

基于“阳明燥金”论糖尿病胃轻瘫的病机与治法[※]

王方赫¹ 李筱彤¹ 任舒欣² 张瑜轩¹ 于文燕¹ 郑 红^{1△}

摘 要 本文以“阳明燥金”理论为基础,将糖尿病胃轻瘫由常规之阳明胃、大肠论治,拓展为脾、胃、肺、大肠四脏同调,提出糖尿病胃轻瘫三条病机关键:气血不足致胃肠受纳、传化失司,形体失养;肃降失常,肺胃通降失司,出现呕吐、便秘等症;燥湿失调,中焦转枢不利,脾湿胃燥。文中据此提出益气补血、通降阳明与调燥湿润阳明的治疗原则,为临床实践提供了理论依据与诊疗思路。

关键词 糖尿病胃轻瘫;阳明燥金;治痿独取阳明;肃降失常;燥湿失调

糖尿病胃轻瘫(Diabetic gastroparesis, DGP)是糖尿病胃肠自主神经病变的常见表现,以无机械性梗阻情况下的胃排空延迟为特征^[1],临床出现恶心、腹部不适,甚至营养不良、电解质失衡等情况,严重影响患者的健康和生活质量。西医多以促动力药物和止吐药进行治疗,但长期使用不良反应明显^[2]。

《素问·痿论》言:“弱而不用者,为痿。”现代医学研究表明,胃轻瘫患者胃部呈萎缩状态,胃平滑肌功能异常,胃部收缩蠕动能力减弱^[3]。这与中医学“痿”的特征相符,故 DGP 可归属于“五脏痿”范畴。当代中医学者论治 DGP 时,多基于《素问·痿论》“治痿者独取阳明”理论,但往往将“阳明”局限于足阳明胃经和手阳明大肠经,将病机关键归于胃、大肠二腑。然而,《素问·痿论》明言“阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋”;《素问·六微旨大论》又谓“阳明之上,燥气治之,中见太阴”。因此,“阳明”之辨治,远非通降胃、大肠二腑之义。有鉴于此,本文试将“阳明燥金”理论引入 DGP 的辨治,以胃、大肠为枢,藉燥湿相济而旁及于脾,因金气同禀、表里相合而上及于肺,将“阳明”辨治所涉从胃、大肠二腑扩展至脾、胃、肺、大肠四脏腑,以期“治痿独取阳明”理论在 DGP 治疗中的应用开拓新思路。

1 “阳明燥金”的含义

1.1 阳明多气多血 《素问·痿论》言:“阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋……故阳虚而宗筋纵。”在经络中,阳明指足阳明胃经和手阳明大肠经,二者均为多气多血之经。若阳明不充,气血不足,则肢体痿痹,故历代学者尤为重视阳明在痿证治疗中的作用。亦有学者将此思路拓展至其他疾病的治疗,如贾博超等运用“治痿独取阳明”的思想治疗慢性心力衰竭,通过调节胃经、大肠经的气血与气机,促使心肌细胞恢复功能^[4]。

1.2 燥金主降 《素问·天元纪大论》言:“寒暑燥湿风火,天之阴阳也;木火土金水火,地之阴阳也。”五运六气中,阳明燥金主五之气,始于秋分,终于小雪。此时段太阳直射点从赤道南移,北半球所获阳热渐减,天地之气由升发转为收降,显现阴起阳敛之势。《素问·阴阳应象大论》言:“西方生燥,燥生金……其变肃杀。”阳明燥金即为肃降之意。

1.3 燥湿相济 《素问·宝命全形论》言:“人以天地之气生,四时之法成。”天地以五运六气周而复始,如环无端。黄元御认为“天人同气”,提出“一气周流”理论。在此理论中,脾胃之土气升降相因,其中胃属阳明主燥,脾属太阴主湿,燥能运湿,湿能润燥,二者相济则中气健运,肾阳得以激发,助肝木之气左旋上升入心,君火顺肺气敛降右旋于肾,肾水得以温煦,周而复始,构成人体圆运动(如图 1 所示)^[5]。

