学术论坛

心脏病的辨治 应以“心病多寒”为主

□叶险峰 刘 明

刘茂林是河南中医药大学教授，主任医师，硕士研究生导师，第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。刘茂林负责主编了《金匮阐要》《高等中医应试指南·针灸学》《中医学题解·〈金匮要略〉选读》等。他崇尚仲景学说，善用经方治疗内科疑难杂症。

刘茂林从医50余年，潜心研读《金匮要略》和《伤寒论》。他曾经讲授《金匮要略》30余年，并结合自己多年临床经验，凝练出具有中医特色的学术思想精髓，为我们打开了宝库之门。刘茂林还将经方灵活化裁运用于临床，“尊古而不泥古，创新而不忘古”，将古典经方和现代人的体质巧妙结合起来，形成了一系列经典经验方，在临床上治愈诸多疑难杂症，得到了患者的好评。

刘茂林结合临床实践，认识到《金匮要略》所谓“阳微阴弦”，即是胸痹心痛总的病因病机，阳微主指胸中阳气不足，实为心阳虚，阳虚则寒。基于以上认识，刘茂林从病因病机、脉理证治及当代名家观点分别论述了“心病多寒”的主张。

从病因病机论“心病多寒”

《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》云：“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。”

文中所言“阳微阴弦”即胸痹心痛的主要病因“阳微”指寸脉微，寸脉为阳，尺脉为阴，故寸脉微，为阳位见阴脉，以示上焦胸阳不足，主指心阳虚（即“不及”），实指正气（本）虚，亦即《医宗金鉴》所谓“阳得阴脉为阳不及”之义；“阴弦”是尺脉弦，为阴位见阴脉，主下焦阴寒内盛（即“太过”），以示邪气（标）实，亦即《医宗金鉴》所谓“阴得阴脉为阴太过”之义。

太过之阴邪，上乘不足之阳位，即构成了“阳微阴弦”、阴乘阳位、痹阻胸阳、本虚标实、不通则闷、不通则胀、不通则痛的主要病因病机。《金匮要略》曰：“所以然者，责其极虚也。”又说“今阳虚知在上焦”，就上焦心肺而言，心为阳中之阳，肺为阳中之阴，所以“阳虚”，包括“极虚”主指心阳虚，这是疾病发生和发展的主要矛盾方面。

正如《黄帝内经·素问·热病论》所云：“邪之所凑，其气必虚。”言正虚之处，邪必凑之。反复强调上焦心阳不足，气血推动无力，是胸痹心痛发生和发展的主要病理基础。

从证治论“心病多寒”

首先，从胸痹的主证、重证、轻证和急证的有关条文分析。

主证：“胸痹之病，喘息咳嗽，胸背痛，短气寸口脉沉而迟，关上小紧（数），瓜蒌薤白白酒汤主之”。

重证：“胸痹不得卧，心痛彻背者，瓜蒌薤白半夏汤主之”。

重证：“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”。

轻证：“胸痹，胸中气塞，短气，茯苓杏仁甘草汤主之；桔枳姜汤亦主之”。

急证：“胸痹缓急者，薏苡附子散主之”。

以上五条，说明胸痹的主证是喘息咳唾、胸背痛、短气。前已述及胸痹心痛总的病因病机是“阳微阴弦”，阴乘阳位，痹阻胸阳，本虚标实，心肺气机不畅，故见以上主证，治以瓜蒌薤白白酒汤，通阳散结，豁痰下气。

若胸痹痰饮较盛，水气凌心迫肺，则不能平卧，心痛彻背，用瓜蒌薤白半夏汤，加强通阳散结和蠲饮降逆之力。

若胸痹心中痞，胸满，胁下逆抢心，而偏于邪实者，用枳实薤白桂枝汤，通阳散结，降逆除满，以祛邪为先；而偏于正虚者，用人参汤，温阳健脾，益气除湿，大气来复，阴寒自散，以扶正为要，即所谓痛有补法，亦即《黄帝内经》塞因塞用之法也。

若胸痹轻证，饮阻气滞，胸中气塞，短气，而病偏于肺，饮邪较重者，用苓杏甘草汤，宣肺利水，化饮理气；若病偏于胃，气滞较重者，用桔枳姜汤，温中降逆，化饮理气。若胸痹急性发作，救急用薏苡附子散，方中薏苡仁除湿缓急止痛，炮附子温阳散寒除湿止痛，用于胸痹急证。

