

# 李萍基于玄府气液理论运用鸡鸣散治疗下肢水肿验案 1 例

刘金良 魏艳伟 李萍

衡水市中医医院心血管病科 河北 衡水 053000

**【摘要】**：李萍主任中医师为河北省第六批老中医药学术经验继承工作指导老师，深耕临床三十余载，临证中治疗下肢水肿时引入刘元素“玄府气液”理论，认为下肢水肿病机为玄府闭塞，气液不通，水湿壅滞，多以“鸡鸣散”为主方加减以开通玄府、宣畅气液、导湿下行。从而消除下肢水肿，打破了“腰以上肿，当发其汗；腰以下肿，当利小便”的固有观念，取得了较好的临床疗效。

**【关键词】**：下肢水肿；玄府气液；鸡鸣散

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.038

下肢水肿为常见临床症状之一，其病因可见于下肢慢性静脉功能不全、低蛋白血症、慢性肾脏病、甲状腺功能异常、心脏疾病尤其是右心衰竭、使用肾上腺皮质激素、性激素等药物、营养不良、炎症性水肿、淋巴回流障碍性水肿、静脉回流障碍性水肿等，以及特发性水肿<sup>[1]</sup>。临床上多以利尿剂为治疗手段，但存在利尿剂抵抗、电解质代谢紊乱、体液消耗等副作用<sup>[2]</sup>。中医药是中华文明的巨大宝库，在治疗下肢水肿方面优势独特，其成本更低、副作用更少。李萍主任中医师为河北省第六批老中医药学术经验继承工作指导老师，深耕临床三十余载，临证中治疗下肢水肿时引入刘元素“玄府气液”理论，认为下肢水肿病机为玄府闭塞，气液不通，水湿壅滞，多以“鸡鸣散”为主方加减以开通玄府、宣畅气液、导湿下行。现将其临床辨治下肢水肿的验案 1 则报告如下。

## 1 病例资料

李某，男，61岁，已婚，2024年11月21日初诊。主诉“双下肢水肿8天”。8天前患者无明显诱因出现双下肢水肿，双下肢憋胀感，活动后喘息、气短，时有咳嗽、咳痰，咯少许白粘痰，不易咳出，伴头晕、头沉，无发热，无恶心呕吐，无耳鸣、耳部憋胀感，无视物模糊，无意识障碍，求系统中西医结合治疗而来我院门诊，门诊以“眩晕病”收入我病区。患者自发病以来，精神差，纳欠佳，寐欠安，小便可，大便4-5日一行。现主症：间断头晕、头沉，双下肢水肿，双下肢憋胀感，活动后喘息、气短，时有咳嗽、咳痰，咯少许白粘痰，不易咳出。既往史：既往“高血压病”病史2年，血压最高达160/? mmHg，目前间断服用“替米沙坦片 40mg 1次/日”降压，未规律监测血压；“脑梗死”病史2年，遗留右侧肢体活动障碍；10余年前因外伤致颅脑损伤于衡水市第二人民医院行手术治疗(具体不详)。个人史：吸烟40余年，平均10支/日，未戒烟，饮酒40余年，平均每日饮白酒约2两，已戒酒2年。无

家族遗传病史。中医望闻切诊：神色形态：神志清楚，表情痛苦，目光乏神，面色少华，唇色深红，形体适中，体态自如，双下肢重度指凹性水肿，毛发花白，爪甲淡红。声息气味：语声正常，语言清晰，气息均匀，可闻及咳嗽，咳痰色白，质稠，未闻及异常气味。切诊：尺肤干涩，胸部正常，虚里搏动正常，腹部柔软。舌象：舌体大小适中，无齿痕，活动自如，舌质暗红，舌苔白。脉象：弦滑。专科查体：慢性面容，表情痛苦，强迫坐位，两肺呼吸音粗，未闻及干、湿性啰音，无胸膜摩擦音。心率80次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。双下肢重度指凹性水肿。辅助检查：胸部CT平扫：右侧部分肋骨骨欠规整，不排除陈旧性骨折；肺气肿；左肺上叶舌段条索；两肺间质性改变；考虑气管及左右支气管痰栓；肝右叶低密度灶，建议结合其它检查。心脏超声：左房增大，室间隔增厚，主动脉瓣、二三尖瓣少量返流，左室舒张功能减低(1期)。双侧下肢动脉和深静脉彩超：双下肢动脉符合动脉硬化伴斑块形成，双下肢深静脉未见明显血栓征象。床旁心电图：窦性心律，非特异性T波异常。血气分析：氧分压：61.00mmHg，实际碱剩余：1.60mmol/L，标准碱剩余：1.20mmol/L，氧饱和度：92.20%，二氧化碳总量：21.70mmol/L。肝功能：直接胆红素D-BiL:7.5umol/L。同型半胱氨酸HCY:91.18umol/L。尿液分析：尿胆原：+2。血细胞分析、全血C反应蛋白、凝血检测、甲状腺功能、肾功能、血脂、血糖、离子测定、心肌酶、B型钠尿肽前体(PRO-BNP)、心肌三项、D-二聚体：未见明显异常。

