

经典名方橘皮竹茹汤的历史沿革及处方考证

张钟艺¹, 何鑫², 宋玮¹, 周春秋¹, 甘乾荣¹, 沈涛^{1*}

(1. 成都中医药大学, 成都 610075;

2. 成都中医药大学附属医院, 成都 610072)

[摘要] 橘皮竹茹汤源自张仲景《金匮要略》,由橘皮、竹茹、人参、生姜、大枣、甘草6味药组成,临床用于治疗哕逆,现由国家中医药管理局收录于《古代经典名方目录(第一批)》中。该文采用文献计量学方法,整理有关橘皮竹茹汤的古代医籍,系统考证其处方源流、主治病证、组方原理、药物组成、用药剂量、制法、煎服法等信息。发现橘皮竹茹汤后世流传版本众多,其同名异方、异名同方之间存在病机、组成与剂量上的混杂,经对比分析后得到最接近《金匮要略》原方的病机为“胃虚气逆,寒热不著”,并按照度量衡考证《金匮要略》橘皮竹茹汤中除大枣外橘皮、竹茹、生姜、甘草、人参剂量比例近似为6:2:8:5:1,而后世用于治疗“胃热呃逆”且橘皮竹茹比例近似1:1的橘皮竹茹汤是源于《严氏济生方》等古籍中原方的同名异方,且考证发现该类同名异方还增加了如赤茯苓、枇杷叶、麦门冬等寒凉药物,故现代所使用的橘皮竹茹汤多是加减后的处方,并非《金匮要略》中橘皮竹茹汤的原貌。通过对橘皮竹茹汤古籍文献的挖掘梳理,归纳其历史沿革和处方衍变,确定其关键信息,以期橘皮竹茹汤临床合理加减运用及后续深入探究提供更精准的参考。

[关键词] 橘皮竹茹汤; 大橘皮汤; 橘皮汤; 经典名方; 古籍文献; 源流考证

[中图分类号] R285;R289;R287;R22;R2-031;R33;R24 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2023)08-0161-13

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20230316

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail//11.3495.r.20230214.1637.001.html>

[网络出版日期] 2023-02-16 08:57:33

Historical Evolution and Herbal Textual Research of Jupi Zhurutang

ZHANG Zhongyi¹, HE Xin², SONG Wei¹, ZHOU Chunqiu¹, GAN Qianrong¹, SHEN Tao^{1*}

(1. Chengdu University of Traditional Chinese Medicine (TCM), Chengdu 610075, China;

2. Hospital of Chengdu University of TCM, Chengdu 610072, China)

[Abstract] Jupi Zhurutang originated from *Synopsis of the Golden Chamber* (《金匮要略》), which consists of Pericarpium Citri Reticulatae, Caulis Bambusae in Taenia, Ginseng Radix et Rhizoma, Zingiberis Rhizoma Recens, Jujubae Fructus, and Glycyrrhizae Radix et Rhizoma and is used to treat retching. It has been put on the list of *Catalogue of Ancient Classical Prescription (First Batch)* released by National Administration of Traditional Chinese Medicine. With the bibliometric method, we searched the medical classics containing Jupi Zhurutang and systematically examined the information on the origin of the prescription, the indications, compatibility rule, medicinals in the prescription, dosage and usage, processing method, and decocting method. It was found that there are many versions of Jupi Zhurutang, and there are common grounds of main symptoms, pathogenesis, composition and dosage between the same prescription with different names and different prescriptions with the same name. The prescription which is closest to the original version in *Synopsis of the*

[收稿日期] 2022-09-13

[基金项目] 国家重点基础研究发展计划(973计划)项目(2013CB532005);国家重点研发计划项目(2018YFC1704104);四川地区名中医学学术观点、特色诊疗方法和重大疾病防治经验研究

[第一作者] 张钟艺,在读硕士,从事老年病证治与方剂配伍运用研究项目,E-mail:763144748@qq.com

[通信作者] * 沈涛,博士,教授,主任医师,博士生导师,从事中医治则治法与方剂的理论与运用研究,E-mail:st1963@263.net

Golden Chamber is mainly used for the treatment of stomach deficiency and qi counterflow without obvious cold or heat. According to the weights and measures, ratio of Pericarpium Citri Reticulatae, Caulis Bambusae in Taenia, Radix Ginseng, Rhizoma Zingiberis Recens, and Radix Ginseng in *Synopsis of the Golden Chamber* is approximately 6:2:8:5:1. The Jupi Zhurutang derived from other ancient classics such as *Yanshi Jisheng Fang* (《严氏济生方》) is a different prescription for hiccups caused by the stomach heat, and the ratio of Pericarpium Citri Reticulatae to Caulis Bambusae in Taenia in this prescription is about 1:1. It is also found that cold herbs such as Red Poria, Eriobotryae Folium and Ophiopogon Japonicus are added to the formula in later generations. Therefore, the Jupi Zhurutang used in modern times is mostly modified and different from that in *Synopsis of the Golden Chamber*. This study summarizes the historical evolution of Jupi Zhurutang and identifies the key information, with a view to providing a reference for the rational modification of this prescription in clinical settings and further research.

[Keywords] Jupi Zhurutang; Da Jupitang; Jupitang; classical prescriptions; ancient literature; source testimony

橘皮竹茹汤是张仲景创制用于治疗“哕逆”的著名方剂,于2018年被收录进《古代经典名方目录(第一批)》^[1]中。临床上橘皮竹茹汤对于妊娠恶阻、放化疗后恶心呕吐、反流性食管炎均具有较好的疗效^[2-4]。目前对于橘皮竹茹汤的研究主要集中在临床观察、模型实验方面,而相关处方考证及历史沿革的资料较少。故以此为切入点,本文参考《古代经典名方关键信息考证原则》^[5]要求,对橘皮竹茹汤进行处方源流、主治病证、组方原理、药物组成、用药剂量、制法、煎服法、药物基原等信息的考证。并采用文献计量学的方法梳理橘皮竹茹汤历史沿革,创新性地通过其同名异方、异名同方源流推证橘皮竹茹汤现代用法与《金匱要略》原方的差异,为橘皮竹茹汤的现代临床应用及开发提供文献参考。

1 资料与方法

1.1 文献数据来源 基于现有中医古籍数据库与知识库进行文献检索,如国医典藏中医古籍数据库(V2.0)、第五版中华医典数据库、中国古籍文献知识库、成都中医药大学读秀数据库。检索策略以“橘皮竹茹汤”为关键词进行全文检索,同时检索“橘皮竹茹”“橘皮-竹茹-人参-甘草-姜-枣”“陈皮-竹茹-人参-甘草-姜-枣”等药物组合,获取与“橘皮竹茹汤”(方剂组成、主治病证、用药剂量、制法、服法等)有关的古籍资料,同时查阅影印版古籍进行内容审校。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①内容涉及橘皮竹茹汤的组成、主治病证、用量、炮制、煎服方法等信息,其中包括有完整的药物组成,只有论治但该古籍中他处有方剂组成,同一作者不同的组成论述分别纳入;②以

经典古籍优先,同一出处者以较早版本为准,不重复录入;③同一古籍的不同版本只纳入较早版本。

1.2.2 排除标准 只检索到“方名”,既没有论述其主治病证,也没有方剂组成相关文献信息者。

1.3 数据规范 ①录入的内容与原古籍记载完全相同。②录入采用的字段信息,包括方名、出处、版本、成书年代、主题段落;方剂药物组成、主治病证、组方原理、制法、用法;药物用量、产地、炮制方法等。③参考2020年版《中华人民共和国药典》(以下简称《中国药典》)^[6]的中药名称,在数据统计分析前对方所涉及到的药名进行标准化处理,防止异名同药、同名异药,如将“桔皮”标准化为“陈皮”;“生姜汁”标准化为“生姜”。

1.4 研究方法 本文采用文献计量学方法,即借助古籍文献的各种特征数据,采用数学和统计学的相应知识来描述、评估和预测研究对象的定量分析方法^[7],将符合纳入标准的数据整理并由双人录入Excel数据库,且两人对数据进行审核,若出现分歧由第三方人员仲裁。

2 结果与分析

经数据库检索、筛选、获得有效数据247条,记录有该方的各类中医古籍文献共139部(含日本古籍16部)。所录古籍的朝代涉及宋朝(6部)、元朝(4部)、明朝(35部)、清朝(86部)、民国(5部)、现代(3部)。本次分析的古医籍涉及医经、诊法、本草、伤寒金匱、温病、方书、综合医书、临证各科(内科、妇产科、儿科、五官科)等类别。

