

对《金匱要略·胸痹心痛短气病》篇的认识

050091 河北中医学院 王振瑞

主题词 《金匱要略方论》 胸痹 心痛 (中医)

全国高等医药院校中医专业试用教材《金匱要略讲义》(五版)认为,“胸痹心痛短气病脉证治第九”是数病合篇,“胸痹”和“心痛”是并列的两种疾病,“短气”是“胸痹”的伴发证。笔者不以为然,略陈管见如下,以祈大方指正。

一、“心痛”即胸痛

“心痛”在《内经》中多处可见,《难经·六十难》对厥心痛和真心痛也有论述。《内经》、《难经》都认为,“心痛”是心病的表现。

既然心痛属于心病,其疼痛部位必然与心脏位置密切相关。心位于膈上,居于胸中,所以心痛必然表现为胸痛。只有痛在胸膈,古人才可能作出“心痛”这一脏腑定位诊断。

《简明中医辞典》解释“心痛”的含义有二:一指心绞痛,再指胃脘痛。此说固然不错,但应当知道,“心痛”的第二种含义是后世医家所赋予,并非《内经》中的“心痛”所本有。《灵枢·胀论》、《灵枢·经脉病形》等篇所论“胃脘痛”,均由胃病所致,常与胃脘胀满、两胁攻撑、食欲不振等症并见,与心痛迥然有别。可知,《内经》中“心痛”与“胃脘痛”本为两个概念,界限泾渭分明,不可混为一论。

张仲景撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》而为《伤寒杂病论》,也沿用了《内经》、《难经》中的“心痛”概念。《金匱要略》中的“心痛”与《内经》中的“心痛”一样,其病在心,其痛当在胸部。“胸痹心痛短气病”篇的第八条“心悬痛”、第九条“心痛彻背,背痛彻心”,与第三条“胸背痛”、第

四条“心痛彻背”具有相同含义,疼痛部位都在胸膈部,只是疼痛程度与性质有所不同。

为将“心痛”释为胃痛,《金匱要略释义》在注第八条“心中痞”时说:“‘心中’应作‘心下’理解。心下指胃,谓胃有痞闷感。”此说恐为臆测之说。在仲景书中“心下”是另一概念,“心中”、“心下”皆屡见不鲜,二者迥然有异,不能混为一谈。此处“心中痞”,即指“胸中痞闷”,而解作“胃中有痞闷感”,显然不符仲景原义。

二、全篇论一病

“胸痹”出于《灵枢·本神》。经文中仅言胸痹因于肺病,而对胸痹本身未作说明。后人释“痹”为“闭塞不通”,如此理解,“胸痹”则是“胸中窒塞不通”的感觉,与“喉痹”、“逆气”一样,仅是一个症状,而不是概括多种证候的病名。

“心痛”即“胸痛”已如上述,而心胸疼痛的原因是多种多样的,其临床意义并无特异性。

“短气”更是一个多见的症状,有虚证,也有实证,亦有虚中杂实证,多种疾病均可伴发。

胸痹、心痛、短气是没有特异性的三个症状,而三者同时出现时,则表现为一种特定的疾病。仲景对此已有深刻认识,因而称之为“胸痹心痛短气病”。后世将该病简称为“胸痹”固无不可,但须知,胸痹、心痛、短气是该病典型患者不可缺少的三个症状,决不可将胸痹与心痛作为二病分裂开来。

总之,本篇全篇论一病,即“胸痹心痛短气病”。其病位在上焦心

肺,病机为“阳微阴弦”,典型表现为胸闷痞塞、心痛、短气。只有将三者紧密联系起来,才能完整理解这种疾病;只有掌握了本病的主要特点,才能正确辨治其不同证型。

三、胸痹心痛短气病的证型

1. 急证:病势急剧,胸中窒闷、心痛彻背、背痛彻心、短气不足以息等症同时出现,而以心胸疼痛最为突出,疼痛时间较长,可伴有面色苍白、汗出肢冷、脉细弱等症。此为心肺阳气虚滞、阴寒之邪痹结之证,已有阳气欲脱之兆。治宜乌头赤石脂丸。

若疼痛时间虽长,但时急时缓,且无阳气欲脱之象,说明病情较轻,可并服薤白附子散,密切观察病情变化。若疼痛有增无减,可改用乌头赤石脂丸。

2. 重证:病势虽不急,但病情亦较严重,证见胸闷、胸背疼痛、短气、喘息咳唾、脉沉迟或紧。此为心肺阳气不足、水饮停聚所致。治宜栝蒌薤白白酒汤。

若患者咳嗽较多、胸背疼痛较重,则可加入半夏以化痰逐饮降逆,加重薤白、白酒用量,以增强通阳之功,即成为栝蒌薤白半夏汤。

3. 轻证:心肺阳气虚滞尚未达到严重程度,而只以肺虚或心虚为主,则表现为轻证。既往曾有重证发作,但目前处于缓解状态,而以中焦虚寒为主要表现者,亦属轻证范畴。

(1) 肺虚为主:主要表现为胸闷、短气、咳嗽吐痰,而心胸疼痛并不明显。治宜橘枳姜汤。

咳嗽较重者,则用茯苓杏仁甘

肱骨髁上骨折的整复与固定

114200 辽宁省海城市整骨医院 张玉香 苏玉新

主题词 肱骨骨折/ 治疗 正骨固定术(中医)

