

引用:张天世,宋立群.宋立群基于水气互化理论治疗肾积水经验[J].中医导报,2026,32(5):264-268.

宋立群基于水气互化理论治疗肾积水经验*

张天世,宋立群

(1.黑龙江中医药大学研究生院,黑龙江 哈尔滨 150040;

2.黑龙江中医药大学附属第一医院,黑龙江 哈尔滨 150040)

[摘要] 在肾积水发病过程中,水气关系失衡是重要的病机,水液代谢依赖气机推动,气滞水停互为因果,形成恶性循环。宋立群从“水气互化”理论出发,提出“本虚标实,水气同病,由实致虚,络损肾衰”作为肾积水的病机特点,从水病及气、气病及水、水气同病3个层面剖析肾积水发病过程中的水气关系,临证常用地龙、桃仁、桂枝、三金排石汤等以“行气涤邪通水道”,附子、肉桂、桔梗、杏仁等以“斡旋气化逐水邪”,路路通、半夏、六月雪、熟大黄等以“涤浊消癥护肾络”,疗效显著。

[关键词] 肾积水;水气互化;气滞水停;慢性肾脏病;宋立群;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2026)05-0264-05

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.05.042

肾积水(hydronephrosis)是由于尿液排出受阻,在肾脏中蓄积而导致一侧或双侧的肾盂肾盏扩张,进而出现肾实质萎缩,肾脏功能减退的疾病^[1]。尿路梗阻是肾积水的主要原因,患者多有腰腹部疼痛、排尿困难等症状。研究表明,梗阻的发生可能与遗传、感染、妊娠、手术创伤等诸多因素有关^[2]。现代医学多通过造瘘引流和介入手术等方式进行治疗,但上述方式均有创,可引发感染,且存在术后复发的情况。肾积水多归为中医“水气”“肾水”范畴,既往文献多从湿热、瘀血、阳虚、脾虚等多角度探讨,采用清利湿热祛瘀^[3]、温肾助阳化石^[4]等治法治疗肾积水起到了较为不错的指导作用,可有效避免肾实质损伤,且具有不易复发的优势^[5]。尤其对于轻中度的肾积水,中医治疗可明显改善患者症状,促进肾积水的吸收。

宋立群教授(以下尊称“宋老”)是黑龙江省首届名中医,第六、七批全国老中医药专家学术经验传承工作指导老师,享受国务院政府特殊津贴。宋立群教授从事中医临床、教学和科研工作40余年,临床经验丰富,对中医药治疗多种肾脏疾病深有研究。宋老指出,传统水液气机理论对肾积水“气滞水停”恶性循环阐释不足,难以对肾积水进行复杂病机演变下的精准干预指导。宋老认为,肾积水可从“水气互化”层面入手,主张将“本虚标实,水气同病,由实致虚,络损肾衰”作为肾积水的病机特点,并根据肾积水的病变特点及其引发“气滞水停”的病变规律,强调把握“水气互化失司”这一枢纽,跳出“见水治水”或“见气调气”的窠臼。笔者有幸侍诊于宋老身侧,现将其基于水气互化理论治疗肾积水的经验介绍如下。

1 水气互化理论阐释

1.1 水气互化理论渊源 水气互化最早出自清代唐容川的《血证论·阴阳水火气血论》,原文提到“气生于水,即能化水,水化于气,亦能病气”,点明“水气互化”可作为水气功能关联的根本概括,气机运动和水液代谢之间存在一种微妙的相互作用关系,即气助水化为津液,水助气运行周身。水气互化同时也是气化理论重要组成部分^[6],最早可追溯至《素问·灵兰秘典论篇》,其记载“气化则能出矣”,奠定了水气互化的理论基础。至后世医家,吴鞠通、叶天士等,或主“盖治水者,不治水而治气”,或倡“通阳不在温,而在利小便”,虽见解各异,然皆未脱离水气二者可相互资化的共识,表明双方在底层联系中具有统一性。故水气二者在阴阳互根、循环出入、脏腑协同等方面存在密切的联系。

