

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.02.018

# 巴元明教授以“宣利消补”四法论治肾性水肿经验\*

盛 磊<sup>1</sup> 李成银<sup>2△</sup>湖北省中医院<sup>1</sup>肾病科,<sup>2</sup>肿瘤科,武汉 430061**关键词** 肾性水肿;治水四法;巴元明;名医经验**中图分类号** R256.51;R249 **文献标志码** A

巴元明教授系全国著名中医肾病专家、博士生导师、首批全国优秀中医临床人才、第二批全国老中医药专家学术经验继承人、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作师承指导老师,享国务院特殊津贴。巴教授从医 30 余载,深研经典,多有创见,曾提出“肾病多虚,阴虚多见”的独到见解。笔者有幸跟师巴元明教授,受益良多,巴师擅长治疗各种疑难肾病,对于肾性水肿的治疗更是经验独到。现将巴元明教授治疗肾性水肿的临床经验总结如下,以飨同道。

## 1 水肿的历史沿革

肾性水肿是指因肾脏疾病引起的水肿,是肾脏病的主要症状之一,属中医“水肿”范畴。传统中医学对水肿早有认识,最早记载于《内经》,称之为“水”,并按不同症状分为风水、石水、涌水,对其病机也有明确阐述。《素问·水热穴论》中指出:“其本在肾,其末在肺”。《素问·至真要大论》又指出:“诸湿肿满,皆属于脾”。治法方面,《内经》始提出“开鬼门,洁净府”“平治于权衡,去宛陈莖,微动四极,温衣,缪刺其处,以复其形”等具体方法。汉代张仲景在《金匱要略》中对水气病做了专篇论述,按病因、病证分为风水、皮水、正水、石水、黄汗五类,又根据五脏证候分为心水、肺水、肝水、脾水、肾水,详述了水肿的各种症状,按不同的病机提出了各种治疗水肿的方剂。后世对水肿的认识又有所发展,元代朱震亨在《丹溪心法·水肿》中创造性提出从阴阳分治,将水肿简要地分为阴水、阳水,对临床确起到执简驭繁的作用。明清时代对水肿的治法略有发展,并进一步完善了病因学说和辨证

论治。

## 2 病因病机

中医学者普遍认为肾性水肿的发病源于肺、脾、肾三脏功能失调,导致水湿内停,泛溢肌肤,发为水肿,其病机多为虚实夹杂、本虚标实<sup>[1]</sup>。巴师在以上认识基础上,提出水肿病位在肺、脾、肾、三焦,病机在于卫表郁闭、气机失宣,水湿内停、正虚邪结。

### 2.1 卫表郁闭、气机失宣

巴师认为水肿无论是初起还是久病,卫表皆为湿闭,阳气皆为湿遏,故肺气不宣,水液不降,三焦郁闭,气化失司。所不同的是初起多实,由外而内;久病多虚,由内而外。

### 2.2 水湿内停、正虚邪结

巴师认为无论是外感引动,还是内伤而生,水湿都是本病的直接病因。水湿作为有形之邪,可阻滞气机,影响血行,导致气滞、血瘀、痰凝的发生,反过来又加重了水湿内停。湿为阴邪,最易耗损人体阳气,久而导致脾肾阳虚,更进一步发为阳虚水停。湿性黏滞,故本病有反复迁延不愈的特点,极易发展为正虚邪结的病理状态。

## 3 治水四法

水肿病因病机复杂,反复迁延不愈,是临床治疗上的一大难题。巴师根据临床经验和本病病机特点,提出了“治水四法”,分别为“宣”“利”“消”“补”。

### 3.1 宣法,通水道

中医八法中并无宣法,巴师认为所谓“宣法”是指包括宣肺解表(辛凉和辛温)、升提阳气、舒展气机、通调水道等具有向上、向外、发散、升提、疏通等作用的一系列治法,有利于人体恢复气行、津布、浊降的正常生理运行。《汤液本草》提出“宣可去壅”,何谓壅?

