

《中医内科学》自学重点提要及复习题(十三)

高等医药院校教材《中医内科学》编者 《实用中医内科学》编委

蔡淦

上海中医学院附属曙光医院 副院长 中医内科学教研室主任、副教授

胁 痛

《中医内科学自学考试大纲》对本节的要求是：1. 理解胁痛的病因病理主要是肝气郁结、瘀血停着、肝胆湿热、肝阴不足。2. 掌握胁痛的辨证施治。

一、定义

胁痛是以一侧或两侧胁肋部疼痛为主要表现的病证。胁，是指胁肋部，在胸壁两侧，由腋部以下至第十二肋骨尽头的统称。如《医宗金鉴·正骨新法要旨》说：“其两侧自胸以下，至肋骨之尽处，统名曰胁。”因此胁痛是以部位结合患者自觉症状而命名的一种病证。

胁痛的发生，主要与肝胆的病变有关，《灵枢·五邪》篇谓“邪在肝，则两胁中痛”；《素问·缪刺论篇》也说：“邪客于足少阳之络，令人胁痛不得息。”西医学中的肝病、胆囊炎、胆石症、干性胸膜炎、肋间神经痛等病，表现以胁痛为主要症状者，均可参照本篇内容辨证施治。渗出性胸膜炎、肺炎、肺化脓症等病，也有胁痛症状，详见悬饮、风温、肺痈诸篇。至于肝炎、肝硬化，具有胁痛者，还当同时参阅黄疸、积聚、臌胀等篇。

二、病因病机

(一) 病因

胁痛的病因与情志不畅、饮食所伤、外感湿热、劳欲过度 and 久病体虚等有关。兹分述如下：

1. 情志抑郁 } 肝失条达 → 疏泄不利 → 气阻络痹 → 胁痛
暴怒伤肝
2. 气郁日久 } 血流不畅 → 瘀血停积 → 阻塞络脉 → 胁痛
强力伤络
3. 感受外湿 } 脾失健运 → 痰湿中阻 → 久郁化热 → 酿成
饮食所伤 湿热 → 蕴结肝胆 → 疏泄不利 → 胁痛
4. 久病体虚 } 精血亏损 → 肝阴不足 → 血不养肝 → 络脉
劳欲过度 失养 → 胁痛

(二) 病机

1. 病位：主要在肝胆，且与脾、胃、肾有关。因肝胆互为表里，功主疏泄，性喜条达而恶抑郁，其经脉布于两胁，若因情志抑郁或暴怒伤肝，可导致肝气郁结，失于条达，疏泄不利，气血运行不畅，络脉不和，气阻络痹，不通则痛。脾胃经脉互相络属，亦为表里关系，胃主受纳，脾主运化，共同完成食物的消化、吸收以及水谷精微的输布，为后天之本，气血生化之源。若感受外湿，湿困脾土，或饮食不节，损伤脾胃，使脾失健运，痰湿中阻，酿成湿热，蕴蒸肝胆，致疏泄不利，困阻络脉，不通则痛。肾藏精，肝藏血，精血相互滋生，肝血有赖于肾精的滋养，肾精又必须不断得到肝血所化之精的填充，故称为“肝肾同源”。若久病体虚，或劳欲过度，则精血亏损，肝阴不足，血虚不能养肝，络脉失于荣养，发为胁痛。综上所述，胁痛的病位主要在肝胆，且与脾胃肾有关。

2. 病性：胁痛的病理性质有虚实之分，大凡初病多实证，久病多虚证。实证以气滞、血瘀、湿热为主，三者又以气滞为先；虚证多属精血亏损，肝络失养的阴虚证。但临床以实证为多见。

3. 转化：胁痛的病机转化，较为复杂，一般由气及血，由实转虚，兹分述之：

(1) 气血转化：气为血之帅，血的运行依赖气的推动，“气行则血行”，“气滞则血瘀”。若肝气郁结，气机不畅，气滞则血行不利，而导致血瘀。血为气之母，气靠血所载，由于气滞血瘀，血瘀又能阻滞气机，从而加重气滞。

(2) 虚实转化：前已提及，胁痛初起多为实证，其病理因素为气滞、血瘀、湿热。临床上若实证日久不愈，势必化热伤阴耗液，或瘀血不去，新血不生，而使肝肾阴亏，精血虚少，转为虚证。然阴虚又易促使化热和血瘀，所以虚中又往往夹实。

