基于丹溪“六郁”论治代谢功能障碍相关性脂肪变性肝病*

周天惠[1]，朱沫希[1]，彭红叶[1]，宋依蓬[1]，许卫华[2]，姚树坤[2]

1. 北京中医药大学，北京 100029；2. 中日友好医院，北京 100029

摘要：代谢功能障碍相关性脂肪变性肝病（metabolic dysfunction – associated steatotic liver disease，MASLD）发病初期邪气尚浅，以食郁、气郁为主，理气化积便可消解；中期邪气渐入肌腠，以火郁、湿郁为主，清热利湿尚可除之；日久邪气深入脏腑，以痰郁、血郁为主，惟开痰行血方可扭转。除针对不同阶段主要病机的治疗之外，节饮食、理气机均应贯穿治疗始终。食、气、火、湿、痰、血“六郁”，既可单独致病，彼此又互为因果、相兼为病，一郁常由他郁引发。丹溪所设越鞠丸统治六郁，但君臣佐使的配伍并非一成不变，用药亦不应拘泥于此方。直须以六郁为纲，辨明主要郁邪的性质，再依证型不同灵活用药设方，有所侧重并兼顾他郁，定能效如桴鼓。

关键词：代谢功能障碍相关性脂肪变性肝病；六郁；食郁；气郁；火郁；湿郁；痰郁；血郁；越鞠丸；朱丹溪

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2026.06.182

中图分类号：R256.49　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2026)06－1217－06

Treatment of Metabolic Dysfunction – Associated Steatotic Liver Disease Based on Zhu Danxi's "Six Yu" Theory

ZHOU Tianhui[1], ZHU Moxi[1], PENG Hongye[1], SONG Yipeng[1], XU Weihua[2], YAO Shukun[2]

1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing China 100029; 2. China – Japan Friendship Hospital, Beijing China 100029

Abstract: Metabolic dysfunction – associated steatotic liver disease (MASLD) in its early stage is characterized by shallow pathogenic factors, mainly food stagnation and Qi stagnation, which can be resolved by regulating Qi and transforming accumulation. In the middle stage, the pathogenic factors gradually enter the muscles and collaterals, mainly presenting as Fire stagnation and Dampness stagnation, which can still be treated by clearing Heat and relieving Dampness. Over time, the pathogenic factors penetrate the internal Zang and Fu, mainly as Phlegm stagnation and blood stagnation, which can only be reversed by formulas that can dredge Phlegm and invigorate blood. In addition to treatments targeting the primary pathogenesis at different stages, dietary regulation and Qi management should be maintained throughout the treatment. The Six Yu – food, Qi, Fire, Dampness, Phlegm, and blood – can independently cause disease, but they also act as cause and effect for each other, often leading to combined pathologies, with one stagnation frequently triggering another. Yuejü Pill, prescribed by Zhu Danxi, can addresses all the Six Yu, but the ministerial and assistant roles in the formula are not fixed, and the use of herbs should not be strictly confined to this prescription. The key is to take the Six Yu as the guiding principle, clarify the nature of the predominant stagnation, then flexibly design prescriptions according to different syndrome types, focusing on the primary stagnation while also considering the others, which can definitely achieve effective results.

Key words: metabolic dysfunction – associated steatotic liver disease; Six Yu; food stagnation; Qi stagnation; Fire stagnation; Dampness stagnation; Phlegm stagnation; blood stagnation; Yuejü Pill; Zhu Danxi

代谢功能障碍相关性脂肪变性肝病（metabolic dysfunction – associated steatotic liver disease，MASLD）是一组与代谢障碍高度相关，以肝脏脂肪变性为突出特征的综合征[1]，也被熟知为代谢相关性脂肪性肝病（metabolic associated fatty liver disease，MAFLD）[2]。该病曾被命名为非酒精性脂肪性肝病

