

# 基于《辅行诀五脏用药法要》五脏苦欲补泻理论探析 补脾胃泻阴火升阳汤

李瀚林<sup>1</sup> 魏陵博<sup>2</sup> 戎冬梅<sup>2</sup>

(1.山东中医药大学第一临床医学院,山东济南250355;2.青岛市中医医院,山东青岛266033)

**摘要** 李东垣运用《素问·藏气法时论》五脏苦欲补泻理论治疗脾胃虚弱,并创制了补脾胃泻阴火升阳汤,但遣方用药之依据所述简略,理解较为困难。《辅行诀五脏用药法要》(以下简称《辅行诀》)为梁代陶弘景所撰,于敦煌藏经洞流出后毁佚,经多方辗转,最终张大昌及其弟子手抄卷流传至今。通过对比《辅行诀》和《素问·藏气法时论》中关于五脏苦欲补泻理论的差异,并运用《辅行诀》的五脏苦欲补泻理论分析补脾胃泻阴火升阳汤,发现该方遵循了“脾德在缓。故经云以甘补之,辛泻之,脾苦湿,急食苦以燥之”的原则,治以升阳为主,对内伤虚损病的治疗有显著疗效。附验案2则以佐证。

**关键词** 补脾胃泻阴火升阳汤;辅行诀五脏用药法要;五脏苦欲补泻

**基金项目** 青岛市医疗卫生重点学科项目(青卫科教字[2019]9号);第四批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药人教发[2017]24号)

补脾胃泻阴火升阳汤是李东垣《脾胃论·脾胃盛衰论》中治疗虚实夹杂,尤以虚为主的脾胃病的方剂,也是李东垣“补中升阳,兼泄阴火”学术思想的具体体现<sup>[1]</sup>。李东垣在创制补脾胃泻阴火升阳汤时运用了《素问·藏气法时论》五脏苦欲补泻理论,笔者对其遣方用药依据的理解较为困难,直到阅读《辅行诀五脏用药法要》(以下简称《辅行诀》)时发现,运用该书的五脏苦欲补泻理论解释补脾胃泻阴火升阳汤之用药特点更加清晰,现将对该方的理解及临证验案报告如下。

## 1 补脾胃泻阴火升阳汤方义

补脾胃泻阴火升阳汤由柴胡(一两五钱)、炙甘草(一两)、黄芪(一两)、苍术(泔浸,去黑皮,切作片子,日晒干,锉碎炒,一两)、羌活(一两)、升麻(八钱)、人参(七钱)、黄芩(七钱)、黄连(去须,酒制,五钱,炒)、石膏(少许,长夏微用,过时去之,从权)组成,全方徐补中气、升阳泻火,临床治疗脾胃虚弱、阴火内盛之内伤劳倦病症疗效较好。

《脾胃论》方后注对药物煎服法及服药期间饮食宜忌进行了详细论述,如忌饮酒,忌湿面、大料等大湿热类食物,以免助火邪而更伤元气;忌冷水、寒凉淡渗之物及水果,以免阳气不能生旺;宜食温热、清淡之物,以助阳气升发等。同时指出,临床应用

需随症加减:如患者肾火旺,或督、任、冲三脉充盛,则加黄柏、知母;如患者小便短赤、涩痛,当利小便;如大便艰涩,则当通利大便。诸如此类,并主张“病去勿再服”,以顾护脾胃之气。<sup>[2]16</sup>

## 2 运用《素问·藏气法时论》理论分析补脾胃泻阴火升阳汤

《素问·藏气法时论》<sup>[3]</sup>中对“五脏苦欲补泻”理论论述如下:“肝苦急,急食甘以缓之。……心苦缓,急食酸以收之。……脾苦湿,急食苦以燥之。……肺苦气上逆,急食苦以泄之。……肾苦燥,急食辛以润之。……肝欲散,急食辛以散之,用辛补之,酸泻之。……心欲栗,急食咸以栗之,用咸补之,甘泻之。……脾欲缓,急食甘以缓之,用苦泻之,甘补之。……肺欲收,急食酸以收之,用酸补之,辛泻之。……肾欲坚,急食苦以坚之,用苦补之,咸泻之。”苦,即“苦于;被……所苦”,肝心脾肺肾之苦分别以急食“甘缓”“酸收”“苦燥”“苦泄”“辛润”以治。欲,即“想要得到;需要”,五脏之欲可通过五味补泻来调整。补泻是通过五味来纠正五脏运化之太过或不及,并调整气的虚实变化的一种手段,即调整气机的运行方式<sup>[4]</sup>。补为顺应其生理机能及特性,亦为从其所欲;泻为调整病理状态,亦为逆其所欲。

