

中 医 教 学

水 肿 的 辨 证 和 治 疗

张 镜 人

水肿是指体内水液潴留,引起浮肿的症状,古代称为“水气”或“水胀”。

《素问·评热病论》:“诸有水气者,微肿先见于目下也”。

《灵枢·水胀》:“水始起也,目窠上微肿,如新卧起之状,其颈脉动,时欬,阴股间寒,足胫肿,腹乃大,其水已成矣。以手按其腹,随手而起,如裹水之状,此其候也”。

《金匱要略》亦专列水气病篇,并有风水、皮水、正水、石水及五脏水之别。

《丹溪心法》始分为阴水与阳水两类。

其病理则以《景岳全书》阐述最详。《杂证谟·肿胀》:“凡水肿等证乃脾肺肾三脏相干之病。盖水为至阴,故其本在肾,水化于气,故其标在肺,水惟畏土,故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水,脾虚则土不制水而反洩,肾虚则水无所主而妄行。水不归经则逆而上泛,故传入于脾,而肌肉浮肿,传入于肺,则气息喘急,虽分而言之,而三脏各有所主,然合而言之,则总由阴胜之害。而病本皆归于肾,内经曰,肾为胃关,关门不利,故聚水而从其类也,然关门何以不利也。经曰,膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣,夫所谓气化者,即肾中之气也,即阴中之火也,阴中无阳则气不能化,所以水道不通,溢而为肿”。

临床辨证施治如下,

一、风水泛滥 多由肾虚汗出逢风,或外感风邪,肺失治节所致。少阴属肾,肾上连肺。劳伤肾气,汗出腠理疏松,风邪乘袭,内合太阴,以及客风犯肺,治节不行,均能影响水道通调,水湿潴留与外风相搏,鼓荡上逆,泛溢肌肤,故临床表现为浮肿起自眼睑头面,继而肿势蔓延全身。《素问·水热穴论》:“勇而劳甚则肾汗出,肾汗出逢于风,内不得入于脏腑,外不得越于皮肤,客于玄府,行于皮里,传为附肿,本之于肾,名曰风水”。《金匱要略·水气病脉证并治》:“视人之目窠上微肿,如蚕新卧起状,其颈脉动,时时咳,

按其手足上,陷而不起者,风水”。邪侵肺脏,宣肃失常,卫气壅遏,故恶风发热,咳嗽而喘,或咽喉红痛,舌苔薄白,示表证,脉浮,示病在卫分。

治法:发表除湿。

处方:越婢汤加减。水炙麻黄5克,生石膏15克(先煎),生白术9克,水炙甘草3克,生姜2片,大枣3枚。水煎二汁,分服。

风水的名称首见于《素问》,因阙治法,后世多宗《金匱要略》,主用越婢加术汤,按《素问》阐述的病机实与《金匱要略》不尽相同。前者是指肾虚汗出遇风,外风夹内湿,客于玄府,行于皮里,传为附肿,后者乃是指风邪袭肺,通调失常引起水湿潴留,结合脉浮,恶风,骨节疼痛等外证,仅系表部受邪可知。病机虽异,然外感风邪则一,故《金匱玉函要略辑义》引陈氏《证治大还》云:“越婢汤治脉浮在表,及腰以上肿,宜此发汗,兼治勇而劳甚,肾汗出,汗出遇风,内不得入脏腑,外不得越皮肤,客于玄府,行于皮里,传为附肿,本之于肾,名曰风水”。

临床体会,肾汗出逢风的证候,浮肿每易反复,不似纯属肺经受风所致的水肿,症轻易愈。《素问·水热穴论》“勇而劳甚则肾汗出”之说,是值得引起注意的,惟其“本之于肾”,真气亏损,脾运少健,输化无权,风去湿留,常迁延为患,宜采防已黄芪汤酌加山药、扁豆、黑大豆、茯苓皮等补气行水,健脾益肾。

二、水湿浸渍 多由涉水冒雨,居处卑湿所致,湿邪水气内侵,浸淫肌肉,太阴受累,故临床表现为全身水肿,腹部及下肢更甚,按之没指,小便短少,身重倦怠。《金匱要略·水气病脉证并治》:“脾水者,其腹大,四肢苦重,津液不生,但苦少气,小便难”。浊阴凝滞,胃失和降,故纳呆泛恶。气不化津,故口渴。舌苔白腻,示中焦湿重。脉濡缓,示脾困运弱。

治法:渗湿培土。

处方:四苓散加减。茯苓9克,猪苓9克,泽泻9克,炒白术9克,香扁豆9克,陈皮9克。水煎二

汁,分服。

尤怡释《金匱要略》脾水的证候说:“脾主腹而气行四肢,脾受水气则腹大四肢重,津气生于谷,谷气运于脾,脾湿不运则津液不生而少气,小便难者,湿不行也”。这段注解是非常清楚的。盖土能制水,然水盛则反侮其所胜,脾受湿困,水气停聚,浸渍肌肤,形成水肿,大腹属脾,湿性下趋,因此,腹部及下肢的肿胀为甚。治湿宜淡渗,兼以培土者,土强自可胜湿退肿。

