

- [7] 张庆祥. 辨病论治与辨证论治关系探析[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(2): 107-108.
- [8] 马继征, 姚乃礼. 论辨证论治与辨病论治相结合[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(12): 4251-4253.
- [9] 陈可冀, 蒋跃绒, 谢元华. 病证结合治疗观的过去与现在[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 437-443.
- [10] 马冠军. 由《内经》腹泻病辨治谈中医四维论治体系的构建[J]. 北京中医药, 2017, 36(9): 818-819.
- [11] 董少群, 马冠军. 病机与证候探赜[J]. 中医学报, 2013, 28(10): 1489-1491.
- [12] 刘名波. 辨病论治与中医内病外治理论研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(23): 71-72.
- [13] 张业, 王阶, 陈恒文. 基于“辨病论治”的现代方药组方应用初探[J]. 中医杂志, 2016, 57(4): 356-358.
- [14] 马冠军. 关于辨病论治的认识[J]. 中医杂志, 2014, 55(7): 626-627.
- [15] 朱文锋, 阳晓, 王行宽. 辨病论治体系初探[J]. 北京中医药大学学报, 1997, 20(6): 2-5, 68.

(责任编辑: 刘淑婷)

温阳利水法治疗难治性水肿体会

林浩¹, 黄文辉¹, 黄龙记¹, 班莹¹, 牟丽环¹, 黄贵华²

1. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001; 2. 广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁 530200

[关键词] 难治性水肿; 温阳利水; 临床体会

[中图分类号] R256.51 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0284-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.087

难治性水肿也称顽固性水肿, 是严重水肿的患者对常规治疗(低盐饮食、利尿剂)没有反应, 并进行性加重的一种情况。此类病人长期使用利尿剂, 多数存在利尿药抵抗、后期利尿效果差、水肿反复出现等特点。笔者认为该病的发生与脾肾阳虚关系密切, 在病变过程中又常与痰浊、瘀血等病理因素相关。笔者在临床上重用温阳利水法结合序贯给药模式治疗难治性水肿有所体悟, 并摘 2 例病案, 报道如下。

1 对难治性水肿的认识

1.1 病因病机 难治性水肿属于中医学水肿范畴, 其病因有风邪袭表、疮毒内犯、外感水湿、饮食不节及禀赋不足、久病劳倦等, 病机主要为肺失宣降通调, 脾失健运, 肾失开合, 膀胱气化失常, 导致体内水液潴留, 泛滥肌肤。若水肿迁延难愈, 则容易发展为难治性水肿, 此时正气大亏, 肺、脾、肾三脏功能受损, 则难向愈。后期还可以影响到心、肝, 则发展为水邪凌心犯肺等重症。

1.2 难治性水肿与脾肾阳虚的关系 《黄帝内经》曰: “阳气者, 若天与日, 失其所, 则折寿而不彰”, 又云“阳气耗减于内, 阴精损削于外, 三焦闭塞, 水道不行”, 由此可见阳气

的重要性, 阳气耗伤又易致人体水液运行通道闭塞从而引起水肿。张从正在其《儒门事亲》中亦以此提出“夫湿者, 为太阴湿土之主也”“肾以水为之主”, 所以张从正认为水肿的发生多与脾肾阳虚相关。黄元御在其《四圣心源》中还认为“肾主藏水, 肾水温升则化气。阳衰土湿, 则肺气壅滞, 不能化水, 肾水凝瘀, 不能化气”“大凡阳虚土败, 金水湮郁, 无不有宿痰留饮之疾”, 指出脾肾阳气亏虚易致水饮、痰浊留滞而发为水肿。难治性水肿的患者, 常由于津液代谢失常, 长期水饮留聚, 导致肺脾肾三脏功能受损。吴谦在《医宗金鉴·订正仲景全书》中有“夫人一身制水者, 脾也; 主水者, 肾也; 肾为胃关, 聚水而从其类。倘肾中无阳, 则脾之枢机虽运, 而肾之关门不开, 水即欲行, 孰为之主? 故水无主制, 泛滥妄行而有是证也。”故水肿的发生与脾肾两脏的关系尤为密切, 脾肾阳虚是其常见病理因素; 水肿迁延难愈易耗损肾中元阳, 而发展为难治性水肿, 临床上以脾肾阳虚为多见, 其中肾阳亏虚对疾病的发生起关键性作用。

