

## 盱江医家龚廷贤吞酸证治特色探析

邱义勇<sup>1</sup>, 邓高振<sup>1\*</sup>, 刘明坤<sup>2</sup>, 邓建梅<sup>1</sup>, 杨文园<sup>3</sup>

(1.福建中医药大学附属三明中西医结合医院,福建 三明 365000;

2.中国中医科学院广安门医院,北京 100055;3.江西省中西医结合医院,江西 南昌 330002)

**摘要:**盱江医家龚廷贤对吞酸一病的鉴别诊断、病因病机、证治方药及预防调摄均具有独到见解。其首辨吞酸与吐酸之别,以病位深浅、临床表现为纲进行区分:吞酸病位偏下,以酸水泛溢胃脘、不得吐出为特征;吐酸病位居上,以酸水随即吐出为要。在病因病机方面,龚氏以“湿热郁积”为吞酸发病核心,并针对历代医家对本病寒热属性的争议提出己见,认为本病初起可表现为寒证,病久则多从热化,尤为重视湿热郁滞在病机演变中的关键作用。诊法之上,龚氏以脉诊为要,本病主脉见弦滑,亦可兼见沉迟、数洪之象;并以脉证合参将本病归纳为痰火郁气、宿食不化、寒饮停胃三类证型,分别施以平肝顺气保中丸、清郁二陈汤、香薷和中丸、曲术丸、吴茱萸丸等方化裁,用药尤擅配伍黄连、吴茱萸以辛开苦降、调肝和胃。此外,龚氏亦重视未病先防,强调饮食调摄对于控制病情进展、预防复发的重要意义,整体凸显其辨治吞酸“重清利湿热、重因时用药、重饮食调护”的学术特色。

**关键词:**龚廷贤;吞酸;湿热郁积

吞酸是指胃内容物返流入食管、咽喉或口腔,患者感觉酸水上泛的病症<sup>[1]</sup>,符合胃食管反流病(GERD)的临床特点<sup>[2]</sup>。现代医学治疗GERD多采取质子泵抑制剂(PPI)、促胃动力药等对症治疗,但存在治疗疗程长、复发率高、不能根治等问题,疗效仍较为局限<sup>[3]</sup>,且长期使用PPI存在一定不良反应<sup>[4]</sup>。相较于现代医学的对症治疗,中医药以辨病与辨证相结合为核心,作为综合治疗手段,在本病的调理与治疗中展现出独特优势<sup>[5]</sup>。

明代盱江医家龚廷贤(公元1522—1619),字子才,号云林,江西金溪人,出身于医学世家,一生行医六十余载,临证经验丰富,医学理论渊博,为江西古代十大名医之一,曾被赐“医林状元”殊荣。龚廷贤著述颇丰,其编撰的《万病回春》《寿世保元》《济世全书》《鲁府禁方》等多部医著中包含了丰富的吞酸诊疗记载。本文通过整理龚廷贤著作中关于治疗吞酸的学术思想与临床经验,以期为现代中医治疗本病提供思路与参考。

### 1 吞酸与吐酸的鉴别诊断

吞酸病名首见于《诸病源候论》,古称“噫醋”,后世医家多将其与吐酸并称,然二者临证表现、病位病势实有不同。元代医家朱丹溪在《丹溪心法·吞酸》中首次提出:“吞酸与吐酸不同”<sup>[6]136</sup>。龚氏承丹溪之言,认为吞酸与吐酸有异,如《万病回春·吞酸》中言:“吞酸与吐酸不同,吞酸,水刺心也;吐酸者,吐出酸水也”<sup>[7]188</sup>,若将酸水从口中吐出,称为“吐酸”;若是酸水不能吐出,表现为“刺心”,即

