

# 从黄元御“一气周流”与陈士铎“肾为胃之关”新解辨治胃脘痛——附“三层递进”病机模型构建

狄国伟

成都高新远公堂中医诊所，中国·四川 成都 610000

**摘要：**目的：针对胃脘痛多证并存、寒热错杂、本虚标实之复杂局面，整合黄元御“一气周流”与陈士铎“肾为胃之关”新解，构建补充性病机框架。方法：基于下气汤方义与“肾为胃之关”之论，结合叶桂“久病入络”学说，从气机升降、化源亏耗、血分络病三层次递进分析。结果：提出“三层递进”模型：一层“中轴失运”治以下气汤化裁；二层“肾源亏虚”治以补肾阴法；三层“邪滞伤络”治以化瘀通络、清化逐邪。结论：该模型从纵向层次补充 2024 年共识之横向分型。

**关键词：**胃脘痛；黄元御；陈士铎；下气汤；肾为胃之关

## Discussion on the Hierarchical Pathogenesis and Syndrome Differentiation Strategy of Epigastric Pain Based on Huang Yuanyu's "Unitary Qi Circulation" and Chen Shiduo's Discourse on "Kidney as the Pass of Stomach"

Di Guowei

Chengdu High-tech Zone Yuangongtang TCM Clinic, China Sichuan Chengdu 610000

**Abstract:** Objective: To integrate Huang Yuanyu's "Unitary Qi Circulation" with Chen Shiduo's "Kidney as the Pass of Stomach" doctrine for complex epigastric pain. Methods: Based on Xiaqi Decoction, Chen's kidney-nourishing theory, and Ye Tianshi's "chronic disease entering collaterals," a three-layer progressive model was proposed. Results: Layer 1, "Central Axis Dysfunction," treated by modified Xiaqi Decoction; Layer 2, "Kidney-Source Depletion," treated by kidney-yin-nourishing; Layer 3, "Pathogenic Stagnation Damaging Collaterals," treated by resolving stasis. Conclusion: The model complements the 2024 Expert Consensus, offering a hierarchical perspective for epigastric pain.

**Keywords:** Epigastric pain; Huang Yuanyu; Chen Shiduo; Xiaqi Decoction; The kidney is the gateway to the stomach

## 0 引言

胃脘痛系上腹胃脘部近心窝处疼痛为主症之病证，为临床最常见脾胃病之一。《胃痛中医诊疗专家共识（2024）》归纳为寒邪客胃、食滞胃脘、肝胃不和、脾胃湿热、寒热错杂、瘀阻胃络、胃阴亏虚、脾胃虚寒八种证候<sup>[1]</sup>。然临床多证并见、寒热错杂、本虚标实之局面常见，仅凭横向分型不足以烛照病机全貌，亟需纵向层次之补充分析框架。

清代黄元御（1705—1758）创“一气周流”，以中气为枢、肺胃右降，制下气汤以肺胃同治为法；陈士铎（约 1627—1707）著《辨证录》，于“肾为胃之关”别有阐发<sup>[2]</sup>，谓胃阴不足当大补肾阴。二家一重“通路”、一重“来源”，鲜有合论。本文会通二说，构建“三层递进”模型。

## 1 黄元御“一气周流”与下气汤辨治胃脘痛

### 1.1 “一气周流”之枢要

黄元御《四圣心源》以“一气周流”统摄气化：“升

降之权，则在阴阳之交，是谓中气”<sup>[3]</sup>，“湿则中气不运，升降反作”<sup>[3]</sup>。中气如轴，四维如轮，中气虚弱则脾不升清、胃不降浊，气机郁滞中焦，不通则痛，此即“中轴失运”，其本在中气虚馁。

### 1.2 下气汤方义阐微

下气汤出《四圣心源·卷四》，主治“气滞在胸膈右胁者”<sup>[3]</sup>，方由茯苓、甘草、半夏、杏仁、贝母、五味子、芍药、橘皮组成。

其精义在肺胃同治：杏仁、贝母清降肺气以导胃气下行；半夏、橘皮降逆和胃；茯苓、甘草培土和中；芍药、五味子敛阴止痛。黄元御谓“肺气不降，则胃气亦不降矣”<sup>[3]</sup>，只理胃而忽略肺之肃降，犹治水而不疏上源。