* **基金项目**：北京市科技计划项目（Z171100001717008）

(non - alcoholic fatty liver disease, NAFLD),但随着对流行病学和发病机制的深入研究,发现该病与代谢综合征及其他代谢性疾病密切相关,因此,取而代之的是"代谢功能障碍相关性脂肪变性肝病"或"代谢相关性脂肪性肝病"的疾病命名,意在将其作为像糖尿病一样的独立疾病,以更好地反映疾病的本质和与代谢相关的特征[3],使医生和患者更加重视该疾病的检出和治疗。MASLD 得名于其特征性的病理变化,即肝细胞内呈空泡样/气球样脂肪变性,通常是在体检行腹部超声时发现并诊断[4]。从临床表现而言,大多数 MASLD 患者没有特异性的突出症状,或可见肥胖超重、胁肋隐痛、食欲不振、腹胀乏力、大便黏滞等症,随着肝脏脂肪变性程度的加重,上述症状会更为显著,同时出现肝脏损害表现,如肝掌、胸前小血管扩张,血清转氨酶、GGT 升高,CT 平扫显示肝脏密度减低等,逐步进展为脂肪性肝炎,甚至发展为肝硬化和肝癌[5]。

传统中医典籍没有 MASLD 相对应的病名记载,既往医家和学者多从症状、病机等角度进行命名。从症状角度命名,包括"胁痛""痞满""肝胀""肥气"等,体现了 MASLD 患者最常见的主诉,即肝区疼痛、腹胀等不适,或肥胖这一常见并发症;从病机角度命名,包括"湿阻""痰浊""积聚""癥瘕"等,虽各有侧重,但均不能完全涵盖 MASLD 的发病机制和转归过程。"十一五"期间,国家中医药管理局将 NAFLD 中医病名确定为"肝癖"[6](中医病证分类编码:BNG011),又叫"肝痞",是指由于痰、浊、瘀等积聚于肝,引起胁胀或痛、右胁下肿块,甚至炎症和纤维化的疾病。也有学者认为,需强调代谢综合征在 MASLD 发生发展中的重要性,参考"脾瘅"(2 型糖尿病)之概念,提出将其命名为"肝瘅"[7],体现了本病因肥甘起病,后转变为虚劳不足、内热致病的病机特点。

1　"六郁"学说源流及内涵

郁者,不畅也,有广义和狭义之分。广义郁证最早见于《素问·六元正纪大论》,原文曰:"木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之。"提出郁为五行气运乖戾失和,应顺应五行属性进行疏解调和[8]。至金元时期,朱丹溪继承了《黄帝内经》"五郁"原旨,创造性地提出了"六郁"学说,即气郁、血郁、痰郁、火郁、湿郁、食郁。《丹溪心法·六郁》云:"气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁。"认为人身气血宜周行通利,而不应滞涩沉抑,外邪所干或七情内伤均会成"郁",郁阻于内,气机不畅,五脏失和,百病生焉。

狭义之郁特指情志压抑不舒的状态,更接近"抑郁"等疾病。广义与狭义之郁是包含关系。正如张景岳在《景岳全书·郁证》中一针见血地总结道:"凡五气之郁,则诸病皆有,此因病而郁也,至若情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也。"广义之郁以病机而言,指因外邪、内伤、情志等各种因素导致气血阻滞、压抑不畅、脏腑失和的病证,如五郁、六郁;而狭义之郁以病因而言,指情志不舒,郁而成病。在此,本文主要讨论广义之郁,探讨丹溪"六郁"学说对 MASLD 的认识。

2　"六郁"所致 MASLD 病症表现

2.1　食郁——嗳腐吞酸,腹满不食　"食郁者,嗳酸,腹饱不能食,人迎脉平和,气口脉繁盛"。MASLD 患者常有恣意饮食、过食肥甘的生活习惯,伴嗳气酸臭、反流烧心、腹胀脘痞等不适,并见气口脉洪滑有力之象。丹溪门人戴思恭《推求师意》释曰:"已入中脘,而食物塞之,其气反壅于下脘,致气口脉大于人迎二、三倍。"正是饮食阻于胃脘肠腑,气机不降,反而上涌所致。此时积滞停留于肠道之中,病邪尚为轻浅,易于荡除,正气亦多不虚。