三、辨证论治

(一) 辨证要点

1. 辨气血

(1) 气滞：以胀痛为主，且疼痛游走不定，痛无定所，时轻时重，随情绪变化而增减。

(2) 血瘀：以刺痛为主，且疼痛固定不移，持续不已，入夜尤甚。

2. 辨虚实

(1) 实证：痛势剧烈，病起急骤，病程较短，疼痛拒按，形体壮实，脉弦滑数。

(2) 虚证：痛势悠悠，病起缓慢，病程较长，疼痛喜按，形体虚弱，脉象弦细而数。

(二) 治疗原则

胁痛一证，虽有虚实之分，气血之辨，但其治疗原则根据“痛则不通”、“通则不痛”的理论，采取以通为主，但通之之法，在运用时应根据病机综合分析，辨明主次，灵活掌握。一般实证胁痛多采用理气、活血、清热、化湿等法；虚证胁痛则以滋阴养血柔肝为治，然亦需佐以理气和络之品，旨在疏通肝胆气机。

(三) 证治分类

1. 肝气郁结

(1) 证候 胁痛以胀痛为主，走窜不定，疼痛每因情志变化而增减，胸闷，嗝气频作，苔薄，脉弦。

(2) 主要病机 肝郁气滞，疏泄不利，气阻胁络。

(3) 治法 疏肝理气。

(4) 方药 柴胡疏肝散加减。

(5) 加减 ① 胁痛较重者，加青皮、川楝子、郁金以增强理气止痛的作用。② 若气郁化火，证见胁肋掣痛，心急烦躁，口干口苦，溺黄便秘，舌红苔黄，脉弦数，可去川芎，加丹皮、山栀、黄连、川楝子、延胡索等以清肝理气，活血止痛。③ 若气郁化火伤阴，证见胁肋隐痛，遇劳加重，心烦头晕，寐差，舌红少津，脉弦细，仍予原方去川芎，加当归、首乌、枸杞子、丹皮、山栀、菊花等以滋阴清热。④ 若肝气横逆犯脾，致肝脾不和，证见胁痛、肠鸣泄泻者，可加白术、茯苓、泽泻、苡仁等以健脾止泻。⑤ 若肝气犯胃，致肝胃不和，证见恶心呕吐者，可加陈皮、半夏、藿香、砂仁、生姜等以和胃止呕。

(6) 医案举例

陈××，男，44岁。胁痛已久，厥气不舒，逆行于络。拟疏肝通络。

春柴胡3克，当归6克，白芍6克，丹皮4.5克，枳壳4.5克，黑山栀9克，广郁金9克，橘叶、橘络各4.5克，制香附9克，炙甘草1.8克，白蒺藜9克，醋炒青皮3克。

二诊：胁痛减，身体已能转侧。再从甘缓酸收辛通为法。

炙草3克，白芍6克，郁金9克，香附9克，枳壳4.5克，橘叶4.5克，丝瓜络4.5克，青皮3克，白蒺藜4.5克，当归6克，丹皮6克，软柴胡2.4克。

(摘录自上海中医学院编《实习医案选辑》)

[按] 肝喜条达，最恶抑郁，郁于本经则作胀作痛，《灵枢·五邪》篇说：“邪在肝，则两胁中痛。”本病缘由肝郁气滞所起，叶天士曰“痛久入络”，故于舒肝解郁药中又加养血通络之味，亦即“通者不痛”之意也。

2. 瘀血停着

(1) 证候 胁肋刺痛，痛有定处，入夜更甚，肋下或见症块，舌质紫暗，脉象沉涩。

(2) 主要病机 气滞血瘀，瘀血停着，痹阻胁络。

(3) 治法 祛瘀通络。

(4) 方药 旋复花汤加减。

(5) 加减 ① 若瘀血甚者，证见刺痛较剧，可酌加归尾、桃仁、郁金、延胡索、大黄、山甲、红花等以破瘀散结，活血止痛。② 若肋下有症块，而正气未衰者，可加三棱、莪术、地鳖虫等以增强破瘀消坚的作用。亦可服用鳖甲煎丸。

