

## 徐浩治疗不明原因发热医案 2 则

朱斌<sup>1</sup>, 王欣<sup>2</sup> 指导: 徐浩<sup>2</sup>

1. 石嘴山市中医医院, 宁夏 石嘴山 753000; 2. 中国中医科学院西苑医院心血管中心, 北京 100091

[关键词] 不明原因发热; 病案; 徐浩

[中图分类号] R249.2 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2019) 01-0259-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.01.071

不明原因发热(fever of unknown origin, FUO)<sup>[1]</sup>的病因诊断是一个世界性难题, 有近 10% 的 FUO 病例始终不能明确病因。FUO 的定义包含 3 个要点: ①发热时间持续 $\geq 3$  周; ②体温多次 $\geq 38.5$   $^{\circ}\text{C}$ ; ③经 $\geq 1$  周完整的病史询问、体格检查和常规实验室检查后仍不能确诊<sup>[2]</sup>。由于其发热原因不明, 西医缺乏有效针对性治疗方案。笔者在中国中医科学院西苑医院心血管中心跟师徐浩教授学习期间, 徐浩教授采用中药治疗 FUO 病例 2 则, 效果显著, 现总结如下。

### 1 病案举例

例 1: 刘某, 女, 65 岁, 2017 年 9 月 4 日初诊。患者于 3 月前因反复黑便在哈尔滨医科大学附属第一医院先后 4 次行肠镜检查, 确诊为横结肠小动脉出血(具体原因不明), 后在结肠镜下行手术治疗。住院期间因慢性失血性贫血先后 2 次输注红细胞悬液共 4 U, 此后连续口服多糖铁复合物 1 月后贫血完全纠正, 术后未出现黑便。近 2 月每天在 10 时及 20 时左右出现反复发热, 发热时体温多波动在 37.2~37.8  $^{\circ}\text{C}$ , 偶尔最高达 38.5  $^{\circ}\text{C}$ , 一直未口服退热药物, 每次发热持续约 1 h 体温可自行恢复正常, 伴有四肢肌肉僵硬疼痛, 床边翻身及下床行走受限, 双上肢不能上抬洗脸及梳头, 乏力, 双手背及足背轻度浮肿, 口干不欲饮水, 多饮水后出现恶心欲吐, 餐后 1~2 h 暖气及噯腐, 夜间因燥热及手足心热甚而不能盖被, 少寐多梦, 大便质软排出困难, 小便频急量少, 约 30 min 1 次, 无自汗盗汗。舌淡暗、苔薄黄, 脉弦细数。辅助检查: 生化: 总蛋白(TP) 58 g/L, 白蛋白(Alb) 30

g/L, C-反应蛋白(CRP) 50 mg/L。血沉(ESR) 45 mm/1 h。类风湿因子(RF)、抗环瓜氨酸多肽抗体(抗 CCP)、干燥综合征 A 抗体(抗 SSA)、干燥综合征 B 抗体(抗 SSB)及抗核抗体(ANA)谱均阴性。血常规、心肌酶谱、心电图、胃镜、小肠镜、正电子发射计算机断层显像(PET-CT)均未见异常。否认肿瘤家族史。西医诊断: 发热伴肌痛待查: 风湿性多肌痛? 中医诊断: 内伤发热, 血虚发热证, 治以补气生血、养血滋阴清热, 以当归补血汤、芍药甘草汤合青蒿鳖甲汤加减。处方: 生黄芪、生地黄、牡丹皮、鳖甲(先煎)、青蒿、白芍、赤芍各 30 g, 当归、制何首乌各 15 g, 知母 10 g, 炙甘草 6 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎服。

2017 年 9 月 12 日二诊: 已无多饮水后欲吐, 口干、四肢肌肉僵硬疼痛、手足心热及小便频急明显减轻, 可独立翻身及下床活动, 现约 2 h 解小便 1 次, 夜间可盖被, 热势有所减轻, 发热时自测体温波动在 37.0~37.4  $^{\circ}\text{C}$ , 偶有进餐后暖气, 已无噯腐, 仍大便质软但排出困难, 双手背及足背轻度浮肿, 神疲乏力, 出现整夜盗汗, 夜间头汗及身汗可湿枕巾及床单, 舌淡暗、苔薄白, 脉弦细数。在原方基础上生地黄加量为 50 g, 加地骨皮、生白术各 30 g, 白薇、秦艽各 15 g, 炒枳壳 10 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎服。

