

· 理论探讨 ·

基于“阳化气,阴成形”理论探讨芪黄保肾饮治疗慢性肾脏病[※]朱博涵^{1,2} 吴强^{1,2▲} 张鸿锐^{1,2}

摘要 总结吴强主任医师基于《黄帝内经》“阳化气,阴成形”理论辨治慢性肾脏病(CKD)的临证经验。CKD的核心病机在于阴阳动态平衡失调,具体表现为脾肾阳气亏虚所致的“阳化气不足”与水湿、浊毒、瘀血等病理产物蓄积的“阴成形太过”,二者互为因果,形成“阳虚为本,浊瘀为标”的本虚标实之证。治疗上,其以调补脾肾、泄浊祛瘀为基本大法,创立经验方“芪黄保肾饮”,旨在补其“阳化气”之不足,消其“阴成形”之太过。

关键词 慢性肾脏病;阳化气;阴成形;芪黄保肾饮;吴强

慢性肾脏病(Chronic kidney disease, CKD)已成为影响全球健康的重大疾病。其发病隐匿,不易被患者及家属察觉,多数因并发症就诊。目前多数慢性肾脏病难以根治,易发展至终末期肾脏衰竭(End stage renal disease, ESRD)^[1]。据调查,2021年中国人群慢性肾脏病的患病率约为8.32%,且据Nordpred模型预测,其标化患病率呈下降趋势,但由于人口基数增长及老龄化加剧,其患病率粗率仍呈上升趋势^[2]。现代医学对CKD的有效药物仍较有限,病死率居高不下,治疗颇为棘手。CKD可归属于中医学“水肿”“癃闭”“虚劳”“肾风”“肾劳”等范畴。中医诊治本病依托其独特的整体观念与辨证论治体系,在延缓疾病进展、改善临床症状、提升生活质量等方面展现出显著优势。

吴强主任医师(以下简称为“吴师”)师承于福建省名中医魏仲南教授(以下简称为“魏老”)。临床研究显示,魏老的经验方“补肾祛毒汤”可有效延缓肾功能进展^[3]。吴师在传承魏老学术思想的基础上,结合本地区CKD患者“湿浊血瘀”病邪偏盛的临床特点,恪守“阳化气,阴成形”的理论指导,对原方进行化裁,创制出“芪黄保肾饮”,为慢性肾脏病脾肾气虚兼湿浊血瘀证提供了新的治疗方案。

1 “阳化气,阴成形”的理论内涵

《素问·阴阳应象大论》云:“故积阳为天,积阴为地。阴静阳躁,阳生阴长,阳杀阴藏。阳化气,阴成形。”阴阳二气的动态平衡是万物生杀化育的核心机制。阳气具有动态属性,其气化功能通过温煦、推动等作用,将水谷精微转化为气态能量,维持脏腑功能协调;阴气则呈现凝敛特性,将无形之气固结为有形实体,如营卫之气转化为精血津液^[4]。明代医家张景岳对此注释:“阳动而散,故化气。阴静而凝,故成形。”这揭示出二者对物质与能量的双向调控。从功能结构看,“阳化气”体现为能量的生成与输布,需依赖阳热特性完成“化阴为气”的代谢过程;而“阴成形”表现为物质的合成与储备,需通过沉静属性实现“聚气成质”的形态构建。二者互根互用,缺一不可。《大宝论》云:“阴阳二气,最不宜偏,不偏则气和而生物,偏则气乖而杀物。”只有“阳化气,阴成形”达到平衡,维持“阴平阳秘”的状态,人体生命活动才能正常有序运行。

2 从“阳化气,阴成形”论CKD脾肾气虚兼湿浊血瘀证

吴师认为,CKD核心病机为“本虚标实”。本虚主要责之于脾、肾二脏,标实则指水湿、湿浊、瘀血等病理产物。从“阳化气,阴成形”阐释,“本虚”的核心在于“阳化气”功能减退,尤以脾阳、肾阳虚衰为关键;“标实”则因阳气虚衰,气化无权,导致水湿、浊毒、瘀