1.3 治以温阳利水为主 治疗水肿的方法有很多, 《素问·汤液醪醴论》最早提出“开鬼门, 洁净府, 去菀陈莖”, 而张仲

[收稿日期] 2018-06-25

[作者简介] 林浩 (1993-), 男, 住院医师, 主要从事中西医结合防治消化系统疾病的临床研究。

[通信作者] 黄贵华, E-mail: Hgh8828@163.com。

景在此理论上又提出了发汗、利小便、攻下逐水的三大治则。对于不同类型的水肿又对应运用发汗利水、运脾化湿利水及温阳利水等治法。然而,对于水肿迁延不愈而发展为难治性水肿者,多责之脾肾阳气亏虚,阳不化气,气不行水,治疗上又应以温补脾肾、通阳利水为法。故在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证》中有“病痰饮者,当以温药和之”“夫短气有微饮,当从小便去”。多以温阳利水为法,用温热类药物治疗水肿等痰饮所致疾病。尤在泾《金匱要略心典》中论述“水在阴者宜利,在阳者宜汗”“盖痰饮为结邪,温则易散,内属脾胃,温则能运耳”,指出了温阳利水法在治疗水肿、痰饮时的重要地位。当疾病迁延发展为难治性水肿时,阳气亏耗,肺脾肾三脏虚损,脾生痰饮,内贮于肺;肺脏气化失司,不能通调水道;肾阳亏虚,不足以运化水液。由此而三焦水液道路不通,水饮、痰浊内留,不能气化而出,其中以肾阳亏损尤为关键,此时应从虚、从寒论治,重用温阳利水。

1.4 重视痰浊 水肿病迁延发展为难治性水肿时,常不能忽视痰浊内生留滞三焦的情况。早在《黄帝内经》中就提出过“去菀陈莖”的治疗法则,认为在治疗水肿时应注重祛痰化浊。因肺、脾、肾气化失司,水液不能正常敷布,津血又同源同行,导致痰浊、瘀血内生,阻塞三焦气化通道。进而水液又因痰浊、瘀血而滞,互为因果,此即《金匱要略》中“血不利则为水”之说。黄元御在《四圣心源》中分析“盖痰饮伏留,腐败壅阻,碍气血环周之路,格精神交济之关,诸病皆起,变化无恒,随其本气所亏而发,而总由脾阳之败”“土湿阳虚,气滞津凝,法宜燥土泻湿,利气行郁”。尤在泾的《金匱要略心典》中也指出“气为饮溢则短,欲引其气,必蠲其饮”,可理解为:痰化则气机通,水肿得消。由此可见,在治疗水肿病时,温化痰饮、祛痰化浊痰的重要性。

2 辨证论治与方药分析

脾气衰败,则中不制下;肾阳亏虚,则水气泛滥。脾肾功能的健运与否,对水肿反复出现并进行性加重的影响尤为重要,故以温肾健脾、通阳利水为基本法则。但难治性水肿患者又常伴有痰浊、瘀血停滞三焦使气化不能行,水液不能通调。所以对于伴有痰浊留滞的患者又应在温阳利水的同时又应兼顾祛痰化浊。

2.1 脾肾阳虚者应补肾健脾,温阳利水 难治性水肿多表现为脾肾阳虚,常见浮肿,腰以下为甚,畏寒肢冷、厥逆,小便不利,四肢沉重疼痛,精神萎靡,面色㿔白无华,声低气弱。舌淡胖、苔白滑,脉沉、微。《金匱要略》有“诸有水者,腰以下肿当利小便;腰以上肿,当发汗乃愈”“病痰饮者,当以温药和之”。此用真武汤加减治疗,处方:白附子(先煎)、淫羊藿、白术各20g,茯苓、生姜各30g,炙甘草10g,桂枝尖15g。本方是在真武汤基础上改白芍为淫羊藿,加桂枝,并加大附子、茯苓、生姜量而来。以大剂量附子挽元阳,用生姜直入下焦散水寒。白术茯苓立中气而兼淡渗利水。辛热补阳当佐以淫

