

· 名医精华 ·

# 阮诗玮运用加减正气散论治湿浊中阻型慢性肾脏病经验<sup>※</sup>

● 赵文婷<sup>1</sup> 许勇镇<sup>2</sup> 阮诗玮<sup>3▲</sup>

**摘要** 湿浊邪气为慢性肾脏病起病及促使病情进展的重要病理因素,其中湿浊中阻证是慢性肾脏病病机演变过程中的常见类型,阮诗玮教授临证常以加减正气散五方处之,每获良效。加减正气散出自《温病条辨·中焦篇·湿温条辨》,由藿香正气散化裁而来,本文从加减正气散五方之出处及组方要义、湿浊中阻型慢性肾脏病运用加减正气散之机理、临证处方用药化裁及验案举隅等方面介绍了阮诗玮教授运用加减正气散治疗湿浊中阻型慢性肾脏病的临床经验。

**关键词** 加减正气散;慢性肾脏病;湿浊中阻;阮诗玮

阮诗玮教授临证三十余载,汇通中西,精研医籍,挖掘古方,临证善于肾脏疾病的诊疗,并创立以病理(机)为基础,以症候为先导,根据体质之不同、时令之变化,辨病与辨证中西医结合,六看理论参用其间的肾脏病周期诊疗体系<sup>[1]</sup>。阮师认为临床上因肺脾肾三焦气化不行、水湿不化,或外感湿邪,或内伤饮食,或药物所伤等,常可致慢性肾脏病患者多见湿浊内蕴,而因中焦属土,喜燥恶湿,脾胃虚馁,湿浊最易困遏。正所谓脾胃内伤,百病尤生,故而吾师在治疗慢性肾脏病过程中,尤其重视祛除湿浊,以复中焦斡旋。笔者有幸侍诊阮师左右,聆听教诲,获益匪浅。兹将阮师应用加减正气散治疗湿浊中阻型慢性肾脏病的经验与体会介绍如下。

## 1 加减正气散出处及组方要义

加减正气散出自《温病条辨·中焦篇·湿温条辨》,该方于宋代《太平惠民和剂局方》藿香正气散的基础上化裁而来。加减正气散分为:一加减正气散、二加减正气散、三加减正气散、四加减正气散、五加减正气散。五方在组成上皆保留藿香(梗)、厚朴、陈皮、茯苓(皮),均为“湿温之邪,蕴结中焦,脾胃气机升降失常”而设,其中藿香芳香化湿,陈皮、厚朴行气祛湿,茯苓淡渗利湿,四药相合可芳香化浊,健脾运湿。湿邪致病,多在正气虚弱或内有郁热时感邪而发,且多侵犯脾胃,而致气机不畅,脾胃升降运化失司,可见胸脘胀闷、便溏不爽、身体困重、

口不渴或渴不欲饮、苔白滑或微黄、脉濡缓等症,但随中焦湿邪化寒化热之不同以及所伤脏腑经络之各异,其临床表现又有所不同,正气散之加减亦各不相同,治疗亦有所侧重。一加减正气散在藿香、厚朴、茯苓、陈皮四药的基础上加入麦芽、神曲、茵陈蒿及大腹皮,是以苦辛微寒法调理脾胃气机之升降,主治湿郁中焦,脾胃升降失职,而见脘胀腹满、大便不爽等症者;二加减正气散则加入大豆黄卷、木防己、通草、薏苡仁,以苦辛淡渗法宣通经络,祛经络之湿邪,主治湿阻经络,脾为湿困,水湿流注于大肠所致的身痛、便溏等;三加减正气散则加杏仁、滑石,以苦辛寒凉法化湿与清热并举,主治中气实之人,湿邪久伏,郁而化热,症见口渴、尿黄短、心烦、苔黄脉数等;四加减正气散加草果、神曲、山楂以苦辛温运脾阳,主治脾阳为湿阻而不运,湿从寒化所致苔白滑、脉缓等;五加减正气散则加大腹皮、苍术、麦芽以

※基金项目 福建省中医药项目科研计划(No. 2017FJZYLC101)

