

浅析梅国强教授活用小陷胸汤治疗心肺胃疾患的临床思路

Analysis of Professor Mei Guoqiang's Clinical Thinking on Treating Cardiopulmonary and Stomach Diseases with Xiaoxianxiong Decoction

杨东方 朱文钊

Dongfang Yang Wenzhao Zhu

咸宁麻塘中医医院 中国·湖北 咸宁 437000

Xianning Matang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xianning, Hubei, 437000, China

摘要: 小陷胸汤源于医圣张仲景《伤寒论》，方药组成为：黄连（一两），半夏（半升，洗），栝蒌实（大者，一枚）。梅国强教授善于将经方与经方、经方与时方合用，扩大经方在临床中的运用范围，治疗过程中注重药物的四气五味、归经，通过精妙的配伍，阴阳并调，往往能够直达病所，驱邪外出，效若桴鼓。论文就梅教授常用的“小陷胸汤”加减治疗临床心、肺、胃系疾患的临床思路加以浅析。

Abstract: Xiao Xianxiong Decoction is derived from *Treatise on Febrile Diseases* by the medical sage Zhang Zhongjing. The prescription consists of: *Coptis chinensis* (one or two), *Pinellia ternata* (half a liter, wash), and *Guiloushi* (the larger one, one piece). Professor Mei Guoqiang is good at combining classic prescriptions with classic prescriptions, classic prescriptions with current prescriptions, expanding the scope of clinical application of classic prescriptions, paying attention to the four qi and five flavors and returning to the meridian of the medicine during the treatment process, and through the exquisite compatibility, yin and yang can be adjusted simultaneously. Can often go directly to the sick place, exorcise evil spirits and go out, the effect is like a drum. This paper analyzes the clinical thinking of “Xiaoxianxiong Decoction” commonly used by Professor Mei to treat clinical heart, lung, and gastric diseases.

关键词: 痰热互结；小陷胸汤；心肺胃疾患

Keywords: phlegm and heat; Xiaoxianxiong Decoction; heart, lung and stomach disease

DOI: 10.12346/pmr.v4i2.6097

1 引言

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第138条：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”^[1]本条属太阳病辨证，多由外邪入里化热，与痰饮结于胸下而成。在内伤杂病中，或因中焦素有痰饮，积渐化热而成。其症心下（胃脘）不适，乃胃气因痰热阻滞使然。医者若切诊心下，觉其饱满，肌张力略强，而患者有痛感，是为拒按。脉浮主热、滑主痰饮。治以清热化痰散结，小陷胸汤主之。其方由黄连一两，半夏半升（洗），栝蒌实大者一枚组成。其中栝蒌实甘寒滑润，清热涤痰散结，通胸膈之痹，为主药；黄连苦寒，以清泄内热，除心下之痞，为臣药；半夏辛温，降逆消痞，

除心下之结，为佐使药。且半夏与黄连配用，一辛一苦，辛开苦降，又得栝蒌实，可清热涤痰，更增加散结开痞之功效。本方三味中药，配伍恰当，相辅相成，共成辛开苦降之方。诚乃清热涤痰，宽胸散结之良剂，为治痰热互结心下证的常用方剂。

其一，按赵刻本《伤寒论》，小结胸病紧承大结胸病之后，有比较辨别之意。大结胸病有“膈内拒痛”，“心下因硬”，甚者“从心下至少腹硬满而痛”，说明水热结实于胸膈之病，可波及膈下，而出现腹部症状。小结胸病虽曰正在心下，按之则痛，然则亦可波及膈上，而见胸膈症状，如胸闷、胸痛之类，而原文未及者，显然寓于“结胸”二字之中。大陷胸汤以大黄、芒硝、甘遂峻逐胸膈（腹部）之水热结实。

【作者简介】杨东方（1986-），男，中国湖北随州人，本科，主治医师，从事中西医结合研究。

小陷胸汤以半夏、黄连、栝蒌实清化心下（胸膈）之痰热。二者所治病情不同，而病位无异，是方意寓于“陷胸”二字之中。如此理解，则本条以“结胸”名证，“陷胸”名方，始可顺理成章。

其二，胸腔之于腹腔，仅由较薄之横膈区分，十二经脉，俱从横膈上下，而络属脏腑，更兼痰热变动不居，故其病症，常可相互影响。

梅国强教授从上述认识出发，运用小陷胸汤治疗痰热中阻之多种胃病，如多种慢性胃炎、胃或十二指肠球部溃疡等；痰热阻肺之多种肺系疾患，如急慢性支气管炎、肺炎、“慢阻肺”等；痰热瘀血互结之多种心脏病，如冠心病、肺心病、扩张型心肌病等，均取得满意疗效。