※基金项目 福建省自然科学基金面上项目(No.2023J01812)

▲通信作者 吴强,男,主任医师,博士研究生导师。研究方向:肾脏系统疾病的临床研究。E-mail:wq95315@163.com

•作者单位 1.福建中医药大学(福建福州350122);2.福建中医药大学附属第二人民医院(福建福州350003)

血等“阴形”病理产物积聚。生理状态下,“阳主化气”与“阴主成形”处于动态平衡。肾为先天之本,肾阳是“阳化气”的根本动力,具有温煦和激发脏腑功能的作用;脾为后天之本,主运化水谷精微,将水谷转化为气血津液,为阳化气提供物质基础,是“阳化气”功能在后天层面的重要体现。脾肾协调,气化功能健旺,水液代谢得以遵循“升清降浊”机制,正如《素问·经脉别论》所言:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾……水精四布,五经并行。”其中,清者上升化为精微,输布周身以濡养组织、形体、官窍构成形质;浊者下降成为代谢废物,经由二便排出体外。这一过程体现了“无形之气化”与“有形之体健”的和谐统一,属生理性“阴成形”。CKD脾肾气虚兼湿浊血瘀证的形成,正是这一规律在疾病演变过程中的具体体现,其病理发展可分为“因虚致实”与“因实更虚”两个病理环节,二者既相互关联又层层递进,共同推动疾病进展。

2.1 “阳化气”不足为本 肾为先天之本,内寓元阴元阳,是人体阳气的根源。《景岳全书》云:“命门为精血之海,脾胃为水谷之海,均为五脏六腑之本。然命门为元气之根……五脏之阳气,非此不能发。”吴师认为,肾阳作为五脏阳气的根源,对机体的生理功能起至关重要的作用。若肾的气化功能不足,五脏六腑皆可受累,此乃CKD发病的根本原因。具体病理演变表现为肾阳虚弱导致气化功能衰退,水液代谢失常则见肌肤水肿;固摄功能失调致使精微物质外泄,临床表现为尿浊;肾阳失于温煦,累及脾阳,形成脾肾阳虚证候,表现为食欲减退、腹部胀满、大便溏泄、畏寒肢冷等典型症状;由于肾阳的推动作用减弱,代谢产物如肌酐、尿素氮等排泄不利,逐渐蓄积而形成病理性“浊毒”。当阳气不足以维持脏腑的气化功能时,脏腑气化失常,常进一步导致气血津液代谢失常,加重水湿痰饮内停。

2.2 “阴成形”太过为标 在“阳化气”不足背景下,机体气化功能衰退,水湿、浊毒、瘀血等病理产物不断产生且难以清除,这些有形实邪的积聚正是“阴成形”太过的直接表现。《温疫论·四损不可正治》云:“阳气愈消,阴凝不化,邪气留而不行。”《灵枢·百病始生》亦云:“积之始生,得寒乃生。”吴师指出,此处之“寒”,可理解为阳气的虚衰。当“阳化气”不足时,就会出现气化异常所致的阴浊内生,致使水湿、瘀血、浊邪流注,即“阴成形”太过。阴浊之邪一旦形成,不仅作为病理产物存在,更会作为新的致病因素,进一步损害机体。临床上可表现为身体浮肿、恶心呕吐、尿

