

# 胸痹临证,应重通阳

● 孟庆传<sup>1</sup> 刘庆申<sup>2</sup>

关键词 通阳法 胸痹 病因病机

胸痹是指胸部闷痛,甚则胸痛彻背,气短、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;重者则胸痛,严重者心痛彻背,背痛彻心,为中医临床常见病、多发病。本病相当于西医的冠心病。对该病的记载始于《内经》,专论于《金匱要略》,唐代《千金方》、清代《医学心悟》和《医林改错》等古籍均有详述。胸痹之名首见于《金匱要略》,在《内经》则称“真心痛”、“厥心痛”等,如《素问·标本病传论》中就有“心病先心痛”之谓。对“胸痹”的病机,古人基本达成共识,即“闭阻不通”,胸痹之“痹”即是痞塞不通的意思。论其病因有阳虚寒凝、痰阻气滞、血瘀脉阻、心虚血亏之异,四者可以独立或相互兼见引发“心痛”病证。通过对历代治疗胸痹心痛的方药考证,我们认为其治疗大法不离“通阳”二字,根据病因不同而辅以散寒、活血、化痰、养心等祛邪扶正之法治疗。

## 1 阳虚寒凝者散寒通阳

温通之法古已有之,这是基于对胸痹病机的认识且鉴于大量

的临床实践。《素问·痹论》云:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘”,又曰:“痛者寒气多也,有寒故痛也”;《灵枢·厥病》云:“厥心痛,痛如以锥针刺其心”,均表明胸痹的心痛乃是因胸中阳气受损、寒邪凝滞闭阻而致。东汉医圣张仲景进一步发展了这种理论,并在《金匱要略》中设专篇进行了论述,创立了许多有效的治疗方剂。如张仲景在《金匱要略·胸痹心痛短气病脉并治》篇中言:“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”,即指胸中阳气不足、阴寒乘于阳位致“胸痹”。指出阳虚寒盛则“血凝泣,凝则脉不通”,故发为心痛。理即已明,法则易立。对胸阳不振、阳虚寒凝之胸痹心痛的治疗,当遵循《素问·至真要大论》“寒淫所胜,平以辛热”的治则,以辛味助热且散寒通阳,振奋心脉,辛热“温通”,使寒去胸阳振奋而通达,心脉畅通则心痛自除。方以法立,法以方传。张仲景创立的栝蒌薤白白酒汤、栝蒌薤白桂枝汤等方,即是该法的具体体现。

其中选用桂枝、薤白、白酒等辛温药物以温阳通络治疗胸痹心痛。此法在孙思邈《千金方》中也有体现。如在《千金方·胸痹第七》中用通气汤治疗胸满、气噎;用细辛散治疗胸肿痺逆、背痛、短气;用蜀椒散治疗胸痹达背等,所选吴茱萸、细辛、蜀椒、生姜、桂心、乌头、附子、羌活等药均系辛热温通之品。此外,孙氏治疗胸痹症还创立了外治之“温熨”法:“乌头、细辛、附子、羌活、蜀椒、桂心、芎藭等……帛裹微火炙令暖以熨背上,取瘥乃止,慎生冷如常法”;“温灸”法:“胸痹心痛,灸膻中百壮……”等。以内服温药,加上“温熨”、“温灸”以及“慎生冷”的提醒,无不显示孙思邈在“胸痹心痛”的治疗对温通法的重视。

临床实践也早已证明了温通法治疗胸痹的治疗作用。临床上常用之冠心苏合丸、心宝等等均是温通法的常用成药。许多名老中医的经验也值得我们学习。如已故北京名医岳美中先生对于胸痹证治,犹重“心阳式微之诊察”,指出心阳衰微前病人手背近腕处皮肤较它处为凉;已故名医张伯臾治疗胸痹经验如下,制法用药当分两路:若系阳虚生寒引发,属

• 作者单位 1. 山东省济阳县中医院(251400);2. 山东省中医院(250014)

