

汤水福辨治难治性浆膜腔积液经验介绍

苏保林 指导：汤水福

广州中医药大学第一附属医院，广东 广州 510405

[关键词] 难治性浆膜腔积液；经验介绍；汤水福

[中图分类号] R561.3; R249.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0292-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.090

浆膜腔是指浆膜壁层和脏层之间的间隙，正常情况下腔内有浆膜分泌的少许浆液，起润滑作用^[1]。病理情况下，浆膜腔积液增多，产生压迫症状，临床常见胸腔积液、腹水、心包积液等。常见病因有恶性肿瘤、结缔组织疾病、结核、肝硬化、心功能不全等；亦有不明原因浆膜腔积液，临床治疗效果甚微，反复穿刺抽液增加患者痛苦及感染风险，且积液易迅速反复，治疗往往比较棘手。汤水福教授为广州中医药大学第一附属医院教授、博士研究生导师，广东省第二批名中医师承项目指导老师。汤教授从医30余年，善用中医辨治疑难杂症，笔者有幸跟师学习，受益匪浅，现将汤教授辨治难治性浆膜腔积液经验总结如下。

1 对浆膜腔积液病因病机的认识

浆膜腔积液当属中医广义痰饮范畴，是人体水液代谢发生障碍，水液输布、运化失于正常，水湿停聚于身体的某些部位而发生的一系列病证，其临床表现复杂多变。如《金匮要略》记载：痰饮(狭义)表现为“肠间沥沥有声”；悬饮则“饮后水流在胁下，咳唾引痛”；溢饮表现为“饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼痛”；支饮“咳逆倚息，气短不得卧，其形如肿”。汤教授认为，痰饮的病因为外感寒湿，中阳受困，运化无力，水湿停聚；恣食生冷，或暴饮暴食，阻遏脾阳，使中州健运失常，脾运化无力；或因为肺气瘀滞，宣降、通调水道功能失常，不能正常的输送布散津液，导致水湿停聚；或劳欲太过，久病体虚；或素来阳虚，脾肾阳气不足，水液不能正常气化转输而停聚。汤教授认为，本症迁延难愈，早期多实证，若失治误治或日久损伤脾阳肾阳，则表现为虚实夹杂抑或脾肾阳虚证候。

2 遵循“病痰饮者，当以温药和之”

《金匮要略·痰饮病》篇所列治疗痰饮病共21方，其中包括苓桂术甘汤、肾气丸、大青龙汤、小青龙汤、小半夏汤等经方，均运用了温化寒饮的治疗方法，可以看出仲景治疗痰饮病

不离“温药和之”这一原则。汤教授在此基础上进行灵活运用，按照饮停部位的不同，选用不同的温性方药。如饮停上焦胸胁，可用桂枝、细辛等；饮停中焦肠胃，可用生姜、干姜、半夏、白术；饮停下焦，可用附子、肉桂、细辛。若饮邪停聚的部位偏上趋表，则温阳发汗，予大、小青龙汤；若饮邪偏下趋里，则温阳化气利小便，予苓桂术甘汤或肾气丸。“温”者，温振阳气，此“温”绝非专指补益，不可过于刚燥，过燥必伤正，故言“和之”。立法上“和之”，即温之不可太过，以和为度，在温阳的同时，行、消、开、导，或兼宣利肺气，或兼利水消饮，或兼益气养阴，或兼补气行气，根据病情需要辨证论治，且时时不忘安中、护中、健中以恢复脾的运化功能。

