

· 中医药 · 中西医结合 ·

不明原因发热中医辨治

岳煜, 杨云华, 张玉琴

江苏省第二中医院 ICU, 江苏 南京 210000

关键词: 不明原因发热; 中医辨证; 湿热郁闭; 气虚热盛; 气阴两虚

中图分类号: R 242 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)06-0835-03

不明原因发热定义是:体温超过 38.3℃,持续 3 周以上,住院 1 周后仍不能确诊,其病因复杂,是内科临床的疑难病症之一^[1]。中医学将发热主要分为外感发热和内伤发热,外感发热多于温病、伤寒的发病过程中可见,而西医多为急性感染性疾病。内伤发热多为不明原因引起的发热,西医则于结缔组织病、慢性感染性疾病中多见,以及不明原因发热等^[2]。不明原因发热历来是困扰临床医师的重要难题之一,尽管近年来医学诊疗技术不断提高,但不明原因发热病因繁多,临床很多患者经长期反复的检查治疗,最终仍难以明确诊断。此类患者就诊往往仅以发热为主诉,治疗上多采用对症退热或抗感染治疗,疗效不佳。笔者现将临床治疗不明原因发热举例如下。

1 湿热郁闭,缠绵不断

患者 男,40 岁。主诉“间歇性发热 3 月余”。患者近 3 个月来反复出现间歇发热,2~3 d 发作 1 次,每次持续 4~5 h,以日晡潮热、午夜低热,最高体温达 40.1℃。发热时肌肉酸胀不适,乏力懒动,全身燥热不堪,头目胀痛,休息后逐渐缓解。初未在意,其后症状渐加重,血生化指标、免疫球蛋白、风湿免疫系统指标、C 反应蛋白、甲状腺功能、影像学检查等,均未发现异常。应用抗生素、激素类以及其他药物等西药(具体不详),发热仍时常发作。刻见:神疲,精神一般,体形稍胖,暂未见发热。伴口干口苦、肌肉酸胀,舌淡红,苔微腻,脉相弦滑。辨证属湿热瘀结,缠绵三焦,治拟蒿芩清胆汤加减:青蒿 10 g,黄芩 10 g,碧玉散 10 g(包),陈皮 6 g,法半夏 10 g,炒枳壳 15 g,竹茹 10 g,生地黄 10 g,牡丹皮 10 g,桑叶 15 g,决明子 15 g,生甘草 6 g。药用 7 剂后,发热虽有发作,但程度明显减轻,再用 7 剂后,无明显发热症状,后期再投以养阴清肝之品,症状自愈。

按:湿邪多缠绵,与实热交织,郁闭难解。《证治

汇补》中言:郁火发热,肌肉如火,筋肉如烧,扪之烙手,或昼夜不减,或夜分即热,天明暂缓。其热必手足四肢更甚,缘脾主四末,热伏地中故也。胃虚而过食生冷,阴覆乎阳,郁遏阳气于脾土之中也。故遵“火郁发之”,在清解湿热的同时辅以发散之法。柴胡和黄芩相互配合,使少阳清泄,枢机调达,终致热邪散于外;青蒿味苦性寒,清热解毒,除蒸热,适用于各种发热,以上三种药物可说是治疗发热的必选之药。浙贝、桔梗、瓜蒌、金荞麦清热化痰,虎杖、瓜蒌通腑泄热。本案生地与豆豉相配伍,生地性寒味甘苦,养阴生津,凉血养血。豆豉性温透邪除烦,两药温凉相配,使邪透并外达,滋阴却不留邪,常用于阴虚发热者^[3]。

2 气虚热盛,虚火蔓延

患者 男,28 岁。主诉反复低热间歇性发作 1 月余。患者为建筑工人,平素从事体力劳动,工作劳累,1 个月以来经常大量工作后出现低热不断,初不在意,日久尤甚。并伴有倦怠懒言、气短乏力、自汗、容易感冒。近 1 周以来症状加重,自诉咽部不适,疼痛难忍,咽干口燥,时有异味,大便秘结,舌质淡胖,苔白,脉细。查体:T 39.8℃,P 112 次/min,R 22 次/min,BP 140/90 mm Hg,大汗淋漓,面色苍白,扶行入院,皮肤轻度黄染,全身浅表淋巴结未扪及肿大,双肺呼吸音粗,腹胀,双下肢轻度浮肿。辅助检查:血常规:WBC $11.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例 47%;血生化指标正常。辨证此属气虚阳浮,虚火蔓延。治以升阳散火汤、补中益气汤加减。药予:柴胡 15 g,升麻 10 g,葛根 15 g,党参 10 g,白术 9 g,茯苓 15 g,法半夏 10 g,砂仁 4 g(后下),羌活 20 g,防风 15 g,升麻 10 g,生甘草 6 g。药服 3 剂,自觉汗出症状好转,但口干咽燥、大便秘结之症仍在,后期加入龙骨、牡蛎、牛膝等,引火下行,辅以五味子、酸枣仁等滋阴补肾,诸症自消。

