

# 热证可灸古今探析

张文超

湖北中医药大学针灸骨伤学院, 湖北 武汉

收稿日期: 2023年1月22日; 录用日期: 2023年2月13日; 发布日期: 2023年2月22日

## 摘要

“热证用灸”的思想自古有之, 灸法治疗热证的案例从古至今亦是数不胜数, 但关于热病是否可灸, 依然存在不同的见解和争议, 至今未曾达成一致。中医学说的思想当以中医经典与前人之见解为典, 故“热证用灸”也应以经典为典, 但崇古不应拘古, 现代研究对其探索亦是十分重要的。本文对热证可灸古今文献进行探析, 以期对灸法治疗热病提供些许理论依据, 使灸法能更好地服务于临床。

## 关键词

热证, 灸法, 抗病毒, 抗炎

# Discussion on the Treatment of Heat Syndrome by Moxibustion

Wenchao Zhang

School of Acupuncture and Orthopedics, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan Hubei

Received: Jan. 22<sup>nd</sup>, 2023; accepted: Feb. 13<sup>th</sup>, 2023; published: Feb. 22<sup>nd</sup>, 2023

## Abstract

There is a long history of “heat syndrome with moxibustion”, and numerous cases of moxibustion treat heat syndrome. However, there still are different opinions and controversies about whether moxibustion can be used for heat syndrome, and no agreement has been reached. The thought of Traditional Chinese Medicine (TMC) was based on the TMC classics and the mind of sage, the discussion of “heat syndrome moxibustion” should also take that. On the other hand, modern research is also play a vital role in it. This paper would sort and analyse the ancient and modern literature about “heat syndrome with moxibustion”, to provide theoretical basis for moxibustion treating heat syndrome, and also help us to use it in clinical.

## Keywords

Heat Syndrome, Moxibustion, Antiviral, Anti-Inflammatory

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

《黄帝内经》是热病用灸的思想源头，奠定了灸治热病的临床基础[1]。《素问·骨空论》中提出了：“灸寒热之法，……凡当灸二十九处。”的寒热二十九灸；《素问·六元正纪大论》给出了“火郁发之”的治则，《灵枢·背腧》中载有灸法的泻法。且后世医家不断完善和发展其理论思想，并在长期临床实践中确定了灸法治疗热证是可行的。然而对于热病是否可灸，争议依然颇多，至今未曾达成一致。本文将通过分析和整理热证可灸相关的古今文献，对灸法治疗热证的理论进行探析，旨在为热证可灸在现代的针灸临床的应用提供理论依据。

## 2. 灸有补泻

灸针同源一脉，灸法与针刺一样，都有双向调节作用。既可补虚亦能泻实；既可温寒亦能清热；即可扶阳亦可养阴[2]。

### 2.1. 灸有补泻理论的依据

《灵枢·背腧》中便记载了灸法有补泻的观点和操作，认为灸法的补泻效果受艾所燃烧的速度和火力可以影响。“气盛则泻之，虚则补之，以火补者，毋吹其火，须自灭也；以火泻者，疾吹其火，传其艾，须其火灭也”。而后世医家继承其学术思想，并代有发挥。如唐代孙思邈提出灸有“生灸”、“熟灸”，补充了灸有补泻的思想。元朝朱丹溪在《丹溪心法·拾遗杂论》中以艾炷是否燃烧至肉为艾灸的补泻标准，“灸法有补火泻火，若补火，艾炷至肉。若泻火，不要至肉，便扫除之”。明朝杨继洲的《针灸大成》在明确指出灸法可以补泻的基础上，对灸法的适应症、治疗机理作做了较为详细的阐述。“以火补者，毋吹其火，须待自灭，即按其穴；以火泻者，速吹其火，开其穴也”。明朝吴亦鼎在《神灸经纶》中在确定了灸法可以治疗实证、热证的前提下，对灸法泻邪的机理进行探讨，“灸者温暖经络宜通气血，使逆者得顺，滞者得行”即病邪随灸之火热宣发、外散，从而使逆得顺、滞得行、气血宣通调达而愈。

