

以溫病思維治療不明發熱患者臨床病案報告

董懿容¹、蔡珮渝²、林昭庚³、劉育德^{1,*}

¹彰化基督教醫院中醫部，彰化，台灣

²彰化基督教醫院家庭醫學科，彰化，台灣

³中國醫藥大學中醫學院中醫學系，台中，台灣

(101年9月18日受理，101年12月26日接受刊載)

發燒可見於多種疾病之併發症狀，傳統在治療發燒找出原因後可以從治療疾病如給予抗生素或者給予退燒藥物治療，但在許多狀況下仍有找不到原因的發燒，被稱作為不明發熱（fever of unknown origin），診斷標準包括：(1)有些情況下體溫會超過38.3℃；(2)至少持續三周以上；(3)住院一星期以上但未找到明確病因，而老年人的不明發熱經常是常見疾病的不典型症狀，但因為疾病表現出的症狀不典型，難以進行解釋，同時治療後改善緩慢。這位患者因肝門部膽管癌合併膽管炎開刀後開始反覆發燒，在西醫照護一段時間後，會診中醫一起介入治療，患者在會診當時，除了有反覆發燒的問題，還兼見不定處的出疹漸至全身發紅，中醫以溫病思想為出發點，初起邪同時在氣分與營分，以化斑湯為主改善發熱不退、無汗而遍身發紅的症狀，隨著熱邪傳到中焦陽明，此時患者表現已轉成腑氣不通，故使用到大承氣湯治療，並且根據其發熱惡寒症狀加上白虎加人參湯治療，後並用生津滋陰的藥物扶正固本。患者在治療過程中又突發高燒，西醫不建議給予任何口服藥物，所以更換不同劑型和途徑，使用大黃甘草湯敷貼神闕穴治療，在發燒減退、病況穩定時再回歸原本的治療思維與模式去介入，經過一個多月的照護，患者順利從安寧病房出院回家休養。

關鍵字：不明發熱、溫病、化斑湯、大承氣湯、白虎加人參湯

前言

不明發熱（fever of unknown origin）的臨床診斷標準是在一九六一年由 Petersdoef 和 Beeson 提出¹，對於無法解釋、找不到原因的發燒，並且有以下三項診斷標準：(1)有些情況下體溫會超過 38.3℃ (2) 至少持續三周以上 (3) 住院一星期以上但未找到明確病因，而可能原因包括感染（30%~40%），其次是惡性腫瘤（20%~30%）、

自體免疫疾病等等。不明發熱較常發生在住院患者，尤其是有多項病史的患者，例如內分泌疾病、惡性腫瘤、曾有開刀史或是長期住院的病人身上，因為現代醫學無法對不明發熱有積極而快速的診斷和治療，我們可以試著從中醫的觀點來解釋病因病機，進而介入治療。

在處理這類病人，最重要是了解完整的病史，包括過去病史、個人史、家庭史、旅遊史、接觸史²，可以從實驗室的血液學檢查（complete blood

* 聯絡人：劉育德，彰化基督教醫院中醫部，彰化市南校街 135 號，電話：04-7238595 分機 4027，電子郵件信箱：135504@cch.org.tw

count and blood smear)、尿液檢查(urinalysis)、血清生化檢驗(serum chemistry)、細菌學培養(culture)、血清學檢查(serology),或者其他理學檢查獲取相關資訊³,在尚未確立診斷時,不應盲目投藥。對不明熱的藥物治療通常是經驗性用藥,會給予非固醇類止痛藥(NSAID),或是抗生素,而皮質類固醇(corticosteroids)用在症狀的緩解,但症狀一緩解就必須立即減低劑量⁴,儘管有這些藥物可以使用,但整體而言治療不明發熱的經驗是比較令人挫折的,常因為治療後會掩蓋過原本症狀,而無法找出真正原因,因此在某些情況下反而不會給予積極治療,而是反覆去觀察⁵。

