

● 医案医话 ●

引用:嵇建刚,刘文婷,张立霞,张伦忠. 张伦忠运用温阳法治疗骨髓增生异常综合征反复高热 1 例[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(10): 85-86.

张伦忠运用温阳法治疗骨髓增生异常综合征反复高热 1 例

嵇建刚¹, 刘文婷², 张立霞¹, 张伦忠¹

(1. 潍坊市中医院, 山东 潍坊, 261041;

2. 潍坊市人民医院, 山东 潍坊, 261041)

[关键词] 骨髓增生异常综合征; 高热; 阳虚; 温阳法; 验案; 张伦忠

[中图分类号] R259.513 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.10.023

骨髓增生异常综合征 (myelodysplastic syndromes, MDS) 是指起源于造血干细胞的一种抑制性克隆性疾病, 以病态造血高峰现象往急性白血病转化为特征, 临床表现为无效性造血, 难治型全血细胞减少, 患者一般会出现发热、出血或感染等症状。西医目前主要采用输血、排铁、血小板粒细胞生长因子、免疫抑制剂等治疗, 中医以清热解毒凉血、活血化瘀、软坚散结等治法为主。张教授为潍坊市中医院主任中医师, 第六、七批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 师从国医大师熊继柏, 在三十多年的临床工作中, 积累了丰富的工作经验, 形成了自己独特的诊疗思路, 尤喜用经方治疗中风、发热等疾病, 现将其治疗 MDS 反复高热患者验案 1 则介绍如下。

李某, 男, 79 岁, 2022 年 9 月 23 日初诊。主诉: 反复午后高热 3 个月。既往史: 患者 3 个月前因午后高热、乏力、心慌伴头晕入住当地医院, 行血常规示: 血红蛋白 (HB) 51 g/L, 白细胞 (WBC) $3.51 \times 10^9/L$, 骨髓穿刺细胞学示骨髓增生减低, 原始粒细胞占 2%, 流式细胞学示异常骨髓原始细胞占有核细胞的 4.4%, 诊断为 MDS, 给予司坦唑醇、沙利度胺治疗, 并输血改善贫血, 间断给予激素、非甾体类抗炎药, 但激素及非甾体类药物在其半衰期

后, 患者每天仍出现午后高热; 经过多次血培养后, 排除细菌及真菌感染。刻下症: 下午 4 时左右, 患者先出现寒战, 畏寒, 保暖不能缓解, 约 10 min 后自觉发热, 测体温 37.3℃, 约 30 min 后体温升至 39.3℃, 寒战及畏寒消失, 无汗出、口干口苦、胸闷憋气、肢体抽搐, 不喜饮, 平素食欲差, 1 周末大便 (患者大便干已有五十余年, 7~10 d 大便 1 次, 质不硬), 小便色清, 身体虚弱无力, 舌淡、苔薄白, 舌面不干燥, 略水滑, 脉弦数大, 沉取有力。西医诊断: MDS; 中医诊断: 发热 (邪郁少阳, 枢机不利, 波及阳明)。处方: 小柴胡汤加石膏。药物组成: 柴胡 24 g, 黄芩 12 g, 党参 12 g, 姜半夏 10 g, 生石膏 30 g, 炙甘草 9 g, 生姜 10 g, 大枣 10 g。颗粒剂, 1 剂, 开水冲服, 早、中、晚各 1 次。9 月 24 日二诊: 患者述服上方后昨晚体温未下降, 今日晨起体温 38.4℃, 未再出现寒战, 余症状同前, 舌淡、苔薄白, 舌面水滑, 脉弦数大, 沉取有力。中医辨证为阳虚发热, 真阳失守。处方: 四逆汤加减。药物组成: 黑顺片 18 g, 干姜 15 g, 炙甘草 18 g, 肉桂 5 g, 生龙骨 15 g。颗粒剂, 2 剂, 冲服法同前。9 月 26 日三诊: 患者服用上方后, 上午已不再发热, 下午仍发热, 体温最高 38.3℃, 脉症同前, 将上方中黑顺片调整为 30 g, 继续服用。用药期间体温维持在 36.2 ~ 37.3℃。

第一作者: 嵇建刚, 男, 主治中医师, 研究方向: 脑病、发热性疾病的中医研究

通信作者: 张伦忠, 男, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 脑病及发热性疾病的中医治疗, E-mail: zhanglunzhong@

