

《伤寒论》六经郁热浅析

赵桂丽¹, 邢崇溢¹, 柳万¹, 阚俊明^{2, Δ}

(1. 长春中医药大学基础医学院, 吉林 长春 130117; 2. 长春中医药大学中医学院, 吉林 长春 130117)

摘要: 郁热理论源于《黄帝内经》, 并在后世得以不断发展完善。仲景在《伤寒论》中以六经为主线, 由于六经的气血阴阳寒热各有不同, 因此郁热在各经的具体表现也不同, 仲景根据各经变化, 灵活运用宣、清、下等法进行治疗。太阳卫表为寒闭不得开, 治以发汗解表; 阳明里热灸盛, 治以清下里热; 少阳枢机不利, 治以和解少阳; 少阴为三阴之枢, 治以透达郁阳; 厥阴失于疏泄, 气郁化火, 治以发越郁阳, 清肺温脾。文章通过探讨《伤寒论》六经郁热的病机、治法、方药, 以期为当今临床治疗郁热类疾病提供思路和理论指导。

关键词: 郁热; 伤寒论; 六经

中图分类号: R 222.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 01-0019-03

《伤寒论》是“众法之宗, 群方之祖”, 其理论源自《内经》, 在内经的基础上, 通过临证发挥, 诠释了内经中的基础理论、治则、治法, 并在方药中进行灵活运用。

1 郁热理论的概述

1.1 郁热的理论渊源 郁热病机最早记录于《素问·至真要大论》“诸禁鼓慄, 如丧神守, 皆属于火”, 病机为真热假寒, 因火热亢盛、气机郁闭所

Δ通讯作者: 阚俊明, 医学博士, 副教授, 研究生导师, E-mail: 394327974@qq.com; 第一作者: 赵桂丽, 硕士研究生在读, 中医临床基础专业。

动病”各症状串联起来进行整体理解, 以期为研读胆、肾二经“是动病”提供一个新的视角。

参考文献

- [1] 曹焱焱, 小议《灵枢·经脉》篇“是动”“所生病”及其区分依据 [J]. 中国针灸, 2017, 37 (07): 776-778.
- [2] 李鼎. 关于“是动, 所生病”的探讨 [J]. 上海中医药杂志, 1959, 5 (5): 4.
- [3] 朱聪颖, 王立存, 李志道, 等. 再谈李鼎先生编纂《经络学》之历史贡献 [J]. 上海针灸杂志, 2021, 40 (02): 250-252.
- [4] 黄龙祥. 从“厥阴脉”概念的形成过程看经络学说的意义与价值 [J]. 针刺研究, 2003 (04): 280-287.
- [5] 黄龙祥. 心经、肺经“是动病”新解——解读经络学说的新证据 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2005 (11): 19-21.
- [6] 杨美霞, 张心平, 郑红斌. 《黄帝内经》胀病理论的临床应用 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34 (09): 4246-4248.
- [7] 马继兴. 马王堆汉墓医书校释 [M]. 长沙: 湖南科技出版社, 1992: 227, 259.
- [8] 杨士贤, 吴铁镛, 刘晓刚. 胆心综合征 220 例误诊文献分析 [J]. 解放军医药杂志, 2015, 27 (06): 63-65.
- [9] 吕宾. 胆汁反流的成因与机制 [J]. 中华消化杂志, 2016, 36 (06): 374-375.
- [10] 褚亚宇, 肖敏佳, 王朝阳. 王朝阳针药结合治疗胸痹心痛经验 [J]. 世界中医药, 2014, 9 (05): 604-605.
- [11] 汤曙. 中西医结合治疗胆囊炎胆石症 80 例 [J]. 四川中医, 1995 (11): 29-30.
- [12] 黄龙祥. 中国针灸学术史大纲 [M]. 北京: 华夏出版社, 2001: 206, 241.
- [13] 宋新超, 郭栋. 胆心综合征的中医治疗现状 [J]. 四川中医, 2017, 35 (05): 214-217.
- [14] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医出版社, 2017: 276.
- [15] 葛均波, 徐永健, 王辰. 内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 520-522.
- [16] 徐志灯, 周光武, 曲泽. 高通量透析对糖尿病肾衰竭维持性血液透析患者生活质量的改善作用 [J]. 吉林医学, 2022, 43 (03): 791-792.
- [17] 贾佑铎, 郭兆安. 慢性肾衰竭消化系统症状发病机制及治疗研究新进展 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15 (10): 936-937.
- [18] 康熙雄, 王雅杰, 张锐, 等. 心力衰竭的临床检验路径 (三) [J]. 中华医学信息导报, 2005 (24): 17.
- [19] 高颖, 韦企平. 高血压相关眼病 [J]. 国际眼科杂志, 2008 (07): 1454-1457.
- [20] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 中国糖尿病肾脏病防治指南 (2021 年版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13 (08): 762-784.
- [21] 郑振达, 成彩联, 石成钢, 等. 参松养心胶囊改善维持性血液透析患者心率变异性和失眠的临床研究 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14 (02): 116-119.
- [22] 于舟淇, 杨巍. 心肾综合征病理生理机制及治疗研究的进展 [J]. 心血管康复医学杂志, 2021, 30 (05): 606-609.
- [23] 余雅, 杨定平. 尿毒症脑病发病机制的研究进展 [J]. 医学综述, 2019, 25 (13): 2552-2557.
- [24] 王海燕. 肾脏病学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1419-1420.
- [25] 郝婧, 于俊生. 慢性肾衰竭钙磷代谢紊乱病机构建与治则探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23 (11): 1541-1543, 1545.

