

刘英锋从少阳湿热辨治胸痹之见[※]

祝盼盼 王伶改 指导:刘英锋[▲]

摘要 胸痹的病机为阳微阴弦,常规认为“阴”乃为寒邪,然湿亦为阴邪,亦可痹阻胸阳。少阳经脉循行向上贯穿胸里,贯穿心;少阳为水火通道,为弱阳,易为湿所遏。刘英锋教授临床上从少阳湿热辨治胸痹,思路独到,疗效颇佳,特此加以归纳介绍,为临床辨治胸痹提供更广的思路。

关键词 胸痹;湿热;少阳

胸痹是指胸中阳气不振,而气血为之痹阻之病,其以胸部憋闷、疼痛,甚则痛彻胸背,或短气喘息为主要表现^[1]。胸痹之关键病机为胸阳痹阻,但具体病因却不止一种。《金匮要略》首次提出“胸痹”之名,且把病机归纳为阳微阴弦(即本为上焦阳气不足,标为下焦阴邪内盛,因而阴邪上乘阳位,痹阻胸阳,形成本虚标实之证)。阴邪乃为寒痰水饮,痹阻心胸之脉络,寒主痛,故而出现胸痹心痛之象,故主用栝楼薤白类方治疗。后世医家虽也有所发挥,但在病因上仍然强调寒凝、血瘀、痰浊之类,治法仍以辛窜温通为宗^[2]。

刘英锋教授乃江西省名中医、临床基础学科带头人。其基于寒温统一辨治疑难杂症的理念与经验,发现临床上湿热所致之胸痹不仅存在,甚至还有逐渐增多之趋势,因此,多从宣湿开上论治,思路独到,疗效颇佳。特此加以归纳介绍。

1 病因——湿热生痰为“阴邪”

历代医家对于胸痹的病因均有阐发,但早期在病因上主要强调寒凝、血瘀、痰浊以及虚实夹杂情况^[2]。然而湿亦为阴邪,湿重可浊邪害清,同样能痹阻胸阳。如《湿热病篇》云:“湿蔽清阳则胸痞……胸痞为湿热必有之症。”《症因脉治·胸痛论》指出:“若胸中满塞而不痛,又名胸痞。”可见,胸痞指的是胸中满塞不痛,因此部分冠心病虽命名为“胸痹”,但实际上也归属于“胸痞”的范畴^[3]。刘英锋教授根据多年的临床经验,结合现代人的生活方式,认为当今社会胸痹以湿热居

多。如食以肥甘厚味,饮以高粱水浆,则湿热渐生;在高压、快节奏的工作环境下,所欲不遂,则气郁气滞,化热化火,酿湿成痰;在少动懒行的生活方式下,则气滞湿留。湿为阴邪,与热相合,胶着难分,易阻气机,气机不畅,甚或不通,湿随热上行,痹阻胸阳,则胸中满闷,甚或胸中痛。

2 病位——上焦少阳焦膜为“阳微”

《素问·痹论》言“心痹者,脉不通”,指出胸痹心痛的病位在心。现代医家参照西医冠心病的辨治,多将其病位局限在心或心包,故而逐渐淡化上焦少阳及中焦阳明的作用^[4]。而刘英锋教授认为当今生活方式下所蕴生的湿热痰浊,多伏积于少阳焦膜,且以少阳三焦为主。少阳三焦为一身之半表半里,是气、水、火运行的通路,人体阳气和水液的通行依赖三焦的输布和畅达。少阳三焦中与阳明胃腑相通,上与心脏相邻,饮食肥甘所生之湿热痰浊,易由中焦循经脉焦膜上贯胸中,逼迫宗气,发为胸痹,痹阻心脉,转为心痛。而少阳胆与三焦互为表里,《素问·六节脏象论》^[5]曰“凡十一脏,取决于胆”,胆腑受邪必然导致气郁,胆气内郁则三焦水火失常。少阳为弱阳,易被湿遏,且少阳内寄相火,郁而化热,湿随热上壅少阳上焦焦膜气机,痹阻胸阳,胸痛乃作。

3 治疗——上焦宣痹汤为基础方

湿郁于上而影响阳气宣发,上焦气机宣透不畅,关键在于湿邪性质黏滞,故宣湿开上为首选之法,或再合以化痰,兼以清热。刘英锋教授认为无形湿热痰郁的治疗尤当以疏透为主^[6]。上焦宣痹汤(郁金、枇杷叶、白通草、射干、淡豆豉)出自《温病条辨》,乃专为湿热温病发于上焦之啻而设。全方辛开苦降淡通之性,

※ 基金项目 2020年度江西省中医药管理局科技计划项目(No.2020B0153)

▲ 通讯作者 刘英锋,男,教授,医学博士,博士研究生导师。研究方向:中医临床基础理论与临床研究。E-mail:121390753@qq.com

• 作者单位 江西中医药大学(江西南昌 330025)

共奏宣透上焦湿痹、清解上焦郁热之功。刘英锋教授认为其可用于杂病之湿热胸痹,作为底方再酌情加减,如:夹痰者,合温胆汤之类;热显者,合银翘马勃散加减;气滞明显者,合小柴胡汤加减;夹瘀者,合丹参饮加减;兼有阳明湿热者,合甘露消毒丹加减。刘英锋教授认为该方的用法之关键,在于郁金之重用(15~30 g),以其芳香宣湿,兼能舒气,且走上焦之可贵。

