

· 名医精华 ·

李世江“以补为通,通补兼施”治疗
良性前列腺增生症经验[※]董海渊 杨旷平 李家平 于波锋 陈 钢 李世江[▲]

摘要 李世江主任医师提出良性前列腺增生症的核心病机为“肺脾肾亏虚为本,湿瘀互结为标”,强调“虚证致塞,气化失司”为其关键环节,并确立“以补为通,通补兼施”的治疗原则,主张以温肾健脾、扶正固本为主要治法,以恢复气化功能,并配合清利湿热、化瘀消癥以祛邪通滞,标本兼治。该法通过补益以复气化之源,祛邪以通水道之壅,最终达到“正复塞开,气化水行”的治疗效果。文末附验案1则,以资佐证。

关键词 良性前列腺增生症;以补为通;通补兼施;塞因塞用;李世江;经验

良性前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)是中老年男性常见的泌尿系统疾病,其发病率与年龄呈显著正相关,具体而言,60岁以上男性患病率超过50%,80岁以上男性患病率则可达80%以上^[1]。BPH病理特征为前列腺间质和腺体增生导致膀胱出口梗阻,临床以尿频、夜尿增多、排尿困难、尿后滴沥等下尿路症状为主要表现,严重影响患者的生活质量^[2]。现代医学治疗以 α 受体阻滞剂、5 α -还原酶抑制剂及手术为主,虽可缓解症状,但存在药物不良反应及术后并发症风险^[3-4]。中医药治疗BPH具有显著的优势,历代医家从肺热气壅、肾元亏虚、瘀阻下焦、湿热蕴结等病机入手,结合络病学说、三焦气化理论,提出以“通补”为核心的辨证论治体系,通过清热利湿、活血化瘀、益肾通络等治法,在缩小腺体体积、改善排尿功能、减少术后复发等方面展现出独特优势,体现了中医整体调节与局部治疗相结合的诊疗特色^[5]。

李世江主任医师(以下简称为“李师”)从事中西医防治泌尿外科疾病近40年,学验俱丰。基于对老年BPH患者本虚(肺脾肾亏虚)标实(湿瘀互结)的病机特点的认识^[6],李师提出其核心病机在于“虚证致

塞,气化失司”,并据此确立了“以补为通,正复则塞开”的核心治则。在临证实践中,李师强调脾肾同治以复气化之源,同时灵活运用清利湿热、化瘀消癥之法,寓通于补,通补兼施,临床疗效显著。本文旨在对此进行梳理总结,以飨同道。

1 本虚标实,脏腑亏虚为发病之基

中医将BPH归属于“精癃”“癃闭”范畴。《黄帝内经》提到“膀胱不利为癃”“膀胱病,小便闭”,指出其病机关键在于膀胱气化功能失常。《素问·灵兰秘典论》云“三焦者,决渎之官,水道出焉”“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣”,强调膀胱的排尿功能依赖三焦气化之畅达、膀胱开阖之协调,更赖五脏气化之协同,其中尤以肺、脾、肾三脏功能协调为核心。因此,李师指出,BPH的根本原因在于五脏虚损,其中肺、脾、肾三脏的亏虚是构成这一病机的核心基础,并贯穿疾病发展全过程。

1.1 肾虚为本,气化无力 肾为先天之本,主水司二便,开窍于二阴。《素问·逆调论》云:“肾者水脏,主津液。”生理上,肾阳为气化之源,温煦膀胱,蒸化水液;肾阴濡养精室,涵养相火。病理上,BPH多见于老年男性,据《素问·上古天真论》所言“男子五八而肾气衰”,可知老年男性肾中精气阴阳多有亏耗。肾阳不足,气化无力,则膀胱开阖失职,水道滞涩。《景岳全书》谓:“真阳下竭,元海无根……气不化水,则水腑枯竭者有之。”肾精亏虚,固摄失权,进一步影响水液输布,故肾虚为本病发病之基。

[※]基金项目 云南中医药大学校院联合基金一般项目(No. XYLH2024117);玉溪市科技局一般项目(No. YF2024080);玉溪市中医医院一般项目(No. 2022014)

[▲]通信作者 李世江,男,主任医师。主要从事泌尿外科、男科疾病的中医药防治研究。E-mail: Lsj13987736962@163.com

·作者单位 玉溪市中医医院/云南中医药大学第四附属医院(云南 玉溪 653100)

