

## 理阴煎治疗长期发热 1 例

张晓雷 沙茵茵 王玉光

**【摘要】** 发热性疾病,既是一个常见病,同时又存在原因复杂、有时治疗效果不佳、抗菌药物耐药等问题。本案患者曾先后就诊于多家医院,多发、多重感染,病史长,累及多系统,曾使用多种抗生素、抗结核药物、激素等治疗,效果不佳。笔者将该病例辨为:真阴不足,脾肾阳虚证,使用《景岳全书》理阴煎加减治疗,取得了满意的疗效。

**【关键词】** 发热; 理阴煎; 验案

**【中图分类号】** R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.02.017

### 1 病案介绍

患者,女,18岁,于2015年4月22日初诊。

患者于2011年5月无明显诱因出现发热,伴有咽痛、畏寒、咳嗽,无寒战、胸痛、无咳嗽、盗汗。体温最高 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ,

每日午后及夜间明显。用激素后可以将体温控制到 $37.5^{\circ}\text{C}$ 以下,停激素后发热复起。曾先后于涿州市医院(住院)、首都医科大学附属友谊医院(住院)、北京协和医院(门诊)治疗。首都医科大学附属友谊医院诊断如下:立克次体感染、化脓性多浆膜炎伴积液、结核待除外、急性肝功能损伤、低蛋白血症、贫血(中度)。治疗经过如下:安灭菌+硫酸依替米星注射液+克林霉素,美罗培南+去甲万古霉素,头孢哌酮舒巴坦+去甲万古霉素抗感染,并每日予甲硝唑冲洗胸腔,予复方甘草酸苷保肝,利巴韦林及抗病毒软胶囊抗病毒治疗。5月31日给予地塞米松5mg控制炎症反应,减少炎症渗出治疗。6月5日调整为去甲万古霉素+泰能,6月8日将去甲万古霉素改为利奈唑胺,6月10日停用泰能改为哌拉西林舒巴坦,其间患者仍时有发热,间断予以乐松退热。6月14日请协和专家会诊,加用甲强龙20mg每日一次,予以全面抗结核治疗(异烟肼、利福喷丁胶囊、丁胺卡那),6月

基金项目: 国家科技部“十二·五”科技支撑计划课题(2013BAI13B02)

作者单位: 100010 首都医科大学附属北京中医医院呼吸科(张晓雷、王玉光);北京中医药大学[张晓雷(硕士研究生)];宁夏医科大学总医院中医骨伤科(沙茵茵)

作者简介: 张晓雷(1990-),2014级在读硕士研究生。研究方向:中西医结合治疗呼吸系统疾病。E-mail:zxlmzone@163.com

通讯作者: 王玉光(1969-),博士,主任医师。研究方向:中西医结合治疗呼吸系统疾病;E-mail:wygzhyiaids@126.com

13 日予米诺环素抗立克次体感染,患者仍间断高热,逐渐增加甲强龙剂量增至 40 mg,每 12 小时一次,患者体温有所下降,后逐渐改为美卓乐口服,并予大剂量青霉素抗感染治疗。出院后仍时有发热,遂就诊于北京中医医院门诊。

刻下症见:近日受凉,肌肉酸痛,咽痛,心悸,无恶寒,无恶心呕吐,大便干,日 1 次。舌淡苔白,脉细数乏力。辨证属真阴不足,脾肾阳虚证。治当补益助阳,升阳散邪。

处方:熟地黄 45 g、肉桂 10 g、黑附片 12 g、当归 10 g、苍术 30 g、生麻黄 6 g、羌活 10 g、独活 10 g、党参 15 g、生甘草 5 g、桔梗 10 g、柴胡 10 g、黄芩 10 g。14 剂,每日 1 剂。

二诊(2015 年 5 月 6 日):已无肌肉酸痛、咽痛、心悸,药后复查红细胞沉降率上升至 30 mm/h。舌淡苔花剥,脉细数乏力。上方去羌活、独活、桔梗、柴胡、黄芩,苍术改为 15 g、生麻黄改为 5 g、生甘草改为炙甘草 10 g,加土茯苓 20 g。14 剂,日 1 剂。

三诊(2015 年 6 月 10 日):血沉下降至 10 mm/h,热未起。舌嫩红苔花剥,脉沉细紧乏力。上方加羌活独活各 9 g。14 剂,日 1 剂。

## 2 分析与讨论

### 2.1 诊治的难点

发热性疾病原因复杂,涉及多系统、多学科。《内科住院医师手册》<sup>[1]</sup>将发热性疾病分为:感染、炎症(结缔组织病、胰腺炎、结节病、炎性肠病),肿瘤(淋巴瘤、白血病、肾癌、肝癌、转移性低分化腺癌),药物热( $\beta$ -内酰胺类抗生素、抗结核药、两性霉素、化疗药),血栓(PE/DVT),手术/创伤,神经系统疾病(脊髓/下丘脑损伤、颅内出血、癫痫),内分泌疾病(肾上腺皮质功能不全、甲亢、酮症酸中毒),其他(恶性高热、误吸、输血反应、心梗、伪热)。发热的原因仍然是以感染性疾病为主,主要应用抗生素治疗,近期细菌耐药又引起了大家的广泛关注<sup>[2]</sup>。同时西医的不明原因发热<sup>[3]</sup>诊断困难,治疗效果不佳。