其次，再论心痛轻证、重证及原文附方的有关证治分析。

轻证：“心中痞，诸逆，心悬痛，桂枝生姜枳实汤主之”。

重证“心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之”。

以上所论两条，依然是针对胸痹心痛总的病因病机“阳微阴弦”而设。若寒饮上逆、心中痞、心悬痛之心痛轻证，可用桂枝生姜枳实汤，通阳化饮，降逆平冲；若阴寒痼结、心痛彻背、背痛彻心、痛无休止之心痛重证，当用乌头赤石脂丸，大辛大热并用，温阳散寒，逐饮止痛。《金匮要略》说：“九痛丸，治九种心痛。”意为能治多种心痛。

纵观本篇所论七条，主论上焦心阳不足治以恢复心之阳气为要，兼以蠲饮降逆理气止痛。所用十首方药分析如下：其中三方用了附子、干姜、白酒，两方用了人参、生姜、薤白、桂枝，它如乌头、蜀椒、巴豆、吴茱萸、赤石脂等辛温之品不乏其用，可谓“寒者热之”之专篇，无一偏寒凉之方。这充分说明其方药紧扣心阳不足，“心病多寒”之病机。

最后，《金匮要略》所论胸痹心痛，总的病因病机是“阳微阴弦”，寒饮上逆心胸，心肺气机不畅，轻者不通则闷，重者不通则胀，严重者不通则痛。正如黄坤载所言：“阳不敌阴，则阴邪上犯，浊阴填塞，是以胸痹，宫城逼窄，是以心痛。”

刘茂林认为，“浊阴”除主指阴寒、痰饮、瘀血之外，还应包括现代人熟悉的高脂血症、动脉粥样硬化、血管狭窄、血栓形成等。因此，在治疗胸痹心痛时，吾辈应在前人温阳化饮、逐寒止痛的基础上，不但要通晓不通则痛、不荣则痛，更要加强活血化瘀及降脂和软化血管等方面的研究，以开辟治疗本病的新途径。

当代名家对“心病多寒”的论述

刘茂林在多位医家的论著中发现，许多相似观点可互相补充为证。

名医冉雪峰在《冉雪峰医案》中说：“胸膺为阳位，胸痛多属心阳不宣，阴邪上犯。”可以理解为心阳不宣，阳不敌阴，阴邪上犯，心阳不足，是导致胸痹的主要矛盾方面。

国医大师李振华教授指出：“临床上，心病患者多因心阳衰竭而致死亡，尤以冬季严寒、黎明阴盛之时最多……如治疗冠心病，既重视活血以通脉，更重视心阳的强弱，如心阳强盛，虽心脏血管狭窄，亦可促使心脏供血，不足致衰竭；如心阳衰弱，虽心脏血管狭窄不甚，亦可因心阳虚弱而致气虚血瘀且促使衰竭。因此在治疗冠心病时，主张在助心阳的基础上加理气活血之品，以使心脏血行通畅。”可见他治心病重视心阳，与本论“心病多寒”如出一辙。

全国名老中医高体三说：“少阴以心火为主……故少阴一病，病于寒者多，而病于热者少。”与“心病多寒”之论，可谓不谋而合。

据临床观察，按五行而论，心病则火不足，心阳虚，推动无力，则水湿泛滥，痰血阻滞。轻者胸腹胀满，重者胸腹闷胀疼痛、肝脾肿大；甚者胸背痛，水湿外溢，四肢郁胀，下肢水肿。

综上所述，中医所论胸痹心痛类似于现代医学之冠心病、心绞痛等。《金匮要略》将其病因病机概括为“阳微阴弦”，上焦心阳不足是其发病关键，立辛温宣痹通阳之大法，创瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤等经方，迄今依然能够有效地指导临床实践。

刘茂林据其理法方药，总结出“心病多寒”的观点，以温经通阳、恢复心之阳气治其本，佐以活血化瘀、理气止痛等法以治其标，用于临床，多获良效。

（作者供职于河南中医药大学第三附属医院）

中医人语

中药处方审核中的常见问题与应对策略

□王 雷

2018年7月发布的《医疗机构处方审核规范》明确指出，药师是处方审核的第一责任人。近年来，各级各类医疗机构陆续开展处方审核工作，极大地推动了药学服务模式转型，促进临床合理用药。中药处方是处方审核工作中的难点之一，笔者梳理了处方审核过程中常见的问题及其应对策略，旨在帮助医疗机构提升中药处方审核的质量和效率。