羊藿引阳入阴,收阳气归根。又加桂枝尖,开通太阳,引水邪由表而出。当脾肾阳虚之至时,容易关门不固而水饮泛滥肌肤,此时犹如江河失治,堤坝洞开,非用真武汤开源节流不可治。

2.2 阳虚水泛伴痰浊留滞者应温阳利水兼祛痰化浊 该病患者在脾肾阳虚的基础上又多夹杂痰浊瘀血。当素体有痰浊(如久患糖尿病、脑梗死、冠心病等)时,若发水肿,水留肢体,水饮、痰浊之邪亦留滞三焦为患。此时疾病表现为既有元阳亏虚之本,又有水邪泛滥三焦,三焦道路阻塞,气化不行之标,乃标本俱急之证。此证常见水肿不退,经利尿剂治疗多不效,畏寒肢厥,或有痰多、头晕目眩。小便不利,精神萎靡不振,面色淡暗。舌淡,瘀暗、胖,苔白腻,脉沉微涩。用乌头汤化裁治疗,乌头汤出自《金匱要略》,原治疗痹症、历节,在此用于治疗水肿,阳虚水泛兼有痰浊者。处方:制川乌(先煎)、桑白皮各15g,炙黄芪、茯苓、生姜、泽泻、大腹皮各30g,桂枝尖、川芎各20g。方中制川乌、炙黄芪为主药,川乌为附子根苗,其中空,清浊未分,阴极而毒大,既可温肾阳,利水饮,又擅深入脏腑经络掘痰浊瘀血;炙黄芪升脾阳益肾气,利尿消肿。乌头与黄芪相配可掘三焦污浊,赖黄芪外托而出,使三焦通畅,气化得行,水饮得出。桂枝尖,开太阳,通玄府,引水邪由表分消而出。大剂量生姜以散水饮,配茯苓、泽泻、大腹皮、桑白皮等利水消肿。血不利则为水,又予川芎活血化瘀祛浊。

3 病案举例

例1:杨某,男,42岁,2017年5月10日初诊。患者因神经脱髓鞘病,全身瘫痪,肌力0级而长期卧床。由于自身免疫、呼吸肌无力而出现严重全身炎症反应、呼吸衰竭等,1个月来于重症病房予呼吸支持、大剂量激素冲击、血液透析、及利尿等治疗,期间反复出现严重全身水肿,常规利尿药效果不佳。症见:全身泛发重度凹陷性水肿,四肢、头面部为甚。发热,体温高至41℃,伴畏寒,四肢不温。面色㿔白,精神萎靡,嗜睡。小便量少,色清,约每天300mL。舌淡胖、苔少,脉沉微,无力。诊断:水肿,辨证:肾阳亏虚,水气不利,治法:温肾健脾,利水消肿。处方:白附子(先煎)、白术、淫羊藿各20g,茯苓、生姜各30g,炙甘草10g,桂枝尖15g。7剂,每天1剂,水煎内服。采用续灌模式给药:给药后3h小便出量小于50mL者可重复给药1次,小便出量大于50mL者每隔4h用药1次,每次服200mL,4天后改为每天服药3次,每次200mL。

5月17日二诊:小便量逐渐增加,15号统计尿量每天5100mL,16号尿量继续增加至每天6900mL,色淡黄。下肢水肿在13号从踝关节以上始轻微消退,在15日踝关节以上水肿明显消退,畏寒减轻。守原方7剂治疗,在小便量增加后,减少每天序贯给药量。

