清暑益气汤治疗 1 例长期发热病人的反思

● 刘良待[1*]　袁丽娟[2]

摘　要　发热患者非常多见,现代医学认为发热的原因十分复杂,有感染性,有非感染性;中医学认为发热有外感发热,内伤发热。对于不明原因的长期发热,是许多医者在临床实践中经常遇到的棘手问题。本文介绍一例长期发热患者的治疗,一波多折,过程艰辛,最终运用清暑益气汤治疗而愈。

关键词　清暑益气汤　长期发热

发热患者非常多见,现代医学认为发热的原因十分复杂,有感染性,有非感染性;中医学认为发热有外感发热,内伤发热。对于不明原因的长期发热,是许多医者在临床实践中经常遇到的棘手问题。我们将一例长期发热患者的诊治过程报告如下。

患者刘某某,女,75 岁,退休教师,因胸闷、气促、咳嗽伴发热 3 天于 2011 年 4 月 25 日入院。患者家属代诉:患者因受凉后出现胸闷、咳嗽、气促,无法自主排痰,发热,下肢轻度水肿,为求系统治疗遂入我院,入院症见:咳嗽,痰不易出,帮助排痰可见痰为白色泡沫状,胸闷、气促,活动后则加重,发热,纳少,口干,大便日一行,小便量少,舌淡红,苔白,脉浮滑数。患者既往有帕金森氏病史五年余,并长期卧床,生活不能自理。期间规律服用美多巴,苯海索等药物。2005 年因子宫肌瘤行子宫切除术,无高血压、糖尿病史。查体:体温 37.4℃,脉搏 100 次/分,呼吸 23 次/分,血压 90/60mmHg,神清,呼吸促,面色淡,形体蜷缩,胸廓畸形,肋间隙窄,双肺呼吸音弱,两下肺可闻及湿性罗音,叩诊心脏浊音界不清,心音略低,律齐,心率 100 次/分,四肢肌肉强直、萎缩。辅助检查:心脏彩超示:①左室舒张功能减低,②心包少量积液,③主动脉瓣弹性降低并轻度钙化,轻度关闭不全;心电图示:①窦性心动过速,②顺钟向转位,③低电压;实验室检查示:红细胞 3.43×10^{12}/L,血红蛋白 98g/L,白细胞 5.3×10^{9}/L,中性粒细胞比率 77.3%;肝肾功能,二便常规无异常。入院诊断:①肺部感染,②心力衰竭心功能Ⅳ级,③心包积液,④帕金森病。入院后给予抗感染,化痰,解痉平喘,扩血管,利尿等治疗,中药予以宣肺解表剂,一周后体温在正常至 37.8℃之间波动。5 月 4 日患者仍发热,体温达 38℃,夜间易汗出,气喘,舌淡红,苔白,脉左细,右弦滑数。辨证为气阴两虚,易方为玉屏风散合生脉散加减,经过中西医结合治疗,至五月中旬患者病情大有改善,无发热、汗出,建议出院,但家属考虑患者一贯体质较差,欲继续住院调理观察。

5 月 18 日患者体温突然升至 39℃,查血常规中性粒细胞比率 83.4%,遂更换抗生素,三天后体温下降至正常。

5 月 24 日始及之后两个月期间,患者一直发热,甚至体温居高不下,在治疗过程中曾根据血常规、血培养、痰培养等检查结果调整过多种抗生素,如磺苄西林、头孢哌酮/他唑巴坦、美罗培南、莫西沙星、万古霉素、利奈唑胺、氟康唑等,并对症予以物理降温,解热药,纠正电解质紊乱,补充胶体及营养支持治疗等。患者体温偶降至正常,但维持不到一两天即回升。鉴于患者发热时间较长,曾请院外专家会诊,认为:感染不能完全解释其发热原因,为除外药物热,遂停用所有抗生素类药物四天,但发热仍持续。期间,中医根据病情变化,应用不同治法,

