

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.03.005

当代名医

# 宋一亭通补结合辨治风寒痹阻型胸痹经验

马曙东<sup>1</sup>, 张晶<sup>2</sup>✉, 贾磊<sup>2</sup>, 张雪峰<sup>2</sup>, 杨皎<sup>2</sup> 指导: 宋一亭<sup>2</sup>

1. 中国中医科学院眼科医院, 北京市石景山区鲁谷路 33 号, 100040; 2. 内蒙古自治区中医医院

**摘要** 总结宋一亭教授诊治风寒痹阻型胸痹的经验。认为“邪乘其虚”与“诸邪盘胸”是风寒痹阻型胸痹的主要病机, 症状特点与病史是其主要的辨证要点, 因受地域因素影响, 此类患者在内蒙古地区较为常见。治疗主张通补结合, 以温通宣散、辛热通补、搜风通络、散瘀缓痛为原则, 临证多以麻黄附子细辛汤为温阳宣痹基础方, 常配伍通补、虫类、气血之药。

**关键词** 胸痹; 风寒痹阻; 通补结合; 名医经验; 宋一亭

宋一亭 (1942—), 男, 教授, 第二、四、五、六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医药临床工作近五十载, 精于古今医理, 重视天人合一、整体调节, 强调衷中参西、病症结合, 坚持“辨病为先, 辨证为主”的诊治原则, 临床擅长以中医药辨证思维和中医诊治特色治疗心血管疾病。

胸痹是指胸部憋闷、疼痛, 甚至痛彻胸背为主症的一种疾病, 能引起胸膈满闷疼痛的疾病都可以称作胸痹, 范围包括厥心痛、真心痛以及胸痛、心痛的一部分<sup>[1]</sup>。近 40 年胸痹的证候特征虽不断演变, 但整体证候要素存在“实重于虚”的特点, 常见的胸痹证候要素为气虚、阴虚、血瘀、痰浊等, 且因存在区域特征而各地域的胸痹各证候占比均有差异<sup>[2]</sup>。宋一亭教授通过多年临床观察总结发现, 在内蒙古地区风寒痹阻型胸痹患者较为常见, 临证以通补结合为法治疗可取得较好疗效。现将其相关辨治经验总结如下。

## 1 诸邪乘其虚, 盘胸以为痹

《素问·痹论篇》云“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。”“痹”既指病名, 也是病机, 又代表一类症状, 凡经脉气血不通, 脏腑气机闭塞, 引起某部位痛、麻、酸、重等皆为痹证<sup>[3]</sup>。宋老师认为, 胸痹即发生在胸部的“痹”证, 风寒痹阻证即风寒诸邪侵犯于外, 阻滞经脉, 盘踞胸中, 扰乱胸阳, 涩痹心络, 最终引发胸痹。风寒痹阻型胸痹

主要涉及心经与膀胱经、督脉等经脉, 以正虚邪实为主要特点。

### 1.1 邪不服正, 尤乘其虚

《灵枢·百病始生》云“风雨寒热, 不得虚, 邪不能独伤人”; 张仲景认为胸痹“责其极虚也”; 《圣济总录》亦云“虚极之人, 为寒邪所客, 气上奔迫, 痹而不通, 故为胸痹”。宋老师崇此“因虚致痹”一说, 认为“邪乘其虚”, 即先天禀赋不足或后天调摄不慎、年老体衰、饮食劳倦等诸多因素导致的机体卫阳不足, 胸阳不振, 为外邪侵入人体提供可乘之机, 若不善预防调养, 则风寒湿气诸邪乘虚而入, 遂成痹阻之因。

### 1.2 中脏入经, 邪聚为痹

清代孔继葵云“夫三气合邪, 盘踞脏腑, 如浓云迷雾布覆太空, 胸中空旷之地, 安能当此填结? 数年之胸膈痞闷, 与近日之气闭欲绝, 皆是此故也”<sup>[4]</sup>。宋老师认为“诸邪盘胸”是风寒痹阻型胸痹形成的基础, 而邪气入侵人体引起胸痹有两条途径: 一为中脏腑, 张元素云“风邪冷气, 入乘心络, 或脏腑暴感风寒, 上乘于心, 令人卒然心痛, 或引背脊”, 提示风寒邪气直中脏腑, 可以使心络气血凝滞, 发为胸痹<sup>[5]</sup>; 二为入经脉, 《素问·举痛论篇》云“寒气入经而稽迟, 泣而不行”“卧出而风吹之, ……凝于脉者为泣”, 说明风寒入经, 可致经脉气血“泣而不行”心脉痹阻不通, 发为胸痹。宋老师认为风寒伤人, 常从人体颈背部入侵, 而膀胱经与督脉是颈背部两条主要经

