

内科讲义

中医内科进修班用

第二册

广州中医学院编

《内 科 讲 义》

(第二册)

目 录

水 肿	(1)
淋 证	(9)
癰 闭	(16)
消 渴	(23)
遗 精 (附阳痿)	(27)
腰 痛	(33)
虚 劳	(38)
血 证	(47)
惊悸、怔忡 (心悸)	(58)
胸 痛	(66)
头 痛	(74)
眩 晕	(81)
中 风	(105)
不 寐	(113)
郁 证	(119)
癫 狂	(124)
痫 证	(130)
厥 证	(138)
痉 证	(145)
痹 证	(152)
痿 证	(158)
疟 证	(165)
虫 证	(175)
汗 证	(180)
瘀 证	(186)
痰 证	(193)
昏 迷	(200)

水 肿

〔名 义〕

水肿是指体内水液潴留，泛滥于肌肤，引起头面、眼睑、四肢腹背甚至全身浮肿，严重者，还可伴有胸水、腹水的一种疾病。如《素问·水热穴论》说：“腑肿者，聚水而生病也。”

〔源 流〕

水肿在《内经》有“水”“风水”“水胀”“石水”等名称。《内经》对于水肿的病因病理，临床表现和治疗原则等，都有比较科学而朴实的记载，成为后世水肿的理论基础，至今仍是探求水肿的重要依据。

①认为水肿的发生，与出汗当风，外邪侵入有关。《素问·水热穴论》“勇而劳甚，则肾汗出，逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为腑肿。本之于肾，名曰风水。”

②认为肺、脾、肾功能失职，三焦不利，津液不化是水肿病机的关键。如《素问·阴阳别论》：“三阴结，谓之水”，《素问·水热穴论》：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”《灵枢·五癃津液别篇》：“水谷皆入于口，其味有五，各注其海，津液各走其道，故三焦出气，以温肌肉充皮肤为其津，其流而不行为液。”“阴阳气不通，四海闭塞，三焦不泻，津液不化”，“留于下焦，不得渗膀胱则下焦胀，水溢则为水胀”。

③对于水肿的临床表现，描述得相当形象具体。《灵枢·水胀篇》：“水之始起也，目窠上微肿，如新起之状，其颈脉动，时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣，以手按其腹，随手而起如裹水之状，此其候也”。

④关于水肿的治疗，《素问·汤液醪醴论》提出了“去菀陈莖……开鬼门，洁净府”的基本治则。

汉，张仲景在《金匱，水气篇》中，比较细致地论述了“风水”“皮水”“正气”“石水”“里水”“黄汗”“心水”“肝水”“肺水”“脾水”“肾水”等十一类水肿的临床表现，论述了发汗，利小便的使用原则：“诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈”。提出了越婢汤，越婢加术汤，防己黄芪汤，防己茯苓汤，甘草麻黄汤，麻黄附子汤，蒲灰散等治疗水肿的有效方剂。

隋，巢元方《诸病源候论》对水肿证候的论述相当详细，有“十水候”，“二十四水候”之称。其中“十水候”是根据腑脏分类的，但与《金匱》五脏分类相比，则别具一格：“十水者，青水，赤水，黄水，白水，黑水，悬水，风水，石水，暴水，气水也。青水者，

先从面目遍肿一身，其根在肝；赤水者，先从心肿，其根在心；黄水者，先从腹肿，其根在脾；白水者，先从脚肿，上气而咳，其根在肺；黑水者，先从脚趺肿，其根在肾；悬水者，先从面肿至足，其根在胆；风水者，先从四肢起，腹满大，目尽肿，其根在胃；石水者，先从四肢小腹独大，其根在膀胱；暴水者，先水肿，其根在小肠；水气者，乍盛乍虚，乍来乍去，其根在大肠。”巢氏在论述十水候的基础上，对水肿总的病机和临床表现作了扼要的概括，谓“（水肿）皆由营卫否涩。三焦不调，府藏虚弱所生，虽名证不同，并全身虚肿，喘息上气，小便黄涩也。”巢氏之论，可谓详而有要。

唐·孙思邈在《千金方》和《千金翼方》中对于水肿的病因病理，有所发挥。更可贵的是补充了大量的治疗方剂。单在《千金方》里有治疗方49首，其中不少方剂疗效良好。至今仍为临床所采用。孙氏临床经验丰富，首先提出了水肿忌盐，这条经验为今天的中西医所肯定与采用。

元·《丹溪心法》中针对古代水肿分类繁多，不便学习掌握。他别开生面地提出了阴水、阳水分类方法，其曰：“若遍身肿，烦渴，小便赤涩，大便闭，此属阳水，先以五皮饮，或四磨饮，添磨生枳壳，重则疏凿饮子；若遍身肿不烦渴，大便溏，小便少不涩赤，此属阴水，宜实脾饮或木香流气饮。”朱氏分类多为后世医家所宗，影响深远，一直沿用至今。

明·李挺《医学入门》对水肿的病因归纳总结比较全面，认为水肿由冒雨涉水，或兼风寒暑湿，或饥饿劳役，或因久病或产后，或饮毒水，或疮毒等因素所致，其中对疮毒致肿的病因，李氏观察相当细致。另外，张景岳《景岳全书》发展了《内经》治疗水肿的大法，相当强调补益脾肾的重要性，称补益为治水肿的“正法”，其曰：“水肿证以精血皆化为水，多属虚败，治宜温脾补肾。此正法也。”张氏之论，对于虚证水肿的治疗，具有重要的指导意义。张氏补肾用金匱肾气丸，补脾用四君归脾之属为主。

