

# 中医辨治胁痛验案

□高青

## 案例一

初诊：患者为男性，48岁，因右侧肋部隐痛不适8个多月，遂向国医大师张磊寻求中医治疗。

患者无明显诱因出现右侧肋部隐痛不适，可触及鸡蛋大小质软包块，伴触痛，曾服汤药1周后包块消失、隐痛改善，后来因过度劳累而复发。患者平素饮酒偏多。

症见：患者右侧肋部隐痛，口不干苦，餐后易胃胀、暖气，睡眠质量尚可，大小便正

常，舌尖红、苔薄黄腻，脉沉滞。辨证：气血瘀滞少阳证。

中医诊断：胁痛。治则：和解少阳、行气活血、化痰止痛。

方药：柴胡10克，黄芩10克，党参10克，清半夏10克，生牡蛎30克（先煎），炒白芥子10克，青皮10克，木香10克，川楝子6克，醋延胡索10克，连翘10克，炙甘草3克。共10剂。水煎，每天1剂，分早、晚2次温服。

二诊：患者服药20剂后，右侧肋部隐痛明显改善，胃胀、暖气减轻。现症见右侧肋部隐痛，夜间症状明显，大小便正常，舌尖红、苔薄白腻，脉沉滞。

方药：柴胡10克，生白芍10克，当归10克，炒白术10克，茯苓10克，薄荷3克（后下），制香附10克，川楝子6克，醋延胡索10克，牡丹皮10克，栀子10克，生甘草6克，生姜3片为引。共10剂。水煎，每天1剂，分早、晚2次温服。

随访：患者服药后诸症痊愈，随访半年未复发。

按语：该患者是中年男性，平素饮酒偏多，加之劳累耗伤气血，导致少阳经气不利，气血瘀滞，故见肋部隐痛、触及包块；少阳郁滞、肝胃不和，故见餐后胃胀、暖气；舌尖红、苔薄黄腻、脉沉滞，均为气滞血瘀少阳，兼有痰湿郁热之象。

方药思路：初诊从少阳论治，侧重调畅气分，以小柴胡汤合金铃子散为基础，遵循“肋下

痞硬者，去大枣加牡蛎”之法，加生牡蛎软坚散结；配伍青皮、木香、连翘，行气化痰、消积清热；加炒白芥子，辛温散结，善去皮里膜外之痰，专攻肋肋络瘀滞。全方和解少阳、行气活血、化痰止痛，契合核心病机。二诊患者症状缓解，转从肝脾、气血同调，以丹桅逍遥散合金铃子散为基础，疏肝清热、健脾养血、理气止痛，行气活血，侧重调畅气分，以小柴胡汤合金铃子散为基础，遵循“肋下

## 案例二

初诊：患者为男性，28岁，因胸肋疼痛6个月、阳痿4个月，遂向国医大师张磊寻求中医治疗。

患者初起胃脘不适，伴呕吐、低热，未进行系统规范的治疗，症状迁延不愈，渐发胸肋疼痛、阳痿。

症见：患者左上腹疼痛时作时止，小腹时有坠痛，左乳下亦痛，饮食一般，口干苦，大便头干，睡眠质量差，阳痿症状较轻，舌质正红，舌苔薄白，脉数有力。

辨证：热郁少阳（经络不通证）。

中医诊断：胁痛。治则：和解少阳、清热通络、

行气止痛。方药：柴胡10克，黄芩10克，制半夏10克，川楝子10克，延胡索9克，青皮10克，白蒺藜10克，炒白芥子6克，连翘10克，金银花10克，生地10克，竹叶10克，生甘草6克。共15剂。水煎，每天1剂，分早、晚2次温服。

二诊：患者服药后胸肋痛减轻，阳痿亦好转，偶尔恶心、口苦，头痛、头晕、腰痛，脐周小腹疼痛、肠鸣，大便不成形，小便疼痛，尿液发黄，舌质淡红，舌苔稍厚，脉细滑。

方药：在原方基础上，加木香10克，滑石20克（先煎），车前

草30克。共15剂。水煎，每天1剂，分早、晚2次温服。

随访：患者服药后诸症痊愈，性功能恢复正常，随访1年未复发。

按语：该患者是青年男性，初起外感邪热入里，郁于少阳经，致少阳经气不通，气机阻滞，故见胸肋、上腹、乳下疼痛；热郁少阳、胆气上溢，故见口干苦；热盛伤津，故见大便头干；热扰心神，故见眠差。肝主宗筋，少阳郁滞，肝气不舒，宗筋失养，故发阳痿；舌质红、脉数有力，均为热郁少阳之象。

