

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.18.020

百 家 园

开阖枢理论在《金匱要略》胸痹病治疗中的运用

吴毅锋, 郑峰*

(福建中医药大学附属人民医院, 福建省福州市台江区八一七中路 602 号, 350004)

摘要 开阖枢理论源自《黄帝内经》中的三阴三阳气化思想, 张仲景在《金匱要略》胸痹病的治疗中广泛运用并深化了开阖枢理论, 使之能结合具体疾病展现出来, 为胸痹病的治疗开拓了新的思维方法。通过对经文中方证的分析, 总结张仲景在胸痹病中对太阳开和阳明阖、太阳开和太阴开、少阴枢和太阴开这三组开阖枢关系的精湛运用。

关键词 开阖枢; 金匱要略; 胸痹病

胸痹一病其理论渊源最早可追溯至《黄帝内经》, 至张仲景《金匱要略》中始名之为胸痹。张仲景胸痹病的理论是对《黄帝内经》的继承与发展, 并衍化出了一整套完整的理、法、方、药。开阖枢理论是《黄帝内经》阴阳气化思想中的重要部分, 对六经辨证模式有着深远的影响, 故本文立足于开阖枢理论, 探讨其在《金匱要略》胸痹病治疗中的运用方法。

1 开阖枢的理论基础

1.1 开阖枢的含义

开阖枢理论是《黄帝内经》提出的, 如《灵枢·根结》曰“太阳为开, 阳明为阖, 少阳为枢。太阴为开, 厥阴为阖, 少阴为枢”。开者, 本是敷张的意思, 可理解为敷布外陈; 阖者, 可解释为闭, 闭合潜藏之义; 枢者, 为门户之转轴, 有转承之机动, 如“欲如运枢”之由枢而转。张志聪对此注解曰“太阳太阴为开, 阳明厥阴为阖, 少阳少阴为枢者, 三阴三阳之气也, 太者气之盛, 故主开, 阳明者, 两阳合明, 厥阴者, 两阴交尽, 故主阖, 少者初生之气, 故主枢”; “开阖如户扉, 枢犹转牡, 舍枢则不能开阖, 舍开阖则无从运枢”^[1], 可见开阖枢理论是用来解释三阴三阳之多少变化、阴阳传递转变的, 藉此可更进一步阐发六经的生理、病理表现。

1.2 开阖枢中阴经阳经的关系

在开阖枢理论中, 除了三阴三阳之转变机能之外, 还十分重视三阴三阳的表里互根关系。《黄帝内经》中较明确地提出太阳与少阴、阳明与太阴、少阳与厥阴互为表里的关系, 正是基于这种关系, 才有了六经相配的病理变化, 即实则太阳, 虚则少阴; 实则阳明, 虚则太阴; 实则少阳, 虚则厥阴^[2]。

《黄帝内经》中论开阖枢之三阴三阳, 只言及足经, 而未言及手经? 张景岳曰“盖言万物之气, 皆自地而升也。而人之腰以上为天, 腰以下为地, 言足则通身上下经气皆尽, 而手在其中矣, 故不必言手也。”^[3]不可不谓深刻, 深究经旨, 虽只言足经, 而手经已经在其中。

开阖枢的理论是对三阴三阳表里连属、离合转化关系的灵活运用, 符合六经辨证的规律, 用开阖枢理论来分析《金匱要略》胸痹病篇的方证, 则可从另一个角度解读张仲景的治疗思维。

2 开阖枢理论在胸痹病治疗中的运用

2.1 太阳开与阳明阖的运用

对于胸痹病的病机, 《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》中就已经提出了“阳微阴弦”的观点, 其中“阳微”是指上焦阳气虚微, 而“阴弦”说的是阴邪实盛, 阳虚而阴邪乘虚而上, 阳失其位, 故成胸痹之病。可见上焦阳虚是胸痹发病的一个重要因素, 而阳气的衰微则与太阳开机和阳明阖

* 通讯作者: zhengdr@126.com, 13705922833

机有着密切的关系。

《灵枢·根结》认为,太阳“折则肉节渎而暴疾起矣”,“渎者,皮肤宛焦而弱也”,黄元御亦曰“开折则表阳不固”^[272],太阳是谓巨阳,是一身阳气中最盛者,为一身之藩篱,也是一身阳气的统帅,主人体的防御以及敷布卫气于外;阳明“阖折则气无所止息而痿疾起矣”,可知阳明是阳气所留止存息的地方,是阳气之里,为阳气蓄藏之处,故有“阖折则里阳不运”之说^[272]。太阳开与阳明阖的功能失调,外则表阳不利,内则里阳不运,而上焦之阳气也会随之虚微,故张仲景通过调节这二者的功能来治疗胸痹病。

