

肾小球肾炎水肿辨证论治之我见

胡华容

(湖北省通城县中医医院 通城 437400)

关键词:肾小球肾炎水肿;辨证论治;中医药疗法

中图分类号:R 692.31

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.060

水肿是肾小球肾炎(简称肾炎)的主要症状,因此治疗肾炎首先谈行水治法。中医学认为人体水液的正常代谢,主要靠肺、脾、肾三脏功能的协调,如丸加减,其药物组成为:木香、槟榔、黄连、黄柏、大黄、牵牛、青皮、陈皮、香附;对于胃火上炎、胃阴不足、胃脘灼热疼痛者常用泻心汤合增液承气汤加减;对于食滞中焦、胃脘胀痛、噎腐吞酸者常用保和丸加减。

2 治疗善用辛开苦降

辛开苦降法首创于张仲景《伤寒杂病论》,陈教授在继承仲景辛开苦降法的基础上,将半夏泻心汤、左金丸等方药灵活运用于脾胃病中,取得了良好的疗效。《脾胃论》所云:“脾胃之寒热虚实,宜燥宜润,应当详辨。至于‘升降’二字,尤为紧要。”脾胃病总以脾胃升降失常、寒热错杂为特点,其病因不外乎寒、热、湿几个方面,其性质则虚实并见,标本同病。而辨证施药,纯用苦寒之品直折其热,则脾胃愈伤,妄投辛热之剂专祛其寒,又更助其热,皆非病机所宜。而辛开苦降同时具有寒热并调的含义,于一法之中寒热并用、阴阳互调、攻补兼施,其正顺应脾胃生理病理特性,通过调节脾胃气机升降而恢复脾胃功能,有因势利导力拔千钧之功。在临床用药上,可根据寒热水平的不同,灵活应用辛温、苦寒药,针对具体证治。

3 验案举例

3.1 慢性胃炎

3.1.1 病例资料 程某,女,46岁,胃脘胀痛反复发作6年,加重2周,常因饮食不慎或情绪不畅而诱发。曾间断服用达喜、耐信等西药,停药后症状易复发,为寻中医治疗至陈教授处就诊。患者胃脘胀满疼痛,嗳气返酸,晨起恶心,腹胀纳呆,口苦而干,大便不畅,神疲消瘦,舌暗红,苔黄腻,脉细弱。查胃镜示:慢性浅表性胃炎伴黏膜糜烂。处方:半夏10g,黄芩10g,黄连10g,党参15g,干姜10g,厚朴15g,苏梗15g,茯苓30g,白术10g,乌贼骨10g,瓦楞子10g,三七粉10g,蒲公英20g,炙甘草6g。水煎服,每日1剂,3d后患者胃脘胀痛、恶心返酸减轻,仍嗳气,神疲纳呆,大便不畅,舌暗红,苔腻微黄,脉沉

果肺失通调、脾失转输、肾失开合蒸化的功能,就会产生水肿,因此调整肺、脾、肾三脏的功能,乃治疗肾炎水肿的关键。根据古人治水“开鬼门,洁净细。上方去蒲公英加砂仁10g,炒二芽各15g,调理2周后,诸症减轻,继以上方加减治疗3个月获愈。随访半年,未再复发。

3.1.2 讨论 患者病程日久,反复发作,迁延难愈。其病机为脾胃虚弱,运化失常,以至湿浊内生,郁而化热,湿热交阻,气机痞结;久病入络,气滞血瘀。该方以半夏泻心汤为基础方,方中加厚朴、苏梗理气和胃,蒲公英清热化湿,白术、茯苓健脾渗湿,乌贼骨、瓦楞子制酸止痛,三七粉化瘀通络。全方辛开苦降,清热利湿通肠,疏理中焦气机,开达升降枢纽而获效。后期予益气健脾和胃为法调理以巩固后天之本。

3.2 慢性萎缩性胃炎

3.2.1 病例资料 张某,女,50岁,因胃脘胀闷不舒来诊。患者近10年来胃脘反复胀痛,每于情志不畅时发作加重。近日因情志不畅,烦躁易怒,又感胃脘及两胁胀痛不适,纳差,有时吐酸,睡眠梦多,大便不畅,舌红苔薄,脉弦。处方:柴胡10g,香附10g,川芎10g,赤、白芍各10g,党参15g,白术10g,茯苓20g,丹参15g,乌贼骨10g,炒二芽各15g,炙甘草10g。水煎服,日1剂。7剂后诸证减,继服7剂,症状若失。

