

# 名中医汤宗明教授扶正祛邪学术思想在阳虚湿热中的运用

谢保弟 汤宗明 王孝冬 严兴茂 薛美婷

遵义市中医院 贵州 遵义 563000

**【摘要】**：汤宗明教授系贵州省级名医，深耕中医临床四十余载，尤擅以经典方剂论治各类疑难杂症，“扶正祛邪”是其贯穿诊疗始终的核心学术思想。阳虚湿热证作为中医临床常见的复杂证候，由阳气不足、湿浊内蕴日久化热所致，病机呈现“本虚标实、寒热并存”的特点，临床治疗难度较高。本文结合临床典型个案，系统阐述汤宗明教授“扶正祛邪”学术思想在阳虚湿热证中的应用逻辑，从病因病机剖析、辨证思路调整到方药配伍实践，完整梳理诊疗过程，为临床处理此类虚实夹杂证候提供参考。

**【关键词】**：扶正祛邪；阳虚湿热；温阳化湿；寒热错杂；汤宗明

DOI:10.12417/2811-051X.26.04.072

中医诊疗疑难杂症，始终以“整体观”与“辨证论治”为核心，而“扶正祛邪”作为贯穿千年的重要治则，更是破解复杂证候的关键钥匙。贵州省级名医汤宗明教授，深耕中医临床四十余载，将此思想熔铸于诊疗实践，尤其在应对“阳虚湿热证”这类本虚标实、寒热错杂的证候时，形成独具特色的学术体系与用药经验。阳虚湿热证因“阳气不足”与“湿热内蕴”相互胶结，治疗中若单纯扶正易助湿生热，仅重祛邪又恐耗伤阳气，长期以来是临床诊疗的难点。本文将从阳虚湿热证的病因病机切入，系统阐释汤宗明教授“扶正祛邪”思想的核心内涵，并结合典型临床个案，完整呈现该思想在诊疗中的实践路径，为临床处理此类复杂证候提供切实可行的参考。

## 1 阳虚湿热证的病因病机与临床特征

阳虚湿热证的核心矛盾在于“阳虚为本、湿热为标”，二者相互作用形成恶性循环，其病因、病机及临床表现均具有显著复杂性，需从中医整体观出发系统辨析。

### 1.1 病因溯源

阳虚湿热证的发生与先天禀赋、后天因素密切相关，二者共同影响机体阳气盛衰与湿浊代谢，最终诱发证候。

先天因素：先天禀赋决定机体基础状态，若先天肾阳不足或脾阳虚弱，阳气温煦、推动功能失常，水湿运化失司，湿浊内停日久易郁而化热；另有先天脾胃功能薄弱者，运化水谷与水湿的能力先天不足，湿浊易内生蓄积，为湿热蕴结埋下隐患。

后天因素：后天生活习惯与疾病影响是证候诱发的关键。其一，饮食不节最为常见，过食生冷损伤脾阳、肥甘厚味助湿生热、嗜酒过度直接酿生湿热；其二，情志失调间接致病，忧思伤脾致运化无力、肝郁克脾致气滞湿阻，湿浊滞留日久化热；其三，外感湿邪侵袭，久居潮湿环境或外感湿热之邪，困遏阳

气致湿邪内停；其四，过用寒凉之品，如滥用抗生素、长期服用黄连、黄芩等苦寒中药或频繁输液，直接耗伤脾肾阳气；其五，久病与年老体衰，慢性疾病（如慢性肾衰、心力衰竭）长期耗阳，或年老后阳气自然衰减，均会导致水湿代谢障碍，湿浊郁而化热。

### 1.2 病机演变

阳虚湿热证的病机围绕“阳虚”与“湿热”的相互作用展开，呈现“阳虚致湿—湿郁化热—湿热伤阳”的恶性循环。

阳虚致湿：脾主运化水湿，肾主水液气化，脾肾阳气不足是水湿内停的根本。脾阳不足则运化失职，水湿停滞中焦；肾阳亏虚则气化无权，水湿泛滥脏腑经络，形成“阳虚生湿”的病理基础。