瓜蒌桂枝白酒汤证条文中曰“胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气,寸口脉沉而迟,关上小紧数”,而之所以会出现这些症状,尤在泾认为是“阳不用,则气之上下不相顺接,前后不能贯通”所致。治疗时张仲景从阳经的开阖二机着手用药,以复阳气,方中薤白、白酒辛温通阳,辛则能散,温则祛寒,二药之运用在于帮助太阳开机以敷布运行阳气。而瓜蒌之用,实因胸痹阴盛所致之痰浊阻滞,即经文中表现的“咳唾”。然痰浊的形成与阳明阖机的功用甚为相关,阳明本燥标阳,中见太阴湿气,若阳明阖机不利,则燥易从湿化,所谓“实则阳明,虚则太阴”,所以有痰浊阻络之变。瓜蒌一者用来宽胸化痰,以助阳气之通用;二者经文中言“关上小紧数”,可见湿化未甚,用以润阳明本经之燥,从而来调节阳明阖机的功能。若是湿化已极,则为瓜蒌薤白半夏汤证,经言“胸痹,不得卧,心痛彻背者”,其中“不得卧”与支饮“短气不得卧”相类,可见已由较轻之痰浊转化为严重的痰饮,故此时的重点已经不在太阳开机之处,而在于阳明阖机之变,故张仲景将薤白减为三两,并加半夏以逐饮祛痰,用药可谓精当。

2.2 太阳开与太阴开的运用

太阳开机的作用在于敷行阳气以卫外,而与太阳同为开机的太阴,其作用在于精微的运化以及中焦气机的升降,《黄帝内经》中说太阴“开折则仓廪无所输膈洞”,可见太阴开机不利,则精微无以上承,而胸中之阳气主要重在宗气所化,精微不足,阳气亦无以化生,再者太阴开机若是失常,则会导致气机升降失常,影响气化,所谓“阳化气”,气化不利,阳气也难强盛。太阳开与太阴开若是同时失利,于内于外都有碍于胸中之阳气,也

就为胸痹的发生奠定了基础。

《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》第5条云“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”,此条之证突出的表现在于“留气结在胸”,而有痞满、逆气的症状,这些症状形成的原因,除了太阳开机失常,卫阳外虚所致阴邪内盛之外,更主要的还在于太阴开的不利,引起了气化的失调,能上而不能下,出现了“膈”,致使“留气”滞于胸中,当然这“留气”不单指滞气,其中还包含了阴盛所产生的痰饮。太阴开不利则运化失司,易聚湿生痰,且太阴本湿标阴,从乎本气,更易湿化,这也就是痰饮形成的原因。

痰饮合于滞气,结在胸中,有虚实之别。从胁下之气上逆,如魏荔彤所言“痰饮水气俱呈阴寒之邪动而上逆”^[273],此为实,故用薤白以运太阳开之用;因太阴与阳明相表里,仍用瓜蒌宽胸化痰;不用白酒,因有逆气,而酒性升发之故;用桂枝的原因在于《神农本草经》谓其能“主上气咳逆”,张志聪言其能“启水之生阳上交于肺”^[1108],所以能平上气,此也从乎太阴之治;而枳实、厚朴之功,唐宗海曰“加枳实以泄胸中之气”,“加厚朴以泄胁下之气”,可见二者在于协助调节改善太阴开的气化作用。对于没有逆气急症的虚证,张仲景用人参汤,用温和的办法来化解太阴开失常导致的湿邪,即“温药和之”之意。

而对于太阴开功能失常导致的运化不利与升降失调,症状以“气塞、短气”为主,则有茯苓杏仁甘草汤和橘枳姜汤之治。茯苓杏仁甘草汤重在利湿化痰,主要从运化方面来调太阴开机;橘枳姜汤在于温运利气,注重调节太阴开机的气化方面。对于“心中痞,诸逆心悬痛”的桂枝生姜枳实汤,张仲景也是从复太阴开机的功能来论治的。

2.3 少阴枢与太阴开的运用

少阴枢的作用在于其转枢之力,少阴本热标阴,从本从标,有寒化热化之变,且少阴太阳相为表里,有“实则太阳,虚则少阴”之说,故少阴枢也可从太阳而转,若少阴之气充盛,可使邪气从阴出阳,疾病从而出现转机。少阴枢也与太阴开关系密切,太阴开的功能正常有赖于少阴枢的枢转,少阴枢可转运至太阴开,太阴开机能不全,容易导致邪气内陷,影响到少阴枢。

