

# 辨证治疗水肿两则

□王自敏

## 案例一:疏风解表、温肺化饮法治疗水肿(急性肾小球肾炎)

王某,男,33岁。  
初诊:患者浮肿1周,住院经主治医师中药治疗效果不佳,有加重趋势,邀笔者参加会诊。患者原有咳嗽,遇寒则发,今因感冒出现眼睑浮肿,继而遍及全身,微有恶寒发热,体温为37.3摄氏度,乏力、头痛、咳嗽,痰多而稀,不能平卧,头背部垫高方可缓解,尿少色黄,大便溏,舌质淡红,苔白腻,脉浮。尿常规检查:蛋白(++),红细胞(+++);血生化检查:总蛋白58克/升,白蛋白33克/升,球

蛋白25克/升;血压:140/95毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。  
中医诊断:风水。  
西医诊断:急性肾小球肾炎。  
此为风邪首先犯肺,肺卫与水相搏故现尿少、咳嗽、浮肿。  
治宜:疏风解表、温肺化饮。  
方药:小青龙汤化裁。麻黄9克,桂枝9克,芍药9克,陈皮10克,半夏9克,细辛3克,炒

杏仁9克,川贝母10克,干姜6克,五味子6克,茯苓皮30克,泽泻20克,白茅根30克,甘草6克。  
二诊:患者服用7剂后,恶寒发热已退,咳嗽轻,面部浮肿消,纳食少,舌质淡红,苔薄白,脉细,尿常规检查:红细胞(-),蛋白(+),上方去干姜,加墨旱莲20克,茜草20克,再服用7剂。  
三诊:患者已能平卧,尿量增加,每天约1500毫升以上,浮肿自上而下逐渐消退,

食量增多,精神愉快;尿常规检查:蛋白(+),红细胞(±),上方去炒杏仁、川贝母,加枸杞子20克、覆盆子20克,继续服用10剂。  
四诊:尿常规检查:红细胞(-),蛋白(-),查血浆蛋白均在正常范围,血压降至116/70毫米汞柱,诸症悉除,守方守法治疗,继续服用20余剂,痊愈。  
按语:患者内有寒饮,复感风邪,首先犯肺,寒邪袭表则易引动内饮,肺卫与水相搏,阻滞气机,肺失宣肃,治节

## 案例二:健脾通利、益气养阴补肾法治疗水肿(肾病综合征)

武某,男,56岁。  
初诊:患者1个月前无明显诱因出现腰痛,左侧痛甚,下肢略有浮肿,未引起重视,近日因感冒后出现眼睑及四肢浮肿,便到某省级医院住院治疗。患者做肾穿刺检查,结果显示微小病变肾小球病伴急性间质性肾炎;B超检查:左肾积水、腹水;钡餐检查结果显示:反流性食管炎,十二指肠球部溃疡;血生化检查:白蛋白19.2克/升,总胆固醇13.61毫摩尔/升,甘油三酯4.01毫摩尔/升,24小时尿蛋白定量8.10克;尿常规检查:蛋白(+++),本应给予患者激素治疗,因其有胃病、十二指肠球部溃疡,故不能服用。患者辗转寻找至笔者处就诊。  
症见:神疲气怯、眼睑浮肿、脘腹胀满、恶心想吐、胃痛不欲食,大便正常,每天尿量约500毫升,双下肢按之如泥,舌质暗红,舌苔薄腻,脉沉细。笔者认为该患者为水湿阻遏三焦,胃失和降,脾虚不能运化水谷,水液

泛滥四肢,故先拟健脾和胃,通利水治之。  
处方:陈皮10克,清半夏10克,茯苓皮30克,竹茹12克,白豆蔻12克,鸡内金15克,焦三仙(焦麦芽、焦山楂、焦神曲)各10克,丹参20克,赤芍15克,穿山甲10克,猪苓20克,泽泻15克,水蛭3克,厚朴15克,白茅根30克。  
二诊:患者上方服用20剂后,舌质暗红,舌苔薄,脉沉细。每天尿量1500毫升~3000毫升,浮肿全消,畏寒除。尿常规检查:蛋白(+);尿放免检查:白蛋白3114微克/毫升,免疫球蛋白624微克/毫升,β<sub>2</sub>微球蛋白2211微克/毫升;查血生化:白蛋白17克/升,尿素氮11.70毫摩尔/升,血肌酐60微摩尔/升,胆固醇13.55毫摩尔/升,甘油三酯4.63毫摩尔/升,谷丙转氨酶68单位/升。患者胃不痛,食欲增进,拟用健脾和胃、固摄肾气法治疗。  
处方:陈皮10克,清半夏10克,茯苓30克,砂仁12克,鸡内

