

# 我从少阳胆经论治胸痹心痛之临证心得

张德贵

山西省吕梁市人民医院中医科 吕梁泰化医院中医科, 山西 吕梁 033000

**摘要：** 根据《灵枢·经脉》“胆足少阳之脉……其支者，别锐眦，下大迎，合于手少阳，抵于颞下，下加颊车，下颈、合缺盆，以下胸中……是动则病口苦，善太息，心胁痛，不能转侧……”《素问·灵兰秘典论》：“胆者，中正之官，决断出焉”《素问·六节脏象论》：“凡十一脏，取决于胆也。”等理论，结合西医“胆心综合征”的认识及作者的实践心得，本文提出心病从少阳胆经论治的观点与治法，将胸痹心痛辨证为少阳不和，胆郁痰扰，以此为基本证型，治以温胆通阳法，用柴胡温胆汤加减治之，取得了较好的效果，并附具体案例证明之。

**关键词：** 胸痹心痛；少阳胆郁；温胆通阳法；柴胡温胆汤

## My Clinical Experience in Treating Chest Obstruction and Heartache from the Perspective of Shaoyang Gallbladder Classic

Zhang Degui

Traditional Chinese Medicine Department of Lvliang People's Hospital, Lvliang Taihua Hospital, Lvliang, Shanxi 033000

胸痹是指以胸部闷痛、甚则胸痛彻背，喘息不得卧为主要表现的一种疾病，轻者感觉胸闷，呼吸欠畅，重者则有胸痛，严重者心痛彻背，背痛彻心。内经有真心痛、厥心痛之称，汉代张仲景《金匮要略》称之为“胸痹”相当于现代医学之冠心病。

本文提出心病从少阳胆经论治的观点与实践，其理论依据为：

《灵枢·经脉》“三焦手少阳之脉，起于小指次指之端……入缺盆，布膻中，散络心包……”“胆足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角，下耳后，循颈行手少阳之前，至肩上，却交出少阴之后，入缺盆……其支者，别锐眦，下大迎，合于手少阳，抵于颞下，下加颊车，下颈、合缺盆，以下胸中……”，“是动则病口苦，善太息，心胁痛，不能转侧，甚则面微有尘，体无膏泽，足外反热，是为阳厥。”另一方面，《素问·灵兰秘典论》云：“胆者，中正之官，决断出焉”，《素问·六节脏象论》云：“凡十一脏，取决于胆也。”金·李杲在《脾胃论·脾胃虚实传变论》中说：“凡十一脏取决于胆也，胆者，少阳春生之气，春气升则万化安，故胆气春升，则余脏从之……”<sup>[1]</sup>

此外，《素问·阴阳离合论》：“是故三之离合也，太阳为开，阳明为阖，少阳为枢……”本论指出少阳所处位置在表里之间，可出可入，只有此枢机舒畅则人体的阳气才能顺利地通过三焦运送到全身，才能保证气血津液在人体表里之出入正常。若少阳枢机不利，就会表现为人体阳气生升不足或阳气痹阻，若成上焦心阳衰微，下焦阴寒太盛时就会发生胸痹。

可见，胆与心的关系以及与整个五脏六腑的关系是如此的密切。王春才等也认为：“胆气升发，胆道疏利，有助于心气调畅，心脉宣通，心气和胆气的互通互利，对维持人体生理和谐、脏腑功能协调、气机运行通畅具有重要作用。”<sup>[2]</sup>

再就是依据西医理论对胆与心的认识：胆囊与心肌的神经支配存在联系，胆囊与心肌的脊神经支配，在胸4~5脊神经处交叉。临床见到的胆心综合征的发生就是这样的机理。胆心综合征就是胆道系统疾病（胆囊炎、胆结石）等，并通过神经反射引起冠状动脉收缩，导致冠状动脉供血不足，从而引起心绞痛、心律不齐，甚至心肌梗塞等症状的临床综合征。说明了胆囊疾病与心脏的关联。

少阳不和型胸痹表现为胸胁苦满，口苦，胸憋胸痛，舌红苔黄，脉弦或弦滑。余将此证辨为“少阳不和，胆郁痰扰证”其治法为和解少阳，通阳化痰。柴胡温胆汤主之。柴胡温胆汤组成如下：柴胡、黄芩、姜半夏、党参、炙甘草、陈皮、茯苓、枳实、竹茹、生姜、大枣。

柴胡温胆汤是由小柴胡汤和温胆汤组合而成，是我自己的组合运用，它不同于《医宗金鉴》所载之柴胡温胆汤，该方是由温胆汤加柴胡所成，主治小“儿感冒夹惊，病虽退，尚觉心悸不寐者。”

