

从温病卫气营血辨治成人斯蒂尔病验案1则

何菲 吴沅皞 张舒恬 卜蔚

(国家中医针灸临床医学研究中心/天津中医药大学第一附属医院风湿免疫科,天津 300381)

摘要:卫气营血理论是温病学中重要的基础理论,通过将疾病分为卫分证、气分证、营分证、血分证4个阶段,以此论治外感温病。因势利导是中医重要的治则,在本例验案中体现在“给邪以出路”。成人斯蒂尔病是一种以发热、关节痛、皮疹为主要特征的自身免疫性疾病,西医诊治手段有限。此文通过分享中医治疗成人斯蒂尔病验案1则,探讨温病卫气营血辨证以及因势利导在成人斯蒂尔病中的应用。

关键词:温病;卫气营血辨证;因势利导;成人斯蒂尔病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2025.01.026

文章编号:1672-2779(2025)-01-0081-03

A Case of Adult-onset Still's Disease Which Using Syndrome Differentiation of Wei-qi-ying-xue Theory From Warm Disease

HE Fei, WU Yuanhao, ZHANG Shutian, BU Wei

(Department of Rheumatology and Immunology, National Clinical Research Center for Acupuncture and Moxibustion of Chinese Medicine/First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300381, China)

Abstract: Wei-qi-ying-xue theory is an important basic theory in the study of epidemic febrile diseases. By dividing the disease into 4 stages as follows: Weifen syndrome, Qifen syndrome, Yingfen syndrome and Xuefen syndrome, the treatment of exogenous febrile disease is discussed in stages. Taking advantage of the situation is an important therapeutic principle in traditional Chinese medicine. In this case, it reflected in the “giving pathogen a way out”. Adult-onset Still's disease is an autoimmune disease characterized by fever, arthralgia and rash. Western medicine has limited means of diagnosis and treatment. In this article, according to an adult-onset Still's disease was treated with traditional Chinese medicine, discussed the application of syndrome differentiation of Wei-qi-ying-xue and taking advantage of the situation in adult-onset Still's disease.

Keywords: warm disease; syndrome differentiation of Wei-qi-ying-xue; taking advantage of the situation; adult-onset Still's disease

成人斯蒂尔病(Adult-onset still's disease, AOSD)是一种病因和发病机制尚未明确的自身免疫性疾病,临床以发热、皮疹、关节痛/关节炎、咽痛、肌痛、肝脾及淋巴结肿大、外周血白细胞总数及中性粒细胞比例增高为主要表现^[1]。目前,国内外尚无公认的成人斯蒂尔病诊断标准,临床最常用的是1992年日本Yamaguchi标准,该标准提出确诊本病需要排除感染、肿瘤和其他免疫性疾病,因此其临床诊断与鉴别是一项很大的挑战。成人斯蒂尔病诊断相对困难,治疗手段有限且容易有一定的不良作用,故中医辨证论治本病具有一定优势。文章浅析中医药治疗成人斯蒂尔病验案1则,以飨同道。

1 验案举隅

患者,女,33岁,2022年10月18日初诊。发病节气:寒露。主因“间断发热伴皮疹、关节痛7月余,加重1月”入院。7个月前,患者无明显诱因出现发热及四肢散发红色皮疹、关节肌肉酸痛等症状,未予系统诊治。1个月前,再次出现发热间作,体温最高可达39.4℃,多于午后、夜间发热;自行服用退热药可降至37.4℃,伴咽痛、皮疹、关节肌肉酸痛。于外院查血常规示白细胞计数(WBC)10.27×10⁹/L、血小板计数(PLT)425×10⁹/L, C反应蛋白(CRP)7.79 mg/dL,红细胞沉降率(ESR)55 mm/h,抗核抗体胞浆型1:320,补

