http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00020
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

基于现代临床医案探析严用和学术思想在慢性肾衰中的应用研究

黄玲　　雷宗尚　　石春珍

（九江市中医医院血液透析科，江西九江 332900）

[摘要]慢性肾衰竭（CRF）病程缠绵、病机复杂，严重威胁患者生命健康。南宋南康医家严用和所著《济生方》《济生续方》，立论以脏腑学说为基础，重视脾肾在生理病理中的核心作用，对水肿等疾病的辨治具有独到见解。本文通过文献研究与理论提炼方法，系统梳理严用和学术思想中与慢性肾衰及并发症诊治相关的内容，从病因病机、临床论治等方面进行深入探析，并结合现代临床医案验证其临床应用价值。

[关键词]严用和；《济生方》；慢性肾衰竭；学术思想；脾肾虚损

[中图分类号] R273　　[文献标识码] A

[1]慢性肾脏病（chronic kidney disease,CKD）可因肾小球滤过率下降发展成慢性肾衰竭（chronic renal failure,CRF），从而引发引起代谢产物潴留、水电解质及酸碱平衡失调、内分泌功能紊乱等一系列临床综合征，主要为CKD4-5期[1]。

中医古籍虽无“慢性肾衰竭”之病名，但根据其临床表现，可归属于“水肿”“关格”“癃闭”“虚劳”等范畴[2]。《中医临床诊疗术语:疾病部分》[3]中明确提出“肾衰”病名，在《中医临床诊疗术语第1部分:疾病（修订版）》[4]中对“肾衰”做出明确解释。

CRF可根据严用和《济生方》中“水肿”进行论治。严用和，字子礼，南宋南康（今江西九江庐山市）人，生于南宋庆元年间（1199—1200年），卒于1267年以后。严用和学术思想根植于《内经》《伤寒论》《金匮要略》，兼收隋唐宋医家经验，结合长期临床实践，著有《济生方》[5]《济生续方》[5]，其论治水肿对现代临床治疗慢性肾病水肿、心源性水肿、肝硬化腹水等均具有重要指导价值。笔者通过研究其著作、并运用其学术思想在临床研究中，现总结其治疗CRF的学术思想和诊疗经验，供同道学习。

1 病因病机

严氏认为“水肿为病皆由真阳怯少，劳伤脾胃”[5]，真阳即命门之火，是人体气化功能的原动力，真阳怯少，则脾肾阳虚，水失气化，寒水内积，泛溢肌肤而发水肿。这一认识与国医大师皮持衡[6]、李济仁[7]等现代中医对慢性肾衰“脾肾虚损为本”的病机共识完全一致。在《济生方》[5]中，“肾能摄水，

1基金项目：江西省中医药有管理局科技计划项目（2024B0875）通信作者：黄玲，电子邮箱：470037075@qq.com

10.12201/bmr.202611.00020V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00020
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

脾能舍水。肾水不流，脾舍堙塞，是以上为喘呼咳嗽，下为足膝肿，”明确指出脾肾在水液代谢中的关键作用：肾主水，司关门之开阖，能“摄水”；脾主运化，能“舍水”。若肾失气化，水液不流，则脾之运化功能受阻，水湿停聚，泛溢肌肤，发为水肿。严氏在论述脾肾关系时强调“肾如薪火，脾如鼎釜”[5]，这一形象比喻深刻阐明了肾阳对脾土的温煦推动作用。现有临床研究证实，慢性肾衰患者多见脾肾阳虚证，症见畏寒肢冷、腰膝酸冷、食少纳呆、大便溏薄、水肿等，常兼夹浊毒、血瘀征象，与严氏本虚立论结合后世发展的湿浊瘀毒标实病机认识相符[8-9]。严氏原著重在阐述脾肾阳气亏虚、水湿泛溢致肿，但未深入论及久病衍生浊、瘀、毒之变。结合现代CRF临床特点，脾肾虚损日久，水湿难以运化，久郁成浊，湿浊内蕴；久病则气虚阳弱，血行停滞，瘀血内生，湿、浊、瘀三者相互胶结，最终形成湿浊瘀毒之标实症候。本虚与标实互为因果，形成恶性循环，这也是CRF水肿区别于普通水肿的核心病机特点。