2017 年 9 月 20 日三诊: 已无口干、食后暖气及噯腐, 双手背及足背浮肿消退, 大便排出如常, 夜间燥热及手足心热减轻, 略感四肢肌肉僵硬及疼痛, 日常活动不受限, 仍多以 10 时左右略感发热, 发热时

[收稿日期] 2018-05-31

[作者简介] 朱斌 (1982-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗心脑血管疾病。

测体温波动在 37.0 ~ 37.2 ℃。仍乏力及整夜盗汗甚，舌淡暗、苔薄白，脉弦细数。原方去生黄芪、生白术、炒枳壳、制首乌及白薇，知母加至 15 g，地骨皮加至 50 g，加银柴胡、麦冬各 30 g，乌梅、西洋参、炙五味子各 15 g。14 剂，每天 1 剂，水煎内服。

2017 年 10 月 8 日四诊：已连续 5 天未出现发热，四肢肌肉僵硬及疼痛续减，盗汗程度减轻，仍感乏力，大便质软难解，舌淡暗、苔薄白，脉沉细。复查 ESR 20 mm/h，CRP 8 mg/L。后因受凉肢痛稍有反复，先后以大秦艽汤、独活寄生汤加减调治 3 周，诸症明显减轻，好转出院，其间一直未再发热。

例 2：李某，女，80 岁，2017 年 8 月 25 日初诊。半年前开始多在 14 ~ 16 时出现间断发热，发热时体温多波动在 37.5 ~ 38.5 ℃，每次发热前均略感畏寒，随后出现发热，饮温开水及口服退热药物后体温可降至正常，每次连续发热 1 周左右可恢复正常，间隔约 3 ~ 6 天后可再次出现发热，如此周而复始，同时伴有乏力，双侧肩背部关节及膝关节疼痛，胃脘部胀满，纳差暖气，喜食热饮，口干不苦，膝关节以下怕凉，腰以上燥热出汗，大便干结难下，舌暗红、苔微黄腻，脉弦细涩。辅助检查：ESR 66 mm/h。CRP 25 mg/L。RF、ANA 及抗 SSA 阳性。抗角蛋白抗体(AKA)、抗核周因子(APF)及抗环瓜氨酸多肽抗体(抗 CCP)阴性。腮腺彩超提示不均质改变。唇腺活检及腮腺造影未见异常。西医诊断：发热伴多关节痛原因待查：类风湿性关节炎？中医诊断：内伤发热，少阳枢机不利兼寒热错杂，给予小柴胡汤合桂枝芍药知母汤加减。处方：柴胡 24 g，黄芩 20 g，党参、赤芍、炒白术各 15 g，生地黄 30 g，知母、桂枝、制附片(先煎)、法半夏各 10 g，炙甘草 6 g。7 剂，每天 1 剂，水煎内服。

2017 年 9 月 5 日二诊：已无口干及胃脘部不适，纳差、双侧肩背部及膝关节疼痛略改善，大便质软易解，仍有膝关节下怕凉、乏力、反复发热，发热时体温波动在 37 ~ 38 ℃，舌暗红、苔微黄腻，脉弦细涩。在原方基础上柴胡加至 30 g，加防己、威灵仙各 15 g。7 剂，每天 1 剂，水煎内服。

2017 年 9 月 13 日三诊：已 2 天未发热。前天因受凉后出现流涕，咳嗽，咳痰量少色白，微恶寒，仍有全身乏力，受凉后双侧肩背部疼痛略加重，舌暗红、苔薄白微黄，脉弦细涩。复查 ESR 18 mm/h。

CRP 6 mg/L。继予桂枝芍药知母汤加减，处方：桂枝、生姜、知母、防风、制附片(先煎)、炙甘草、独活各 10 g，桑寄生、白芍、生炒白术、防己各 15 g，麻黄 6 g。7 剂，每天 1 剂，水煎内服。后电话随访，再未出现反复发热，双侧肩背部疼痛程度减轻。

## 2 讨论

FUO 多属于《中医内科学》“内伤发热”范畴，以脏腑功能失调、气血阴阳失衡为基本病机，西医因其发热原因不明而缺乏有效治疗方案。中医治疗原则依据证候、病机不同而分别采用有针对性的治法，疗效显著。以上 2 则医案均为 FUO，虽在多家医院就诊，诊断分别考虑为风湿性多肌痛及类风湿性关节炎可能性大，但均不能明确诊断，均未给予西药治疗。二者均属于“内伤发热”范畴，但病因病机完全不同，治疗时依据精准辨证及选方用药，均取得显著效果，为此后同类疾病的中医药治疗提供了借鉴。

