

基于“四位一体”理论探讨瓜蒌薤白半夏汤 治疗经皮冠脉介入术后心绞痛

王春宝¹,王丹¹,张龙¹,司国民²

(1.山东中医药大学,山东 济南 250355; 2.山东省立医院,山东 济南 250021)

[摘要] “四位一体”理论提供了一种从性、位、势、证四要素研究经方的新思路。本文先从“四位一体”理论出发,探析瓜蒌薤白半夏汤的性、位、势、证四要素:“方性”为寒温并用,合以辛温,佐以苦寒;“方位”为心胸连及背部;“方势”为散中有泻,以散为主;“方证”为阳微阴弦之胸阳不足、痰阻心脉证。在此基础上,再以“四位一体”理论阐释瓜蒌薤白半夏汤治疗经皮冠脉介入术后心绞痛的原理,并结合1则医案进行讨论分析。

[关键词] “四位一体”理论;瓜蒌薤白半夏汤;经皮冠脉介入术;心绞痛;胸痹;经方

[中图分类号] R256.22

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0033-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.006

Discussion on Gualou Xiebai Banxia Decoction (瓜蒌薤白半夏汤) in Treatment of Angina Pectoris After Percutaneous Coronary Intervention Based on “Four-in-One” Theory

WANG Chunbao¹, WANG Dan¹, ZHANG Long¹, SI Guomin²

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Shandong Provincial Hospital, Jinan 250021, China)

Abstract The “Four-in-One” theory provides a new idea for studying classical formulas from the four elements of property, location, tendency, and syndrome. This article first starts from the “Four-in-One” theory to explore the four elements of Gualou Xiebai Banxia Decoction (瓜蒌薤白半夏汤). “The property of the formula” is a combination of cold and heat, with pungency and warmth as the main factors, assisted by bitterness and cold. “The location of the formula” is the chest and heart, connecting to the back. “The tendency of the formula” is mainly about dispersion, with purging within the dispersion. “The syndrome of the formula” is characterized by insufficient chest yang and phlegm blocking the heart vessels, with slight yang and excessive yin. On this basis, the “Four-in-One” theory is used to explain the mechanism of Gualou Xiebai Banxia Decoction in the treatment of angina pectoris after percutaneous coronary intervention, and a medical case is provided as an example.

Keywords “Four-in-One” theory; Guolou Xiebai Banxia Decoction; percutaneous coronary intervention; angina pectoris; chest impediment; classical formulas

[收稿日期] 2024-04-04

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:81473631);山东省中医药科技发展计划项目(编号:2019-0298);山东省名老中医药专家司国民传承工作室项目(批文号:鲁卫函[2019]92)

[作者简介] 王春宝,2022年级硕士研究生,研究方向:《伤寒论》经方临床应用研究。

[通信作者] 司国民,主任医师,主要从事经方应用规律研究与中西医结合治疗肾病、脑病研究。邮箱:sgm977@126.com。

经皮冠脉介入术(PCI)是冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)确诊后首选的治疗方法之一,可快速改善血管闭塞状况,减少心肌梗死面积,降低主要心血管不良事件发生率,改善患者预后^[1]。但术后易出现冠状动脉微血管功能障碍、心外膜冠状动脉痉挛、支架内再狭窄等问题,30%以上的患者术后会出现心绞痛症状^[2]。目前西医对PCI术后心绞痛尚无较好的解决方法,而中医药在对PCI术后心绞痛的干预方面具有明显优势,可以有效缓解症状,提高患者生活质量。

瓜蒌薤白半夏汤出自《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》,为治疗“胸痹不得卧,心痛彻背”的经方,具有通阳散结、祛痰宽胸之功效。“四位一体”理论是一种研究经方的新思路,其将性、位、势、证作为经方的四要素,从不同视角对经方进行直观、立体的剖析。本文试从“四位一体”理论出发,分析瓜蒌薤白半夏汤的性、位、势、证,并在此基础上探讨瓜蒌薤白半夏汤治疗PCI术后心绞痛的原理。

