

水肿三年虚实混，水热互结妙方分

——重度水肿合并心衰危象

姓名：刘某某 性别：女 年龄：67岁 2025年9月18日 初诊

主诉：四肢及颜面部水肿3年余。

现病史：患者3年余前出现四肢及颜面部水肿，以双下肢为甚，严重时下肢皮肤可见水珠外渗，同时伴四肢麻木、疼痛。逐渐影响患者活动，现在甚至起床困难，行走需要他人搀扶，晨起时手肿明显。近3日左右因水肿难以控制，且出现发热，最高体温达38℃，发热时有恶寒情况，自服退烧药后汗出明显、退热。故来院就诊，收入院时患者仍表现为四肢及颜面部水肿，以双下肢为甚，伴有四肢麻木、刺痛感明显，触及左下肢时极其敏感（易呈屈曲状态），不畏寒，但双足不温，口干，饮水不多（因担心排尿不方便），饮食可，夜寐欠安，大便2-3日一行，便质偏干，小便频而量少。

查体：血压：110/65mmhg，心率约82次/分，心肺听诊正常，腹部略大，按之如石硬，触诊不满意，但无明显疼痛，双上肢中度水肿，双下肢重度水肿，按之凹陷不易恢复。神志清，言语清，精神一般，言语清，双上肢肌力在5-级左右，左下肢肌力在3级左右，右下肢肌力在4级左右，四肢肌张力正常，膝腱反射（+），双侧病理征（+），四肢末端针刺痛觉减退。

个人史：出生于江苏省连云港市，久居本地，居住条件良好，无地方病或传染病流行区居住史。

既往史：有“高血压、2型糖尿病、干燥综合症、颈椎病”病史；有

“四肢麻木”情况已有 16 年，曾在多家上级医院就诊，当时考虑“中枢神经系统脱髓鞘”，长期服用激素（甲强龙），现已停药三年左右；曾有“外伤后腰椎骨折术后（含内固定）”病史。

过敏史、家族史：无特殊。

辅助检查：双下肢深静脉彩超：显示血流通畅；血常规提示：红细胞 $3.32 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白：98g/L，肝功能：总蛋白 58g/L，白蛋白 30.8g/L。（2025 年 09 月 22 日，连云港市中医院）头颅、颈椎 MRI 提示：脑干、双侧基底节区、放射冠及双侧半卵圆中心多发腔梗，脑白质变性，脑萎缩。脑动脉硬化改变，双侧大脑后动脉局部纤细；双侧椎动脉走行迂曲。颈椎退变，C3/4、C4/5、C5/6、C6/7 椎间盘突出伴椎管狭窄。颈椎异常信号？脊髓空洞征？。（2024 年 05 月 27 日，连云港市第一人民医院）

中医体征：形体偏胖，肤白，下肢重度水肿，舌淡暗，苔白满布，脉滑而无力，腹肌拘急。

诊断：中医诊断：皮水，水气夹热；西医诊断：低蛋白血症、颈椎病、脊髓空洞症、高血压、2 型糖尿病、干燥综合症。

治法：疏风泻热，发汗利水兼养阴活血。

处方：越婢加术汤合四味健步汤。

方药：麻黄 8 g，生石膏 30 g，炒白术 15 g，大枣 18 g，生姜 12 g，甘草 3 g，丹参 30 g，牛膝 30 g，赤芍 15 g，生白芍 15 g，石斛 30 g，4 剂，每日 1 剂，水煎服，一日两次。

2025 年 9 月 20 日

药后，患者颜面及双手水肿有所消退，但双下肢仍重度水肿，未再发热（期间有口服西药利尿剂），仍四肢麻木明显、口干、尿频，大便仍 2-3 日一行，便质干，左下肢仍较为敏感（触及左下肢易出现肢体收缩情况），腹部因长期使用胰岛素导致有包块形成，但腹部仍硬，触诊不满意，舌质暗，苔白满布，脉滑但无力。考虑中医诊断：皮水，阳明有热，治法：清热通腑，选方大柴胡汤，方药：柴胡 18 g，黄芩 15 g，生大黄 6 g^{后下}，枳实 15 g，赤芍 15 g，生白芍 15 g，法半夏 12 g，大枣 18 g，生姜 12 g，3 剂，每日 1 剂，水煎服，一日两次。