四苓散即五苓去桂,由于外无恶寒发热身痛之表证,故不取桂枝,内无眩悸吐利之里证,故不取肉桂,只用四苓已足。酌加扁豆、陈皮,则旨在提高健脾和中的功效耳。

三、湿热壅盛 多由湿阻气机,三焦决渎不利,聚水郁而化热所致,水湿壅遏经隧,流散肌肤,故临床表现为面身浮肿,症属阳水。《玉机微义》:“故诸水肿者,湿热之相兼也,如六月湿热太甚,而庶物隆盛,水肿之象明可见矣。”脾胃升降乖常,故脘腹痞闷,膀胱输化无权,故小便短赤,舌苔黄腻,示湿热,脉沉数,示热蕴水停。

治法:清热利湿。

处方:木通散加减。木通3克,泽泻12克,陈皮9克,陈葫芦30克,薏苡(枯死的幼竹)15克,猪苓9克,汉防己9克,白茅根30克。每日一剂,水煎二汁,分服。

《金匱要略》说:“脉得诸沉,当责有水”。今见沉数,则必兼郁热,湿热交遏,三焦决渎失司,因而引起水肿,方书多主疏凿饮子,所谓疏凿,犹神禹疏江凿河之意,故上下内外分消,用药较峻,《济生方》称其“治水气,通身浮肿,喘呼气急,烦躁多渴,大小便不利,服热药不得者”。这与湿热为患,仅见面身浮肿,小便赤涩的证候,殊有轻重缓急的区别,《圣惠方》的木通散最为适应,可去海蛤加陈皮、鸭跖草、白茅根,湿去热清,水肿自愈。

四、脾肾阳虚 多由真阳虚弱,气不化水所致,阳衰失于温运,水溢泛滥,故临床表现为肢体浮肿,腰以下更甚,按之凹陷不起,《证治汇补·水肿》:“水虽制于脾,实则统于肾,肾本水脏,元阳寓焉,命门火衰不能自制阴寒,温养脾土,则阴不从阳,津化为水,故水肿有属火衰者”。运化少健,饮食难消,故脘闷腹胀,纳减便溏,下焦阴盛,关门常阖,故身半以下浮肿明显,小便量少,肾气衰惫,转摇不能,故腰膝痠重,命火式微,寒从内生,故四肢厥冷,舌淡白而润,示阳虚水泛,脉沉细,示里寒。

治法:温阳实脾。

处方:真武汤合实脾饮加减。制附子9克,淡干姜3克,茯苓9克,生白术9克,制川朴3克,草豆蔻3克,炙甘草3克,广木香5克,大腹皮9克,泽泻12克。每日一剂,水煎二汁,分服。

脾气得温则运,得寒则滞,肾气从阳则开,从阴则阖。命门火衰,阳虚寒胜,脾舍壅塞,开阖不利,于是水气盈溢,渗泄皮肤,流遍四肢,通身浮肿,即临床所称的阴水,《医宗金鉴》指出:“夫人一身制水者,脾也,主水者,肾也,肾为胃关,聚水而从其类者,倘肾中无阳,则脾之枢机虽运,而肾之关门不开,水虽欲行,孰为之主,故水无主制泛滥妄行而有是证也。”治法宜温阳崇土,抑遏泛滥,真武当属首选。然必土旺乃得其政,脾实始能制水。严用和的论点,颇具卓识,常据此说,配合实脾饮以实脾土。每获良效。

五、阴虚水溢 多由阴液耗伤,相火溢水所致。命门相火,上寄肝胆,肾阴不足则相火妄动,肺因热灼,治节不行,水受火激而泛滥,故临床表现为腹膨脐突,青筋暴露,四肢浮肿,小便短涩。《证治汇补·水肿》:“肾者,胃之关,关门不利,聚水生病。故水肿有属阴虚者,肺金不降而浮肿,其症腹大脐肿,腰痛足硬,小便短涩,咳嗽有痰,不得卧倒,面赤口渴,但饮食知味,大便反燥,此水附龙起。相火溢水故也。”热扰心神,故烦躁谵妄,络损血瘀,故皮肤出现丝状红缕,《杂病源流犀烛·肿胀源流》:“血肿一证,尤为奇害,其为状,四肢浮肿,皮肉间必有红痕赤缕,皆由血溢离经,留滞于中,与水湿相化,因变为水也。”舌质红绛,示液涸阴亏,脉细弦数,示肝虚热灼。

治法:滋阴利水。

处方:猪苓汤合六味地黄汤加减。猪苓12克,茯苓9克,阿胶6克(烔入),滑石12克,泽泻12克,生地黄9克,炒山药9克,赤芍12克,丹皮9克,麦秆草(小麦干燥去叶的茎)30克,陈葫芦30克(二味煮汤代水煎药)。煎二次分服。每日一剂。

