

益气温阳法治疗脑耗盐综合征 1 例

李若愚

东莞市中医院, 广东 东莞 523000

[关键词] 脑耗盐综合征; 中西医结合疗法; 益气温阳; 医案

[中图分类号] R442.8 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 01-0217-02

脑耗盐综合征(CSWs)是指在颅脑病变过程中, 由于钠盐经下丘脑-肾脏途径丢失而以低钠血症、低血容量、多尿为主要临床表现的综合征^[1]。CSWS 多由颅脑创伤、转移性肿瘤、动脉瘤破裂后蛛网膜下腔出血(SAH)、病毒性脑膜炎等中枢神经系统病变引起^[1]。本病在临床较为少见, 目前西医对脑耗盐综合征的治疗以控制原发病、补钠及使用盐皮质激素为主, 但疗效并不确切。笔者于2011年12月采用益气温阳法为主中西医结合治疗 CSWS 1 例, 疗效满意, 现报道如下。

1 病例介绍

患者, 女, 因“跌倒致昏迷 2 h”于2011年12月7日收入本院。入院查体: T37.5℃, P102次/min, R22次/min, BP162/84 mmHg, 神志中昏迷, 右侧头部见一皮下血肿, 约4 cm×4 cm, 颈有抵抗, 双侧瞳孔不等大, 左侧直径3 mm, 右侧直径4 mm, 对光反射迟钝, 心肺未见异常体征, 左侧巴氏征(+), 克匿格征(+), 哥拉斯哥评分: 6分。查头颅CT示: 右侧颞顶枕部硬膜下(外)血肿, 脑疝形成, 创伤性蛛网膜下腔出血。送手术室行右颞顶枕部去骨瓣加血肿清除术, 术后转ICU进一步监护治疗, 转入后予机械通气、营养神经、预防性抗感染、脱水降颅压等对症治疗4天后, 患者意识转为昏睡, 自主呼吸平顺, 但呛咳反射较弱, 胃内容物潴留。为给予气道保护、早日脱机, 2011年12月11日予行气管切开术, 改机械通气为气切导管内中流量吸氧。2011年12月13日患者开始出现尿量明显增多, 每天约5 500~

6 500 mL, 监测中心静脉压波动在1~3 mmHg, 查血钠进行性下降, 测尿渗透压425 mOsm/L, 符合CSWS 诊断。治疗先以对症补钠, 氟氢可的松10mg鼻饲, 每天2次。治疗3天后患者小便量仍波动在5 500~6 000 mL, 血钠125 mmol/L。患者症见: 面白无华, 肤温低, 胃潴留, 尿清而多, 舌淡、苔白厚腻, 脉细。辨证为脾肾两虚, 水关失固; 治以健脾补肾, 益气温阳。处方: 黄芪50 g, 党参、茯苓各30 g, 白术、桑螵蛸各20 g, 桂枝、厚朴、甘草各10 g, 附子5 g。每天1剂, 水煎服。4天后患者胃潴留明显减轻, 小便减至每天3 000~3 500 mL, 四肢转温, 舌淡有瘀痕, 苔薄黄腻。遂酌加陈皮、砂仁、川芎等行气化痰之品, 使全方补而不滞, 再进5剂。患者尿量稳定在2 000~2 500 mL, 复查血钠138 mmol/L, 后患者因行高压氧治疗而转入上级医院继续康复治疗。

2 体会

CSWS 于1950年由Peters等提出, 但是至今颅内病变导致CSWS的机制仍尚未完全阐述清楚, 目前认为下丘脑受到直接或间接损伤造成水肿、缺血导致血浆中BNP(脑钠肽)和ANP(心钠肽)增多, 通过竞争性的抑制肾小管的抗利尿激素受体, 从而抑制肾小管对钠和水的重吸收, 使大量钠、水经尿液排出, 如低钠状态得不到及时纠正将严重影响患者的恢复和预后^[2]。《灵兰秘典》曰: “膀胱者, 州都之官, 津液藏焉, 气化则能出矣。”本病与肾气相关, 脾为后天之本, 脾气虚则诸气亦虚, 虽然肾司二便,