1.2 水气二者内在联系 《素问·生气通天论篇》记载“阴阳秘”为生命之纲纪,其阴阳互根之理在水气互化中极其显著。王冰注《素问·生气通天论篇》曰:“阳气根于阴,阴气根于阳,无阴则阳无以生,无阳则阴无以化。”表明阴阳二者相须为用,不可分割。《素问·阴阳应象大论篇》云:“水为阴,火为阳;阳为气,阴为味。”故水者有形,主平静,主滋润,性下行,当属阴;气者无形,主推动,主温煦,性上升,当属阳。故水与气之互根互化,实为阴阳互根理论在物质转化层面的表现。

气之运行有“升降出入”之理,水液运行亦然。《素问·六微旨大论篇》云“升降出入,无器不有”,《水龙经·气机妙论》言“气行则水随,水止则气蓄”,水液先入胃,经胃气腐熟,

*基金项目:宋立群全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号);第七批全国老中医药专家学术经验传承工作继承人项目(国中医药人教函[2022]76号)

通信作者:宋立群,男,主任医师,教授,研究方向为中医药治疗慢性肾脏病

使水液游行于下,此是水之“降”,脾与胃相表里,借脾之散精功能。使水精上归于肺,此为水之“升”,三焦为水道之枢,通调水津上下内外,完成水液之“出入”。水液运行至下焦,赖肾气之化,清者上归于肺,浊者下输膀胱,蓄导排泄,重新进入升降出入循环。此运行体系,实为胃、脾、肺、肾、三焦五经之气共同引导调节的结果,体现了“形之水”与“用之气”的高度协同。

肺脾肾三脏是与水气联系最为紧密的脏腑。在气机与人体关系上,《素问·五脏生成论篇》提到“诸气者,皆属于肺”,《类证治裁·喘症论治》曰“肺主出气,肾主纳气,阴阳相交,呼吸乃和”。可以证实,肺为气之上主,肾为气之下主。在水液与脏腑关系上,《素问·逆调论篇》曰“肾者,水脏,主津液”,《灵兰要览·卷下》云“盖肺者,肾之上源,又其母也,上源治则下流约矣”。故肺为水之上源,肾为水之下源。脾居中州,主运化,为水液和气机共同之枢纽。肺气肃降助肾纳气,肾阴蒸腾上济肺阴,脾居中焦,是水气生成与输布之泵。三者共同形成“气化水行,水载气运”的人身水气大循环。

1.3 水气互化临床研究及理论深化 大量文献论述,水气之间在生理互济、病机关联、综合施治等方面都有互传互化的关系。张景岳在《景岳全书·心集》中记载“阳旺则气化,水即为精,阳衰则气不化,而精即为水”,明确指出气病及水。历来皆以气病及水论述,少有人论及水液为病祸及他处,但临床常可见慢性心衰患者病程中阳虚水泛与宗气下陷二证并存^[6],肺系疾病中痰饮阻肺多与素体卫气亏虚有关^[7],肾积水常伴气机阻滞,进而导致代谢废物蓄积,造成慢性肾衰竭(CRF)^[8],为水病及气和从水治气提供间接证据,证实了水气同病的病机特点。针对气虚水停之证,有研究表明,温阳利水法通过改善患者的水通道蛋白2(AQP2)水平,影响肾脏集合管主细胞对水的重吸收,改善糖尿病肾病的水肿症状,提高临床疗效^[9],在微观层面佐证了“气行则水行”的科学内涵,为水气互化理论提供了切实有力的证据。

宋老指出,肾积水病程多缓,患者体质多虚,传统水液气机理论对肾积水类疾病的治疗多以利水渗湿为主,往往忽视“气虚气滞”为其本。水气互化理论在肾积水的诊疗中具有诸多优势。其一,“水气互化”理论更彰显人生理层面气机与水液代谢之间相互依存、相互转化的动态平衡关系,以及在病理层面二者互为致病因素的内在联系,其将肾积水的形成视为一个气机阻滞导致水停、水停反遏气化的互为因果的恶性循环,更侧重于通过调控变理气机以行水、利水以助气化的双向调节,从而达到气行水散、人身水道通利的作用。其二,与传统水液气机理论主要关注水液运行通畅与否不同的是,“水气互化”理论更侧重于气化失司导致水停的具体环节和枢纽机制,从“气主水行”的角度重建了整体调控水液代谢的新框架,并非仅仅停留在水道壅塞或气机不畅的单一层面,而是深入探讨阳气虚缓、气机郁滞如何导致肾关开阖不利,使水饮停蓄肾络,并进一步困阻阳气、瘀塞气机,形成气水交阻的顽固病势,这为肾积水的病理机制研究提供了更透彻、更具整体性的动态视角。其三,“水气互化”对“气化”理论的理解更加深入和具体,在肾积水治疗中,“气化”并非一个笼

