

## 茵陈蒿汤临床应用经验\*

于珊珊 何庆勇<sup>△</sup>

(中国中医科学院广安门医院,北京 100053)

中图分类号:R289.1 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2023)10-1748-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.10.012

**【摘要】** 茵陈蒿汤出自《伤寒论》《金匮要略》。茵陈蒿汤作为治疗黄疸的第一方,临床运用此方应把握其六个关键点:一为阳黄专方,其核心病机是湿、热、瘀互结,枢机不利,致使脾胃肝胆功能异常,郁结于肌肤而发黄;二为亦谷疸专方,因饮食水谷不节,肆食肥甘厚腻、辛辣之品,致脾寒胃热,脾胃运化失权,出现腹满,大便干,小便难,饱食则烦躁且头晕的谷疸表现;三为遵循原方相对剂量,重用茵陈,剂量应高于大黄、栀子用量,至少30 g以上,大黄常用6~28 g,栀子常用12~16 g;四为方证辨证抓主证,茵陈蒿汤的主要方证为但头汗出,身黄,巩膜黄染,大便干;五为经方叠用,结合患者临床症状,将茵陈蒿汤与栀子豉汤、栀子干姜汤、调胃承气汤等合用;六为病后调护与转归方运用,病后恢复期可辨证选用三仁汤、茵陈四苓汤、归芍六君子汤等方剂。本文通过论治茵陈蒿汤临床运用经验,以期为临床治疗提供一定参考。

**【关键词】** 茵陈蒿汤 经方 方证辨证 病机 谷疸 重剂茵陈 叠用经方 转归

**Clinical Application Experience of *Yinchenhao Decoction*** Yu Shanshan, He Qingyong. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China.

**【Abstract】** *Yinchenhao Decoction* started to show from the book *Treatise on Febrile Diseases and Synopsis of Golden Chamber*. As the first formula for the treatment of jaundice, the clinical application of *Yinchenhao Decoction* should grasp its six key points. First, it is a special prescription for yang jaundice, and its core pathogenesis is that dampness, heat and blood stasis are intertwined, and the axis is unfavorable, which leads to spleen, stomach, liver and gallbladder dysfunction, stagnation in the skin and yellowing. Second, it is also a special prescription for treating dietary jaundice. Because of improper diet and eating fatty, sweet, greasy and spicy products, the spleen is cold and the stomach is hot, and the spleen and stomach lose their power, resulting in full abdomen, dry stool, difficulty in urinating, and irritability and dizziness when eating to fullness. Third, follow the relative dose of the classical prescription, and heavy dose of *Artemisia capillaris* should be higher than the dosage of rhubarb and gardenia jasminoides, at least 30 g; the weight of rhubarb is 6~28 g and the weight of gardenia jasminoides is 12~16 g. Fourth, grasping its main syndrome by syndrome differentiation. The main syndrome of *Yinchenhao Decoction* is that the head is sweating, the body is yellow, the sclera is yellow, and the stool is dry. Fifth, combination with classic prescriptions was needed. With the actual symptoms of the patient, *Yinchenhao Decoction* was combined with *Zhizichi Decoction*, *Zhizi Ganjiang Decoction* and *Tiaowei Chengqi Decoction*. Sixth, attaching importance to post-disease nursing care and prescription prognostic application. Prescriptions such as *Sanren Decoction*, *Yinchen Siling Decoction* and *Guishao Liujunzi Decoction* can be selected in the recovery period after illness. This article discusses the clinical application experience of *Yinchenhao Decoction* in order to provide some reference for clinical treatment.