1 基于“四位一体”理论探析瓜蒌薤白半夏汤

“四位一体”理论中“四位”指经方的性、位、势、证四要素,“一体”指方体。“方体”即经方的整体,涵盖药物组成、煎服方法及服药后将息宜忌等内容^[3]。“方性”是药物的药性以及药物与药物之间的相互作用所呈现的寒、热、温、凉及酸、苦、甘、辛、咸之性;“方位”是药物进入人体之后所作用的部位;“方势”是药物进入人体后所呈现的升降、出入、开合、浮沉、补泻、散敛等作用趋势;“方证”是指经方的主治功效、适应证,甚至是对应的病都囊括其中^[4]。

1.1 瓜蒌薤白半夏汤之体

瓜蒌薤白半夏汤是在瓜蒌薤白白酒汤的基础上加半夏半斤而成,《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》详细记载了其药物组成、用量及煎服方法:“栝蒌实一枚,薤白三两,半夏半斤,白酒一斗,上四味,同煮,取四升,温服一升,日三服。”此处“栝蒌”即瓜蒌,全方组方严谨,煎服有法,临证应用须遵循张仲景古法,方能取得较好疗效。

1.2 瓜蒌薤白半夏汤之性

药物之性决定方剂之性。瓜蒌薤白半夏汤中薤白为君药,《汤液本草》记载薤白“气温,味苦、辛”,

《本草思辨录》云“药之辛温而滑泽者,惟薤白为然”。薤白味辛性温,能通阳散结、行气止痛。药理研究发现,薤白具有多效、多靶点的作用特点,薤白皂苷可抑制血小板活化和聚集^[5]。瓜蒌味甘、微苦,性寒,《名医别录》载其“治胸痹,悦泽人面”。可见瓜蒌在汉代就已被用于治疗胸痹。薤白与瓜蒌二药配伍,化上焦痰浊,散胸中阴寒,宣胸中气机。半夏味辛性平,蠲饮降逆,适用于胸痹而痰浊较甚者,与瓜蒌共为臣药。成无己《伤寒明理论》云:“辛者散也,半夏之辛以散逆气,以除烦呕。”李涛等^[6]发现,瓜蒌与薤白、半夏配伍对心胸部位的疼痛痞满有良好疗效,且配伍大剂量半夏可以增强化痰散结之效。白酒辛温大热,为本方之佐使药,能温胸中之阳气、散胸中之寒凝,《新修本草》云:“酒,味苦、甘、辛,大热,有毒。”全方以薤白为君药,定整方辛温之性;瓜蒌、半夏为臣;白酒佐使,以助辛温之性。故其方性为寒温并用,合以辛温,佐以苦寒。

1.3 瓜蒌薤白半夏汤之位

《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》曰:“胸痹不得卧,心痛彻背者,栝蒌薤白半夏汤主之。”可见张仲景将瓜蒌薤白半夏汤之“位”定在心胸连及背部。

《医宗释疑·胸痛》曰:“胸者……清阳升降之路,稍有阻碍,胸痛生焉。”胸中为清阳升降出入的通道,若遭邪气侵袭便会导致胸痛。《丁甘仁医案续编》云:“胸为清阳之府,如离照当空,不受纤翳。”“胸为清阳之府”指胸居阳位,为人体清轻之阳气聚集之处,以阳为用。胸中内蕴清阳,心主血脉、肺司呼吸均以阳为用,胸阳不足则致全身阳气失用。清阳之位,最忌阴邪来乘,胸中清阳不足则痰饮、寒凝乘袭,表现出胸痛气短甚则不能平卧等症状。《素问·气穴论》曰“背与心相控而痛……背胸邪系阴阳左右,如此其病前后痛涩”,背在后为阳,胸在前为阴,经脉斜系于阴阳左右,因此背部和心胸相互牵引而痛。多项研究发现,针刺背俞穴可改善心功能^[7-8]。《灵枢·背俞》曰“五脏之腧出于背者”,五脏六腑之气皆输注于背俞穴,且因心之俞在背,背者胸之腑也,故心痛彻背。综上可知,瓜蒌薤白半夏汤“方位”主要在心胸连及背部。