体C4:42.8 mg/dL,抗线粒体抗体-M2(AMA-M2)阳性,抗环瓜氨酸肽(CCP)抗体、风湿病抗体、抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)均阴性。考虑“结缔组织病”,予白芍总苷胶囊0.2 g,每天2次;羟氯喹0.6 g,每天2次,症状无明显改善。刻症:神清,精神尚可;发热、体温38.6℃,以午后、夜间发热为主,呈弛张热,无寒战、汗出;四肢、颈后、右侧腰背部散发片状淡红色斑疹,边界不清,突出于皮面,皮温高,轻度瘙痒,自觉灼热,热时疹出热退疹消;周身关节肌肉酸痛,乏力,咽痛、咽干,龋齿,无光过敏,无口腔溃疡,无雷诺现象;纳少,寐欠安,夜尿2~3次,大便不成形,舌淡、苔白腻,脉弦数。查体:咽红,双侧扁桃体Ⅰ度肿大,颌下可触及黄豆大小淋巴结,无压痛、粘连,推之可移动;肺部呼吸音粗;心、腹查体阴性。既往体健,1年前行“胆囊及胆总管附近肿物切除术”。有青霉素、头孢类药物过敏史。平素性情急躁,饮食无偏嗜。

入院后完善相关检查,查血常规示WBC 13.62×10⁹/L,红细胞计数(RBC)3.64×10¹²/L,血红蛋白浓度(HGB)105 g/L,PLT 372×10⁹/L,中性粒细胞绝对值11.78×10⁹/L、百分比86.6%,CRP 129.72 mg/L,ESR 100 mm/h,铁蛋白稀释3049.87 ng/L,巨细胞IgG抗体、单纯疱疹1型IgG抗体及单纯疱疹2型IgG抗体阳性,丙型肝炎病毒

(HCV) 抗体定量4.66 S/CO、HCV-RNA 定量阴性, 梅毒抗体定量21.08 S/CO、特异性梅毒试验梅毒螺旋体颗粒凝集试验(TPPA) 阳性; 真菌、肺炎支原体IgM、降钙素原(PCT)、甲状腺功能全项、尿常规、便常规、过敏原检测均未见异常。中医诊断: 湿温(气营两燔证), 西医诊断: 疑为成人斯蒂尔病, 予中药治疗。组方: 金银花10 g, 连翘20 g, 淡豆豉15 g, 炒牛蒡子30 g, 芦根15 g, 天花粉20 g, 桔梗10 g, 白花蛇舌草20 g, 炒僵蚕15 g, 蝉蜕10 g, 防风10 g, 蚕沙5 g, 牛膝10 g, 生地黄30 g, 生石膏(先煎)30 g, 甘草30 g。2剂, 日1剂, 水煎取汁300 mL, 分2次服, 每次150 mL。

二诊: 患者热势不解, 症见寒战, 皮疹色红。上方去连翘、淡豆豉、牛膝, 加白芷10 g、水牛角15 g、地肤子30 g, 2剂, 服法同前。予洛索洛芬钠片[第一三共制药(上海)有限公司, 国药准字H20030769, 规格: 60 mg]口服, 每次60 mg, 每天3次; 盐酸左西替利嗪片(苏州东瑞制药有限公司, 国药准字H20060333, 规格: 5 mg)口服, 每晚1次, 每次5 mg。

三诊: 患者斑疹颜色加深, 范围较前扩大, 咽痛较前缓解。上方去金银花、牛蒡、蚕沙, 加佩兰、黄芩、荆芥各20 g, 3剂, 服法同前; 停左西替利嗪, 予地塞米松磷酸钠注射液[津药和平(天津)制药有限公司, 国药准字H12020515, 规格: 1 mL: 5 mg], 静脉注射5 mg, 每天1次。

四诊: 患者未再发热, 斑疹渐消, 关节肌肉疼痛间作, 时有头晕。上方去桔梗, 加菊花10 g, 4剂, 服法同前。调整地塞米松为注射用甲泼尼龙琥珀酸钠(国药集团容生制药有限公司, 国药准字H20070007, 规格: 20 mg), 静脉滴注30 mg, 每天1次; 予巴瑞替尼片(美国 Lilly del Caribe, Inc., 国药准字HJ20215001, 规格: 4 mg)口服, 每天1次, 每次2 mg。

