

基于《金匱要略》水气病论治肾性水肿

毛蓉¹, 周文祥²

¹湖北中医药大学第一临床学院, 湖北 武汉

²湖北中医药大学附属武汉市中西医结合医院, 湖北 武汉

收稿日期: 2023年7月25日; 录用日期: 2023年9月7日; 发布日期: 2023年9月19日

摘要

肾性水肿的患者病因繁多, 病情复杂, 症状易反复, 是中、西医治疗的一大难点。此文以《金匱要略》诊疗体系为基础, 结合历代医家对水肿病的相关论述进行归纳整理, 探讨水气病论治肾性水肿的中医辨证思路、施治规律及临床应用。

关键词

《金匱要略》, 水气病, 肾性水肿, 辨证施治

Treatment of Renal Edema Based on Fluid-Qi Disease in *Synopsis of the Golden Chamber*

Rong Mao¹, Wenxiang Zhou²

¹The First Clinical College of Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan Hubei

²Wuhan Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan Hubei

Received: Jul. 25th, 2023; accepted: Sep. 7th, 2023; published: Sep. 19th, 2023

Abstract

Renal Edema patients have a wide variety of underlying causes and complicated medical conditions, which is a major difficulty in the treatment of Chinese and Western medicine. The paper discusses the Chinese medical identification concepts, treatment guidelines, and clinical application of the treatment of renal edema by the theory of Fluid-Qi disease. It is based on the diagnosis

and treatment system of *Synopsis of the Golden Chamber*, combined with pertinent discussions of edema disease by medical doctors in previous generations.

Keywords

Synopsis of the Golden Chamber, Fluid-Qi Disease, Renal Edema, Syndrome Differentiation and Treatment

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

水肿是肾脏疾病常见的体征之一, 多见于糖尿病肾病、肾病综合征、急慢性肾炎等肾脏疾病, 可伴有不同程度的蛋白尿、血尿、高血压等症状。中医学认为水肿是因感受外邪, 劳倦内伤或饮食失调等使肺失通调, 脾失转输, 肾失开阖, 三焦水道失司, 膀胱气化不利, 导致体内水液潴留, 泛滥肌肤, 以眼睑、四肢、腹背, 甚至全身浮肿为特征的一类病症[1]。《金匱要略》是论治杂病最早的专著之一, 书中对于水肿病的命名、分类、病因病机、辨证施治、方药的论述内容颇为丰富, 所载的越婢汤、越婢加术汤、防己茯苓汤、金匱肾气丸等方剂疗效肯定, 至今仍为临床常用。从《金匱要略》水气病的诊疗思维出发, 探讨肾性水肿的中医诊治思路, 为肾性水肿病的临床治疗提供多元化思路。

2. 现代医学对肾性水肿的发病机制认识及治疗

1) 现代医学认为, 肾性水肿分为肾病性水肿(如原发性的系膜增生性肾小球肾炎、膜性肾病, 继发的糖尿病肾病、系统性红斑狼疮等)和肾炎性水肿(如急性肾小球肾炎), 不同的水肿有不同的临床特征, 其发病机制主要有以下几种: ① 蛋白质吸收不良或肾小球毛细血管壁通透性增加导致白蛋白大量流失, 血管内胶体渗透压下降, 血浆从血管内向组织间质渗漏导致水肿发生; ② 血浆自血管内向血管外逸出, 循环血量减少, 从而肾素-血管紧张素-醛固酮系统活性激发, 使水钠潴留引发水肿; ③ 肾小球滤过率降低, 肾小管对水、钠的重吸收增多(球-管失衡)而引发水肿; ④ 肾内前列腺(PG12、PGE2)产生减少, 致使肾排钠减少引起水肿[2]。

