

## ·专题讲座——熊继柏教授“经典指导临床”证治经验系列讲座(十二)·

## 熊继柏教授辨治胁痛经验

姚欣艳<sup>1,2</sup>, 李点<sup>1,2</sup>, 何清湖<sup>1,3</sup>, 刘朝圣<sup>1,3</sup>, 胡金辉<sup>1,2</sup>, 邹晓玲<sup>1,2</sup>( <sup>1</sup>熊继柏名老中医药专家传承工作室, 长沙 410007; <sup>2</sup>湖南中医药大学第一附属医院, 长沙 410007;<sup>3</sup>湖南中医药大学, 长沙 410208 )

**摘要:** 文章从胁痛主症、辨治要领、个人重要经验等方面系统阐述了熊继柏教授辨治胁痛的学术思想和独到经验。熊教授认为: 胁痛一证, 最当辨清属虚、属实、在气、在血。胁痛实证分为气滞胁痛、瘀血胁痛、湿热胁痛; 胁痛虚证主要有肝阴不足、肝郁脾虚。熊教授个人独到经验有3点: ①辨治胁痛, 首察证候虚实; ②细观疼痛特点, 辨识胁痛性质; ③用药注重疏肝利胆; ④结合现代医学知识, 辨病用药。

**关键词:** 熊继柏; 胁痛; 名医经验; 医案

**基金资助:** 国家中医药管理局熊继柏名老中医药专家传承工作室、湖南省中医药科研计划重点项目 (No.201219)

**Professor XIONG Ji-bo's experience in differentiation and treatment of hypochondriac pain**YAO Xin-yan<sup>1,2</sup>, LI Dian<sup>1,2</sup>, HE Qing-hu<sup>1,3</sup>, LIU Chao-sheng<sup>1,3</sup>, HU Jin-hui<sup>1,2</sup>, ZOU Xiao-ling<sup>1,2</sup>( <sup>1</sup>Inheritance Office of National Famous Old Traditional Chinese Medicine Experts of XIONG Ji-bo, Changsha 410007, China;<sup>2</sup>The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China; <sup>3</sup>Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China )

**Abstract:** The article discussed Professor XIONG Ji-bo's academic thoughts and unique experience about hypochondriac pain from the main symptoms, treatment methods and important personal experiences. Professor XIONG pointed out that the most important thing in hypochondriac pain treatment was identifying the deficiency, excess, Qi, blood of disease characters. Excess syndrome of hypochondriac pain was divided into three types: qi stagnation hypochondriac pain, blood stasis hypochondriac pain and damp-heat hypochondriac pain. Deficiency syndrome of hypochondriac pain was divided into two types: deficiency of liver-yin, stagnation of liver qi and spleen deficiency. Professor XIONG's personal unique experience had four points. ① Distinguish excess or deficiency of syndrome before treatment of hypochondriac pain. ② Observe the pain characteristics and identify the nature of hypochondriac pain. ③ Medicine should pay attention to dispersing stagnated liver qi for promoting bile flow. ④ Treatment based on disease differentiation combine with modern medical knowledge.

**Key words:** XIONG Ji-bo; Hypochondriac pain; Famous doctors' experience; Medical records

**Fund assistance:** Construction Program for Inheritance Office of National Famous Old TCM Experts, Key Program for Science Research of Traditional Chinese Medicine of Hunan Province (No.201219)

熊继柏教授是湖南中医药大学教授、博士生导师, 国家老中医药专家学术经验继承指导老师, 国家级名中医。熊教授年过七旬, 学验俱丰, 对中医经典理论十分熟稔, 从事中医临床56年, 诊治患者约85万人次, 临证经验十分丰富。熊教授一直提倡中医的生命力在于临床, 要用经典理论指导临床。现将熊继柏教授“经典指导临床”关于胁痛的证治经验整理成文, 以飨读者。