是吞酸。而这2种不同的临床表现与二者病位的差别有关,如龚氏在《医林状元济世全书》中所言:“吞酸与吐酸不同,吐酸是平日津液随上升之气郁积而成,郁之久,湿中生热,故从火化,遂作酸水而出;吞酸者,湿热郁积于肝而出伏于肺胃之间”<sup>[8]242</sup>,二者皆为湿热郁积所成,只是吐酸是“随上升之气郁积”,病位偏上,而“吞酸”则是“郁积于肝而出伏于肺胃之间”,病位偏下。

### 2 吞酸的病因病机

**2.1 以湿热郁积为核心** 吞酸的寒热属性是历代医家争论较多的问题,责之于寒者,如《诸病源候论》中言:“噫醋者,由上焦有停痰,脾胃有宿冷,故不能消谷,谷不消则胀满而气逆,所以好噫而吞酸,气息醋臭”<sup>[9]</sup>;责之于热者,如丹溪指出“吞酸者,湿热郁积于肝而出,伏于肺胃之间”<sup>[10]</sup>。龚氏继承朱丹溪的学说,尤其强调湿热郁积在本病发病中的重要性,如其在《寿世保元》中引用朱丹溪的论述来说明湿热郁积导致吞酸的机理,“乃湿热在胃口上,饮食入胃,被湿热郁遏,食不得化,故作吞酸,如谷肉覆盖在器,湿则为酸也”<sup>[11]117</sup>,湿热郁积,以致清气不升,浊气不降,清浊相搏于脾胃,气逆于上出现吞酸。此外,龚氏认为之所以会产生湿热郁积,与脾胃本虚密切相关,正是因为脾胃功能受损,运化失职,气机失调,故而内外相引,出现湿聚热蕴的情况,如其在《万病回春》中所言:“俱是饮食入胃,气虚不能运化,郁积已久,湿中生热,湿热相蒸,故作酸也。”<sup>[7]188</sup>

**2.2 以病程新久分寒热** 朱丹溪从湿热郁积角度论治吞酸,对于前人认为吞酸属寒的观点,他提出了“《素问》言热者,主其本;东垣言寒者,言其标也”<sup>[10]</sup>的经典论断,认为吞酸本质是郁热,但是风寒

收稿日期:2025-05-08;接受日期:2025-08-01

基金项目:福建省自然科学基金项目(2023J011760);三明市科技计划联合资助项目(2022-S-85)

通信作者:邓高振, E-mail: dgz60111@163.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.01014

客表时,可加重郁热导致吞酸,此时用辛香温燥之药解表可减轻郁热从而缓解吞酸的症状。龚氏的看法有别于丹溪,虽然他也承认寒邪可导致吞酸,但主要是从内寒论述,认为饮食生冷,寒邪直中脾胃,可导致脾胃纳运失常出现吞酸。更为重要的是,他认为这种情况一般出现在疾病的初始阶段,至于疾病后期,寒湿久滞脾胃,亦可郁而化热,当从热论治。如《寿世保元》中所言:“胃属土,土为万物之母,胃为五脏之本,故伤生冷坚硬之物,则令人噫醋吞酸,犹寒伤皮毛,能令阳气壅滞而为病热也,俗医妄以为冷,主温和脾胃而复愈者,犹伤寒用麻黄桂枝药发表,令汗出而愈也,若久吐酸不已,则不宜温之,当用寒药以下之,后以凉药调之”<sup>[11]20</sup>。

### 3 吞酸的辨证论治

**3.1 脉诊为先** 龚氏重视脉诊,认为“医家门路,须要指下明,而后病源悉”,强调脉诊在疾病诊断中的重要作用,故论病时往往先对脉象进行描述,认为脉明则病理自明。对于吞酸,《万病回春》中言:“吞酸脉形多弦而滑;或沉而迟,胸有寒饮;或数而洪,膈有痰热”<sup>[7]188</sup>,从脉证相应的角度将吞酸进行了分类。弦滑脉为吞酸脉象的总纲,在吞酸中最为常见,弦为肝气不舒之候,滑为痰饮、宿食之象,弦滑脉所主当为肝气犯胃,兼有痰湿或食滞。至于吞酸而脉见沉迟或数洪,龚氏则认为其是分别反映了“胸有寒饮”或是“膈有痰热”2种不同的证型,是对吞酸进行寒热判断的重要依据,如《古今医鉴》中对于沉迟脉言“沉而迟主内寒”<sup>[12]7</sup>,而数脉与洪脉则分别为“中为脾热口臭,胃翻呕逆”<sup>[12]9</sup>及“为荣卫大热血气燔灼之候”<sup>[12]6</sup>。

