

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.20.015

临证心得

从肺、脾、肾和水液代谢关系论肺结节的发生与辨治

贾国兵, 郭菊, 杨成军, 何成诗[✉]

成都中医药大学附属医院, 四川省成都市金牛区十二桥路39号, 610075

[摘要] 基于肺、脾、肾和水液代谢之间的关系, 认为肺、脾、肾三脏阳气亏虚, 水液代谢功能障碍, 是肺结节发生的根本原因; 阳虚水停、痰饮贮肺是肺结节发生的始动因素; 寒痰胶着、深伏肺络为肺结节迁延与进展的关键病机; 痰随气动、流窜周身则导致了肺外结节的发生。治疗上应将温阳化痰作为基本治法, 并佐以宣肺引经之品, 合并肺外结节者则宜根据具体病位加入相应引经之药。

[关键词] 肺结节; 寒痰伏肺; 温阳化痰

肺结节是指影像学上表现直径 ≤ 3 cm的局灶性、类圆形、密度增高的实性或亚实性肺部阴影^[1]。近年来随着低剂量螺旋高分辨CT在常规体检中的普及, 以及人工智能在影像阅片中的辅助运用, 肺结节的人群检出率越来越高^[2]。现代医学主要采取随访观察, 暂无针对性的药物治疗, 必要时行穿刺、手术。中医药在肺结节患者体质调节、疾病治疗等各方面都具有独特价值, 在肺结节随访的空窗期介入中医药治疗具有很大的优势, 已经引起了医学界的广泛关注^[3]。结合肺结节的特性, 中医古籍中所载“肺积”一病与肺结节类似, 临床亦有医家参考“积聚”“痰核”“癭病”等进行辨治^[4-5]。《黄帝内经》首次提出了“积”的病名, 认为积的发生与寒邪关系密切, 《灵枢·百病始生》云: “积之始生, 得寒乃生”, 《素问·举痛论篇》言: “寒气客于小肠膜原之间……而成积矣”。《难经》提出“五脏之积”之说, 首次明确提出了肺积的病名, 《难经·五十六难》云: “五脏之积, 各有名乎? ……肺之积, 名曰息贍”。同时《难经》沿袭了《黄帝内经》的观点, 认为积为阴邪, 乃阴寒邪气凝结而成, 《难经·五十五难》云: “积者, 阴气也”。在《黄帝内经》与《难经》认识的基础上, 我们进一步提出肺结节的发生乃为肺、脾、肾三脏阳气亏虚, 水液代谢功能障碍, 阳虚生寒, 水停聚痰, 寒

痰胶着, 上伏肺络所致, 而气机升降, 痰随气动, 流窜周身, 则导致了肺外结节的发生。

1 肺、脾、肾与水液代谢的关系

1.1 阳气充足, 水津四布, 五经并行

关于水液的代谢, 《黄帝内经》中即有详细的论述。《素问·经脉别论篇》云: “饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾。脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱”, 《素问·逆调论篇》亦指出: “肾者水藏, 主津液”, 指出人体水液代谢主与肺、脾、肾、膀胱有关。胃受纳、暂贮饮食摄入的水液, 脾转化、吸收、布散胃中津液为人体所需的精微物质, 再上输于肺, 在肺宣降作用下, 布散全身, 同时肺的肃降功能亦使全身水液下归于肾, 在肾的蒸腾气化作用下, 留清去浊, 清者重归于肺布散全身, 浊者则下输膀胱。故可知人体水液的代谢过程为, 胃主受纳、暂存人体从外界摄入的水液, 膀胱则纳受、暂存人体产生的浊液, 而水液代谢中的关键环节, 吸收转化、分布、排泄则主要依靠脾、肺、肾三脏完成。脾的吸收转化为人体水液的主要来源, 肾的蒸腾气化主管水液的排泄, 而脾之散精、肾之蒸化、肺之宣发肃降则主导着水液的运行。

《素问·阴阳应象大论篇》言: “阳在外, 阴之使也”, 脏腑的外在功能主要由脏腑阳气行使, 人体水液的代谢则主要是由肺、脾、肾三脏阳气完成。而水性属阴, 《景岳全书》云: “盖水为至阴”, 推动和制约水液的运行亦需消耗肺、脾、肾三脏阳