3.2.2 讨论 肝藏血,主疏泄,关乎一身之气机。脾主运化,生气血。脾的运化,有赖于肝之疏泄,气机条达,才能脾运健旺,化源充足,气血充实,则肝有所藏。病理上,肝脾相互影响,若脾失健运,气血生化乏源,则肝失所藏。肝失疏泄,则影响脾胃运化。患者平素情志不舒,肝失疏泄,肝木横克脾土,影响脾胃运化功能,导致胃脘胀闷不舒,气滞日久导致血瘀。本病证属肝气不舒,肝气犯胃,气滞血瘀。治疗宜舒肝健脾,化瘀止痛。方中柴胡、香附、白芍疏肝理气,川芎、丹参活血化瘀,乌贼骨止酸,谷芽、麦芽健胃消食,兼疏肝理气,诸药合用,共奏舒肝健脾、化瘀止痛之功。

(收稿日期:2012-09-11)

府,去菟陈莖”以及“腰以上水肿当发其汗,腰以下水肿当利其小便”的原则,笔者治疗肾小球肾炎水肿以中医辨证为主,参考实验室检查,拟用疏风宣肺利水、益气健脾利水、补肾温阳利水、活血化瘀利水四种治疗方法,疗效满意。现报道如下:

1 疏风宣肺利水

疏风宣肺利水法适用于慢性肾小球肾炎水肿有肺经症状或合并外感而兼有肺卫症状者,即有水肿、恶寒发热、头痛鼻塞、咳喘有痰等。病乃因风热袭肺,而肺主皮毛,为水之上源。故疏风宣肺,因势利导,使肺气畅达,肃降有权,三焦通利,亦即“开鬼门,洁净府”之意。

病案 1: 吴某,男,23 岁,2001 年 7 月 6 日初诊。患者半年前出现颈颌部水肿,继则遍及全身,有胸水和腹水,尿常规检查:蛋白(+++),红细胞(+),颗粒管型(+++),血非蛋白氮 66.7 mg/dL,肌酐 3.46 mg/dL,经多种治法水肿不退。近日又复外感,发热微汗,咳嗽痰多,口渴欲饮,舌红苔薄黄,脉细略数。笔者辨证乃风热袭肺,痰热内蕴,治以疏风宣肺,发表利水,清热化痰。处方:麻黄 6 g、生石膏 30 g、杏仁 10 g、苏子 10 g、葶苈子 15 g、白芥子 10 g、旋复花 10 g、冬瓜仁 15 g、冬瓜皮 30 g、白术 10 g、苍术 10 g、甘草 6 g。3 剂,每日 1 剂,水煎分 2 次温服。服药后遍身汗出如洗,尿量增多,水肿明显减退。后以原方减麻黄量为 3 g,加防风 10 g 防己 10 g、莱菔子 10 g,续服 5 剂,水肿退,腹水消,胸水吸收,后转调理脾胃之剂而治愈。

2 益气健脾利水

益气健脾利水法适用于肾炎水肿而脾气虚弱者,主要症状有气短乏力、胃纳减少,甚则恶心呕吐、脘腹闷胀等。常用方药为防己黄芪汤合健脾渗湿之品。《素问·至真要大论》云:“诸湿肿满,皆属于脾。”因脾主运化水湿,脾土伤败亦致水势泛滥,运用此法,调整了脾之运化转输功能,所以见效。

病案 2: 刘某,男,40 岁,2002 年 5 月 20 日初诊。3 个月前因颜面、下肢水肿,尿常规异常而诊断为肾炎,经治疗后未见好转,而转我处就诊。患者水肿明显,按之凹陷,浑身软弱无力,2 d 未进饮食,仅进少量桔子水,舌淡苔白,脉细,尿常规检查:蛋白(+++),颗粒管型(+),透明管型少,血清胆固醇 345 g/dL,尿素氮 22.4 g/dL,肌酐正常。笔者辨证乃脾气虚弱,治以益气健脾利水。处方:党参 20 g、黄芪 30 g、淮山 30 g、白术 15 g、茯苓皮 30 g、苡米 30 g、防己 15 g、防风 10 g、前仁 15 g、白茅根 15 g、大腹皮 15 g、陈皮 10 g。每日 1 剂,水煎分 2 次温服,服 5 剂后