(收稿日期 2022-05-13)

致。《素问·六元正纪大论》言：“火郁发之”，提出火热为患，治疗时应注重开散气机，宣透邪热。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》：“设面色缘缘正赤者，阳气怫郁在表，当解之、熏之”与《黄帝内经》“火郁发之”同理^[1]。

1.2 郁热的含义、病机 “郁”是指人体气机升降出入失常后出现的气机闭郁失于开阖，如《丹溪心法·六郁》言：“郁者，结聚而不得发越也，当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化也”^[2]。“郁热”是指邪气侵犯机体之后，正常的气机运动被破坏，导致郁闭不开而失于升降，最终阳热闭郁于内，形成郁热。寒为阴邪，其性收引，寒邪的性质决定了人体感受寒邪之后易出现气机升降失常，且寒邪易伤阳气，阳气被伤，气血运行失调，这便是“郁”产生的基础。其次，寒邪外感正气必然奋起抗邪，正邪交争于外，热闭于内不得透发，“郁热”至此基本成型。

1.3 郁热的治则 仲景在《伤寒论》中郁热的治则承自《内经》的“火郁发之”理论，总旨在于因势利导，通过宣郁热、散郁结，使之达到透邪外出，同时清泄热邪，使气机恢复调达，火热平复，使机体恢复阴阳平衡^[3]。

2 六经郁热的具体运用

2.1 太阳经郁热 太阳又叫“巨阳”“大阳”，阳气充盛，为六经之卫外城墙，外邪侵袭人体，太阳为抗邪的第一道防线，为邪正交争的首要战场，因此感邪之后极易出现气机郁滞，阳郁化热，同时兼夹寒凝、湿遏、痰阻、血瘀等病理因素，皆会使人体气机的升降出入受阻。

