

补益脑髓之功,可增强风府穴的疗效。以上诸穴配合应用可以达到治疗眩晕、协调共济的目的。

参考文献

- [1] 贾建平. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:84.
- [2] 李卫东,孔令胜. 风府穴的解剖结构与安全针刺法的研究[J]. 安徽中医学院学报,1991,10(4):49-50.
- [3] 张平,倪兰枝. 风池、风府穴在中风后遗症中的应用研究[J]. 中国针灸,1998,18(12):39-40.

第一作者:臧云飞,男,2016级硕士研究生,研究方向:针灸治疗中风后遗症、神经系统疾病和脊柱关节病

通讯作者:王伟志,男,主任医师,研究方向:针灸治疗中风后后遗症、神经系统疾病和脊柱关节病, E-mail: 13602083628@163.com

(收稿日期:2018-03-02)

癌性发热临床验案举隅

向江¹,廖晓春²,邓天好³

(1. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208;

2. 广东省江门市人民医院中医内科,
广东 江门,529000;

3. 湖南省中医药研究院附属医院,
湖南长沙,410006)

[关键词] 癌性发热;中医药疗法;验案

[中图分类号] R273.06 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.01.036

癌性发热是指癌症患者出现的直接与恶性肿瘤有关的非感染性发热以及患者在肿瘤发展过程中因治疗而引起的发热,约2/3的恶性肿瘤患者病程中伴有发热^[1]。癌性发热发病机制目前尚不清楚,西医多以对症处理为主,采用物理降温或者使用非甾体类消炎镇痛药、糖皮质激素等治疗,具有起效快、维持时间短、易复发、不良反应多等特点,不宜长期使用。而中药治疗癌性发热虽起效较慢,但维持时间长、不易复发、不良反应发生率低。

廖晓春,男,主任医师,擅长肿瘤、心血管疾病、内科急重症的诊治。临证善于根据肿瘤患者病情的缓急轻重,中西互补,灵活选择用药,疗效甚佳,现将其治疗癌性发热验案2则介绍如下。

1 典型病案

案1:刘某,男,53岁,2017年8月14日因“反复腹痛伴便血1个月”来江门市人民医院(以下简称“我院”)中医内科就诊。查粪便OB阳性,癌胚抗原98μg/L,查电子结肠镜示:直肠环形新生物,距肛门7cm,活检质脆,易出血;病理检查示:(直肠黏膜)绒毛状管状腺瘤,腺上皮内瘤变Ⅱ级。

诊断考虑直肠癌,患者转某肿瘤医院就诊,在该医院行直肠癌切除术,术后组织病理诊断为“(直肠)腺癌,低分化,侵及全层,直肠及肛门切缘均未见癌累及,解剖15枚淋巴结有3个淋巴结见癌转移(LN3/15)”。术后在该院间断性化疗治疗(具体周期及用药不详)。9月12日,患者因发热转回我院继续治疗,入院后完善相关检查,诊断为癌性发热,给予营养支持、补液、布洛芬退热等治疗,但发热症状反复,且肢体乏力、口干较前加重,于是寻求廖师会诊治疗。刻下:神清,精神欠佳,面红色赤,全身肢体乏力,身热,体温波动在38.5℃~39.5℃之间,口干欲冷饮,情绪烦躁易怒,纳差,夜寐欠佳,尿少,大便干结。舌淡暗,苔少,脉细数。中医诊断考虑肺癌导致的内伤发热(热毒炽盛证),治以益气养阴、透热化痰法,方用生脉饮加味。处方:太子参30g,麦冬30g,五味子10g,生黄芪15g,生牡蛎(先煎)30g,生龙骨(先煎)30g,龙胆草20g,地骨皮、白薇各15g,白茅根、白花蛇舌草、山豆根、鱼腥草、败酱草各30g,虎杖、青黛各15g,大青叶20g。3剂,每天1剂,水煎,分2次口服。配合针刺疗法。取穴:内关、足三里、三阴交、合谷、阳陵泉、百会穴(手法为泻法),每天1次,每次10~15min。9月18日二诊:患者发热较前好转,体温波动在37℃~38.8℃,仍口干欲饮冷水,大便结,舌质红、少津,苔黄腻,脉弦滑数。守前方加蒲公英、忍冬藤各15g,煎法及服用方法同上,继服5剂。9月23日三诊:患者精神较前明显好转,体温较前下降,波动在37℃~38℃之间,口干欲饮冷水较前好转,无明显烦躁易怒,乏力改善,二便正常,纳食尚可,舌淡红、津液增多,脉细数。考虑为热病后期气津两伤,治宜健脾化痰、益气养阴生津,守方去龙胆草、蒲公英、败酱草、忍冬藤,加黄精、玉竹各12g,继服5剂后,患者体温正常,余无特殊异常,予办理出院。

