Traditional Chinese Medicine 中医学, 2026, 15(11), 7-14
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/tcm
https://doi.org/10.12677/tcm.2026.1511617

Hans汉斯

“升清降浊”法辨治“上虚下实”证的理论探讨

孙　利[1]，张福利[2*]

[1]黑龙江中医药大学研究生院，黑龙江　哈尔滨
[2]黑龙江中医药大学基础医学院，黑龙江　哈尔滨

收稿日期：2026年9月23日；录用日期：2026年10月26日；发布日期：2026年11月4日

摘　要

为系统阐释“升清降浊”法辨治“上虚下实”证的病机模型与治法体系，通过理论溯源与病机推演，构建该证的辨识框架与治疗法则。研究认为，“上虚下实”证以脾胃虚弱为病机之本，以清阳升出不及为“上虚”之核心，以浊阴降入障碍为“下实”之关键，其辨识以舌苔腻、寸脉弱与关尺脉弦并见为核心要点。治法以升清降浊为纲，系统运用血分药以助化浊，并全程顾护阴液。方药形成以柴胡、升麻、葛根升清，半夏、茯苓、牡丹皮、当归、山楂降浊，生地、麦冬顾阴为核心的高度规律性配伍。该体系融通东垣内伤学说与温病学精要，为现代复杂“上虚下实”证候提供了理法方药完备的辨治范式。本文为理论探讨与经验归纳，所提辨识要点及配伍规律的敏感性、特异性尚需大样本临床研究验证。

关键词

上虚下实，升清降浊，清浊相干，血水同治，理论探讨

A Theoretical Discussion on the “Raising the Clear and Lowering the Turbid” Method for the Diagnosis and Treatment of the “Upper Deficiency and Lower Excess” Syndrome

Li Sun[1], Fuli Zhang[2*]

[1]Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang
[2]School of Basic Medicine, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: September 23, 2026; accepted: October 26, 2026; published: November 4, 2026

[*]通讯作者。

文章引用: 孙利, 张福利. “升清降浊”法辨治“上虚下实”证的理论探讨[J]. 中医学, 2026, 15(11): 7-14.
DOI: 10.12677/tcm.2026.1511617

Abstract

To systematically elucidate the pathogenetic model and therapeutic framework for the syndrome of "upper deficiency and lower excess" based on the principle of "raising the clear and descending the turbid", this study constructs a diagnostic framework and treatment principles for this syndrome through theoretical tracing and pathogenetic analysis. The study posits that the "upper deficiency and lower excess" syndrome is fundamentally rooted in spleen-stomach deficiency; the core of "upper deficiency" lies in the failure of clear yang to rise adequately, whilst the key to "lower excess" lies in the obstruction of turbid yin descending. Its identification centres on the concurrent presence of a greasy tongue coating, a weak cun pulse, and taut guan and chi pulses. The therapeutic approach follows the principle of "raising the clear and descending the turbid", systematically using blood-phase herbs to transform turbidity while safeguarding yin fluids throughout treatment. The formulation is characterised by a highly systematic combination centred on Bupleurum, Cimicifuga and Pueraria root to raise the clear, Pinellia, Poria, Moutan bark, Angelica sinensis and Hawthorn to descend the turbid, and Raw Rehmannia and Ophiopogon to nourish yin. This system integrates the theories of Dongyuan's Internal Injury and the essentials of Warm Disease theory, providing a comprehensive diagnostic and therapeutic paradigm—encompassing theory, methodology, formulae, and herbal prescriptions—for the modern complex syndrome of "upper deficiency and lower excess". As a theoretical discussion and clinical experience summary, the sensitivity and specificity of the proposed identification criteria and formulation rules require validation through large-sample clinical studies.