从上说明水肿的名称和基本理论源出于《内经》，证候类型及临床表现，补充发展于《金匱》和《诸病源候论》，具体的治法方药补充发展于《金匱》，到了唐代《千金方》。关于水肿的基本理论和辩证论治，业已系统形成与建立。唐宋以后，历代名家，对于水肿的理论和治法，从各个不同的侧面，均有补充发展，在方药方面的发展尤为显著。

〔范围〕

水肿包括西医急、慢性肾小球肾炎，肾病综合征，肝硬化，充血性心力衰竭，内分泌失调以及营养障碍等疾病所出现的水肿。

〔病因病理〕

水肿发生主要是风邪外袭，水湿内侵，以及劳倦太过，饥饱不调，房劳生育不节，导致肺、脾、肾三脏功能障碍所致。风邪外袭，肺气失宣，不能通调水道，下输膀胱，以致风遏

水阻，风水相搏，流溢肌肤，发为水肿。

二、水湿内侵，脾不健运：居处卑湿，涉水冒雨，水湿之气内侵，或酒食不节，生冷太过，湿蕴于中，脾为湿困。健运失司，不能升清降浊，以致水湿不得运行，泛于肌肤，而成水肿。如湿郁化热，湿热交蒸，膀胱输化无权，亦可致水肿。

三、劳倦太过，饥饱不调：劳倦太过，或饮食失时，损伤脾胃，脾气亏虚，水液不能蒸发，停聚不行，泛滥横溢，遂成水肿。

四、生育不节，房劳过度：肾虚则开阖不利，不能化气行水，以致水液停聚，泛滥于肌肤，形成水肿。

五、疮毒内侵：皮肤痒疹，疮疖，以及乳蛾等，风湿热毒郁遏于表，内侵肺脾，导致肺脾功能障碍而成水肿。《医学入门》“阳水……或由疮痍所致。”《沈氏尊生书》亦指出：“有血热生疮，变成肿病。”与西医所谓皮肤化脓性感染所致急性肾炎水肿认识颇似。

病因病理示意图



水肿病位主要在肺、脾、肾三脏。“其本在肾，其标在肺，其制在脾”。其中肾失蒸化开阖最为重要。凡因风邪外袭，水湿内侵，饮食不节等因素而成水肿者，多为阳水。凡因劳倦内伤，生育不节导致脾肾亏虚而成水肿者，多为阴水。二者在一定条件下可以相互转化。阳水久延不愈，以致正气日衰，脾肾阳虚，使病情缠绵，转为阴水；反之，阴水复感外邪，肺气失宣，使肿势突然增剧，则可出现阳水证候。当以阳水论治，先治其标，但不能理解为病情由转轻，而是正虚邪盛，病情更为复杂。

〔辨证论治〕

一、辨证治疗要点

(一) 辨阴水与阳水

1. 阳水

①起病急，病程短，形气实，多由外感诱发，属表证实证。

②大多以头目先肿，肿形以腰以上为剧，尿量少。

③水肿皮肤光亮而薄，按之凹陷易复，不受体位影响。

2. 阴水

①起病缓，病程长，形气虚，多因内伤而起，属里证，虚证。

⑤水肿先于下肢，以腰下肿甚。

③皮肤黄灰暗，肿处按之没指（如烂泥），不易复起，肿势受体位变换影响，尿少或尿不少。

（二）检查水肿部位，结合症状，辨别病理因素：

1. 水肿从上开始，以头面肿剧者，多属风。

2. 从下开始，以下肢肿剧者，多属水湿。

3. 兼有腰部酸痛，形寒怕冷，脘胀便溏，按之凹陷难复者，多属脾肾阳虚。

4. 早上面浮，午后肿退，疲劳为剧，休息减轻，面色无华或萎黄者，多由脾虚气弱，或气血不足所致。

（三）辨危重症及预后

1. 重症水肿除尿少外，可见腹大，胸满喘咳。心悸等，乃水气凌心犯肺的证候。

2. 危重证多见尿闭，呕恶，神疲嗜睡，口有尿味，大便溏泄，齿、鼻衄血等脾肾败绝症状，此乃危候。

3. 见有神昏谵语，手足抽搐，呼吸急促、深大等邪陷心包者，预后不良，每可产生内闭外脱之恶变，应密切观察病情变化。

（四）治疗大法

关于水肿的基本治疗《素问·汤液醪醴论》曰：“去菀陈莖……开鬼门，洁净府”；《金匱·水气篇》曰：“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”。《内经》和《金匱》的论述确立了“发汗、利尿，泻下逐水”为水肿的三条基本治则，对后世影响深远，一直沿用至今。

在《内经》和《金匱》水肿治则的启示下，历代医家都有补充发展。现治疗水肿，主要有发汗、利尿、逐水，以及健脾，温肾降浊等法。兹列常用治法如下：

1. 利尿法：是治水肿病最基本最常用的方法，常与发汗、益气、温化等法合并运用。常用药物：茯苓，猪苓，泽泻，车前，冬瓜皮，桑白皮，大腹皮，生姜皮，木通，葫陈芦，通草。

