

# 高等中医自学考试及中医晋升考试辅导

## 《中医内科学》自学重点提要及复习题(十七)

北京中医学院东直门医院院长 副教授 杜怀棠

北京中医学院东直门医院内科博士 主治医师 姜良铎

北京中医学院教授 《中医内科学》副主编 董建华审阅

### 胸 痹

《中医内科学自学考试大纲》对本章的要求是：1. 了解胸痹的含义及其与悬饮、胃脘痛、真心痛的鉴别。2. 熟悉胸痹的病理基础与病理因素。3. 掌握胸痹的辨证要点和阴寒、痰浊、血瘀三证型的证候特点及治法方药。4. 真心痛的临床表现及目前常用的单方、成药。

#### 一、定义

胸痹是由于痰浊瘀血等阻痹心胸间使气血阴阳的流通受阻，或由于气血阴阳的不足而引起的一种疾病。其主要的临床特征有三：胸膈憋闷、疼痛和喘息短气。

本病胸膈憋闷的特点是时轻时重，劳累后加剧，轻者胸膈疼痛隐隐或如针刺，时发时止，重者胸痛彻背、背痛彻引及肩胛手臂内侧，甚至疼痛如绞，持续不解，唇舌青紫，汗出面灰，手足清冷。胸痹患者大多短气甚于喘息，喘息甚于咳嗽。

胸痹的病名始见于《金匮要略》，有“胸痹不得卧，心痛彻背者，瓜蒌薤白半夏汤主之”及“胸痹之病，喘息咳唾；胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数，瓜蒌薤白白酒汤主之”等论述。后世医家对胸痹的认识逐渐加深，认识到《内经》所论述的“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”，实际上是胸痹的重证。

本病系常见病、多发病，以老年及中年患者为多。现代医学中的冠状动脉粥样硬化性心脏病、心肌梗塞、心肌炎、心肌病等病，可参照本病辨治。

#### 二、病因病机

本病多发生于素体气血阴阳虚弱，特别是阳气不

振的患者。其病因主要是寒邪内侵，饮食不当，思虑过度等，其基本病理为痰浊、瘀血、外邪相互为患，阻碍气血阴阳的运行。

#### (一) 病因

1. 寒邪内侵：各种外邪内犯心胸均可引起或加重胸痹，其中最主要的是寒邪内侵。寒邪收引凝滞，胸阳因之失于宣布遂成胸痹。

2. 饮食不当：过食肥甘生冷，嗜酒成癖，以致脾土损伤，运化水湿功能低下，导致痰浊内生，壅塞胸中而成胸痹。

3. 情志失调：如思虑伤脾，郁怒伤肝，肝伤则气机失调，脾伤则运化失司，肝脾损伤则气滞而痰凝。

4. 年迈体弱：久坐少动或久卧于床，久病体虚，气血阴阳并衰且运行失畅，不能敷布于胸中，亦可发生胸痹。

#### (二) 病机

本病的病机有虚实两方面。实为邪郁(主要是寒凝)气滞、痰浊、瘀血、虚为气血阴阳的不足以及相关的心肺脾肾亏损。在其演变过程中既有先实后虚也有先虚后实，还有虚实夹杂，分析其虚实的先后夹杂对辨治本病有重要意义。

1. 先实后虚：外邪主要是寒邪内侵，凝滞经脉，使阳气不能通达；过食肥甘辛辣，损伤脾胃，饮食精微不化津液反生痰浊，壅滞胸中；痰浊与寒邪均可使阳气日衰，同时由于脾胃功能低下，气血阴阳得不到后天水谷精气的补充而渐渐虚弱。情志失调肝气郁滞，波及血分则为气滞血瘀，瘀血不去，新血不生，形成了先实后虚的局面。

