

## 基于《黄帝内经》五郁探析麻黄升麻汤

叶舫航<sup>1</sup>, 黄钰澄<sup>1</sup>, 孙悦<sup>2</sup>, 扈晓宇<sup>3\*</sup>

(1. 成都中医药大学临床医学院, 成都 610075; 2. 成都中医药大学基础医学院, 成都 610075;  
3. 成都中医药大学附属医院, 成都 610072)

**[摘要]** 麻黄升麻汤载于《伤寒论》厥阴病篇,因条文和药物组成的特殊性,众多学者及医家在关于其是否为仲景经方的议题上争论纷纭,实际上临床效验之屡见不可置否,妄断麻黄升麻汤为后世谬误不属经方较为偏颇。该文指出麻黄升麻汤为张仲景《伤寒论》治杂病并病等复杂病证之典范,方中宣发收敛、滋阴助阳、清热散寒、升浮沉降并用,看似庞杂,实为有制;《黄帝内经》五郁是对五行运动失去其本性的高度概括,总结了五行的运动形式、功能、病性等诸多特点,同时《黄帝内经·素问·六元正纪大论》也指出相应的治法,包括“木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之”,旨在恢复五行运动的生理状态,麻黄升麻汤证上下、虚实、寒热胶泥复杂,《黄帝内经》五郁及其治法可反映其关键证机及治法,有助于剖析麻黄升麻汤辨治思路与组方原则;病程中,太阴阳气受损及寒邪内陷厥阴为麻黄升麻汤证中的起始阶段,具有水郁、土郁、木郁的内涵,在此基础上阳气郁积太阳、阳明而致金郁及火郁则是其后续的继发改变,麻黄升麻汤中的五类药物组合恰能有靶向地作用于五郁病证的各个部分。该文结合《黄帝内经》五郁思想,综合古今专著与文献,对麻黄升麻汤证的证机原理及用药特点进行梳理,明确其方证,并概述近年临床报道,为临床应用麻黄升麻汤提供思路及依据,令经方更能为今所用。

**[关键词]** 五郁; 麻黄升麻汤; 经方; 升降浮沉; 厥阴病; 杂病

**[中图分类号]** R242;R856.5;R289.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2022)13-0233-09

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.20221391

**[网络出版地址]** <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20220318.1722.006.html>

**[网络出版日期]** 2022-03-21 16:46

## Mahuang Shengmatang Based on Five Depression Syndromes in *Huangdi Neijing*

YE Fanghang<sup>1</sup>, HUANG Yucheng<sup>1</sup>, SUN Yue<sup>2</sup>, HU Xiaoyu<sup>3\*</sup>

(1. School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine (TCM), Chengdu 610075, China; 2. School of Basic Medicine, Chengdu University of TCM, Chengdu 610075, China;  
3. Hospital of Chengdu University of TCM, Chengdu 610072, China)

**[Abstract]** Mahuang Shengmatang was first recorded in the chapter "Reverting Yin Diseases" in the *Treatise on Cold Damage* (《伤寒论》). Whether it is a classic prescription created by ZHANG Zhong-jing is controversial among scholars and physicians due to its distinctiveness in contexts and drug composition. In fact, its proven efficacy in a number of clinical cases cannot be denied, and it is rather biased to judge that Mahuang Shengmatang is a fallacy of later generations. The present study pointed out that Mahuang Shengmatang was a representative in the *Treatise on Cold Damage* in the treatment of diseases with complicated syndromes. In this formula, although the compatibility of drugs effective in dispersion, astringing, nourishing Yin, assisting Yang, clearing heat, dissipating cold, ascending, floating, sinking, and descending seems complex, it follows certain therapeutic principles. Five depression syndromes in the *Huangdi Neijing* (《黄帝内经》) highly reflect the Five

**[收稿日期]** 2021-04-19

**[基金项目]** 省属单位中医药发展资金—中医药医改重点工作项目(2100601)

**[第一作者]** 叶舫航,在读硕士,从事中医药防治肝胆病证的临床研究,E-mail:xy\_cdutcm@163.com

**[通信作者]** \* 扈晓宇,博士,主任医师,从事中医药防治感染性疾病及中晚期恶性肿瘤的临床及实验研究工作,E-mail: meddmail@yahoo.com.cn

Elements losing the nature, and embody multiple characteristics of the five elements, such as the movement forms, functions, and disease nature. Furthermore, the corresponding treatment methods were pointed out in the *Plain Questions · Major Discussion on the Progress of the Six Climatic Changes of Huangdi's Internal Classic*, including "stagnation of wood should be treated by smoothing, stagnation of fire by dispersing, stagnation of earth by attacking, stagnation of metal by dredging, and stagnation of water by inhibiting", aiming to restore the physiological conditions of the five elements. The indicated syndromes of Mahuang Shengmatang are complex in superior-inferior, asthenia-sthenia, and cold-heat. The five depression syndromes and their treatment methods recorded in the *Huangdi's Internal Classic* can reflect the key syndrome pathogenesis and therapeutic principles, which are conducive to analyzing the syndrome differentiation and formulating principles of Mahuang Shengmatang. In the disease progression, impaired Yang Qi in greater Yin and inward invasion of cold pathogens in reverting Yin happen in the initial stage of indicated syndromes of Mahuang Shengmatang, with characteristics of water stagnation, earth stagnation, and wood stagnation. Furthermore, mental stagnation and fire stagnation triggered by Yang Qi accumulation in greater Yang and Yang brightness are the secondary consequences. The compatibility of five types of drugs in Mahuang Shengmatang can act on five depression syndromes in a targeted manner. Based on the five-depression theory in the *Huangdi's Internal Classic* and available literature, the present study summarized syndrome pathogenesis and medication characteristics of Mahuang Shengmatang, clarified the correlation between formula and syndrome, and reviewed clinical reports in recent years, which is expected to provide references for the clinical application of Mahuang Shengmatang.