*作者简介　刘良待,男,医学博士,教授,主任医师,硕士生导师。研究方向:中医药防治呼吸系统疾病。

●作者单位　1. 江西中医学院附属医院呼吸科(330006)2. 江西省樟树市中医院(331200)

虽或能使热势暂减,但多次反复,效果并不理想。考虑患者从五月份始发热,正值暑天,7月下旬始治以健脾除湿、清暑益气,予李氏清暑益气汤。经治疗约一月,患者体温恢复正常,病情日见改善。治疗过程小结如下:

5月24日,患者体温上升为39℃,无汗,无咳嗽,神清,精神差,面色㿠白,口唇暗,查体:颈静脉充盈,右肺可闻及湿性罗音,少量哮鸣音。辅助检查示血象不高,电解质紊乱,咽拭子可见霉菌及菌丝,西医用抗G-菌及抗真菌类抗生素,对症退热处理效果不明显,体温虽有降低旋即升回至38.5℃以上。5月26日患者身热不解,倦怠,面色淡黄,咳逆气喘,腹胀,双下肢浮肿,小便量少,舌质红,苔薄黄微腻,脉弦滑数,辨证属感受外邪,邪热壅肺,邪在气分,治以辛凉宣肺平喘,予麻杏石甘汤加减。服四剂后,患者微汗出,体温在37至38℃之间波动。

5月30日晚间体温又上升为38.8℃,无汗,皮肤灼热,至31日8时,体温上升为39.5℃,时见患者面赤、唇干,口舌生疮,便秘,舌红苔黄腻,脉细滑数,辨证属上中二焦邪郁生热,予凉膈散加减以泻火通便,清上泄下。6月1日患者体温38.6℃,2日体温37.7℃,3日体温38.3℃,精神差,气喘。6月8日体温为38.5℃,神清,精神差,发热,无汗,稍咳,呼吸稍促,大便糊状,尿量正常,舌红,苔白厚腻,脉滑数。证属湿邪郁而化热,治以三仁汤加味未效。

6月8至11日,患者体温在37~37.5℃之间维持一天。12日体温上升至38.8℃,发热倦怠,小便短赤,双下肢水肿,胸闷腹胀,口渴,舌质淡红,苔黄白厚腻,脉弦滑数,遂予利湿化浊,清热解毒之甘露消毒丹加味,但发热间升间降,一直保持在37.5℃以上。

6月17日,患者体温39℃,症见:身热,无汗,气促,动则加重,口中啊啊有声,声低气怯,面色萎黄,全身浮肿,大便干结,小便量少,舌淡红,苔少,脉虚大无力而数。查体:两肺底可闻及湿罗音,偶闻及哮鸣音,心音低钝,律齐,心率110次/分,全身浮肿。辨证属气虚发热,予补中益气汤加味以"甘温除大热",之后一周患者体温在37-39℃之间波动。

26日出现神志时清时昧,面部浮肿减轻,但躯干及双下肢仍浮肿,舌红,苔黄干,间有裂纹,脉滑数。6月27日至7月4日,患者体温在37~39℃之间波动,最高时达39.8℃,精神差,中药先后给予银翘马勃散,小柴胡汤加减,均未效。

7月7日患者症见:微咳,口腔分泌物较多,舌质红,苔黄厚腻,舌面有溃烂,唇角轻度溃疡,脉细滑数,仍发热,体温最高39.8℃。辨证属痰热郁肺,热毒壅滞,遂予千金苇茎汤加减,此后四日体温波动在37.5~38.6℃之间。

7月13日,患者体温上升为39.5℃,症见:热甚,口腔干燥,舌红,苔厚,舌面无津,脉左细滑数,右弦洪大,辨为肺胃热盛,气阴两伤,给予白虎人参汤清热益气生津。14日上午38℃,15日37.9℃,16日早晨39.2℃,晚间37.9℃,17日体温在38℃左右。

7月18日体温复升至39.1℃,精神萎靡,喉中痰鸣,口微干,汗出热稍解,足部水肿减轻,胸腹肿,舌淡红,苔白腻,脉浮滑数,考虑近几日在空调房复受凉,遂予除痰消痞,解表温中除湿之五积散。19~24日,患者神志尚清,体温最低时37℃,最高则为38.6℃。

