

# 胸痹古今证治差异及原因分析

李明<sup>1</sup>, 丁艳亭<sup>2</sup>, 苗鑫<sup>1</sup>, 郑伟莎<sup>1</sup>, 张莉<sup>1</sup>, 张萌<sup>1</sup>, 徐信杰<sup>\*</sup>

(1. 泰山医学院附属医院, 山东省泰安市泰山大街 706 号, 271000; 2. 泰安市中医医院)

**摘要** 胸痹是中医学特有的医学名词。通过梳理古今胸痹的证治文献, 发现胸痹的概念是不断发展的, 胸痹的范围被逐渐局限于心。胸痹的证治逐渐由以辛温通阳为主转向以活血化瘀为主。认为这一变化与近代西医传入的影响密切相关, 现代医学理论的精确性、唯一性、标准性与胸痹范围被逐渐局限相关, 而现代医学解剖知识的渗透与中医理论由重视气化逐渐转向了重视形质相关。

**关键词** 胸痹; 活血化瘀; 辛温通阳; 气化; 形质

胸痹之名首见于《黄帝内经》, 其论治则肇始于《金匱要略》, 后世医家在《黄帝内经》《金匱要略》的基础上, 对胸痹的认识不断深入。纵览古今文献, 胸痹的证治具有很大的差异。本文通过梳理代表性文献, 分析胸痹古今证治差异产生的原因及对现代中医理论发展的启示。

## 1 胸痹证治源流

### 1.1 秦汉时期

胸痹病名源于《灵枢·本脏》, 曰“肺大则多饮, 善病胸痹, 喉痹, 逆气”<sup>[1]</sup>, 说明胸痹与肺和饮邪停聚有关, 但无具体治疗方药。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》云“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”<sup>[2]</sup>。张仲景以“阳微阴弦”为依据, 构建了胸痹证治的总体框架, 开后世胸痹证治之先河。具体证治列有“喘息咳唾, 胸背痛, 短气”的瓜蒌薤白白酒汤证、“不得卧, 心痛彻背”的瓜蒌薤白半夏汤证、“胸中气塞, 短气”的茯苓杏仁甘草汤证及橘枳姜汤证、“心中痞, 留气结在胸, 胸满, 胁下逆抢心”的枳实薤白桂枝汤证与人参汤证、“胸痹缓急”的薤白附子散证。诸汤证药选薤白、半夏、白酒、附子、桂枝等皆为辛温之品, 辛可开胸除痹, 温可通阳行气, 立宣阳通痹之标杆, 后世医家多效法于此。

### 1.2 晋唐时期

《肘后备急方·治卒患胸痹痛方》描述的胸痹症状更为详细, 曰“心中坚痞忽痛, 肌中苦痹, 绞急如刺, 不得俯仰, 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, 不即治之, 数日害人”<sup>[3]</sup>, 治疗效法《金匱要略》。《诸病源候论》将“胸痹候”附于“咽喉心胸病诸候”中, 其病因着重于“寒”, 曰“寒气客于五脏六腑, 因虚而发, 上冲胸间, 则胸痹”, 症状多见“噎塞不利, 习习如痒, 喉里涩, 甚者, 心里强痞急通, 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, ……不治, 数日杀人”<sup>[4]</sup>, 与《肘后备急方》所述基本相同。唐代《备急千金要方》<sup>[5]</sup>、《外台秘要》<sup>[6]</sup>所列症状与《肘后备急方》《诸病源候论》基本相同, 另增加心中坚、满痞急痛及时欲呕吐等脾胃病症状, 治疗方剂亦更为丰富, 如通气汤、细辛散、蜀椒散、下气汤、槟榔汤、麝香散等。其中细辛散治“胸痹达背痛, 短气”, 药用桂心、细辛、枳实温阳行气, 瓜蒌、白术、茯苓祛痰和中, 另加干地黄入肾; 蜀椒散治“胸痹达背”, 重在温阳行气, 多用蜀椒、吴茱萸、桂心、乌头等大辛大热之品; 前胡汤治“胸中逆气, 心痛彻背, 少气不食”, 药用前胡、桂枝、半夏、当归、人参、茯苓、黄芩、竹叶平调寒热。

