

中医教学

对《金匱·胸痹篇》的讲述与临床运用

赵锡武讲解 张问渠整理



赵老生前讲解时情况

著名老中医赵锡武教授，行医五十余年，善用经方治病，尤对《金匱要略》有独特的见解，在实践中有所发挥。曾对此书“胸痹心痛气短病脉症治”篇的全文加以注释，并提出

相应的治则，指导冠心病的治疗取得一定效果。现将赵锡武老大夫生前对本篇的逐条释义与临床印证整理如下，以供教学参考。

(一)

原文 师曰：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。

讲解 《金匱》此条最关重要，是胸痹心痛之总纲，言畅意晰，字少义深，当细细玩味，张仲景只以“阳微阴弦”四字，将全篇理论观点高度概括。“所以然者”以下数句，是说明病之本质在于“极虚”，并指出上焦阳微之虚，造成脉络阴弦之实，反能影响阳微之虚，不但血不足为阳微之果，且为阴弦之因。这是对本病整个的认识。

病太过或不及，说明二种病：“阳微”即正气虚，“阴弦”指邪气实；“阳微”为心阳不足，“阴弦”为不通、主痛。原因为何？责其极虚之故。盖“虚”不是一般虚，为“极虚”，上焦为心，如《素问·六节藏象论》说：“心者生之本，神之

变也，其华在面，其充在血脉，为阳中之太阳”，其会于胸中，所以阳虚为心阳虚。为什么会痛？其“阴弦”的缘故（有形为阴），阳虚受阴之袭。“阴弦”为寒，所以阳虚阴乘之，指出胸痹心痛主要是虚，为阳微阴弦；如阳不微，则阴邪就不能乘之，也不会导致胸痹心痛。

由此可见，“阳微阴弦”，是本篇的总纲。它说明胸痹的病理机转，其中主要是心阳虚；由于虚导致实，即所谓因虚致实。

原文 平人，无寒热，短气不足以息者，实也。

讲解 “平人”指平时既无宿疾，又无寒热新邪的人；突然“短气不足以息”（短气为气不通，气短为气不够用，二者有所区别），说明必是实证。“实”，主要指肺部有所阻塞，或痰或饮产生短气，导致呼吸不畅。诸如胃食过饱，气亦短；有瘀血，亦可导致“短气不足以息”。总之，说明是里实证。究竟哪里有“实”？应再推求其原因（指在肺，在胃，还是郁血等），并从病因推测其病机。因痰饮壅肺，则病在肺出现短气；饮食过度，胃部壅塞，同样可致气短；瘀血脉络，亦可短气；故临诊应详辨。

原文 胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数，栝蒌薤白白酒汤主之。

讲解 “胸痹之病”，其症状喘息咳唾，胸背痛短气，寸口脉沉而迟。

据临床所见，“喘息咳唾”同时出现者不多，可能为合并症（如肺气肿、气管炎、严重类似心肌梗塞左心衰）；再者仅喘息咳唾，也不能成为“胸痹”，必须“胸背痛，短气”，以脉证实其证。“寸口脉沉而迟”，沉主阴、属里，迟

主寒,所以寸口此脉,亦说明上焦阳虚。“关上小紧数”为阴邪,紧为弦之类,小为不足,数为假象(所谓客热不能消谷)。鉴于可出现两个可能,其一寸口脉沉而迟,其二关上小紧数,前者为阳虚,后者为阴盛,故两者应鉴别。

本方治则通阳宣痹,和胃降逆,方为栝蒌薤白白酒汤。白酒,为白截酒,即米醋之第一淋色白味甘而未酸者。此为胸痹心痛主方,兼证加药,故后列九方,不能离开本方。

原文 胸痹不得卧,心痛彻背者,栝蒌薤白半夏汤主之。

讲解 “胸痹不得卧”,即不能平卧,并影响至胃。胃主纳,胃以下行为顺,当胃气不降,则胃不和、卧不安。

“心痛彻背者”,为胃气影响心,心影响背。盖胃气不和,则心气阻塞;阳明经循行于背,故心痛彻背。治则以栝蒌薤白为主方,加半夏以和胃降逆。

病例一:李×,女性,57岁,干部。冠心病心绞痛5~6年,心前区疼痛每日2~3次,伴胸闷气短,心中痞塞,疲乏,脉弦细,苔白质淡边齿痕。此系胸痹之病,乃心阳虚,胃不和遂致气机不畅,血脉痹阻,拟通阳宣痹,心胃同治,仿栝蒌薤白半夏汤合橘枳姜汤化裁:

