·专　题·

情志因素对痰气从化驱动作用的病机探讨——以肝郁气滞为例

张傑屹[1],张诗妍[2],卓泽伟[1],李灿东[3],吴长汶[1*]
(1.福建中医药大学附属第三人民医院,福建 福州 350108;
2.福建中医药大学附属第二人民医院,福建 福州 350003;
3.福建中医药大学中医证研究基地,福建 福州 350122)

摘　要:情志内伤为慢性病发生、迁延与反复的重要诱因,其促发痰浊生成及病性转化的机理尚待深入阐明。李灿东教授提出“痰气从化”理论,认为相关慢性病病机并非痰与气的静态并列,乃气化失司,津液停聚,痰浊内生,痰气交阻,并随体质、情志、环境等因素动态演变的过程。本文以肝郁气滞为切入点,系统梳理情志因素驱动痰气从化的病机规律。情志致病非独伤肝一端,忧思伤脾、悲忧伤肺、惊恐伤肾等皆可通过扰动脏腑气机与津液输布而促发痰气从化;肝郁气滞则因肝主疏泄、调畅气机,最能体现情志失调由“乱气”而“津停”、由“气郁”而“生痰”、由“痰气交阻”而“随势从化”的典型过程。“气滞津停、津停成痰”为痰浊内生之基础,“痰气从化”重在阐明痰成之后反阻气机,并随体质、病位及病势变化而出现的动态转归。临证亦不宜将慢性病一概归属于痰气,而应辨其是否以气化失司、痰气交阻及从化转归为核心病机。治疗当以辨证求机为要,循调气、化痰、祛瘀、扶正、调神之次第,截断情志相关慢性病由功能失调向形质损伤的演变态势。

关键词:痰气从化;情志因素;肝郁气滞;三焦气化;郁痰瘀虚;李灿东

情志和调,则气机畅达,脏腑安和;七情过极,或久郁不解,则反伤脏腑,气机逆乱。《素问·举痛论》谓:“百病生于气也”[1],阐明气机失调为内伤杂病之基。然气机之乱,非徒为病之“果”,更为痰浊内生之“因”,乃连接情志与形质损伤的关键枢纽。李灿东教授提出“痰气从化”理论,认为慢性病的发生和发展,常由气化失司而津液不布,津停日久则湿聚成痰;痰浊既成,又可阻遏气机,使气滞愈甚、痰阻愈固,形成痰气交阻之势。在此基础上,痰气又可随体质偏颇、脏腑盛衰、情志波动及环境饮食等因素,呈现寒化、热化、燥化、湿化及瘀虚兼杂等不同转归[2-6]。由气滞津停而痰生,由痰气交阻而从化,由痰瘀互结而形质渐损,构成了部分慢性病迁延反复、由浅入深的重要病机过程。

情志因素为慢性病发生、迁延与反复的重要诱因[7-9],然其致病机理,非独伤及一脏一腑,乃先扰气机,继而乱气化,最终致痰生。肝主疏泄,内调情志,外畅气机,旁及脾胃升降与三焦水道,最能体现情志失调由“乱气”而“津停”、由“气郁”而“生痰”、由“痰气互结”而“随势从化”的典型过程。故本文以肝郁气滞为切入点,探讨情志因素驱动痰气从化的病机演变及其辨治意义,为情志相关慢性病的审机论治提供理论参考。

1　情志扰气为痰气从化之始

1.1　气机失调为情志致病之枢　情志致病,与外感六淫不同。外邪致病多自外而入,先犯肌表,病机变化常有表里传变之序;情志致病则由内而发,先乱气机,其势多隐,其变多渐,尤易在慢性病发生、迁延与反复中发挥作用。

《素问·举痛论》谓:“怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,惊则气乱,思则气结”[1],揭示情志太过对气机运行的影响。怒郁者,肝气横逆,升发太过;思虑者,脾气郁结,运化失司;悲忧者,肺气耗伤,宣降无权;惊恐者,肾气失固,下元不纳。诸情所伤脏腑虽异,其共同病机皆在气机失和。气机一乱,则脏腑功能失序,三焦气化不利,气血津液运行随之受阻,此即痰浊内生的前提[7-8,10]。