[收稿日期] 2013-08-14

[作者简介] 李若愚 (1980-), 男, 主治中医师, 研究方向: 危重症的中西医结合治疗。

但脾气虚肾气亦不足；脾气不足，运化失职，则见胃滞留；肾气不足，不能助膀胱气化，摄纳无权，则尿清而多。本例从健脾补肾、益气温阳入手，重用黄芪、党参、甘草甘养培土，益气健中，以后天养先天；白术、茯苓健脾湿，使脾脏复其运化受纳之功；水为阴邪，得阳则化，以桂枝通阳助膀胱气化，以附子、桑螵蛸补益肾阳，蒸动肾水，使阳升而阴应，肾关封固，不使水饮直趋而下。全方契合病机，药证相

符，故临床收效良好。

[参考文献]

- [1] 金义超, 王宝锋. 脑耗盐综合征的研究新进展[J]. 中华神经外科疾病研究杂志. 2011, 10(6): 570-571.
- [2] 陈欢欢. 脑耗盐综合征的研究进展[J]. 国际内科学杂志, 2009, 36(3): 165.

(责任编辑: 冯天保)

顽固性湿热便秘治验 1 则

陈苇菁¹, 胡玲¹, 鄢雪辉², 劳绍贤¹

1. 广州中医药大学脾胃研究所, 广东 广州 510405; 2. 金华市中医院消化内科, 浙江 金华 321000

[关键词] 顽固性便秘; 湿热; 清热芳化; 运脾理气; 医案

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 01-0218-02

便秘在临床上十分常见, 通常有热秘、气秘、虚秘和冷秘等, 治疗分别以润肠通便、导气行滞、益气养血和温阳通便取效。近年来, 随着饮食结构改变和气候的逐渐变暖, 湿热所致的便秘逐渐增多, 且往往病情缠绵, 顽固难愈。笔者在临床中采用清热芳化、运脾理气之法为主治疗, 时获奇效。现将诊治典型顽固性湿热便秘患者 1 例过程示与同道, 不正之处, 敬请斧正。

青某, 女, 45 岁, 家庭妇女, 体形偏胖。2009 年 3 月 7 日初诊, 患者便秘反复发作已 10 年余, 平素大便 3~4 日 1 行、质干量少、难以排出。虽经多次诊治, 效果不明显; 或虽有一定疗效但停药后便秘如故。症见: 大便 4 日未解, 腹胀纳呆、口干苦、疲乏易困, 舌红、苔黄腻, 脉濡数。辨证诊为湿热内蕴、气机郁滞之便秘。以清热利湿、运脾理气之法治疗。处方: 火炭母、地榆、白术、火麻仁、玄参、茯苓、莱菔子各 30 g, 枳实、苦杏仁、赤芍、泽泻各

15 g, 柴胡 10 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎复渣, 分中、晚饭后 1 h 服。并嘱其少食酸辣、油炸之品, 养成好的排便习惯。1 周后复诊, 患者述腹部胀满有所加重、餐后明显, 余症同前。考虑上方可能偏润而去火麻仁, 并同时去柴胡、泽泻加太子参 30 g, 大腹皮、厚朴各 15 g 以加强运脾行滞除湿之力, 续服 7 剂。三诊时上述症状逐渐缓解、排气通畅、大便已可日行 1 次, 但仍量少质粘、排出困难, 舌红、苔腻微黄。再详细追问其病史, 方知患者便秘之初即以粘滞不爽为主, 近 4 年才逐渐干结。故守二诊方易太子参、大腹皮为五爪龙 30 g、槟榔 20 g, 再进 7 剂。四诊时诉诸症基本好转, 大便日行 1 次、量少质软、排出仍欠爽, 舌淡红、苔白腻。以三诊方易赤芍、玄参为白芍 30 g、大腹皮 15 g 以加强运脾行气化湿之力。五诊时病情稳定, 大便每日 1 行、质软成形、排出已畅顺, 舌淡红、苔白微腻。守四诊方再服 7 剂而告愈。随访至今已 4 年余, 未见再发。

[收稿日期] 2013-08-25

[基金项目] 国家中医药管理局项目 (编号: 国中医药人教发 [2011] 41 号)

[作者简介] 陈苇菁 (1971-), 女, 实验师, 主要从事脾胃病实验室工作。

[通讯作者] 胡玲, E-mail: hl.cn@139.com。