

“肾为胃之关”理论探析及临床应用

杨明会 窦永起 张海燕

(中国人民解放军总医院中医科, 北京 100853)

摘要: 探讨“肾为胃之关”理论渊源及后世对其内涵的发挥; 研究胃病难治或久治不愈者, 每于治脾胃的同时兼以补肾, 常获良效的理论依据; 结合临床应用, 验证了“肾为胃之关”理论的合理性和临床意义。

关键词: 中医理论; 肾为胃之关; 脾胃病; 补肾

脾胃病为临床常见病、多发病, 其复发率高, 病情迁延难愈。笔者临证受“肾为胃之关”理论启发, 对胃病难治或久治不愈者, 每于治脾胃的同时兼以补肾, 可明显提高临床疗效, 从而验证了其理论的合理性。

理论溯源

“人以胃气为本”(《脾胃论》), “五脏六腑皆禀气于胃”(《灵枢·五味》), 胃气强则五脏安。脾胃为后天之本, 气血生化之源, 五脏六腑因之得以灌溉, 因此五脏六腑中皆有胃气。故脾胃发生病变, 必然影响它脏。张景岳又有“安五脏即所以调脾胃”之说。脾胃与其它脏腑均有密不可分的联系, 其中, 与肾关系尤为密切。《素问·水热穴论篇》曰: “肾者胃之关也, 关门不利, 故聚水而从其类也”。当时“肾为胃之关”仅指肾对胃所接纳之水液代谢的影响, 肾气不足则可引起水液代谢障碍诸症。后世医家在临床实践中认识到胃肾关系密切, 将其内涵不断扩展、发挥, 使得“肾为胃之关”远远超出了其本来的含义, 成为指代胃肾之间密切关系的经典名论。胃肾密切相关主要表现在以下几个方面。

1. 经脉相联 《灵枢·经脉》曰: “胃足阳明之脉……其支者, 起于胃口, 下循腹里, 下至气街中而合”; “肾足少阴之脉……其直者”, 从肾上经幽门贯膈; 任脉起于胞中, 下出于会阴部与肾相关, 上过三脘绕口唇达目与胃经相连; 冲脉亦起于小腹内, 下出于会阴部, 与足阳明会于气冲穴, 又与足少阴经相并而行, 与胃和肾相联系。所以肾和胃通过经脉密切联系在一起。

2. 生理相关

2.1 土、火、水生克制化 ①命火能生土: 《医贯》谓: “饮食入胃, 犹水谷在釜中, 非火不熟, 脾能化食, 全赖少阳相火之无形者在下焦腐熟, 始能运化也。”盖肾居下焦, 为水火之脏, 火者命门火是也, 脾胃为中州之土, 脾胃之腐化, “全赖肾中之一真阳蒸变, 炉薪不熄, 釜爨方成”(《张聿青医案》)。说明火生土者, 乃指肾之命门火有温养脾胃之土的作用。②肾水能滋土: 《冯氏锦囊秘录》认为: “水不得土藉, 何以发生, 土不得水, 燥槁何能生物, 故土以成水柔润之德, 水以成土化育之功……补火者生土也, 补水者, 滋土也。太阴湿土, 全赖以水为用。”阐述了土不得水, 枯槁不能生物, 上必承水之柔润, 才能化育万物。③脾土能制肾水: 脾属土, 肾属水, 土能制水。《医宗必读》曰: “脾土主运行, 肺金主气化, 肾水主五液, 凡五气所化之液, 悉属于肾, 五液所生之气, 悉属于肺, 转输二脏以制水生金者, 悉属于脾。”阐释了水惟畏土, 土旺可制水。脾为湿土, 体阴而用阳, 阳者能化气行水, 脾有运化水湿之功, 脾阳健旺, 水液代谢能正常进行。所以, 李士材强调“脾土主运行”, “转输二脏以制水生金者, 悉属于脾。”另肾主水, 具有主持和调节人体津液代谢的重要作用, 人体津液赖肾中精气的气化蒸腾和固摄闭藏, 才能正常输布和排泄, 维持其代谢平衡, 故《素问·逆调论》有“肾者水脏, 主津液”之说。肾司二便, 主前后二阴。水液代谢正常, 二便通畅有利于脾胃升降之功能正常。