《素问·藏气法时论》云：“脾欲缓，急食甘以缓之，用苦泻之，甘补之”，“脾苦湿，急食苦以燥之”，可见甘（土之本味）味药如芪、参、甘草，可以补脾胃缓肝急，苦（水之本味，土克水）味药如芩、连、术，可以燥湿及泻脾，唯独未提及辛味药，且整篇论述无法运用五行生克理论自圆其说，令人费解。

### 3 《辅行诀》和《素问·藏气法时论》五脏苦欲补泻理论之异同

《辅行诀》言：“肝德在散。故经云：以辛补之，酸泻之。肝苦急，急食甘以缓之”，“心德在栗，故经云：以咸补之，苦泻之。心苦缓，急食酸以收之”<sup>[54]</sup>，“脾德在缓。故经云：以甘补之，辛泻之。脾苦湿，急食苦以燥之”<sup>[56]</sup>，“肺德在收。故经云：以酸补之，咸泻之。肺苦气上逆，急食辛以散之，开腠理以通气也”<sup>[58]</sup>，“肾德在坚。故经云：以苦补之，甘泻之。肾苦燥，急食咸以润之，致津液也”<sup>[58]</sup>。《辅行诀》记载的五脏苦欲补泻理论与《素问·藏气法时论》所论述有较大区别，除肝脏病证相关记载完全一致外，其他四脏均有不同，两书所述五脏苦欲补泻之异同见表1。

表1 《辅行诀》和《素问·藏气法时论》五脏苦欲补泻之异同

五脏	补 (本味)	泻(克我之味)		急食(我克之味)	
		《素问·藏气法时论》	《辅行诀》	《素问·藏气法时论》	《辅行诀》
肝	辛	酸	酸	甘	甘
心	咸	甘	苦	酸	酸
脾	甘	苦	辛	苦	苦
肺	酸	辛	咸	苦泄	辛散
肾	苦	咸	甘	辛	咸

徐浩<sup>[6]</sup>认为，《辅行诀》中五味补泻法完全契合五行生克规律，笔者认同其观点：取五脏之本味为补，取“克我”之味为泻，急食“我克”之味以解我所苦。其五行制化较《素问·藏气法时论》记载更加系统、更有规律。

### 4 运用《辅行诀》理论分析补脾胃泻阴火升阳汤

补脾胃泻阴火升阳汤药物组成按五味可以分为“辛、苦、甘”三种。柴胡、羌活、升麻属于辛味药，黄连、黄芩、苍术属于苦味药，炙甘草、黄芪、人参属于甘味药，正合《辅行诀》记载的“脾德在缓，故经云：以甘补之，辛泻之，脾苦湿，急食苦以燥之”<sup>[53]</sup>。辛味药可以治疗木不疏土，辛能补肝，肝主疏泄，故能调畅人体全身气机，从而协调脾胃升降，使水谷精微得以运化、输布；湿邪易困遏脾气，使脾气不能上升，通过急食苦味药以祛湿邪，则脾运得健，脾气得升；甘味补脾，故以甘味之人参、炙甘草、黄芪补养脾胃。总览全方，不难发现该方调理脾脏是采取了《辅行

诀》中五脏苦欲补泻理论“一补一泻一急食”的组方原则。

本方所治病机尚有阴火亢盛的因素，其中“阴火”病机具体含义较多，笔者认为《脾胃论》<sup>[2]32</sup>中“既脾胃气衰，元气不足，而心火独盛。心火者，阴火也。起于下焦，其系击于心，心不主令，相火代之；相火、下焦胞络之火，元气之贼也”的观点更符合临床实际，总结起来阴火的本质便是元气亏虚，又有火热，即心之君火和肝肾相火亢盛，乘于脾胃之位，表现为土虚木郁、心火旺盛的征象，出现乏力、心烦、纳少等症状，皆可使用补脾胃泻阴火升阳汤治疗。方中黄芩、黄连、石膏可起泻火之效，另根据徐浩等<sup>[7]</sup>对《辅行诀·汤液经图》的研究可知，苦甘化咸，咸能补心，辛甘化苦，苦能泻心，从而调节心的生理特性。

