

【理论探讨】

浅谈胃气的升降理论与临床运用^{*}陈思馨¹ 纪立金^{2△}

(1. 山东中医药大学中医学院, 济南 250300; 2. 福建中医药大学中医学院, 福州 350122)

摘要:“脾升则健,胃降则和”这一当今普遍认同的观念并不能尽然地概括出胃的生理功能。通过分析《黄帝内经》(以下简称《内经》)与《脾胃论》中对胃的生理病理描述,可以看出胃气不仅有降,其生发作用也很重要。要判断胃气是升或降首先需要明确胃气的概念。胃降主要是对水谷的消化和糟粕的排泄,胃升主要体现在胃中清气的升举,故胃气的升降相司共同维持人体的正常生理活动。胃气的升降失常在人体的不同部位有相应不同的病理表现,本文按胃升降失常在人体上中下三焦三个部位列举出相应的病理表现和参考临床用药,以期完善胃气升降理论。

关键词: 胃气升降;脾胃论;临床运用

中图分类号: R256.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2019)07-0904-02

目前中医基础理论中重点强调“脾主升清,胃主降浊”这一观念,在临床运用中有很好的疗效,但这一说法并不能全面地概括出脾胃的功能,临床时将所有升清的治法都归于脾,降浊归于胃,忽略了胃的升清功能。这是因为普遍将胃气单一的认识为胃中浊气,并没有全面的认识胃气的概念。胃主通降,胃气以降为顺,只是一个方面,若要更准确地定义胃的生理功能,也同时需要重视胃气的生发功能,《内经》和《脾胃论》中对胃气升降理论有很详细的描述。本文通过梳理可以发现只有明确胃气的定义,认识到胃气具体指的是什么,才能判断胃气是升或降,在临床上准确辨证,用药时做出正确选择。

1 胃降

1.1 概念

“胃主通降”的概念最早见于《素问·逆调论篇》:“阳明者胃脉也,胃者六腑之海,其气亦下行,阳明逆不得从其道,故不得卧也。”提到了胃气下行的概念,指出胃气不能正常下行,则卧不安。这里强调胃为六腑之海,而六腑的生理特性是受盛和传化水谷,具有通降下行的特性,故此处胃气应指帮助六腑适时排空其内容物,保持通畅的动力。在《灵枢·营卫生会》中亦有提及“水谷者,常并居于胃中,成糟粕,而俱下于大肠,而成下焦,渗而俱下。”这句话是说胃受纳饮食食物,可将糟粕传导下行至大肠,也是胃主通降的最早依据之一。这里的胃气主要是指水谷腐熟后的糟粕之气。叶天士在《临证指南医

案》^[1]中提到“脾宜升则健,胃宜降则和。”这是后世“脾主升清,胃主降浊”理论的出处,临床上也多用此理论调和脾胃,并取得了良好的疗效。然而这里有一点需要注意,此处的胃主通降,主要是指胃有通利下降的生理功能及特性,主要体现于水谷消化和糟粕的排泄过程^[2]。

1.2 应用

张锡纯解读“胃气”时说“阳明胃气以息息下行为顺。为其息息下行也,实时时借其下行之力,传送所化饮食达于小肠,以化乳糜,更传送所余渣滓,达于大肠,出为大便。此乃人身气化之自然,自飞门以至魄门,一气营运而无所窒碍者也。”^[3]他认为胃气以下行为顺,下行之力是保证二便正常的必要条件。而一般的临床胃气下降功能受阻则病,症状可见不思饮食、胃脘胀满作痛、噎气吞酸、呃逆呕吐等,多由饮食所伤、胃火冲逆或痰浊中阻所致,治宜宽中消导、和胃理气,在应用方面可以从上中下三焦论述。

1.2.1 病发上焦 呃逆的病机是胃气上逆动膈而失于和降。始见于《素问·宣明五气篇》:“胃为气逆、为哕、为恐。”其代表方有旋覆代赭汤,旋覆代赭汤出自《伤寒论》:“心下痞硬,噎气不除者,旋覆代赭汤主之。”原用来治疗肝气不和、脾胃虚弱、痰气上逆引起的心下痞硬。现代临床也多用此方治疗肝胃气逆之呃逆,效果也非常显著。^[4]王长洪^[5]经过实验发现,旋覆代赭汤确有促胃动力作用:能促进正常状态的小鼠胃排空;能够拮抗芬氟拉明、左旋麻黄碱、多巴胺引起的小鼠胃排空抑制和小肠推进减慢并对阿托品引起的胃排空控制有拮抗作用,故认为该方主治“心下痞硬,噎气不除。”