尿量增加,水肿减退。后以健脾补肾、益气养血调治 3 个月,体质渐渐恢复,实验室检查阴性。后随访 1 年未见复发。

3 补肾温阳利水

补肾温阳利水法适用于慢性肾炎水肿而出现肾阳不足者,主要症状有周身水肿、胸腹有水,面色㿔白或黧黑,腰痠肢冷,舌质淡苔白,脉沉细。《医门法律·水肿门》云:“肾司开阖,肾气从阳则开……肾气从阴则阖,阴太盛则关门常阖,水不通为肿。”肾炎水肿以肾为根本,而水为至阴,乃肾阳命火不足所致。肾阳不足,命火式微,可致肾不能气化、脾不能运化、肺不能布化,三焦之气闭塞,决渎之官无权。因此运用补肾温阳利水亦即王太仆“益火之源,以消阴翳”之法。

病案 3: 赵某,男,26 岁,2003 年 9 月 21 日初诊。3 个月前行阑尾切除手术,术前查尿常规发现有蛋白尿,术后不久,全身水肿,有腹水,按之凹陷不起,腰痠肢冷,大便溏薄,舌淡苔白,脉沉细,尿常规检查:蛋白(+++),腹围 85.5 cm。笔者辨证乃阳虚阴盛,遂运用补肾温阳利水法。处方:附子 10 g、桂枝 6 g、巴戟 15 g、茯苓 30 g、砂仁 10 g、薏仁 10 g、陈皮 10 g、苡米 30 g、白术 15 g、黄芪 30 g、川椒目 6 g、商陆 10 g。5 剂,每日 1 剂,水煎分早晚 2 次温服,药后尿量逐渐增多,以上方加减,服用月余而水肿退净。后用温肾运脾、调养气血之药调治 3 个月余而痊愈。

4 活血化瘀利水

活血化瘀利水法适用于慢性肾炎水肿夹有瘀血症者,主要症状有全身水肿而舌绛有紫斑,面唇肤色灰滞黧黑,或腹部膨胀,青筋暴露,或颜面四肢水肿减退而腹水长久不消者。中医学文献中有从气分治疗无效,当于血分求之之说。《血证论》云:“瘀血化水,亦发水肿,是血病而兼水也。”笔者认为从气分治疗无效之水肿,乃由久病瘀血内阻所致,在辨证基础上运用活血化瘀法,不少病人取得良好效果。

病案 4: 唐某,男,33 岁,2005 年 11 月 10 日初诊。患慢性肾炎 1 年,水肿半年不退,腹部膨隆,肾囊亦肿,瘦少而清,脘胀纳少,舌淡苔白,脉沉细。先投温肾运脾行水之剂,效不显,笔者思之良久,乃由久病瘀血内阻所致,治应活血化瘀利水,后在温肾运脾方中加入活血化瘀之品。处方:桃仁 10 g、红花 6 g、当归 10 g、白芍 10 g、白术 10 g、附片 15 g、黄芪 30 g、党参 20 g、防风 6 g、茯苓 30 g、前仁 20 g。每日 1 剂,水煎分早晚 2 次温服。10 剂服毕,水肿消退,

小骨窗开颅手术治疗老年性慢性硬膜下血肿

朱焕春

(河南省驻马店市中心医院 驻马店 463000)

摘要:目的:总结小骨窗开颅手术治疗老年性慢性硬膜下血肿的临床经验。方法:对 38 例经小骨窗开颅手术治疗的老年性慢性硬膜下血肿患者临床资料进行回顾性分析。结果:治愈 38 例,均无血肿残留,脑受压、移位缓解。结论:本方法创伤较小,操作简单、安全可靠,效果良好,适应证广。