基金项目: 四川省中医药管理局中医药重大科技项目(2021XY-CZ005); 四川省科技计划(2020JDR0115)

✉ 通讯作者: hcs6512@126.com

气,故机体水液的正常运行主要依靠肺、脾、肾三脏阳气的充足。肺、脾、肾阳气为人体之气的重要组成部分,而人体之气则由肾中先天之精所化生的先天之气、脾胃所运化的水谷之气和肺吸入的自然界清气转化而来,即人体之气主要来源于肺、脾、肾三脏。

综上可知,肺、脾、肾中的阳气推动和制约着水液运行,水液的正常代谢亦消耗肺、脾、肾的阳气,而阳气亦来源于肺、脾、肾三脏。肺、脾、肾三脏主导着人体水液的运行,而阳气则是水液代谢的关键。因此,肺、脾、肾阳气充足,则水液代谢正常,水精四布,五经并行。

1.2 阳虚水停,痰饮贮肺,为结节之源

痰饮为人体水液代谢障碍所形成的病理产物,《证治汇补·痰证》云:“痰本津液所化,行则为液,聚则为痰”,可知机体水液运行障碍,水液停聚,必然化生痰饮。关于痰与饮,《医阶辨证》指出:“稠浊为痰,津液凝聚;清稀为饮,水饮留积”,痰之与饮,证本同源,清者为饮,稠者为痰。《临证指南医案·痰饮》言:“总之痰饮之作,必由元气亏虚及阴盛阳衰而起,以致津液凝滞,不能输布”,肺、脾、肾三脏阳气主使机体水液运行,阳气亏虚必然导致水液运行障碍,化生痰饮之邪^[6]。

“三焦者,决渎之官,水道出焉”(《素问·灵兰秘典论篇》),三焦为人体水液运行的通道,而水液的运行依靠气的推动,《难经·六十六难》云:“三焦者,原气之别使也”,《难经·三十八难》又指出三焦“有原气之别焉,主持诸气”,故三焦亦为人体气运行的通道。综上,肺、脾、肾阳气推动着津液在三焦通路中运行,阳气亏虚,津液运行障碍,化生的痰饮邪气常常出于三焦^[7]。

水的出路在肾,而痰的出路则在肺。肺通调水道,全身津液经三焦出于肺,亦经三焦回归于肺,脾转输津液上输于肺,通过肺之宣降布散全身,经机体代谢后下输于肾,肾留清去浊,清者上传于肺再次分布全身。肺运行三焦之水液,亦过滤、贮存三焦痰饮之邪,三焦水液代谢失常所生之痰饮经三焦流经于肺,而贮存肺中^[8],故《证治汇补·痰证》云:“肺为贮痰之器”。肺司呼吸,与外界相通,吸入清气,排出浊气,肺中之痰亦多经此排出,即为有形之痰,然亦有顽痰、老痰者,机体不易运化,只能继续留贮肺中,化生结节,结节即为无形之痰^[9],在现代影像学下变得可视化。

1.3 寒痰胶着,深伏肺络,为结节之本

《医碥·痰》言:“气失温和而过于寒,则津液因寒积滞,渐致凝结,斯痰成矣”,肺、脾、肾阳气亏虚,水液凝结,必生痰饮邪气。又《素问·疟论篇》提到:“阳虚则寒矣”,肺、脾、肾阳气亏虚亦必将导致虚寒内生。寒与痰皆为阴邪,同气相求,寒痰胶结,化生寒痰之邪,寒性收引,痰性稠厚,寒痰之性则更加稠厚。寒痰之邪,机体阳气本不易运化,加之阳气本虚,人体自身更是难以祛除,故寒痰致病多病情缠绵顽固,诸家所诉之顽痰、老痰多属此类。

