

基于气机三轴理论浅谈升降散防治ERB

刘翔¹ 梁政亭^{1,2} 刘新¹ 陈旭^{1,2} 梁瑞宁^{1*}

1. 新疆医科大学, 中国·新疆 乌鲁木齐 830017

2. 新疆医科大学附属第四临床医学院, 中国·新疆 乌鲁木齐 830099

摘要: 以运动性横纹肌溶解为引, 提出人体气机升降运行之“三轴”理论——脾胃中轴斡旋中枢、肝肺轮轴推运表里、心肾纵轴交济水火。通过梳理运动型横纹肌溶解在肌痹、尿血、癃闭、关格、虚劳五证中的病机演变, 阐明三轴递进式失序是病变从肌肉损伤到急性肾衰竭的转变过程; 升降散四药暗合升降清浊、调理三轴, 可作为贯穿全程辨治的基础方。“清气不升则肌损, 浊阴不降则毒壅”是本病核心病机, 为中医药辨治运动型横纹肌溶解提供新的理论视角。

关键词: 运动型横纹肌溶解; 气机三轴; 升降散; 五证辨治

Discussion on the Prevention and Treatment of Exercise-Induced Rhabdomyolysis with Shengjiang San Based on the Three Axes Theory of Qiji

Liu Xiang¹, Liang Zhengting^{1,2}, Liu Xin¹, Chen Xu^{1,2}, Liang Ruining^{1*}

1. Xinjiang Medical University, China Xinjiang Urumqi 830017

2. Fourth Clinical Medical College of Xinjiang Medical University, China Xinjiang Urumqi 830099

Abstract: Taking exercise-induced rhabdomyolysis as an entry point, this study proposes the "Three Axes" theory of human qi movement—spontaneous rotation of the spleen-stomach axis, alternating propulsion of the liver-lung axis, and intermingling of the heart-kidney axis. By analyzing the pathological evolution of exercise-induced rhabdomyolysis across five syndromes (muscle atrophy, hematuria, oliguria, anuria, and asthenia), it elucidates how progressive disruption of these three axes drives the progression from muscle injury to acute renal failure. The four herbs in Shengxiang San implicitly align with the principles of ascending clear and descending turbid qi, regulating all three axes, making it a foundational prescription for the entire treatment process. The core pathogenesis—"when clear qi fails to ascend, muscle damage ensues; when turbid yin fails to descend, toxin accumulation occurs"—provides a novel theoretical perspective for the TCM diagnosis and treatment of exercise-induced rhabdomyolysis.

Keywords: Exercise-induced rhabdomyolysis; Three-axis theory of Qiji; Shengjiang San; Five syndrome differentiation and treatment

0 引言

气机升降, 是中医认识人体生理与病理的核心枢要。然当前中医辨治运动型横纹肌溶解, 多聚焦于脾虚血瘀, 对其从肌肉损伤到急性肾衰竭的动态演变, 尚缺乏系统性的气机层面解释。本文尝试基于气机升降学说, 提出“气机三轴”理论框架, 并以升降散组方为纲, 贯穿肌痹、尿血、癃闭、关格、虚劳五证分期辨治, 揭示本病与气机三轴递进失序的内在关联, 为运动性横纹肌溶解综合征 (Exercise-induced rhabdomyolysis, ERB) 提供新的诊疗思路。

1 气机三轴理论

横纹肌溶解综合征 (Rhabdomyolysis, RM) 是由多种

因素导致横纹肌细胞受损、内容物外漏, 常合并急性肾衰竭 (Acute renal failure, ARF) 的一类临床综合征。而 ERB 是由过度运动引发, 为 RM 常见类型, 好发于青年男性。该病以乏力、肌肉酸痛、酱油色尿为典型表现, 严重者可致死亡。现代医学以早期补液、碱化尿液、利尿等对症支持治疗为主, 尚无特效疗法^[1]。中医多从脾虚血瘀论治^[2-4], 但未能兼顾本病变证复杂、病机各异的特点。中医学虽无 ERB 对应病名, 然据其肌肉酸痛、酱油色尿、虚损不复等临床表现, 张则润等^[5]从临床表现与病因病机出发, 将 ERB 归入“肌痹”“尿血”“癃闭”“关格”“虚劳”五证范畴进行分期辨治。本文以气机三轴为理论框架, 以升降散组方为纲, 探讨 ERB 五证分期辨治的思路。