Keywords

Upper Deficiency and Lower Excess, Raising the Clear and Lowering the Turbid, The Interrelation of the Pure and the Impure, Simultaneous Treatment of Blood and Fluid Disorders, Theoretical Discussion

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Open Access

1. 引言

现代临床中，常可见一类症状繁杂、上下交织的患者：上则头晕、失眠、乏力，下则泄泻、腹胀、痤疮，症状横跨多个系统。此类证候若按常规脏腑辨证分治，或补或泻，往往此消彼长，疗效不稳。究其根本，其核心矛盾在于清阳不升与浊阴不降并存，形成“上虚下实”之复杂格局。

“上虚下实”作为中医证候范畴，其理论渊源可追溯至《黄帝内经》。《素问·阴阳应象大论》言“清阳出上窍，浊阴出下窍”“清阳实四肢，浊阴归六腑”，确立了清阳与浊阴在人体内升降出入的基本运动形式。国家标准《中医临床诊疗术语》将“上虚下实证”定义为“正气虚于上、邪气实于下，以上虚与下实证象同时并现为特征的一类证候”。近年来，该理论已被应用于特定病种的病机阐释，如有研究基于“上虚下实”探讨痴呆“心脑虚、肠胃实”的核心病机，亦有研究将其用于健忘的辨析。然而，既往研究多聚焦于特定病种，且多沿用传统方剂的直接应用，尚缺乏从脾胃升降枢机角度构建的通用病机模型与系统化裁的治法体系。本文所论“上虚下实”，特指以脾胃升降枢机失司为病机核心、以清阳升出不及与浊阴降入障碍并见为特征的一类证候，与单纯“上实下虚”或“上热下寒”在病机重心与治法方向上有所不同。

《脾胃论》曰：“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，乃清气为天者也；升已而下输膀胱，行秋冬之令，为传化糟粕，转味而出，乃浊阴为地者也”[1]。此言确立了脾胃作为人体清浊升降之枢纽的核心地位。此与《内经》清阳浊阴升降出入之论一脉相承。若脾胃运化失常，此升降出入之机紊乱，则内而五脏六腑，外而四肢九窍，皆可为病，“上虚下实”之证由是而生。

从气机运动的角度审视，上述症状群可归结为一对核心矛盾：头面官窍失于濡养、肌体四末失于温煦，提示清阳“升”“出”功能减退；而腹胀、泄泻、痤疮等症，则提示浊阴“降”“入”功能失常。清阳当升不升与浊阴当降不降同时出现，恰与脾胃升降枢机失司的病机特征相吻合。此证属虚实夹杂之复杂格局，临证易误判为单纯虚实证而施以单一补泻，故常疗效欠佳。

李氏清暑益气汤原为“脾胃素虚，又感暑湿”而设，其“补中益气，清热除湿”之法[2]，与本病机本有契合。然时移世易，原方所针对的病因病机与现代临床常见复杂证候存在差异，如何精准化裁此方以治疗当代疾病，尚乏系统论述。本文拟从理论层面，系统阐释“上虚下实”证的病机模型与“升清降浊”治法体系，以期为临床辨治此类复杂证候提供理论依据。

2. “上虚下实”证候模型的理论构建

脾胃居中以斡旋升降。饮食入胃，清阳赖脾气升发而上濡头面、外充肌体；浊阴赖胃气降泄而下出肠腑、内归五脏。清阳之升与浊阴之降，并非两个独立的过程，而是同一枢纽运转的两个方向。脾升则胃降，胃降则脾升，二者互为动力、互为条件。

若脾胃虚弱，则升降俱失常度。清阳当升不升，则上窍失养、肌体失充，此即“上虚”；浊阴当降不降，则壅滞三焦、或上逆、或外泛、或下迫，此即“下实”。二者并非两个独立的病理过程，而是同一枢纽失司后，升降两端同时出现障碍的必然结果。清阳不升则浊阴更无下降之动力，浊阴不降则清阳更无上升之空间，二者互为因果，形成“上虚下实”的恶性循环。

2.1. “上虚”证候的病机探析

根据《内经》“清阳出上窍”“清阳实四肢”的生理论述，若脾胃虚弱、清阳升发不及，则头面官窍与四肢肌体失于濡养温煦，由此可推演“上虚”证的典型临床表现。

2.1.1. 清阳不升，上窍与神机失用

头面官窍与精神情志的功能正常，高度依赖于清阳的上濡。清阳不升，头窍失养，故见头晕，此即《灵枢·口问》“上气不足，脑为之不满”之意，现代研究亦从清阳不升角度对此有所阐发[3]。不寐则揭示了病机的复杂性，它既是清阳不升致气血亏虚、神失所养的体现，更是中焦枢纽不利导致浊阴上扰、营卫运行失调的结果[4]。