常见问题

中成药适应证范围宽泛 目前中成药说明书对功能主治的界定方法有两种：一种是用纯中医学语言表述；另一种是应用中西医两种学科语言进行表述。但是普遍界定范围过于宽泛，治疗着力点不明确，造成日常处方审核中大量的中成药超适应证用药问题。

中药饮片剂量缺乏统一标准 中药处方为一人一方，审核难度较大，目前处方的审核多停留在单味药的剂量上，以及传统的“十八反”与“十九畏”。中药饮片剂量问题一直受到中医药业界普遍关注，临床中医师处方剂量的不确定性，古往今来都是普遍现象。历版《中华人民共和国药典》在所载药物的用法与用量项下，明确规定了剂量范围。但是临床医生在确定具体药物剂量时，常常依据个人经验、药物特性、用药目的、患者情况等因素加以考量。《中华人民共和国药典》中申明：“必要时可根据情况酌情增减。”因此，中药饮片的临床实际用量，带有明显的不确定性。

联合用药情况普遍存在 联合用药审核又分为重复用药审核、药性冲突审核、配伍禁忌审核、中西药联用审核，其中重复用药审核是中成药处方审核的难点。当前中成药种类较多，联合用药普遍存在，尤其在儿童呼吸道感染的治疗中，重复用药审核缺乏有效的参考标准。

应对策略

严格药品说明书适应证管理 审方药师应确保处方药物与患者的适应证相符，对功能主治仅有中医证型，无具体中医或西医疾病名称的中成药必须辨证使用。医疗机构可根据临床指南、专家共识和循证医学证据，适当放宽超说明书适应证。

制定医疗机构或地区处方审核标准 处方审核主要包括适应证审核、药品遴选审核、联合用药审核、用法用量审核、疗程审核等。医师与药师一起，逐类制定常用中药的适应证、联合用药、用法用量、疗程等标准，让处方审核工作有据可依。

加强沟通与培训 审方药师应与临床医生保持良好的沟通，及时反馈审核中发现的问题，并建议医生参加相关的中药知识培训，提高处方质量。建议加大对西医医师的中药知识培训力度，推进每张中药处方都写明中医证型。中药学是一个不断发展的领域，新的药物和治疗方法层出不穷。审方药师也应定期参加培训，更新相关专业知识，以适应新的药物和治疗方法。通过不断学习，审方药师可以更好地应对审核中遇到的挑战，确保患者用药安全有效。

中药处方审核是一项责任重大且充满挑战的工作。通过规范处方书写、熟悉药物配伍知识、核对药物剂量、明确适应证、考虑患者个体存在差异、加强沟通与培训、利用信息技术以及定期更新知识等策略，审核人员可以有效解决审核中遇到的常见问题，提高中药处方的质量和安全性。

（作者供职于河南省人民医院）

诊疗感悟

辨证治带下 关键在祛湿

□杨艳芳 门 波

《史记·扁鹊仓公列传》载有“扁鹊名闻天下：过邯郸，闻贵妇人，即为带下医”，由此可知，带下有广义和狭义之分。

广义的带下泛指一切妇科疾病，狭义的带下指带下病。该篇主要论述狭义之带下病。带下病为妇科常见病、多发病，属经、带、胎、产四大疾病之一，民间有“十女九带”之谚。

门成福是全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，中原门氏妇科第三代传承人。治疗带下病，门成福以辨别病因、辨色论治、辅以外治为诊治思路，从内、外两个方面论述带下病的病因。

门成福认为，本病的发生一是由于脾、肾、肝等脏腑功能失调，损及任带所致；二是外感湿毒，浸淫带脉。

脏腑功能失调是其发病的内在条件，而湿热邪毒则是致病的外因。乃湿邪为害，多为肾气不足，脾失健运，肝失疏泄，任脉失固，带脉失约所致。脾主运化，若脾虚或肝失条达横逆犯脾，则运化失常，聚而生湿，流注于任带二脉发为带下病。肾为水脏，主藏精，肾虚而闭藏失司，任脉不固，带脉失约阴液滑脱而为带下。或肾阳虚不能温煦脾土，阳虚则气化失常而致寒湿内停，流注下焦，损伤任带二脉而发为带下。任脉总司一身之阴液，带脉约束诸经。因此，当任带二脉受损，可致带下病。