寒痰之邪经三焦贮留于肺,化生结节。若寒痰之邪病位尚浅,病势不盛,弱阳勉强与争,正胜邪退,寒痰之邪可经气道排出体外,或在阳气作用下逐渐运化消散;正邪势均,则长期相持不下,结节经久不散;若病位深伏,邪盛正弱,病邪久贮肺中,积蓄生长,则表现为肺结节逐渐增大;邪长正衰,亦可化毒蕴热,滋生癌变。

2 从肺、脾、肾论肺结节的辨治

2.1 温阳化痰为肺结节的基本治法

肺、脾、肾三脏阳气亏虚,水液代谢障碍为肺结节发生的根本原因,内生寒痰之邪则是化生肺结节的关键因素。肺结节的产生,本质在于阳虚,故治疗必予扶阳,扶阳之要在于肺、脾、肾三脏,此三脏阳气本虚,当以甘温之品温补。寒痰之治亦不离温阳,然寒痰胶结为有形实邪,当以辛温之品温化实邪,同时配合化痰散结之药。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云:“病痰饮者,当以温药和之”,并制苓桂剂温化痰饮。苓桂剂温以桂枝,桂枝辛甘温之品,以桂枝之甘温配甘草以温补阳气,以桂枝之辛温配茯苓以温化寒饮,共奏扶正祛邪、温阳化饮之效。温补三阳、温化寒痰,辛甘温之剂在于苓桂系,而化痰之方主以二陈汤,正如《丹溪治法心要·痰》所言:“寒痰,二陈类”。《太平惠民合剂局方》所载二陈汤乃化痰之祖方,君药半夏为治痰之要药。因此,温阳化痰法应贯穿肺结节治疗始终,方药主以苓桂剂合二陈汤。肺结节为本虚标实之证,阳虚为本,痰实为标。然此为虚实夹杂之证,又当标本兼顾,非纯以温补,需辛甘温并用,甘温补益,辛温发散,温补阳气,温散结节。肺结节诊治,必须整体审查,洞悉阳虚本质,切不可囿于结节,仅以行气化痰、活血软坚,一时痰虽可去,但阳虚本质仍在,生痰之源未断,疾病难愈。

寒痰伏肺，蕴郁局部，日久亦可化热，此里有寒痰之实邪兼郁热，外有阳气亏虚，治疗上仍应以温阳化痰为基本法则，于辛温之剂中少佐黄芩、浙贝母、夏枯草等微清郁热兼以化痰散结，郁热一去即撤去寒药，切不可多用，亦不可见热象即投大苦大寒之剂，以防更伤阳气，冰伏寒痰。寒痰之邪性质缠绵顽固，治疗周期长，久用辛温之品恐耗津液，长期治疗可少佐五味子、玄参等以护气阴，五味子补五脏气阴，玄参滋阴散结，不可予过寒过腻之品以碍驱邪。

2.2 配伍引经药，引药达邪

引经药为引导方中诸药进入特定脏腑经络的药，尤在泾《医学读书记》云：“药无引使，则不通病所。”中药引经之说滥觞于《黄帝内经》，形成于金元时代，成熟于明清时期^[10]。金代张元素首次明确提出“引经报使”理论，明代李时珍在《本草纲目》中提到：“十二经各有引药，在脏在腑，在气在血，为火为热，亦有引矣”。现代研究亦发现，引经药物能够促进其他药物在靶器官组织的吸收或分布，进而提高药物的生物利用度^[10]。肺结节病邪在肺，故治疗当配伍引肺经之药以求药力直达病所。肺之引经药，常用桔梗、紫苏叶、杏仁、麻黄等，引药达肺，并兼可宣肺调水以助驱邪。若合并肺外结节，则应据相应病位选择引经药，如癭瘤、乳癖、癥瘕等为痰窜肝脉，可配伍柴胡、香附、青皮、夏枯草等引肝经之药；脂瘤、痰核、瘰疬为痰聚皮肉筋骨，可配伍麻黄、白芥子、干姜、肉桂等，引药达表兼以温阳化痰，亦可配用阳和汤加减。