\* 国家中医药管理局第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目 (No. 国中医药人教发[2017]29 号);湖北省卫生健康委员会 2018~2019 年度中医药科研项目 (No. ZY2019M026)

△通信作者,Corresponding author,E-mail:40691534@qq.com

《圣济经》中谓“郁而不散为壅”，《内经》称之为“宛”“陈莖”，临床上多表现为痰、湿、瘀血、郁热、积食等，使得气机郁滞，水停而溢。气为阳，水为阴，阳气郁闭或阳气虚损均可导致阳气不展，无法气化水液，以致水不化津，停聚成邪，故升清阳、降浊阴为宣法的根本原则<sup>[2-3]</sup>。如外感表邪，肺失宣肃，汗孔启闭失常，水湿郁于肌表，发为水肿，则应以宣肺解表为法，启汗孔散表邪，发越水气而消肿；如内伤湿滞，困清阳，壅水道，水湿泛滥肌肤，发为水肿，则应以升阳除湿为法，外展清阳，内消阴霾，而水肿自退。在运用宣法时，巴师常以越婢汤合升阳除湿汤加减，或分用或合用之。基本药物有麻黄、石膏、苍术、柴胡、羌活、防风、升麻、泽泻、猪苓、炙甘草、陈皮、神曲、麦芽等。

### 3.2 利法，泻湿浊

利法并非单指利尿法，还包括通下法。《内经》云：“开鬼门，洁净府”。“净府”是指膀胱，“洁净府”即是利小便的意思。“开鬼门”有一种理解为发汗，发汗利小便亦是治疗水肿病的常用方法，如《金匱要略》：“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”，此为发汗利小便治水肿病的重要临床依据。另一种理解，“鬼门”即是肛门，“鬼”古通“魄”，如《段注》：“魄，是人所归也，故从鬼”。“魄”又同“粕”，如《庄子无道篇》：“古糟魄已夫”。《难经·四十四难》：“下极为魄门”，所以“鬼门”又称“魄门”，即肛门。“开鬼门”实可理解为通下法。其实，以通下法治疗水肿从古至今都不乏其例，如《金匱要略》：“病水腹大，小便不利，其脉沉绝者，有水，可下之”，以及《儒门事亲》中舟车丸、导水丸的应用，可以说明古人在应用通下法治疗水肿已经有了一定的经验。现代有通腑泻浊，以大黄、甘遂、大戟等药逐水攻下，让水湿之邪从大便走泄的通利法<sup>[4-6]</sup>。但攻逐法主要用于利尿无效而形气实、水湿壅塞三焦者，亦暂用于本虚标实而宜急则治标者。因水湿泛滥、阻抑气化，此时疏导水湿亦可伸展阳气。故巴师在运用利法时，常以五苓散、防己茯苓汤或己椒苈黄汤加减，前后分消，以达到快速祛邪、邪去正安的目的。基本药物有茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝、防己、椒目、葶苈子、大黄等。

### 3.3 消法，畅三焦

消法，中医八法之一，巴师将其解释为消除、消散之意。《素问·至真要大论篇》谓“坚者削之”“结者散之”，清代医家程钟龄《医学心悟》曰：“消者，去其壅也。脏腑筋络肌肉之间，本无此物，而忽有之，必为消散，乃得其平。”水肿病在发病过程中，由于多种因素致使体内产生各种病理状态和病理产物，如气滞、痰

