

韧带损伤小，术后切口 VAS 评分 0 分，患者非常满意，表明 UBE 技术对患者早期神功能恢复和疼痛减轻有非常好的效果。

但本研究为单一病例报道，且随访时间短，日后续需要进行大样本的前瞻性研究及长期随访来综合评估该技术的中远期疗效。

UBE 技术可以让颈椎管获得充分减压，对于颈椎偏中央的软性突出和椎间盘脱出都可以摘除。有创伤小、视野清、操作空间大、减压范围大、能直观脊髓神经前方压迫是否去除、患者恢复快、满意度高等优势。

[参考文献]

(1) Ahn Y. Endoscopic spine discectomy: indications and outcomes (J) . Int Orthop, 2019, 43(4): 909-916.

(2) Eum JH, Heo DH, Son SK, et al. Percutaneous biportal endoscopic decompression for lumbar spinal stenosis: a technical note and preliminary clinical results (J) . Neurosurg Spine, 2016, 24(4): 602-607.

(3) Park JH, Jun SG, Jung JT, et al. Posterior Percutaneous Endoscopic Cervical Foraminotomy and Discectomy With Unilateral Biportal Endoscopy (J) . Orthopedics, 2017,

40(5): 779-783.

(4) Kim SK, Kang SS, Hong YH, et al. Clinical comparison of unilateral biportal endoscopic technique versus open microdiscectomy for single-level lumbar discectomy: a multicenter, retrospective analysis (J) . Orthop Surg Res, 2018, 13(1): 22.

(5) Kim JE, Choi DJ. Unilateral biportal endoscopic decompression by 30 degrees endoscopy in lumbar spinal stenosis: Technical note and preliminary report (J) . Orthop, 2018, 15(2): 366-371.

(6) Merter A, Karaeminogullari O, Shibayama M. Comparison of Radiation Exposure Among 3 Different Endoscopic Discectomy Techniques for Lumbar Disk Herniation (J) . World Neurosurg, 2020, 13(9): 572-579.

(7) Kim J, Dong HH, Dong CL, et al. Biportal endoscopic unilateral laminotomy with bilateral decompression for the treatment of cervical spondylotic myelopathy (J) . Acta Neurochir(Wien), 2021, 163(9): 2537-2543.

(8) Zhu C, Cheng W, Wang D, et al. A Helpful Third Portal for Unilateral Biportal Endoscopic Decompression in Patients with Cervical Spondylotic Myelopathy: A Technical Note (J) . World Neurosurg, 2022, 161(6): 75-81.

(文章编号) 1007-0893(2022)06-0134-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.06.041

## 经方序贯治疗发热验案一则

董家欣 张金付\*

(福建中医药大学附属三明中西医结合医院, 福建 三明 365001)

[摘要] 发热是感染科疑难疾病诊治中的难点，临床辨证准确，经方治疗发热疗效显著，但临床中患者病情复杂，常出现各种兼杂证，临床应加以辨证论治才可以收到全效。笔者主要介绍用经方序贯治疗发热验案一例。

[关键词] 发热；经方；小柴胡汤；序贯治疗

[中图分类号] R 249 [文献标识码] B

发热是临床最常见的症状之一，也是感染科疑难疾病诊治中的难点，其病因复杂，有时治疗效果差，症状反复。张金付副教授长期从事感染性疾病诊治，善于用经方治疗发热性疾病。现将其临床应用经方序贯治疗发热验案一则报道如下。

患者汤某，女，79岁。于2020年11月17日初诊。

主诉：发热2周。入院前2周无明显诱因出现畏冷，而后出现发热，体温未测，伴胸闷、口苦、头昏

沉、口渴，曾就诊当地诊所，予口服退热等药物治疗（具体不详），症状无缓解。6d前出现咳嗽，无痰，今来就诊，测体温40.3℃，门诊拟“发热”收住院。既往有“高血压”病史，否认疫水疫源接触史。查体：体温39.9℃，心率98次·min<sup>-1</sup>，呼吸频率21次·min<sup>-1</sup>，血压110/64 mmHg（1 mmHg ≈ 0.133 kPa）。神清，面色正常，形体适中，体态自如，气无污秽，味无腥臭，舌淡红，苔白腻，脉弦。皮肤黏膜未见皮疹、焦痂。颈部、

[收稿日期] 2021-12-28

[作者简介] 董家欣，女，在读医学硕士，主要研究方向是肝病临床研究。

[\*通信作者] 张金付 (E-mail: zhangjinfu889@163.com; Tel: 13507587668)