### 5 运用补脾胃泻阴火升阳汤辨治要点

《脾胃论》方后注记载：“宜温食及薄滋味，以助阳气。大抵此法此药，欲令阳气升浮耳，若渗泄淡味，皆为滋阴之味，为大禁也。”从方后服药宜忌分析，该方的主导思想为升阳气，从全方用量来看，味辛升阳之柴胡、羌活、升麻共三两三钱用量最多，味甘补脾之甘草、黄芪、人参共二两七钱次之，味苦清湿热之苍术、黄芩、黄连共二两二钱最少，亦体现了这一思想。究其原因，东垣认为本方所治病机以脾虚清阳不升为本、阴火亢盛为标，体现了徐补中气、升发元气的治疗思路<sup>[8]</sup>，也体现了益气升阳、辅降阴火的对立统一的用药特色<sup>[9]</sup>。

总览《脾胃论》，可以发现其所载方剂的药物总体用量较轻，王玉超<sup>[10]</sup>认为若用药量重，易耗散肺气，于智敏<sup>[11]</sup>认为李东垣治疗内伤病，主张循序渐进、缓以图功，反对用药过当，损伤脾胃。本方用量每日仅为三钱，上午分2次服用，而且隔日1次，通过计算可知，1剂药约服54d，可见所治患者应为脾胃亏损，脾失健运日久，恐不能耐受大量药物，故药量轻清旨在顾护胃气，防药物碍胃更伤正气。

笔者认为在临床使用中应根据脾虚、火盛、肝郁三方矛盾的主次来确定三类药物的用量，并临证调整，不必拘泥于原方用量，使用该方剂量不必太大，服用疗程为2个月左右，用药可根据时令等加权变化，如方中记载石膏“长夏微用，过时去之”。

### 6 验案举隅

#### 6.1 房颤射频消融术后气阴两虚案

王某，男，54岁。2020年10月22日初诊。

主诉：心悸时作1年余，乏力伴心烦失眠2个月。患者2019年3月至今在劳累后出现心悸、胸闷

症状,伴气促、冷汗,无黑朦、晕厥、胸痛、意识丧失、恶心呕吐,自觉心律不齐,每次持续约1 h,休息后缓解,于当地医院就诊,确诊为“冠心病,阵发性房颤”,予阿司匹林、瑞舒伐他汀、比索洛尔等药物治疗后好转,但遇劳累或情绪紧张则房颤复发。2019年9月行房颤射频消融术,术后症状好转。规律服用瑞舒伐他汀5 mg每晚1次、缬沙坦80 mg每日1次、琥珀酸美托洛尔缓释片71.25 mg每日1次、单硝酸异山梨酯片20 mg每日2次、达比加群酯胶囊110 mg每日2次。刻诊:心悸时作,乏力明显,时感焦虑,纳可,失眠,二便调,舌淡红、苔薄白,脉弦细无力。西医诊断:冠心病,房颤射频消融术后;中医诊断:心悸病(气阴两虚证)。维持上述西药治疗。中医治法:补中益气,升阳泻火。方选补脾胃泻阴火升阳汤合丹参饮化裁。处方:

黄芪15 g,党参15 g,炙甘草12 g,黄芩12 g,黄连9 g,苍术12 g,柴胡6 g,升麻9 g,羌活9 g,丹参15 g,砂仁12 g,佛手12 g,葛根12 g,青蒿15 g,酸枣仁30 g。7剂。每日1剂,水煎,分早晚温服。