2.2 先后天相互生养 脾胃为后天之本, 水谷之海, 气血生化之源, 脏腑经络之枢。肾为先天

通讯作者: 杨明会, 北京市复兴路 28 号

之本，内寓元阴元阳，是造化之枢纽，阴阳之根蒂，生命之源泉。肾与五脏六腑息息相关，“五脏之阴气非此不能滋，五脏之阳气非此不能发”（《景岳全书》），脾胃中州之土，亦非此不能生。肾主藏精，脾胃主生精。肾“受五脏六腑之精而藏之”，脾胃则是化生精微的源泉。在出生之前，先天之精为后天之精具备了物质基础；出生之后，后天之精不断供养先天之精，先天之肾赖后天之脾胃以充养，后天之脾胃亦赖先天之肾以生化。两者相互依赖，相互为用，才能生生不息。故有“先天生后天，后天养先天”之说。正如《景岳全书》所云：“是以水谷之海，本赖先天为之主；而精血之海，又必赖后天为之资。”又如《医门棒喝》云：“脾胃之能生者，实由肾中元阳之鼓舞，而元阳以固密为贵，其所以能固者，又赖脾胃生化阴精以涵育耳。”“脾阳根于肾阳”，脾胃须得元阳命火之温煦，才能正常受纳腐熟和运化水谷，胃阴须得元阴之滋养才能柔润而不燥。

3. 病理相及 由于肾胃经脉相连，血脉相通，在生理上密切相关，故在病理上常相互累及，互为因果。一方面，脾胃虚，化源不足，肾失充养而被累及，且脾胃病多为慢性病，“五脏之伤，穷必及肾”（《景岳全书》）。另一方面，肾病亦可及胃：若肾阴亏虚，阴液不能濡润胃肠，大便秘结，腑气不通，浊气上逆犯胃；或肾阴亏损，虚火上炎，胃中水液煎灼成痰，痰饮上逆犯胃；或阴亏胃燥，虚热内生，灼伤胃络；或肾阴虚肝木失养，肝阳夹冲气上逆犯胃，胃失和降，可出现呕吐、噎气、呃逆、腹胀、嘈杂、胃脘痛等症。肾阳虚，命门火衰，不能温养中州，不能受纳腐熟；或阳气不足，虚寒内生，或外寒直中，致寒凝气滞，寒气上逆；或肾阳不足，温煦无力，蒸化不行，关门不利，膀胱水湿不行，聚而为痰饮上逆犯胃，可出现胃脘冷痛、呕吐、反胃等症。所谓：“不得命门火以生土，则土寒而不化，食少虚羸，土虚而不运，不能升达津液，以奉心化血，灌溉诸脏”（《血证论》）。“虽然胃间受病，人所易知，肝木凌脾，人亦知晓，若男子肝肾亏，夹虚火而上逆，妇人冲任弱，夹肝阳而上升，多有胃脘作痛之症，医家不察病原，不识病情，非投辛温耗元，即用清凉败血，愈治愈甚，何其庸也……治法须填补真元以生津液，导引元阳，以补真元，如此治法，非胆大心小者，安能知此中之奥秘耶？……肾为胃关，虚则精气耗而累及中土”（《杂症会心录》）。“肾虚不能制水，则水不归

源，如水逆行，洪水泛滥而为痰，是无火者也……阴虚火动，则水沸腾，动于肾者，犹龙火之出于海，龙兴而水附；动于肝者，犹雷火之出于地，疾风暴雨，水随波涌而为痰，是有火者也”（《医贯·痰论》）。清代柯韵伯更精辟地指出：“肾为生痰之源，胃为贮痰之器。”

临床应用

如前所述，肾与胃经脉相联、生理相关、病理相及，二者关系密切，所谓“肾为胃之关”。临证之时对于肾病及胃者，其病虽在胃，其本则在肾，固当从肾论治，毋需赘言；对于非由肾病所致者，在脾胃病治疗中兼用补肾法亦具有重要的意义。分而言之，体现在如下几个方面。

1. 温肾以健脾之升运 《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》：“火与元气不两立，一胜则一负”，“脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其土位”，故提出调中、补中之关键在于升阳气和降阴火。《慎斋遗书》中说：“补者不必正治，但补肾令脾土自温，谓之补。”《医宗必读》：土强则出纳自如，火强则转输不息。火者土之母也，虚则补其母，治病之经常。每见世俗，一遇不能食者，便投香、砂、枳、朴、楂、芽，甚而用黄连、梔子以为开胃良方，而夭枉者多矣。”故对于脾胃虚寒，升运乏力，或兼有肾阳虚，症见脘腹疼痛、胀满，食后尤甚，纳呆，大便溏或不爽，畏寒喜温，或兼腰困乏力，四肢欠温者，常选用仙灵脾、补骨脂、肉桂等温肾之品，配合补中健脾和胃、理气、消食中药，或加用中成药如金匱肾气丸等。

滋肾以助胃之和降。叶天士归纳“纳食主胃，运化主脾；脾宜升则健，胃宜降则和，太阴湿土，得阳始运，阳明燥土，得阴自安；脾喜刚燥，胃喜柔润”（《临证指南医案·脾胃》）。在东垣学说的基础上，提出了滋胃阴，降胃气，以润通为补的方法，补东垣之未备，相得益彰。清代高鼓峰在《四明心法》中曰：“肾旺，则胃阴充足，胃阴充足则思食。”故对于胃阴亏虚，虚火内生，灼伤胃络，或兼有肾阴虚，症见胃脘灼热嘈杂，或痞胀，或隐痛或灼痛，饥不欲食，大便秘结，或兼腰酸乏力，手足心热等症者，常选用生地、玄参、枸杞子、女贞子、旱莲草等滋肾之品，配合养阴和胃、疏肝清热、制酸中药，或选用中成药如六味地黄丸、知柏地黄丸等。