### 3.2 分证论治

**3.2.1 痰火郁气** 龚氏继承丹溪“六郁”的学说,认为“气血冲和,百病不生,一有怫郁,诸病生焉”<sup>[12]55</sup>,其中尤其重视痰郁、火郁、气郁等在吞酸病发生、发展中的相关性。如《寿世保元》中所言“郁火伤脾,中气不运,胃中伏火,郁积生痰,致令呕吐吞酸嘈杂、心腹闷”<sup>[11]188</sup>,指出了由情志不遂,肝气不舒,郁而化火,横逆侵犯脾胃,以致脾胃纳运失常,水湿停聚,郁而化热,炼液为痰的完整发病机理。对于本证,龚氏指出可用平肝顺气保中丸、清郁二陈汤等治疗。平肝顺气保中丸由香附、川芎、陈皮、白术、枳实、黄连、吴茱萸、神曲、麦芽、木香、栀子、莱菔子、半夏、白茯苓、砂仁、干姜、竹茹、炙甘草组成,具有肝脾同调、消补兼施、寒热并用的特点,药味多而层次分明,龚氏言其有“顺气和中,开胃健脾,进食化痰消痞”的作用<sup>[7]188</sup>。清郁二陈汤则是由越鞠丸合二陈汤加减而成,越鞠丸原方以苍术兼治痰湿两郁,而本证痰郁较重,故佐以二陈汤燥湿化痰、理气和胃,以绝痰湿之源,正如龚氏所言“一论吞

酸嘈杂,酸水刺心者,乃痰火郁气也,宜清郁二陈汤”<sup>[11]117</sup>。

**3.2.2 宿食不化** 饮食不节,食停中焦,气机壅塞,以至脾胃运化失常,脾虚湿阻,形成吞酸,如《寿世保元》中言“夫胃为水谷之海,无物不受,若夫湿面鱼腥,水果生冷,以及烹饪不调,粘滑难化等物,恣食无节,朝伤暮损,而成清痰稠饮,滞于中宫,故为嘈杂,暖气吞酸痞满,甚则为翻胃膈噎,即此之由也”<sup>[11]118</sup>。对于此类吞酸,龚氏主张以香蔻和中丸、曲术丸等治疗。香蔻和中丸由白术、山楂、连翘、莱菔子、白茯苓、枳实、陈皮、半夏、神曲、干姜、白豆蔻、木香组成,龚氏言其用于治疗“噫气吞酸嘈杂,有痰,有热,有气,有食,胸膈不宽,饮食不化”<sup>[11]117</sup>,方中集大量消食药与理气化痰药于一体,并用连翘清食积之热,干姜温中健脾以防过寒伤中。若是无明显痰热之象,亦可用曲术丸(神曲、苍术、陈皮、砂仁)治疗,较于前方,本方药简力专,以苍术、陈皮、砂仁来燥湿运脾,又重用神曲三两只以消食,对于脾虚湿盛兼有食积之证尤为适宜,如龚氏所言有“治中脘宿食、留饮,酸螫心痛,口吐清水”<sup>[12]78</sup>之效。