2020年10月29日二诊:患者诉乏力失眠减轻,舌脉同前。初诊方加前胡12 g,瓜蒌15 g,14剂。

2020年11月12日三诊:患者诉症状明显好转。二诊方加土鳖虫9 g,14剂。

治疗后患者心慌乏力失眠等症状得到明显缓解。

按:本案患者就诊前经射频消融术治疗后,房颤止,但仍有心悸乏力、心烦失眠、精神焦虑等症,考虑为心火亢盛,耗伤心阴,乏力乃壮火食气所致,眠差乃阴不濡阳、阳不入阴所致,符合“中气虚,阴火盛”的病机。予补脾胃泻阴火升阳汤为主方,甘味补脾胃之虚,辛味火郁发之,苦味兼泻阴火,辛甘化咸补心,以缓解患者心悸的症状。又因患者原发病为心血管病,加丹参饮化裁,去檀香之燥烈,加温和之佛手,以活血祛瘀、行气止痛;现代药理研究表明,葛根、青蒿中的葛根素、青蒿素成分有明显抗心律失常作用<sup>[12-13]</sup>;患者眠差,加酸枣仁养心安神。考虑患者冠心病病史,二诊加前胡、瓜蒌,宽胸散结。三诊加土鳖虫破血逐瘀,使血脉和畅。药证合拍,诸症好转。

## 6.2 心衰伴便秘阴虚火旺案

罗某某,女,81岁。2019年10月30日初诊。

主诉:乏力心悸,便秘3月余。患者3个多月前因患感冒诱发肺炎与心衰,入院经抗生素和抗心衰治疗后,肺部炎症得到控制,纠正心衰症状后出院。刻诊:不愿活动,乏力明显,动则心悸,诉不可服用补益之品,服后则口干心烦失眠,便秘加重,目前必须

服通便药物(具体不详),大便数日一行,腹胀,纳可,眠差,小便调,舌尖红、舌苔薄白,脉弦数。查体:血压164/82 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa)。西医诊断:冠心病,心功能Ⅲ级;中医诊断:心悸病(阴火旺盛证)。治法:滋阴泻火。方选补脾胃泻阴火升阳汤合增液汤加减。处方:

黄芪15 g,人参12 g,炙甘草12 g,黄芩12 g,黄连12 g,苍术12 g,升麻6 g,羌活9 g,北柴胡6 g,玄参15 g,生地黄15 g,麦冬15 g,防风9 g,连翘12 g,炒莱菔子12 g,炒神曲12 g,姜厚朴12 g,刺五加15 g。7剂。每日1剂,水煎,分早晚温服。

2019年11月6日二诊:患者诉乏力心慌较前改善,但大便仍干,舌脉同前。初诊方去黄芩、黄连,加瓜蒌15 g、白芍12 g、炒麦芽12 g、酒苡蓉15 g,14剂。

服药后患者可自理日常生活,大便2日一行。

按:根据主症及病史可知本案患者属气虚,但舌尖红为心火旺,故虽气虚但不受补,一补即阴火旺盛,所以采用补脾胃泻阴火升阳汤治之。人参、黄芪、炙甘草合为《医宗金鉴·杂病心法要诀》<sup>[14]</sup>之“保元汤”,所谓:“黄芪补气,人参补里气,炙甘草补中气”,李东垣则称此三味为“除湿热烦热之圣药也”<sup>[2]33</sup>;黄芩、黄连、苍术清心火祛湿热,升麻、柴胡、羌活散郁火,契合病机;大便秘结加增液汤以增水行舟;防风、连翘祛风解表,疏散风热;莱菔子、神曲、厚朴行气除胀;刺五加补肾安神。二诊患者大便仍干,此为精血亏虚之虚秘,治疗当以补精血、润肠燥为主,不能投以大量芒硝、大黄等苦寒泻下之品,恐伤清阳,即使芩连也不可久服,所以二诊时去之不用,而加瓜蒌清热涤痰、润燥滑肠,肉苡蓉补肾阳、益精血、润肠通便,炒麦芽行气消食以健脾,白芍养血调经以平肝。诸药合用,共奏清热除烦、润燥通便之功。

## 7 结语

补脾胃泻阴火升阳汤深刻反映了李东垣重视脾胃清阳的思想,但当前该方临床应用和理论研究都不如补中益气汤广泛,本文从《辅行诀》五脏苦欲补泻理论分析该方,其方义符合五行生克制化理论,较易理解。方中“辛、苦、甘”三种药味共奏补脾气、舒肝升阳、清心火、祛湿邪之效,临床应用治疗劳倦内伤疾病有较好疗效,为临床工作提供了又一思路。《脾胃论》中共有61首方剂,今后也可以对其他方剂采用《辅行诀》理论加以分析,可以更深刻理解李东垣所强调的“藏气法时论”的制方思路。总而言之,《脾胃论》不仅是治疗脾胃虚弱病的专著,也是治疗所有内伤虚损病之总纲。