5月24日三诊:患者头面、四肢水肿呈每天持续消退,经二诊减少序贯给药量后小便量维持每天3000~4000mL。

已无嗜睡，精神状况较前明显好转，颜面部色泽较前稍红，四肢转温。予守原方，在二诊基础上继续减少中药给药量。

例2：朱某，女，85岁，2017年6月21日初诊。患者因重症肺炎、呼吸衰竭在呼吸内科转至重症病房。既往有糖尿病血管闭塞、脑梗死、冠心病等病史。反复多种抗生素组合抗感染，但效果不佳。因反复炎症刺激，致毛细血管渗漏；机体长期高消耗状态致低蛋白血症，白蛋白低至23 g/L，从而引起全身水肿，予补充白蛋白、利尿剂利尿等治疗，水肿消退不明显。现症见：一身肿胀，头面、四肢尤甚，皮肤发亮，按之凹陷不起，身发低热，痰多，色黄。精神萎靡不振，呼之不应。小便量少，色黄，约200 mL/天。舌淡暗、苔厚腻，脉沉微涩。诊断：水肿，辨证：肾阳亏虚，瘀浊内阻，水饮内停，治法：温肾助阳，化浊祛瘀，利水消肿。处方：制川乌(先煎)、桑白皮各15 g，炙黄芪、茯苓、生姜、泽泻、大腹皮各30 g，桂枝尖、川芎各20 g。7剂，每天1剂，水煎内服。采用续灌给药模式(同上)。

6月28日二诊：水肿较前消退，四肢开始出现皮肤皱褶。小便量增加，色黄，约每天3 000~4 000 mL，24小时出量大于入量。守原方7剂，并根据尿量及水肿程度减少序贯量给药量。

7月5日三诊：患者诸症明显改善，精神状态好转，小便量约每天4 000 mL，水肿持续消退，以头面、四肢尤为显著。继续予原方5剂，并较二诊时逐渐减少给药量。患者继续予抗感染、补充人血白蛋白，并服上方5剂后，水肿已完全消退，感染控制，已脱呼吸机，血清白蛋白35 g/L，基本病情稳定，已回普通病房继续治疗。

4 总结

张景岳言“天之大宝只此一丸红日，人之大宝只此一息真阳”，若元阳亏损，体不承用则百病丛生。笔者认为临证应时刻着眼于脾肾，固护人体阳气。不可独见肿而利尿，应该回归疾病本身探究其阴阳之本末，认识到脾肾亏虚、肾中阳气虚衰而土不制水乃是疾病的根本。且现代人由于多食生冷、常居空调房、起居不节等原因导致阳气受伤，肾阳不足，起病多表现为虚证、寒证。故在治疗时若明确辨为虚寒，当投以姜、附、

桂等温阳散寒类药物，多有奇效。

在药物剂量方面，正如全小林^[1]所提倡“重剂起沉珂”“逢危急重症当速予重剂截断扭转，使疾病迅速向愈，缩短治疗过程”。即在面对疑难杂症或急危重症时不可拘泥于药物的常规治疗剂量，应充分利用药物的偏性，以偏纠偏，待病情稍稳定后再根据病情需要调整药物剂量。

在给药模式上，笔者认为现临床上常规的2~3次/天的中药服法却脱离了实际病情，无益于更好地发挥中药的临床疗效，甚至在一定程度上降低了中药的治疗效果。而“序贯给药模式”恰好弥补了这一不足之处。序贯给药模式最早于1987年由Quintiliani R等^[2]提出，其指导思想是病情重时要以最快的途径使药物在体内达到最大浓度，以发挥最大的疗效，待病情控制后，改为低强度的给药方式，以使药物在体内维持最小的药效浓度。同样，中医中药在面对急危重症或疑难杂症时，亦可借鉴这种给药模式。正如以上2例病案所示，在一定时间间隔内根据病情需要，多次服药，逐渐提高中药的血药浓度从而达到提高临床疗效的目的，这正符合《伤寒论》“停药后，不必尽剂”“更服”“后服小促其间，半日许令三服尽”“若病重者，一日一夜服，周时观之，服一剂尽”“病犹在者，更作服，若不汗出，乃服至二三剂”等的用药原则。张仲景在此所提倡的服药方法一般是一剂药共煎后分多次服用，分服间隔时间及服用剂数等又是根据病情实际而灵活变化的^[3]。这其实就是序贯疗法的一种。

【参考文献】

- [1] 全小林. 重剂起沉痾[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 11-12.
- [2] Quintiliani R, Cooper BW, Briceland LL, et al. Economic impact of streamlining antibiotic administration[J]. Am J Med, 1987, 82(4A): 391-394.
- [3] 黄贵华, 旷惠桃. 仲景方剂药物用量的探索与思考[J]. 湖南中医药大学学报, 2006, 26(6): 4.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)