**胁痛源流**

胁痛早在《黄帝内经》(以下简称《内经》)就有记载, 指出胁痛的发生主要是肝胆的病变。如《灵

枢·五邪》曰:“邪在肝, 则两肋中痛”;《素问·藏气法时论》:云“肝病者, 两肋下痛引少腹, 令人善怒”;《素问·缪刺论》曰:“邪客于足少阳之络, 令人胁痛”;《灵枢·邪气藏府病形第四》曰:“有所堕坠, 恶血留内, 若有所大怒, 气上而不下, 积于肋下, 则伤肝”。历代医家对胁痛病因的认识, 在《内经》的基础上, 逐步有了发展。如《丹溪心法·胁痛》云:“胁痛, 肝火盛, 木气实, 有死血, 有痰流注”<sup>[1]</sup>。

**胁痛的主症**

《医宗金鉴》指出:“其两侧自腋而下, 至肋骨之尽处, 统名曰肋”。胁痛是以一侧或两侧肋肋部疼

痛为主要表现的一种病症。其疼痛性质可表现为胀痛、窜痛、刺痛、隐痛,多为拒按,间有喜按者,常反复发作,一般初起疼痛较重,久之则胁肋部隐痛时发。胁痛是肝胆疾病常见的症状之一,现代医学中如急性慢性肝炎、肝硬化、肝寄生虫病、肝癌、急性胆囊炎、慢性胆囊炎、胆石症、急性慢性胰腺炎、肋肋外伤以及肋间神经痛等疾病均表现以胁痛为主症。

### 胁痛的辨治要领

肝位居于胁下,足厥阴肝经之经络布于两胁,胆附于肝,与肝成表里关系,其脉亦循于两胁。《医方考·胁痛门》谓:“胁者,肝胆之区也”。故胁痛的病位主要在肝胆。肝为刚脏,主疏泄,性喜条达,肝胆之气宜疏而不宜滞,而肝主藏血,胆属相火。故胁痛实证则为气滞、血瘀、胆火、湿热蕴结,导致肝胆疏泄不利,不通则痛;胁痛虚证则为肝阴不足,络脉失养,不荣则痛,而成胁痛。如《金匱翼·胁痛统论》所说:“肝虚者,肝阴虚也,阴虚则脉细急,肝之脉贯膈布两胁,阴虚血燥则经脉失养而痛”。

胁痛一证,临证最当辨清属虚、属实;在气、在血。

实证由肝郁气滞,瘀血阻络,湿热蕴结所致,起病急,病程短,疼痛剧烈而拒按,脉实有力;虚证由肝阴不足,络脉失养所引起,常因劳累而诱发,起病缓,病程长,疼痛隐隐,悠悠不休而喜按,脉虚无力。

气滞胁痛以胀痛为主,且游走不定,时轻时重,症状的轻重每与情绪变化有关;血瘀胁痛以刺痛为主,且痛处固定不移,疼痛持续不已,局部拒按,入夜尤甚,或胁下有积块,或有局部外伤史。

关于胁痛的治疗,熊继柏教授认为:胁痛的治法应着眼于肝胆,分虚实而治,实证宜理气、活血通络、清热利湿;虚证宜滋阴养血柔肝,但二者均不能离开疏肝理气,疏通气机。

#### 1. 实证胁痛

1.1 气滞胁痛(肝气郁滞型) 多因情志抑郁,或暴怒气逆,导致肝气郁结,发为胁痛。如《金匱翼·胁痛统论》说:“肝郁胁痛者,悲哀恼怒,郁伤肝气”。症状:胁肋胀痛,甚则连及胸肩背,且情志不舒则痛增,善太息,得暖气则舒,脘腹胀满,舌苔薄白,脉弦。治法:疏肝理气止痛。主方用柴胡疏肝散,疼痛明显者合金铃子散;轻者可用四逆散合金铃子散。若兼见心烦急躁,口干口苦,尿黄,大便干,舌红苔黄,脉弦数,乃气郁化火之象,可合用左金丸。

1.2 血瘀胁痛(瘀血停着证) 多因胁痛反复发作而致久痛入络,或跌仆闪挫,致瘀血阻滞络而成。如《类证治裁·胁痛》谓:“血瘀者,跌仆闪挫,恶

血停留,按之痛甚”。症状:胁肋刺痛,痛处固定而拒按,疼痛持续不已,入夜尤甚,或胁下有积块,或面色晦暗,舌质紫暗,脉沉弦。治法:祛瘀通络;主方轻者用旋覆花汤,如《金匱要略》云:“肝著,其人常欲蹈其胸上,先未苦时,但欲饮热,旋覆花汤主之”。重者用血府逐瘀汤。若瘀血严重,且有明显外伤史者,应以逐瘀为主,方选复元活血汤加三七粉。