按语:癌性发热属中医学“内伤发热”范畴,病因病机复杂,总属本虚标实,多为阴阳失衡、脏腑气血亏虚、痰湿瘀毒内蕴化火,或因放化疗损伤机体气血阴阳、毒邪积聚化热化火引起^[2]。肿瘤的发生发展及手术、放疗、化疗都是损伤正气的过程,证属阴阳俱损,调和阴阳法治治疗晚期肿瘤发热疗效确切^[3]。大肠位居下焦,其为病每多阴虚。阴虚则生热、生湿,湿热相合则生毒。且直肠切除术后,大肠摄取津液功能下降,阴液不足,不能滋润,不能制阳,故见发热、烦躁、口干、舌红、脉细等症。发热日久,耗气伤阴,故见乏力,并进一步加重发热、口渴欲冷饮、心烦等症。故治以生脉饮加减。方中黄芪、太子参、麦冬、五味子益气养阴生津;牡蛎、龙骨清热益阴、收敛潜阳;白薇、地骨皮清虚热、退骨蒸;配伍白茅根、白花蛇舌草、鱼腥草等清热解毒之品,可加强抗癌之效。全方益气养阴、清热生津、解毒抗癌,经调理后热退,症状缓解。

案2:王某,男,48岁,2017年9月25日因“右上腹痛2个月,发热1个月”就诊。患者既往有肝炎病史,体检肝区压痛、叩击痛,查上腹部B超示:肝尾状叶(近肝门部)圆月状略低密度影,未除外肝巨块型癌。上腹部CT示:肝尾状叶可见一类圆形低密度影,边界欠清,大小约5.1cm×4.1cm,其内密度欠均匀。查甲胎蛋白466μg/L。西医诊断为原发性肝癌,癌性发热;中医诊断为癌病,辨证为湿热蕴结证。患者曾自行口服布洛芬缓释胶囊、布洛芬混悬液、安乃近等药物,服药后体温可恢复正常,停药后反复发热,体温最高达39.5℃。现患者右上腹痛拒按,腹胀,发热,口苦,咽干,胸闷,纳呆,小便量少色黄,大便干结,舌红、苔黄厚腻,脉弦滑数。治以清热利湿、疏肝利胆,方用龙胆泻肝汤加减。处方:龙胆草15g,栀子、黄芩、柴胡、生甘草、大黄(后下)各9g,当归、生地黄各12g,半枝莲、白花蛇舌草、菊花、蒲公英、紫花地丁各30g,石膏100g,知母10g,车前子15g,泽泻15g。3剂,每天1剂,水煎,早晚2次饭后温服。3剂后患者发热症状较前好转,体温在36.5℃~37.8℃之间,腹胀减轻,大便通畅,上方去大黄,龙胆草减量为9g,煎服方法同前。继用5剂后患者体温基本恢复正常,但自觉肢体乏力、口干、夜间睡眠欠佳、精神食纳欠佳,守上方去石膏、知母、菊花、蒲公英、紫花地丁,加北沙参15g、黄芪30g、白芍15g、鸡内金15g以益气滋阴、养血柔肝。又服用5剂后患者精神好转,口干、乏力症状明显减轻,纳食增加,监测体温稳定,后直至出院未再发热。