少甚至无尿等症状,实验室检查可见血肌酐、尿素氮等反映浊毒内蕴的指标升高。在正气亏虚的基础上,痰、湿、瘀、毒等病理产物相互搏结,互为因果,进一步阻碍气机,损伤肾络,形成“癥瘕积聚”,从而加剧正气耗损与肾脏实质损害,形成恶性循环^[5],这一过程正是“阴成形”理论在CKD中的具体体现。王永钧教授^[6]明确提出肾脏微型癥积的概念,认为其是CKD进展至肾纤维化的关键病理环节。从现代病理学角度看,肾小球硬化、肾小管萎缩、间质纤维化等肾脏形态结构的不可逆改变,即是中医“阴成形”理论在微观层面的具体呈现^[7]。因此,在CKD的治疗中,抑制病理性的“阴成形”过程(抗肾脏纤维化),扶助生理性的“阳化气”功能(保护残存肾功能),具有重要的意义。

3 芪黄保肾饮方药分析

吴师在传承魏老学术思想的基础上,恪守“阳化气,阴成形”之理论,结合本地区CKD患者“湿浊血瘀”病邪偏盛的临床特点,对“补肾祛毒汤”进行化裁。原方所用炮山甲虽为化瘀通络之良药,但其原料穿山甲属国家二级保护动物,药材来源受限、成本高昂,且与当代生态保护理念相悖,极大限制了该方的推广应用。因此,吴师创制出芪黄保肾饮。该方在临床应用中发现,不仅能显著改善患者临床症状,还能稳定甚至改善实验室指标,且未见明显不良反应,体现了良好的有效性与安全性。芪黄保肾饮由黄芪、生大黄、槲寄生、杜仲、党参、白术、茯苓、陈皮、三七、醋鳖甲(先煎)、土茯苓、丹参、莪术、积雪草、甘草共15味药组成。方中黄芪健脾益气,补后天以滋先天,使“阳化气”功能得以恢复;大黄通腑泄浊、行瘀解毒、推陈致新、安和五脏,使“阴成形”所酿之浊毒从腑而泄,二者合用补虚泻实,紧扣“阳化气,阴成形”之核心病机,共为君药。槲寄生、杜仲补肾填精温阳以充先天;陈皮理气燥湿;党参、白术、茯苓健脾益气化湿以固后天,促进肾脏气化和脾胃运化功能,脾肾双补,则“阳化气”之动力得充,共为臣药。醋鳖甲可软坚散结、通瘀活络,用于消散肾脏之“微型癥积”,通利瘀阻之肾络;三七、丹参活血化瘀;莪术行气破血、消积止痛;土茯苓解毒除湿,可入络搜剔祛湿热日久之蕴毒;积雪草清热利湿解毒,共为佐药。甘草补脾益气、调和诸药,为使药。全方共奏脾肾双补、泄浊排毒、化瘀消癥之功,符合脾肾气虚型CKD的发病机制^[8]。此外,现代药理研究^[9-11]已证实,三七、丹参、积雪草均具有抗炎、抗纤维化作用,有助于抑制肾脏病理性“成形”。