2) 根据原因和发病部位的不同, 各型水肿发病机理亦有所差异, 无法有统一的治疗方法。目前对于肾性水肿的治疗其一是根据病因情况积极治疗原发病, 采取一般饮食治疗(如限制钠盐的摄入量、优质蛋白饮食)与药物治疗(糖皮质激素、细胞毒药物、免疫抑制剂等)相结合等; 其二是根据肾性水肿的发病机制, 从判断血容量、扩容、及利尿三个方面入手, 而利尿剂是治疗容量过载的基础, 高血容量或血容量正常的肾性水肿患者可直接应用利尿剂[3]。但一些患者使用利尿剂的效果并不显著, 且有些患者因利尿剂长期治疗本身的副作用常常影响其临床应用, 并出现药物性肾损害, 甚至利尿抵抗, 流行病学研究, 利尿抵抗的发病率为 50~70%, 这与肾损伤和肾病患者的预后不良、死亡风险增加密切相关[4]。如肾功能不全症见水肿患者, 大多伴有嘌呤代谢异常, 若使用袪利尿剂、噻嗪类利尿剂可能会导致血尿酸升高诱发痛风, 从而进一步影响肾功能。利尿剂常见并发症包括电解质和酸碱紊乱、氮质血症, 严重者可引起肾脏缺血, 少数可出现变态反应如皮疹、肌痛、非心源性肺水肿、胰腺炎、间质性肾炎甚至引起急性肾衰竭, 以及其他如胃肠道反应等, 甚至可能导致永久性神经损伤及耳毒性[5]。

3. 中医对肾性水肿的认识及辨证施治规律

1) 肾性水肿归属于中医学“水肿”范畴。水肿病最早见于《黄帝内经》，其病名没有完全统一，有“水病”、“胕肿”、“溢饮”、“肾风”等[6]，篇中对水肿症状作了详尽的描述，如“水始起也，目窠上微肿，如新卧起之状……足胫肿，腹乃大，其水已成矣”，“早则面甚，晚则脚甚”，与现代医学肾炎性水肿有相合之处，并讨论了肾性水肿与外邪、内虚等致病因素有关，记载了调阴阳、补脾肾、发汗、利小便、针刺、放血[7]等治疗大法，标志着水肿病基本治疗原则初步形成。《诸病源候论》首次将各类水病概括为“水肿”，并提出“水病者，由脾肾俱虚故也”的病源学说理论，更明确了体虚在水肿发病中的作用[8]。

2) 仲景首次在《金匮要略》中论及“水气病”，提出了水肿与五脏的关系，分为肾水、心水、肺水、脾水、肝水，按表里上下分类为风水、皮水、正水、石水、黄汗[9]；篇中所论及的“气分”“水分”“血分”是对水气病在气、水、血三个病理阶段的划分[10]。仲景还非常重视水肿病患者脉象，以脉论病，强调肺、脾、肾、三焦气化功能均与水液代谢关系密切，并详细描述了各类水气病的病因、病程、症状、治则等，如“风水，其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风”，“风水，脉浮身重，汗出恶风者，防己黄芪汤主之”，“风水恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热，越婢汤主之”，为后世水气病学说的发展发挥了巨大作用。

3) 仲景结合自身的临证经验，在《内经》治疗理论的基础上提出了发汗、利小便、逐水三大治则，如“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”，因腰以下肿，水肿病变多在里，在下，属阴，故利小便使水邪从小便排出；腰以上肿，水肿病变多在表、在上、属阳，故用发汗的方法发越水气，使水邪从汗液排出，体现了因势利导的原则[11]；又如“夫水病人，目下有卧蚕，面目鲜泽，脉伏，其人消渴，病水腹大，小便不利，其脉沉绝者，有水，可下之”，体现了攻下逐水法，但在临证时不能见水下之，须详细辨其脉证，文中“可下之”当是仲景斟酌之意，若邪实正气已衰，则不可攻下。此外，《金匮要略·水气病篇》第21条原文：“问曰：病者苦水，面目身体四肢皆肿，小便不利……当先攻击冲气，令止，乃治咳。咳止，其喘自差。先治新病，病当在后。”本条所论之水气病，因肾阳不足，水停下焦，继则寒水引动肾气，循冲脉上逆，辨证为阳虚为本，水气为标，可见仲景旨在讨论水气病误治情况及并发冲气的先后治法，治水气病妄用下法，不仅损伤正气，还会加重病情，有悖于治病以人为本的原则，治病之理就在于“阴阳自和者，必自愈”，故仲景提出“先治新病，病当在后”，故“当先攻击冲气”。本条文启发后人对水肿病的治疗应分清标本缓急再辨证施治，始终以人为本，调阴阳为大法，在疾病的具体变化过程中来判断证候所反映之病机，而非见证治证[12]。