金15克,山茱萸30克,枸杞子30克,菟丝子30克,覆盆子30克,金樱子30克,巴戟天15克,丹参30克,赤芍15克,生山药15克,白茅根30克。  
三诊:患者服用18剂后,查尿放免:白蛋白5.3微克/毫升,免疫球蛋白2.2微克/毫升,β<sub>2</sub>微球蛋白441微克/毫升,α<sub>1</sub>微球蛋白13.8微克/毫升。血生化检查:血清总蛋白58克/升,白蛋白34克/升,谷丙转氨酶53单位/升,尿素氮11毫摩尔/升,肌酐76微摩尔/升,胆固醇7.85毫摩尔/升,高密度脂蛋白1.82毫摩尔/升,低密度脂蛋白3.28毫摩尔/升;尿常规检查:蛋白(-),白细胞(-),查舌质暗红,舌苔薄黄,脉沉细。患者经过治疗后病去大半,病久气阴两伤,应扶正祛邪,改为益气滋阴补肾法。  
处方:黄芪30克,太子参15克,生地黄15克,牡丹皮12克,丹参30克,赤芍15克,山茱萸30克,枸杞子30克,菟丝子20克,

覆盆子20克,生山药20克,茯苓15克,砂仁12克,白茅根20克。  
患者随症加减服药3个月,巩固疗效,查尿放免、肝功能均在正常范围。追踪观察,至今未再复发。  
按语:本案患者在外院行肾穿刺检查,结果显示为微小病变肾小球病伴急性间质性肾炎。西医认为应首选激素治疗,但因其有十二指肠球部溃疡,不宜用激素;当地西医束手无策,故来诊。经查该患者谷丙转氨酶偏高,又不能配合免疫抑制剂雷公藤多苷片,唯有用中医中药辨证施治。患者起病虽较为急重,但下肢肿势明

# 腰痛的中草药外敷治疗方法

□王国杰

腰痛是临床常见的症状,以腰部一侧或两侧疼痛为主,常可放射到腿部,常伴有外感或内伤症状。引起腰痛的原因很多,除运动系统疾病与外伤以外,其他器官的疾病也可引起腰痛。如泌尿系炎症或结石、肾小球肾炎、某些妇科疾病、妊娠、腰部神经根炎和某些腹部疾病皆可出现腰痛。腰痛治疗方法可采用手术治疗和非

手术治疗。非手术方法可采用药物和局部封闭治疗,腰痛在临床上比较多见,笔者多年前和同仁交流时遇到一良方,一直沿用至今,效果显著,分享如下:  
药方:雪乌祛痛散。雪上一枝蒿10克,川乌60克,竹节香附10克,细辛10克,乳香10克,没药10克,花椒10克,干姜10克,肉桂10克。

用法:上述药物粉碎过筛成细粉备用,用时取药粉适量,加陈醋和黄酒适量调和为糊状。外敷患处厚如硬币,再外敷一层保鲜膜,用神灯照射。  
病例:患者为男性,45岁,因在建筑工地干活时不慎扭伤后腰部,疼痛1个月余来诊。患者左侧腰痛甚,腰部扭动不利。  
诊断:慢性腰痛,血瘀腰痛型。

治疗:活血化瘀,通络祛痛。  
方药:雪乌祛痛散。每次取药粉适量调和后外敷,加神灯照射40分钟,每天1次,连续应用1周。7天后,患者症状大减,腰部已能扭转走动,嘱附其再用药外敷1周,注意休息。  
按语:雪乌祛痛散中的雪上一枝蒿具有活血止痛之功效,用于治疗跌扑肿痛等;川乌、竹节香附、细辛,祛风除湿,用于治疗风寒湿痹;乳香、没药,散瘀止痛,消肿生肌,用于治疗风寒湿痹,跌扑损伤;花椒、干姜、肉桂,温中散寒,用于治疗四肢凉冷、冷痛。诸药共奏祛风除湿,活血化瘀,温中散寒,行气止痛之功效。  
(作者供职于安阳市滑县高平镇卫生院)



## 药物外敷加针灸治疗胃下垂

潘华 陈杰 徐非

笔者两年来使用药物外敷加针灸治疗胃下垂取得较好疗效。现总结如下。

### 临床资料

78例患者均来自门诊,其中男性17例,女性61例,年龄最小者21岁,最大者58岁,病程最短者1年,最长者19年。其中轻度胃下垂40例,中度胃下垂37例,重度胃下垂1例。

### 诊断标准

- 1.钡餐透视直立时胃下极低于髂嵴间线下方5厘米~7厘米为轻度胃下垂。
- 2.钡餐透视直立时胃下极低于脐间线下方8厘米~12厘米为中度胃下垂。
- 3.钡餐透视直立时胃下极低于髂嵴间线下方12厘米以下者为重度胃下垂。