4 验案举隅

患者,男,69岁,2024年2月19日初诊。主诉:发现血肌酐升高1年余。1年余前患者无明显诱因出现夜尿增多(2~3次/夜),尿中有泡沫,于当地医院就诊并行相关检查。尿常规示“尿蛋白(+),尿潜血(+)",血肌酐(SCr)为258 $\mu\text{mol/L}$,肾小球滤过率(eGFR):21.09 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73 \text{ m}^2)$,诊断为“慢性肾脏病4期”,予百令胶囊、复方 α 酮酸片等治疗后,未见明显好转,反见血肌酐逐步升高,今为求进一步治疗,遂前来就诊。晨下:疲乏,口干,泡沫尿,夜尿3~4次,无明显异味,纳欠佳,寐尚可,大便干结,二三日一行,舌质暗红,舌形正常,苔白厚腻,脉弦细。既往史:“高血压病”病史10年余,最高血压达160/90 mmHg,平素规律服用“沙坦类”控制血压,血压控制在120~130/70~80 mmHg;“2型糖尿病”病史10年余,平素规律服用“伏格列波糖”,并配合门冬胰岛素(早、中、晚三餐前分别注射8、12、14 IU)联合甘精胰岛素(睡前皮下注射10~14 IU)控制血糖,血糖控制欠佳(自诉空腹血糖波动于7.0~8.5 mmol/L,午餐后2h血糖波动于12.5~15.0 mmol/L)。查体:血压128/76 mmHg,心率72次/分。生化全套示:胱抑素C(CysC)4.54 mg/L,白蛋白(ALB)43.70 g/L,葡萄糖(Glu)7.40 mmol/L,尿素(Urea)20.30 mmol/L,SCr 313 $\mu\text{mol/L}$,尿酸(UA)612 $\mu\text{mol/L}$,eGFR 16.58 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73 \text{ m}^2)$;尿常规(外院)示:尿蛋白(+),尿潜血(+)。西医诊断:①慢性肾脏病4期;②高血压病2级(高危);③2型糖尿病;④高尿酸血症。中医诊断:慢性肾衰,辨为脾肾气虚兼湿浊血瘀证。治法:补脾益肾,降浊利湿,化瘀通络。(1)中医处方:芪黄保肾饮。药用:生大黄6 g,黄芪30 g,槲寄生15 g,杜仲12 g,党参15 g,白术9 g,茯苓15 g,陈皮6 g,三七3 g,醋鳖甲12 g(先煎),土茯苓24 g,丹参15 g,莪术6 g,积雪草15 g,甘草6 g。14剂,水煎服,每日1剂,分早晚饭后30 min温服。(2)西医处方:根据血糖情况予调整降糖方案为“门冬胰岛素(早、中、晚三餐前分别注射8、14、14 IU)+甘精胰岛素(睡前皮下注射12 IU)+伏格列波糖片(0.2 mg/次,3次/天)”,并续予原有降压方案。嘱患者按时服药,避风寒,畅情志,适劳逸,低盐低脂、低嘌呤、糖尿病、优质低蛋白饮食;密切监测血压、血糖变化。

2024年3月4日二诊:口干较前改善,夜尿2~3次,尿中泡沫较前减少,稍乏力,纳差较前改善,寐欠佳,大便一日一行,质软成形,舌质暗红,舌形正常,苔

白厚腻,脉弦细。查体:血压125/77 mmHg。自测空腹血糖波动于6.8~8.0 mmol/L,餐后2 h血糖波动于9.5~10.7 mmol。四诊合参,辨证同前,予原方基础上加百合24 g。14剂,煎服法及注意事项同前。患者症状改善,血糖初步稳定,西药方案暂不变,继续监测。

2024年4月1日三诊:口干较前明显改善,夜尿1~2次,尿中泡沫不明显,稍乏力,纳尚可,寐差改善,大便1~2次/日,质软成形,舌质暗红,舌形正常,苔白厚腻,脉弦细。查体:血压127/72 mmHg。自诉平时血糖控制尚可。生化全套示“CysC 3.99 mg/L, Urea 23.4 mmol/L, SCr 249 $\mu\text{mol/L}$, UA 489 $\mu\text{mol/L}$, GLU 7.6 mmol/L, ALB 46.40 g/L, eGFR 21.86 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73 \text{ m}^2)$ ”;尿常规示“尿蛋白(+),尿隐血微量”。四诊合参,辨证同前,予上方基础上加菟丝子15 g。28剂,煎服法及注意事项同前。患者血糖情况较稳定,继续维持原有西药方案。

