

《中医内科学》“胸痹”疑难点的教学思路探讨

童晓云¹ 徐莹¹ 冯妮¹ 李晓燕¹ 石安华²

(1.云南中医学院第一附属医院,云南昆明650021;2.云南中医学院继续教育学院,云南昆明650021)

摘要 胸痹的教学中存在不少难点、疑点,《中医内科学》将胸痹列入心系病证,但实际亦可见于肺系病证、脾胃病证等。《金匱要略》指出“阳微阴弦”病机,对气虚阳衰、痰浊、瘀血、寒凝、气滞痹阻胸阳所致胸痹不难理解,但切不可忽略阴虚、血虚致痹的发病机制。《金匱要略》中创宣痹通阳法、化痰逐饮、温阳益气、缓急止痛等治法,设栝蒌薤白白酒汤等9张方,虽未直接论及活血化瘀治疗,但方中所用桂枝、薤白、白酒等药物都有通血脉的作用。通过对这些疑难点进行思考和探讨,可加强学生对中医基础理论知识的理解与认识,并提高临床诊治疾病的能力。

关键词 胸痹 教学 中医病机 中医药疗法

中图分类号 R256.22

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)10-0070-03

中医内科学是中医药学科的主干课程,是中医基础理论联系临床实践的重要桥梁,具有重要学科地位,其教学极为关键。胸痹篇是心系病证的重点,临床极为常见,笔者在长期教学中体会到,胸痹的教学存在不少难点、疑点,如胸痹与心痛是否相同,胸痹是否等同于现代医学的冠心病心绞痛,如何理解“阳微阴弦”在胸痹发病中的作用,中医学在胸痹治疗中有何优势等。本文结合胸痹的概念、历史源流、范畴、病机及临床治疗思维等,对胸痹教学中的疑难点进行思考和探讨,以期加强学生对中医基础理论知识的理解与认识,建立正确的临床思维,以取得更好的教学效果,并提高学生临床诊治疾病的能力。

1 胸痹的定义及范畴

胸痹以病位和病机命名,其病位在胸,病机为痹。“痹”,《辞海》作“气闷”解,闭塞而不通之意;《素问·痹论》云:“痹者,闭也。”指营卫气血之闭塞不通。胸痹即胸中痞塞不通,而引起胸部闷痛,甚则胸痛彻背,短气,喘息不得卧的一种疾病,轻者仅胸闷隐痛,呼吸欠畅,重者则胸痛明显,甚者心痛彻背,背痛彻心,则为真心痛,即胸痹重症。胸痹病主要指心血管疾病,且在胸痹病中所占比例较大,但并不仅限于心血管疾病。

结合历史源流,胸痹一证首见于《内经》,在普通高等教育“十二五”国家级规划教材《中医内科学》(以下简称“教材”)中,列出了如“邪在心,则病心痛”,

“心病者,胸中痛,胁支满,膺背肩胛间痛,两臂内痛”,及“猝心痛”“厥心痛”“真心痛”等论述。学生在学习过程中,将以上论述结合胸痹的临床表现以及现代对冠心病心绞痛的研究,很容易将胸痹与心痛及现代医学的冠心病心绞痛相混淆甚至等同,但并非如此。