1.4 功能概括 阳明燥金除体现其多气多血的生理特性外,还主气机的收敛肃降,并维持人体的燥湿平衡,从而共同维系人体气机升降的平衡。

※基金项目 国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(No.zyyzdxk-2023118);国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目(No.国中医药人教函[2022]239号);山东中医药大学大学生创新训练计划(No.2025025)

△通信作者 郑红,女,医学博士,教授,博士研究生导师。研究方向:中医药防治糖尿病。E-mail:zhads@163.com

•作者单位 1.山东中医药大学中医学院(山东 济南 250300);2.山东中医药大学医学院(山东 济南 250300)

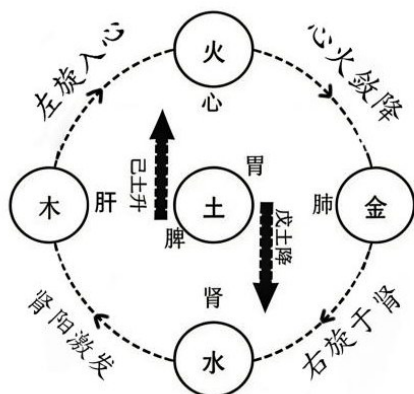


图1 “一气周流圆运动”模型图

2 阳明燥金失常与DGP的联系

2.1 阳明脉虚 《素问·灵兰秘典论》言：“脾胃大肠小肠三焦膀胱者，仓廩之本，营之居也。”可见，胃和大肠与营气的生成有关，营气循经脉营养全身。此即“阳明者，五脏六腑之海”之理论依据所在。

胃气通降正常，则水谷得以下传，脾得升清散精，精气输布于心、肝、筋、脉，化血以充养心肝，筋舒脉和；肺复将气血输布全身，故气血充盈，精神充沛。若胃气失常，则水谷精微化生无源，气血无法充养全身。上述胃气通降失司之象，在现代医学研究中亦得到部分印证：Michael Camilleri 和 Kenton M. Sanders 两位学者的研究表明，胃内压升高并不促进固体排空；胃轻瘫患者胃排空障碍，实因胃内固体经幽门收缩冲击力剪切成小于2 mm微粒的过程受阻，颗粒过大则不能通过幽门下行入十二指肠，即便进入十二指肠亦难被小肠绒毛吸收，终致营养不良^[3]。

大肠为传导之官，主传化糟粕。大肠阳明之气正常，则气能摄津，大肠可正常吸收食物残渣中的水分以及电解质。若阳明之气衰，则气虚失摄，津液下泄，可见便溏；津液耗伤则致人体津亏，肠道失于濡润，且气随津脱，推运无力，糟粕内停，终致粪便堆积肠道，形成便秘^[6]。津血同源，二者均由水谷精微所化生。津亏则血无以生，人体气血不足，同样可出现营养不良症状，严重者出现脱水、电解质失衡。

2.2 肃降失常 肺主气，司呼吸，控制人体一身之气的宣发与肃降。五行上，肺和大肠属金，肺为辛金，大肠为庚金，二者秉金之性，同主肃降。经络上，手太阴肺经和手阳明大肠经互为表里，手太阴肺经起于中焦，下行络大肠，复返向上循胃口（即贲门处），可见肺与胃、大肠二腑有较深的生理联系。功能上，胃与大

肠以通为用，以降为顺。这种气机的收敛通降，实为肺气肃降的结果。肺需要大肠的通降以助其肃降，而大肠的传导亦有赖于肺津的濡润和肺气的推动。《药鉴》云：“阳明燥金者，乃肺与大肠之气也……燥金主收敛。”^[7]故肺与阳明燥金在广义上具有深刻的联系。

