

以《金匱要略》“四饮”理论辨治特发性膜性肾病

张乃芊¹ 刘宝利² 戴浩然³ 芮宏亮⁴

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 首都医科大学附属北京中医医院肾病科, 北京 100010; 3. 北京中医医院顺义医院肾病科, 北京 101300; 4. 首都医科大学附属北京中医医院 北京市中医药研究所, 北京 100010)

【摘要】“四饮”是张仲景在《金匱要略》中提及有关津液代谢异常的概念, 包括痰饮、悬饮、溢饮、支饮。特发性膜性肾病(IMN)是成人肾病综合征的主要病因, 其主要临床表现为水肿, 辨证以外寒内虚为主, 中医病机特点与“四饮”中“溢饮”和“痰饮”相似。刘宝利教授主张以温阳解表法治疗IMN, 以麻黄附子汤合肾着汤为主方随证加减, 临床疗效较好。

【关键词】《金匱要略》; 津液观; 四饮; 特发性膜性肾病

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.07.018

特发性膜性肾病(idiopathic membranous nephropathy, IMN)是成人肾病综合征的主要病因, 是一种肾脏特异性自身免疫性疾病, 至今为止发现了多种足细胞自身抗原, 其中以磷脂酶A2受体(phospholipaseA2 receptor, PLA2R)最为常见^[1]。其临床表现以水肿为始发症状, 中医学无相应病名, 可归于“水肿”范畴, 即因津液代谢异常而产生的疾病。《金匱要略》对津液病多有论述, “四饮”为津液代谢异常产生水饮病邪、停聚于体内产生的疾病, 根据病位不同可分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮。IMN起病隐匿, 病程较长, 当出现明显临床症状时, 肾脏已有典型病理改变, 即已造成肾脏实质性损伤。津液代谢异常、表里同病为IMN主要的中医病理体现。笔者以“四饮”理论为基础, 辨析中医药治疗IMN之优势。

1 《金匱要略》关于“四饮”的辨识体系

津液是维持机体生命活动所必备的一类物质, 其在体内的生成、输布和排泄有赖于多脏腑的相互协调, 尤以肺脾肾三脏为主。张仲景非常重视津液的功能, “津液观”体现在《伤寒论》的各个章节, “存津液”的治疗思路贯穿伤寒六经辨证始末^[2]。而津液输布异常会形成病理产物而致病, 《金匱要略》论及津液疾病分别有湿病、痰饮病及水气病三部分^[3], 而痰饮病在所有津液代谢异常疾病中占重

要地位, 仲景对于痰饮病的论述也最为详实^[4]。

1.1 “四饮”内涵

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》首次提出“四饮”概念, 现代医家对其见解各异, 吴梓新等^[5]认为“四饮”并不单纯指邪停留之处, 而是其停聚、上逆、外溢的状态, 痰饮病并非只有4种, 但“四饮”代表了痰饮病的主要发病特点。许家栋认为, “四饮”并非仅指病名, 为中医临床治疗津液代谢异常导致的疾病提供了切实的理论支撑^[6]。王雪华等^[7]认为, “四饮”的概念来源于饮邪停聚的部位以及主要临床症状。

1.1.1 痰饮: 痰饮有广义与狭义之分。“其人素盛今瘦, 水走肠间, 沥沥有声, 谓之痰饮”。狭义痰饮又称淡饮(痰饮即淡饮, 淡同檐)。“素盛今瘦”是指脾胃阳虚, 中焦里寒, 运化水谷功能失调, 机体失于濡养, 导致营养不良; “水走肠间, 沥沥有声”指病位在中下焦, 停于肠中为水摇之状即为痰饮^[6]。脾阳虚衰、中焦虚寒是痰饮的主要病机。水饮属阴邪, “诸病水液……皆属于寒”, 如有水饮则必有寒, 寒则凝滞, 水液运行不通, 积聚为饮。“病痰饮者, 当以温药和之”, 方可用苓桂术甘汤、甘姜苓术汤等。

1.1.2 溢饮: “饮水流行, 归于四肢, 当汗出而不汗出, 身体疼痛重, 谓之溢饮”。中焦痰饮不得

基金项目:首都卫生发展科研专项(2020-2-2234)

作者简介:张乃芊, 女, 24岁, 硕士研究生。研究方向: 经方治疗肾脏病。

通信作者:芮宏亮, E-mail: ruihongliang@bjzhongyi.com

引用格式:张乃芊, 刘宝利, 戴浩然, 等. 以《金匱要略》“四饮”理论辨治特发性膜性肾病[J]. 北京中医药, 2023, 42(7):

772-775.