1.2.2 病发中焦 这里就是脾和胃的升降之气不调,若升降相因就不会出现痞,现在升降不利,则需调畅气机。如半夏泻心汤,始见《伤寒论》:“但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心

^{*}基金项目:国家自然科学基金面上项目(81373528)-健脾益智法调控局灶性脑缺血大鼠神经干细胞增殖分化诱导神经再生的分子机制研究

作者简介:陈思馨(1990-),女,陕西汉中,在读博士研究生,从事中医脾胃病的临床与研究。

△通讯作者:纪立金(1964-),男,山东淄博人,教授,博士研究生导师,从事脾胃学说及中医药防治脑病的治则治法研究,Tel:13905023868,E-mail:1307667018@qq.com。

汤。”半夏泻心汤是小柴胡汤去柴胡加黄连,生姜换干姜而成,因为这里的痞是由于胃的气机不利导致,是胃的问题,而非少阳证,所以用黄连换柴胡与黄芩一同降胃气,加上半夏、干姜辛开,人参、甘草、大枣甘调,则辛开苦降甘调,痞结得散。

1.2.3 病发下焦 胃气不降在下可见脘腹胀痛、大便秘结等证。如枳实导滞丸虽然是治疗大便秘结,但重在用枳实下气破坚积,大黄只是辅助其荡涤肠胃,故以枳实为本方的君药而不是一般认为的大黄^[6]。需要区别枳实导滞丸与其他泻下剂的区别,本方主症在于胃气不降而致的脘腹胀痛,大便不畅,故君用枳实是在调畅气机,若此处误诊病情,没有把握住病情的关键是在气机上,单纯用泻药则会导致泻下不利,加大泻下剂药量则会出现泻留不当的后果。

2 胃升

2.1 概念

2.1.1 胃气的生发 “胃气生发”论最早见于《素问·经脉别论篇》:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。”在《灵枢·口问》中也有记载“谷入于胃,胃气上注于肺。”由此可见,早在《内经》中,对胃气生发的概念就已经有了非常明确的阐释,胃气不单是我们现在一般认识到的下行之力,水谷糟粕之气,也有上输于脾的精气,上注于肺的谷气。现代医家多持“脾升胃降”理论未免有不完善之处,胃降是指胃之糟粕之气下降,而胃之清气是宜升的。

2.1.2 足阳明胃经的走势 胃足阳明经从头走足趋势是降,但其络脉从丰隆上行,上络头项为上升;其经别“上至脾,入于腹里,属胃,散之脾,上通于心,上循咽出于口,上颊顺,还系目系,合于阳明也”;“其经筋‘上腹而布至缺盆而结,’同样是上升。由此可以看出,胃之经络有降也有升。王绵之指出,任何一个脏腑的功能都不能从只升不降或只降不升的角度来分析,阳明之脉通于肺,胃气和肺气相通,所以胃气循脉上行^[6]。

2.2 应用

李东垣^[7]在《内外伤辨惑论》中所说“夫元气、谷气、荣气、清气、卫气,升发诸阳上升之气,此六者,皆饮食入胃,谷气上行,胃气之异名,其实一也。”从这里我们可以看出,如若把胃气概念单一化,在临床应用时难免有失偏颇。如“胃气和平,荣气上升,始生温热”,若胃气中的荣气不能上升,则基本的生理功都无以为续。再如李东垣在《脾胃论》^[7]中明确指出“胃者,行清气而上,即地之阳气也,积阳成天,曰清阳出上窍,曰清阳实四肢,曰清阳发腠理者也。”胃气上升不仅通上窍,并且能实四肢,胃气既病则下溜,谷气闭塞而下流,清气不得升,故九窍皆为之不利。所以我们通常认为脾升胃降概念,就是单将胃气视作一种与脾之清气相对应的胃

之浊气,这样是不全面的。同样可以从上中下三焦来分析其应用。

2.2.1 病发上焦 李东垣^[7]曰“盖胃气不升,元气不生,无滋养心肺,乃不足之证也。”胃气上升能滋养心肺之气,故胃气不升所致的心气不足可见心悸,所致的肺气不足可见少气懒言、声音低等症。再如《兰室秘藏》^[7]中提到“元气不行,胃气下流,胸中三焦之火及心火乘于肺,上入胸灼髓,火主散溢,瞳孔开大。”胃中清气不能上升,上焦之火无以抑制而产生眼病。再如姜建国用补胃气治法鼻炎,认为九窍不和皆属胃病,鼻属于九窍之一,不利则是胃之清气不能正常上传所致。^[8]《东垣试效方》中的益气聪明汤益气升阳、聪耳明目,主要用于治疗由于气虚清阳不升的眼病、耳病,方中就用升麻、葛根鼓舞胃中清阳之气,上行头目,清阳上升,则九窍通利,耳聪而目明矣。

