

大陷胸汤证治新探

刘莹莹¹ 邵明晶^{2▲} 史载祥²

摘要 大陷胸汤出自张仲景《伤寒论》。因其组方峻猛,历代医家皆十分谨慎,均秉持非必要不用的原则,及至当代,更是视其为猛虎,然临床实践若辨证准确,大陷胸汤常能取得其他方药无法企及的疗效。文中对大陷胸汤的证治进行探讨,结合史载祥教授验案加以具体剖析,希望名方得到更好的应用、发挥和传承。

关键词 大陷胸汤;《伤寒论》;证治新探;临床经验

关于大陷胸汤方药,历代中医文献记载中共有4种不同版本,除《伤寒论》版本外,《金匱玉函经》版最为常见,此外还有《伤寒大白》版,另有少量以大陷胸丸作为大陷胸汤版本,本文仅探讨《伤寒论》版本大陷胸汤。

《伤寒论》之大陷胸汤,由大黄、芒硝、甘遂组成。书中共有5条条文明确涉及大陷胸汤主治病证,其中最为大家熟知的便是治疗结胸。《伤寒论》中虽已详细论述了该方的主治病证、煎煮方法及用药注意事项,今人却鲜少使用。笔者查阅古今文献后发现,历代医家对大陷胸汤的使用均不多,如《经方实验录》言“世人罕用之,抑亦罕闻之”^{[1]67},以致张锡纯发明了药效较为平和的“荡胸汤”。笔者有幸在随诊全国名中医史载祥教授时得见其数次应用大陷胸汤,见证了大陷胸汤对某些顽疾及危重病证的疗效。本文将结合史载祥教授临床应用经验,进一步探索大陷胸汤方证,以期能指导临床应用。

1 大陷胸汤证治述略

大陷胸汤的主治病证,最为大家所熟知的便是“结胸”。《伤寒论》中有4条条文明确表明大陷胸汤主治结胸;而第137条无“结胸”二字,条文中言其主治症状为“不大便五六日,舌上燥而渴,日晡所小有潮热,从心下至少腹硬满而痛,不可近者”^{[2]239}。或有医家将结胸的症状总结为“心下硬满而痛”,故将此条也归为结胸证。但《伤寒论》中有“时如结胸”^{[2]178}、“如结胸状”^{[2]100-101}的症状描述,可见有类似结胸症状的病证,但并不归属于结胸。因此,第137条中大陷胸汤主治病

证并不一定为结胸,故而大陷胸汤证并不一定都是结胸证。

大陷胸汤在历代医家的临证应用中,不断得到发挥。大陷胸汤证的症状表现,除《伤寒论》中的短气烦躁、心中懊恼、心下硬满而痛、但头汗出、舌上燥而渴、日晡潮热、便秘外,经后世医家的探索发挥,逐渐扩展至腹满^[3]、盗汗^{[4]147}、腹痛^{[5]721}、小便不利^{[4]207}、夹食^{[4]232}、少腹满囊缩^{[5]738}。关于大陷胸汤证的脉象,《伤寒论》有迟脉、沉紧脉,发展至后世则有“脉浮滑”^[6]、“脉沉滑”^[7]、“脉沉实而疾”^[8]、“脉沉实有力”^[9]、“则脉道不但沉紧,甚至有伏而不见者”^[10]。关于大陷胸汤的舌象,《伤寒论》中只载“舌上燥而渴”^{[2]239},后世则将其细分为“舌见黄而色有膈瓣者”^[11]、“舌见黄而涩,有隔瓣者”^[12]、“舌中有厚黄苔腻”^[13]、“弦红中微黑舌”^[14]。后世医家对大陷胸汤证的进一步探索,对临床应用有更精确的指导作用。

总之,虽然《伤寒论》中大陷胸汤主治多为结胸证,但后世医家经临床实践,拓展了本方的主治病证,使其临床适用范围更广。经方大家曹颖甫认为,但凡辨证有“胸膈有湿痰、肠胃有热结之证”^{[11]58},均可使用此方,以此来“上下双解”^[15]。史载祥教授于临证中验证了大陷胸汤治疗上湿下燥的效果,并发现大陷胸汤在治疗热结痰凝、胸膈痰热、水火交结、上湿下燥等证时均可取得很好的疗效,以下以医案3则具体阐述。

