

胡、黄芩各 10 g, 法半夏、厚朴、制远志各 9 g, 茯苓 12 g, 太子参 15 g, 夜交藤、龙骨(先煎)、牡蛎(先煎)各 30 g, 干姜、黄连、桂枝、炙甘草各 3 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎服。嘱其调情志, 清淡饮食, 忌糯米及辛辣刺激之品。再诊诸症好转。后以上方加减治疗 3 月, 患者精神佳, 夜寐安, 胃脘舒, 病愈。

按: 不寐又称为不得卧、不得眠、目不瞑。不寐的病因很多, 如心肾不交、肝阳扰动、心虚胆怯、胃气不和等, 但其病理变化总属阳盛阴衰, 阴阳失交。临床上多数不寐的患者均有不同程度的肝郁表现, 如情志抑郁、情绪不宁、多虑、易怒等。本案患者首先表现有肝郁的症状, 诸如与家人生气是其发

病的诱因、胁胀不适等, 肝气犯胃后出现胃脘痞塞、嗳气、纳差等, 肝郁可扰心, 胃不和则卧不安, 出现难以入寐, 甚则整夜不得眠。治疗以疏肝和胃安神为主, 用柴胡加龙骨牡蛎汤疏肝解郁, 潜镇安神; 半夏泻心汤辛开苦降以和胃, 再佐以夜交藤等安神之品, 终收肝气调达则神宁、胃和则卧安之效。

以上 3 例患者, 均有情志失调的肝气郁结之表现, 符合柴胡加龙骨牡蛎汤证的基本病因病机, 属于异病同治。因为铅丹有毒, 3 例患者均未使用。以上病案还提示, 中医临证要重视辨证论治, 这也正如仲景所云: “观其脉证, 知犯何逆, 随证治之”, 则效如桴鼓。

(责任编辑: 冯天保)

顽固性长期发热从阳虚论治探微

霍炳杰, 常靓

河北医科大学第四医院, 河北 石家庄 050011

[关键词] 发热; 阳虚; 阴盛格阳

[中图分类号] R255.1 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 09-0203-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.094

阳虚发热是内伤发热中的一种证型, 但临床上其证候并不易辨认。临证中, 笔者曾接诊 1 例长期顽固发热患者, 经抗生素多方治疗无效, 在反复思考后辨为阳虚发热, 以引火归原法治愈, 兹介绍如下。

1 病例介绍

和某, 男, 61 岁, 住院号: 675130。患者因发热 2 月于 2013 年 2 月 17 日入本院肾内科。患者缘于 2 月前无明显诱因出现发热、寒战, 体温最高达 39℃, 以午后及凌晨为著, 伴尿频、尿急, 无咳嗽、咳痰及腹泻, 社区门诊给予抗生素(具体药物及剂量不详)静脉滴注治疗 3 天, 症状无缓解。后就诊于本院泌尿外科, 查尿常规: 潜血(+), 蛋白(+), 胆红素(+). 血常规: 白细胞计数 $10.12 \times 10^9/L$ 。曾予西普乐静脉滴注治疗 3 天, 后复查尿培养未见细菌及真菌生长, 发热无明显缓解, 更换抗生素哌拉西林钠舒巴坦钠静脉滴注治疗 23 天, 仍持续发热。遂就诊于本院肾内科, 查血沉 77.00 mm/1h。骨髓穿刺示: 脾功能亢进。尿常规结果未见异常,

余相关检查未见明显异常。结合患者长时间应用抗生素治疗无效, 综合考虑为非感染性发热可能性大, 故暂停抗生素治疗, 密切观察体温波动情况。院内观察 1 月后未能明确发热原因, 考虑药物所致发热不排除, 给予对症治疗出院。出院后患者仍发热, 体温波动在 38℃左右, 以午后及凌晨明显, 间断服用萘普生退热治疗。后患者发热进行性加重, 时有体温高达 39~40℃, 乏力、行走困难。

第 2 次入院情况: 患者因晕厥于 2013 年 5 月 10 日急诊入本院血液内科。查 PET-CT 提示: 左腹股沟区多发小淋巴结伴异常高代谢, 延迟显像最大 SUV 值未见明显变化, 考虑良性病变可能性大, 必要时穿刺活检; 脾大; 余未见明显异常。遂行左腹股沟区淋巴结针吸活检, 病理诊断示: 少许淋巴结组织增生。骨髓穿刺示: 较前比较考虑混合性贫血伴感染, 不排除骨髓增生性疾病。眼眶、颈胸腹 CT 示: 右上颌窦内侧壁结节影, 考虑上颌窦囊肿; 左肺下叶慢性炎症; 两侧胸膜局限性增厚, 伴积液; 腹主动脉旁多发小结节, 考虑为淋巴结;

[收稿日期] 2014-03-20

[作者简介] 霍炳杰 (1980-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合内科临床工作。

脾大。初步诊断：发热原因待查。入院后患者间断发热，偶有咳嗽、咳痰、痰中带血。结合血气分析及影像学表现，考虑肺部感染及Ⅱ型呼吸衰竭，同时给予纠正电解质紊乱，补充白蛋白、红细胞等对症支持治疗。患者长期发热，临床上基本排除了结核及肿瘤性疾病，考虑免疫风湿性疾病可能性大，建议转上一级医院继续诊治。出院诊断为：发热原因待查：免疫风湿性疾病可能性大；肺炎合并Ⅱ型呼吸衰竭，心功能不全；

混合性贫血、骨髓增生性疾病？后患者转北京某医院继续诊治，仍未明确发热病因，入院期间中医会诊曾先后应用清热利湿法、养阴清热法，宗甘露消毒丹加减、青蒿鳖甲汤合犀角地黄汤加减，均未见明显成效。