2. 先虚后实：素体气血阴阳不足，特别是阳气虚弱是本病发生的内在因素。由于阳气不足，卫外机能

低下,寒邪因而乘之;阴血不充则血流不畅,渐成瘀血;脾虚不运,水湿内聚,形成痰浊,上汇于胸中。于是,由正气不足而致寒凝、瘀血和痰浊,是为先虚后实。

3. 虚实夹杂:无论先虚后实还是先实后虚,就大多数患者而言,多有正虚未复,邪实未去,虚实夹杂的病理过程,此时应把握虚实之间的演变与发展。邪实可以伤正,正虚可使邪恋,要根据患者的临床表现判断出虚实病机的重点,从而才能决定治疗的重点。

### 三、类证鉴别

(一) 悬饮 悬饮是由水饮停留胁间、络脉被阻、气机失降而引起,临床证候以胁下胀满疼痛、咳唾转侧呼吸等均牵引而痛、气短息促为主,多伴有咳嗽、咳痰等肺系症状。而胸痹疼痛为当胸闷痛,胸痛如窒,并可引至左侧肩背及左臂内侧,常伴有心动悸、脉结代等症。

(二) 胃脘痛 胃脘痛是指以上腹部近心窝处发生疼痛为主要表现的痛证。因疼痛部位近心窝,故古书又称“心痛”、“心下痛”。胸痹之不典型者,其疼痛可在胃脘部,易于混淆,但胃脘痛常伴有嗳气、呃逆、泛吐酸水等脾胃症状,且疼痛程度一般较轻,部分患者与饮食有明显关系,也无胸痹之疼痛如窒之感。

(三) 真心痛 真心痛是指心脉本身病变所致的疾病,为区别心窝附近胃脘痛故名。主要表现为胸前区发生绞痛,发作短暂,常兼有心胸憋闷,痛及肩胛背部,甚至胸痛剧烈持久,大汗淋漓,手足青紫,息微晕厥等。真心痛可在胸痹的基础上合并出现,也可突然发生,属于胸痹的重证。

### 四、辨证论治

#### (一) 辨证要点

1. 辨虚实:本病的辨证以辨虚实为要点。如何辨别虚实?当从其主症特点及病史来考虑。

胸闷,以吸入为快多属虚,以呼出为快、呼吸不利多属实。急剧发作多属实,缓缓而作憋闷不适多属虚中夹滞。胸闷伴咳唾粘痰、舌苔厚腻多为痰浊属实。

胸痛,痛如针刺,伴压榨感多为瘀血属实,隐隐作痛,伴口干咽燥多属气阴不足为虚。

喘息短气,呼吸不能接续大多属气虚。伴咳嗽者大多兼有痰浊。

从病史来看,病久者多有正虚,突发者多为邪实。

2. 辨寒凝、痰浊与瘀血:寒凝,以面白肢冷、胸背恶寒、苔白、脉沉、细、紧为主要表现。

痰浊,以胸闷脘痞、舌苔厚腻、脉弦滑为主要表现。大多数患者呕吐多量痰浊。

瘀血,以胸痛、舌青紫、舌下瘀点瘀斑瘀丝、脉涩为要点。

3. 辨气虚、阴虚:气虚者,气短明显,舌胖嫩,脉虚,动则喘息胸痛加重。

阴虚者,口干、舌红而欠润,脉细数,多伴心悸、盗汗。

#### (二) 治疗原则

1. 以理气活血,宣通胸痹为基本原则。本病的治疗虽有虚实之分,但“宣通”大法适用于各型。虚者补而通之,实者消而通之。急则治其标,即通阳、豁痰、理气、化瘀,缓则治其本,即益气、滋阴、培补脾肾,但均宜佐以理气活血之品。

2. 应急措施:真心痛为胸痹重症,表现为心痛剧烈,心胸憋闷,痛及肩胛后背,甚则持续不解,可伴汗出、肢冷、面白、唇紫等证,如《灵枢·厥论》所说:“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死”。须立即采取应急措施,病情较急可急予①冠心苏合香丸1丸口服,同时针刺双侧内关,留针10分钟。②复方丹参注射液(每毫升含生药丹参、降香各2克)8ml加入5%葡萄糖液250ml中静脉点滴。③若患者剧烈胸痛伴有冷汗大出,四肢厥冷,气短难以接续,血压下降,可加用独参汤(人参15克急煎服)或生脉液2支口服。