**3.2.3 寒饮停胃** 饮食生冷伤中,脾失健运,水湿不化,聚为寒饮,积于脾胃,阻滞气机,故致胃失和降,肝气乘虚上逆,出现“时时酸心,或吐水”的吞酸表现,对于此类“痰饮积在脾胃间”所致的吞酸,龚氏主张用吴茱萸丸治疗<sup>[11]117</sup>。吴茱萸丸由麦芽、肉桂、吴茱萸、苍术、陈皮、神曲组成,方中吴茱萸、肉桂温中散寒,苍术、陈皮燥湿理气,神曲、麦芽消食导滞,全方温、燥、行、消并用,体现了“以通为补”“以温促运”的特点。此外,龚氏临证擅用小方、单方,如治疗本证,有由干姜、吴茱萸组成的“食后吐酸水方”<sup>[8]243</sup>;也可单用一味吴茱萸进行治疗,如《寿世保元》中载“一论醋心,每醋气上攻如酳醋不可当者,用吴茱萸一合,水一盅,煎七分,顿服,纵浓亦须强饮,曾有人心如螫破,服此方立效”<sup>[11]118</sup>。吴茱萸温中化饮的同时又有疏肝降逆之效,故尤宜于本证。

## 4 吞酸的治疗原则及特点

**4.1 重清湿热** “吞咽酸水,湿热在胃,除湿清热,兼化痰治”<sup>[13]</sup>,此为龚氏在《云林神彀》中对吞酸治法的高度概括。只清热不除湿,则热去湿存,易于再次化热;只除湿不清热,则热邪仍在,疗效不彰,故龚氏治疗吞酸时常除湿与清热并举,在健脾燥湿、理气化湿的同时,配伍清肝火、清胃火之品。如平肝顺气保中丸中,既用白术、茯苓、半夏、砂仁等化湿,也用黄连、栀子等清热。湿热困脾,水湿不运,热邪煎熬津液,炼液成痰,故在除湿清热基础上,龚氏又提出了“兼化痰治”,旨在强调既要祛除湿热这一病因,也要解决因湿热而产生的痰这一病

理产物,因此在治疗上,常伍理气化痰之品,如清郁二陈汤中重用二陈汤,平肝顺气保中丸中用茯苓、半夏、竹茹等。龚氏治疗吞酸,紧扣湿热-痰气这一核心病机,形成了燥湿清热、理气化痰、和中降逆的复合治法,不仅针对“酸”这一症状,更是着眼于中焦湿热痰阻、气机壅滞进行整体调治,体现了龚氏“治病求本,标本同治”的治疗思想。

**4.2 重四时用药** 《素问·六元正纪大论》言:“用寒远寒,用凉远凉”<sup>[14]</sup>,强调用药时要考虑季节的影响,避免药性与气候的偏性叠加,从而过度损伤人体正气。龚氏法于《黄帝内经》,在四时用药中做到了灵活调整方剂中特定药物的用量,以增强疗效、减少副作用。在黄连、吴茱萸这一吞酸治疗中常使用的药对上,龚氏常在用法上标注“黄连,夏月倍用”和“吴茱萸,冬月倍用”<sup>[12]78</sup>,夏季暑热当令,自然界阳气最盛。人体腠理开泄,阳气外浮,体内相对阴气虚而阳热盛,同时,暑多夹湿,同气相求,会加重湿热困阻中焦之势,此时倍用黄连,可增强清热燥湿之力;冬季严寒,自然界阴气最盛,人体阳气内敛,腠理密闭,体内相对阳气内藏而阴寒外盛,会加重气机的凝滞,使肝气不舒、胃气不降的表现可能更突出,此时倍用吴茱萸,可借其大辛大热之性,以温通之力解郁,同时防止黄连苦寒之性损伤中阳。

**4.3 重饮食调摄** 龚氏历来重视饮食调摄在脾胃病中的重要作用,认为“人知饮食所以养生,不知饮食失调亦所以害生”<sup>[11]81</sup>,在吞酸中,更是强调“必用粝米、蔬菜以自养,宜节厚味”<sup>[12]78</sup>,即要注意避免肥甘厚味,当以清淡饮食为主。如龚氏在《寿世保元》中所言“所以中酸而不宜食油腻之物者,皆因能令气之壅塞也”<sup>[11]20</sup>,吞酸患者已有胃气上逆的病理基础,而油腻的食物性质黏腻,难以消化,进食后会进一步影响脾胃的升降,导致气机壅滞,从而加重吞酸。后世医家李用粹在《证治汇补》中进一步阐述了这个观点,“吞酸为中气不舒,痰涎郁滞,须先用开发疏畅之品,不宜食用粘滑油腻,令气不宣畅,宜入清虚淡蔬,使气道通利也”<sup>[15]</sup>。