**[Keywords]** five depression; Mahuang Shengmatang; classic prescription; ascending, descending, floating, and sinking; reverting Yin disease; exogenous disease

麻黄升麻汤首见于《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》第357条：“伤寒六七日，大下后，寸脉沉而迟，手足厥逆，下部脉不至，咽喉不利，唾脓血，泄利不止者，为难治，麻黄升麻汤主之。”由麻黄二两半、升麻一两一分、当归一两一分、知母、黄芩、葶藶各十八铢、芍药、天门冬、桂枝、茯苓、炙甘草、碎石膏、白术、干姜各六铢组成，方中升散、寒润、收缓、渗泄诸法具备，于阴中升阳，有发越郁阳、清上温下、调畅气机、顺接阴阳之功<sup>[1]</sup>。《伤寒论》厥阴篇被世人称作千古疑案，麻黄升麻汤方亦有奇方之称，本方药味繁多而药量偏小、药性相悖，条文方证不明，意义深长<sup>[2]</sup>。关于此方是否为张仲景所出、实际的临床价值，历代医家、学者众说纷纭，不过仍有古今医家妙用于临床收获奇效。已有的研究多从六经理论、脏腑辨证、气血阴阳等方面认识麻黄升麻汤方证，阐述其基本病理属厥热胜负、寒热错杂，或肺实热虚热兼有、脾肾或脾胃虚寒、水饮内盛，或气郁化热、伤阴耗阳、阳陷于阴、阴阳失交<sup>[3-7]</sup>。五郁理论溯源于《黄帝内经》，将自然气候变化和人体反应、疾病发生相应地联系起来，并在《黄帝内经·素问·六元正纪大论》针对五郁明确地提出了“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之”的治法，笔者认为麻黄升麻汤方证中也蕴含五郁之意，故查阅相

关专著及文献，从《黄帝内经》五郁的角度探析麻黄升麻汤遣药组方与辨治思路，以期为麻黄升麻汤的临床应用及研究提供参考与依据。

## 1 麻黄升麻汤各家争议

**1.1** 载入《伤寒论》为谬误 仲景立方精而不杂，鲜用大处方，《伤寒论》诸方共七十六味，而麻黄升麻汤用药至十四味为最多，寒热并用多端兼顾，有医家便得出此方并非仲景原方的结论。丹波元简认为此方与条文不合<sup>[8]</sup>；《伤寒来苏集·伤寒附翼·六经方余论》中柯韵伯提出，按原方用治阳实之法治阳衰之证则会加速阳气衰毙，仅用少温轻补犹如以老弱之师攻伐金城高垒，麻黄升麻汤是“合于仲景”而“不出于仲景”，是后世粗工之技并非原方<sup>[9]</sup>；《伤寒悬解》中黄元御云十四味方疑非仲景方<sup>[10]</sup>；第357条后云“难治”，而仲景凡言“难治”多不出方，郑钦安在《伤寒恒论》中写道此方“大非其法，恐有错误……主之一句，应是衍文”<sup>[11]</sup>；任应秋认为麻黄升麻汤用药杂乱与《伤寒论》一贯组方原则不同<sup>[12]</sup>；有医家持不能一概而论的观点，近代医家程门雪注解道：“前觉此方杂而不纯、非真无疑，但今觉其药看似杂乱实则有制，即使不是伤寒原方，也是出于后世贤医之手”<sup>[13]</sup>。

**1.2** 本方为仲景所出 考据伤寒传本，似能印证麻

黄升麻汤确为《伤寒论》原方。在《脉经》《千金翼方》《千金要方》《外台秘要》、桂林古本、康平本、赵开美本中均记载了第357条麻黄升麻汤的存在,且王焘在《外台秘要》中明确写道“并出第六卷中,此张仲景《伤寒论》方”。

**1.3 属复杂病证用方典范** 厥阴为两阴交尽,为阴之绝阳,病至厥阴,或见阳气衰极,阴寒盛极内郁相火,相火郁发,阴尽阳生,厥阴病或寒或热,或寒热错杂,或死或愈,两极转化,病性复杂。麻黄升麻汤真伪之争尚无定论,笔者支持本方为仲景原方,且其是仲景针对复杂病证给出的证治典范——圆机活法,温阳滋阴兼顾,补虚泻实并施,升清降浊并行。

第357条归在厥阴篇中,其条证悬疑复杂、方药遣用精妙古今医家已有认识,明代李中梓提出该条“下焦气虚,阳气内陷……肝家雷火燥金,若泄利不止,又绝肺金生化之源”故难治,用麻黄升麻汤治之<sup>[14]</sup>;《伤寒寻源》中清代医家吕震名也指出麻黄升麻汤用麻黄、升麻二味于一派甘寒清热之药中从阴分提出阳气,复以干姜桂枝化气生津,用错杂之药组方,是“先圣之精如此”<sup>[15]</sup>;尤在泾对本方颇为赞同,认为此证治阴必损阳,补虚定碍实,但麻黄升麻汤却能“合补泻寒热为剂,使相助而不相悖,庶几各行其是而并呈其效”治难治之证<sup>[16]</sup>;宋一惠<sup>[17]</sup>创见性地提出麻黄升麻汤由麻黄汤、桂枝汤、越婢汤、苓桂术甘汤、理中汤、黄芩汤、白虎汤、当归四逆汤八方化裁而成,所治为太阳、阳明、少阳、太阴、厥阴五经并病,全小林教授也赞同此方病归厥阴,关涉六经,集上述八方于一体<sup>[18]</sup>。

## 2 《黄帝内经》五郁治法可解麻黄升麻汤

《黄帝内经》五郁治法是指“木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之”的治疗原则,出自《素问》五运六气七篇中的《六元正纪大论》,五郁以五行为名,是五运之郁,与后世发挥的五脏郁病、朱丹溪六郁、七情郁证有所不同,是由于岁运过与不及而郁发,失去原有运动的本性,《赤水玄珠》云“当变化而不得变化”,根据五行生克制化,其所胜之气被太过岁运之气所郁,或岁运之气不及而被其受不胜之气所乘而郁。《黄帝内经》五行运动及病理见表1,五行运动形式见图1。

天人相应是中医学整体观念的重要组成部分。彭子益说,“中医学乃人身一小宇宙之学”<sup>[19]</sup>,天地阴阳相合以生寰宇万物,《黄帝内经·素问·举痛论》云:“善言天者,必有验于人。”人为天地所生,秉造