(6) 医案举例

汪×，痛在胁肋，游走不一，渐至痰多，手足少力。初病两年，寝食如常，今年入夏病甚。此非脏腑之病，乃由经脉继及络脉。大凡经主气，络主血，久病血瘀，瘀从便下。诸家不分经络，但忽寒忽热，宜乎无效。试服新绛一方小效，乃络病耳。议通少阳、阳明之络，通则不痛矣。

归须、炒桃仁、泽兰叶、柏子仁、香附汁、丹皮、穿山甲、乳香、没药。(摘录自《临证指南医案》)

[按] 病属胁痛，初期疼痛游走不一，显然病在气分。但病程绵延近三年，根据初病在气，久病入血，初痛在经，久痛入络的观点，病已由气入血，且试服新绛一方小效，可资佐证。故用归须、桃仁、泽兰等以化瘀，香附以理气，乳香、没药以止痛，穿山甲走窜通络。倘瘀去络通，则胁痛自可告愈。

3. 肝胆湿热

(1) 证候 胁痛口苦，胸闷纳呆，或出现身黄、目黄、小便黄赤，苔黄腻，脉弦滑数。

(2) 主要病机 肝胆湿热，疏泄失常，胁络不和。

(3) 治法 清热利湿。

(4) 方药 龙胆泻肝汤加减。

(5) 加减 ① 若发热、黄疽者，可加茵陈、黄柏以清热利湿退黄。② 若胁肋剧痛，呕吐蛔虫者，先以乌梅丸安蛔，继则驱蛔。③ 若湿热煎熬日久，结成砂石，阻滞胆道，证见胁痛剧烈，牵及肩背者，可

加金钱草、海金沙、郁金和硝石矾石散等以利胆排石。④若热盛伤津，大便秘结，腹部胀满者，可加大黄、芒硝以泻热通便。

(6) 医案举例

陈××，女，42岁，工人，1975年1月10日初诊。

六年前患胆囊炎，以后每年发作，去年发病两次。近来右胁时时疼痛，牵及右肩痠痛，纳呆，食后作胀已二月余，面色萎黄，口干且苦，大便燥结，数日一次，尿黄，舌苔薄，脉细弦。此为肝胆湿热未清，气机郁滞，化火伤阴之象。治拟疏肝利胆，泻火养阴之法。

柴胡6克，制大黄9克，赤白芍各9克，延胡索9克，木香9克，郁金9克，元明粉9克分冲，金钱草30克，北沙参12克，麦冬9克。六剂。

1月16日二诊，服药后右胁疼痛明显减轻，大便每日一次。苔薄黄，脉细弦。再拟前法加減。原方去元明粉，六剂。(摘自《黄文东医案》)

[按] 本例属肝胆气滞，湿热壅阻，脾胃运化失常，出现胁痛、口苦、纳呆腹胀、便燥尿黄等一系列症状。故处方以疏肝利胆泄热为大法，方用大柴胡汤加減。大黄与元明粉同用，泻热通腑，配合郁金、金钱草等，利胆作用颇为显著，因久病未愈，经常发作，脾胃不健，饮食减少，苦寒攻下药不宜久用，故二诊起即除去元明粉。鉴于患者面色萎黄，口干，故加沙参、麦冬之类以清养气阴。

4. 肝阴不足

(1) 证候 胁肋隐痛，悠悠不休，遇劳加重，心烦咽燥，头晕目眩，舌红少苔，脉细弦而数。

(2) 主要病机 精血亏损，肝阴不足，胁络失养。

(3) 治法 养阴柔肝。

(4) 方药 一贯煎为主方。

(5) 加減 ①若心中烦热甚，可加炒栀子、酸枣仁以清热安神。②若头晕目眩较甚，可加黄精、女贞子、菊花以益肾清肝。③若兼脾虚，证见脘闷腹胀，纳少便溏，神倦乏力，舌淡红，脉濡，宜调理肝脾，可酌减滋阴之品，加党参、白术、茯苓、苡仁等以健脾养肝。

(6) 医案举例

张××，男，44岁。病已一载，肝肿大持续在肋下2.5~3公分，脾未触及。血检肝功能无明显变化。主诉两胁滞痛，右侧为甚，脘腹腹胀，倦怠无力。曾服疏肝理气、化湿祛瘀之方达80余剂，证情不减，形体消瘦，竟至胁痛增剧，口苦咽干，眩暈不