此时期诸医家针对胸痹的辨证原则不离张仲景之法, 但在具体方药运用方面却不断有所发展, 在前人所用方药的基础上, 增用辛香通散药物如细

基金项目: 山东省保健科技协会科学技术课题(89)

\* 通讯作者: xxj221@163.com

辛、花椒、吴茱萸、槟榔、木香、草豆蔻等<sup>[1]</sup>。

### 1.3 宋金元时期

《圣济总录》云“虚极之人，为寒邪所客，气上奔迫，痹而不通，故为胸痹”<sup>[2]</sup>。其治疗方药颇为丰富，分胸痹、胸痹噎塞、胸痹心下坚痞急、胸痹短气、胸痛 5 篇论述，所用药物共计 67 种。提出胸痹基本病机为“虚极”“寒邪”，针对虚极以益气理中为主，药用人参、黄芪、白术、大枣、甘草、茯苓、麦芽、神曲、米（粥）、蜜等；针对寒邪以温阳祛寒为主，药选乌头、附子、肉桂、干姜、生姜、细辛、吴茱萸等。

此时期医家沿袭晋唐之法，使辛香通散、化浊开窍法得到广泛运用。《圣济总录》所载之枳实汤、四温散等均是在经方用药的基础上，增加具有辛香通散、化浊开窍功效的药物组方而成<sup>[3]</sup>。

### 1.4 明清时期

明代《症因脉治》曰“胸痹之症，即胃痹也。胸前满闷，凝结不行，食入即痛，不得下咽，或时作呕，此胸痹之症也”<sup>[4]</sup>，明确指出胸痹即胃痹，所论症状亦为食管、胃部症状。清代《临证指南医案·胸痹》<sup>[5]</sup>所论多属脾胃、食管及肺病等，而突出的贡献是明确地提出了“血络痹痛”，即“痛久入血络，胸痹引痛”，此亦为“久病入络”的实例。药用炒桃仁破血行瘀，兼润燥通便；延胡索、川楝子两药相配即金铃子散，行气畅血，长于止痛；木防己除痹止痛；桂枝、葱辛温通阳。全方调气和血，重在调理心肝、通阳宣散，主以胸中为治，为典型的胸痹血瘀证治范例。《医林改错》论胸痛曰“忽然胸疼，前方皆不应，用此一付，疼立止”<sup>[6]</sup>，即对于瓜蒌薤白白酒汤类方不能治愈者，用血府逐瘀汤一剂即可收功。

此时期胸痹的辨治理论经历代医家研究总结，已逐渐形成较完整的理论体系，活血化瘀疗法被广泛应用<sup>[7]</sup>，桃仁、延胡索、红花、当归等活血化瘀药物也得到广泛使用。

### 1.5 近现代时期

明清以降，随着西学东渐的开始，西医学的传入对中医理论的发展产生了重要影响，胸痹的论治也随之发生了较大变化。如秦伯未<sup>[2]</sup>认为，胸痹实际上是胃寒症，因胃中受寒使阳气郁滞。临床证明胸痹患者多因受寒后发，不能进食生冷，并伴见噎塞、呃噎和食呆等症。岳美中<sup>[3]</sup>认为，今之冠心病属《金匱要略》胸痹范围之内，然胸痹非此一病，还包括一部分消化系疾病在内。

近现代医家多以西医疾病为比照标准，认为胸痹涉及心、肺、胃肠道、食道、肝胆等脏腑器官，具体疾病如冠心病、心肌梗死、慢性阻塞性肺疾病、肺源性心脏病、肋软骨炎、肋间神经痛、食管裂孔疝等皆可纳入“胸痹”范畴论治。

## 2 古今证治差异分析

### 2.1 古今概念差异

由于胸部脏腑经络组织器官众多，许多脏腑组织器官的病变均可致胸部气血痹阻，而出现胸闷或胸痛，或喘息咳唾，或短气等症。因此，历代医家对胸痹的概念认识不一。《黄帝内经》仅言其病因病机。《金匱要略》所述临床症状较复杂，后世医家则认为包括肺、心、脾胃等多脏器病变。后世中医著作所论胸痹概念亦不统一，涉及心、肺、胸、脾胃、胸壁、咽喉、食管等疾病，甚至《症因脉治》《医学正传》《临证指南医案》等认为胸痹实为食管、脾胃病变<sup>[4]</sup>。近年来中医内科学教材及国家行业标准直接将胸痹归类于心系疾病范畴。如 1985 年版《中医内科学》<sup>[8]</sup>教材认为胸痹病位在心。《中医内科疾病诊疗常规》<sup>[9]</sup>指出胸痹（心痛）相当于现代医学的缺血性心脏病。《中药新药临床研究指导原则》<sup>[10]</sup>中列胸痹（冠心病心绞痛）病名，指出胸痹是以胸部闷痛，甚则胸痛彻背、短气、喘息不得卧为主症的一种疾病，相当于现代医学的冠心病心绞痛。