现代研究^[8]发现，糖尿病患者胰岛素/胰岛素样生长因子-I 信号传导减少，以及血红素神经型加氧酶1表达减少，均可导致胃“起搏器”Cajal 间质细胞（interstitial cells of Cajal, ICC）丢失，引起胃消化功能障碍。Michael Camilleri 及其团队通过实验表明，幽门直径和扩张指数与胃潴留程度呈负相关^[3]。从经络结构来看，肺经循行经过胃的贲门，二者共同参与阳明之气的敛降，李可老先生称之为“阳明大降机”^[9]。若敛降失常，则心火不下，太阳寒水不温，膀胱气化功能失常，膀胱失约而致多尿^[10]。心火上炎而燔灼肺液，故DGP中后期多现“金燥”（如图2所示），患者表现为烦渴多饮、舌黯红、苔薄黄^[11]。胃气失命门之火温煦，脾胃气伤，运化无力，食物停滞胃中，又因肺气不降，带动胃气上逆，遂致呕吐。

现代医学表明，肺和大肠具有同源性和关联性，二者共同起源于原始消化管^[12]，西医称其为肠-肺轴，这与中医学所说的“肺与大肠相表里”不谋而合。肠道菌群则是此轴中的重要介质。大肠内的粪便淤积会导致肠道生态失调^[13]。赵先群等^[14]在DGP患者肠道菌群分布研究中发现，糖尿病（DM）组患者肠道微环境遭到破坏出现肠道菌群失调，而DGP组患者存在更严重的肠道菌群失调；同时，胃肠菌群的代谢产物亦会影响胃肠排空^[15]。从中医角度来看，大肠的传导功能赖于肺气的清肃下降，而大肠传导通畅又有助于肺气清肃下降。若肺失清肃，津液不能下达大肠，大肠失润，传导失常，病久引发严重便秘甚至梗阻^[11]，导致肠道菌群进一步失调，形成恶性循环。

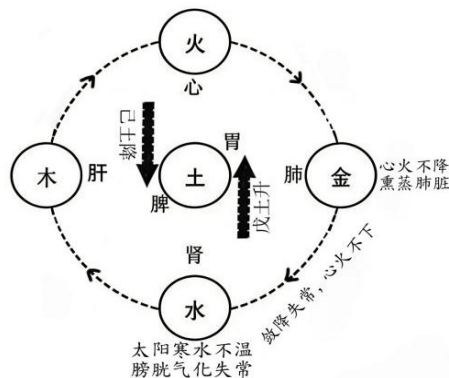


图2 “金燥”机制模型图

2.3 燥湿失调 《素问·痿论》言:“脾气热,则胃干而渴,肌肉不仁,发为肉痿。”胃轻瘫因幽门括约肌功能障碍等原因引起胃动力障碍,也属于“肉痿”的范畴^[15]。《素问·太阴阳明论》指出,脾病四肢不用在于脾不能为胃行其津液,肌肉不得秉水谷气,故痿废不用。此论揭示了脾胃后天之本在痿病发病中的核心作用。

《素问·太阴阳明论》言:“阳道实,阴道虚。故犯贼风虚邪者,阳受之;食饮不节起居不时者,阴受之。”因此,饮食劳倦易伤脾,而遇阳明司天之年,阳明燥金之气太过,则易伤及胃,致使津液干枯,阳明燥金胃气不降^[9]。饮食劳倦伤脾,则湿困脾阳,中土枢轴不运,气机壅滞,临床表现为胃体蠕动无力,胃窦收缩减弱;其次,脾不为胃行津液,燥气内生。阳明燥金不降则胃燥津亏,通降失司。若外感燥邪,或脾湿久郁化热灼津,致胃津亏耗,燥气亢盛,临床可见胃平滑肌拘急挛缩,胃排空时间延长。若中土燥湿互搏,则易形成恶性循环:湿浊壅塞中焦导致气郁化热,故DGP患者常出现苔腻伴便秘之象。

3 基于阳明燥金理论治疗DGP

基于前文论述的三个病机——阳明脉虚、肃降失常、燥湿失调,其常见证型包括气血不足证、寒热虚实夹杂证、湿热中阻证,若燥热偏盛,灼伤阴津,则可发展为肺胃之阴不足之证。治疗上当分别予以调阳明补气血、通降阳明润其燥、调燥湿润阳明,使阳明复其“多气多血”之充养、“主降”之通顺与“燥湿相济”之平衡。现结合临床研究,分述如下。

