

基于《伤寒杂病论》的冠心病证治体系构建

林 飞^{1,2}, 王 阶^{1,*}, 姚魁武¹, 樊 讯², 蒋跃文²

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053; 2. 湖北中医药大学)

摘要 《伤寒杂病论》将中医学基本理论与临床实践相结合, 以理、法、方、药一线贯穿, 对胸痹进行完整的辨证分析与论治, 确立了冠心病的阳微阴弦、水火失济、心脉痹阻的病因病机。本文从冠心病的证候要素、治则治法、治标治本、从肾论治以及冠心病介入术后胸痛的诊疗等多方面探讨了冠心病中医证治框架的构建, 对冠心病的诊断治疗及新药研发起到引擎作用, 同时拓展了六经和脏腑辨证的内涵和外延。

关键词 伤寒杂病论; 胸痹; 心痛; 冠心病; 证候

《伤寒杂病论》对冠心病的病因病机、辨证分型、临床治疗有着重要的指导作用。《伤寒杂病论》由《伤寒论》和《金匱要略》组成, 《伤寒论》以六经辨证为主, 在“太阳病”和“少阴病”篇中分别描述了心系疾病。《金匱要略》以脏腑辨证为主, 正式提出“胸痹”名称, 并在“胸痹心痛短气病脉证并治”篇中进行了专门的论述。

1 冠心病病因病机

冠心病是临床常见心血管疾病之一, 其典型临床表现为胸痛、胸闷、濒死感, 可伴有全身症状如发热、出汗、惊恐、恶心、呕吐等。冠心病的中医病因病机为上焦胸阳不足, 寒湿之邪侵袭心脉, 水火失济, 气滞、痰饮及瘀血痹阻心脉, 使心脉闭阻不通。病位在心, 且与肾密切相关。

1.1 阳微阴弦

冠心病归属于“胸痹”范畴, 《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》中通过脉象论其病因病机为“阳微阴弦”, 曰“师曰: 夫脉当取太过不及, 阳微阴弦, 即胸痹而痛。所以然者, 责其极虚也。今阳虚, 知在上焦, 所以胸痹、心痛者, 以其阴弦故也”。诊脉当辨病太过与不及, 辨析疾病的邪盛与正虚, “阳微阴弦”是太过不及的具体征象。“阳微”即上焦阳气不足, 胸阳不振。“阴弦”指下焦阴寒气盛, 痰饮内停, “阳微”和“阴弦”同时并见, 说明胸痹病机是上焦阳虚, 阴邪上乘, 邪

正相搏而成。“今阳虚知在上焦, 所以胸痹、心痛者, 以其阴弦故也”, 进一步指出“阳微”与“阴弦”是冠心病病因病机不可缺少的两个方面, 心胸阳虚, 阴乘阳位, 二者相互搏结方形成胸痹。《素问·上古天真论》曰: 女子“五七, 阳明脉衰, 面始焦, 发始堕”, 男子“五八, 肾气衰, 发堕齿槁”, 指出当女子五七、男子五八之时开始出现阳明脉衰和肾气衰的衰老症状, 是机体由盛转衰的转折点。临床上冠心病的证候人群多见于中老年人, 中医认为, (肾) 精气虚衰导致机体衰老。现代研究证实, 心血管疾病与衰老具有一定相关性, 体质衰退是其共性, 中老年之际机体开始出现衰败之征——“阳微”, 气化功能衰退, 痰饮、瘀血等“阴弦”梗塞心脉, 引发胸痹。