1.2 脾虚为要,枢机不利 脾为后天之本,主运化而制水,为气血生化之源。《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精……下输膀胱。”生理上,脾胃健运则水津四布,水道通调,清气得升,浊阴得降。病理上,脾虚则中州失运,一则水谷不化精微,气血生化不足,三焦失利,气虚不能行水,血虚难濡水道;二则升降失常,清浊相混,气机壅滞,水液输布障碍,以致小便艰涩不利^[7]。李东垣在《脾胃论》中强调“脾胃虚则九窍不通”,故脾虚是本病发生、发展之关键。

1.3 肺虚为启,治节失司 肺为水之上源,主宣发肃降,通调水道,为气之主,司呼吸而朝百脉。《素问·灵兰秘典论》曰:“肺者,相傅之官,治节出焉。”生理上,肺气宣肃有序,则水液布散如雾露之溉,下输膀胱,排泄有度。若肺气亏虚,宣发无力,则津液不布,肃降不及,水液难以下输膀胱;肺虚亦可母病及子,金水不得相生,使肾之气化失助,膀胱开阖无权。“上焦如雾”赖肺气之宣发,故肺气一虚,上源枯涸,水道涩滞,则小便艰涩不利,或见尿频、余沥、排尿无力等症,临床以“提壶揭盖”法开上以启下,从肺论治BPH,正是重视肺脏在水液代谢作用的体现^[8]。

2 湿瘀互结,邪实阻滞为致病之标

前列腺位居下焦,属“精室”范畴,其气化通利之功与三焦水道通畅密切相关^[9]。李师认为,本病属本虚标实之证,中老年男性常因肺、脾、肾三脏亏虚,气化无力,开阖失司,此为病发生的内在基础;常兼夹湿热与瘀血等实邪,互相交结,阻滞于精室,最终导致小便不通,此为病之标。

2.1 湿热蕴结,壅遏下焦 湿热多因嗜食肥甘醇酒,酿生湿热,下注精室;或脾虚运化不及,水湿内停,郁久化热;亦有外感湿邪,客于下焦,与虚热相合为患。湿热之邪性黏滞重浊,易趋下焦,最易蕴结精室,如《素问·五常政大论》所言:“湿气下临,肾气上从……小便变。”湿热壅滞下焦,一则可阻滞三焦气机,致膀胱气化不利,溺窍不通;二则煎灼津血,如《金匱要略》所言“热之所过,血为之凝滞”,从而使络脉瘀阻;三则蚀损腺体,致局部红肿热痛,溺时涩痛灼热。故湿热实为前列腺增生之重要病理因素,临证当详辨明察。

2.2 瘀血内阻,癥结溺道 瘀血内阻,癥结溺道,是本病重要的病机环节^[9]。脾肾气虚,温煦推动乏力,血行迟滞而成“气虚血瘀”;肾精不足,化源枯竭,脉道失

于濡润,可致“精亏血瘀”。湿热之邪久羁下焦,耗伤津液,灼伤络脉,易使血液稠浊成块,正如《温热论》所言“热入血室,其血必结”。肝失疏泄,三焦气机郁滞,血行受阻,亦可形成“气滞血瘀”。瘀血一旦形成,痹阻于精室络脉,则腺体失养,病理增生日益加重。诚如张景岳所云:“或以败精,或以稿血,阻塞水道而不通也。”瘀积日久,更易与痰湿互结,凝聚成坚硬癥块,压迫尿道,以致小便淋漓、排出艰涩。

2.3 湿热瘀结,互为因果 湿热与瘀血常相互搏结,形成恶性循环。湿热下注,浸淫精室,灼伤血络,煎灼津血而成瘀;瘀血内阻,络道不利,三焦气化受阻,水津不布,反聚为湿浊。二者互为因果,交织为患,胶结于下焦,终成“湿、热、瘀、痰”互结之痼疾。血水同源,瘀阻则水停,水浊则血滞,如《诸病源候论》指出“经脉闭塞,故水溢于皮肤而令水肿也”,揭示了水病及血、血病累水的病理联系。邪实久踞,进一步耗伤正气,致肾虚不充,脾运不及,形成虚实夹杂、缠绵难愈之势。

3 塞因塞用,以补为通为治疗原则

BPH的治疗虽以“通利水道”为要^[10],然老年患者多因肺脾肾亏虚致膀胱气化无权,其本在虚。李师深谙《黄帝内经》“塞因塞用”之义,主张治病求本,以补为通,并强调不可妄投峻利通淋之剂,以免耗伤正气,反致气化愈衰、闭阻益甚。故临证当以补虚固本为主,寓通于补,兼以调理三焦气化,待脏腑功能恢复,则水道自通。