#### (三) 分类证治

##### 1. 心血瘀阻

主要症状:胸部刺痛时发,痛点固定不移,舌质紫暗,脉象沉涩。

病机概要:气滞血瘀,络脉不通。

治疗大法:活血化瘀,通络止痛。

代表方药:血府逐瘀汤。

临证举要:气为血帅,血为气母,故化瘀时应佐以理气药物,气行则血行。临床上气滞血瘀的胸痹患者也往往有其他兼夹症,气虚者可佐以益气,阳气不宜者加薤白、桂枝等通阳。已故名医施今墨先生治疗某气滞血瘀胸痹案可资师法:患者常感心区发闷而痛,气短心跳,行动即气促而喘,食欲欠佳,太便秘。曾于三个月前心痛大发作两次。诊脉乍大乍小,并时有间歇。病属气血失调,流行不畅,络脉阻抑,发为绞痛。拟以行气活血镇痛治之,处方:紫丹参25克,川桂枝5克,薤白头10克,代赭石(旋复花6克同布包)15克,北柴胡5克,川郁金10克,娑罗子10克,杭白芍10克,苦桔梗5克,紫苏梗5克,白檀香5克,炒枳壳5克,当归尾6克,陈香橼10克,绵黄芪12克,炙甘草6克。

服药二剂仍觉心区疼痛不适，每于下午二时及夜间即发，似有规律，并有左手指麻木，夜间发作，影响睡眠，服安眠药始能入睡。又服二剂后，药效渐显，疼痛有所减轻，心跳气短亦见改善，饮食渐增，精神较前为好。再处方如下：

薤白头6克，川芎5克，全瓜蒌25克，代赭石（旋复花10克同布包）15克，白檀香5克，紫丹参25克，香附米10克，北柴胡5克，紫苏梗5克，杭白芍12克，川桂枝5克，苦桔梗5克，青橘叶10克，党参12克，炒枳壳6克，柏子仁10克，炙甘草6克。

患者服前方，症状逐渐减轻，连服数剂，因客居招待所，服汤剂诸多不便，又以症状既见好转，健康日臻恢复，海滨散步，游览风景而气促心痛并未发作，改为九方常服。处方：

紫丹参120克，柏子仁60克，红人参30克，云茯神60克，卧蛋草60克，干石斛60克，龙眼肉60克，仙鹤草60克，寸麦冬30克，当归身30克，五味子30克，山萸肉60克，陈阿胶60克，大生地60克，熟枣仁60克，炙甘草30克，田三七60克。

共研细末，蜜丸重6克，每日早、午、晚各服1丸，白开水送下。

此方服百日，其间心绞痛从未发作，胸闷、心跳亦渐消失，但诊脉仍有间歇，遂将前方加用炒远志30克，川芎30克，杭白芍60克，鹿角胶60克配丸药，又服百日左右，症状全除，体力健旺。（《施今墨临床经验集》）

## 2. 痰浊壅塞

主要症状：胸痛痞闷，痰多或有痰而咳吐不利，苔厚腻，脉滑。

病机概要：痰浊阻痹气机而胸闷如窒，痰浊阻络而胸痛，苔厚腻，脉滑为痰浊壅阻之征。

治疗大法：豁痰宽胸。

代表方药：瓜蒌薤白半夏汤加味。

临证举要：上方在使用过程中多加用陈皮、薏仁、薤佩等，以加强芳香化浊之功能。也可加用枳实、桂枝、郁金、檀香等，以加强通阳理气作用。痰浊与血瘀临床上常互见，故必须根据两者的侧重而有所偏重。如张伯史教授治疗陈××急性前壁心肌梗塞，即体现了痰瘀交阻胸痹的治疗要点，兹节录如下：

