

# · 医案析评 ·

## 中医辨治不明原因发热 1 例

鲁玉 赵远红

**【摘要】** 以 1 例不明原因发热患者就诊过程的周折及诊治病愈的经历, 阐述中医临证的诊疗优势。通过回顾导师“间断发热”验案, 反思临床诊疗思维的惯性, 体会中医辨证施治的精髓, 查阅相关中西医文献进行复习整理。临床中医诊治重视病史挖掘, 辨证为少阳湿热证, 本案经治三诊疗效满意。中医更重辨证, 西医但求审因, 梳理学习西医发病因素与机制, 归纳中西医诊疗共识, 为不明原因发热的临床诊治提供新的见解。

**【关键词】** 发热; 病因不明; 中医诊疗; 优势

**【中图分类号】** R441.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.12.027

### 1 病历摘要

患者, 男, 2015 年 9 月 15 日初诊。因“间断发热一月余”就诊, 自述最高体温 39.7℃, 并无规律, 诊前各项相关检查(包括免疫全项、布氏杆菌、外斐氏反应、肥达氏反应、颅脑核磁、全腹 CT、胸 CT、生化全项、防癌五项、PET-CT 等)均未有异常提示, 为求缓解病情, 此期间不定期自服“复方氨酚烷胺胶囊”, 但仍发热反复。就诊前两天于市某医院急诊肌注地塞米松 5 mL 后, 体温自 38.9℃降至 36.8℃, 次日发热又现。

患者既往高血压病史 2 年, 未规律用药。否认其他病史。刻下: 身热起伏(最高 39.4℃), 倦怠乏力, 面垢自汗, 纳少, 寐欠安, 大便不爽。舌尖红, 苔薄黄腻, 脉滑细数。患者已辗转 1 月余, 病情缠绵反复, 西医诊断: 不明原因发热。中医诊断: 内伤发热, 辨为少阳湿热证。处方: 青蒿<sup>后下</sup> 30 g、黄芩 10 g、清半夏 10 g、竹茹 10 g、碧玉散 20 g、炒枳壳 20 g、陈皮 10 g、黄连 10 g、干姜 6 g、党参 30 g、生牡蛎<sup>先煎</sup> 20 g、桂枝 10 g、白芍 15 g、炙甘草 12 g、白茅根 30 g、焦栀子 20 g, 7 剂, 加入生姜 3 片、大枣 4 枚水煎服, 200 mL/次, 每天 2 次。

2015 年 9 月 21 日二诊: 服药后前症向善, 纳食增, 寐尚安, 仍于每天午后 3 点至晚 12 点自觉恶寒发热, 最高体温为 38℃, 大便成形, 两天一行, 苔腻浊。以药助湿化热减, 中气得运, 故见症减, 但湿性黏滞, 热蕴湿中, 留连难祛, 故祛邪纳

开达之品, 微调用药剂量: 黄芩 30 g、碧玉散 30 g、白芍 30 g、焦栀子 30 g, 另加焦槟榔 10 g、淡豆豉 10 g、芦根 30 g、草果 6 g、酒大黄 6 g, 内寓达原饮之意, 水煎 7 剂, 服法同前。

2015 年 9 月 28 日三诊: 患者连日未见发热, 心境大好, 少汗面爽, 乏力得舒, 纳可, 寐转安, 偶有身热, 最高体温 37.1℃, 唯手足心热, 大便成形日一行。舌淡红, 苔薄白稍腻, 脉弦小滑。析诊后邪气大减, 手足心热属中焦郁热, 上方去淡豆豉、酒大黄, 加天花粉 15 g、淡竹叶 10 g, 白茅根用量加至 45 g。再服 7 剂, 嘱变化随诊。