表1 《黄帝内经》五郁归纳

Table 1 Generalization of five-depression disease in Huangdi Neijing(《黄帝内经》)

五行	运动形式	功能	六气	阳气伴随运动	郁病病理	性质
木	升	疏泄	厥阴风木	寒水阳气动而上升	动而不通	风
火	浮	宣通	少阴君火	随风木从寒水之中上升	阳气怫郁	热
			少阳相火	随阳明下降于寒水之中		
土	中	运化	太阴湿土	升降枢纽和调四维	运化失司	湿
金	降	收敛	阳明燥金	收敛相火燥金二阳合明	顺降秘塞	燥
水	沉	封藏	太阳寒水	封藏燥金所收敛阳气	阴盛阳衰	寒

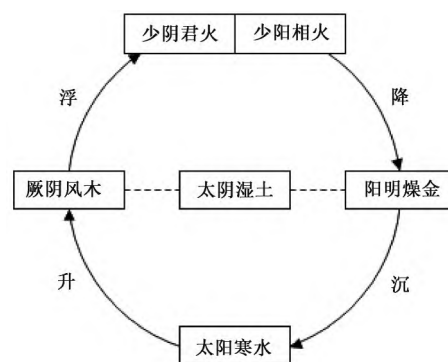


图1 五行运动形式

Fig. 1 Form of five elements movement

化阴阳运动,天地之气亦可感应于人身,《黄帝内经·灵枢》中《刺节真邪》《岁露》《经水》等篇言,人可“与天地相参”,“与天地相应,与四时相副”,天地与人高度统一,“人秉大气五行而生脏腑”<sup>[19]</sup>,具有相类似的属性与规律,正如《黄帝内经·素问·脉要精微论》云“与天地如一”。阴阳五行之变化势必影响人体生理病理,五运郁发若感应在人体则引发病证。

仲景著书立说深受天人相应理论影响,原序中写道撰写《素问》《九卷》,且“天布五行,以运万类,人禀五常,以有五藏”,另外主论杂病的《金匮要略》中也提到“夫人禀五常,因风气而生长,风气虽能生万物,亦能害万物,如水能浮舟,亦能覆舟”,仲景著书宗《黄帝内经》之说,合理推测可用《黄帝内经》五运六气机括治法加以理解包括麻黄升麻汤在内的《伤寒论》诸方。

## 3 五郁方证演绎

关于伤寒六七日,根据伤寒论周节律有以下两



种猜想:太阳经病不解,每日循一经而传,六七日病邪已经阳明、少阳、太阴、少阴而传于厥阴经,正是一个周节律已经结束,阳气衰弱,阴寒盛极;或见第98条“得病六七日,脉迟浮弱,恶风寒,手足温……与柴胡汤,后必下重,本渴,而饮水呕者,柴胡汤不中与也”,第146条“伤寒六七日,发热,微恶寒,支节烦痛,微呕心下支结,外证未去者,柴胡桂枝汤主之”,邪气未尽循经传,此时邪气并入少阳,宜以柴胡剂和解之,下工未详病情,误作苦寒大下,徒伤正气,使邪气深陷厥阴,产生变证坏病,诚如清代医家吴谦言“大下夺中所变”<sup>[20]</sup>。

**3.1 从下部脉不至、厥逆、泄泻不止窥见水郁、土郁、木郁** 误下带来麻黄升麻汤证的启动因素有二——太阴阳气受伤和寒邪陷入厥阴:经苦寒攻下,损伤脾胃阳气,中气属土,是阴阳五行升降浮沉之枢纽,木火生长、金水收藏依赖中气转运、土运调和,脾胃败伤,中焦虚寒,阴阳升降失常,二气不相顺接,五行运动失和;寒邪趁势深陷厥阴,清代医家沈明宗、钱潢均在其著作中提到寒犯厥阴在第357条中的重要地位<sup>[21-22]</sup>,厥阴风木主动,应于阴极之时动而上升,《四圣心源·六气偏见》云:“厥阴能生,则阳气左升而木荣。”寒邪盛极凝遏厥阴风木,故抑而不达,阳气不随之升浮。《黄帝内经·素问·五运行大论》云:“北方生寒,寒生水……其德为寒。”结合《黄帝内经·素问·六元正纪大论》中对水郁之发“阳气乃辟,阴气暴举……阳光不治,空积沉阴”的描述,《内经》水郁的内涵总属阳弱阴盛的寒证,在此证中则为寒邪内犯,水运凝冽,风木受遏,中土不转,水运不因风木上升,《灵素节注类编·五运主病》中也提出水运即“收敛引急,寒之用也”<sup>[23]</sup>。

《六元正纪大论》对土郁发疾病的阐述为“心腹胀,肠鸣而数后,甚则心痛胁膜,呕吐霍乱,饮发注下”,诸证病位主在脾胃,《五运行大论》云:“中央生湿,湿生土。”脾胃运化失司,湿邪等实邪滞留内困,是土郁的关键机制,孙一奎也在《医旨绪余》说“土性贵燥……壅滞渍濡则郁”,只有燥洁之土才能运化水谷精微,居中央而灌四旁,濡养各脏<sup>[24]</sup>。

木曰曲直,其性兼升散与生发,其运主风、主动,如《黄帝内经·素问·五运行大论》记载:“东方生风,风生木……其性为暄,其德为和,其用为动。”木运郁发则见“云物以扰,大风乃至,屋发折木,木有变”(《黄帝内经·素问·六元正纪大论》),如清代医家刘奎言“风之属也,脏应肝胆”<sup>[25]</sup>,木郁象征肝胆郁滞,升散宣发失常而化风。