方例：五皮饮 五苓散。

2. 发汗法：适用于面部水肿初起，而又有肺气不宣或水肿兼有表症的患者。

常用药物：麻黄 苏叶 浮萍 荆芥 防风 蝉衣

方例：越婢加术汤

3. 健脾益气法：本法并非专用脾虚水肿，实则五脏水肿均可使用，临床上常与利尿法同用。

常用药物：黄芪 党参 白术 淮山 茯苓 苡仁 扁豆

方例：参苓白术散

4. 温肾助阳法：适用于阳虚水肿，常与利尿法同用。

常用药物：生姜 干姜 附片 肉桂 葫芦巴 巴戟

方例：真武汤

5. 燥湿理气法：适用于脾湿不运，腹胀苔腻的患者，也常与利尿药同用，气行则水行，气降则水降，畅通三焦有利于利尿。

常用药物：苍术 草果 厚朴 法夏 木香 枳实 槟榔 青皮 陈皮

方例：实脾饮

6. 活血化瘀法：适用于瘀血的水肿患者。

常用药物：桃仁 红花 川芎 赤芍 三棱 莪术 丹参 牛膝 姜黄 五灵脂 当归

方例：调营饮《证治准绳》

7. 泻下逐水法：适用于全身严重水肿，病情危急，诸法无效，二便不通，可用本法治标缓急。

常用药物：大戟 芫花 甘遂 商陆 牵牛子 大黄

方例：舟车丸、十枣汤。

三、分型论治

(一) 阳水

1. 风水泛滥：

〔主证〕眼睑浮肿，继则四肢及全身皆肿，来势迅速，肢体酸重，小便不利，多有恶寒，恶风，发热等证。或咳嗽而喘，舌苔薄白，脉浮滑或紧；或咽喉红肿疼痛，舌质红，脉浮数，如水邪泛滥，肿势较重，亦可见浮脉。

〔分析〕风邪外袭，肺气失宣，不能通调水道，故见上述诸症。

〔治法〕散风清热，宣肺行水。

〔方药〕越婢加术汤加減。尿少加茅根，咽喉红肿疼痛加板兰根，土牛膝；表邪甚且偏寒者去石膏加羌活，防风、苏叶；喘咳可选加杏仁、前胡、桑白皮、葶苈子。

2. 水湿浸渍

〔主证〕全身水肿，按之泛指，小便短少，身体重而困倦，胸闷，纳呆，泛恶，苔白腻。脉沉缓。起病一般缓慢，病程稍长。

〔分析〕水湿内聚，脾失健运，三焦决渎失司，故产生上述诸症。

〔治法〕理脾化湿，通阳利水。

〔方药〕五苓散合五皮饮加減。若舌苔白厚，口淡，神倦，腹胀，乃湿阻气滞之象，可加厚朴，苍术。

3. 湿热壅盛

〔主证〕遍体浮肿，皮色润泽光亮，胸腹痞闷，烦热口渴，小便短赤，或大便干结，苔黄腻，脉沉数。

〔分析〕水湿之邪，郁而化热，壅于肌肤经隧之间，故见诸症。

〔治法〕分利湿热。

〔方药〕疏凿饮子加减。若腹满不减，大便秘结，可合用已椒苈黄丸以助攻泻之力。若肿势严重，兼见气粗喘满，倚息不得卧，脉弦数有力者，为水在胸中，上迫于肺，肺气不降，宜泻肺行水为主，可用五苓散，五皮饮等方合葶苈大枣泻肺汤以泻胸中之水气。

（二）阴水

1. 脾阳不振

〔主证〕身肿腰以下为甚，按之凹陷不易恢复，脘闷腹胀，纳减便溏，面色萎黄，神疲肢冷，小便短少，舌质淡，苔白滑，脉沉缓。

〔分析〕中阳不足，脾失健运，气不化水，故见诸症。

〔治法〕温运脾阳，以利水湿。

〔方药〕实脾饮加减，如水湿过重，可加桂枝，朱苓，泽泻，气虚息短加党参，黄芪。

若由于长期的饮食失调，脾胃虚弱，营养不能充分吸收所致水肿者，治宜健脾化湿，可用参苓白术散加减，并适当注意营养，可用黄豆，花生，眉豆佐餐，作为辅助治疗。

2. 肾阳衰微

〔主证〕面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，心悸，气促，腰部冷痛酸重，尿量减少，四肢厥冷，怯寒神疲，面色灰或晄白，舌质淡胖，苔白，脉沉细或沉迟。

〔分析〕肾阳衰微，水不化气，水气内盛，故见诸症。

〔治法〕温肾助阳，化气利水。

〔方药〕真武汤加减，如虚寒过甚，可加葫芦巴，巴戟天，仙茅，肉桂等等温补肾阳而助气化。如水邪凌肺，肾不纳气可加党参，炙甘草，五味子，煅牡蛎等，以防喘脱之变。如心悸唇舌紫绀脉数，乃水邪上逆，心阳被遏，血脉瘀阻，宜在方中重用附子加桂枝、炙甘草、丹参、红花以温阳化瘀。如神倦欲睡泛恶，甚至口有尿味，病情严重，宜附子合大黄、黄连、半夏以解毒降浊，如复感寒邪，寒水相搏，肿势转盛、恶寒无汗者，本方去白芍暂加麻黄，细辛，甘草，以温经散寒。