**【Key words】** *Yinchenhao Decoction*; Classical prescription; Identification and differentiation of prescription and syndrome; Pathogenesis; Dietary jaundice; Heavy dose of *Artemisia capillaris*; Combination with classic prescription; Prognosis

茵陈蒿汤出自张仲景《伤寒论·辨阳明病脉证并治

第八》,是治疗黄疸的代表方之一,在《金匮要略·黄疸病脉证并治第十五》中是治疗谷疸的专方。其病机为湿邪与瘀热蕴结,土壅木郁,导致肝胆疏泄功能异常,胆汁外溢,郁结体内而表现一身面目俱黄,小便黄。茵陈蒿汤的功用为清热利湿化瘀,疏肝利胆退黄。该方在现代医学中多用于治疗急慢性肝炎、血脂异常、黄

\* 基金项目:国家中医药管理局中医药古籍文献和特色技术传承专项项目(GZY-KJS-2020-079);北京中医药大学孙思邈研究院中医药科研计划资助项目(SSMYJY-1-2020-03);北京市科技计划课题(Z221100007422081)

<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱:heqingyong@163.com)

疸、Ⅱ型糖尿病、肝纤维化等<sup>[1]</sup>。笔者常年致力于仲景伤寒学说,笃遵经方,善用古方治疗疑难杂症,运用茵陈蒿汤治疗肝胆疾病有独特的经验。现将茵陈蒿汤的临床应用经验介绍如下。

## 1 茵陈蒿汤

《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》载“阳明病,发热,汗出者……但头汗出,身无汗,剂颈而还,小便不利,渴引水浆者,此为瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之”,意为邪热蕴在里,此为阳明之热无汗不能外越,瘀血停积,因而发热。唐宗海在《伤寒论浅注补正·卷二》中指出“在里言在肌肉中,对皮毛而言,则为在里也……若热入肌肉,令气血相蒸,则瘀滞不行,是名瘀热。气瘀则为水,血瘀则为火,水火蒸发于肌肉中,现出土之本色,是以发黄”<sup>[2]</sup>。可见仲景与唐氏均认为茵陈蒿汤的病机是瘀热。在康平本《伤寒论·阳明病》载“阳明病,发热汗出者,不能发黄也。但头汗出,身无汗,剂颈而还,小便不利,渴引水浆者,身必发黄,茵陈蒿汤主之”。文中并未指出“瘀热在里”,经研究该版本文字古朴,注解清楚,可现仲景原本面貌<sup>[4]</sup>,可能较宋本《伤寒论》可信度高。张介宾《景岳全书·贯集三十一卷》载“阳黄证因湿多成热,热则生黄,此即所谓湿热证也”<sup>[5]</sup>。可知张氏认为茵陈蒿汤的病机是湿热。

笔者纵观古代医家总结茵陈蒿汤的病机是湿、热、瘀互结,枢机不利,致使脾胃肝胆功能异常,输于肌肤而发黄。方中茵陈清热利湿,利胆退黄,利小便。大黄性苦寒降泄,《神农本草经·下品》载大黄“主下瘀血,血闭,寒热”,主清热除瘀,与茵陈二药合用可使湿、瘀、热之邪从二便排出。配伍栀子既可以清热也能开郁,《本草疏证·卷八》云栀子“于湿热成黄证,取其于郁中鼓畅发之气而开之”。三药配伍,通其瘀热,发其湿热,将湿、热、瘀前后分消,使之从二便排出。

## 2 茵陈蒿汤的运用经验

### 2.1 阳黄专方

《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》中曾指出“阳明病,发热汗出者,此为热越,不能发黄也。但头汗出,身无汗……此为瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之”。此条文未指出“发黄”属于阳黄还是阴黄。在《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》载“伤寒七八日,身黄如橘子色,小便不利,腹微满者,茵陈蒿汤主之”。可见该黄为“橘子色”,黄而色泽鲜明,病程时间短,发病迅速,即为阳黄。多由湿、热、瘀蕴结在里,郁于肝胆,导致脾胃肝胆疏泄功能异常,郁在脾胃,热在肝胆,蕴于肌肤而致发黄。湿邪重着黏滞,热性炎上,瘀血阻碍经脉,湿热瘀胶结,水液不能外散肌肤,上蒸于头项,表现为“但头汗出”。“小便不利”多见湿、热、瘀