运化，水液不得输布于全身而泛滥于四肢。水液存于表，若从外解，当有汗出或无汗两种趋势，而“当汗出而不汗出”即表束、肺气失宣的病理状态；“身体疼痛重”亦为表束，外邪与正气交争而发。故溢饮为病性属寒，病位在表之实证。治法以解表散寒化饮为主，“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之。小青龙汤亦主之。”

1.1.3 悬饮：“饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮”。中下焦痰饮冲逆而上，在上焦局部凝聚形成实证，再与本身火邪相结合，火热蒸腾后体内水热交杂形成里实证，则为悬饮。悬饮病性属热，为实证，脉象多沉。治法以攻逐水饮为主，“病悬饮者，十枣汤主之”。

1.1.4 支饮：“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮”。中下焦痰饮上逆阻于胸肺，表里虚实夹杂、寒热错杂，发为支饮。痰饮阻于胸肺，“咳逆倚息，短气不得卧”，有虚实夹杂之象，同时水饮泛滥于表，表里相兼为病，兼有“其形如肿”的症状。故支饮病性属寒热错杂，病位为表里合病，为虚实夹杂证，脉象多变。“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之”“支饮胸满者，厚朴大黄汤主之”。支饮病情复杂，表现出多重病理状态，主方各有不同，总体以温肺肾、逐水饮为法。

1.2 “四饮”的表里虚实

津液输布异常，水饮产生、积聚于不同位置，导致病位之别，病性之分，且可在一定条件下可相互转化，当明辨治之。

1.2.1 表证辨虚实：若病位在表，以实证为主，身肿无汗，则为溢饮，属表寒水饮，不能温煦机体，须以辛温解表同时泄其津液以去除实邪。溢饮日久，迁延不愈，逐渐转化为津亏虚热，病性转虚，则病传为风水。《金匮要略·水气病脉证并治》云：“风气相击，身体洪肿，汗出乃愈，恶风则虚，此为风水。”风水以虚证为主，须存其津液以解肌。

1.2.2 里证辨寒热：若病位在里，以中焦虚寒为主要病机，多痰喜唾、腹冷便数、自汗等为主要症状，此为痰饮，病性属寒属虚，可予甘温温养补虚或淡苦渗湿。痰饮病日久，水饮不得运化，与实火实热夹杂，则病传为悬饮，表现为咳唾引痛，病性属热属实，需以苦寒攻逐水饮，清除里热。

1.2.3 表里虚实夹杂、寒热错杂：若痰饮、悬饮、溢饮久而不愈，或合而为病，则发为支饮。在治疗上，当综合三饮之治法，同时辨明现阶段

以何种病理表现为重，如表邪偏重则以解表为主，里邪偏重则以清里为主，表里同重则表里兼治。

2 从“四饮”辨治 IMN

IMN 多以水肿为首发症状，与津液代谢异常密切相关^[9-11]。胡希恕先生认为，经方辨证的核心即辨病位与病性。首辨表、里、半表半里，次辨阴阳，寒热、虚实皆可归纳于阴阳之中，阴阳为病性的总纲。病位是指疾病所表现出的部位。在里，IMN 患者脾胃阳虚，中焦虚寒，津液不化而为饮；在表，IMN 以身体浮肿为主要表现，机体卫气不固，感受外邪，与水饮相兼为病。因此 IMN 多属于表里合病，其人素体本虚、经外邪引动，合而发病。IMN 里证以虚证为主，而表证可辨虚、实。刘宝利教授认为，IMN 表虚证为机体在表津液相对有余，局部存在气血凝滞状态为标，卫气总体较弱为本，无力抗争外邪，故临床多表现为汗出；表实证为机体在表津液绝对有余，气血凝滞，此时营卫俱强，正邪交争于表，表束而无汗，邪气不得外出，故临床多表现为无汗。表虚证当从《金匮要略·水气病脉证并治》中“风水”论治，治法以益气固表、祛风除湿为主，本文不再赘述。下文详以“四饮”理论辨识 IMN 表实证。

2.1 溢饮贯穿始终

溢饮的存在可贯穿 IMN 始终。IMN 与溢饮同有表证，明辨病位后可进一步辨别病性，临床分型可分为表阳证与表阴证。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰：“病溢饮者，当发其汗。”故治法以解表为主，选方以麻黄汤类方为主。