2.2　气郁——胸胁满闷,胀痛走窜　"气郁者,胸胁痛,脉沉涩"。MASLD 患者多见右胁肋胀满或走窜作痛,每因烦恼郁怒诱发,又常于嗳气或矢气后缓解,其脉沉涩或弦,皆为气机不畅、结郁于内的表现,此时仅有气机升降出入之功能失调,尚未变生他邪侵及气分血分。气郁为主的 MASLD 患者,肥胖之态少见,肝脏器质性病变不突出,多为轻度脂肪变性,生化指标无异常或轻度异常。

2.3　火郁——烦躁懊憹,口苦溺赤　"热郁者,瞀闷,小便赤,脉沉数"。瞀闷,在《素问·六元正纪大论》中与火邪郁闭密切相关,原文曰:"火郁之发……目赤心热,甚则瞀闷。"心与小肠相表里,心火下移于小肠,则见小便短赤,而脉沉数则是火热内伏鼓动之象,此时邪气渐入气分,逐步盛大,燔灼肌腠,郁不得发。MASLD 患者亦多见火热郁闭,诉口干苦、眼干涩、身热烦躁、失眠多梦等症[9]。

2.4　湿郁——痞满困重,大便溏结　《丹溪心法》曰:"湿郁者,周身走痛,或关节痛,遇寒则发,脉沉细。"概指湿郁痹阻肌骨关节,然多数 MASLD 患者

并不常见此症。湿邪为患，弥散气分，随气布散，外至肌肤，内至脏腑，无所不达。郁于腠理则见肢体困重乏力，郁于舌窍则见舌胖口淡，郁于脾胃则见脘腹痞满呕恶[10]，郁于肠腑则见大便溏稀泄泻或黏滞不爽，观其脉多沉，闻其声多“如从室中言”，皆中气之湿也。

2.5　痰郁——胁下积块，痰浊停聚　“痰郁者，动则喘，寸口脉沉滑”。气郁不行，火郁不散，湿郁不化，诸邪搏结凝聚，由无形之痞块化为有形之积块，停聚于胁下，侵及脏腑，发为胁肋胀痛，甚则喘促。MASLD 中晚期患者的触诊查体可见肝脏实体改变，肝脏体积增大、质地变韧[11]，其脉多沉滑，为痰浊实邪内蕴之象。

2.6　血郁——正血不行，病血外溢　“血郁者，四肢无力，能食便红，脉沉”。血郁为血瘀之前驱，郁久则瘀。MASLD 中晚期病及血分，瘀阻深重，可见胁肋部刺痛，舌色暗红或紫，脉沉或涩[12]；肝络受损，病血外溢，则见舌体瘀点瘀斑，胸前蜘蛛痣，在影像学上可见肝脏颗粒样或纤维化改变。

3　“六郁”所致 MASLD 病机分析

3.1　食饮失节、过食肥甘以致“食郁”　《素问·痹论》曰：“饮食自倍，肠胃乃伤。”《说文解字》云：“倍，反也。”又注“倍又通背”，意即凡违背正常饮食规律都会对肠胃造成损伤[13]。“六腑以通为用”，多食过饱，胃纳超负，饮食积滞停聚于中，则胃肠通导不行，气机阻滞。《脉因证治》曰：“膏粱厚味，时积于中，积湿成热。”嗜食肥甘厚味、炙煿辛辣，荤素不均，五味失和，甘满则生湿，辛辣则生热，湿热郁蒸，变生痰浊；或忽食忽饿、暴饮暴食，或夜半饱餐、醉以入房，扰乱脾胃生机运转规律，导致脏腑功能失调。或进食过快，或用餐时思虑他物，咀嚼不足，食糜不化，影响水谷腐熟受纳，进而影响气血生成和运行[14]。