关键词:小骨窗开颅手术;老年性;慢性硬膜下血肿;手术疗法

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.061

老年性慢性硬膜下血肿起病过程隐匿,常在早期无明显临床症状,发现症状时,血肿量多已很大,需外科手术治疗。恰当的手术方式,是取得满意效果的关键。常用的手术方法有钻孔引流术或骨瓣开颅血肿清除术,各有利弊。我科采用小骨窗开颅手术,吸收了二者的优点,避免了二者的弊端,效果良好。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 38 例,男性 23 例,女性 15 例;年龄 60~89 岁,平均 71 岁;头部有明确轻度外伤史 21 例,无明确外伤史 17 例;病程 3 周~6 个月。痴呆、反应迟钝、表情淡漠 29 例,肢体无力 17 例,记忆力减退 16 例,头痛、头晕 13 例,恶心、呕吐 10 例。全组病例均行头颅 CT 扫描和(或)头颅 MRI 检查确诊。血肿部位:额颞枕 12 例,额颞顶枕 26 例。双侧血肿 5 例,单侧血肿 33 例。血肿量 90~160 mL。

1.2 手术方法 能配合者可选择局麻,不配合者可选择基础麻醉加局麻。根据头颅 CT 片或 MRI 片所示血肿部位,确定手术切口位置,一般选择近血肿中心部位,尽量使手术切口位于发际内,切口长约 5 cm。利多卡因局部浸润麻醉头皮各层,全层切开头皮,剥离骨膜,牵开器牵开,暴露颅骨。钻骨孔,用咬骨钳扩大骨窗约 2 cm×3 cm,骨蜡止血,悬吊硬脑膜于骨窗周骨膜上。“十”字切开硬脑膜,若有包膜,

后嘱续服 10 剂,以巩固疗效。

5 讨论

肾小球肾炎水肿,外感内伤皆有,但病理变化主要在于肺脾肾三脏。《景岳全书·肿胀》云:“凡水肿等证,乃肺脾肾三脏相干之病,盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水唯畏土,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。”其中以肾为本,以肺为标,以脾为制水之脏。此外,瘀血阻滞,损伤三焦水道,往往可使水肿顽固不愈。临床辨证应以

在可视范围内行包膜部分切除。缓慢放出液化血水,用剪有 3~5 个侧孔的硅胶引流管,不同方向置入血肿腔内,生理盐水反复冲洗,尽量排出残余絮状物和凝血块,直至冲洗液清亮。分别向额部、枕部方向置入剪有 3~5 个侧孔的硅胶引流管各一条,分别从切开两侧端另外打孔引出,固定。间断缝合硬脑膜,但不要严密缝合。术后无需颅骨修补,分层缝合头皮。再从枕部方向引流管缓慢注入生理盐水,待颅内积气排空,生理盐水从额部方向引流管排出时,闭管,外接闭式引流袋。

1.3 术后治疗 常规行止血、应用神经营养药物及神经功能恢复锻炼、对症处理等治疗,尽量多补充生理盐水,不用脱水药物,鼓励多饮水、吹气球。根据受压脑组织膨复情况,术后 3~5 d 拔除引流管,一般先拔除枕部方向引流管,1~2 d 后再拔除额部方向引流管,最迟 1 周内全部拔除。

1.4 结果 治愈 38 例,均无血肿残留,脑受压、移位缓解。其中脑膨复良好者 21 例,留有少量硬膜下积液者 17 例,但临床症状均基本消失。手术后 1 个月复查,残留硬膜下积液均无增多,其中 9 例较出院时明显减少。

2 讨论

慢性硬膜下血肿是老年常见的颅内疾病,约占颅内血肿的 10%,多数有轻微外伤史,病程在 3 周以上,有的长达数月^[1]。本组患者多在 3 个月以内。

阴阳为纲,尚须注意阴阳、寒热、虚实之间的错杂与转化。治疗方法有发汗、利尿、攻逐、健脾、温肾、降浊、化瘀等。笔者治肾小球肾炎水肿:大凡风邪袭肺、痰热内蕴者,治以疏风宣肺、发表利水、清热化痰;凡脾气虚弱,运化失职,水液内停者,治以益气健脾利水;凡肾阳不足,气化失司,水势泛滥者,治以补肾温阳利水;凡瘀血内阻,络脉阻滞,水道壅塞者,治以活血化瘀利水。综上所述四种治法,屡用于临床,疗效令人满意。

(收稿日期:2012-10-15)