## 越婢加术汤治疗湿疹应用思路

曲圣元 肖战说 崔炳南

(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

**摘要** 湿疹是常见的炎症性皮肤病,中医学认为风、湿、热是湿疹的主要致病因素。越婢加术汤出自《金匱要略》,主治“里水”,《备急千金要方》运用该方主治“肉极”,“肉极”的描述与湿疹的急性与亚急性期渗出表现相似。越婢加术汤发汗解表、利水清热,可治湿热蕴脾、水滞肌表、风邪伤卫、风水相搏之证,与湿疹的病机高度吻合,为运用本方治疗湿疹提供了理论依据,临床运用,屡获良效。附验案1则以佐证。

**关键词** 越婢加术汤;湿疹;麻黄;石膏;苍术;白术

**基金项目** 北京市科委首都临床诊疗技术研究与示范应用项目(Z191100006619056);国家自然科学基金面上项目(8197152627);中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A03310);中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A02308)

湿疹是一种具有明显渗出倾向、伴有明显瘙痒的炎症性皮肤病<sup>[1]</sup>,在我国的患病率约为7.5%<sup>[2]</sup>。本病常伴有剧烈瘙痒,反复发作<sup>[3]</sup>,严重影响患者生活质量。湿疹根据皮损表现可分为急性、亚急性和慢性三个分期:急性湿疹皮损以丘疱疹为主,渗出明显;慢性湿疹以皮肤苔藓样变为主;亚急性湿疹介于二者之间,皮损表现为红斑、渗出、丘疱疹,也可见少许鳞屑及浸润。

越婢加术汤出自《金匱要略》,主治“里水”,《备

急千金要方》运用其治疗“肉极”。目前本方临床多用于治疗风湿免疫、肾病等疾病<sup>[4-5]</sup>,鲜有提及其对皮肤病的疗效。笔者认为“肉极”的描述与湿疹的急性、亚急性期渗出表现相似,急性湿疹和亚急性湿疹多以风、湿、热为主要病因,而越婢加术汤可治疗湿热蕴脾、水滞肌表、风邪伤卫、风水相搏之证,临床用其治疗湿疹,往往可以取得较好的疗效,现阐述如下。

## 1 湿疹病因病机

湿疹可归属于中医学“湿疮”“浸淫疮”“血风疮”

## 参考文献

- 杂志,2000(1):15.
- [1] 杜依洁,杜斌.补脾胃泻阴火升阳汤浅析[J].中国临床研究,2015,28(7):949.
- [2] 李东垣.脾胃论[M].文魁,丁国华,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [3] 佚名.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2012:46.
- [4] 刘金涛,李梦琳,陈子杰,等.《素问·脏气法时论》五脏苦欲补泻理论探析[J].中华中医药杂志,2019,34(7):2906.
- [5] 陶弘景.辅行诀五脏用药法要传承集[M].北京:学苑出版社,2008.
- [6] 徐浩从《辅行诀》的研究探索经方组方法则和配伍规律[D].成都:成都中医药大学,2005.
- [7] 徐浩,张卫华,杨殿兴.《辅行诀·汤液经图》诠释[J].江西中医学院学报,2005,17(3):17.
- [8] 李玲玲,程丹,李鑫洁,等.论甘温除热法代表方应为补脾胃泻阴火升阳汤[J].环球中医药,2020,13(6):1038.
- [9] 戴永生.论东垣“升阳十七方”用药配伍特色[J].辽宁中医
- [10] 王玉超.《脾胃论》用药特点浅探[J].甘肃中医,2008,21(6):5.
- [11] 于智敏.李东垣治疗脾胃病的组方用药特点分析[J].中国中医基础医学杂志,2003,9(3):57.
- [12] 徐兆景.葛根素药理作用机制探讨及临床应用[J].中国现代药物应用,2016,10(8):256.
- [13] 邱晓红,杜智敏,王天群,等.青蒿素抗心律失常药理作用研究[J].黑龙江医药,2001,14(4):271.
- [14] 吴谦.医宗金鉴[M].上海:上海古籍出版社,1991:168.

第一作者:李翰林(1995—),女,硕士研究生在读,中医内科学专业心血管病方向。

通讯作者:魏陵博,医学博士,主任医师,硕士研究生导师。83776028@126.com

修回日期:2021-07-21

编辑:傅如海 蔡强