诸医家多将饮食伤脾之食郁归为“寒者、久者、虚者”，认为“腹饱不能食”当责于中脏虚冷，遂妄投人参、黄芪温补之品。诚如《素问·太阴阳明论》所说：“饮食不节，起居不时者，阴受之……阴受之，则入五脏。”MASLD 起病之初多有嗜食酒肉肥甘等原因，病程迁延日久亦会损及脾胃之气，甚则肝肾之阴。因社会饮食变迁，古时少见的“膏粱之人”在当今却愈发多见，即便已有中虚之证，多数患者仍以满足口腹之欲为快，其“虚”也并非单纯脾胃虚损，而多兼有食郁。

3.2　食积内阻、思虑忧忿以致“气郁”　气郁起因有二，一则为他郁引发，二则为七情内生。前者如过食酒肉炙煿所致食郁，阻滞中焦，脾胃枢机不利，“当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化。”继作气郁，病位在脾胃及阳明肠腑，其治当以节制饮膳、消食化积、和胃健脾为要，辅以理气。后者为五志七情过极或不得抒发所致。《素问·举痛论》曰：“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下……思则气结。”百病皆生于气，尤以怒郁、思郁、忧郁最为常见，“忧愁者，气闭塞而不行，盛怒者，迷惑而不治……心怵惕思虑则伤神，神伤则恐惧自失。”此类 MASLD 患者多为从事脑力劳动者，久坐久思，平素工作压力大，心情郁郁不畅，日久气结，病位在肝，治当疏肝理气。

3.3　气郁化火、胶结痰湿以致“热郁”　热郁存在形式有二，一者为火热邪气闭郁不得宣发，二者为合并他邪胶结成病。热郁由气郁发展而来，气机郁遏，日久化火，此时郁闭的火热之邪尚为单一，有气但无形，其性如火焰炎上，故常燔灼上焦脏腑及官窍，孙一奎《医旨续余》认为“火郁即是心郁”便是此类。火郁之邪扰动心神则见烦躁失眠，扰动胸膈则见胀满吞酸，“反复颠倒，心中懊憹”，或循肝经扰动头面清窍则见眼干耳鸣，亦见舌边尖红。热邪亦多兼有其他病邪，如合并湿邪则见湿热，湿热交阻，热为湿遏，非但难以消散，日久还会炼为痰热[15]。

3.4　湿邪困脾、弥散三焦以致“湿郁”　湿邪有内生和外侵之别，气候环境之外湿久可侵入人体，饮食肥甘碍脾亦会产生内湿，外湿入里，里湿为合，二者相因成病。陈无择曰：“脾虚多病湿，内因酒面积多，过饮汤液，停滞腻物，烧炙膏粱过度，气热熏蒸，浊液不行，涌溢于中，此湿从内作。”随着居处条件的改善，现已鲜有人久居卑湿之地，反而是因过食酒肉所致食郁及情志不畅所致气郁引发湿邪内生更为多见。

湿邪最易困脾，又能随气升而停聚肌腠，或因气陷而流于下焦。《素问·至真要大论》云：“诸湿肿满，皆属于脾。”脾性喜燥恶湿，最易为湿邪侵及。脾生精微、升清阳、主肌肉，“脾主湿土之质，为受湿之区，中焦湿证最多。”湿邪困郁于脾，脾阳受损，脾气不升，运化无力，水湿之邪浸淫肌腠，则身体困重乏力。湿为阴邪，其势趋下，倘中阳不固，则湿邪流于下焦，郁于大肠，发为泄泻，或闭阻腑气，大肠传导

功能失司，则发为湿秘，湿秘之症，其便多不干，而量少质黏，常有排便黏滞不尽之感，皆为湿郁肠腑之症。

3.5　湿聚成痰、凝于局部以致“痰郁”　痰湿均属于水湿阴邪，异病同源，并常相兼为患，医者常以“痰湿之邪”笼统称之，但二者在病因、病位、病形上均有差异，不可不察[16]。湿邪可因自然界湿气外感而生，也可由脾胃内生，湿为水化，散布三焦，常呈弥漫之态，并无定体，故常流于肌腠而闭塞玄府。痰邪则多由湿邪变化而来，湿邪从阳化热或从阴化寒，则分别变为痰热或寒痰，由湿郁转为痰郁，是病邪由表入里、由气入血的过程。痰为湿之聚，质地黏稠，故影响脾胃升降的作用较湿邪小，而阻滞局部气机的作用更大，且更易侵及脏腑[17]，正如《杂病广要》所载：“无处不到而化者为痰，凡五脏之伤，皆能致之。”痰郁凝于皮下，则为瘰疬瘿瘤，累累如串珠；痰郁结于咽喉，则为梅核气，喉中如有物阻；痰郁阻于胸膈，则倦怠乏力，胸闷如窒；痰郁阻于肝脏，则肝脏质地变韧，胁肋隐痛。