心肺同居胸中,肺系疾病亦可引起胸中闭阻之证,如《灵枢·本脏》云:“肺小则少饮,不病喘喝;肺大则多饮,善病胸痹、喉痹、逆气。”可见胸痹的病位亦可在肺。仲景在《金匱要略》中“胸痹不得卧”“喘息咳唾,胸背痛,短气”“短气不足以息”等描述胸痹的症状,同时也常见于肺系疾病。《金匱要略》将胸痹与心痛并论,说明心痛在胸痹病中所占比重较大,且病情较重,故加以强调,突出其在胸痹病中的特殊意义,但切不可因此将胸痹等同于心痛,从而限制了仲景胸痹方的临床应用。此外,历代不少医家亦进一步扩展了胸痹的病变范围,如隋代巢元方的《诸病源候论·胸痹候》曰:“胸痹之候,胸中怫郁如满,噎塞不利,习习如痒,喉里涩,唾燥。甚者,心里强痞急痛,肌肉苦痹,绞急如刺,不得俯仰,胸前皮皆痛,手不能犯,胸满短气,咳唾引痛,烦闷,自汗出,或彻背脊。”晋代葛洪《肘后备急方·卷四》云:“胸痹之病,令人心中坚痞忽痛,肌中苦痹,绞急如刺,不得俛仰,其胸前皮皆痛,不得手犯,胸满短气,咳嗽引痛,烦闷自汗出,或彻引背脊。”可见胸痹亦包括心、肺、胸壁肌肉皮肤疾患。晋代皇甫

谧《针灸甲乙经·寒气客于五脏六腑发卒心痛胸痹心痛三虫第二》曰：“胸痹引背时寒，间使主之。胸痹心痛，肩肉麻木，天井主之。胸痹心痛，不得息，痛无常处，临泣主之。”论述了胸痹病变范围涉及背部、肩部、心脏、肺脏。宋代齐仲甫《女科百问》曰：“胸下怫怫如满，噎塞习习痹痛，饮食不下，谓之胸痹也。脾胃渐弱，乃至毙人。”则认为胸痹亦属食管、脾胃病变。

因此，在教学过程中需加以强调，胸痹病所涉及的范畴很广，教材虽将其列入心系病证，但实际亦可见于肺系病证、脾胃病证等。虽与现代医学的冠心病心绞痛关系密切，但临床许多心脏疾病如心肌炎、心肌病、二尖瓣脱垂等都可导致胸部闷痛，均可属胸痹范畴。同时，胸痹还可见于慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、肋间神经痛、肋软骨炎、带状疱疹、女性乳房疾病、食道炎、食道癌等疾病。总之，胸痹并非专指某一脏、某一腑的某一种病证，凡临证表现为胸部室闷疼痛、符合胸痹病因病机及证候均可按胸痹辨证论治。

2 胸痹的病机

心主血，血脉通利，环流不息，全赖于心之阳气的温煦与推动。对胸痹的病机，《素问·举痛论》云：“经脉流行不止，环周不休。寒气入经而稽迟，泣而不行。客于脉外则血少，客于脉中则气不通。故卒然而痛。”《素问·痹论》云：“心痹者，脉不通。”《内经》认为胸痹心痛与寒凝、气滞、血瘀等有关。张仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》将胸痹心痛病机概括为“阳微阴弦”，其一是指脉象，一是言病机。“阳微”即寸脉微，上焦阳气不足，胸阳不振；“阴弦”即尺脉弦紧，下焦阴寒邪盛，水饮内停。“阳微”与“阴弦”并见，说明胸痹病机为上焦阳虚，阴邪上乘，邪正相搏，胸阳痹阻而成胸痹，揭示了胸痹本虚标实的病变实质。清代林琴在《类证化裁》中说：“胸中阳气，如离照当空，旷然无外，设地气一上，则窒塞有加”，从而引发“胸中窒塞”之胸痹。

在胸痹病机的教学过程中，学生根据《金匮要略》“阳微阴弦”的病机，对气虚阳衰，痰浊、瘀血、寒凝、气滞痹阻胸阳所致胸痹不难理解，但对教材中提到的阴虚、血虚致痹，学生往往重视不够，并对教材的“证治分类”中出现的“气阴两虚证”和“心肾阴虚证”两种证型表示出疑惑。笔者认为在教学中，既要肯定仲景奠定并确立了胸痹的病因病机，但由于历史条件的限制存在不足，其病机通过后代医家也得到了不断发挥完善。学好中医内科学的关键是掌握