2025 年 9 月 23 日

药后，效果不显，舌脉同前，请丰老师指点！

2025 年 9 月 23 日

丰广魁老师查房：患者有贫血情况，周身水肿，下肢为甚，四肢麻木、疼痛（考虑与糖尿病周围神经病有关），肤色白，饮食一般，夜寐欠安，每日均可解大便，但便质干结如羊粪，小便频，舌淡暗，苔白，脉数无力。其舌脉均不支持实证、热证，所以“越婢加术汤”效果不好，而且该患者虽然有干燥综合征和糖尿病，但也不适合滋阴，中医治疗的原则还是“有是证用是药”，所以用“四味健步汤”也欠妥。现代研究提示，糖尿病周围神经病与血糖控制水平关系不大，而与糖尿病病程可能关系密切，当然该患者的四肢麻木、疼痛，应该和其多年严重颈椎病有关，而其疼痛也是压迫神经根导致的。这个病人乍一听像是己椒蒗黄汤证，因为其肢体重度水肿，腹部硬，大便干结，

但其热证不明显，故也不符。该患者中医诊断为水肿，当然“皮水“也没有问题，证型：气虚水停，治法：益气行水，选方：防己黄芪汤加味，方药：防己 12 g，生黄芪 30 g，生白术 12 g，甘草 3 g，生姜 12 g，大枣 12 g，豨莶草 30 g，生大黄 6 g^{后下}，6 剂，每日 1 剂，水煎服，一日两次。方中加入豨莶草旨在祛湿、利关节，改善其肢体麻痹、无力之症。

2025 年 9 月 29 日

药后，下肢仍水肿甚，身热喜凉，口干，口不苦，不敢饮水（因担心尿多），因活动不便，经常尿湿衣裤，情绪低落，饮食可，夜寐差，大便偏干，夜尿频。舌质暗红，苔白腻，脉滑。调整方药为防己茯苓汤，方药如下：防己 12 g，茯苓 30 g，生黄芪 30 g，桂枝 12 g，甘草 3 g，7 剂，每日 1 剂，水煎服，一日两次。

2025 年 10 月 7 日

药后，患者双下肢水肿稍退（因患者存在低蛋白血症，近期使用人血白蛋白，所以其双下肢水肿稍有消退和西药治疗可能相关），情绪较前有改善，仍身热喜凉，口干明显，饮食一般，仍尿频，大便干结难行，近两日晚间出现间断性呼吸费力，心前区隐痛，心电图排除心肌梗死，D2 聚体偏高，BNP：650pg/ml，请我院心内科会诊后考虑“心功能衰竭”予以静脉泵入“硝酸甘油”扩冠治疗。舌质暗红，苔黄腻，脉滑。请丰老师再次指导！

2025 年 10 月 8 日

丰广魁老师再次查房：经过几次治疗后，患者的舌象及苔已经发

生了变化，现在可称之为绛红舌，舌苔较前变黄，中根部腻，脉滑，下肢仍水肿如脱，身热喜凉，胸闷、心前区隐痛、口干、口不苦，腹胀满，饮食可，夜寐差，大便干结难行，夜尿频。现中医诊断为：水肿，证型：水热互结。患者在此之前服用了多次含有生黄芪的方剂，已有上火的征象，如舌更红，口更干，身热喜凉更甚。之前因患者的热象并不明显，现在回过头看，可能是方向有误。我们应该换个思路进行治疗了，这次选方使用“己椒苈黄丸合小陷胸汤”以逐水消肿、清热化痰。方药如下：防己 12 g，葶苈子 30 g，椒目 12 g，生大黄 6 g^(后下)，全瓜蒌 30 g，黄连 6 g，法半夏 12 g，5 剂，每日 1 剂，水煎服，一日两次。该患者在上痰热结胸，在下有水热互结，一般来说“己椒苈黄汤”用于腹水情况较多，但下肢水肿也频有使用，一般胸水或上肢肿的不用。该方的使用指征除了有水肿外还需具备腹部胀满、大便秘结，该患者确实也具备以上两个症状。现在看来，该患者也属于痰热证，这也是为什么在己椒苈黄汤的基础上加小陷胸汤的原因。