2024年4月29日四诊:轻度口干,夜尿1~2次,尿中泡沫不明显,稍乏力,纳寐可,大便1~2次/日,质软成形,舌暗红,舌形正常,苔白腻,脉弦细。查体:血压123/75 mmHg。自诉血糖控制尚可。生化全套示“CysC 3.94 mg/L, Urea 22.5 mmol/L, SCr 237 $\mu\text{mol/L}$, UA 447 $\mu\text{mol/L}$, GLU 7.4 mmol/L, ALB 47.70 g/L, eGFR 23.21 $\text{mL}/(\text{min}\cdot 1.73 \text{ m}^2)$ ”;尿常规示“尿蛋白(+),尿隐血微量”。四诊合参,辨证同前,在上方基础上去百合,加金樱子15 g。28剂,煎服法及注意事项同前。患者血压、血糖控制稳定,西药方案同前。后患者规律复诊治疗已1年余,多次复查肾功能示SCr保持在212~239 $\mu\text{mol/L}$,症状明显改善,病情稳定。

按 慢性肾脏病发病隐匿,常无自觉症状,待发现之时,多为中晚期。本案患者虽发现肾功能不全仅1年余,但其检查指标已至慢性肾脏病4期,由此可知,患者肾病已久,损及脾肾之阳。肾主水,气化而能出焉;脾主运化水液。脾肾气虚,水液运化、代谢失调,水湿内停,蕴而成毒,故见血中肌酐、尿素氮等毒素水平升高;脾土虚弱,水谷运化无力,故见纳欠佳;营养之源不继,故见疲乏;脾阳气虚衰,大肠传化无力,粪便久滞肠道,故见大便质干难解;肾为封藏之官,肾虚则固摄无力,故见夜尿频、泡沫尿。结合舌脉,四诊合参,此乃脾肾气虚、湿浊血瘀之证,故治以补脾益肾、降浊利湿、化瘀通络之法,予芪黄保肾饮原方。二诊时患者口干、乏力改善,夜尿减少,泡沫尿减轻,但寐欠安,舌脉同前,此为阳气渐复、浊瘀稍减之象,然心神未安,故在初诊方基础上加百合24 g以清

心安神。三诊时诸症进一步好转,夜尿减至1~2次,泡沫尿不明显,复查指标改善,提示正复邪退,考虑其肾虚固摄之力尚弱,故加菟丝子15 g以加强补肾固精之功,助“阳化气”之持续恢复。四诊时患者症状基本平稳,复查指标良好,舌苔白腻转薄,脉仍弦细,此时心神已安,故去百合;肾精渐充,然固涩之力仍需加强,遂加金樱子15 g以固精缩尿,巩固疗效。

5 小结

吴师深入挖掘《黄帝内经》“阳化气,阴成形”理论,将其与CKD的现代病理认识相结合,深刻指出该病“阳虚为本,浊瘀为标”的本质,确立了“温补阳气以助化气,泄浊化瘀以抑成形”的治疗原则。芪黄保肾饮作为这一学术思想的载体,其组方巧妙,配伍精当,体现了“病证结合”与“方证对应”的临证精髓。临床实践表明,该方对于CKD证属脾肾气虚兼湿浊血瘀的患者,不仅能有效改善其临床症状,提升生活质量,更能在实验室指标上看到切实的改善,从而有效推迟患者进入透析的时间窗,展现了中医药在治疗慢性疑难重症方面的巨大潜力。

参考文献

[1]汤曦,石运莹,王俭勤,等.中国成人慢性肾脏病及其并发症早期筛查临床路径专家建议(2023版)[J].中国实用内科杂志,2023,43(3):198-205.

(上接第25页)

