

“水瘀”证的论治

张铁忠 万迎新 刘惠文

(中日友好医院 北京 100029)

关键词:水瘀;证候;辨治

中图分类号:R 256.39

瘀证已是被临床医家所熟知的以血液运行不畅、瘀积凝滞或离经之血停积体内为特征的多种病症的总称。其病因多以气滞血瘀、气虚血瘀或各种内外伤所致的离经出血为多见。我们在长期临床中观察到,除以上因素外,水湿和瘀血的关系也甚为密切。

血的运行除赖气的推动以外,尚需水津的运载,水津充沛则血流润滑流利而不粘滞,相反,水湿停滞,重浊不运,则亦会导致血液粘稠胶着,血运不畅,甚至瘀塞而发生瘀证。《素问·调经论》谓:“孙络水溢,则经有留血”,孙络是别络的分枝而细小者,分成无数的细支而遍布于全身,呈网状扩散能使循行于经脉中的气血渗灌到人体各组织中去。若孙络之水外溢,则会产生局部水肿,水阻经隧,络脉不通,气血也随之阻滞,而留血成瘀。正如前人周学海所喻:血犹舟也,津液水也,水津充沛流利,舟才能行。水停血瘀是瘀血的一个特殊病证,我们称之为水瘀证。唐容川《血证论》云:“须知痰水之壅,由瘀血使然”,“血积既久,亦能化为痰水”,直接点明了水、瘀血互为因果,甚或水、瘀血互融产生病理结果的可能性。

水瘀证和心、肝、脾、肺、肾的功能失常皆有关。

脾主运化水湿,脾气不足,不能健运,水湿则停聚而不前,积而成肿,湿阻脉道,则会产生血运不畅。肺为华盖,功能通调水道,肺气不降,三焦水液代谢失调,水湿亦可留蓄而不运。肾主水,肾气不足,水湿泛滥,逆而不行,不能温养脾土,更增加水湿不运,亦会导致水湿留聚。肝主疏泄,肝气郁结则克制脾土,亦会导致水湿不运。心主血,血的运行有赖于心气的推动,若心气不足则血脉运行受阻,水津亦运行不利,水邪随血瘀而伏留。故前人有“水之始起也,未尝不自心肾而作”之说。因此心气不足亦可导致血瘀水停,发展为水瘀蕴结。水湿为阴邪,多损伤阳气,其性重浊粘滞,故水湿之邪侵及人体,留滞脏腑

经络,最易阻遏气机,使气机升降失常,经脉阻滞不畅,而产生血不畅行出现水瘀交加诸证。

汉代张仲景在《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病》篇中首先提出“瘀血”病名,不仅对瘀血证进行了详尽的描述,还制定了一系列具有活血化瘀功效的方剂。在本书“妇人杂病脉证并治”篇中提出“妇人少腹满如敦状……此为水与血俱结在血室也,大黄甘遂汤主之。”论述了水与血互结于下焦,且水与瘀血皆为有形之邪,瘀而不去,而成水瘀的病证,以大黄破血攻瘀,以甘遂逐水邪而驱逐水血之结,这是治疗水瘀的峻法,在同一篇中还提及“妇人怀妊,腹中疼痛,当归芍药散主之”,方中归、芍、芎活血养血行气,苓、术扶脾利湿,泽泻利其有余之蓄水,以理气活血,利水祛湿,使水化血和,水瘀皆祛。又示人以治水瘀的温和之法,仲景大师已充分注意到了水瘀病证的存在,并且针对水湿停聚、瘀血阻滞也组成了治疗水瘀的著名方剂。

水瘀的临床见证多而复杂,且多有水肿相伴,水肿见于下肢者,可见双足网络青紫,皮温不高或小腿肿胀,皮色暗紫,或伴心悸,咳喘,口唇、面部爪甲暗紫,颈部青筋怒张;以腹水为主者可见腹部膨隆,按之不陷而硬,腹壁青筋暴露,甚或怒张,或如蟹爪蛛行,头颈胸部可见红点赤缕。水瘀证患者舌质多暗紫或有瘀点瘀斑,脉多沉细涩。临床上水瘀证较单纯瘀血或湿阻更难处理,水湿之邪性粘腻而重浊,瘀血亦胶着而凝滞,二者互结更为胶固,单祛湿则瘀血不化,单化瘀则湿邪不去。故必须权衡水湿、瘀血之轻重,并用活血化瘀、通络利湿行水之法,慎重选用利水活血药物来治疗,才能获得较满意的效果。治疗上还应分辨血瘀水停的主次,在心、在肺、在肝、在肾、在脾的不同。主要以活血利水、祛水瘀为主,辅以疏肝、温阳、健脾、补肾、肃肺。常用的祛水瘀的药物为益母草、泽兰、马鞭草、水红花子等,活血药物以