总之，脾胃病若是由肾病引起，固当从肾论治；倘若不是由肾病所致，亦可从治肾取得疗效。

故补肾为治疗脾胃病的重要方法之一,临证时应予以重视,勿为脾胃病临床表现主要在脾胃,现代医学检查亦大多在胃肠的现象所限。

验案举例

病例 1 某女,61 岁,干部。2002 年 5 月 14 日初诊。胃脘痞胀 1 年余。症见纳差食少,口干咽燥,少寐多梦,大便干结,小便短少,舌光红无苔,干燥少津,脉细数。曾服益胃汤、麦门冬汤、竹叶石膏汤等,效果均不佳。辨证当属肾胃阴虚,虚火内炽。治以滋肾阴,生胃津,和胃润降,佐以健脾助运之法。方药:生地黄 15g,山药 15g,山萸肉 15g,枸杞子 15g,太子参 15g,白芍 15g,地骨皮 15g,玄参 15g,麦冬 15g,当归 15g,盐知母 10g,黄柏 10g,鸡内金 10g,枳壳 10g,酒大黄 5g,生甘草 5g。6 剂后,胃脘痞胀明显好转,便秘缓解,食欲略增。原方去酒大黄,加生三仙各 10g。再服 6 剂后,食欲明显好转,口干咽燥大减,舌仍光红无苔,但津液增多,中部濡润。上方去生三仙,加熟地黄 15g,陈皮 10g。又 6 剂后,诸症尽

除。改用知柏地黄丸,以巩固疗效。

病例 2 某男,53 岁,教师。2002 年 4 月 2 日初诊。腹内坠胀 3 年余。餐后、久站及劳累后加重,易饱胀,暖气,呕吐清水痰涎,纳差食少,排便不畅,神疲乏力,面色萎黄,形体消瘦,喜暖畏寒,腰膝酸软,舌淡,苔薄白,脉沉细无力。曾服补中益气汤等治疗,效果不佳。辨证当属脾肾阳虚,中气下陷。治以温补脾肾,升阳举陷之法。方药:熟附片 6g,肉桂 6g,熟地黄 15g,山药 15g,山萸肉 15g,枸杞子 15g,茯苓 15g,泽泻 15g,黄芪 15g,党参 15g,白术 15g,升麻 10g,柴胡 10g,枳壳 10g,陈皮 10g,当归 10g。患者脾虚气陷,日久及阳,中焦虚寒,进而及肾,而致脾肾两虚。方中桂、附温补脾肾,助脾阳之升运;六味地黄滋补肝肾,以养胃阴,并制约桂、附火热之性;补中益气汤健脾举陷。服药 18 剂,胃纳改善,精神转佳,腹内坠胀减轻,呕吐清水痰涎症状消失,便调。效不更方,继服 24 剂,诸症悉除。改服金匱肾气丸、补中益气丸,以巩固疗效,随访 1 年未复发。

(收稿日期 2004 年 1 月 17 日)

• 论著 •

脾不散精与糖耐量低减

吴 深 涛

(天津中医学院第一附属医院内分泌代谢病中心,天津 300193)

摘要: 从中医学整体思维和平衡观的角度对糖耐量低减 (IGT) 的形成机理作了深入的剖析,认为脾不散精,使水谷精微不得运化利用而产生的壅滞之气,是产生 IGT 的重要病理机制。提出运脾散精,除其滞气为主的调治法则和方药,以提高机体运化水谷之力,增强散精利用之功来有效地调节 IGT 并终止糖尿病的形成;并强调了中医药通过平衡阴阳气血来全方位地改善血糖失衡的体内环境,使血糖从根本上得到双向调节的这种特性,尤其适合于 IGT 的调节。因而增强脾气的散精之力可能为逆转 IGT 的有效途径,而能有效解决 IGT,其医疗和社会价值是巨大的。

关键词: IGT; 脾不散精; 中医药调节

糖耐量低减 (impaired glucose tolerance, IGT), 是指餐后 2h 血糖值大于或等于 7.8mmol/L (140mg/dl), 小于 11.1mmol/L (200mg/dl) 的状态。在 IGT 阶段虽然糖代谢仅出现轻度异常,但由于已经存在着胰岛素的抵抗和胰岛 β 细胞分泌胰岛素功能的轻度缺陷,是可发展为 2 型糖尿病的高危状态。其潜

在危害之大使人们开始对其予以特别的关注,但目前仍是现代医学治疗药物的相对空白阶段。笔者从脾不散精理论对 IGT 的中医成因和临床干预进行了探索,兹讨论如下。

作者地址:天津市南开鞍山西道 314 号