之邪阻碍脾胃中焦,气机阻滞,膀胱枢机不利,气化不行而小便困难,尿黄如浓茶汁。“腹微满”多由于阳明病实证所导致,多见腹满,腹胀。方有执《伤寒论条辨·辨阳明病脉证并治第四》“阳明,经也;胃,府也。实者,大肠结为满而不得出也”<sup>[6]</sup>。胃为阳明之府,病邪侵袭阳明,阳明胃中燥热,脾胃功能失常,而腹胀、腹满。笔者体会茵陈蒿汤是治疗阳黄的专方。阳黄的病机为湿、瘀、热之邪郁结脾胃中焦,困遏脾胃气机,郁结肌肤发黄。而阴黄与阳黄不同,阴黄是寒湿发黄,或由阳黄失治、误治转化而成,黄色晦暗如烟熏,发病时间长,起病缓慢。笔者在临床治疗阴黄时常用茵陈术附汤。

### 2.2 亦为谷疸专方

《金匱要略·黄疸病脉证并治第十五》中指出“谷疸之为病,寒热不食,食即头眩,心胸不安,久久发黄为谷疸,茵陈蒿汤主之”。谷疸是黄疸的一个类型,其病机多与饮食水谷,与脾胃运化、肝胆疏泄障碍有关。谷在《说文解字·第十一卷下》解释为“泉出通川为谷”,山岭之间泉水汇集,农作物常产于河谷。《说文解字·第七卷下》中疸为“黄病也”,脾土为黄,谷疸即为因饮食无节制,饥饱无规律,肆食肥甘厚腻、辛辣之品,损伤脾胃运化,形成食积,若食积化热,会使湿、热、瘀或食滞郁积中焦,发黄为谷疸。《金匱要略·黄疸病脉证并治第十五》中说“阳明病,脉迟者,食难用饱,饱则发烦头眩,食谷之浊气下降膀胱,小便困难,此欲作谷疸”。阳明病者,胃有实热,大便干且困难,饮食物不宜饱满,饱食则容易烦躁,且头晕目眩,小便困难,也为谷疸的表现。

“寒热不食”在张志聪《金匱要略注·卷三》载“寒热不食者,即前章所谓数则为热。紧则为寒,寒热相搏,故不能食,而食谷即眩也”<sup>[7]</sup>。趺阳脉紧而数,《素问·至真要大论》“冲阳绝,死不治”。趺阳脉(冲阳脉)是足阳明胃经的经脉,主要候胃气,若胃气亏绝,则真气耗竭。趺阳脉数即为胃热表现,胃热则易消谷,若趺阳脉紧为寒象表现,脾脏虚寒,运化不足,脾寒与胃热相结于中焦,一吃饭即腹满,若是服用食物则出现“头眩”之象。清·高学山《高注金匱要略·黄疸病脉证并治第十五》载“寒热,注见上条,发于阳部,盖中焦胃浊,蒸于胸分,故其邪热先发于此,故寒而复热也。不食及食即头眩,详二条注”<sup>[8]</sup>。即不能饮食物,饮食则会伤脾,酿成痰湿,郁阻脑窍,而“头眩”。“心胸不安”可谓脾胃功能受损,子病及母,伤及心神,出现心烦诸证。“久久发黄”,表现为初期未见全身面目俱黄等症,仅仅为巩膜黄染,后期可见全身面目俱黄。笔者发现茵陈蒿汤在临床应用时可不出现巩膜黄染,若见中焦脾胃受损,蕴生湿热之病即可使用。患者临床表现拒饮食物,特别是不能服用油腻之品,食之则脾