3.6　气滞不行、痰挟瘀血以致“血郁”　血郁隐匿，起于气滞不行，尤常被痰邪相挟，医者往往难以发现血郁之征。“七情内起之郁，始而伤气，继必及血，终乃成劳。”气为全身营血周流之动力，气机郁闭不畅，血行迟滞，气血精微无以布达全身，故见四肢无力，肌肤失荣；血运不畅，停于局部，反又堵塞气之往来，故滞碍而痛；瘀血深结，正血不行，病血外溢，溢于舌体则见瘀斑，溢于肌肤则见蜘蛛痣，溢于肠道则见便血，不一而足。

痰瘀二邪均为有形实邪，皆为阴性，常相兼为患，胶结固着[18]，“痰挟瘀血，遂成窠囊”，其起病隐匿，无明显疼痛症状。张介宾论曰：“别结窠囊，药食难及，故不痛者难治。”医者当认识到病邪传变的规律，早用活血理气之法，既病防变，方不至血郁深结。

4　从开解“六郁”论治 MASLD

4.1　消食郁——畅清肠腑，和胃健脾　《丹溪心法》以山楂、神曲、苍术、香附解食郁。《景岳全书·饮食门》曰：“食饮所伤，治当从类。”不同类别饮食积滞当用不同药物。山楂善消食化积，“煮肉少加，须臾即烂……此伤诸肉者，必用之药。”尤适用于肉食积滞之证。神曲是由谷物混合发酵而成，《本经逢原》论曰：“神曲入阳明胃经，其功专于消化谷麦酒积。”适用于酒面积滞之证。苍术燥湿健脾，既去食郁日久所化之湿，又扶助脾胃正气。食郁则气滞，气滞则食积，故予香附行气宽中。

4.2　舒气郁——理顺气机，调节升降　《丹溪心法》以香附、川芎、苍术解气郁。香附为血中之气药，被称为“阴中快气之药”，能行气开郁，行血推陈，以醋炒尤妙，可以引药入肝。川芎行气搜风，补血润燥，丹溪谓之“通阴阳血气之使”，助清阳而开诸郁，气升则郁自降。苍术燥胃强脾，发汗除湿，能升发胃中阳气，王好古谓之“别有雄壮上行之气，能除湿，下安太阴”，径入诸经，可疏燥阳明之湿。越鞠丸中纳入香附、川芎、苍术三药，川芎、香附主升，苍术主降，升降相合，共同调动脾胃中州气机运转。

《证治汇补·郁证》曰：“郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先，开提为次。”指出开郁当重视理顺气机，而全身气机周转全赖于肝之疏泄。肝属木喜条达，“木郁达之”，故当以调畅肝气为要[19]。方用柴胡疏肝散或丹栀逍遥散等。枳实、枳壳也颇常用，二者虽同为理气要药，但略有差异。《药性赋》云：“宽中下气，枳壳缓而枳实速也。”《本草备要》谓：“枳实治下而主血，枳壳治上而主气。”二者合用则破气活血力宏效专，或根据气郁部位的上下、气血之所在分别用之。此外，亦当注意气机之动态变化。病在中焦，将欲升之，必先降之，将欲降之，必先升之，正如出拳之时必先回收蓄力，否则恐是强弩之末，可用旋覆花、代赭石升降互参，使气机上下流动而成回环之势。肝郁气结，久多化热，许多脂肪肝患者也常以性急怒、眼干涩、口干苦为主诉，可以野菊花、石决明二味，专入肝经而清热散火之力更著。总之，不离乎升降相因、出入相合之宗旨即可，他药亦然。