2.1.2. 清阳不出，肌体与四末失于充养

清阳布散于外的功能减退，则导致机体失于温煦、振奋与固护。清阳不振，肢体失充，故见乏力；阳气不达四末，故见下肢不温。清阳不能固护腠理，则见多汗。此皆清阳“出”之不利的表现。

上述症状从不同角度共同印证了“脾胃虚弱，清阳不升、不出”这一核心病机。眩晕、不寐等症侧重反映清阳“升”之不及，乏力、肢冷诸症则主要体现清阳“出”之不利，为临床确立“补中升阳”之根本治则提供了坚实依据。

2.2. “下实”证候的病机分析

根据《内经》“浊阴出下窍”“浊阴归六腑”的生理论述，若脾胃虚弱、浊阴降泄失司，则浊邪内生、壅滞三焦，或上逆、或外泛、或下迫，由此可推演“下实”证的典型临床表现。

2.2.1. 浊阴不降，壅滞三焦

在上焦，浊邪壅遏气道、肺气不利，则见鼾眠；痰浊结聚于上，则见颏下痰核[5] [6]。在中焦，浊邪壅塞、胃胆之气上逆，则见腹胀、嗳气、口苦。在下焦，浊阴停聚、逼迫湿浊下泻、传化失常，则见泄泻，此亦属人体驱邪外出之机[7]；水湿浊邪泛溢下焦、膀胱气化不利，则见下肢浮肿。

2.2.2. 浊阴不入，泛溢肌表

浊阴不能内归于腑，反而外泛蕴蒸于肌肤，则见面部痤疮与手部湿疹，此与泄泻同属机体驱邪外达之途径[8]。

“上虚”与“下实”皆以脾胃虚弱为本。脾虚则清阳不升、不出，浊阴内生、壅滞三焦，津液不得徇其常道，或上下四溢，或结聚为患。这一由理论推导所确立的“上虚下实”证候，与后文将详述的脉象之“寸弱关尺弦”、舌象之“苔腻”等体征相互印证，共同构成一个症状与体征有机统一的辨证体系。

2.3. 舌脉合参：统证“上虚下实”整体病机格局

舌象与脉象为“上虚下实”证候提供了客观而系统的证据支持，共同构成了一个脉证合一的完整辨证体系。

从理论推之，舌苔腻为脾胃虚弱、清阳不升、湿浊内停之象；湿浊上泛，则见舌苔白。在此基础之上，因现代人营养丰足，湿浊之邪易从阳化热，故多见舌苔黄与舌质红；若热盛日久，耗伤气阴，则出现舌苔剥脱。舌象演变清晰地勾勒出由“湿浊内停”向“湿热化燥”发展的动态病机轨迹。

脉象则从气机层面刻画了“上虚下实”的立体格局。寸脉弱、寸脉沉、寸脉短及关脉沉，共同指向脾胃虚弱、清阳不升。气血化源不足，气机上行不利，脉道不充盈，故见弱、短；若邪气郁遏于上中焦，则脉位不举而见沉。与寸部形成鲜明对比，关尺部脉象呈现一派邪气壅滞之象。关尺脉弦为核心指征，主肝失疏泄、气机郁结、气血痰饮内停等[9]，关脉弦偏责中焦，尺脉弦责之下焦。其中关尺脉浮非主表证，实为中下焦邪气壅盛、正气奋起抗争之象。关脉鼓、尺脉鼓为临床经验特征性脉象，“脉鼓”指脉气向外鼓动之态，其操作化描述为：轻取即得，中取脉力最为明显，重按则减，脉势向外鼓指。其与弦脉之别在于：弦脉如按琴弦，端直以长，重按不减；鼓脉则轻取即得，中取最为明显，重按则减，提示气机郁阻于中下焦而向外冲逆。需要指出的是，“脉鼓”目前仍属主观性较强的经验性指征，不同医师之间的判断一致性尚待检验。未来研究可尝试采用多探头脉诊仪采集寸关尺三部脉图参数，探索该脉象组合的客观化判别阈值，以提升其可重复性与可推广性。

舌象之“苔腻”与脉象之“寸弱关尺弦”，分别从形质与气机两个方面共同印证了“上虚下实”的核心病机，也指向了治疗采用“升清降浊”之法，以斡旋中焦、恢复气机正常升降出入的根本逻辑。