2 大陷胸汤验案举隅

2.1 不稳定型心绞痛案 李某,男,67岁,2021年2月5日初诊。主诉:劳累后胸骨后闷痛2个月。现病史:患者于2个月前搬运重物时出现胸骨后闷痛,休息10 min后好转。刻下症见:劳累后胸骨后闷痛,动辄汗出,心烦易躁,纳可,夜眠6 h,夜尿3~4次,大便偏

▲通信作者 邵明晶,男,副主任医师。研究方向:中西医结合治疗心内科各类疾病。E-mail:shaomingjing0707@163.com

•作者单位 1.北京市朝阳区中医医院(北京 100020);2.中日友好医院(北京 100029)

干,日一行。舌质暗,苔黄厚腻、裂纹,脉弦滑。2021年2月2日冠脉CTA检查:LAD 50%~69%,D1 70%~90%,LCX 50%~69%。西医诊断:①不稳定型心绞痛;②冠心病。中医诊断:胸痹,证属痰浊内阻,气陷血瘀。处方:枳实薤白桂枝汤合升陷祛瘀汤合小陷胸汤。药用:枳实 10 g,薤白 30 g,桂枝 10 g,厚朴 12 g,瓜蒌 30 g,党参 15 g,黄芪 30 g,柴胡 10 g,桔梗 10 g,知母 15 g,三棱 12 g,莪术 15 g,益母草 30 g,山萸肉 15 g,法半夏 30 g,僵蚕 30 g,苍术 30 g,黄连 10 g。14剂,水煎,每日1剂,分2次服。

2021年3月15日二诊:服前药期间胸闷未作,停药后胸部闷痛复发,每日1~2次。患者曾至某医院住院,调整西药后胸闷未见好转,伴心烦,易汗出,上半身为甚,纳可,眠差,每晚夜尿3~4次,大便干,一二日一行。舌质暗红,苔黄腻,脉弦滑,右大于左。考虑上湿下燥、本虚标实,予大陷胸汤合升陷祛瘀汤,药用:生大黄 15 g,芒硝 12 g,甘遂 1.5 g(打粉装胶囊,单服),党参 20 g,生黄芪 30 g,柴胡 10 g,升麻 10 g,桔梗 10 g,知母 15 g,三棱 15 g,莪术 15 g,益母草 30 g,山萸肉 15 g。7剂,水煎 400 mL,每日1剂,分2次服。

2021年3月22日三诊:胸闷未作,上半身汗多十去其七,心烦缓解,夜尿减至2次/晚,服药后大便2~3次/日,急迫稀软便,排便后体畅。舌质红,苔黄腻,少津,脉弦滑。继以枳实薤白桂枝汤合升陷祛瘀汤善后。

按 本案患者为上湿下燥兼有胸闷、胸痛症状,其人腹型肥胖,肥人多痰湿,故其素体便有痰湿之证。初诊时下燥尚未形成,但已有上湿,上半身汗出多、胸闷、胸痛、烦躁,苔黄厚腻、裂纹,脉弦滑,故以枳实薤白桂枝汤、升陷祛瘀汤合小陷胸汤升阳举陷、涤痰宽胸开结。二诊时上半身出汗多,胸闷,胸痛,心烦,大便干燥,舌红,苔黄腻,脉弦滑,上湿下燥之势已成,故以大陷胸汤合升陷祛瘀汤泻热逐水、升阳举陷。

部分医家认为,结胸分为大结胸与小结胸,大结胸以大陷胸汤方为治,小结胸以小陷胸汤为治。大结胸与小结胸之差别在于大陷胸汤为心下至少腹硬满而痛,且不按即痛,其病势较重;小结胸是按之才痛,不按不痛,其病势较轻。此案中先予小陷胸汤,复诊时予大陷胸汤,原因在于病势的轻重。该患者的病情由上湿逐渐进展至上湿下燥,初诊时以小陷胸汤加减,但因治疗中停药,故痰热未能尽除,而下燥渐成,故复诊时予大陷胸汤,病去大半,后以缓药收功。若二诊时医者望甘遂而退却,上湿下燥不能速除,其后必成结胸,而患者兼有烦躁,《伤寒论》云“结胸证悉具,烦躁者亦