1.4 瓜蒌薤白半夏汤之势

《黄帝内经》中对因邪气聚集导致的邪盛实证常用发散法治疗,如《素问·阴阳应象大论》云:“其实者,散而泻之。”宋俊生^[9]认为张仲景对“散而泻之”的应用是通过“散”的方法来求得“泻”的作用,即“散”是“泻”的前提,“泻”是“散”的目的。

瓜蒌薤白半夏汤中薤白、白酒主升主散。《本经疏证》曰:“夫薤味辛性温……故取其辛温以开之,滑泽以行之。”《新修本草》谓薤白“除寒热,去水气,温中,散结,利病人”,说明薤白的温性使其具有通胸中之阳气、散胸中之寒凝的作用。《本草问答》云:“酒由蕴酿,自然流出,得气之化为多,故气盛而升。”白酒具升发之性,可引药至胸肺,同时增强薤白行气通阳之力,方中还需白酒的辛热之性以温通经脉,振奋胸阳。《本草衍义补遗》记载瓜蒌:“味甘性润,甘能补肺,润能降气。”本方即取瓜蒌甘润之性以涤痰通痹、润燥散结。《药性论》云:“(半夏)消痰涎,去胸中痰满,下肺气,除咳。”方中半夏可燥湿化痰、消痞散结,给邪以向下的出路。综观全方,薤白、白酒主升主散,瓜蒌涤痰通痹,半夏化痰消痞,因此“方势”为散中有泻,以散为主。

1.5 瓜蒌薤白半夏汤之证

瓜蒌薤白半夏汤是《金匱要略》中治疗胸痹的三首经典名方之一,《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》通过以脉述机的形式将胸痹病机高度概括为“阳微阴弦”,原文曰:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛。”“阳微”为阳不及,即胸中阳气不足;“阴弦”为阴太过,即阴寒太盛。胸阳不足则温煦力量减弱,导致阴寒之邪客于心脉。因此,胸阳不振、风痰交阻于中为胸痹的关键病机。《素问·生气通天论》云:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明。”故胸阳不足过程中可见阴邪乘虚居于阳位,阻碍清阳正常升降,导致胸痛咳喘、气短乏力等。瓜蒌薤白半夏汤治疗的“胸痹不得卧,心痛彻背”之症,是由于胸阳不足导致痰浊之邪不断上逆,痰浊之邪又进一步阻碍阳气的生成和运行,不通而痛,因而患者出现不能平卧、甚则心痛彻背等症状。综上,“阳微阴弦”是瓜蒌薤白半夏汤证的总病机,瓜蒌薤白半夏汤主治胸阳不足、痰阻心脉之证。

2 基于“四位一体”理论探析瓜蒌薤白半夏汤与PCI术后心绞痛

2.1 PCI术后心绞痛的中医认识

PCI术后心绞痛临床主要表现为膻中及左胸膈部憋闷、隐痛,痛甚者可放射至肩背、前臂部,可因情绪变化、寒冷、劳累等因素诱发,多数患者伴有心悸、气短、自汗等症状。根据临床表现,PCI术后心绞痛归属于中医学胸痹、真心痛等范畴。

中医学对胸痹、心痛有着丰富的理论认识和临床积累。《灵枢·五邪》曰:“邪在心,则病心痛。”东汉张仲景在《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》中提出“胸痹”病名并进行相关论述,认为胸痹的基本病机为胸阳不足、气滞饮阻,并提出以扶阳通阳为主、辅以豁痰利气逐饮的治则治法。隋代巢元方《诸病源候论·咽喉心胸病诸候》记载“胸痹之候,胸中怫悞如满,噎塞不利,习习如痒”,对胸痹的临床症状进行了补充。金元时期,李东垣提出从脾胃论治心痛,《东垣十书》云“若心生凝滞……善治斯疾者,惟在调和脾胃,使心无凝滞”,强调胸痹中气不足的病机特点,提示治疗该病时,既要关注心胸部位阳虚、气机不畅的基本特点,更要抓住胸中阳气不足可能存在的深层原因。明清时期,王燕昌在《王氏医存》中提出“心之隧道被脂膏瘀窄而气不宣畅”,强调痰饮、瘀血等邪气是阻遏胸阳、引发心痛的重要因素。