小柴胡汤出自伤寒论，是少阳病主方，由柴胡、黄芩、半夏、人参、炙甘草、生姜、大枣组成；温胆汤由半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、竹茹、生姜、大枣组成，其首见于唐·孙思邈《千金要方·胆腑》，主治“大病后，虚烦不得眠，此胆寒故也，宜服温胆汤方。”之后南宋陈无择在《三因极一病其证方论》收录了此方，《三因极一病其证方论》卷10中载有：“治心胆虚怯，触事易惊，或梦寐不祥，或异象惑，遂致心惊胆怯，气郁生涎，涎与气搏，变生诸证，或短气悸乏，或复自汗，四肢浮肿，饮食无味，心虚烦闷，坐卧不安。”

余将二方组合用于少阳不和，胆郁胆寒所致的胸痹心痛病以及更广泛的疾病。本文重点介绍我对胸痹心痛的治疗心得。现介

通讯作者：张德贵，男，主任医师，山西省名中医，山西省名老中医药专家传承工作室指导老师，山西中医药大学硕士研究生导师。研究方向：中医内科心系疾病、肺系疾病等。

绍案例于下：

## 案例一

### 从少阳通阳：温胆与和解相结合治疗胸痹案

孟某，男68岁，河北人，太原某单位退休干部，2019年6月6日初诊。

主因发现血压高23年，发作性胸憋、胸痛二月而诊。

患者于23年前发现高血压，给予抗高血压药物治疗，近年来时有胸憋、胸痛，不能左侧卧。近两月来加重，活动后胸憋气短尤为明显。服速效救心丸可缓解。曾做冠脉造影示左主干、前降支及右冠堵塞达80%以上，诊为冠心病不稳定性心绞痛，建议做支架植入术。患者畏惧做手术，遂经朋友介绍来诊。现在症状以胸憋、胸痛发作为主，伴有口苦，胁痛。

刻诊：血压135/70mmHg，精神较差。鼻头红而暗，面色稍暗青，表情忧郁，答话时略显优柔寡断。心率60bpm，心律不齐，偶闻早搏。

舌象：舌质暗红，苔黄滑；脉象：弦滑

辨证：痰热阻胸，少阳失和

诊断：胸痹，冠心病不稳定性心绞痛

治则：温胆化痰，和解少阳

方药：柴胡温胆汤加减

陈皮20g法半夏10g茯苓10g炙甘草9g枳实9g竹茹6g黄连9g瓜蒌20g柴胡12g黄芩5g太子参12g丹参20g川芎9g生姜3片，大枣3枚。

上方水煎服六剂。

6月13日二诊：

药后胸憋胸痛等症明显减轻，发作次数减少，不服“速效救心丸”亦可。

查体：精神可。

舌脉所见：舌象：舌质红黯，苔黄。脉象：弦滑

治同前法，方在上方基础上加大太子参至15g，加桂枝12g，继服六剂。

三诊：

诸症进一步明显减轻。

处理：

守上方加赤芍12，当归12再服六剂。

四诊：

诸症进一步减轻，患者一进门就说，效果不错！有三大进步点：一是胸憋气短基本消除，二是每日下了公交车后连续走一公里不气短，此前要歇两次；三是可以朝左侧卧。

查体：鼻头红变浅，精神好。

舌象：舌质红，略暗，苔微黄。脉象：弦滑

处理：

上方去竹茹，加炒白术20，胆南星10再服六剂。

2019年7月9日

五诊：

胸憋气短进一步减轻，心脏耐力进一步增强，可走较长的路。

查体：精神气色好。

舌象：舌质略红黯，苔微黄。脉象：滑

处理：

守上方加大太子参至20g，以补气再服六剂。

诸症得以控制，心电图未见早搏。停止中药治疗，嘱服三七粉与丹参片以维持。

按：

患者长期饮酒，成酒客，湿热内蕴，痰热内蕴，再加患者平素胆小、多疑，心胸狭隘，再加口苦、胁痛、脉弦等，属胆经病变。如《灵枢·经脉》指出：“胆足少阳之脉，是动则病口苦，善太息，心胁痛，不能转侧，甚则面微有尘，体无膏泽。”因胆心相通，故从少阳胆经论治获效。

## 案例二

### 从少阳通阳：温胆化痰与通阳散结相结合治疗胸痹案

冯某某，男，71岁，原平人，2022年12月9日初诊。

主因活动后胸憋、胸痛20天而诊。

患者于20天前出现胸憋、胸痛、胸中满闷，活动后加重，曾经当地医院做心脏冠脉造影，显示：冠状动脉三支堵塞均在90%以上，其中回旋支堵塞99%，医生建议手术治疗。患者拒做手术，要求中医保守治疗，遂来诊。