若久病阳虚未复，又见阴虚之证，为阳损及阴，治宜补肾阳，滋阴液，兼利小便，可用大补元煎合《济生》肾气温经散寒。

水肿严重，经屡用它法无明显效果，而体质尚壮的可考虑应用泻下逐水法，使水液从大便排出，本法在古代较多应用，如《千金要方》《千金翼方》《外台秘要》《圣济总录》记载攻水方剂都比较多。后世医家，有主攻的，也有不主张攻的。但是施用峻泻逐水之剂，一向被认为是治水肿的有效措施。因用药后可使患者大小便增多，水肿减轻，腹胀松动。南宋以后逐渐强调健脾温或肾来治疗水肿，如实脾饮，济生肾气丸都是这个时代的方表方剂。朱丹溪说：“水肿因脾虚不能制水，宜补中行湿，利小便，切不可下。”张景岳亦说：“古法治肿，大都不用补剂，而多用去水等药，微则分利，甚则推逐……不知随消随胀，不数日而复胀必愈甚。”但张景岳并非主张攻水法屏弃不用，而是主张慎用，如张景岳说：“察其果系实邪，则此等治法，诚不可废，但必须审证正确用当详慎也”。总之攻逐之法，可作为治疗水肿的一种手段，尤其是水势鸱张，形气尚不虚者，可用泻下逐水之剂。轻泻可用槟榔30克，郁李仁20克，水煎空腹用，重泻可用舟车丸（甘遂，芫花，大戟，黑丑，木香，青皮，

陈皮、轻粉)、十枣汤(大戟,芫花,甘遂)、控涎丹(大戟、甘遂、白芥子)等。但应用时除注意剂量外,还应注意病人体质及药后反应,一般适可而止,即“大毒治病,十去其六”之谓。

水肿治疗,应加强预防与护理,主要有以下几点:

1. 注意忌盐:水肿要控制食盐摄入,中西医认识完全一致,中医强调水肿忌盐,由来已久,唐代孙思邈在《千金方》中用赤小豆,桑白皮,鲤鱼,白术方治水肿,明确指出:

“鱼无用盐”,还指出了治水肿“始终一切断盐”、“慎盐酱五辛”等禁忌。元代危亦林《世医得效方》也指出:“凡水肿惟忌盐。”历代诸家,都相当重视忌盐问题。

2. 注意防止外感六淫:外感久病不已,可以发展为内伤;内伤正气虚衰,容易招致外感。反复水肿的患者,最易伴发外感,许多患者,常因外感而引起水肿复发或加重。因此如何加强预防措施,增强患者抗病能力,减少或避免外感六淫,是水肿病防治工作的重要环节。故病人应注意饮食起居,适应气候变化,配合应用扶助正气的方药。

3. 防止劳伤与劳复:水肿患者必须注意休息,有些心脏病患者,常因活动过多,劳伤正气而发生死亡。

一旦病情好转之后,仍须继续休息一段时间,否则发生劳复。《伤寒论》相当强调劳复问题,实践证明,颇有道理,在临床上即使病情初愈,也常有余邪未清,气血尚未平复,若过早操劳,或七情所伤,饮食失宜,房劳不节,使正气受伤,则易导致疾病复发。

4. 病后巩固治疗:相当部分的水肿患者,水肿易消,病根难除,因此水肿消退后应根据阴阳气血偏损情况,合理进行调补善后,以便巩固疗效。

水肿是由于外感风邪水湿,皮肤疮毒,饮食不节,劳欲太过而导致肺失通调,脾失转输,肾失开阖,水邪潴留,泛滥肌肤所致。三脏之中重点在肾。临床辨证以阴阳为纲,因风水相搏,湿热壅盛,水湿浸渍引起的水肿为阳水,属实,病在肺脾;由于脾阳不足、肾阳衰弱等所致的水肿为阴水,属虚,病在脾肾。但必须注意阴阳虚实之间的错杂与转化。治疗原则以发汗,利水,温肾,健脾为主,至于攻逐一法仅属权宜之计,肿退后多属本虚,当分别脏腑气血阴阳不足进行培补。此外,后代治疗水肿病,有用活血化痰法者,此系治肿之变法,如经一般常法治疗不应,或有瘀血证候,如妇女月经不通,肌肤有血缕赤痕,舌质紫或见瘀斑者可以参合应用。治疗本病还应注意摄生,禁忌含有盐类食物,防止感冒,不宜过度疲劳及情志所伤,水肿消退要巩固治疗等,以免复发发作而致迁延不愈。《入门举要》

示教病例

一、旬日内遍体俱肿,肤色鲜明。始也原有身热,不慎风而即止,亦无汗泄。诊脉浮紧,气喘促,小便闭,舌白,不思饮。证系水湿之邪,借风气而鼓为经隧,是以最捷。倘喘甚气塞,亦至危之道。治当以开鬼门,洁净府为要着。麻黄五分,杏仁三钱,赤苓三钱,苏子二钱,桂木五分,薏仁三钱,紫苑七分,椒目五分,浮萍一钱五分,大腹皮一钱五分。外用麻黄、紫苏、羌活、浮萍、生姜、防风各五钱,闭户煎汤,遍体揩熨,不可冒风。

(《柳选四家医案·爱庐医案》)

〔按〕患者风邪外袭，肺气不宜，以致不能通调水道，下输膀胱，风水相搏，流溢于肌肤以致遍体俱肿，用鬼门、洁净府法，亦即宣肺利水之意。

二、秦××，49岁，工人。

初诊：1975年6月21日。全身浮肿已八、九年，腹胀食后更甚，身重无力，大便，小便甚多，每逢夏季加重，冬日较舒。曾经中西医治疗，均未见效。舌质淡，苔灰厚腻，脉濡细。由于脾虚湿重，气机运行失常，充满于肌肤，因而发生浮肿。治以健脾燥湿为主，用胃苓汤加减。