2.1 橘皮竹茹汤历史沿革 橘皮竹茹汤记载于东汉张仲景(公元150—219年)所创的《金匱要略》(以下简称《金匱》)中。书中“吐哕下利病脉证治第十

七”^[8]曰：“哝逆者，橘皮竹茹汤主之。橘皮(二升)，竹茹(二升)，大枣(三十枚)，生姜(半斤)，甘草(五两)，人参(一两)上六味，以水一斗，煮取三升，温服一升，日三服”。数据库检索发现，明确记载橘皮竹茹汤药物组成的数据共133条，除与原方方名组成相同外，还包括异名同方(方名不同药物组成相同)、同名异方(方名相同药物组成不完全相同)、少数加减方及无名方(药物组成与原方一致)。但由于流传久远，有关记载中出现了大量方名、主治传抄混杂的现象。对整理后的数据进行源流考证，发现方名、主治的混杂与橘皮竹茹汤的异名同方、同名异方有关。

2.1.1 异名同方源流考 有关异名同方的记载共25条，包括大橘皮汤、橘皮汤、陈皮汤、橘参饮等。以主治为线索可分为6类，并根据药物用量推测方剂之间传抄情况，见表1。记载主治“动气在下，不可发汗，发汗则心中大烦，骨节苦痛，目运恶寒，食则反吐，谷不得入”始于宋代庞安时《伤寒总病论》(1100年)^[9]的“大橘皮汤”，而后《类证活人书》《医学纲目》《伤寒直指》《杂病源流犀烛》均以“大橘皮

汤”治疗此证，药物剂量稍有不同。但《三因极一病证方论》(后简称《三因方》)^[10]以“橘皮汤”治疗此证，该方与《伤寒总病论》中“大橘皮汤”除姜枣外剂量完全相同，可视为方名传抄有误。后《世医得效方》《卫生宝鉴》《普济方》所载的“橘皮汤”与《证治准绳》《良朋汇集经验神方》《本草简要方》所载的“陈皮汤”虽方名不同，但主治剂量均与《三因方》一致，可视为传抄。主治仅为“烦躁”的异名同方有《医学纲目》^[11]、《杂病源流犀烛》^[12]所载的陈皮汤，后《保婴撮要》《幼科证治准绳》“橘皮汤”与《赤水玄珠》“陈皮汤”剂量均与《医学纲目》“陈皮汤”一致，视为传抄。主治“中暑痰逆恶寒”的异名同方有《医学纲目》《活人事证方后集》^[13]中的“橘皮汤”，两方药物用量有差异。主治“吐利后，胃虚膈热而咳逆”有《古今医鉴》^[14]的“橘参饮”和《严氏济生方》(后简称《严氏方》)^[15]的“橘皮汤”，后《世医得效方》中“橘皮竹茹汤”与《普济方》中“橘参散”剂量与《济生方》橘皮汤一致，视为传抄。另外还有《济阴济阳纲目》^[16]“橘皮汤”主治“烦而呕，不喜食”；《杂病源流犀烛》“橘皮汤”治疗火病虚损。

表1 橘皮竹茹汤及其异名同方的源流考证

Table 1 Origin of Jupi Zhurutang and its synonyms

主治	出处	成书年代/年	方名	疑似传抄书目及方名(药物用量一致)
动气在下，不可发汗，发汗则心中大烦，骨节苦痛，目运恶寒，食则反吐，谷不得入	《伤寒总病论》	1100	大橘皮汤	
	《类证活人书》	1108	大橘皮汤	
	《三因极一病证方论》	1174	橘皮汤	1238年《世医得效方》橘皮汤、1343年《卫生宝鉴》橘皮汤、1391年《普济方》橘皮汤、1604年《证治准绳》陈皮汤、1711年《良朋汇集经验神方》陈皮汤、1938年《本草简要方》陈皮汤
	《医学纲目》	1389	大橘皮汤	1604年《伤寒证治准绳》大橘皮汤
	《伤寒直指》	1636	大橘皮汤	
烦躁	《杂病源流犀烛》	1773	大橘皮汤	
	《医学纲目》	1389	陈皮汤	1555年《保婴撮要》橘皮汤、1573年《赤水玄珠》陈皮汤、1604年《幼科证治准绳》橘皮汤
中暑痰逆恶寒	《杂病源流犀烛》	1773	陈皮汤	
	《活人事证方后集》	1216	橘皮汤	
吐利后，胃虚膈热而咳逆	《医学纲目》	1389	橘皮汤	
	《古今医鉴》	1576	橘参饮	
烦而呕，不喜食	《济生方》	1253	橘皮汤	1328年《世医得效方》橘皮竹茹汤、1391年《普济方》橘参散
	《济阴济阳纲目》	1626	橘皮汤	
火病虚损	《杂病源流犀烛》	1773	橘皮汤	

通过上文梳理，部分古籍存在一书多方现象，现考证如下：①《三因方》(1174年)同时出现了“橘皮汤”(异名同方)和“橘皮竹茹汤”(同方)。对比书中“橘皮汤”，“橘皮竹茹汤”药物用量从“橘皮一两

半、人参一分、姜三片、大枣一个”增加为“橘皮二两、人参一两、姜五片、枣二个”，甘温药物用量明显增多，故主治从“动气在下……谷不得入”变为“胃中虚冷”。②《活人事证方后集》(1216年)记载“橘

皮汤”主治“中暑痰逆恶寒”，同时也收录了《三因方》中“橘皮竹茹汤”(同方)。比较发现,两方组成仅人参“半两”与“一两”之差,推测本书中“橘皮汤”的主证应为《三因方》“橘皮竹茹汤”的拓展。^③《医学纲目》(1389年)同时记载了“橘皮汤”“陈皮汤”“大橘皮汤”。“橘皮汤”主治同《活人事证方后集》“橘皮汤”;“陈皮汤”药物用量同《三因方》“橘皮汤”;“大橘皮汤”主治同《三因方》“橘皮汤”。考证

发现,上述方剂中药物用量的不同与主治的差异相关性不高,从源流推测,《医学纲目》异名同方的数据可能是前书的流传混乱造成的,或是该医家临床经验用药的加减,故异名同方虽组成相同,剂量却有所增减,见表2。除上述古籍外,还有《世医得效方》《卫生宝鉴》《普济方》《证治准绳》《杂病源流犀烛》也存在一书多方的记载,但均可在历代古籍中找到出处,推测为传抄,故不逐一讨论。

表2 异名同方的用药剂量考证

Table 2 Dosage examination table for different names and prescriptions with same name

方名	出处	橘皮/陈皮	竹茹	人参	甘草	生姜	大枣
大橘皮汤	《伤寒总病论》	一两半	半两	一分	半两	二两	二十四个
橘皮汤	《活人事证方后集》	二两	一块	半两	半两	五片	一个
大橘皮汤	《类证活人书》	一两半	半斤	一分	半两	四片	一枚
橘皮汤	《三因极一病证方论》	一两半	半两	一分	半两	三片	一个
橘皮汤	《严氏济生方》	二两	一小块	半两	半两	五片	二枚
橘皮汤	《世医得效方》	一两半	半两	一分	半两	三片	一枚
三因橘皮汤	《卫生宝鉴》	一两半	半两	二钱半	半两	三片	一枚
大橘皮汤	《医学纲目》	一两半	半升	一钱	半两	一两	八枚
橘皮汤	《医学纲目》	二两	半升	一钱	半两	一两	五枚
陈皮汤	《医学纲目》	一两半	五钱	一分	五钱	三片	一枚
橘皮汤	《普济方》	一两半	半两	一分	半两	三片	一个
橘参散	《普济方》	二两	煎	半两	半两	煎 ¹⁾	煎 ¹⁾
陈皮汤	《赤水玄珠》	一两半	五钱	一钱	五钱	三片	二枚
橘参饮	《古今医鉴》	五钱	二钱	二钱	一钱	五片	三枚
大橘皮汤	《伤寒证治准绳》	一两半	半两	一钱	半两	一两	八枚
陈皮汤	《证治准绳·类方》	一两半	五钱	二钱五分	五钱	三片	一枚
橘皮汤	《济阳纲目》	一两半	五钱	二钱半	五分	三片	一枚
大橘皮汤	《伤寒直指》	三钱	一握	五分	三分	三片	一枚
陈皮汤	《良朋汇集经验神方》	一两五钱	五钱	二钱五分	五钱	三片	一枚
陈皮竹茹汤	《医编》	二升	二升	一两	五两	半斤	三十枚
金匱军用橘皮汤	《沈氏女科辑要笺疏》	三升	二升	一两	五两	半斤	三十枚
橘皮汤	《杂病源流犀烛》	三钱	一钱	五分	一钱	三片	二枚
大橘皮汤	《杂病源流犀烛》	三钱	二钱	一钱	一钱	五片	三枚
陈皮竹茹汤	《医学正传》	三钱	四钱	二钱	一钱	三片	一枚
陈皮汤	《本草简要方》	一两五钱	五钱	二钱五分			