统的气机功能概念,而是直接指向肾阳蒸腾气化、肺脾转输布散等多脏腑、多环节协同的精细过程,这种理论视角为肾积水的中医治疗,提供了更为精准的理论支撑和干预靶点。

2 从“水气互化”理论论述肾积水的发病机制

宋老认为:肾积水非水独病,乃水气交病。肾积水的形成源于气滞水停、气水交阻的恶性循环,其病程中存在着复杂的水气关系,水气互化失用失司是肾积水病机的高度概括。

2.1 气病及水,气滞为水积之始动 肾积水作为泌尿系统典型梗阻性疾病,其病位在肾。宋老强调,百病生于气,肾积水亦然。有研究显示,泌尿系统畸形数量众多且畸形种类繁多,是儿童和成人肾积水最常见的病因(此研究中输尿管结石、上尿路肿瘤除外)^[10]。黄群联等^[10]通过回顾性分析发现,在青壮年中,机械性上尿路梗阻病因多是上尿路结石,在老年患者中,下尿路梗阻致病原因多是良性前列腺增生。故因情志、外邪、饮食、生活习惯等因素引发的气机运行异常,终成尿路梗阻之实邪。朱丹溪“六郁”学说认为,气郁作为诸郁之首。《灵枢·百病始生》指出:“气上逆则六俞不通,温气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,着而不去,而积皆成矣。”气塞不行,郁而上逆,引起津液运行不畅,气不行则湿郁、痰郁随之产生,气血津液输布发生障碍,水道通利失常,肾关开阖失司,进而水液积聚肾脏形成“水积”之病。可见,气机阻滞参与肾积水发生发展的全过程。宋老指出,此乃无形之气先滞于有形之水积,故其临证尤为重视变理气机,认为此乃截断病势之首要。

2.2 水病及气,饮停为气乱之新端 宋老指出,积水形成并非病理意义上终点,实为新一轮气机遏阻紊乱之源。肾积水为水道壅塞之病变,可反之影响到气道。具体而言,水湿性趋下行,停滞肾脏,肾气蒸腾气化受阻,肝气郁结难以升发;或肾积水,水阻下焦,三焦作为气机升降出入通道和水液输布与排泄通道,肺脾肾三脏司水失调,气化失宣,下焦水液难化,势必影响到全身气机运行,引起气滞水停的病理状态。王冰在注解《素问·水热穴论篇》中提到“关闭则水积,水积则气停”,故水饮停蓄亦可阻滞气机,变病丛生。临床亦可见水液蓄积压迫肾络,气壅如石,而见腰痛、肋腹刺痛等气机闭阻之外候;水饮凌心,症见喘促胸闷等胸部气机逆乱之征;或水邪久羁,耗伤脾肾,见神疲乏力等气虚之象。宋老认为此为“水积为标,气乱为变”,同时也是肾积水病程由实转虚的节点,故其治疗中后期积水时,用药必培补肺脾肾三脏恢复气化以逐水饮。

2.3 水气同病,浊毒成癥瘕之终变 宋老指出,生理上,水气关系表现为“水气互化”,病理上,水气关系则体现为“水气同病”。现代研究认为,肾的气化不及,与肾小管功能的变化有关^[11],即具有水液代谢调节作用的肾小球滤过与肾小管重吸收功能。《温病条辨卷三·下焦篇》记载“湿之为物也……其流于下焦也,与少阴癸水合……吾见湿流下焦,邪水旺一分,正水反亏一分,正愈亏而邪愈旺”。肾积水后期,肾脏积水日久,脾肾真阳虚衰,积水对肾盂肾盏产生直接压迫,造成肾小管肾小球严重受损。一方面,肾体气机逆乱,肾之气化不及,主要表现为络道壅滞而易损,肾阳虚衰,蒸腾气化和精微固摄