中醫歷代典籍對發熱的觀察出不同分型,包括微熱、壯熱、潮熱、發熱惡寒、往來寒熱等⁶,部位也有所區分,像是肌熱、腠理熱、五心煩熱、四肢熱等,再從時間來看,如夜熱、日晡熱、平旦熱等,由此可見,中醫對於辨別發熱的病因病機有系統性從各個面向來探討病因病機,首先判斷屬於內傷還是外感,或者進一步由外感轉變成內傷;而外感因素是傷於寒或者發於溫,內傷因素是虛抑或是實,再去探究是單純的臟腑虛損,還是有痰濕血瘀等病理因素的影響。一般而言,外感發熱症狀多以高熱為主,有風熱證、風寒證、暑濕證、肺熱證、胃熱證...,內傷發熱常見低熱為表現,像是肝鬱發熱、血瘀發熱、氣虛發熱、陰虛發熱...。我們觀察到患者的臨床表現:持續發熱且症狀變化迅速、病情反覆,這樣的病情轉變在一般門診不易見到,加上診斷不易於是一般治療難以介入。由於許多會診的病人經常出現難以診斷的不明熱,病情尤如溫病的病程般反覆、易變,進而歸納以及推想這類患者可以試著從三焦或者衛氣營血進行辨證,並作為診斷和治療方向的依歸⁷。

在討論溫病與不明熱的關係,可以先從伴隨

發熱的症狀來看,其頻率最高的症狀包括面紅、口渴、便秘、惡寒、身痛,若從三焦分別而論,上焦發熱病多會兼見心腦系症狀,中焦發熱兼證以腸胃道症狀為多,下焦兼證就較為複雜多變,並分析《溫病條辨》中發熱病機,主要來自外感之溫、熱、暑、燥邪,時而兼夾陰虛、內熱、氣滯等,就如同本案例中這位患者之症狀,除了持續有面紅、口渴、便秘這些症狀,還兼夾陰虛證型,所以讓整體病情更為複雜,發熱反覆難癒,西醫臨床診斷無從檢查出確切病因,這樣的不明熱便可以從溫病角度切入,提供我們更多辨治的方法和思路⁸。

病例報告

I、基本資料

(I) 個人基本資料

姓名:莊張○○

性別:女

年齡:73歲

出生地:彰化市

職業:家管

婚姻狀況:已婚

病歷號碼:5930xxx

身高:155 cm

體重:55Kg

會診日期:101年2月24日-101年3月25日

(II) 主訴

近半年來反覆發燒

(III) 現病史

73歲的女性患者,2011年8月中因為持續發燒而住院,入院後進行檢查,而後診斷為肝門周圍膽管癌[hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumor)],並侵犯至肝門靜脈(portal vein),合

併有急性膽管炎 (acute cholangitis)，故安排在 2011 年 9 月 15 日施行手術：左半肝切除術 (left hemihepatectomy)，以及膽管空腸 Roux-Y 吻合術 (Roux en Y hepatico-jejunostomy)；發燒症狀在手術之後緩解下來，傷口漸癒後出院，並持續門診追蹤治療。大約一個月後又出現反覆發燒，所以住院進行檢查和治療，前一兩星期發燒維持在 38°C - 40°C 之間高溫，並且軀幹、四肢都出現紅疹，由於反覆發燒，病情不穩定，持續住院將近半年，這期間持續地追蹤檢驗數值，包括血液、痰液、尿液細菌培養，治療上曾更換多種抗生素，回顧至會診前一個月，體溫升高超過 38°C ，因為懷疑肺部感染、泌尿道感染，於 2012 年 1 月 10 日到 13 日使用 ceftriaxone，接著在 13 日到 15 日換成 cefepime，發燒開始有減退跡象，但在 2012 年 1 月 23 日發燒又作，使用 ceftazidime 到 30 日為止，發燒減輕但未降至正常體溫，持續在 37°C 到 38°C 之間波動，這樣的狀況持續到會診前三天，體溫又突然升高至 39.2°C ，持續追蹤血液學檢查、尿液檢查，並已先使用廣效抗生素 cefmetazole 治療約三天，但無燒退跡象，家屬遂考慮合併中藥同時治療。

2012 年 2 月 24 日會診當時仍在發燒，約在 37°C 到 38°C 之間，患者自覺下午身熱較明顯，胸腹觸之熱甚，但整天都感到頭面烘熱，沒有流汗，也沒有畏寒狀的況；其他兼症包括四肢略微痠痛，並且全身皮膚發紅，大腿處長些許紅色斑塊，頭面膚色紅而偏暗，全身皮膚都很乾燥，在軀幹、四肢的陰面以及陽面有脫皮現象，自覺全身性的膚癢，並常感到疲倦。