### 1.3 麻瑞亭化裁之启示

黄元御第五代传人麻瑞亭（1903—2006）化裁下气汤<sup>[4]</sup>：去五味子、贝母、橘皮，加制首乌、粉丹皮、广橘红，使原方变为“既能右降肺胃、又能左升肝脾”之升清

降浊剂。其治胃脘痛以炒白术易甘草，加郁金、延胡索、乌贼骨、炒干姜、白蔻仁、三七粉<sup>[4]</sup>。

1.4 下气汤辨治胃脘痛之层次归属

下气汤旨在恢复脾胃升降，属三层模型第一层“中轴失运”范畴。辨证要点：胀痛为主，与情绪、饮食相关，伴嗳气反酸痞满，脉弦或滑，苔薄白或薄腻。若见隐痛、夜间加重、舌红少苔，则已涉第二层，须合补肾养胃之法。

2 陈士铎“肾为胃之关”新解与补肾养胃法辨治胃脘痛

2.1 “肾为胃之关”之陈士铎新解

《素问·水热穴论》最早提出“肾为胃之关”：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”<sup>[5]</sup>陈士铎于《辨证录》独到阐发：“胃为肾之关，非肾为胃之关。《内经》年久讹写误传，世人错认肾为胃之关门。”<sup>[2]</sup>其论实质在于深化“肾为胃之关”——肾为胃之关，胃乃肾精输布之通道。陈氏释曰：“胃之关门不固，则肾不能藏精；胃之关门不开，则肾不能输精。”<sup>[2]</sup>胃气上逆属“关门不开”，肾精输布受阻，此即久年胃脘痛由气滞渐成气阴两虚之机。

经络层面，胃经“其取气于肾，方能化谷精微”<sup>[2]</sup>；藏象层面，胃之受纳腐熟赖肾火资助，胃阴不足之深层根源在肾精亏耗。

陈氏更倡脾胃分治：“补脾宜补肾中之火，补胃当补心中之火”<sup>[2]</sup>，脾虚泄泻温补肾阳，胃阴虚不纳食滋补肾阴，治脾治胃各有偏重。

2.2 胃阴不足之二型鉴别

陈士铎学说启发下，本文将胃阴不足型胃脘痛分为单纯胃阴虚与肾源性胃阴虚二型（见表1）。

表1 单纯胃阴虚与肾源性胃阴虚鉴别

| 鉴别要点 | 单纯胃阴虚      | 肾源性胃阴虚        |
|------|------------|---------------|
| 病机   | 胃腑阴液亏耗     | 肾精不足，无以化生胃阴   |
| 痛势   | 灼痛，得食稍缓    | 隐痛，空腹夜间为甚     |
| 兼症   | 口干、便干、饥不欲食 | 兼腰膝酸软、夜尿频多    |
| 舌象   | 舌红少苔或光剥    | 舌红少苔，舌根尤甚     |
| 脉象   | 脉细数        | 脉沉细数，两尺尤弱     |
| 病程   | 较短         | 较长，多逾经年       |
| 治法   | 甘寒生津，益胃养阴  | 补肾填精，滋养胃阴     |
| 代表方  | 益胃汤、沙参麦冬汤  | 引火汤化裁、自拟补肾养胃方 |
| 起效   | 较快，约一二周    | 较长，需数月        |

鉴别关键在有无肾虚见症。单纯胃阴虚甘寒濡润即可；肾源性胃阴虚病位在胃而病根在肾，肾精亏耗则关门不通、胃腑失养。

2.3 陈士铎补肾养胃之方药体系

陈士铎用药特色有三端<sup>[2,6]</sup>：重用玄参、麦冬金水相生——玄参滋肾水养胃阴、清虚火护胃络，麦冬润肺胃，暗合黄元御“肺胃同治”之意；重用白芍柔肝安胃，“平肝