### 2.2. 现代对灸有补泻的认识和探索

现代医家对于艾灸补泻的机理也有一些自己的看法和认识，黄迪君教授认为艾灸的补泻是针对临床的各种热证或热病出现的根源，或温补以扶正，或泻实以祛邪，亦或补泻兼施以扶正祛邪，从而治疗疾病[3]。谢琦琦[4]等从热力学的角度对灸法的补泻机制进行了初步的探讨，认为灸的补法是阴燃(没有火焰的燃烧方式)向内的静而持久的温热作用，即是使艾绒进行阴燃，从而使向人体皮肤的热传递速率比施灸处的空气流动速率大，对机体进行热量的输入；其泻法是艾快速燃烧时空气流动向外疏散的带动作用，即是使艾绒产生快速的燃烧，从而加速燃烧区的空气流动，使施灸处的空气流动速度较热传递的速度更大，从而使艾灸底部的皮肤表面温度低于其上部的温度，利用空气流动向上的力度将体内邪气拔引而出。

### 3. 灸有正反逆从

“反治”与“从治”，即以热治热，以寒治寒，顺其气而达之，属于同一种治法，是指顺从于疾病表面的现象而采取应的措施。反治在外科中被视为常规疗法，且尤为重视，灸法的“反治”便是面对实质为寒症，但是却以热为主要临床表现的疾病，或是寒性病证发展到某一阶段，表现出了热的假象时，选择顺应表面热的假象，反用灸法治疗，从而祛除寒邪，达到治疗的目的[5]。

#### 3.1. 灸法“从治”理论的依据

元朝朱丹溪在《丹溪心法·拾遗杂》中云：“火以畅达，拔引热毒，此从治之意。”明朝高武在《针灸聚英》中写道：“若有鼻不闻香臭……其脉必沉，是脉证相应也……是阴伏其阳也……不可拘于面赤色而禁之也。”《东医宝鉴》载“灸法所以畅达，拔引郁毒，此从治之意也”，又如清朝吴师机《理论骈文》所载“热证可以用热者……使热外出也，即从治之法也”。又在太乙雷火针条下云：“寒者正治，热者从治”。

#### 3.2. 灸法“从治”与抗菌、抗病毒

新型冠状病毒肺炎(COVID-19)是由人体感染新型冠状病毒而引起的急性呼吸道传染病，临床上常出现发热、干咳、乏力的症状。仝小林院士将其归属为“寒湿疫”，以寒湿伤阳为主线，兼有化热，治应散寒除湿，避秽化浊[6]。艾灸具有温阳散寒、芳香除湿的功效，正好切中“寒湿疫”的病机，故虽然患者有发热的表现，也可从其热象而治之，而灸法用于新型冠状病毒肺炎患者，确实是有确切的疗效的。张秀琢[7]等创新性的将灸法作为一种治疗要素，并与其他祖国传统医学和现代医学疗法相互补充，治疗新冠肺炎患者7例，其中发热症状的消失率达到100%。周楣声治疗流行性出血热时，主用灸法，并提出，灸法对于病毒、细菌引起的急性的、发热的传染病均有效[8]。

### 4. 火郁发之

郁是积聚，壅塞之意，即不可宣通也。火郁，即郁而化火(热)，多是由湿、瘀及六淫等实邪为患，气血运行不畅。

#### 4.1. 火郁发之理论的依据

对于五郁为病，《素问·六元正纪大论》给出了“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之”的治则。火郁发之是灸法治疗热病的主要依据和准则。利用艾灸升散、温通、炎上的特性，解郁、散瘀、行气活血，以温促通，因势利导，不失时机，使体内郁热之气宣发而出，从而达到“火郁发之”退热散热，驱邪外出的目的。《类经》中对此作解说“因其势而解之、散之、升之、扬之，如开其窗，如揭其被，皆谓之发”。元朝朱丹溪提出的灸法可“拔引郁毒”，并将灸法运用于虚实寒热各证之中，明代医家汪机受其观点，并提出“灸治疮疡”，疮疡多属火热，因“热毒中隔”致机体内外不畅，以灸法解之，即体现了“同气相求”之理，亦印证了“火郁发之”之论。“热病得火而解者，犹暑极反凉，犹火郁发之之义也。”(《红炉点雪》)、“虚者灸之，使火气以助元气也；实者灸之，使实邪随火气而散也；热者灸之，引邪热之气外发。”(《医学入门》)都说明了灸有“以热引热”“火郁发之”的作用，姜京明运用闪灸法结合针刺治疗带状疱疹，疗效显著[9]。也可佐证灸法能“拔引郁毒”。