湿郁化热：停滞的湿浊弥漫三焦，因湿性黏滞难除，长期郁积易从阳化热，形成“湿遏热伏”之态；同时阳气虚弱无法宣散湿浊与热邪，导致热势缠绵，加重湿热胶结程度。

湿热伤阳：湿热胶着体内阻碍气机运行，影响阳气输布与温煦；热性易耗伤津液，津液亏虚又间接影响阳气生成，最终形成“湿热伤阳、阳更虚则湿更停”的循环，使证候逐渐加重。

### 1.3 病位与传变

主要病位：以脾、肾为核心，可波及肝、肺与三焦。脾阳不足为主者，常见脘腹胀满、大便溏薄、食欲不振；肾阳亏虚为主者，多表现为腰膝冷痛、夜尿频多、畏寒肢冷；湿热弥漫三焦时，还会出现胸闷、小便黄赤、舌苔黄腻等症状。

传变规律：遵循“初起在脾—久病及肾—波及三焦”的路径。疾病初期多因饮食、情志等因素损伤脾阳，致脾虚湿困；病情迁延则湿浊耗阳，由脾及肾发展为脾肾两虚；后期阳气衰甚，湿热弥漫三焦，病情更为复杂。

## 1.4 临床表现特点

证候表现兼具“阳虚”与“湿热”双重特征，且存在明显寒热错杂。其一，阳虚症状显著，如畏寒肢冷、面色㿔白、神疲乏力、舌淡胖有齿痕、脉沉细；其二，湿热症状突出，常见口干口苦、脘闷腹胀、大便黏滞溏臭、小便黄赤、舌苔黄腻；其三，寒热错杂典型，部分患者出现“畏寒却手足心热”“喜暖但口黏口苦”等矛盾表现，增加辨证难度。

## 2 汤宗明教授“扶正祛邪”学术思想的核心内涵

汤宗明教授基于四十余年临床经验，将“扶正祛邪”思想深度融入疑难杂症诊疗，尤其针对阳虚湿热证这类虚实夹杂证候，形成系统的理论体系与实践方法。“扶正”即扶助机体正气，核心在于温补脾肾阳气。汤教授认为，阳虚湿热证中“阳虚”是病机根本，脾肾作为阳气生成与水湿代谢的关键脏腑，其功能失常是证候发生的核心环节。因此“扶正”需以温脾肾阳为重点，通过恢复脾肾运化与气化功能，增强机体自身运化水湿、抵御病邪的能力，从根本上阻断“阳虚生湿”的病理链条。“祛邪”则是清除体内湿热之邪，强调“分清湿热、理气行滞”。汤教授提出，湿热黏滞难除，需根据其在三焦的分布特点，采用“宣上、畅中、渗下”之法分而治之—宣上以通利肺气、畅中以调和脾胃、渗下以通利水道，同时注重理气，因气机不畅既是湿热内停的原因，也是阳气输布受阻的关键，理气可促进湿热排泄与阳气宣通。更重要的是，汤教授强调“扶正”与“祛邪”需动态平衡。若正气亏虚明显而湿热较轻，侧重扶正、辅以祛邪，避免祛邪伤正；若湿热壅盛而正气尚可，适当加强祛邪、兼顾扶正，防止湿热耗阳；若正气虚衰与湿热并重，则需扶正祛邪并举，在温补阳气的同时清除湿热，实现“扶正不留邪、祛邪不伤正”的目标<sup>[1]</sup>。

## 3 “扶正祛邪”学术思想在阳虚湿热证中的临床运用 (个案分析)

### 3.1 病例资料

基本信息：患儿罗某，女，5岁，2024年2月21日因“发热伴怕冷、大便溏臭2天”就诊。

主诉：发热2天，体温波动于39℃左右，自行服用布洛芬后体温反复不降，伴明显怕冷，大便每日2-3次、质稀溏且有酸臭味。

现病史：患儿2天前无明显诱因出现发热，初起体温38.5℃，家长给予布洛芬口服后体温暂降至37.5℃，但数小时后复升，伴随怕冷、无汗；大便稀溏臭，无呕吐、腹痛；纳差明显，不欲进食，饮水量减少。

既往史与个人史：患儿为早产儿，出生体重2.3kg，自幼体质薄弱，易感冒，曾多次因“腹泻、肺炎”住院；平素食欲不佳，大便偶有溏薄，家长诉近期曾给患儿食用较多油炸食品与冷饮。