浊阴上占清阳之位,药取桂枝、细辛、生姜、附子合瓜蒌皮、薤白等滑利气机之品;而寒客胸旷,阳不胜寒,乃取乌头、附子、萆薢、高良姜之类。但辛热刚燥,只宜急用,不宜久用<sup>[1]</sup>;南京中医药大学孟澍江教授治疗因寒而发的心绞痛伴形寒肢冷、苔白微腻、脉沉迟者,以全瓜蒌、薤白、细辛、川芎、蒲黄、姜黄、高良姜等药组方温通胸阳而收到显著疗效;北京中医药大学已故刘渡舟教授曾经感慨,近世医者只知“心主血”“诸脉系于心”,一见心脏病每以大剂活血,欲通心血管瘀塞,不知心为阳中之太阳,其生理特点是以阳气为先,而并非以血脉为先。刘老认为,不论虚证、实证或虚实夹杂,补虚泻实,终使心之阳气通达,血脉流通为目标。故胸痹的治疗,“以温为主,以通为用”通阳之法理应受到应有的重视和肯定。

## 2 痰结者祛痰通阳

阳虚寒凝之温通法易知,痰气阻结者更具现实意义。叶天士云:“阳气不到之处,即浊阴凝聚之所。”近年来,综合文献研究发现,胸痹的发病年龄日趋年轻化,中青年的发病率也呈逐年上升的趋势。此类患者非为阳虚,乃饮食不节,嗜食酒肉,脾胃受损,痰浊内生,痰气上逆胸中,痰阻气结,阳气不能通达而发为胸痹。如《金匱要略心典》说:“胸中,阳

也,而反痹,则阳不用矣;阳不用,则气上下不相通接,前后不能贯通,而喘息、咳唾、胸痹痛、短气等证见矣。”张介眉教授认为冠心病的发生是阳气不通,痰、瘀等病理产物痹阻心脉而致。“阳气不通”是上游病因,下游是痰、瘀等病理产物。同时痰、瘀等病理产物又会加重“阳气不通”<sup>[2]</sup>。故张教授提出单用或重用通阳之品治疗冠心病的新理论,意在阳气一通,痰凝、瘀血得化,心脏得养,胸闷、胸痛得解。

## 3 瘀阻者破瘀通阳

瘀血与痰浊为阴邪,均可阻结阳气,从而发为胸痹。目前在临床上,治疗胸痹首重瘀血。《素问·痹论篇》中“痹……在于脉则血凝而不留”是最早对瘀阻血脉的认识。心主血脉,故有“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”。血得热则行,则寒则凝,阳气不通,则瘀血内生。众所周知,动脉粥样斑块破裂、血栓形成导致急性心肌梗死,临床表现为“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死”(《灵枢·厥病篇》),其中“手足青至节”,究其原因主要是阳气不通、经脉瘀阻失养所致。此时治疗的第一要务当以“通阳”为主。中医认为,气血津液的化生及运行全赖阳气的推动,一旦阳气不通,则必然会出现气滞血瘀,津聚为痰。根据“甚者独行,间者并行”的急症治疗原则和“血

实者决之”的原则,此类胸痹心痛的治疗,自当通阳化气、行气破血。清代名医王清任即是将血瘀作为胸痹心痛的主要病因,并创立血府逐瘀汤为治疗胸中瘀血症的要方而被后来众多医家公认,延续至今。临床实践中,上海中医学院张伯奥教授治疗血瘀所致冠心病心绞痛发作,在沿用血府逐瘀汤的基础上加用宣通入血的桂枝以通达阳气,达到良好治疗效果<sup>[1]</sup>。

## 4 小结

综上所述,不论何种病因,由于“胸中阳气痹阻不通”是胸痹发病的共同病机,因此在临床胸痹的治疗中应以通阳法为基本原则,重视通阳法的应用。中医对“胸痹”的认识和治疗已历经数千年,近年来由于西医的强势和现代中西医结合运动,中医临床治疗本病时多结合西医生理学、病理学等知识,从而强化了“瘀血”的理论,在临床治疗中也只片面强调活血,未免有失偏颇。只有在临证时,谨守病机,重视阳气的作用,方能取得更好的疗效。

## 参考文献

- [1] 严世芸. 张伯奥教授治疗急性心肌梗塞的经验[J]. 上海中医药杂志. 1981, (10): 612.
- [2] 柯于鹤, 郝建军等. 张介眉教授话通阳与冠心病[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5(12): 1237.