处方:栝蒌30克,薤白12克,半夏15克,枳壳10克,橘皮15克,生姜6克,党参30克,生黄芪30克,桂枝12克,香附12克。服上方2月余后,心前区痛偶见,胸闷气憋减轻,脉弦细,苔薄。心电图TV₄₋₆由倒置转低平,或双向,ST₄₋₆由下降0.1mv转前回升0.05mv。

按:本例胸痹,疲乏,脉弦细,以心阳虚为本;心中痞塞,心痛,为水气痰饮致实。采用心胃同治,宜栝蒌薤白汤为主方,加黄芪、党参补益心气,配桂枝以鼓振心阳,惟增香附一味,以气为血帅,气行则血行,疏通血脉。兼有胃气不和,则佐以橘枳姜汤。综上观之,以通阳宣痹一法为主,佐以和胃、益气等法,说明以一方为主,几法可并用。

病例二:王××,女性,50岁,干部。心前区疼痛已8年余,数月来加重,每日疼痛发作5次,含硝酸甘油才能缓解。有胸闷、怕冷、心悸、四肢欠温、

疲乏无力、腿肿腰酸、胸痛彻背等症,心电图示慢性冠状动脉供血不足。脉沉迟,苔薄白。乃心阳虚,病久肾亦虚,拟温通心阳,佐以培补肝肾法。

处方:栝蒌30克,薤白15克,半夏15克,桂枝12克,生姜12克,赤芍15克,当归12克,党参30克,菟丝子30克,补骨脂20克。服上方3个月,心绞痛基本消失,精神转佳,四肢转暖,胸闷气短减轻,腿肿消失。脉弦细,苔薄。心电图T₁₋₃ avF较前增高,TV₃倒置转双向,TV₄₋₆由倒置转直立,STV₄₋₆回升到基线。

按:本例为心阳虚之胸痹,说明一脏有病可影响他脏,心病久后,累及肾脏。鉴于肾主水,为封藏之本,受五脏六腑之精藏之,而复回于四脏,心影响肾,故出现肾虚之症,如怕冷、腰酸、腿肿等。治当以栝蒌、薤白、半夏通阳宣痹,以桂枝振动阳气,配合生姜逐寒,佐以菟丝子、补骨脂调节阴阳培补元气;如阳虚甚者,可加附子、肉桂温阳之品;如腿肿甚者可加车前、茅根利水。

原文 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。

讲解 本条为一虚一实。“心中痞气”,为心下痞的互辞。胸中苦满,逆抢心,其发病前由下而上,类似奔豚,这是实证,应用枳实薤白桂枝汤;虚证则用人参汤,即理中汤。两者以脉证区分:前者为腹胀,大便不畅,苔厚或腻,脉有力;后者为大便溏,舌质淡,脉象无力。枳实薤白桂枝汤用于实多虚少,祛邪而扶正。人参汤则用于虚多实少,扶正而祛邪。

本条以“心中痞气”、“胁下逆抢心”为辨证要点,又有虚实之别。枳实薤白桂枝汤是治“逆抢心”。其“胸满”,说明气结在胸,由胁下而来,为此治“逆抢心”(类似脐下急,欲作奔豚为冲逆)而用之。其中枳实、厚朴辛开苦降,治气结,薤白、栝蒌为胸痹主药,桂枝平冲逆。人参汤则治“心中痞气”,亦即心下痞,有温中散寒之功。

原文 胸痹,胸中气塞、短气,茯苓杏仁甘草汤主之,橘枳姜汤亦主之。

讲解 “气塞”而“短气”,一为正虚,一为

邪实。病在肺，用茯苓杏仁甘草汤，宣肺行水理气；病在胃，用橘皮枳实生姜汤，辛开苦降，和胃降逆。

原文 胸痹缓急者，薤苡附子散主之。

讲解 本条要点在“急”这个字，缓则不会病。“缓”是个治法，而“急”是病态，急者则痛，而使其急缓焉，故以薤苡附子散治之。《素问·生气通天论》云：“阳气者，精则养神，柔则养筋”。而心筋痉挛则作痛，痉挛之因，由于阳虚，阳虚则寒，寒则痉挛。因此以附子散寒为主，佐以薤仁缓急。

