

小议《金匱要略》胸痹病病位

● 陈国权* 张志峰▲

摘要 通过剖析《金匱要略》胸痹病的典型证“喘息咳唾，胸背痛，短气”后认为，胸痹病病位既责之肺，又关乎心，并列西晋至隋唐时期的相关名著来说明之。最后上溯到《内经》的相关理论，指出现行《中医内科学》教材将胸痹病置于心系病证之中是片面的，在客观上误导了学生，在临床上失去了按胸痹病来辨治中医肺系疾病乃至西医学大量呼吸系统疾病的机会，不利于中医经典理论的挖掘、传承和创新。

关键词 《金匱要略》 胸痹病 病位 肺 心

20年前曾作《从〈金匱〉看李聪甫的胸痹病位观》^[1]之文，现在看来有必要再小议之。胸痹病是否仅属心系病证？现行《中医内科学》教材的回答是肯定的，因为该教材将胸痹病纳入心系病证中。但笔者认为欠妥当。湖南省中医药研究院已故院长、研究员李聪甫力主胸痹病病在肺与心，笔者点赞，本文试从以下几个方面论证之，以抛砖引玉。

1 《金匱要略》所论

《金匱要略·胸痹心痛短气病》第三条：“胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气。寸口脉沉而迟，关上小紧数，栝蒌薤白白酒汤主之。”该条论述胸痹病的主(典型)证、主脉及主方。显然，喘息咳唾、胸背

痛、短气乃胸痹主证或曰典型证。

1.1 关于“喘息咳唾” 喘息咳唾位列胸痹病主证之首，既责之肺，亦关乎心。尽管“五藏六府皆令人咳”甚或皆令人喘、皆令人哮，但其客观的临床表现却主要在肺。《素问·痹论》所论肺痹有“烦满喘而呕”之症，心痹有“脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，啞干善噫，厥气上则恐”之症。此心痹之喘实为心病传肺所致，正如以下《脉经·卷六》所论“病先发于心者心痛。一日之肺，喘咳”一样。这个“之肺”讲的就是心病传肺，正因心肺阳虚，中焦的痰饮上乘阳位即母病及子(肺)、子病累母(心)，肺失宣肃则喘气、呼吸困难、咳吐痰涎。

1.2 关于“胸背痛” 像喘息咳唾一样，胸背痛既责之肺，又关乎心。

心肺阳虚，失于温养则胸痛；心肺之阳不达于背部则背痛。《素问·金匱真言论》有“背为阳，阳中之阳心也；背为阳，阳中之阴肺也”之论，也就是说心肺主宰背部；但《素问·脉要精微论》有“背者胸中之府”之论。由此可见，背悬五脏，为脏俞所系，故可谓“背者五脏之府”，此乃广义；结合上述“背为阳，阳中之阳心也；背为阳，阳中之阴肺也”看，背也可指心肺之府，此乃狭义。胸痛、背痛在临床上非常容易见到。胸痛可以由胃病、心系疾病及肺系疾病等所导致；背痛最常见的是颈椎病所导致，而胆囊疾病、高血压病等也可导致。近年来西医临床发现，胸闷、胸痛症可由畸胎瘤所导致(尽管良性率占95%)，此外尚伴有干咳；有时被视为颈椎病的背痛，或被心电图显示为室颤，可见意识丧失、面色紫绀、肢体抽搐等，故对长期的胸闷或胸痛或背痛不可掉以轻心。

1.3 关于“短气” 过去曾认为《金匱要略·胸痹心痛短气病》中

* 作者简介 陈国权，男，主任医师，教授，硕士研究生导师。编著《精华理论话金匱——〈金匱要略〉理论学用二十讲》等书籍。主要从事《金匱要略》脏腑相关理论及其临床研究。

▲ 通讯作者 张志峰，男，副教授，医学博士。主要从事历代医家学术思想研究。E-mail: zhangfxin@sina.com

● 作者单位 湖北中医药大学(430065)