胸痹病的薤苡附子散证和乌头赤石脂丸证就是

从少阴枢与太阴开的运用来论治的。第 7 条云：“胸痹缓急者，薏苡附子散主之”，其中的“缓急”是指胸痹病的急性期与缓解期，吴谦云“缓急者，谓胸痹痛时缓时急也”，而此条的病机，黄元御有精辟的概括，曰“水土湿寒，浊阴上逆，肺气郁阻，胸膈闭塞”^[4]，可见少阴枢机与太阴开机功能失常所致寒湿是其病理基础，故张仲景以薏苡仁除太阴之湿以宣痹，复太阴开之机，附子温少阴以逐寒湿，复少阴之枢机，以使病邪从内而出。而第 9 条云“心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之”，此条为阴寒邪气上逼于胸，寒气攻冲，乃是少阴之枢机不利，致使少阴从寒而化，阴寒痼结而后上冲，故用蜀椒、乌头、干姜、附子，一派大辛大热之药，峻温少阴，运转枢机，从阴转阳；而赤石脂除了能补养心血之外，徐忠可认为其还有“镇坠辑浮以安中”的作用^[5]，以其性之涩，辅以干姜之守，能使药性暂留中焦，以温太阴开机，通过太阴开来调节胸中阳气之来复，故阴经之开机与枢机对于阴寒盛极、症状严重的胸痹病有着重要意义。

3 小结

张仲景在胸痹病的治疗过程中，灵活地结合并运用开阖枢的理论思维，为疾病的治疗开拓了新的

思路。其中运用太阳开与阳明阖关系的有瓜蒌薤白白酒汤证、瓜蒌薤白半夏汤证，运用太阳开与太阴开关系的有枳实薤白桂枝汤证、人参汤证、茯苓杏仁甘草汤证、橘枳姜汤证、桂枝生姜枳实汤证，运用少阴枢与太阴开关系的有薏苡附子散证、乌头赤石脂丸证。这种结合开阖枢理论的辨证论治，是对六经辨证模式的一种深化，对于探究张仲景的思想具有重要的意义。

参考文献

- [1] 郑林. 张志聪医学全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999.
- [2] 顾植山. 从五运六气看六经辨证模式 [J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(8): 451-454.
- [3] 李志庸. 张景岳医学全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 171.
- [4] 黄元御. 黄元御医学全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996.
- [5] 魏荔彤. 金匱要略方论本义 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 121.
- [6] 徐忠可. 金匱要略论注 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 128.

(收稿日期: 2018-04-27; 修回日期: 2018-06-10)

编辑: 黄 健

(上接第 1612 页)

质为肠易激综合征高发人群，对这几种偏颇体质人群进行早期调体干预，如饮食调理、运动调理和生活起居调整等，将会降低肠易激综合征的发病率。从临床接触的慢性腹泻患者及相关文献报道来看，我们认为，对于持续多年、久治不愈的慢性腹泻型肠易激综合征患者，辨体论治开辟了一种思路。但目前国内关于中医体质学说与腹泻型肠易激综合征的相关研究还较少，还需进一步深入研究腹泻型肠易激综合征的中医体质干预的机理，使中医体质学说更好地应用到腹泻型肠易激综合征的防治中。

参考文献

- [1] 王琦. 中医体质学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 12.
- [2] 王琦. 9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据 [J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(4): 1-8.
- [3] 王良生. 体质学说的临床应用: 肠易激综合征的治疗 [J]. 医学理论与实践, 2010, 23(7): 821-822.
- [4] 葛国艳. 肠易激综合征与体质的相关性研究 [D]. 南

京: 南京中医药大学, 2010: 11-24.

- [5] 张燕华, 毛峻岭, 张丽航, 等. 根据食物特异性 IgG 抗体剔除过敏食物治疗肠易激综合征 [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2011, 20(2): 178-180.
- [6] 周福生, 罗琦, 祝淑贞. 肠易激综合征与体质的相关性研究 [J]. 中医药学刊, 2005, 23(8): 1359-1361.
- [7] 陈仕珠. 肠易激综合征的流行病学和病因研究 [J]. 华人消化杂志, 1998, 6(10): 89-90.
- [8] BOHMER CJ, TUGNMAN HA. The clinical relevance of lactose malabsorption in irritable bowel syndrome [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 1996, 8(10): 1013-1016.
- [9] 阮毅铭. 乌梅的化学成分及药理作用概述 [J]. 中国医药导刊, 2008, 10(5): 793-794.
- [10] 杨璐, 李国玉, 王金辉. 蝉蜕化学成分和药理作用的研究现状 [J]. 农垦医学, 2011, 33(2): 184-186.
- [11] 贾波. 益气活血法治疗气虚血瘀型偏头痛临床研究 [J]. 中国医刊, 2013, 48(12): 98-99.

(收稿日期: 2018-02-23; 修回日期: 2018-04-30)

编辑: 黄 健