2 临床论治水肿

2.1 从脾肾论治

严用和在临床诊治中尤为重视肾脏，提出了著名的“补脾不若补肾”理论。《济生方》[5]中明确指出：“补脾不如补肾。肾气若壮，丹田火往上蒸，脾土温和，中焦自治，膈开能食矣。”肾中命火为脾土之母，命火充足则能温煦脾土，脾土温和则中焦运化水谷、气血生化有源。反之，若肾阳不足、命火衰微，则脾土失于温煦，运化无力，生化乏源，水湿内停。故在脾肾俱虚时，治虚贵在补肾，温肾即可暖脾，从脾肾论治对慢性肾衰具有指导意义[10]。慢性肾衰以脾肾虚损为本，而肾虚尤为根本，因此，本病的治本当为温补肾阳、补肾填精。通过温补肾阳，可以振奋一身之气化功能，促进水湿的运化和排泄；通过补肾填精，可以补充肾之精气，延缓肾功能的衰退。

严氏又提出“调脾亦可治肾”，体现了脾肾并重、不可偏废的思想。脾为后天之本，气血生化之源。脾胃功能正常，则水谷精微得以化生，可以充养肾精；脾胃虚弱，则化源不足，肾精失养。CRF病程久，湿浊瘀毒困遏中焦，单纯使用温肾药物易导致浊邪内生、滋腻碍胃，故需兼顾使用健脾助运药物，一则助运化水湿，二则顾护胃气，此即严氏脾肾双调思想在肾衰浊瘀证中的延伸运用。因此，在慢性肾衰的治疗中，既要注重温补肾阳以暖脾土，又要注重健脾益气以充肾精，做到脾肾双补、标本兼顾。

2.2 尊崇“发汗利小便”之法

“开鬼门，洁净府”最早出自《素问·汤液醪醴论》。唐代的王冰在《重广补注黄帝内经素问》：“开鬼门，是启玄府遣气也……洁净府，谓泄膀胱水去也。”自王冰将其解释为发汗利小便之意后，后世医家认为“开鬼门，洁净

10.12201/bmr.202611.00020V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00020
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

府”就是治疗水肿的基本原则。严用和在《济生方》[5]“经云：治水之法，腰以上肿宜发汗；腰以下肿宜利小便，此至当之论……当辨其阴阳”，亦是尊崇《内经》“开鬼门，洁净府”的治水原则，对慢性肾衰水肿的治疗同样具有指导意义[11]。发汗法适用于上半身水肿者，对于慢性肾衰患者，表现为头面、眼睑浮肿为主，或兼见表证者，提示水湿之邪在表，可以发汗解表之品，使水湿从汗而解，严氏《济生方》所创的麻黄甘草汤体现了这一思想。而利小便法适用于下半身水肿为主者，对于慢性肾衰患者，表现为多见下肢水肿、小便少，提示水湿在里，可给予利水渗湿之品，使水湿之邪从小便而去，严氏《济生方》所创的赤小豆汤体现了这一思想。此外，鸭头丸治水肿面赤烦渴、小便涩少；葶苈丸治肿满水气；七皮饮行气消胀、利水渗湿；涂脐膏为外敷利水之剂。

CRF 患者肾气衰败，气化无力，临床治疗中不可照搬普通水肿峻汗、峻下逐水之法。发汗法仅宜用于 CRF 水肿兼表证、正气尚可者，药量宜轻，中病即止，防止汗出伤阳耗气，加重肾元亏耗；利小便之法为 CRF 水肿常用治标手段，但利水不可单纯追求尿量，须结合本虚，同时使用温阳药物以助气化，佐以活血之类药物活血泄浊，方能解除湿浊瘀毒阻滞，恢复水道通利，否则单纯利水只可暂消水肿，旋即复发。