另外，早在《素问·汤液醪醴论篇》中即有治疗水肿的原则：“平治于权衡，去宛陈莖……开鬼门，洁净府。”“去宛陈莖”意即祛瘀逐水法，阐明瘀血为水肿的致病因素[13]。仲景在《金匮要略·水气病脉证并治》中提出“故凡病水者，水即身中之血气，但其为邪为正，总在化与不化”，“血不利则为水”，“经水前断，后病水，名曰血分，此病难治”，生理上津血同源，可以相互资生，相互转化，故水液亦是身之气血，气血之气化正常则水液为正常营养物质，若气血之气化失常，则血液淤滞，脉络不畅，从而血病及水，亦可导致水肿发生。古代医家很早就认识到瘀血与水肿关系密切，以上理论为医治水肿用调补气血、活血化瘀通脉法提供了理论基础，为后世医家提供了宝贵经验，故平时在临床诊治中不能拘泥于常法。现代一些著名老中医十分重视活血化瘀在治疗肾性水肿病中的重要应用，如名老中医药朱良春大师在治疗慢性肾炎时用的益气化瘀补肾汤中就有川芎、红花、全当归、续断、牛膝等活血化瘀药之品，且当浮肿明显时另加水蛭粉吞服以化瘀利水[14]。陈洪宇教授对于肾性水肿瘀血治疗也颇为重视，在临床实践中根据瘀血轻重程度，选用当归、丹参、水蛭、大黄等畅调血行，逐瘀通络；对于肾病水肿日久，则用莪术、三棱、海藻、鳖甲等软坚消癥散结；另外研究表明积雪草具有良好的祛瘀通络、活血

破血之功,当代名老中医王永钧教授根据临证经验,结合古方(下瘀血汤、当归补血汤)并重组而成的复方积雪草方在肾性水肿瘀血方面疗效甚佳[3]。另外,仲景虽然将“水气病”与“痰饮”分开单独成篇,但在各篇论述上可以看出并非完全没有联系,如水气病篇中“心下坚大如盘,边如旋盘,水饮所做”,“水”、“饮”实属同源异流,常常合而致病,临证时难以区分单独而论,仲景提出“病痰饮者,当以温药和之”,这是仲景对广义痰饮的治法,事实上还包含水气病,水为阴邪,得阳则行,得温乃化,所以在辨治水气时,也应注重温药的运用。

中医药在肾性水肿临床中的应用,既能利尿消肿,又能调节整体脏腑机能,改善其他伴随症状,减少药物副作用,在临床实践中具有不可替代的优势。纵观以上治疗原则,似觉概括不全,发汗、利小便、逐水这三大治疗原则以祛邪为重,主要适用于阳证、实证之水肿,对于阴证、虚证之水肿则须采用健脾、温阳、补肾、降浊、攻补兼施等法辨证施治,在实践中当灵活应用,以推陈致新,获得更好的临床效果。

4. 典型病案

杨某,女,55岁,2023年3月25日初诊。患者于2022年6月17日因间断双下肢水肿2月于当地医院就诊,行肾穿刺活检提示MN(II期),检查示尿蛋白3+,尿微量白蛋白1486 mg/L,尿蛋白定量4.8 g/24h,血浆白蛋白28 g/L,血红蛋白94 g/L,予以激素联合吗替麦考酚酯治疗,期间复查尿蛋白波动在+~3+,24 h尿蛋白定量持续在4 g左右,目前泼尼松龙减量至4 mg/d。此次就诊症见双下肢中度水肿,易疲乏,腰背部刺痛,口干口苦,失眠,大便秘结,夜尿频,舌质暗红,有瘀斑,苔白腻,脉细涩,检查结果示尿蛋白2+,尿微量白蛋白969 mg/L,24小时尿蛋白定量3.8 g/24h,血浆白蛋白32 g/L,血红蛋白110 g/L,西医诊断膜性肾病,中医诊断水肿病,辨证属脾肾气虚、浊瘀阻络证,考虑患者在西医治疗基础上,加用益肾健脾、活血祛瘀通络之品,处方如下:黄芪30 g、党参15 g、牛膝10 g、杜仲12 g、菟丝子15 g、山药15 g、当归15 g、赤芍12 g、川芎12 g、丹参15 g、鸡血藤10 g、大腹皮20 g、白茅根15 g、茯苓15 g、夜交藤10 g、知母10 g、熟大黄5 g(后下)、甘草6 g。颗粒剂,早晚分服,服药15付后水肿、疲乏较前缓解,腰背部刺痛、口干口苦症状减轻,睡眠尚可,大便调,夜尿频次减少,再予上方加减治疗2月,复查指标尿蛋白trace,尿微量白蛋白475 mg/L,24小时尿蛋白定量0.862 g/24h,血浆白蛋白42 g/L,血红蛋白115 g/L,患者自觉无明显特殊不适,后定期每月门诊复查,患者病情稳定,尿检指标未见明显波动。