按:《素问·调经论》曰:“有所劳倦,形气衰少,谷气不盛,上焦不行,下脘不通,胃气热,热气熏胸中,

故内热。”东垣在《脾胃论》中述“治男子妇人四肢发热、肌热、筋痹热骨髓中热，发困热如燎，扪之烙手”。指素体脾胃气虚之人，形衰气弱，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，胃气郁而熏蒸胸中，阴火内生，故而发热；或寒凉遏于脾胃，阳气升发受阻，郁于中焦，遂成内热。综上所述，脾胃气虚为此病症的病理基础。此证以四肢发热为辨证要点，若郁热外发，则表现为四肢肌表发热，若郁热上壅，则表现为咽喉肿痛^[4]。李东垣之升阳散火汤为治疗发热之主方。“东垣圣于脾胃，治之必主升阳，俗医知降而不知升，是扑其少火也。柴胡发少阳之火，为君；升麻、葛根可发阳明之火，羌活、防风可发太阳之火，独活则发少阴之火，上述药物为臣，此皆味薄气轻，上行之药，所以升举其阳，使三焦畅遂，清阳既出上窍，则浊阴自归下窍，而火邪皆散矣；芍药泻脾火而敛阴，且酸敛甘缓，散中有收，不致有损阴气，为佐使也”^[5]。补中益气汤为治疗气虚发热方药，方中黄芪补中益气，充实肺卫，固表止汗；人参补益脾元气；炙甘草甘温补中，泻心火而除烦，“此三味，除烦热之圣药也”^[6]；配伍白术加强健脾功能；当归补气养血和营；陈皮理气和胃，助清阳生发、浊阴沉降；升麻、柴胡升提下陷之气，发郁闭之阳，又可解肌发表，外透邪气，并有引经之功，协助补益药向上生发、升提中气^[7-8]。此前有文献资料研究出，补中益气汤对气虚发热大鼠的体温具有显著的退热作用，并考虑退热作用可能与降低中枢发热介质前列腺素（PG）E2^[9]和环磷酸腺苷（cAMP）有关^[10-11]。

3 气阴两虚，虚火灼络

患者 女，66 岁。主诉：反复发热 2 个月。2 个月前无明显诱因下出现反复发热，最高体温达 40.6℃，伴咳嗽、咯痰，为白色黏痰，无力咯出，病情逐渐加重，查头颈胸腹 CT 示：左侧基底节区腔梗，脑白质疏松，副鼻窦炎，左侧甲状腺腺瘤，两下肺感染，两下胸腔积液，双肾多发囊肿，直肠扩张，盆腔积液；诊断为“重症肺部感染、I 型呼吸衰竭、脓毒性休克、胸腔积液、小脑萎缩、脑梗死”，行气管切开及分别予“头孢他啶、比阿培南、替考拉宁”抗感染治疗，患者咳嗽咳痰症状有所减轻，但仍持续高热。后查 X 线胸片示：两肺纹理增多；血常规示：白细胞 $8.55 \times 10^9/L$ ，红细胞计数 $2.94 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 94 g/L，中性粒细胞比率 86.24%，淋巴细胞比率 8.92%，超敏 C 反应蛋白 3.7 mg/L；血生化：白蛋白 33.4 g/L，球蛋白 18.5 g/L，丙氨酸氨基转移酶 81 U/L，门冬氨酸氨基转移酶 53 U/L；B 型利钠肽：693.8 pg/ml；尿粪常规、