死”^{[2]97},则病危难治。

2.2 头晕案 王某,女,56岁,2023年3月6日初诊。主诉:头晕半年余。现病史:半年前患者开始出现头晕,未诊疗。刻下症见:头晕如裹,胸闷痛,腹部胀满,乏力,双下肢尤甚,自汗,上半身汗出较多,口干涩,恶心,纳差,眠差,每晚睡眠时间约3~4 h,大便不畅。舌暗,苔黄腻,脉沉弦滑。西医诊断:头晕待查。中医诊断:眩晕,证属上湿下燥。处方:大陷胸汤。药用:大黄 10 g,芒硝 8 g,甘遂 1 g。3剂,水煎(加 1200 mL 水,先入大黄,煮至 400 mL 时加入芒硝,再沸后加甘遂末),每日1剂,分2次服。

2023年3月10日二诊:服前方后头晕十去其六,出汗明显减少,胸闷痛减轻,乏力缓解,大便一日一行,质偏稀。舌暗,苔黄腻,脉弦滑。继予前方3剂,煎服法同前。

按 本案根本病机在于上湿下燥。上湿阻碍气机,浊阴不降,清阳不升,兼湿邪郁蒸,则发为头晕。胸闷痛,腹部胀满,其状如结胸,已有结胸渐成之势。此外,上半身出汗多、口干涩、恶心、纳差及胃中不适、排便不畅等症状,以及苔黄腻、脉沉弦滑,均为仲景及后世历代医家所总结的大陷胸汤之主治,故史载祥教授果断予大陷胸汤单方治疗。因辨证精准,3剂药后患者不适症状均大减,可见峻剂药效之快捷。

2.3 多汗症案 陈某,男,55岁,2022年6月13日初诊。主诉:自汗、烦热5年余。现病史:5年前患者出现汗出增多,颈部为显,夏季更甚,周身烦热,手臂为甚,夜间加剧,自服知柏地黄丸、酸枣仁汤,未见疗效。刻下症见:多汗,上半身尤以头面部为甚,周身皮肤潮湿,烦热,夜间热甚,影响睡眠,偶咳少量白痰,质黏难咳,耳鸣,口干,多梦,每晚入睡6~7 h,尿频,夜尿3~4次,大便黏腻。体壮,面红,舌暗红,有裂纹,舌根部黄腻苔,舌下静脉迂曲增粗,脉沉细滑有力。西医诊断:多汗症。中医诊断:自汗,证属热结痰凝、胸膈痰热。处方:大陷胸汤。药用:甘遂 1 g,大黄 10 g,芒硝 8 g。7剂,水煎(加水 1200 mL,先入大黄,煮至 400 mL 时加入芒硝,再沸后加甘遂末),每日1剂,分2次服。

2022年6月20日二诊:间断服用前方4剂,诸症大减,自汗、口干明显减轻,仍以上半身出汗为主,头部尤甚,耳鸣,夜间身热减轻,口中黏腻感,痰多,多梦,大便日行2次,水样便,尿色偏黄,夜尿2次。舌暗红,水滑苔,根部黄腻,脉沉动数。继予前方7剂及血府逐瘀汤加减隔日服用。

2022年6月27日三诊:自汗、手足心热大减,口中

黏腻感好转,耳鸣明显减轻,每日晨起耳鸣,痰多,痰色或青或白,痰黏成块,服大陷胸汤方时大便日行2~3次,水样便,停药后大便一日一行,便软成形,尿色黄。舌红,水滑苔,舌根部腻,脉动滑数。停药大陷胸汤方,予血府逐瘀汤加减继续治疗。

按 本案主要为热结痰凝、胸膈痰热,痰热郁蒸于上,故上半身汗出多、身热;夏季阳盛,长夏湿重,故于夏季加重。痰热阻遏于上,虽可“其高者,因而越之”^{[15]42},但其有大便不畅,向下分泄之路受阻,故仍需以大陷胸汤类峻猛药物泻热逐水以调节水液代谢。