功能失司;另一方面,肾体水液泛滥,水聚成湿,湿聚成痰,水病累血则生瘀,各类病理产物胶结不散,变生浊毒^[12]。浊毒是慢性肾脏病进展过程中内生的一种毒性病理物质,尿蛋白、肌酐、尿素氮及炎症因子等皆可归属于“浊毒”范畴。水气同病,浊毒损伤肾元,并在肾积水向慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)的转化过程中迫使水、湿、瘀、痰诸邪相互搏结,乘肾虚之时深伏且弥漫,日益肆虐,蚀精伤络,盘踞三焦,形成肾气虚衰,肾络破损,浊毒强盛之态,最终则酿为微型癥瘕^[13]。肺脾肾三脏气化不利难以荡涤水邪,水积浊毒瘀血胶结而愈耗气机,病程发展,则形成了愈积愈虚、愈虚愈积的恶性循环。因此,宋老认为,水气互化失司,浊毒内蕴伤络是水液代谢紊乱、肾脏结构损毁的关键病机,化浊毒护肾络是阻断肾积水向CKD演进的核心干预靶点。

3 基于“水气互化”理论辨治肾积水

宋老以“水气互化”立论,初期多为气机运行异常或实邪阻滞水道,导致下关难通,气塞肾络,尿液不能正常下排,治以行气涤邪通水道。中期则由实转虚,水饮停滞,即肺脾肾三脏功能异常,形成气水交阻的恶性循环,治以斡旋气化逐水邪。后期则虚实夹杂,脾肾衰惫,痰瘀浊毒损伤肾络,肾体受戕,微型癥瘕产生,治以涤浊消癥以护肾络。

3.1 行气涤邪通水道 气行则津行,气行则水畅,肾积水患者多以气滞为核心^[14],“真气稽留,邪气居之也”,气机运行不畅,必定是邪实在体内稽留,邪阻气滞而后无力推动津液运行,津停为积。如上所述,肾盂输尿管连接处狭窄(UPJS)、尿路结石和前列腺增生为肾积水三大主要病因,涵盖各年龄层患者。在肾积水发病早期,肾络闭阻初成,当查明病因,随证治之。若尿道狭窄,水道畸形严重者,加地龙以搜剔络脉,兼用活血逐瘀、温经行气之品,如桃仁、桂枝之品。结石内阻,肾虚不固者,需祛石与益肾并重,宋老自拟三金化石汤,用海金沙、金钱草、鸡内金排石化石配伍菟丝子、杜仲、熟地黄之类以固肾防伤正,若绞痛剧烈者可少佐延胡索。癥瘕积聚,宋老强调“消癥即通气”,临证运用活血化瘀与化积消癥之品兼施,化瘀血、散增生,重视川牛膝、王不留行、三棱、莪术等品。气不行则水不流,宋老在祛实邪的同时极为重视斡旋气机,气滞是肾积水病程中最典型的致病因素和症状表现,若见腰部胀痛、小腹胀满等症,下腹部乃肝经循行,治宜配伍乌药、香附等品疏肝行气,加用枳壳、柴胡等调节气机升降。气虚为肾积水病程漫长,久病耗气,且常伴有实邪阻滞,邪盛消气。表现为尿少倦怠、神疲乏力、舌淡脉弱等,应升提与补益并用,配伍使用黄芪、党参、升麻、柴胡等品。气逆为气滞水阻之果,人身以气机通利为常,现气机逆乱,着而为病,逆于肌体则见恶心呕吐、全身水肿,逆于脏腑则见痰、瘀、毒等病理产物丛生,败坏五脏,常需治以纳降相依,配伍使用紫苏子、半夏、沉香等品。随着邪阻气滞的恢复,宋老指出,应重视车前子、泽泻、滑石等通利水道之品,《景岳全书·癥闭篇》曰“或以败精,或以稿血,阻塞水道而不通也”,施用通利水道之品既可以祛除尿道内“败精稿血”等余邪,又可缓解肾积水患者尿少尿闭症状,同时可改善肾功能。伍小燕等^[15]研究发现,泽泻水提物可显著降低大鼠肾脏髓质AQP2 mRNA的表达,且随着大鼠