✉ 通讯作者: 1531959230@qq.com

脉, 太阳乃人之藩篱, 是卫阳运行的场所, 督脉总统诸阳, 一身阳经皆由督脉统之; 同时, 督脉与膀胱经循行路线重叠, 均交巅络脑, 挟脊入肾, 且均属阳中之阳, 是人身阳气的重要体现<sup>[4]</sup>。人体经络气血的运行和濡养脏腑的功能均有赖于阳气的推动, 若遇风寒外侵, 则膀胱经与督脉“首当其冲”, 两经阳气运行受外邪阻滞, 先引起颈背局部气血不通, 后累及脏腑, 胸阳不运, 阴邪内扰, 心脉阻滞, 终致胸痹。

## 2 以症状、病史为辨, 重视地域特征

风寒痹阻型胸痹的典型症状为发作性胸部憋闷、疼痛, 气短, 甚则心悸、喘促、惊恐、汗出等, 有发病急骤、时作时止、遇寒痛甚、病情变化多端等特点。年龄常见于男子“五八”、女子“七七”肾气渐衰之后, 发病以春冬季多而夏秋季较少。多伴有面色晦暗、神疲乏力、自汗、畏寒、下肢怕冷、四肢欠温等阳虚表现。舌质常紫、暗, 或有瘀斑, 苔白或腻, 舌形偏胖, 脉沉、细、涩、弱。常有熬夜、久坐、工作劳倦、室内吹风而卧、外出感受风寒或气温骤降等诱因, 或伴有长时间的饮酒史。值得注意的是, 部分患者可伴有不同程度的颈部症状, 如颈背部拘急、沉重、麻木、僵硬、疼痛、屈伸不利, 甚至有头晕、手麻等表现, 影像资料可见颈椎间盘突出、韧带增厚、骨质增生等。

内蒙古地区以高原为主, 主要气候特点是春季、冬季易受寒潮影响, 大风、降温等天气经常出现, 故当季患者感邪机会较多; 加之现代人工作压力大, 作息不规律, 易致阳气耗损, 卫表不固则更易受风寒侵袭。同时内蒙古地区居民有饮酒风俗, 人群饮酒率较高<sup>[5]</sup>, 临床常见患者多有酒湿在体内积聚, 阻碍脾运, 痰湿内生。以上多因素叠加, 终致风、寒、湿三邪合至, 作乱心胸, 使得风寒痹阻型胸痹在内蒙古地区临床发生率较高。此外, 由于现代生活条件的改善, 存在空调等降温设备过度使用的现象, 气候“当至不至”, 应热反寒, 人为造就的“风寒环境”更使得该证型在温热的夏秋季节也成为常见。

## 3 治疗以通补结合为法

宋老师认为风寒痹阻型胸痹的治疗需要虚实参, 标本兼顾, 治疗过程中注重通与补相结合。胸中之阴寒邪风当温通宣散, 阳衰当辛热通补; 经脉之邪, 升阳搜风以通之, 在标之痛, 行气散瘀以缓之。

### 3.1 胸中阴寒治以温通, 阳衰治以“辛补”

临证治疗风寒痹阻型胸痹常以麻黄附子细辛汤为基础方。方中附子为君, 可温上焦君火, 下补命门相火, 无所不至, 《本草备要》云其可“大燥回阳, 补肾命火, 逐风寒湿”; 麻黄禀天地阳刚辛烈之气, 宣阳散寒, 以作臣药; 细辛为使, 《药鉴》载其“浮而升, 阳中阴也。止诸阳头疼、风痹痛, 开胸中滞”。宋老师认为三药合用, 药简而力专, 使阳气生之有源, 行之有道, 布之有循, 涤荡胸中阴寒, 宣通表里阳气, 即补中寓通、通中寓补, 正如《成方切用》所云“阳无取乎补、宣而通之, 即阳气畅, 畅则阳盛矣”。其他常用药有桂枝、薤白、肉桂、干姜、甘草等。此外, 胸痹患者应“因食制宜”, 如内蒙古地区患者可适量进食羊肉, 《灵枢·五味》云“心病者, 宜食麦、羊肉、杏、薤”, 其中羊肉性热属阳, 且羊以草料为食, 在生长发育过程中受到的污染较少, 食用时可加当归、生姜、肉桂、大葱等炖汤, 尤适用于伴有阳虚的患者。