阴虚水肿,病因总属肝肾亏损,其特征为腹大脐肿,正如《金匱要略》所说:“肝水者,其腹大,不能自转侧”,“肾水者,其腹大,脐肿,腰痛,不得溺”。临床治疗时多顾忌。育阴则碍湿,利湿则伤阴,温则动血,寒则滞气,惟仲景猪苓润剂参以六味,庶几合度。张景岳曾指出:“凡辛香燥热等剂,必所不堪,宜用六味地黄汤加牛膝、车前、麦冬之类,大剂与之。”可谓深得此中要旨,民间用麦秆草、陈葫芦,对宽胀消肿,亦有一定效果,单方之功岂容忽视耶。

水肿一症,临床常见,病变虽由脾肺肾三脏相干,但与心、肝的关系亦很密切。辨证当分虚实,日久虚实交错,每延难愈。《素问·汤液醪醴论》说“平治于权衡,去菀陈莖,……开鬼门,洁净府。”《金匱要略》水气病脉证并治则提到:“诸有水者,腰以下肿,当利小便;腰以上肿,当发汗乃愈。”这是中医治疗水肿的常法,但只从其标未及其本,因此,《杂病源流犀烛》肿胀源流加以补充说“肿在腰以上者,宜发汗,即经所谓开鬼门也(鬼门即腠理)。肿在腰以下者,宜

利小便,即经所谓洁净府也(净府即膀胱),上下分消,使阴阳平治,水气可去。即经所谓去菀陈莖是也(菀者,积也,陈者,久也,莖者,腐也)。然皆治其标而已,尤当理气养脾,以治其本,使脾气实而健运,则水自行,故宜以参术为君,更视水之所属,或为阴或为阳,加减治之”。

凡水肿先起于腹而后四肢者可治,先起于四肢而后腹者难治,如见唇黑则肝伤,缺盆平则心伤,脐突则脾伤,背平则肺伤,足心平满则肾伤,均属危候。

中医药并用男性素治疗慢性再生障碍性贫血 22 例

中国人民解放军第三〇七医院

钱凤伟 叶根耀 蒋本荣 邢家骥 李惠城
李盈棋 余文英 程锡元 王桂林 刘惠兰

1961年3月至1982年3月我们对22例再生障碍性贫血(简称再障)患者根据脏腑辨证给服中药汤剂,同时并用大剂量男性素获得较满意的疗效,现报告如下。

一、一般资料:本组病例诊断,依据1964年全国血液学会议附件二。22例中男性18例,女性4例;年龄14~57岁,其中20岁以下2例,20~45岁18例,45岁以上2例;病程10天~16年,其中1年内者12例,1~5年6例,10年以上4例;本组多为复治病例,曾用中、西药物治疗效果不显或无效而住本院治疗。

二、治疗方法:本组病例均用中药汤剂同时并用男性素,部分病例加丸药,必要时予以输血。

1. 心脾两虚型(10例):在当归补血汤基础上加用八珍汤。阳虚症状明显者加用仙茅、仙灵脾、菟丝子、补骨脂、肉苁蓉、胡芦巴、巴戟天;血虚症状明显者加用首乌、女贞子、旱莲草、枸杞子、阿胶、龟板胶和鹿角胶。

2. 脾肾阳虚型(6例):在当归补血汤基础上着重补肾益髓,给以附子、肉桂、生地、熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮、仙茅、仙灵脾、肉苁蓉、胡芦巴、补骨脂。

3. 心肾阴虚型(7例):当归补血汤加六味地黄汤及女贞子、旱莲草、首乌、菟丝子、桑椹。

部分病例加用牛骨髓丸。配方:当归15克,首乌15克,肉桂9克,黄芪24克,砂壳9克,紫河车15

克,鸡血藤30克,枸杞子15克,阿胶15克,杜仲15克,红人参9克,牛骨髓60克,鹿茸粉9克,各味药4倍量,用蜜制丸,每丸9克,每日三次,每次一丸。

大剂量男性素为肌肉注射丙酸睾丸酮,每日100~150毫克;部分病例口服大力补10毫克,日三次,或康力龙4毫克,日三次。

三、治疗结果:

1. 近期疗效:症状基本消失,不需输血,血红蛋白10克%以上,白细胞在4000/立方毫米以上,血小板有一定好转者为基本缓解,共13例;症状明显减轻,不需输血,血红蛋白较治疗前增加3克%以上者为明显进步,共4例;症状减轻,不需输血或输血间隔较入院时明显延长,血象稳定或改善者为进步,共2例;症状及血象均无改善,输血不能减少,甚至病情恶化、死亡者为无效,共3例。

2. 远期疗效:对有效病例组随访13例,其中贫血、出血症状消失,血红蛋白达12克%以上(不分性别),白细胞4000/立方毫米以上,血小板改善,随访一年以上无复发者为基本治愈,共9例;贫血、出血症状消失,血红蛋白达11~12克%以上,白细胞3500/立方毫米左右,血小板也有一定程度恢复,随访3个月病情稳定或继续进步者为缓解,共3例;贫血、出血症状明显好转,不输血,血红蛋白较治疗前增加3克%以上,随访3个月以上稳定者为明显进步,占1例。