

# 从脏腑气机升降论胸痹心痛病机<sup>※</sup>

唐海波 姚淮芳<sup>▲</sup>

**摘要** 胸痹心痛病位在心胸,与脏腑气机密切相关。气机升降以脏腑为场所,脏腑功能又以气机升降而表现。气血津液生成、运转及代谢,无不在气机升降为介导的脏腑功能活动下完成,故脏腑气机升降平衡协调是人体功能正常运转的重要前提。升降有序,则五脏安和,百病不兴;升降失常,则病邪丛生。若邪气痹阻心脉,则可致胸痹一证。故临证应审证求因,结合脏腑气机升降规律,抽丝剥茧,以探胸痹心痛缘由。

**关键词** 气机升降;胸痹心痛;病机

中医学认为,人体生命活动是以“气”为支撑,“生者以其气”的思想贯穿中医理论的始终。《类经·疾病类》曰:“气之在人,和则为正气,不和则为邪气。”强调气在生理及病理条件下的转归,和与不和占有重要的作用。各种内因或外因均可作用于气,致气机紊乱、气化失常,使脏腑功能失调,气血津液输布运行紊乱,诸病丛生,故《素问·举痛论》言“百病生于气”。

心主血脉,血液在脉中运行不息,周流全身,除心气推动外,亦需五脏气机调畅,如肺气宣发与肃降、肝气升发与疏泄、脾气升清及心肾气机相交等。各脏相互配合,升降相因,气和则血运无阻。胸痹一证,总系瘀血、痰浊、气滞、寒凝等“标实”壅遏于心脉,不通则痛,其病邪皆可因脏腑气机升降失序而生。《灵枢·卫气失常》曰“随变而调气,故曰上工”,故治病应以调气为要,顺气可化痰,行气能活血,调气可利水,如《素问·至真要大论》所言“疏其气血,令其条达,而致和平”。笔者立足五脏特性,从气机升降理论探讨胸痹心痛的病机,以期为临床诊治拓宽思路。

## 1 中医“气-气化-脏腑气机升降”观

中国朴素哲学理论将“气”视为充塞宇宙之中无形而运动不息的细微物质,气具有实在物质属性,如《灵枢·贼风》所言:“其所从来者微,视之不见,听之不

闻,故似鬼神。”无论是先秦道家所认为“道生一,一生二,二生三,三生万物”的寰宇化生模式,抑或是两汉“元者,为万物之本”,所倡的“元气一元论”思想,皆认为“一”或“元”所指的“精气”为天地之起始<sup>[1]</sup>。气化万物理论根源在于以阴阳论气,古代先贤从气的概念中抽象出阴阳二气,认为二者上下交感造就宇宙万物生灭变化,如《正蒙·乾称》所言:“气有阴阳,屈伸相感之无穷,故神之应也无穷。”

古代关于“气”的哲学思想映射至医学理论,形成了以“气化论”为核心的中医学思想,并以此衍生“阴阳”与“五行”理论,以此构建了中医学理论体系<sup>[2]</sup>。古人以取象比类思维模式,将人体类比为天地,以阳气的温煦、推动作用为其内在动力<sup>[3]</sup>,人体阴阳二气通过“升、降、出、入”的运动形式产生气化,从而维持正常生理机能及人体与自然界物质和能量的交换。人体的生理活动,如肺的呼吸运动、食物的消化吸收、气血津液的化生及运行皆为气升降出入的具体表现,故《素问·六微旨大论》言:“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。”

脏腑气机升降是中医理论体系的重要组成部分。《读医随笔》曰:“升降出入者,天地之体用,万物之橐,百病之纲领,生死之枢机也。”不仅认为气机升降作为生命活动内在规律及病邪涌现之肇始,而且认为其与脏腑功能、气血津液等物质输布及生命物质转换等休戚相关。气机升降理论也构成了中医藏象的生理学基础,《黄帝内经》运用脏腑气机升降特点阐释脏腑生理功能,将气机升降与各脏腑的功能活动联系起来。诚如《素问·刺禁论》所言:“脏有要害,不可不察。肝

※基金项目 安徽省卫生健康软科学研究项目(No.2020WR03015);安徽中医药大学第一附属医院临床科学研究项目(No.2020yfyzc04)