寒邪深入厥阴,下焦阴寒内盛,阳气受创,大下之后又泄泻不止,阳气随下利之阴液而流失,阳气不足以达下部,故尺脉不至,肝木郁而生风,风耗精微,损伤下部阴液,也是下部脉不至的可能因素之一,如李杲《内外伤辨惑论》言“下部无脉,此所谓木郁也”<sup>[26]</sup>。太阴阳气衰败,枢纽失常,阴阳之气不相顺接,阳虚不温便作手足厥逆。中土不职升降清浊之能,寒陷厥阴风木,肝木不能从左而升,清气下溜肠间,《黄帝内经》云:“清气在下,则生飧泄。”加之脾土健运失司,水湿不化,土虚不能制水,津气出入异常,寒湿水气停郁于脾胃系统,故见泄利不止;另外,伤寒之邪困遏厥阴肝木,郁怒生风,风伤本脏,木郁更甚,《黄帝内经·素问·气交变大论》云:“风乃大行”,则病多见飧泻,风善行数变,下迫肠腑,肠道肌肉挛缩频作,加之清气下溜,也是泄泻不止的原因之一,如《黄帝内经·素问·风论》云:“久风入中,则为肠风飧泻。”

因此麻黄升麻汤证中太阴、厥阴寒盛阳弱体现了水郁的一面;太阴虚弱、寒湿内生属土郁;厥阴风木受寒邪所困,肝木条达失司,继而生风,则为木郁。

**3.2 从寸脉沉而迟、厥逆、咽喉不利、唾脓血窥见火郁、金郁** 阳郁太阳、阳明是麻黄升麻汤证启动后的继续发展。关于阳气在五行中的运行,常理下两阳合明,阖降阳气,阳气因阳明燥金顺降于水,再从厥阴风木升上,阴尽阳生,化生君火,厥阴相火化气于风木,相火与君火并行,经阳明燥金之气收敛在湿土下的太阳寒水中,使火降于水,水火相并,化生元气,为君火始气,再随木升金降,阴阳转化,中土如轴,四维如轮<sup>[19]</sup>,五运和调一气。前因大下败伤脾胃,枢纽失职,五运不和;寒邪困遏厥阴,风木不升,太阳寒水中君火始气随之不能升动,或兼太阳伤寒未解、卫阳被遏,故阳气郁于太阳寒水;肺脾为母子,肺喜清润,太阴阳气虚惫,脾不升津保肺,又因木郁生风,风性疏泄,拂耗大肠津液,如拨散云雾,人秉金气生肺与大肠,肺与大肠相表里,使肺脏津亏更甚,金气愈燥,收降不能,厥阴肝、心包内寄相火,相火不能因金气收降而入于寒水中,内郁于阳明燥金。

《黄帝内经·素问》对火郁的描述非常直观,从“南方生热,热生火”(《五运行大论》)、“火郁之发,太虚肿翳,大明不彰,炎火行,大暑至,山泽燔燎”(《六元正纪大论》)就可以看出,火郁之象应是燔灼炎上的热证,阳气郁积失于宣发,阳气有余便作火

热之证。

当代学者对金郁认识较少,中医相关辞典均以肺气不利而郁闭作解释,《黄帝内经·素问·五运行大论》云:“西方生燥,燥生金”,金曰从革,其性肃降、燥烈,金运郁发“天洁地明……草树浮烟,燥气以行”(《六元正纪大论》)的特点也是一派澄明干燥的景象,辞典用肺气不利或郁闭代表金郁较为局限,《类经》中张介宾阐发金郁致病“为敛为闭,为燥为塞……伤在气分”更为合理<sup>[27]</sup>,笔者认为金运之郁重在收敛顺降的气化功能失常,常涉及肺、大肠,位在气分,常见燥伤阴津、实邪闭塞等证,《景岳全书》“金主燥邪,畏其秘塞”可参<sup>[28]</sup>。

关于寸脉沉迟,一方面《脉经》《千金翼方》《千金要方》中本条记为“脉沉迟”而无“寸”字,一般认为是里寒之证的表现,另一方面《外台秘要》、赵开美本《伤寒论》等传本中仍有“寸”字,郝万山、刘渡舟、胡希恕也都以“寸脉沉而迟”作讲<sup>[29-31]</sup>,寸脉沉迟恰能反映邪陷于内,阳郁不伸的病机内涵,邪气内陷,燥金不降,相火不能下降至寒水而郁于燥金,厥阴心包内藏相火,与肺同居上焦,肺金阳气郁积,上焦又为寸脉所候;阳郁上焦、不宜生热,热壅上焦阻碍气机,脉气不畅,加之太下泄利伤阴,肺津亏损,脉道充盈度下降,也能出现脉迟<sup>[32]</sup>。阳气郁于太阳、阳明,不能通达四末,阳郁不温而见手足厥冷。太下之后,木郁作风,风伤肺之津液,又泄利不止,重亡津液,肺金更燥,遂成肺萎,肺燥阴伤,又遭阳气郁积化热,热气有余变作火毒,损伤肺络,熏灼肺脏,血败肉腐,《金匱要略》云:“热之所过,血为之凝滞,蓄结痈脓。”故唾脓血;喉主天气,咽主地气,肺金顺降、胃气下行被碍,阴亏虚热上扰咽喉,或兼火热蒸迫,或兼太阴虚弱、清阳不升,则见咽喉不利,阳郁作邪上淫如尤在泾言“为咽喉不利、为吐脓血”<sup>[16]</sup>。

综上,麻黄升麻汤证中肺燥阴伤,阳明金气收敛顺降失司为金郁;太阳阳明阳气郁积化火为火郁。

#### 4 从五郁治法讨论麻黄升麻汤之方义

**4.1 桂枝、当归、白芍——木郁达之** 王冰注“达之”为“令其条达”<sup>[33]</sup>,清代医家张志聪在《黄帝内经素问集注》中提出木郁“舒达之”<sup>[34]</sup>,所谓达之,应是顺应曲直,令木运通达条畅,恢复其升散生发。寒入厥阴,风木受遏,郁怒生风,欲解木郁,需温补厥阴阴血,升发风木,温通厥阴经气,祛散风气,方用桂枝、当归、白芍三味。“急食辛以散之,用辛补之”