2.1.1 表郁内热证 表郁内热为寒凝肌腠，太阳不开，郁而化热，病位在卫表，无有形实邪出现，因此治以开表为主。代表方为麻黄类方，主要见于麻黄汤证、麻杏石甘汤证、桂枝二越婢汤证。麻黄汤证：麻黄汤见于伤寒原文第35条，“太阳病，头痛发热……麻黄汤主之。”寒邪攻表，正邪交争，表闭阳郁，营阴被遏，肺失宣降，所以症见不汗出而发热、身痛、脉紧，治以发汗解表，宣肺平喘。方由麻黄、桂枝、杏仁、炙甘草四味药组成，方用辛温的麻黄、桂枝以解表发汗，杏仁宣肺，炙甘草调和诸药，同时缓和全方解表之力，以防发汗太过。为太阳伤寒解表之基础方。麻杏石甘汤：麻杏石甘汤见于原文第63条，“发汗后……可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”太阳病经过发汗但表邪未解，且入里化热，导致肺部邪热亢盛，因此治以降气平喘，清宣热肺。麻杏石甘汤以麻黄汤为底方，去桂枝加石膏化裁而来，为辛凉宣透之法。麻黄配石膏，开表宣肺、清郁热，杏仁降肺气而治咳喘，甘草调和诸药。大青龙汤汤证：大青龙汤见于伤寒论原文第38条，“太阳中风……此为逆也。”大青龙汤是由于太阳卫表为寒邪所闭郁，阳气失于透发，郁而化热。因此大青龙汤在脉紧、身痛、无汗等外感风寒症状外，

由于内有郁热症状突出表现为烦躁，因此治疗宜外散风寒、内清郁热。大青龙汤在麻黄汤的基础上减杏仁，降其宣肺之力，防止药力分散；加石膏清郁热，郁热散则烦躁自除；加炙甘草、大枣以补充汗源，防止麻、桂发汗力量太强耗伤阴液；并在麻黄汤三两麻黄的基础之上，将麻黄用量翻一倍而成六两，其麻黄用量为《伤寒论》之最，可见其发汗之力极强。服之当以汗出表解，犹如青龙之行云布雨，表寒解，郁热散，故名为大青龙汤。桂枝二越婢一汤证：桂枝二越婢一汤见于伤寒论原文第27条，“太阳病……宜桂枝二越婢一汤。”桂枝二越婢一汤与大青龙汤的病机都是外有寒邪闭表，内有热邪郁闭于里，方药结构均由麻黄汤和桂枝汤加石膏化裁而来，但所不同在于其郁热程度不一样。桂枝二越婢一汤之郁热不重，治以发汗解表，兼清郁热，大青龙汤为外寒内热之重证，以大量麻黄开其腠理，以解表。二者表邪郁闭和郁热之程度都不相同，治疗上力度也有轻重之别。

2.1.2 血热互结证 太阳其腑为膀胱，太阳受邪不解内传膀胱，邪气化热与血搏结，导致血热互结于膀胱，形成的外有寒闭、内有血热的病证。以其人发狂、少腹拘急疼痛、小便不利为主要表现，治以逐瘀泄热，代表方为桃核承气汤、抵挡汤^[4]。桃核承气汤证：桃核承气汤证见于伤寒原文第106条，“太阳病不解……宜桃核承气汤。”方由桃仁、桂枝、大黄、芒硝、炙甘草五味药组成。桃仁、桂枝逐瘀以通络，大黄、芒硝兼具清热逐瘀之功，炙甘草和诸药，全方治以泄热逐瘀。抵挡汤证：抵挡汤证见于伤寒原文第124条，“太阳病六七日……抵当汤主之。”抵挡汤证与桃核承气汤证均为膀胱蓄血证，由于太阳表邪不解随经入腑化热，热邪与血互结于膀胱，形成外有表邪、内有血热的病证。所不同者在于桃核承气汤见于蓄血初期，血热互结之初热重于瘀，治疗解表逐瘀同时清血热；抵挡汤见于瘀热后期，瘀血形成日久，瘀重于热，治疗重在攻逐瘀血。方由虻虫、水蛭、大黄、桃仁四味药组成，桃仁、大黄泄热逐瘀；虻虫、水蛭破瘀血、恶血之力极猛，一飞一潜，四药和用长与破血，为逐瘀血峻剂。