历代医家均重气机之于人体的枢要地位,认为阴阳平衡以五脏六腑气机畅达为前提。营卫的运行、经络的贯通、清浊的分别、津液的输布、气血的畅达,无不以升降形式在运动。《素问·六微旨大论》:“升降出入,无器不有”;“故无不出入,无不升降,化有小大,期有近远,四者之有而贵常守”;“故高下相召,升降相因,而变作矣”;“非出入,则无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏”。说明了人体的脏腑、经络均通过升降出入保持其各自的功能;同时又通过升降出入保持了脏腑、经络之间的相互联系,维持机体功能的统一。

综合历代医家论述,可将人体气机概括为三大枢轴。将脾胃定位为斡旋之“中轴”,肝肺定位为回环之“轮轴”,心肾定位为交济之“纵轴”。三轴命名便于阐明 ERB 病机演变而新拟,其理论内涵承袭黄元御“中气斡旋”、叶天士“肝肺升降”及《周易》“水火既济”之旨。本文所立“气机三轴”之说,并非另起炉灶,而是对历代气机升降学说的整合,阐明 ERB 由肌肉损伤至急性肾衰竭的病机演变规律,为后续五证分期辨治及升降散组方应用提供理论依据。

1.1 脾胃升降之中轴,气机四旁之枢纽

《素问·痿论》曰“脾主身之肌肉”,《素问·太阴阳明论》谓“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾乃得禀也”。ERB 以肌肉酸痛、乏力症状,其病变正始于肌肉。超负荷运动首伤脾气,中气馁弱,清浊易位,肌痹乃成。故论 ERB 的病机,必先明脾胃中轴升降之常。脾主运化而升清,胃主受纳而降浊,二者同居中焦,纳运相得,升降相因,共为气血生化之源、后天之本。李东垣在《脾胃论》中反复论述脾胃为清浊升降之枢纽,认为清气赖脾以上行,浊气赖胃以下降。《素问·阴阳应象大论》谓:“清阳出上窍,浊阴出下窍;清阳发腠理,浊阴走五脏;清阳实四肢,浊阴归六腑。”脾胃升降有序,则清阳四布、浊阴下泄;升降一乱,则清气不升而飧泄,浊气不降而腹胀。

《素问·经脉别论》详述其运化路径:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”脾胃之升降,既司水谷纳运,更统全身气机之斡旋。太阴脾土左旋主升,阳明胃土右旋主降,一升一降,枢转中焦。若中轴失运,清阳陷于下则精微不布,浊阴逆于上则痰湿壅滞,可见脘腹胀满、呕恶泄泻。五脏六腑气机亦赖其引动——肝木得脾升而条达,肺金随胃降而肃敛,心火借胃降以下温肾水,肾水赖脾升以上济心火。中轴一转,四旁皆运,清浊各归其道;

中轴一滞,轮轴失旋,纵轴失交,百病由生。

1.2 肝肺回环之轮轴,气机表里之推运

在 ERB 病势传变过程中,肝肺轮轴起承前启后的作用。《素问·五脏生成》谓“肝之合筋也”,筋肉之屈伸柔韧赖肝血濡养、肝气条达。《素问·经脉别论》言肺“通调水道,下输膀胱”,水液代谢以肺之宣降为动力。中轴失运则轮轴随之而滞,肝肺气机则乱,ERB 即由肌痹向尿血、癃闭等证转化。欲明本病之递进,必当探究肝肺升降之理。《素问·阴阳应象大论》云:“左右者,阴阳之道路也。”《素问·五运行大论》云:“上者右行,下者左行。左右周天,余而复会也。”张景岳《类经·运气类》曰:“上者右行,言天气右旋,自东而西以降于地;下者左行,言地气左转,自西而东以升于天。”天地之气左升右降,应于人身,则肝肺两脏为其枢要。

肝主藏血,体阴而用阳,其气自左而升。肝应春令,为少阳生发之始,其性升发而主疏泄,故肝气条达则气机畅达。肝气升则血随之上行,上奉于心则血脉充盈,上达于头目则清窍通利,外达于肌腠则营卫调和。肺为华盖,主气而司呼吸,其气从右而降。肺应秋令,其性清肃而主宣降,肺气宣发则三焦水道通调,肃降则膀胱气化有节,下行则肾纳有根。左升右降,周而复始,如环无端。