▲通信作者 姚淮芳,女,教授,主任医师。研究方向:中医药防治心血管疾病。E-mail:huaifangyao@163.com

•作者单位 安徽中医药大学第一附属医院(安徽 合肥 230031)

生于左,肺藏于右,心部于表,肾治于里,脾为之使,胃为之市。”可见,脏腑经络为气机升降的场所,气的升降出入又寓于脏腑功能中,并通过其功能活动而表现<sup>[4]</sup>。

## 2 气机升降失调可致胸痹心痛

张仲景在《金匮要略》记载:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。”认为“阳微阴弦”为胸痹心痛的病机,后世医家多以此论述,探求诊治思路。胸痹病位在心胸,胸中为人体阴阳二气氤氲之所,本应清明,以阳气弥散为要,若阴气壅滞,则易引发胸痹。如喻嘉言所言:“胸中阳气,如离照当空,旷然无外,设地气一上,则窒塞有加。故知胸痹者,阴气上逆之候也。”可见,气机升降失调,阴夺阳位,怫郁胸中,阳微阴弦,故致胸痹心痛,其“阴气”者,或为痰,或为瘀,或为气,或为饮。

《素问·六微旨大论》曰“升降出入,无器不有”,但各脏气机升降特点及其规律各有不同。如心气下潜、肺主宣肃、脾胃升降、肝主疏泄、肾气上腾。心为五脏六腑之大主,以血为用,脏腑之间以气为中介,相互沟通,若他脏气机失调,必将以气为契,逆其气血,或生瘀、痰、气、寒等病邪,影响血脉,血行不畅,而发胸痹。

**2.1 肺失宣降则血阻饮停** 心肺同居胸中,心行血,肺行气,故心与肺的关系,也是气与血的关系。心气鼓动心脏搏动,推动血液循环经脉流转全身,周而复始,循环不休。肺居膈上,主治节,气机升降出入于肺脏而言,体现在宣发与肃降两方面,于外吸清呼浊,吐故纳新,以出入运动调摄全身气机;于内则生成宗气,积于“气海”。宗气上则走息道出喉咙,以促进肺的呼吸;中则倾注脉府,助心行血;下则沿三焦至脐下丹田,以资先天元气。肺可通过宣发肃降,布津行水,内至脏腑,外达皮毛,故素有“水上之源”之称。可见肺气升降,影响一身之气盛衰、脏腑气血津液流转,故《医门法律》言:“五脏六腑、大经小络,昼夜循环不息,心胸中大气斡旋其间。”

《金匮要略·胸痹心痛短气脉证治》言:“胸痹,胸中气塞,短气,茯苓杏仁甘草汤主之。”可见,胸痹除心胸疼痛症状外,尚有喘息、短气等表现。彭子益注解道:“湿凝于肺,气不下行,故痹塞短气。”将胸中气塞、短气责于肺气宣降失常,湿邪阻滞。肺性娇柔,若外感于邪或宗气内乏,肺不主气,宣降失职,既可致肺气郁忿,心气虚羸,行血无力;又可使“通调水道”失常,

输布与排泄障碍,致水饮内停或痰瘀互结凝于血脉,终可致心血瘀滞。《金匱玉函经二注》曰:“然而何以亦言痹,以其气塞而不舒,短而弗畅也。然一属手太阴肺,肺有饮,则气每壅而不利。”可见,心肺以气血相关联,若肺失于宣降必然致使心气壅塞,心脉痹阻而发胸痹。

王莹威等<sup>[5]</sup>以“肺与大肠相表里”为理论依据,认为心肺以经络相连,气血相通。若下焦肠腑糟粕阻滞,则上焦肺气不得宣发,且肺失宣降,腑气不通可互为因果,终致升降不畅,心血瘀滞而发胸痹心痛。因此,治法宜宣肺通腑,宣通上焦肺气,通利下焦腑气,以升清降浊,通调脏腑气机,使血脉通利,行血有力。遣方常以宣白承气汤为主,宣肺以桔梗、杏仁、瓜蒌皮等,通腑常取大黄、石膏等。理气与攻浊并用,则腑气得通,肺复宣降,脉通血行。