### 治疗方法

药物外敷:黄芪、蓖麻子仁、升麻、五倍子各10克,加少许热糯米共捣烂,制成2厘米厚,直径1厘米的圆形药饼,敷以鸠尾穴、脾俞穴、气海俞穴,外用胶布固定,6天为1个疗程,此法可与针灸同时进行。  
针灸:主穴为提胃穴,胃俞穴(脐旁开1寸,此为同身寸),双侧足三里穴。医者右手用26号毫针自提胃穴进针,经皮下透刺胃俞穴后向一个方向捻转形成滞针后向上提起,同时左手从耻骨联合外向上推压胃体至脐下,嘱患者抬高臀部。待胃脘部隆起,患者自觉胃脘饱满后,用腹带自脐下扎紧,缓缓取针。足三里穴使用28号毫针直刺得气后施补法,留针30分钟。用中号艾灸箱置于鸠尾穴下正中线上,施以艾灸15分钟。隔天1次,10次为1个疗程,疗程间休息2天~4天,疗程不限。

### 治疗结果

疗效标准:基本痊愈,症状和体征基本消失,钡餐检查结果显示胃下极在髂嵴间线以下不超过4.5厘米;显效:症状部分消失,体重增加。钡餐检查结果显示胃的位置较以前上升3厘米以上;好转:患者自觉精神好转,钡餐检查结果显示胃的位置较以前上升1厘米以上;无效:经治疗诸症无改善。  
78例患者经治疗3个~8个疗程,基本治愈41例,显效12例,好转19例,无效6例,有效率为92.3%。  
(作者供职于南阳市中医院)

## 中医外治

ZHONGYI WAIZHI

### 单方验方

### 预防心脑血管疾病方

取山楂1000克,丹参1000克,金樱子500克,何首乌500克。如果伴腰困、腿困可以加鸡血藤500克,怀牛膝500克;血压高,眩晕易上火,加天麻125克,葛根250克,山楂500克,丹参500克,怀牛膝250克,杜仲250克,何首乌250克,鸡血藤250克;乏力,心慌,心脑血管疾病后遗症,加山楂1000克,丹参1000克,金樱子500克,何首乌500克,黄芪500克,三七500克;血稠,大便干,加山楂1000克,丹参1000克,金樱子500克,何首乌500克,炒决明子500克;脑梗死后遗症,手脚不利,加黄芪250克,丹参250克,川芎250克,山茱萸200克,三七200克,水蛭200克。将上药研为细末,每天早、晚2次,每次服用3克。  
(该方由邯郸市高龙镇左村社区卫生室张红跃提供)

本版方需要在专业医生指导下使用

## 河南中医药大学第一附属医院 儿科副教授冯刚

### 孩子高热 发生热性惊厥怎么办

冯刚,河南中医药大学第一附属医院儿科副教授,副主任医师;擅长小儿神经系统疾病的诊治,如癫痫、热性惊厥、脑瘫、脑损伤、孤独症、智力障碍等疾病的康复治疗;任河南省抗癫痫学会青年委员,中国康复医学会康复教育分会常务理事,中国民族医药学会儿科分会理事;获得国际脑电图资质及中国脑功能评估资质。

扫码看视频

### 稿约

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,内设《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推推论》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《名医堂》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。  
稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。  
联系人:朱忱飞  
电话:13783596707  
投稿邮箱:5615865@qq.com  
邮政编码:450000  
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室。

本版未署名图片为资料图片

## 健康你我

原装生活

JIANKANGNIWO YUANZHANGSHENGHUO

# 脑动脉瘤的介入治疗

□闫磊 韩新巍

53岁的李女士平时身体挺好,在4天前突然出现右眼睁开不开,却没有眼痛、红眼等病状。眼科医生说眼睛本身没有问题,做了头颅部CT血管造影(CTA)检查后,在右侧颈内动脉发现了后交通动脉瘤,这个动脉瘤紧邻动眼神经,考虑眼睁开不开是动脉瘤压迫动眼神经造成。患者转至笔者所在医院后,经DSA(数字减影血管造影)检查后确诊为交通动脉瘤,同时进行了动脉瘤的介入栓塞治疗,术后几天患者眼睛睁开不开的症状逐渐好转。

提起动脉瘤,笔者会想到著名小品演员赵本山。在2009年9月,赵本山突发头痛,经头颅CT检查发现蛛网膜下腔出血,CTA检查确诊为前交通动脉瘤破裂。急诊进行动脉瘤介入栓塞治疗,手术在1个小时内完成,第二天即在病床上活动并正常饮食,第三天开始在病房内活动,第七天转至康复病房恢复。