苍白术各三钱，川朴一钱半，茯苓四钱，炙甘草一钱半，桂枝一钱半，木防己四钱，赤芍四钱，槟榔一钱半，焦神曲四钱。十四剂。

二诊：7月5日。腹胀浮肿已减，舌苔厚腻微黄未化，二便通利，仍守原法。

三诊：8月2日。服药时断时续，病情尚未稳定。近来浮肿减轻，二便通调。舌苔薄黄，脉濡细，仍守前方去川朴，十四剂。

四诊：8月30日。浮肿基本退尽，略有轻度腹胀，精神已振，纳食有时欠香。舌苔薄腻中黄，脉濡细已较有力。余湿未清，脾胃功能渐复，从初诊以来，单服中药治疗，病情已趋稳定，仍拟前法加减。

初诊方去槟榔，加陈皮三钱。

〔按〕本例系浮肿多年不愈，时轻时重。鉴于患者小便甚多，与水肿小便不利者有不同之处。其病缠绵难愈，属于脾虚不主健运，气机运行失常，因气滞而发生肿满，发作时则气滞更甚。故治法以理气宽胀为主。但从舌质淡，苔灰厚以辨之，可知脾虚湿重，湿中有热，其邪郁蒸，必须燥湿以健脾，湿去则热郁可泄，气得宣畅，足以加强理气宽胀的作用，因而浮肿得以逐渐消除。

（《黄文东医案》）

〔文献摘录〕

《刘元素六书》：“经云：平治权衡，去菟陈莖，开鬼门，洁净府。平治权衡者，察脉之浮沉也。去菟陈莖者，疏涤肠胃也。开门鬼，洁净府者，发汗利小便也。”

《医学入门》：“阳水多外因涉水冒雨，或兼风寒暑气而见阳证。阴水多内因饮食或茶水过多，或饥饱劳役，房欲而见阴证”。

《景岳全书》：“凡水肿等证，乃肺、脾、肾三藏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行”。

《世医得效方》：“凡水肿惟忌盐，……果欲去病，切须忌盐”。

《医门法律》：“经谓二阳结谓之消，三阴结谓之水……三阴者，手足太阴脾肺二脏也。……肾者，胃之关也，肾司开阖，肾气从阳则开，阳太盛则关门大开，水直下而为消；肾气从阴则阖，阴太盛则关门常阖，水不通而为肿。经又以肾本肺标，相输俱受为言，然则水病以脾肾为三纲矣。”

〔思考题〕

- 一、试述肺、脾、肾功能障碍在水肿发病中的意义。
- 二、怎样区别阳水和阴水？
- 三、水肿应如何辨证论治？

(刘国普)

淋 证

〔名义〕

是指小便频数短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，小腹拘急，或痛引脐中为特征的病证。

淋证亦名淋沥五淋，简称淋。根据临床表现的不同，又有各种名称，如热淋、血淋、气淋、石（砂）淋、膏淋、劳淋及冷淋等。若起病急骤者，名曰卒淋、暴淋。妇人妊娠、产后患淋者，称子淋、产后淋。年迈者罹患，称老淋。

〔源流〕

淋证之名，首见于《内经》，有“淋”、“洩淋”、“淋漓”等名称。

《金匱要略·消渴小便不利淋病脉并治》中指出：“淋之为病，小便如粟状，小疏弦急，痛引脐中”，对石淋作了极为生动的临床描述。

《中藏经》已认识到淋证是属于一种全身性的病证，如“五脏不通，六腑不和，三焦痞涩，营卫耗失”等皆可导致。

《诸病源候论·诸淋病候》中明确提出淋证的病位在肾与膀胱，并论述了二者之间的关系及其发病机理，如“诸淋者，由肾虚而膀胱热故也”，“肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，数而且涩，则淋漓不宣，故谓之淋”。在归纳淋证皆“肾虚而膀胱热”的病机共性的同时，还对淋证各自不同的病机特性进行了探讨。如“气淋者，肾虚膀胱热气胀所谓也”；“热淋者，三焦有热，气搏于肾，流入于胞而淋也”；“石淋者，肾主水，水结则化为石，故肾客砂石，肾虚为热所乘”；“膏淋者……此肾虚不能制于肥液”；“劳淋者，谓劳伤肾气而生热成淋也”。

治淋方药的记载，始于唐代。《千金方》载有治淋方剂53首，王焘《外台秘要》35首。

《丹溪心法·淋》谓：“大凡小肠有气则小便胀，小肠有血则小便涩，小肠有热则小便痛”，进而提出了本证的治疗原则，“执剂之法，并用流行滞气，疏利小便，清解邪热。其于调平心火，又三者之纲领焉。心清则小便利，心平则血不妄行。”并指出了淋证与转胞、

痿闭、遗溺以及血淋与尿血的鉴别要点。

《景岳全书·淋浊》谓：“淋之初病，则无不由乎热剧，无容辨矣。但有久服寒凉而不愈者，又有淋久不止及痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，此惟中气下陷及命门不固之证也。故必以脉以证，而察其为寒为热为虚，庶乎治不至矣”。把病程的长短作为辨证的一项重要内容。对淋证的治疗，他又提出：“凡热者宜清，涩者宜利，下陷者宜升提，虚者宜补，阳气不固者宜温补命门”的随证施治原则。

解放后，各地医家在运用前人的理法方药治疗淋证的同时，对西医某些泌尿系统疾病进行了临床观察研究。更丰富了中医治疗淋证的理论内容和治疗手段，使之更加完善。

一、中西结合治疗泌尿系结石方面有很大进展，积累了丰富的经验，已有大量文献报告，如中药排石散、排石汤、溶石汤等。

二、《实验性结石的形成以及用金钱草预防和治疗的研究》

上海中医药杂志1982.4.

