

- 态临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(10): 21-23.
- [6] 伦新. 生大黄粉神阙贴敷治疗中风便秘 75 例[J]. 中医杂志, 1999, 40(12): 723.
- [7] 宇文亚, 谢雁鸣, 邹忆怀, 等. 缺血性中风早期中医康复方案研究[J]. 上海中医药大学学报, 2009, 23(2): 28-30.
- [8] 王琦. 中医体质学[M]. 北京: 中国中医药科技出版社, 1999: 70.
- [9] 中华中医药学会. ZYYXH/T157-2009 中医体质分类与判定[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 1-2.
- [10] 胡玉英, 胡跃强. 中医“治未病”理论对中风病二级预防的指导意义[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(2): 230-232.
- [11] 贾爱明, 胡文梅, 张红, 等. 620 例缺血性中风恢复期患者体质与证候研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(2): 14-16.
- [12] 郭春莉, 付强. 从“脑主神明”研究心身疾病[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(4): 478-479.
- [13] 熊抗美, 赵志付, 王彩凤. 中医心身并治法在心身疾病康复中的应用[J]. 中国临床康复, 2005, 9(8): 184-185.

(责任编辑: 黎国昌)

中枢性发热的中医药治疗探讨

张燕婷¹, 杨海芳^{1,2}, 李颖彬¹, 白小欣¹, 蔡军¹, 林浩¹,
黎劭学¹, 陈锐聪¹, 黄胜平¹ 指导: 黄培新¹

1. 广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120; 2. 华南师范大学心理学院, 广东 广州 510631

[摘要] 中枢性发热是神经科重症患者常见病证, 临床可采用平肝清热、醒神开窍法; 和解少阳、通腑泄热法; 健脾益气、甘温除热法辨证论治, 以期取得较好的临床疗效。

[关键词] 中枢性发热; 中药疗法; 大柴胡汤

[中图分类号] R441.3

[文献标识码] B

[文章编号] 0256-7415(2014)06-0249-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.117

中枢性发热是神经科重症患者常见的一个病证, 多见于重症脑血管病、中枢神经系统感染、脑外伤、脑肿瘤术后等疾病。其发病机制为重症脑病直接导致下丘脑体温调节中枢功能紊乱。临床表现除了发热, 常伴有神昏、失语、偏瘫、肢体抽搐等神经系统症状, 可直接影响患者的预后, 甚至危及生命^[1]。现代医学常规治疗方法有: 物理降温、人工冬眠、激素治疗等, 但普遍存在效果不理想、并发症多等问题。中医药治疗中枢性发热大多采用清热解暑苦寒之品治疗^[2-3], 包括清热解表法、清热解毒法, 清热利湿法等退热方法, 但临床效果不尽人意。笔者认为, 中枢性发热的病因病机较为复杂, 临床表现多变, 使用单一疗法难以奏效。笔者根据患者不同的临床表现辨证论治, 分别采用平肝清热、醒神开窍法; 和解少阳、通腑泄热法; 健脾益气、甘温除热法治疗中枢性发热, 取得较好

的疗效, 现介绍如下。

1 平肝清热, 醒神开窍法

重症脑病起病早期, 患者临床症状多表现为: 发热, 多为持续高热, 可伴见神昏, 肢体偏瘫, 多伴面色潮红, 口臭, 头晕头痛, 口苦咽干, 心烦易怒, 尿赤便干, 舌红或红绛、苔薄黄, 脉弦有力。该类型患者多为风邪热毒, 或情志所伤, 或年老脏腑功能虚衰, 加之外因, 导致肝阳暴张, 阳化风动, 血随气逆, 夹痰夹火, 横窜经络, 导致神明受损, 或者脑脉闭塞, 或血溢脉外, 重则清窍被闭, 出现重症脑病。该类型患者发热多表现为肝阳暴亢, 风火上扰, 可按中风病肝阳上亢诊治。治以平肝清热, 醒神开窍为法, 常用方为羚角钩藤汤。基本方: 羚羊角骨、石决明各 30 g, 人工牛黄粉(冲服)3 g, 钩藤、栀子、黄芩、牡丹皮、菊花、柴胡、虎杖、茵陈、夏枯草、胆南

[收稿日期] 2014-02-18

[作者简介] 张燕婷(1976-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗神经重症。

[通讯作者] 杨海芳, E-mail: yanggongdafa@126.com。

星、怀牛膝、龙胆草、白芍、石菖蒲、郁金各 15 g。方中羚羊角骨、钩藤、人工牛黄粉等平肝熄风、清热开窍；黄芩、菊花、金银花、连翘清热解毒；龙胆草、茵陈清热利湿；石菖蒲、郁金开窍醒神；人工牛黄粉、牛胆汁清热化痰；黄连、牡丹皮、柴胡清热平肝。若患者合并腑气不通，可酌加大黄、虎杖通腑；喉中痰鸣者加竹沥、竹茹、瓜蒌皮、浙贝母化痰止咳；头痛明显者加生龙齿、藁本、延胡索止痛。