#### 1.3 湿热胁痛(湿热蕴结型) 多因湿热之邪,

蕴结肝胆,导致肝胆疏泄不利,而成胁痛。症状:胁肋胀痛,触痛明显而拒按,伴有脘闷纳呆,恶心呕吐,厌食油腻,口干口苦,腹胀,舌红,苔黄腻,脉弦滑。治法:清热利湿,理气通络。主方用龙胆泻肝汤。黄疸明显者改用茵陈蒿汤或甘露消毒丹清热除湿,利胆退黄(可参照黄疸辨证施治);伴有胆结石者,可加用四金散(金钱草、海金沙、鸡内金、郁金);胁下有积块者可加三棱、莪术化瘀消积。

#### 2. 虚证胁痛

2.1 肝阴不足型 多见于久病或素体阴虚患者。症状:胁肋隐隐作痛,绵绵不已,遇劳加重,口干咽燥,两目干涩,心中烦热,可伴头晕目眩,舌红少苔,脉弦细数。治法:养阴柔肝,佐以理气通络。主方用一贯煎。

2.2 肝郁脾虚型 常由气滞胁痛患者发展而来,久病不愈,日久损伤脾胃所致。症状:胁痛隐隐,肝区不适感,伴纳呆,大便稀,面色淡黄,精神疲倦,舌淡红苔薄白,脉弦细。治法:疏肝健脾,止痛。主方用柴芍六君子汤。

### 熊继柏教授辨治胁痛重要经验

1. 辨治胁痛,首察证候虚实 胁痛有虚实、气血之分,当以虚实为纲。胁痛发病时间短,发病急,胀痛、刺痛、痛势急剧而拒按者为实证。发病时间长,胁痛隐隐,痛势徐缓而无定处,痛处喜按者多为虚证。

2. 细观疼痛特点,辨识胁痛性质 胁痛可表现为胀痛、窜痛、刺痛、隐痛等不同特点,细观疼痛特点,以判明其邪在气、在血。胁痛以胀满、窜痛为主,痛无定处,时痛时止,暖气、矢气频作,疼痛每因情志而增减,多属气滞;胁痛其痛如刺,痛有定处,痛而拒按,入夜更甚,肝脾肿大,触之明显,多属血瘀。胁肋胀痛,伴有脘闷纳呆,恶心呕吐,口苦,舌苔黄腻,脉滑或滑数者,为湿热阻滞。胁痛隐隐,绵绵不已,时痛时止,遇劳加重,舌红少苔者,为肝阴虚。二者的分辨重点在于察舌苔。

3. 用药注重疏肝利胆 熊教授认为胁痛的辨证

以气血虚实为纲,病变虽在肝胆,病机主要责之气血。故熊教授在治疗胁痛中注重调理气机,或疏肝理气,或清热利湿,或祛瘀通络,强调必兼顾脾胃。其常用方主要有四逆散、柴胡疏肝汤合金铃子散。常用的药对包括:柴胡配伍白芍,疏肝解郁,调达肝气;柴胡配伍郁金,活血行气兼解郁;柴胡配伍黄芩,和解少阳;枳实配伍厚朴,除胀消痞;延胡索配伍川楝子,活血行气止痛。

4. 结合现代医学知识,辨病用药 胆结石患者,以右侧胁脘及右背部疼痛为显,常配加四金散(金钱草、海金沙、鸡内金、郁金);急性胰腺炎患者,以左侧胁腹部疼痛为主,伴腹胀,大便干结,恶心呕吐,舌红苔黄,脉弦滑者,辨证属少阳阳明合病,常用大柴胡汤合金铃子散;慢性乙肝患者,转氨酶升高,常加虎杖、鸡骨草、田基黄、熊胆粉清热利湿;肝硬化腹水患者,轻者以右胁痛为主,伴腹胀,尿少,用二金汤加减,严重者参照臌胀病治疗。伴黄疸明显者加茵陈四苓散利湿退黄(或参照黄疸辨治);肝癌患者,合用三甲散(生牡蛎、炒鳖甲、炮甲)软坚散结消肿块。