3.1 肾阳虚衰,温肾化气 若小便频数、夜尿增多、溺后余沥不尽,兼畏寒肢冷、腰膝酸软、舌胖苔腻或滑、脉沉迟无力,此为肾阳虚衰,气化失司所致。李师对此常以济生肾气丸为基本方,以温肾化气。方中君药为炮附子、肉桂,能温肾化气,恢复下焦气化之功,《汤液本草》称肉桂“补命门不足,益火消阴”。熟地黄滋阴补肾;山茱萸补益肝肾,填精益髓;山药补脾益肾,固精缩尿,三药合用,肝脾肾三阴并补,共为臣药,可助君药培补肾中元阳之根,寓“阴中求阳”之妙。泽泻、茯苓利水渗湿,通调水道,导湿浊下行,《药品化义》言泽泻“利水导湿,功专利溺”;牡丹皮活血散瘀,清泄虚火,防温补过燥,合泽泻以泻相火而保真阴;川牛膝引药下行兼通溺窍,更佐车前子导水外出。其中附子、肉桂相伍,取“少火生气”之义,以避辛燥劫阴之弊;牛膝与车前子配伍,活血利水兼渗湿泄浊,共疏下

焦壅滞。若兼脾虚,可加黄芪、白术、党参以健运脾胃,转枢以通中焦;若兼肺虚失宣,可加黄芪、杏仁、桔梗以补肺宣肺,助上焦开发;若命门火衰较甚,可加淫羊藿、肉苁蓉、益智仁、乌药等以温固下元;若湿热较甚,可加蒲公英、金钱草、黄柏、马鞭草等以清热利湿通淋。

3.2 肾阴耗伤,滋阴降火 若症见小便短涩、滴沥不畅,伴口干咽燥、头晕耳鸣如蝉、五心烦热、舌红少津苔剥、脉细数,此为肾阴耗伤,相火扰窍所致。李师对此常投六味地黄丸合猪苓汤化裁。方中熟地黄、阿胶共为君药,可滋肾水以复气化之本。其中,熟地黄功专滋填肾阴,补益先天,为滋肾之要药。阿胶在《本草纲目》中有“和血滋阴,除风润燥……利小便”之记载,其意义有三:一则,本品乃血肉有情之品,滋阴养血之力卓著,助熟地黄填补真阴;二则,其性滋润,能濡养精室与溺窍,缓解阴虚之“燥”;三则,本品能养血止血,对于阴虚虚火内扰、灼伤血络之潜在血瘀病机,有未病先防之义。臣药以山茱萸、山药助君药补固下元;以猪苓、茯苓、泽泻、滑石开源导流,渗泄湿热以通溺窍。佐以牡丹皮清泄肝肾伏火,凉血散瘀。其中滋腻之品得猪苓、茯苓、泽泻、滑石之疏泄可使“补而不滞”;渗利之剂得熟地黄、阿胶、山茱萸之滋可使“利不伤阴”。若兼肺阴虚,加麦冬、沙参、百合、五味子等以滋阴润肺;若阴虚较重,加女贞子、旱莲草等以滋补肾阴;若虚火妄动,溺窍灼痛较甚,酌加知母、黄柏以清泄肾火;若阴损及气,气短神疲,佐西洋参以益气养阴;若痰浊较重,加半夏、陈皮、瓜蒌等以理气化痰。

3.3 中气下陷,补中益气 至于中气下陷,升摄无权之候,多见小腹坠胀、尿意频频而排出无力、神疲气短、纳少便溏、舌淡边有齿痕、脉濡弱。此证尤多见于久病或术后患者。李师对此首重健脾益气以复升降,主以补中益气汤合五苓散为基础方。方中黄芪为君药,大补脾肺之气,益气升清。臣药以人参、白术、桂枝、泽泻、茯苓、猪苓相合,其中,人参大补元气,白术健脾燥湿,助黄芪健脾燥湿,培补后天之本;泽泻、茯苓、猪苓通调水道、渗湿利水,合桂枝温阳化气以助膀胱气化,意在“气化则湿亦化”。佐以当归养血和血以防利水伤阴;陈皮理气健脾以防壅滞;升麻、柴胡升提下陷之气,俾清阳升而浊阴自降。炙甘草益气和中,调和诸药,引药入中焦为使。全方以补中益气汤补脾升清治本虚,合五苓散化气利水治标实,共奏益气升清、化气利水之效,适用于BPH属脾虚气陷、水湿内停

之证。若滴沥不尽、气虚较重,增黄芪,加桔梗、知母以升提气机,欲降先升;若兼膀胱失约,夜尿无度,加益智仁、乌药以固脬缩尿;若兼湿热,则去桂枝,加黄柏、篇蓄、瞿麦、滑石等以加强通利之力。