四诊信息：望诊见面色㿔白、舌红苔黄腻；闻诊有口气、大便酸臭；问诊得发热怕冷、口不渴、纳差、小便黄；切诊脉左濡细数、右濡数，指纹紫滞达气关。



### 3.2 首诊辨证与治疗 (偏失“扶正”的教训)

初步辨证：首诊仅关注患儿“发热、大便溏臭、舌红苔黄腻”等湿热表现，结合近期饮食史，判断为“少阳夹湿热”证—湿热内生郁遏少阳，少阳枢机不利致发热怕冷，湿热下注肠道致大便溏臭，中焦气机不畅致纳差<sup>[2]</sup>。

治疗思路：基于“清热利湿、疏利少阳”治则，选用小柴胡汤合三仁汤、葛根芩连汤化裁，侧重祛邪而未顾护正气。

方药组成：柴胡18g，黄芩8g，姜半夏6g，杏仁9g，白豆蔻6g(后下)，薏苡仁30g，川木通6g，葛根18g，黄连3g，僵蚕5g，蝉蜕5g，佩兰6g，连翘9g，淡豆豉9g。

煎服法：每日1剂，加水500ml浸泡30分钟，大火煮沸后转小火煮20分钟，取药液150ml，分3次温服(每次50ml)，连服2日。

首诊疗效：服药2日后复诊，患儿体温仍持续39℃左右，布洛芬退热效果减弱，精神较前萎靡，大便仍稀溏臭，纳差加重至拒绝进食，饮水量进一步减少。四诊复查：面色㿔白更甚，舌红苔仍黄腻，脉左濡细、右濡数，指纹紫滞达命关。治疗未达预期，疗效不佳。

### 3.3 二诊辨证调整与治疗 (践行“扶正祛邪”)

辨证修正(核心转折)：结合汤宗明教授“扶正祛邪”思想重新审视病情：患儿早产儿体质决定先天阳气不足，平素易腹泻、大便溏薄均为脾阳虚弱之象；首诊单纯使用黄芩、黄连、连翘等清热利湿药，进一步损伤脾肾阳气，导致“阳虚”本证加重，湿热标证难解—此时患儿“精神萎靡”正是《伤寒论》“少阴病，但欲寐”的表现<sup>[3]</sup>，综合判断为“阳虚湿热伤阴”证，属本虚(脾肾阳虚)标实(湿热)、寒热错杂。

治疗思路：遵循“温补脾肾、清热利湿、兼以养阴”的治则，践行“扶正祛邪并举”—以温阳扶正为根本，兼顾清热利湿祛邪，同时养阴防止温阳伤津，符合汤教授“动态平衡”的学术理念。

方药组成(汤教授思想指导下的配伍)：选用回阳救急汤合生脉饮加味，具体为：白附片9g(先煎1小时)，干姜9g，

炙甘草 9g, 黄芪 9g, 党参 9g, 炒白术 9g, 陈皮 9g, 姜半夏 9g, 茯苓 9g, 麦冬 9g, 五味子 9g, 砂仁 9g (后下), 黄连 3g。

扶正方面: 白附片、干姜、炙甘草温补肾阳、温中散寒, 为“回阳救逆”核心, 针对脾肾阳虚根本; 黄芪、党参、炒白术益气健脾, 增强脾运化功能; 麦冬、五味子养阴生津, 防止温阳药耗伤津液, 兼顾“湿热伤阴”之象。

祛邪方面: 茯苓健脾利湿, 砂仁、陈皮理气醒脾化湿, 黄连清热燥湿, 三者共除湿热标证, 且黄连用量仅 3g, 避免苦寒伤阳; 姜半夏燥湿化痰、和胃降逆, 改善纳差。

煎服法: 白附片先煎 1 小时, 再加入其余药材 (砂仁后下), 加水 600ml 煮至药液 180ml, 分 3 次温服 (每次 60ml), 连服 2 日; 服药期间避免生冷、油腻食物, 少量多次喂服温开水。

### 3.4 三诊与随访 (“扶正祛邪”的疗效验证)

三诊情况: 服药 2 日后复诊, 患儿体温降至 36.7°C, 未再发热; 精神明显好转, 可主动进食米粥、烂面条; 大便仍稀但臭味减轻, 每日 1-2 次; 四诊见面色转润, 舌尖略红苔白腻润, 脉左濡细、右濡, 指纹淡紫达风关。



治疗调整: 效不更方, 继服 3 剂以巩固疗效, 将白附片减至 6g (仍先煎), 黄连减至 2g, 增强扶正力度、适度减弱清热, 符合“湿热渐退、侧重扶正”的动态调整原则。