的短气只是胸痹、心痛病过程中的一个症,但心中总觉得不踏实,尽管《金匱要略·痰饮咳嗽病》中咳嗽也是痰饮病过程中的一个症状。将该篇第二条“平人无寒热,短气不足以息者,实也”与《灵枢·杂病》“心痛,但短气不足以息,刺手太阴”合参后方比较踏实。因为该篇的第二条系由《灵枢》脱胎而来,且文中在短气前冠以“心痛”2字,故短气既是胸痹病也是心痛病的主症之一。《金匱要略·胸痹心痛短气病》原文凡9条,昔日认为第一、三、四、五、六、七条论胸痹病,第八、九条论心痛病,第二条论短气症,现在看来第二条也是论心痛病。既然将心痛与胸痹合篇论述,那么就不能一叶障目,不见泰山,即心目中只有心痛病而不见胸痹病。如果说胸痹病就是心痛病甚至单指西医学的冠心病,那心痛病岂非成了蛇足?!心肺阳虚,气机的升降出入受到干扰则短气,故胸痹病主要病位在肺与心,不能将胸痹病矮化在心系病证中,因胸痹病并非心系病更非冠心病的专利。因此不仅是中医学的许多肺系病证,如咳、哮、喘等,若具备了“喘息咳唾,胸背痛,短气”的全部或大部,即可按胸痹病论治。如该篇第六条言:“胸痹,胸中气塞,短气,茯苓杏仁甘草汤主之;橘枳姜汤亦主之。”很显然该条“气塞”言病机、“短气”言症状,但条文之首却依然冠以“胸痹”2字。这也就是说在“喘息咳唾,胸背痛,短气”3大主症中具备了其中之一,即可能是胸痹病。这近乎《伤寒论》中“但见一证便是,不必悉俱”的少阳病。这使我想起了非典流行期间,中国工程院院士、著名呼吸疾病专家钟南山2003年11月12日在广州举行新闻发布会上关于慢阻肺(在全

球疾病死亡原因中,与艾滋病并列第四位)的讲话,他认为慢阻肺是一种破坏性肺部疾病,其症状为气流受阻、气短、咳嗽、气喘,并且伴有咳痰,会逐渐削弱患者的呼吸功能。其抽样调查表明,40岁以上人群发病率为8%。后来发现在西医学的教科书中还补充了胸闷1症,并认为气短是诊断慢阻肺的“标志性症状”,这就不难理解,为何仲景将仅具“短气”症者置于胸痹病中。当然,短气症在临床上非常多见,就《金匱要略》而论,湿、中风、历节、虚劳及痰饮病中的微饮等病证均可兼见,但不能视之为胸痹病,因为均不具备“阳微阴弦”之病机。尽管临床所见胸痹病的病机尚有“阴微阴弦”甚至“阴微阳弦”^[2]。由此可见,现代社会慢阻肺的临床表现与东汉时期的胸痹非常相近或相似,故慢阻肺也可按胸痹病论治。

1.4 关于“寸口脉沉而迟,关上小紧数” 《金匱要略》的“寸口”所指有三:①统指两手寸关尺的六部脉;②单指两手的寸部脉(心、肺);③特指某部脉^[3]。本条的寸口系《金匱要略》“寸口”所指之②即单指心肺。心肺阳虚则脉沉而迟,即该篇首条所论“阳微阴弦”之“阳微”;“小紧数”结合《金匱要略·腹满寒疝宿食病》第二十条“其脉数而紧乃弦”看,“紧而数”之脉即弦脉,乃“阴弦”之互辞。“小”脉即“细”脉,主中焦之痰饮。正因上焦心肺之阳俱虚,中焦脾虚而痰饮内生,母病及子(肺)、子病累母(心),胸痹病乃成。因此,胸痹病在肺与心。

2 《金匱要略》以降的相关论述

2.1 《脉经》所论 《脉经·卷

三》除“心脉急甚为瘕疝,微急为心痛引背,食不下”之论外,另有“肺脉急甚为癩疾,微急为肺寒热,怠惰,咳唾血,引腰背痛”之论。湖北名医之一的王叔和^[4]将“肺脉急”与“心脉急”放在同等重要的地位。这其中的“心痛引背”、“咳唾血,引腰背痛”分别与《金匱要略》的心痛病、胸痹病的主证近似。而《脉经·卷六》“病先发于心者心痛。一日之肺,喘咳”则进一步论述心痛可传肺,以致出现与胸痹病典型证近似的“喘咳”。该卷“肺病者,必喘咳逆气肩息,背痛”与《金匱要略》所论“喘息咳唾,胸背痛”几无二致。其《卷八·平胸痹心痛短气责豚脉证第十》除载有《金匱要略·奔豚气病》的内容外,只有《金匱要略·胸痹心痛短气病》的第一、三、二(按其原条文顺序,下同)等3条,全然不见专论心痛病之文。由此可见,离《金匱要略》年代最近的《脉经》把胸痹病看成与心痛病同等重要,甚至更重要,因为其所论的“肺病”实际上可视为胸痹病。

