

庞氏医话

从“痰瘀”论治梅核气

梅核气，最早记载于《仁斋直指方论》，其症状描述为“窒碍于咽喉之间，咯之不出，咽之不下，如梅核之状者是也”。该病以咽喉部自觉有异物梗阻感为主要特征，时作时止，不碍饮食，发病多与情志密切相关，可伴随焦虑或抑郁情绪，现代医学常将其与咽异感症、癔球症等非器质性疾病相关联。目前中医界普遍认为，其核心病机在于肝郁脾虚、痰气互结，治疗多从疏肝解郁、调脾和胃、理气化痰入手。庞宇舟教授在长期临床实践中，基于中医、壮医理论及诊疗经验，认为该病迁延难愈，提出了从“痰瘀”角度辨治梅核气的独特见解。庞师认为，情志不畅、肝气郁结为本病始动因素，肝郁乘脾，致脾失健运，津液输布失常，聚湿成痰，痰气交阻于咽喉是本病主要病机，病程日久，“久病成瘀”，瘀凝可致血瘀，终致痰瘀互结，迁延难愈。这与壮医“毒虚致病”、“三气同步”及“三道两路”理论相契合。痰瘀作为内生的“痰毒”、“瘀毒”，阻滞气道、龙路，导致人体气血失衡、三气不能同步，发为咽喉不利之症。因此，治疗上主张痰瘀同治，强调在理气化痰的同时，兼顾活血化瘀，通畅“三道两路”，常以半夏厚朴汤、上焦宣痹汤、会厌逐瘀汤为基础方进行化裁，疗效显著。现将其相关经验总结如下。

“久病成瘀”之论，正可为理解梅核气病程迁延、病机演变提供重要切入点。“久病”泛指病程迁延的慢性疾病，病邪深入络脉，多以虚实夹杂为病理特点。瘀血，指体内血液运行不畅或离经之血停积。无论病因属寒属热、属虚属实，或外感六淫、内伤七情、痰饮内停，抑或脏腑功能失调，日久均可能影响血液正常运行，导致瘀血内生，故有“久病多瘀”“久病成瘀”之说。瘀血有“有形”与“无形”之分。临床中常见“无形”之瘀而表现出“无症之瘀”，即具备形成瘀血的病理机制，但缺乏典型的瘀血症状。对此类情况，尤其在诊治慢性、疑难或顽固性疾病时，在辨证基础上灵活运用活血化瘀法，常能收获良效。

循此“久病成瘀”之思路，进而溯源“痰瘀同源”之经典理论，则可明晰痰与瘀的互生互结关系。“痰瘀同源”理论源于《黄帝内经》，其生理基础在于“津血同源”。津液和血液均由营气化生。《灵枢·邪客》载“营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血”。津液与血液均赖水谷精微化生，且相互资生、转化。病理

状态下，经络瘀阻可致气机不畅，影响津液正常输布，凝聚为痰；反之，痰浊内阻，亦能妨碍血行，形成瘀血。历代医家对此多有阐发，如《诸病源候论》载“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水积聚而不消散，故成痰也”指出痰饮生成与“血脉壅塞”相关；《血证论》有云：“须知痰水之壅，由瘀血使然”、“血既积久，亦能化为痰水”、“血者不离乎水者也”明确提出瘀血可化生痰水，痰水壅塞亦可因瘀血所致；《医学正传》云：“津液稠黏，为痰为饮，积久渗入脉中，血为之浊”、《景岳全书》云：“痰涎皆本气血，若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎”亦论述了痰浊败坏血气可致血浊成瘀。由此可见，痰湿内停导致血液运行不畅，形成瘀血；瘀血内阻，影响气机运行，津液受阻又成痰浊，痰浊、瘀血相互转化、相互影响，致使疾病迁延难愈。

上述痰瘀之病机，在庞宇舟教授的壮医理论体系中得到了全新的阐释和提升。庞师基于壮医“毒虚致病”理论，提出“庞氏毒病论”，认为“毒”是致病之根本。毒邪分内外、有形无形。痰毒、瘀毒属于有形内毒，既是病理产物，亦是新的致病因素，阻滞人体“三道两路”（谷道、水道、气道，龙路、火路），导致“嘘（气）”“勒（血）”失衡、三气（天气、地气、人气）失调，进而引发全身性疾病。具体而言，“瘀毒”易伤及心与龙路，影响血液循环；“痰毒”易伤及肺与气道，妨碍气机宣降。因此，壮医治疗毒病的核心在于“调嘘勒、祛邪毒，去壅阻、通道路”，治疗重点在于“排毒解毒，通畅道路”。既要排出体内毒素，又要恢复人体正气，通过清除三道两路中的毒邪，实现三气同步，达到治愈疾病的目的。针对痰瘀互结型梅核气，亦需注重化解痰瘀之毒，畅通气血通路。

