

# 调理脾胃法在胸痹治疗中的运用

路志正

余通过数十年的临床实践,认识到不少胸痹的发生,与脾胃功能失调密切相关,从调理脾胃入手,常能获得较好疗效。

## 1 脾胃功能失调形成胸痹的机理

胸痹病虽有虚实寒热之分、在气在血之异,然胸中阳气虚衰、邪气乘虚入侵阳位、痹阻气机则是共同的发病机理。正如喻嘉言所说:“胸中阳气,如离照当空,旷然无外,设地气一上,则窒塞有加,故知胸痹者,阳气不用、阴气上逆之候也”;叶天士亦指出:“若夫胸痹者,但因胸中阳虚不运,久而成痹”(《临证指南医案·胸痹》)。胸中阳气,又名宗气,是心、肺二脏功能的总概括。宗气的强弱,与脾胃的健运与否有直接关系。脾胃为水谷之海、气血生化之源、气机升降之枢纽,人体各部都必须通过脾胃及其经脉的作用,而获得后天的营养,始能精力充沛、机体健康。若脾胃一衰,则百脉失养,诸病丛生。故《内经》有:“食气入胃,浊气归心,淫精于脉”、“饮入于胃,游溢精气,上输于脾;脾气散精,上归于肺”之训,更有“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗也”之说。由此可知,心肺虽居上焦,实赖脾胃之健运,脾胃为宗气之源。

若肥甘无度,饥饱不调,情志过极,劳逸过度,致使脾胃损伤;气虚无以上奉,则宗气匮乏,久则心阳虚衰;血亏无以灌注,则血脉不充,脉道滞涩,久则脉络不通。脾主运化,脾虚不运则湿浊中阻,积久生痰,湿浊上蕴胸中,则胸阳不展;痰浊上逆,阻滞血脉,则痹塞不通。中阳虚弱则寒自内生,与外寒内外合邪,上犯心君,则胸阳痹阻,心脉不通。于是本虚标实之胸痹生焉。

## 2 调理脾胃治疗胸痹的运用

治疗胸痹,除从心肺着眼外,还应追根溯源,从导致胸阳痹阻的根本——脾胃功能失调入手。早在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治》中,即开创了从脾胃论治之范例,如“胸痹,心中痞气,气结在胸,胸满胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之,人参汤亦主之。”所说之人参汤,即理中汤,其次如橘枳姜汤等,都是从中焦论治。前者温中益气,后者和胃降逆,以达到振奋中阳,驱除胸中寒邪,或调理气机,而收到消除胸痹之目的。

气虚不运者,当健脾胃、补中气,中气盛则宗气自旺;血亏不荣者,当调脾胃、助运化,脾运健则营血自丰;湿蕴者,当芳香化浊,湿祛则胸阳自展;痰阻者,当健脾化痰,痰消则血脉自通;中焦虚寒者,当温中散寒,寒散则阳气自运,营血畅行。

2.1 宗气不足,健运中气 宗气不足之人,多表现为胸膈部隐隐作痛,时发时止,心悸气短,动则喘憋,纳呆食少,倦怠乏力,易汗出,面色晄白,舌淡胖有齿痕,脉沉细无力,两寸尤甚,或见结代,治以异功散加味,药如党参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、枳壳、桂枝。如兼有失眠多梦者,加夜交藤、炒枣仁;腹胀脘闷者,加砂仁、广木香;兼瘀血阻络,舌暗有瘀点者,少佐红花、川芎、丹参。

患者虽有胸闷、喘憋、胸痛等气机阻滞之证,亦系气虚运行无力而致气滞,治之唯以补虚行滞,不宜用疏散破气之药。正如前人所云,气不虚不阻,凡常人之于气滞者,惟知破之散之,而云补以行气,必不然也;不知实则气滞,虚则力不足运动其气,亦觉气滞,再用消散,重虚其虚矣。