临床上常见证型有脾虚湿困、湿热下注、热毒蕴结等。因此，门成福在治疗上强调固涩止带，尤重祛湿。例如，脾虚湿困者，当健脾祛湿，代表方为完带汤；湿热下注者，宜清热燥湿，代表方为止带方；热毒者，宜清热解毒燥湿，代表方为五味消毒饮。

《诸病源候论》中有“白、黄、赤、青、黑”五色带下的记载。《傅青主女科》在此基础上完善了五色带下的病因病机，并提出治疗方案。临床以白带、黄带、赤白带较常见。

门成福善于研读古籍，吸取各家之长，善于辨证论治，辨治带下病注重辨色，治疗着重于祛湿，强调治带要以祛湿为首务。

门成福认为，白带多属肾阳虚，治宜温肾涩精止带。常用归肾汤加味治疗，选用菟丝子、桑寄生、续断、山药、茯苓、泽泻、山茱萸、枸杞子、益智仁、怀牛膝、海螵蛸、茜草、白术等。

黄带多由湿热互结流注下焦，损及任带所致，治宜清热利湿止带。常用易黄汤加味治疗，选用山药、芡实、车前子、白果、薏苡仁、败酱草、金银花、薄荷、防风等。

赤白带为肝经郁火，下克脾土，伤及血分所致。治宜清肝火而补脾祛湿，常用清肝止淋汤加减治疗，选用白芍、当归、生地、阿胶、牡丹皮、川牛膝、香附、黑豆等。

部分带下病患者伴阴部瘙痒，甚则坐卧不安。为缓解患者痛苦，常配合外洗方，熏洗外阴以止痒。药物组成：苦参、蛇床子、百部、白矾、花椒、荆芥、防风等。局部溃烂者，加金银花、地骨皮、艾叶；有滴虫、霉菌者，加鹤虱。中药熏洗，内外合治，使药物直接作用病所发挥药效，可弥补内服药之不足。

（杨艳芳供职于河南中药大学第三附属医院；门波供职于河南省中医院）

“十八反”“十九畏”应用探索

□杨文杰

“十八反”

本草明言“十八反”，半蒌贝敛芨攻乌；藻戟遂芫俱战草，诸参辛芍叛藜芦。

共载相反的18味药，即：乌头反半夏、瓜蒌、贝母、白敛、白及；甘草反甘遂、大戟、海藻、芫花；藜芦反人参、沙参、丹参、玄参、细辛、芍药。

“十九畏”

硫黄原是火中精，朴硝一见便相争；水银莫与砒霜见，狼毒最怕密陀僧；巴豆性烈最为上，偏与牵牛不顺情；丁香莫与郁金见，牙硝难合京三棱；川乌草乌不顾犀，人参最怕五灵脂；官桂善能调冷气，若逢石脂便相欺；大凡修合看顺逆，炮燃炙博莫相依。

指出了共19味相畏的药物：硫黄畏朴硝，水银畏砒霜，狼毒畏密陀僧，丁香畏郁金，牙硝畏三棱，巴豆畏牵牛子。

“十八反”与“十九畏”是古代医学家对中药应用的临床经验总结。虽然有些经典方剂中也使用了相反、相畏药物，但是我们如果无充分的根据及临床经验，还是应避免盲目配伍使用，以免造成不良后果。

因此，在缺乏充足依据且广泛认可的临床实践案例作为支撑的情况下，我们必须恪守医疗规范，严格遵循中医的辨证施治原则。治疗时，需要根据患者的个体差异、疾病类型等，灵活而精确地调整治疗方案。

古今临床应用

“十八反”与“十九畏”这两大配伍禁忌原则，可追溯至《神农本草经》中所附录的《诸药制使篇》。在该篇章中，对于中药的分类，如玉石类、草本类、木本类、兽类、虫类、鱼类、果类、菜类以及米谷类，均细致划分，详尽地阐述了中药配伍理论的总纲——“七情”。