三、《清热通淋化瘀法治疗乳糜尿178例的临床观察》

中医杂志1983.7.

三、《篇蒲汤治疗湿热淋（慢性尿路感染）53例疗效观察》

中级医刊9: 21 1982

四、《龙蛇茅茸饮治疗尿路感染130例疗效观察》

中医杂志22(11): 48 1981

〔范围〕

本证常见于现代医学的泌尿系感染、结石、肿瘤、前列腺疾病、乳糜尿等病证。均可参考本篇内容进行辨证论治。

〔病因病理〕

淋证的主要病因是湿热蕴结于下焦。《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治篇》说：“热在下焦者，则溺尿血，亦令淋沥不通。”《丹溪心法·淋篇》谓：“淋有五，皆属乎热”，但病久亦可见虚证。《诸病源候论·淋病诸候》谓：“诸淋者，由肾虚而膀胱热故也。……肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，数而且涩，则淋沥不宜，故谓之淋”。《景岳全书·淋浊》篇亦说：“淋之初病，则无不由乎热剧，无容辨矣。……又有淋久不止，及痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，此惟中气下陷及命门不固之证也。”说明淋证初起，多属湿热蕴结膀胱，日久则由实转虚或虚实夹杂。

一、膀胱湿热

其感受于外，下阴不洁，秽浊之邪入侵膀胱，或过食酒热肥甘之品，脾胃运化失常，积湿生热，流入膀胱，气化失司，水道不利，发而为淋。热淋、血淋、膏淋、石淋多因膀胱湿热

而发。

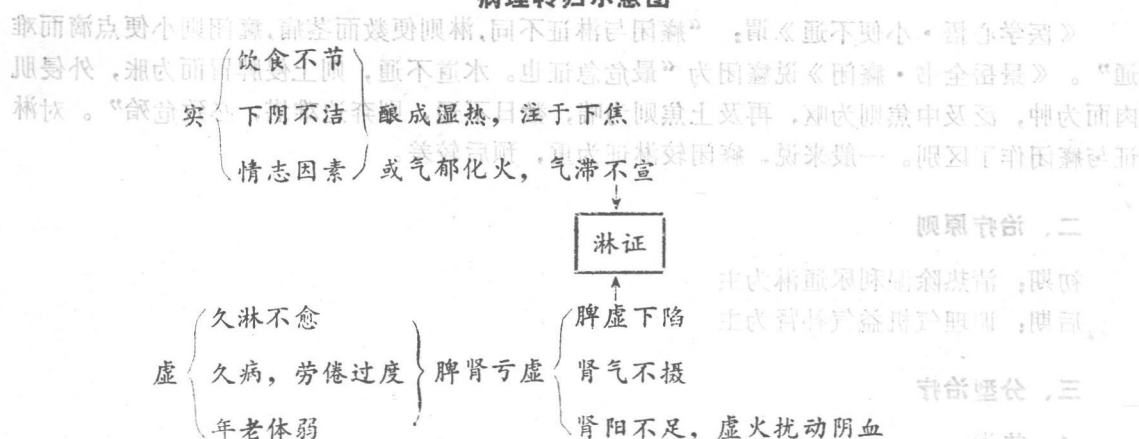
二、脾肾亏虚

久淋不愈，耗伤元气，或年老久病体弱，房事不节，劳累过度，可致脾肾亏虚，外邪易于内入，侵犯膀胱，罹患淋证。久病不愈，肾气更损，致病情缠绵难愈，如劳淋则是。

三、肝郁气滞

血脉瘀阻，湿热之邪侵入膀胱，热气相搏，肝气疏泄不行，甚则络脉瘀阻，膀胱气化不利，而成气淋。

病理转归示意图



综上所述，本证病因以湿热为主，病理是肾虚膀胱有热，病位在下焦。初病多邪实之证；久病则由实转虚，如邪气未尽，正气已伤，则表现为虚实夹杂的证候。

〔辨证论治〕

一、辨证要点

1. 共证——尿频数短涩痛。
2. 各淋证的主要特征
热淋——起急，遇热即发，暴淋痛甚，小便赤涩。
血淋——溺血而痛。
气淋——脐腹满闷，腹胀、溺涩、尿后余沥不尽。
石淋——尿有砂石，小便则茎痛，痛引少腹，膀胱里急，砂石出则痛止。
膏淋——淋而尿如脂膏。
劳淋——久病不已，遇劳即发。