2.2 阳明郁热 阳明为多气多血之经，因此在感邪后多出现里、实、热之证，表现为发热、大汗、烦渴、脉洪大或洪大。阳明经证为无形热邪炙盛，腑证为邪热与胃肠中的糟粕结于肠胃。阳明治则以驱邪为要，治法宜清、下，但应注意“保胃气，存津液”。

2.2.1 阳明热证 阳明热证为阳明气分邪热炙盛，为无有形邪热，证见高热、大汗、燥渴，治以辛寒清热，代表方剂为白虎类方，栀子类方。

2.2.1.1 白虎类方 白虎汤证：白虎汤证见于伤寒论原文第176条“伤寒脉浮滑……白虎汤主之。”白虎汤证为阳明邪热炙盛，表里俱热，证见壮热、大汗、恶热、口渴等症，治以辛寒清凉。白虎汤由石

膏、知母、炙甘草、粳米四味药构成。石膏清热，知母泄火润燥，炙甘草、粳米益气和中护胃气。白虎加人参汤证：白虎加人参汤证见于伤寒原文第168条，“伤寒若吐若下后……白虎加人参汤主之。”白虎加参汤以白虎汤为底方，取白虎汤之清热之用，同时加人参以补气生津。用于阳明邪热炙盛兼气津两伤。证见发热、有汗、口渴，同时见背恶风寒。

2.2.1.2 栀子类方 栀子豉汤：栀子豉汤见于伤寒论原文第221条“发汗后……栀子豉汤主之。”栀子豉汤证为热郁胸膈证，证见心中懊憹、虚烦失眠，治以清宣郁热。方用栀子清郁热、除烦；香豉解表散热，降胃气，二者合用，为清宣胸中郁热，治虚烦懊憹之良方。栀子甘草豉汤、栀子生姜豉汤均以栀子豉为底方，以胸膈郁热为病理基础，若中气不足症见短气者，加炙甘草补中；由于郁热扰胃出现呕吐，则加生姜以降逆止呕。

2.2.2 阳明腑实证 阳明腑实证是指阳明腑热出现燥屎，治以承气类方，调胃承气汤证、大承气汤证、小承气汤证合称三承气，均为阳明腑实同时燥热内盛，治疗均以泻热逐实以保胃气，存津液，然其燥实、里热、气滞各有侧重，因此治疗也不同。阳明腑实初期，腑实不甚，燥热为主，证见腑胀满，大便不下，蒸蒸发热，治疗以泻胃热为主，方用调胃承气汤。阳明腑气不通，燥热不甚，症见大便坚，腹胀，谵语或潮热，治在通腑行气除满，方用小承气汤。阳明痞满燥实俱盛，以攻下燥实为治疗的首要核心，其症状表现为大便难、潮热、腹胀满、或热结旁流，治以峻下燥实、荡涤实热，当用大承气汤。调胃承气汤方用炙甘草、大黄、芒硝，大黄苦寒，泄热通下；芒硝咸寒，软坚泄热；炙甘草引大黄、芒硝泄热之力入与胃中。小承气方由大黄、厚朴、枳实构成，大黄苦寒功在泄热通腑，枳实、厚朴行气导滞，通达腑气。大承气方用大黄、芒硝：攻下泄热软坚；枳实、厚朴行气除满，推导燥屎。

2.2.3 湿热发黄证 麻黄连翘赤小豆汤见于伤寒原文第262条“伤寒瘀热在里……麻黄连翘赤小豆汤主之。”为阳明湿热发黄兼风寒郁表证，内有阳明湿热内郁，外为风寒束表，症见身、目、小便发黄，外感风寒无汗恶寒，治以清利湿热退黄，散寒解表。方用麻黄、连翘、杏仁、赤小豆、大枣、生梓白皮、生姜、炙甘草。麻黄、杏仁、生姜解表散寒，同时宣肺利湿；连翘、赤小豆、生梓白皮除湿退热；大枣、炙甘草共调脾胃，诸药合用使表解而湿热去。