2.2 《千金要方》所论 《千金要方·卷十三·心脏》栏目下排列第七的是胸痹病。其中可见《金匱要略·胸痹病》的原文第一、二、五、三、六等5条,而不见《金匱要略·心痛病》之原文,但在该卷排列第六的“心腹痛”中可以见到。只是《金匱要略》第六条的“桂枝生姜枳实汤”中枳实作胶饴而已。但仍然难以服人,《中医内科学》将胸痹病置于心系病证之中,是否受此影响。

2.3 《诸病源候论》所论 《诸病源候论·卷十六·心病诸候》中虽论及心痛候,但《卷三十·咽喉心胸病诸候》第十二中还专列胸痹候:“寒气客于五脏六腑,因虚而

发,上冲胸间,则胸痹。”其“胸满短气,咳唾引痛,或彻背膂”之症与《金匱要略》所论大同。

2.4 《外台秘要》所论 《外台秘要》既在卷七列13种心痛病(如九种心痛、诸虫心痛、心背彻痛、卒心痛等),并出方76首(还有杂疗心痛方3首),又在卷十二载胸痹或胸痹兼夹他证者中列证候6种、治方19首,尚有胸痛治方2首,可见《外台秘要》不但没有忽略胸痹病,而且将胸痹病置于非常重要的地位。

3 《金匱要略》以前的《内经》相关论述

《内经》虽无胸痹病的病名,但却有与胸痹病相似或相近的论述。如《素问·藏气法时》既有“心病者,胸中痛”之论,而又有“肺病者,喘咳逆气,肩背痛”之论。而《素问·气交变大论》有“岁金太过,肃杀而甚,则体重烦冤,胸痛引背”之论。

由此可见,不仅心病可致胸痛乃至背痛,而且肺病也可导致胸痛乃至背痛。

4 病案举例

案1 季某某,男,57岁,2011年8月27日初诊。主诉:咳喘4月余。病史:4月前动则咳喘,吐泡沫痰,夜亦咳。胸闷,背腰不适,睡眠差,不思食,乏力,尿黄。脉滑,舌红,苔白。西医诊断为肺TB、肺感染、慢阻肺。中医辨证属痰阻瘀滞,肺郁阳虚。治宜降气化痰,逐瘀扶阳。方投温胆汤、瓜蒌薤白半夏汤、三子养亲汤及葶苈大枣泻肺汤等加味。药用:枳实10g,竹茹10g,陈皮15g,姜半夏10g,茯苓25g,甘草6g,生姜3片,全瓜蒌15g,薤白10g,法半夏10g,桂枝

10g,桃仁20g,白芍10g,丹皮10g,苏子6g,白芥子6g,炒莱菔子10g,葶苈子10g,大枣15g,苇茎30g,薏苡仁30g,冬瓜仁10g,杏仁10g,川厚朴10g,百部15g。20剂。

2011年9月5日二诊。电话诉:药至第3剂即咳喘止,但乏力、不欲食。嘱服少许藿香正气丸,连续2~3天,以观后效。

按 本案咳喘、吐泡沫痰、胸闷、背部不适具备了胸痹病的大部分主证,故按胸痹病论治。痰瘀阻滞,肺气失宣即动则咳(夜亦咳)喘、吐泡沫痰、胸闷、背部不适。脉滑、苔白示痰湿内盛,日久则上乘阳位而致上症。夜属阴时,素有胸阳不振,入夜则阴更盛、阳更虚,故夜亦咳。胸闷正乃痰湿上贮,胸阳不振之征。阳气不达于背部,故背腰不适。痰湿内生于脾故不思食,累及其母故睡眠差。湿滞经络则乏力,湿郁化热则尿黄。久病多瘀。故以温胆汤、三子养亲汤、葶苈大枣泻肺汤等化痰降气泻肺,瓜蒌薤白半夏汤振奋胸阳,桂枝茯苓丸、千金苇茎汤通络化痰。祛邪即所以扶正,故虽用大队祛邪药而正气未伤,且已收立竿见影之效。

