

从《金匱要略》探讨胸痹的证治

常熟市中医院 钱元龙

胸痹之名，始见于《内经》，然语焉不详。在《金匱·胸痹心痛短气病篇》，对本证作了较全面的论述。总观全篇内容，其篇目中所并提之“心痛”、“短气”则是指“胸痹”病的两个突出症状，并不包括其他各种心痛、短气的病证在内。盖痹者是痞塞不通之意，不通则痛。胸痹，即指胸部痞塞不通或痛之谓。按证候分析，该病与现代医学中的“冠心病”“心绞痛”颇相类似。我们按此理论以指导临床治疗某些“冠心病”患者，获得较满意的疗效。因此，如何正确

掌握胸痹的证治，有其现实的临床意义。今就对胸痹的认识结合有关文献及临床病案，略作讨论。

辨证与治法

据原文论述，本病以胸满、痞、痛为其主证。至于短气、喘息咳唾、背痛，这是依主证的发展而出现的或有证。《金鉴》云：“胸痹病轻者，即今之胸满，重者即今之胸痛也”。其治疗原则，当以益气通阳，涤痰理气、和胃泄浊、化瘀宣痹为主。但在具体治法上，还须审辨虚实轻重，随证施治。

汤，大解仍然不爽，诸症未见退机，舌心灰苔变黑起刺，如小舌之状，伏邪全入阳明胃腑。阳明居中土也，万物所归，邪气入胃，无所复传，宜猛下之。

生大黄15克（后下） 芒硝10克（冲）
枳实10克 川厚朴10克

五诊：第五日服大承气，猛下结粪盈盆，竟得躁汗而解，《医话》归芍二陈汤加减主之。

当归身10克 大白芍10克 赤茯苓10克
炙甘草5克 制半夏10克 新会皮5克
元参15克 麦冬10克 活水芦根尺许

按：此证施治之紧急处，即在于三度用承气汤，数数攻下，以廓清入胃之病邪也，《医话》中承气汤，无大承气之峻，小承气汤之轻，调胃承气之缓，立意颇佳。四诊，两进承气汤之后，未见退机，而“舌心灰苔变黑起刺，如小舌之状”，乃阳明积热，火毒熏蒸之象，还予大承气汤猛攻，终于逆转病势，转危为安。于此可见伏邪确有非数度

攻下不解之证也。

小 结

综上所述，蒋氏论伏邪，本于内、难经旨，参以诸家，既崇尚邪伏募原之说，又有经中伏气的见解，立论颇有可取之处。从其留下的医案来看，伏邪为病往往见证重险，运用伏邪理论指导临床，收到了较好的效果。由此可见这一学说是不可轻易扬弃的。但由于先生过于尊经，又本于父师之训，对邪伏之途径，仅认为系外邪“循毫而入腠理”，然后内传深伏，对明清温学家提出的温邪从口鼻而入、内伏募原之说，未曾道及，这是一个很大的缺陷。尽管他从临床上见到了邪伏募原这样的证候，却不能认识热邪入侵之途径，这是其学术思想的局限性。后来对伏气温病学说研究有素的柳宝诒先生云：“伏邪之名，从前未经道及，自蒋问斋著《医略十三篇》，煌煌然著伏邪之名，始昭然大白于天下”。指出了蒋氏对伏邪学说的贡献，同时，对其立论自相矛盾之处，亦作了辩正，可供我们研究蒋氏学说之参考。

