

· 临床经验 ·

李秋贵运用半夏泻心汤临床经验总结

石杨 常婧舒

【摘要】 半夏泻心汤出自《伤寒论》，为张仲景寒温并用之代表方剂，该方具有辛开苦降，寒温平调之效，用于治疗脾胃升降失序，寒热互结于心下之证，可见心下痞满、呕吐、肠鸣下利，舌苔薄黄微腻，为临床常用之有效方剂。本文从《伤寒论》原文论述半夏泻心汤证病因病机及其组方特点，重点介绍李秋贵主任医师临证应用半夏泻心汤化裁治疗功能性消化不良、呃逆、慢性胃炎、慢性肠炎的经验与体会，指出心下痞、呃逆、大便不成形是本方证候特点，临证只要抓住脾胃升降失序、寒热错杂的基本病机，投以本方化裁治之，均可获满意疗效。

【关键词】 伤寒论；半夏泻心汤；枳术丸；功能性消化不良；呃逆；慢性胃炎；慢性肠炎

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.07.015

半夏泻心汤出自《伤寒论》第 149 条：“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤。此虽已下之，不为逆，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之。但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤。”本方证为少阳病误下，脾胃不和，升降失序，寒热互结所致之心下痞证^[1]。《金匱要略》：“呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之。”当有呃逆或呕吐、肠鸣下利，亦系脾胃升降失序所致。《类证治裁·痞满》：“伤寒之痞，从外之内，故宜苦泻；杂病之痞，从内之外，故以辛散……痞虽虚邪，然表气入里，热郁于心胸之分，必用苦寒之泻，辛甘为散。”故治疗上应用半夏泻心汤，辛开苦降，寒温平调。

辛开苦降，寒热平调法由汉代张仲景所创，半夏泻心汤为其代表方。方中半夏、干姜之辛温，温中升清，辛开散结除痞；黄连、黄芩之苦寒，泄热降浊消痞；半夏、干姜与黄芩、黄连相伍，辛温与苦寒并用，辛开苦降，寒热平调；人参、大枣、甘草之甘温，以补中之虚^[2]。如成无己《注解伤寒论》曰：“辛入肺而散气，半夏、干姜之辛，以散结气；苦入心而泄热，黄芩、黄连之苦，以泄痞热；脾欲缓，急食甘以缓之，人参、甘草、大枣之甘，以缓之。”诸药相协，使脾胃升降有序，功能复常。脾喜燥而恶湿、喜温而恶寒；胃喜润而恶燥、喜清而恶热，脾胃寒热错杂、升降失常是证情的本质，寒温并用能顺应脾胃的生理特点，调和中州，恢复中焦斡旋机能，故半夏泻心汤是治脾胃升降失序之代表方剂。总之，全方辛开苦降，寒温平调，佐以甘温益气，故能解寒热之邪，健脾气以复运，令脾胃升降功能复常，则心下痞得消，诸症而解。

李秋贵主任临证应用半夏泻心汤化裁治疗不同病证，均

获满意疗效。现将临证验案报道如下。

1 功能性消化不良

患者，女，73 岁。2012 年 3 月 2 日初诊，主诉：心下痞满反复发作 2 年，加重 1 月。患者 2 年来心下痞满反复发作，1 月前进食油腻后症状加重，心下痞满，饭后尤甚，呃逆频作，进食喜热畏冷，口苦泛酸，口干欲饮，大便偏干，2 日 1 行，小便如常，舌微红苔薄黄，脉细弦。曾于外院消化内科诊断为“功能性消化不良”，间断使用消化酶、吗丁啉片等口服治疗，症状稍有缓解，旋即复起。四诊合参，证属寒热互结，脾胃不和。治以寒温平调，和中消痞。方拟半夏泻心汤合枳术丸化裁，处方：姜半夏 10 g、干姜 10 g、黄芩 15 g、黄连 6 g、党参 8 g、炒枳实 15 g、生白术 30 g、瓦楞子 15 g、红枣 10 g、甘草 3 g，7 剂，水煎服，每天 1 剂，早晚温服。