4 典型案例

案1 彭某,男,71岁,2020年5月13日初诊。主诉:胸闷40年,加重1月余。现病史:患者于40年前因劳累出现胸闷,呼吸困难,程度较轻,未重视,未治疗。1个月前开始出现胸闷、呼吸困难加重,呈持续性,傍晚7时左右呼吸困难最明显,活动后或天气凉爽则能缓解,天热则加重,甚则胸口疼痛,偶有刺痛感,伴有咽喉梗堵感,无咽干、咽痛。平素嗜食厚味之物,晨起口干明显,夜寐尚可,偶有因呼吸不畅而憋醒,白天小便次数多,大便正常。舌质红,苔淡黄,中后部腻。脉弦,寸沉,关上旺,左脉中取滑。望诊:形体壮实,面色暗红,唇暗,咽红、有分泌物。闻诊:语声洪亮浑浊。中医诊断:胸痹,辨为痰湿郁热证,病在少阳上焦气分影响厥阴心包血分。予上焦宣痹汤合银翘马勃散加减,药用:金银花10 g,连翘10 g,马勃6 g(包煎),射干10 g,牛蒡子6 g,郁金20 g,通草8 g,枇杷叶15 g,淡豆豉10 g,竹茹15 g,瓜蒌皮15 g,茯苓15 g,陈皮10 g,枳壳10 g,旋覆花10 g(包煎),茜草10 g。14剂,水煎服,日1剂。

2020年5月26日二诊:胸闷较前减轻,持续时间较前缩短1 h,咽喉梗堵感减轻。服药期间大便偏稀,余无异常。脉弦偏沉,左细。舌质红,苔淡黄微腻。予上方去竹茹,加法半夏10 g。14剂,水煎服,日1剂。

2020年6月16日三诊:胸闷、呼气困难有所缓解,但早、晚7~9时仍觉胸闷、呼吸困难,咽喉有紧束感,天热则明显,咽喉梗堵感减轻,晨起口干,食纳可,二便正常。脉弦偏浮,舌质红,苔白。继续守上方治疗。后续在此方加减服药调理2个月,转为服用丸剂,每日3次,每次10 g。

2020年8月28日微信回访:患者早、晚8时左右偶有胸闷、呼吸困难,持续时间不长,偶有咽喉堵塞感,余无异常。

按 此案病程长达数十年,源于饮食厚味,湿热渐生,发于过度劳累,损伤正气,虚处受邪,湿热渐起

蒸腾上扰少阳上焦心胸空旷之地,故而出现胸闷,程度较轻。日久聚湿成痰,痰为有形之邪,痰湿随热上行,蒙蔽心胸,胸中阳气痹阻,故而胸闷,甚则胸痛、咽堵,程度逐渐加重。故治疗上用上焦宣痹汤宣透上焦湿热;加用瓜蒌皮宽胸理气化痰;患者舌红苔黄、咽红,考虑热重,故合用银翘马勃散加强清上焦之热;患者胸闷、呼气困难,甚至胸口刺痛,病由气分及血分,故而参考旋覆花汤,以活血理气通络。考虑患者病程长,湿热日久,病势缠绵,湿性黏滞,非一剂而能除,当继以调理祛湿清热为法。丸者缓也,故改用丸剂治疗。

案2 唐某,男,35岁,2020年5月12日初诊。主诉:左胸口疼痛反复发作1年,加重1月余。现病史:患者于1年前无明显诱因开始出现左胸口处不适,或刺痛,喜压喜按,按之不痛,于当地寻求中医治疗,先后予柴胡桂枝汤、乌梅丸等方加减,症状可缓解,但易反复。1个月前左胸口处刺痛明显,午后或活动后缓解,阴雨天加重,无心悸,近2~3周睡眠欠佳,多梦易醒。多食则腹胀,晨起小便黄,大便调。舌质红,尖有红点,苔黄厚。脉细弦,左沉。望诊:形体偏高瘦,面色偏黄,隐隐带红色;咽部有少许红色滤泡增生,唇暗。闻诊:语声偏细缓。中医诊断:胸痹,辨为少阳气滞、阳明湿热证,病在气分影响厥阴心包血分。予上焦宣痹汤合甘露消毒丹加减,药用:郁金15 g,射干10 g,枇杷叶10 g,淡豆豉10 g,通草6 g,白豆蔻6 g(后下),藿香10 g(后下),茵陈10 g,连翘10 g,浙贝母10 g,黄芩6 g。14剂,水煎服,日1剂。

2020年5月22日复诊:左侧胸口疼痛频率减少,刺痛发作数秒钟后可自行缓解。2天前汗出受凉后出现鼻塞,两侧头痛,略乏力。舌质红,尖有红点,苔黄厚。脉细,按之弦,左寸尺沉。予上方基础上合小柴胡汤加减,药用:柴胡10 g,黄芩10 g,法半夏10 g,藿香10 g(后下),茵陈15 g,连翘10 g,通草6 g,郁金15 g,白豆蔻6 g(后下),枇杷叶10 g,旋覆花10 g,降香10 g。14剂,水煎服,日1剂。

2020年6月10日三诊:服药后感冒症状除,左胸闷或胸痛程度与频率均减少,此次胸口刺痛未作,舌质红,苔黄厚减,脉细弦,左寸沉渐起。予首诊方加丹参10 g,制成散剂,每日3次,一次10 g,服药月余。

2020年8月20日微信回访:左侧胸痛已缓解。

按 此案源于患者素有气郁,加之久病致郁,气机不畅,气不行,则易停湿,久则郁热。阴雨天助湿

(下转第22页)