寐，大便闭结，诊脉关弦尺弱，舌绛苔薄中裂，乃阴虚血燥，肝郁横逆之候。法当清滋柔润，以柔其刚悍之气。

北沙参12克，大生地15克，大麦冬9克，甘杞子12克，当归须4.5克，煨川楝子4.5克，黄连0.9克拌枣仁12克，柏子仁12克，生大麦芽30克，瓜蒌仁15克(打)。连服五剂，腑行通畅，胁痛大减，诸恙亦平。仍予原法出入，治疗一个多月，服药20余剂，临床症状基本消失，肝肿亦缩小至肋下1.5公分。[摘录自陈幼清《一贯煎在临床上的应用》中医杂志，(10):18, 1963]

[按] 病属胁痛，缠绵失治，竟至形消咽干，眩暈便结，舌绛苔裂，一派阴虚血燥，刚木肆虐之象，盖肝为刚脏，非柔不克，故守方用一贯煎养阴疏肝，而获良效。

四、临证备要

(一) 如前所述，气滞与血瘀均可构成胁痛，一般初病在气，久病入血，初痛在经，久痛入络。然气为血之帅，血为气之母，二者相互依存，故临证时往往疏肝理气与活血化瘀相兼并施。医案举例如下：

聂××，女，33岁，门诊号4—19679。去年九月起，肝区疼痛甚剧，引及背部，放射右肩，外院查肝功能多次正常，胆道造影无异常发现，胃肠钡餐检查，未见明显器质性病变，甲胎一次阳性，嗣后多次复查，均为阴性。目前肝区疼痛难忍，头昏不能仰视，面部黑色素斑块沉着，胃纳尚好，无发热，夜梦纷纭，苔薄，脉沉细。治拟活血疏肝，理气止痛。

丹参9克，当归9克，柴胡、延胡索各6克，香附9克，郁金9克，娑罗子9克，景天三七30克，乳香、没药各4.5克，王不留行子12克，细辛3克，失笑散15克包。

[按] 本例活血化瘀法与疏肝理气法同用，其中丹参、当归、景天三七养血活血；柴胡、香附、郁金疏肝理气止痛；失笑散、王不留行子活血破瘀；细辛的止痛作用较强，但必须配伍血分药才能发挥作用。前后服药30剂，肝区疼痛消失，面部色素斑块消退而愈。(摘自《朱锡祺医案》)

(二) 胁痛实证，临证不仅可以理气活血并施，尚可理气活血与清热化湿同投。因气滞可引起湿阻，且“气有余便是火”，日久容易化热，形成湿热、气滞、血瘀并存，反之湿热蕴结，肝胆失于疏泄，也可兼见气滞，进而又可导致血瘀。医案举例如下：

潘××，男，34岁，1969年12月17日初诊。患慢性肝炎六年，近来病况益甚，脘胀映背，二胁掣

痛，漫黄，苔腻，脉细弦。治拟疏肝和络，活血祛瘀而清湿热。

制厚朴3克，炒枳壳4.5克，龙胆草9克，制香附9克，黑山栀9克，炒川芎4.5克，大腹皮9克，五灵脂9克，木贼草9克，陈香橡皮9克。

〔按〕此例虽病历六年之久，但苔腻漫黄，脘胀、胁痛颇剧，说明湿热仍盛，瘀积在里。而运用理气活血化湿热的方法，取得明显的效果。方中木贼草一药可散肝胆风热，一般作明目去翳之用，此处用来利肝胆，去积块，防治早期肝硬化。

（三）胁痛一证，有虚有实，气滞、血瘀、湿热属实；肝阴不足属虚。但临证很多胁痛病人往往虚实互见，既有湿热，又有阴虚，或兼气滞，或兼血瘀，在治疗时应分辨主次，统筹兼顾。医案举例如下：

叶××，男，50岁，干部。患慢性肝炎5年多，肝功能检查慢性指标及γ球蛋白偏高，于1974年4月来就诊。现症为肝区疼痛，胸闷太息，眠食均差，神疲乏力，形瘦色悴，苔薄，脉弦兼劲。心肝之阴两亏，血行不利，湿热之邪羁留不去。