注:¹⁾代表煎服法中出现但未写明剂量

2.1.2 同名异方源流考 有关同名异方的记载共34条,包括“原方加半夏、茯苓、麦冬、枇杷叶”“原方去大枣加半夏、茯苓、麦冬、枇杷叶”“原方加半夏”“原方去甘草大枣加柿蒂、黄连”等总共16种不同的组成,又以上述4种组成出现的频次较多,故展开讨论,见表3。由表3发现,与《金匱》橘皮竹茹汤主治

组成、药物用量完全一致的共有10条,还有11条记载橘皮二斤,疑似传抄错误。最早拓展橘皮竹茹汤主治的是宋代《类证活人书》(1108年),用橘皮竹茹汤(加半夏)治疗“阳证咳逆”,后世传抄较少。同时期宋代《三因方》(1174年)首载橘皮竹茹汤(无加减)治疗“胃中虚冷”,《活人事证后方集》(1216年)

承此说。最为特殊的是宋代《济生方》(1253年)记载的橘皮竹茹汤(实为橘皮竹茹汤去大枣加赤茯苓、枇杷叶、麦门冬、半夏)治疗“胃热多渴,呕逆不食”,至此后世医家开始以“胃热”作为橘皮竹茹汤的“主要病机”。如元代《世医得效方》(1328年)用橘皮竹茹汤(无加减)治疗“胃虚膈热而咳逆”,元代《丹溪心法》(1347年)以橘皮竹茹汤(无加减)治疗“吐利后胃热咳逆”,清代《金匱要略心典》(1729年)以橘皮竹茹汤(无加减)治疗“胃虚热嘔(呕)逆”,清代《医学心悟》(1732年)以橘皮竹茹汤(实为原方去大枣、生姜,加半夏)治疗“火气上冲”。但其中传抄

错误也频频发生,如《明医指掌》(1579年)记载主治同《济生方》,但所用橘皮竹茹汤无加减。《世医得效方》(1328年)所载“胃虚膈热而咳逆”实际源于《济生方》“橘皮汤”,方名传抄有误。《寿世保元》记载的主治源于《世医得效方》,但组成实为橘皮竹茹汤加丁香柿蒂。在明清时期,也有部分医家提出橘皮竹茹汤主治病机中重在“胃虚而呕吐或咳逆”,如《济阴济阳纲目》《伤寒绪论》《医通祖方》《医学从众录》《成方便读》《本草简要方》等。

综上所述,由于《金匱》对“橘皮竹茹汤”的记载过于简单,导致后世医家对其方名和主治均有不同

表3 橘皮竹茹汤及其同名异方的源流

Table 3 Origin of Jupi Zhurutang and its homonymous variant

书名	年代	加减变化	主治	相同主治论述
《金匱要略》	东汉(205年)	橘皮竹茹汤	嘔逆	《证治准绳》《医灯续焰》《怪证奇方》《医编》《汤头歌诀》《金匱要略广注》《成方切用》《兰台轨范》《银海指南》《经方例释》
《类证活人书》	宋代(1108年)	橘皮竹茹汤加半夏	阳证咳逆	《妇人大全良方》橘皮竹茹汤加半夏(1237年),《普济方》橘皮竹茹汤加半夏(1391年),《秘传证治要诀及类方》橘皮竹茹汤(1443年),《女科证治准绳》橘皮竹茹汤加半夏(1607年)
《三因极一病证方论》	南宋(1174年)	橘皮竹茹汤	治咳逆呕逆,胃中虚冷,每一嘔至八九声相连,收气不回,至于惊人	《活人事证后方集》橘皮竹茹汤(1216年)
《济生方》	南宋(1253年)	橘皮竹茹汤去大枣,加赤茯苓、枇杷叶、麦门冬、半夏	胃热多渴,嘔逆不食	《世医得效方》橘皮竹茹汤加味 ¹⁾ (1328年),《普济方》橘皮竹茹汤加味 ¹⁾ (1390年),《赤水玄珠》橘皮竹茹汤加味 ¹⁾ (1573年),《明医指掌》橘皮竹茹汤(1579年),《济阴济阳纲目》橘皮竹茹汤加味 ¹⁾ (1626年),《杂病广要》橘皮竹茹汤加味 ¹⁾ (1842年)
《世医得效方》	元代(1328年)	橘皮竹茹汤	胃虚膈热而咳逆	《玉机微义》橘皮竹茹汤(1396年),《奇效良方》橘皮竹茹汤(1470年),《医方选要》橘皮竹茹汤(1495年),《古今医统大全》橘皮竹茹汤(1556年),《寿世保元》橘皮竹茹汤加丁香柿蒂(1615年),《景岳全书》橘皮竹茹汤(1624年)
《卫生宝鉴》	元代(1343年)	橘皮竹茹汤	不虚不实而呃逆	
《丹溪心法》	元代(1347年)	橘皮竹茹汤	吐利后胃热咳逆	《仁术便览》橘皮竹茹汤(1585年),《万氏家抄济世良方》橘皮竹茹汤(1609年)
《济阴济阳纲目》	明代(1626年)	橘皮竹茹汤去大枣	胃虚呕逆(嘔逆)	《伤寒绪论》橘皮竹茹汤(1667年),《医方集解》橘皮竹茹汤 ²⁾ (1682年),《冯氏锦囊秘录》橘皮竹茹汤 ²⁾ (1694年),《医通祖方》橘皮竹茹汤(1695年),《大方脉》橘皮竹茹汤 ²⁾ (1795年),《医学从众录》橘皮竹茹汤(1820年),《成方便读》橘皮竹茹汤加味 ²⁾ (1904年),《本草简要方》橘皮竹茹汤(1938年)
《金匱要略心典》	清代(1729年)	橘皮竹茹汤	胃虚热嘔(呕)逆	《伤寒瘟疫条辨》橘皮竹茹汤(1785年),《重订时行伏阴白言》橘皮竹茹汤(1888年),《评注产科心法》橘皮竹茹汤去人参(1900年),《风劳膈膈四大证治》橘皮竹茹汤(现代)
《医学心悟》	清代(1732年)	橘皮竹茹汤去(胃)大枣、生姜,加半夏	火气上冲(逆)	《外科心法要诀》橘皮竹茹汤加柿蒂黄连 ³⁾ (1742年),《彤园医书》橘皮竹茹汤加柿蒂黄连 ³⁾ (1795年),《验方新编》橘皮竹茹汤加柿蒂黄连 ³⁾ (1846年),《外科备要》橘皮竹茹汤加柿蒂黄连 ³⁾ (1846年)

注:¹⁾代表橘皮竹茹汤去大枣,加赤茯苓、枇杷叶、麦门冬、半夏;²⁾代表橘皮竹茹汤加赤茯苓、枇杷叶、麦门冬、半夏;³⁾代表橘皮竹茹汤去大枣、甘草,加柿蒂、黄连

的延展,同时限于古代文字流传不便,橘皮竹茹汤的主治组成随着时代发生变化,流传错误的现象也频繁发生。为还原《金匱》橘皮竹茹汤原貌,故需进一步对其主治病证、组成、用量进行考证分析。

2.2 橘皮竹茹汤的主证分析 在247条有效数据中,明确记载“橘皮竹茹汤”同组成方剂(包括异名同方和无名方)的主治病证记录共119条,以下关于橘皮竹茹汤主证分析均基于该类数据。

2.2.1 橘皮竹茹汤主治病证分析 将数据中个别病证进行统一,如单独出现“哕”则按“哕逆”,同理“呃”按“呃逆”,“咳”按“咳逆”。并根据《中医大辞典》^[17]进行病名古称考证:“噫”为“暖气”之古称,故统一为“暖气”,同理“吃逆”统一为“咳逆”,“呕”“呕逆”与“吐”统一为“呕吐”。整理出橘皮竹茹汤治疗病证约6种,见表4。