证候既明，治法当立。李氏清暑益气汤原方所主之证与此模型高度契合，但古今病因已变，原方需化裁。以下详述其方义基础与化裁方向。

3. 李氏清暑益气汤方义解析与化裁方向

3.1. 原方探析：李东垣立方之意

李氏清暑益气汤首见于李东垣《内外伤辨惑论》。原文载：“此病皆因饮食失节；劳倦所伤，日渐因循：损伤脾胃，乘暑天而作病”[10]，此段精辟揭示了其病因病，“饮食失节，劳倦所伤”点明病属内伤，乃脾胃之气耗损之因；“日渐因循，损伤脾胃”强调其病机核心为脾胃气虚，运化与升降功能日渐衰惫；“乘暑天而作病”则指出长夏暑湿外邪是引动内伤的诱因。三者合参，可概括病机为“脾胃气虚为本，暑湿内侵为标”，形成“气虚湿困，清浊相混”的虚实夹杂格局。其中，“气虚清阳不升”为病机主导。

以上病机直接影响了李氏清暑益气汤的配伍法度。方中以黄芪、人参、甘草补中益气为君，固其根本，此即针对“上虚”之本的补中药组核心。以甘草、橘皮、当归身温养胃气、调和气血为臣，巩固中州，为恢复气机升降创造条件。配伍升麻、葛根，取其升散之性，一则发散郁热，二则“风能胜湿”，体现“升清以助降浊”之妙。此三组药物共同构建了治疗“上虚”的“补中－升清”药组。同时，以苍术、白术、泽泻渗利除湿，神曲、青皮消食快气，黄柏清泻湿热，此即针对“下实”之标的降浊药组。更佐五味子、麦门冬养阴润燥，以救暑热所伤之津[10]。全方体现了以“补气升清”为主导、“除湿降浊”为从属、兼以“清热养阴”的立方思想，其目的在于恢复脾胃的升降枢纽功能。

3.2. 原方与“上虚下实”证的关联

本方所主之症候，在《内外伤辨惑论》中亦有记载：“人感之，多四肢困倦，精神短少，懒于动作，胸满气促，肢节沉痛，或气高而喘，身热而烦，心下膨痞，小便黄而少，大便溏而频……”[10]，此段症候群恰好可划分为“上虚”与“下实”两大类。

“上虚”症候群如四肢困倦、精神短少、懒于动作、身热而烦，此乃脾胃气虚、清阳不升，以致肢体失养、神机不充，虚阳浮越而致烦热，对应方中“补中益气”与“升举清阳”的治法。“下实”症候群如胸满气促、心下膨痞、小便黄而少、大便溏而频、肢节沉痛，此系湿、热、食滞等浊邪内蕴，阻滞中焦气机，下注肠道，或困阻经络所致，对应方中“除湿降浊”与“清热”的治法。

由此可见，东垣所描述的症候，正是“上部与周身失养之虚象”与“中下焦湿浊阻滞之实象”并见的典型表现。这从临床症状上证明，李氏清暑益气汤的原始方证已涵盖了“上虚下实”这一复合证候的核心要素，为其作为辨治此类证候的经典方剂提供了最直接的文献与临床依据。

3.3. 原方化裁的必要性与方向

随时代变迁，古今“上虚下实”之证候特征已发生演变。结合现代生活方式与体质特点，此证具有以下演变趋势：一则，“上虚”之中气亏虚程度或不及古人，其主要成因已从相对单纯的饮食失节、劳倦所伤，演变为兼夹思虑伤脾、肝郁乘土等复合病机；二则，“下实”之邪更为复杂，常兼夹酒湿膏脂、痰浊胶结、血络瘀滞，且因郁热久羁或体质从化，阴液耗伤之象也更为突出。

面对此种变化，原方之配伍呈现出一定的时代局限性。其降浊药组主要针对气分湿热与食滞，对于现代常见的“痰、瘀、膏脂”等病理产物，祛除效力有限。原方降浊以苍术、白术、泽泻渗利水湿，神曲、青皮消食快气，黄柏清泻湿热，均以气分湿浊为主要靶点。然对于湿郁日久、入络成瘀、与膏脂痰浊胶结之复杂“下实”，缺少入血分、化瘀滞之品，故祛除效力有限。其养阴生津之力在治疗已伤之津与将虚之阴时，可能效力不足；其“补中升清”之力若不加调整，易助热伤阴。