1.2 水火失济

《伤寒论·辨少阴病脉证并治》言及少阴病提纲, 曰“少阴之为病, 脉微细, 但欲寐也”。少阴病属心肾两脏, 以心肾虚衰、水火失济为主要病机。阳气衰微, 鼓脉无力, 故脉微; 阴血不足, 脉道不充, 则脉细。此脉证言及少阴病是以全身性虚衰为病理特征的疾病, 反应的是心为一身之主与肾为先天之本的病理特征。少阴病的发生, 一是素体少阴阳虚或阴虚, 复感外邪, 邪气直中少阴, 内外合邪而发病; 二是病在他经失治、误治, 损伤心肾阴阳而转属少阴。其中因太阳与少阴互为表里的关系, 故太阳病最易转入少阴。阳微阴弦, 引申为上焦心阳不足, 下焦肾水寒盛, 也体现出少阴病的特点。心与肾在生理状态下, 是以阴阳、水火、精血

基金项目: 科技部“重大新药创制”专项(2012ZX09102-201-006)

* 通讯作者: wangjie0103@126.com, (010) 88001238

的动态平衡为首要条件。年老体衰，邪实侵袭，导致肾阳不足，命门火衰，无以温养心脉；加之肾阴不足，无以上滋，心阴不足，不荣而痛。当动态平衡被打破，心肾两脏阴阳、水火、精血之间的协调关系遭到破坏，不能相互资助及相互制约的病理状态为心肾失济^[1]，具体包括心肾阴阳不调、心肾精气不交、心肾神志不交、心肾经络不通、心肾升降失常^[2]，具体表现为：肾水泛滥，凌心扰神；肾阳虚弱，心阳不振；水火皆衰，心肾不交^[3]。

1.3 心脉痹阻

“痹”指痞塞不通，不通则痛，《说文解字》中“痹”的解释为“湿病也”。《素问·痹论》曰“风、寒、湿三气杂至，合而为痹也”“心痹者，脉不通，……痹在于脉则血凝而不流”。胸痹则为风寒湿邪痹阻心脉，不通则痛而为病。寒邪伤阳，阴寒所侮胸阳，使胸阳不振；寒性凝滞，心脉气血失于阳气温煦，易使气血凝结阻滞，涩滞不通则痛；寒主收引，既可阻碍心阳，又可使血行瘀滞，发为本病。湿为阴邪，易阻气机，损伤阳气，其性重浊黏滞、趋下。水、痰、饮均为湿邪，一旦胸阳虚衰，湿邪留滞于心胸，阻断气机，心脉痹阻而心痛，且以闷胀、疼痛为其临床特点。临床上气滞、痰饮和瘀血常单一或相伍为患，痹阻心脉。气滞由气机紊乱而起，多和环境、情绪、饮食等相关，气滞常引起痰饮、瘀血滞留血脉，痰饮和瘀血之后气随之郁滞。痰饮和瘀血是机体代谢障碍所形成的病理产物，由脏腑气化功能失调所致，一经形成便作为一种致病因素作用于机体，导致脏腑功能失调而引起各种复杂的病理变化。痰浊痹阻，痰为阴邪，其性黏滞，停于心胸，则壅塞阳气。瘀血致病，口唇青紫，痛有定处，刺痛不移。血瘀、气虚、痰浊为冠心病心绞痛的主要证候要素，其常见证候要素分布为血瘀、气虚、阴虚、痰浊、气滞、寒凝、热蕴、阳虚^[4]。

2 构建冠心病中医证治框架

病证结合、方证对应的论治理念与实践首见于张仲景的《伤寒杂病论》，即“病皆与方相应者，乃服之”，即“有是证用是方”。该理念奠定了现代冠心病方证论治的基础，成为冠心病方证对应辨治体系的主要理论基石。