#### 4.2. 火郁发之与抗炎

痰瘀内结，蕴而化热，日久则化火生风，以致气血逆乱是中风的发作的主要原因。李玉堂认为灸疗

可使郁热之气外发,邪热消退,并能间以振奋阳气,以艾灸为主,佐以发散药,治疗中风,疗效显著[10]。现代研究表明,炎症反应与痰瘀互结证有着密切联系,且在中风的病程中占据重要地位[11]。“红”“肿”“热”“痛”是炎症中的典型的特征,同时也是气血运行受阻的典型的表现,而传统理论中关于经脉阻滞、气机失调与功能障碍的炎性反应内在的病理特征内涵亦相符合。许多学者发现艾灸可以抑制 VEGF、IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、IL-17、IL-6,上调 IL-2、IL-4 和 IFN- $\gamma$  的水平调节,调节 Th1/Th2、Treg/Th17 失衡以发挥其抗炎效应[12] [13]。于千惠[14]等制备了溃疡性结肠炎大鼠模型,并灸其“天枢”“大肠俞”“上巨虚”,后观察大鼠结肠黏膜组织形态,结果发现灸后大鼠的损害明显改善,肠黏膜水肿程度减轻、炎性细胞浸润降低、溃疡部分或全部愈合,其机制可能为艾灸降低 IL-6 的表达,从而抑制炎症反应的发生和发展,修复肠黏膜损伤,进而促进溃疡愈合。钟玉梅[15]等基于 PD-1/PD-L1 信号通路研究,发现艾灸可能是通过调控脾脏 mPD-L1、血清和关节滑膜液 sPD-1 的表达,从而抑制炎症因子的分泌,进而改善炎性细胞浸润。

## 5. 热证可灸的临床运用

现代灸法的运用并非是单纯的悬灸或温灸,更有隔物灸、灯火灸、热敏灸、贴灸、脐灸等,这些灸法都有助于提高其临床运用和疗效。

### 5.1. 病毒性疾病

黄仙保[16]等用热敏灸的治疗新冠肺炎患者,施灸以“探感定穴,辨敏施灸,因人定量,敏消量足”为准,取腹部的神阙、天枢穴区,每次施灸的时间以灸至深部热、远部热、额汗出等艾灸得气消退为尺度,大约 40~60 min,每日 1 次。经过三次热敏灸治疗后,42 名新冠肺炎患者的症状均有所缓解。陈霞[17]等用隔物灸贴(选用适量的吴茱萸、熟附子、干姜、肉桂、丁香,按 2:2:2:1:1 的比例混合)治疗新冠患者(包括疑似病例和确诊病例)共 149 例,其症状改善的有效率达到 81.2%。且该治疗的运用是基于互联网下的非接触式的诊疗活动,可有效降低病毒的传播,为今后中医防治传染性疾病提供了新的思路和方法。

曹榕娟[18]等将 60 例带状疱疹患者随机分为两组,观察组用贴棉灸(将医用脱脂棉撕成薄片,覆水疱簇集处,紧贴皮肤,点火将之燃烧成灰);对照组口服阿昔洛韦并肌注甲钴胺,结果显示贴棉灸能快速止痛止疱,促进结痂,缩短病程。杨如杏[19]等用灯火灸治疗带状疱疹急性期 30 例,总有效率达到 100.0%,愈显率为 86.7%,且无后遗症的发生。鲁潜乾[20]等用奥司他韦治疗处于高热下的风热感冒患者,治疗组加艾灸,对照组总有效率(70.00%)明显低于治疗组(96.67%),且治疗组体温下降明显,3 小时恢复正常范围,对照组 8 小时内依然发热。