方药思路：初诊以小柴胡汤为核心和解少阳，结合经典方剂

进行化裁，外有郁热，可去掉人参，加金银花、连翘透热外出；胁痛为气郁血瘀，加金铃子散（川楝子、延胡索）行气止痛；大便头干为阴津不足，加生地滋阴润燥；乳下痛为痰凝气滞，加白芥子、青皮、白蒺藜破气散结、消痰通络。全方以和解少阳为核心，加味药物均入肝经，不扰主方效力；阳痿无须单独施治，肝气条

达则宗筋得养、阳气自展，症状自消。二诊时，患者主症缓解，新增脐周疼痛、小便黄、大便溏，为下焦气机不利、清浊不分，故守原方加木香行少腹气滞，加滑石、车前草清利小便、分清浊，标本兼顾，巩固疗效。（作者系河南省第三批中医药青苗人才）



## 经验之谈

# 拔毒生肌膏的临床应用

□杨松三

笔者应用拔毒生肌膏治疗急性化脓性乳腺炎560余例，有效率达90%；治疗各类外科疮疡630余例，治愈率90%~97%；用于肛瘘治疗13例，治愈8例，现将相关治疗经验总结如下：

方药与制备 方药：当归6克，红花6克，广丹180克，川芎6克，土鳖虫15克（约30个），大黄6克，白芷6克，血竭适量，麻油500克。

制备：除血竭、广丹外，其余药物放入麻油中浸泡24小时，文火炸至白芷焦黄，过滤药渣，加入血竭溶解后，再加入广丹搅拌均匀至“滴水成珠”即可。

功效：活血消肿，解毒提脓，生肌收口。

用法与适应证 用法：根据疮面大小将药膏涂于白布或油纸上，外敷于肿痛或溃疡表面即可。

适应证：适用于急性化脓性乳腺炎，各类疔、疖、毒，以及无名肿毒及顽固性溃疡。

典型病例 案例一：患者为女性，24岁，哺乳期，急性乳腺炎术后2处切口不愈合，伴患乳坚硬、伤口色暗、深两厘米，有少量脓液，伤口37.9摄氏度。笔者给予其伤口内应用生肌散，外敷拔毒生肌膏，

每日换药1次。3天后，患者脓液增多，乳房变软，伤口转红（新生肉芽），继续用药1周后伤口愈合，随访2年未复发。

案例二：患者为女性，31岁，乳房肿痛、恶寒发热、食欲不振、大便干结，经过抗生素治疗3天（症状加重），左乳上方有鸡蛋大小红肿隆起、触之有波动感，脓液已酿成。笔者给予其拔毒生肌膏外敷，次日膏药下病灶自行破溃排脓，每日换药1次，12天后痊愈，随访4个月未复发。

案例三：患者为女性，34岁，双乳急性乳腺炎3个月，反复化脓、术后不愈，伴高热（39.1摄氏

度），精神较差。笔者给予其三棱针挑刺排脓后，次日体温降至37.1摄氏度，外敷拔毒生肌膏治疗，20天后痊愈，随访1年未复发。

治疗体会：中医学认为，痈疽发病多因外感六淫、饮食不节、外伤或情志内伤，导致经络阻隔、气血壅滞、热毒蕴结而成，外治当以活血通络、消肿散结、解毒生肌为原则。历代医学家认为外用不宜过寒，以免寒凝血滞；脓出后忌用寒凉之品，宜用温药引毒外出。拔毒生肌膏性平偏温，方中当归、川芎、红花、大黄，活血化瘀；土鳖虫、血

竭，通经散毒；白芷，温散引毒外出；广丹，解毒敛疮；麻油，润肤生肌。诸药合用，共奏拔毒生肌、活血散瘀、消肿止痛之功，可使阴转阳，契合外科疮疡的治疗原则。

急性乳腺炎多因肝郁气滞、阳明郁热，加之哺乳乳汁淤积、阻隔、邪热蕴蒸酿脓而成。临床应用拔毒生肌膏治疗急性乳腺炎，未化脓时，可缩小化脓范围、消肿散结；已化脓时，可提毒排脓、生肌止痛，且治愈后乳汁分泌不受影响。

