

张仲景哕病证治规律初探与临证心得

● 章浩军* 刘启华 曾萍

摘要 张仲景在《伤寒论》中有9条条论及“哕”，而其在《金匱要略·呕吐哕下利脉证治》更是专门论及哕。笔者以六经辨证理论为指导，结合自身三十余年临证实践，通过对张仲景所论“哕”之相关条文加以归类、分析，以期整理出张仲景治“哕”之辨证规律，并将其简化分为阳明热结实证、阳明虚寒证、太阴胃气虚败证等三大证型，用诸临证辨治。

关键词 张仲景 哕 证治规律 研究与应用

“哕”为古代病名，即今之“呃逆”，是指胃气上逆动膈，以气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，难以自制为主要表现的病证^[1]。哕，始见于《素问·宣明五气》：“胃为气逆为哕。”《灵枢·口问》说：“谷入于胃，胃气上注于肺，今有故寒气与新谷气，俱还入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为哕。”而张仲景在《伤寒论》中多处提及哕，特别是在《金匱要略·呕吐哕下利脉证治》更是专门论及哕。笔者通过对张仲景所论“哕”之相关条文加以归类、分析，以期整理出张仲景“哕”之辨治规律，并用诸指导临证实践。

1 张仲景论哕之机理探微

《伤寒论》中有9条条论及哕，仲景从虚实而论哕之病变机理，虚者多为胃气虚败、气逆而上

所致；实者常因邪结、胃气不降反逆而致。而仲景在《金匱要略》则更是专篇论述哕，并提出专方专药治之。从张仲景有关哕病论述条文可以看得出：其以虚实二端论及哕，实者常因前后二阴不利、胃气上逆而作哕，治当以通利为宜；虚者多因其人平素胃气本虚，或饮水之后胃虚不消水，水与胃寒相搏，胃气上逆而作哕，或胃中虚热，气逆上冲而作哕。

1.1 太阳病误治伤正胃逆作哕

阳病误治伤正胃气上逆，如《伤寒论》第98条：“……本渴饮水而呕者，柴胡不中与也，食谷者哕。”此为水饮病若误予柴胡汤，不仅饮水作呕，而且脾胃将败，进而可食谷作哕。第111条：“太阳病中风，以火劫发汗，邪风被火热，……久则谵语，甚者至哕，手足躁扰，捻衣摸床，小便利者，其人可治。”此乃太阳中风误以火法发

汗，致风火相煽，久则阳明燥热，胃津大伤，胃气败绝而为呃逆^[2]。

1.2 阳明胃中虚冷水入作哕

《伤寒论》第194条：“阳明病，不能食，攻其热必哕，所以然者，胃中虚冷故也；以其人本虚，攻其热必哕。”此为见“不能食”而误认为胃家实而攻其热，伤及脾胃之气，胃败而气逆而上作“哕”，因其人本虚，攻之犯虚虚之误。《伤寒论》第209条：“阳明病，……欲饮水者，与水则哕。”此为阳明病之大便难，以大承气汤攻下，实则燥屎未成，大承气汤攻之乃为误治，反使脾胃阳气受损，胃中虚冷，受纳腐熟无权，胃气不降，出现饮水则哕之变证。《伤寒论》第226条：“若胃中虚冷，不能食者，饮水则哕”此为胃阳虚，寒冷之邪内居，不唯纳食受阻，且饮水之后水停胃中不化，寒水相搏，胃气不降而逆则见哕。

《金匱要略·呕吐哕下利脉证治》第22条：“干呕，哕，若手足厥者，橘皮汤主之”，此为寒邪直中入里，胃寒气逆而作哕。

* 作者简介 章浩军，男，主任医师，硕士研究生导师。国家中医药管理局第二批全国优秀中医临床人才。主要从事中医脾胃病、风湿病临床研究。

• 作者单位 福建省龙岩市中医院(364000)