*张铁忠,男,55岁,医学硕士,主任医师

当归、川芎、赤芍、红花、鸡血藤、丹参为主，利水祛湿以茯苓、泽泻、冬瓜皮、半边莲为主。

临床上，水瘀证多见于肾病综合征，糖尿病肾病，慢性肾功能不全以及各种心脏病所致的心力衰竭以及肝硬化腹水等病。以下为典型病案报道：

案1. 王某，女，70岁。患者因乏力，纳差1年余，于1998年8月24日入我院，当时查体所见为慢性肝病面容，皮肤巩膜黄染，心肺（-），腹膨隆，可见静脉曲张，腹水征（+），肝右肋下1.0cm，质较硬，脾左肋下3cm，双下肢可及指凹性水肿，右下肢可见溃疡。查：GPT 53 IU/L，GOT 52 IU/L，总胆红素 75.24 μmol/L，直接胆红素 20.52 μmol/L，总蛋白 61 g/L，ALB 2.6 g/L，血小板 $1.7 \times 10^9 L^{-1}$ 。B超示：门脉宽 1.5cm；腹部CT示：肝硬化，脾大，腹水。临床诊断为：肝炎后肝硬化失代偿期，腹水，脾功能亢进。患者脉沉细，舌暗有瘀斑，苔薄白。中医辨证为肝郁气滞，血瘀湿阻，施以疏肝理气、健脾利水、活血化瘀之法。处方：醋柴胡 9g，枳壳 10g，白芍 10g，川芎 10g，郁金 10g，甘草 9g，当归 10g，丹参 30g，黄芪 30g，鸡血藤 10g，益母草 15g，茯苓 18g，水红花子 9g。并以马鞭草、泽泻、茵陈、藕节炭、仙鹤草炭加减治疗半年余，复查肝功能：GPT、GOT、GT 检查正常，总胆红素：22.23 μmol/L，直接胆红素：10.26 μmol/L，总蛋白：75 g/L，白蛋白：31 g/L，腹水消失，无出血倾向，体力较前明显恢复，下肢溃疡愈合，食欲改善。

按：此例系水瘀在肝者，肝病日久，肝气失疏，气滞血瘀，克及脾土，造成水湿不运，瘀血和水湿聚于腹中，故生腹水。病在肝、脾，水停血瘀。在疏肝理气的同时，辅以健脾利湿，活血化瘀。调治了半年余，腹水消失，黄疸消退，至今未复发。

案2. 董某，男，53岁。患者因口干渴21年于1998年2月26日入院，患者有糖尿病史21年，在外院用RI控制血糖不满意。近日因口干，视力障碍及下肢水肿加重入院。查：形体消瘦，总蛋白 47 g/L，ALB 26 g/L，尿蛋白 5.00 g/L，G 159.12 μmol/L，血糖 8.3 mmol/L，下肢指凹性水肿，皮温低，可见网络青紫。临床诊断为糖尿病肾病，慢性肾功能不全。舌红苔少有瘀斑，脉细稍沉。中医辨证为气阴两虚，血瘀湿阻，施以养阴活血、益气健脾、利水消肿之法。处方：黄芪 12g，花粉 12g，麦冬 15g，生山药 18g，

当归 9g，赤芍 10g，红花 6g，玉米须 30g，川芎 6g，生地 10g，益母草 15g，鸡血藤 12g，茯苓 18g，泽泻各 12g，冬瓜皮 30g。

按：此例系糖尿病肾病患者。消渴日久，津液失于敷布，则脾胃不得滋养，肾精不得滋助，脾之统摄无权，肾之固摄失常，水谷精微从小便而出，脾肾两虚，水湿无主，则水液内停。消渴病津伤液燥，不能载血液正常运行，日久瘀血阻滞，水停血瘀，水瘀乃成。水瘀在脾肾，治之以黄芪、生山药健脾益气，鸡血藤、归芍、红花、川芎活血化瘀，益母草、茯苓、泽泻、冬瓜皮等化瘀利水。调治月余，血糖稳定，G 降至 132.6 μmol/L，体力明显改善，水去瘀化，肿胀自消，至今病情稳定。

案3. 柴某，男，70岁。因心悸、气短及下肢水肿加重月余于1999年5月13日入院。患者发现风心病、联合瓣膜病已30余年，近10余年来反复出现心衰，现每日口服地高辛及利尿药，症状不缓解，感心悸，气短及下肢水肿，动则气短。查体面部暗而不华，口唇紫绀，颈静脉怒张，心尖及主动脉瓣听诊区均可闻及双期杂音，心律绝对不齐，心音强弱不一，双肺可闻及湿罗音，肝右季肋下可及约2cm，质较硬，双下肢可见指凹性水肿及皮温不高而呈暗紫。临床诊断为风心病，联合瓣膜病，心房纤颤，心功能不全，心功能Ⅲ级。中医所见：舌质紫暗有瘀斑，苔薄白，脉结代而沉。为心肾两虚，血瘀水停之候，以化瘀利水温阳益气调之。处方：西洋参（兑服）6g，麦冬 15g，五味子 9g，葶苈子 12g，防己 12g，茯苓 30g，益母草 15g，当归 9g，川芎 6g，赤芍 9g，丹参 10g，红花 6g，泽泻 12g。方中以生脉饮益气，益母草、当归、茯苓、丹参、泽泻、川芎、防己诸药化瘀利水，以葶苈子增强“破坚逐水，通利水道”之功，以泻肺利水，共达祛水瘀之功。调治两周余，患者心悸明显减轻，双下肢水肿消退，夜间可平卧入睡，行走携物亦无气短感觉，心功能明显改善。

按：此患者系慢性心功能不全，病位在心，涉及脾、肺、肾三脏，心气不足则气血运行不畅，脾虚致水湿不运，肺气不足致三焦水道不畅，肾气不足致水无所主而泛滥，四脏皆虚致瘀血内生，水湿内停，在皮肤则水肿，不纳气则喘，水瘀凌心则悸，治以活血利水渗湿而收功。

（收稿日期：2000-06-15）