（作者供职于南阳市唐河县张店镇卫生院胡寨村卫生所）

## 中医特色疗法

# 指针点穴治疗颈源性高血压

□张世卿

## 案例一

初诊：患者为女性，58岁，因间断头晕3年，加重1个月就诊。

3年前，患者无明显诱因出现头晕、血压升高，自行口服硝苯地平片，血压控制效果不佳。近1个月，患者因工作繁忙、精神紧张，加之颈部受凉后头晕加重，休息后不缓解，伴颈部不适。

症见：患者头晕，心烦，颈项拘急不适，眼干，饮食尚可，睡眠质量差（入睡困难，夜间易惊醒），大小便正常，舌质红、苔黄略厚腻，脉弦细。

病史：患者平素体健，否认有高血压家族史；有耳鸣病史10年，平素易怒，绝经8年。

辅助检查：24小时动态血压监测结果显示最高血压147/101毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），收缩压、舒张压均高于正常范围，椎间盘突出左偏。

中医诊断：眩晕。辨证：肝肾阴虚证。

西医诊断：颈源性高血压。治则：滋阴潜阳、平肝熄风。

“九宫”点揉：头部、背部、腹部“九宫”统一基础操作。补坎卦（顺时针点揉9次），补兑卦（顺时针点揉63次），泻坤卦（顺时针点揉12次），泻离卦（逆时针点揉81次）。结合易象、舌红、苔黄厚腻、肝阳上亢之象，加泻震卦（逆时针点揉27次）、清巽卦（逆时针点揉24次）；无胃肠不适，给

予乾卦、艮卦平补泻（顺逆各点揉36次，48次）。

配穴点按：配合点按安眠穴、风池穴、神门穴、内关穴。笔者嘱咐患者保持心情舒畅，避免长期低头伏案工作。

二诊：患者自觉头目较前清爽，头晕症状减轻过半，血压降至135/93毫米汞柱，入睡困难较前改善，仍有颈项拘急不适。治疗方案有效，守原方继续治疗。

三诊：患者眩晕进一步减轻，血压平稳，失眠、颈项拘急不适均好转。考虑患者老年体弱，刺激量不宜过大，原方减去神门穴、内关穴，每日治疗1次，连续治疗10天为1个疗程。

随访：1个月后电话随访，患者头晕好转，睡眠质量提高，精神状态佳，血压平稳，头晕未复发。

按语：该患者为老年女性，平素性情急躁，肝肾阴虚、肝阳上亢，复因劳累、受凉诱发病情加重，结合舌脉辨证为肝肾阴虚证。治疗以“河洛九宫”指针技术为核心，立足于坎卦调补肾元，滋阴潜阳、平肝熄风，调和五脏气机，恢复人体精气“一气周流”；针对肝阳上亢之象泻震卦、清巽卦，无胃肠不适则平补泻乾、艮二卦；配合点按风池穴松解颈项痉挛，点按安眠穴、神门穴、内关穴调神安神，标本兼顾。二诊效不更方，三诊减少穴位刺激量，避免

伤正。全方谨守病机，补虚泻实，最终恢复气机升降有序、阴阳调和之态。

## 案例二

初诊：患者为男性，59岁，因间断头晕7年，加重3天就诊。

患者颈椎病病史长达7年，间断出现颈部疼痛、头晕、头痛，经理疗后症状可缓解。3天前，患者因劳累、颈部受凉后症状复发，头晕、头痛、颈部疼痛，休息后不缓解，自行服用消炎镇痛药效果不佳。

症见：头晕，颈项疼痛不适，腰膝酸软，心烦，食欲不振，食后腹胀，暖气、泛酸、烧心，失眠多梦（夜间易醒），大便不畅（两三日一次），小便尚可，舌质红、苔黄略腻，脉沉细。

既往史：患者平素体健，否认有高血压家族史。

辅助检查：24小时动态血压监测显示最高血压140/110毫米汞柱，收缩压、舒张压均高于正常范围，椎间盘突出左偏。

中医诊断：眩晕。辨证：肝肾阴虚证。

西医诊断：颈源性高血压。治则：补益肝肾、化痰降逆。

“九宫”点揉：头部、背部、腹部“九宫”统一基础操作。补坎卦（顺时针点揉9次），补兑卦（顺时针点揉63次），泻坤卦（顺时针点揉12次），泻离卦（逆时针点揉81次）。结合患者食欲不振、腹胀、