表4 橘皮竹茹汤主治病证频数

Table 4 Frequency table of symptoms treated with Jupizhurutang

No.	病证名称	频数/次
1	哕逆(哕)	35
2	呃逆(呃)	35
3	呕吐(逆)	30
4	咳逆(咳)	20
5	烦躁	9
6	暖气	1

由表4可见,整理后的数据中与《金匱》主证“哕逆”一致的共有35条,占26.92%,而呃逆35条,占26.92%;呕逆30条,占23.08%;咳逆20条,占15.38%;烦躁9条,占6.92%,另少量医家记载橘皮竹茹汤还可治疗暖气等。统计发现,橘皮竹茹汤的主治病证中“哕逆”“呃逆”“呕逆”“咳逆”出现频数相近,且占比较高,具有一定的代表性,不同医家对此四证有不同的认识。如宋代朱肱在《类证活人书》(1108年)^[18]载:“孙真人云,咳逆遍寻方论,无此名称。深穷其状,咳逆者,哕逆之名。盖古人以咳逆为哕耳,大抵咳逆者”。书中认为哕逆与咳逆含义相同。而明代张介宾著《景岳全书》(1624年)^[19]载:“哕者,呃逆也,非咳逆也。咳逆者,咳嗽之甚者也,非呃逆也。干呕者,无物之吐,即呕也,非哕也。噫者,饱食之息,即暖气也,非咳逆也”。明确指出哕为呃逆古称,与咳逆、呕、暖气不同。清代日本医学家丹波元坚在《杂病广要》(1853年)^[20]中提出“唐末以来,谬以咳逆为呃逆之名,故景岳有此辨

也……东垣、海藏以哕为干呕,故有此辨也。又《活人书》创以哕为干呕,然哕、哕同字,宜参《呕吐》名义……《圣惠》以呃逆名咳噫,噫或作噫,故有此辨也。后人但以此为鉴,则异说之疑,可尽释矣”。当代学者李玉清^[21]对“哕”义的考证后认为,先秦至两汉间,哕为拟声词,指声徐有节的声音、呃逆及深暗貌;南北朝时期“哕”义向“干呕”义转化;而唐宋金元时期,“哕”与“呃逆”同义,又称为“咳逆”。由上可知,最早“哕”与“干呕”同义,后世医家以“呃逆”代指“哕”后,将“哕”与“呕”进行区分。“哕”为“呃逆”古称,症状表现为气逆上冲,喉间呃呃作声连续不断;“呕”指胃内之物上涌而出,常与“吐”并称“呕吐”。“咳逆”最早指咳嗽而气上逆的疾患,后在金元明时期多与“哕”同义。“暖气”古称噫、噫气,指气从胃中上逆,冒出有声,其声沉长,不似呃逆声急短促,今视为打嗝。上述四证虽症状不尽相同,但核心病机一致,都与“气冲上逆”有关。

2.2.2 橘皮竹茹汤病机病证要素分析 将资料按病证要素进行分类分析,分为病史(5类)、病因(6类)、病性(6类)、病位(6类)。见表5。

由表5可见:①病史整理后,得“下利后”“吐后”“发汗后”出现频数分别为20次、18次、15次;此外还少量记载“瘥后”(6次)、“久病虚羸”(3次)。汗吐下及久病后,胃气受损,津液渐伤,大抵有正虚邪恋之势,提示橘皮竹茹汤主证中“胃气虚损”是致病前提。②明确记载致病因素的相关论述较为杂乱,按照目前提出的证素辨证体系进行归类整理共28条,“气逆”“痰逆”“火逆”“中暑”“伤寒”“气郁”出现频数分别为9、7、6、4、4、2次^[22]。从频数大小分析,“气逆”为主要病因,也为最直接的原因。但由于数据过少,需进一步讨论。③记载55条有关病性的资料中,“虚热证”(虚证兼热证)出现次数最多,共25次;“纯虚证”出现15次;“纯热证”有7次;“虚寒证”(虚证兼寒证)有4次,另外还有记载“阳证”(4次)、“不虚不实”(1次)。从频数关系上讲,“虚热证”及“纯虚证”出现频次较多,但考证后发现,对橘皮竹茹汤主治病证的病性论述多有争议,详见下文讨论。④病位整理后,得病位在“胃”的频次为24次;在“胃膈”12次;还有零星记载病位跟“脾胃”(3次)、“胸”(2次)、“肺膈”(1次)、“肝胆”(1次)有关。结合病性分析,记载“胃虚膈热”“胃虚”“胃虚热”的数据较多。

2.2.3 橘皮竹茹汤主治病机讨论 通过上述分析,基于特征词句频次推测《金匱》橘皮竹茹汤所述的

表5 橘皮竹茹汤病史、病因、病位、病性频数
Table 5 Frequency table of Jupi Zhurutang's disease history, etiology, location, and characteristic

分类	项目	频数/次
病史	下利后	20
	吐后	18
	发汗后	15
	瘥后	6
	久病虚羸	3
病因	气逆	9
	痰逆	7
	火逆	6
	中暑	4
	伤寒	4
	气郁	2
	病性	虚热证
纯虚证	15	
纯热证	7	
虚寒证	4	
阳证	3	
不虚不实	1	
病位	胃	24
	胃膈	12
	脾胃	3
	胸	2
	肺膈	1
	肝胆	1

哕逆证的病因病机,可能为汗吐下攻伐之法耗损阳气,或久病之后正虚邪恋;又因致病因素痰、火、暑、寒导致胃气上逆发为哕逆,实为胃虚气逆之证。但对于《金匱》橘皮竹茹汤病机到底为“胃虚寒”还是“胃虚热”,历代医家多有争议。从表4可见,与橘皮竹茹汤组成相同的方剂记载中,虚热证(25次)出现远远超过虚寒证(4次),记载纯虚证(15次)的文献也较多。对这些文献进一步源流考证,从年代及方剂组成剂量分析,宋代陈言《三因方》(1174年)最早记录橘皮竹茹汤(无加减)治疗“胃中虚冷”;而宋代严用和《济生方》(1253年)首载橘皮汤(异名同方)治疗“胃中虚,膈上热”,其剂量除人参外与《三因方》橘皮竹茹汤完全一致,相关性较高,但记载的病性却截然相反,就其记载药物用量对比,“橘皮二两,竹茹一小块,人参半两,炙甘草半两,生姜五片,大枣两枚”中橘皮、生姜辛温之品远超竹茹,故以方测证,本方主治病证应为虚寒更妥,这可能也是造

成后世记载“胃虚膈热”流传有误的原因之一。另外《济生方》还首载橘皮竹茹汤(橘皮一两、竹茹一两、人参半两、炙甘草半两、生姜五片、半夏一两、茯苓一两、麦冬一两、枇杷叶一两)治疗“胃热多渴,呕哕不食”,9味药中竹茹、茯苓、麦冬、枇杷叶寒凉之药占比较重,符合胃热之证,但由于方名与《金匱》同,也对后世的流传造成了影响,如明代皇甫中《明医指掌》(1579年)记载橘皮竹茹汤(无加减)治疗本证。随着后世医家对“胃热”的理解加深,明显可见竹茹剂量占比有所提升,如元代朱震亨《丹溪心法》(1347年)记载橘皮一升、竹茹一升半,用以治疗“胃热咳逆”;明代戴思恭《秘传证治要诀及类方》(1443年)记载橘皮比竹茹为一钱半比二钱半,竹茹用量明显增大,用以治“阳证咳逆”。由此可见,《金匱》橘皮竹茹汤主治病证的病性要素与温凉药物的用量密切相关,故认为橘皮竹茹汤的病机主要为胃虚气逆,出现寒热证皆以加减化裁治之。现代张波等^[23]通过研究认为“脾胃气虚,胃气上逆,寒热不著”为其主要病机,与上述分析结果一致。

经过进一步的剖析,《金匱》橘皮竹茹汤的病机可以概括为胃虚气逆,寒热不著。如果有明显的虚火兼证,如清代陆廷珍《六因条辨》(1868年)^[24]载:“舌光干赤,呃逆不食,脉软神疲,此胃阴大伤。”则可加大竹茹用量或加味其他清热养阴之品,故橘皮竹茹汤辨证要点应为胃虚气逆,同时还需注意舌脉及其它寒热征象,以便加减用药。