2.3 从阴阳论治水肿

严氏尊崇“发汗利小便”之法，从阴阳辨治水肿，为慢性肾衰水肿的分层论治提供了理论依据。他指出：“然肿满最慎于下，当辨阴阳。阴水为病，脉来沉迟，色多青白，不烦不渴，小便涩少而清，大便多泄……阳水为病，脉来沉数，色多黄赤，或烦或渴，小便赤涩，大便多闭，此阳水也。”“阴水则温暖之剂，如实脾饮、复元丹是也；阳水则宜用清平之药，如疏凿饮子、鸭头丸是也。”阴水属里证、虚证、寒证，发病较缓，病程较长，水肿多由下肢开始，逐渐延及全身，治法为温阳健脾、行气利水，方以实脾饮与复元丹为代表，重用厚朴、白术、木瓜、白茯苓等以健脾，使脾实舍水，肾水温行。阳水属表证、实证，发病较急，病程较短，水肿多由头面开始，自上而下，继及全身，治法为清热利水、疏凿逐水，方以疏凿饮子与鸭头丸为代表，多用泽泻、商陆、猪苓等药健脾渗湿，通调
水道[12]。

慢性肾衰的水肿以阴水证为多见，患者病程迁延日久，脾肾阳虚，水湿内停，可表现为下肢水肿、按之凹陷不起、畏寒肢冷、腰膝酸软、小便清长或不利、大便溏薄等，与严氏所论阴水之证完全吻合[13]。当然，在慢性肾衰的急性加重期，或因外感诱因而致病情急剧变化时，也可表现为阳水之证，临证时当灵活辨析，不可拘泥。CRF 之阴水绝非单纯虚寒水停，湿浊瘀毒贯穿全程，故运用实脾饮、济生肾气丸等严氏温阳利水方时，不可纯用温补，当酌情加活

10.12201/bmr.202611.00020V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00020
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

血、泄浊之品通肾络、泄浊毒，破除该病本虚标实的恶性循环；而阳水证多见于 CRF 急性加重期，此时使用逐水之药宜中病即止，谨防攻伐伤正。

2.4 首提疮毒所致热肿

严氏在《济生方·水肿论治》论述:“又有年少，血热生疮，变为肿满，烦渴，小便少，此为热肿，”首次提出疮毒所致热肿，处方“赤小豆汤”，处方“赤小豆汤”。用药为“赤小豆、当归、商陆、泽泻、连翘仁、赤芍药、汉防己、木猪苓、桑白皮、泽漆，以上各半两”。这对于后世《中医内科学》[14]中湿毒浸淫型水肿影响甚大，其治法宣肺解毒、利湿消肿与严氏学术思想不谋而合，方药为麻黄连翘赤小豆合五味消毒饮。CRF 水肿亦可由外邪疮毒诱发，毒邪内归于肾，水湿与热毒互结，临证不可只重脾肾固本，还需审察毒邪，解毒利水，拓宽了 CRF 水肿辨治思路。

2.5 用药规律分析

通过对严用和《济生方·水肿门》[5]分析，其治疗水肿共有 11 首方剂，其中内服方剂 10 首：实脾散、复元丹、疏凿饮子、葶苈丸、麻黄甘草汤、七皮饮、赤小豆汤、三仁丸、加味肾气丸（济生肾气丸）、鸭头丸，外用方剂 1 首：涂脐膏。通过对方剂中药物分析，可发现以下高频药物：附子、泽泻 4 次，茯苓/茯苓皮、白术、厚朴、木香出现 3 次，山茱萸、山药、牡丹皮、官桂/桂心、熟地黄、羌活、防己、猪苓、桑白皮、大腹皮/大腹子、陈皮/橘红、甘草出现 2 次。四气五味分布：以温热药为主，寒凉药为辅，辛、苦、甘并用。

结合以上分析，严氏紧扣“真阳怯少”，从脾肾论治，用药则以温阳药与利水药并用：以附子、泽泻为代表的高频用药，体现了“温阳以治本，利水以治标”的思路，广泛使用木香、厚朴、陈皮等，通过调畅气机来助水湿运化。针对“阴水”多用温热之剂，如实脾散，针对“阳水”则用清平之药，如疏凿饮子。

2.6 代表方分析

济生肾气丸，是严用和在金匮肾气丸基础上加牛膝、车前子，核心立意是温补肾阳、导水下行，是“肾如薪火，脾如鼎釜”、“补脾不若补肾”思想的体现。从临床主要从四个方面进行拓展分析：