案2 李某某,男,70岁。2008年5月22日初诊。主诉:右胸背痛约2个月。病史:2个月前右肋间疼痛,1个月后右胸及右背针刺样疼痛。左胸背疼痛则较轻微,因疼痛导致睡眠差。3周前开始咳嗽、咯血。左手足麻木。不嗜食,大便2日1行,小便黄。1973年曾患脑血栓、1992年曾患中风、2007年发现有高血压。现BP:136/70mmHg。核磁共振示:肺右中叶占位性病变。脉弦数,舌红,苔白滑润。证属胆经痰热,胸阳不振。治宜清胆化痰,振复胸阳。方投温胆汤合瓜蒌薤白半夏汤加味。

药用:枳实10g,竹茹10g,陈皮15g,姜半夏10g,茯苓15g,甘草6g,生姜3片,全瓜蒌15g,薤白10g,法半夏10g,夏枯草20g,薏苡仁20g,玄胡10g,百部15g,旋覆花15g(另包),制香附15g,郁金10g,炒谷麦芽各15g,鱼腥草20g,泽泻20g,桃仁10g,天麻10g。7剂。

2008年5月29日二诊:其子代述药后右胸疼痛转移至右腋下,程度略减,近几日纳增,余尚可。脉舌未见。守上方去鱼腥草,加白蚤休10g。7剂。

2008年6月5日三诊:右胸疼痛频率、程度均略有减轻,但睡眠时身体受压则右背、右上肢疼痛。饮食略增,或头昏。大便日1行,尿黄,夜尿每2小时1次。BP:142/66mmHg。脉数微弦,舌尖红,苔中根白。守上方加生地15g、乌药6g。8剂

2008年6月12日四诊:其子代述药后右胸稍舒适,但头痛拒按,腿软。夜尿仍偏多。纳可。余如上述。5天前曾发烧,但不药而愈。脉舌未见。守上方加黄芩10g。7剂。

按 本案右胸背疼痛,后继发咳嗽,具备了胸痹病的部分主证,脉弦数结合苔白润滑看,乃胆经痰热,侮肺及心,故致右胸背疼痛,乃至咳嗽。其病势与《金匱要略·胸痹心痛短气病》第五条“胸痹心中痞,留气结在胸,胸满,胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之;……”近似,故按胸痹病论治。以温胆汤治其“阴弦”(只是阴中有阳而已,因胆经痰湿已化热),以瓜蒌薤白半夏汤治其“阳微”,故症状改善明显。

案3 胡某某,男,66岁。2011年1月15日初诊。主诉:喘气复发月余。病史:1个多月前喘

气复发,经治疗后被控制。前不久再度复发,经西药治疗症状基本控制。或咳喘,胸闷,或心慌。两肩、背发胀。或尿频(有前列腺炎),右侧睾丸萎缩 20 多年。大便调,夜尿 1~2 次。脉左细略沉,右微弦,舌暗红,苔白滑。证属脾肺气虚,痰阻气逆。治宜健脾补肺,降气化痰。方投香砂六君丸、瓜蒌薤白半夏汤、三子养亲汤加味。药用:制香附 10g,砂仁 8g,党参 10g,茯苓 15g,炒白术 12g,陈皮 10g,法半夏 10g,炙甘草 8g,全瓜蒌 15g,薤白 10g,姜半夏 10g,苏子 6g,白芥子 6g,炒莱菔子 10g,黄芪 20g,防风 10g,羌活 10g,丹参 15g,川厚朴 10g,杏仁 10g,淫羊藿 15g。7 剂。

2011 年 2 月 12 日二诊:咳喘减轻,仅轻微胸闷。遇事则心慌,肩背发酸。脉细,略滑,舌红,苔白滑。守上方加乌药 8g,益智仁 8g,山药 20g,红参 10g,生牡蛎 30g,桃仁 10g,红花 10g。20 剂,蜜为丸。