2012 年 3 月 16 日二诊，上方服用 14 剂后，心下痞满及呃逆症状明显好转，大便较前通畅，每天 1 行，但仍有泛酸。故将原方去瓦楞子，改海螵蛸 30 g，继进 14 剂。

2012 年 3 月 30 日三诊，诸症消失，病告痊愈。

按《丹溪心法》云：“饮食痰积，不能施化为痞者；有湿热太甚为痞者。”本案患者为老年女性，素有脾胃虚弱，复因饮食不节，而致脾胃运化功能失常，气机升降不利、中焦运化失司。且病程较长，虚实兼见，寒热互结，故见心下痞满，呃逆频作，进食喜热畏冷，口苦泛酸，口干欲饮，舌微红苔薄黄，脉细弦等一系列症状。证属寒热互结，脾胃不和之证。方拟半夏泻心汤合枳术丸化裁。方中姜半夏、干姜辛开散结；黄连、黄芩苦寒清热；党参、生白术、红枣、甘草益气健脾；枳实、生白术合枳术丸之意健脾理气，消痞通便；瓦楞子制酸和胃；二诊时患者诸症明显改善，唯有泛酸烧心，故去瓦楞子加海螵蛸以增强制酸之效。本案辨证准确，方药切证，故患者连续服药一月，诸症消失，病告痊愈。赵鸣芳^[3]认为功能性消化不良是由于胃肠机能的减退或紊乱导致，半夏泻心汤有类似于胃肠动力药的效用，且较之更具优势，对蠕动不足及蠕

作者单位：100024 北京市朝阳区三间房社区卫生服务中心中医科(石杨)；北京医院中医科(常婧舒)

作者简介：石杨(1984-)，女，本科，主治医师。研究方向：呼吸及消化系统的中医治疗。E-mail: chisishengzhan@sina.com

动亢进具有双重调节作用。

半夏泻心汤主症虽为心下痞、呕逆、大便不成形,但大便偏干者亦可用本方,此时需合《金匱要略》枳术丸加味治之,此时以生白术入方,与枳实用量之比常为 3:1,具有健脾行气,通滞除满之效,两方合用,亦可获佳效。

2 呃逆

患者,女,66 岁。2012 年 11 月 5 日初诊,主诉:间断性呃逆半年余,加重 1 周。患者近半年来呃逆间断性发作,饭后尤甚,心下痞满,时或疼痛,进食喜温,但食少量凉食亦无不适,伴胸闷气短,心悸时作,善太息,大便偏稀,每天 2~3 行。舌淡红,苔薄黄,脉弦细,偶见结代。四诊合参,证属脾寒胃热,胃气上逆。治以寒热平调,和胃降逆。方拟半夏泻心汤合枳术汤化裁。处方:姜半夏 10 g、黄连 10 g、黄芩 10 g、干姜 10 g、太子参 10 g、炒白术 30 g、枳实 10 g、白芍 15 g、鸡内金 10 g、焦三仙 30 g、苦参 15 g、生甘草 3 g。7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚温服。

2012 年 11 月 12 日二诊,服上方 7 剂后,呃逆及心下痞满症状较前减轻,心悸亦有所缓解,时有口干欲饮,大便尚可,每天 1~2 行,舌微红,苔薄黄,少津,脉细小弦。上方去苦参,加玉竹 15 g,继进 14 剂。

2012 年 12 月 28 日三诊,患者告知继进上方 14 剂后,呃逆症状基本消失,但随情绪波动症状加重,时有胸闷气短,舌淡红,边有齿痕,苔薄黄,脉弦滑。证属肝胃不和,胃气上逆。治以和胃降逆,疏肝行气,处方:姜半夏 10 g、黄连 10 g、干姜 10 g、柴胡 10 g、白芍 15 g、枳实 10 g、生甘草 3 g、香附 10 g、郁金 10 g、丹皮 10 g、甘松 15 g、鸡内金 10 g,7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚温服。一年后患者求治他病时告知服上药后呃逆症状消失,病告痊愈。