3. 辨虚实
《证治汇补·淋病》：“淋有虚实，不可不辨，”淋证虽多种，然病机不外虚实二端。

新病——多湿热——多实——清热利湿通淋

久病——多脾肾亏虚——多虚——健脾补肾，佐以调气。

4. 与癃闭、尿浊、尿血鉴别

小便不利，点滴而出——癃

小便不通，点滴不出——闭

小便混浊而不清——尿浊

小便色红赤，甚至溺出纯血——尿血

图意示以辨症

《医学心悟·小便不通》谓：“癃闭与淋证不同，淋则便数而茎痛，癃闭则小便点滴而难通”。《景岳全书·癃闭》说癃闭为“最危急证也。水道不通，则上侵脾胃而为胀，外侵肌肉而为肿，泛及中焦则为呕，再及上焦则为喘，数日不通，则奔迫难堪，必致危殆”。对淋证与癃闭作了区别。一般来说，癃闭较淋证为重，预后较差。

二、治疗原则

初期：清热除湿利尿通淋为主

后期：调理气机益气补肾为主

三、分型治疗

1. 热淋

主证——小便频数、尿色黄赤，尿道灼热刺痛，或伴腰痛拒按，或见寒热口苦，恶心呕吐，舌红苔黄腻，脉浮数或濡数。

分析——湿热之邪入侵，蕴结下焦，膀胱气化失司，水道不利而成淋。舌脉为湿热之象。

治法——清热泻火，化湿通淋。

方药——八正散或导赤散。

酌加蛇舌草、蒲公英、凤尾草、珍珠草。便秘加枳实。腹胀便溲去大黄。热甚加银花藤。高热烦渴加知母、石膏、花粉。血尿加白茅根、茜根。

2. 石（砂）淋

主证——尿时有突然中断感，间有排石，腰腹绞痛难忍，尿道刀割样痛，砂出痛止，甚则尿中带血，舌红或暗红，苔薄黄，久则舌淡，脉弦或数。

分析——湿热下注，化火灼阴，煎熬尿液，结为砂石瘀塞尿道发而成淋，故痛而不畅，砂石伤络则尿中见血，久则气虚舌淡。

治法——清热利湿通淋排石。

方药——八正散或石苇散。

酌加海金沙、鸡内金、金钱草、砂牛以增强排石消坚作用。气滞血瘀加桃仁、红花、牛膝、山甲、蒲黄、灵脂等。反复打石后脾肾亏虚，面色苍白、头晕、神疲、舌淡脉沉细无力

合肾气丸，酌加菟丝子、巴戟、川杜仲，气虚加党参，黄芪。

3. 气淋

主证——小便滞涩，淋满不宣，余沥难尽，少腹满痛，苔薄白，脉沉弦。久则中气不足，证见少腹坠胀，迫急作痛，尿有余沥，面色晄白，舌淡，脉虚细无力。

分析——情志抑郁，肝失条达，气机郁结，湿热入侵膀胱气化不利而成气淋，此为实证。日久不愈则中气不足，气失摄纳故见少腹胀及尿有余沥。

治法——实证：清热利湿行气疏导

虚证：补中益气

方药——实证用沉香散。小腹胀满难忍加青皮、木香、乌药。气滞血瘀者加红花、赤芍、牛膝。

虚证用补中益气汤。酌加菟丝子、川杜仲、枸杞子、巴戟。

4. 血淋

主证——小便滞涩不利刺痛，尿色红赤，甚则夹有血块，舌尖红，苔黄薄，脉数有力。久则尿色淡红，腰酸神疲，舌淡红，脉细数。

分析——热伤血络，迫血妄行，而见涩痛血尿，此为实证。日久则伤及阴络，肾阴亏耗而现虚象。

治法——实证：清热利湿，凉血止血。

虚证：滋阴清热，补虚止血。

方药——实证宜用小蓟饮子或导赤散。方中可加入白茅根、茜根。腰痛甚，加王不留行、白芍、凤尾草。

虚证宜用知柏地黄丸。酌加旱莲草、女贞子、小蓟、茜根、龟板。有瘀痛加三七。气虚加党参、黄芪。

5. 膏淋

主证——小便混浊如米泔样，如脂如膏，尿道灼热疼痛，溺时不畅。舌红苔黄腻，脉滑数。日久不愈，反复发作，形瘦神倦肢酸，舌淡苔腻，脉细弱无力。

分析——湿热下注，蕴结膀胱，气化不利，不能分清泌浊，故尿液混浊如脂如膏。久则肾气受损，下元不固，不能制约脂液而证见虚象。

治法——实证：宜清热利湿，分清泌浊

虚证：宜补肾固涩。

方药——实证选用程氏萆薢分清饮加减。小便热痛加木通、梔子。小便夹血者加大小蓟、白茅根。

虚证宜选六味地黄丸加减。酌加莲须、菟丝子、芡实、龙骨、牡蛎。气虚加黄芪。小便涩痛不畅加三七、益母草。脂膏明显加党参、黄芪、石莲子、金樱子。

乳糜尿方——萆薢、扁蓄、石苇、海金沙、木通、茅根、小蓟、滑石。

荠菜治乳糜尿

大焦皮治乳糜尿

6. 劳淋

主证——淋漓不已，时作时止，遇劳即发，精神疲乏，余沥难尽，舌淡，脉虚弱。

分析——诸淋日久，致肾气不固或脾虚气陷，正虚邪恋，故见淋漓不已，遇劳而发。

治法——健脾益肾

方药——无比山药丸加减。酌加桑寄生、枸杞子、川续断、鹿角霜。脾虚气陷面色苍白，少气懒言，点滴而出者可用补中益气汤加旱莲草、小蓟、杜仲。

四、预防 护理

1. 少食油腻香燥辛辣之品。

2. 注意个人卫生，保持下阴清洁。

3. 避免不必要的泌尿道器械操作。

4. 多喝水、避免忍溺等。

淋证的病因以湿热为主，病位在肾与膀胱，初起多实，久病则多虚，或虚实夹杂。

淋证一般分五淋，但临床上热淋并不少见，故按六淋辨治。一般来说，热淋、石淋属实，宜清热利湿通淋，有石则排石。劳淋属虚，宜补益脾肾。血淋、气淋、膏淋有实有虚，实证宜清热通淋，凉血止血，或理气和血通利除湿，或清热利湿，分清泌浊。诸淋病久，往往虚实互见，应分清标本缓急，予以适当治疗。