**2.2 脾胃升降反作则清浊相干** 心肺在上,气机当以下行;肝肾在下,气机当以上行,如此方可上下交感。脾胃居于中焦,升降相因,斡旋于中,故为人体气机之枢纽。脾升清阳,饮食水谷由此化生气血上贯心肺,濡养周身;胃降浊阴,则饮食糟粕下至肠腑,排泄于外。若中焦气机升降失序,脾不升清,胃不降浊,心肺不得水谷充养,清阳不充,则气血逆乱而行;甚或浊者上逆,忤逆心肺气血,心阳不展,脉道闭塞而发胸痹心痛。如《四圣心源》所言:“胃主降浊,脾主升清,湿则中气不运,升降反作,清阳下陷,浊阴上逆,人之衰老病死,莫不由此。”另者,脾胃居肺肾之间,凡水液上腾下达,均赖脾胃升降输转,若气机升降失调,“脾气散精”无力,水湿痰饮留聚体内,上犯心肺,则胸阳不布;积于脉道,气塞而致血阻,瘀滞不通,发为胸痹。

《金匮要略·胸痹心痛短气脉证并治》曰:“胸痹心中痞,留气结在胸,胸满,胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之,人参汤亦主之。”本条文论治的胸痹,为脾胃气机升降失常,逆气从胁下上至心胸,而成胸胃合并证候。后世认为此为从脾胃论治胸痹心痛之始端<sup>[6]</sup>。若由于阴寒弥散心胸,而见实证者,治当散寒通阳、除满开结,枳实薤白桂枝汤可行气散痞而消痰浊,驱阴散寒而复胸阳;若由于中焦阳虚阴著,而见虚证者,予人参汤扶土助阳,阳足则阴邪自消,如《金匮要略心典》所言“养阳之虚,即以逐阴”之法。可见,脾胃升降有序是胸阳输布的重要条件。若脾虚无力、湿邪阻碍,或纳谷不化、食滞胃脘,皆可致升降反作,清浊相干,气机失调而诱发胸痹心痛。



后世医家从脾胃论治胸痹心痛者不胜枚举。赵国定教授<sup>[7]</sup>认为,心、脾以经络相连,五行母子相关。年老者胸痹心痛多由于中脏衰弱,气血生化乏源,中气不足以致心气无力运血,则脉道痹阻;另者,脾虚则中阳虚衰,日久累及母脏,胸阳不振则易内生阴邪,闭塞心脉而致胸痹。施治多在顾护脾胃的基础上增加养血、活血之剂。国医大师路志正<sup>[8]</sup>治疗胸痹,主张调理脾胃当重升降,用药多配伍升降、开阖相反相成的药对,以调理脾胃及其气机升降,如荷梗、藿梗相伍,升清降浊并进;白术、枳实相配,补气行气同施。脾胃复常,升降有序则病邪自消。

**2.3 肝失疏泄则血郁土壅** 肝主疏泄,其气升发,犹春启陈荣发万物,纵身气机升降出入皆以肝气调畅为要<sup>[9]</sup>。血及津液布散,饮食水谷消化吸收无不赖于肝气疏泄,故气畅无滞则升降有序,出入有常,如《杂病源流犀烛》所言:“肝和则生气,发育万物,为诸脏之生化。”心、肝经气相通,以气血为媒。肝气舒则心气畅,气畅则行血有力,通达血脉,神有所主。若肝气疏泄太过或不及,则心气疲惫,无以调控血行,以致郁遏,如《明医杂著》所言:“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏,此心病先求于肝,清其源也。”

清代陈士铎认为,胸痹心痛源于肝气郁而不舒,日久则化热生火,上犯于心,而致病生。故治疗应重视疏肝以解木郁之气,气解则郁火得消,其在《辨证录·心痛门》指出“治法必须泻肝木之火,更须解木气郁,而少佐以安心之剂,则心痛自止也”。治以救痛安心汤,方中柴胡、芍药可解肝郁;梔子、贯众可泻肝火;乳香、没药可止脏腑之痛;甘草、苍术可和中消湿,诸法同用,一剂奏效。

脾胃升降运化水谷,化生气血亦需肝气调畅,肝气正常生发条达,不致使脾气壅滞,即所谓“木能疏土”。张锡纯在《医学衷中参西录》记载:“肝脾者,相助为理之脏也。肝木过盛可以克伤脾土,即不能消食;过弱不能疏通脾土,亦不能消食。”可见,若肝气过盛或过弱,均可木病及土,影响脾胃纳运,水谷精微不能化生,津液输布障碍,留聚中焦,湿饮凝聚成痰,阻滞心脉,血行郁滞,久则可见痰瘀之证,如《回春录》所言:“痰饮者,本水谷之悍气,缘肝升太过,胃降无权,另辟窠囊,据为山险。初则气滞以停饮,继则饮蟠而气阻,气既阻痹,血亦愆其行度,积以为瘀。”