胃不舒,此症状往往提示谷疸,是运用茵陈蒿汤的重要指征。

### 2.3 尊重原方剂量,重用茵陈

2.3.1 临床常用量 遵循仲景原方剂量,往往是临床取效的关键。茵陈蒿汤原方组成在《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》中记载“茵陈蒿六两,栀子十四枚(擘),大黄二两(去皮)”。汉代经方1两为现在13.8 g<sup>[9]</sup>,原方中茵陈为最大量6两,约为82.8 g,常用量为30~84 g。徐凤凯等测量栀子1枚约为0.9 g<sup>[10]</sup>,14枚约为12.6 g,全小林院士实测15枚栀子为17 g<sup>[11]</sup>,故茵陈蒿汤中栀子常用量约12~16 g。2020年版《中国药典·一部》大黄用量为3~15 g<sup>[12]</sup>,李时珍《本草纲目·序例上》中云“古之一两,今之一钱可也”<sup>[13]</sup>,故大黄常用量为6~28 g。笔者运用茵陈蒿汤时茵陈用量至少30 g以上,同时茵陈剂量必须大于栀子、大黄的剂量,茵陈:大黄比例为3:1,才能发挥疗效。

2.3.2 重剂茵陈 古代医家运用茵陈蒿汤时置信度最高的剂量关联为茵陈82 g,大黄27 g,栀子14 g<sup>[14]</sup>,此时茵陈与大黄的剂量均明显超出了2020年版《中国药典》中茵陈(6~15 g)、大黄(3~15 g)最高剂量<sup>[12]</sup>。考虑主要是因为药典的临床用药绝对安全性,从而严格限制了药物剂量范围,但为遵循仲景原意,古今医家用大剂量茵陈蒿汤治疗重症肝炎、肝硬化腹水时,茵陈常用30 g以上,最大可至120 g,大黄10~30 g,栀子15~20 g<sup>[15-17]</sup>。茵陈单用亦可起到清湿、热、瘀的作用,茵陈及其活性成分可增强干细胞功能,诱导肝酶系统,促进胆红素的清除,从而发挥利胆保肝作用<sup>[18]</sup>。笔者的临床经验是让患者取30~50 g茵陈代茶饮,配合茵陈蒿汤使用疗效会更好。

2.3.3 煎服方法与服药方法 《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》载“以水一斗二升,先煮茵陈,减六升,内二味,煮取三升,去滓,分三服。小便利,尿如皂荚汁状,色正赤,一宿腹减,黄从小便去也”。因此在临床应用时应遵循原方药物的煎煮顺序,先煎茵陈半小时,后下大黄、栀子,以充分发挥疗效,从而使湿、瘀、热从二便排出,病可自愈。临床运用时常嘱咐患者早、中、晚各服药1次,除湿清热散瘀效果更加。同时事先告诉患者服药后小便会更黄甚至出现暗红色如皂荚汁状,同时小便量会增加,此为正常现象。

### 2.4 方证辨证抓主证

中医辨证方法繁多,笔者认为方证辨证为仲景时期主要辨证方法,临证处方如有神助。黄煌认为茵陈蒿汤证是黄疸色泽鲜明,尿黄短少,胸闷,烦躁,身热有汗,腹微胀满,食欲不振<sup>[19]</sup>。胡希恕认为茵陈蒿汤证的辨证要点为阳黄见大便干,小便不利<sup>[20]</sup>。笔者临床体会茵陈蒿汤的方证为身体发黄(巩膜黄染),但头汗出,不喜油腻(肉食),大便干,小便不利,舌黄而胀大,苔

腻,脉滑数。其主证为但头汗出,身黄,巩膜黄染,大便干。故临床若见上述方证患者,无论西医诊断为肝炎还是其他疾病,多可用之。张登《伤寒舌鉴·黄苔舌总论》云“舌黄而胀大者,乃阳明胃经湿热也,证必身黄便秘烦躁,茵陈蒿汤”<sup>[21]</sup>。其中舌黄胀大,满口舌是茵陈蒿汤临床使用的重要指征。

