

李定祥基于“血不利则为水” 论治宫颈癌术后双下肢水肿经验

彭 珣, 廖 丽, 刘 琴, 郭 芮, 李定祥

(湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208)

[摘要] 介绍李定祥教授基于“血不利则为水”的思想运用中医药治疗下肢水肿水瘀互结证的经验。李教授认为医圣张仲景曾提出“血不利则为水”思想, 为水肿病的治疗提供了一条重要的思路, 临床自拟活血利水汤从血、气、水论治, 随症加减, 取得良效, 并附典型案例1则, 以期对下肢难治性水液代谢障碍疾病的临床治疗有所启发。

[关键词] 水肿; 血不利; 中医药疗法; 活血化瘀; 名医经验; 李定祥

[中图分类号] R256.51, R277.733

[文献标识码] A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.04.014

人体有“生理之水”, 即为津液, 是机体一切正常水液的总称。医圣张仲景在《金匮要略·水气病脉证并治》中提出“血不利则为水”, 此处“水”应为“病理之水”, 即指包括“水、湿、痰、饮”在内的能导致各个系统产生与水液代谢障碍相关的多种疾病的人体之邪^[1]。“病理之水”能导致多种疾病, 水肿即为其中的一种, 在临床中十分常见。水肿是指由于多种原因导致体内水液潴留, 泛滥肌肤, 引起眼睑、头面、四肢、腹背甚至全身水肿为主要临床特征的一类病证, 严重者可伴有胸水、腹水等。古代医家概括水肿之病机为“其本在肾, 其末在肺, 其制在脾”, 现临床治疗水肿病, 多从肺脾肾三脏论治。李定祥教授饱览中医古籍, 对中医理论有着深入研究和独特见解, 认为水肿病的论治不应该只注重肺脾肾对人体水液代谢的调控, 还应考虑到血与“生理之水”和“病理之水”的关系, 故李教授基于仲景“血不利则为水”思想论治本病, 临床疗效显著, 现将其经验介绍如下。

1 病因病机

1.1 津血生理同源 血与津液的关系源于“津血同源”理论。饮食入胃, 游溢精气, 部分上输于脾, 脾气散精, 此为津液的生成。而脾胃运化的中焦之汁另有部分上输于心肺, 与营气调合, 共注脉中, 奉心化赤而为血。因此, 津液与血液都由脾胃运化的水谷精微所化生, 并且津液是化生血液的主要物质基础, 也是血液的主要构成成分。

《灵枢·痈疽》中记载“中焦出气如露, 上注溪谷, 而渗孙脉, 津液和调, 变化而赤为血”。津液可以从腠理、肌肉等处渗入孙络, 源源不断地化生和

补充血液。而当脉外津液不足时, 脉内的津液反而渗出脉外, 以补其不足, 此时血液与津液皆损。津液在脉管内外出入, 血与津液相互资生转化, 保持动态平衡。《灵枢·营卫生会》中“夺血者无汗, 夺汗者无血”, 《伤寒论·辨太阳病脉证并治》中“衄家, 不可发汗”及“亡血家, 不可发汗”, 以及唐容川在《血证论·汗血》中“血与水本不相离”等, 皆与“津血同源”理论相吻合。

1.2 水瘀病理相关 生理状态下, 血液与津液在脉管内外保持动态平衡, 互生互化, 相互维持, 密切相关。李教授认为若因某些病理因素, 如气滞、寒凝、邪热、外伤等, 血液与津液在脉管内外运行、输布的动态平衡被打破, 血液未按正常的交换补给路径循行, 便是血液脱离了正常运行轨道, 此过程中产生的病理产物即为“离经之血”, 正如唐容川在《血证论·瘀血》中写到“凡系离经之血, 与荣养周身之血, 已睽绝而不合”, 并且唐氏也在《血证论》一书中提出了离经之血即为瘀血, 那么这些循行异常的血也可称为瘀血。血液循行若失去动态平衡, 则津液之转化便不能正常进行, 若津液未按照正常的交换补给路径进行输布, 此即津液不循常道, 此过程中所产生的病理产物是为“病理之水”, 正如名老中医李以义曾提出“津液不循常道, 便成痰浊”。唐氏在其《血证论》中也有不少对瘀血以及“病理之水”之间关系的总结, 如《血证论·阴阳水火气血论》中的“瘀血化水, 亦发水肿, 是血病而兼水也”, 《血证论·汗血》中的“水病而不离乎血者也……是血病而不离乎水者也”等。瘀血和“病理之水”两者在造成机体发病过程中也是密切相关的。