### 3.2 刚柔结合, 畅行经络阳气

临证治疗该型胸痹, 可在上方基础上配伍葛根、鹿角胶。张景岳认为葛根“以其气轻, 故善达诸阳经”; 《本经逢原》记载鹿角“熬胶则益阳补肾, 强精活血, 总不出通督脉、补命门之用”; 《本草崇原》亦云“鹿性纯阳, 角具坚刚, 胶质润下, 故能后生阳, 行瘀积”。宋老师认为两药为通补督脉、膀胱经之要药, 葛根以其刚阳之性通达经络, 故善治“项背强几几”及各类颈部痹痛; 而鹿为纯阳之兽, 其角坚直向上, 为阳中之阳, 熬胶后则刚中兼柔, 具有后阳润补、通经补肾之功, 能行积消瘀、益肾填精、强筋健骨, 两药合用则刚柔相济, 通补相兼, 可畅达经脉阳气。可久服, 且尤适合年老阳亏患者。

### 3.3 以善行之虫, 逐在经之风

若颈项强痛、难以屈伸, 或伴有肢体麻木者, 可加全蝎、蜈蚣等善行之虫类药。《本草经疏》云“蝎禀火金之气以生, ……风客是经, 非辛温走散之性, 则不能祛风逐邪, 兼引诸风药入达病所也”; 《仁斋直指方》记载蜈蚣“有毒, 惟风气暴烈者可以当之。风气暴烈, 非蜈蚣能截能擒”。宋老师认为此类虫药有辛散、升发、善行等特点, 风客经络走窜难寻, 则非同性之虫难以除尽。用全蝎、蜈蚣可搜风逐邪, 叶天士云“飞者升, 走者降, 灵动迅速, 追拔沉混气血之邪”, 提示此类虫药亦能行气活血、散瘀祛陈, 以缓解局部气血阻滞之痛<sup>[6]</sup>。

### 3.4 缓痛用失笑散，佐辛香行气之品

瘀痛较甚的胸痹患者常合失笑散加木香、檀香等行气化瘀。宋老师指出，五灵脂、蒲黄既能除胸腹之冷，亦散胸中之瘀，最善止痛，如《本草纲目》云“蒲黄，手足厥阴血分药也，故能治血治痛，……与五灵脂同用，能治一切心腹诸痛”；而气为血之帅，理血当先行气，胸中滞气可行之以木香、檀香等辛香之品，如《本草衍义》云“木香，专泄决胸腹间滞塞冷气”，李杲认为檀香“能调气而清香，引芳香之物上行至于极高之分”。诸药合用则行气化瘀，可缓在标之痛。其他常用药有槟榔、瓜蒌、半夏、枳壳、杏仁、当归、桃仁、水蛭、三七等。

### 4 验案举隅

患者，男，56 岁，2019 年 1 月 5 日初诊。主诉：反复胸闷胸痛 3 个月，加重 3 天。患者 2018 年 10 月初因劳累后出现胸部疼痛憋闷，行冠状动脉 CTA 示：冠状动脉粥样硬化性改变，左冠前降支远端狭窄约 70%。平时服用拜阿司匹林片（每次 0.1 g，每日 1 次），瑞舒伐他汀钙片（每次 10 mg，每日 1 次），单硝酸异山梨酯缓释片（每次 20 mg，每日 2 次）。平素吸烟，喜饮酒，平均饮酒每日 50 ml 左右，病情时有反复。3 天前患者夜间打牌后出现胸部憋闷、疼痛，痛引肩背，常持续 3 ~ 5 min，偶尔持续半小时以上，口服消心痛、速效救心丸疗效不明显。现症：胸闷、心前区疼痛反复发作，伴有颈项僵痛，肩背部不适，畏寒喜暖，四肢逆冷，神疲乏力，纳寐可，二便调。舌紫暗、苔薄白，脉沉细涩、左尺弱。门诊心肌标志物检查：正常；血脂检查：胆固醇（CHO）：6.34 mmol/L，甘油三酯（TG）：1.55 mmol/L，高密度脂蛋白胆固醇（HDL）：0.96 mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇（LDL）：3.95 mmol/L；血糖：4.8 mmol/L；冠状动脉 CTA 检查与 2018 年 10 月初结果一致；心脏超声示：心脏结构、功能未见明显异常；颈椎 CT 示：颈 3/4、4/5、5/6 椎间盘突出。西医诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病，稳定型心绞痛；颈椎间盘突出。中医诊断：胸痹，风寒痹阻证。治法：温阳散寒，祛风通络，行气活血。处方：炮附片 12 g（先煎），麻黄 9 g，葛根 30 g，鹿角胶 10 g，细辛 3 g，全蝎 3 g，蜈蚣 3 g，威灵仙 30 g，瓜蒌 20 g，薤白 15 g，枳实 15 g，檀香 3 g，五灵脂 10 g，生蒲黄 10 g（包煎），甘草 10 g。7 剂，每日 1 剂，水煎分