7月25日,患者体温39℃,症见:发热,微汗出,四肢困倦,气短,气喘,小便少,大便或两日一解,(需使用开塞露),舌淡嫩,苔白腻,脉左细弱,右弦滑。考虑患者发热日久,脾胃虚弱,而正值暑天,暑气热盛,损伤元气,暑又多挟湿,故形成中气不足,湿热困脾之势,遂予李氏清暑益气汤,以健脾除湿,清暑益气。遵原方如下:黄芪30g,苍术10g,党参20g,白术15g,陈皮10g,当归10g,升麻10g,麦冬10g,五味子10g,关黄柏10g,泽泻10g,神曲10g,青皮10g,粉葛15g。服药后,27日患者体温38℃,30日一度为39℃,8月2日体温37.6℃,4日36.5℃。症见:神清,精神转佳,但口腔分泌物仍多,主要为黄色粘痰,双下肢水肿减轻,舌面污垢难清除,舌淡,苔白腻,脉细滑。效不更方。服药至8月15日患者体温一直在38℃以下,正常的体温可维持数天。继续守方治疗,直至8月24日,患者神志清楚,气力较前增,体温正常,偶气喘,浮肿减轻,二便可,纳眠尚可。治疗予参苓白术散善后调理。

纵观患者病程,其发热为无规律发热,汗出、恶寒不明显。最初予辛凉宣肺清热之麻杏石甘汤,服后微汗出,热稍退,但维持不过一日而复热。邪除不尽,考虑入半表半里,予小柴胡汤未效。继后考虑湿热郁于中焦,予清热解毒,利湿化浊之甘露消毒丹;亦考虑内伤发热已久,尤其是高热之后,易耗气伤津,用清热益气生津之白虎人参汤,但发热退而不消,均无功而返。也曾予三仁汤以清利湿热,宣畅气机,却因未予补中益气之剂,同样未效。患者发热持续时间长,无论是对壮实之人还是对瘦弱之人都是一种慢性消耗,且已长期卧床,

年事已高,久卧伤气,行插胃管进食,食物不经咀嚼,水谷精微吸收不完全,因此我们认为患者证属中气不足,脾胃虚弱,而从气虚发热论治,予补中益气汤,但因未兼顾除湿导致无效;患者发热不解,精神短少,四肢困倦,脉滑而虚数,乃中气已虚。更因时值夏季,暑湿当令,暑为阳邪,其性炎上,湿为阴邪,其性趋下,暑湿共伤气阴,故证属气阴不足,兼挟暑湿。治疗单用益气养阴,则暑湿难除;独以清暑除湿,则气阴难复。暑湿耗伤气阴之证,只有清暑益气并举,方能效如桴鼓,应手而愈。

暑为夏季之主气,乃火热所化,具升散,耗气伤津之性,故夏季暑邪伤人,易伤气阴,如患者元气本虚,则气虚益甚,而可见神疲、懒言、乏力等症;暑邪直入气分,耗伤津液,故口渴喜饮;暑热之邪,扰动心神,则心胸烦乱;暑多夹湿,湿困脾土,则见四肢困倦,胸满,大便溏泻。李氏以清暑益气、健脾除湿立法,治疗平素脾胃本虚,夏季伤于暑热之体,拟清暑益气汤,方以黄芪甘温补中、益气升阳,为君药;人参、橘皮、当归、甘草健脾益气为臣;湿阻脾胃,故用二术、泽泻淡渗利湿;神曲健脾消食;青皮理气;升麻、葛根解肌升阳;黄柏苦寒,清热补肾水以滋化源;暑热易耗气伤津,故用人参、麦冬、五味子益气养阴,共为佐药;甘草尚可调和诸药,又为使药之用。