肝升与肺降,互为体用,相辅相成。肝气升发而不亢,则肺气得以顺降而不壅;肺气肃降而不滞,则肝气疏泄而不过。黄元御《四圣心源·劳伤解》云:“脾升则肾肝亦升,故水木不郁;胃降则心肺亦降,故金火不滞。”此论既明升降互为条件,又含脾胃中轴为升降之基。故升降之机,非独肝肺之责,实由中气所统。

若此轴失于调畅,则变证丛生:肝升太过则气火上冲,肺降不及则气逆喘满;肝气郁而不升则血行滞涩,肺气壅而不降则水津不布。气郁可化火,火灼可动血,气滞则水停,水停则生痰。

1.3 心肾交济之纵轴,气机水火之根基

随着病势深入,心肾纵轴是其转归之关键。ERB 由癃闭乃至关格、虚劳,其本质是浊毒蓄积,气化功能走向衰竭的过程——而气化之根在肾,统摄之权在心。纵轴一旦失交,则升降之机隔绝。故论本病之顺逆,必当深究心肾交济之理。心肾相交之哲学渊源,可追溯至《周易》。《周易·泰卦·彖传》云:“天地交而万物通也,上下交而其志同也。”天地之气不交则万物无以化生,人身之水火不交则气机不存。心肾之间的升降往来,正是天地交泰在人体的具体体现。

心居上焦,属火主动。火性炎上,然心火之用,贵在能降。《素问·六微旨大论》“君火之下,阴精承之”,揭示心火虽居上而须下交。心主血脉,司温煦推动之职,一身血液之周流敷布,赖心火下温之力。肾居下焦,属水主静。水性润下,然肾水之功,贵在能升。《景岳全书·传忠录·命门余义》谓命门“为水火之宅”,肾中真火能上升以交于心,使心火不亢而肾水不寒。肾主藏精,司气化,水液之蒸腾,须借肾水上承之功。

水火升降,非心肾二脏独力可为,其往来之道路全在中焦。张锡纯《医学衷中参西录》于此指出,心肾相交全赖脾胃为之转枢,脾升则肾阴上达以济心,胃降则心阳下交以温肾。中焦斡旋有序,则水火之道路畅通;中焦一滞,脾气不升则肾水无以济心,胃气不降则心火无以温肾,上热下寒之势遂成。

综上,气机三轴共为一体:脾胃中轴为升降之枢纽,肝肺轮轴为表里之推运,心肾纵轴为水火之根基。中轴斡旋于内,轮轴周流于外,纵轴交济上下,三者相因相制,维持气机之常。三轴之序,以脾胃立极。中轴一转,清升浊降,则肝肺轮轴随之而旋、心肾纵轴随之而通;中轴一滞,清浊相干,则轮轴失旋而郁,纵轴失交而隔。此为 ERB 从肌痹向关格、虚劳演变的主要过程。

2 ERB 的中医病机分属与气机三轴辨治

ERB 的临床演变,从肌肉酸痛、酱油色尿,到少尿无尿、呕吐关格,再到后期虚损不复,呈现出一条清晰的由表及里、由实致虚、由功能性紊乱向器质性损伤递进的病理过程。以气机三轴观之,这一过程可概括为五个阶段的递进式失序:中轴初损,清阳不升而痹结于肌,是为肌痹;轮轴失旋,郁而化火,纵轴失降,火迫血络,是为尿血;三轴同困,清浊交混,浊瘀阻窍,气化不利,是为癃闭;中轴崩颓,升降废息,阴阳格拒,上下隔绝,是为关格;三轴衰颓,生化无源,邪去正伤,虚而不复,是为虚劳。以下即从肌痹、尿血、癃闭、关格、虚劳五证依次展开,以气机三轴辨析其病机演变,并概述其治疗方法。

2.1 肌痹

ERB 之起,多因超负荷运动,耗伤中气,脾运失司,湿浊内生,痹阻肌肉经络。其症状为:肌肉酸痛、无力举重、屈伸不利、甚则痛不可触。符合中医肌痹范畴,痹证之名首见于《素问·痹论》,其根据邪气伤人之部位分为皮、肌、脉、筋、骨五体痹。

《金匱要略·中风历节病脉证并治》曰:“诸肢节疼痛,身体尪羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐,桂枝芍药知