2.3 橘皮竹茹汤剂量及药物比例的变化

2.3.1 《金匱》橘皮竹茹汤各药物现代剂量及各朝代度量衡考证 《金匱》中橘皮竹茹汤的药物用量为“橘皮(二升),竹茹(二升),大枣(三十枚),生姜(半斤),甘草(五两),人参(一两)”。原方出现了“升”“斤”“两”“枚”4种单位,其中“升”为容量制,“斤”“两”为质量制,均属于度量单位,而“枚”为计数单位,非规范单位,故分别考证橘皮竹茹汤各药物使用剂量。汉代以容量称量药材多为“升合”制。班固《汉书·律历志》^[25]云:“一龠容千二百黍,合龠为合,十合为升”。丘光明等^[26]通过测量出土的铜合、铜龠、铜斛等汉代容器,考证得汉代一龠为10 mL,一合为20 mL,一升为200 mL,目前这一考证结果得到公认。据此按东汉一升折今200 mL换算《金匱》中橘皮与竹茹的用量为400 mL。但由于橘皮与竹茹质地与密度的考证暂缺,本课题组实际测量200 mL陈皮取整约为50.00 g。另据陶弘景《本草经集注》^[27]中“他盍切刮竹茹”及《雷公炮炙

论》^[28]中“去青刮取为竹茹”等记载,竹茹为刮取竹类表皮得到的细丝状药物,质地蓬松,在不同的紧实度下,200 mL竹茹从10 g到20 g不等,故取平均质量15.00 g。对汉代“斤”“两”等质量单位的考证则说法不一,目前较为权威和准确的是《度量衡卷》经过对刻有标称值的权考证统计后,得汉代一斤约合现代220 g。其他如杜茂波^[29]及全小林等^[30]提出按照《中国古代度量衡图集》中“光和大司农铜权”为标准认为东汉一斤合今之250 g。据《说苑》^[31]所载:“十六黍为一豆,六豆为一株,二十四铢为一两,十六两为一斤”。汉代斤与两之间的进制为十六进制,故按《度量衡卷》折算汉代一两约合现代13.75 g。按“光和大司农铜权”为标准折算1两合今之15.625 g。目前国家已发布了《古代经典名方关键信息表(25首方剂)》,其中东汉一两折算为13.80 g,大枣一枚折算为2.00 g,该信息与《度量衡卷》考证结果相近,以此为标准。故《金匱》原方用量折算,约为橘皮100.00 g、竹茹30.00 g、大枣60.00 g、生姜110.40 g、甘草69.00 g、人参13.80 g。

汉代以后随王朝更迭度量衡也有所改变。宋代庞安时《伤寒总病论》及朱肱《类证活人书》中均提及“古之三两,准今之一两,古之三升,今之一升”。故汉代与宋代度量衡之比约为1:3。经《度量衡卷》实物考证宋代容器一升为702 mL。而《本草纲目》^[32]引用“陶弘景用药法则”解释到:“六铢曰一分,二钱半也。四分曰两,二十四铢也。”可见唐宋时期的量制增加了“分”“钱”等量度,故宋代折算为现代度量衡为一升约702 mL、一两约41.30 g、一钱约4.13 g、一分约10.325 g(实为二钱半)。元代量制只能从文献记载中推测,《元史·食货志》^[33]记载:“盖以宋之一石当今七斗。”故以宋一升容702 mL推算,元量一升容1 002.9 mL。另外根据《度量衡卷》对于刻有锤重的元锤考证元一斤约610.00 g,故元代折算为现代度量衡为一升约为1 002.9 mL、一两约38.125 g、一钱为3.80 g、一分为9.50 g。清代的度量衡多承明制,根据《钦定大清会典事例》^[34]记载清一升约合现代容积1 035 mL,故明代一升同理,由于清末西方度量衡传入中国,当时已有标准量值,根据《度量衡卷》记载一两合37.30 g,一斤合596.80 g,故明清时期折算现代度量衡为一升1 035 mL、一两约37.30 g、一钱3.73 g,此外元代一分有两个计量,一是当分与钱连用时,取一分为0.373 g(1/10钱),不连用时取一分为9.50 g(实为二钱半),但清朝的一分只为0.373 g(1/10钱)。

2.3.2 历代橘皮竹茹汤药物用量分析 在133条记载橘皮竹茹汤组成的数据中,仅有107条记载药物剂量,具体组方相关剂量情况,见表6。其中与《金匱》用量主治完全一致的有10条。此外还发现部分方剂记载“橘皮、竹茹”用斤制,其余用量与原方一致,由于“升”和“斤”在字形上极其相近,且在宋元明清时期,一斤折算现代剂量均远超500 g,不符合药物使用常识,故认为记载“斤”的数据是金匱方“升”的传抄错误,见表7。

在107条记载药物剂量的数据中,橘皮不同用量有21种,其中出现频数较多的是二升(二斤)(24次)、二钱(15次)、一两半(14次),二升为原方用量,二钱多来源明清时期,一两半多来源于宋元明清时期橘皮竹茹汤的异名同方。而竹茹、人参、甘草、生姜、大枣出现频次最多的用量分别为二升(24次)、一两(29次)、五两(26次)、半斤(25次)、三十枚(31次),均为《金匱》橘皮竹茹汤原方用量,可见后世流传的橘皮竹茹汤的药物用量大多都是传抄于仲景原方,其次竹茹半两(8次)、五钱(6次);人参半两(16次);及甘草半两(20次)的使用基本源于宋元明时期橘皮汤和大橘皮汤。另外竹茹出现的一钱(12次)、二钱(10次);人参出现的一钱(20次);甘草出现的一钱(24次),基本出自明清以后,可见明清时期对于橘皮竹茹汤的使用剂量明显减少并多有加减化裁的拓展。故橘皮竹茹汤不同剂量频数分布提示了后世流传的橘皮竹茹汤来源主要分为三部分,一是原方传抄,以“升斤”多见;二是来源于宋元明时期的异名同方即大橘皮汤和橘皮汤,剂量多以“两”计;三是来源于明清时期对橘皮竹茹汤的拓展应用,其中又以同名异方及加减方居多,剂量多以“钱”计。

2.3.3 各组成药物剂量比例分析 进一步探讨后世橘皮竹茹汤各药物使用剂量与《金匱》原方之间的关系,按照上文所述各朝代度量衡信息统计,得到各药物换算后的剂量,将部分“块”“握”“团”等非精准计量单位、同《金匱》橘皮竹茹汤用量一致的数据、同名异方排除,得到有效数据40条。由于其中出现“煮散”等煎服法,将这类数据按照每服剂量纳入统计,将所得数据取整后进行比例分析,只记录复现的比例及频数见表8。由表8可见,橘皮与竹茹的比例出现频次最多的是(3:1),共13次;竹茹比甘草最多的是(1:1),共18次;竹茹比人参最多的是(2:1),共17次;橘皮比生姜最多的是(3:4),共11次。故整理后得,橘皮:竹茹:生姜:甘草:人参近

表6 橘皮竹茹汤中的药物剂量及出现频数情况

Table 6 Frequency table of Chinese medicine doses in Jupuzhurutang

药物	剂量	频数/次	药物	剂量	频数/次	药物	剂量	频数/次
橘皮	二升(二斤)	24	二斤		2	二钱		2
	二钱	15	四钱		2	三分		2
	一两半	16	一钱半		2	三两		2
	二两	11	一钱五分		2	二分		1
	三钱	10	半斤		1	六分		1
	一两	6	二钱半		1	一钱二分		1
	五钱	4	二钱五分	1	生姜	半斤		25
	一钱五分	3	五分	1	五片		22	
	一升	3	一斤	1	三片		14	
	三钱半	2	一块	1	半两		5	
	一斤	2	一握	1	一钱		5	
	一钱	2	人参	一两	29	八分		4
	一钱半	2	一钱	20	六片		4	
	二斤三钱	1	半两	16	一两		3	
	二钱半	1	二钱	11	八两		1	
	二钱五分	1	一分	7	二两		1	
	七分	1	二钱五分	5	二钱		1	
	三分	1	五分	5	七片		1	
	三钱二分	1	二钱半	2	十片		1	
	三升	1	五钱	2	四片		1	
竹茹	二升	24	少许	2	四片		1	
	一钱	12	二分	1	一片		1	
	二钱	10	三两	1	姜汁三茶匙		1	
	半两	8	三钱	1	生姜汁半斤		1	
	五钱	6	四分	1	大枣	三十枚	31	
	一两	6	一钱半	1	一枚		20	
	一升	5	一钱二分	1	二枚		17	
	一小块	5	甘草	五两	26	三枚	6	
	三钱	4	一钱	24	八枚		2	
	一升半	3	半两	20	五枚		2	
	一团	3	二两	8	二十四枚		1	
	八分	2	五钱	8	七分半		1	
	半升	2	五分	7				

似比为6:2:8:2:1;由于大枣多以枚记,故不纳入比例中。上文中选取剂量频次最高的各药物进行比较,得近似比例为11:4:14:4:2,与通过药物两两成组比较整合后的比例吻合。再对比《金匱》原方的剂量后,各组成药物的近似比例为橘皮(二升):竹茹(二升):生姜(半斤):甘草(五两):人参(一两),