肱骨髁上骨折是儿童常见的骨折类型, 约占上肢骨折的第三位, 肘部骨折的三分之二发生在肱骨髁上。临床分伸直和屈曲二型, 其中以伸直型为多发, 且骨折局部肿胀明显, 早期有并发缺血性肌挛缩之虑, 后期又易形成肘内翻畸形。所以, 骨折发生后及时、准确、有力而又柔和的手法予以整复, 并进行正确的外固定, 是减少并发症、提高治愈率的重要措施。

一、手法整复

伸直型: 患者仰卧, 采取分神或麻醉下无痛法复位。助手固定患肢上臂, 术者一手握患肢腕上部, 在前臂中立位、肘关节略屈曲下对抗牵引, 以达“欲合先离, 离而复合”之目的; 另一手拇、食二指捏住移位的远骨折块向下牵引, 同时纠正旋转移位及侧方移位。接着在助手的配合下, 术者一手四指并拢, 将骨折远端向前托提, 一手仍握伤肢腕上部徐徐屈肘, 使患肢手对准并能触及肩头。如此反复1~2次, 肘关节无阻力, 即表示复位满意。

有尺偏者, 整复时应外展肘部、压挤桡侧骨质皮, 以矫正肘内翻畸形, 必要时可矫正过正。若不如此, 将遗留内翻畸形。

屈曲型: 在助手配合下, 术者双手四指环抱伤肢肘部向后牵拉, 双拇指顶肱骨骨折近端向前推挤。

草汤祛痰止咳。根据需要, 亦可二方并用。

(2) 心虚为主: 虽有胸中痞闷、咳嗽吐痰等上逆之症, 但较轻微, 而以心痛时作为主要表现。治宜桂枝生姜枳实汤。

(3) 胸阳中阳并虚: 或胸阳虚及中阳, 或中阳虚及胸阳, 以致胸阳中阳并虚, 但程度不重。其表现除胸闷外, 偶有胸痛, 还兼见脘腹满闷、食少纳呆、精神倦怠、四肢疲乏等中焦虚寒之症。胸闷心痛

此时与助手共同徐缓轻柔地伸直患肢至180度, 复位即告成功。

二、夹板制作

取厚0.2厘米、具有纵形弧度的柳树木板7块。先制内、外、后侧板各1块, 长宽相等; 前板1块, 长度为外侧板的五分之三; 前臂托板1块, 从鹰嘴至第二节指骨为长度, 宽与前臂相等; 拉板2块, 宽度为托板的二分之一, 长度从肱骨中段屈肘90度前臂中段。

三、固定方法

将事先用卫生纸做好的半环塔形纸压垫放于骨折的远、近端交错处各一个, 用薄毛巾包扎, 将塑形小夹板按名称位置放好, 其中关键是内、外、后侧3块夹板应超出鹰嘴部4厘米, 屈肘60~90度, 用四条绑带捆绑, 再用内外二块拉板将肘关节锁住, 即用绑带反复缠绕, 以使伤肘前臂稳定、不内外上下摆动为佳。

四、机理探讨

肱骨髁上骨折以10岁以下儿童多见。肱骨髁上的局部结构时点为, 偏重者, 用枳实薤白桂枝汤, 以通阳开结、泄满降逆; 中焦虚寒偏重者, 则用人参汤, 以振奋阳气、驱散体内阴寒之邪。

急证、重证、轻证常相互转化, 临床既要辨清现证, 又要注意其转归, 以防止恶化, 促使向愈。

(作者简介: 王振瑞, 男, 33岁。1982年毕业于河北医学院中医系, 1988年毕业于中国中医研究院研究生班, 获硕士学位, 现任河北中医学院讲师。)

肱骨下端扁薄而宽, 前有冠状窝, 后有鹰嘴窝, 二窝之间仅有一层薄骨片, 因此肱骨髁上易发生骨折。如跌倒时掌心触地, 地面反作用力经前臂冲击肱骨下部, 或跌倒时肘后着地, 地面反作用力经鹰嘴冲击肱骨下部, 均可造成骨折。此类骨折, 以往采用三块或四块小夹板固定, 由于固定不稳、骨折易移位, 而形成肘内翻后遗症, 对儿童健康为害甚大。故此, 在手法整复时应力求达解剖对位, 并自行设计以“超锁肘稳前臂七块小夹板固定法”治疗儿童肱骨髁上骨折, 临床疗效甚佳。其治疗机制是, 利用“超锁肘”及二块窄条拉板将前臂固定在60~90度位, 而达“稳前臂”的作用, 以保证骨折断端对位准确, 促进骨折愈合。此法具有固定牢、便于观察、益于功能活动、解除固定后肢体功能恢复快等特点。虽然只有柳木板、布带、纸压垫、绑带等几种简单物品, 但组合起来就形成一个局部外固定力学系统。小夹板虽捆在肢体外边, 但固定力则来自肢体内部。从骨生物力学原理分析, 内力通过外力而发挥“筋束骨”作用, 使骨折两断端牢固维持在了解剖位置上, 故疗效颇著。笔者经治400余例, 无一例发生肘内外翻畸形。

(刘明武 整理)

更正: 本刊1991年第五期“验方集锦”专栏的“治水肿验方”(29页左栏下部), 应为“治鼻蛆验方”, 特此更正。此系誊稿所误, 故向读者、作者表示歉意。