母汤主之。”《伤寒论·辨少阴病脉证并治》第 305 条:“少阴病,身体痛,手足寒,骨节痛,脉沉者,附子汤主之。”《伤寒论·辨少阴病脉证并治》第 316 条:“少阴病……腹痛、小便不利、四肢沉重疼痛、自下利者……真武汤主之。”张仲景虽未单立“肌痹”之名,然其治痹之法为后世确立准绳。桂枝芍药知母汤以麻黄、桂枝、防风发汗宣肺、提壶揭盖,使邪从表出,乃“发汗”以升清阳、通肌腠;真武汤以附子温肾、苓术利水,乃“利小便”以洁净府;附子汤重用附子配人参大补阳气、温通经脉,乃“温升”以助气化、散凝滞。合观三方,不出“发汗”与“利小便”两法,且温阳通脉一法兼贯其间。发汗与利小便,表里分消,其核心在于调畅气机、恢复气化。发汗可宣肺开郁、升散气机,使邪从表解;利小便能通利三焦、降气导浊,使湿毒下泄。一宣一降,一升一泄,共复气机升降出入之常。然其非独祛邪,更寓调畅气化、恢复升降之深意。

从气机三轴观之,肌痹乃脾胃中轴失运为本。《脾胃论》反复论述脾胃为清浊升降之枢纽。当脾胃升降失司,清阳不升则肌肉失养而酸楚重着,浊阴不降则湿毒痹阻而疼痛不仁。脾不升清则肝木失养,疏泄不畅;胃不降浊则肺金壅滞,宣布不行。气郁湿阻,痹结于肌,发为肌痹。病位虽在肌肉,然肝肺轮轴已受牵累,心肾纵轴亦隐见失衡,此即肌痹内舍于脾而渐传五脏之始。

2.2 血证(尿血)

ERB 因横纹肌细胞破裂,大量肌红蛋白释放入血并经肾小球滤过排出,形成特征性酱油色尿。然排便时尿道并无灼痛感,可依《丹溪心法》“不痛者为尿血”的鉴别要点,断为尿血而非血淋。

《素问·气厥论》奠定尿血的理论根基:“胞移热于膀胱,则癃,溺血。”明确热邪下移膀胱、灼伤血络为尿血核心病机,然对“热从何来、何以移于膀胱”未展开论述。以气机三轴审视此证,其病机可分四步:其一,过劳伤脾,病起于脾胃中轴——中气虚馁,统血无权,此为尿血之源头。其二,高强度运动动阳生热,肝肺轮轴失旋则气郁火生,心肾纵轴失降则火不下交而亢逆,郁火共迫膀胱。其三,肌细胞破裂所释肌红蛋白等浊邪入血,与郁热搏结,形成瘀热互结、浊毒混杂的局面;此时三轴同困——中轴不运则湿浊内生,轮轴不旋则气不行水,纵轴不降则浊无出路,浊毒壅塞血分。其四,浊热下迫,心火不降而灼及肾络,血从下溢。四步相因,虚、热、浊、瘀四者并见。其标在血络受损,其本在气机逆乱。故论治不独凉血止血,当以调气为先,配伍升清降浊之品。

2.3 癃闭

ERB 进程中,肌红蛋白经肾小球滤过进入原尿,被近端肾小管上皮细胞大量重吸收,其血红素辅基在细胞内经血红素加氧酶降解后释放游离铁离子,催化活性氧生成,引发肾小管上皮细胞氧化损伤;同时,未被重吸收的肌红蛋白在远端肾小管酸性环境中与肾脏特异性大分子糖蛋白(Tamm-Horsfall protein, THP)结合形成管型,机械性阻塞管腔。此外,肌损伤后液体向第三间隙转移致有效循环血容量不足,加之肌红蛋白对肾血管的直接作用,引起肾血管收缩、肾脏灌注下降。管型梗阻、氧化损伤与肾缺血三者协同,使肾小球滤过率持续下降,临床表现为尿量递减乃至无尿。此过程与中医“癃闭”病机高度契合。

《素问·宣明五气篇》首立其名:“膀胱不利为癃,不约为遗溺。”明确癃闭病位在膀胱,病性为不利——即气化失司、水道涩滞。然膀胱开合,赖肾气蒸化以推动,故《素问·灵兰秘典论》曰:“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。”癃闭之成,非独膀胱一腑之病,而是全身气机壅滞的局部呈现。其病机可分四层,各与气机三轴相应。