3 验案举例

患者，女，46岁，2021年10月12日初诊，主诉：发现双肺多发结节6个月余。患者1年前因饮酒受凉后出现咳嗽咯痰、气短，自行服用头孢类抗生素未见好转，住院后完善胸部CT检查示：右肺中下叶散在片状感染灶，诊断为社区获得性肺炎，予头孢类抗生素静脉滴注治疗，咳嗽、气短逐渐好转，但患者未满疗程而自动出院，出院后续以口服头孢类药物治半个月，未复查。2021年3月22日体检检查胸部CT示：双肺少许纤维条索影，双肺多发实性结节，直径4~7mm。患者无特殊不适，起初未予重视，后出现咽喉部不适，行喉镜检查未见异常，颈部彩超提示：“右侧甲状腺结节约5mm”，后辗转就诊于多家医院，均嘱其随访，未予药物治

疗，半年后复查。后就诊于某中医诊所，予理气化痰、疏肝解郁、活血化瘀、软坚散结等中药治疗，患者咽部不适较前稍有好转。3个月后复查胸部CT示：双肺多发实性结节，最大直径7mm。

刻下症见：情绪焦虑，咽喉部异物感，畏寒怕冷，稍活动则感头身潮热、汗出肢冷，不耐运动，口干不欲饮、饮冷则感恶心欲吐、饮热水仅可稍缓片刻、夜间尤盛，纳呆食少，眠差易醒，二便调，舌质淡，苔白厚腻、舌中偏黄，脉弱偏数。西医诊断：肺结节性质待查，甲状腺结节，慢性咽炎。中医诊断：肺积；中医辨证：阳气亏虚，寒痰胶结，蕴郁化热。治法：温阳扶正，化痰散结，兼以清热。予苓桂术甘汤合二陈汤加减，处方：桂枝10g，茯苓15g，干姜5g，生姜5g，麸炒白术15g，麸炒苍术15g，法半夏10g，陈皮5g，紫苏叶10g，桔梗10g，北柴胡10g，黄芩10g，夏枯草10g，浙贝母10g。7剂，水煎服，每日1剂，分3次饭后温服。嘱忌生冷，防寒保暖，调畅情绪。

2021年10月19日二诊：患者诉服药后口干较前明显缓解，现偶有口干、饮水可缓解，活动后潮热汗出较前好转，畏寒怕冷明显，纳眠稍改善，舌脉如前。考虑患者郁热渐去，阳气得复，寒痰始化，续以温阳化痰。处方：桂枝10g，茯苓15g，干姜10g，麸炒白术15g，麸炒苍术15g，法半夏10g，陈皮5g，紫苏叶10g，桔梗10g，北柴胡10g，夏枯草10g，浙贝母10g。7剂，煎服法同前。嘱于当地医院查甲状腺功能。

2021年10月26日三诊：患者甲状腺功能无异常，畏寒怕冷稍好转，潮热冷汗改善明显，活动耐量增加，已无口干，饮食睡眠较前明显好转，心情较前好转，舌质淡，苔白腻，脉弱。效不更方，续二诊处方为免煎颗粒剂型。16剂，每日1剂，分3次温水冲服。

2021年11月11日四诊：患者畏寒怕冷好转，饮食、睡眠、二便无明显不适，舌质稍有红润，苔薄白微腻。续二诊处方加炙甘草3g、五味子5g，制丸药长服，每日3次，每次3g。患者反复询问结节情况，考虑其仍有焦虑，嘱2个月后复查。

2022年1月13日五诊：患者复查胸部CT示：双肺少许小结节影，直径3~4mm；甲状腺彩超示：未见明显异常。畏寒怕冷持续好转，但较常人仍感不耐寒冷，余无不适，舌淡红，苔薄白，脉缓。处方：桂枝10g，茯苓15g，干姜10g，麸炒白术15g，麸炒苍术15g，法半夏10g，陈皮5g，紫苏叶10g，

桔梗 10 g, 五味子 5 g, 炙甘草 3 g。制丸药续服 3 个月, 每日 3 次, 每次 3 g, 每年常规体检复查胸部 CT。

患者服药至 2022 年 4 月 26 日复诊: 无明显畏寒怕冷, 精神可, 心情畅, 无不适, 舌淡红, 苔薄白, 脉缓有力。嘱其停用药物, 1 年后体检复查胸部 CT 后复诊。