2.2 血不养心,调补脾胃 营血亏虚则脉道不充,血行滞涩,常见胸部隐隐刺痛,心悸,怔忡,胸闷气短,头晕目眩,夜来失眠,唇甲色淡,舌淡红或淡暗,苔薄白,脉细弱滞涩,或结代。治以调理心脾,归脾汤加减。药用黄芪、当归、白芍、龙眼肉、枣仁、党参、茯苓、枳壳、生姜、大枣。如舌有瘀点,脉沉涩,瘀血较明显者,可佐入桃仁、红花、川芎、丹参以养血活血;如血亏日久而致阴血俱虚,症见口干、盗汗、夜间烦热者,前方去黄芪,加麦冬、地骨皮;肾阴不足者,加旱莲草、制首乌、枸杞子等药物。

本症头晕目眩、心悸怔忡,是血不养心而致,其胸部刺痛、胸闷、舌暗滞有瘀点、脉涩等瘀象,乃营血亏虚、血少不运而致脉道滞涩不通,故治疗上不可过用活血逐瘀消伐之品,应养血以行血。正如《医论三十篇》所云:“江河之水,浩浩荡荡岂能阻塞,惟沟洫溪谷水浅泥淤,遂至壅遏,不思导源江河资灌输以冀流通,惟日事疏凿,水日涸而淤如故也。”调脾胃,滋化源,即“导源江

河”以资灌输流畅,如只知活血化瘀通络,必事与愿违。

2.3 湿浊蕴结,芳化醒脾 湿邪弥漫,易阻气机,多见胸部闷痛,阴雨天加重,脘痞纳呆,口粘恶心,头晕沉重,便软不爽,小便浑浊,苔白腻,脉濡缓。脾主运化水湿,祛湿必先醒脾运脾,方用三仁汤加减。药用藿香梗、荷梗、厚朴花、杏仁、白蔻仁、薏米、石菖蒲、枳壳、茯苓、半夏、六一散。湿为阴邪,重浊粘腻,易伤阳气,如中阳不足或热象不显者,宜少佐砂仁、干姜二药,以振奋中阳;如见口苦而粘,口干欲饮,小便黄,苔黄腻而湿热偏重者,加黄连、黄芩、茵陈以清热祛湿,但量不宜大。

2.4 痰浊痹阻,化痰宣痹 痰浊痹阻之胸痹,以胸部窒闷而痛为特点,或胸痛彻背,背痛彻心,心中痞气,胸满咳喘,痰粘不爽,肢体酸楚,沉困乏力,舌淡暗苔白腻,脉沉伏或弦滑,为胸阳阻闭不通所致。故《金匮》治此急以开痹通阳为法,用瓜蒌薤白半夏汤,或枳实薤白桂枝汤。余遇此证常以上方合小陷胸汤进退治之:药用瓜蒌、枳实、半夏、薤白、桂枝、厚朴、茯苓。如心阳虚衰者,加附片、干姜;如痰郁久化热,而成痰热痹阻者,则以黄连温胆汤加味,药如瓜蒌、枳实、黄连、陈皮、胆星、姜夏、菖蒲、郁金、茯苓、竹茹。此为应急之用,治标之举,待病情缓解,疼痛减轻,则上方应减药减量,逐渐加入健脾运中之品,最后应以调补脾胃之药收功,如以香砂六君子汤、加味异功散等,杜痰滋湿生之源,固宗气旺盛之本,中气健运,生化之源不绝,则痰浊湿邪不生。

2.5 寒气上逆,温中散寒 中阳虚衰,阴寒内盛,上逆心胸之胸痹,多发于脾胃阳虚之人,又感外寒。症见卒然心痛如绞,形寒肢冷,甚则冷汗出,短气心悸,或兼见脘腹冷痛,大便稀溏,小便清长,舌淡苔白,脉沉迟。治用附子理中汤加桂枝、良姜、半夏等,以温中散寒、降逆通络而止痛。