1.3 阳明胃虚有热上冲作哕

《伤寒论》第 231 条：“阳明中风……有潮热，时时哕……若不尿，腹满加哕者不治。”“时时哕”是为枢机不利，邪热闭郁，其证属实；第 232 条：“腹满加哕者不治”，则为胃气败绝，三焦壅塞不通，气机不得通降，邪无去路，故哕为不治^[3]。

《金匮要略·呕吐哕下利脉证治》第 23 条：“哕逆者，橘皮竹茹汤主之。”此条仲景叙证简单，以药测证，当为胃虚而热乘之，胃气上逆所致之哕。

1.4 邪实内结胃气上逆作哕

《伤寒论》第 380 条：“伤寒，大吐，大下之，极虚，复极汗，其人外气怫郁，复与之水，以发其汗，因得哕。所以然者，胃中寒冷故也。”

《伤寒论》第 381 条：“伤寒哕而腹满，视其前后，知何部不利，利之则愈。”此为邪实内结，治以通利之法，使邪有出路，胃气得降，则哕证自除。若因水气内滞者，则通利其前阴而利其小便；若邪实内结于里，则治后通其大便。故哕属实证者均以通利治之，则邪去哕自愈。

从第 380 条、第 381 条前后二条对比可知：前者大吐、大下、极汗后，胃中阳气虚衰，再与饮水，则阴寒水冷氣逆上冲而作哕；后者为哕与腹满并见，系下焦气机不畅，胃气不降反而上冲所致，其因或为下焦膀胱气滞不通而在前阴，或为热结肠道胃气不降而见于后阴，故仲景提出要“视其前后，方可知何部不利”，再以通利之法治之而哕病得除。

2 张仲景治哕方药分析

仲景治哕方药仅见于《金匮要

略·呕吐哕下利脉证治》中橘皮汤及橘皮竹茹汤等治哕之虚证二方。而其论哕之实者未见方药。笔者认为可参照仲景以五苓散通前阴，承气汤攻下后阴之选方。

2.1 胃寒宜用橘姜 张仲景在《金匮要略》第 22 条所述之证属胃寒气逆致哕，仲师选用橘皮汤治之，方中橘皮苦温行气，生姜散寒和胃止呕。上药合用共奏散寒行气之功以止哕。

《神农本草经》载橘皮：“味辛，温。主胸中瘕热，逆气，利水谷……”而仲景用橘皮汤治哕属寒者，取橘皮四两健脾胃以行气，配生姜半斤辛温和胃，二者合用则健脾胃而能下气使哕逆得除。

2.2 胃热则加竹茹 仲景治哕属热者，正如《金匮要略》第 23 条所述。此证为胃中虚热，气逆上冲而致，治选橘皮竹茹汤。方中在橘皮汤散寒行气止呕基础上，加竹茹以清热和胃止呕，参、草、枣补中健脾和胃而安中，全方合用而达清热安中、和胃降逆之功效。

仲景仅在《金匮要略》两个方中使用竹茹：一为橘皮竹茹汤；一为竹皮大丸。其治哕用橘皮竹茹汤，即是取竹茹清胃热、止呕逆之功效。治胃虚热哕当配生姜和胃降逆，参、枣、草补虚安中。而竹皮大丸治妇人乳中虚，烦乱呕逆。二方中竹茹皆为用治胃气上逆之证。因其善清胃、胆之热，后世医家称其为治胃热呕逆之要药。此外，竹茹用量为二升，约合今之 200g，其量尤重。

3 哕病六经辨治应用

哕偶发可不需治疗，但呃声持续不断，则应及时治之。尤其是年老久病重病之人出现呃逆，

常为病势趋重之先兆，当引起重视。笔者结合多年临证实践，依据六经辨证理论，将哕病分为阳明热结证、阳明胃中寒冷证、太阴胃气虚败证等三个证型进行辨治。

3.1 哕之阳明热结案 刘某，男，31 岁，职员。

初诊（2016 年 5 月 24 日）：患者 1 年余前出现呃逆，呃声响亮有力，伴口干、口苦，无反酸、嗝气，无烧灼感，无恶心、呕吐，无胸闷、胸痛。辰下：呃声响亮有力，胸闷心烦，口干、口苦，口气臭秽，脘腹满痛，大便干结，小便短赤，舌红苔黄，脉滑数。证属阳明热结之哕。治宜予小胸陷汤合调胃承气汤以清热通下，和胃止呃。药用：瓜蒌 10g，半夏 10g，黄连 6g，大黄 10g，芒硝 10g，炙甘草 6g。3 剂，日 1 剂，水煎分 2 次温服。并加之脾俞穴、胃俞穴拔罐放血。