4.3　发火郁——发越清透，勿与阴合　《黄帝内经》所言“火郁发之”提纲挈领，历代医家多有阐释。“发”为发越透达之意，无论发汗、升散、清透诸法，凡能使郁闭之热得以宣畅者，皆合《黄帝内经》之旨[20]。正如张介宾《类经》所说：“凡火所居，其有结聚敛伏者，不宜蔽遏，故当因其势而解之、散之、升之、扬之，如开其窗，如揭其被，皆谓之发，非独止于汗也。”丹溪以栀子透热解郁。栀子苦寒清热，《本草经解》谓之禀天冬寒之水气，又得地南方之火味，兼入足太阳和手少阴，除燥热又泻有余之火。《伤寒论》栀子豉汤开宣胸膈郁热，便是采栀子轻越泻火之性。除却栀子，其他清轻上浮之品皆能透散郁

火，依取象比类之法，诸多花朵类药轻灵活泼，能向上升发，具有解郁清热、透邪达表之效[21]，如野菊花、金银花等。

热邪本为阳邪，倘若与痰湿等阴邪相合为病，化为湿热、痰火则愈加迁延难祛。湿热之邪兼有阴阳二性，不能只顾一端，须清热与祛湿并举共用。叶天士《温热论》主张“渗湿于热下，不与热相搏，势必孤矣”，将胶结互着的湿邪与郁热分而治之，使湿浊者得渗得燥，郁热无所依附，才能得散得透，而一味清热恐伤阳气。

4.4　化湿郁——苦辛温燥，上下分消　湿郁之治，丹溪多用苍术、白芷、茯苓诸药。苍术甘苦，气辛味浓，入足阳明、足太阴经，“能消湿，去胸中冷气”。苍术苦辛燥烈，“脾苦湿，急食苦以燥之”，故丹溪尤推苍术燥化湿郁。白芷辛温，性升散，气芬芳，有祛风散湿，透邪达表之效。茯苓甘淡性平，《神农本草经》谓其上品，能“开胃化痰，利水定悸”，其性先升后降，引热下渗，分利阴阳。

张景岳提出治湿之法，当随部位不同分消走散，“湿在上者，亦宜微汗之，湿在中下二焦，宜疏利二便，或单用淡渗以利小便。”又另外强调了渗湿于下的必要性，“治湿不利小便，非其治也”。吴鞠通所创三仁汤为调治三焦湿郁的经典名方，方中杏仁、白豆蔻仁、薏苡仁分别发挥宣上、畅中、渗下之功用，可据湿邪留滞部位不同，调整各药配伍用量，又以半夏、厚朴二味于中焦辛开苦降，通草、滑石二味于下焦通淋利尿，使郁闭之湿上下分消[22]。

4.5　破痰郁——清热涤痰、软坚散结　因湿郁与痰郁之病程、病位不同，故治疗时亦有差异。湿郁者当从三焦论治，而痰郁者当从脏腑论治，辨明痰停何处，亟破痰开郁。丹溪用南星、瓜蒌、香附、海石治痰郁。海石，一名浮石或海浮石，乃海中水沫结成，咸能软坚，能治上焦痰热，散积块。南星多纳入黄牛胆中制成胆南星，气温而燥，能胜湿除痰，专走经络，《本草备要》谓：“半夏辛而能守，南星辛而不守。”故中焦湿郁者可用半夏辛温除湿，痰郁深重者则应取胆南星刚烈之性。瓜蒌实甘寒润下，能“荡涤胸膈之邪热，消除肺经之结痰”。《伤寒论》第 138 条曰：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”后人有心下为胃脘或胸膈之争，但其病机不离痰热互结，气郁不通。仲景小陷胸汤以瓜蒌、半夏、黄连三药联合，取瓜蒌清热涤痰之用[23]；而瓜蒌子为种仁类中药，又有润下滑肠之功，丹溪常用瓜蒌子“除食积痰热”，作用颇广。香附行气开郁，亦需用之，以化痰必依赖气机枢转之故也，正如丹溪所说：“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液，亦随气而顺矣。”