2.3 少阳郁热 三阳之枢机为少阳，胆火内寄，少阳受邪则枢机不利，胆火内郁，进而影响脾胃，出现咽干、口苦、目眩、头痛、胸胁苦满、寒热往复等症状，少阳由于其半表半里的特殊性质决定了其治疗应以和解为主，代表方为小柴胡汤。小柴胡汤见于伤寒原文第96条“伤寒五六日……与小柴胡汤主之。”少阳为半表半里之位置，因此少阳受邪后邪胜则热郁不得透发，病机为少阳枢机不利，胆火内

郁，表现为寒热往来、胸胁满胀、不思饮食、口苦、咽干、目眩，治宜和解少阳、调节枢机。黄芩、柴胡为少阳之主药，柴胡以疏少阳之郁，黄芩苦寒清泄少阳郁火，二者同用则少阳郁热得解、枢机得通；生姜、半夏降逆止呕；炙甘草、大枣、生姜补气和、扶正以祛邪。全方诸药有升有降，有疏有补，则少阳枢机得解。

2.4 少阴郁热 三阴之枢机为少阴，若少阴枢机不利，则出现阳郁之厥证。治以舒畅气机，透达郁阳，四逆散为其代表方。四逆散证见于原文第318条，“少阴病……四逆散主之。”四逆散是由于少阴阳气内郁而出现的厥证，症见四肢厥冷，或腹痛下利、咳嗽、心悸、小便不畅。方用柴胡、枳实、芍药、甘草四味药，柴胡行气散郁，以透发郁滞之阳气；枳实行气导滞散郁；芍药养血，缓急止痛；甘草和中，四药合用，使气机调达，郁阳得散则厥逆可除。

2.5 厥阴郁热 厥阴为风木之脏，主疏泄，内寄相火，邪入厥阴，疏泄失常，气郁化火循经犯胃，则见胃热，气上撞心，心中疼热；火灼伤津液则见消渴，其代表方为麻黄升麻汤。麻黄升麻汤证见于伤寒原文第357条“伤寒六七日……麻黄升麻汤主之。”伤寒误下造成表邪入里，阳气郁滞，肺热脾寒，主要表现为咽喉不利，唾脓血，下利不止，手足厥寒，治以清肺温脾，宣发郁阳。方以麻黄、升麻为君宣散郁阳，使阳郁得以透转；石膏、知母、黄芩、葶藶、天冬以清热滋阴，以清在上之热；桂枝、白术、干姜、茯苓、甘草温阳健脾，以除下寒。当归、芍药养血和营，诸药相合，集温、清、补、散于一体，共奏发越郁阳、清上温下、滋阴和阳之功^[5]。

3 结语

《黄帝内经》第一次提出郁热，仲景将郁热与六经辨证相结合，灵活运用清、下、透之法、立法组方遣药。太阳卫表为寒闭不得开，治以发汗解表；阳明里热炙盛，治以清下里热；少阳枢机不利，治以和解少阳；少阴为三阴之枢，治以透达郁阳；厥阴失于疏泄，气郁化火，治以发越郁阳，清肺温脾。仲景对六经郁热的证治为后世医家在郁热病证的治疗提供了宝贵的经验和思路。

参考文献

- [1] 艾军, 戴铭, 陈升, 等. 温病郁热辨证方法探析 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (04): 1488-1490.
- [2] 楚瑞阁, 甘娜, 张小萍. 开郁健脾愈疡方治疗消化性溃疡疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37 (12): 2379-2380.
- [3] 刘建设, 薛燕星. “火郁发之”浅议 [J]. 中医杂志, 2011, 52 (22): 1973-1974.
- [4] 刘景源, 王庆侠. 温病泛论温病与伤 (2) [N]. 中国中医药报, 2017-06-12 (005).
- [5] 刘敏, 闫军堂, 王庆国. 麻黄升麻汤真伪辨析及医案举隅 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17 (08): 131-133.

(收稿日期 2022-05-13)