表7 “升”与“斤”考证

Table 7 "Liter" and "Pound" examination table

朝代	书籍	橘皮剂量	竹茹剂量
明	《景岳全书》	二斤	二升
清	《金匱要略广注》	二斤	二升
清	《金匱要略心典》	二斤	二升
清	《绛雪园古方选注》	二斤	二升
清	《金匱悬解》	二升	二斤
清	《长沙药解》	一斤	二升
清	《类聚方》	二斤	二升
清	《长沙证汇》	二斤	二升
清	《金匱玉函要略辑义》	二斤	二升
清	《高注金匱要略》	二斤	二升
清	《金匱玉函要略述义》	二斤	二升
清	《高注金匱要略》	二斤	二升
清	《凌临灵方》	二斤	一斤
清	《本草简要方》	二斤	二升
清	《方剂辞典》	二升	二斤
清	《方机》	二斤	二升

注:其他药物剂量有大枣(三十枚),生姜(半斤),甘草(五两),人参(一两)

近似为6:2:8:5:1,对比后发现,甘草占比明显减少。

表8 各药物配对比例频数

Table 8 Frequency table of each Chinese medicine pairing ratio

药对	比例	频数/次	药对	比例	频数/次
橘皮-竹茹	3:1	13	橘皮-生姜	1:1	7
	1:1	8		1:2	2
	3:2	3		3:2	2
	3:4	2		3:4	11
竹茹-甘草	1:1	18		1:2	6
	2:1	7		3:5	6
	3:2	3		1:3	3
	1:2	2		1:4	3
	8:5	2		3:2	2
竹茹-人参	2:1	17			

由表6、表8综合分析可知,后世在运用橘皮竹茹汤时,虽比例相近,但药物用量大幅减少,这与仲景用方药少力专的特点有关,也与后世煮散剂的出现和运用有关。而大枣和甘草剂量的大幅减少,可能与医家对于两药在组方中功效认识变化有关。另外橘皮与竹茹之比为3:1的13条数据均来源于

“大橘皮汤”“橘皮汤”，可见异名同方的产生与橘皮与竹茹的比例有关。

2.4 橘皮竹茹汤同名异方的主治与剂量分析 通过对橘皮竹茹汤的同名异方进行统计后发现，原方加半夏的同名异方，均传抄于《类证活人书》，用“橘皮二两、竹茹一升、甘草二两、人参半两、半夏一两、大枣一枚”，折算后橘皮：竹茹：甘草：人参：半夏近似比为4：2：4：1：2，推测加半夏是为增强止呕哕之效。原方去大枣加茯苓、麦冬、半夏、枇杷叶的方剂大部分是将橘皮、竹茹、茯苓、麦冬、半夏、枇杷叶六药作为同剂量，人参、甘草剂量减半，即橘皮：竹茹：茯苓：麦冬：半夏：枇杷叶：人参：甘草的比例为2：2：2：2：2：1：1，生姜用5~7片。加入甘寒清热之品并加重竹茹的用量，用以治疗胃热哕逆。原方去甘草、大枣加柿蒂、黄连的方剂中，橘皮：竹茹：生姜：人参：黄连比例为2：2：1：1：1，加柿蒂7个。降低了辛温的生姜和橘皮的用量，提高了竹茹、人参的比例，并加入苦寒的黄连、苦涩微寒的柿蒂，全方理气清热、和中降逆，而无辛温助火之虞，用以治疗“溃后胃火上冲”之热呃。现代大多使用橘皮竹茹汤时，橘皮竹茹用量比均为1：1，由此可见，现代认识橘皮竹茹汤的主治及药物用量受到了橘皮竹茹汤同名异方的影响。

2.5 橘皮竹茹汤的组方原理分析 在133条记载橘皮竹茹汤组成的数据中，仅有13条论述组方原理。清代黄元御《长沙药解》(1740年)^[35]认为哕逆发作主要由于“土衰胃逆，浊阴不降”，故“甘、枣、人参，补中气以培土；橘、姜、竹茹，降浊阴而行滞也。”即橘皮竹茹汤所治哕呃，以胃气虚衰为本，胃以降为顺，以通为和，故胃气虚则不降反逆，遂以参、草、枣补虚，橘、姜、茹降气和胃止呕。然亦有医家如明代吴昆《医方考》(1584年)^[36]认为“大病后，则中气皆虚，余邪乘虚入里……大者邪热在也。”故认为“橘皮平其气，竹茹清其热，甘草和其逆，人参补其虚，生姜正其胃，大枣益其脾。”另外清代尤怡(1729年)也认为哕逆发作因“胃虚而热乘之”，故组方原理同《医方考》。而清代周岩《本草思辨录》(1827年)认为哕逆病机为“胃虚而胆热乘之”，故以“竹茹清胆火为清哕之源”。由上看出，由于病机认识不同，医家对橘皮竹茹汤方义理解也有变化。到清代王子接《绛雪园古方选注》(1732年)^[37]提出“哕逆是胃虚兼虚阳上逆”，故认为“重用橘皮通阳下气，臣以竹茹清胃中虚火，又不涉寒凉，佐以参、甘、姜、枣奠安胃气，御逆止哕”，指出重用辛温之品，竹

茹以去性存用，故清虚热之时，不犯寒凉之弊。还有清代丹波元简《金匱玉函要略辑义》(1806年)^[38]认为“胃气足胃阳生。浮热不必留意也”，故“橘皮竹茹行气清胃，而毫不犯攻伐寒凉之忌”。所以橘皮竹茹汤中橘皮辛温之品重用以行气降逆，佐甘凉竹茹并非完全清热，而意在寒热并用调中焦气机，去性存用之际共行降逆止呕之功，再以参、草、枣、姜补虚安中和胃，则诸证自解。

又如，清代徐忠可《金匱要略论注》(1671年)^[39]又论“以参甘培胃中元气，而以橘皮竹茹一寒一温，下其上逆之气。以姜枣宣其上焦，使胸中之阳，渐畅而下达。谓上焦固受气于中焦，而中焦亦禀承于上焦，上焦既宣，则中气自调也。”又从中上二焦阳气宣通论述其方义。而清代陈修园《金匱方歌括》(1811年)^[40]中载：“方中用生姜、竹茹，一寒一热以祛之。人参、橘皮，一开一阖以分之。甘草、大枣，奠安中土。”明确指出治哕当以调中焦气机之枢，复中土之权。故以橘皮、竹茹之寒热，降上逆之气；人参、生姜之开阖，交通上下气机；甘草、大枣之补虚，使中土有权，而哕逆自平矣。

故历代医家对于《金匱》橘皮竹茹汤均有补充拓展，完善了组方原理及配伍特点。橘皮竹茹汤药味少，主治病证较多，组方特点独特。橘皮为辛苦温燥之品，能行能降，理气调中，合生姜共行和胃止呕之效；竹茹为甘寒之品，清热止呕，与大剂量辛温药配伍去性存用，寒热并用以畅中焦气机，共奏降逆除哕之功；人参、甘草、大枣甘温补虚，奠安中土以复胃中阳气，中焦得权而哕症自平。全方配伍精妙，橘皮、人参行中有补，生姜、竹茹清中有温，上下交通，诸药合用共奏补虚降逆之功，且补而不滞，清而不寒。

2.6 橘皮竹茹汤炮制、煎服法分析

2.6.1 橘皮竹茹汤及加减方中药物炮制方法分析 在133条有关橘皮竹茹汤(包括同名异方)的药物组成中，记载药物炮制的有64条，具体药物炮制情况见表9。

由表9可知，原方中记载药物炮制最多的是甘草(56次)，其次是橘皮(18次)，还有少量记载大枣(6次)与人参(2次)。甘草的主要炮制是炙法，仅有两处分别为“炒”“煨”，而《金匱》原文只记录了甘草，未提及炮制，但根据上文的方义解读，甘草重在补益中气、奠安中土，故用炙甘草尤宜。橘皮去白是为橘红，元代王好古《汤液本草》(1298年)^[41]：“橘皮以色红日久者为佳，故曰红皮、陈皮”；橘红则是

表9 橘皮竹茹汤及加减方中药物炮制频数

Table 9 Frequency table of Chinese Medicine concoction in Jupí Zhurutang and its addition and subtraction formula