（一）肺胃气滞、水饮不化的证治

胸乃清旷之区，为气之海，内容心肺，肺失通调，则水饮阻滞气道而胸满气塞。原文云：“胸中气塞短气，茯苓杏仁甘草汤主之，橘枳姜汤亦主之。”同一证而并提两方主之，前方以宣肺化饮为主，后方以理气和胃降逆为重。于此可见，凡胸痹“气塞短气”有因肺气不利，水饮不化者，据理测证，可有咳吐痰沫等症，治宜宣肺化饮，以茯苓杏仁甘草汤，方中有杏仁以利肺气，茯苓甘草利水化饮。如饮邪阻中，胃失和降而胸中气塞短气者，可有痞满呕吐等症，治宜理气散水和胃降逆，用橘枳姜汤，方中橘皮畅气和胃，枳实理气消痰，生姜散水降逆，使气行痰化，则气塞痞满自消。此两方所主，属胸痹之轻证。若胸阳不振，水饮停聚，寒邪上逆，出现胸痞心痛者（证情较“气塞”为甚），则可在后方中去橘皮减生姜，重用枳实以开结下气，加桂枝以通阳散寒化饮降逆。即原文所曰：“心中痞，诸逆心悬痛，桂枝生姜枳实汤主之”，本方重在通阳散寒、开结下气奏消痞止痛之功。临床凡因中阳不振、肺胃气滞饮邪不化而见胸痹（痞）、气塞短气心痛或不痛者，上述三方可综合加减，且可与栝蒌、薤白、半夏等药配伍运用。

（二）胸阳不振，痰阻气滞的证治

原文曰：“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。”又曰：“胸痹不得卧，心痛彻背者，栝蒌薤白半夏汤主之。”以上两方主证的证情都较重，但两方主证又有程度上的差别。栝蒌薤白白酒汤（薤白半斤、栝蒌一枚、白酒七升）的主证“喘息咳唾，胸背痛短气”，为上焦阳微，阴邪停聚之象。方中栝蒌开胸涤痰下气散结，薤白辛温通阳豁痰理气，白酒温通经脉以行药势，痹阻胸阳得以宣通，则诸症自解。而栝蒌薤白半夏汤（薤白三两、栝蒌一枚、白酒一

斗、半夏半升）的主证“不得卧”（为喘息短气之甚），“心痛彻背”（较一般胸背痛为剧）此由寒邪痰涎壅胸中所致。故在栝蒌薤白白酒汤中减量薤白，增量白酒之温通，加半夏之苦辛，以通阳涤痰，降逆和胃。临床对饮邪较盛的胸痹证，本方可与苓桂术甘汤配伍加减运用。

（三）阳虚弱，寒湿内盛的证治

胸痹本属虚寒性疾患，但有纯虚（阳虚与虚中挟实（阴邪实）之辨。原文曰：“胸痹心中痞气，气结在胸，胸满、胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之”。一证而并出两方，可见胸满、心中痞等证，有虚实之辨。如虚中挟实，寒湿痰浊壅盛，“气结在胸”，胸满腹胀者，法当“温而通之”，用枳实薤白桂枝汤（枳实、厚朴、薤白、桂枝、栝蒌实）。以药测证，本方可有胸胁苦满、冲气上逆、大便不畅、舌苔白腻等证。方中枳实、厚朴，辛开苦降理气散结，薤白、栝蒌、桂枝，开胸涤痰，通阳降逆。若是中焦虚寒，大气不运而痞满者，则当“温而补之”，以人参汤（人参、甘草、干姜、白术）益气助阳，理中散寒，即塞因塞用之意。以方测证，尚可四肢不温，倦怠少气，语音低沉，腹胀便溏，脉象细弱，舌淡苔滑等证。若因寒湿中阻，胸痹证情（胸满心痛）时缓时急者，可用薏仁附子散以泄浊利湿，助阳逐寒，缓急解痛，属标本兼顾之法。

（四）中寒极盛，痰瘀凝结的证治

原文曰：“心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之”。以方测证，本证较栝蒌薤白半夏汤证之“心痛彻背”更剧，是属胸痹中阴寒内盛，痰浊壅阻的重证。方中以乌、附、椒、姜之辛热助阳散寒，以消阴邪，合石脂之固涩，以镇厥气冲逆。若因痰饮痞阻，沉寒痼结而痛者，可以原书附方九痛丸治疗。方中用附子、巴豆之散寒攻积而被坚