按语:本案患者西医诊断为膜性肾病,中医诊断为水肿,病机属正虚邪恋,水道不利,因患者属中老年女性,脾肾两虚致运化失司,气化失常,使体内水液泛滥肌肤、内脏,肾之精气无以充养,清浊不分,脾气虚无以推动血行,迁延日久,则浊瘀阻塞,“血不利则为水”,反之水不利也可形成瘀血,是因水停气阻、气不行则血滞。所以瘀血也是水肿的重要病因之一,及时运用活血化瘀药,不仅改善了血液循环减轻水肿,还能截断病理上的传变,预防瘀血进一步产生,以防积重难返,在临床实践中还要根据患者的瘀血程度及兼症灵活加减,做到观其脉证,知犯何逆,随证治之。

5. 总结

由此可见,水肿病最基本源于《内经》,但仲景在《金匱》中比较全面地论述了本病的发病机理、辨证施治及以理设法遣方,对肾脏水肿病具有重要的指导意义。中医肾脏病医师应注重以上方法的应用,随要证灵活加减,顺势而治,在临床中不断的摸索、积累经验,时刻抓住辨证论治和整体观念,最大程度上发挥中医药特色治疗,促进疾病的恢复,防止复发。

参考文献

- [1] 尤洪龙,贾青海,贾青良. 中医对水肿的认知和治疗[J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(10): 140-142.
- [2] 陈文斌,潘祥林. 诊断学[M]. 第六版. 北京: 人民卫生出版社, 2004.

-
- [3] 谌贻璞, 陈洪宇, 刘宝利, 等. 肾性水肿的中西医结合诊断与治疗[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2020, 21(9): 843-846.
- [4] Guo, L., Fu, B., Liu, Y., Hao, N., Ji, Y. and Yang, H. (2023) Diuretic Resistance in Patients with Kidney Disease: Challenges and Opportunities. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, **157**, Article No. 114058. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2022.114058>
- [5] Novak, J.E. and Ellison, D.H. (2022) Diuretics in States of Volume Overload: Core Curriculum 2022. *American Journal of Kidney Diseases*, **80**, 264-276. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.09.029>
- [6] 白潇敏, 杨洪涛. 《黄帝内经》肾性水肿相关病名考辨[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15(1): 93-94.
- [7] 闫明. 缪刺针法的文献研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
- [8] 王咸宁, 张晓凤, 程小红, 等. 基于文献研究的肾性水肿思路探析[J]. 陕西中医, 2023, 44(2): 220-223.
- [9] 周玉政, 杨玉兰. 汉唐时期水肿病证治规律文献研究[J]. 山西中医, 2015, 31(4): 45-46+48.
- [10] 马晓峰. 试论《金匱要略》之“气分” [J]. 天津中医药, 2005, 22(5): 412-414.
- [11] 李富震, 苏金峰, 韩洁茹, 姜德友. 论《金匱要略》的治则思维及其杂病治疗实践[J]. 中医杂志, 2018, 59(15): 1265-1267+1278.
- [12] 蔡鸿泰, 姜元安, 郭华. 小议《金匱要略·水气病篇》“先治新病, 病当在后” [J]. 环球中医药, 2017, 10(12): 1497-1498.
- [13] 刘畅, 支勇, 曹红波. 从“血不利则为水”论治肾病水肿[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(10): 1561-1563.
- [14] 张丰强, 郑英. 首批国家级名老中医效验秘方精选[M]. 第2版. 北京: 国际文化出版公司, 1996: 148-149.