6月24日笔者初诊：患者身疲乏力，坐轮椅来诊，仍于每天日晡发热，体温波动在38℃~39.5℃，至后半夜热渐退，面色青黄，心悸、气短、纳差、小便频数，大便可，舌淡、红苔薄黄，脉细数沉取无力。辨证：气虚发热。治法：甘温除热，方用补中益气汤加味。处方：黄芪、党参、桂枝各15g，炒白术、陈皮、升麻、柴胡、当归、白芍各10g，炙甘草6g。3剂，每天1剂，水煎，分3次服。考虑患者长期发热，已应用大量解热镇痛药，阴阳俱不足，故在补中益气汤基础上加用桂枝、炙甘草辛甘化阳；白芍、炙甘草酸甘化阴，阴阳并补。

6月27日：服药后发热无变化，舌淡红、苔薄黄，脉细数沉取无力。继予上方加炙麻黄5g，炮附子6g，细辛3g，黄芪改为40g。7剂，每天1剂，水煎，分3次服。应用补中益气汤加味无效，脉细数沉取无力，遂加大黄芪用量。仲景云：“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。”故加用麻黄附子细辛汤。

7月4日：服药后发热仍无变化，夜间小便7~8次，几不能眠，舌淡红、苔薄白，脉仍细数沉取无力。辨证：肾阳不足，气虚发热。治法：温阳除热，方用补中益气汤去升麻、柴胡合肾气丸。处方：黄芪、党参各15g，炒白术、陈皮、当归、牡丹皮、泽泻、肉桂、熟地黄各10g，炮附子、山萸肉、炙甘草各6g，山药、茯苓各30g。7剂，每天1剂，水煎，分3次服。应用甘温除热主方补中益气汤加味已14剂，未见丝毫成效。考虑患者夜间小便7~8次，为肾阳不足之征，故加用肾气丸填补真阳，引火归原，并将补中益气汤去柴胡、升麻防虚阳暴越。

7月9日：服药后体温逐渐下降，3剂后热退，舌淡红、苔薄白，脉沉细无力。辨证：阳气不足。治法：补中益气，方用补中益气汤治疗。处方：黄芪、党参各15g，炒白术、陈皮、升麻、柴胡、当归各10g，炙甘草6g。7剂，每天1剂，水煎，分2次服。应用补中益气汤合肾气丸患者热退，此时笔者依然认为是补中益气汤甘温除热之作用，故用补中益

气汤补气健脾以复其元。

7月15日：服药后3天体温逐渐上升，至今已38℃，夜间小便6~7次，舌淡红、苔薄白，脉沉细无力。辨证：阴盛格阳。治法：引火归原，方宗肾气丸。处方：熟地黄、牡丹皮、泽泻、肉桂、炮附子各10g，山萸肉6g，山药、茯苓各30g。7剂，每天1剂，水煎，分3次服。应用补中益气汤3天后体温逐渐上升，始知此热退乃肾气丸之功。本案患者应辨为阴盛格阳，故以肾气丸引火归原以治之。

7月19日：服药2天后体温降至正常，夜间小便3~4次，舌淡红、苔薄白，脉沉细无力。继予上方加味服用30剂，精神好转，体力渐增，已能离开轮椅，独自步行上3层楼。2013年12月初随访，患者未再发热。

2 讨论

本案患者长期发热，初诊时脉细数沉取无力。《濒湖脉学》论数脉：“实宜凉泻虚温补”，数而有力者为实，宜寒凉之药清热泻火；数而无力者为虚，宜温热之药益气，故辨其为气虚发热，但应用甘温除热之代表方补中益气汤无效。二诊时考虑是否为太少两感证，故加用麻黄附子细辛汤散之，仍无效。三诊时思虑良久，前医应用清热利湿法、养阴清热法均无效，患者又表现为一派虚象，为何应用补中益气汤无效？患者夜间小便7~8次，莫非为阴盛格阳，须填补真阳、引火归原？故将补中益气汤去升麻、柴胡防浮阳暴越，合肾气丸引火归原治之。未曾料到3剂后热竟退，患者欣然，医者欣然。继以补中益气汤善后以复其元，但3天体温又逐渐上升，由此可知此案确为阴盛格阳，真寒假热，以肾气丸原方治之而愈。

阴盛格阳者，赵献可《医贯》称龙雷火动，云此火不可水灭，不可直折，当引火归原，唯八味丸。《景岳全书》中对此描述更加细致：“假热者，水极似火也……凡真热本发热，而假热亦发热，其证则亦为面赤烦躁，亦为大便不通，小便赤涩，或为气促，咽喉肿痛，或为发热，脉见紧数等证。昧者见之，便以为热，妄投寒凉，下咽必毙。不知身虽有热，而里寒格阳，或虚阳不敛者，多有此证。”欲辨清寒热真假，当以脉为关键，正如景岳所云：“察此之法，当专以脉之虚实强弱为主。凡假热之脉，必沉细迟弱，或虽浮大紧数而无力无神。”治疗则“凡见此内热内困等证，而但知攻邪，则无有不死。急当以四逆、八味、理阴煎、回阳饮之类，倍加附子填补真阳，以引火归原，但使元气渐复，则热必退藏，而病自愈。”

东垣关于气虚发热的治疗，于《脾胃论》中曰：“惟当以辛甘温之剂，补其中而升其阳……”而本案患者发热之根本在于下元虚羸，阴盛格阳，故甘温除热之法难以取效。

(责任编辑：冯天保)