按 脾主升,喜温而恶寒;胃主降,喜清而恶热;脾胃共居人体中焦,具有斡旋中焦、调和气机升降之生理特性。若脾虚寒,脾气不升,则肠鸣下利;胃热,胃气上逆,则呃逆或呕吐。总属脾胃寒热错杂,升降失序所致。故本案患者可见呃逆,心下痞满,虽进食喜温,但进凉食亦无不适,大便偏稀,舌淡红,苔薄黄,脉弦细等症。且该患者亦有情志不遂,故见胸闷气短,善太息之表现。证属脾寒胃热,胃气上逆;方拟半夏泻心汤合枳术汤化裁。方中姜半夏降逆止呃,与干姜合用辛开消痞;黄连、黄芩清胃热,苦泻除满;太子参、枳实、白术、生甘草健脾益气;白芍柔肝缓急;鸡内金、焦三仙消食健脾;苦参抗心律失常^[4],全方共奏寒热平调,和胃降逆之效。二诊时呃逆及痞满症状减轻,而见热盛阴伤之象,故去苦参,加甘寒之玉竹以滋阴生津;三诊时患者症状已基本消失,但随情绪波动,肝气犯胃,胃气不降,则呃逆复发。证属肝胃不和,胃气上逆。故以半夏、黄连、干姜寒温并施,降逆止呃;四逆散调和肝脾;香附、郁金、丹皮、甘松疏肝降气。诸药合用,共奏和胃降逆,疏肝行气之效。本案以半夏泻心汤为主方,坚持寒温并用,兼以疏肝行气,健脾除满,故服药 2 月后病证告愈。刘同坤^[5]曾以半夏泻心汤合芍药甘草汤治疗青壮年顽固性呃逆 35 例,其中治愈 29 例,好转 6 例,无效 0 例。

《灵枢·官能》曰:“寒与热争,能合而调之。”半夏泻心汤是寒温并用的代表方,临证不必恪守其本方,只要抓住寒热错杂的基本病机,选用方中主要代表寒性、热性的药物,并根据寒热轻重调整寒热药物剂量,亦可收效。

3 慢性胃炎

患者,男,63 岁。2012 年 7 月 17 日初诊,主诉:心下痞满疼痛 2 年,加重 1 月。患者 2 年前因心下痞满疼痛于外院就医,行胃镜检查示“慢性浅表性胃炎”,幽门螺杆菌检测(+)。间断服用雷贝拉唑钠肠溶片,荆花胃康胶丸等治疗,效果不佳。1 月前饮食不节后症状加重,刻下:心下痞满,饭后尤著,时或胃脘部疼痛,伴饱胀感,气短乏力,饮量少,且进食稍有不慎则大便稀溏。心下按之疼痛,舌微红,苔薄黄微腻,脉沉弦。四诊合参,证属寒热错杂,脾气亏虚。治以平调寒热,健脾益气。方拟半夏泻心汤合四君子汤化裁,处方:法半夏 10 g、黄连 10 g、黄芩 10 g、干姜 10 g、党参 15 g、茯苓 10 g、炒白术 15 g、生甘草 10 g、蒲公英 15 g,7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚温服。

2012 年 7 月 31 日二诊,服上方 7 剂后,痞满及胃痛症状明显缓解,大便较前成形,但 3 日前因饮食不节导致腹部胀满,矢气不多,纳呆食少,呃逆暖气,大便偏干。舌淡红,苔薄白黄,脉细小数。上方加香附 10 g、焦槟榔 10 g、大腹皮 20 g、莱菔子 10 g、焦三仙 30 g,继进 7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚温服。