五诊: 效不更方, 再予3剂, 服法同前; 调整注射用甲泼尼龙琥珀酸钠用量为20 mg。

六诊: 上方去荆芥、石膏、甘草, 加泽泻、泽兰各20 g, 薏苡仁30 g, 4剂, 服法同前。

七诊: 上方去白花蛇舌草、薏苡仁, 加忍冬藤、葛根各30 g, 服法同前。

按语: 本案患者素体阳盛, 蕴热内伏, 又外感湿热病邪, 至内外合邪, 发为湿温。湿邪化热, 热入阳明气分, 气分热盛, 正邪斗争激烈, 症见发热。《诸病源候论·患斑毒病候》云: “斑毒之病, 是热气入胃, 而胃主肌肉, 其热挟毒, 蕴积于胃, 毒气熏发于肌肉”。湿热蕴结, 热入营分, 灼伤血络, 透达于肌表, 故见斑疹隐隐; 湿与热搏结, 酿久成毒, 滞于筋脉, 流注关节, 不通则痛, 故关节肌肉疼痛; 湿邪上受, 首犯肺卫, 咽为肺卫之门户, 热邪壅于咽喉, 故见咽痛; 经脉痹阻不通, 气血津液运行失常, 血停为瘀、津停为痰, 痰浊瘀

毒互结, 故淋巴结肿大; 热盛伤阴, 气随阴脱, 故周身乏力。患者舌淡红、苔白腻, 是为湿热蕴结之象, 脉弦数是郁热在里之体现。

从本案患者的临床症状及舌脉来说, 其初入院时邪在气分, 故予银翘散加减以疏风清热。因患者湿热蕴结, 故予石膏清热泻火以清透气分之热, 予蚕沙燥湿祛风, 予牛膝清热凉血、引血下行; 因热病伤阴, 故予生地黄滋阴清热。然病变迅速, 湿热入营分, 则二诊见患者发热不解。叶天士有言: “入营犹可透热转气”, 故治以凉血解毒、清热透营, 加水牛角清热凉营; 湿与热结郁于肌腠、陷于内, 故予解表药解肌透疹。患者入院第4天发热虽未见明显缓解, 然周身皮疹明显消散, 仅余左臀后少量斑疹, 考虑中医辨证准确、中药处方有效。但入院第5天斑疹骤然增多、颜色变深, 考虑是透邪外出之故, 以斑疹之透发给予机体内部湿热出路, 故予荆芥、防风解表; 湿热困脾, 邪在阳明, 故予芳香化浊之品; 湿聚热蒸, 故予黄芩清化湿热。入院第7天。患者未再发热, 考虑病邪是否有动血之象。而“入血就恐耗血动血, 直须凉血散血”, 故予生津止渴之品, 唯恐动血伤津; 患者时有头晕, 考虑肝火上炎, 故予菊花清肝火; 湿性重浊黏腻, 病势缠绵, 故予泽泻、薏苡仁淡渗利湿于下, 使水道畅通, 则湿有去路。热伤营阴, 后期治疗应以养阴清热、利湿化浊为主。

从三焦辨证来看, 患者外感湿热病邪, 邪袭上焦, 致肺气失宣, 出现发热重、不恶寒、咽痛等风热表证。而湿为阴邪, 郁阻阳气, 故患者发热以午后、夜间为甚。然未进行及时治疗, 导致邪入中焦。脾喜燥恶湿, 湿邪困阻, 致脾失健运、水湿内停, 则痰浊内生, 故见纳少、食欲减退。薛生白言: “太阴内伤, 湿饮停聚, 客邪再至, 内外相引, 故病湿热”。三焦为决渎之官, 可通调水道, 故治以宣畅气机、清利湿热之法。