2.1 阐明冠心病中医证候要素规律

张仲景对胸痹复杂的证候表现及演变规律进行分析归纳，确定了胸痹辨证论治的总纲领，即胸痹

的主证、重证、轻证、急证以及心痛的重证和轻证的临床症状。如主证的临床症状为胸痹，喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数。重证的临床症状为胸痹，不得卧，心痛彻背。相比之下胸痹不得卧比喘息咳唾为重，心痛彻背比胸背痛更甚。胸痛缓急为急证，意味着病情进一步加重。各证候均有各自鲜明的特点，具有一定的规律。其证候要素虽有多种，但气滞、血瘀、痰浊、气虚、阳虚是冠心病发病的危险证候要素，可覆盖 95% 以上的病例^[4-5]。冠心病临床常见本虚、标实，或者本虚标实俱见，本虚的变化依次是阳虚→阴虚→气虚→阴阳气俱虚；标实则呈现出“先热后寒、痰瘀交替”的特点，随冠状动脉病变范围的扩大而变化，其过程是寒热错杂→气虚血瘀和阳虚血瘀→痰浊壅塞→寒凝心脉和气阴两虚^[6]。此外，心气阳虚、心气阴虚、心肾阳虚、心脾两虚、心肝气郁、痰浊瘀阻、脉络瘀阻等相兼互化，互为因果，都是心绞痛病机演变的必然过程。

2.2 冠心病的治则治法

冠心病的治则是温通以治本，治法主要体现《伤寒论》温、清、消、补之法。总治则是“治病求本”，体现在以下几个点：1) 治病求本，本于阴阳；2) 祛邪扶正，分清主次；3) 调和阴阳，以平为期；4) 明确标本，分清缓急；5) 正治反治，依证而行。治法具体体现在和调气血、宣痹温通、消痰化痰、补养正气等法。如温、消之法表现在瓜蒌薤白白酒汤宽胸化痰，通阳化痹；补、消之法为人参汤温阳健脾散结消痞满，炙甘草汤滋阴复脉，四逆加入参汤回阳救逆，益气固脱；清、消之法如小陷胸汤清泄痰热，以上各法殊途同归体现一个“通”字。纵观各方，张仲景善用桂枝、厚朴、乌头、附子、瓜蒌、薤白、半夏、清酒等温通之品，采用了补气、补血、滋肾、通阳、行气、降气、化痰、化湿、化瘀的治法，根据症状酌情配伍人参、党参、黄芪、茯苓、黄连等品，以温胸阳、祛痰瘀、通心脉^[7]。

2.3 冠心病标本兼治

祛邪扶正是冠心病的治疗基石，祛邪以通阳宣痹为主，扶正以温阳益气为要。主要分为治标、治本、标本兼治三个方面。治标：主要在急性疼痛期应用，以通为主，选用活血化瘀、芳香温通、宣痹通阳、温化痰浊之法，如瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、薤苡附子散和乌头赤石脂丸等温通胸阳，化痰消痞；中成药常用血府逐瘀颗粒、速效救

心丸、苏合香丸、复方丹参滴丸、丹参注射液、川芎嗪注射液、银杏达莫注射液等。治本：以补为主，恢复期善用，有温阳、滋阴、补气血等法，如人参汤方、炙甘草汤方等。但临床上冠心病恢复期常伴随正虚邪实留恋，多用标本兼治之法治疗恢复期，有益气活血通络止痛、益气活血祛痰降浊、补心益肾活血化瘀等法，如汤剂常用瓜蒌薤白类方配伍黄芪、党参、白术等补气之品，或者配伍丹参、川芎、丹皮、红花、赤芍等活血化瘀之药；中成药如心元胶囊、心通口服液、通心络胶囊、正心降脂片、稳心颗粒等，补益心气，滋肾益精与活血化瘀同见。

2.4 冠心病从肾论治

《伤寒论》“少阴病”篇中为冠心病从肾论治提出理论依据，少阴包括手、足少阴二经和心、肾两脏。临床中心脏术后急性肾损伤（AKI）的发病率为1%~30%，术后AKI患者的病死率为15%~30%，肾替代治疗者的病死率更是高达60%~70%^[9]。金匱肾气丸、右归丸、六味地黄丸是从肾治心的代表方剂，方剂中在不同证候疾病中均可用山萸肉、巴戟天、补骨脂、生地黄等滋肾之品，疗效颇为显著。此外，少阴病的主方如四逆汤、附子汤、真武汤、麻黄附子细辛汤在治疗冠心病中也较为常见。冠心病脏腑虚证以心虚证、肾虚证、肝虚证最为常见，虚证组合以两证组合中心、肾虚并见。在冠心病发展的各个阶段，心虚证、肝虚证、肾虚证出现频率始终最高，肾虚证所占的比例随病程的延长而逐渐增大，肾虚的程度与冠心病的病程、病情呈正相关，并提出治疗冠心病的心肾相关学说^[9]。