验案举隅

案1 患者某,男,23岁,学生。2013年11月8日初诊。主诉:右胁部胀痛7天。患者7天前突发右胁肋疼痛,曾在西医院做B超检查,诊断为“胆囊息肉样病变,胆囊炎”,刻下症见右侧胁肋胀痛,伴胃脘胀满,口干、口苦,舌红,苔薄黄,脉弦。

辨证分析:患者突发右胁胀痛为主,当属胁痛实证。右侧胁肋胀痛,口干、口苦,舌红,苔薄黄,脉弦。此乃肝气郁滞,郁而化热之象。

治疗:以疏肝清热,理气止痛为法,方用四逆散、金铃子散合左金丸加味治之,处方:柴胡10g,白芍10g,枳实15g,甘草6g,川楝子10g,延胡索10g,黄连5g,吴茱萸2g,广木香6g,鸡内金15g。10剂,水煎服。2013年11月20日复诊:胁痛明显缓解,胃胀消除,舌淡红,苔薄黄,脉弦。再用柴胡疏肝散加鸡内金15g以巩固疗效。

案2 患者某,男,53岁。2009年3月15日初诊。患者素患“慢性乙型肝炎”,平素有右肋下疼痛不适

感,现症见:右肋疼痛,胃脘痞闷,口干、口苦,纳差,舌红苔黄腻,脉弦数。检查:总胆红素20.9μmol/L,谷丙转氨酶146.6U/L。

辨证分析:《素问·刺热论篇》说:“肝热病者……胁满痛”。肝炎患者常因湿热疫毒,蕴结肝胆,肝胆疏泄不利,而致胁痛,甚至黄疸。此患者胁痛,脘痞,口干、口苦,舌红苔黄腻,脉弦数。当为湿热蕴结所致。

治疗:以清热利湿,理气止痛为法。方用甘露消毒丹合金铃子散加减。处方:茵陈20g,藿香10g,浙贝母20g,白蔻仁6g,滑石15g,石菖蒲15g,黄芩10g,连翘15g,牡丹皮10g,栀子10g,炒山楂20g,鸡内金20g,川楝子10g,延胡索10g。20剂,水煎服。2009年4月3日二诊:胁脘痞痛稍减,舌红苔薄黄,脉弦。继原方加减。处方:茵陈20g,藿香10g,浙贝母20g,白蔻仁5g,滑石15g,石菖蒲10g,黄芩10g,连翘15g,牡丹皮10g,栀子10g,山楂20g,炒麦芽10g。20剂,水煎服。2009年5月24日三诊:右胁胀痛、脘痞显减,舌苔薄黄,脉细。续用原方巩固疗效。2009年7月3日四诊:诸症悉除。复查:胆红素、谷丙转氨酶均转为正常<sup>[2]</sup>。

案3 患者某,女,60岁。2007年3月11日初诊。反复左侧胁肋疼痛2月,加重1周。诉左侧胁肋部胀痛,口苦,时有呕逆,大便干结,舌质红苔薄黄,脉弦数。有慢性胰腺炎病史。

辨证分析:患者胁肋部胀痛,为胁痛实证,胁痛,呕逆,便秘乃少阳、阳明合病,辨证属胆火气滞之胁痛。

治疗:以泻热清胆,理气止痛为法。方用大柴胡汤合金铃子散加味。处方:柴胡10g,黄芩10g,法半夏10g,白芍10g,生大黄5g,枳实15g,川楝子10g,玄胡10g,广木香6g。药进7剂,胁痛即止。1周后又再发左胁胀痛,兼胃中灼热胀痛,心烦欲呕,诊见舌质红苔薄黄,脉弦数。其证仍属胆热犯胃,继用上方加栀子厚朴汤以清热消胀除烦。服药10剂,大便通,胁痛止。

参考文献

[1] 张伯礼,薛博瑜.中医内科学.2版.北京:人民卫生出版社.2012  
[2] 李点.熊继柏医案精华.北京:人民卫生出版社.2014

(收稿日期:2014年11月9日)