按语:肝胆湿热证为湿热内蕴肝胆致其功能失常所致的病证^[4],常因感受湿热之邪或脾虚水湿内生,日久化热,或长期过食甘肥厚味生湿助热,影响肝胆功能所致。病位在肝、胆,往往涉及脾胃,主要症见低热,午后热甚,心中烦热,胸闷脘痞,不思饮食,渴不欲饮,呕恶,大便黏滞不爽等不适。此患者长期嗜酒,过食肥甘辛辣,从而导致湿邪内生,郁久化热,阻遏肝胆,导致肝胆湿热。治以清热利湿、泻火解毒。方中龙胆草清泻肝胆湿热;黄芩、栀子燥湿清热;泽泻、木通、车前子渗湿泻热,导热下行;当归、生地黄养血滋阴;柴胡舒畅肝经之气,引诸药归肝经;大黄泻下攻毒;半枝莲、白花蛇舌草均有抗癌之功效。诸药合用,退热效果稳定,症状改善明显。

2 小 结

根据中医癌性发热诊疗指南,癌性发热可分为阴虚发热证、气虚血亏证、热毒炽盛证、湿热蕴结证、瘀毒内阻证、肝经郁热证^[5]。中医学对癌性发热的辨证与辨病相结合,对癌性发热产生的原因分别采用滋阴清热、化痰清热、甘温除热、疏肝利胆、利湿清热、活血化瘀、清热解毒等法,通过标本兼治,对缓解病情及控制肿瘤的生长、发展、转移,延

缓病情发展起到了积极作用。廖师在对肿瘤患者辨证施治时,注意到证候之间的相互转化,尤其是晚期癌症患者,久病必虚,有相当一部分患者易形成阴虚证候。若湿热为患,可湿从热化或湿郁化热,热灼津伤而形成阴虚之证;若痰湿或瘀血为患,也可久郁化热,或多用温燥之品,耗损阴液而形成阴虚之候。

“痞坚之处,必有伏阳”为癌性发热的潜在病机^[6]。癌病所形成的肿块,即所谓的痞坚,即因正虚失运,导致瘀血、痰湿等病理产物堆积,气血运行失畅;瘀血、痰湿皆可阻碍阳气运行^[7]。廖师认为,化疗后的患者发热,多为化疗药物的毒副作用或肿瘤坏死吸收等产生的内源性致热源导致,中医辨证多为气血亏虚,虚阳外浮,治疗上当偏重甘温益气,养血退热,兼以调补中焦;放射治疗后的患者发热,多为射线导致的放射性炎症,属于中医学“火热伤阴”范畴,治疗上当偏重滋阴退热,清热解毒;晚期肿瘤有明显实质性肿块压迫以及骨转移,并多伴恶液质状态,多为毒瘀互结型发热,治疗当偏重解毒化瘀,辅以益气养血。其在临床治疗中发现穿琥宁、清开灵注射液、热毒宁注射液等中成药对症处理疗效颇佳。此外,针灸(穴位封闭)大椎、曲池、合谷、鱼际、外关等穴位治疗癌性发热疗效亦佳。

参考文献

- [1] 张丽莉,傅华秀,张文洁,等. 癌性发热患者降温研究进展[J]. 河北医药,2010,32(12):1619.
- [2] 徐冰. 中医药辨治癌性发热[J]. 河南中医,2014,34(7):1429.
- [3] 陈五一. 调和阴阳法治疗晚期肿瘤发热[J]. 世界中医药,2009,4(1):24.
- [4] 王兵,侯炜. 癌性发热的中医辨治[J]. 世界中医药,2012,7(5):460-462.
- [5] 中医癌性发热诊疗指南(草案)[C]//中华中医药学会. 2007国际中医药肿瘤大会会刊,2007:500.
- [6] 鲁玉,赵远红. 以“痞坚之处,必有伏阳”探讨癌性发热病机[J]. 国医论坛,2016,31(4):54-55.
- [7] 杜金行. 伏阳辨析及其临床意义[J]. 中华中医药杂志,2008,23(31):964-966.

第一作者:向江,男,2013级硕士研究生,研究方向:心血管疾病的中西医诊疗

通讯作者:廖晓春,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:肿瘤及心血管疾病的中西医诊疗, E-mail: jmlxc2633@163.com

邓天好,男,医学博士,主治医师,研究方向:肿瘤的临床研究, E-mail:316407858@qq.com

(收稿日期:2018-02-23)