情志因素参与痰气从化,关键不在提供痰浊生成的物质来源,而在改变机体气化环境,使“无形之气郁”渐转为“有形之痰凝”。气为血帅,亦为津液运行的动力;气机调畅,则血行津布,内濡脏腑,外养形体;气机郁滞,则津停血阻,水湿内聚,久则凝而为痰。故情志之扰,首在乱气,气机既乱,气化失司,则津液失布,痰浊由此渐生。此“气郁在先、痰生在后”之序,是情志驱动痰气从化的关键所在。若仅见痰而不察气机,仅治痰而不调气化,则虽可暂解痰阻之象,终难杜其复生之源。

1.2　津液不布为痰浊内生之机　津液输布,有赖气机推动与脏腑气化协同。肺气宣降,则水道通调;脾气健运,则水湿得化;肾气蒸化,则开阖有权;三焦通利,则津液上下内外运行有序。肺、脾、肾、三焦虽各司其职,然皆赖气机升降出入以相互协调。若气机郁滞,则肺失宣降,脾失健运,肾失蒸化,三焦失利,水湿停聚,日久凝而为痰[11]。

收稿日期:2026-06-04;**接受日期**:2026-07-15
基金项目:中医药创新团队及人才支持计划项目(ZYYCXTD-C-202408);国家中医药管理局第二届全国名中医传承工作室建设项目(国中医药办人教函〔2022〕245号)
通信作者:吴长汶,E-mail:564432362@qq.com
DOI:10.13260/j.cnki.jfjtcm.2026.08001

情志致痰之机，当从“情志-气机-气化-津液-痰浊”五层递进加以理解。情志失调先扰神明，继而乱气；气机失和，则脏腑气化不利；气化失司，则津液输布失常；津液停聚日久，遂凝而为痰。若仅将情志致痰理解为“情志刺激-痰浊内生”的简单对应，则忽视气机与气化在其中的枢纽作用，临证亦易陷入见痰治痰之偏[7]。

慢性病演变过程中，情志刺激常具反复性与持续性，痰浊亦多由未显而渐显、由无形而渐有形、由轻浅而渐深痼。此“由气及津、由津及痰”的渐进过程，正是痰气从化由浅入深、由轻转重的体现。故临证若能于气机失调之初识别痰机将萌之势，如情志不畅而兼见胸脘胀闷、纳呆、善太息、脉弦等气化失司之兆，及时调畅气机、恢复气化，则有助于阻断由气郁津停向痰浊内生演变，体现“既病防变”的治未病思想。

1.3 情志持续影响痰气从化趋向 痰浊既成，并非静止不变的病理产物。痰气互结之后，其寒、热、燥、湿等属性变化，受体质偏颇、脏腑盛衰、气机状态及外在诱因共同影响。情志因素不仅参与痰浊生成，更可通过持续扰动气机，改变机体气化环境，影响痰气从化趋向，使病变由单一向复杂演变，由浅表向深层发展。

急怒久郁，肝气郁滞，阳气不畅，郁久化火，火热煎津，则痰易从热化、燥化；思虑过度，脾气受损，运化失常，则湿聚成痰，痰易从湿化；悲忧、惊恐等情志刺激，亦可通过影响肺之宣降、肾之气化，使津液输布及水液代谢失常，导致痰饮形成或加重。由此可见，不同的情绪均可通过影响气机与气化状态，推动痰浊发生属性转化。

情志反复波动，则气机时畅时滞，痰气互结亦随之变化，病情易迁延反复。此种“因情而变，因变复生”的动态过程，正是慢性病缠绵难愈的重要原因。情志因素对痰气从化的作用，不止于“生痰”的初始环节，更在于持续影响痰浊性质、病位及病势演变。

综上，情志因素作用于痰气从化主要体现为2个层面：一者，情志扰气，气机失畅，津液停聚，痰浊内生，此为生痰之机；二者，情志持续失调，气化环境改变，痰浊随之发生寒、热、燥、湿及瘀虚兼杂等变化，此为从化之势。二者相互衔接，共同构成情志驱动痰气从化的始动病机，并揭示慢性病由功能失调向形质损伤演变的内在规律。