结。吴萸、狼牙止痛涤饮而杀虫。合人参、干姜以益气温中和胃，共奏温通去寒止痛之功。乌头赤石脂丸与本方对比，前者为守镇助阳散寒，后者为理中攻寒，破结逐邪。

病案举例

例一：姚××，男51岁，因阵发性胸闷痞满隐痛，气急心悸不得平卧，于1984年10月4日入院。患者在两个月前起，常在夜间突发胸闷，气急心悸，日益发作增剧。近一周来，上述症状增剧，发时胸闷痞满，胸中隐痛，喘咳短气，痰吐粘浊，甚则不能平卧，需含服硝酸甘油片，才能缓解。检查：血压116/70mmHg，心率110/分，偶有早搏。舌苔薄白腻，脉象细弦，偶有促脉，呈桶状胸。X线胸透：两肺纹理影深，两侧肋膈角尖锐，心脏左室扩大。心电图检查示：（1）窦性心动过速；（2）左心室肥大伴劳损；（3）QT略延长；（4）冠状动脉供血不足。诊断：冠心病。按中医辨证，为胸痹心悸，由气滞痰浊壅阻，中阳失宣。治疗原则以理气通阳，涤痰宣痹，仿橘枳姜汤合栝蒌薤白半夏汤加减：枳壳10g、陈皮10克、全瓜蒌30克、薤白6克、制半夏10克、桂枝6克、茯苓15克、川芎6克、天竺黄10克，每日一剂，同时加服冠心苏合丸（口服两次，每次一粒）。服药一周后，证情好转，心悸、胸闷、胸痛轻减，夜间未再发作，舌苔白腻渐化，脉促得减（心律转齐，心率96次/分）。停用冠心苏合丸，原方加减续服。住院25天症状逐渐消除，临床好转出院。三个月后来院门诊复查，病情稳定。

例二：顾××，女，57岁。1984年8月7日入院。患者在1979年10月初起，胸闷痞满，心悸，动则气急。而后，心悸及心前区阵发性隐痛反复发作，甚则气塞，短气不能平卧。咳嗽痰吐不多，食减神疲，尿量减少，倦怠无力。入院检查：血压120/90mmHg，脸色苍白，呼吸气急，不能平卧，颈静脉怒张，舌苔薄舌质淡红，脉细弦带数，两肺呼吸音

粗糙，偶有早搏；心率96次/分，二尖瓣区可闻三级收缩期杂音，动脉瓣区可闻二级收缩期杂音，心界明显向左右扩大。腹软平坦，肝肋下2.5公分剑突下6.5公分，有轻度压痛，肝颈返流征（+），两下肢轻度浮肿。X线胸透：“心影呈梨形改变，两肺郁血。诊断：（1）冠心病，（2）心力衰竭。中医辨证：胸阳不振，心气不足，肺气亦虚。心阳虚而火不生土，肺虚而不能通调水道，脾虚不能运化水湿，而致水湿潴留，三焦决渎不利。治疗原则：益气通阳顾其本，化痰利水治其标。仿人参汤合薤仁附子散加减：党参20克、桂枝10克、制附子10克、甘草10克、白术12克、白茯苓15克、全瓜蒌20克、制半夏10克、薤仁30克、炒陈皮10克，每日一剂。入院时因“心衰”配合服用狄高辛。中途并发肺部感染又配合注射庆大霉素。后阶段单用中药前方加减治疗。住院十九天，症状消除，病情稳定，好转出院。

结 语

本文根据《金匱》原意，对胸痹辨证论治的规律，结合临床验案，作了初步论述。

“胸痹”既是病名，又是病位病机的概称。按其症候分析，与现代医学中的“冠心病”

“心绞痛”的症状很相类似。笔者据原文所载，归纳为四大证治：肺胃气滞水饮不化证治；胸阳不振痰阻气滞证治；阳气虚弱寒湿内盛证治；中寒极盛痰瘀凝结证治。指导临床治疗某些冠心病患者，获得较好疗效。至于胸痹兼心悸、痰瘀互结之理，仲景虽未充分论述，然读仲景书，贵在全面理解，前后对参。如在《金匱·惊悸胸满瘀血病脉证》曰“病人胸满，唇萎，舌青，口燥……脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血”。若胸痹而见此证，即可从瘀血论治。若胸痹“脉结代，心动悸，”亦可以“炙甘草汤主之”（《伤寒论太阳篇》）。总之，读古书贵在今用，理解必求贯通，运用其辨证规律，随机应变无穷。