[6]陈佳华,倪金霞.基于“脑为髓海”理论浅议头穴从刺法治疗中风思路[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(8):79-82.
 [7]詹沛霖,周小莉.基于络病学说探讨腔隙性脑梗死中医病机及治疗[J].中西医结合研究,2022,14(3):203-205.
 [8]罗银香,张雪竹.慢性脑低灌注致血管性痴呆发病机制研究进展[J].山东医药,2024,64(4):104-108.
 [9]刘静,韩涛,严翠华,等.卒中后患者认知障碍发病机制及治疗策略研究进展[J].精准医学杂志,2025,40(1):88-92.
 [10]国佳莹,石京山.小胶质细胞表型和功能的多样性与阿尔茨海默症[J].遵义医科大学学报,2020,43(3):405-411.
 [11]黄润记,杨文明.益肾通络方治疗缺血性脑小血管病伴非痴呆型血管性认知功能障碍的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(8):1204-1207.
 [12]王丹,赵瑞珍,李小黎,等.益肾调气法对血管性痴呆模型大鼠脑单胺神经递质的干预作用[J].世界中医药,2020,15(10):1395-1399.
 [13]汪杰,樊一桦,周霞,等.常用复方及中药单体治疗血管性痴呆作用靶点的研究进展[J].中华中医药学刊,2021,39(3):181-184.
 [14]鹿俊磊,安红伟,潘波洋,等.通窍活血汤对瘀血内阻型非痴呆型血管性认知障碍患者的影响研究[J].实用心脑血管病杂志,2024,32

[2]卞帅博,张亮,杨璇.1990—2021年中国慢性肾脏病疾病负担变化趋势及发病预测分析[J].实用临床医药杂志,2025,29(6):89-93,98.
 [3]石伟荣,吴强,吴秋红,等.补肾祛毒汤辅助脾肾气虚型慢性肾衰的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2019,12(22):69-71.
 [4]张学娅,饶宇东,郭春霞,等.《内经》“阳化气,阴成形”含义探讨[J].辽宁中医杂志,2020,47(4):80-82.
 [5]党文静,戴恩来.戴恩来教授治疗慢性肾脏病临证经验[J].亚太传统医药,2024,20(5):107-112.
 [6]王永钧,张敏鸥.痰瘀互结与肾内微型癥积[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(1):1-3.
 [7]任慧霞,孙璇,原茵,等.从“阳化气,阴成形”角度探讨扶阳抑阴化纤法在糖尿病肾病中的应用[J].现代中西医结合杂志,2025,34(5):675-678.
 [8]公冶晨霞,邹永艳,孙秀梅,等.王祥生教授“健脾补肾、活血通络”法治疗慢性肾衰竭经验浅谈[J].中医临床研究,2024,16(9):77-80.
 [9]马继伟,王宏天,刘浩飞,等.积雪草对早期糖尿病肾病大鼠TGF-β1表达及相关下游信号的影响[J].中国应用生理学杂志,2018,34(1):69-73.
 [10]汪泉,张燕敏,陈伟栋,等.丹参酮ⅡA对慢性肾衰大鼠肾病理损伤及肾间质纤维化的影响[J].中国临床药理学杂志,2019,35(20):2609-2612.
 [11]高利超,徐兵,刘永安,等.三七皂苷R1抑制TGF-β1/Smad3信号传导对糖尿病肾病大鼠肾脏纤维化和炎症细胞因子的调节作用研究[J].中国免疫学杂志,2020,36(10):1188-1193.

(收稿日期:2025-10-02)

(本文编辑:金冠羽)

(8):97-103.
 [15]李俊,胡小军,王青,等.通窍活血汤加减联合“回阳九针”治疗卒中后认知障碍的临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(4):75-80.
 [16]王凌雪,李双阳,高源,等.通窍益智方对痰浊蒙窍型VCIND患者临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(20):154-155,162.
 [17]丁瑞丛,吴东南,李耘,等.刘玲运用涤痰汤治疗血管性认知障碍的思想探讨[J].湖北中医药大学学报,2019,21(6):104-106.
 [18]杨超.基于炎症反应、氧化应激、miRNA-124/BACE1/Aβ通路探讨涤痰汤治疗血管性痴呆模型大鼠的作用机制[D].武汉:湖北中医药大学,2020.
 [19]丁瑞丛,纪可,吴东南,等.涤痰汤加味方对血管性痴呆大鼠行为学及PKA/CREB信号通路的影响[J].中国中西医结合杂志,2021,41(3):364-369.

(收稿日期:2025-10-20)

(本文编辑:蒋艺芬)