

名老中医经验

王亚丽教授治疗胸痹经验

何菁玥 王亚丽

(陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046)

摘要:王亚丽教授认为胸痹之病,胸阳不振为本,痰浊阻滞、气滞血瘀为标,当察气血、审阴阳、辨痰瘀,标本兼治。常以仲景之法,治本则补气通阳、开结化浊,治标则明辨痰浊、瘀血等,又虑及胸痹之病多病邪夹杂互搏,故精于合方加减,擅用对药,活用经方力求病皆与方相应,临证运用,疗效颇丰。

关键词:胸痹;王亚丽;临证经验

中图分类号:R256.22 **文献标识码:**A **文章编号:**2096-1340(2017)03-0012-03

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2017.03.005

王亚丽教授系国家第三批全国优秀中医临床人才,师从国医大师张学文教授,从事中医临床、科研、教学工作近30年,学验俱丰,在内科杂病的诊治方面积累了一定的临床经验,笔者有幸跟师侍诊,受益良多,现将其辨治胸痹经验介绍如下。

1 病因审机

《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》中明确提出了胸痹病名,系统地阐述了其病因病机与主症:“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。”《金匱要略心典》释曰:“阳微,阳不足也;阴弦,阴太过也。”^[1]“阳微阴弦”之意在于论脉象言病机。寸口脉沉而细为“阳微”,即为“不及”,乃阳气不足、胸阳不振,是为本虚;尺脉弦紧为“阴弦”,即为“太过”,乃阴寒盛,是为标实,标实可见痰浊、气滞、血瘀、寒凝,既可单独致病,又可相兼夹杂致病,如寒凝气滞、气滞血瘀、水饮内停等。“阳微”与“阴弦”并见,强调正虚与邪实同时存在才会引发胸痹之病。《金匱要略心典》曰:“胸中,阳也,而反痹,则阳不用矣;阳不用,则气之上下不相顺接,前后不能贯通,而喘息、咳唾、胸背痛、短气等证见矣。”^[2]指出胸痹心

痛是由于胸阳不足,下焦阴邪偏盛,痰浊寒饮上乘阳位,搏结心胸,阻塞气机所致。王亚丽教授认为“责其极虚”,指明了虚为胸痹病的根本病机所在。《中医内科学》认为,本病的发生多与寒邪内侵,饮食不当,情志失调,年老体衰等因素有关;其病机有虚实两方面,在本病的形成和发展过程中,大多先实而后致虚,亦有先虚而后致实者^[3]。综上所述,王老认为胸痹的发病是由多种因素综合致病,但究其根本仍为正气亏虚、胸阳不振。其病机总属本虚标实,胸中阳气不振,阴寒之邪痹阻胸阳,寒凝气滞则痹而疼痛。阳气不足,影响心主血脉之功能,久则瘀血内停,不通则痛;气虚不能敷布津液,则痰浊阻滞而出现胸闷气短等症,故察气血、审阴阳、辨痰瘀是胸痹的审证要点。

2 辨证选方

张仲景于《金匱要略》中有云:“胸痹之病,喘息咳唾,关上小紧数,瓜蒌薤白白酒汤主之……胸痹不得卧,心痛彻背者,瓜蒌薤白半夏汤主之……胸痹心中痞,留气结在胸,胸满,胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之,人参汤亦主之。”^[4]可见仲景辨治胸痹是以通阳散结、豁痰下气、标本兼治为法。如《医门法律·痹证》所言:“盖胸中如太空,其阳