### 2.5 临床适用与经方叠用

经方叠用首见于《伤寒论》,是在中医辨证理论指导下将两首或两首以上经方相合为用,如桂枝麻黄各半汤<sup>[22]</sup>。经方叠用,增强功效,扩大用途。在临床使用时茵陈蒿汤时出现以下症状可叠用下列方剂以扩大治疗范围,增强药物疗效。其一为栀子豉汤,临床上出现但头汗出,心中窒闷或心中烦,舌苔黄,脉数,可合用栀子豉汤清热除烦,解除胸膈郁热。其二为大黄黄连泻心汤,当患者出现心胸烦热,反酸,烧心,大便干结,吐血,鼻衄,目赤肿痛,口舌生疮,舌红,苔黄腻,脉滑数,可合用大黄黄连泻心汤以清泻胃热,除湿消痞。其三为调胃承气汤,若临床上兼见阳明潮热,自汗,腹微胀满,口渴,心烦,小便频数,大便干燥,舌红苔黄者,可合用调胃承气汤以调和肠胃,除积化热。

### 2.6 病后调护与转归方

2.6.1 病后调护 现在治疗黄疸的药物较多,治疗黄疸多用茵陈蒿汤,但《金匮要略·黄疸病脉证并治第十五》指出“黄疸之病,当以十八日为期,治之十日以上瘥,反剧者为难治”。平人经气传遍1周,是以6 d为1期,即黄疸的治疗周期不宜超过18 d,10 d内易于痊愈,否则病情迁延不愈,或黄疸反复发生,疾病难以治愈。因本病病情较长,仍需病后调护治疗,以所以应舒畅情志,避免多愁善感等不良情绪。在饮食方面要避免油腻、辛辣、酒肉之品,忌刺激性食物,清淡饮食。病后机体功能紊乱,可增加体育锻炼,消耗多余热量,达到清热除湿散瘀的目的。

2.6.2 转归方运用 运用茵陈蒿汤后若出现《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》中的缓解症状,即“小便利,尿如皂荚汁状,色正赤,一宿腹减,黄从小便去也”。则治疗效果明显,应中病即止,以知为度。疾病好转后,酌情依据病情变化辨证调治,其一若在治疗后出现午后身热,胸闷气短,纳呆,苔白,脉濡细等可用三仁汤使气机舒畅,湿热清利。其二若见湿热留恋,脘腹胀满,胸胁疼痛,口苦口干,小便黄赤,舌红,苔黄,脉数,用茵陈四苓散来清利湿热,除湿消痞。其三若患者正气亏损,脘腹痞满,体倦乏力,纳差,大便不调,苔薄白,脉细,用归芍六君子汤调养肝脾,补脾益气,匡扶正气。因此在用茵陈蒿汤后根据不同的病证选用不同的方剂,以辨证治疗,调和五脏气血,充实六腑功能。

### 3 结 语

本文从多方面介绍了茵陈蒿汤的临床应用经验。茵陈蒿汤是治疗阳黄、谷疸的代表方,其病机为湿、热、瘀蕴积体内,使肝胆功能受损,胆汁外溢而发黄。在临床应用中应注意茵陈的用量必须大于大黄、栀子的用量,同时不得低于30 g,茵陈:大黄比例为3:1,大黄常用量为6~28 g,栀子常用量为12~16 g。遵循仲景原方的煎煮方法、煎煮顺序、服药方法,先下茵陈,后下大黄、栀子。临床上可以让患者取茵陈30~50 g代茶饮,配合茵陈蒿汤使用,可使清热化湿祛瘀力更强。注重经方叠用,以扩大诊治范围,增强药物疗效。同时应注意病后调护,饮食有节,起居有常,达到清热除湿散瘀目的。疾病好转后,酌情依据病情变化辨证调治,从而除邪务尽。