2.1.1 表阳证：表阳证是指外感表邪后导致津液在表绝对有余，津血凝滞，此时营卫俱盛，正邪交争于表，表束而无汗，邪气不得外出。临床表现为肢体浮肿，恶寒，或发热，无汗，头身疼痛，口不甚渴，苔薄白或滑，脉浮紧。治法上宜泄其津液以解表，主方为麻黄汤，方药组成：麻黄 10~20 g，桂枝 15~30 g，杏仁 10~15 g，炙甘草 5~10 g。其中，麻黄为主药解表发汗、以分消利导在表之津液，同时配伍杏仁苦温泄津解表，桂枝辛温化津解表。如感受外邪兼有里热者可选大青龙汤，《伤寒论》言：“伤寒脉浮紧，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤发之。”具体药物有麻黄、桂枝、炙甘草、苦杏仁、石膏、生姜、大枣。

2.1.2 表阴证：表阴证是指感受外邪后机体在表津液凝滞，但卫阳虚衰，无力调动津液以抵御外

邪。临床表现为肢体浮肿，恶寒，无汗，手足欠温，口不甚渴，小便少，夜尿频，舌苔白滑，脉沉。治宜温阳解表，主方为麻黄附子汤，方药组成：麻黄 15~20 g，附子 15~30 g，炙甘草 5~10 g。麻黄、附子均为解表主药，麻黄泄津解表，附子温阳强壮解表。也可选用桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤，治以温经通阳解表，具体药物为麻黄、细辛、附子、桂枝、生姜、甘草、大枣。

2.2 痰饮为发病基础

痰饮为 IMN 的发病基础。IMN 患者素体本虚，或有先天禀赋不足，或有其他因素，如饮食不节、年老体虚、合并其他基础疾病等，均导致了 IMN 患者里虚寒、正气不足的内在病机，病性以虚证为主。临床多表现为脘腹胀满，腹泻，疲倦乏力，自汗，气短，懒言，纳差，舌质淡嫩，苔水滑，脉沉。《金匮要略》言：“病痰饮者，当以温药和之。”故治法以温补脾肾除湿为主，主方用肾着汤，方药组成：干姜 20~30 g，茯苓 20~30 g，炒白术 20~30 g，炙甘草 5~10 g。方中干姜温中散寒化饮，辅以白术、茯苓健脾利湿、甘草和胃。如出现腰膝酸软、疼痛的症状，可加用葫芦巴 20 g、生杜仲 15 g、补骨脂 20 g 以温补肾阳，或合用肾气丸以加强补肾之功。

2.3 支饮与病传

在反复迁延难愈的病情中，如临床出现胸闷、气短、咳喘、心悸等心肺症状，甚至出现胸腔积液，则病传支饮，表邪入里，机体无力驱邪外出，病情延绵，病势较重。治疗的关键在于里邪出表，阴病转阳。而治法都以宣通阳气，恢复三焦气化功能为主^[4]。如有水肿伴头目眩晕，胸中痞满，咳喘者，可用泽泻汤以健脾利水化饮，具体用药为泽泻 15~20 g、白术 20 g；如出现目眩心悸、咳喘短气者，可用苓桂术甘汤以温阳化饮、健脾祛湿，具体用药为茯苓 20~30 g，桂枝 20~30 g，白术 20~30 g，炙甘草 5~10 g。

2.4 兼夹证

兼气滞者，临床表现为胁肋胀痛、善太息、食欲不振等，用厚朴 15~20 g、甘松 9~15 g；兼血瘀者，临床表现为口渴不欲饮、肌肤甲错、舌淡暗、脉涩、出现静脉血栓形成等，用水蛭 3 g；兼痰湿者，临床表现为咳嗽咳痰、胸闷、乏力、小便不畅、舌体胖大、苔厚腻等，用清半夏 15 g、白豆蔻 10~15 g、车前子 30 g、白茅根 30 g；兼风燥者，