## 5 吞酸的转归

对于本病的转归,龚氏认为若是病久不愈,则有可能发展至噎膈或者翻胃,如《万病回春》中言:“若是吞酸吐酸、嘈杂心烦,久而不治成膈噎翻胃症也”<sup>[7]188</sup>。关于噎膈和翻胃,《古今医鉴》中言“翻胃也,膈也,噎也,三者名虽不同,而其所受之病,则一而已”<sup>[12]74</sup>,即认为噎膈和翻胃实质上是同一种疾

病,只是命名不同而已。从吞酸、吐酸到噎膈、翻胃,可以直观感受到疾病由实转虚的过程,如龚氏在《万病回春》中言:“夫膈噎翻胃之症,皆由七情太过而动五脏之火,熏蒸津液而痰益盛,脾胃渐衰,饮食不得流行,为膈,为噎,为翻胃也”<sup>[7]178</sup>。

## 6 小结

龚廷贤辨治吞酸的经验上承于金元诸家,一方面,重视湿热郁积在吞酸发病中的重要性,同时又强调脾胃本虚的内在因素;另一方面,对于历代医家争议较多的吞酸的寒热属性问题,从病程长短出发,认为本病虽以热证为多,但发病之初亦可见寒证。诊疗上,强调脉诊为先,脉症相参,将本病分为痰火郁气、宿食不化、寒饮停胃等三个证型,并指出分别可用平肝顺气保中丸和清郁二陈汤、香蔻和中丸和曲术丸、吴茱萸丸等治疗。龚廷贤对于吞酸的治疗体现了他重清湿热、重四时用药、重饮食调摄等治疗原则与特点,其对吞酸的证治反映了盱江医家临床辨证精细、用药准确的学术特色。

## 参考文献

- [1] 陈蔚文. 吞酸症新议[J]. 新中医, 1996, 28(10): 7-9.
- [2] 徐陆周, 单兆伟, 沈洪. 胃食管反流病古典文献研究[J]. 中医文献杂志, 2009, 27(6): 25-27.
- [3] 石芳. 刘启泉教授基于“火热论”治疗胃食管反流病的数据挖掘及临床研究[D]. 石家庄: 河北中医学院, 2020: 14.
- [4] 王丽, 于文雯, 柳克浩, 等. 长期使用质子泵抑制剂所致不良反应及机制[J]. 中国药物经济学, 2024, 19(4): 100-103, 108.
- [5] 柳红良, 董斐, 陶夏平. 基于《伤寒杂病论》及金元四大家经典视角探讨胃食管反流病辨治思路[J]. 中医学报, 2025, 40(6): 1205-1209.
- [6] 田思胜. 朱丹溪医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 136.
- [7] 龚廷贤. 万病回春[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019.
- [8] 龚廷贤. 医林状元济世全书: 新刊海内外珍藏中医珍善孤本选粹[M]. 影印本. 北京: 中国科学技术出版社, 1996.
- [9] 巢元方. 诸病源候论[M]. 孙理军, 张登本, 点评. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 363.
- [10] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 王英, 点评. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 118.
- [11] 龚廷贤. 寿世保元[M]. 2版. 鲁兆麟, 主校. 北京: 人民卫生出版社, 2001.
- [12] 龚信, 龚廷贤. 古今医鉴[M]. 熊俊, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2014.
- [13] 龚廷贤. 云林神效[M]. 张维西, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 33.
- [14] 黄帝内经素问[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 164.
- [15] 李用粹. 证治汇补[M]. 竹剑平, 点评. 盛增秀, 主审; 金策, 整理. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 243.