其一,三焦壅滞。《灵枢·本输》曰:“三焦者……入络膀胱,约下焦。实则闭癃,虚则遗溺。”三焦为气机升降出入之总司,亦是水液运行之通道。三焦壅滞,等同于三轴同困。

其二,中气不足。《灵枢·口问》曰:“中气不足,溲便为之变。”脾胃为升降之枢,中气虚馁则升降反常,清阳不升则精微下陷,浊阴不降则水湿内停,小便之变由此而生。

其三,肝经气滞。《灵枢·经脉》曰:“肝所生病者……遗溺,闭癃。”肝主疏泄,调畅气机,其气自左而升。一旦肝气郁结,疏泄失司,则气机左升受阻,肺气随之亦不得肃降。肝不能升则气不行水,肺不能降则宣布无权,肝肺轮轴停旋,水道由是不通。

其四,浊瘀阻窍。肌红蛋白管型阻塞肾小管,在中医病机上恰属“浊瘀阻窍”之候。《景岳全书·癃闭》明确指出:“或以败精,或以稿血,阻塞水道而不通也”,将败精稿血列为癃闭的重要原因。此为三轴壅滞之果:中轴不运则湿浊内生,轮轴不旋则气不行血,纵轴不降则浊瘀无出路,浊瘀胶结,窍道闭阻,由功能性障碍演变为器质性病变。此时轻剂行气理气难以奏效,非破瘀通窍不能开通水道。可参《伤寒论》桃核承气汤化瘀通腑之法,方中桃仁破血化瘀以通窍络,大黄通腑降浊以开下焦之闭,桂枝温

通以助气化,使瘀浊得以下行,水道自可通利。此法不独破瘀,更寓调畅气机以降泄浊邪,降浊即是升清,通腑即是开窍。

2.4 关格

若癃闭不得及时通利,浊毒蓄积日深,则水道闭塞终将演变为气机完全隔绝,此时已由癃闭进展至关格。

《伤寒论·平脉法》首立关格定义:“……关则不得小便,格则吐逆。”下窍闭塞则小便不出,上窍格拒则呕恶不止。《灵枢·脉度》从阴阳气机层面揭示其本质:“阴气太盛,则阳气不能荣也,故曰关。阳气太盛,则阴气弗能荣也,故曰格。阴阳俱盛,不得相荣,故曰关格。”关格乃阴阳二气各自亢盛至极、相互格拒、不得交泰之危候,其核心为气机升降废息、阴阳上下隔绝。

关格为气机三轴闭阻的终局,然三轴病机各有侧重,层层递进而至三轴全废。

其一,脾胃中轴失运,发为吐闭。脾胃为气机上下升降之枢纽。中轴一败,清阳不升则水谷精微不能上奉,浊阴不降则湿邪毒浊不能下泄。“上吐下闭”并见,正是脾胃中轴失运的直接体现。中轴一废,清浊不分,吐闭更甚。

其二,肝肺轮轴壅滞,气血不行。肝气因浊毒壅遏而不得升发,疏泄失司,血行瘀滞;肺气因浊邪充斥而不得肃降,宣布无权,水道不通。

其三,心肾纵轴隔绝,阴阳不交。心火不下交而亢逆于上,肾水不上济而孤寒于下。水火不交,阴阳隔绝,正合《灵枢》“阴阳俱盛,不得相荣”之论。纵轴隔绝至此,气化全废,关门不开,邪无出路,三轴全废、升降息矣。此即《灵枢·脉度》所言关格“不得尽期而死也”。

关格治疗,历代虽有扶正祛邪之争,核心共识在于开闭通腑、降浊排毒、恢复气机升降为第一要务。

2.5 虚劳

ERB 后期,若救治失宜或肾脏遭受不可逆损伤,可相继出现周身软弱无力、面色萎黄、精神萎靡等虚损之象,此可纳入“虚劳”范畴。

ERB 之虚劳,并非纯虚无实。推其根源,实因浊毒壅塞,气化不能恢复,精微无以化生,虚象乃见。就气机三轴而言,其病机可归为三端。其一,过劳伤脾在先,浊毒困脾在后,脾胃中轴屡遭戕伐,运化日渐衰颓。水谷不化气血,肌肉失于充养,故形体羸瘦、神疲乏力。此为生化之源枯竭,亦是虚劳之治必以脾胃为枢机的根本原因。其二,急性期湿毒浊邪虽经救治部分排出,然余浊尚未尽去,留恋三焦,致肝肺轮轴郁滞,气不行血,遂成虚瘀互结之