临床表现为皮肤瘙痒、皮疹等，用白鲜皮 20 g。

3 病案举例

例 1. 患者，男，29 岁，2020 年 3 月 11 日初诊，主诉：双下肢水肿 2 年余。患者 2017 年因双下肢水肿就诊于外院，24 h 尿蛋白定量 (UTP) 7.5 g，白蛋白 (ALB) 17 g/L，血肌酐 (SCr) 70 μmol/L，行肾穿刺活检示 II 期膜性肾病，查抗 PLA2R 抗体：136 RU/mL，诊断为 IMN。陆续采用醋酸泼尼松、环孢素、环磷酰胺、利妥昔单抗治疗，方案不详。查 24 h UTP 0.5 g、ALB 43 g/L，停药；3 个月无明显诱因复发，24 h UTP 4.45 g，ALB 30.5 g/L。刻下症见：双下肢轻度水肿，腰痛，口干，喜热饮，无口苦，微恶寒，手足欠温，纳眠可。大便正常，1 次/d，夜尿 1~2 次。舌淡，苔白腻；脉沉弱。西医诊断：IMN；中医诊断：溢饮、痰饮，表阴证。治以温阳解表，方选麻黄附子汤合肾着汤加减，方药组成：生麻黄 15 g，附子 15 g，防己 15 g，生黄芪 30 g，桂枝 20 g，茯苓 30 g，炒白术 30 g，炙甘草 40 g，大枣 20 g，干姜 20 g，葫芦巴 20 g。14 剂，水煎，1 剂/d，早晚分服。

2020 年 3 月 25 日二诊：药后患者恶寒减轻，大便稀，ALB 26 g/L，24 h UTP 4.45 g。上方干姜增至 30 g，14 剂，煎服法同前。

2020 年 4 月 22 日三诊：患者水肿减轻，偶有恶心，ALB 27 g/L。继予二诊方 14 剂，煎服法同前。此后继予此方加减治疗，共用药 390 剂，患者 24 h UTP 逐渐下降，ALB 逐渐上升。2021 年 4 月复查 ALB 49.6 g/L，24 h UTP 0.08 g，已达到完全缓解标准。共治疗 13 个月，患者一般状况良好，定期门诊复查，未见复发征象。

按：患者经肾穿刺活检以及 PLA2R 抗体检测，明确诊断为 IMN，既往规律应用激素、免疫抑制剂治疗后曾达到临床缓解，但停药后随即复发。微恶寒、手足欠温、舌淡、脉弱属溢饮表阴证，口干、口苦、大便质稀、苔腻、脉沉属水饮内停之痰饮，故辨病为溢饮、痰饮，辨证为表阴证。治以温阳解表，方用麻黄附子汤合肾着汤加减，麻黄配附子，解表发汗同时温补肾阳、强壮解表，饮得温则化；茯苓、白术、防己健脾利水；黄芪益气利水消肿；桂枝解肌、通阳化气；干姜温中散寒化饮，炙甘草、大枣调和营卫，腰痛加葫芦巴补肾温阳。

例 2. 患者，男，65 岁，2022 年 7 月 5 日初诊，主诉：双下肢水肿 8 个月。患者 2021 年 12 月出现双

下肢水肿,伴乏力、腰酸、头晕,于外院住院治疗,查 24 h UTP 4.7 g, ALB 21.7 g/L, SCr 96 $\mu\text{mol/L}$, 2022 年 1 月查抗 PLA2R 抗体 61.59 RU/mL, 确诊膜性肾病。先后予他克莫司胶囊早 1.0 mg、晚 0.5 mg 口服;利妥昔单抗静脉滴注(首次应用时出现过过敏反应停用);静脉滴注甲泼尼龙 20 mg/d, 联合口服环磷酰胺 100 mg/次, 2 次/d 抑制免疫, 效均不佳。2022 年 6 月 29 日自行停药, 复查 24 h UTP 8.8g, ALB 16.9g/L, SCr 104 $\mu\text{mol/L}$ 。刻下症见: 双下肢水肿, 周身浮肿, 胸闷气短, 恶寒, 手足凉, 偶有夜间自觉发热, 乏力, 腰酸, 无口干口苦, 纳可, 眠欠安, 大便正常, 夜尿 4~5 次。舌淡暗, 苔干腻; 脉细弱。辅助检查: 肺 CT: 双肺肺水肿, 轻度肺气肿, 双侧胸腔积液。西医诊断: IMN; 中医诊断: 溢饮、支饮, 表阴证兼血瘀证。治以温阳解表、活血化瘀, 方用麻黄附子汤合苓桂术甘汤加减, 方药组成: 生麻黄 10 g, 附子 15 g, 炙甘草 10 g, 桂枝 15 g, 茯苓 30 g, 干姜 15 g, 泽泻 20 g, 赤小豆 30 g, 怀山药 30 g, 大枣 10 g。14 剂, 水煎, 1 剂/d, 早晚分服。配合中成药脉血康胶囊(主要成分为水蛭) 4 粒/次, 3 次/d 口服。