随访情况: 服药 3 剂后随访, 患儿诸症悉平, 体温稳定, 食欲恢复正常, 大便成形无臭味。为巩固脾肾阳气、防止复发, 予四逆汤合六君子汤调理 1 周 (附子 6g 先煎, 干姜 6g, 炙甘草 6g, 党参 9g, 炒白术 9g, 茯苓 9g, 陈皮 6g, 姜半夏 6g), 随访 1 个月未再出现发热、腹泻。

### 3.5 个案诊疗总结

本案例的关键转折在于“从单纯祛邪到扶正祛邪并举”: 首诊忽视患儿先天阳虚体质, 仅以清热利湿祛邪, 导致阳气更虚、湿热难除; 二诊遵循汤宗明教授“扶正祛邪”思想, 抓住“脾肾阳虚为本、湿热为标”的核心, 以回阳救急汤温阳扶正、

### 参考文献:

- [1] 成西, 郑舒月, 黄晓楠, 等. 温阳祛湿清热法治疗湿热兼阳虚型慢性湿疹 55 例[J]. 环球中医药, 2018, 11(09): 1423-1425.
- [2] 杨家才. 湿热证兼阴虚、阳虚的治疗体会[J]. 云南中医学院学报, 1983, (02): 36-37.
- [3] 张仲景. 《伤寒杂病论》. 人民卫生出版社.
- [4] 尚鹏鑫. 温阳清热法治疗阳虚湿热证临床观察[D]. 成都中医药大学, 2013.

生脉饮养阴、少量黄连清热利湿, 实现“温阳不助热、清热不伤阳”的平衡, 最终取得良效。这一过程充分体现阳虚湿热证治疗中“扶正”的重要性——唯有先扶助阳气, 恢复机体运化水湿的能力, 才能有效清除湿热, 避免“虚其虚、实其实”的诊疗误区。

## 4 “扶正祛邪”思想在阳虚湿热证治疗中的核心价值与临床启示

### 4.1 核心价值

汤宗明教授“扶正祛邪”思想为阳虚湿热证的治疗提供明确方向: 其一, 明确“阳虚为本”的病机本质, 避免临床仅关注湿热标证而忽视阳气亏虚的误区; 其二, 强调“扶正与祛邪动态平衡”, 根据“阳虚”与“湿热”的轻重调整方药配伍, 实现“扶正不留邪、祛邪不伤正”; 其三, 注重“调理脾肾”的核心地位, 通过温补脾肾阳气恢复水湿代谢功能, 从根本上阻断证候的恶性循环。

### 4.2 临床启示

辨证需重“整体与动态”: 阳虚湿热证的辨证需结合患者体质 (如本案早产儿先天阳虚)、病史、饮食生活习惯, 综合判断“阳虚”与“湿热”的偏重, 且需根据治疗反应动态调整辨证结论, 避免“一成不变”。方药配伍需“温清并施、补泻兼顾”: 温阳药 (如附子、干姜) 与清热药 (如黄连、黄芩) 配伍时, 需控制清热药用量, 避免苦寒伤阳; 补益药 (如黄芪、党参) 与利湿药 (如茯苓、薏苡仁) 配伍时, 需佐以理气药 (如陈皮、砂仁), 防止补益壅滞气机。儿科诊疗需“尤重扶正”: 儿童脏腑娇嫩、阳气未充, 尤其是早产儿、体弱儿, 治疗阳虚湿热证时更需侧重扶正, 不可过度使用清热、苦寒之品, 以免损伤稚阳, 影响生长发育。

## 5 结论

阳虚湿热证作为中医临床常见的复杂证候, 其“本虚标实、寒热并存”的病机特点决定治疗需兼顾“扶正”与“祛邪”。汤宗明教授“扶正祛邪”学术思想, 以“温补脾肾阳气”为扶正核心, 以“分清湿热、理气行滞”为祛邪关键, 强调二者动态平衡, 为该证候的治疗提供科学、有效的诊疗思路<sup>[4]</sup>。本文个案充分证明, 唯有准确把握“阳虚为本、湿热为标”的核心, 践行“扶正祛邪并举”的原则, 才能破解阳虚湿热证的诊疗困局, 彰显中医整体观与辨证论治的优势, 为临床处理同类疑难杂症提供重要参考。