

中药治愈原因不明的持续高热 4 例

上海第一医学院附属中山医院 蒋见复 贝福荣 章 敏

我们遵循中医治疗热性病的理论,审证求因,审因论治,治疗了多例原因不明、应用各种抗菌素治疗均无效的持续高热病例,取得了较好的效果。现择 4 例报道如下。

病 例 介 绍

例一: 顾××,女,23岁,住院号 120064,1975年9月17日入院。高热2月余。起病前有受寒、淋雨史,初起伴头痛、咽痛、鼻塞、流涕及全身酸痛,曾用氯霉素、庆大霉素、强的松及退热剂等治疗,体温退而复升,查全血细胞偏低,白细胞 1350/立方毫米,骨髓涂片示粒、红二系均受抑制,网状细胞多见,疑为血液病而转来本院。体检:全身皮肤散在红色小丘疹,四肢皮肤较粗糙干燥,咽充血,有白色渗出物,肝肋下1厘米。入院后每天上、下午体温波动在 39.5~40.6℃之间,高热前伴寒战,热退有汗。胸部X线摄片阴性。血白细胞 3100/立方毫米,疟原虫、狼疮细胞、血浓缩找恶组细胞、抗核抗体、类风湿因子、肥达氏试验等均阴性;多次作血、尿、咽拭子及骨髓培养等亦均阴性;重复检查骨髓细胞2次,均有明显左移及毒性改变,组织细胞较多见,个别形态较异常。入院后用青、庆大及红霉素治疗,未见效,2周后出现肝功能损害,谷丙转氨酶 536 单位,锌浊度 27 单位,蛋白电泳γ球蛋白 31%,HBsAg 阴性,认为可能是红霉素引起的中毒性肝炎,乃改用青、链霉素治疗,但发热仍不退,尿中出现颗粒管型 0~1 个,蛋白+,少量红、白细胞,两侧颈部及腋窝出现黄豆大小淋巴结,活检示慢性炎症伴网状细胞较明显增生。因高热已长达2月余,抗菌素治疗无效,故于1975年10月11日请院外大会

诊,会诊结果认为高热持续不退,伴肝、肾、心、皮肤、淋巴结等多脏器损害,只能用胶原性疾病来解释,诊断以系统性红斑狼疮的可能性最大,恶组不能排除,治疗拟用大剂量激素。因病员家属坚决要求用中药治疗,故未用激素,而请了刘树农老中医会诊。中医辨证认为:本病原为外感风寒引起,后因治疗不当,误伤正气,致使正虚邪陷,故发热不退;干咳及皮肤散在红疹、舌苔白腻,示风邪未尽;肌肤甲错示风入血分、瘀血阻滞;脉象疾数、参伍不调,示心阴不足。治宜养血祛风,仿人参荆芥散。方用:北沙参 30 克,生地 30 克,炙鳖甲 15 克,酸枣仁 9 克,当归 15 克,虎杖 30 克,软柴胡 15 克,防风 15 克,生甘草 6 克,羚羊角粉 0.6 克。清晨服药后,当天下午体温高达 41℃,继而全身红疹遍发,体温渐降。连服 2 剂,发热退尽。1975 年 11 月 14 日出院时除γ球蛋白仍稍偏高外,其余化验均恢复正常。出院后继续中药调治,1 个月后恢复全天工作,3 个月后复查,肝脾未扪及,肝功能全部恢复正常。1983 年 6 月随访,几年来未再发热,一直全天工作,已结婚,生育一子。

例二: 王××,男,16岁,住院号 120711,1975年11月5日入院。高热20天。起病前有参加运动会时汗出脱衣受寒史,发热晨低暮高,最高 40.5℃,伴寒战、头痛、咽痛、恶心,曾呕吐数次,疑为革兰氏阴性杆菌败血症而收住院。体检:体温 40℃,咽部明显充血,颈部有黄豆大小淋巴结 5~6 个,肝肋下 0.5 厘米。血白细胞 7700/立方毫米;尿检蛋白+,红细胞 5~8 个,白细胞 5~8 个;胸部X线摄片、血培养、骨髓培养、中段尿培养均阴性;骨髓涂片组织细胞稍增多。入院后用青、链、氯、