李文杰教授<sup>[10]</sup>从气机升降诊治胸痹,认为肝气疏泄不及所致脾胃运化低下,厚浊水谷精微积聚而生痰

浊,痰浊中阻寒化伤阳,重浊积于心脉,胸阳不振所成“阳微阴弦”,故可致胸痹心痛,临证常以逍遥散合参苓白术散以疏肝健脾,多获良效。陈民教授<sup>[11]</sup>从肝脾五行克侮关系出发,木能疏土,土能养木,认为胸痹心痛病位在心,病变在血脉,变动在肝,代谢在脾,归宿在心。善治以肝脾同调,畅气运脾,临证常予柴胡疏肝散加减,效若桴鼓。

**2.4 心肾不交则阴阳失衡** 心为火脏,肾为水脏,水居其下宜升,肾阴上济心阴,以防心阳化火为亢;火居其上宜降,心阳下资肾阳,使肾水不寒。心肾二经以经脉相连,气化相通。水火相济维持人体上下阴阳平衡,升降有序则助五脏之气正常运行,故为气机升降之根本<sup>[12]</sup>。《格致余论》记载:“人之有生,心为火居上,肾为水居下,水能升而火有降,一升一降,无有穷已,故生意存焉。”可见,心肾相交是余脏生理功能发挥及生理机能运转的必要条件。

肾阴与肾阳为五脏阴阳的根源,周身赖此温煦与调控。其阴阳随肾气升发上腾至心,若心之阴阳和调,则心神清明,生命活动得以主宰,故《类经附翼》记载:“此命门水火,即十二脏之化源。故心赖之,则君主以明。”从“肾为阴阳之本”看“阳微阴弦”,心为阳脏,阳气充足是其搏动、温通等生理功能发挥的必要条件。若肾阳亏耗,其温煦心阳无力,血脉难以温通,故血液凝滞,易致瘀阻,此为“阳微”。肾主津液代谢,饮入水液入胃,需经肺、脾、肾三脏协调化为津液,从自然之水到人体津液是“化”的过程,这一过程源于肾阳温煦作用,《外台秘要》言“肺为五脏之华盖,若下有暖气,蒸即润肺”,《古今名医汇粹》亦认为“中焦之候如灶釜,水谷之炉也”,肾阳犹如釜底之薪,肾阳充足,中焦水液故可运化,上焦津液输布有序,则周身得以滋润。若肾阳虚衰,虚寒内生,无阳易致水液停聚,易成痰成饮,上犯于心,如《冯氏锦囊》所言“肾之阳虚,不能制水,则泛滥为病,故上可凌心”,此为“阴弦”。

国医大师张琪<sup>[13]</sup>认为,胸痹心痛发病根本在于肾脏亏虚,外感病邪、痰浊水湿可为诱因,心脉痹阻而致心痛。然瘀血为病理产物,又为致病因素,瘀血积于脉络,气塞不通,而致气机升降失常,使得病势加重。其诊治着眼于交通心肾,并根据兼邪不同而辨证论治。张艳<sup>[14]</sup>从肾阳亏耗致使气化失司角度出发,肾虚可致瘀血、痰浊、气滞、寒凝等病邪流注心脉,从而诱发胸痹心痛。治疗首先应当补肾,善以六味地黄丸、肾气丸、二仙汤等益气、滋阴、扶阳,并据兼夹邪气不

同,辅以祛寒、涤痰、散气、化瘀之品,多获良效。

### 3 小结

胸痹心痛病位虽在心胸,但余脏亦可以气为媒介丛生病端。脏腑气机升降失常为胸痹心痛病机之关键,或见于肺气郁忿,心气壅滞;或见于脾胃失序,清浊相干;或见于肝失疏泄,血脉遏郁;或见于心肾失交,阳微寒滞,皆可致心血瘀滞,而发胸痹。故立足于脏腑生理特性,结合气机升降特点,顺其调之,气血调而五脏安,心血畅则痹痛除。正如《医宗必读·水火阴阳论》所言:“人之生死由乎气。气之为用,无所不生,一有不调,则无所不病,气有不调之处即病本所在之地,故治病以气为首务。”又如《景岳全书·诸气》所言:“行医不识气,治病何从据,堪笑道中人,未到知音处。”

### 参考文献

[1]陈曦.中医“气化”概念诠释[J].世界中医药,2014,9(11):1413-1418,1422.