早晚两次温服。

2019 年 1 月 12 日二诊：颈项、肩背部僵痛不适感好转，仍胸闷痛，畏寒，四肢不温，神疲乏力，纳可，多梦，大便调。舌紫暗、苔薄白，脉沉细涩、尺弱。初诊方麻黄减至 6 g，加桂枝 20 g、干姜 6 g、远志 15 g、水蛭 3 g。7 剂，煎服法同前。

2019 年 1 月 19 日三诊：胸闷好转，时有疼痛，畏寒症减，短气、乏力，二便调。舌暗、苔薄白，脉沉细涩。处方：炮附片 6 g（先煎），瓜蒌 20 g，薤白 15 g，枳实 15 g，檀香 3 g，威灵仙 30 g，葛根 30 g，鹿角胶 10 g，全蝎 2 g，蜈蚣 2 g，五灵脂 10 g，生蒲黄 10 g（包煎），甘草 10 g，白术 15 g，红参 10 g，水蛭 3 g，三七粉 3 g（冲）。7 剂，煎服法同前。

2019 年 1 月 26 日四诊：诸症均减，劳累后偶有胸闷，纳寐可，二便调。舌淡略暗、苔薄白，脉沉细、微涩。以三诊方去附子、红参、水蛭，加太子参 15 g，继续服用 7 剂以巩固疗效。

之后患者病情平稳，偶遇变天、劳累后症状反复，但胸闷痛不甚，颈背部症状逐渐缓解，舌质淡暗，脉略沉。继以瓜蒌 20 g、薤白 15 g、枳实 15 g、葛根 30 g、鹿角胶 10 g、太子参 15 g、全蝎 3 g、蜈蚣 3 g、三七粉 3 g（冲）、檀香 3 g、甘草 6 g，将药物研粉，每次 3 g，每日早晚两次坚持常服，以善其后。后每月随访 1 次，至 2020 年 3 月复查冠状动脉 CTA 结果示：左冠前降支远端狭窄约 30%，其余检查均正常。

按语：患者发病于隆冬时节，此时内蒙古地区风寒邪盛，又因熬夜劳倦，损耗阳气，且平素喜饮酒，则内有阳气亏虚，酒湿停滞，外有风寒入侵，风、寒、湿三气杂至，痹阻心胸，引起气血不通，遂成胸痹之病。结合病史、症状、舌脉，可明确为风寒痹阻证。治疗用温阳散寒、祛风通络、行气活血三法，药用麻黄、附子、细辛温阳散寒；全蝎、蜈蚣搜风通络；五灵脂、蒲黄活血祛瘀；瓜蒌、薤白、枳实理气宽胸，通阳散结；葛根、鹿角胶温通经脉；佐威灵仙祛风湿，通经络，治颈肩痹痛；檀香行气除滞，甘草调和诸药，固土扶脾。二诊患者肩背不适好转，仍胸闷痛、畏寒、四肢不温、多梦，故减麻黄，加桂枝、干姜温通阳气，远志安神助眠，水蛭逐瘀通经。三诊药效可见，胸闷好转，风寒去多，阳气渐旺，舌质渐淡，睡眠好转，故去麻黄、细辛、桂枝、干姜、远志，减附子、全蝎、蜈蚣用量。然患者久病正气虚弱，故加红参、白术