庆大霉素及中药清热化湿之剂治疗,均未见效,经院内大会诊,亦未能明确诊断,每天体温高峰均在 40°C 左右。1975年11月14日请刘树农老中医会诊。诊得脉浮,舌苔白腻、根略黄,辨证认为证属太阳少阳合病,湿遏热伏,治宜柴葛解肌汤加减。方用:软柴胡9克,葛根9克,淡豆豉9克,杏仁6克,生苡仁9克,薏仁0.9克(后入),藿香12克,薄荷2.4克(后入),通草6克,六一散9克(包煎)。服2剂后,体温高峰降至 38°C 以下,再进2剂,体温即平。1975年11月20日出院。1983年6月随访,几年来从未患病,已参军。

例三:陆××,女,46岁,住院号122479,1976年2月19日入院。高热5周,晨低暮高,每天高峰在 $39\sim 39.4^{\circ}\text{C}$ 之间,伴畏寒、咽痛、咳嗽、咯痰及全身痠痛,体验无特殊,胸部X线摄片阴性。血白细胞 $10,000\sim 14,000/\text{立方毫米}$,中性 $80\sim 89\%$;肝功能正常;肥达氏试验、血培养、痰找抗酸杆菌及血浓缩找恶组细胞等均阴性;骨髓穿刺涂片无异常。曾用青、链、氯、庆大、卡那、强力霉素以及增效磺胺、氨基苄青霉素等治疗,均未见效,每天下午体温仍在 39°C 以上,故于1976年2月25日加用中药治疗。根据病员畏寒、发热、口干、咽痛、咳嗽咯痰、项背强几几、苔薄黄、舌红而边有瘀斑、脉细数等,辨证属太少合病,投以柴葛解肌汤加减。方用:软柴胡15克,葛根9克,淡豆豉12克,防风4.5克,炒牛蒡子9克,桔梗4.5克,银花9克,连翘15克,黄芩9克,蒲公英30克,鲜芦根30克。服2剂后,项背强几几、咽痛、咳嗽等症均见减轻,发热时间延晚,高峰降至 38.4°C 。原方加减续服3剂,体温降至 $36.8\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 之间,病员感觉乏力,动则汗出,乃改用益气养阴兼清余热法。体温渐平,白细胞及分类恢复至正常范围,于1976年3月16日出院。1983年6月复查血象正常,无发热,多年来一直全天工作。

例四:赵××,男,22岁,住院号153508,1980年9月19日入院。高热5周,起病前有

吹风、淋雨受寒及赤脚走湿地史。发热晨低暮高,波动在 $38\sim 40.5^{\circ}\text{C}$ 之间,伴畏寒、咽痛。咽稍充血,肝脾肋下刚扪及。胸透阴性。血白细胞 $3400/\text{立方毫米}$,谷丙转氨酶46单位,疟原虫、肥达氏试验、血浓缩找恶组细胞及骨髓穿刺涂片均阴性。曾用青、链、四环、卡那、庆大霉素等治疗均无效,体温仍起伏不退,肝脾有增大趋势,故于1980年9月25日请刘树农老中医会诊。根据畏寒发热,汗出不止,心悸口干,渴喜热饮,面色灰黄,舌质淡胖,苔白腻,脉浮等,断定患者系阳虚气虚之体,因风寒湿之邪留而不去,故发热不退,病虽已缠绵月余,但屡屡汗出,已属虚多实少,治当扶阳解表,宜桂枝汤加参苓术附法。方用:川桂枝9克,杭白芍9克,熟附块4.5克,焦白术9克,茯苓15克,杏仁3克,生苡仁15克,生姜1.5克,大枣4枚,生甘草6克,白参6克(另煎)。服第1剂后,次日体温高峰降至 38.3°C ,服2剂后降到 37.4°C ,服3剂后,体温恢复正常,出院后再续服5剂,诸症均除,肝脾未扪及,各项化验均恢复至正常范围。1983年6月随访,几年来未再发热,一直全天工作,血象正常。

小 结

以上四例高热持续不退的患者,均经现代医学检查而未能明确病因,并均用抗菌素、激素及退热剂等治疗而未能获效,在此基础上经中医中药辨证施治终获治愈。这说明中医对热性病的诊治,是有正确的理论和丰富的经验的。

在病因学方面,中医能比较正确地认识人与自然的辨证关系。如例一的发热已有2月余,根据西医理论不可能理解其病因是由于外感风寒所引起,但用中医的病因学理论进行分析是完全可以解释并提出有效的治疗方法的。祖国医学非常重视人体内在的抗病能力,因而在诊断学方面,离不开从正虚和邪实这两个方面去进行分析判断。如例四虽有持续高热,但根据四诊所得,属阳虚见证,虚多实少,故判断其