现代医家从不同角度阐释了PCI术后心绞痛的病机及相关治法。邓铁涛提出“五脏相关学说”,认为PCI术后心绞痛非一脏之病,与五脏失常有关^[10]。史载祥认为PCI术后心绞痛病机大多是大气下陷、血瘀阻络,治疗应补气药与升举药同用,使大气得升而充满胸中,气行则血行^[11]。赵明君基于络病理论认为PCI术后心绞痛病位在心络,病机为络虚血瘀,提出益气通络、活血化瘀的治疗原则^[12]。

2.2 瓜蒌薤白半夏汤治疗PCI术后心绞痛的“四位一体”理论阐释

“四位一体”理论从多角度、多维度对瓜蒌薤白半夏汤进行分析,可更加直观立体地描述本方特性,在此指导下能提高用方靶向性。

根据《经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后胸痛中医诊疗专家共识》^[13],PCI术后心绞痛的病机为“阳微

阴弦”、本虚标实,诊断应以本虚和标实为纲进行辨证分型。何迎春治疗胸痹以“阳微阴弦”为纲,善用温通心脉之品,以扶阳逐邪,使心阳得宣,并加益气健脾之品以助脾运,脾运则痰消,痰消则邪去正安^[14]。在“四位一体”理论阐释下,瓜蒌薤白半夏汤的“方证”为胸阳不足、痰阻心脉证,因此该方适用于PCI术后心绞痛病机属胸阳不振、痰浊壅盛者。PCI术后心绞痛患者多以胸痛、胸闷等胸前区不适为主要症状,《金匮要略广注》云“然胸在上焦,心居膈上,则胸中者,心之所舍也”,胸属上焦,心位于膈肌上方,故胸中是心所居之处。由此来看,PCI术后心绞痛患者主要发病部位在心胸,而瓜蒌薤白半夏汤的“方位”正是在心胸及背部。心为君主之官,血液在脉管中周而复始、循环往复的运行依靠心气的推动和温煦。此外,心阳旺盛,鼓动气血,温煦人体,营养全身。PCI易耗伤心气、损伤血络,术后患者常因心阳不振、浊阴上逆、痰浊壅盛导致胸中猝然而痛,甚则不能平卧。瓜蒌薤白半夏汤用辛温之薤白温通胸阳,苦寒之瓜蒌宽胸理气化痰,辛通之半夏通阳劫饮,辛散之白酒温通经脉,其寒温并用、合以辛温、佐以苦寒的“方性”恰合PCI术后心绞痛胸阳不足、痰热扰胸的病机,且“辛以散邪,佐微苦以泻下”的方势正对应胸阳温煦失常、气血失调及痰浊、气滞等阴邪上犯、壅滞于胸中的病理状态。综上,从“四位一体”理论分析瓜蒌薤白半夏汤,可以发现其性、位、势、证与PCI术后心绞痛在临床症状、病机及治法等方面相契合。

3 病案举例

陈某,女,67岁,2021年12月2日初诊。主诉胸前区疼痛1个月余,运动后加重。患者6个月前因阵发性胸痛、憋闷欲扑经心脏超声等检查诊断为冠心病,并行PCI。现症见:胸前区疼痛,痛引肩背,甚则不能平卧,伴心悸胸闷、乏力、气短、汗出、畏寒肢冷、入睡困难,二便调,舌质暗淡,舌苔白厚腻,脉沉迟不匀。西医诊断:PCI术后心绞痛。中医诊断:胸痹,胸阳不振、痰阻痰闭证。治以温通胸阳、益气豁痰,处方:瓜蒌20g,薤白10g,清半夏9g,丹参20g,太子参15g,桂枝15g,浙贝母15g,炒酸枣仁20g。7剂,日1剂,水煎分早、晚饭后2次口服。