腋窝、腹股沟触及肿大淋巴结，边界清，无压痛。咽充血，扁桃体无肿大，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音，心脏听诊无异常，腹平软，无压痛、反跳痛，肝脾肋下未及，肝区叩击痛阴性。双下肢无水肿。神经系统体检均正常。辅助检查：2020 年 11 月 17 日血常规示：白细胞  $4.75 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ ，中性细胞比率 47.3%，淋巴细胞比率 41.7%，未见异性淋巴细胞，嗜酸性粒细胞、嗜碱性粒细胞、单核细胞、血红蛋白、血小板均正常。肺部电子计算机断层扫描（computed tomography, CT）未见明显异常。血生化：钾  $3.0 \text{ mmol} \cdot L^{-1}$ ，钠  $128.0 \text{ mmol} \cdot L^{-1}$ ，谷草转氨酶  $70.7 \text{ U} \cdot L^{-1}$ ，乳酸脱氢酶  $376.2 \text{ U} \cdot L^{-1}$ 。C 反应蛋白  $68.4 \text{ mg} \cdot L^{-1}$ 。降钙素原  $0.036 \text{ ng} \cdot mL^{-1}$ 。刻诊：寒热往来，胸闷，口苦，头昏沉，口渴，喜饮热水，纳差，寐可，二便调。西医诊断：发热，原因不明。给予补液、保肝、退热等对症治疗。中医诊断：外感发热；辨证为少阳阳明证。治法：和解少阳，清热生津。方选小柴胡汤加白虎汤加减，处方如下：北柴胡 30 g，黄芩 12 g，法半夏 12 g，党参 12 g，生姜 12 g，大枣 12 g，石膏 30 g，知母 9 g，甘草 9 g。3 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。服用此方后，患者发热程度较前下降，11 月 18 日体温  $38.5 \text{ }^\circ\text{C}$ ，但仍发热。

二诊（2020 年 11 月 20 日）：患者咳嗽、乏力、头晕、胸闷、口干症状较前改善，查房时体温  $38.2 \text{ }^\circ\text{C}$ ，当日最高  $38.6 \text{ }^\circ\text{C}$ ，辅助检查：凝血酶原时间 14.00 s，余正常。全套彩超示脂肪肝，余无异常。类风湿因子、抗链球菌溶血素 O 测定、免疫球蛋白、红细胞沉降率均正常。乙肝两对半、甲丙丁戊庚型病毒性肝炎抗体阴性。血液病原虫未见。肥达外斐试验均正常。血培养及药敏鉴定阴性。浅表淋巴结彩超：颈部、腋窝、腹股沟多发淋巴结可见。肿瘤五项、甲功三项均正常。刻诊：咳嗽、乏力、头晕、胸闷好转，仍口干、口苦、口渴、纳差，并出现下肢水肿，寐可，大小便正常，舌质淡红、苔白腻，脉弦。患者出现下肢肿，考虑水饮内停，在上述方基础上加用五苓散，处方如下：北柴胡 30 g，黄芩 12 g，法半夏 12 g，党参 12 g，生姜 12 g，大枣 12 g，石膏 30 g，知母 9 g，甘草 9 g，桂枝 6 g，猪苓 9 g，白术 12 g，泽泻 12 g，葛根 12 g，羌活 9 g，茯苓 12 g。3 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。服用此方后，患者发热程度较前下降，11 月 20 日体温  $38.1 \text{ }^\circ\text{C}$ 。

三诊（2020 年 11 月 23 日）：患者咳嗽、乏力、头晕、胸闷、口干、口苦症状明显改善，发热改善，查体：体温  $37.4 \text{ }^\circ\text{C}$ ，颜面浮肿，肺部未及啰音，下肢无浮肿。巨细胞病毒脱氧核糖核酸扩增定量测定阴性。EB 病毒脱氧核糖核酸测定： $1.682 \times 10^8 \text{ copies} \cdot mL^{-1}$ 。自身免疫性抗体：正常。西医诊断：EB 病毒感染，未给予抗病毒治疗。刻诊：咳嗽、乏力、头晕、胸闷、口干、口苦症状明显

改善，仍口渴，下肢水肿消退，出现颜面浮肿，腹部闷胀，舌质淡红、苔白腻，脉弦。考虑少阳证已解，据现症状，中医诊断：水肿，辨证为风水夹湿，予平胃散合越婢加朮汤加减，处方如下：苍术 12 g，厚朴 12 g，茯苓 12 g，白术 12 g，麻黄 15 g，陈皮 16 g，石膏 24 g，甘草 12 g，生姜 12 g，大枣 12 g，3 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。用此方后，患者体温降至正常。