高热乃是正不胜邪的表现,用甘温除大热之法而获效。中医在邪正斗争的理论指导下,认为舌苔和脉象都是邪正斗争的鉴证,皮肤是邪正斗争的重要战场,所以在诊断学方面,除重视舌苔、脉象外,还把皮疹看作是热性病辨证的重点之一,如例一除发热起伏、舌苔白腻、脉象疾数外,兼有散在皮肤红疹,西医认为是红斑狼疮的皮损,中医则认为是正虚邪留、风入血分的表现,在用了养血祛风、扶正达邪的人参荆芥散后,一度发热更高,皮疹大量发出,遍及全身,西医认为是病情加重和药物过敏,而中医却认为是风邪由里达表,病情好转。果然随着皮疹的大量透发,体温随之下降而获愈,可见中医的上述判断是符合疾病演变的客观规律的。

祖国医学治疗疾病的总的原则是辨证施治,扶正驱邪,但不同的病人,由于体质和受

邪的性质和程度不同,正虚和邪实的情况也就不同,治疗中必须根据具体情况具体分析。上述四个高热病例,由于体质不同,受邪性质和程度不同,故正虚邪实的情况各不相同,治疗也就随之各异。根据扶正驱邪的原则,中医还强调对热病的治疗不可误伤正气(如用氯霉素而引起骨髓抑制),不可强责其汗(如用激素或退热剂等强行退热),否则就会产生种种变证,甚至变成“不治之症”。如例一就是因为误治而致高热持续不退,病情日趋危重,后经中医扶正驱邪才获挽救的一个例子。

综上所述,可以看出,祖国医学对热病的病因、病机的认识和不脱离“人”而单独去治“病”的医疗观点,是比较全面的,有其科学性的精华,是值得我们深入学习和研究的。

本文承上海中医学院刘树农教授指导,特致谢忱。

针刺大陵透外关穴治疗失眠86例

河北省围场县医院 任 义

笔者运用大陵透外关穴,即一针刺两穴的方法,对治疗失眠收到较好的效果,兹介绍如下:

一、治疗方法

患者仰手放平,掌臂相直。从大陵进针沿尺、桡骨之间向外关穴直刺,得气后留针5至15分钟。每5分钟左右提插或捻动一次,使得气反应持续增强。

二、疗效观察

1. 治疗标准:(1)睡眠达6小时以上,兼症消失为痊愈。(2)睡眠达4小时,兼症明显减轻为显效。(3)尚能入睡,时睡时醒,兼症稍佳为好转。(4)针刺后无变化为无效。

2. 治疗效果:本组共86例,其中肝阳上亢型30例,痊愈12例,显效14例,好转4例;心肾阴虚型19例,痊愈9例,显效7例,好转3例;肝郁脾虚型20例,痊愈8例,显效10例,好转2例;心脾两虚型13例,痊愈8例,显效4例,好转1例;其他4例,痊愈2例,显效1例,好转1例。

三、病案举例

高××,女,33岁,工人,1980年1月8日就诊。患者于3年前的夏天,因雨抢险惊累而病,从此

失眠惊悸,健忘多梦不能入睡,经治无效。近年来日渐加重,甚至烦躁不安。

检查:体温37.4℃,血压98/62毫米汞柱,心率104次/分。舌淡红、苔少而白,中间黄腻少津,左寸脉洪数,左关脉弦数,右寸、关脉沉数无力,二尺脉沉弱,属于心肾阴虚,肝阳偏亢。针刺大陵透外关穴,留针10分钟,当夜睡眠达4小时。每日治疗一次,7天为一个疗程,间隔3天再开始第二个疗程,共进行五个疗程。从4小时的睡眠时间增加到7小时左右,睡梦减少,惊悸健忘消失。3月4日再诊,检查:舌红、苔白不黄腻,有津,脉正常,体温36.4℃,血压120/72毫米汞柱,心率74次/分,能坚持工作,乃停针观察。1981年3月随访,睡眠一直较好。

四、体会

大陵属于厥阴心包络经俞穴,又为原穴。外关系手少阳三焦经络穴,别走手厥阴心包络经。历代针灸文献对此二穴认为均有止痛镇惊之效。笔者以一针透刺阴阳两经,妙获二穴同时得气之功。实践体会到大陵、外关二穴实有平衡上、中、下三焦功能失调的整体作用。