紫丹参9克，秦艽9克，当归6克，炙鳖甲9克，桃仁、红花各6克，参三七粉1.5克和服，石菖蒲1.5克，炙远志肉6克，失笑散9克包煎，虎杖30克，制乳没各3克，炮甲片2克。

上方加减服至1975年10月，自觉症状逐渐消失，肝功能化验慢性指标恢复正常，惟γ球蛋白仍未下降，证属肝之阴血亏虚为主，治应加重养阴益血之品。紫丹参9克，北沙参9克，大麦冬9克，炙鳖甲9克，虎杖30克，失笑散9克包煎，大生地9克，鸡血藤30克，制黄精9克，赤白芍各9克，参三七粉1.5克和服。

上方服至1976年3月，γ球蛋白恢复正常，无任何自觉症状，且能胜任较繁重的工作。

〔按〕本案病机是湿热之邪羁留不去，肝络瘀血阻滞，通而不畅，复因久病肝之阴血亏耗，长期服用养阴祛邪、活血补血的药物而取得效果。

五、复习思考题

1. 试述胁痛发生的病因病机。
2. 试述胁痛病机中气血虚实之间的转化。
3. 如何对胁痛进行气血虚实的辨证？
4. 肝气郁结的胁痛与瘀血停着的胁痛，其临床表现有何不同？其治法主方各是什么？
5. 肝胆湿热引起的胁痛有哪些临床表现？如何进行治疗？
6. 肝阴不足的胁痛有哪些临床表现？如何进行治疗？

· 咨询信箱 ·

问：阳明无经证的说法对吗？（山东省成武县康集乡水利管理站 白代法）

答：《伤寒论·伤寒例》载“尺寸俱长者，阳明受病也……以其脉夹鼻络于目，故身热目痛、鼻干不得卧”，并言经受病未入于腑者，可汗而已。这一说法虽承《素问·热论》，但可看作是阳明病分经腑证之起端。金·成无己把《伤寒论》阳明病篇所提到的面合色赤、口渴但欲漱水不欲咽、咽燥口苦、脉浮发热、口干鼻燥、耳前后肿等症状，解作“热在经”或“风热在经”，提示阳明病篇本身也有关于经证的记述，只是不够系统，也未径用“经证”一词而已。上述把阳明经脉循行部位所出现的症状及邪在经表时所伴见的脉浮、身热等叫作阳明经证，是容易被人接受的，治法则当是从汗而解，所以说阳明应有经证。清代医官所纂《医宗金鉴》进一步提出：“阳明主里，内候胃中，外候肌肉，故有病经病腑之分。如论中身热烦渴、目痛鼻干、不得眠、不恶寒反恶热者，此阳明经病也。”并说阳明经证若兼见太阳证者，则以葛根汤或桂枝加葛根汤发之；若但

见壮热有汗、心烦不眠、口渴引饮之阳明证者，以白虎汤清之；若兼见少阳证者，以柴胡白虎汤和之。它虽然补入了治法，但把胃热弥漫而需用白虎汤清之的证候也归属经证，则已和《伤寒例》、成无己等所论经证的概念与在经可汗而已的原则有所不同了，这就使“经证”的含义发生了变化，其后医家也多从其说。高校六四年版《伤寒论讲义》，径把“邪传入里，虽邪热炽盛，而肠中并无燥屎阻结的，称为经证”，并把临床表现归纳为“身热汗出，口渴引饮，脉洪大，舌苔黄燥”，至此所言阳明经证，已基本离开了阳明经脉循行部位的证候，这不仅与《伤寒例》的说法完全不同，而且也恐难说是阳明病篇的本旨，这就不易被理解了。所以高校八五年版《伤寒论讲义》则称白虎汤证为热证，而不再称其为经证，这一修改是合理的。但该讲义曾把206条面合色赤，解作邪热拂郁于经；把227条口干鼻燥与衄，解作热邪随经上扰、热盛于经等，可见其也注意到了阳明经证的存在，只不过因阳明病篇本身没有对经证作更系统的论述，而讲义也就没有作为重点而专门进行讲解罢了。

（北京中医学院伤寒教研室 讲师 郝万山）