暖气、泛酸、大便不畅之象，加泻乾卦（顺时针点揉36次）通腑气，泻离卦（顺时针点揉48次）降胃气；无明显肝阳上亢，予震卦、巽卦平补泻（顺时针、逆时针各点揉27次、24次）。

配穴点按：配合点按风池穴、安眠穴、神门穴、肾俞穴、中脘穴、梁门穴。笔者嘱咐患者保持心情舒畅，避免长期低头伏案工作。

二诊：患者自觉头目较前清爽，头痛好转，头晕休息后可缓解，血压降至130/95毫米汞柱，多梦易醒较前改善，仍有颈项疼痛，纳食、腹胀较前好转，偶有暖气、泛酸、大便不畅。在原穴位基础上，加足三里穴、上巨虚穴点按，继续治疗。

三诊：患者眩晕减轻，血压降至130/90毫米汞柱，睡眠质量改善，在原穴位基础上减去神门穴；食后腹胀好转，大便一两日一次，守方每日治疗1次，连续治疗10天为1个疗程。

随访：1个月后电话随访，患者头晕好转，睡眠质量尚可，饮食尚可，大小便均恢复正常，精神状态佳，血压监测平稳，头晕、头痛、颈部疼痛未复发。

按语：该患者为老年男性，患颈椎病日久，肝肾阴虚，复因劳累、受凉诱发，兼见脾胃失和、痰浊内蕴之象，辨证为肝肾阴虚证。治疗以坎卦为核心调补肾元，补益肝肾、化痰降逆，恢复“一

气周流”；针对脾胃失和、腑气不通之象，泻乾卦通腑气、泻离卦降胃气，平补泻震、巽二卦；配合风池穴松解颈项，肾俞穴补益肝肾，中脘穴、梁门穴消食化滞、化痰降气，安眠穴、神门穴调神安神。二诊时，加足三里穴、上巨虚穴增强通腑降逆之力。三诊时，减少刺激量巩固疗效，全方标本兼顾，调畅脏腑气机，实现阴阳调和。

从中医学来讲，颈源性高血压属于本虚标实之证，核心病机为气机升降失调。笔者基于圆运动“中气旋转、升降回旋”的理论，结合“脑肠轴”“肾肠轴”进行研究，以经络、脏腑辨证为基础，以任督二脉升降失常为主导，以肾脏亏虚为核心病因，以“调任通督”为原则，立足于坎卦、重视补肾为先。临床运用“河洛九宫”指针点穴技术，以百会穴、大椎穴、神阙穴为中心，分别施行头部、背部、腹部“九宫”操作，谨守“虚则补之、实则泻之、燥则补其母、实则泻其子；抑强扶弱”的三大原则，将经络与脏腑辨证相结合，调畅任督二脉、调和五脏六腑，实现圆运动“脾胃升降、肝升肺降、心肾相交”，促进气机升降、“一气周流”，最终达到阴阳贯通、气血调畅的治疗目的。（作者为“河洛九宫推拿”学术流派传承人）

## 四诊合参

初诊：患者为女性，52岁，退休人员，因腹胀便秘6个月有余，加重1周就诊。发病节气为立春。

6个月前，患者无明显诱因出现腹胀便秘，晨起症状明显。患者自行购药治疗（具体用药情况不详），但是用药后排稀便，便后头晕、心慌、全身乏力，伴睡前泛酸，食生花生后泛酸可缓解，无烧心、暖气、发热等不适。1周前，患者症状再次加重，为求进一步治疗来到笔者所在医院就诊，门诊以“胃痞、糜烂性胃炎”收治入院。

症见：患者神志清醒，精神欠佳，腹胀便秘，不服药则无法自主排便，服药后大便稀溏，食欲不振，睡眠质量差（入睡困难），小便正常，舌红、苔黄腻，脉弦滑。近6个月，患者体重较前减轻9千克。

病史：乳腺癌保乳切除术后11年，术后放疗、化疗7次，恢复良好；冠心病病史1年有余，坚持口服药物治疗（病情稳定）。患者否认糖尿病、高血压病等慢性病史，否认传染病史、手术外伤史、输血献血史及药物食物过敏史。