二诊（2016 年 5 月 27 日）：呃逆较前减轻，大便较前好转，仍有口干口苦。守上方加生栀子 5g、淡豆豉 10g，再服 3 剂。

三诊（2016 年 5 月 30 日）：患者诸症已解，偶有心烦。嘱其清淡饮食。

按 患者中年男性，饮食劳倦积损，平素多思善虑，气血运行不畅，加之平素喜酒，湿热郁里，气血、水湿互结，胃气失降，故见呃逆；热灼伤津，故见口干、口苦、口气臭秽；肠燥津亏，推动无力，故见大便干结；结合其舌苔脉象，证属阳明热结之哕。呃声响亮有力、烦渴、脘腹满痛、大便干结、舌红苔黄或黄燥、脉滑数为此证之辨证要点。故治予小胸陷汤合调胃承气汤以清热通下、和胃止呃。方中黄连清热泻火，半夏化痰开

结,二药合用,辛开苦降,善治痰热内阻;瓜蒌荡热涤痰,宽胸散结;大黄苦寒以泄热通便,荡涤肠胃;芒硝咸寒泻下除热,软坚润燥;炙甘草调和黄、硝攻下泄热之力,使之和缓。诸药合用,既清上焦之热,又通下焦胀满,故气机得畅,呃逆自除。若临床见患者呃逆甚者,还可配伍竹茹 60g 以清热安中。同时加以脾俞穴、胃俞穴拔罐放血疗法,以加强清热降逆之功。二诊患者仍有口干、口苦,故加之生栀子、淡豆豉加强清宣郁热、和胃存阴之功。若大便干结、腹胀满痛仍甚者,可加厚朴 20g、枳实 20g 以畅通腑气。三诊时患者气机得畅,呃逆自除。

3.2 嘔之阳明胃中寒冷案 黄某,男,49岁,教师。

初诊(2013年3月18日):患者4年余前出现呃逆,呃声沉缓,伴胃脘痞满,喜温喜按,四肢欠温,无胸痛,无恶心、呕吐,无发热、畏寒,无黑便,无明显消瘦。多次就诊于龙岩市第一医院及我院,诊为“慢性胃炎”,予药物(具体不详)治疗后症状稍缓解,但易反复发作。辰下:呃逆,呃声沉缓,伴胃脘痞满,喜温喜按,四肢欠温,纳差,寐尚可,二便调,舌淡苔白,脉缓。证属阳明胃中寒冷之嘔。治以温中散寒,降逆平呃。方用橘皮汤加减。药用:橘皮 60g,生姜 60g,白术 30g。3剂,日1剂,水煎分2次温服。配合艾灸中脘、神阙。

二诊(2013年3月21日):呃逆较前明显好转,仍有胃脘痞满。守上方加陈皮 10g、厚朴 10g,再进5剂。

三诊(2013年3月26日):偶有四肢欠温,余症皆除。嘱其饮食调摄。

按 患者中年男性,平素饮食不节,伤及脾胃,脾胃虚弱,中阳不振,气机运化失司,胃失和降,胃气上逆动膈,故发为呃逆;脾胃虚弱,水湿运化失常,故见胃脘痞满,喜温喜按;中焦虚寒,四肢肌肉失于温煦,故见四肢欠温。舌淡苔白、脉缓为阳明胃中寒冷之征象。呃声沉缓、纳食不振、脘痞、喜温喜按、口干不欲饮、舌淡苔白、脉缓为此证之辨证要点。治予橘皮汤加减温中散寒,降逆平呃。方中橘皮辛苦温,行气和胃;生姜和胃止呕,为呕家之圣药,与橘皮合用共奏温中散寒,降逆平呃之功;患者纳差脘满较甚,酌加白术健运脾气;并配合艾灸中脘、神阙^[4],以加强温补中焦、驱散寒邪之功。二诊患者仍有胃脘痞满之症,故加陈皮、厚朴以加强行气除胀之效。