2.2.2 病发中焦 《脾胃论》^[7]中云“盖胃为水谷之海,饮食入胃,而精气先输脾归肺,上行春夏之令,以滋养周身,乃清气为天也。”这里充分阐释了胃升这一重要的功能,胃气不升则脾气不升。如藿香正气散中苏叶、白芷都是芳香药,苏叶入脾经行气宽中,白芷入胃经升阳明之气而通九窍,加上桔梗宣肺则能调畅一身之气机。如《内外伤辨惑论》中的升阳益胃汤,主治脾胃气虚、清阳不升、湿郁生热之证,方中柴胡、防风、羌活、独活升举胃之清阳之气,祛风除湿。

2.2.3 病发下焦 胃中清气不升反降,在下则会导致泄泻、带下等下焦证。如《脾胃论》^[7]中的升阳汤,治疗大便每日三四次、溏而不多、腹中鸣这一气机不畅所致的泄泻证,方中调畅气机就用了柴胡和升麻升举清阳之气。再如徐灵胎的调胃升阳汤,主治孕妇吐泻垂脱。妊娠暑伏三焦,伤寒邪而吐泻并作,这里就用到了葛根升阳以解阳明之邪,木香调气醒胃;厚朴散满通阳气,同样也是升举胃之清气。傅青主的完带汤治疗湿气浊下注之带下证,方中用柴胡、芥穗辛温升散,辅助白术生发胃中清阳之气,清阳得升、湿浊得化则带下自止。

3 结束语

综上所述,简单地将脾胃功能总结为“脾升胃降”并不能准确地诠释胃的生理功能,更不利于在临床处理脾胃相关病症。定义脾胃的升降,首先需要明确脾气、胃气的概念。我们传统意义上说的脾升胃降中的胃降,是强调胃为六腑之海,助六腑保持正常排空、通降生理功能的下行之力,以及水谷腐熟后的糟粕之气。而胃气概念实际上更为广义地包含了元气、谷气、荣气、清气、卫气等诸阳上升之气,故临床应根据胃气的实际定义看待胃气的升降关系。胃气有降有升,升降失职会出现相应的病理变化。

(下转第912页)

监测,发现在第 8 周开始 db/db 小鼠的空腹血糖值明显升高,至第 10 周后持续一直保持在高血糖水平,表明 10 周龄后本品系小鼠已达到 2 型糖尿病血糖值标准。同时,db/db 小鼠的体质量一直呈现持续增长状态,各脏器组织/脑系数明显高于 db/m 小鼠($P<0.01$),表明 db/db 小鼠符合自发肥胖的特征。上述结果与相关研究报道及实验动物提供方的实验动物模型说明基本一致^[10-12]。

随着 db/db 小鼠机体糖脂代谢失控,引发其肾脏组织形态学病变,导致功能性紊乱。前期研究表明^[13-14],肾脏排泄功能损害时尿素将在血中滞留,而导致血清 BUN、CREA 水平增加。本实验结果也表明,在空腹血糖持续升高过程中,自第 7 周开始 db/db 小鼠血清 BUN、CREA 水平有所升高,并在第 12 周开始与对照组差异显著,说明 db/db 小鼠可能出现了严重的肾脏排泄功能损伤。相比之下,血清 ALP 的变化则呈现“先降低后升高”的趋势。究其原因可能是由于高血糖而引起渗透性利尿,导致镁离子的丢失,同时尿糖增加又会让镁离子在肾小管的重吸收受到抑制,进而加重血浆镁离子减少。而镁离子作为 ALP 的激活剂,其含量的降低则会引起血清 ALP 的降低^[15],故在糖尿病前期血浆中的 ALP 先呈现降低趋势;随着糖尿病病情发展,其引发的脂类代谢障碍,造成肝脏受损,加之骨吸收程度增强,其变化逐渐呈现急速升高趋势,实验结果表明,血清 ALP 自第 16 周开始与对照组比较出现明显升高,差异显著($P<0.05$)。与此同时,随着骨形成-骨吸收失衡加剧,结合不同时间胫骨骨组织病理观察,发现第 24 周开始出现骨小梁变细、形态结构不完整、间隙增大等现象和病理学变化。