尿量的增加及大鼠尿Na⁺、K⁺、Cl⁻水平的增加,高剂量组大鼠AQP2 mRNA相对表达含量下降幅度最大。说明泽泻利尿活性的发挥可能是通过调节降低肾脏髓质AQP2表达而实现。现代药理研究表明,车前子及其炮制品对肾性水肿模型大鼠肾脏损伤具有不同程度的保护作用,可降低肾性水肿大鼠尿蛋白含量、肾脏指数,降低血尿素氮、肌酐、甘油三酯、胆固醇水平,升高白蛋白含量,调节电解质紊乱^[16]。

3.2 斡旋气化逐水邪 水行则气畅,人体水液代谢与肺脾肾三脏密切相关。肾者,水脏,主津液,《诸病源候论·腰背病诸候》载“肾经虚则受风冷,内有积水,风水相杂,浸演于肾”。肾体本虚,外受邪气,或由肾阳虚衰,水寒为积,或由肾气不足,开阖失司,水泛为积,形成积水。肺主气,司呼吸,《四圣心源·杂病解》言“肺气清降则化水”,肺气失于清降,通调不制,气难化水,故见水液运行逆乱。脾属土,为制水之脏,《脾胃论·胃虚脏腑经络皆无所受气而俱病论》言“夫脾胃虚,则湿土之气溜于脐下,肾与膀胱受邪”。脾土亏虚,水湿内蕴,则肾体受邪,气化失运,而成积水。故在治疗上应调补肾、肺、脾三脏推动全身水液输布于周身,使之气化有权,水液归位,朱克俭等^[17]认为肾积水之形成,气化失常为其本,治以猪苓汤加减。张佩青认为肾积水病机在于气化无权,治法中以利湿祛其水,进一步验证了治疗该病应斡旋气化,以驱逐水邪^[18]。《吴医汇讲·石芝医话》言:“水不升为病者,调肾之阳,阳气足,水气随之而升。”肾积水初期,肾阳虚衰,则邪恋液着,且水邪乃“动荡流动”之品,可加附子、桂枝、韭菜子、肉归等温肾阳之品,以温阳之药,起温顺之用,达温化之功。在肾积水积液量急剧发展阶段,肾脏体积持续增大,肾盂分离在3 cm以上,集合系统呈烟斗状或喇叭花状。《素问·五常政大论篇》云“病在下取之上”,下窍闭,则上窍亦不利,可用两大药对“桔梗-杏仁”“桑白皮-大腹皮”。桔梗-杏仁是提壶揭盖法基本组合,桑白皮-大腹皮取自五皮饮,以达合肺性、开上窍、启玄府、通气化治疗肾积水。黄元御认为“一气周流,土枢四象”,脾脏是人的气化枢纽,肾积水后期病变的关键在于延缓肾实质萎缩,故此时应充分发挥枢纽之用。《医方集解·利湿之剂》中提到“湿胜则地泥,泻水正所以实土也”,积液蓄积肾脏,下焦水液失调,水虚则液泛,土虚则成“泥”,治疗上既要补脾运脾以升阳预防肾衰竭,又要健脾行脾以化水治疗积水,施以四君子汤配伍肉桂、补骨脂、肉豆蔻等温阳健脾之品。《金匱要略·痹虚劳病脉证并治》认为“五脏虚损,脾肾尤重”,上述药物还可有效针对肾积水后期患者脾肾俱虚的特点。在疾病治疗中可少佐防风、陈皮、柴胡、升麻等风药,一则风盛则液干,二则顺应阳气升发之性,则温阳行气之品效力更彰。

3.3 涤浊消癥护肾络 宋老指出,水气同病,当水气同治。随着肾积水时间的逐渐延长和梗阻程度的日益加重,罹患终末期肾病的可能性显著增加^[19]。肾积水合并CKD患者初期仅表现水邪壅盛、阳气亏虚之象,如眼睑、足踝浮肿,晨轻暮重,舌淡胖,边有齿痕,脉沉细或濡滑,宋老常用路路通、漏芦、玉米须等利水之品。中期则痰湿蕴结,症见水肿加重、头重如裹,或痰饮上逆,湿浊犯胃,引发恶心、纳呆等消化系统症状,应配伍使用半夏、茯苓、白术、砂仁等燥湿化痰、降逆止呕之品