由上述可知，明清以前胸痹的概念虽模糊不清但在不断发展，范围包括了心、肺、胸胁、脾胃、胸壁、咽喉、食管等疾病，如心痹、肺痹、肺胀、胃痹、食管痹、支饮、悬饮、结胸、胃脘等。而现代临床对于胸痹的认识正在趋于统一，学界也正逐渐达成共识，如认为心脏就是胸痹病的病位所在。

### 2.2 古今治法差异

张仲景奠定了胸痹辨证论治的基础，明确了阳虚阴盛、本虚标实为胸痹的病机，确立了辛温通阳、温化痰饮为本病的治疗大法，药物以瓜蒌、薤白、半夏、干姜、附子、肉桂等辛热之品为主。后世在胸痹治法方面虽有发展但均以温阳为主，兼以理气、化痰、补虚。相关数据分析结果显示，从先秦到清末历代医家治疗胸痹用药以温里药应用居于首位<sup>[8]</sup>，说明温里药为胸痹心痛方中主要药类。通过对清代以前古代文献中 370 首治疗胸痹方剂的统计分析<sup>[9]</sup>可以看出，古代胸痹方构成比 20% 以上的药物为温里药，在各类药物中居于首位，说明

温里药为胸痹方中主要药类;同时方中构成比大于 10% 但小于 20% 的药类为补虚药及理气药,说明补虚及理气药为治疗胸痹重要的增效配伍药类,同时还可佐助活血化痰等药。

在现代治法方面,文献分析发现,胸痹最常见的病机为气虚血瘀、心血瘀阻,最常用的经典方剂为补阳还五汤与血府逐瘀汤,最常用的药物为丹参<sup>[21]</sup>。另有大数据研究显示,冠心病中医证候以气阴两虚、气虚血瘀最为多见,血瘀是占比最高的证候要素,占 79.97%<sup>[21]</sup>。Meta 分析亦表明,活血化瘀法治疗冠心病心绞痛在临床疗效、心电图改善情况、硝酸甘油停减率指标方面均优于对照组,并能显著改善临床症状,提高生活质量<sup>[22]</sup>。

活血化瘀法已成为治疗胸痹的主要治疗方法,并形成了活血化瘀流派。现代研究发现,活血化瘀药不仅能改善心绞痛症状、提高生存质量,还能起到抗炎、改善血管内皮功能、抑制缺血再灌注损伤、减少氧自由基产生、抑制血小板聚集和抗血栓的作用<sup>[23-24]</sup>。有研究团队从宏观表征、器官组织、细胞分子水平系统阐释了冠心病血瘀证的实质,研究了不同活血化瘀中药或复方的作用机理和特点,并倡导采用活血化瘀治法防治心脑血管疾病<sup>[25]</sup>。

基于以上论述,我们认为,清代以前胸痹治疗多效法张仲景,重在宣痹通阳,略于活血化瘀;而现代临床治疗本病多问道于王清任,以活血化瘀为基本治则,选方以补阳还五汤及血府逐瘀汤为主加减化裁,用药多以现代药理研究为依据,多选用具有明确活血化瘀功效的丹参、桃仁、红花、川芎等。

### 3 差异原因分析

#### 3.1 中医概念自身的特点使然

中医学由于主要着眼于事物功能状态的研究,在对概念进行定义时常常使用描述性定义,即通过列举对象若干具有特征性的属性以使该对象同其他对象区别开来,从而识别对象<sup>[26]</sup>。比如,在定义“大象”时,多通过视觉、触觉、听觉等获得具体而直观的信息,通过描述大象具有特征性的鼻子、耳朵、牙齿,便可勾勒出大象的直观轮廓,当一提到鼻子、耳朵、牙齿时便可以管窥豹。因此,古人在描述“胸痹”时很少采用“什么是胸痹”的概念形式,或者说古人根本未对胸痹做定义概念的尝试。如此就造成了胸痹所指的模糊性与不确定性,导致在几千年的发展“胸痹”本身呈现缓慢的叠层进展,而不是否定与更新。后世医家大多引经