2 食管炎慢性非萎缩性胃炎伴糜烂

姚某，女，58岁，2016年3月16日初诊。胃脘痞塞，时有隐痛，胸骨后胀闷不适，反酸，嗝气，纳差，睡眠不安，背冷，二便正常，脉缓，舌苔白厚，质鲜红。此为痰热互结，治以清热化痰，理气止痛，拟小陷胸汤加味：法半夏10g，全瓜蒌10g，黄连10g，枳实25g，吴茱萸6g，乌贼骨15g，玄胡15g，郁金10g，炒川楝子10g，片姜黄10g，莱菔子15g，当归10g，川芎10g，7剂。其后1~2周来诊一次，原方略有加减，如反酸较重时，加煅瓦楞子。胃脘胀痛明显时，加厚朴、甘松。至5月11日为第五诊：已服上方49剂，症状不明显，饮食增加，精神好转，二便正常，脉缓，舌苔白而略厚，质偏红。拟丸剂以巩固疗效。处方：法半夏200g，全瓜蒌200g，黄连200g，枳实400g，吴茱萸150g，乌贼骨250g，玄胡300g，郁金200g，炒川楝子200g，片姜黄200g，莱菔子200g，当归200g，川芎200g，甘松200g，厚朴300g，一剂，水泛丸，每日三次，每次10g。

按：胃脘痞塞，隐痛，反酸，嗝气，无论属寒属热，皆可有的。而此例舌苔白厚，质鲜红，显然为痰热之征。《素问·至真要大论》曰：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”。“诸逆上冲，皆属于火”，此论与上述舌象相符。梅教授于《自拟四土汤临证思辨录》中，分析湿（痰）热之舌质绛或鲜红，在杂病范畴中，属湿（痰）热损伤血络随所伤部位不同，则出现不同病症，所述较详，可以互参。食管主要位于胸部，因痰热中阻，胃气上逆，嗝气反酸，对食管产生刺激，故胸骨后胀闷。胃不和则卧不安。背冷似乎难解，然而痰热中阻，则阳气难通，而督脉统督诸阳，故部分患者可出现背冷现象。换言之，内有痰热，外有假寒。因而予小陷胸汤加味，并取得突出效果。若心胸闷痛者，加柴胡、桔梗、郁金、赤芍等以行气活血止痛；咳痰粘稠难咯者，可减半夏用量，加胆南星、杏仁、贝母等以清润化痰。

3 慢性阻塞性肺病（COPD）胸膜腔积液

邓某，男，78岁，2014年2月12日初诊。患者因胸

闷、胸痛，咳嗽而住院治疗，于2013年11月23日好转出院，出院诊断：右侧胸腔积液、结核性胸膜炎可能性大；COPD；心功能不全；肾功能异常；轻度贫血。1月27日化验报告：尿素氮9.4mmol/L，尿酸639.7umol/L。有冠心病史。来诊时咳嗽，少许白泡沫痰，胸闷，胸痛，活动则微喘，饮食尚可，下肢轻度浮肿，精神不振，夜尿三次，大便干结，依赖通便药排便，脉弦数，舌苔黄厚，质绛而胖。综合分析其胸闷、胸痛、咳喘、水肿、脉象、舌象，应是悬饮日久，积渐化热，以致痰热互结，阻碍肺气，肺失清肃，难以通调水道，以致膀胱与肾之气化功能失职；痰热瘀血互结，痹阻心脉。凡此种种，根源俱在“痰热”之中。法宜清热解毒，化痰散结，活血利水，拟小陷胸汤加味：法半夏10g，全瓜蒌10g，黄连10g，枳实20g，浙贝15g，桔梗10g，百部10g，前胡10g，紫菀10g，款冬花10g，白英20g，败酱草20g，半枝莲30g，蛇舌草30g，当归10g，川芎10g，地鳖虫10g，金钱草30g，海金沙15g，益母草30g，7剂。2月28日复诊：胸闷胸痛消失，不咳，嗽少许白色泡沫痰，下肢浮肿减轻，大便干结，脉缓，舌苔淡黄而厚，质绛而胖。初见疗效，不便更方，又予上方14剂。4月18日第三诊：夜间有胸闷感，不咳，嗽少许黄痰，不喘，精神好转，下肢浮肿消失，大便干结，可下床活动，脉缓，舌苔淡黄略厚，质绛而胖（4月14日复查胸部彩超：胸腔积液消失，未见明显液性暗区。复查肝肾功能：未见异常）。是痰热之大势已去，而根蒂尚在，又予原方加火麻仁15g，21剂。同年10月17日第四诊：知前述病情未发，仅因冠心病胸闷气短而来，按胸痹治疗，略而不论。