4 通补兼施,法度机变以复气化

以补为通并非一味温补,其应用贵在机变,重在法度。李师强调把握三要,一曰“补必佐通”,如济生肾气丸之牛膝、车前子,补中益气汤之陈皮、升麻、柴胡,皆防呆补滞气;二曰“补分缓急”,肾阳虚衰者宜峻补命火,中气下陷者当缓升清阳;三曰“补忌偏执”,若遇湿热瘀血标实甚者,可暂投四妙散、桂枝茯苓丸祛邪,但须“衰其大半而止”,速转补本。李师始终秉持“通溺之道,不在疏凿在气化”之宗旨,强调脾肾充则如日暖冰融,水自流矣。故其立法重在补虚以复气化之常,而非徒恃攻逐竭伤生机,上述三法皆本于此,灵活施治。

4.1 开郁宣肺,提壶揭盖 若肺气壅遏,宣降失常,致上源闭塞而小便不利,见小便点滴难出、咳嗽胸闷,则当注重通补相合、法随证转。李师主张视肺之虚实,灵活施治。若属肺热阴伤,症兼口渴、舌红,临证常以桑白皮、黄芩清泄肺热,杏仁降气利水,合栀子、车前子使热从小便而出,此乃通中寓清;考虑到老年患者多肺气不足,不可过于清利,故常合张锡纯升陷汤,借黄芪、升麻升举大气,喘促虚极者加人参以大补元气,喘而欲脱者更加山茱萸收敛耗散之气,此乃补中寓通,防清气下陷。若湿阻三焦,难辨寒热,仿三仁汤法,取杏仁开上、白蔻仁畅中、生薏苡仁渗下,轻灵宣化,使气行湿去,此乃“气化则湿亦化”之妙用,通补之力隐于清淡之中。此外,李师临床上常佐紫菀润肺通窍,桔梗宣肺开郁,瓜蒌皮宽胸化痰,旨在使肺气得宣,水液得降,如揭壶盖则水液自下。全程处处顾护正气,通不致虚,补不留邪。

4.2 瘀阻精室,益气消癥 若见溺如细线、排尿困难,兼小腹刺痛、会阴胀痛,舌质紫暗或有瘀斑,脉细涩,此属瘀阻精室,水道不通。李师认为,此证多因脾肾气虚,推运无力,日久血滞成瘀,结于精室。治当益气消癥、通补兼施,不可单事攻逐,亦忌纯用壅补,常取补阳还五汤合桂枝茯苓丸化裁。方中重用生黄芪为君,大补脾肺之气,使气旺以促血行。臣以赤芍、川芎、红花,助黄芪养血活血、化瘀通络;桃仁、丹皮破血散结、凉血消癥;桂枝温通经脉、化气行水,开膀胱之

气化。茯苓健脾渗湿、导水下行；地龙搜剔络中瘀阻，通达经络，共为佐药。使以甘草调和诸药；桔梗或牛膝引药上行或下行，直达病所。诸药合用，攻补兼施，通利下焦而不伤正气，共奏益气活血、消癥通淋之效。瘀结甚者，加地龙、水蛭等虫类药，取其性行散，长于走窜而直达病所；兼气滞者，加柴胡、枳壳、香附、乌药等药以疏肝解郁，理气开壅。

4.3 湿热下注，健脾清利 若见溺赤灼痛、小便频急，兼舌苔黄腻、脉滑数，此属湿热下注，蕴结精室。李师认为，此证虽标在湿热，其本多在脾虚失运。治宜健脾化湿与清利湿热并行，以标本兼顾。李师常以四妙散加减为主方，清利下焦湿热，俟湿热既去，则水道自通。方中黄柏苦寒清热燥湿；苍术苦温燥脾湿；薏苡仁甘淡渗湿健脾；牛膝活血利尿、引药下行；佐白术、茯苓健运脾气，以杜生湿之源；土茯苓解毒除湿、利窍通淋。热重于湿，溺痛明显者，加栀子、车前子以增强清热利湿之力；湿浊偏盛，苔厚腻纳呆者，加藿香、佩兰以芳香化浊；兼阴伤之象，见口干舌红者，酌加生地、白茅根以清热生津，利水而不伤阴。