3.1 调阳明以补气血 《杂病源流犀烛》云:“痞满,脾病也。本由脾气虚,及气郁不能,心下痞塞满,故有中气不足,不能运化而成。”DGP由消渴病发展而来,阴虚燥热日久,损伤脾胃,气血生化乏源,以致胃不得受纳腐熟,脾运化无力不得布散精微,常表现为胃脘痞满,食后尤甚,纳差少食,神疲乏力,面色萎黄,舌质淡胖、边有齿痕,苔薄白,脉细弱。此乃气血不足之象。对于此证,临证采用健脾益气之法,调阳明补气血。魏子孝教授对于DGP缓解期,常选用健脾胃之处方,以燮理中焦,促使脾胃运化功能恢复^[16]。数据挖掘研究^[17]发现,治疗DGP药物五味以辛、甘为主,辛甘合用,能行能补,可顺阳明燥金之气,以斡旋中气,助脾胃运化;核心处方以香砂六君子汤为基础方加减,方中白术、茯苓、甘草健脾益气,木香、砂仁理气和胃,共奏补中行滞、调复升降之功。动物实验^[18]证实,益气健脾中药复方可显著提升DGP大鼠的胃排空率与

小肠推进率,其机制可能与上调 Ghrelin 及其受体 GHSR 的蛋白表达水平有关。

3.2 通降阳明润其燥,以复其主阖之权 《鬼谷子·捭阖第一》载:“捭阖者,天地之道。捭阖者,以变动阴阳,四时开闭,以化万物。”基于三阴三阳开阖枢理论,阳明为阖,主收敛通降。若肺失肃降,则腑气不通,胃气和降受阻,中焦壅滞,发为痞满;肺气久壅,亦可化燥伤津,肺津不布,则胃燥益甚,通降更艰。此外,湿邪久居,郁而化热,形成湿热之气,灼伤人体津液,亦会导致胃阴不足;胃阴不足则脾不升清、胃不和降,终致中焦壅滞不通,痞满失常。二者均可导致阳明失阖,通降无权。因此,治疗可从通降阳明润其燥着手,以复其主阖之权。根据气机逆乱的寒热虚实偏向,临床常见以下两类证型。一是中焦寒热错杂证,常表现为心下痞满不通,按之柔软不痛,恶心呕吐,肠鸣下利,治疗应以辛开苦降,平调寒热为法。若DGP患者临床症状以呕吐、腹痛、痞满为主,可使用黄连汤斡旋中气、平调寒热,以复阴阳升降。国医大师王晞星认为,黄连汤清温并用,可以调和中焦气机,以使阴阳接续相贯^[19];程学莲等^[20]通过黄连汤联合腹针的临床试验亦证实,该方可明显改善患者的血糖水平及胃肠功能。痞满甚者,可选用半夏泻心汤,此亦属辛开苦降法。二是肺胃之阴不足证,常表现为饥不欲食、胃脘嘈杂、干呕呃逆、口燥咽干、大便干结,舌红少津、少苔或无苔、脉细数。治疗当以滋阴养胃,降逆止呕为法。已有学者证明,麦门冬汤可降阳明、开太阴,具有“补胃土以资肺金”之功^[21-22];临床验证以其为基础方随证加减化裁,对DGP患者的血糖以及生活质量均有不同程度的改善^[23-24]。此外,单兆伟教授提出治以调益体用,佐以滋阴、养液、静降,恢复功能,自拟清幽养阴方随证加减^[25];赵泉霖教授自拟滋阴消痞方治疗胃阴虚患者,临床疗效明显^[26]。对于此证,临证可以麦门冬汤化裁,滋养肺胃之阴,复其肃降之功。