动脉瘤是我们中国人(黄种人)最容易发生的血管病变之一,根据发生的部位不同分为后交通动脉瘤、眼动脉瘤、前交通动脉瘤、大脑中动脉瘤和基底动脉瘤等,成年人的发病率达7%以上,女性多见,在未破裂时多数无症状,动脉瘤体积大者会压迫邻近脑神经,像李女士这样出现动眼神经麻痹的患者,就是因较大体积的后交通动脉瘤压迫动眼神经所致。随着无创性脑血管成像检查技术广泛应用,越来越多的未破裂动脉瘤被发现。

全身各个部位都可以发生动脉瘤,但最常见的是颅内动脉瘤,也就是说脑动脉瘤最易发生于动脉瘤。这是为什么呢?主要是因为脑动脉的血管壁结构与脑外的动脉结构大不相同。动脉血管壁有多层结构组织,但最结实的是内弹力层和外弹力层,这有点类似自行车轮胎,内弹力层如同内胎,外弹力层如同外胎。颅内的脑动脉缺乏外弹力层只有内弹力层一层结构,就等于自行车没有外胎,在同样的血压压力作用下,颅内动脉易于局限性扩张形成动脉瘤。若脑动脉管壁先天性局限性薄弱,或者局部处于血流直接冲击下等情况,局限性血管扩张就会形成动脉瘤。

动脉瘤破裂出血是临床危重症,需要紧急抢救治疗。脑动脉瘤一旦破裂出血,将有20%~50%的患者在1个月内再次出血,复发性第二次出血将使动脉瘤的危害、死亡率与致残率提高两倍。因此,脑动脉瘤一旦破裂出血,要尽早把患者送至有介入治疗条件的医院,进行急诊治疗。搬运和运送患者不会引起动脉瘤出血,而瞬间高血压(如咳嗽、打喷嚏、用力大小便等)可引起脑动脉瘤破裂再出血。

### 脑动脉瘤的诊断

脑动脉瘤的形成是由于血管壁薄弱而扩张,扩张会使局部动脉壁更为薄弱,血压升高,尤其是瞬间血压突然升高,薄弱的脑动脉壁将引发破裂。脑动脉瘤的破裂会喷射大量血液,患者可迅速陷入昏迷,严重者出现呼吸、心跳骤停。动脉

### 脑动脉瘤的介入治疗

几十年来,脑动脉瘤的治疗一直采用的是外科开颅夹闭术,但创伤大,并发症率高,难以在畸形出血期进行,手术中并发血管痉挛和动脉瘤破裂常见,严重威胁患者的生命。随着介入治疗技术的日渐成熟,开颅手术已基本被淘汰。自1991年 Guglielmi(音译:古列尔米)首次应用电解脱弹

簧圈栓塞治疗脑动脉瘤以来,新的脑血管介入材料层出不穷,随着治疗技术逐渐成熟,介入治疗已经成为各类颅内动脉瘤的首选方法。

患者进行栓塞后动脉瘤腔内继发血栓、血栓机化、纤维化,而动脉瘤则萎缩形成一个纤维结节,彻底防止动脉瘤增大和破裂出血。

发现脑动脉瘤,如何治疗有两个原则。其一,对于没有破裂的动脉瘤要尽早治疗,动脉瘤一旦形成会逐渐扩大,乃至破裂,故应尽早治疗以消灭之。其二,对于已经破裂出血的动脉瘤要争分夺秒急救治疗,动脉瘤一旦破裂随时会再次破裂加剧病情,还会继发性性动脉瘤而引起脑缺血,从而加重病情。

介入栓塞治疗具有创伤小、疗效好、并发症少、恢复快等优点,已成为脑动脉瘤治疗,尤其是出血后急诊治疗的首选方法,无论患者年龄大小、体质强弱、病情轻重,多发动脉瘤,

还是开颅手术失败者均可选用。

常用的介入治疗方法有弹簧圈栓塞、支架辅助下弹簧圈栓塞、密网内支架植入和覆膜支架植入治疗脑动脉瘤。

经动脉穿刺介入微导管系统,对于颈动脉瘤采用单纯弹簧圈栓塞术,以弹簧圈栓塞瘤体,保留载瘤动脉。对于宽颈动脉瘤采用支架辅助栓塞术,以避免弹簧圈脱落。植入密网内支架,这是一种血流导向装置,支架的网孔密度改变颅内动脉瘤的血流动力学分布,减缓动脉瘤体与载瘤动脉之间的血液流动,从而诱发动脉瘤内血栓形成,较密的支架结构能加快内皮化进程,促进动脉瘤颈处内膜增生,从而达到载瘤动脉重建作用。植入覆膜支架,通过覆膜将动脉瘤腔内的血流与载瘤动脉血流隔离,改变血流动力学并实现真正意义的血管重建。  
(作者供职于郑州大学第一附属医院)