▲通讯作者 阮诗玮,男,主任医师,教授,博士研究生导师。主要从事肾脏病的中西医结合临床研究。E-mail:1476068677@qq.com

●作者单位 1. 福建中医药大学(福建 福州 350122);2. 厦门市中医院(福建 厦门 361009);3. 福建中医药大学附属人民医院(福建 福州 350004)

调和脾胃,主治秽湿着里所致的脘闷、便泄等症。五法之用,宗在升降脾胃之气,宣畅气机<sup>[2]</sup>。诚如吴鞠通所言:“厉观五法均用正气散,而加法各有不同。亦可知用药非丝丝如扣,不能中病,彼泛论四时不正之气,与统治一切诸病之方,皆未见轩岐之堂室也,乌可云医乎!”

## 2 慢性肾脏病湿浊中阻证运用加减正气散的机理

慢性肾脏病湿浊为患的原因包括外感、内伤两方面。外感湿浊多由涉水淋雨、居处伤湿或以水为事所致;内伤湿浊则主要因贪凉饮冷或过食肥甘厚腻或旧有痼疾等致脏腑功能渐衰,肾气失于气化、脾胃失于制水、肺气失于通调、肝气失于疏泄、三焦不遂,致体内水液运化、输布失常,湿浊内生。《医源切脉源流论》有言:“柔而遏者为湿邪。”湿为阴邪,其性重浊、黏滞,易阻遏气机,损伤阳气,湿邪为患极易困遏脾胃,脾胃运化失职,升降失司,水谷精微即不从正化,“水反为湿,谷反为滞”,故言“诸湿肿满,皆属于脾”。水湿内停、泛溢周身,可发为水肿;肾失固摄,水谷精微失于秘藏而直趋下行,则见小便泡沫多、血尿等;湿浊排泄不畅,蓄积成毒,可见血尿素氮、肌酐等增高<sup>[3]</sup>。脾胃居于中焦,乃是气机转枢之轴心,左旋右转,五脏四维有赖中焦斡旋,湿浊为病尤易困阻脾胃、损伤气机,因此治疗慢性肾脏病湿浊中阻证应重视调理脾胃、调畅气机,使清阳得升,浊阴得降,水湿得运,各司其职。

纵观加减正气散五方,均含藿香梗、陈皮、厚朴、茯苓,盖藿香、陈皮芳香化湿又兼行气,茯苓

健脾利湿,厚朴行气消胀,四药相伍,化湿与行气并举,气化则湿亦化。然脾胃运化无权乃湿浊中阻的重要因素,诚如《湿热病篇》所言:“脾主为胃行津液者也,脾伤而不健运,则湿饮停聚,故曰脾虚生内湿也。”因此祛湿尤当顾护脾胃,恢复脾胃运化之功。加减正气散五方无论为水湿内停,或为酿湿生热,或为脾虚湿从寒化,在治疗中均以健运脾胃为本,常配伍神曲、谷麦芽、山楂等以消食运脾,且可消导化腐祛湿,同时能升发脾胃之气,健运脾胃以利湿邪的祛除<sup>[4]</sup>。

## 3 临证处方用药化裁

《证治准绳·杂病》云:“湿气入肾,肾主水,水流湿,从其类也。”湿浊中阻为慢性肾脏病的重要因素之一,其影响脾胃气机之升降,多见脘闷、腹胀、大便不爽、苔白等症状,治宜利湿化浊、调理脾胃、宣畅气机,故阮师临证常以加减正气散五方化裁处之。湿毒内盛者,常加六月雪、大黄清热解毒、通腑泄浊;纳差食少者,常加神曲、山楂、麦芽健运脾胃;疲乏无力者,常加党参、白术、山药补脾益气;浮肿者,常加车前草利尿消肿;心肝火旺者,常加银柴胡、石莲子清心泻火除烦;皮肤瘙痒者,常加地肤子、白鲜皮止痒等。

## 4 验案举隅

**病案 1** 王某,女,57岁,2018年8月4日因发现血肌酐升高3年来诊。3年前自觉形体消瘦,遂于外院查血肌酐达200 $\mu\text{mol/L}$ 以上,予相关治疗(具体不详),此后血肌酐进行性上升至600 $\mu\text{mol/L}$ 以上,未予系统诊