势。此即虚中夹实之关键所在。其三,肾气久损,气化不复,心肾纵轴失于交济,水火既济之机废弛,阴阳互损,精微下泄而难以固摄。

由此,ERB虚劳之治,不同于寻常虚劳。本病“因浊致虚、虚中夹浊”的特点,决定了其治法忌峻补、忌纯补,当恪守“运中求复”——轻调气机以启脾胃之运,微行气血以化余浊之滞,使清阳渐升而精微自化,浊阴得降而虚损自复。而升降散因其四药配伍一升一降、一开一泄,暗合调复气机三轴之功,可升清降浊以贯穿五证辨治之始终,而用于治疗ERB。

3 升降散组方解析及其与气机三轴的联系

3.1 升降散方义解析

升降散源自明代龚廷贤《万病回春》所载“内府仙方”,原治大头瘟等疫病。清代杨栗山《伤寒瘟疫条辨》将其更名为升降散,并对四药配伍作了系统阐发,确立了“升清降浊”的组方纲领。全方仅僵蚕、蝉蜕、姜黄、大黄四味,药简而法度谨严。

僵蚕,味辛咸性平,入肝、肺、胃经,气薄轻浮而升,功擅祛风化痰、清热解郁。《本草备要》谓其“得清化之气,故能治风化痰,散结行经”,“其气味俱薄,轻浮而升。”;《本草纲目》谓“僵蚕,蚕之病风者也,治风化痰,散结行经,所谓因其气相感,而以意使之者也”。僵蚕之升,乃由里达表、由下而上,善开肌腠之郁闭。

蝉蜕,味甘性寒,归肺、肝经,质轻清透,功善走窜。《医学衷中参西录》称其“以皮达皮”“能发汗,善解外感风热,为温病初得之要药。”;《本草经疏》谓其“得风露之清气,故能入肝祛风散热”。蝉蜕与僵蚕相须为用,有升散透邪、宣发清阳之功。

姜黄,味辛苦性温,归脾、肝、心经,破血行气、通经止痛。《本草纲目》载其“治风痹臂痛”;《新修本草》谓其“下气,破血……功力烈于郁金”。姜黄辛散温通,走而不守,横入肢节,为血中气药。

大黄,味苦性寒,归脾、胃、肝、心、大肠经,泻下攻积、活血祛瘀、清泻湿热。《神农本草经》谓其“荡涤肠胃,推陈致新……安和五脏”;张锡纯言其“能入血分,破一切瘀血……力沉而不浮,以攻决为用……性能降胃热,并能引胃气下行”。

本方四味药可分为两组:僵蚕、蝉蜕升阳中之清阳,姜黄、大黄降阴中之浊阴,组方配伍一升一降、一开一泄、一透一清,可使周身气机通和调畅,契合《素问·六微旨大论》所云“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。”

之论。

3.2 升降散与气机三轴的药法对应

升降散一方四药,看似简单,实则暗合气机三轴同调之功,其对应关系如下:

僵蚕、蝉蜕——升肝肺之清阳,运肝肺轮轴。二药皆入肺肝二经,轻清上行,能助肝气升发条达,又能开宣肺气郁闭。使肝肺轮轴气机重归周流。同时,其升清之性亦可间接调理脾胃中轴。

姜黄——斡旋脾胃中轴,兼调肝肺气血。姜黄入脾、肝经,辛苦温通,既能助脾运化以散湿浊,又能行血中气滞以通郁结。在脾胃方面,姜黄为脾之运化提供气血等物质基础;在肝肺层面,其活血行气之功可化解气郁所致的血滞,使轮轴运转更畅。

大黄——降阳明之浊阴,通心肾之纵轴。大黄沉降下行,入胃、大肠经,顺胃气通降之势,荡涤胃肠积滞,推陈致新。同时,大黄入心经可导热下趋,使心火借阳明出路而下达肾水,恢复水火既济之功。

四药合和,以脾胃中轴为枢纽——僵蚕、蝉蜕助脾之升,大黄助胃之降,姜黄运脾之滞。中轴一转,清升浊降,肝肺轮轴随之而旋,心肾纵轴随之而通。此即一方而统三轴、四药而通气机。