3.3 嘔之太阴胃气虚败案 范某,男,78岁,退休职工。

初诊(2015年11月2日):患者1余年前因胃癌行胃大部分切除术后出现呃逆,呃声低弱而不接续,无胸痛,无恶心、呕吐,无发热、畏寒,无黑便。辰下:呃声低弱而不接续,面白肢冷,精神衰疲,不欲饮食,寐欠安,大便数日一行,舌淡嫩苔白,脉沉细无力。证属太阴胃气虚败之嘔。治以附子理中汤温阳益胃,降逆止呃。药用:干姜 30g,人参 20g,白术 30g,炙甘草 10g,附子 10g。3剂,日1剂,水煎分2次温服。配合烫熨疗法(涌泉、百会、关元)

二诊(2015年11月5日):呃逆较前明显好转,精神衰疲,故守上方改人参为 30g,再进5剂。

三诊(2015年11月26日):呃逆缓解,精神稍疲乏,饮食一

般。守上方再进7剂,以图长效。并嘱患者予米粥自养。

按 患者为老年男性,脏腑精气已衰,加之手术之后,更耗阳气,胃气无以固摄,上窜发为呃逆;阳虚内寒,温煦无权,则面白肢冷;胃气虚衰,推动无力,故见不欲饮食、大便数日一行。结合其舌苔脉象,证属太阴胃气虚败之嘔。呃声低弱而不接续、精神衰疲、不欲饮食、脉沉细无力为此证之辨证要点。当治以附子理中汤温阳益胃,降逆止呃。方中干姜辛热温助脾阳,驱散寒邪,扶阳抑阴,《本草思辨录》谓:“干姜为温中土之专药,理中汤用之,正如其本量”^[5];人参甘温补益脾气,与干姜相配伍,一温一补,温补并用;白术苦温运脾气;附子大辛大热,温肾助阳,破散阴寒,以救助心肾阳气;炙甘草既缓解干姜、附子峻烈之性,又可调和诸药,使药力作用持久。全方可达温阳益胃,降逆止呃之效。并配合烫熨疗法(涌泉、百会、关元)以加强温补元阳之功。二诊患者精神仍较差,故改人参为 30g,以加强补脾益气之效。若临床见寒甚者,可将附子用量加重至 30g。三诊患者较前明显好转,故嘱其米粥自养以顾护胃气。

4 小结

张仲景在《伤寒杂病论》中对于“嘔”有较为丰富的理论论述。后世对其理论和临床应用亦有较深入的研究。特别是在总结“嘔”的病因、病机、辨证、治疗等方面取得了一定成绩。但是,对其理论渊源联系的研究尚不深入,特别是与《内经》等经典的联系较

(下转第26页)

俱减,但余湿留恋,病位以太阴为主。处以三仁汤加减。药用:杏仁10g,白豆蔻6g(后下),薏苡仁20g(后下),藿香10g(后下),郁金15g(打碎),连翘10g。再进7剂,以巩固疗效。

按 此患者初期为外感风湿,上犯阳明,郁阳热化,治疗本当以祛风化湿为主,兼顾清热。患者病初接受西医治疗(以输液为主),而从中医理论上讲,输液之剂多为湿冷之品,虽易退热,但有助湿留邪之弊。故而患者热势一时减退但易反复。导师考虑其湿多热少,仍在气分,结合病位偏上,治疗以甘露消毒丹辛香宣表、甘淡化湿为主,稍佐清热,而能预期其“湿化热开”则热能自去。

2 舌头火辣案——厥阴血分湿热辨治

徐某,男,57岁。2015年11月27日初诊。主诉:舌头前半部火辣感40天。现病史:40天前出现舌头(质)发红伴火辣感,午后尤甚,口唇略有发热感,舌苔较黄,期间服中药(清利湿热)未见改善。长期外出就餐,辛辣油荤较多,现食欲食量皆正常,大便成形,色黄,偶有不尽感,咽喉痰多、难咯,心情欠佳时稍觉手心发热。舌质略青