2.5 经皮冠状动脉介入治疗（PCI）术后胸痛中医诊疗专家共识

在《经皮冠状动脉介入治疗术后胸痛中医诊疗专家共识》^[9]中，专家根据临床特征中医诊断标准与中医辨证标准，参照中华中医药学会制定的《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》，将PCI术后胸痛诊断为胸痹心痛，将其证候分为本虚证、标实证和复合证型。本虚以脏腑气血阴阳亏虚为主，标实以血瘀证、痰阻、气滞、寒凝多见，复合证型主要为气虚血瘀、气滞血瘀证、痰阻血瘀证、寒凝心脉证、气阴两虚证、阳虚水泛证、心阳欲脱证。在辨证分型治疗中用到《伤寒杂病论》多首方剂，如金匱肾气丸加减治疗肾气虚；瓜蒌薤白半夏汤加减治疗血瘀偏寒；当归四逆汤治疗寒

凝；瓜蒌薤白半夏汤合冠心Ⅱ号方治疗痰阻血瘀证；瓜蒌薤白白酒汤合当归四逆汤加减治疗寒凝心脉证；四逆加入参汤加减治疗心阳欲脱证。

3 促进冠心病中医药现代化研发

3.1 确定冠心病组方原则

组方是中医辨证论治的重要环节，《素问·至真要大论》曰“君一臣二，制之小也。君一臣三佐五，制之中也”。张仲景通过方剂药物的具体运用，提示了中医临床因证设法、因法设方、因方遣药的一系列大法，体现出“有是证用是方”的原则。方剂配伍中君、臣、佐、使各司其职，有助有约，严谨契合。如瓜蒌薤白白酒汤中“瓜蒌一枚，薤白半升，白酒七升，上三味，同煮，取二升，分温再服”，以治疗胸痹主证，此方中瓜蒌为君，薤白、白酒为臣，药物用法是日服两次。在胸痹重症中，其症为胸痹、不得卧、心痛彻背，意味着病情加深加重，药物则为“瓜蒌一枚，薤白三两，半夏半斤，白酒一斗，上四味，同煮，取四升，温服一升，每日三服”。证变意味着病情加重，药物、药量随之增加，白酒增至一斗，从一般每日二服改至为每日三服以服从病情需要，体现的是君一臣三。如若是寒凝心脉证则用温经散寒、活血通痹之法；气滞心胸证则用疏调气机、和血通脉之法；痰浊闭阻证则用通阳泻浊、豁痰开结之法；心阳不振证则用补益阳气、温振心阳之法，均体现了《伤寒论》组方精髓即“有是证用是方”。

3.2 治疗冠心病药物的提取工艺

瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤和炙甘草汤中分别用白酒七升、一斗和清酒七升与水八升进行同煎，其主要起着温通的作用。酒，甘、苦、辛，温，有毒，其功效为通血脉、御寒气、行药势，治风寒痹痛、筋脉变色、胸痹、心腹冷痛，《本草纲目拾遗》曰其“统血脉，厚肠胃，润皮肤，散湿气”。经分析酒在瓜蒌薤白方中的作用不仅是温通作用，同时具有提取瓜蒌薤白有效成分，使药借酒势，酒借药势共同作用于病灶部位，药宏力专。醇提作用是提取生物碱及其盐、苷类、挥发油及有机酸类等，去除多糖类、蛋白质、淀粉、树脂、油脂、色素等杂质，对现代冠心病治疗用药的提取工艺有着指导作用。目前中药提取工艺不断改进，但是基于《伤寒论》的醇提法在治疗冠心病的药物中仍占据重要作用，如丹参酮、银杏叶等。