四诊（2020 年 11 月 26 日）：患者无发热，咳嗽、乏力、头晕、胸闷症状缓解，颜面无浮肿，口渴缓解，有轻微口干口苦，中上腹部堵塞感，舌质淡红、苔白腻，脉滑。考虑风水证缓解，辨证为胃痞（寒热错杂证），予平胃散合半夏泻心汤加减，处方如下：法半夏 12 g，黄芩 9 g，黄连 6 g，干姜 12 g，大枣 12 g，甘草 6 g，苍术 12 g，陈皮 12 g，厚朴 12 g，3 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。服用此方 1 剂，感乏力、纳食缓解；继续守方治疗，11 月 27 日出院，出院 1 周随访未再发热、且未感乏力、纳食等不适。

按语：患者入院出现寒热往来，胸闷，口苦，头昏沉，口渴，喜饮热水，纳差，寐可，二便调。少阳经脉循胸布胁，位于太阳、阳明表里之间，伤寒邪犯少阳，正邪相争，正气欲拒邪出于表，邪胜欲入里并于阴，故往来寒热；足少阳之脉起于目锐眦，其支者，下胸中，贯膈，络肝，属胆，循胁里，邪在少阳，经气不利，郁而化热，胆火上炎，而致胸胁闷、口苦、口干；舌质淡、苔白腻、脉弦均为邪犯少阳之征。邪犯阳明，故见高热、口渴等症。合而为少阳阳明合病证，故以小柴胡汤加白虎汤加减，二者都是《伤寒论》的经典方剂。

小柴胡汤出自于医圣张仲景的《伤寒论》第九十六条“伤寒五六日，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之”，第一百零一条“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必据悉”。故予小柴胡汤，原方由柴胡、黄芩、党参、半夏、甘草、生姜、大枣七味药物组成，用于和解少阳，方中君药柴胡升发，助少阳之气，达邪于外；臣以黄芩清泄少阳半表半里之热；用半夏降逆止呕，姜枣调和营卫，甘草调和药性；邪入少阳，兼有正气不足，故又以人参扶正，是一首清泄少阳，和解表里，主治少阳病有效的方剂，故刘渡舟称之“小柴胡汤擅开肝胆之郁，故能推动气机而使六腑通畅，五脏安和，阴阳平衡，气血调谐”<sup>[1]</sup>，而在张羽等人验案举隅用小柴胡汤中治疗发热病人取得较好疗效<sup>[2]</sup>。

班文文等人探讨白虎汤退热机理是主要通过“降低内毒素，抑制炎症细胞因子，或者直接抑制某些病原体的物质代谢，并可通过体液-神经反射系统负反馈调节体温调节中枢，减少炎症因子分泌”，从而达到退热目的<sup>[3]</sup>；白

虎汤出自于医圣张仲景的《伤寒论》第一百七十六条“伤寒脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之”。白虎汤证以发热、恶热、脉（浮）滑为辨证要点<sup>[4]</sup>，方中以石膏为君药清热而不伤阴并能止渴除烦，臣以知母滋阴润燥，石膏配知母相须为用，清热除烦、生津止渴之力尤强，粳米、甘草益胃生津，缓石膏、知母苦寒重降之性以为佐药，甘草调和诸药。

二诊症状减轻，患者咳嗽、乏力、头晕、胸闷、口干、口苦症状明显改善，少阳证好转，但口渴，下肢水肿，腹部闷胀，舌质淡红、苔白腻，脉弦。《伤寒论》第七十一条“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之”及第七十一条“发汗已，脉浮数，烦渴者，五苓散主之”。患者烦渴为膀胱蓄水，气化失司，津液不能上承；出现下肢水肿，考虑膀胱气化不利水饮内停，故加用五苓散利水渗湿，温阳化气，方中重用泽泻为君，以其甘淡，直达肾与膀胱，利水渗湿。臣以茯苓、猪苓之淡渗，增强其利水渗湿之力。白术、茯苓相须，佐以白术健脾以运化水湿，方中葛根生津止渴，羌活散邪，《素问·灵兰秘典论》谓：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”，膀胱的气化有赖于阳气的蒸腾，故方中又佐以桂枝温阳化气以助利水。赵春玲<sup>[5]</sup>曾在小儿发热中使用五苓散退热获得较好的疗效，其机理使湿热之邪从小便而解，再以黄芩燥湿清热，使内停水湿、郁结之热得以清泄。