红,苔淡黄中后部厚;脉略沉弦,左细右欠流利。既往有口干口苦、易头汗出(夜寐时汗出)情况;1年前查出胃炎,伴有糜烂;痛风病史6~7年,左趾关节疼痛,尿酸高。导师认为,此为中焦湿热痰浊,病久转入营血分,病位以肝脾两经为主。治法以清营血分火热为主,兼顾清利气分湿浊。方选龙胆泻肝汤(丹皮代龙胆草)合茵陈赤小豆汤加减。药用:丹皮15g,栀子10g,酒黄芩6g,泽泻10g,车前子10g(包煎),生地黄10g,茵陈20g,赤小豆20g,苍术10g,萹藓10g,荷叶20g,土茯苓20g。20剂。水煎,日1剂,分2次服用。

2015年12月22日复诊:舌头火辣感几除,舌头仍发红,伴有干涩感,咽喉痰黏感减轻,大便稍有转稀。尿酸指标稍有下降。舌质转红,苔同前;左脉同前、右欠流利减,右寸略旺。导师认为此乃厥阴营血分热退较明显、湿稍减。治疗上守前法,减轻清热。原方去生地,丹皮减量至10g,再服7剂;后原方去生地,10剂,研细末共1500g,制成丸剂,30g/日,分早中晚3次服用,以图缓攻根治。

按 本例患者起病怪异,但经追查,有长期外出就餐辛辣油荤的饮食史。渐致湿热痰浊内生,上犯

少阳上焦,症显口苦口干、夜卧盗汗、咽喉异物感明显。故而服前医清利湿热药物后咽喉梗阻感减轻,但舌面火辣感始终未见改善。此乃湿热日久由气入血之顽症,治疗必须重在清利血分湿热,佐治气分。然湿与热合,深入血分,非汤剂可取速效。因“湿与热合,其气氤氲,其质重浊,其性粘滞,其病缠绵,病难速已”^[1],故而在剂型方面改汤做丸,取“丸者缓也”之义,旨在缓攻湿热,入血治本。

3 总结

对比以上两则案例,我们可以清晰地认识到湿热为病,气分血分证治同中有异。导师认为,对于气分湿热证,应遵循“清热宜轻不宜重,宜晚不宜早”的治疗原则。否则清热过早过重,湿邪缠绵不去,久则复会蕴热。而对于湿热入侵血分的治疗,导师在治疗剂型方面做出改变,以丸、散剂缓清湿热。此法不仅利于患者便捷服药,也更适合湿热入侵血分的治疗,望当代医生予以借鉴运用。

参考文献

[1]姚荷生,潘佛巖,廖家兴.脏象学说与诊断应用的文献探讨—脾脏、肝脏、肺脏[M].北京:人民卫生出版社,2014:33.

(上接第18页)

少^[6]。笔者以六经辨证理论为指导,结合自身三十余年临证实践,通过对《内经》《伤寒论》《金匮要略》嘔病相关条文进行归纳分析,将嘔病简化分为阳明热结实证、阳明确寒证、太阴胃气虚败证等三大证型,并应用经方配合中医外治进行辨治,临床屡获良效,值得进一

步推广使用。

参考文献

[1]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2013:220.
[2]吴军,姜莉莉,鲁峻,等.郑昱运用经方治疗呃逆经验[J].中医药通报,2016,15(3):28-30.

[3]黄家诏.《伤寒论》呕哕病机探析[J].河南中医,2005,25(11):3-5.

[4]李宁,吴滨,张永玲.针灸疗法治疗术后呃逆症的临床随机对照研究[J].中国针灸,2003,23(12):7-9.

[5]李冀.方剂学[M].中国中医药出版社,2011:146.

[6]宋嫦娥.《伤寒论》呕吐嘔研究概况[J].河北中医,2006,28(6):476-477.