黄汤主之”。胸痹因气滞、痰饮、寒凝等因素亦可导致胸部胀闷不舒,但必伴随疼痛。

#### 5.2 痞症

因饮食不化、气郁痰凝、脾胃虚弱而导致脾胃健运无力、升降失常,所形成的胸腹部胀闷不适而外无硬结之形的症状。治疗宜攻补兼施,如用枳实消痞丸等。胸痹亦可形成痞症,但仅提示客气留于心下,闷而不通,气机不畅等情况,治疗还当以温通阳气为主,阳气复振则痞结自除。

#### 5.3 结胸

痰热、水饮结于胸胁,或兼邪热蕴于肝胆胃肠而引起的病症。仲景在《伤寒论》中将其分为大结胸、小结胸、寒实结胸3类。具体表现为脏触痛,头项强硬,发热有汗,脉寸浮关沉等;或从心窝到少腹硬满而痛,拒按,大便秘结,口舌干燥而渴,午后稍有潮热,脉沉结等。方用大陷胸汤、小陷胸汤、三物白散等。结胸与胸痹相比,发病部位多在胸膈部,依症出方,二者或可互用。但结胸多热症(寒实结胸、脏结除外),可配黄连等药以清之,当与胸痹区分。另外,胸痹疼痛程度较结胸更甚,二者亦可区分。

除此之外,胸痹亦当与血痹、心悸、气喘、百合

病、黄疸等诸多心系病症或神识病症进行区分。

### 6 小结

仲景论治胸痹的各类方法对后世影响很大。如孙思邈秉承仲景之学,强调寒邪致痹,治疗以温通为主,创细辛散、蜀椒散、茯苓汤诸方,疗效颇佳。李东垣拓展仲景之学,论诸疾以重脾胃。疏肝解郁之法更是在后世得到很好发挥与补充,如张景岳依此创柴胡疏肝散以治肝气郁滞诸病。通阳通络之法对叶天士影响深远,叶氏灵活应用辛热、辛润、温润、甘淡渗湿之品通阳,提出“通阳不在温,而在利小便”之论,并在其活血通络基础上发展“久病入络”观点,确立辛味通络诸法。

胸痹乃阳微阴弦、本虚标实之病。现代医学中的冠心病、心包炎、肺部疾病、胸膜炎、肋间神经痛等胸痛疾病,依据其临床表现,皆可归于此病范畴。充分挖掘探讨仲景对胸痹发病观、辨治观、调护观三观的思想,对现代中医临床的运用有着重要的学术指导意义。

#### 参考文献:

- [1] 黄小龙.胸痹概念的衍变及其病因病机分析[J].河北中医,2013,35(9):1 387-1 388.
- [2] 胡小利,陈绩锐,王建巍,等.谈对张仲景论胸痹证治的认识[J].中国民族民间医药杂志,2013,22(11):20-22.
- [3] 柳威,赵英强.对胸痹虚证的认识[J].吉林中医药,2011,31(10):934-935.
- [4] 周秀梅.养心通脉方治疗气阴两虚血瘀型心绞痛的疗效观察[J].中医临床研究,2012,4(22):20-21.
- [5] 陈颖.张仲景治疗胸痹思想探析[J].亚太传统医药,2015,11(6):59-60.
- [6] 温乃元,叶攀,范志勇.《金匮要略》论治胸痹的三个首创[J].世界中西医结合杂志,2007,2(8):440-441.
- [7] 吴若霞,黄政德,谢雪姣,等.黄政德教授治疗冠心病心绞痛临床经验[J].湖南中医药大学学报,2015,35(4):33-35.
- [8] 杨丽,张炳填,湛锦源,等.栝楼薤白半夏汤对MIR1大鼠VEGF蛋白、基因表达及MVD影响的实验研究[J].湖南中医药大学学报,2015,35(5):10-12.
- [9] 任浩师.血府逐瘀汤加减治疗胸痹心痛35例疗效观察[J].湖南中医杂志,2014,30(7):35-36.
- [10] 屠嘉树.从脾胃论治冠心病[J].浙江中西医结合杂志,2012,22(5):405-406.
- [11] 宛玉祥,梁雪娟,刘浩,等.药酒现存问题与建议[J].湖南中医药大学学报,2015,35(12):56-59.
- [12] 陈纪藩.金匮要略[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2011:266.
- [13] 汉·许慎.说文解字[M].北京:中华书局(彩印本),1963:313.

(本文编辑 李路丹)