辨证论治，而辨证论治的核心是审证求机，故学生在病机过程的学习相当重要。“阳微阴弦”虽是胸痹的基本病机，但临床阴虚证的情况并不少见，临床予生脉散、天王补心汤、炙甘草汤、酸枣仁汤、左归丸（饮）等养阴治疗往往疗效颇佳，故切不可忽略阴虚的发病机制。

《素问·金匱真言论》曰：“夫精者，身之本也”，肾为“先天之本”“生命之根”，《素问·五脏生成》云：“心之合脉也，其荣色也，其主肾也。”胸中阳气依赖肾中精气的温养和推动，同时肾阴为一身阴液之根本。肾阴虚不能濡养五脏之阴，可致心阴耗伤，阴虚及气，气阴两虚，外邪虚而乘之发为胸痹。正如《素问·上古天真论》提出，肾精亏虚可致“肾病虚……虚则胸中痛”。《素问·阴阳应象大论》曰：“年四十而阴气自半也，起居衰矣。”可见随着人的自然生长，阴气有自然耗乏的规律。胸痹多发于中老年人，故本病与阴虚有一定的关系。另外，女子以血为用，加之经带胎产的生理过程，数伤于血，而致阴虚的情况更为多见，“阴在内，阳之守也”，阴虚无以制阳则生内热，或由于痰湿、气滞、瘀血等均可郁而化热，正如《素问·厥论篇第四十五》所言“手心主少阴厥逆，心痛引喉，身热，死不可治。”同时，阴阳互根，无阴则阳无以长，久之阴损及阳，阳气不能固外而为寒邪所袭，又可发为心痛。由此可见，阴虚所导致的五脏功能失调及阴虚所致的阳损均可成为病机的关键，在此情况下寒邪、痰浊、瘀血均易于成为致病因素。此外，结合现代医学对冠心病的认识，其病因或由饮食不节，嗜食肥甘厚味，损伤脾胃，内生痰浊致痰浊化火；或由吸入烟毒之品；或随着生活节奏加快，竞争压力提升，情志化火等，均可导致体内火热之邪，积久上犯心脉，阻滞气血运行，发为胸痹心痛，当代医家还提出“瘀毒”致胸痹的病因病机^[1-2]。

故胸痹的病机往往可见到气虚、阴虚、气阴两虚甚至阴阳两虚或阴虚与痰热、气火、瘀血、瘀毒等互见（热痰、气火等也易于伤阴）或阳虚与痰饮、寒痰、瘀血互见（痰饮、寒痰更易于伤阳），但无论何种病因病机引起的胸痹心痛均可造成血行失度、血脉不通、血不归经，导致瘀血形成。总之，胸痹为本虚标实之病，心脉痹阻为主要病机。

3 胸痹的中医治疗

张仲景在《金匮要略》中，根据邪之偏虚偏实，证之轻重缓急，正气之强弱不同，创宣痹通阳、化痰逐饮、温阳益气、缓急止痛等多种方法，设栝蒌薤白白酒汤、栝蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤、人参汤、茯

苓杏仁甘草汤、橘枳姜汤、薏苡附子散、桂枝生姜汤、乌头赤石脂丸等九方以辨证论治,用药恰当,方简效彰,至今仍广泛指导着临床。

在教材中,根据标本虚实分为心血瘀阻证、气滞心胸证、痰浊闭阻证、寒凝心脉证、气阴两虚证、心肾阴虚证和心肾阳虚证共7型,分别以血府逐瘀汤、柴胡疏肝散、栝蒌薤白半夏汤合涤痰汤、枳实薤白桂枝汤合当归四逆汤、生脉散合人参养荣汤、天王补心丹合炙甘草汤、参附汤合右归饮加减。由于诸多因素均可导致瘀血生成,临床极为重视活血化瘀在胸痹治疗中的作用。但为何《金匮要略》中没有运用活血化瘀通络法治疗胸痹呢?细思仲景虽未直接论及活血化瘀治疗,但方中所用桂枝、薤白、白酒等药物都有通血脉的作用,同时,我们也注意到,血瘀常由其他病因形成,病程长,病势缓,不易速消,故治疗时间也较长,但长期应用活血化瘀之品又易耗损气,反致胸痛加重,所以使用活血化瘀药物时,应掌握法度。