2 肝郁气滞为情志致痰之枢机

2.1 肝为气机之枢，情志失调易致气郁 肝以疏泄为用，情志不遂则肝气易郁。肝郁一成，气机升降失司，脾胃运化、三焦气化亦随之受碍，遂为情志扰气、津停生痰的关键病机。

情志因素虽可影响五脏，但其病机多首先表现为气机失调。怒郁不解，可致肝气不舒；忧思过度，可使气机郁结。肝郁之初，多属无形之气滞，尚未形成明显痰浊及形质损伤，但已为痰生之基。情志郁滞日久，气机流行不畅，亦可见“虚气流滞”的病机特点，提示情志病变虽起于气郁，久则常兼正气不足，成为痰浊内生与病势迁延的重要背景[12]。气为津液运行的动力，气滞则津行不畅，津停日久则痰浊内生。因此，肝郁气滞成为情志因素由气入痰的重要转折环节[10,13]。

2.2 肝郁及三焦，气化失司而津停 肝郁气滞虽起于肝，然其病机不止于一脏。肝失疏泄，则气机升降不利，三焦通调失司，津液不得敷布，水湿停聚而痰浊渐生。

肝主疏泄，虽非三焦气化的唯一主导，但其调畅气机的功能可影响三焦运行。肝气条达，则上焦宣降、中焦运化、下焦气化相互协调；肝郁气滞，则气机升降失常，脏腑气化受阻。故肝郁致痰并非局限于一脏，而是通过影响整体气化状态，使痰浊由气郁津停逐渐形成。

2.3 肝郁犯脾，生痰之源不绝 痰多责之于脾，然脾胃升降有赖肝气条达。情志不遂，肝失疏泄，横逆犯脾，则运化失职，水湿不布，聚而为痰。

肝气郁结，横逆犯脾，则脾失健运，胃失和降，水湿停聚而痰浊内生。此时，痰的生成既有脾失运化之因，亦有肝郁气滞之由。气不行，则湿不化；湿不化，则痰易生；痰既成，又可进一步阻滞气机，形成痰气互结。因此，肝郁犯脾是情志因素由气机失调进一步发展为痰浊内生的重要路径。肝脾同调，使气机得畅、运化得复，方可从源头减少痰浊生成。

2.4 肝郁及他脏，多脏递变 肝郁气滞虽起于肝失疏泄，但其病机演变并不局限于一脏。肝与心、脾、肺、肾在气血运行、水液代谢及情志调节方面密切相关。肝郁日久，可影响他脏功能，使痰气从化由局部气机失调逐渐发展为多脏功能失衡。

肝郁犯肺，则肺失宣降，津液输布失常；肝郁及肾，则肾之气化受影响，水液代谢失常；肝郁扰心，则心神失养，情志波动与气机失调相互影响。诸脏虽各有偏重，但共同基础仍在于气机不畅与气化失司。

由此可见，肝郁之所以成为情志致痰的枢机，不仅在于其能够影响气机，更在于其可牵动脏腑气化，推动病机递变。肝郁初起，多属气机不畅；继则影响脾胃运化与三焦水道；久则累及诸脏，使痰浊由局部向整体发展，由功能失调向形质损伤演变。

3 肝郁驱动痰气从化的病势演进

3.1 气郁津停为痰浊内生之始 肝郁初期，气机壅滞，津液输布渐失其常。此时病位多在气分，涉及津液运行，痰浊尚未真正成形，宜称“气郁津停”或“痰机将萌”，不宜遽称“痰凝”。脏腑气化失司是

痰饮形成的内在因素，津液停聚是关键病理环节；只有气郁日久、津停不化，方可渐聚为痰。

此阶段若气机得畅，则津液可复其运行，痰浊未必形成；若情志持续不调，气郁日久，则水湿渐聚，痰浊由无形而渐显，病变遂由功能失调向病理产物蓄积演进。故本期辨治重在疏肝理气、调畅气机、复其气化，使津液得布，以防痰浊进一步形成。

3.2　痰气交阻使病位由散而聚　痰浊既成，随气而行，又因气而聚。气本可行津化痰，然痰既成，则反阻气机；气滞则痰停，痰阻则气滞，二者互为因果，形成痰气交阻之势。较之“痰气胶结”，“痰气交阻”更能体现气郁、痰停相互影响的病机特点，亦提示此期治疗重点在理气化痰，使气机得畅而痰浊得行。