以行气利水,亦是水气互化的另一种延伸使用。后期常见精神萎靡、面色黧黑、呼吸深大、四肢厥冷、脉沉细无力等毒壅壅塞之象,加用大黄、蒲公英解毒通腑,六月雪、积雪草利湿泄浊,地龙、姜黄通络逐瘀。肾络损伤严重,症见血尿、蛋白尿等,可加菟丝子、沙苑子、生地炭、熟地炭等,以子类药益肾涩精^[20],以炭类药收敛止血。同时,CKD并发症是CKD患者预后的决定性因素^[21]。有研究表明,血瘀或水气是导致心血管事件发生的直接因素^[22]。水饮停蓄,气阻不行,脉道不畅,水病则累血,瘀血阻络,引发心气充盈异常,心脉瘀阻,可见心衰、心律失常、心绞痛多种心血管事件的发生。宋老常用补气活血之品配利水平心之品,如黄芪、川芎、郁金配防己、葶苈子等品。肾性贫血患者的中医证型中脾肾气虚证和水湿证^[23]占比最高,因此水气同调是干预肾性贫血的治疗基础,当以补精益气之品配伍健脾化湿之品,如熟地黄、阿胶、配伍白术、茯苓等。水邪浊毒困阻肾关,脾肾虚弱开阖失司,精气失调引发代谢性酸中毒^[24],可加用杜仲补肾益气,熟地黄通腑泄浊。总之,肾积水后期引发CKD是水气互化失用后进一步延伸,与水阻气滞病理状态及痰瘀浊毒等病理产物有直接关系。

4 验案举隅

患者,男,58岁,2024年4月17日初诊。主诉:反复右侧腰部隐痛半年,右侧腰部剧烈绞痛5 d。5 d前无明显诱因突发右侧腰部剧烈绞痛,放射至小腹及会阴部,伴小便艰涩不畅,于当地医院急诊,查尿常规示隐血(+),泌尿系彩超示右肾轻度积水(2.7 cm×3.1 cm),右肾输尿管起始处结石(约0.9 cm×0.5 cm)。予解痉止痛、抗感染等对症治疗,疼痛缓解后未系统治疗。3 d后劳累上述症状复发,疼痛程度较前剧烈。刻下症见:痛苦面容,右侧腰部绞痛,右肾区叩击痛阳性,小腹坠胀,小便量少、排尿不畅、色深黄,口干不欲多饮,纳差,大便偏干;舌暗苔白,脉沉。既往体弱。查体:神志、精神尚可,血压132/84 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。西医诊断:右肾积水、右肾结石。中医诊断:肾水、石淋(气阻水停,脾肾两虚)。治以补脾益肾,行气利水。处方:黄芪30 g,炒白术15 g,茯苓30 g,桑白皮20 g,金钱草30 g,海金沙15 g,鸡内金15 g,滑石30 g,路路通15 g,漏芦15 g,大腹皮15 g,川牛膝10 g,肉桂5 g,地龙10 g,陈皮20 g。1剂/d,水煎取约300 mL,早晚分服。嘱患者多饮水、多排尿、多锻炼,避免久坐。

2诊:2024年5月3日,患者诉服用上方后疼痛缓解,并见尿中有砂石排出。复查彩超示右肾轻度积水(2.0×2.3 cm),右肾输尿管起始处结石(约6 mm);尿常规示潜血(++)。予原方加藕节炭20 g,棕榈炭20 g。2剂/d,水煎取约300 mL,早晚分服。嘱患者尿血是结石排出自然征象,勿担忧,继续服药。

2024年7月13日电话随访,患者诉诸症均明显好转,且未再复发,近期复查尿常规无异常,泌尿系彩超示:右肾盂分离约0.4 cm(基本正常),右输尿管全程未见明显结石及扩张。

按语:此例患者平素饮食失宜,损伤脾胃,水湿内停。湿浊久蕴下焦,煎熬成石。结石阻塞水道,气滞不通,损耗肾气,导致下窍不通,开阖失司,出现小便量少、排尿不畅等症状,气机长期郁闭肾脏,气不行则水不流,脾气输布津液受阻,发为积水,同时兼见右侧腰部长久隐痛。诚如《素问·至真要大