陈××，男，61岁，住院号：74/4681。

1974年2月7日一诊：胸骨后刀割样疼痛频发四天，心电图提示急性前壁心肌梗塞，收入病房。刻下胸痛引臂彻背，胸闷气促，得饮则作恶欲吐，大便三

日未解，苔白腻，脉小滑。阴乘阳位，清阳失旷，气滞血瘀，不通则痛，《金匱》曰：“胸痹不得卧，心痛彻背者，瓜蒌薤白半夏汤主之。”治从其意。

瓜蒌实9克，薤白头6克，桃仁9克，红花6克，丹参15克，广郁金9克，制香附9克，制半夏9克，云茯苓12克，橘红6克，全当归9克，生山楂12克，六剂。

1974年2月13日二诊：胸痛五日未发，胸闷亦瘳，面部仍有灰滞之色，大便四日未通，苔薄腻微黄中剥，脉小滑。痰瘀渐化，心阳亦见宣豁之机，还宜通中寓补，以其本虚标实故也。前方去香附、郁金、山楂，加炒枣仁9克、生川军3克（后入，后改用制川军），九剂。

1974年2月21日三诊：胸闷胸痛已罢，便艰，苔腻已化，舌红，脉弦小，心电图提示急性前壁心肌梗塞恢复期，病后心阴耗伤，拟补中寓通，以图根本。（《张伯史医案》）

## 3. 阴寒凝滞

主要症状：胸痛彻背，感寒痛甚，四肢不温，舌苔白，脉沉细或迟缓。

病机概要：寒邪凝滞，胸阳不展。

治疗大法：辛温通阳，开痹散寒。

代表方药：瓜蒌薤白白酒汤加味。

临证举要：本方在使用过程中可酌加干姜、桂枝等温阳之品。若见心痛彻背、背痛彻心、剧而无止、身寒肢冷者，可选用乌头赤石脂丸和苏合香丸共用。若胸痛短气，汗出肢冷，甚至晕厥，应急用参附龙牡汤。此证患者多素体阳虚，缓解期间可服用人参等振奋阳气之品。苏合香丸等芳香之品不宜久用，以免伤及阳气。后世医家因白酒辛温猛烈，大多不用，常加枳实、半夏、降香等。已故名医蒲辅周所治一案可资参考：苏××，女，36岁，于1964年4月29日初诊。发病已六年。1958年因心前区阵发性剧烈绞痛住莫斯科医院检查诊为心绞痛。经治疗未效。1959年回国后渐觉腰部绞痛继起，向下放射，小便检查有红细胞，肾孟造影未发现结石，1962年初即住某医院，渐致不能起床，1963年初右胁下绞痛，化验检查谷丙转氨酶400单位，并经各种检查确诊为：1. 心绞痛；2. 慢性胆道炎、胆绞痛；3. 慢性肾盂肾炎、肾绞痛。其症：心前区阵发性绞痛，发作频繁，每日五~七次，胸痛彻背，牵引肩背及上腹掣痛，胸感憋气短，指甲发青，略有咳嗽，疼剧时有大汗出，据述前不久汗出浸湿之内衣拧出半盆汗液约2000毫升，右胁下绞痛及肾绞痛亦经常伴随而作，或单行发作性疼痛，时有恶心，口

苦,大便偏干燥,睡眠亦差,形体较胖,面色苍白,腹不满,卧床不能下地活动已年余。经用各种方法治疗均未见效,病情反日渐加重而于1964年4月29日请蒲老会诊。脉象寸尺沉弱,右关动数,左关弦细,舌质略淡,舌后根苔薄秽腻,月经尚不大差。据病程已久,肝胃失调,心脾不和,阳气不宜,宗气阻滞,以致胸痹绞痛定宿,属胸痹,先宜通阳宣闭,降逆和中。处方:全瓜蒌(打)18克,薤白9克,枳实(炒)3克,法半夏6克,柴胡3克,降香3克,三剂,每剂煎二次共取160毫升,分二次温服。