3 辨治标本兼顾

津液的输布主要与脾、肺、肾、肝等脏腑有关。肺为水之上源，肾为水之下源，而脾居中焦，为水液升降输布的枢纽，肝主疏泄，调畅全身气机，从而促进津液的运行输布。以上各个脏腑出现功能失常即可出现痰饮病症。由于痰饮停留部位各异，表现的症状也有区别，常见的症状主要有痞满、眩晕、咳嗽、气促、纳差欲呕等，以上诸症可数症兼见，也可一症为主。痰饮的产生，初由肺气郁滞，脾失健运，津液不归正化而成，渐因肺虚不能布津，脾虚不能转输，肾虚不能蒸化，痰浊潴留益甚。汤教授强调辨证施治，标本兼顾^[2]。如患者表现为呼吸浅短难续，咳声低怯，胸满短气，甚则张口抬肩，倚息不能平卧，咳嗽，痰如白沫，咯吐不利，心慌，形寒汗出，面色晦暗，舌淡或暗紫，苔白润，脉沉细无力。当补肺纳肾，降气平喘，方选补虚汤合参蛤散加减，用人参、黄芪、茯苓、甘草补益肺脾之气；蛤蚧、五味子补肺纳肾；干姜、半夏温肺化饮；厚朴、陈皮行气消痰，降逆平喘。若肺虚有寒，怕冷，舌质淡，加桂枝、细辛温阳散寒。兼阴伤，低热，舌红苔少，加麦冬、玉竹、知母养阴清热。若患者表现为面浮，下肢肿，甚或一身悉肿，脘痞腹胀，或腹满有水，尿少，心悸，喘咳不能

[收稿日期] 2018-08-13

[基金项目] 广东省中医药强省建设专项基金资助项目(粤中医办函[2015]93号)

[作者简介] 苏保林(1980-),男,主治医师,主要从事慢性肾脏病的临床和科研工作。

平卧,咯痰清稀,怕冷,面唇青紫,舌胖质暗、苔白滑,脉沉虚数或结代等症状,当温阳化饮利水,方选真武汤合五苓散加减,用附子、桂枝温阳化气以行水;茯苓、白术、猪苓、泽泻、生姜健脾利水;白芍敛阴和阳。水肿势剧,上渍心肺,心悸喘满,倚息不得卧,咳吐白色泡沫痰涎者,加沉香、黑白丑、椒目、葶苈子行气逐水。

4 急则治其标,缓则治其本

痰饮之邪本属阴邪,最易耗伤机体阳气;痰饮为病,遇寒则凝,得温则减;痰饮易阻遏气机,损伤阳气;痰饮为患,易从寒化;痰饮病总属阳虚阴盛,治疗当予温药振奋阳气、开发腠理、通行水道。治疗方面,汤教授主张急则治其标,缓则治其本。当痰饮急性发作期,表现为咳嗽痰多,色白或呈泡沫,喉间痰鸣,喘息不能平卧,憋闷如塞,苔腻或浊腻,脉弦滑,当涤痰泻肺平喘,方选葶苈大枣泻肺汤,葶苈子涤痰除壅,以开泄肺气,佐大枣甘温安中而缓药性,使泻不伤正。痰多可加三子养亲汤化痰下气平喘,亦可用苏子降气汤。若水肿明显,兼腑气不通,可使用甘遂研末攻下逐水,改善症状。痰饮病缓解期则治病求本,益气扶正,顾护脾胃,常用四君子汤或参苓白术散加减,方中人参大补元气,益气健脾,山药补脾止泻,白术健脾燥湿,助脾运化,茯苓渗湿健脾,白扁豆健脾化湿,与白术同用,健脾助运,莲子肉与山药同用,健脾功效更强,薏苡仁利水渗湿健脾,砂仁芳香化湿,理气和胃,醒脾利气,使其补而不滞,桔梗宣肺利气,通调水道又可载药上行,以益肺气,全方使脾胃健运,湿滞得化,水谷精微生化恢复,诸症得以消除。温补脾肾,常用真武汤或实脾饮加减化裁,方中以附子为君药,温肾助阳,以化气行水,兼暖脾土,以温运水湿。臣以茯苓、白术健脾利湿,淡渗利水,使水气从小便而出。佐以生姜之温散,既助附子温阳祛寒,又伍茯苓、白术以散水湿。诸药配伍,温脾肾,利水湿,共奏温阳利水之效。