益气扶正，三七散瘀补虚。四诊诸症俱减，正气渐复，故将三诊方去附子、水蛭，以甘平之太子参替代红参。之后恢复期需巩固治疗，减少药量，选药以行气活血、补虚扶正为主，全程通补结合，终获良效。

## 参考文献

- [1] 黄小龙. 胸痹概念的衍变及其病因病机分析 [J]. 河北中医, 2013, 35(9): 1387-1388.
- [2] 毕颖斐, 王贤良, 赵志强, 等. 冠心病中医证候地域性特征的临床流行病学调查 [J]. 中医杂志, 2020, 61(5): 418-422, 461.
- [3] 李艳, 李梢, 李有伟, 等. 论痹与痿 [J]. 中医杂志, 1995,

36(4): 205-207.

- [4] 孔继炎. 孔氏医案 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 109.
- [5] 李京, 张明雪, 金跟海. 胸痹心痛中医学证机概要 [J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(8): 2430-2432.
- [6] 刘慧楹, 吴跃峰, 赖新生. 通元针法“督脉以通为用, 任脉以引为归”之探析 [J]. 中医杂志, 2019, 60(11): 988-990.
- [7] 许晓丽, 赵丽云, 房红芸, 等. 2010—2012 年中国 15 岁及以上居民饮酒状况 [J]. 卫生研究, 2016, 45(4): 534-537, 567.
- [8] 胡志鹏, 杨茂艺, 秦凯华, 等. 浅谈风药治疗血瘀证 [J]. 中医杂志, 2018, 59(20): 1791-1793.

## Professor SONG Yiting's Experience in Diagnosis and Treatment of Chest Bi Syndrome with Wind-Cold Obstruction through Unblocking and Supplementing Method

MA Shudong<sup>1</sup>, ZHANG Jing<sup>2</sup>, JIA Lei<sup>2</sup>, ZHANG Xuefeng<sup>2</sup>, YANG Jiao<sup>2</sup>

1. Eye Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100040; 2. Inner Mongolia Hospital of Traditional Chinese Medicine

**ABSTRACT** This article summarized SONG Yiting's experience in diagnosis and treatment of chest Bi syndrome. It is believed that "pathogens invade when the body is weak" and "a variety of pathogens gather in chest" are main pathogenesis of chest Bi syndrome with wind-cold obstruction. The syndrome is differentiated mainly with the help of the characteristics of symptoms and the inquiry of medical history. Affected by the geographical factors, such patients are more common seen in Inner Mongolia area. For treatment, SONG advises to combine the unblocking and supplementing methods together. The main principles are warming, unblocking, dispersing and dissipating; warming and unblocking with acrid-heat; removing wind and unblocking the collaterals; and dispersing stasis and relieving pain. In clinical practice, *Mahuang Fuzi Xixin Decoction* (麻黄附子细辛汤) is often used as a basis recipe to warm yang and diffuse Bi; and herbs with unblocking and supplementing function, insect drugs, and herbs to promote qi and blood circulation are commonly added to.

**Keywords** chest Bi syndrome; wind-cold obstruction; combination of supplying and dredging Yang; experience of famous doctors; SONG Yiting

(收稿日期: 2020-07-04; 修回日期: 2020-07-31)

编辑: 崔京艳

## 欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001 年合订本, 每本 100 元, 2002、2003 年合订本每本 105 元, 2004 年合订本 115 元, 2005 年合订本 125 元, 2007—2010 年合订本每年 140 元。2011 (缺 5、6 期) —2013 年每册 9.80 元, 2014 (缺 21 期) —2017 年 (缺 3、5、15、18 期) 每册 15 元, 2018 年每册 20 元 (缺 5、7、9 期), 2020 年每册 20 元 (缺 7、8、9 期)。2011—2013 年合订本, 每年 4 本, 全年 280 元, 2014、2015、2016、2017 年合订本 (每年 4 本, 缺 2017 年上半年合订本), 全年 400 元。2018、2019 年合订本 (4 本), 600 元。2020 年上半年合订本 (2 本), 300 元。《中医杂志》2006—2008 年增刊每册 40 元。

以上免费邮寄, 如需挂号每件另加 3 元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街 16 号, 收款人: 中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信 (zyzzgzh) 购买。邮编: 100700, 电话: (010) 64089195。