按 咳喘复发月余,现虽经西药控制,但标证依在。咳嗽、胸闷或心慌、两肩背发胀均为痰湿内生,上贮胸中,肺气不降,心肺阳气不达所致。苔白滑正痰湿内盛,上贮胸中之象,具备了“阳微阴弦”的基本病机,故按胸痹病论治。香砂六君丸健脾益气除痰湿治其本即“阴弦”,瓜蒌薤白半夏汤扶阳化痰、三子养亲汤降气平喘治其标即

“阳微”。二诊时喘减、胸闷轻,但脉舌未见明显改善,故守上方加缩泉丸、红参等温阳益气,加桃仁、红花活血化瘀,蜜丸缓图。

参考文献

[1]陈国权.从《金匱》看李聰甫的胸痹病位观[N].中国中医药报,1995-5-8(3).
 [2]陈国权.运用《金匱要略》脏腑相关理论辨治胸背心痛病——兼论“阴微阴弦”[J].中医药通报,2009,(4):23.
 [3]陈国权.精华理论话金匱——《金匱要略》理论学用二十讲[M].北京:人民卫生出版社,2014:83.
 [4]陈国权,张志峰,马长青.王叔和乃湖北名医小考[J].中医药通报,2014,13(5):22-24.

(上接第 9 页)

中医有很多优势病种,要注意挖掘总结。“三辨模式”在临床应用中,可以重复验证,并且也实现了理论的提升。对中医临床具有指导价值,也为中医药理论的发展注入了新的活力。

参考文献

[1]严 厉,顾宝文,司马晶,等.眼科门诊患者中干眼症的流行病学调查[J].解剖与临床,2006,11(3):200-201.
 [2]The definition and classification of Dry Eye Disease;Report of the Definition and classification subcommittee of the international Dry Eye Work shop (2007).Ocul surf,2007,5(2):75-92.
 [3]Leonard A,Levin Daniel M,Albert 著.张丰菊,宋旭东译.眼科疾病的发病机制与治疗[M].北京:北京大学医学出版社,2012:113-114.
 [4]丛晨阳,毕宏生,温 莹.干眼症发病机制

和治疗方法的研究进展[J].国际眼科杂志,2012,12(3):464-467.

[5]王中林,何慧琴.干眼症中医分型规律初探[J].江苏中医药,2005,26(5):14-15.
 [6]樊小青,朱 燕,姚 宁.116 例干眼症的中医体质与中医证型频数调查[J].西部中医药,2014,27(04):79-81.
 [7]王 琦.中医体质学说的基本原理[J].北京中医药大学学报,1989,12(1):8.
 [8]王 琦.9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J].北京中医药大学学报,2005,28(4):4.
 [9]韦青松,王伯钧,陈玉新,等.眼科门诊干眼症的流行病学调查[J].广西医科大学学报,2008,25(1):146-147.
 [10]高春玲,路风青.眼科门诊干眼症的流行病学特征分析[J].山西医科大学学报,2011,42(8):667-669.
 [11]杨永明,马林昆.干眼的流行病学研究进展[J].国际眼科杂志,2010,10(10):1944-1946.
 [12]Erdem U,Ozdegirmenci O,Sobaci E,et al. Dry eye in post-menopausal women using hor-

mone replacement therapy. Maturitas, 2007, 56(3):257-262.

[13]Suzuki T,Schaumberg DA,Sullivan BD,et al. Do estrogen and progesterone play a role in the dry eye of Sjogren's syndrome? Ann N Y Acad Sci,2002,966:223-225.
 [14]刘俊伶,于摇靖.绝经后期干眼的研究进展[J].国际眼科杂志,2015,15(8):1350-1352.
 [15]李 娟.近 10 年来中医药治疗干眼症研究概况[J].四川中医,2013,31(12):155-157.
 [16]邓永红,段俊国,路雪婧,等.枸杞及其提取物在眼科的古今应用概况[A].世界中医药学会联合会第二届眼科年会中华中医药学会第十次中医中西医结合眼科学术大会论文汇编[C].2011:368-371.
 [17]Chang YH,Lin HJ,Li WC. Clinical evaluation of the traditional Chinese prescription Chi-Ju-Di-Huang-Wan for dry eye. Phytother Res,2005,19(4):349-354.
 [18]莫菁菁.石斛夜光丸治疗干眼的临床观察[J].中华高血压杂志,2015,23(3):119.