例 1 因反复黑便 2 月，致阴血亏虚。《难经》云“血主濡之”，全身外至皮毛筋骨，内至五脏六腑都依赖血的滋养而维持正常生理功能。故血和则“筋骨劲强，关节清利”。《景岳全书·瘕证》认为“凡属阴血少之证，不能养营筋脉，以致抽掣僵仆者，皆是此证。”故血虚不能养筋，致筋脉失养则全身肌肉疼痛僵硬及关节屈伸不利。《内经》云：“营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血。”津血同源，血虚则津亏，化源不足则无汗；阴血虚膀胱津少则小便频急量少。《内经》云：“阳虚则外寒，阴虚则内热。”阴血亏虚，阴不制阳，相对阳胜则生内热，故出现手足心热及发热。《医宗金鉴》认为：“伤损之证，血虚作痛者，其证则发热作渴，烦闷头晕，日晡益甚，此阴虚内伤之证。”故辨证为血虚发热。《证治汇补·发热》指出：“血虚发热，一切吐衄便血，产后崩漏，血虚不能配阳，阳亢发热者，治宜养血。”故治则以补气生血，养血滋阴清热。以当归补血汤、芍药甘草汤合青蒿鳖甲汤加减。二诊时四肢肌肉疼痛僵硬、手足心热、夜间燥热及小便频急明显减轻，发热时测体温逐渐下降，小便量增多，但出现整夜盗汗、汗出湿被。经补血滋阴后阴血虚程度显减，汗液及小便化源充足，故小便量增多，但仍为阴血亏虚，虚热迫津外泄，故出现整夜盗汗。仍有暖气、噎腐，大便质软但排出困难，双手背及足背轻度浮肿，为脾虚湿阻，故加用生白术、炒枳壳以健脾除湿，理气导滞；加用地

骨皮、秦艽、白薇及加大生地黄剂量以加强滋阴清热。三诊时诸症均减,但仍多以 10 时左右略感发热,发热时测体温波动在 37.0~37.2℃,仍乏力及整夜盗汗甚,故原方去生黄芪、生白术、炒枳壳、制首乌及白薇,知母加至 15 g,地骨皮加至 50 g,加银柴胡、麦冬各 30 g,乌梅、西洋参、炙五味子各 15 g 等加强益气养血,滋阴清热。四诊时已无发热,盗汗显减,四肢肌肉僵硬及疼痛减轻,后续以大秦艽汤及独活寄生汤加减调治肢痛,症状明显缓解,而发热未再出现。

例 2 反复发热半年,且每次发热前均有微畏寒及恶风,伴有心悸,胃脘部不适,喜食热饮,心烦乏力,口干不欲饮食,大便干结。《伤寒论·太阳病》说:“太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒。”故多认为“有一份恶寒便有一份表证”。恶寒与发热并见是辨为表证的重要依据。本患者发热与恶寒恶风均轻,且发热半年,表邪已由太阳入少阳。《伤寒论》指出:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸,小便不利,或不渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之。”故选用小

柴胡汤为主方。同时伴有多关节疼痛,受凉后加重,上半身烦热出汗,膝以下怕凉等寒热错杂表现,故合用桂枝芍药知母汤祛风清热,透达外邪。二诊时已无口干及胃脘部不适,纳差,双侧肩背部及膝关节疼痛略减轻,大便质软易解,仍有膝关节下怕凉、乏力及反复发热,发热时体温波动在 37~38℃,故在原方基础上柴胡加至 30 g,加防己、威灵仙各 15 g 以加强疏风退热,通络止痛。三诊时已无发热畏寒,复查 ESR 及 CRP 均恢复正常。仍有全身乏力,恶风怕凉,受凉后双侧肩背部疼痛略加重等,继予桂枝芍药知母汤加减治疗 1 月,未再出现反复发热,余症均减轻。

#### [参考文献]

- [1] Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases[J]. Medicine (Baltimore), 1961, 40: 1-30.
- [2] 盛瑞媛. 全国发热性疾病学术研讨会纪要[J]. 中华内科杂志, 1999, 38(11): 784-785.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)