（1）固本补虚方面：CRF 患者浊毒困遏中焦，胃气受损，单纯温肾容易壅滞碍胃，补药难以受纳。故加黄芪、麸炒白术，强化健脾益气，脾旺则能“舍水”，既辅助治水，又顾护中焦，保障附子、熟地等温补药物可以吸收，体现严氏“调脾亦可治肾” 的双向思路，避免一味补肾而忽视后天之本。

（2）治标实方面：CRF 久病，代谢浊邪蓄积，单纯利水只能泄水，不能降浊。方中加入土茯苓，解毒、利湿、降浊，针对血肌酐、尿素氮升高的浊毒标候。若浊逆犯胃、恶心纳差，短期配伍姜半夏和胃化浊，先安胃气，“有胃

10.12201/bmr.202611.00020V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00020
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

气则生”，这也是肾衰用药重要前提；浊象缓解后即可撤除，防温燥久用助浊。

（3）活血通络方面：CRF 病程久，阳气不足，血行迟滞，肾络瘀阻，瘀水互结，水肿顽固难消。原方丹皮、川牛膝已有活血引下之意，再加当归养血活血，化瘀而不伤正，瘀去则水道通行，实现活血以利水，而非单纯利水消肿。

3 验案举隅

患者，男，39 岁。初诊：2026 年 3 月 18 日。主诉：反复双下肢水肿 3 年余。患者诉 3 年前开始出现双下肢水肿，尿中泡沫增多，检查发现血肌酐升高，当地医院予以控制血压、降蛋白及降肌酐等对症治疗，现症见：双下肢凹陷性水肿，夜尿次数增多，2-3 次，尿浊多沫，腰膝酸软，怕冷，四肢倦怠，睡眠差，恶寒，无呕吐，口淡无味，纳食差，大便每日 1—2 次，大便偏稀。舌质紫暗，苔白腻，舌体胖大，边有齿痕，脉细。既往有高血压病史，查体：慢性病面容，颜面部无浮肿，双下肢轻度浮肿。辅助检查：血肌酐:472 umol/L，尿素氮:15.3mmol/L，尿蛋白定量:2.3g/24h。初诊：中医诊断：慢性肾衰中医证型：脾肾气虚中医治则：健脾益肾西医诊断：慢性肾脏病 5 期。方选严氏济生肾气丸加减。处方：熟地黄 20g、炮附子（先煎）6g、肉桂（后下）6g、炙黄芪 30g、麸炒白术 30g、山茱萸 15g、牡丹皮 15g、茯苓 12g、猪苓 12g、泽泻 12g、车前子（包煎）15g、川牛膝 15g、当归 20g、姜半夏 10g。10 剂，日 1 剂，水煎 2 次，每次煎至 150ml,分早、晚两次温服。

二诊：2026 年 3 月 30 日。自觉畏寒较前减轻，四肢乏力稍有改善，纳食好转，睡眠仍欠佳。查体：双下肢浮肿较前消退。舌质紫暗，舌胖大有齿痕，苔薄白腻，脉细。方药：原方去姜半夏，睡眠差加酸枣仁 20g 养血安神、陈皮 12g 燥湿健脾。7 剂，日 1 剂，服用方法同前。

三诊：2026 年 4 月 20 日。畏寒、四肢倦怠明显改善，夜尿 1 次，小便泡沫显著减少，纳可，大便调，睡眠改善。查体：舌质暗、舌体胖大，齿痕减轻，苔薄白，脉细。复查：血肌酐:435umol/L，尿素氮:13.7mmol/L，尿蛋白定量:1.7g/24h。调整方药：熟附子改为 5g，肉桂改为 5g。7 剂，日 1 剂，服用方法同前。

随访 3 月，患者间断中药调理，血压控制平稳；水肿未反复，夜尿正常，乏力、腰膝酸软症状稳定。定期门诊复查肾功能，血肌酐水平较初诊平稳，尿蛋白波动幅度减小。

按语：本案患者以蛋白尿、血肌酐升高为主症，伴夜尿增多（2—3 次）、腰膝酸软、肢冷、神疲乏力、纳差便溏。舌质淡暗、舌体胖大边有齿痕、苔白腻，脉细，一派脾肾阳虚、水湿内停之象。本案治法为温补肾阳为主、辅以健

10.12201/bmr.202611.00020V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00020
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