(《黄帝内经·素问·藏气法时论》),以桂枝辛温,助肝木升发,温通血脉,疏散风邪,《本草经解》云桂枝禀“天春和之木气,入厥阴肝经……辛温畅达肝气”<sup>[35]</sup>,黄元御则认为桂枝“入肝家而行血分,走经络而达营郁,善解风邪,最调木气……如肝胆而散遏抑”<sup>[36]</sup>;搭配味甘辛、性温的当归,禀“天春升之木气”,滋养厥阴阴血,温润风木,助其条达,叶天士提出当归补足肝血则风定<sup>[35]</sup>,伍桂枝增强祛散风气之功;风伤五脏精微,本脏最著,用白芍酸收精微,合当归酸甘合化阴气,润泽风木。

**4.2 麻黄、桂枝、升麻——火郁发之** 顺火炎上之性,发散火郁宜令阳气疏通宣散,王冰注“发谓汗之,令其疏散也”<sup>[33]</sup>,火郁可用汗法疏导,《证治准绳》延王冰之说并提出升举也为“发”<sup>[37]</sup>,继而《类经》提出升、散、扬、解等法凡能使阳气不蔽遏者皆谓之发<sup>[27]</sup>,方中麻黄、桂枝、升麻升阳散火,发散火郁。阳气郁闭于太阳,太阳经气行在肌表,卫阳出入受阻,仲景常法是以麻、桂开发腠理,宣通毛窍,郁热可随汗出而解,第357条方后附“汗出愈”是其印证,太阳寒水阳郁得散,君火始气方随风木升浮;升麻、桂枝共同升举阳明之中下陷的阳气,《长沙药解》谓桂枝“升清阳脱陷”<sup>[36]</sup>,升麻气平微凉而升散,最善入阳明、太阴,升发清阳之气<sup>[38]</sup>,阳气有余而下陷者宜之,此条阳气郁在阳明,以升麻、桂枝升阳于上,发散郁火,《脾胃论》云:“用辛甘温药接其升药……而令走九窍”<sup>[39]</sup>,续用麻、桂令阳气发散,布散周身,另需再加清降之药,“自高下达,引火归根”<sup>[36]</sup>,才能使阳气从阳明燥金顺降下行,收入寒水之中,再育君火始气,且升麻主解百毒,清利咽喉有对症之意。

**4.3 甘草、干姜、茯苓、白术——土郁夺之** 《补注黄帝内经素问》中认为“夺之”是用下法消除脾胃壅滞<sup>[33]</sup>,按此理解仅适用于胃热腑实、湿热中满等邪实之证采用攻下之法,不能兼顾土郁中脾胃虚弱、运化无权的一面,不妨在攻下导滞之外,另添补虚去滞的治法,完善“夺之”内涵,张介宾、张景岳、孙一奎一致认为,除涌吐、攻下等法外,凡能使浊秽积滞消除,恢复中土健运之常,皆谓之夺<sup>[24,27-28]</sup>。本证中阳虚弱,运化无权,水湿内生,宗《黄帝内经·素问·至真要大论》“治以苦温,佐以酸淡,以苦燥之,以淡泄之”之说,以甘草、干姜、茯苓、白术夺土郁,四味恰在《金匱要略》中主治肾着,证机着眼于麻黄升麻汤证中的土运失常、寒湿内困太阴,以甘草益气培植中州,干姜温热扶持脾阳,助其运化水湿,亦

温大肠,李中梓言干姜“是泄脾中寒湿之邪,盖以辛热之剂燥之”<sup>[40]</sup>,配伍味甘苦性温的白术,以天阳明之燥气和地中正之土味健脾燥湿<sup>[35]</sup>,茯苓甘淡渗湿利水,如是寒散湿去,中轴健运,为后续阴阳五行升降沉浮的恢复提供了保障。

**4.4 石膏、知母、黄芩、葶藶、天冬——金郁泄之**  
君火与相火相并,随相火因阳明燥金而降入水中,而今津伤液亡,燥金不降,阳郁化火。《医宗金鉴》云火困燥金需以“辛宣之,疏之,润之”或以“苦泄之,降之,清之”,令燥金之气疏通顺降<sup>[20]</sup>,《证治汇补·内因门》中李用粹辩证性地提出临证时可用“清肃金化,滋以利之”的治法<sup>[41]</sup>,结合本证又有阳郁化火为毒,故用养阴润肺、清热泻火之法以泄金郁,恢复燥金收敛肃降的本性。

石膏辛寒,清金泻火,得地西方燥金之味“入手太阴肺经、足阳明燥金胃、手阳明燥金大肠经,气味降多于升”,其肃降之气雄<sup>[35]</sup>,知母甘苦寒,清中兼润,“气味俱降”<sup>[35]</sup>,配伍石膏、甘草,正是白虎汤的架构,清阳明气分火热,除燥火之邪,为肃降燥金之主力,黄芩苦寒入肺,清热解毒,泻肺火,“枯飘有上升之象”,升清郁遏火热并苦降之<sup>[40]</sup>,葶藶、天冬滋养阴液,清金润燥,令肺金免收火刑,《长沙药解》云:“天冬润泽寒凉,清金化水之力,十倍麦冬”<sup>[36]</sup>,葶藶、天冬合用,大滋燥金,金清水生,如雾气下降,化而为水,以救大下、泄泻所亡失阴液。肺金已润,火热既清,燥金得降,故君火随相火而降,由燥金纳入水中,金生化水,阴液得复,阴者阳之守也,阳有依附,更利收降。

**4.5 麻黄、干姜、茯苓、桂枝、白术、甘草——水郁折之**  
大下之后,太阴阳气败伤,土运不及,水运为其所不胜者,寒水闭藏,赖木气以升之,又湿土之气无以升发,寒陷厥阴,木气不达,水运升浮受遏,故水郁,本证中见太阴虚寒、寒陷厥阴。所谓折之,调制水运也,《类经》云,“凡水郁之病,为寒为水之属也……其伤在阳分,反克脾胃”,提出养气化水、实土制水、壮火胜水、自强帅水等治法<sup>[27]</sup>,清代高士宗注“折”通“析”,以为温化、疏散、分利水气<sup>[42]</sup>。