论篇》所述“诸湿肿满,皆属于脾”,又《景岳全书·肿胀》言“水为至阴,其本在肾……水惟畏土,其制在脾”。故以补脾益肾、行气利水之法治之,方用四君子汤和三金排石汤为底方,培补脾肾,滑窍排石,配路路通、漏芦、桑白皮、大腹皮发越水气,益脾畅瘀;加滑石祛除余邪,通利水道;地龙通络行水,舒畅肾体;佐牛膝引药下行,引水下山;肉桂性大热,在众多寒凉药中起反佐之用,温补脾肾,振奋阳气;陈皮理气健脾,调和诸药。诸药合用,使结石排、肾络通、脾肾复而积水下。2诊时症状改善,结石已部分排出,提示气机渐畅,蓄水渐去,然结石下排可继发水道受损而出现尿血之症,宋老结合自身多年的临床经验及前人对炭类药治疗血证的理论认识,在临床上常用炭类药物治疗尿血^[25]。故在前方基础上加藕节炭、棕榈炭,二者性平而涩,收敛止血,并且藕节炭又少兼化瘀之用,可止血不留瘀。用药后终获良效。

5 小结

宋老指出,肾积水中水气关系复杂,简单地从水治水或从气治气无法调理肾积水中水气关系。基于肾积水临床治疗中常需水气同调来看,宋老认为“水气互化”理论可以阐明水病及气、气病及水、水气同病3个维度上的肾积水水气病理关系,故其强调从“水气互化”论治肾积水原因有三:其一,不论对“水气互化”理论的阐释,还是对肾积水其整体病程的研究,二者均具有较强的相关性;其二,依据水气互化理论可对肾积水病机深入剖析,以祛邪行气、斡旋气化和涤浊消癥为主要治则探讨为肾积水的治疗提供了新的思路;其三,在以肾积水背景下对“水气互化”理论重新解读,有助于阐释中医内伤杂病中因津液代谢异常导致气机失运、水聚气停的病机演变规律,揭示了由水湿停聚局部引发整体气滞为病的病理过程,由水气二者功能层面失调到水瘀互结病理层面结聚的疾病发展过程,这对系统构建水气同病病机诊疗体系、完善津液代谢相关疾病的辨证论治方法具有重要学术价值。目前,“水气互化”理论相关研究较少,今后应进一步挖掘中医理论的深度,多进行临床观察和科学研究的佐证,完善肾积水的病因病机,为中医药治疗肾积水提供更多的理论依据和切实可行的治疗方案。

参考文献

- [1] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:672-673.
- [2] 陈思鹭,王海菊,吴宇财,等.成人肾积水病因分析:一项单中心横断面研究[J].北京大学学报(医学版),2024,56(5):913-918.
- [3] 刘馥深,巴元明.巴元明基于“水石互结”运用五苓二金汤治疗肾积水经验[J].湖北中医药大学学报,2023,25(5):113-116.
- [4] 贾玉森,陈小均,张志杰,等.中医药治疗肾盂积水临床研究概况[J].中医杂志,2014,55(5):436-440.
- [5] 沈红艺.中医气化理论源流考[J].中医文献杂志,2000,18(2):1-3.
- [6] 赵玉珂,陆峰.宗气理论在慢性心力衰竭治疗中的指导意义