体格检查：患者常规查体未见明显异常，仅鼻翼两侧可见破溃红结节，无渗出，左乳可见5厘米长陈旧手术瘢痕；心肺腹查体无阳性体征，神经系统检查存在生理反射，病理反射未引出。

实验室检查：尿常规、血常规检查结果提示轻度异常，血脂四项检查未见明显异常。

中医诊断：胃痞，便秘。辨证：肝胃气滞证。

西医诊断：糜烂性胃炎，冠心病，乳腺癌切除术后。

治则：疏肝理气、和胃消痞、通腑泄热。

方药：北柴胡6克，白芍30克，陈皮15克，炒枳实25克，当归12克，茯苓10克，生白术15克，炙甘草6克，大黄15克，牡丹皮15克，炒桃仁20克，赤芍15克，生地10克，芒硝3克（冲服），焦栀子15克，黄连6克，沉香5克，炒火麻仁15克，郁李仁15克。共5剂。水煎，每天1剂，分早、晚2次温服。

二诊：患者服药后肠腑得通，腹胀缓解，大便通畅，睡眠质量较前改善，舌红、苔薄黄腻，脉弦。患者腑气已通，无须峻下软坚。

方药：在原方基础上，去掉芒硝、黄连、炒火麻仁、郁李仁，大黄剂量增至30克，将生白术改为炒白术（10克），生地剂量增至15克，继服5剂，煎服方法同前。

三诊：患者服药后腹胀便秘进一步好转，诸症平稳，舌红、苔薄白，脉弦。患者腑气通畅。

方药：二诊方药基础上，大黄剂量减至15克，生地剂量减至10克，继服5剂，煎服方法同前。

随访：患者经过治疗后腹胀、便秘症状基本缓解，睡眠质量改善，病情稳定。治疗中需要密切关注腹胀、排便及泛酸症状变化，及时调整方药。若患者出现腹痛加重、便血、体重大幅下降等新发症状，患者需要及时就诊。患者日常饮食要规律，忌食肥甘厚味、辛辣刺激性食物，避免久坐，适度运动，保持情绪舒畅，预防复发。

按语：此患者为中年女性，平素嗜食肥甘厚味，饮食不节伤及脾胃，导致脾失健运，中焦气机阻滞；加之情志不畅，肝气郁结，横逆犯胃，发为肝胃气滞，故见腹胀、胃痞；脾胃运化失常，胃失和降、糟粕内停，故发便秘；气滞日久化热，湿热内蕴，故见舌红、苔黄腻、脉弦滑；睡眠质量差为肝气郁结、心神不宁之象，病性属于本虚标实，以气滞、湿热为标，脾胃亏虚为本。

方药思路：初诊针对肝胃气滞、湿热内蕴、腑气不通的核心病机，以柴胡疏肝散合大黄牡丹汤化裁，疏肝与通腑并用，理气与清热兼顾。二诊患者腑气已通，腹胀缓解，去掉峻下、清热、润肠类药物，调整大黄、白术用量，增强通腑健脾之力，避免滋腻碍胃。三诊患者诸症平稳，减少大黄剂量，避免峻下伤正，以巩固疗效、调理肝脾胃功能为主。

药物分析：大黄剂量随病情动态调整，初诊15克泄热通腑，二诊增至30克增强导滞之力，三诊减回15克兼顾扶正，中病即止；重用白芍（30克）和炒枳实（25克），前者养肝敛阴、缓急止痛，与柴胡配伍一散一收、疏肝不伤阴；后者破气消痞、导滞通腑，与柴胡配伍一升一降、调畅气机；芒硝仅用于初诊峻下通腑，中病即止，避免伤正；炒制类药物增效减毒，通腑而不伤正气。

用药配伍：初诊以柴胡、白芍为君药，疏肝理气、敛阴缓急；以大黄、枳实、陈皮、牡丹皮、桃仁为臣药，破气消痞、通腑活血；佐以养阴清热、燥湿润肠、健脾和胃之品，炙甘草调和诸药为使药。全方共奏疏肝理气、和胃消痞、通腑泄热之功，祛邪而不伤正。（作者供职于河南省中医院）

## 征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”，设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色疗法》《中医外治》《针推治验》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求：一定是原创，言之有物，具体可行；1000字以内；可以用小故事开头，以增加趣味性。

联系人：朱老师 电话：13783596707 投稿邮箱：5615865@qq.com

本版方药需要在专业医生指导下使用