1.3 水瘀相互影响 血不利则为水,水不利反致瘀。水之输布,血之运行,皆倚气之推动。反之,津液停聚,血液瘀滞也会阻碍气的运行。因此,机体血液运行不畅,逐渐滞留,产生瘀血,阻碍气机,气行不畅,津液停聚,形成水肿。若积液日久不去,反过来阻遏气机,气行则血行,气滞则血瘀,故“水”日久不去又可加重瘀血,水与血互为因果,互相影响。正如清代医家何梦瑶在《医碥》卷之三·杂症肿胀中总结到“气水血三者,病常相因”。按照现代医学的概念,各种致病因子所造成的全身或局部组织器官的缺血、缺氧、血瘀、血循环障碍、血液流变性及黏滞性异常而导致各组织器官水肿、炎症渗出、血栓形成、组织变性、结缔组织增生等一系列病理变化,都概括在血瘀证的病理实质之中^[2]。李教授认为“血不利则为水”的根源性病理变化是瘀血导致水液代谢障碍,治病需求其本,因此须用活血化瘀之品。

2 辨证论治

李教授认为,临床上这类下肢水肿病证可以归为水瘀互结证,应从血、气、水论治,用活血化瘀利水法治疗。根据瘀血的成因,主要分为气滞血瘀、气虚血瘀、阴虚血瘀、寒凝血瘀、热壅血瘀。因此,在活血化瘀时,须根据辨证论治结果治疗。

李教授运用自拟活血利水汤治疗本病。活血利水汤的主方组成为红花、桃仁、益母草、泽兰、茯苓、川芎、香附、泽泻、川牛膝。方中红花作为君药,活血化瘀之力较强,桃仁助红花之力,且能润肠通便;益母草、泽兰既能利水消肿;又可活血化瘀,二者同用,尤其擅治水瘀互结之水肿。茯苓健脾利水渗湿,药性平和,利水还可扶正,以除生水湿之机,可用于治疗寒热虚实各种水肿;川芎为“血中之气药”,行气止痛,与桃仁红花共奏行气活血之效;香附主入肝经气分,畅达全身气机,气行则血与津行;泽泻入肾与膀胱经,使水湿从小便而去,此七味共为臣药;川牛膝性善下行,能将诸药之力引入下焦,为佐使药。本方泻中有补,祛邪不伤正气,活血与利水兼顾。若气滞血瘀者,加枳实、陈皮等行气活血化瘀;气虚血瘀者,加黄芪、党参等益气活血化瘀;阴虚血瘀者,加白芍、当归等滋养阴血,使血脉充盈流畅;寒凝血瘀者,加桂枝、附子等温阳活血化瘀;热壅血瘀者,加丹参、栀子、丹皮等清热凉血化瘀,临床使用时根据患者的具体情况,随症加减。