- 义[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(11):211-214.
- [7] 尹灵.张仲景治肺思想研究[D].福州:福建中医药大学,2022.
- [8] 李晓玥,孙伟.慢性肾衰竭中医病因病机研究进展[J].中国中西医结合肾病杂志,2011,12(3):274-275.
- [9] 林文云,丘余良.真武汤合当归芍药散治疗糖尿病肾病(G4A3期)水肿患者临床观察及对尿AQP2的影响[J].亚太传统医药,2024,20(10):65-69.
- [10] 黄群联,韩杰,姜书传,等.成人双肾积水的原因与处理策略(附109例报告)[J].临床泌尿外科杂志,2010,25(8):579-580,588.
- [11] 王耀光,樊威伟.肾主气化及其临床应用[J].中医药通报,2008,7(3):35-38.
- [12] 魏宏宇,李宗涛,魏曼,等.魏晓娜教授基于“浊毒理论”治疗慢性肾衰竭经验[J].中医导报,2022,28(10):109-111,118.
- [13] 程亚清,李靖,曲海顺,等.吕仁和教授治疗慢性肾脏病用药经验研究[J].世界中医药,2021,16(22):3376-3382.
- [14] 秦贞照,秦元亨.肾积水腰痛[J].山东中医杂志,1994,13(10):461.
- [15] 伍小燕,陈朝,张国伟.泽泻水提取物对正常大鼠利尿活性及肾脏髓质AQP2作用研究[J].实用临床医药杂志,2010,14(21):5-7,10.
- [16] 徐静,高宁,匡海学,等.车前子及其有效成分的药理作用研究进展[J].广东药科大学学报,2024,40(4):164-170.
- [17] 朱克俭,张成运.猪苓汤加味治疗肾积水30例体会[J].河北中医,1987,9(5):10.
- [18] 陈明,李仁武,张佩青.张佩青教授运用补肾活血清热利湿法治疗肾积水经验[J].中国中西医结合肾病杂志,2012,13(3):195-196.
- [19] 仲浩舟.核素肾动态显像、平扫CT和肌酐清除率对单侧上尿路完全梗阻致重度积水肾脏有无功能的评价[D].苏州:苏州大学,2021.
- [20] 宋立群.寒地肾病的发病特点及中医药治疗的思考[J].中国中西医结合肾病杂志,2022,23(6):471-473.
- [21] 蔡广研,陈香美.慢性肾脏病并发症治疗现状及思考[J].中国实用内科杂志,2010,30(2):102-103.
- [22] 王晖,郑翊轩,杨梦凡,等.基于脾肾互根理论治疗慢性肾脏病[J/OL].中医学报,1-7[2025-07-02].<https://link.cnki.net/urlid/41.1411.R.20241129.0958.004>.
- [23] 李仕仪.肾性贫血中医证型分布与相关因素分析及中药处方规律研究[D].天津:天津中医药大学,2022.
- [24] 巩祎,董盛.雷根平教授从脾虚论治肾小管酸中毒经验[J].河北中医,2021,43(1):11-13,17.
- [25] 范桢亮,负捷,杨梦凡,等.基于集合可视化分析系统探究宋立群教授运用炭类药治疗尿血用药经验[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(1):142-146.
- (收稿日期:2025-04-30 编辑:刘国华)

(上接第263页)

- [9] 曾倩.尤氏女科临证心悟[M].北京:中国中医药出版社,2017:152.
- [10] 黄晓武.子宫腔良性肿瘤的诊治与子宫内膜保护[J].中国实用妇科与产科杂志,2025,41(3):277-280.
- [11] 杜沛,杜付海.经阴道二维及三维超声联合检查对子宫内膜息肉的诊断价值[J].临床医学工程,2024,31(11):1321-1322.
- [12] 梁先群,卢方玉,许永俏,等.经阴道三维超声与二维超声对子宫内膜息肉的诊断价值比较[J].深圳中西医结合杂志,2022,32(22):76-78.
- [13] 柴欣.子宫内膜息肉经阴道三维超声特点及诊断价值分析[J].四川解剖学杂志,2021,29(1):159-160.
- [14] 萧燠.女科经纶[M].朱定华,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
- [15] 尤昭玲,刘未艾.女性生殖疾病针灸临床治疗学[M].长沙:湖南科学技术出版社,2024.
- [16] 田文艳,张慧英,薛凤霞.子宫内膜息肉诊治中国专家共识(2022年版)解读[J].实用妇产科杂志,2023,39(1):29-33.
- [17] 傅山.傅青主女科[M].欧阳兵,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
- [18] 万全.万氏妇人科[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [19] 陈修园.女科要旨[M].北京:中国医药科技出版社,2024.
- [20] 吴谦.医宗金鉴:九十卷[M].北京:人民卫生出版社,1963.
- [21] 文乐兮.尤昭玲妇科临证药对[M].广州:广东科技出版社,2021:74.
- [22] 邱乐乐,谈珍瑜.尤昭玲运用不同孕式治疗子宫内膜息肉不孕经验介绍[J].新中医,2020,52(24):197-198.
- [23] 郁明玮,游卉.尤昭玲治疗不同表现子宫内膜息肉的经验[J].湖北中医杂志,2023,45(4):27-29.
- (收稿日期:2025-05-19 编辑:罗英姣)