## 2 辨证论治

中医诊断：水肿病 肺脾两虚、痰气交阻证。西医诊断：(1)特发性水肿，(2)高血压病2级(极高危)，(3)脑梗死，(4)双下肢动脉硬化伴斑块形成，(5)高同型半胱氨酸血症，(6)肺气肿。治法：补肺健脾、行气化湿。方以补肺汤合鸡鸣散加减化裁，紫苏叶10克，制吴茱萸5克，桔梗10

克, 生姜 10 克, 陈皮 12 克, 木瓜 20 克, 槟榔 10 克, 茯苓 30 克, 党参片 15 克, 黄芪 15 克, 蜜紫菀 10 克, 桑白皮 15 克, 熟地黄 15 克, 五味子 15 克, 益母草 30 克, 7 剂, 水煎服, 1 次 1 袋, 1 天 2 次温服。

### 3 治疗结果

二诊时患者水肿明显消退, 家属苏治疗 3 日时下肢沉重感即减轻, 尿量增加。继予原方 7 剂, 水肿基本消退。随访 1 月未见复发。

### 4 讨论

按语: 患者年过六旬, 肺脾气虚, 水湿运化失司, 下注于下肢; 湿阻气机, 玄府闭塞, 水湿积聚, 发为水肿。证属脾肺两虚、痰气交阻。治宜补肺健脾、行气化湿。

下肢水肿归属于中医水肿病范畴, 现代医家辨治水肿病时大多注重脏腑辨证论治, 多责之于肺、脾、肾、肝四脏, 在利水消肿的同时调节脏腑虚实, 标本同治<sup>[3-6]</sup>。

李师辨治下肢水肿时创造性的引入刘元素“玄府气液学说”, 玄府不仅仅是汗孔, 而是遍布人体全身内外、脏腑、皮肉、筋骨、爪牙、毛发等一切组织器官之中极其细微的孔隙、通道、门户。它们“无物不有”、“乃气出入升降之道路门户也”。是气机运行、津液输布的最基本通路和结构基础, 是维持生命活动的基本单元。

外感湿邪、脏腑内伤(肺脾肾虚、肝郁气滞)、瘀血痰浊等使下肢肌肤、经络中的玄府(微观通道)闭塞不通, 气的运行受阻, 无力推动津液, “气行则水行, 气滞则水停”, 津液无法正常通过玄府宣散、回流, 积聚于下肢组织间隙, 水湿停聚, 以致水肿。“玄府郁闭则百病由生, 玄府通畅则气液宣行”。当以开通玄府、宣畅气机、通利水液为治疗原则。

李师常以鸡鸣散为主方加减治疗下肢水肿, 鸡鸣散出自宋·朱佐《类编朱氏集验医方》, 文曰: “治脚气第一支药, 不问男女皆可服。如人感风湿, 流注脚足, 痛不可忍, 用索悬吊, 叫声不绝, 筋脉肿大。槟榔七枚, 陈皮、木瓜各一两, 吴茱萸二钱, 桔梗半两, 生姜(和皮)半两, 紫苏茎叶三钱……次日五更分二三服。”该方以槟榔和陈皮作为主药, 是治疗脚气的代表方。与现代所说的“脚气”不同, 古代医籍所述的脚气是以两脚软弱无力, 足胫肿满强直, 或虽不肿满而缓弱麻木, 甚至心胸筑筑悸动, 进而危及生命为特征的一种疾病<sup>[7]</sup>。李师认为紫苏叶, 辛温, 归肺、脾二经, 《日华子本草》云其可止脚气。《药品化义》云“紫苏叶, 为发生之物。辛温能散, 气