(IV) 中醫四診

望：1. 整體：四肢以及軀幹膚色紅而偏暗，大腿處些許紅色斑塊，四肢枯瘦、皮膚乾燥，在軀幹、四肢的陰面以及陽面皆有脫皮現象

2. 頭面：頭面部膚色暗紅更甚，面略浮腫，頭皮脫屑
3. 口唇：口唇淡暗，舌質紅、嫩、苔黃而少 (圖一)



圖一 患者之舌診照片

聞：1. 氣切無法出聲

2. 無特殊異味

問：1. 整體：發熱，無汗出，無畏寒，發熱在下午比較嚴重，感到疲累，沒有力氣和醫護人員溝通或互動

2. 皮膚：乾燥脫皮，包括軀幹、四肢的陰面以及陽面，頭皮略為脫屑，感覺全身膚癢

3. 頭面：口乾口黏，渴欲飲水但又飲水不多，不頭暈或頭痛

4. 胸腹：不喘，偶咳，偶有痰，淡黃綠色，稍黏

5. 二便：大便一般 2-3 日一行，量少，前為水稀便後難出。小便量中等，偏黃

切：1. 全身膚熱，胸腹觸之熱甚

2. 脈左寸關浮滑大，右滑

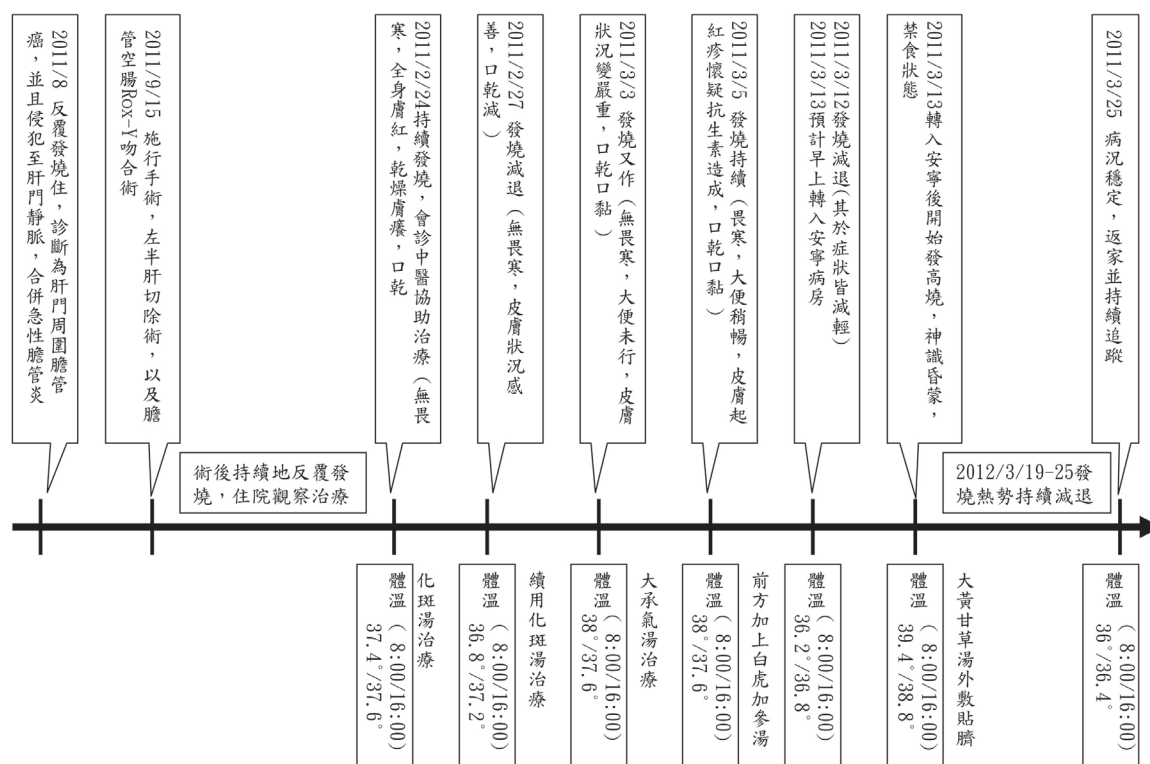
(V) 個人史以及過去病史

1. 肝門周圍膽管癌 (Klatskin tumor)
2. 第二型糖尿病 (Type II DM)
3. 急性膽管炎 (acute cholangitis)