原文 心中痞，诸逆心悬痛，桂枝生姜枳实汤主之。

讲解 本条重点在“诸逆”二字，而“逆”极为重要。逆为反常，气血循行本应有规律，所谓“转而不迥”，反之则病。

心悬痛，为病人自觉提心吊胆。心中阳虚故痞闷堵塞，导致心气不能正常运行，所以迥而不转。《素问·阴阳应象大论》谈到“清阳为天，浊阴为地；地气上为云，天气下为雨；雨出地气，云出天气”为阴阳升降的规律。又说“阴胜则阳病，阳胜则阴病”。可知阴阳失调则痞而不通，痞而不通又可产生悬痛。

“诸逆”，为多种原因致逆。如气、水、痰饮等等，皆能致逆，而产生心中痞，心悬痛。故以桂枝生姜枳实汤主之。本方桂枝、生姜、枳实三味，即为行气降逆，使其心气循行恢复正常而设。

原文 心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之。

讲解 本条清代尤在泾《金匱心典》引沈氏解释：其一，邪感心包，气应外俞，则“心痛彻背”；其二，寒袭背俞，气从内走，则“背痛彻心”。所以用乌、附、椒、姜等温阳药，“同力协济，以振阳气而逐阴邪，取赤石脂者，所以安心气也”。

近代谭次仲所著《伤寒论识》认为：本条心痛彻背、背痛彻心，是指十二指肠溃疡，故痛放射在背。他以方中赤石脂一味推敲其病，并认为其赤石脂“以安心气”之说为不妥。谭氏之

推论，虽有一定道理，但颇有牵强附会之处。验之临床，冠心病心痛彻背、背痛彻心，用本方亦有效，故志之以备参考。

至于本篇附方：九痛丸所治九种心痛，一般指一虫、二注、三风、四悸、五食、六饮、七冷、八热、九去来痛是也。临床配制本方作为备急用也可获效。如夜间心绞痛突然发作，或胃痛急性发作等均可应急。有温阳、散寒、定痛的功用。

(二)

综上所述，胸痹虽有虚实之分，而仲景以“阳微阴弦”，也即“责其极虚也”，一针见血地指出本病以虚居多。虚表现为心阳虚出现胸中气塞而短气，脉见阳微或沉迟；实为气滞、痰饮内阻，水邪不化所致，表现为胸痹而痛，脉阴弦、关上小紧。如水气、痰，瘀结在胸，则胸满、肋下逆抢心，故产生喘息咳唾，胸背痛、短气或胸痹不得卧，心痛彻背；或胸中气塞，或诸逆心悬痛，或心痛彻背、背痛彻心等出现胃、心、肺、肝、肾等脏器病变。所谓实，多为胃、心、肝等病变；而胸痹的本质为虚。正因为胸痹乃本虚标实，以虚致实，故治则应以补为主，以补为通，通补兼施，补而不壅塞，通而不损正气。通过医疗实践，曾提出以下几种治法。

一、通阳宣痹法：胸痹心阳不宣是由于血脉痹滞，通阳可以宣痹，宣痹也可以通阳，故选方可以栝蒌薤白半夏汤、栝蒌薤白白酒汤为主方。若脏冷者并用枳实薤白桂枝汤；若阳虚痛甚，“心痛彻背、背痛彻心”，可并用乌头赤石脂丸；若伴有失眠可佐酸枣仁汤；若兼有“脏躁”及百合病表现，可合用百合知母汤、百合地黄汤。

二、心胃同治法：中医认为“脉以胃气为本”，“胃为水谷之海”。心与胃相互依赖，互为影响。胸痹胸中气塞短气证偏于实者，可用橘皮枳实生姜汤加味；证偏于虚者以人参汤加味；兼有食后腹胀满者，可合用厚朴生姜甘草半夏汤加味；下利呕逆者合用吴茱萸汤。

三、补气养血法：“血者气之体，气者血之用”。胸痹脉虚，病久正气虚衰者可合用当归补血汤加味；若脉有间歇、气短、心悸可并用当归芍药散；心脉数亦可用生脉散合栝蒌薤白半夏之主方；若脉结代胸痹者可合炙甘草汤加味。