治。辰下症见:腹胀,矢气频,口干,纳寐欠佳,二便调,舌暗红苔黄腻,脉弦滑。发病以来,体重减轻5kg。2018年7月31日肾功能检查提示“尿酸562.3 $\mu\text{mol/L}$ ,尿素氮16.45 $\text{mmol/L}$ ,肌酐641.6 $\mu\text{mol/L}$ ”;24h尿蛋白结果为0.62g/24h。西医诊断:慢性肾脏病5期;中医诊断:慢性肾衰(湿郁中焦证)。以一加减正气散化裁处之。药用:藿香6g,厚朴6g,陈皮6g,茯苓15g,杏仁6g,神曲6g,麦芽各15g,茵陈15g,大腹皮6g,六月雪15g,大黄6g(后下),明党参15g。21剂。2018年8月18日二诊诉纳食增加,夜寐渐安,然4天前进食生冷后腹痛难忍,随即腹泻,复查“肌酐535.8 $\mu\text{mol/L}$ ”,遂于上方加淮山15g,车前子15g(布包)。服用3周后复诊,已无腹痛、腹泻等不适,复查肾功能提示“肌酐494.8 $\mu\text{mol/L}$ ,尿酸549.2 $\mu\text{mol/L}$ ,尿素氮27.24 $\text{mmol/L}$ ”。

按 从阮师“六看”体系而论,时值大暑节气,榕城暑湿氤氲,病家素有慢性肾脏病之痼疾,且年老体弱,脾肾渐衰,内湿停聚,内外相召,中焦气机郁滞,运化无权,故见腹胀、纳差等;内外相引,酿湿生热,则见舌暗红苔黄腻,脉弦滑。正如薛生白语:“太阴内伤,湿饮停聚,客邪再至,内外相引,故病湿热。”予一加减正气散化裁处之。其中藿香芳香化浊、理气和中,走中而不走外也;厚朴、陈皮燥湿理气;然气机之升降除依靠脾胃之斡旋,亦有赖于肺气之肃降、肝气之升发,故佐以杏仁肃降肺气、茵陈疏肝理气;合茯苓、大腹皮以利湿行气;加神曲、麦芽升降脾胃之气;酌加明党参益气生津;六月雪与大黄相

伍清热利湿、通腑解毒,为阮师治疗湿热型肾病患者常用药对。诸药配伍,合为苦辛微寒之剂。二诊时病家纳寐渐佳,然因过食生冷,损伤脾胃,腑气通降不利、清浊不分而致腹痛、腹泻,故予原方加用淮山益气补脾,且淮山兼涩性,尚能止泻,又佐以车前子增强健脾利湿之功。3 周后复诊,诸症已除,中病即止,转为它方。

**病案 2** 刘某,女,45 岁,既往有“肾病综合征”病史 3 年余,2013 年 6 月 22 日因周身关节酸痛来诊。诉 1 周前冒雨后起病,周身关节酸痛,上肢尤甚,时有咽干、咯痰不爽,大便溏,舌淡红苔薄黄,脉濡细。中医当辨为“痹证(着痹)”,治宜健脾祛湿,通利经络,予二加减正气散化裁处之。药用:藿香 6g,厚朴 6g,陈皮 6g,茯苓 12g,通草 9g,薏苡仁 20g,防己 12g,鸡苏散 15g,姜半夏 9g,明党参 15g,木瓜 12g。服药 7 剂,而告病愈。

**按** 病家久病脏腑渐衰,脾虚则湿邪内郁中焦,今淋雨涉水,复感湿邪,留滞经络,郁阻气机则关节酸痛,诚如《温病条辨·中焦篇第五十九条》所言:“湿郁三焦,脘闷便溏,身痛,舌白,脉象模糊,二加减正气散主之。”故阮师以藿香芳香化湿兼行气;陈皮、厚朴辛开苦降,燥湿行气;茯苓、通草、薏苡仁健脾利湿,使邪从小便而去,以达利小便实大便之效;防己走表,可祛肌肤经络之湿邪而止痹痛;佐以木瓜舒筋活络,化湿和胃;党参健脾益气;今时值夏至,病家咽干、咯痰不爽,故予鸡苏散疏风解暑,半夏燥湿化痰。诸药相伍,燥湿利湿,宣通气机,表里同治,合为苦辛淡剂,服药 7 剂,而告病愈,转为它方。