2021年12月9日二诊:患者服药后胸前疼痛缓解,气短、乏力症状减轻,睡眠改善,仍胸闷,上方改薤白15g,加枳实15g。14剂,日1剂,煎服法同前。后电话随访,患者述服药后诸症改善,停药后病情稳定,偶运动后有轻微胸闷,嘱其科学运动,合理膳食,定期复查。

按:患者行PCI后出现胸前区疼痛,根据其临床表现,辨为胸阳不振、痰阻痰闭证。胸前区疼痛、痛引肩背由胸阳不足、浊阴上犯导致,治当通其胸中之阳;心悸、胸闷、气短为胸阳不振导致肺部气机受阻,气滞不行,则喘息不能平卧;阳气不足,寒自内生,阳微失温,则见畏寒肢冷;气阴不足,阴血乏源,神失所养,则见乏力眠差。结合舌脉,方予瓜蒌薤白半夏汤加减以温通胸阳、益气豁痰。方中薤白、桂枝通阳散结行气;瓜蒌开胸散结通痹;清半夏、浙贝母祛痰逐饮,现代药理研究显示,清半夏具有抗焦虑和镇静作用^[15];太子参、炒酸枣仁生津养阴敛汗;丹参入心经,能养血通经络,药理研究发现,丹参具有明显的抗血栓形成、抗动脉粥样硬化作用^[16]。诸药合用,共奏扶正复阳、化痰益气之功。二诊时,阳气不足之象有所减轻,但仍有胸闷症状,提示胸阳不足、气机阻滞,故增薤白药量以加强通阳之力,加枳实破气消积除满,增强通阳散结之力。处方使胸中阳气得复,阴邪自散,气血得运,则胸痛憋闷日减。

4 结束语

经方源自《伤寒杂病论》,组方严谨,用药精炼,层次分明,历经时间的检验。本文基于“四位一体”理论,分析经方瓜蒌薤白半夏汤的性、位、势、证四个核心要素,并对瓜蒌薤白半夏汤治疗PCI术后心绞痛的原理进行讨论,发现此方与PCI术后心绞痛的临床症状、病机及治法契合度高,印证了从“四位一体”理论入手研究经方的可行性,为经方的理论研究及临床应用提供新思路。

[参考文献]

- [1] 任高灿,刘锦,高风,等. 基于“干血”论治PCI术后心绞痛[J]. 中医学报,2023,38(5):953-958.
- [2] IZZO P, MACCHI A, GENNARO L D, et al. Recurrent angina after coronary angioplasty: mechanisms, diagnostic and therapeutic options[J]. Eur Heart J Acute Cardio-