3.3 拓展冠心病新药研发思路

张仲景以通为主,善用和、温、清、消、补法治疗胸痹,当今冠心病的中药新药研发多以这些治法为主,如现代研发临床上较为常用治疗冠心病的中成药冠心Ⅱ号、苏合香丸、麝香保心丸、双参通冠胶囊、速效救心丸、冠心苏合丸、川芎嗪注射液、丹参注射液、葛根素注射液等,不同程度体现出“通”的原则,反映了和法、温法、清法、消法、补法在冠心病中的实际运用。当今随着社会的发展,冠心病的证候群也逐渐拓宽,痰饮、瘀血作为病理产物与冠心病的发生、发展有着密切的关系,胸阳虚损之时二者可单独为害,也可互结一起侵袭心血管系统,造成各种疾病。因此,冠心病的新药研发也应随着证候群的发展而改变,如现代研究痰瘀互阻型冠心病已经成为临床常见病证,此类病证的新药研发应注重于化痰祛瘀,方能突出“有是证用是方”的原则。

参考文献

[1] 于晓艳. “心肾相交”刍议 [J]. 福建中医药, 2003, 34 (1): 47-48.

- [2] 李涵, 杜金行, 任兴联. 浅谈广义“心肾不交”的分型论治 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26 (12): 2797-2799.
- [3] 王阶, 汤艳莉, 何庆勇. 冠心病心绞痛患者证候要素与生存质量的相关性 [J]. 中医杂志, 2010, 51 (2): 154-163.
- [4] 王阶, 李军, 姚魁武, 等. 冠心病心绞痛证候要素和冠脉病变的 Logistic 回归分析 [J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34 (9): 1209-1211.
- [5] 王阶, 邢雁伟, 陈建新, 等. 1069 例冠心病心绞痛证候因子分析方法的分类研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31 (5): 344-346.
- [6] 唐瑛, 汪剑. 《金匱要略》中胸痹、心痛内涵新释 [J]. 吉林中医药, 2012, 32 (7): 749-751.
- [7] Rosner MH, Okusa MD. Acute Kidney injury associated with cardiac surgery [J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2006, 1 (1): 19-32.
- [8] 何庆勇, 王阶, 姚魁武, 等. 1069 例冠心病脏腑虚证的多中心前瞻性研究 [J]. 中华中医药杂志, 2009, 24 (1): 31-33.
- [9] 中华中医药学会介入心脏病学专家委员会. 经皮冠状动脉介入治疗术后胸痛中医诊疗专家共识 [J]. 中医杂志, 2014, 55 (13): 1167-1170.

Coronary Heart Disease Syndrome and Treatment System Construction Based on Shanghan Zabing Lun (Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases, 伤寒杂病论)

LIN Fei^{1,2}, WANG Jie^{1,2}, YAO Kuiwu¹, FAN Xun², JIANG Yuewen²

(1. Guang'anmen Hospital, Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 100053 2. Hubei University of traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Shanghan Zabing Lun (Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases, 伤寒杂病论), combines the basic theory of traditional Chinese medicine (TCM) with clinical practice. In this work, treatment principle-method-recipe-medicine is put forward to make overall pattern differentiation and treatment, and the cause and mechanism of the disease are identified as on deficiency of Yang Qi and superiority of Yin evil, discordance between water and fire as heart vessel blockage. This paper established the treatment framework for coronary heart disease with respect to the TCM syndromes elements, therapeutic principle and method, treatment of both symptoms and root causes, treatment from kidney, as well as diagnosis and treatment of the chest pain after the percutaneous coronary intervention. These are the motive power for the better diagnosis and treatment and drug development, enriching the intension and extension of the six channels and viscera syndrome differentiation.

Keywords (Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases, 伤寒杂病论); chest pain; heartache; coronary heart disease; syndrome and treatment system

(收稿日期: 2014-07-16; 修回日期: 2014-09-13)

编辑: 黄 健

欢 迎 投 稿

欢 迎 订 阅