湿、瘀血、湿热、浊毒等，这是机体机能紊乱后无法及时有效清除代谢废物所引起，而这些产物又反过来进一步影响脏腑的功能和气机的运行而加重水肿。消法正是通过对这些病理产物的清除，使气行、痰化、瘀散、湿除、浊降而达到三焦通畅、郁滞内消的作用。巴师在运用消法时，气滞则以柴胡疏肝散，痰湿则以二陈汤，瘀血则以当归芍药散，湿热则以四土汤，浊毒则以硝黄温胆汤加减。常用药物有柴胡、枳壳、香附、陈皮、半夏、当归、赤芍、茯苓、泽泻、川芎、白术、土茯苓、土贝母、土大黄、土牛膝、芒硝、大黄、枳实、竹茹、生姜等。

### 3.4 补法，实正气

补法系八法之一，又称补益、补养、补虚，指用补益药物补养人体气血阴阳不足、增强体质、改善机体虚弱状态的治疗方法。《素问·至真要大论》：“虚者补之”“损者益之”。《素问·阴阳应象大论》：“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”。虚证从气、血、阴、阳不同方面，分为补气、补血、补阴、补阳 4 类。根据疾病急缓和分期，又可采取攻中有补、补中有攻、攻补兼施的方法。巴师认为肾病水肿病人，由于长期蛋白尿，精微外泄，或是肾脏纤维化，导致肾元亏损，气血生化乏源，水湿气化无力，加重水肿，或使水肿难消，故在治疗中应辨证予以扶正固本、补虚攻邪，力求正盛邪退，攻邪不伤正气。但巴师亦强调，补法应注重时机，补之过早、恋邪留寇，补之太过、滞气碍胃，均不利于水肿的消除。巴师在运用补法时，常以地黄汤合水陆二仙丹合用，并根据兼证灵活加减，或加参芪，或加四物，或加桂附，以达到扶正祛水的目的。基本药物有熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、牡丹皮、泽泻、金樱子、芡实、人参、黄芪、当归、白芍、川芎、肉桂、制附子等。

## 4 典型病案

郭某，男，67 岁，2020 年 5 月 25 日初诊。主诉“双下肢水肿 1 年，加重 1 月余”。既往有 II 型糖尿病史 5 年。患者 1 年前因双下肢水肿住院，经系统检查后诊断为肾病综合征，予黄葵胶囊（江苏中药药业集团股份有限公司，国药准字 Z19990040，口服，5 粒/次，3 次/d）、他克莫司胶囊（杭州中美华东制药有限公司，国药准字 H20094027，口服，1 mg/次，2 次/d）治疗，并利尿消肿对症处理，水肿减轻。近 1 个月来无明显诱因出现双下肢水肿加重，辅助检查：尿蛋白 3+，24 h 尿蛋白定量 3.52 g/24 h；总蛋白 45.6 g/L，白蛋白 20.5 g/L；总胆固醇 8.96 mmol/L，甘油三酯 2.04

mmol/L; 尿素 8.6 mmol/L, 肌酐 133  $\mu\text{mol/L}$ , 尿酸 515  $\mu\text{mol/L}$ ; 肾小球滤过率 49.7 mL/(min · 1.73  $\text{m}^2$ )。刻下症见双下肢重度水肿, 小便量减少, 尿中泡沫多, 肢体沉重乏力, 口不渴, 纳差腹胀, 大便干结; 舌质淡暗, 边有瘀点, 苔白腻, 微黄, 脉滑数, 重按无力。西医诊断为肾病综合征, 中医诊断为水肿病(水湿壅盛, 气虚血瘀), 总体治则为宣肺利水、通腑泻浊、益气活血。急则治标, 以宣利二法为主, 兼以消补, 先去水湿, 处方以越婢汤合五苓散加减, 方药组成为麻黄 10 g、石膏 15 g、茯苓 30 g、泽泻 15 g、猪苓 15 g、生白术 15 g、薏苡仁 30 g、熟大黄 8 g、赤芍 15 g、陈皮 10 g、黄芪 15 g、炙甘草 6 g、生姜 10 g。7 剂, 水煎服, 日 1 剂, 分 2 次温服。