3 典型病案

患者,女,36岁。宫颈癌全切术后3年,遵医嘱规律化

疗,术后出现双下肢水肿,久治不愈,为进一步治疗,由轮椅推送至李教授处就诊。患者现双下肢凹陷性水肿,鞋袜不能进,腿足围记录:左腿膝上10cm处为42cm,膝下10cm处为41cm,踝关节处为25cm,足中部25cm;右腿膝上10cm处为42cm,膝下10cm处为40cm,踝关节处为25cm,足中部26cm。皮色暗,肌肤甲错,皮温触之未见明显异常。患者自述夜晚发热明显,肿胀疼痛剧烈,站立不能,胸闷,时有气促,无咳嗽咳痰、恶寒发热,食纳欠佳,口渴,但欲漱水而不欲吞咽,夜寐欠佳,小便量少色黄,大便4~5日一行,质硬努挣不出,舌质偏暗、苔黄腻,脉弦涩。辨病辨证:水肿,水瘀互结证。治法:活血化瘀利水。方用活血利水汤加味:红花20g,桃仁10g,泽兰15g,益母草15g,当归6g,川芎15g,川牛膝9g,琥珀3g,泽泻15g,茯苓30g,香附15g,地龙10g。7剂,每天1剂,分2次温服。二诊:患者步行由家人扶送至李教授处复诊。患者双下肢水肿明显减轻,腿足围记录:左腿膝上10cm处为36cm,膝下10cm处为32cm,踝关节处为21cm,足中部21cm;右腿膝上10cm处为37cm,膝下10cm处为31cm,踝关节处为20cm,足中部20cm。下肢皮肤松弛干燥,褶皱明显,皮色仍偏暗,患者自述夜晚发热、肿胀疼痛较前减轻,可步行,时有胸闷,未见明显气促,食纳可,口渴较前减轻,饮食睡眠较前好转,大便两日一行,小便量较前增多,舌质偏暗、苔薄腻,脉弦涩。二诊双下肢水肿明显改善,原方红花改成15g,益母草、泽兰改成10g,利水过久易伤阴,故去琥珀,加白芍10g,继服1个月,以巩固疗效。1个月后回访,患者水肿未复发。

按语:本案患者术后脉络气血瘀滞不通,日久生水,属水瘀互结证。病位以双下肢为主,皮色暗,肌肤甲错,口渴,但欲含漱水而不欲吞咽,便秘,脉涩等考虑为瘀血阻滞。体内水湿停聚,导致胸闷气促。水瘀久而化热,小便色黄量少。本组方中红花、桃仁合用活血化瘀;地龙咸寒走下,擅长通络止痛,适用于多种原因所致的经络肢节不利;当归养血活血,与桃仁都可润肠通便;川芎、香附行气,调畅气血;川牛膝引药下行;泽兰、益母草既活血又利水;琥珀安神、活血、利尿;茯苓健脾宁心、利水渗湿;泽泻利小便,使邪有出路,诸药共奏活血化瘀利水之效。

4 小结

李教授认为,临床上若见患者肢体水肿,或切其脉有涩滞,观其舌质紫暗,或伴浅静脉怒张,或皮色变暗、肌肤甲错,或有局部感觉刺痛、痛处固定等瘀血的表现,经过西医常规脱水、利尿治疗效果不佳之时,中医诊治便要考虑到肢体已经产生血运不畅的现象,为血液与津液的正常循环发生障碍,瘀血阻滞脉络,水液泛滥肌肤而致病。此种情况,治疗时,医者也必须考虑到根据瘀血的成因,针对性地祛瘀,从而祛除水肿,而不仅仅从利水来论治,否则治疗效果会不尽人意。

潘敏求治疗鼻咽癌放疗后 放射性口腔黏膜炎经验

迟芳兵¹, 潘敏求², 潘博², 唐蔚², 宋程²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙, 410006)

〔摘要〕 介绍潘敏求教授治疗鼻咽癌放疗后放射性口腔黏膜炎的经验。潘教授在临床诊疗过程中, 总结出患者大多属气阴两虚、瘀毒内结证, 提出益气养阴、清热解毒、破瘀散结治疗大法, 以生脉散、五味消毒饮、二至丸等为基础方, 辨证与辨病相结合, 临床疗效颇佳。

〔关键词〕 放射性口腔黏膜炎; 中医药疗法; 名医经验; 潘敏求

〔中图分类号〕 R276.815, R273.96 **〔文献标识码〕** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.04.015