将“久病成瘀”“痰瘀同源”“毒虚致病”之理落实到梅核气具体病机中，则痰瘀互结之演变过程愈发明晰。梅核气所涉之“痰”，多为广义之痰。其形成与脾关系密切，多因情志失调，气机逆乱，肝郁乘脾，脾失健运，水湿内停，聚而成痰。肝气郁结，气机逆乱，挟痰上行，搏结于咽喉，则发为咽喉异物感。情志内郁，初伤气分，久必及血。《类证治裁》有云：“七情内起之郁，始而伤气，继必及血”。梅核气病程较长，反复发作，符合“久病”特点。初期以气滞痰凝为主，痰阻气机，久则影响血行，导致血瘀。此阶段瘀血之象或不显著，实已存在“无症之瘀”，痰瘀互结。从壮医视角解读，梅核气（痰瘀互结）乃因肝气郁结，气机逆乱，肝郁乘脾，脾虚导致“嘘”“勒”化生不足，运化无力，痰浊、瘀血

内生，蕴结成“痰毒”“瘀毒”；最终痰浊（痰毒）与瘀血（瘀毒）相互搏结，壅塞“气道”，阻滞“火路”，导致人体气血失衡、三气不能同步，凝滞于咽喉局部，发为咽喉不利之症（异物感），形成痰瘀互结之证，此为辨治关键。

基于此痰瘀互结之关键病机，治疗上自当以调气化痰、宣痹活血为要务，庞师所立痰瘀同治法度亦由此而生。治疗痰瘀互结型梅核气，首重调畅气机。气机通畅是化痰祛瘀的前提。庞师认为，气道壅塞、气郁于咽是梅核气痰瘀生成与互结的关键环节。故疏肝理气以助血行痰消，健脾运湿以绝生痰之根，尤为关键。在具体治则上，应痰瘀同治，不可偏废。化痰需辅以活血，血行则痰易化；祛瘀需佐以化痰，痰消则瘀易散。庞师遵循“化痰勿忘活血，治瘀勿忘化痰”之法，具体治法融合了中医理气化痰活血与壮医“调气、解毒、补虚、祛瘀”的原则，旨在通过恢复气机升降、化解痰瘀毒邪、疏通气道龙路，使天、地、人三气复归同步，正是此意。

治法既明，方药乃彰。庞师临证常以半夏厚朴汤、上焦宣痹汤、会厌逐瘀汤三方为基础，灵活化裁治疗痰瘀互结梅核气。半夏厚朴汤源于《金匱要略》，为治疗“妇人咽中如有炙脔”之祖方，功专行气散结、降逆化痰。方中半夏、厚朴辛开苦降，化痰开结；茯苓健脾渗湿；生姜和胃止呕；苏叶宣肺利咽，引药上行。全方针对“痰气互结”之核心病机，是治疗梅核气的基础方。《医宗金鉴》评：“此病得于七情郁气，凝滞而生…用半夏厚朴汤者，散结降逆，为治斯疾之圣药也。”上焦宣痹汤出自《温病条辨》，原名宣痹汤，擅长宣畅上焦气机、轻清化湿除郁。方用枇杷叶降肺气，郁金开郁结，射干利咽喉，通草淡渗湿，淡豆豉宣郁热。诸药相合，以轻清宣透之法，化解上焦湿郁热闭所致之咽喉痹阻，适用于兼有湿郁或郁热者。吴鞠通自注：“上焦清阳贲郁，亦能致哧，治法故以轻宣肺痹为主。”会厌逐瘀汤为清代王清任所创，体现其“气通血活，何患不除”的学术思想。方中以桃仁、红花活血化瘀为君；当归、赤芍、生地养血和营；柴胡、枳壳疏肝理气；桔梗载药上达咽喉，甘草、玄参利咽解毒。全方共奏活血化瘀、利咽开闭之功，专为喉痹瘀血阻滞而设，是王清任“逐瘀”系列方剂之一，开创了从瘀血论治咽喉病的先河。其辨证要点在于喉部不适与瘀血征象或无证之瘀并见。全方活血而不伤正，行气以助活血，佐以养阴利咽，标本兼顾。此三方各有侧重：半夏厚朴汤主治“痰气”，上焦宣痹汤擅解“湿郁”，会厌逐瘀汤专攻“血瘀”。

病程久、瘀象显或属“无症之瘀”者，则会厌逐瘀汤必不可缺。如此，气畅、痰化、瘀消，咽喉道路通畅，梅核气自除。

【验案举隅】

张 XX，男，42 岁，联系方式：138XXXXXXXX, 2025-08-06 于广西中医药大学附属瑞康医院初次就诊。

主诉：反复咽部不适半年。

现病史：患者自诉近半年易上火，表现为反复咽部不适，咽喉异物感，伴口腔溃疡，双眼分泌物增多，偶有咽干，喉中有痰，曾服用中药治疗（具体不详），未见明显改善，纳可，寐欠佳，小便正常，大便烂，舌淡，苔白，脉左弦右细。