从西医诊断来看, 本案患者不明原因发热, 考虑或与感染、肿瘤、免疫相关。患者既往行“胆囊及胆总管附近肿物切除术”, 具体不详, 但肿瘤标志物及腹部彩超未见明显异常, 考虑肿瘤可能性小。查体示患者局限性淋巴结肿大, 考虑为急性炎症反应, 可进一步行淋巴结活检以明确诊断。患者既往有梅毒感染病史, 但据梅毒试验结果, 考虑未处于活动期; 且该患者皮疹形态与梅毒差异较大, 因此考虑梅毒可能性小。该患者发热 $\geq 39.0^{\circ}\text{C}$, 持续时间 ≥ 1 周, 四肢、颈后散发淡红色皮疹, 热时疹出、热退疹消, 伴咽痛、淋巴结肿大; 且查血常规见WBC、中性粒细胞比例升高, 类风湿因子阴性, 风湿病抗体阴性, 病原学检查阴性。故根据1992年日本Yamaguchi标准, 考虑诊断为成人斯蒂尔病。在治疗方面, 目前相关指南^[1]推荐在急性发热期使用非甾体抗炎药, 若效果不佳可加用激素或改用抗风湿药物, 难治、重症患者可考虑使用生物制剂。予本案患者非甾体抗炎药联合激素治疗, 未见

明显缓解,因此结合指南与其后期关节肌肉疼痛程度较重的症状,予小分子靶向药诱导缓解。

2 讨论

卫气营血理论首见于《黄帝内经》,叶天士在总结前人理论的基础上,提出了将外感温病分为卫分证、气分证、营分证、血分证4个阶段,并提出了“在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气……入血就恐耗血动血,直须凉血散血”的治疗原则。三焦辨证由吴鞠通创立,体现了疾病的传变过程,提出了“治上焦如羽,非轻不举;治中焦如衡,非平不安;治下焦如权,非重不沉”之大法。

成人斯蒂尔病的临床主要表现为高热、皮疹、关节痛,可归属于中医学“痹病”“温病”的范畴,现代医家多从卫气营血、六经辨证等角度进行分析。陆燕等^[2]提出成人斯蒂尔病属于“伏气温病”范畴,认为其发热属邪在卫分,关节痛为营血分热毒内蕴,皮疹为营卫见证。因此本病发病早期可见卫营或气营同病,当属“伏气温病”;治疗上,发作期强调清化与透邪,缓解期可扶正托邪。许善霖^[3]提出成人斯蒂尔病多由于内蕴伏热、复感温热病邪而发病,并通过对28例本病患者进行临床分析,发现其整个病程徘徊于卫、营之间,鲜有深入血分者,因此多从风热犯卫、气营两燔论治。秦志仁等^[4]认为成人斯蒂尔病病因以热毒、郁热、湿邪为主。少阳郁热是其重要病机;湿性重浊而黏腻,与热邪相结,导致本病变化多端、诊治疑难,故主张结合经方白虎汤以清阳明热毒、小柴胡汤以解少阳郁热、四妙散以清热利湿,三方合用,标本兼治。

针对成人斯蒂尔病,临床提倡分期论治。郭会卿教授认为本病病因与正虚、邪热、痰热互结相关,诊治上益气养阴应贯穿始终;初期宜扶正兼祛邪,迁徙期考虑长期发热耗气伤津、气血阴阳俱亏,当以甘温之剂温阳,同时根据疾病痰、热程度予清热、化痰之品,以达到祛邪目的^[5]。谭银章认为本病治疗应分为三期,初期邪在气营,需清透散瘀,常用清瘟败毒饮或玉女煎;中期虚实寒热错杂,宜标本同治,若为寒湿之体多以柴平汤、柴胡温胆汤等合方加减,若为酒家湿热之体常以秦艽鳖甲汤加减;后期正虚邪微,需对证调和施补,运用补中益气汤、升阳散火汤加减,治以甘温除热^[6]。房定亚根据病程将本病分为四期,认为初期患者机体素盛,感受外邪后,邪气首犯肺卫,故治疗以疏风清热为主,多用银翘散加减;中期可见本病典型症状,此时热炽气营,治宜清气凉营、泻火解毒,方选白虎汤合犀角地黄汤加减;后期考虑邪伏营分,伤及营阴,方选青蒿鳖甲汤以养阴清热、祛除伏邪;末期耗气伤阴,阴虚内热,以麦味知柏地黄汤加减养阴清热^[7]。