刻诊：面色略青，精神可。

舌象：舌暗红，苔微黄；脉象：迟弦

辨证：少阳失和，胸阳痹阻。

诊断：胸痹，冠心病不稳定性心绞痛。

方药：小柴胡汤合枳实薤白桂枝汤加减：

柴胡15g黄芩5g姜半夏9g人参9g炙甘草9g陈皮9g炒枳实6g茯苓10g桂枝20g瓜蒌20g薤白10g川芎15g生姜5片大枣4枚。

上方水煎服六剂。

2022年12月16日二诊：

患者一进门就笑着对我说：“挺见效的！挺见效的！吃了第一煎就见效了，感觉很舒服，胸憋、胸痛明显减轻，一天比一天见效。”我还有记录呢！下次我把它带来。

查体：精神较好，面色较前泛红。

舌暗红，苔少白

脉迟弦较有力

处理：效不更方，守上方加大桂枝至20克，干姜易生姜，继服6剂。

12月23日三诊：

药后自我感觉较好。胸痛等进一步减轻。

处理：

守上方加白芍、白术、当归、葛根再服六剂。

12月30日四诊：

自我感觉较好。

守上方加制附子12克，以温通心肾之阳，再服六剂。整方如下：

柴胡12g 黄芩6g 姜半夏9g 人参8g 炙甘草12g 陈皮9g 茯苓10g 炒枳实9g 竹茹6g 桂枝15g 附子12g 干姜15g 川芎12g 白芍12g 白术15g 葛根20g

上方水煎服，连服六剂。

2023年1月13日五诊：

药后胸痛等症较前明显减轻，偶有发作，较轻。

处理：

守上方加大附子至20克。再服12剂。

药后胸痛等症一直未发。

治在上方基础上制成丸剂以较长期地巩固。

一年后随访，胸憋、胸痛等症一直未发，精神较好。

按：

本案仍是从少阳通心阳之法。是温胆化痰与散结通阳相结合。取柴胡温胆汤和解少阳、温胆化痰为主，加《金匮要略》之枳实薤白桂枝汤通阳散结，以治“胸痹心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心”，共奏和解温胆，通阳散结之功。

### 案例三

#### 温胆通阳与疏肝通阳相结合治疗胸痹兼消渴案

王某某，女，74岁，太原人，2024年5月23日初诊。

主因发现血糖高20余年，间断性胸闷、心慌5年余而诊。

患者于20年前发现血糖高，确诊为糖尿病，给予口服二甲双胍治疗。近五年来间断出现心慌、胸闷气短，活动后加重，并有口苦口干，小便色黄，尿频，以及眼睛干涩。心电图示ST-T改变，本人要求中医治疗。

刻诊：面色稍青而暗，表情稍显痛苦。

舌脉所见：舌体胖大，舌紫黯，苔白腻，舌底络脉瘀阻。脉象：弦略滑。

辨证：肝胆失疏，心阳受阻。

诊断：1.胸痹，冠心病心绞痛；2.消渴，2型糖尿病。

治则：疏肝和胆，化痰通阳。

方药：小柴胡汤合逍遥散加减：

柴胡12g 黄芩6g 姜半夏9g 人参6g 炙甘草8g 当归12g 白芍20g 茯苓10g 白术12g 陈皮9g 炒枳实9g 薄荷6g 炒决明子15g 生地15g 桂枝15g 丹参15g 炒桃仁10g 生姜五片。

上方水煎服，一日一剂，连服六剂。

2024年6月4日二诊：

患者一进门就对我说：“哎呀，那药真顶事儿呢！心慌胸闷气短等症再也没有出现。血糖也稳定在7mmol/L左右。老伴儿催我说：‘赶紧去再看看吧！’”她又补充说：“吃上药以后感觉有一股气由大腿向下贯通。”我说：“这就是药力所至，是沿着经络循行部位走行，以打通经络。”

刻诊：精神转好，面色稍暗。表情愉快。

舌脉所见：舌质黯，苔微腻，舌底络脉瘀阻；脉弦数滑。

处理：守上方加桃仁10克，并将桂枝加至15克，白芍加至20克，继服六剂。

2024年6月18日三诊：

药后只昨日出现一次胸闷，感觉后背至头顶上冲。

查体：精神气色可。

舌象：舌质黯，苔白唯腻微黄，舌底络脉瘀阻。脉象：脉弦。

处理：守上方去薄荷，生地易熟地；加川芎、枳实以理气化痰，加山萸、淫羊藿以补肾，再服12剂。

药后随访三月，胸痹症状未发生，血糖控制在空腹6.1~6.5mmol/L左右，餐后两小时血糖7.8~8.9mmol/L之间。

按：

本案胸痹是消渴基础上的胸痹，表现心慌，口苦为主，或胸胁闷痛，脉弦。且与情绪有关，故辨证为肝胆失疏，即少阳胆经不和与厥阴肝经失疏，治宜疏肝和胆，化痰通阳，兼以化痰。方用小柴胡汤合逍遥散为主，适当加活血化痰之品，不仅缓解了胸痹，也调节了血糖。

### 参考文献：

[1]金. 李东垣. 脾胃论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005; 5.

[2]王春才等. 胆心综合征的中医辨治体会 [J]. 四川中医, 2006,24(3):14-15.