诊断：梅核气（痰瘀互结）

处方：半夏厚朴汤、上焦宣痹汤合会厌逐瘀汤加减

法半夏 15g	茯 苓 15g	厚 朴 12g	苏 子 12g
枇杷叶 15g	郁 金 12g	淡豆豉 12g	木 通 10g
射 干 10g	红 花 10g	桔 梗 12g	玄 参 15g
柴 胡 15g	甘 草 10g	白芥子 12g	陈 皮 12g
仙鹤草 30g	五倍子 10g		

用法：柴付，日一付，水煎服，2 次/日。

2025-09-03（二诊）：患者自诉服药后咽喉部异物感较前明显改善，现见口苦，汗多，汗出如油，纳可，入睡可，偶醒 1-2 次，醒后难入睡，大便烂，小便正常，舌淡苔白，脉弦。处方：2025.08.06 方加扁豆 15g，朱茯神 15g，合欢花 12g，夜交藤 30g。

2025-9-17（三诊）：患者自诉服药后症状好转，近日口腔溃疡多发，眼睛干涩不适，纳可，寐差、醒后难以入睡，大便稍烂，小便调，舌淡苔白，脉右弦左细。处方：2025.9.3 方加枸杞子 15g、菊花 10g、淡竹叶 10g。

2025-9-23 随访：患者诉服药后已经痊愈，暂不复诊。

【按语】本案患者以“反复咽部不适半年”为主诉，初诊见咽喉异物感，伴口腔溃疡、眼分泌物多、痰多、便烂，舌淡苔白，脉左弦右细，辨为“梅核气”，证属痰瘀互结，气机郁滞于上焦。痰气交阻，故咽中如梗；郁久化热，上熏口眼，则生口疮、目眵；肝郁乘脾，脾虚湿蕴，故大便烂。痰阻气机，壅滞龙路、咽喉，

半年之久则可影响血行，导致血瘀，现瘀血之象不显著，实已存在“无症之瘀”。故首诊以半夏厚朴汤（法夏、茯苓、厚朴、苏叶易苏子）化痰行气，合上焦宣痹汤（枇杷叶、郁金、豆豉、射干、通草，改用木通以加强清火）宣畅上焦郁闭，佐以会厌逐瘀汤（红花、桔梗、玄参、柴胡、甘草，少桃仁、当归、生地、赤芍）活血化瘀，再配白芥子化痰，陈皮疏肝理脾，五倍子、仙鹤草收敛固涩以制口疮。全方重在开郁化痰，清宣郁热，兼以活血化瘀，健脾和中。二诊咽部异物感显减，然见口苦、汗多如油、便烂、寐差易醒，脉弦。此乃痰郁渐开，而中焦脾虚湿困转显，郁热扰心，心神不宁。故守前方，加扁豆健脾化湿，朱茯神、合欢花、夜交藤宁心安神，以改善睡眠、固摄汗液。三诊主症继续好转，但见口腔溃疡多发、眼干、寐差，脉右弦左细。此提示痰瘀渐化，而上焦余热未清，肝阴不足，虚火上炎之象显露。故予前方加枸杞子、菊花滋养肝阴、清肝明目，淡竹叶清心除烦、导火下行，以彻余热、养阴液。纵观整个治疗过程，思路清晰，层次分明：首诊以宣痹化痰、行气活血为主，直捣病所；二诊兼治脾虚湿蕴、心神不宁，以固中州、安神志；三诊则侧重清余热、养肝阴，以收全功。全程贯穿“调气、解毒、补虚、祛瘀”的理念，气、血、痰、瘀并调，龙路、气道兼治，体现了“先开郁闭，继调中脏，终清余热养阴”的序贯治疗思想，故能取得满意疗效。

梅核气一病，其标在咽喉，其本与情志、肝、脾密切相关。肝气久郁，横逆犯脾，脾运失职，痰湿内生，痰气搏结于咽喉是其主要病机；病程迁延，由气及血，痰凝致瘀，终成痰瘀互结迁延难愈之候。庞宇舟教授深谙“久病多瘀”、“痰瘀同源”及壮医“毒虚致病”理论之精髓，主张从“痰瘀”论治，不仅把握了“久病多瘀”、“痰瘀同源”的中医病理关键，也契合了壮医关于“毒虚致病”的疾病观。临证综合运用半夏厚朴汤、上焦宣痹汤、会厌逐瘀汤，随证加减，旨在理气化痰、活血化瘀、解毒通络，使气机畅、痰瘀化、道路通，从而取得显著临床疗效。这一辨治思路，为梅核气的治疗提供了新的视角与有效方法。

2026年2月28日

（韦勤赛撰文 庞宇舟审改）