之药，舍白芍实无第二味可代”<sup>[6]</sup>；善用山药脾肾同补为引经，使补肾而不碍胃。

引火汤（熟地、天冬、麦冬、茯苓、五味子、巴戟天）为陈士铎治阴虚火浮之代表方<sup>[2]</sup>，化裁治肾源性胃阴虚：熟地 90 g 补肾水为君，天冬、麦冬各 30 g 金水相生为臣，茯苓 15 g 利水不伤阴，五味子 6 g 敛浮火，巴戟天 30 g 引火归原，加山药 30 g 补脾养胃。作者据此化裁自拟补肾养胃方：玄参 20 g、麦冬 15 g、白芍 30 g、山药 30 g。

3 胃脘痛病机“三层递进”模型之构建

3.1 三层模型之总纲

综合二家之学与临床演变规律，本文提出胃脘痛病机“三层递进”模型：

第三层：邪滞伤络 ← 痰瘀湿热壅滞，病在血分

↑ 久病失治，邪伏入络

第二层：肾源亏虚 ← 肾精不足，胃阴失滋，病涉先天

↑ 中轴久失运，由脾及肾

第一层：中轴失运 ← 脾胃升降乖戾，气机郁滞，病在气分

3.2 第一层——中轴失运

病机本质：中气虚弱，升降乖戾，气机壅滞中焦，为最基础之层面，源于饮食不节、情志失调、劳倦过度。如黄元御言“中气衰则升降窒……四维之病，悉因于中气”<sup>[3]</sup>。证候归属：肝气犯胃、饮食伤胃、寒热错杂（轻证）。临床特点：胀痛为主，伴嗳气反酸痞满，苔薄白或薄腻，脉弦或滑。治法核心：调轴——斡旋中焦。主方：下气汤化裁。

3.3 第二层——肾源亏虚

病机本质：久病及肾，肾精亏耗，无以化生胃阴，不荣则痛。形成路径：中轴失运日久，后天不养先天（由脾及肾）；或年高体衰、久病耗伤，肾精先亏（由肾及胃）。如陈士铎所论“肾为胃之关”<sup>[2]</sup>，肾精亏耗则关门不通，胃腑首当其冲。证候归属：胃阴亏虚（肾源型）、脾胃虚寒（肾阳虚型）。临床特点：隐痛或灼痛，空腹及夜间加重，病程逾年，伴腰膝酸软、夜尿频多、尺脉不足。治法核心：培源——补肾填精。主方：自拟补肾养胃方，玄参、熟地填精治本，麦冬、石斛濡润治标。

3.4 第三层——邪滞伤络

病机本质：胃痛经久不愈，气滞致瘀、脾虚生痰、郁热蕴毒，痰瘀湿热交结壅滞胃络。叶桂“久病人络”之论<sup>[7]</sup>于此体现——病邪由气分入血分，胃镜下糜烂、溃疡、肠化皆为其表征。证候归属：瘀阻胃络、脾胃湿热（重证）、寒热错杂（重证）。临床特点：刺痛固定，入夜尤

甚，拒按，舌紫暗或有瘀斑，脉涩。治法核心：通络——化瘀通络、清化逐邪，瘀用丹参、三七、延胡索，痰用半夏、瓜蒌、白芥子，毒热用蒲公英、黄连。

### 3.5 三层之间之动态关系

三层存在递进与叠加两种关系。递进：第一层失治迁延→气滞化热→热灼胃阴→后天不养先天→肾精亏耗（久病及肾），第二层不足又加重第一层。叠加：第三层邪滞可叠加于前二层，阻滞气机加重第一层，耗伤阴精加速第二层。模型不取代共识八证分类，而为其提供层次定位维度，助医者理清轻重缓急。

## 4 基于三层模型之辨治策略

### 4.1 调轴法——下气汤化裁

基础方：下气汤核心五味（甘草、茯苓、半夏、杏仁、芍药）酌加橘红。化裁：气滞偏重加枳壳、木香、佛手；胃逆偏重加代赭石、旋覆花；脾虚偏重加党参、白术、砂仁；湿热偏重加黄连、黄芩、蒲公英。病程久、露肝肾不足端倪者加制首乌、牡丹皮。