鼻咽癌是发生于鼻咽腔顶部及侧壁的恶性肿瘤, 放疗是早中期鼻咽癌患者首选治疗方法, 但其引起的近远期毒副反应严重影响患者的生活质量^[1], 其中放射性口腔黏膜炎是最常见且严重的并发症之一。放射性口腔炎是一种因放射线电离辐射引起的急、慢性口腔黏膜损伤, 其发生率为46.0%~78.1%^[2]。此病在鼻咽癌放疗过程中严重影响患者的生活质量, 甚至影响总生存期, 已成为鼻咽癌放疗的严重制约因素。西医治疗手段主要包括使用抗菌药、激素及对症处理等^[3], 临床疗效并不理想。因此, 如何防治放射性口腔黏膜炎已成为中西医共同研究和关注的热点。潘敏求教授从事中医肿瘤研究五十余年, 在中医及中西医结合防治肿瘤方面卓有建树。笔者(第一、三、四、五作者)有幸师从潘师, 现将其治疗放射性口腔黏膜炎的经验介绍如下。

1 病因病机

鼻咽癌属于中医学“鼻痔”“失荣”等范畴, 正如

《内经》指出:“邪之所凑、其气必虚”, 因先天不足, 兼后天失养, 内外合邪, 痰凝瘀毒结于鼻咽腔内而发病。又根据鼻咽癌患者放疗后出现咽喉干燥, 吞咽困难, 黏膜破溃, 大便干结, 小便黄少, 舌质红干, 苔黄, 脉弦数等临床特点, 常将此病归为“虚火喉痹”“口糜”等范畴。

中医学界普遍认为放射线属火热毒邪, 此邪燔灼肌肤, 一方面导致机体热毒过盛, 伤阴耗液, 化火灼津, 阴液不足, 津伤则气耗, 以致气阴两虚; 另一方面热毒炽盛, 阻滞于经脉, 导致气机不畅, 气滞则瘀阻, 瘀热互结, 形成热邪与瘀血搏结之象。总之本病属本虚标实, 以阴虚为本, 热毒、瘀血为标, 临床辨证过程中, 发现患者虚、火、瘀三者常同时存在, 又常互为因果, 形成恶性循环而贯穿始终。中医理论认为, “咽喉属肺系”“口腔为胃之门户”, 故本病病位在肺、脾、胃, 与心、肝、肾关系密切。

临床诊疗过程中, 潘老执简驭繁, 总结出患者大多属气阴两虚、瘀毒内结证, 提出益气养阴、清热解

第一作者: 迟芳兵, 女, 2016级硕士研究生, 研究方向: 中医药防治恶性肿瘤

通讯作者: 潘博, 男, 副主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医药防治恶性肿瘤, E-mail: 271146249@qq.com

不仅如此, 我们更要将具有中医特色的未病先防和既病防变的宝贵思想灵活地运用于临床治疗中。一方面, 在临床诊治疾病的过程中, 若观察到患者舌脉象, 或症状体征中出现了跟瘀血有关的迹象, 即使还未有明显的疾病表现, 也可尽早根据辨证结果适当加一些活血化瘀之药加以预防, 如丹参、桃仁、红花等; 另一方面, 若遇到肢体水肿日久的患者, 应当考虑到水湿蕴于体内, 日久不退, 阻碍气机, 产生瘀血, 治水之时, 适当加入活血

化瘀之药或者既可活血又能利水之药, 如益母草、泽兰等。如此, 更利于水肿的消除, 机体便能早日恢复正常。

参考文献

- [1] 卢芳, 匡海学, 刘树民. 诠释“中医之水”——水、湿、痰、饮的内涵及治疗理论[J]. 世界中医药, 2015, 10(12): 1813-1818.
- [2] 刘杰文, 齐淑玲. 血瘀证实质和活血化瘀药物作用机理的研究[J]. 中医药通报, 2003(1): 2-9.

(收稿日期: 2018-06-28)