1964年5月11日二诊:药后心绞痛次数减少,大发作仅两次,一般发于饭后。疼痛程度减轻,服药当天很少发,停药则发作尚频,胆绞痛发作一次,饮食稍增,大便每日一次。脉象寸尺沉细,右关弦缓,左关弦细,舌红苔秽腻略减,续宜理心气,和胆胃。处方:茯苓9克,法半夏6克,广陈皮3克,枳实2.4克,竹茹3克,九菖蒲3克,远志3克,白芥子(炒)4.5克,高良姜3克,川椒子(炮焦)二枚,麦芽6克,三剂,隔日一剂。

1964年5月19日三诊:服药后心绞痛很少发作……(节录于《蒲辅周医案》)

#### 4. 心肾阴虚

主要症状:胸闷且痛,心悸盗汗,虚烦不寐,腰膝痠软,舌红,脉细数。

病机概要:肾阴亏虚,心神失养。

治疗大法:滋阴益肾,养心安神。

代表方药:左归饮加减。

临证举要:1. 本证常有痰浊、瘀血夹杂,应根据临床症状的偏重,配以祛痰、化瘀等不同的治法。2. 有寐差、梦多等心神失养症状者,可加用酸枣仁、柏子仁、五味子等味。3. 本证多因肾阴不足而肝阳上亢,常需滋阴潜阳平肝。如治徐××,男,77岁。1977年8月18日初诊:去年开始经常胸闷心悸且伴头昏头痛,头重脚轻,步履困难,心胸灼热,烦躁,欲冷饮,时咳吐黄稠痰,夜眠不实,多恶梦。舌质红绛,苔薄黄,脉弦,血压226/86毫米汞柱。查眼底视乳头尚可,动脉粗细不均,动脉反光度增强。眼底检查意见:眼底动脉硬化。心率85~90次/分,律齐,  $A_2 > P_2$ , 心尖部有二级收缩期杂音,心电图报告左前半支传导阻滞,电轴左偏 $-50^\circ$ 。有心肌供血不足表现。胸透示:两肺纹理增多,主动脉屈曲延长,心尖部稍翘起。西医诊断为高血压、冠心病。中医诊断为胸痹、眩晕证属阴虚阳亢,胸阳痹阻,肝阳夹痰火扰动心神。治当养阴平肝,宽胸理气为先。处方:生地12克,菊花10克,生石决

明30克(先下),夏枯草12克,地龙10克,郁金5克,玄参10克,全瓜蒌20克,旋复花10克(包),6剂后,胸闷、心悸、头昏减轻,但心烦躁热未除,咽干,头痛,咳嗽不爽,便秘。脉舌同前,当养阴清心,化痰安神佐以潜阳:生地12克,玄参10克,麦冬10克,百合10克,丹参10克,生龙牡各30克(先下),山栀10克,连翘10克,全瓜蒌12克,莲子心6克,川贝母5克,6剂。三诊、四诊均以此方为主加减,到9月20日五诊时症已缓解,纳食已香,起居作息正常,血压保持在150/98毫米汞柱上下,守上方6剂,隔日1剂,以巩固疗效。随诊观察月余,病情未见波动。(《董建华医案》)

