

吴强运用“甘温除热”法 治疗腹膜透析患者短期低热案

● 林 杰^{1,2} 吴 强^{2▲} 石伟荣² 朱淑瑜² 吴志鹏¹ 林成锦¹ 念艳萍²

摘 要 “甘温除热”法是以性味辛、甘、温的草药作为方中主药,治疗因中气不足或气血亏虚而导致的内伤发热证或虚人外感发热的一种行之有效的方法。其在长期的难治性内伤发热中应用频繁。但对于低热时间不长的病例,只要证型符合,仍可考虑应用。疾病是个动态发展的过程,辨证论治应从整体出发,腹膜透析病人本身就存在正气不足的情况,临证此类病人时既要把握患者表现出来的症状,又不能忽略患者本证,只有两者充分结合辨证,治病求本,方能切中病机,效如桴鼓。本文介绍了“甘温除热”法治疗腹膜透析患者短期低热验案1则,以资借鉴。

关键词 甘温除热;腹膜透析;元气亏损;低热;治病求本;内伤发热

吴强主任医师是中华中医药学会肾病分会委员、福建省中医药学会肾病分会主任委员、福建省血液透析质控中心副主任委员。其从医从教20余年来,本着“仁心仁术,精益求精”的精神,一直工作在临床与教学一线,具有丰富的中西医专业知识和临床经验,擅长治疗各种急、慢性肾脏系统疾病。现将吴师治疗腹膜透析患者腹膜炎痊愈后短期低热验案1则与大家分享,以飨同道。

1 腹膜透析患者腹膜炎痊愈后短期低热验案

郭某,女,71岁,2018年12月

6日初诊。主诉:腹膜透析3个月,低热2天。患者于3个月前因“慢性肾衰竭(尿毒症期)”开始规律腹膜透析替代治疗。长期每日1.5%腹透液2000mL×2袋腹膜透析治疗,初始每日超滤300~500mL,尿量逐渐减少,目前尿量100~200mL/日。20天前因腹膜透析操作不规范后出现腹膜炎,经中药联合万古霉素抗感染治疗后,症状缓解。2天前受寒后出现发热、恶寒,现为求进一步诊治,前来就诊。辰下:发热,恶寒,昨日最高体温为38.3℃,偶有咳嗽咳痰,痰少,色白,质黏,无腹痛,稍感乏力,口干,皮肤瘙痒,纳少,寐

欠安,小便少,大便软,舌暗,苔薄白,脉稍浮数。查体:BP122/59mmHg,神志清楚,眼睑轻微浮肿,睑结膜苍白,双肺呼吸音低,未闻及干湿性啰音,心率100次/分,双下肢轻度浮肿。患者目前腹痛已基本缓解,腹透液常规正常,腹膜感染已控制。遂以柴胡桂枝汤太阳少阳并治,药用:北柴胡12g,黄芩12g,人参9g,生姜9g,姜半夏12g,陈皮12g,桂枝12g,白芍12g,蜜紫菀12g,白鲜皮15g,鸡内金12g,甘草5g。3剂,水煎,早晚饭后30min温服。

2018年12月11日二诊:患者反复低热,已无恶寒、皮肤瘙痒,体温波动于36.5~37.8℃,神疲乏力,偶有咳痰,痰少,色白,质黏,纳少,大便软,2次/日,小便尚可,约1000mL,寐欠安。昨日腹透负超-50mL。舌暗,苔薄白,脉细弦

▲通讯作者 吴强,男,主任医师,硕士研究生导师,福建省中医药学会肾病分会主任委员。研究方向:肾脏疾病的系统性治疗。E-mail:wq95315@163.com

• 作者单位 1.福建中医药大学(福建福州350003);2.福建中医药大学附属第二人民医院(福建福州350003)

数。考虑患者年过七旬,五脏皆衰,且慢性肾衰竭病史多年,反复低热,气血不足,气虚难以敛阳,虚阳外越而致发热,判断本病应为内伤发热。辨证为脾胃气虚,清阳下陷。遂以“甘温除热”法补中益气,升阳举陷。予补中益气汤加减治疗。药用:黄芪 60g,白术 12g,人参 15g,当归 15g,炙甘草 6g,茯神 15g,制远志 15g,炒酸枣仁 24g,生姜 6g,大枣 10g,银柴胡 9g,北柴胡 6g,升麻 6g。3剂,水煎,早晚饭后 30min 温服。