2 和解少阳，通腑泄热法

重症脑病患者发展至中期，脑病趋于稳定，全身情况好转，但患者常表现为：发热时作，往来寒热，可为高热，或轻度发热，或为每天午后及夜间发热，可伴有或不伴有神昏，痰多，头晕头痛，口干口苦，大便秘结或热结旁流，舌红或红干、苔黄腻或黄干，脉弦有力。该类患者多为风火痰热之邪经治疗后，风邪已清，痰热内传，正气不足，正邪相争为半表半里，邪郁少阳、阳明，少阳枢机不利，阳明腑实，郁而发热。治以清解少阳，兼通腑醒神为法，方用大柴胡汤加减。基本方：柴胡、黄芩、白芍、半夏、枳实、大枣、大黄、厚朴各 15 g，生姜 10 g。方以柴胡、黄芩和解少阳；大黄、枳实清泻热结；柴胡疏解气机，升举阳气，达表散邪；大黄通腑泄热，活血解毒，逐下驱邪；白芍缓急止痛；半夏降逆止呕，配伍生姜，以治呕逆不止；大枣、生姜调和营卫而调诸药。该方现代多用治消化系统、肝胆系统疾病^[4-5]。若高热不退，可加青天葵、生石膏、羚羊角骨解热；头痛、神昏者加人工牛黄粉、郁金、石菖蒲醒神开窍；痰多咳嗽者加浙贝母、桔梗化痰止咳；夜间潮热者加青蒿、鳖甲清虚热；小便频少者加白茅根、茵陈清热利小便。

3 健脾益气，甘温除热法

中枢性发热患者若素体较虚，或者病程较长，疾病发展至后期，痰热邪毒损伤正气，正气耗伤，脾胃气虚，中气下陷，气虚导致虚阳外越，或者气虚导致卫外不固，营卫不和，引起发热。此类患者发热多为反复发作，时发时止，热势不高，遇劳则发或加重。多症见脏腑虚衰的表现，如短气神疲，肢倦嗜睡，大便溏，自汗，易感冒，舌淡、苔薄，脉细弱。正如《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》云：“脾胃气虚则下流于肾，阴火得以乘其土位”，“无阳以护其荣卫，则不任风寒，乃生寒热。”脾胃属土，喜甘，脾胃气虚发热，宜用甘温除之，《内经》谓：“劳者温之。”治疗方药宜选补中益气汤，甘温除大热。补中益气汤出自李东垣《脾胃论》，基本方：人参(或党参)、当归、柴胡各 10 g，黄芪 45 g，白术 15 g，陈皮、升麻、炙甘草各 5 g。具有调补脾胃、升阳益气之功效。若患者合并痰多、色白、乏力、纳差、便溏、舌淡红、苔白腻、脉弦滑等，可选用参苓白术散加减；若患者合并营卫不和表现者，症见时冷时热，汗出恶风，可酌加防风、桂枝、白芍；若合并恶寒，四肢发凉者加炮姜、附子益气温阳；气虚痰浊蕴肺，咳嗽痰多者加桔梗、浙贝母化痰止咳。

中枢性发热因病机复杂，可为实证，可为虚证，也可为虚实夹杂证。重症脑病患者多有痰瘀阻络，且贯穿始终。临床治疗应根据患者的临床表现，在辨证论治的基础上注意加用化痰活血通络药物。另外，对于腑气不通的患者，注意通腑驱邪，醒神开窍，不要妄用苦寒发散药物。

4 病案举例

卓某，男，60岁，既往有高血压病史，长期服用降压药及肠溶阿司匹林片治疗。因下肢动脉硬化病入住外科，住院期间突发意识不清，右侧肢体偏瘫，双侧瞳孔不等大，左侧瞳孔直径约 3 mm，右侧瞳孔直径约 5 mm，立即急诊行头颅 CT 平扫提示：“左侧基底节脑出血，出血量约 50 mL”。立即急诊在气管插管全麻下行开颅脑血肿清除术加去骨瓣减压术。术后入住神经重症监护室，予以脱水、止血、抗感染等对症治疗，患者自主呼吸恢复，右侧瞳孔回缩至 3 mm，但仍呈昏迷状，右侧肢体偏瘫，后合并肺部感染。经治疗脑部血肿吸收，水肿消退，肺部感染控制。但术后 2 周患者仍反复高热不退，体温波动于 38.5~39.4℃。经调整抗感染、冰毯物理降温、使用解热镇痛药等处理，效果仍不理想。诊见：患者反复发热，多发于下午，为高热，出汗，面色潮红，口臭，颜面肿胀，右侧肢体偏瘫，腹胀满，大便秘结，5 天一解，舌红、苔黄腻，脉弦滑。四诊合参，辨证为痰热蕴结，腑气不通，少阳阳明同病。方用大柴胡汤加减，处方：柴胡 30 g，法半夏、黄芩、栀子、厚朴、怀牛膝各 15 g，牡丹皮、枳实各 10 g，生地黄、虎杖、茵陈各 20 g，人工牛黄粉(冲服)2 g。每天 1 剂，水煎服。服 1 剂后，患者大便未解，仍有发热。第 2 天再服 1 剂，患者发热较前减轻，体温下降至 37.2~37.6℃，大便未解，遂停用冰毯物理降温，继服上方 1 剂。第 3 天患者体温再次升至 38.5℃，查看患者症状、舌脉大致同前，大便仍未解。守上方再服 2 剂，患者可解出较多腥臭大便，面色潮红较前减轻，口臭减轻，体温逐渐下降至 36.0~37.2℃。再服 2 剂，患者再无发热，体温正常，转普通病房行康复治疗。

[参考文献]

- [1] 李海华, 包新月. 安宫牛黄丸辅助治疗中枢性发热 50 例[J]. 江西中医药, 2012, 43(2): 22-23.
- [2] 雷励, 陈苍舒, 郭平. 痰热清注射液治疗中枢性发热临床观察[J]. 中国中医急症, 2006, 15(5): 461.
- [3] 郭志平. 自拟“清热汤”治疗中枢性发热 12 例[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(4): 201.
- [4] 吴晓塘, 顾铁保, 程翔. 大柴胡汤药理作用与临床运用综述[J]. 湖北中医杂志, 2003, 25(8): 54-55.
- [5] 李桂琴. 大柴胡汤临床治验[J]. 中医研究, 2003, 16(1): 62-63.

(责任编辑:黎国昌)