我们认为:患者高热不退,口渴、烦躁汗多、神疲少气、苔黄白而干、脉虚数无力等暑热耗气伤津者,宜用《温热经纬》清暑益气汤。但若虚人挟湿而病暑者,或平素气虚,感受暑湿,脾湿不化,身热头痛,口渴自汗,四肢困倦,不思饮食,胸满身重,大便溏泄,小便短赤,苔腻,脉虚者,则以《脾胃论》清暑益气汤为宜。本例发热患者的治疗,一波多折,过程艰辛,究其原因,乃诊治过程,未能随机应变,因时、因地、因人制宜。心中了了,指下难明,此之谓也。

医政咨讯

王国强副部长出席 2012 年全国中医医政工作会议

2 月 8 日,2012 年全国中医医政工作会议在福建省厦门市召开。卫生部副部长、国家中医药管理局局长王国强在会上部署 2012 年中医医政 6 方面重点工作。国家中医药管理局副局长马建中出席会议。全国各省、区、市及新疆生产建设兵团中医药管理部门负责人、医政处长 160 多人参加会议。

王国强指出,各部门要进一步加强统筹,突出重点,以点带面,全面推进,今年医政工作应突出 6 个重点方面。

一是全力落实好医改方面中医药各项工作任务,推动中医药在医改中发挥更大作用。今年是深化医改承上启下的关键之年,要按照国务院医改工作的总体要求和重点任务部署,以公立中医院改革试点为重点,全面参与五项改革,进一步贯彻落实好《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》和去年卫生部与国家中医药管理局联合印发的《关于在医改中进一步发挥中医药作用的意见》,切实发挥中医药在深化医改中的作用。要以县级中医医院综合改革为重点,稳步推进公立中医医院改革试点工作。要以提高中医药自身服务能力为重点,进一步加强基层中医药服务体系建设。要以鼓励中医医院和基层医疗卫生机构提供和利用中医药服务为重点,推进医保政策落实和支付方式改革。要以促进中医药特色与优势的发挥为重点,推进基本药物制度在各级中医医疗机构的实施。要以继续推进基本公共卫生服务中医药服务项目试点工作为重点,发挥中医药在基本公共卫生服务中的作用。

二是以中医特色优势为核心,持续推进中医医院内涵建设。中医药特色优势是中医医院的立院之本、强院之基、发展之源,国家中医药管理局将执行新的中医医院评审标准,促进中医医院突出特色、提高疗效、促进发展、深化改革、加强管理。

三是以重点专科建设为中心,不断提高中医临床疗效。国家中医药管理局将分三个层次,继续在重点专科建设上加大工作力度。一是以优势病种为单位,形成 300 个左右中医临床诊疗协作中心,继续开展中医诊疗方案和临床路径的梳理总结、完善提高和推广应用工作。二是继续抓好国家中医药局重点专科的建设工作,制定重点专科管理办法,实行动态管理,完善激励机制,建立退出机制。三是对遴选出的近 300 个重点专科培育单位加强指导和建设,通过参加协作组活动、对口帮扶、技术指导等多种形式,逐步提高这些专科的业务水平。

四是以基层中医药服务能力推进工程为抓手,进一步提高基层中医药服务可及性和可得性。从政策引导、典型示范、县级中医医院龙头建设、监测评价、技术推广、经验交流六个方面整体推进基层中医药工作,同时,启动实施"基层中医药服务能力推进工程",用四年时间大力推进基层中医药服务能力建设,不断提高基层中医药服务的可及性和可得性。

五是以中医预防保健服务体系建设为重点,进一步提高中医预防保健服务能力和水平。深入开展"治未病"科普知识宣传普及活动,逐步完善中医预防保健服务提供体系建设,加强中医预防保健服务技术体系建设,加强中医预防保健保障体系建设工作,推进区域中医预防保健服务体系建设,建立科学合理的效果评价体系。

六是以筑实中医药发展的群众基础,发展中医服务为目标,大力加强中医医院中医药文化建设。

会上,北京市中医管理局、甘肃省中医药管理局等 7 家单位对医政工作进行了经验交流。会议还就中西医如何结合,中医药、民族医药价格形成和补偿机制,中医区域"治未病"预防保健服务试点工作等进行讨论和交流。