“折”包括助阳和实土两方面。清代医家吴谦提出“见阳初退,即进乘之”作为治寒水之法<sup>[20]</sup>,水郁之中阳气乃辟,寒郁阴盛,阴寒畏阳热,益火之源、以消阴翳为其正治,故用麻黄、干姜、桂枝助阳散寒,麻黄、桂枝禀“天春和之木气”,干姜禀“天春升之木气”,三者皆入厥阴经<sup>[35]</sup>,《本草正》中张介宾也提出寒邪深陷厥阴“非用麻黄、官桂不能逐

也”<sup>[43]</sup>,故以辛散温热之药物,辛散上浮,开宣肺气,温助厥阴,使风木升浮,不为寒邪凝遏而下陷,水运方能顺木气上升,干姜为补助中焦阳分之要药,凡脾胃寒证,均可用其温补中阳。本证大下之后,中阳虚弱,水无所胜,寒水畏阳土,水郁伤及阳分,反克中土,须实土培中,以制寒水,另一方面大下、泄泻导致阴液耗伤,阳无所附,扶助中土可帮助收藏阳热,清代医家郑钦安将灰土盖火类比,“将火煽红,而不覆之以灰,虽焰,不久即灭,覆之以灰,火得伏,即可久存”,助阳结合实土,阳土得化,方用干姜、桂枝、茯苓、白术、甘草实土,是苓桂术甘汤合理中汤去人参之意,其中白术“最宜脾精,大养胃气”,茯苓“微甘,是中央脾土之味也”故其药味能入脾土以健脾<sup>[40]</sup>,燥脾利湿,白术伍干姜、茯苓、甘草,补土燥湿,益气和中,脾以温升化木火,胃以清降生金水,升降如前。

诸药合用,阴液既补,阴寒温融,阳郁能解,阴阳之气相顺接,风木能升、中土得运、燥金得降,寒水之中阳气能从风木左升,君相二火相随,能顺燥金右降于寒水,君火相火升降有制,然调其气,以其畏也,五郁化解,阴阳五行升降沉浮得以恢复,以解诸证。方证分析归纳见表2。

## 5 临床应用

除第357条提到的厥逆、咽喉不利、唾脓血、泄利之外,凡太阴中土虚弱,寒侵厥阴风木,阳气郁遏太阳阳明,火灼阳明燥金以致水郁寒盛阳辟,木郁不达化风,土郁因虚生滞,火郁阳气拂积,金郁燥伤不降,证机属阳郁邪陷、虚实寒热错杂的疾病等皆可试用麻黄升麻汤以治之,下文对近年麻黄升麻汤的使用经验及临床研究作简要概述。

**5.1 肺系疾病** 近年来麻黄升麻汤的临床报道主要集中于呼吸系统疾病。如用于辨治原因不明的反复干咳<sup>[44]</sup>;有学者及临床家把握正虚邪伏、清阳受郁、上热下寒的核心病机随证化裁用于治疗多重耐药菌肺炎<sup>[13,45]</sup>;另外也有关于支气管扩张症、重症慢性阻塞性肺病、慢性肺源性心脏病、肺血管炎、变应性鼻炎的治疗经验与临床研究<sup>[46-52]</sup>。

值得一提的是,有研究者认为可以使用麻黄升麻汤治疗新型冠状病毒肺炎(COVID-19)重症期,可有效控制多器官障碍综合征、全身炎症反应综合征及弥散性血管内凝血等的发生和发展,并基于中医基础理论和网络药理学研究进行了理论探讨,阐述了其可行性<sup>[53-54]</sup>;有学者提出庚子年风木不升,金运太过,在太阳寒水为病之外,以风火立论治疗



表 2 麻黄升麻汤方证归纳

Table 2 Generalization of Mahuang Shengmatang syndrome

五郁	病因	病理	相关表现	治法	药物
木郁	大下之后,寒陷厥阴	风木不升,郁怒化风	风耗精微→下部脉不至 风迫肠腑、清气下溜→泄利	达之	桂枝、当归、白芍
土郁	大下泄利,太阴受损	运化失司,水湿内生	水湿聚于肠腑→泄利	夺之	甘草、干姜、茯苓、白术
水郁	大下泄利,太阴虚弱,寒盛阳辟 寒陷厥阴		阳气不达→下部脉不至 清阳不升→咽喉不利 升降枢纽失司,阴阳气不相顺接→厥逆	折之	麻黄、干姜、茯苓、桂枝、白术、甘草
火郁	君火不升,相火不降	阳气郁积太阳阳明,化火化毒	雍遏气机→寸脉沉迟 燎灼肺系→咽喉不利,唾脓血 不达四末→厥逆	发之	麻黄、桂枝、升麻
金郁	泄利伤阴,风耗精微	肺燥阴伤,阳明秘塞	肺阴受损,脉道不充→寸脉沉迟 脾胃之气下行不畅→咽喉不利,唾脓血	泄之	石膏、知母、黄芩、葶藶、天冬

新型冠状病毒肺炎,取厥阴之气,从寒水之下启发君火透邪外出,辨治新型冠状病毒肺炎普通型患者获效<sup>[55]</sup>。

**5.2 皮肤病** 刘敏等<sup>[56]</sup>运用麻黄升麻汤加味治疗银屑病属热毒内蕴,正虚阳郁有寒者;姜冬云等<sup>[57]</sup>辨治痤疮患者,针对属于阴阳俱虚、虚寒实热、肺气郁闭者,运用麻黄升麻汤可获效;魏丹蕾<sup>[51]</sup>提出上焦郁热,迫血妄行,肺主皮毛,“唾脓血”可与皮肤紫癜相触通,上热下寒,阳郁化火的过敏性紫癜可用麻黄升麻汤治之。

**5.3 眼科疾病** 辛小红等<sup>[58]</sup>治疗眼病结合五轮辨证,目在体合肝,与厥阴经脉直连,外寒未解,脾寒里虚,阳郁肺热,白睛属气轮候肺金,火热迫血,麻黄升麻汤可温中清金,发越郁阳,针对此证白睛出血有显效。

**5.4 癌症术后** 癌症经放化疗、手术之后,难免阴阳气血之损耗,后续常见阴阳失衡、虚实寒热错杂之病<sup>[18]</sup>。李灿等<sup>[59]</sup>对麻黄升麻汤治疗肝癌术后栓塞综合征进行疗效观察发现,本方可降低肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)炎症因子水平,有效减轻术后发热、肝区疼痛、食欲降低、恶心呕吐等症状,改善肝功能;全小林也运用麻黄升麻汤化裁维持治疗腮腺癌术后复发<sup>[18]</sup>。