《肘后方》云:“寒气客于五脏六腑,因虚发,上冲胸间则胸痹”。说明五脏虚损,寒邪入侵,皆可导致胸痹发生。但其发病亦可按三焦辨证,上焦心肺阳虚寒侵者可引起,下焦肝肾阳衰寒厥者可诱发,中焦脾胃虚寒者亦可造成此症。此类胸痹,临床虽不十分常见,但亦不容忽视,值得进一步验证和研究。

总之,胸痹之病因甚繁,证情各异,正如张璐玉所言:“五脏之滞,皆为心痛”(《张氏医通·诸痛门·心胃痛脘痛》)。故其治应广开思路,不宜固守一端而概以活血化瘀法论治,应从整体观察出发,具体情况具体分析,才能取得较满意的疗效。

以上所述,不过是个人多年临床的点滴体会,从另一个侧面讨论了胸痹的辨治,不当之处,望高明正之。兹举 2 例,以资印证。

例 1 贾某,男,51 岁,工人。1976 年 5 月 29 日初诊。自述 1 年来经常胸闷气短、心悸,阵发性心前区疼痛,纳呆恶心,体倦乏力。经某医院检查,确诊为冠心病、窦性心动过缓(43~56 次/分)、Ⅱ度房室传导阻滞。5 天前症状突然加重,急来我院门诊急诊,经给氧和阿托品后好转。现症:胸闷气短,心悸(55 次/分),头晕,全身倦怠乏力。行走不及百步,恶心,纳呆,每餐仅 100g,口干而粘,不欲饮,舌胖苔白腻,脉沉迟。

证属湿浊中阻,气机不畅,胸阳不展。治宜芳香化浊,行气祛湿。药用藿香梗、荷梗各 6g(后下),杏仁 9g(后下),石菖蒲 12g,郁金 9g,清半夏 9g,云苓 12g,路路通 12g,炒苏子 9g,水煎服 5 剂。6 月 11 日二诊,言服药 9 剂,纳谷见增,每日可进食约 450g,腹满不适得缓,头晕、恶心、胸闷等症均见好转,心率 67 次/分,但仍心悸乏力,口中粘腻,饮食乏味。既见小效,守方不更。6 月 24 日三诊,自述诸症均见好转,饮食每日 500g 以上,胸闷、头晕、恶心基本消失,心率 70 次/分,心电图正常,精神见充,体力增强,已不需人扶持,单独行走,心率 79 次/分,原方再进 5 剂,以巩固疗效。

例 2 赵某,女,47 岁,1986 年 11 月 10 日初诊。胸闷、心悸、阵发性胸部隐痛 2 个月,经西医确诊为冠心病心绞痛、心房纤颤,虽经治疗,但诸症不减。现症:左侧胸部隐痛阵作,日发作 2~3 次,胸闷心悸,气短,周身乏力,腹部胀滞,下午尤甚,纳呆食少,面色萎黄,精神萎靡,头晕,易恐惧,舌暗淡,苔薄白,脉沉细数。证属气血不足,心失所养,治宜健脾益气,养血安神。药用太子参 15g,麦冬 10g,莲肉 12g,山药 15g,炒白术 10g,茯苓 15g,炒枣仁 12g,广木香 9g,枳实 10g,远志 6g,炙甘草 6g,7 剂,水煎服,日 2 次。11 月 19 日复诊,言服药 5 剂后,胸闷心悸气短等症好转,胸痛次数减少,腹胀减,纳食增。精神见振,舌暗淡,苔薄白,脉沉细略数。药已中的,原方再进,上方去枳实,加枳壳 10g,当归 12g,水煎服 7~14 剂。12 月 6 日三诊,自述上方服 14 剂,近 5、6 天来胸痛未作,胸闷、心悸、气短及恐惧感消失,腹胀除,纳食增,精神振作,二便如常,舌淡红苔薄白,脉沉细弱。病已向愈,原方再 7 剂,以巩固疗效。