3.3 调燥湿润阳明以运中轴 黄元御《四圣心源》云:“太阴以湿土主令……阳明以燥金主令……己土之湿为本气,戊土之燥为子气,故胃家之燥不敌脾家之湿,病则土燥者少,而土湿者多也。”又云:“中气衰则阴阳不交而燥湿偏见,湿胜其燥,则饮少而食减,溺涩而便滑。”此外,薛生白《湿热论》云:“湿热之邪,始虽外受,终归脾胃。”此即太阴湿土太过、阳明燥金不及,为湿胜于燥,郁而化热,以致湿热蕴结于阳明。临床常表现为脘腹痞闷、胀满不舒,纳呆呕恶,身重困倦,口干不欲多饮,大便黏滞不爽,舌质红、苔黄厚腻,

脉滑数。此乃湿热中阻之证。吴鞠通《温病条辨》指出,湿热为病“惟以三仁汤轻开上焦肺气,盖肺主一身之气,气化则湿亦化也”,故治当宣畅气机,分消湿热,选用三仁汤。研究^[27]证实,三仁汤联合升降散可以明显改善DGP患者血糖水平以及胃肠症状。王士雄《霍乱论》载连朴饮所治之证:“湿热蕴伏,清浊相干……湿热中阻,脾胃升降失职,浊气不降则吐,清气不升则泻,气机不畅则胸脘烦闷。”该方专为湿热并重、郁阻中焦而设,能显著改善氧化应激状态,影响巨噬细胞的极化方向,并促进ICC在数量、结构及生理功能上的恢复,这为其治疗DGP提供了科学依据^[28]。临证还可将三仁汤与连朴饮合用加减。三仁汤宣上、畅中、渗下,分消走泄;连朴饮清热化湿,理气和胃,尤善治湿热中阻之呕吐痞满。

4 小结

本文运用“阳明燥金”理论探讨DGP的病机与治,具有以下创新点。一是扩脏腑:将阳明胃、大肠之治,拓展为脾、胃、肺、大肠四脏同调,使“阳明”由经络之名升华为气化载体,为DGP之脾虚、胃滞、肺失肃降、肠燥津亏提供统一的理论框架。二是融理论:以“阳明燥金”为纲,贯通三阴三阳开阖枢理论和黄元御“一气周流”理论,使“治痿独取阳明”之旨得以贯通于DGP辨治之中。三是分证治:基于阳明“多气多血”“主降”“燥湿相济”三大功能,分别论治气血不足之证、寒热虚实错杂之证、湿热中阻之证(若燥盛伤阴,日久可兼见肺胃阴虚之证),治疗上提出三大原则:调阳明补气血,通降阳明润其燥,调燥湿润阳明,将理论落实于临床。本文不足之处在于,尚缺乏大样本临床研究数据直接验证治则治法;外治法在调节胃肠动力方面具独特优势,但本文未涉及。后续将通过临床观察和拓展治疗手段进一步完善以上不足。期望本文能为DGP的中医诊疗提供新的理论视角与实践思路。

参考文献

- [1]唐旖雯,张游,周劲,等.针灸治疗糖尿病胃轻瘫的机制研究进展[J].上海针灸杂志,2025,44(10):1262-1271.
- [2]CAMILLERI M, KUO B, NGUYEN L, et al. ACG Clinical guideline: gastroparesis[J]. Am J Gastroenterol, 2022, 117(8): 1197-1220.
- [3]CAMILLERI M, SANDERS K M. Gastroparesis[J]. Gastroenterology, 2022, 162(1): 68-87.
- [4]贾博超,胡元会,魏艺,等.基于“治痿独取阳明”探讨慢性心力衰竭的治疗思路[J].中国中医基础医学杂志,2025,31(9):1528-1532.
- [5]罗元珍,罗晓欣,胡方林.黄元御一气周流论中的气化思维[J].中医

药导报,2025,31(3):225-228.