2012 年 8 月 8 日三诊,临床症状基本消失,守上方继进 14 剂以巩固疗效。

按 慢性胃炎属中医“胃脘痛”“痞满”之范畴,是消化系统的常见病与多发病,其病程较长且容易复发,病因多由情志抑郁、饮食不节、外邪侵袭或素体虚弱,脾胃运化失司所致;现代医学证实幽门螺旋杆菌感染是导致本病的主要因素^[6]。中医认为幽门螺旋杆菌属中医“邪气”范畴,而素体脾胃虚弱则是感染及发病的前提条件。其发病之初以实证、热证为多见,常可表现为肝胃郁热及脾胃湿热的症状,随病情发展,病邪深入,正气损伤,脾气不运,则可发展为虚实相兼,寒热错杂之病理表现^[7]。由此可见,亦与半夏泻心汤之病理机制相合。本案患者结合症状舌脉,证属寒热错杂,脾气亏虚,方拟半夏泻心汤合四君子汤化裁。方中法半夏、干姜消痞散结,降逆止呃;黄连、黄芩清上苦泻;党参、茯苓、白术、生甘草健脾益气以扶其正;蒲公英苦寒清热,具有抗幽门螺旋杆菌之效。诸药合用,共奏平调寒热、益气健脾之效。二诊时因饮食不节导致腹胀,纳呆便干,呃逆暖气等症,以香附、焦槟榔、大腹皮、莱菔子行气除满;焦三仙消食化滞。三诊时症状基本消失,病告痊愈。

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》中提出痞的概念:“但满而不痛者,此为痞。”虽然痞证本意指胃脘部胀满不痛之证。但半夏泻心汤所治之痞,亦可兼见胃痛。原文强调“但满而不痛”,意在与大结胸证之“心下满而硬痛”作鉴别,临证运用半夏泻心汤治疗痞满、嘈杂合并有胃脘疼痛,凡辨证属寒热错杂者,均可使用本方加减以治之。

4 慢性肠炎

患者,男,40岁。2014年1月14日初诊,主诉:大便次数增多4个月。患者平素嗜酒,患者4月前饮凉啤酒后出现大便次数增多,日十余行,伴腹部绞痛,曾于外院求医,诊断为“急性肠炎”,给予“利复星”输液治疗。药后腹痛消失,但大便次数仍每天4~5行,曾口服肠胃康等中成药,症状未见明显改善。刻下:大便每天4~5行,进食后则欲排便,大便稀溏,伴里急后重感,腹部胀满,心下痞满,呃逆暖气,纳呆食少,无恶心呕吐及泛酸等不适。舌淡红,苔薄白黄微腻,脉细弦。证属寒热错杂,升降失司。治以平调寒热,燮理升降。方拟半夏泻心汤化裁。处方:法半夏10g、黄连10g、黄芩10g、干姜10g、党参10g、枳壳10g、炒白术30g、莱菔子10g、香附10g、焦三仙30g、炙甘草6g,7剂,水煎服,每天1剂,早晚温服。

2014年1月21日二诊,患者大便次数减少,每天1~2行,其余诸症均有缓解,守上方继进14剂巩固疗效;半年后患者家属来院就诊时告知其服药后诸症悉除,现已痊愈。

按《素问·阴阳应象大论》:“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生臌胀,此阴阳反作,病之逆从也。”脾胃共居中焦,是人体气机升降的枢纽,脾升胃降,顺应脏腑自然规律,则饮食水谷产生之精微物质得以上升,营养周身;而糟粕得以下沉,顺利排出体外。若脾胃升降失职,脾气不能上升,则发腹泻、下利等症;胃气不能下降,则发呕吐、暖气、呃逆等症,其病机总属阴阳失衡,气机升降失调所致。《灵枢·口问第二十八》亦有云:“中气不足,溲便为之变,肠为之苦鸣。”可见,脾胃气虚亦是导致肠鸣腹泻的主要因素。本案患者平素嗜酒,日久则蕴湿生热,贪凉饮冷导致脾胃受损,终至寒热错杂,虚实并见,升降失职之证,而见大便稀溏,次数增多,里急后重,心下痞满,呃逆暖气,舌淡红,苔薄白黄微腻,脉细弦等症。证属寒热错杂,升降失司之证;方拟半夏泻心汤化裁。方中党参、干姜合用,温脾止泻;黄连、黄芩苦寒燥湿而止泻;党参、白术、甘草益气健脾,扶正以助运;枳壳、白术合用益气健脾,消痞除满;焦三仙消积化滞;莱菔子降气除满,香附行气升达,二药配伍一升一降,协同调理脾胃升降机能,使脾升