4.6　泄血郁——活血行滞，化痰理气　血郁者，丹溪用桃仁、红花、青黛、川芎、香附解之。桃仁性泻，《本草备要》谓：“苦以泄血滞，甘以缓肝气，生新血。”仲景以桃核承气汤治膀胱蓄血之证。红花则不同于桃仁，红花气温味辛，气味俱升，其性属阳主动，“少用养血，多则行血”，但不宜用于郁热内伏者，否则恐有劫伤肝阴之弊。青黛性味咸寒，丹溪常用之清热开痰，宜于痰、火、血胶结所致窠囊病变。川芎、香附二药，则是在活血中辅以理气，正如唐容川《血证论》所说：“气散则血随而散，自不至于结聚矣。”开解气郁之法在血郁证的治疗中当贯穿始终。

4.7　善摄生——节制饮食，导引调息　除用药外，更为重要的是健康教育，引导患者改变生活习惯[24]。正如《卫生宝鉴》所说：“如能节满意之食，省爽口之味，常不至于饱甚者，即顿顿必无伤，物物皆为益。”对于 MASLD 等代谢性疾病，其病去也必不离患者清淡饮食、节慎自惜。《景岳全书》援引徐春甫之言：“凡初觉燥渴，便当清心寡欲，薄滋味，减思虑，则治可瘳，若有一毫不谨，纵有名医良剂，必不能有生矣。”只有在患者本人生活习惯调整的基础上，医者辅以汤药，方能取得长远疗效，否则只是扬汤止沸，难治其本。

《素问·上古天真论》曰：“恬淡虚无，真气从之，精神内守。”气郁者，可借由导引或冥想进行情志调理，通过调身、调息、调心达到摒除杂念、心和神静的状态[25]。《养性延命录》曰：“凡行气，以鼻纳气，以口吐气，微而引之，名曰长息。”便是通过呼吸之法调摄气机，鼻吸口呼，徐徐吐纳，使腹部微微鼓起，气息下降至小腹丹田。“凡行气欲除百病，随所在作念之”，则强调了在运气时精神意念当专注于内心和自身，用意念引领气息到达四肢百骸，从而达到理气开结、解郁行滞之功。

5　结语

食郁、气郁为六郁之因，并贯穿 MASLD 发病始终。食积于中，阻滞气机，七情不畅，肝气抑郁，此时邪气轻浅，尚未深入，仅有气机出入之功能异常，通过节制饮食、燮理气机即可恢复；气郁过极则化火，食郁日久则生湿，此时邪气渐入气分，侵及腠理，引起

六腑诸证，机体诸指标轻度异常，须得发越清透、上下分消，方能解除郁留之邪；湿邪酝酿结聚为痰，痰邪碍气挟血成瘀，迁延日久，深入五脏，病邪深结为痰郁、血郁，引起肝脏实质改变，此时唯有破痰开郁、活血行滞，才可祛瘀生新。

食、气、火、湿、痰、血“六郁”，既可单独致病，彼此又互为因果、相兼为病，一郁常由他郁引发，又常变生诸郁。丹溪所设越鞠丸统治六郁，但君臣佐使的配伍并非一成不变，用药亦不拘泥于此方。直须以六郁为纲，辨明主要郁邪的性质，再依证型不同灵活用药设方，有所侧重并兼顾他郁，定能效如桴鼓。