风湿免疫指标、肿瘤标志物检查、甲功指标及传染病指标等均未见明显异常；心电图正常。入科后予头孢他啶抗感染，盐酸氨溴索化痰，神经节苷脂营养神经，及营养支持、维持水电解质平衡等治疗。刻下患者神志不清，精神萎靡，形体中等，皮肤微热，体温波动在 37.5~39.5℃，发热无定时，两目乏神，瞳仁呆滞，面色萎黄，口中涎沫分泌，咳嗽间作，咳声低怯，痰少色白质黏，呼吸喘促，无呃逆、嗝气等异常声音，二便失禁，小便量可，大便次数多，鼻饲饮食量可，夜寐尚安，舌质红，苔薄少，脉细；中医诊断：内伤发热；证属气阴两虚，治以益气养阴，清热凉血为主；方用青蒿鳖甲汤加减，处方如下：青蒿 30 g，鳖甲 30 g，白薇 20 g，银柴胡 15 g，知母 10 g，黄柏 10 g，地骨皮 15 g，生地 10 g，丹皮 10 g，赤芍 10 g。每日 1 剂，水煎服，早晚各鼻饲 1 次，每次 200 ml，连服 7 剂。二诊患者间断发热，体温波动在 36.4~38.7℃，面色萎黄无华，反复咳嗽，咳声无力，痰少质黏，舌质红，苔白薄少，脉细；原方加黄芪 30 g，炒白术 20 g，玄参 20 g，麦冬 10 g 益气养阴。服药 7 剂后患者未再发热，精神好转，能自主睁眼，有时呼之能应。

按：本例患者为老年女性，以发热为主诉，虽外院 CT 提示有肺部感染，但入我科后查 X 线胸片及血常规、C 反应蛋白等未见明显感染征象，且肿瘤、免疫相关实验室指标均未见明显异常。患者表现为高热，病程长，病情缠绵难愈，当属中医内伤发热范畴，中医内伤发热病机可概括为：气滞血瘀、痰湿阻滞、气血亏虚、阴阳两虚，导致脏腑功能失调^[12]。本病例中，该患者精神萎靡，面色萎黄，咳声低怯，便溏，舌质红，苔薄少，脉细，证属气阴两虚；患者热病日久，余热不尽，耗气伤阴，邪热内伏阴分，正虚邪恋。方选青蒿鳖甲汤加减，青蒿鳖甲汤出自清吴鞠通《温病条辨》，其曰“夜热早凉，热退无汗，热只阴来者，青蒿鳖甲汤主之”。主治温病后期，邪伏阴分之证，其病以夜热早凉、热退无汗、舌红少苔、脉来细数为主要临床表现。现代药理研究发现，青蒿鳖甲汤具有解热、镇痛抗炎、抗肿瘤及调节免疫等作用，临床广泛应用于各科发热病证的治疗中，如肿瘤发热、术后发热、肺结核发热及免疫系统发热等，均取得不错疗效。

4 结 语

不明原因发热是临床常见而棘手的难题，其病因难辨，临床表现多样，病程迁延缠绵，常给患者身心带来极大的痛苦。西医对此有明确的认识：认为发热是一个症状，由病原微生物、抗原抗体复合物、类固醇等刺激机体白细胞等产生内生致热原，后者通过多种途

径作用于体温调节中枢引起调定点升高所引起。有文献资料认为:下丘脑温敏神经元的 PGE₂ 受体受到脑血管内皮细胞及其周围的巨噬细胞的作用引起体温升高^[13]。因此应重视常见病的非常规临床表现,结合病史及发热患者的特点,分析病情特征,审症求因,从而综合评估后运用诊断性治疗^[14-19]。

本文中患者多反复求诊于临床多科,仍无法明确诊断,仅凭经验用药,给予各种抗生素,即使使用中药也常用清热解毒之药,收效甚微,后服用上述中药有效,使笔者认识到,对此类疾病,中医辨证求因、审因论治是其一优势。笔者总结多例不明原因发热诊治经验,认为不明原因发热应首辨虚实,后辨气血。医者若不认真详实地进行疾病资料提取,不熟练运用四诊,不辨病辨证相结合,仅见发热就用抗生素,或清热解毒之中药,则可能导致寒凉凝滞、闭阻热毒,加重病情;或见其一派虚弱表象,就一味用益气养阴等补益剂,更有闭门留寇之嫌,病情自然无法好转。疑难疾病的证候多为真热假寒、真寒假热、虚实难辨,故临证应四诊合参,辨证辨病结合,审症求因,审因论治,通常达变,不可拘泥于一种症状。

参考文献

- [1] 陈歆,刘刚,沈洪.不明原因发热诊断策略研究进展[J].中国全科医学,2014,17(32):3875-3877.
- [2] 牛洁,崔启东,吴志松,等.周平安临床辨治发热经验撷菁[J].北京中医药,2013,32(2):101-103.
- [3] 王涵,周强,顾成娟,等.全小林教授运用三升阳方的经验[J].中国中医急症,2013,22(5):743-744,753.
- [4] 汪昂.医方集解[M].北京:中国中医药出版社,2005:219.