痰气交阻之后，病势由无形之游走逐渐转为有形之聚集。气痰相搏，壅滞于一定部位，使病位由弥散趋向固定，表现为局部症状持续、病变部位相对明确，甚至形成结节、积聚等有形改变。此期核心在于气机阻滞与痰浊停聚相互牵制，若仅化痰而不理气，则痰生之源未断；若仅理气而不化痰，则既成之痰难消。

随着肝郁化火、木郁土壅等不同因素影响，痰浊从化属性逐渐显现，病性亦由单一向复杂转变。然此时虽已有形质趋向，但尚未形成明显血络瘀阻，病变仍具有一定可逆性。

3.3　痰瘀互结为形质损伤之成　痰气交阻日久，气机郁滞不复，血行因之艰涩。痰浊黏滞，阻遏脉络，血行不利，渐成瘀血。痰瘀互结，胶固难解，病位由气分、津液深入血络，标志病变由功能失调转入形质损伤。临床可见局部肿块坚硬、固定不移、触之刺痛，或舌质紫暗、瘀点瘀斑、脉涩等候[14-15]。

痰瘀既合，则互为巢穴：痰得瘀附，则更具形质，难以消散；瘀得痰裹，则根深蒂固，不易化除。此时病机已非单纯气郁痰凝或痰气胶结，而是痰、气、瘀三者相互搏结，病势由浅入深、由气入血、由无形趋于有形。此即慢性病结节、肿块、癥积等形质损伤形成的重要病机基础[16]。

3.4　虚实夹杂见多脏受损之变　痰瘀久羁，邪实不除，必耗正气。肝郁日久，暗耗营血；痰湿困脾，后天失养；痰瘀阻络，脏腑失于濡润。及至后期，脾肾受损尤为明显：脾虚则运化无力，痰湿愈生；肾虚则气化无权，水饮易停。此时病机已非单纯邪实，亦非单纯正虚，而呈虚实夹杂之候。

虚实夹杂的关键，在于正虚与邪实相互影响。正虚则气化无力，痰瘀更难消散；痰瘀久留，又进一步阻滞气血、损伤脏腑，使正气日耗。由此形成正虚邪恋、邪实耗正之势，病机由一脏失调逐渐发展为多脏受损，由局部痰瘀胶结进一步演变为整体气化衰退。此期正体现慢性病病程迁延之后，由实转虚、由局部及整体、由形质损伤及脏腑亏虚的深层转归。

综上，肝郁驱动痰气从化的病势，可概括为气郁津停、痰气交阻、痰瘀互结、虚实夹杂四期。四者虽各有阶段特征，然临床常相互兼夹，界限并非截然可分。其演变主线在于“郁为始、痰为媒、瘀为变、虚为果”，揭示了情志相关慢性病由功能失调向形质损伤、由局部病变向多脏受损演进的内在规律。

4　情志相关痰气从化的审机辨治

4.1　审机识势以辨阶段趋向　情志相关痰气从化的辨治，首在审机识势。气郁津停、痰气交阻、痰瘀互结、虚实夹杂虽有递进之序，然临床常多期并见、虚实互杂，故不可拘泥于线性演变，而当辨其所处阶段、从化趋向及邪正主次。

审机之要，在于“察无形以知有形，辨气化以推痰机”。气郁津停之初，虽未见明显痰象，然气机已滞，津停之机已萌，当识胸胁胀闷、善太息、纳呆、脉弦等气郁津停之兆；痰气交阻之际，当察痰浊寒、热、燥、湿的从化趋向，郁火灼津者多从热从燥，脾困湿聚者多从湿从寒；痰瘀互结之时，当辨肿块固定、刺痛、舌紫暗、瘀点瘀斑、脉涩等入血夹瘀之征；虚实夹杂之候，则当审正虚所在，辨气虚、血虚、阴虚、阳虚及所涉脏腑。惟有四诊合参、辨清主次，方能于纷繁证候中把握核心病机。