[2]杜武勋,刘岩,丛紫东,等.论中医学气一元论与气化论[J].中医杂志,2016,57(11):908-912.

[3]夏梦幻,王庆其.《黄帝内经》气化理论发微[J].中华中医药杂志,

2021,36(10):5774-5776.

[4]张登本.中医气化学说的意涵及其意义[J].中医药通报,2021,20(3):1-4.

[5]王莹威,杜思达,李亚男,等.宣肺通腑法治疗胸痹心痛的理论探析[J].中国中医急症,2019,28(4):676-678.

[6]李学奎,张明雪,张兰等.从脾胃防治冠心病的研究概况[J].辽宁中医杂志,2010,37(12):2459-2461.

[7]宋琦,宋海萍,戴彦成,等.赵国定从脾胃论治冠心病临床经验探析[J].时珍国医国药,2017,28(1):223-224.

[8]李小小.国医大师路志正调理脾胃法治疗胸痹经验发挥[J].中华中医药杂志,2012,27(1):126-128.

[9]郑洪新.中医基础理论专论[M].中国中医药出版社,2016:107.

[10]申磊,李文杰.从肝与脾论治胸痹心痛理论依据探析[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(10):128-129.

[11]涂都.陈民教授肝脾同调治疗老年冠心病经验总结[D].沈阳:辽宁中医药大学,2016.

[12]郜亚茹,韩学杰,刘大胜.从脏腑气机升降观探讨冠心病病机[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(1):133-135.

[13]范增光,杨杉杉,赵广然,等.张琪从心肾论治冠心病[J].长春中医药大学学报,2019,35(6):1031-1033.

[14]李瑞奕,张艳.张艳从心肾论治冠心病经验总结[J].中医药临床杂志,2018,30(11):2015-2017.

(收稿日期:2022-04-22)

(本文编辑:金冠羽)

(上接第 19 页)

[2]杨琳.某院非甾体类药物不良反应的分析[J].中国医药指南,2013,11(6):678-680.

[3]中国针灸学会.循证针灸临床实践指南[S].北京:中国中医药出版社,2015:161-162.

[4]盛楠,田辉,马铁明.巨刺法的临床应用研究进展[J].中国当代医药,2022,29(6):20-23,31.

[5]邓伟沛.肩四针联合玻璃酸钠肩关节腔注射治疗肩关节周围炎随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,32(12):61-63.

[6]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2018:263-264.

[7]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:139-144.

[8]田子睿,姚敏,王拥军,等.中文版 Costant-Murley 肩关节评分量表的研制与应用[J].中医正骨,2019,31(5):20-21.

[9]陈滢如,杨金生,吴远,等.《肩周炎循证针灸临床实践指南》解读[J].中国针灸,2017,37(9):991-994.

[10]高俊虎,王博,左冬冬.电针结合 Mulligan 动态关节松动手法对肩周炎的临床效果及炎症因子 TNF- $\alpha$ 、IL-6 的影响[J].针灸临床杂志,2020,36(6):42-46.

[11]郭小娜,王毅刚.王毅刚针刺动留针术临床应用经验[J].实用中医药杂志,2021,37(12):2116-2118.

[12]韩振翔,祁丽丽,褚立希,等.针灸结合主动功能锻炼分期治疗肩周炎方案的优选[J].中国针灸,2014,34(11):1067-1072.

[13]代宇杉,司林阁,吕玉兰,等.原络配穴法在多系统疾病治疗中的临床应用[J].亚太传统医药,2021,17(7):188-190.

[14]左海燕,周美启,吴生兵,等.浅析十二原穴主治作用[J].广西中医药大学学报,2018,21(3):52-54.

[15]张彬彬,王伟,张永清.上八邪、合谷穴合谷刺结合后溪穴治疗中风后手功能障碍临床观察[J].中国针灸,2019,39(3):271-275.

(收稿日期:2022-04-28)

(本文编辑:黄明愉)