- vasc Care, 2012, 1(2): 158-169.
- [3] 刘倩倩, 牛忠宝, 杨田田, 等. 基于“四位一体”理论探讨柴胡桂枝干姜汤治疗痴呆[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(24): 4599-4601.
- [4] 于金振, 司国民. 基于“四位一体”理论探讨半夏泻心汤治疗血管性痴呆[J]. 山东中医药大学学报, 2023, 47(2): 136-141.
- [5] 冯俊灵, 郭星成, 凌丝丝, 等. 薤白皂苷抗大鼠血小板活化及聚集的蛋白质组学研究[J]. 广东医学, 2018, 39(1): 63-67.
- [6] 李涛, 曲夷. 经方中栝楼实和栝楼根应用规律探析[J]. 山东中医药大学学报, 2021, 45(4): 505-510.
- [7] 于子璇, 陈伶俐, 李金香, 等. 基于数据挖掘探究针灸治疗冠心病血瘀证的选穴与配伍规律[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(5): 714-719.
- [8] 梁睿智, 刘运珠. 近10年针灸治疗冠心病选穴规律探讨[J]. 中国针灸, 2016, 36(4): 443-447.
- [9] 宋俊生. “其实者散而泻之”在《伤寒论》中的应用[J]. 辽宁中医杂志, 1994, 21(8): 348-349.
- [10] 盛小刚, 石洪, 陈秋雄, 等. 邓老冠心胶囊改善冠心病介入术后患者生活质量的临床研究[J]. 新中医, 2009, 41(10): 40-42.
- [11] 张展林, 尹鑫, 郭力恒. 史载祥教授辨治介入术后心绞痛气陷血瘀证临床经验[J]. 南京中医药大学学报, 2019, 35(2): 221-222.
- [12] 李舒钰, 赵明君. 赵明君教授基于络病理论治疗PCI术后心绞痛经验[J]. 中西医结合研究, 2022, 14(5): 341-343, 347.
- [13] 王显. 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后胸痛中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2014, 55(13): 1167-1170.
- [14] 朱微珍, 何迎春. 基于“阳微阴弦”治疗胸痹体会[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(11): 805-806.
- [15] 方媚媚, 林思思, 袁拯忠. 不同半夏炮制品对小鼠镇静作用的比较[J]. 医学研究杂志, 2016, 45(2): 71-75.
- [16] 毛美玲, 谢丽钰, 罗文宽, 等. 丹参及其有效成分对心血管系统的药理机制研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(7): 120-124.

(上接第27页)

- [8] SMEYNE R J, NOYCE A J, BYRNE M, et al. Infection and risk of Parkinson's disease[J]. J Parkinsons Dis, 2021, 11(1): 31-43.
- [9] ZHAO Y W, QIN L X, PAN H X, et al. The role of genetics in Parkinson's disease: a large cohort study in Chinese mainland population[J]. Brain, 2020, 143(7): 2220-2234.
- [10] 段青蕊, 高玉元, 聂坤, 等. α -突触核蛋白异常聚集与传播在帕金森病发生发展中的作用及机制[J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(3): 254-259.
- [11] 鲍晓东. 帕金森病治疗心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 40.
- [12] 张芸, 丁昊鹏, 丁涛, 等. 从“风寒湿”论治早期帕金森病的思路探析[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(6): 1057-1061.
- [13] 郑洪新, 杨柱. 中医基础理论[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 172-174.
- [14] 雒晓东, 李哲, 朱美玲, 等. 帕金森病(颤拘病)中医临床诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2021, 62(23): 2109-2116.
- [15] 雒晓东. 伤寒论六经气化学说十四讲[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 86-99.
- [16] 柯琴. 伤寒来苏集[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2010: 188-189.
- [17] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组, 中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍病专业委员会. 帕金森病前驱期诊断研究标准中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2019, 38(8): 825-831.
- [18] HAWKES C H, DEL TREDICI K, BRAAK H. A timeline for Parkinson's disease[J]. Parkinsonism Relat Disord, 2010, 16(2): 79-84.
- [19] POSTUMA R B, LANG A E, GAGNON J F, et al. How does Parkinsonism start? Prodromal Parkinsonism motor changes in idiopathic REM sleep behaviour disorder[J]. Brain, 2012, 135(Pt 6): 1860-1870.
- [20] 姜林秀, 田玉玲. 前驱期帕金森病临床表现概述[J]. 中风与神经疾病杂志, 2022, 39(5): 476-480.
- [21] 上海市中医药学会神经科分会. 中西医结合治疗早期帕金森病专家共识(2021)[J]. 上海中医药杂志, 2022, 56(1): 1-6.
- [22] 邱朝阳, 霍青. 基于“脾藏神”论治帕金森轻度认知障碍[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(3): 656-658.
- [23] 周志成, 李哲, 刘梓言, 等. 从“三阴病”角度分期辨治帕金森病[J]. 中医杂志, 2023, 64(2): 189-192.