因势利导是中医学的一项重要治则,旨在顺应万物自

然之性、遵循事物的自然规律,常体现在祛邪的过程中。临床常用汗、吐、下三法祛邪,通过邪气在机体病位的深浅以及病势的进退,给邪出路、诱邪外出,达到缓解疾病的目的。成人斯蒂尔病的好发年龄为16~35岁^[8],患者多机体强健。古语曰:“兵贵神速”,因此针对素体强盛的患者,疾病初起时外邪首犯卫分,表现为恶寒发热等表证,建议以攻邪为主,治以解表,予疏风散热等发表之品祛邪外出,防病邪传变入里、缠绵难愈。若疾病初期时未得到有效控制,邪气可化热入里,进入气分甚至营分,出现高热烦躁、渴喜冷饮、颜面红赤、多发斑疹等气营两燔表现。此时单用疏风清热之品难以祛邪外出,应予透邪之品,将伏于半表半里之邪透发于外,才能起效。随着疾病的进展,也可能出现热入营分之候,治疗上也提倡“透”。另外,温邪可与黏腻之湿邪搏结,导致疾病缠绵难愈,可通过淡渗利湿之品下之,将邪气从下焦除去,这也是因势利导的一种方法。若患病日久、正气亏虚,在疾病后期可出现五心烦热、潮热盗汗等阴虚症状,此为邪热未尽,伤及营阴,气虚津亏之故,可通过养阴清热以清化余热,并予以扶正,使邪去正安。此外,在攻邪过程中,应当考虑“给邪以出路”。正如此案患者,其邪在卫分、气分之时以清透为主,后病邪入里化热、与湿邪搏结,则可考虑从下焦祛邪。通过卫气营血辨证,定位病邪所在,选取适当的方法,给邪出路,邪出则病愈。

3 结语

成人斯蒂尔病发病率低、诊断不易,临床极易出现误诊、漏诊,因此从西医治疗颇具挑战。而通过中医卫气营血辨证,能够准确辨析本病病位与病势,实现辨证施治,并能够取得满意的治疗效果。未来可以通过规范中医药诊治成人斯蒂尔病的方案,提高从业人员对本病的认识,以实现其治疗的规范化、有效化。

参考文献

- [1] 朱小霞,李芹,王悦,等.成人斯蒂尔病诊疗规范[J].中华内科杂志,2022,61(4):370-376.
- [2] 陆燕,杨利.应用伏气理论辨治成人斯蒂尔病探析[J].吉林中医药,2011,31(10):938-940.
- [3] 许善霖.成人斯蒂尔病28例中西医临床分析[J].中医药导报,2012,18(5):35-37.
- [4] 秦志仁,包竹筠,乔羽.白虎汤合小柴胡汤、四妙散治疗成人still病1例及治疗机理分析[J].中成药,2013,35(7):1583-1584.
- [5] 郭永昌,曹玉举.郭会卿教授“甘温除热法”治疗成人still病经验[J].中医药导报,2012,18(7):18-20.
- [6] 唐鑫,徐乐乐,魏丹.谭银章治疗成人Still氏病经验举隅[J].山西中医,2021,37(11):7-8.
- [7] 韩淑花,周彩云,房定亚.房定亚以卫气营血辨治成人Still病思路解析[J].中国中医药信息杂志,2016,23(3):108-109.
- [8] 中华医学会风湿病学分会.成人斯蒂尔病诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2010,14(7):487-489.

(本文责编:王蕊 本文校对:陈朝远 收稿日期:2023-03-06)