本案患者曾先后就诊于多家医院,多发、多重感染,病史长,累及多系统,曾使用多种抗生素、抗结核药物、激素等治疗,效果不佳,对于西医来说治疗比较棘手。

### 2.2 中医治疗思路

中医药有《伤寒杂病论》《温病论》等治疗发热性疾病的经典论著,其中包含了大量的有效方剂,另外,近现代又不乏善于治疗发热性疾病的医家。

对于发热性疾病来说,大多辨为热证,使用清热、解毒等方药。从西医方面,发热的原因仍然是以感染性疾病为主<sup>[4]</sup>,而针对感染治疗的抗生素大多属于寒凉药物,因此,对于阳虚气虚者,效果多不佳,同时过用寒凉不但会损伤人体阳气,而且会闭遏邪气。本案辨证为:真阴不足,脾肾阳虚证。首先,真阴、真阳不足则阳气不能正常升发而郁闭于内,产生虚热,此处的发热与补中益气汤治疗的阴火发热原理相类,即《黄帝内经》<sup>[5]</sup>所指的“阴虚则内热”,另外,正气不足则卫外不固、肾不能主外而邪气易袭。此时不能使用“热则

寒之”之法,而应该温补兼以升发,温补而正气得助,升发而阳气得伸展,邪气得散。

本案使用《景岳全书》<sup>[6]</sup>理阴煎加减治疗。该方加附子、党参为仿六味回阳饮之意,意在补真阴,振脾肾。肌肉酸痛属于脾肾阳虚兼感外邪,阴寒邪气阻滞肌肉、经脉,故加苍术、麻黄、羌活以升发清阳,祛邪通经。咽痛加桔梗以开咽散邪。加柴胡、黄芩为小柴胡汤之意,以疏理气机、透散虚热。共奏补阴助阳、升阳散邪之效。二诊由于舌苔花剥,因而减少燥而伤阴之药,代之以化湿、利水的土茯苓以消除多处的积液。三诊脉现紧象,说明虚寒之人,邪气易于侵袭,复加羌活以加强生发阳气、散邪之力。

理阴煎,出自明·张景岳的《景岳全书》<sup>[6]</sup>:“熟地三、五、七钱或一、二两,当归二、三钱或五、七钱,炙甘草一、二钱,干姜(炒黄色)一、二、三钱。或加肉桂一、二钱。水二盅,煎七、八分,热服。”此为理中汤的变方,中焦阳虚则寒湿留之,故以甘草、干姜温助脾阳,参术益气除湿,用药以刚燥;下焦阳虚则肾失蒸腾,水不生木,则肝失升发而郁闭,虚热内生,中焦虚者主以调升降,下焦虚者主以补真元,故以甘草、干姜补中焦,以熟地黄、当归补下焦,用药以温润。熟地黄、当归者补益精血,同时熟地黄主“折跌绝筋”“逐血痹”,当归主“诸恶疮、金疮”<sup>[7]</sup>,故二者能守能走,对于虚而郁热内生者犹宜,另外,肉桂温补肾阳,助肾蒸腾而通血脉,用之亦佳。因此,张景岳称之为“神效不可尽述”,同时李士懋教授<sup>[8]</sup>也认为该方“对于阴虚高热不退者,本方确有奇效”。

应用该方的指征,应以脉为主,以证为核心,即:脉细数无力、浮而重按无力、尺脉细而无力等,属于真阴不足、脾肾阳虚者皆可。

对于发热性疾病来说,抗菌药物耐药及不明原因发热等问题,亟待解决,而中医药在这些方面具有较大的优势,因此,在发热性疾病的治疗,中医药可以发挥其重要作用。

## 参 考 文 献

- [1] 吴东,李剑. 协和内科住院医师手册[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2008: 38.
- [2] 汪复,朱德妹,胡付品,等. 2012 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2013, 13(5): 321-330.
- [3] 涂俊才,周平. 不明原因发热病因诊断研究进展[J]. 疑难病杂志, 2014, 13(8): 866-870.
- [4] 罗万蓉,何平. 以发热为主诉患者临床分析 54 例[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(1): 100-101.
- [5] 黄帝内经素问[M]. 田代华,整理. 北京:人民卫生出版社, 2005: 30.
- [6] 张景岳. 景岳全书[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2006: 669.
- [7] 神农本草经[M]. 顾观光,辑,杨鹏举,校注. 3 版. 北京:学苑出版社, 2007: 36-147.
- [8] 李士懋,田淑霄. 平脉辨证经方时方案解[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012: 285.

(收稿日期: 2015-07-15)

(本文编辑: 蒲晓田)