因此，欲使古方新用，必须在紧扣其“补中气、升清阳”核心思想的同时，对全方进行双向化裁。针对现代“上虚”证常兼夹肝郁、阴伤等特点，对“补气升清”药组进行精细调整，如灵活配伍疏肝、养阴之品。针对“下实”证复杂胶结的病机，着力深化与拓展降浊之法，并全程顾护阴液。由此引出以血分药助化浊、据现代病因灵活化裁等临证新方向。

4. 化裁清暑益气汤的配伍规律

4.1. 升清：补气为基，协同以举清阳

针对“上虚”之病机，处方以补益中气与协同升举为法。生黄芪、生白术为补气健脾之核心，旨在奠定清阳升发之基，其中生白术每方必用。高频配伍的柴胡、升麻、葛根则构成升举清阳的协同组合，三者每方必用。后世归纳升麻归足阳明、太阴经，为脾胃不足之要药；葛根性升属阳，可鼓舞脾胃清阳

之气，使清阳得升，浊阴自降[11]；柴胡为化裁中加味之关键，以其疏肝解郁之力助发春生之气，与升麻、葛根协同，共助清阳上升[1]。同时，佐以生姜、白芷、桂枝等辛温芳香之品，共奏温通阳气升发之道路。

4.2. 降浊：多途分消，兼以血分药助化

针对“下实”之浊阴不降、湿浊壅滞，治法旨在疏通三焦，分消邪气。以姜半夏、茯神燥湿化痰、宁心利水，为分化中焦湿浊之主力，二者每方必用；常配茵陈、黄柏清利下焦湿热，与升清药物配伍，共成辛开苦降之法。

原方降浊多从气分入手。张福利教授在升清降浊框架下，系统引入血分药以助化浊，取当归、牡丹皮、炒山楂等品。当湿浊郁久入络，与血相搏，则单纯气分化湿难以奏效。当归养血活血，使血行通畅则水湿随之而化，此即“血行水亦行”之意；牡丹皮清热凉血化瘀，能清透血分伏热，使郁热得解则湿浊不易胶结；炒山楂消食化积、活血散瘀，善化膏脂痰浊。三者从养血、凉血、化瘀三个角度切入，使血分通畅，则气分湿浊亦得运化之动力。此非另立新法，而是对“血不利则为水”经旨与叶天士“久病入络”思想的临床化用与系统整合，亦与吴鞠通“补而不腻，兼能走络”之论[12]相呼应。此外，活用生牡蛎，其性潜镇，既能敛阴固涩以治泄泻，又能潜降上逆之浊气，安被扰之清窍以缓眩晕，契合“上虚下实”之核心见症，每方必用。再伍以炒山楂消食化浊，桑寄生、豨莶草、桑枝通络祛湿，共构多向降浊之网络。

4.3. 顾阴：全程固护，防患于未然

在大量运用辛散温燥与渗利之品的攻补升降法中，处方始终重视固护阴液，贯彻“防患于未然”的治未病思想。惯用生地黄、麦冬，旨在清热养阴，预防湿热人体环境与温燥药物耗伤阴津，其中生地黄每方必用。此思路着眼于湿热伤阴之病机趋势，旨在未病先防，防止出现舌象剥脱苔等阴伤之征，是温病学“存阴”思想在杂病治疗中的具体应用。生甘草则用以调和诸药，固护中州，兼以“育阴利水”[13]，每方必用。其余如益智仁、肉苁蓉等，则属随症加减之品。

上述配伍规律，继承了李氏清暑益气汤“补气升清”的核心，并通过系统运用血分药、灵活运用潜镇、及全程顾护阴液等法，增强了原方降浊的深度与广度，并有效防止了治疗中的变证。这体现了将温病学养阴、凉血、通络等学术思想，圆融地运用于东垣内伤杂病辨治之中的临证风格。