四、扶阳抑阴法：“阴消则阳长，阳消则阴长”，胸痹心阳虚微，可用薤苡附子散；四肢厥逆、脉微可加用四逆汤；阳虚畏冷者加用附子汤；寒甚者加桂枝、细辛温通心阳，鼓舞阳气。

五、活血行水法：出现浮肿者，多为滞寒瘀积，可合用当归芍药散，也可加用郁金、参苏饮；若心衰所致浮肿可以真武汤合治水之

法；如有胸痹心痛可合用栝蒌薤白半夏汤。

六、补肾养肝法：乙癸同源，肝肾互用。病见脉弦细无力，胸闷头晕、耳鸣、腰酸、腿软、少寐、血压高者，可以栝蒌薤白半夏汤合杞菊地黄汤加杜仲、生石决明等镇肝之品；如肾阳衰微，表现畏寒肢冷、脉微，可用附桂八味丸加鹿角胶、巴戟、仙茅等滋补肾阳为法。如胸痹兼有头昏、脉弦、阴虚阳浮、血压高者，宜用栝蒌薤白半夏汤合天麻钩藤饮加味，以通阳宣痹，滋阴平肝为法。总之，应该根据证候不同进行施治。

鉴于胸痹心痛之证，由于脏腑阴阳、气血失调引起并发各证，所以均可采用以上一种治则，或几种治则并用。

通络祛瘀法治疗角膜内皮血染症2例

北京中医学院 齐 强

角膜内皮血染症，是临床中并非罕见的一种外伤性眼征，多由于眼部受外物伤害，造成前房出血，有碍视力。笔者近年来运用通络祛瘀法治疗数例，均获较为满意的效果，现介绍2例，供同道参考。

例一：贾××，男，13岁。门诊病志号：04125。

1978年3月5日，被弹弓打伤右眼，经当地医院给予一般处理后转某院眼科就诊，经检查诊断为右眼钝挫伤、前房出血等，收入院治疗40天。当年6月7日来诊求治。

视力：右眼手动/眼前；左眼1.5。右眼指压 T^{-1} ，睑裂较健眼变小，眼睑、结膜无异常，黑眼珠外观呈黄色。裂隙灯下所见：角膜表面光滑，角膜内皮呈黄褐色，前房瞳孔下方有条状机化灶，后部组织窥视不清。诊断：外伤性角膜内皮血染症（右眼）。拟用通络祛瘀法治之。处方：

当归12克，赤芍12克，桃仁9克，红花9克，丹参9克，青箱子12克，菊花12克，三棱6克，莪术6克，苏木15克，昆布9克，元参6克。水煎服。

以上述方药辨证加减，共服药124剂后，角膜内皮血染完全吸收，角膜呈现透明，瞳孔清晰可见，虹膜靠内眦周边水平方位，有一条索状白色机化灶。眼底：黄斑区有陈旧性病灶，视力提高为0.4，余皆尚好。

例二：于××，男，6岁。门诊病志号：05016。

左眼被铁丝刺伤，治疗4个月左右症状基本稳定，但视力未见恢复，于1979年8月17日来我处求治。

视力：右眼1.5；左眼手动/眼前。左眼指压 T^{-1} ，眼球轻微萎缩，结角膜周边下方约5点处，有一条状斑痕。裂隙灯下所见：角膜表面光滑，角膜内皮呈黄褐色，瞳孔看不清，内眼查不及。右眼未见异常。诊断：左眼外伤性角膜皮血染症。拟用通络祛瘀法观察治疗。处方：

当归9克，赤芍6克，桃仁6克，红花6克，连翘6克，丹皮6克，苏木15克，菊花6克，青箱子9克，昆布6克。水煎服。

经用上方加减，共服药34剂后伤眼视力提高到0.1，角膜内皮血染绝大部分吸收。瞳孔显示不整圆，晶体前囊靠鼻下方轻度混浊。眼底正常。嘱其日后间断服上方加减治疗，以巩固疗效。

按：角膜内皮血染症，乃为瘀血之征，系由外伤脉络，瘀血停滞而为患。以上二案，均采用通络祛瘀法而获效。选用当归生新祛瘀，桃红活血行瘀，赤芍、丹参破血通经，苏木行积血，青箱子、菊花明目散瘀，三棱、莪术破血行经，昆布、元参化坚散结，从而达到通经活血，祛瘀生新，促进瘀血吸收目的。