5 验案举隅

苏某，男，67岁，2025年3月12日初诊。主诉：排尿不畅5年，加重伴尿频尿急、尿后余沥不尽2个月。现病史：患者5年前开始出现夜尿频多（每夜4~5次），尿线细、分叉，曾服坦索罗辛、舒泌通治疗（具体不详），效果不显，病情反复。近2个月症状加重，尿后余沥湿裤，伴畏寒肢冷、腰膝酸软、大便溏薄。外院B超示：前列腺4.8 cm×4.6 cm×4.0 cm，残余尿约60 mL。舌黯，苔白腻，脉沉涩。既往有高血压、糖尿病病史10年，控制尚可。西医诊断：良性前列腺增生症。中医诊断：精癯，辨证属脾肾阳虚、湿瘀阻窍。治法：温补脾肾，化瘀利水。处方：济生肾气丸合补中益气汤加减。药用：制附片10 g（先煎），肉桂5 g，山茱萸15 g，炙黄芪40 g，升麻6 g，桂枝12 g，桃仁10 g，炒白术15 g，川牛膝20 g，水蛭3 g，泽泻15 g，车前子30 g（包煎），生姜5片，大枣10 g。共7剂，日1剂，水煎分2次服。

2025年3月19日二诊：夜尿次数2~3次，但仍有排尿无力感，其余症状如畏寒肢冷、腰膝酸软、大便溏薄等均有改善，食欲、睡眠尚可，大便已转正常。舌质仍黯，苔白腻，脉沉涩。考虑前方有效，但祛瘀通窍之力尚需加强，遂于前方基础上加淫羊藿15 g，王不留

行30 g，女贞子12 g。续予14剂，煎服法同前。

2025年4月4日三诊：大便转稀、次数增多，但排尿情况显著改善，尿线增粗，夜尿进一步减少至1~2次，眠可。复查B超，结果提示残余尿量降至20 mL。舌转为淡紫，苔白，脉象转为沉滑。前方去水蛭、王不留行，加菟丝子20 g、山药30 g，续服14剂以巩固疗效。之后随访2个月，病情稳定未复发。

按 本案为老年BPH典型之“本虚标实”证。患者年高肾衰，脾虚不运，阳气无力温煦推动，湿瘀互结，阻塞溺道，属虚证致塞，气化失司。治循“以补为通，通补相济”之法，分阶论治。初诊以温肾益气为主，佐化瘀通窍，复气化之源。二诊根据患者病情变化考虑前方有效，但祛瘀通窍之力尚需加强，故加淫羊藿以温补肾阳，加王不留行以增强化瘀通络之力，并佐女贞子以防温燥伤阴。三诊察其舌脉，考虑标实（瘀阻）已显著减轻，但脾肾阳气仍虚，且患者出现便溏，恐水蛭、王不留行等攻伐之品久用伤正，故去之；加菟丝子、山药以增强补益脾肾、固精缩尿之功。治疗全程始终把握“正复则塞开”之核心，非徒攻邪，而贵在益气助化，充分体现“通溺之道，不在疏凿在气化”的学术思想。

参考文献

- [1] 中国中医药信息学会男科分会. 良性前列腺增生症中西医结合多学科诊疗指南(2022版)[J]. 中国男科学杂志, 2022, 36(2): 96-102.
- [2] 王琦, 秦国政. 王琦男科学[M]. 3版. 郑州: 河南科学技术出版社, 2021: 757-782.
- [3] 李生龙, 卢刚刚, 金广炜, 等. 中医药治疗良性前列腺增生症的基础与临床研究进展[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(21): 5817-5828.
- [4] 肖铤, 李警, 易熠, 等. 老年前列腺增生患者电切术后临床特征、疼痛程度及其与切口感染发生的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(23): 5708-5711.
- [5] 马东岳, 杨九天, 赵子维, 等. 中医药治疗良性前列腺增生症的作用机制研究[J]. 世界中医药, 2023, 18(3): 435-439.
- [6] 张春和, 李曰庆, 裴晓华, 等. 良性前列腺增生症中医诊治专家共识[J]. 北京中医药, 2016, 35(11): 1076-1080.
- [7] 宣铭杨, 周冰莹, 马棣元, 等. 从“脾胃虚则九窍不通”论治良性前列腺增生[J]. 环球中医药, 2022, 15(5): 870-872.
- [8] 白强民, 秦华萍, 黄子彦, 等. 基于金水相生理论运用肺肾同治法辨治前列腺增生症经验探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(6): 1171-1173.
- [9] 徐新宇, 彭煜, 朱文静, 等. 彭煜教授基于脏腑气化辨治良性前列腺增生六法[J]. 陕西中医, 2025, 46(5): 680-684.
- [10] 陈文铄, 韦一, 王胜杰, 等. 从“以通为用”辨治良性前列腺增生症经验[J]. 北京中医药, 2024, 43(9): 1054-1056.

(收稿日期: 2025-06-25)

(本文编辑: 金冠羽)