5 强调整体观念,注重预防调护

阳气不足是痰饮发生的内在原因,寒湿、湿热、戾气等外在邪气是导致痰饮发生的重要条件。汤教授强调整体观念,主张人与自然和谐,包括顺应自然,遵循四季气候变化规律,注意衣着,依据四时调摄饮食,避免嗜食肥甘厚味、辛辣刺激之品;作息有常,养性调神,注意锻炼身体,调畅气机;房事有节,使气机生化有源,做到未病先防和既病防变。以中医基础理论为指导,运用整体观念对疾病进行辨证施护,结合预防、保健、康复和医疗等措施,采用社会-生理-心理治疗模式,改善患者生存质量。

6 病案举例

王某,男,59岁,2016年10月15日因“维持性血液透析2年,反复胸闷气促2周”入院。患者糖尿病肾病V期,2年前开始规律血液透析治疗,3次/周。2周前开始出现胸闷气促,咳嗽咳痰,活动后加重,伴心悸,无发热,无明显消

瘦,就诊于本院。既往高血压病史10年,血压最高200/100 mm Hg,平素口服硝苯地平控释片、美托洛尔缓释片控制血压,血压波动在150/90 mm Hg左右。入院症见患者咳嗽少痰,不能平卧,少气懒言,胸闷,双下肢轻度浮肿,听诊右中下肺呼吸音消失,左下肺可闻及细湿啰音。舌红少苔脉沉细。中医诊断:虚劳(脾肾气虚证)。西医诊断:①慢性肾衰竭:CKD5期,血液透析;②高血压3级:很高危;③慢性心力衰竭:心功能IV级。入院后实验室检查:血分析:白细胞总数 $6.04 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞总数 $3.86 \times 10^9/L$ 、红细胞总数 $3.88 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白量106 g/L、血小板总数 $189 \times 10^9/L$;生化:尿素39.37 mmol/L,肌酐 $1107 \mu\text{mol/L}$,B型钠尿肽 1517 pg/mL ,白蛋白34.4 g/L,总蛋白69.5 g/L;DR胸片:双侧胸腔积液(右侧中-大量,左侧少量);双侧胸水B超:右侧胸腔积液(中量),左侧胸腔积液(少量)。胸水常规检查提示漏出液,行胸部增强CT排除结核、肿瘤等病变。治疗予维持性血液透析(3次/周)、纠正贫血、改善钙磷代谢紊乱,并留置右侧胸腔引流管。患者引流管每天引流量约1000~1500 mL,持续引流10天,未见明显减少。汤教授以温化痰饮为法,处方:茯苓20 g,麦冬30 g,白术、法半夏、沙参各15 g,桂枝、干姜、炙甘草各10 g,五味子5 g,细辛6 g。7剂,每天1剂,水煎早晚分服。7剂后患者胸腔引流量明显减少,约150~200 mL/天,效不更方,5剂后引流量 $<50 \text{ mL/天}$,患者胸闷气促症状明显好转,无咳嗽咳痰,夜间可平卧。复查胸片及彩超,双侧胸腔未见明显积液,观察3天后拔除胸腔引流管,病情稳定出院。

按:本例为维持性血液透析患者,病情有其特殊性,分析胸腔积液产生的原因可能有透析不充分、水钠潴留、尿毒症毒素刺激胸膜、低蛋白血症、心功能不全等,但经加强血液透析、增加脱水量、补充白蛋白等综合措施后患者胸腔积液未见明显减少,属疑难病例。本病例归属中医悬饮范畴,与狭义痰饮、溢饮、支饮都是津液输布、排泄失常停留于机体某些部位所致的疾病。悬饮属停积于肋下之痰饮,悬饮虽属阳虚阴盛,但以饮实之标突出。汤教授以苓桂术甘汤加减,其中茯苓、白术健脾利水,桂枝、干姜、细辛性温,与茯苓配伍,温化痰饮,法半夏、甘草、五味子化痰,结合患者舌红少苔脉沉细之阴虚表现,加用沙参、麦冬益气养阴,全方共奏益气健脾、温化痰饮之功。此方药味虽少,但切中病机,前后使用12剂,患者胸腔积液完全消失,疗效确切。

【参考文献】

- [1] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2008.
- [2] 洪钦国, 汤水福. 中西医结合肾脏病诊断治疗学[M]. 广州:广东科技出版社, 2001.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)