薄能通, 味薄发泄, 专解肌发表, 疗伤风伤寒……湿热脚气, 凡属表症, 放邪气出路之要药也”。生姜味辛, 性温, 《药性论》云“主痰水气满, 下气”。桔梗, 味苦、辛, 性平, 归肺、胃二经, 《别录》云其可“利五脏肠胃, 补血气, 除寒热风痹, 温中消谷, 疗咽喉痛, 下蛊毒”。载药上行宣肺布津。三药合用, 以辛温宣散之品直接作用于闭塞的玄府, 开启门户, 恢复气液出入通道。

槟榔, 味辛、苦, 性温。归胃、大肠经。《本草汇言》曰: 槟榔, 主治诸气, 祛瘴、破滞气、开郁气、下痰气、去积气、解蛊气、消谷气、逐水气、散脚气、杀虫气、通上气、宽中气、泄下气之药也。槟榔能入胸腹破滞气而不停, 入肠胃逐痰癖而直下, 能调诸药下行, 逐水攻脚气。陈皮性温, 味辛、味苦。归脾经、胃经、肺经。《本草经疏》言陈皮“辛能散, 苦能泻, 温能通行, ……脾为运动磨物之脏, 气滞则不能消化水谷, 为吐逆、霍乱、泄泻等证, 苦温能凿脾家之湿, 使滞气运行, 诸证自疗矣”。温能行气, 辛能发散, 苦而泄水。故陈皮有三大类作用, 一是导胸中寒邪, 二破滞气, 三益脾胃。这三大作用中, 主要作用是行脾胃之气。脾胃主运化水湿, 故脾胃之气的行则能去湿、健脾、化痰, 故又可以说, 陈皮温能养脾, 辛能醒脾, 苦能健脾。由于陈皮主行脾胃之气, 脾胃地处中焦, 中焦之气通行, 使三焦之气也随之涌动。三焦为决渎之官, 通行水液, 与湿相伴; 又为藏府之外府, 上及心、肺, 下及肝、肾。所以陈皮的作用可宽及所有藏府, 遍及全身之湿。槟榔、陈皮合用, 行气导滞, 畅达三焦, 推动水液运行。

木瓜在李时珍的《本草纲目》早有记载: “木瓜性脆, 可蜜渍之为果”“木瓜性温味酸。主治湿痹脚气, 霍乱大吐下, 转筋不止”。“木瓜入手, 足太阴血分, 气脱能收, 气滞能和”。《中药大辞典》也称: “木瓜性温味酸。主治平肝和胃, 去湿舒筋。治吐泻转筋、湿痹、脚气、水肿、痢疾等。”吴茱萸性味辛苦而热, 归肝、脾、胃经和肾经, 《日华子本草》云其可“健脾通关节。治腹痛, 肾气, 脚气, 水肿, 下产后余血”。木瓜、吴茱萸通利水湿, 导邪外出, 使已停聚的水湿有出路。

同时加用活血药物, 使疏通经络中的微观瘀堵, 辅助开通玄府。

李师依据“玄府气液学说”, 通过辛温宣散, 开通下肢闭塞之玄府, 辅以行气、利水、活血、温阳(或清热)等法, 恢复玄府的通透性, 使气机升降复常, 津液输布顺畅, 从而消除下肢水肿, 打破了“腰以上肿, 当发其汗; 腰以下肿, 当利小便”的固有观念, 取得了较好的临床疗效。

### 参考文献:

- [1] 张帅帅,任菁菁,邱艳.水肿的全科诊疗思路[J].中华全科医师杂志,2023,22(07):767-772.
- [2] 罗素新.心力衰竭的研究进展述评[J].西部医学,2023,35(03):313-317.

- [3] 任剑雄,韦淇元,梁建亮.参芪真武汤加味治疗原发性肾病综合征疗效及对患者肾功能、微炎状态、凝血纤溶功能的影响[J].陕西中医, 2024,45(08):1052-1055+1060.
- [4] 辛来运,路迎冬,林雪虹,等.“心-脾-肠”相关理论在心衰病中的论治思考[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(19):3634-3637.
- [5] 董凤.张琳琪教授从肝、脾、肾3脏论治特发性水肿经验[J].中医研究,2018,31(04):43-45.
- [6] 葛群.麻黄在肾脏病中的应用研究进展[J].实用临床医药杂志,2020,24(04):125-128.
- [7] 李满意,刘红艳,陈传榜,等.脚气的源流及其与痹病关系历史文献复习[J].风湿病与关节炎,2019,8(11):50-54.