No.	药物	频数/次	炮制方法
1	甘草	56	炙(54)、炒(1)、煨(1)
2	橘皮	18	去白(18)
3	大枣	6	擘(4)、去核(2)
4	人参	2	去芦(2)
5	半夏	12	汤洗(9)、制(3)
6	麦冬	7	去心(7)
7	枇杷叶	7	去毛(5)、姜制(1)、蜜炙(1)
8	茯苓	4	去皮(4)

“去白者曰橘红也”。故橘红辛温燥湿之性强烈,橘皮陈皮独以理气和胃,故本方中尤宜橘皮或陈皮,现代应用多为陈皮。人参仅有两处提及去芦,去芦实为防止芦头致吐,但研究证明人参芦无此毒性,故现使用人参饮片即可。在橘皮竹茹汤加减方中,记载半夏炮制的数据最多共12条,其中汤洗有9条,据现代学者研究汤洗主要目的是解毒,故使用现有法制半夏即可^[42]。其余药物炮制均常规炮制方法,故不展开讨论。

2.6.2 橘皮竹茹汤制备方法、煎服法 在133条明确记载药物组成与剂量的数据中,涉及制备方法的有32条,包括咬咀、锉、细切3种。锉法中又有“锉”“锉散”“上锉为麻豆大”之分,均是为减小药物煎煮时的体积,提高有效成分的溶出率,节约药材使用。在所有检出数据中,橘皮竹茹汤的剂型均为汤剂,仅出现了少量煮散剂,剂型方面未有太大变化。其中有63条明确记载煎煮时用水量,有58条记载煮取量,有28条涉及服入量,有19条煎服法与原方完全一致。另外服药时间也被众多医家提出,共有31条数据,其中“不拘时候”有14条,“食前服”有14条,“不已再煎服”有2条,“食顷再服”1条。此外尚有一条记载服药禁忌,清代叶其蓁《女科指掌》(1724年)^[43]中记载“水煎服,忌羊、鸡、鱼、面。”盖因胃气虚损,不降反逆,过食膏脂厚味必加重病情。故后世医家在运用橘皮竹茹汤时在药物制备方面有创新,对于煎煮法多参原书,而服药时间则视具体情况而定。

3 总结与讨论

本文通过对历代记载橘皮竹茹汤的古籍进行系统整理,发现橘皮竹茹汤在后世流传版本众多,通过对比其异名同方、同名异方的主治病证、组成、药物剂量关系、组方原理及炮制煎服法等内容,确

认后世流传的橘皮竹茹汤传承自汉代医家张仲景所著《金匱要略》。由于《金匱》原文论述简洁,且橘皮竹茹以“升”计量,故通过文献考证与实物考察拟定原方药物的现代用量。结合数据分析相关文献中频次较高的记载,进行前后对比论证,得出以下结论:①《金匱》橘皮竹茹汤主治病证为哕逆,由橘皮(二升),竹茹(二升),大枣(三十枚),生姜(半斤),甘草(五两),人参(一两)组成,通过度量衡转换后得近似剂量为橘皮100g、竹茹30g、大枣120g、生姜110g、甘草68.75g、人参13.75g,除大枣外其余药物比例近似为6:2:8:5:1。②后世流传橘皮竹茹汤在方名、主治、组成、剂量均有演变。异名同方中大橘皮汤高度近似金匱原方,而橘皮汤流传版本混乱,其余陈皮汤、橘参饮均传抄自前两者。主治病证中出现的“咳逆”“呕逆”“呃逆”均是不同时期对“哕逆”的代称,病证特点为“气逆上冲,喉间呃呃作声连续不断”,病机核心为“胃气上逆”。但对于“哕逆”寒热病性的定义则众说纷纭。考证后认为《金匱》橘皮竹茹汤的病机特点应为“胃虚气逆,寒热不著”。药物组成变化均为橘皮竹茹汤的同名异方,大多数增加了对症治疗药物,如“加柿蒂黄连”“加半夏”“加麦冬茯苓半夏枇杷叶”。剂量占比方面,后世减小了大枣、甘草的占比,同时提高了寒凉药物的占比,如同名异方中橘皮与竹茹的比例多为1:1,更趋于治疗胃虚热,故现代使用橘皮竹茹汤治疗胃虚热证应来源于此。③参考已公开发表的橘皮竹茹汤中各药味基原考证文献及国家发布的2020年版《中国药典》第一部^[44-48],考证《金匱》橘皮竹茹汤基本信息,见表10。若出现哕逆兼热证,如口渴心烦,舌嫩红苔少,脉虚大等,应加大竹茹用量,也可加赤茯苓、麦冬、半夏、枇杷叶,同时减少生姜用量。若并见寒证,如冷蜷恶寒,手足不温,涎液满口,舌淡苔白,脉虚缓,则应加大橘皮、生姜用量,或加丁香柿蒂半夏温阳祛寒之品,临床应用应该随证治之。

本探究还存在一定不足,如原文中橘皮竹茹剂量转换尚不精准(原因是两药剂量为“升”,尚不知密度),其次未结合现代药理、药效学等分析技术进行深度研究。因此,在下一步研究中,因重点解决经典名方中药物特殊剂量单位标准化问题,同时还应采用更高级的关联性研究,更全面地开展经典名方橘皮竹茹汤的理论研究,为该方的临床应用及制剂研究提供科学依据。

表10 橘皮竹茹汤基本信息考证

Table 10 Comparison of ancient and modern information on Jupī Zhurutang

出处	处方信息	基本信息					
		药味名称	折算剂量	基原及用药部位	炮制规格	用法用量	功能主治
《金匱要略》	橘皮(二升)、竹茹(二升)、生姜(半斤)、甘草(五两)、人参(一两)、大枣(三十枚) 上六味,以水一斗,煮取三升,温服一升,日三服	橘皮	约100.00 g	芸香科植物橘 <i>Citrus reticulata</i> 及其栽培变种的干燥成熟果皮	生品	上六味,以水1 000 mL,煮取600 mL,每服200 mL,日三服,不拘时服	【功效】补虚安中,降逆止呕 【主治】胃虚气逆之呃逆证,症见喉间呃呃作声连续不断;或干呕、嗳气。兼见舌淡红或嫩红,苔少或薄白,脉虚细
		竹茹	约30.00 g	禾本科植物淡竹 <i>Phyllostachys nigra</i> var. <i>henonis</i> 的茎秆的干燥中间层	生品		
		人参	约13.80 g	五加科植物人参 <i>Panax ginseng</i> 的干燥根和根茎	生品		
		甘草	约69.00 g	豆科植物甘草 <i>Glycyrrhiza uralensis</i> 的干燥根和根茎	炙甘草		
		生姜	约110.40 g	姜科植物姜 <i>Zingiber officinale</i> 的新鲜根茎	生品		
		大枣	约60.00 g	鼠李科植物枣 <i>Ziziphus jujuba</i> 的干燥成熟果实	生品		