5. 验案举隅

患者，男，51 岁，2025 年 7 月 26 日初诊。主诉：反复酒后大便溏泻 3 月余，伴头晕。患者 3 个月前因饮酒后出现大便溏泻，便质黏滞，肛门后重感，每于饮酒或饮食不慎后加重。伴有阵发性头晕，头目昏沉，活动后加重。平素自觉肢体困倦乏力，口干口苦，小便色黄。既往饮酒史 20 余年，日均饮白酒约 100~150 mL，近 3 个月因应酬饮酒频率增加。曾自行服用参苓白术散加减 2 周，泄泻稍减而头晕加重，口干口苦未缓解，遂来诊。舌质红，中部有裂纹，舌苔黄腻。脉象：两寸脉沉、弱、短，关脉浮、弦，尺脉略浮、弦，且按之略盛于寸部。测血压：左为 128/82 mm Hg，右为 132/84 mm Hg。中医诊断：泄泻病；辨证：上虚下实，清浊相干。治法：升清降浊。方用李氏清暑益气汤化裁，处方：柴胡 10 g，升麻 10 g，葛根 20 g，黄连 10 g，生地黄 30 g，麦冬 25 g，茵陈 20 g，牡丹皮 15 g，姜半夏 10 g，茯神 20 g，生甘草 10 g，生白术 20 g，桑寄生 15 g，白芷 10 g，益智仁 10 g，炒山楂 25 g，当归 15 g，生牡蛎 30 g，生姜 7.5 g。7 剂，1 剂/d，水煎取汁 300 mL，分早晚温服。嘱忌酒、忌辛辣油腻，规律作息。

2 诊：2025 年 8 月 2 日，患者自述服药初期大便次数略增，便质稀溏，此为湿浊外泄之象，随后症减。现大便日 2 次，质稀，肛门后重感消失，口苦消除，头晕减轻。舌质红，中部裂纹较前变浅，舌苔

黄腻较前减退。脉象：两寸脉沉、弱较前稍起，关脉弦势稍缓，尺脉浮弦减轻。予初诊方加丹参 15 g，减牡丹皮。14 剂，1 剂/d，水煎服，分早晚温服。

3 诊：2025 年 8 月 16 日，患者自述头晕已除，诸症平稳，体力较前恢复，大便日 1~2 次，成形。舌质红，中部裂纹明显变浅，舌苔薄白略腻。脉象：两寸脉弱而不沉，关脉弦势大减，尺脉浮弦基本消失。予初诊方加地龙 15 g，去牡丹皮。14 剂，1 剂/d，水煎服，分早晚温服。嘱患者继续服药调理，逐步减停。2025 年 9 月电话随访，患者自述期间情况良好。

按语：本案患者“寸脉沉弱短、头晕乏力”与“尺脉浮弦、苔黄腻、泄泻口苦”并见，完全符合前述“上虚下实”证的辨识要点。患者或因长期饮酒，酒湿伤中，或因饮食不节，损伤脾胃，致中气亏虚。中气虚则脾胃运化无力，清阳不升，故见头晕、头目昏沉、肢体困倦乏力；浊阴不降，湿浊内蕴，下迫肠道，故见大便溏泻、便质黏滞、肛门后重；湿浊郁久化热，故见口干口苦、小便色黄、舌苔黄腻。舌中部有裂纹，提示湿热已伤及胃阴；两寸脉沉弱短，为清阳不升、气血不能上充之象；关尺脉浮弦，且按之略盛于寸部，为浊阴壅滞中下焦、气机郁阻而向外冲逆之征。方以李氏清暑益气汤化裁，以达升清降浊之功。方中柴胡、升麻、葛根升举下陷之清阳，其中柴胡疏肝解郁以助春生之气，升麻引药入足阳明、太阴经，葛根鼓舞脾胃清阳之气，三者共助清阳上升；生白术、生甘草补益中气，奠定清阳升发之基；姜半夏、茯神燥湿化痰、宁心利水，分化中焦湿浊；茵陈清利下焦湿热；炒山楂消食化积、活血散瘀，善化膏脂痰浊；当归养血活血，使血行通畅则水湿随之而化；牡丹皮清热凉血化瘀，清透血分伏热；生牡蛎潜镇降逆，既能敛阴固涩以治泄泻，又能潜降上逆之浊气；生地黄、麦冬清热养阴，预护湿热所伤之津；黄连清中焦湿热；白芷、生姜辛温芳香，温通阳气升发之道路；桑寄生通络祛湿；益智仁温脾止泻，随症加减。全方升清与降浊并行，治气与治血兼顾，祛邪与护阴同施。2 诊时患者湿浊渐化，血分瘀滞渐显，故加丹参增强活血化瘀之力，减牡丹皮防寒凉太过。3 诊时患者头晕已除，诸症平稳，久病入络，故加地龙通络，去牡丹皮。全程以升清降浊为纲，随证调整，故能切中病机，取得良效。本文所举为泄泻为主症之典型案例，该模型在头晕、失眠、痤疮等以相同病机为核心的其他病证中亦有应用。