**5.5 风湿类疾病** 全小林认为部分化脓性扁桃体炎属肺经积热、外受风寒湿而形成的脏腑风湿病,可用麻黄升麻汤论治,急性发作时重用升麻,加味清热解毒之品,缓解期加量白术、干姜、茯苓,可增用苍术、薏苡仁等加强祛湿<sup>[60]</sup>;申晓伟等<sup>[61]</sup>将其与桔梗汤合用;陈新海等<sup>[62]</sup>在辨治咽痛伴咽部红肿表面白腐、发热、腹泻、四肢关节疼痛时运用麻黄升麻

汤化裁配合清热解毒汤液漱口取得显著疗效。痛风属于代谢性风湿病,久病脾肾阳虚,若常用温燥药物,耗气伤阴,易致阴阳两虚,虚实寒热错杂,李赛美教授以麻黄升麻汤治其兼见阳郁肺热者有效<sup>[63]</sup>。

**5.6 其他** 患者阳虚感邪,邪陷阳郁,化火伤津,李赛美教授将本方与当归芍药散合法治虚劳外感获效<sup>[63]</sup>;小儿具有心肝有余、肺脾肾不足的生理特点,外感温热病后期,邪气内陷,相火有余,阳气闭郁,燥金不足,风木不达,韩雪教授运用麻黄升麻汤治疗小儿温病后期发热属厥阴者,效果显著<sup>[64]</sup>。

**5.7 危重腹泻无效案例** 沈艳莉等<sup>[65]</sup>用于治疗 1 例不除外抗生素相关性腹泻患者无效,该患者原经溶栓治疗后突发上消化道出血、肺部感染,经抗感染等治疗后腹泻频繁,病情危重,予麻黄升麻汤加减,患者不耐汤药,当晚呕吐,后续以别法治之。考虑患者出血量多,气血亡失,中土大伤,卫外不足,外邪陷肺,使用抗生素脾胃阳气更伤,病体素虚,此番已是亡阳欲脱、阴盛格阳之证,麻黄升麻汤偏于发越郁阳,而补火稍逊,对于少阴厥阴正衰危重证予麻黄升麻汤与证机不符,更宜破阴回阳救逆,祛寒止利,施通脉四逆汤法,参仲景所说“下利清谷,里寒外热,汗出而厥者,通脉四逆汤主之”“下利至甚,厥不止者,死”,临床谨记鉴别,勿促命期。

6 结语

自柯韵伯否定麻黄升麻汤以来,本方长期处于纷纭争议之中,随着对麻黄升麻汤的研究越发深入,其方证病机及方药运用越发清晰明确,临床运用范围不拘泥于原条文证候,在肺系疾病、感染性传染性疾病、癌症、外科皮肤病、风湿病、儿科疾病、神经内分泌疾病等多个科别的运用也越发突出,可

见麻黄升麻汤具有广阔的应用前景和重要的临床价值,麻黄升麻汤遣方有制,理法方药明晰,结合文献考据,并非柯韵伯所说杂乱的“粗工之技”,更可能是仲景《伤寒论》原典经方,专为杂病并病所设置之典范。基于天人相应整体观念下的《黄帝内经》五郁治法,可从新的角度切入经方,理解其理法方药。麻黄升麻汤的五郁病机体现在太阴、厥阴阴盛阳辟,水运不随厥阴风木左升;太阴湿土不运,湿滞内生;厥阴风木受遏,木运郁而生风;津伤液耗,燥金愈燥,从革失降,两阳不能合降于寒水之中;君火不升相火不降,阳气郁积太阳寒水、阳明燥金,化作火热,故升降失调、阴阳气不相顺接,五运成郁。方随法出,药味稍多而不杂,按部就班。从《黄帝内经》五郁治法理解麻黄升麻汤,将有助于对经方辨治思路的研究与学习,拓展经方临床运用范围。

【利益冲突】 本文不存在任何利益冲突。

#### 【参考文献】

- [1] 王子接. 绛雪园古方选注[M]. 北京:中国医药科技出版社,2019:36.
- [2] 张锡驹. 伤寒论直解[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:188.
- [3] 梁华龙. 伤寒论评话 第45章 厥逆虽同因各异,寒热本类待分清——厥逆的辨证论治(二)[J]. 中医学报,2015,30(9):1276-1279.
- [4] 郭苏健,李俊莲. 麻黄升麻汤方证探讨[J]. 时珍国医国药,2016,27(9):2220-2221.
- [5] 陈劲舟,齐文升. 麻黄升麻汤的文献研究及新思考[J]. 江苏中医药,2018,50(5):75-77.
- [6] 冷长青,丁舟,章茜,等. 通阳法的分类(三)[J]. 中西医结合研究,2013,5(1):44-46.
- [7] 崔金松. 基于气郁化热,伤阴耗阳,阴阳失交立论麻黄升麻汤治疗失眠的理论探讨及临床疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学,2019.
- [8] 丹波元简. 伤寒论辑义[M]. 北京:人民卫生出版社,1987:345.
- [9] 柯琴. 伤寒来苏集[M]. 上海:上海科学技术出版社,1986:133.
- [10] 黄元御. 伤寒悬解白话解[M]. 北京:人民军医出版社,2014:419.
- [11] 郑钦安. 伤寒恒论[M]. 成都:巴蜀书社,1994:322.
- [12] 任应秋. 伤寒论语释[M]. 上海:科技卫生出版社,1956:307.
- [13] 毛迎迎,王本田,王雪莹,等. 辨《伤寒杂病论》中“麻黄升麻汤主之”证治[J]. 实用中医内科杂志,2020,34(4):27-31.
- [14] 裘庆元. 珍本医书集成·第1册:医经、本草、脉学、伤寒类[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:790.
- [15] 吕樛村. 珍本医书集成·4·伤寒类:伤寒寻源[M]. 上海:上海科学技术出版社,1985:150.
- [16] 尤在泾. 伤寒贯珠集[M]. 北京:中国医药科技出版社,2018:161.
- [17] 宋一惠. 论五经并病专方——麻黄升麻汤[J]. 云南中医中药杂志,2015,36(3):103-104.
- [18] 张海宇,林家冉,刘文科. 全小林教授运用麻黄升麻汤临床思路总结及验案举隅[J]. 时珍国医国药,2019,30(10):2505-2507.
- [19] 彭子益. 圆运动的古中医学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2007:1-9.
- [20] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:349.
- [21] 钱潢. 伤寒溯源集[M]. 北京:学苑出版社,2009:386.
- [22] 沈明宗. 伤寒六经辨证治法[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:132.
- [23] 章楠. 灵素节注类编·医门棒喝三集[M]. 杭州:浙江科学技术出版社,1986:454.
- [24] 孙一奎. 医旨绪余[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:37.
- [25] 刘奎. 松峰说疫[M]. 北京:人民卫生出版社,1987:282.
- [26] 李东垣. 内外伤辨惑论[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:47.
- [27] 张介宾. 类经评注[M]. 西安:陕西科学技术出版社,1996:953-989.
- [28] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京:中国中医药出版社,1994:135.
- [29] 郝万山. 郝万山伤寒论讲稿[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:263.
- [30] 刘渡舟. 刘渡舟伤寒论讲稿[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:361.
- [31] 胡希恕. 胡希恕伤寒论讲座 中日录音增补版[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:417.
- [32] 李士懋,田淑霄. 脉学心悟[M]. 北京:中医古籍出版社,1994:24.
- [33] 王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京:科学技术文献出版社,2011:821-823.
- [34] 张志聪. 黄帝内经素问集注[M]. 北京:中国医药科技出版社,2014:259.
- [35] 姚球. 本草经解要[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:25,28,95,126,139.
- [36] 黄元御. 长沙药解[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:47,87,132.
- [37] 王肯堂. 证治准绳[M]. 北京:人民卫生出版社,1991:146.