#### 参 考 文 献

- [1] 汤婷,张喆,郑宇明,等. 经方茵陈蒿汤的临床应用总结[J]. 中西医结合研究, 2019, 11(2):104-106.
- [2] 唐蓉川. 伤寒论浅注补正[M]. 北京:学苑出版社, 2012: 180.
- [3] 王永炎,李飞. 方剂学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2017: 291-292.
- [4] 明鸣.《古本康平伤寒论》与现行宋本《伤寒论》版本可信度之研究[J]. 国医论坛, 1990, 5(6):7-9.
- [5] 张景岳. 张景岳医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 1999:1271.
- [6] 方有执. 伤寒论条辨[M]. 北京:上海人民出版社, 2005: 110.
- [7] 张志聪. 张志聪医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 1999:999.
- [8] 高学山. 高注金匱要略[M]. 北京:中国中医药出版社, 2015:187-188.
- [9] 傅延龄,宋佳,张林. 论张仲景对方药的计量只能用东汉官制[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(6):365-369.
- [10] 徐凤凯,吴汇天,曹灵勇.《伤寒杂病论》特殊计量药物换算考证[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(9):4159-4162.
- [11] 全小林,穆兰澄,吴义春,等.《伤寒论》方剂中非计量单位药物重量的现代实测研究[J]. 中医杂志, 2009, 50(S1):1-2.
- [12] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2015:24, 250.
- [13] 李时珍. 本草纲目[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2014: 1-7.
- [14] 蔡高术,魏泽辉,萧焕明,等. 茵陈蒿汤历代剂量变化规律探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(1):129-132.
- [15] 郑玉娇,王青,邸莎,等. 茵陈的临床应用及其用量探究[J]. 吉林中医药, 2019, 39(2):169-173.
- [16] 段展辉,刘桂荣. 从量效关系探讨张志远运用大黄经验[J]. 中医杂志, 2022, 63(13):1219-1222.
- [17] 王庆其,李孝刚,邹纯朴,等. 国医大师裘沛然肝硬化诊疗方案[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(3):217-220.
- [18] 刘玉萍,邱小玉,刘焯,等. 茵陈的药理作用研究进展[J]. 中草药, 2019, 50(9):2235-2241.
- [19] 冯世纶,张长恩. 经方传真[M]. 北京:中国中医药出版社, 2017:167-169.
- [20] 黄煌. 中医十大类方[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2007:98.
- [21] 张登. 伤寒舌鉴[M]. 上海:上海卫生出版社, 1958:8-13.
- [22] 何庆勇. 经方叠用[M]. 北京:人民军医出版社, 2014:2-3.

(收稿日期 2023-03-30)

(上接第 1739 页)

- [12] 徐长福,沈盛晖,彭晖,等. 浙江局部地区汉族人基质金属蛋白酶-3基因多态性与冠心病血瘀证的相关性研究[J]. 心电与循环, 2017, 36(6):395-399.
- [13] 郑景辉,宁桂兰,陈建军,等. 白细胞介素-8基因多态性与冠心病血瘀证遗传易感性的研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(9):3286-3289.
- [14] ARSLAN S, KORKMAZ O, OZBILUM N, et al. Association between NF-kappaBI and NF-kappaBIA polymorphisms and coronary artery disease[J]. Biomedical reports, 2015, 3(5): 736-740.
- [15] 王平平,谢雁鸣,罗玉敏,等. 基因多态性与中医证候相关性的研究现状[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2019, 26(3):378-381.
- [16] 黄珊,杨洋,孟庆雯,等. IL-23/IL-17炎症轴与冠心病及动脉粥样硬化的关系[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(8): 1800-1803.
- [17] 崔翔. 血清sVCAM-1、TNF- $\alpha$ 、HDL-C水平变化与冠心病患者NF- $\kappa$ B的相关性研究[J]. 标记免疫分析与临床, 2018, 25(11):1611-1614.
- [18] 谭颖超,何盼,杨珺玥,等. 血脂异常与冠心病关联中白介素-6的中介作用[J]. 中国预防医学杂志, 2022, 23(3): 161-166.
- [19] SHETELIG C, LIMLANATHAN S, HOFFMANN P, et al. Association of IL-8 with infarct size and clinical outcomes in patients with STEMI[J]. J Am Coll Cardiol, 2018, 72(2): 187-198.

(收稿日期 2023-04-01)