此外淋证的治法，古有忌补、忌汗之说。如《证治汇补》：“气得补而愈胀，血得补而愈涩，热得补而愈盛”。《金匱要略》又有“淋家不可发汗”之戒。根据临床实践，淋证伴见畏寒发热，多是湿热熏蒸，邪正相争所致，并非外邪袭表，发汗解表自非所宜，如确兼有表证者，则可适当选用疏风解表之剂，但辛温之品当慎用。至于补法，在初起或实证者，则不宜轻用。

〔示教病例〕

一、施×× 女 31岁

初诊：五天前突然少腹胀痛，伴有尿频尿痛，伴尿刺痛，小便色黄而浊，一天小便二十余次，第二天至保健站服药打针，未见好转，又发现小便色赤，甚至全为血尿排出，排尿时疼痛自脐部向下放射至尿道。无腰痛、腰酸情况，小便有热涩感。

体检：体温37.5℃，神清，发育营养一般，舌尖红，苔薄白腻，脉濡。心肺阴性，腹软，少腹中部有明显压痛，肾区无叩击痛。小便常规：黄，微浊，旦白少量，白细胞卅，红细胞廿，小便培养有大肠杆菌生长。

诊断：血淋（急性膀胱炎）

处方：生地12克 川柏9克 瞿麦9克 木通6克 车前子9克 扁蓄9克 生山栀9克 滑石9克 甘草4.5克 灯草2扎 琥珀粉2克（分三次吞服）

二诊：服药二剂后，小便时刺痛已消失，排尿次数约十次左右，少腹轻度胀痛及压痛，尿常规：黄、清、旦白（一），白细胞少许，红细胞（一），继服原方。

三诊：再服原方三剂，少腹胀痛及压痛均消失，尿频已除，排尿次数恢复正常。小便检

查恢复正常。

按：本例血淋是由于湿热下注膀胱，血络内伤所致，血瘀内积，而见排尿刺痛。故用八正散清化湿热，加琥珀末祛瘀通淋。

二、冯××男 37岁 干部

病史：患结石多年，此次以急性肾绞痛伴血尿，尿频急，排出不畅来诊。舌质红，苔黄腻，脉沉弦而数。化验：小便红血球卅，白血球十。X光肾平片检查：发现右肾盏相当于漏部有 $0.7 \times 1.5\text{cm}$ 之结石影。中医分型：石淋（湿热下注）。

治则：清热利湿，通淋排石。

处方：滑石60克 草梢6克 金钱草45克 荠菜60克 冬葵子24克 黄芪16克 云苓18克 三剂。

二诊：症状减轻，血尿减少，但腰部似有阵痛感，再依上方去黄芪，改配五爪龙45克继服三剂，结石排出，症状消失，经X光复查结石影已消失。

按：此证属石淋，因结石损伤脉络而见尿血，初起阴血未亏，湿热偏重，故以清热利湿排石为治（摘自广州中医学院附院《临床资料汇编》）

三、患者汤×× 女 36岁

病史：三年来长期反复小便频数涩痛，遇劳即发，缠绵难愈，半月来小便频数短少疼痛，色混浊，腰痛，腰腿酸软，眩晕，耳鸣，心烦少寐，口干，舌红苔黄腻，脉弦细数。小便培养大肠杆菌。此系肾阴不足，湿热内蓄。

治法：滋阴降火，佐以清热利湿。

方药：黄柏9克 知母9克 生熟地各12克 龟板12克 胡连9克 马鞭草15克 茯苓15克 甘草梢6克 竹叶9克 蒲公英15克 通草9克 五剂。

二诊：腰痛、尿痛减轻，余症同前。仍以上方再进。五剂。

三诊：小便转长色清，惟头昏痛，腰腿酸软，心烦少寐依然，苔薄黄，脉弦细，湿热将尽，肝肾亏虚，治用养肝滋肾。佐以清利湿热，黄柏12克 女贞子12克 沙苑子12克 知母9克 茯苓12克 白芍12克 蔓京子9克 川芎9克 山药12克 当归6克 珍珠母24克 马鞭草15克 生熟地各12克 五剂。

四诊：加枸杞子12克 萸肉9克 五剂。

五诊：服上方二十剂，病未复发。偶有梦外，余无不适，尿培养阴性，仍以上方加减五剂。

按：《巢氏病源》指出：“诸淋者，由肾虚膀胱热故也……”。本案系肾阴不足，膀胱湿热之“劳淋”，肾阴不足是本，湿热是标，治疗补肾佐以清热利湿，故用大补阴丸合导赤散加味，标本兼治，三诊时，热未全消，虚已渐显，出现腰酸、心烦、少寐，治用滋补肝肾，佐清湿热。（摘自广州中医学院《老中医医案选》）

〔文献摘录〕

《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》：“淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