胃降有序;全方共奏辛开苦降,寒温并用,回复脾胃燮理升降之职。故二诊时症状明显改善,服药3周后诸症悉除,病告痊愈。曾英^[8]以半夏泻心汤加减治疗慢性腹泻35例,其中治愈23例,显效8例,无效4例,总有效率88.6%。

5 小结

半夏泻心汤证临床表现特点主要有两个方面,一是脾胃升降失司,胃气不降而见呃逆或呕吐,脾气不升则见大便溏稀或下利;二是脾寒胃热互结,既有口干口苦心下灼热,舌苔大多为薄黄或黄等胃热之征,又有进食喜温畏冷等脾寒之象。总之,心下痞、呃逆、大便不成形是本方证的主要特征,脾胃升降失序,寒热互结于心下为基本病机。临证根据患者病情调整苦寒与辛温之用药比例,用于治疗胃热气逆呕吐、脾寒气陷腹泻,以及功能性消化不良、呃逆、慢性胃炎、慢性肠炎等病证属寒热错杂者,均可获满意疗效。

参 考 文 献

- [1] 熊曼琪. 伤寒学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007.
- [2] 李文瑞,李秋贵. 伤寒论汤证论治[M]. 北京:中国科学技术出版社,2000:9.
- [3] 赵鸣芳. 半夏泻心汤的应用思路及作用机理分析[J]. 江苏中医药,2005,26(10):45-49.
- [4] 郭治彬,付金国,赵勇,等. 氧化苦参碱对冠心病患者心律失常及心率变异性的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2006,26(4):311-315.
- [5] 刘同坤. 半夏泻心汤合芍药甘草汤治疗青壮年顽固性呃逆35例[J]. 中医研究,2008,21(8):40-41.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 第三次全国幽门螺旋杆菌感染若干问题共识报告[J]. 现代消化及介入诊疗,2008,13(1):73-76.
- [7] 欧阳劲光,查安生,石美雅,等. 中西医结合治疗幽门螺旋杆菌感染所致相关胃疾病50例疗效观察[J]. 湖南中医杂志,2013,29(12):44-45.
- [8] 曾英. 半夏泻心汤加减治疗慢性腹泻35例[J]. 甘肃中医,2007,20(3):30.

(收稿日期:2015-11-19)

(本文编辑:董历华)

· 信息之窗 ·

全国中西医心脑血管学科论坛暨环球中医药杂志 第三届编委会一次会议在京召开

【本刊讯】2016年6月18~19日,“全国中西医心脑血管学科创新论坛暨环球中医药杂志第三届编委会一次会议”在北京召开。来自全国各地的心脑血管病专家、环球中医药杂志编委共350余人参加会议。陈可冀院士在本创新论坛上做了《中西医结合六十年》讲座。

环球中医药杂志第三届编委会由142名专家学者组成,张伯礼院士继任《环球中医药》杂志总编辑,王永炎院士继任杂志名誉总编辑,姜良铎教授继任杂志常务副总编辑。副总编辑张磊汇报了上届编委会的工作。张伯礼院士肯定了上届编委会成绩并对杂志未来提出期望。中华国际医学交流基金会王云亭秘书长代表杂志主办单位致辞。

本次创新论坛由悦康药业集团有限公司冠名,上海寿叶生物科技有限公司、贵州君之堂制药有限公司协办,辉瑞投资有限公司、贵州益佰制药有限公司支持。