**病案 3** 陈某,男,9 岁,于 2017 年 7 月 29 日初诊。既往发现“右肾发育不良”4 年余,肾穿病理结果示“IgA 肾病”。2 周前无明显诱因出现高热(自测体温 39.1℃),伴恶寒、汗出、咽痛等不适,遂至当地诊所予“阿奇霉素”抗感染及口服中药等治疗(具体不详),后体温波动于 37.5 ~ 37.8℃ 之间。刻下见:时有低热,精神稍倦,纳可,寐时流涎,小便清,大便质软尚成形,口干,舌红苔黄根厚,脉濡数。查体:咽红,扁桃体无肿大。肾功能检查提示“尿素氮 16.67mmol/L,肌酐 274μmol/L,尿酸 638μmol/L,胱抑素 C 9.89mg/L”;血常规提示“红细胞 3.13 × 10<sup>12</sup>/L,血红蛋白 92g/L。中医当辨为“感冒(暑湿感冒)”,治宜清暑化湿,调畅气机,予三加减正气散化裁处之。药用:藿香 6g,厚朴 6g,陈皮 6g,茯苓 12g,桂枝 6g,通草 3g,知母 6g,甘草 3g,滑石 12g(布包),明党参 12g,六月雪 10g,西瓜翠衣 30g(自备),石斛 12g,共 7 剂。1 周后复诊诉无发热,无咳嗽、咽痛等不适,纳佳,寐安,大便质软、不成形,小便色澄清,舌淡红苔黄根厚,脉弦。肾功能检查提示“尿素氮 30.85mmol/L,肌酐 242μmol/L,胱抑素 C 5.52mg/L,尿酸 684μmol/L,予原方去茯苓,加土茯苓 12g,车前草 10g,水煎服,共 21 剂。

**按** 患儿先天肾气不足,罹患痼疾数载,今感暑湿之邪,而致内忧外患,新邪不解,痼疾加重,因而今治当以急去其邪,兼顾正气。阮师临证采用分解湿热之法,湿去则热孤,予“三加减正气散”化裁处之。方中藿香、厚朴、陈皮、茯苓芳香化浊,健脾运湿;

滑石善清湿中之热,助膀胱气化,佐以通草清热利湿,正如吴鞠通所言:“杏仁、滑石、通草,先宣肺气,由肺而达膀胱以利湿”;小儿“稚阴未长”,湿热之邪易伤阴津,故予知母、石斛养阴生津,明党参益气生津,顾护正气;再佐以桂枝调和营卫、温经通阳;福州地处亚热带地区,患儿发病时逢盛夏酷暑之际,阮师结合季节时令、水土方宜等,故佐以六月雪、西瓜翠衣清暑益气。1 周后复诊,发热已退,纳寐转佳,实验室指标下降,知其药已中的,当效不更方,观其舌脉,表邪已去但湿热未尽,故续予原方改土茯苓,加车前草以增清热利湿之效。

**病案 4** 谢某,女,42 岁,既往有“肾病综合征”病史 5 年余,2018 年 7 月来诊诉腹泻 2 天,伴腹痛、头身困重。病家 2 天前因过食生冷而致腹泻数次,呈水样便,经社区医院输液及服用黄连素后,腹泻次数虽减,但仍大便溏泄,伴脘腹闷痛、头身困重。舌淡苔白滑,脉濡细。中医当辨为“泄泻(脾虚气滞,中焦寒湿证)”,治宜芳化秽浊,理气渗湿,予四加减正气散化裁处之。药用:藿香 6g,厚朴 6g,茯苓 15g,陈皮 6g,神曲 6g,炒山楂 15g,草果 10g,车前子 15g(布包),明党参 15g,当归 6g,淮山 30g,共 7 剂。一周后复诊腹痛已解,大便成形,转为它方。