按语: 患者为中年女性, 素体偏弱, 畏寒怕冷, 阳气不足; 时值深秋, 饮食作息不慎, 饮冷受凉致阳气受挫; 又过量使用抗生素, 抗生素大多类似苦寒之品^[11], 使机体阳气进一步损耗。阳气亏虚, 水液运行障碍, 聚而生痰, 寒痰胶结, 贮伏肺络, 化生结节, 又因情绪焦虑, 致使气机紊乱, 痰随气窜, 积留肝脉停于颈部而致甲状腺结节, 上冲咽喉而成梅核气。畏寒、汗出肢冷、舌淡、苔腻、脉弱皆为阳虚兼痰之象, 而潮热汗出、口干、舌中苔黄、脉数为寒痰内阻、邪郁化热征象。治当温阳扶正以培本, 化痰散结以祛标, 兼清郁热, 并佐以引经之药, 引药达邪。初诊见患者潮热、口干明显, 舌中苔黄, 脉象偏数, 为寒痰内闭、郁热显露, 治疗以苓桂术甘汤合二陈汤加减, 生姜、干姜同用, 并加黄芩、夏枯草温阳清热兼施, 扶正祛邪并重, 去甘草因“甘者令人中满”(《素问·奇病论篇》), 此痰热内郁, 甘缓碍邪。然此热为本阳亏虚, 寒痰化热, 乃无根之热, 稍以清泄, 热势即去。二诊热已去七八, 寒象显露, 畏寒反而明显, 故前方去黄芩、生姜, 增干姜用量以增强温阳扶正之力。三诊患者症状持续好转, 治疗有效, 效不更方。四诊患者诸症好转, 舌苔微腻, 邪已去七八, 恐久用温燥之药耗伤气阴, 故少佐炙甘草、五味子以护气阴, 并制丸药缓和药力。五诊患者甲状腺结

节已消, 故去柴胡、夏枯草引肝经之药, 专攻肺中结节。治疗始终不离阳虚本质, 故收获佳效。

参考文献

- [1] 张晓菊, 白莉, 金发光, 等. 肺结节诊治中国专家共识 (2018 年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2018, 41(10): 763-771.
- [2] 吴阶平医学基金会模拟医学部胸外科专委会. 人工智能在肺结节诊治中的应用专家共识(2022 年版)[J]. 中国肺癌杂志, 2022, 25(4): 219-225.
- [3] 谭可欣, 郑佳彬, 张旭, 等. 中医药在肺结节全程管理中的优势及展望[J]. 中医杂志, 2022, 63(14): 1388-1393.
- [4] 许海柱, 潘永福. 潘永福教授治疗孤立性肺小结节经验撷菁[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(1): 206-208.
- [5] 杨可斌, 殷志禹, 王悬, 等. 张磊从“痰核”论治胃息肉经验[J]. 中医杂志, 2021, 62(15): 1299-1302.
- [6] 张妙芬, 刘城鑫, 黄慧婷, 等. 基于“阳化气, 阴成形”理论探讨温阳散结法治疗肺结节[J]. 中医杂志, 2021, 62(22): 1960-1962.
- [7] 郝云, 赵一敏. 三焦膀胱水液代谢职司异同及临床意义探究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(8): 1038-1039.
- [8] 王儒平, 陈雪梅. “脾为生痰之源, 肺为贮痰之器”的机理[J]. 河南中医, 2013, 33(9): 1396-1397.
- [9] 申梦岚, 李全, 宋凤丽, 等. 李全从“正虚伏痰”分期分证论治肺结节病经验[J]. 中医药导报, 2021, 27(4): 192-195.
- [10] 刘树民, 王秋月, 卢芳, 等. 中药引经药性理论溯本寻源与现代研究评述[J]. 中草药, 2020, 51(19): 5099-5104.
- [11] 章从恩, 马致洁, 黄璐琦. 中西医治疗抗生素相关性腹泻的药物研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析, 2022, 22(7): 769-774.

(收稿日期: 2022-06-17; 修回日期: 2022-07-29)

[编辑: 贾维娜]