2020 年 6 月 2 日二诊, 患者乏力较前减轻, 双下肢仍轻度水肿, 尿量明显增多, 纳寐可。继服上方 7 剂。

2020 年 6 月 9 日三诊, 患者上述症状明显减轻, 下肢基本不肿, 尿中泡沫较前减少, 小便量正常, 患者自觉全身轻松。患者水肿缓解大半, 水道已通, 遂调整治疗方案, 以补利二法为主, 兼以宣消, 处方以防己黄芪汤合升阳除湿汤加减, 方药组成为黄芪 30 g、炒白术 15 g、防己 15 g、泽泻 15 g、猪苓 15 g、升麻 6 g、柴胡 6 g、羌活 6 g、防风 6 g、陈皮 10 g、牡丹皮 10 g、熟大黄 6 g、炙甘草 6 g。14 剂, 水煎服, 日 1 剂, 分 2 次温服。

2020 年 6 月 23 日四诊, 继服上方 2 周后, 患者纳食如常, 二便正常, 舌淡, 苔薄白, 脉弦细。复查: 尿蛋白 1+, 24 h 尿蛋白定量 0.67 g/24 h; 尿素 6.3 mmol/L, 肌酐 109  $\mu\text{mol/L}$ , 尿酸 425  $\mu\text{mol/L}$ ; 肾小球滤过率 63.5 mL/(min · 1.73  $\text{m}^2$ )。改用六君子汤合六味地黄汤加减以期巩固治疗。

按: 巴师在本案治疗中贯穿使用了“宣利消补”四法, 并随病情的轻重转化, 运用也有侧重。在初诊时患者肿势较盛, 以祛邪的宣利法为主, 以期打通水道, 迅速祛邪, 而防久恋伤正。待到患者肿势稍退, 继前

方一鼓作气驱邪外出。直至水邪渐去三分有二, 遂改以补气为主, 因湿为阴邪最易耗损阳气, 患者乏力、脉重按无力等症也为气耗的表现, 故实正气一来可恢复自身代谢水液的功能, 二来可防止邪去复来的发生。待最后正复邪尽之时, 以六君子汤合六味地黄汤补后天与先天。运用六味地黄汤, 一则因前方祛湿、燥湿、渗湿等多有久用伤阴之弊, 二则巴师曾强调补阴过早有恋邪留寇之弊, 而在最后用之却无此弊, 尚有恢复元阴之功。

## 5 总结

综上所述, 巴师通过系统梳理本病的历史源流, 根据中医基础理论分析认识本病发病机理, 以理而设法, 在传统治法的基础上创新提出了“四法”, 以法而遣方, 形成有效的、有特色的方药运用规律。巴师师古而不泥古, 博众长而立己法, 随证灵活运用四法, 顺势而治, 急则宣利, 给邪以出路, 或宣散湿邪, 或通腑泻浊, 使邪去正安, 勿壅补而“闭门留寇”; 缓则消补, 扶正与祛邪兼顾, 但又注重时机, 时刻抓住辨证论治和整体观念, 促进疾病的恢复, 防止复发。

## 参 考 文 献

- [1] 赵斌. 肾性水肿辨治述略[J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(10): 757-758.
- [2] 章凯, 马晓燕. 肾性水肿病从肝论治[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(4): 154-155.
- [3] 尉振中, 马晓燕. “去菀陈莖”论治肾性水肿[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(7): 78-80.
- [4] 刘娜, 张佩青, 王立范, 等. 国医大师张琪运用经方治疗肾源性水肿经验[J]. 中医药学报, 2017, 45(4): 60-61.
- [5] 李云鹏, 王小琴, 王小琴. 王小琴治疗肾病水肿经验探析[J]. 中西医结合研究, 2020, 12(1): 64-65.
- [6] 王慧如, 陈子杰, 梁艳, 等. 浅析秦伯未治疗水肿六法[J]. 中医学报, 2017, 32(6): 964-967.

(收稿日期: 2020-11-02)