### 4.2 培源法——补肾养胃方

基础方（自拟补肾养胃方）：玄参 15~20 g、麦冬 15 g、白芍 15~30 g、山药 30 g，补肾而不碍胃、养胃而不离肾。化裁：肾精亏甚加熟地黄、山茱萸；胃阴大伤加石斛、玉竹、天花粉；阴阳两虚加巴戟天、肉桂；兼瘀加丹参、三七粉。

### 4.3 通络法——化瘀逐邪

法度：活血化瘀丹参 15 g、三七粉 3 g（冲服）、延胡索 10 g；化痰散结半夏 9 g、瓜蒌 15 g、白芥子 6 g；清热解毒蒲公英 30 g、黄连 6 g；虫类搜剔（重症）地龙 10 g、全蝎 3 g。三层并见先通络治标，后调轴培源治本。

## 5 典型病案举例

病案：三层并见之复合型（三层同治）

【基本信息】付某，女，54 岁，2025 年 12 月初诊。

【主诉】胃脘疼痛约 3 年，加重 1 周。

【现病史】胀痛与隐痛交替，偶有刺痛、痛处固定，伴嗳气反酸、口干口苦。C13 呼气试验幽门螺杆菌阳性。胃镜示慢性萎缩性胃炎伴糜烂、肠化。

【舌脉】舌紫苔黄厚，脉浮濡涩。

【辨证】胃气不畅 + 胃阴亏虚 + 瘀阻胃络（三层并见）。

【治法】急则治标——先通络止痛、清化逐邪；缓则治本——继以调轴培源善后。

【方药】柴胡 10 g、黄芩 12 g、茯苓 15 g、白芍 20 g、法半夏 9 g、杏仁 15 g、丹参 15 g、沉香 10 g、五灵脂 15

g、蒲黄 10 g、蒲公英 20 g、黄连 6 g、沙参 20 g、生地黄 15 g。

【复诊】服 10 剂诸症缓解，续服 15 剂明显改善，后加补肾填精、六君子药去黄连、生地续服 10 剂，诸症消失。

【按语】胀痛（一层）、隐痛（二层）、刺痛固定（三层）并存，兼幽门螺杆菌邪毒。急性期通络护胃，缓解期调轴培源。

## 6 讨论

### 6.1 本文之学术价值

本文首次将黄元御“一气周流”与陈士铎“肾为胃之关”二说系统整合，提出“三层递进”模型：（1）从纵向层次补充共识横向分型之不足，揭示胃脘痛由浅入深、由气分到血分之演变规律；（2）将一重升降、一重化源两家之学统一于同一框架；（3）为复杂胃脘痛提供层次定位与治法次第参考。

### 6.2 对 2024 年共识之补充建议

建议在共识基础上增加“层次辨证”维度：（1）胃阴亏虚证宜区分“单纯胃阴虚”与“肾源性胃阴虚”；（2）寒热错杂证宜关注其与“中轴失运”之关系；（3）多证并见者宜运用三层模型确定治疗次第。

### 6.3 局限与展望

三层模型尚处理论构建阶段：各层权重与交互关系需大样本临床验证；“补肾养胃法”逆转肠上皮化生之远期疗效需长期随访研究；三法并用之疗效需随机对照研究验证。

### 参考文献：

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃痛中医诊疗专家共识意见(2024)[J]. 中医杂志, 2024, 65(16): 1713-1722.
- [2] 陈士铎. 辨证录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 275-278.
- [3] 黄元御. 四圣心源[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 52-58.
- [4] 孙治熙. 麻瑞亭治验集[M]. 西安: 陕西科学技术出版社, 1993: 3-15.
- [5] 王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京: 学苑出版社, 2014: 126-128.
- [6] 陈士铎. 本草新编[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 63.
- [7] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 498-502.

作者简介：狄国伟（1975.12-），男，汉族，河南鹿邑人，执业中医师，研究方向：中医脾胃病临床与理论。