三诊上述症状明显改善，下肢水肿消退，出现颜面部水肿，胃胀不适等，考虑湿困脾胃导致升降失调，出现胃胀闷不适，少阳证去，但出现风水表证，据《水气病脉证并治第十四》“里水，一身面目黄肿，其脉沉，小便不利，故令病水，假如小便自利，此亡津液，故令渴也，越婢加术汤主之”。因脾气虚，湿从内生复感外风，导致肺失宣降，停水外溢，故出现风水相搏导致肺气失宣，通调失职，水气逆行而浮肿，肿势从颜面部蔓延至全身，辨证为风水夹湿，故以平胃散加越婢加术汤燥湿健脾，疏风利水。越婢加术汤方中麻黄走表发汗以泄水气；臣以石膏，取其辛凉重坠之性，一来可以牵制麻黄发散解表过猛的性势，二来也可以清内热；佐以白术，健脾除湿；再以甘草、生姜缓中和胃，全方共奏发汗祛湿、利尿消肿、清热除烦之力，以除停聚肌表之水湿，清解在里郁热<sup>[6]</sup>。平胃散方中以苍术以其辛香苦温，入中焦能燥湿健脾，使湿去则脾运有权，脾健则湿邪得化。湿邪阻碍气机，且气行则湿化，故方中臣以厚朴，本品芳化苦燥，长于行气除满，且可化湿。与苍术相伍，行气以除湿，燥湿以运脾，使滞气得行，湿浊得去。陈皮为佐，理气和胃，燥湿醒脾，以助苍术、厚朴之力。使以甘草，

调和诸药，且能益气健脾和中。煎加姜、枣，以生姜温散水湿且能和胃降逆，大枣补脾益气以襄助甘草培土制水之功，姜、枣相合尚能调和脾胃全方共奏行水、清热之功。

四诊患者上述症状明显改善，水肿消退，仍感上腹闷胀不舒，此时表邪已解，脾胃已伤，湿邪滞留胃脘而成胃痞，据《伤寒论·辨太阳病脉证并治》：“但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤”。加用半夏泻心汤消痞散结，方中半夏散结消痞、降逆止呕，故为君药；干姜温中散邪，黄芩、黄连苦寒，邪热消痞，故为臣药；人参、大枣甘温益气，补脾气，为佐药；甘草调和诸药，为使药。至此患者痊愈。而在中医中认为EB病毒感染证候主要表现为气虚证候及热证证候<sup>[7]</sup>，通过观其脉证，知犯何逆，对症治疗；而对于EB病毒感染，中医的治疗原则并不是将重点放在去除病因上，而是要通过调节机体免疫功能达到防病治病的目的<sup>[8]</sup>。

从以上病案，西医退热药治疗可以暂时退热，药物时效过后常常体温回到原点，本医案为EB病毒感染导致发热，病程最长可达数月，患者年纪大，免疫功能差，入院时已发热2周，经反复退热等治疗后发热未缓解，入院后经中药治疗后发热下降至缓解。笔者在治疗过程中应用了小柴胡汤、白虎汤、五苓散、平胃散、越婢加术汤、半夏泻心汤，这些方剂中多数是经方，可见经方治疗发热效果较好，而在患者发热治疗过程中和发热解后出现了各种兼夹证，通过经方序贯治疗，症状均可改善，直至治愈。因此可以看出，中医临床辨证论治过程中，因个人体质不同，病因不同，可出现各种兼夹证，如本案表证解后又出现脾胃功能失调，证候是在不断动态的变化，临证要善于观察，做到“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。

#### 〔参考文献〕

- (1) 刘渡舟. 小柴胡汤解郁功效例举[J]. 中医杂志, 1985, 60(5): 12-13.
- (2) 张羽, 曾宪玉, 殷进. 小柴胡汤加减治疗皮肤病发热验案3则[J]. 山西中医, 2021, 37(4): 39-40.
- (3) 班文文. 白虎汤退热机理文献研究及其类方临床应用研究[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2019.
- (4) 张迪, 常诗荃, 孙建鑫, 等. 阳明热证辨析[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(3): 53-55.
- (5) 赵春玲. 五苓散新用[J]. 新中医, 2002, 34(7): 68.
- (6) 郑腾飞, 胡蓝方. 越婢加术汤临床证治体悟[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(30): 265.
- (7) 刘艳. 中药治疗儿童急性EB病毒感染的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(15): 60.
- (8) 韩彤. 中西医结合治疗EB病毒感染的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(1): 35-36.