2018年12月14日三诊:患者仍时有低热,但发热次数明显减少,且精神渐佳,睡眠改善,咽痒,偶有咳嗽,痰少,舌暗淡,苔白,脉沉细。辨证考虑为脾胃气虚,清阳下陷,兼风邪袭表。续予“甘温除热”法补中益气,升阳举陷,解肌和营。守前方加减,予前方去银柴胡、远志,酌加桂枝 6g、白芍 15g以祛风解表、解肌和营。3剂,水煎,早晚饭后 30min 温服。

3剂药后,患者诸症缓解,未再出现低热,1周后随访也未出现发热。

按 本例患者因腹膜透析操作不当感染而发腹膜炎,虽经中西医结合治疗后,腹膜炎痊愈,但正气一时未复。此时正气不足,“邪之所凑,其气必虚”故致感冒发生。初诊时,患者外感风邪出现恶寒、发热、口干、脉浮数等太阳、少阳两经症状,结合患者终末期肾病本身阳气不足,遂予柴胡桂枝汤治疗。二诊时患者太阳、少阳两经症状缓解明显,但反复低热、神疲乏力,按常理外感表证后期不应出现此变证。吴师考虑该病患年高体虚,加之患有慢性肾衰竭病史多年,脾肾两虚,元

气亏损,腹膜炎感染、外邪侵犯致正邪斗争后进一步损伤正气,使脾胃二气愈虚。中焦脾胃虚弱,气机升降失常,不能正常运化水谷,进而导致不能运化的水谷化生为湿浊之邪下流于肾,肾中元气亏损,阴火不能敛藏进而上乘,从而出现虚阳外越之发热^[1]。即出现李东垣所描述的症状:“是热也,非表伤寒邪皮毛间发热也。乃肾间受脾胃下流之湿气,闷塞其下致阴火上冲,作蒸蒸而热。”虽本例患者反复低热时间不长,但通过细致辨证分析,此证当属于“气虚发热”,故吴师选用补中益气汤加减治疗,以补中益气,升阳举陷,甘温除热。方中重用黄芪至 60g,入肺脾二经,补中益气,升阳举陷,益气固表,甘温除热,是为君药,且吴师认为黄芪只有用至 30g 以上方能行使补气升阳之功效;人参、炙甘草益气健脾,为臣药,同时加强黄芪补气升阳之功。《医宗金鉴》谓:“黄芪补气,人参补里气;炙甘草补中气。”三者合用,大补一身之气。当归养血合营协助人参、黄芪补气养血,且“血为气之宅”,使所补之气有所依附之地,维持补气之效果;白术补气健脾,兼祛湿邪,助脾运化,以资气血生化之源;茯神、远志、酸枣仁养心安神,交通心肾,培护正气;银柴胡退虚热;生姜、大枣补脾和胃。上药益营和胃,祛邪扶正,共为佐。配以少量升麻升提下陷之阳明中气,少量柴胡引少阳之气上行,加强补气升阳之效,二者共为使药。诸药合用,补气与升提并用,充分做到了“虚则补之,气陷者升之”,使元气得以充养,阴火得以归位,虚热得除,同时升麻与柴胡两药还具有

解表清热之能,对于内伤合并外感发热者,可加强其解表除热作用^[2]。

2 心得体会

“甘温除热”法理论来源于《黄帝内经》中的“损者温之”“劳者温之”。李东垣于其著作《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》首次明确提出“甘温除热”法:“以辛甘温之剂,补其中而升其阳,甘寒以泻其火。”即以性味辛、甘、温的草药作为主药,治疗因中气不足或气血亏虚而导致的内伤发热证或虚人外感发热的一种方法^[3]。补中益气汤作为“甘温除热”法的代表方,方中主以甘温健脾升阳之药,行补气升阳之功,少佐甘寒泻火之药,以祛除脾胃中的阴火^[4],诸药合用,使清阳得升,阴火归位。该法在临床中常用于治疗长期的难治性反复发热。赵献可在《医贯》中讲到本方:“补其中益其气而邪自退,不必攻邪,攻则虚者愈虚,而危亡随其后矣。”简洁明了地讲明了本方治疗发热的机理,即治疗气虚所造成的发热现象,应以扶正为本,不必过分注重祛邪,待正气充养了之后其邪自退。辨证之时对于本法的运用,应准确抓住病机,不可拘泥于长期反复发热,方才考虑内伤气虚发热。本例患者为尿毒症腹膜透析腹膜炎病人,因其长期腹膜透析,正气消耗,本身就存在着脾肾两虚,元气亏损的本证。故吴师临证时常强调慢性肾衰竭患者整个疾病发展阶段都应注意该类病人元气亏损的情况,特别是腹膜透析或者血液透析病人,选方用药时勿进一步克伐正气。同时吴师认为福

(下转第 40 页)