4.2　疏肝解郁以断痰机　治未病者，重在疏肝解郁、调畅气机。情志相关痰气从化多始于气郁，此时痰浊未必显著，形质损伤尚未形成，然气机郁滞已影响三焦气化，津液输布已有停聚之势。若待痰浊明显、结聚成形之后再治，则已失早期截断之机。

疏肝解郁并非仅为治肝，而是通过恢复肝主疏泄之职，调达全身气机，进而改善脏腑气化与津液输布。此阶段所治者，乃“未成之痰”，即痰浊处于将生未生、将聚未聚之时。及时调气解郁，使气机升降出入复常，三焦通利，津液得布，则可阻断由气郁津停向痰浊内生之势。

4.3　理气化痰以导从化　治欲病者，当理气化痰并重。痰浊既成，则与气机相搏，形成痰气交阻。气滞则痰停，痰阻则气滞，二者互为因果，使病情迁延反复。理气可以畅达气机，使津液得行；化痰可以消除浊邪，使气机不再受阻。若仅化痰而不理气，则痰生之源未断；若仅理气而不化痰，则既成之痰难消。

痰气交阻之后，治疗不能止于“化痰”，更当审其从化趋向。热化者宜清热化痰，燥化者宜润燥化痰，湿化者宜健脾燥湿，寒化者宜温阳化饮。化痰之要，在“导”而非“攻”，当因势利导，使痰随气行、气畅痰消；亦不可过用攻伐燥烈之品，以免伤津耗正，反使痰浊胶结难化。

4.4 化痰祛瘀以防入络 治已病者，当化痰祛瘀、通络散结。痰气久结，气机不畅，血行亦滞，日久则由痰及瘀。此时病位由气分、津液渐入血络，病变由功能失调逐渐转向形质损伤。若仍仅以疏肝理气、化痰散结为法，往往难以消散胶结之邪。

痰为津液失布所成，瘀为血行不畅所致，二者虽分属津血不同层面，然皆与气机失调密切相关。气行则痰化，气行则血行；痰化则络道得通，血行则痰结易散。故痰瘀互结之时，当使气、痰、血三者同调。若痰重瘀轻，则化痰为主，佐以活血；瘀重痰轻，则活血为主，佐以化痰；痰瘀并重，则痰瘀同治。祛瘀之要，在“通”而非“破”，尤当防止峻猛攻伐损伤正气。

4.5 扶正培本以复气化 治虚损者，当扶正培本以复气化。情志久郁、痰气久阻、痰瘀久结，初中期虽以邪实为主，然邪实久羁必耗伤正气。久郁伤气，痰湿困脾，瘀阻伤络，均可导致气血生化不足、脏腑功能渐衰，形成虚实夹杂、正虚邪恋之候。此时治疗已非单纯祛邪可尽其功，须扶正培本，使机体重新具备运化痰浊、推动血行、调控从化之力。

扶正培本须据虚损所在而定。脾虚者健脾益气以助运化，肾阳不足者温阳化饮以复气化，阴津亏耗者养阴润燥以防痰浊胶固，气血不足者益气养血以助血行络通。然扶正并非一味补益，若痰浊、瘀血未除而过早峻补，则有助邪恋邪之弊；若正气已虚而仍专事攻伐，则又可伤正损本。故虚实夹杂阶段贵在攻补兼施，扶正不碍祛邪，祛邪不伤正气。

4.6 形神共调以固其本 治根本者，当以形神共调贯穿始终。情志因素既是痰气从化的始动，亦是病情反复与从化加速的关键。若只重化痰、理气、祛瘀、扶正，而忽视情志调摄，则郁未解而气复滞，气复滞而痰复生，痰气交阻亦易反复。

形神共调并非泛泛而谈心理调适，而是基于“神志不和可乱气，气机不和可生痰，痰气互结又可扰神”的病机认识。形者，为痰浊、瘀血、结聚、虚损的有形病变；神者，为情志、睡眠、思虑及精神状态之所主。治形者，当理气、化痰、祛瘀、扶正；调神者，当疏其郁、缓其急、调其眠食，使神安则气和，气和则津布，津布则痰化。