“七情”作为中药配伍的核心框架，涵盖了7个关键方面：单行，即单味药独立使用；相须，指两种功效相似的药物同用，能增强药效；相使，则是一味药为主，另一味药为辅，辅药能增强主药的药效；相杀，是指一味药能减轻或消除另一味药的毒性或副作用；相恶，表示一味药能降低另一味药的疗效；相反，则是指两种药物同用会产生剧烈的毒副反应；相畏，则是指一味药受到另一味药的制约或抑制。这“七情”不仅体现了中药配伍的复杂性与精妙性，也为临床用药提供了重要的指导原则。

《蜀本草》率先对中药配伍的“七情”中的反药数目进行了统计，“十八反”之名正是源于此。随后的《新修本草》沿用了18种反药的数目，而《证类本草》则记载了24种反药，显示出“十八反”的内容在不断地丰富与演变，且在历代本草书籍中多有记载，并主要以易于记忆的歌诀形式广泛流传。

直至金元时期，“十八反”的概念才被正式确立，并被编成歌诀以便流传。这一歌诀最早可见于金代医学家张从正所著的《儒门事亲》。

“十九畏”之说则最早见于明代刘纯于的《医经小学》，且同样是以歌诀的形式呈现。此外，还有4本书籍也记载了“十九畏”的歌诀。如《古今医统大全》《药鉴》《本草问答》《珍珠囊补遗药性赋》。在这5本书籍中，除《本草问答》仅提及“十畏”一词外，其余4本书对“十九畏”歌诀的记载内容基本一致，仅在文字表述上存在细微差异。

在历史悠久的中医处方中，对于“十八反”的运用，笔者首推医圣张仲景在其《金匮要略·痰饮篇》中记载的甘遂半夏汤，该方由甘遂、半夏、芍药、甘草、蜂蜜组成，专治痰饮病，尤其是膈上痰饮，通过适当加减，使疗效更显著。

唐代医学家孙思邈在《千金方》中也大胆使用了诸多相反、相畏药物的配伍，如人参、苦参与藜芦同用，甘遂、大戟、芫花与甘草并用，均为实例。此外，还有其他医学者，在治疗肺部疾病时，如采用芫花或大戟与甘草同用，附子与半夏并用，亦取得了良好效果。例如，《宣明论方》中的松花膏，用于治疗劳嗽经久、痰涎肺积喘嗽；《圣济总录》的大半夏丸，主治支饮、膈脘不利、咳嗽喘满；《玉机微义》的小青龙汤，则主治感寒发热等症状；《保婴撮要》及《重订通俗伤寒论》中的方剂，也均有类似的相反、相畏药物记载，展现了中医在复杂病证治疗中的灵活与智慧。

同样，“十九畏”药对在历代医学家中也被广泛应用。如《备急千金要方》《太平惠民和剂局方》《世医得效方》《时后备急方》《惠直堂经验方》等古籍中，均有乌头与犀角、硫黄与朴硝、巴豆与牵牛子、丁香与郁金、人参与五灵脂等相反、相畏药物的配伍记载，且多用于治疗各种顽疾。

现代社会，中医对相反、相畏药物的应用并未止步，反而有了更多的研究和创新。如名医蒲辅周用甘草、甘遂配伍化痰开窍；海藻与甘草同用，增强其软坚散结之力。方证研究名家王付的人参藜芦汤，在治疗肿瘤病痰饮水肿方面有着独到之处。国医大师朱良春在临床上，也常用海藻与甘草共用，治疗颈淋巴结核、甲状腺肿大、肿瘤等；海藻、甘遂与甘草并用，治疗胸腔积液、渗出性胸膜炎等疾病。

也有媒体报道，甘遂与甘草合用治疗癌性胸腔积液、急性肾功能衰竭，瓜蒌与附子并用治疗急性心肌梗死、冠心病合并病态窦房结综合征、顽固性胸痹等，均取得了显著疗效。

综上所述，汉代、唐代、宋代、金代、元代、明代、清代医学家一直在探索并应用相反、相畏药物配伍治疗疾病。现代名医也对此进行了深入研究，现代药理实验也验证了相反、相畏药物并非绝对的配伍禁忌。

在治疗时，合理应用“十八反”“十九畏”药对，往往能展现出独特的疗效，为临床提供宝贵的经验和启示。

（作者供职于河南省汝州市骑岭乡田堂村卫生室）