2025 年 10 月 13 日

药后，患者下肢水肿明显减退，胸闷、心前区隐痛消失，口干减轻，无口苦，仍身热喜凉，腹胀减半，饮食可，夜寐较前改善，大便一日 1-2 次，呈糊状，尿量增多，但频次减少。舌质暗红，苔黄已退但仍偏腻，脉滑。守方继服 7 剂。

编者按：本案为一老年女性患者，以“四肢及颜面部水肿 3 年余”为主症，病程迁延，病情复杂，迭经数治，方证转换，体现了中医临

证审因论治、知常达变的思辨过程，颇具启发性。

初诊时，医者据其水肿、发热、口干、大便干，辨为“皮水，水气夹热”，投以越婢加术汤合四味健步汤，意在疏风泻热、发汗利水兼以养阴活血。然药后身热虽退，水肿未除，关键在于对其整体病机辨识有偏。患者虽见口干、便干，然其脉象滑而无力，舌淡暗、苔白满布，且双足不温、畏饮惧尿，此皆提示其内在阳气已虚，气化不利，津液不能上承与下达，故见假热之象。越婢加术汤乃治风水夹热之表实剂，其发散之力更伤已损之阳气；四味健步汤偏于滋阴活血，于阳虚水泛之大局而言，亦是药不对证。此阶段教训在于，未能紧扣“舌脉为凭”之基本原则，为口干、身热等一二热象所惑，忽视了脉无力、舌淡暗、苔白所揭示的虚寒本质。

二诊更方大柴胡汤，意在清热通腑，然药后效不显，反证其“阳明腑实”之热结非主要矛盾。丰广魁老师初诊时，敏锐地抓住了患者“舌淡暗，苔白，脉数无力”这一核心病机，指出其“舌脉均不支持实证、热证”，果断摒弃前法，从“气虚水停”立论，投以防己黄芪汤益气行水，此为正治之法。方中加豨莶草通络利关节，生大黄通腑，乃兼顾其标。然药后水肿未减，反增身热喜凉、明显口干，舌转暗红、苔转黄腻，此乃病情演进与药效相互作用之结果。一方面，患者本虚标实，水湿壅盛，非单纯益气所能速化；另一方面，连续使用生黄芪等温补之品，于部分阴分已伤、湿郁化热之体，确有助热伤阴之弊，致湿热胶结之势更显。

至四诊时，患者下肢水肿如脱，身热喜凉，胸闷心痛，口干，腹

胀满，大便干结难行，舌质暗红（甚则绛红），苔黄腻，脉滑。诸症提示病机已臻明朗，此乃典型之水热互结证候。水湿内停，郁而化热，热与水结，充斥三焦。上则痹阻胸阳，致胸闷心痛；中则困阻脾胃，致腹胀纳差；下则壅滞肠腑，致大便干结。热盛伤津，故身热喜凉、口干。丰广魁老师据此，果断选用己椒苈黄丸合小陷胸汤。己椒苈黄丸中防己、椒目、葶苈子苦辛通降，导水湿从前阴而出，生大黄荡涤肠腑，攻坚决壅，导水湿从后阴而下，共奏前后分消，逐水清热之功；小陷胸汤（黄连、半夏、全瓜蒌）清热化痰，宽胸散结，专治痰热结胸之胸闷。两方相合，切中水热互结、痰热阻滞之核心病机，故能药后水肿显退，胸闷痛消，二便通调，诸症豁然。

总而言之，本案完整呈现了从误治到正治，从辨证偏失到方证契合的思辨历程，深刻揭示了中医临床中整体审察、动态辨证、方证相应的重要性。（杜青）