### 5.2. 其他疾病

温乐萍[21]等以先推拿后艾灸的方式治疗早期乳痈(气滞热壅期),疗效远优于单纯的推拿治疗。吴芳[22]等对比热敏灸 + 清热调血方药与芬必得对比治疗痛经患者(湿热蕴结型)的疗效时发现,相对于芬必得,热敏灸 + 清热调血方药有更好的镇痛效果和远期疗效(随访 6 个月)。曹康泽[23]等将 60 例霰粒肿分为两组进行临床观察,艾灸组为艾柱灸其大骨空穴,各灸 5 壮。每周灸 3 次,10 次 1 个治疗周期;手术组为霰粒肿切除术。随访 3 个月发现艾灸组疗效 97.2%,接近手术组,但复发率远低于手术组。付伟伟[24]等对比观察用核桃壳眼镜灸治疗干眼症患者和用玻璃酸钠滴眼液治疗干眼症患者的 OSDI 评分、VAS 评分等,发现在具有自觉性的症状的上,核桃壳眼镜灸组效果均优于玻璃酸钠滴眼液组,认为核桃壳眼镜灸可能对稳定泪膜有效。管兰萍[25]等用利湿退黄方治疗黄疸型肝炎,治疗组加脐灸,治疗组的总有效率、治愈率、TBil、ALT 指标均优于对照组。

### 5.3. 热证可灸的禁忌与注意事项

热证可灸绝非是可盲目用灸疗的强心剂，热证是灸法是适应症，也应当根据其发热的类型慎用或是禁用灸法，如阴虚火旺虽是热证禁灸论立论之基石[26]，但若病人高热神昏，狂躁谵语，阴亏水竭，亦当慎重施灸甚至是禁治。热证用灸不应该是死板的、一成不变的，可与其他治疗方法相互配合，若遇阴虚火旺者，可在运用养阴的方药的同时联合灸法进行治疗。周楣声[27]根据自身的临床经验和观察发现热证用灸是可出现“灸时或灸后不久，热度反升”的表现，面对灸后却热升的情况，应当仔细分析，认真观察思考是属施灸时间或是次数过少，未达到治疗要求，还是取穴不当，与病证不符，抑或是病情不宜用灸，应当另寻他法。此外，从现代医学的角度出发，凝血功能障碍及糖尿病患者应谨慎施灸，防止其被烫伤或破溃出血。

## 6. 小结

灸疗的作用通常被认为是通过艾燃烧过程中产生的“热”发挥的作用，因而当艾灸用于“热证”时，是否可以用灸就成为一个有争论的重要问题[28]。“不溯其原，则昧夫古人立法之善”，讨论热证是否可灸，需正本清源，《内经》正是热病用灸的思想源头，其《素问·骨空论》言：“灸寒热之法，……凡当灸二十九处。”其言灸二十九处，但其所提到的施灸处不为二十九，所谓的“凡当灸二十九处”，概为热证可在全身各处用灸，不必拘泥。“不穷其流，则不知后世变法之利”，后世医家不断完善和补充其思想，从各种不同的角度解释热证可灸，现代研究和临床观察亦表明灸疗不仅仅是热的作用，而是结合物理、药化、经络、腧穴等共同作用的结果，可以有效地退热、抗炎、抗病毒等[29]。“热证可灸”的“热”也不是单纯的“本”热或是“标”热用灸，而是用于灸法使机体从无序、紊乱的病理状态到有序的稳定状态。可见热证用灸，是中医传统理论的应有之意，而非所谓的离经叛道的别出心裁。艾灸产生作用的机制不仅仅是“热”，还有燃烧是产生的气体以及艾烟[29][30]。针灸皆物，用物者人。能否有灸的关键在于理清脉证。故在临床诊疗和研究中，应总结和探索灸法对“热”的适应证，辨证施灸，才能将灸法更好地应用于临床。