综上所述,db/db 小鼠先在第 8 周出现肾脏组织形态病变与轻度功能性失调,至第 12 周出现肾脏功能严重损伤,而后在第 16 周出现骨代谢紊乱,第 24 周出现骨小梁结构的改变,诱发骨质疏松症的发生。再次验证了肾中精气虚少,骨髓化源不足,骨不能得到髓的滋养,从而引起骨髓空虚,导致骨质疏松症的中医论断。故此,利用 db/db 小鼠作为进一步

探索 2 型糖尿病肾与骨之间的关系以及糖尿病骨质疏松症的可行性模型提供了很好的依据。

参考文献:

- [1] DAVID RG. Estrogenic stimulation of ovarian follicular maturation in diabetes (db/db) mutant mice: restoration of euglycemia prevents hyperlipidemic cytoatrophy [J]. Cell Tissue Res 2004, 318(2): 365-373.
- [2] 刘芳,杨华,周文江,等. 诱发性 2 型糖尿病小鼠模型与自发性 db/db 小鼠特性的比较 [J]. 中国实验动物学报, 2014, 12(22): 54-59.
- [3] 鲍珺璐,王海颖. 鱼腥草合剂对 db/db 糖尿病小鼠肾损伤的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(19): 165-169.
- [4] 沈怡芸,华修国. 早期 II 型糖尿病肾病小鼠模型的建立 [J]. 安徽农业科学, 2013, 41(28): 11386-11387.
- [5] PORTHA B. Programmed disorders of β -cell development and function as one cause for type 2 diabetes? The GK rat paradigm [J]. Diabetes Metad Res Rev 2005, 21: 495-504.
- [6] WALSH JS, Vilaca T. Obesity Type 2 Diabetes and Bone in Adults [J]. Calcified Tissue International, 2017, 100(5): 528-535.
- [7] 王秀清,甄怀蒙. 早期及临床期 2 型糖尿病肾病并发骨质疏松症发病机制研究进展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2014, 14(7): 40-43.
- [8] GUR E, WANER T. The variability of organ weight background data in rats [J]. Laboratory Animals, 1993, 27: 65-72.
- [9] 吴静,王文旻,李晶,等. db/db 小鼠的实验室应用 [J]. 生理科学进展, 2013, 44(1): 12-18.
- [10] HUMMEL KP, DICKIE MM, COLEMAN DL. Diabetes, a new mutation in the mouse. Science, 1966, 153: 1127-1128.
- [11] 贾忠辉,刘志红,郑敬民,等. 大黄酸和辛伐他汀对 db/db 糖尿病小鼠脂代谢紊乱和肾脏保护作用比较 [J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2006, 15(3): 233-239.
- [12] 张兰涛,常翠青,刘阳,等. 氯原酸对 db/db 小鼠糖脂代谢紊乱的影响及其作用机制 [J]. 中国医学科学院学报, 2011, 33(3): 281-286.
- [13] 潘秀贤,梁劲松. 糖尿病性骨质疏松与几种血生化指标的关系 [J]. 医学文选, 2004, 23(1): 34-45.
- [14] 梁维冈. 测定血液中尿素氮的临床意义 [J]. 陕西新医药, 1980, 9(12): 51.
- [15] 李玉洁,李青,刘光和. 糖尿病患者血清碱性磷酸酶的变化 [J]. 青岛医药卫生, 1998, 30(3): 37-38.

收稿日期: 2019-01-17

(上接第 905 页)

胃降功能主要体现在对水谷的消化和糟粕的排泄,胃升功能主要体现在胃中清气的升举功能。在临床辨证论治时,要准确把握胃的升降关系,辨清胃升降失职后的病理变化,不能将胃的升清功能忽略而仅仅考虑脾的升清功能,对胃升降关系的认识有助于在临床用药时合理利用药物的性味与归经,以期达到最好的疗效。

参考文献:

- [1] 叶天士. 临证指南医案 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 138.
- [2] 郭霞珍. 中医基础理论 [M]. 上海: 上海科学技术出版社,

2006: 61.

- [3] 张锡纯. 医学衷中参西录 [M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2009: 337.
- [4] 刘渡舟. 刘渡舟伤寒论讲稿 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 194.
- [5] 黄霞. 反流性食管炎辨证施治验案举隅 [J]. 首都医药, 2014, 21(20): 86.
- [6] 王绵之. 王绵之方剂学讲稿 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 52.
- [7] 张年顺. 李东垣医学全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 6-93.
- [8] 吴琰,曲夷,于洪波. 姜建国辨治疑难病验案 3 则 [J]. 山东中医杂志, 2016, 35(5): 466-467.

收稿日期: 2018-11-13