据典,继续沿用这种模糊的定义。

现代医学的发展要求概念的准确性、抽象性,明清之前的文献显然不符合这些特征,因此,出于规范化及标准化的考虑,参考西医学的某些文献,使胸痹的范围被尽量缩小,其病位被限制在心,故而胸痹就基本等同于现代医学的心脏疾病。现代中医理论多以西医的理论特点进行改造与取舍,以往的模糊性、多样性、不确定性都要被精确化、唯一化与确定化。

#### 3.2 西医解剖对中医理论的影响

胸痹的范围被局限于心脏,不仅与西医理论的精确化、唯一化相关,西医解剖知识同样促成了胸痹从气化向形质化的转变。传统中医理论对于心的认识更多是从“心者,君主之官”“心为阳中之太阳”等气化角度出发,更多阐释心阳、心气对于机体的重要意义。仔细研读《黄帝内经》会发现,其全文似乎刻意回避了在“形”的层次上对“心”进行深入地研究,只是满足于粗略地描述“心”的形态;承认“心”解剖形态的存在,并不关注其解剖形态的具体内容<sup>[27]</sup>。同样在《伤寒杂论》与“心”相关的条文中,涉及到心脏本身病变的症状似乎只有心悸、心痛两大类,更多的则是“心气”异常的潜在病机,如心气不足、心气虚者、心气实、心火气盛、心水者、血气少者属于心、心中风、心中寒、如水伤心、水在心、胁下逆抢心<sup>[28]</sup>。

现代中医理论的创建多可以看到西医的影响,对于心脏而言尤为如此,如将“心主血脉”直接解释为“心脏具有主持血液循环的功能”。有研究者通过对《黄帝内经》诸多相关经文的逻辑推绎,认为“心主血脉”的认识是五行归类的结果;通过多方面、多角度的历史考察,认为中国古代科技发展水平决定了中医学不可能从解剖学上认识到心脏具有主持血液循环的功能;将“心主血脉”解释为心脏具有主持血液循环的功能是将西医学理论比附于中医学而得出的错误结论<sup>[29]</sup>。我们亦认为,“心主血脉”只是出于五行归类的需要而有的一种说法而已,那种认为其是通过解剖而发现的说法是违背历史与逻辑的。因此,在现代中医理论的传承与发展进程中,符合西医理论的观点被我们重点采纳,并被认为是古人的智慧,而与现代医学理论相悖的观点则被抛弃,并被认为是古人的认识局限而极力与之划清界限。然而现代医学在不断发展,今天认为正确的知识可能不久就会被否定。因此,在中医学的发展过程中,应当确立自己的话语

权,虽然“症状-机理-治疗”之间的具体关系不甚明晰,但是临床总以“治疗有效”为总则。总之,理论的发展与构建必须忠实于本学科的特点。

# 参考文献

- [1] 黄帝内经 [M]. 王洪图,主编. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 773.
- [2] 张仲景. 金匱要略 [M]. 陈纪藩,主编. 北京: 人民卫生出版社,2000: 267.
- [3] 葛洪. 附广肘后方 [M]. 陶弘景,杨用道,补辑. 上海: 上海科学技术出版社,2009: 14.
- [4] 巢元方. 诸病源候论 [M]. 丁光迪,主编. 北京: 人民卫生出版社,1991: 848.
- [5] 孙思邈. 备急千金要方 [M]. 北京: 中国医药科技出版社,2011: 232-233.
- [6] 王焘. 外台秘要方 [M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2013: 165-178.
- [7] 胡冬裴. 胸痹证治文献研究 [J]. 山东中医药大学学报, 2005,29( 1) : 37-40.
- [8] 赵倍. 圣济总录 [M]. 北京: 人民卫生出版社,2013: 755-759.
- [9] 秦景明. 症因脉治 [M]. 北京: 人民卫生出版社,2006: 249.
- [10] 叶天士. 临证指南医案 [M]. 北京: 中国中医药出版社,2011: 119-120.
- [11] 王清任. 医林改错 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1995: 24.
- [12] 秦伯未. 谦斋医学讲稿 [M]. 上海: 上海科学技术出版社,1978: 178-179.
- [13] 中医研究院. 岳美中论医集 [M]. 北京: 人民卫生出版社,1978: 105.
- [14] 宋建平. 胸痹概念的演变 [J]. 中华医史杂志,2006,36( 3) : 157-160.
- [15] 张伯臾. 中医内科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版