在中医内科学的教学过程中,我们不可避免要涉及现代医学知识的引入,在“胸痹”病的教学中也是如此,常需采用合理、恰当的方式,适度而准确地将现代医学知识和成果融汇到中医内科学教学中。以冠心病心绞痛为例(与胸痹关系密切),现代医学对其研究活跃,治疗进展迅速,各种指南不断更新,国际上大量多中心、大样本的随机对照试验提供着各种循证医学的最新研究成果,并广泛应用于临床。学生在学习过程中,常会提出疑问:与现代医学相比,中医药进展缓慢,中医治疗冠心病优势何在。

的确,现代医学对冠心病的诊疗技术,如介入治疗技术,已成为近年来研究最活跃、发展速度最快的领域,其肯定的疗效、独特的优势已成为治疗冠心病有效方法之一。但它虽能解决冠脉狭窄的问题,仍有许多问题尚待解决,术后某些症状如胸闷、憋气、乏力等无减轻^[3];术后出现再狭窄、无复流、慢血流等^[4-5],因此,介入治疗并非万能。介入治疗所处理的血管只占全身血管的百万分之一,且治疗后动脉粥样硬化仍在进展中,术后再狭窄事件和血栓形成使介入治疗仅能改善患者的症状和生活质量,却不能有效降低远期主要心血管事件的发生率^[6]。故介入治疗虽注重局部干预,整体关注不足却是其缺点;中医具整体治疗、整体调节的优势,如在术后采用中药调整阴阳,调畅气血,可使“阴平阳秘”“气血调和”,恰能弥补介入治疗的不足,对现代医学常规治疗是一种较好的支持与补充。故积极

开展冠心病介入治疗后的中医药研究具有十分重要的临床意义。国医大师邓铁涛认为,冠心病介入治疗技术归属于中医“祛邪”治法,具“活血破瘀”之功效,支架治疗只是一种治标的局部疗法^[7]。冠心病术后与术前一样,仍以本虚为主,加上介入治疗的“破血”作用,加重了正气耗伤,故本虚症状较前可能进一步加重。

通过胸痹病的中医治疗,我们可使学生了解到,中医与西医治疗各有其优势,也各有其不足。现代医学的发展为中医药的发展带来了新的契机和方向,应在传承的前提下努力创新发展中医学理论,不断进步,并积极开展中西医的优势互补。

参考文献

- [1] 史大卓,徐浩,殷惠军,等.“瘀”、“毒”从化—心脑血管血栓性疾病病因病机[J].中西医结合学报,2008,11(6):1105.
- [2] 张京春,陈可冀.瘀毒病机与动脉粥样硬化易损斑块相关的理论思考[J].中国中西医结合杂志,2008,28(4):366.
- [3] 李世林,程伟,王鹏.冠心病药物洗脱支架植入患者介入前后中医证型变化的研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(2):151.
- [4] 赵福海,陈可冀.关于急性冠脉综合征中无复流现象的防治[J].中国中西医结合杂志,2010,30(4):341.
- [5] 甘受益,鲁应佳.冠状动脉支架植入后再狭窄与应对策略[J].咸宁学院学报(医学版),2010,24(3):275.
- [6] 王磊,张敏洲.冠心病介入治疗后的中医药干预研究进展.中国中西医结合杂志,2010,30(4):444.
- [7] 张敏洲,王磊.邓铁涛教授论治冠心病介入术后病证的学术思想探析[J].中医药管理杂志,2006,14(1):32.

第一作者:童晓云(1973—),女,医学博士,副教授,长期从事中医内科的临床、教学及科研工作。1724840697@qq.com。

通讯作者:石安华,医学硕士,副教授。2697349858@qq.com。

收稿日期:2017-04-28

编辑:吕慰秋