3.3 升降散贯穿 ERB 五证的辨治机理

ERB自肌痹至虚劳五证之演变,其本质为气机三轴递进式失序。升降散贯穿全程之理,在于其调复三轴之功不因证型而异,惟随病机浅深而调整配伍侧重与剂量轻重。

肌痹阶段,病在肌肉,核心为脾胃中轴失运、清阳不升、浊阴痹阻。升降散以僵蚕、蝉蜕升清充肌,兼调肝肺轮轴;姜黄、大黄降浊排壅。四药合用,清升浊降,肌痹自解。此时僵蚕、蝉蜕用量可稍重,以助清气上达肌腠。

尿血阶段,为虚、热、浊、瘀四者夹杂,导致气机逆乱。升降散以僵蚕、蝉蜕升散郁火,一则升脾之清阳以复统摄,二则透肝肺郁热以复轮轴之旋;姜黄行血中气滞;大黄降血中瘀热,给邪以出路。四药既清其源又畅其流以调气机,使血止而不留寇。此证重在“降火”与“降浊”,大黄可生用以增强通降之力。

癃闭阶段,为三焦壅滞、气化不利,由气机从功能性紊乱向器质性闭塞转变。升降散以僵蚕、蝉蜕开宣肺气,取“提壶揭盖”之意,调上焦肝肺轮轴;姜黄行气活血,斡旋中焦,复脾胃枢纽;大黄通腑降浊,开下焦闭塞,恢复心肾交济。三焦同治,气化自行,水道自通。若浊瘀阻窍较甚,大黄可参考桃核承气汤法,以增破瘀通窍之力。

关格阶段，升降废息、阴阳隔绝，为三轴危重之终局。升降散于此须审慎化裁：僵蚕、蝉蜕量宜轻，意在开上焦之郁闭，使气机有隙可转；姜黄行气血于中道，防浊瘀胶结；大黄为关格要药，可生用通腑降浊——大黄一通，浊毒得下，胃气随之而降；腑气得通，小便或可得下。降浊即是开闭，通腑即是救逆。

虚劳阶段，为“因浊致虚、虚中夹浊”，三轴衰颓而生化无源。升降散于此当变法而用：僵蚕、蝉蜕小剂量微升清阳，其意不在透邪，而在复苏中轴斡旋之机，醒脾启运；姜黄轻疏肝络，和血而不破血，使瘀去新生；少佐熟大黄润导余浊，推陈致新而无攻伐之弊。四药轻拨气机，以运代补，使脾胃能纳化、精微得输布。

综观五证之治，升降散始终以调复气机三轴为纲，而随证变法。肌痹重在升清以通痹，尿血重在降火以宁络，癃闭重在利窍以复气化，关格重在开闭以救逆，虚劳重在运中以复元。一方而兼五法，此即杨栗山制方“升降”二字的深层意蕴：非仅药物之升降浮沉，而是以药物升降之性，复人体三轴升降之常。

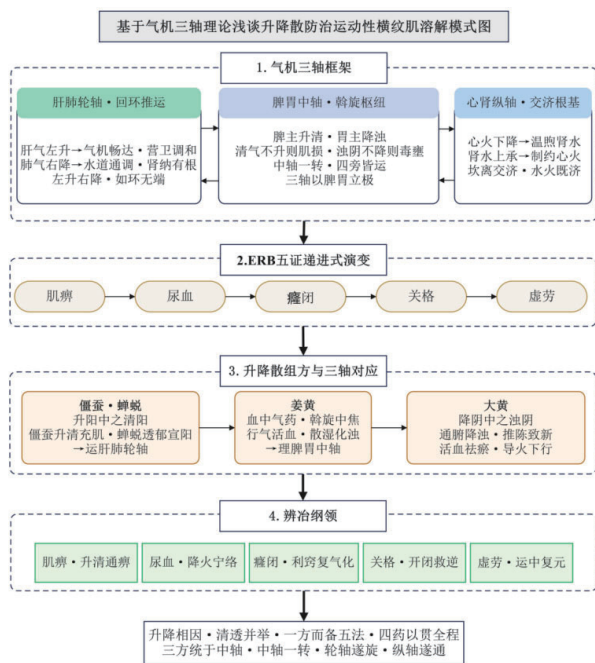


图 1 基于气机三轴理论浅谈升降散防治运动性横纹肌溶解模式图

4 讨论

4.1 气机三轴治疗理论与现行中医认识的比较

当前中医药辨治 ERB 多从“脾虚血瘀”立论，治以健脾益气、活血化瘀。此认识抓住了 ERB 起于过劳伤脾、终于络脉瘀阻的两个关键节点，但未能揭示从“脾虚”到“血瘀”之间的病机演变过程，亦难以解释为何同一疾病在