#### 5. 气阴两虚

主要症状:胸闷隐痛,时作时止,心悸气短,倦怠懒言,舌偏红或有齿痕,脉细弱无力。

病机概要:气虚无以行血,气阴虚心神失养而不宁。

治疗大法:益气养阴,活血通络。

代表方药:生脉饮合人参养荣汤加减。

临证举要:1. 本证多与瘀血互见,可根据临床症状加用丹参、郁金、瓜蒌、桂枝等通阳理气、活血化瘀之品。2. 伴见心动悸、脉结代者,可合用炙甘草汤加减。3. 要注意气虚阴虚的偏重,气虚甚者加入党参、黄芪;血虚甚者加旱莲草、女贞子、生熟地等。气阴两虚虽以补为主,但要补而不滞,注意疏利,是谓调补。如何调补,兹举一案,以为示范。符明××,女,50岁。患心绞痛多年,屡经医治,只能缓解一时,病根难除,两年前曾大痛一次,情况严重,入院治疗数月。近年来经常心绞痛发作,发作时脉缓慢,每分钟不足六十至。血压波动,一度增高至180/130毫米汞柱,现时110/70毫米汞柱。症状头晕、气短、胸闷、心烦、不能起床只能睡卧,食欲、睡眠及二便尚属正常。一年前断经。舌质绛,脉细弱。辨证立法:发病多年,气血两亏。心主血脉,阴血不足,肝失所养,故头晕、心烦;疲极多卧;疏泄失司,气机不畅,故胸闷时发心痛;阴虚火旺,舌质红绛。治以养心和肝,调理气血。处方:紫丹参20克,干薤白6克,炒远志6克,柏子仁12克,五味子5克(打),全瓜蒌15克(打),朱茯神12克,台党参10克,醋柴胡3克,寸麦冬6克,杭白芍10克,炒枳壳5克,炙甘草3克。

二诊:药服四剂,已能起床,且可出门散步15分钟,每日散步二、三次,心绞痛未发作,胸闷气短好转,仍觉心烦,遵法加药力。处方:干薤白10克,龙眼肉6克,紫贝齿(紫石英12克同布包)12克,柏子仁

10克, 苦桔梗5克, 醋柴胡3克, 炒远志6克, 熟枣仁10克, 杭白芍10克, 紫丹参20克, 炒枳壳5克, 炙甘草3克, 台党参10克, 血琥珀、三七各2克, 共研细末分装胶囊, 随药分二次送服。

三诊, 前方隔日一服, 已尽三剂, 诸症均大减轻, 改用丸方图治。处方: 田三七60克, 醋柴胡30克, 春砂仁15克, 紫丹参60克, 全当归30克, 陈皮15克, 血琥珀60克, 杭白芍60克, 炒远志30克, 朱茯神60克, 柏子仁60克, 五味子30克, 寸麦冬30克, 台党参60克, 卧蛋草60克, 酒川芎30克, 大生地60克, 炙甘草60克, 炒枳壳15克, 苦桔梗15克, 共研细末, 龙眼肉300克煎液汁去渣合为小丸, 每日早晚各服6克, 开水送服。

按: 古人论胸痹心痛, 多为阳虚, 施师认为“阳虚固有之, 阴虚者尤多见”, 本案以理气活血, 养心和肝为法, 气血和谐, 血行流畅, 通则不痛也。化裁养心汤、瓜蒌薤白汤、四逆散、生脉散诸方, 加用三七、丹参、琥珀活血化痰、养心安神, 多年未愈之痰, 七剂之后基本好转, 遂予丸方巩固, 服丸药期间, 心绞痛迄未复发, 已恢复工作, 返其故乡后余年, 通信探询, 健康良好。(《施今墨临床经验集》)