3 大陷胸汤应用新识

当代杂病中已很难见到心下硬满痛之典型结胸证,但大陷胸汤证仍有其广阔的应用空间。史载祥教授结合临证经验,总结出4点大陷胸汤证的应用要点。

3.1 方证辨证与辨证方证 “方证相对”是由日本古方派医家吉益东洞提出的辨证论治方法,即“凡治疾之法,视邪之所凑、察毒之所在,随其证而处方,不拘病名、病因,此则仲景之教也”。笔者认为,“以见证为治本,不拘因也”^[16];经方大家胡希恕认为,“方证相对”是辨证的尖端,其证同则万病一方,若证异则一病万方。“方证相对”对医家的专业素养要求极高,要求医者在对经典充分把握的基础上进行辨证论治。结合古代文献中大陷胸汤证的短气烦躁、心中懊恼、心下硬满而痛、但头汗出、舌上燥而渴、日晡潮热、便秘、腹满、盗汗、腹痛、小便不利等症,史载祥教授将大陷胸汤证分为热结痰凝、胸膈痰热、水火交结、上湿下燥证,故该方除典型结胸外,还可用于结胸未成但有将成之势。若结胸已成,以峻剂下之,为依法治之;将结胸未成将成之势主动截断,此为先其病而治之。史载祥教授认为,临床辨证可以形体壮实、面色红、舌红、苔黄厚腻、脉实有力、头部汗多、胸部胀痛、便干为辨证要点,但见其证,当用则用。

3.2 谨守病机与治病求本 “治病必求于本”^{[15]29}。大陷胸汤证的根本病机在于痰、热、水、火结于上,或有下之燥实,病势重,非一般燥湿化痰药可治,需芒硝、大黄、甘遂之类泻热、逐饮、破结,此为治病求于本。

3.3 体质辨证与体质调节 当代社会经济高度发达,物质水平较古人明显提高,人们日常饮食多肥甘厚腻,痰湿渐生,日久化热,易产生热结痰凝、胸膈痰热、水火交结、上湿下燥的体质。体质的形成,非一日之功,故而在上之痰、热,在下之燥实,平常之药难除,非

峻剂大陷胸汤泻热、逐饮、破结不能取效。且随着营养学对增加蛋白质摄入的推荐,今人体质也较古人更为壮实,大陷胸汤的峻下造成的虚损概率也更低。因此,临床中辨别大陷胸汤证的体质,以大陷胸汤峻下治疗,不仅可以治疗患者所苦之疾病,还能调节体质。

3.4 重疾轻投与把握有度 大陷胸汤中甘遂因其毒性而历来被医家所忌惮,但医者若谨守病机,辨证准确,则可大胆用之。史载祥教授在应用大陷胸汤时遵循古法,常以生甘遂末1g冲服起用,随证加减,重疾轻投,把握有度,可视具体情况增加甘遂用量,也可入煎剂而不用其末冲服。《素问·五常政大论》云“大毒治病,十去其六”^{[15]434},《伤寒论》大陷胸汤后也嘱“得快利,止后服”^{[12]97},故在患者服大陷胸汤期间,医者应密切观察患者相关症状,若病去过半,或大便次数过多,则应停药换方,取中病即止之意。

总之,当下大陷胸汤证在临床中并不少见,若医者将大陷胸汤束之高阁、弃之不用,则十分可惜,故临床中如遇实热结胸之沉痾痼疾,当用则用,不必犹豫。

参考文献

- [1]曹颖甫.经方实验录[M].北京:中国中医药出版社,2012.
- [2]何任.伤寒论校注[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [3]强健.伤寒直指[M].上海:上海科学技术出版社,2005:429.
- [4]秦之桢.伤寒大白[M].北京:中国中医药出版社,2015.
- [5]楼英.医学纲目[M].北京:中国中医药出版社,2011.
- [6]赵信.圣济总录[M].北京:人民卫生出版社,2013:356.
- [7]刘昉.幼幼新书[M].北京:中国中医药出版社,2005:420.
- [8]程玠.松崖医径[M]//裘庆元.珍本医书集成.北京:中国中医药出版社,2012:12.
- [9]龚廷贤.古今医鉴[M]//李世华.龚廷贤医学全书.北京:中国中医药出版社,1999:1178.
- [10]汪琥.伤寒论辨证广注[M].北京:中国中医药出版社,2016:121.
- [11]孙文胤.丹台玉案[M].北京:中国中医药出版社,2016:67-68.
- [12]王肯堂.证治准绳[M]//陆拯.王肯堂医学全书.北京:中国中医药出版社,1999:964.
- [13]梁玉瑜.医学问答[M].北京:中国中医药出版社,2008:36.
- [14]曹炳章.辨舌指南[M]//张苇航.曹炳章医著大成.北京:中国中医药出版社,2022:118.
- [15]郭霭春.黄帝内经素问语译[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [16]吉益东洞.东洞先生答问书[M]//黄小龙.吉益东洞古方医学全集.北京:中国中医药出版社,2018:375.

(收稿日期:2024-04-12)

(本文编辑:蒋艺芬)