不同阶段呈现出肌痹、尿血、癃闭、关格、虚劳等截然不同的证候特征。

如图 1 所示，本文以气机三轴立论，其与“脾虚血瘀”说的根本差异在于：后者着眼于病性之两端；前者着眼于病势之演变。以三轴递进失序为纲，五证之间不再是独立的诊断，而是一个完整的病理过程。这一理论框架弥补了“脾虚血瘀”说在动态演变与分期论治方面的不足（如贾九丽等从湿热瘀滞及气津两伤立论^[6]）。

此外，气机三轴论将“调气”而非“补虚”或“化瘀”确立为治疗主线，亦与当前主流治法有所不同。ERB 早期即见脾气虚损，然本文认为此阶段不宜峻补，而当以升清降浊为先，使中轴一转，清升浊降，则气血自生、湿浊自化。

4.2 气机三轴治疗运动性横纹肌溶解的证据缺口与展望

综上，本研究的理论框架尚待以下证据支撑：

其一，临床证据。目前尚缺乏以气机三轴理论指导 ERB 辨治的病例报道，升降散用于 ERB 的临床疗效及安全性亦乏数据支撑。

其二，理论层面。气机三轴作为本文理论框架，其适用性尚待检验。这一框架能否用于解释其他由“气机壅滞”向“气化衰颓”传变的疾病，值得进一步探讨。若能将气机三轴理论推广至同类疾病的辨治，则升降散“异病同治”的运用范围可得到进一步拓展。

5 结语

本文从气机升降学说出发，提出人体气机运行之“三轴”理论。三轴一体，以脾胃立极，共同维系全身气机升降出入之常。通过运动型横纹肌溶解在肌痹、尿血、癃闭、关格、虚劳五证中的病机演变，阐明三轴递进式失序是病变从肌肉损伤走向急性肾衰竭的关键所在。

升降散一方统三轴——僵蚕蝉蜕升肝肺之清阳运轮轴，姜黄斡旋中焦理脾胃中轴，大黄降阳明浊阴通心肾纵轴。四药升降相因，清透并举，可作为贯穿 ERB 辨治的基础方。肌痹升清通痹，尿血降火宁络，癃闭利窍复气化，关格开闭救逆，虚劳运中复元。

气机三轴作为新拟之假说，升降散作为 ERB 治疗之推演，为本病的中医辨治提供了一种可能的理论方向，其临床价值尚待临床观察与实验研究加以检验与修正。

参考文献：

- [1] Huerta-Alardín AL, Varon J, Marik PE. Bench-to-bedside review: Rhabdomyolysis — an overview for

clinicians[J]. Critical Care, 2005, 9(2): 158-169.

[2] 陈磊鑫, 韩根利. 从脾一瘀论治运动性横纹肌溶解综合征[J]. 江苏中医药, 2018, 50(10): 20-21.

[3] 叶紫雍. 从脾论治运动性横纹肌溶解综合征脾虚血瘀证临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2020, 55(6): 416-417.

[4] 张荣东, 林莺, 刘利华. 基于“脾主身之肌肉”理论探讨横纹肌溶解症的诊治[J]. 江苏中医药, 2020, 52(6): 47-49.

[5] 张则润, 韩佳, 王健等. 中医辨治运动性横纹肌溶解综合征[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(10): 132-134.

[6] 贾九丽, 肖勇洪, 刘颖希. 基于“湿热瘀滞”及“气津两伤”应用经方辨治运动性横纹肌溶解症思路[J]. 中医药通报, 2024, 23(4): 22-24, 55.

基金项目：本研究得到了新疆自治区科技计划项目（项目编号：2025D01C65）资助，新疆神经系统疾病研究重点实验室（项目编号：XJDX1711-2423）及新疆医科大学中医学院“十四五”特色学科的支持。所有作者声明无利益冲突。

作者简介：第一作者：刘翔（2004.02.21），男，汉族，安徽省安庆市，本科，中医药专业，邮箱：18192021917@163.com。

* 通讯作者：梁瑞宁（1991.01.23），女，汉族，河南省永城市，中西医结合医学博士研究生，新疆医科大学中医学院讲师，中医药研究，E-mail: xylm0681@xjmu.edu.cn。