11月1日四诊:患者10月25日应用地西他滨治疗MDS后体温有所波动,今日下午3时左右开始发热,体温最高38.9℃,无恶寒、口干口苦,纳差,口黏,晨起第一次小便色黄,余色清,予以开塞露通便,大便不干,沾马桶,舌淡、苔白腻罩黄,脉弦数大,沉取有力,较9月24日脉象稍弱。辨证为湿热夹有阳虚。方用三仁汤加附子。处方:杏仁10g,薏苡仁24g,白豆蔻10g,滑石15g,通草10g,淡竹叶10g,厚朴10g,黑附片20g,炙甘草10g。颗粒剂,2剂,冲服法同前。11月4日五诊:服用上方后,体温未见明显下降,舌脉同前,自觉小腹有收紧感,辨证为阳虚夹湿、夹饮。处方:真武汤加减。药物组成:黑顺片60g,干姜20g,茯苓20g,白术24g,熟地黄30g,炒白芍15g,炙甘草20g。颗粒剂,3剂,冲服法同前。11月8日六诊:服用上方后体温维持在36.4~37.1℃,小腹收紧感消失,厚腻苔消失,脉弦,沉取无力,未诉明显不适。嘱患者每周服用上方3剂。11月17日复查血常规:WBC $6.05 \times 10^9/L$, HB 63 g/L。

按语:本病属中医学“发热”范畴,其治疗应首辨虚实。发热而脉实者,属实热,包括外感、七情、气血、痰食,以祛邪为主;发热而脉虚者,属虚热,包括阴阳气血之虚,以扶正为主;尚有虚实夹杂者,则祛邪扶正,两相兼顾,使阴阳平和。本案患者初诊应用小柴胡汤加石膏是基于以下三方面:1)先有寒战,后有发热,符合寒热往来的表现;2)下午4时左右开始发热,伴有平素7~10 d大便1次,符合阳明病申时发热的特点;3)脉象弦数大,沉取有力,符合实证的表现。然治疗后体温不减反升。《伤寒论》第3条载:“太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒,体痛,呕逆,脉阴阳俱紧者,名为伤寒”^{[1]25}。这种先有恶寒、后有发热是太阳伤寒,而非少阳病,且患者无口苦、咽干、目眩、胸胁苦满等表现,此处的恶寒为阳气大虚表现,随后出现的发热属于阳气大虚导致的真阳外越。《伤寒论》第212条载:“伤寒若吐若下后不解,不大便五六日,上至十余日,日晡所发潮热,不恶寒,独语如见鬼状……微者,但发热谵语者,大承气汤主之”^{[1]73}。阳明病发热时间与该患者吻合,但患者虚弱无力,舌淡苔润滑,无阳明证汗自出、舌红苔燥的表现,患者大便并非硬,而是习惯性

排便时间延长。

午后发热还需要鉴别以下2个证型:1)阴虚;2)湿热。正如《温病条辨·上焦》载:“头痛恶寒,身重疼痛,舌白不渴……午后身热,状若阴虚,病难速已,名曰湿温”^[2]。结合患者的脉证表现,阴虚及湿温均不考虑。《素问·生气通天论》载:“故阳气者,一日而主外,平旦人气生,日中而阳气隆,日西而阳气已虚”^[3]。天阳在午后逐渐衰减,人体阳气不足,虚阳外越。患者脉弦数大,沉取有力,与患者身体虚弱不相符,如仅以脉而断,似为实证,实为虚证。《伤寒论》第122条载:“病人脉数,数为热,当消谷引食,而反吐者,此以发汗,令阳气微,膈气虚,脉乃数也。数为客热,不能消谷。以胃中虚冷,故吐也”^{[1]51}。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》第3条载:“夫男子平人,脉大为劳,极虚亦为劳”^{[4]21}。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》第34条载:“久咳数岁,其脉弱者,可治;实大数者,死”^{[4]48}。可见数大脉不一定为实为热,患者脉象沉取有力,仍为阳气大虚,浊阴不化,积于下焦之象,待患者舌苔腻消失后,脉沉取力弱,虚象显现。

四诊时应用三仁汤加附子不效,改为真武汤加熟地黄后取效,主要是抓主证,患者舌白腻罩黄,午后发热,诊断为湿热夹有阳虚而忽略了患者本质为阳虚,应为阳虚夹湿,舌苔罩黄,为阳气大虚,外有浮热,或者阳虚不能运化水湿,郁而生热。应用熟地黄后腻苔消失,熟地黄大量应用有补肾化痰之效,《景岳全书》中提到痰饮为“痰之化无不在脾,痰之本无不在肾”“治痰者,求其本,痰无不清”,并据此创制了名方金水六君煎,此患者应用熟地黄后脐下收紧感消失,苔腻消失就是明证。

参考文献

- [1] 张仲景. 伤寒论[M]. 钱超尘,郝万山,整理. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [2] 吴鞠通. 温病条辨[M]. 南京中医药大学温病学教研室,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:41.
- [3] 黄帝内经素问[M]. 田代华,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:5.
- [4] 张仲景. 金匱要略[M]. 何任,何若萍,整理. 北京:人民卫生出版社,2005.

(收稿日期:2023-05-10)

[编辑:徐琦]