[利益冲突] 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] 国家中医药管理局. 关于发布《古代经典名方目录(第一批)》的通知[EB/OL]. (2018-04-13)[2019-05-20]. <http://kjs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2018-04-16/7017.html>.
- [2] 王冬盈,邓咏诗,郜洁. 岭南罗氏妇科治疗妊娠恶阻的用药经验总结[J]. 中药材,2019,42(3):683-685.
- [3] 游向前. 中西医结合预防肿瘤化疗所致呕吐98例[J]. 中国中西医结合杂志,2003,23(10):785-786.
- [4] 白海燕,庞艳梅. 橘皮竹茹汤治疗反流性食管炎[J]. 四川中医,1997(1):29-30.
- [5] 国家中医药管理局办公室,国家药品监督管理局综合和规划财务司. 关于发布《古代经典名方关键信息考证原则》的通知[EB/OL]. (2020-10-15)[2020-11-10]. <http://kjs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2020-10-15/18132.html>.
- [6] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典:一部[M]. 北京:中国医药科技出版社,2020.
- [7] 郑文晖. 文献计量法与内容分析法的比较研究[J]. 情报杂志,2006(5):31-33.
- [8] 张仲景. 金匱要略[M]. 张家礼,主编. 北京:中国中医药出版社,2004:372.
- [9] 庞安时. 伤寒总病论[M]. 北京:人民卫生出版社,1989:38.
- [10] 陈言. 三因极一病证方论[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:229.
- [11] 楼英. 医学纲目[M]. 北京:中国中医药出版社,1996:497.
- [12] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 李占永,李晓林,校注. 北京:中国中医药出版社,1994:56.
- [13] 刘信甫. 活人事证方后集[M]. 郭思纂,集. 李克夏,李玉清,点校. 上海:上海科学技术出版社,2003:73.
- [14] 龚信. 古今医鉴[M]. 龚廷贤,续编. 王肯堂,订补. 熊俊,校注. 北京:中国医药科技出版社,2014:77.
- [15] 严用和. 济生方[M]. 北京:人民卫生出版社,1956:70.
- [16] 武之望撰. 济阴济阳纲目[M]. 苏礼,等,校注. 北京:中国中医药出版社,1996:128.
- [17] 高希言,朱平生,田力. 中医大辞典[M]. 太原:山西科学技术出版社,2017:572-828.
- [18] 朱肱. 类证活人书[M]. 天津:天津科学技术出版社,2003:84.
- [19] 张介宾. 景岳全书[M]. 上海:上海科学技术出版社,1961:1098-1098.
- [20] 丹波元坚. 杂病广要[M]. 北京:人民卫生出版社,1958:729.
- [21] 李玉清. “嘔”义衍变考[J]. 南京中医药大学学报:社会科学版,2003(2):108-110.
- [22] 叶桦,冯全生,温川颀,等. 证素辨证的基本原理与问题分析[J]. 中华中医药学刊,2019,37(12):2840-2842.
- [23] 张波,姜良铎,张冬梅,等. 《金匱要略》橘皮竹茹汤方证探微[J]. 天津中医药,2010,27(1):34-36.
- [24] 陆子贤. 六因条辨3卷[M]. 济南:山东科学技术出版社,1982:17.
- [25] 班固. 汉书·律历志[M]. 北京:中华书局,1962:967.
- [26] 丘光明,邱隆,杨平. 中国科学技术史度量衡卷[M]. 北京:科学出版社,2017:236,249.
- [27] 陶弘景. 本草经集注[M]. 尚志均,尚元胜,辑校. 北京:人民卫生出版社,1994:26-298.
- [28] 雷斅. 雷公炮炙论[M]. 张骥,补辑. 施仲安,校注. 南京:江苏科学技术出版社,1985:93.
- [29] 杜茂波. 《伤寒论》药物剂量问题探讨[J]. 中国中药杂志,2019,44(22):5012-5016.
- [30] 仝小林,穆兰澄,吴义春,等. 《伤寒论》方剂中非计量单位药物重量的现代实测研究[J]. 中医杂志,2009,50(S1):1-2.
- [31] 刘向. 说苑[M]. 方勇,主编. 程翔,评注. 北京:商务印书馆,2018:825.

- [32] 李时珍. 本草纲目[M]. 北京:人民卫生出版社, 1975:53.
- [33] 宋濂. 元史[M]. 北京:中华书局,1976:2395.
- [34] 赵云田. 钦定大清会典事例[M]. 北京:中国藏学出版社,2006.
- [35] 黄元御. 长沙药解[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016:120.
- [36] 吴昆. 医方考[M]. 北京:中国中医药出版社,1998: 151-152.
- [37] 王子接. 绛雪园古方选注[M]. 赵小青,点校. 北京:中国中医药出版社,1993:80.
- [38] 丹波元简. 金匱玉函要略辑义[M]. 赵雨薇,王明亮,田思胜,校注. 北京:中国医药科技出版社, 2019:185.
- [39] 徐忠可. 金匱要略论注[M]. 邓明仲,张家礼,点校. 北京:人民卫生出版社,1993:270.
- [40] 陈修园. 金匱方歌括[M]. 福州:福建科学技术出版社,1987:99.
- [41] 王好古. 汤液本草[M]. 陆拯,郭教礼,薛今俊,校点. 北京:中国中医药出版社,2013:120.
- [42] 吴皓,钟凌云,李伟,等. 半夏炮制解毒机制的研究 I [J]. 中国中药杂志,2007,32(14):1402-1406.
- [43] 叶其蓁. 女科指掌[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016.
- [44] 王艺涵,赵佳琛,金艳,等. 经典名方中柑橘属皮用药材的本草考证[J]. 中国现代中药,2020,22(8):1185-1200.
- [45] 赵佳琛,王艺涵,金艳,等. 经典名方中竹茹的本草考证[J]. 中国实验方剂学杂志,2022,28(10):238-246.
- [46] 程夏倩,赵维良,黄琴伟,等. 五加科法定药用植物基原考证[J]. 中国现代应用药理学,2021,38(12):1461-1468.
- [47] 钱锦秀,孟武威,刘晖晖,等. 经典名方中大枣的本草考证[J]. 中国实验方剂学杂志,2022,28(10): 296-305.
- [48] 赵佳琛,王艺涵,翁倩倩,等. 经典名方中甘草的本草考证[J]. 中国现代中药,2020,22(8):1162-1174.

[责任编辑 顾雪竹]

· 书讯 ·

心理护理干预对脑出血患者生活质量的影响 ——评《脑出血冯华2021观点》

脑出血是原发性非外伤性的脑实质内的出血,多由高血压引起动脉硬化的血管破裂,形成血肿压迫神经而出现症状。脑出血是中老年人常见的急性脑血管病,病死率和致残率都很高,是我国脑血管病死亡率最高的临床疾病,并且呈年轻化趋势。脑出血会产生很多的并发症,总体预后效果差,对患者身心健康造成严重伤害。

《脑出血冯华2021观点》冯华主编,由北京科学技术文献出版社于2021年出版。该书不仅综合了脑出血发病机制、诊断手段、精准治疗、监护手法、预防手段等,还包含了基础医学等多学科的交叉,并讨论了护理模式对脑出血患者心理适应、生活质量的影响。互动护理模式是指护理人员与患者的互动,鼓励患者主动参与医疗护理,引导患者自觉为自身康复实行自我护理,随着社会的发展,人们对于疾病健康的观念发生了变化,从原本被救者,变为享受医疗服务的特殊消费者。患者认为,作为消费群体,支付相应报酬,就有权利得到相应的医疗服务,对于医护人员,既要为患者的生命负责,又要重视患者“消费体验”。互动护理模式继承了传统护理工作程序,附加与患者的双向性活动,医护人员拥有专业的知识,在互动过程中,引导和帮助患者做出决定,以患者为中心,尊重患者知情权、参与权,给予患者足够的成就感,增强患者的自护能力。脑出血患者在发病前少有症状,少部分患者出现头晕、头疼及全身乏力等。发病后,很快临床症状就会到达顶峰,症状的严重程度根据出血部位和多少相对不同。基底核区出血,临床上通常表现为对侧偏瘫、偏身感觉不行、同向性偏盲、两眼球对侧凝视不能,还可伴有失语、精神症状、认知症状等。脑叶出血,临床上可出现偏瘫、尿便失禁、失语、癫痫、视野缺损等。脑干出血,多以瘫痪为主。由于脑出血多由高血压合并动脉硬化、脑动脉畸形等原因引起,病因无法去除,因此无法真正治愈。病情稳定后,可能会遗留不同程度的残疾,包括感觉、语言、运动功能的障碍等。因为身体疼痛的根本病灶在大脑,所以在脑出血后,尽早控制患者病情,稳定患者生命体征,早期进行康复训练,这对恢复患者神经功能,提高生活质量大为有益。由于脑出血的高残疾,患者的后期训练治疗过程时间长,效果差,影响自身日常生活管理,回归社会后因自身残疾存在抑郁、自卑心理,有时患者会产生放弃想法,从而进一步影响患者的康复计划有效实施,互动护理模式就显得尤为重要,结合患者自身情况,包括日常生活,饮食,健康检测,锻炼计划等常规护理。指导患者进食高蛋白、少盐、多青菜、瓜果、易消化食物,对于用餐障碍患者应与家属沟通,多采用流食。医护人员对患者包容与理解,解答患者对于用药方面疑惑。针对患者自身情况合理安排身体锻炼,并对患者家属进行相关技能培训,以便应对紧急情况。由于绝大部分脑出血患者都存在一定的后遗症,康复周期长,恢复效果不明显,对患者及其家属都产生一定的心理压力,且有些患者存在精神或人格障碍,应及时同患者和家属交流,对患者紧张心态及时进行疏导,鼓励患者多参加业余活动,引导患者选择喜欢的方式舒缓心情,使患者对自身康复持积极乐观心态。在患者康复治疗一定时间后进行复查,结合患者康复情况校订康复训练方案。

《脑出血冯华2021观点》不仅对患者生理具有积极意义,可进一步疏导患者心理,提高患者生活质量,是中老年人常见病脑卒中诊疗护理参考书。该书中内容详实,可使读者迅速了解该病的近期新进展,阅读方便,实用性强。

(作者魏银花,河北北方学院附属第一医院,河北张家口 075000)