2022 年 7 月 20 日二诊: 药后眼睑、颜面部水肿减轻, 双下肢水肿稍减轻, 恶寒减轻, 手足欠温, 仍有乏力, 纳可, 眠欠安, 大便正常。复查 24 h UTP 8.2 g, ALB 16.7 g/L, SCr 87.8 $\mu\text{mol/L}$ 。上方调药为生麻黄 15 g、附子 20 g、桂枝 20 g、干姜 20 g, 余不变。14 剂, 煎服法同前。

2022 年 8 月 3 日三诊: 药后双下肢水肿略减轻, 偶有咳嗽, 余症状大致同前。复查 24 h UTP 7.6 g。上方改泽泻为 15 g, 加白茅根 15 g, 余不变。14 剂, 煎服法同前。此后加减治疗至 2023 年 6 月共用药 330 剂, 患者 24 h UTP 波动下降, ALB 持续上升。2023 年 4 月复查 24 h UTP 2.6 g, 2023 年 6 月 6 日复查 24 h UTP 1.8 g, ALB 32.2 g/L, 已达到部分缓解标准, 目前患者仍规律于门诊就诊治疗。

按: 患者经 PLA2R 抗体检测明确诊断为 IMN, 既往应用激素、免疫抑制治疗后病情无明显改善, 且出现免疫抑制剂不良反应。恶寒、手足凉、舌淡、脉弱属溢饮表阴证, 胸闷气短、辅助检查示胸腔积液, 提示支饮, 故辨病为溢饮、支饮, 舌暗、夜间自觉发热属血瘀证, 故辨证为表阴证兼血瘀证。治以温阳散寒、活血化瘀, 方用麻黄附子汤合苓桂术甘汤加减, 麻黄配附子, 解表发汗同时温补肾阳、强壮解表, 饮得温则化; 茯苓配桂枝, 一利一温, 共奏温化渗利之效; 白术健脾燥湿, 怀山药兼补脾肾, 干姜温中散寒, 泽泻、赤小豆利水除湿, 炙甘草、大枣调药以和中。

参考文献

- [1] LIU W, HUANG G, RUI H, et al. Course monitoring of membranous nephropathy: Both autoantibodies and podocytes require multidimensional attention[J]. *Autoimmun Rev*, 2022,21(2):102976.
- [2] 高琛宇, 鲁美君. 从六经体系视角论张仲景存津液思想[J]. *环球中医药*, 2019,12(4):532-534.
- [3] 张仲景. *金匮要略*[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2018:11.
- [4] 房明明, 王新佩. 浅析《金匮要略》中湿病、痰饮、水气病之异同[J]. *河南中医*, 2016,36(4):559-561.
- [5] 吴梓新. 论《金匮要略》“痰饮病篇”提出“四饮”的意义[J]. *中华中医药杂志*, 2014,29(6):1782-1784.
- [6] 盛曦琳, 刘宝利, 贾英民, 等. 许家栋对张仲景“四饮”病机与治法的思路探讨[J]. *中国老年保健医学*, 2022,20(4):127-130.
- [7] 王雪华, 祖丹, 桑希生. 《金匮要略》--痰饮病篇概要[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2003,1(7):15-17.
- [8] 苏联军, 李杏瑶, 肖碧跃. 从《说文解字》释“四饮”之名[J]. *北京中医药*, 2015,34(8):643-644.
- [9] 刘宝利, 钟逸斐, 刘伟敬, 等. 中医药临床优势病种探讨: 膜性肾病[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2021,27(16):185-190.
- [10] 董兆理, 戴浩然, 苗伟, 等. 温阳解表法辨治特发性膜性肾病临床经验浅析[J]. *北京中医药*, 2021,40(2):113-116.
- [11] 赵启涵, 戴浩然, 刘文斌, 等. 从阳虚癥积辨识特发性膜性肾病[J]. *北京中医药*, 2021,40(2):110-113.

Treatment of idiopathic membranous nephropathy from Siyin theory in the Synopsis of Golden Chamber

ZHANG Nai-qian, LIU Bao-li, DAI Hao-ran, RUI Hong-liang

(收稿日期: 2022-09-16)