- 社,1985: 108-112.
- [6] 朱文锋. 中医内科疾病诊疗常规 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社,1998: 247.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第一辑 [M]. 1993: 41.
- [8] 陆一竹,李园白,毛静远,等. 胸痹心痛古代文献用药规律及聚类分析 [J]. 天津中医药,2013,30( 10) : 629-631.
- [9] 王建芳,年莉. 古代胸痹心痛方配伍规律探析 [J]. 山西中医,2011,27( 2) : 39-40.
- [10] 牛英硕. 基于古今中医文献的冠心病心绞痛病机分析和用药规律研究 [D]. 济南: 山东中医药大学,2015: 73.
- [11] 李贵华,姜红岩,谢雁鸣,等. 基于大数据 84697 例冠心病中医证候及其中西药使用分析 [J]. 中国中药杂志, 2014,39( 18) : 3462-3468.
- [12] 何晶,朱海波,郑景辉. 活血化瘀法治疗冠心病心绞痛临床研究系统综述和 Meta 分析 [J]. 实用中医内科杂志,2014,28( 1) : 1-6.
- [13] 陈可冀,史载祥. 实用血瘀证学 [M]. 北京: 人民卫生出版社,1999: 28.
- [14] 王阶,李霁,杨戈,等. 活血化瘀法对不稳定性心绞痛患者纤溶活性的影响 [J]. 世界科学技术-中医药现代化,2009,11( 2) : 234.
- [15] 付长庚,刘龙涛,史大卓. 现代活血化瘀学派的形成及特点 [J]. 北京中医药,2017,36( 8) : 675-677.
- [16] 邢玉瑞. 中医学的概念特征研究 [J]. 中医杂志,2015, 59( 19) : 1621-1624.
- [17] 云玉芬. 《黄帝内经》中“心”的形气神研究 [D]. 北京: 北京中医药大学,2006: 4.
- [18] 李明. “伤寒最多心病”一语值得商榷 [J]. 国医论坛, 2016,31( 4) : 3-4.
- [19] 张效霞,王振国. “心主血脉”是解剖学发现吗? [J]. 江西中医学院学报,2005,17( 2) : 8-11.

## Difference between Ancient and Modern Syndrome-treatment in Chest *Bi* and Causes Analysis

LI Ming<sup>1</sup>, DING Yanting<sup>2</sup>, MIAO Xin<sup>1</sup>, ZHENG Weisha<sup>1</sup>, ZHANG Li<sup>1</sup>, ZHANG Meng<sup>1</sup>, XU Xinjie<sup>1</sup>

( 1. Affiliated Hospital of Taishan Medical College, Taian, 271000; 2. Taian Hospital of Chinese Medicine)

**ABSTRACT** Chest *Bi*, is a special medical term in Chinese medicine. By summarizing ancient and modern syndrome-treatment literature of chest *Bi*, the authors find that the concept of chest *Bi* is evolving and the extent of chest *Bi* is gradually restricted to the heart. The syndrome and treatment of chest *Bi* gradually change from activating *Yang* with pungent and warm natured drugs to promoting blood circulation for removing blood stasis. The authors analyze that this change is closely related to the influence of modern western medicine introduction. Accuracy, uniqueness and standardization of modern medicine theory leads to the extent of chest *Bi* gradually restricted and interrelated, while infiltration of anatomical knowledge in modern medicine leads to Chinese medicine theory gradually changing from emphasizing Qi transformation to emphasizing form-quality correlation.

**Keywords** chest *Bi*; promoting blood circulation for removing blood stasis; activating *Yang* with pungent and warm natured drugs; Qi transformation; form quality

( 收稿日期: 2017-09-06; 修回日期: 2017-10-24)

编辑: 崔京艳