脾益气、兼以利湿泄浊，济生肾气丸是严用和在《济生方》中对肾气丸的改良，加入车前子、牛膝，使其在温补肾阳的基础上，增强了利水消肿、导浊下行之功，成为治疗肾虚水肿、腰膝酸重的名方。本案在此基础上，再加黄芪、白术、当归、半夏，是“重脾”与“补肾”并举的进一步发挥：黄芪配白术补气健脾以治水湿之源（脾），附子、肉桂温肾助阳以助水湿之化（肾），充分体现了严氏脾肾同治的核心思想。

熟地黄、山茱萸滋阴填精、阴中求阳，合为肾气丸骨架，茯苓、猪苓、泽泻、车前子渗湿利水、导浊下行，当归、川牛膝、牡丹皮养血活血、引血下行、祛瘀不伤正。姜半夏和胃止呕、燥湿化痰，肾衰浊毒上逆，先安胃气，方能受补。二诊患者自觉畏寒、四肢乏力改善，睡眠仍欠佳。原方去姜半夏，因睡眠差加酸枣仁养血安神、陈皮燥湿健脾。三诊患者畏寒、四肢倦怠明显改善，夜尿次数减为 1 次，熟附子改为 5g、肉桂改为 5g。现患者间断中药调理，血压控制平稳；水肿未反复，定期门诊复查肾功能。

4 结语

综上所述，南宋南康医家严用和所著《济生方》《济生续方》蕴含着丰富的学术思想，其“重脾肾、重调气、重温补”的学术特色与慢性肾衰“脾肾虚损为本、湿浊瘀毒为标”的病机特点高度契合，对慢性肾衰的中医药治疗具有重要的理论指导和临床实践价值。未来研究可进一步运用大样本、多中心的数据挖掘、网络药理学等现代研究方法，深入探索严用和方剂治疗慢性肾衰的作用机制，为严用和学术思想的传承与创新提供更加坚实的科学依据。

参考文献

[1]葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9 版.北京:人民卫生出版社,2018:518.

[2]胡雪原,张磊,佟琳,等.慢性肾衰竭中医古籍概念溯源与发掘路径探析[J].中国中医基础医学杂志,2026,32(6):1224-1227.

[3]国家中医药管理局医政司.中医临床诊疗术语疾病部分:GB/T16751.1—1997[S].北京:中国标准出版社,1997:14-15.

[4]全国中医标准化技术委员会(SAC/TC478）.中医临床诊疗术语第 1 部分:疾病:GB/T16751.1—2023[S].北京:中国标准出版社,2023:51.

[5]严用和.重辑严氏济生方[M].北京：中国医药科技出版社，2012.

[6]李福生,王茂泓,吴国庆,等.皮持衡肾病“五论”学术思想浅析[J].中华中医药杂志,2019,34(10):4649-4651.

[7]范为民,李艳.国医大师李济仁教授辨治肾系疾病经验撷要[J].时珍国医国药,2016,27(12):3027-3029.

[8]潘金欣,马皓洁,王敏,等.慢性肾功能衰竭(CKD5 期)中医证候特征与实验室指标关系的探讨[J].中国医药指南,2016,14(13):202-203.

10.12201/bmr.202611.00020V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00020
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

[9]杨波,乔延恒,赵岩茹,等.从十年文献分析探寻中医药诊治慢性肾衰竭病因病机[J].辽宁中医杂志,2016,43(1):58-59.

[10]陈银凤,闵捷,俞东容.从脾肾亏虚为本论治慢性肾衰探析[J].浙江中医杂志,2023,58(11):807-808.

[11]王晓雪.董志刚教授运用“开鬼门，洁净府”思想指导慢性肾衰的多途径治疗[D].辽宁中医药大学,2016.

[12]卜李琳,高常柏.《济生方》中治疗水肿脾肾为重思想探析[J].山西中医药大学学报,2023,24(12):1304-1306+1372.

[13]李朝,董钊瑜,李海悦,等.李果烈“消补兼施”法治疗阴水水肿之经验[J].江苏中医药,2024,56(1):22-25.

［14］王永炎.中医内科学［M］.上海:上海科学技术出版社，1997:240～243.

10.12201/bmr.202611.00020V1