参考文献：

[1]RINELLA M E，LAZARUS J V，RATZIU V，et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature[J]. J Hepatol，2023，79(6)：1542－1556.
[2]薛芮，范建高. 代谢相关脂肪性肝病新定义的国际专家共识简介[J]. 实用肝脏病杂志，2020，23(3)：457－460.
[3]王梦雨，杨蕊旭，范建高. 重视代谢相关脂肪性肝病的特征与预后临床研究[J]. 实用肝脏病杂志，2021，24(3)：308－311.
[4]ESLAM M，NEWSOME P N，SARIN S K，et al. A new definition for metabolic dysfunction－associated fatty liver disease：an international expert consensus statement[J]. J Hepatol，2020，73(1)：202－209.
[5]张声生，李军祥. 非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 临床肝胆病杂志，2017，33(12)：2270－2274.
[6]童光东，邢宇锋，周晓玲，等. 肝癖(非酒精性脂肪性肝炎)诊疗方案[J/OL]. 中国肝脏病杂志(电子版)，2021，13(1)：1－9.
[7]周强，陶琳，张声生. 代谢相关脂肪性肝病的中医认识及辨治[J]. 中华中医药杂志，2021，36(11)：6380－6384.
[8]杨威，陈希成，王霜，等.《黄帝内经》“五郁”本义考释[J]. 中国中医基础医学杂志，2021，27(5)：705－710.
[9]万圆圆. 从“邪郁”“气郁”“火郁”解析小柴胡汤证病机[J]. 江苏中医药，2023，55(10)：61－64.
[10]陈浩殷，李依帆，汤沁淇，等. 湿邪侵袭机体不同部位的病机异同及西医学认识[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(7)：954－959.
[11]方俐晖，郭志玲，张轶斐，等. 田德禄教授三期三脏辨治酒精性肝病经验[J]. 现代中医临床，2021，28(5)：38－42.
[12]汪伟，段雷，谭辉. 中医“六郁”之说学术源流探析[J]. 湖北中医药大学学报，2016，18(2)：53－55.
[13]罗宏扬，周昕，沈涛，等. 基于肠道菌群探讨“饮食自倍，肠胃乃伤”在代谢性疾病发生中的作用[J]. 时珍国医国药，2022，33(2)：425－428.
[14]张冬然，郭海军. 不同饮食结构和就餐行为与代谢综合征的关系[J]. 卫生研究，2018，47(6)：1032－1039.
[15]严航，左渝陵，陈永灿. 基于朱丹溪“六郁”论治复发性口腔溃疡研究[J]. 中华中医药杂志，2023，38(7)：3169－3172.
[16]任爽，刘妍彤，张杰. “水、湿、痰、饮”实质及治疗原则探析[J]. 中国中医基础医学杂志，2021，27(1)：13－16.
[17]李墨辞，郭明章，吴同玉. 脾虚生湿与脾虚生痰差异探析[J]. 亚太传统医药，2022，18(1)：207－210.
[18]孙琛琛，郭兆安. 从“窠囊”论治多囊肾病[J]. 四川中医，2023，41(5)：59－62.
[19]李小雨，徐铭苑，陈义，等. 基于“肝为气之制”理论治疗代谢相关脂肪性肝病[J]. 中医药临床杂志，2023，35(4)：709－713.
[20]田甜，王金海. 基于“火郁发之”理论浅析多囊肝反复发热的中医治疗[J]. 中国中西医结合消化杂志，2023，31(8)：634－636，642.
[21]江晓灵，胡炜圣，周莹洁，等. 基于“取象比类”探讨花药在酒渣鼻治疗中的应用[J]. 亚太传统医药，2023，19(9)：209－212.
[22]李兰，吕波，高林. 基于中医经典理论的分消走泄法治疗湿热病渊源探讨[J]. 时珍国医国药，2018，29(4)：939－941.
[23]李涛. 张仲景与朱丹溪运用瓜蒌的配伍规律研究[D]. 济南：山东中医药大学，2021.
[24]田佳星，李敏，仝小林. 过食肥甘与糖尿病关系的历史沿革[J]. 中医杂志，2018，59(12)：1002－1005，1010.
[25]孙旭海，杜渐. 正念在中医心理学体系中的理论与应用探讨[J]. 心理月刊，2023，18(10)：210－212，223.

收稿日期：2025－12－13

作者简介：周天惠(1999－)，女，山东济南人，博士研究生，研究方向：中西医结合治疗消化系统疾病。

通信作者：姚树坤(1957－)，男，主任医师，博士研究生导师，研究方向：中西医结合治疗消化系统疾病。E－mail：yao_sk@163.com

编辑：孙铮