## 6. 阳气虚衰

主要症状: 胸闷气短、甚则疼痛彻背, 心悸汗出, 畏寒肢冷, 舌淡白或淡暗, 脉沉细无力。

病机概要: 阳气虚衰, 胸阳不振, 气机郁阻。

治疗大法: 益气、温阳、通络。

代表方药: 参附汤合右归饮加減。

临床举要: 1. 本证与阴寒凝滞有虚实之别。阴寒凝滞乃寒邪侵犯与痰浊相结, 表现为标实。起病多急骤, 畏寒得衣被不减, 疼痛较重, 汗出不多, 脉紧苔白, 治疗上重在通阳散寒。本证则多有素来畏寒, 得暖稍舒, 脉沉无力等阳虚表现, 重在益气温阳。2. 本证重者即为心阳欲脱, 症见唇甲紫绀, 汗出肢厥, 脉微欲绝, 神识恍惚, 急当用参附龙牡汤回阳固脱。3. 肾阳虚衰, 不能制水, 水气凌心, 症见喘促不能平卧, 心悸、下肢浮肿, 可选用真武汤, 温阳利水。4. 本证患者有时表现为阴阳两亏, 汗出肢厥, 怕冷口干, 舌红脉沉, 可用参附汤合生脉散。如治李××, 男, 55岁, 住院号74/5025。1974年3月15日一诊, 心肌梗塞六天, 持续用升压药血压尚未稳定, 但心绞痛已止, 胸闷气急, 许多肢冷畏寒, 脉沉细无力, 苔薄白质暗。心脏阴阳两伤, 痰瘀中阻, 颇有厥脱之险, 拟参附龙牡合生脉散坚阴敛阳。熟附片15克(先煎), 红参9克(另煎代茶), 煅龙牡各24克(先煎), 麦冬9克, 五味子4.5克, 当归12克, 杜红花6克, 桃仁9克, 全瓜

蒌12克, 薤白头6克, 炒川连2.4克, 二剂。1974年3月18日二诊。药后血压渐趋稳定, 心绞痛亦未发作, 胸闷较舒, 畏寒冷汗减少, 脉小滑, 苔薄白。厥脱之险渐平, 心阳渐振未复, 痰瘀痹阻未通, 再拟温通心阳而化痰瘀。熟附片15克(先煎), 炒党参30克, 桂枝6克, 全瓜蒌12克, 薤白头6克, 制半夏9克, 细茵陈4.5克, 当归12克, 桃仁9克, 杜红花6克, 另红参9克煎汤代茶。服六剂。1974年3月24日三诊。停升压药后, 血压已稳定, 胸闷痛未发, 恶寒已减, 四肢转温, 昨起又汗出, 便秘三日未解, 尿黄, 脉沉细, 苔白腻已化, 舌质暗红。心阳损伤有来复之机, 痰瘀亦有渐化之象, 然心阴耗伤未复, 肠液干燥, 再拟前法参入养阴润肠之品。熟附片15克(先煎), 党参30克, 麦冬9克, 五味子6克, 当归12克, 丹参15克, 炙甘草9克, 炒枣仁9克, 杜红花4.5克, 桃仁12克, 降香4.5克, 鲜首乌30克, 稍加減服七剂。……本例持续用西药抗休克治疗六天, 血压仍不稳定, 请张老医生会诊, 用参附龙牡合生脉散坚阴敛阳, 仅二剂血压稳定, 治疗二周症状消失, 心电图示: 下壁心肌梗塞恢复期。(《张伯臾医案》)

以上六种证候类型中, 以实为主的三种, 心血瘀阻者以血府逐瘀汤为代表方; 痰浊壅塞者以瓜蒌薤白半夏汤为代表方; 阴寒凝滞者以瓜蒌薤白白酒汤甚或乌头赤石脂丸为主方。以虚为主的亦有三种, 心肾阴虚者以左归饮为代表方; 气阴两虚者以生脉散为代表方; 阳气虚衰者以参附汤为代表方。其中以心血瘀阻、痰浊壅塞、阳气虚衰为最常见。临床上六种类型常交互出现, 病机互相交织, 导致病机的复杂性。在辨证时, 应注意瘀血、痰浊、气阴虚、阳气不振的重心所在从而使辨证更加准确。近年来对于胸痹的治疗有了很大的发展, 其主要特点是在传统的通阳泄浊方法(以瓜蒌薤白为代表方剂)上增加了活血理气方法, 在剂型上也有较大的改进, 如喷雾剂、注射剂及外用膏药, 市售商品名称繁多如速效救心丸、心宝、复方丹参片、益心丹等, 临床应用这些药品时最好有医生指导, 并应详细阅读使用说明书, 注意其适应证与注意事项。

## 五、复习思考题

- (一) 胸痹的基本病机如何?
- (二) 胸痹的临床表现有哪些特点?
- (三) 胸痹患者为什么易于合并肝阳上亢?
- (四) 气阴两虚患者能否合并心血瘀阻, 应当怎样处理?
- (五) 阴寒凝滞与阳气虚衰如何区别?