## 参考文献

- [1] 李俊, 魏军平. “热证用灸”的历史源流[J]. 中医学报, 2020, 35(1): 11-14.
- [2] 王宽, 顾沐恩, 吴焕淦, 等. 灸法之灸向探略[J]. 中国针灸, 2018, 38(3): 281-283.
- [3] 王娅玲, 关新军. 灸法补泻刍议[J]. 中国中医急症, 2012, 21(6): 938-939.
- [4] 谢琦琦, 万红棉. 灸法补泻理论的热力学机制探讨[J]. 南京中医药大学学报, 2019, 35(6): 638-639.
- [5] 翟春涛, 田岳凤. 热证可灸的理论基础及作用机制探讨[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(3): 424-425+428.
- [6] 仝小林, 李修洋, 赵林华, 等. 从“寒湿疫”角度探讨新型冠状病毒肺炎的中医药防治策略[J]. 中医杂志, 2020, 61(6): 465-470+553.
- [7] 张秀琢, 李黎, 王明洁, 等. 艾灸辅助治疗新型冠状病毒肺炎 7 例临床分析[J]. 安徽中医药大学学报, 2020, 39(4): 4-7.
- [8] 吴静, 蔡圣朝. “热证可灸”理论的发展[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(4): 455-458.
- [9] 胡明岸, 刘迈兰, 孙永康, 等. 姜京明教授闪火灸法结合针刺治疗带状疱疹经验[J]. 中医研究, 2020, 33(5): 48-50.
- [10] 赵瑞瑞, 周帅, 李浩, 等. 李玉堂教授关于“热证可灸”治疗中风的学术思想[J]. 中国中医急症, 2020, 29(2): 344-345+348.
- [11] 张令霖, 连新福, 李先涛. 缺血性中风病痰瘀互结证生物学机制研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(10): 2474-2477.
- [12] 吴晓, 景中坤, 马文彬, 等. 近 10 年艾灸治疗类风湿关节炎的实验研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(5):



- 1089-1091.
- [13] 熊燕, 白玉, 李媛, 等. 艾灸对类风湿性关节炎患者血清中 VEGF、IL-1 $\beta$  影响的研究[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(1): 142-145.
- [14] 于千惠, 李丽红, 卢雨微, 等. 穴位埋线联合艾灸对溃疡性结肠炎大鼠结肠黏膜的抗炎修复作用[J]. 针刺研究, 2020, 45(4): 305-309.
- [15] 钟玉梅, 吴菲, 罗小超, 等. 基于 PD-1/PD-L1 信号通路艾灸治疗类风湿性关节炎的机制研究[J]. 中国针灸, 2020, 40(9): 976-982.
- [16] 黄仙保, 谢丁一, 邱祺, 等. 热敏灸治疗新型冠状病毒肺炎临床观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(6): 576-580.
- [17] 陈霞, 黄伟, 刘保延, 等. 艾灸疗法防治新型冠状病毒肺炎: 非接触式诊疗模式构建与应用[J]. 中国针灸, 2020, 40(10): 1027-1033.
- [18] 曹榕娟, 邱晓虎, 蓝先金. 棉花灸疗法治疗带状疱疹临床观察[J]. 福建中医药, 2018, 49(3): 20-21+24.
- [19] 杨如杏, 邱福山. 灯芯灸治疗急性期带状疱疹疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(7): 780-784.
- [20] 鲁潜乾, 陈东华, 廖正寿, 等. 艾灸中药贴敷对风热感冒高热患者的护理效果分析[J]. 中国医学创新, 2019, 16(6): 88-91.
- [21] 温乐萍, 沙苑, 刘燕芬. 艾灸结合推拿治疗气滞热壅期乳痈临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(8): 1085-1086.
- [22] 吴芳, 李鹏利, 杨冬梅. 热敏灸联合清热调血汤对湿热蕴结型痛经患者疗效、镇痛效应及子宫动脉血流影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(5): 130-133.
- [23] 曹康泽, 王波, 陈剑姝, 等. 艾灸大骨空穴治疗霰粒肿临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2011, 30(6): 397-398.
- [24] 付伟伟, 张国亮, 刘志顺, 等. 核桃壳眼镜灸改善干眼症状随机对照试验[J]. 中国针灸, 2018, 38(11): 1177-1182.
- [25] 管兰萍, 任玉乐. 脐灸配合利湿退黄方治疗黄疸型肝炎 50 例临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(20): 104-105.
- [26] 赖敏芳, 陈采益. 灸法禁忌与注意事项古今探微[J]. 甘肃中医药大学学报, 2020, 37(4): 33-38.
- [27] 周楣声. 灸绳[M]. 青岛: 青岛出版社, 1998.
- [28] 吴子建, 吴焕淦, 胡玲, 等. 周楣声先生之《灸绳》对灸法学的贡献[J]. 中国针灸, 2018, 38(5): 549-552+554.
- [29] 兰晓燕, 张元, 朱龙波, 等. 艾叶化学成分、药理作用及质量研究进展[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(17): 4017-4030.
- [30] 卢静. 艾灸作用机制及安全性研究进展[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(13): 105-107.