按：患者病情复杂，据检查所见，结合目前病情分析，当以咳嗽、悬饮为主，兼胸痹、水肿等病。《伤寒论》第152条：“太阳中风，下利呕逆，表解者，乃可攻之。其人𦵑𦵑汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之。”^[3]以此对照患者，虽属悬饮，但不典型，兼症亦多，故不可用十枣汤峻逐之，此其一也。耄耋之年，龙钟之体，集几种重病于一身，亦不可峻逐水饮，此其二也。综合上述分析，予小陷胸汤加味，患者坚持服药，诸症悉轻。若热毒壅盛者，可加金银花、玄参、当归、野菊花等，可加强清热解毒、活血止痛之效。

4 阵发性心房纤维颤动

李某，男，52岁，2016年3月4日初诊。阵发心悸约2月，刻下每日发作1~2次，持续2~4小时，活动后胸闷气短，左腋下隐痛，颈项强痛，饮食一般，二便正常，脉结代，舌苔白厚，质绛而胖。心电图提示：心房纤维颤动。有高血压病、高脂血症、2型糖尿病史。此例有高血压、糖尿病、高脂血症史，又见舌苔白厚，质绛等，显然为痰热阻滞。其人心悸，胸闷，气短，左腋下隐痛，乃痰热阻于心胸之证据。颈项强

痛，为痰热上犯，经脉不利，之于脉结代，仍为痰热阻滞，血脉不畅，是实证而见阴脉。法宜清热化痰散结，活血通络，拟小陷胸汤加味：法半夏 10g，全瓜蒌 10g，黄连 10g，枳实 20g，石菖蒲 10g，远志 10g，郁金 10g，当归 10g，川芎 10g，地鳖虫 10g，红花 10g，苦参 25g，煅牡蛎 25g，泽泻 10g，忍冬藤 30g。加减法：头昏时，加钩藤。腹胀便溏时，加广木香、砂仁、肉豆蔻。心悸重时，加野菊花。至 7 月 1 日为第八诊，已服药 91 剂，房颤偶发，约 15 分钟自行缓解，又给前方 14 剂。治疗约 4 个月，已初见成效，其后未来门诊。

按：在分析病案之前，有必要对脉结代，结合临床加以阐释，免生误解。夫脉来缓中一止，旋止旋还，止无定数，谓之结脉；缓中一止，略久方至，止有定数，谓之代脉。此二脉可见于多种心律失常患者，其中有慢速房颤者，脉来缓中一止，于止无定数中，或见几次止有定数者，故常结代并称。《伤寒论》第 177 条：“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之”。第 178 条指出，脉结代属“阴”。

从整体症候中，如何认识此“阴”脉？梅教授从以下两方面加以讨论，其一，以寒热而论阴阳，则寒证属阴，热证属阳。诸多虚寒证，如少阴阳虚，阴寒内盛，或寒饮凌心之类，君火无所主，而见脉结代者，乃寒证见“阴”脉，则四逆、真武类方，可酌情选用。热证而有脉搏停跳者，多为促脉，不在此类。而热邪与有形之邪（痰饮、瘀血等）互结，阻滞血脉者，仍可见结代之脉，是热证而见“阴”脉，故须舍脉从证。

其二，以虚实而论阴阳，则实证属阳，虚证属阴。实证

而脉来中止者，仍以促脉为多。然则临床所见，实证亦有结代之脉，是实证而见阴脉，亦须舍脉从证。虚证而脉结代者，是阴证而见阴脉，炙甘草汤证即为实例，乃心阴心阳两虚所致。否则但见“脉结代，心动悸”，不问病因病机如何，而皆用炙甘草汤，非仲景意也。

叶天士《外感温热篇》云：“舌淡红而无色，或干而色不荣者，当是胃津伤而气无化液也，当用炙甘草汤，不可用寒凉药”。此论虽非针对心动悸，脉结代而发，然则可作为使用炙甘草汤之重要补充。更有吴鞠通《温病条辨》所载加减复脉诸方，乃创造性化裁炙甘草汤，可酌情用于阴伤有热之心动悸，脉结代。以上仅就大要言之，更须参酌各家学说，方无遗珠之憾。

5 结语

梅教授临床运用小陷胸汤治疗多种肺胃疾病时，充分遵循中医辨证论治原则，认为外邪入里化热，与痰饮结于胸下，或者中焦素有痰饮，积渐化热而成，上述三种疾病，均是辨证为“痰热互结”的情况下，才予小陷胸汤化裁，并且均取得满意疗效。

参考文献

- [1] 杨倩宇.小陷胸汤临床应用体会[J].中医研究,2003,16(4):13.
- [2] 武青庭,马星雨,谢雪姣.小陷胸汤临床应用研究近况[J].湖南中医杂志,2020,36(6):169.
- [3] 王宇华.《伤寒论》水饮治法初探[J].中医函授通讯,1984(8):2.