- [38] 陈士铎. 精校本草新编[M]. 北京:人民军医出版社, 2013:78.
- [39] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:11.
- [40] 李中梓. 雷公炮制药性解[M]. 北京:人民军医出版社, 2013:47, 111, 146.
- [41] 李用粹. 证治汇补[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2011:80.
- [42] 高士宗. 黄帝内经名家评注选刊·黄帝内经素问直解[M]. 北京:学苑出版社, 2011:644.
- [43] 张介宾. 本草正[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2017:25.
- [44] 徐凤凯, 张心平, 曹灵勇. 麻黄升麻汤证探讨及临床应用[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(3):779-781.
- [45] 许成勇, 谢伟鑫, 吴春洪, 等. 米诺环素等联合用药并配合中药麻黄升麻汤加减治疗多重耐药鲍曼不动杆菌肺炎疗效观察[J]. 中国临床新医学, 2019, 12(10):1079-1082.
- [46] 郑勇飞, 刘忠达, 张尊敬, 等. 试述寒热并用法在治疗肺系疑难重症中的应用[J]. 浙江中医杂志, 2018, 53(5):378-379.
- [47] 刘宏祥, 赵永辰, 王涛, 等. 麻黄升麻汤方证当议及在重症慢阻肺中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(1):113-114.
- [48] 吴如飞. 麻黄升麻汤加减治疗慢性肺源性心脏病心衰20例[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(9):677.
- [49] 肖涛. 麻黄升麻汤辨证加减治疗慢性肺源性心脏病心衰的临床效果[J]. 心血管病防治知识:学术版, 2014(20):98-99.
- [50] 刘伟. 麻黄升麻汤辨证加减治疗慢性肺源性心脏病心衰的可行性分析[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(31):26.
- [51] 魏丹蕾. 麻黄升麻汤方证思考及临床应用体会[J]. 陕西中医, 2015, 36(6):751-752.
- [52] 刘敏, 程发峰, 王庆国, 等. 基于六经辨证的变应性鼻炎诊治思路[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(1):17-19.
- [53] 江中洪, 赵杰. 重型和危重型新型冠状病毒肺炎经方治疗探讨[J]. 中医文献杂志, 2020, 38(3):6-9, 34.
- [54] 杨涛, 崔人匀, 刘寰宇, 等. 基于中医经典理论探索新型冠状病毒肺炎治疗策略及麻黄升麻汤为主方的可行性分析[J]. 世界中医药, 2020, 15(2):159-165.
- [55] 杨晖, 杜少辉, 林敏, 等. 杜少辉教授从风火论治新型冠状病毒肺炎发热不退验案1例[J]. 天津中医药, 2020, 37(11):1217-1220.
- [56] 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(8):131-133.
- [57] 姜冬云, 李建才, 徐姗姗. 运用仲景麻黄升麻汤病机心法治疗痤疮临证心得述要[J]. 光明中医, 2013, 28(3):456-457.
- [58] 辛小红, 范雪梅. 《伤寒论》麻黄升麻汤之管见[J]. 中国中医急症, 2013, 22(5):762-763.
- [59] 李灿, 周晓玲, 陈峭, 等. 麻黄升麻汤治疗原发性肝癌TACE术后患者的疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(1):114-116.
- [60] 沈仕伟, 仝小林, 杨映映. 以脏腑风湿理论指导传统方剂应用[J]. 北京中医药, 2020, 39(4):360-363.
- [61] 申晓伟, 马明越. 麻黄升麻汤方证析疑及运用举隅[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(2):489-491.
- [62] 陈新海, 董正华. 麻黄升麻汤证浅释及应用体悟[J]. 国医论坛, 2011, 26(6):1-2.
- [63] 熊学军, 王保华, 陈靖雯, 等. 李赛美教授运用麻黄升麻汤加减临床验案举隅[J]. 新中医, 2010, 42(7):107-108.
- [64] 焦鹏洋, 韩雪. 韩雪教授经方治疗小儿长期发热的经验[J]. 光明中医, 2018, 33(20):2978-2980.
- [65] 沈艳莉, 何力. 厥阴病寒热错杂危重症救治体会[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(9):91-92.

[责任编辑 王鑫]