**按** 病家罹患痼疾数年,中气素虚,今过食生冷,复伤脾阳,脾失健运,则又聚湿生痰,内外合邪,缠绵难愈,变证丛生,苔白滑、脉濡细亦为脾虚气滞,中焦寒湿之证,正如吴鞠通所言:“以右脉缓之故,知气分之湿阻,故加草果、楂肉、神曲,急运坤阳,使足太阴之地气不上蒸手太阴之天气

也。”故治宜健运脾胃，温化寒湿。阮师以藿、朴、陈、苓芳化秽浊，理气渗湿；草果辛温，可燥湿温中、截疟消食，善除寒湿而温燥中宫；山楂、神曲可健脾消食导滞；佐以车前子导湿浊从小便而去；明党参、当归益阴养血；合淮山补益脾肾，且兼涩性可止泻。诸药同用使脾湿得化，气机调畅，合为苦辛温剂。经治后，患者病情改善，效不更方，继续服用。

## 5 结语

湿浊中阻型慢性肾脏病之病

机主要为湿浊之邪困阻中焦，脾胃气机升降失常，故阮师以升降中焦为定法，以加减正气散五方化裁处之。五方均以藿、朴、苓、陈行气、化湿、健脾，并随证分别以苦辛微寒法调理气机升降、苦辛淡渗法宣通经络、苦辛清热法清热利湿、苦辛温化法温运脾阳、调和脾胃。审症求因，辨证论治，再结合“六看”理论随症加减用药，以求缓解患者疾患、延缓肾功能进展。

## 参考文献

- [1]施怡宁,许勇镇,阮诗玮.阮诗玮辨治肾脏病思维摘要[J].中医药通报,2018,17(2):24-26.
- [2]宋乃光.《温病条辨》加减正气散五方论[J].北京中医药,2008,27(8):606-608.
- [3]赵静,孙伟.慢性肾脏病从湿论治[J].中国中西医结合肾病杂志,2014,15(11):1010-1011.
- [4]马家驹,王玉光.从藿香正气散及五个加减正气散看湿邪辨治[J].环球中医药,2017,10(12):1475-1477.

(收稿日期:2019-01-17)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第 15 页)

消痞;旋覆代赭汤由半夏泻心汤去黄芩、黄连,重用生姜,再加上旋覆花、代赭石,能和胃降逆,化痰下气,治疗中虚痰饮痞证。其次,灵活运用,辨证施治,不拘泥于“是证是方”。如临床见肝气不舒,肝胃不和之胃痞,用四逆散可“疏升肝木,理通脾滞,和解枢机,条畅道路,宣布阳气”;脾胃虚寒之胃痞,用四逆汤合理气之剂温中散寒消痞,是谓“脾土温和,中焦自治,膈开能食矣”。

总之,王兰青教授秉承“治病必求于本”之原则,根据病机,四诊

合参、辨证论治,效如桴鼓,临床可资借鉴。

## 参考文献

- [1]李艳平.半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(14):1507-1509.
- [2]王子寿,薛红.神农本草经[M].成都:四川科学技术出版社,2008:394-396.
- [3]李贺元,安云.半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良 44 例临床观察[J].湖南中医杂志,2016,32(7):54-56.
- [4]梁辉.半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良的临床效果观察[J].世界最新医学信息文摘:电子版,2016,16(82):184-185.

[5]韩千胜,尚叶芳.四逆散合半夏泻心汤治疗肝胃不和型慢性胃炎临床研究[J].光明中医,2018,33(1):81-83.

[6]李培生,刘渡舟.伤寒论讲义[M].上海:上海科学技术出版社,1985:82-83.

[7]郭振.保和丸加减治疗胃食管反流病的疗效观察[J].中国现代药物应用,2016,10(10):22-23.

[8]赵盛杰.邱明义教授治疗胃痞病经验拾零[J].光明中医,2018,33(3):331-333.

[9]余伟.中医“痞满”病证考辨[D].南京:南京中医药大学,2008.

[10]娄亮,费玉雯,郭华.从痞满看《伤寒杂病论》对《内经》的继承与发展[J].环球中医药,2017,10(9):1065-1068.

(收稿日期:2018-08-11)

(本文编辑:金冠羽)

悦读《中医药通报》 感受中医药文化

欢迎订阅(邮发代号:34-95)