- [5] 李正富,卞华.“气虚发热”病机新探[J].国医论坛,2007,22(3):16-18.
- [6] 刘天强.关于“气虚发热”的思考[J].现代中西医结合杂志,2009,18(21):2515-2516.
- [7] 王月娇,赵波.气虚发热病机探析[J].中医研究,2014,27(4):12-14.
- [8] 刘瑜彬,王晖,唐晓峰,等.灰关联聚类法评价补中益气汤对大鼠气虚发热的效果[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(18):124-128.
- [9] Malvar Ddo C, Soares DM, Fabrício AS, et al. The antipyretic effect of dipyrone is unrelated to inhibition of PGE₂ synthesis in the hypothalamus[J]. Br J Pharmacol, 2011, 162(6):1401-1409.
- [10] 刘进娜,谢鸣,高秀兰,等.补中益气汤退热作用及机制的探讨[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(2):174-176.
- [11] 马秀红.中医药方法治疗内伤发热[J].中国社区医师,2014,30(10):87,89.
- [12] 余锦秀.青蒿鳖甲汤临床应用研究进展[J].中医临床研究,2012,4(15):118-119.
- [13] 解玉东.发热待查 116 例临床分析[J].中国医学创新,2013,10(3):113-114.
- [14] 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.
- [15] 徐雯.87 例感染性不明原因发热病例的临床分析[J].中国医学创新,2011,8(12):134-135.
- [16] 李静波,张静萍,陈佰义.541 例不明原因发热病因回顾性分析[J].中华医院感染学杂志,2011,21(8):1587-1589.
- [17] Tolan RW Jr. Fever of unknown origin; a diagnostic approach to this vexing problem[J]. Clin Pediatr (Phila), 2010, 49(3):207-213.
- [18] 仕丽,樊兵权,王健.阎洪臣教授运用补中益气汤验案举隅[J].中国医学创新,2015,12(27):96-98.
- [19] 汤涛,周章武.补中益气汤治疗膝关节术后气虚发热临床进展[J].中医药临床杂志,2014,26(12):1329-1331.

收稿日期:2016-02-10 修回日期:2016-03-15 编辑:王娜娜

(上接第 834 页)

CT 示右上肺陈旧病灶,主气管内占位病变。电子支气管镜提示气管下段左侧壁可见气管球形新生物,基底宽,表面毛细血管丰富,将气管腔几乎完全堵塞,分次行圈套、高频电刀、氩气刀治疗,气管管腔直径约 1.2 cm,较前通畅。圈套下的新生物送病理报告为气管下段间叶源性肿瘤,结合免疫组化标记结果,血管球瘤,恶性潜能不能确定。结合本患者病史分析,其血管球瘤属复发。

参考文献

- [1] Bambakidis NC, Gore P, Eschbacher J, et al. Intraosseous spinal glomus tumors; case report[J]. Neurosurgery, 2007, 60(6):E1152.
- [2] 李强.呼吸系统疑难少见病一诊治评析[M].上海:上海科学技术出版社,2011:20.
- [3] 刘大看,马玉春,雷宏召,等.56 例血管球瘤诊治分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2009,23(10):1026-1027.

- [4] 张文谦,李辉,苗劲柏.右主支气管血管球瘤 1 例[J].中华胸心血管外科杂志,2012,28(4):255.
- [5] Nakajima Y, Koizumi K, Haraguchi S, et al. Locally infiltrative glomus tumor of the bronchus; a case report[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2010, 16(2):113-117.
- [6] 路军,金木兰,王跃,等.气管恶性潜能未定血管球瘤临床病理观察[J].诊断病理学杂志,2012,19(4):294-297.
- [7] 王建军,周静,李万刚,等.恶性潜能未定气管血管球瘤 1 例[J].医药产业资讯,2006,3(15):128.
- [8] 李双,江道斌,胡昕,等.气管血管球瘤一例[J].中华医学杂志,2015,95(4):306-307.
- [9] 毛荣军,李启明,房惠琼.肺部恶性血管球瘤 1 例临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志,2012,28(1):90-92.
- [10] 王坚,朱雄增.软组织肿瘤病理学[M].北京:人民卫生出版社,2008:356-359.
- [11] 官为一,鲍峰,田国礼,等.原发性左主支气管血管球瘤 1 例并文献复习[J].肿瘤防治研究,2014,41(4):441-442.

收稿日期:2016-01-18 修回日期:2016-02-10 编辑:王国品