2015 年 10 月 8 日电话随访, 患者自述体温如常已十余日, 未见发热恶寒。纳可, 寐安, 已正常工作。

### 2 讨论

#### 2.1 辨治思路

笔者认为不明原因发多属伏邪内闭, 应注重首发证候和病史的询问。结合该患者求治时发热月余, 分析其屡用汗药导致初病失表, 正虚邪恋, 外邪内伏不解; 又以平素劳倦易伤中土, 化生痰湿, 阻遏气机, 久而脂浊郁结易感。如此则表证隐匿久稽, 使身热不除, 疲倦往复致内循生变。“足少阳胆经与手少阳三焦合为一经, 其气化一寄于胆中以化水谷, 一发于三焦以行腠理。若受湿遏热郁, 则三焦之气机不畅, 胆中之相火乃炽……”故初诊处方蒿芩清胆汤清泄少阳湿热痰浊, 去茯苓之淡渗, 以防伤阴之虞; 合桂枝汤调和营卫, 利于邪气出表; 加黄连、栀子坚阴兼清心火, 防稽留之热扰心神; 干姜暖中, 参、草益气, 牡蛎敛阳止汗, 茅根配滑石使热随溺泄。二诊时青蒿、黄芩用量由 3:1 调整为 1:1, 强调入胆泄浊利气机之和; 又有槟榔辛散、除湿疏利, 草果仁辛香、化浊辟秽; 淡豆豉配栀子, 芦根配茅根, 协酒大黄既可化邪热灼阴所致之瘀, 又可清解其深伏之热, 合用共奏开达辟秽、退邪和胃之功。三诊对症加减而收功, 全程辨治和解为本, 药用轻清宣透, 扶正达邪, 组方化裁皆以药中的鹄为准, 以轻去实甚妙。

作者单位: 300193 天津中医药大学研究生院[鲁玉(硕士研究生)]; 天津中医药大学第一附属医院肿瘤科(赵远红)

作者简介: 鲁玉(1992-), 女, 2015 级在读硕士研究生。研究方向: 中医肿瘤方向。E-mail: rryy@live.cn

通讯作者: 赵远红(1963-), 女, 硕士, 主任医师, 硕士生导师。研究方向: 中医、中西医结合肿瘤临床、教学与科研。E-mail: yuanyongzh98@163.com

## 2.2 中西医诊治特点

不明原因发热临床上并不少见,其诊断标准在 1998 年中国的发热性疾病学术研讨会上被提出并论证:发热持续 2~3 周以上,体温在 38.5℃ 以上,经详细询问病史、体格检查、常规实验室检查仍不能明确诊断者<sup>[1]</sup>。徐定华等<sup>[2]</sup>回顾性分析国外 107 篇文献中 127 例不明原因发热病例,归纳其病因有感染性、非感染性炎症、肿瘤性及其他。

本案患者自发病至就诊历经一月余,间断发热,最高至 39.7℃,多方诊查后因缺少临床化验指标或影像学的证据支持而病因未能明确,西医诊为不明原因发热,给予常规对症处理(解热镇痛药的使用、小剂量激素退热),但病症反复无果。已有研究发现本病病因大多以感染性因素占主体,感染造成不明发热病因中以结核为首位,且多见于老年人。也有报道指出上呼吸道感染和泌尿系感染疾病、风湿性疾病及恶性肿瘤所占比例均不可轻视<sup>[3-7]</sup>,故而西医治疗不外经验性给予抗菌、抗癆、激素冲击以及抗肿瘤等。

依据患者证候特点导师从“内伤发热”入手辨治,审证求因,三诊获效。内伤发热病名最早由明代王伦《明医杂著》中提出:“内伤发热,是阳气自伤,不能升达,降下阴分而为内热,乃阳虚也。”后代医家以此为基础,逐渐完善并深入本证的研究,认为本病多见于内伤劳倦、饮食、情志及病后复发<sup>[8-9]</sup>,临床基本病机为气血阴阳亏虚,或气、血、湿等郁结。如李用粹《证治汇补·发热》:“痰证发热,向夜大作,天明渐止,必兼胸膈不快,恶心不食,肢倦体瘦。盖痰滞中宫,阻滞升降,故恶心痞满……”李东垣《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》有:“脾胃气虚,则下流于肾,阴火得以乘其土位。”辨证分型以气虚发热型、阴虚发热型、阳虚发热型、少阳发热型、阳明炽热型、痰湿郁热型、血瘀发热型为多见<sup>[10]</sup>,主以补益气血阴阳,兼清热、化痰(利湿)、化癥、解毒<sup>[11]</sup>为常法。