综上，情志相关痰气从化的辨治，当以审机识势为先，以疏肝解郁、理气化痰、化痰祛瘀、扶正培本、形神共调为法。诸法虽有递进之序，然临证常多法并用、虚实互见，贵在把握主导病机，动态调整。如此方能由“治已成之痰”转向“调将变之势”，截断情志相关慢性病由功能失调向形质损伤演变。

5 小 结

情志因素驱动痰气从化，其机理不在情志直接化生痰浊，而在其先扰气机，继而影响三焦气化与津液输布，使痰浊由无形渐成有形，并在病程迁延中推动病机由气郁津停、痰气交阻，渐至痰瘀互结、虚实夹杂。肝郁气滞因贯通情志调节、气机升降、三焦气化与脾胃运化，最能体现情志失调由“乱气”而“津停”、由“气郁”而“痰生”、由“痰气交阻”而“痰瘀互结”的典型过程。

然情志致病，非独伤肝一端。思虑伤脾则运化失司，湿聚成痰；悲忧伤肺则宣降失常，津布不利；惊恐伤肾则气化无权，水停饮聚。诸脏气化失司，虽初始路径各异，然病程迁延之后，皆可汇入痰气交阻、痰瘀互结、正虚邪恋的共同病机。不同情志所伤的脏腑有别，其痰气从化的偏向亦异，而其演变大抵不离“郁、痰、瘀、虚”的主线。此规律既揭示情志相关慢性病迁延反复、由浅入深之内在机理，亦为审机识势、分层截断、动态辨治提供理论依据。

参考文献

[1] 黄帝内经素问[M]. 田代华，整理. 北京：人民卫生出版社，2005：77-78.

[2] 李书楠，李灿东，吴长汶. 李灿东教授“痰气从化”理论溯源与核心概念解析[J]. 福建中医药，2026，57(1)：1-3，8.

[3] 李书楠，张傑屹，吕忠宽，等. “痰气从化”的时空演变规律及其与传统“传变”理论的异同[J]. 福建中医药，2026，57(2)：1-3，15.

[4] 李书楠，吴长汶，吕忠宽，等. “痰气从化”理论对传统病机学的继承与发展[J]. 福建中医药，2026，57(3)：11-14.

[5] 卓泽伟，李书楠，张傑屹，等. 痰气从化进程中“瘀”“虚”的兼杂特点[J]. 福建中医药，2026，57(4)：1-4.

[6] 黄丽清，甘洳林，吕忠宽，等. 基于体质分类的痰气从化演变研究[J]. 福建中医药，2026，57(6)：1-5.

[7] 冯子芹，杨澳，吴宇飞，等. 基于情志致病理论从气机升降论述双相情感障碍的病机及治疗[J]. 世界中医药，2022，17(24)：3515-3518，3523.

[8] 李公义，魏秀楠，梁峻尉，等. 基于“五志过极”理论探讨功能性胃肠病的病因病机[J]. 中国中西医结合消化杂志，2023，31(10)：765-769.

[9] 张兆洲，王炎. 聚焦中医情志致病理论：中医药调节情志应激防治恶性肿瘤复发转移的优势与展望[J]. 上海中医药杂志，2023，57(6)：1-5.

[10] 唐雪纯，李长香，赵京博，等. 国医大师王庆国和调枢机治疗情志病用药心法[J]. 中华中医药杂志，2023，38(8)：3650-3653.

[11] 李瑞，张晓梅，李梦乾，等. 基于三焦“四通膜性管道”探讨类风湿关节炎继发肺间质纤维化治疗[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(6)：848-852.

[12] 郭蓉娟. 论抑郁症“虚气流滞”病机[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(1)：5-11.

[13] 李晶，白光. “肝主情志”与溃疡性结肠炎之关系探析[J]. 中国中西医结合消化杂志，2021，29(10)：753-756.

[14] 卢红蓉，杜松，胡镜清. 痰瘀互结证治理论源流考[J]. 中医杂志，2015，56(10)：811-815.

[15] 黄玉燕，佟旭，卢红蓉，等. 基于古今文献的痰瘀互结证舌象解析[J]. 中华中医药杂志，2024，39(7)：3311-3315.

[16] 孟涵，王洪武. 基于窠囊学说论析肺结节的病机与治疗[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(2)：242-246.