6. 小结与展望

本文从理论层面系统阐释了“上虚下实”证的病机模型与“升清降浊”治法体系，提出该证以脾胃虚弱为病机之本，以清阳“升”“出”不及为“上虚”之核心，以浊阴“降”“入”障碍为“下实”之关键，其辨识以舌苔腻、寸脉弱与关尺脉弦并见为核心要点。治法上，以升清降浊为纲，系统运用血分药以助化浊，并全程顾护阴液，形成以柴胡、升麻、葛根升清，半夏、茯苓、牡丹皮、当归、山楂降浊，生地、麦冬顾阴为核心的高度规律性配伍。该理论体系源于东垣而又不囿于东垣，融汇温病学养阴、凉血、通络等学术思想，为现代临床复杂“上虚下实”证候的辨治提供了理法方药完备的范式，具有重要的理论价值与临床指导意义。本文所举验案即以泄泻为主症，该模型在头晕、失眠、痤疮等以相同病机为核心的其他病证中亦有应用。

从与现代医学对话的角度看，“上虚下实”所描述的“头晕乏力、失眠”与“腹胀泄泻、痤疮、苔腻脉弦”并见的症状群，或可部分涉及现代医学中肠－脑轴功能紊乱、自主神经功能失调或代谢综合征早期表现等病理状态。已有系统生物学研究表明，中医证候演变常涉及糖脂代谢、神经－内分泌、氧化应激等多系统指标群的组合变化。这提示“上虚下实”模型也可能具有跨系统的生物学基础，但需强调，此种关联是启发性的类比，而非诊断学意义上的对应，不宜作简单还原论解读。

本文的贡献在于提出一个可供检验的病机模型与治法框架，而非提供已验证的诊疗标准。本模型尚存以下局限：其一，“寸脉弱、关尺脉弦”的脉象判断依赖医师主观经验，不同医师之间的一致性尚未检验；其二，“上虚下实”与国家标准中“上热下寒”“上实下虚”等证候的边界与转化关系尚需辨析；

其三，方药配伍的高度规律性系基于临证经验归纳，其可重复性有待更多医案验证；其四，本模型主要适用于功能性、复杂性病证，对于器质性病变为主者，仍需结合辨病论治。

未来研究可分三层推进：短期以证候辨识标准的信效度检验为目标，开展多中心、多医师的脉诊一致性研究；中期以脉象客观化为手段，采集“寸弱关尺弦”的脉图参数特征；长期以病证结合为导向，选择消化系统功能性疾病或代谢综合征等适宜病种，开展“升清降浊”治法的临床疗效评价，并探索其与肠道菌群、炎症因子、自主神经功能等指标的相关性。

参考文献

[1] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.

[2] 王浩中, 段颖. 李氏清暑益气汤临床应用探微[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(11): 2412-2413.

[3] 张永辉, 张道培, 张怀亮, 等. 基于“清阳不升”理论探讨持续性姿势-感知性头晕的辨证施治思路[J]. 中国医药导报, 2025, 22(5): 167-171.

[4] 董慧, 朱莹. 朱莹从脾胃论治失眠经验[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(1): 50-52.

[5] 赵洋, 杨胜昌, 吉恩生. 阻塞性睡眠呼吸暂停的中医药治疗研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(3): 531-534.

[6] 王悦昊, 陈晗雯, 刘瑜婷, 等. 基于“六郁”理论治疗颈部淋巴结肿大的辨证思路探讨[J]. 中国医药导刊, 2025, 27(5): 482-486.

[7] 刘媛, 司亚玲, 铁生花, 等. 从广义的“通因通用”角度探讨久泻[J]. 环球中医药, 2021, 14(8): 1424-1426.

[8] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 88.

[9] 刘文龙, 刘兴仁, 张保春. 濒湖脉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 54.

[10] 李杲. 内外伤辨惑论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1959: 15-16.

[11] 张璐. 本经逢原[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 113.

[12] 吴瑭. 温病条辨[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.

[13] 陈潮祖. 中医治法与方剂[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.