## 2.3 中西医治疗共识

本案因其病因及表现繁复导致患者求治诊察过程中涉及精神、体能、经济以及医疗资源的严重耗费,实际上临床诊疗路径当以查明病因为关键,而病史的详尽、体格检查的全面、鉴别诊断(器质性与功能性、感染性与非感染性)的定性、常见疾病的非常见临床表现的重视、辅助检查目的性重复、观察的动态性、持续性、个体化表现等均不容忽视。目前关于不明原因发热的临床治疗尚未形成指南性文件,但已形成以下共识:当病因尚未查明时采用以下处理原则:(1)经验性治疗(如抗菌);(2)诊断性治疗(如抗癆);(3)对症处理(<39℃ 物理降温、非甾体类抗炎药等);(4)经验性化疗(疑有肿瘤)。

值得注意的是:糖皮质激素类药物在治疗本病过程中当慎重使用,避免掩盖疾病本来面貌,甚至加重病情<sup>[12-14]</sup>;抗生素不能滥用,避免发生耐药或药物性发热;诊断性治疗对拟诊肿瘤患者不宜处置;抗结核治疗中要有时间的概念。反

复发热求诊以恶性肿瘤的鉴别最为困扰,而癌性发热常为低热或潮热为表现,体温多在 37~39℃ 之间,发热时间常在午后,持续至夜间,其机理亦未完善,发病因素归为:肿瘤细胞自身产生内源性致热源;肿瘤细胞释放抗原物质引起免疫反应;肿瘤自身组织坏死释放肿瘤坏死因子,导致机体发热;肿瘤侵犯或影响体温调节中枢引起中枢性发热等<sup>[15]</sup>。临床上以对症处理为主,药物治疗常用非甾体类解热镇痛药、糖皮质激素等,疗效不佳且存在较大隐患<sup>[16]</sup>。而癌性发热中医辨证亦归属“内伤发热”范畴,因此适时应用中医药辨证治疗无疑是对不明原因发热的恰当选择。

## 参 考 文 献

- [1] 盛瑞媛. 全国发热性疾病学术研讨会纪要[J]. 中国内科杂志, 1999, 38(11): 784.
- [2] 徐定华, 石秋萍, 王超, 等. 不明原因发热病例报告的临床分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2014, 13(4): 335-337.
- [3] 邓宜楚, 古菁华. 4368 例不明原因发热病因的荟萃分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(27): 151-153.
- [4] 马锦玲, 曹剑, 王玉堂, 等. 不明原因发热的病因分布及临床特征[J]. 中国医学科学院学报, 2011, 33(1): 83-87.
- [5] 张志强, 翟永志, 陈歆, 等. 发热特征在不明原因发热诊断中的作用[J]. 解放军医学院学报, 2013, 34(11): 1124-1127.
- [6] 康磊, 徐小洁, 范岩, 等. 18F-FDG PET/CT 在不明原因发热中的诊断价值[J]. 北京大学学报(医学版), 2015, 47(1): 175-180.
- [7] 马科, 黄加权. 不明原因发热 15 年临床变迁[J]. 中华医院感染学杂志, 2008, 18(9): 1279-1281.
- [8] 何晶, 赵红兵, 邵铭, 等. 内伤发热中医用药思路[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(1): 124-126.
- [9] 姜德友, 庞作为. 内伤发热源流考[J]. 天津中医药大学学报, 2015, 34(2): 69-72.
- [10] 王兵, 侯炜. 癌性发热的中医辨治[J]. 世界中医药, 2012, 7(5): 460-462.
- [11] 申洁婷, 吴煜, 袁菊花, 等. 小柴胡汤治疗癌性发热体会[J]. 中医杂志, 2011, 52(6): 47-48.
- [12] 王春娜, 李素梅. 不明原因发热的诊治概况[J]. 中国实用医药, 2012, 5(6): 241-243.
- [13] 刘正印. 发热原因待查的诊断思路及处理原则[J]. 中国临床医生, 2012, 40(10): 3-5.
- [14] 李刚, 李儒贵, 谭华炳. 发长期不明原因发热性疾病的临床诊断思维[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2014, 8(1): 105-107.
- [15] 滕钰浩, 陶肖馨, 章永红, 等. 癌性发热中医药临床研究[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(3): 451-452.
- [16] 邢丽菊. 癌性发热的中西医认识和治疗[J]. 中医杂志, 2011, 52(11): 924-926.

(收稿日期: 2016-03-27)

(本文编辑: 禹佳)