- [6]TURSI A, SCARPIGNATO C, STRATE L L, et al. Colonic diverticular disease[J]. Nat Rev Dis Primers, 2020, 6(1): 20.
- [7]杜文燮.药鉴[M].陈仁寿,王明强,苏文文,校注.北京:中国中医药出版社,2016:29.
- [8]CAMILLERI M, CHEDID V, FORD A C, et al. Gastroparesis[J]. Nat Rev Dis Primers, 2018, 4(1): 41.
- [9]付浩然,熊卫标.从“阳明燥金”理论阐述“治痿独取阳明”的病理机制[J].江西中医药大学学报,2025,37(1):17-20.
- [10]武智超,石岩,孙萍.基于古中医“圆运动”理论探讨糖尿病胃轻瘫发病与治疗[J].实用中医内科杂志,2025,39(2):117-120.
- [11]苗琳琳,万生芳,张磊,等.基于黄元御“一气周流、土枢四象”理论探析糖尿病胃轻瘫六期病机与辨治[J].上海中医药杂志,2024,58(4):67-71.
- [12]宁楠,潘美彤,袁琛,等.基于“肺肠轴”理论中西医结合治疗过敏性哮喘研究进展[J].现代中西医结合杂志,2025,34(12):1729-1733.
- [13]金莹,吴胜伟,郭法杰,等.活血化瘀生肌方对瘀血阻络型食管反流病肠道菌群、胃蛋白酶原、食管动力及胃黏膜损伤的影响[J].河北中医,2024,46(8):1278-1282.
- [14]赵先群,张雪松,刘晓政,等.糖尿病胃轻瘫患者肠道菌群分布及炎症因子水平变化的观察[J].中国糖尿病杂志,2017,25(8):725-728.
- [15]崔俊宇,王嘉欣,刘柏岩,等.近5年针灸治疗糖尿病胃轻瘫机制的研究进展[J].吉林中医药,2023,43(3):368-372.
- [16]郑爽,黄珂,邹本良.魏子孝教授基于“中盛藏满”理论治疗糖尿病性胃轻瘫的经验[J].中国医药导报,2024,21(27):141-145.
- [17]周忠阳,王旭杰,张菀桐,等.基于数据挖掘的中医药治疗糖尿病胃轻瘫用药规律分析[J].北京中医药,2021,40(11):1271-1273.
- [18]郑玲彤,付晓,李春雨.益气健脾中药复方对糖尿病胃轻瘫大鼠 Ghrelin 的影响[J].辽宁中医药大学学报,2026,28(2):33-38.
- [19]丁鹏力,杨泊娇,赵啸虎,等.《伤寒论》黄连汤方用当议[J].中国中医基础医学杂志,2025,31(9):1635-1638.
- [20]程学莲,林纯莉,王燕,等.腹针联合黄连汤治疗2型糖尿病胃轻瘫43例疗效观察[J].湖南中医杂志,2025,41(8):27-31+76.
- [21]陈佳慧,张立山,弓雪峰,等.从五运六气学说浅探麦门冬汤治疗慢性咳嗽的临证思维[J].中华中医药杂志,2020,35(3):1251-1253.
- [22]张超,杜肖勋,霍青.基于三阴三阳开阖枢理论浅析麦门冬汤证治[J].湖南中医杂志,2021,37(6):120-122.
- [23]卢晨,彭飞,葛慧颖,等.中西医结合治疗气阴两虚型糖尿病胃轻瘫52例[J].光明中医,2008,23(5):615-616.
- [24]周静.加味麦门冬汤治疗糖尿病性胃轻瘫36例[J].黑龙江中医药,2002,(1):7.
- [25]周元,单兆伟.单兆伟辨治胃轻瘫综合征之经验[J].江苏中医药,2023,55(5):13-16.
- [26]孟醒.滋阴消痞方治疗2型糖尿病性胃轻瘫(胃阴虚型)的临床观察[D].济南:山东中医药大学,2022.
- [27]王家兴.三仁汤合升降散治疗老年糖尿病胃轻瘫(湿热内蕴证)的临床观察[D].昆明:云南中医药大学,2023.
- [28]徐子萱,吕文亮,刘林,等.连朴饮对糖尿病胃轻瘫大鼠Cajal间质细胞及巨噬细胞极化的影响[J].时珍国医国药,2025,36(14):2649-2655.

(收稿日期:2025-12-15)

(本文编辑:蒋艺芬)