(VI) 實驗室數據 (表一)

表一 實驗室檢驗數據 (2012/2/20)

檢驗項目	報告項目	檢驗數值	正常範圍	單位
CBC	WBC count	14.7	3.5-9.1	$\times 10^3/\mu\text{L}$
CBC	RBC count	3.17	3.8-4.9	$\times 10^6/\mu\text{L}$
CBC	Hb	10	12.0-15.0	g/dL
CBC	Hct	29.6	35-44	%
CBC	Platelet count	386	157-377	$\times 10^3/\mu\text{L}$
CBC	MCH	31.6	28.4-33.8	pg
CBC	MCV	93.4	83.8-98	fL
CBC	MCHC	33.8	33.4-35.2	g/dL
WBC classification	Neutrophil-seg	72.4	39.4-72.6	%
WBC classification	Lymphocyte	12.5	21-51	%
WBC classification	Monocyte	9	4.4-11	%
WBC classification	Eosinophil	5.7	0.4-7.6	%
WBC classification	Basophil	0.4	<1.3	%
Urine sediment	RBC	6.2	<3	/HPF
Urine sediment	WBC	2.9	<5	/HPF
Urine sediment	Squamous Epithelial Cell	<0.1	<5	/HPF
Urine sediment	Bacteria	Absent	Absent	
Urine chemistry	Specific Gravity	1.009	1.003-1.035	
Urine chemistry	Occult blood	—	—	
Urine chemistry	Urobilinogen	undetectable	undetectable	
Urine chemistry	Protein	50	undetectable(<10mg/dL)	
Urine chemistry	PH	8	5.0-8.0	
Urine chemistry	Color	Light-yellow	pale yellow-yellow	
Urine chemistry	Nitrate	—	—	
Stool OB	Stool OB	Negative	Negative	



圖二 發病時間、醫療處置、體溫變化以及中藥治療時序圖

(VII) 時序圖（圖二）

紀錄發病時間、醫療處置、體溫變化以及中藥治療

II、治療方式與過程

(I) 西醫診斷

- 發燒懷疑原因 (The suspected causes of fever)
 - (1) 泌尿道感染 (Urinary tract infection)
 - (2) 腫瘤發熱 (Tumor fever)
 - (3) 痰液檢驗 *P. aeruginosa* 感染 (Sputum impaction with secondary infection related to *P. aeruginosa*)
 - (4) 腹腔內感染 (Intra-abdominal infection)

(II) 中醫診斷

病名：陽明氣分熱、陽明胃熱發斑

病機：氣分熱熾，而血熱又起之氣血兩燔

(III) 病因病機分析

患者反覆發燒約半年，診斷出肝門周圍膽管癌合併膽管炎，於是進行手術治療，但術後約一個月後又開始反復發燒；從患者最近一次的檢驗數據發現，其白血球 (WBC) 數值偏高，而節狀核嗜中性白血球 (neutrophil-segmented) 在正常值邊緣，其尿液檢查無特殊發現，雖難以給予確切診斷，但仍懷疑有感染之可能性，故使用抗生素繼續治療。針對這樣長時間的反覆發燒，首先要先鑑別發熱是內傷或外感造成，因為不論是外感或內傷都會出現發熱的症狀，如《內外傷辨惑論·辨寒熱》裡提到：「外傷寒邪之證，與飲食失節、勞役形質之病，及內傷飲食，俱有寒熱…」⁹，接著從《醫宗金鑑·雜病心法要訣外感內傷辨》的辨證要點來看：「內傷脈大見氣口，外感脈大見人迎…熱在肌肉從內泛，熱在皮膚捫內輕…」¹⁰，

由於患者脈象上左脈寸關浮滑大、右滑，其人迎脈明顯大於氣口脈，而且熱象甚，觸之即感到其身體的熱度，在《內外傷辨惑論·辨寒熱》也描述了外邪所致的發熱會是「翕翕發熱，又為之拂拂發熱，發於皮毛之上，如羽毛之拂，明其熱在表也。」⁹所以推斷發熱為外感造成。

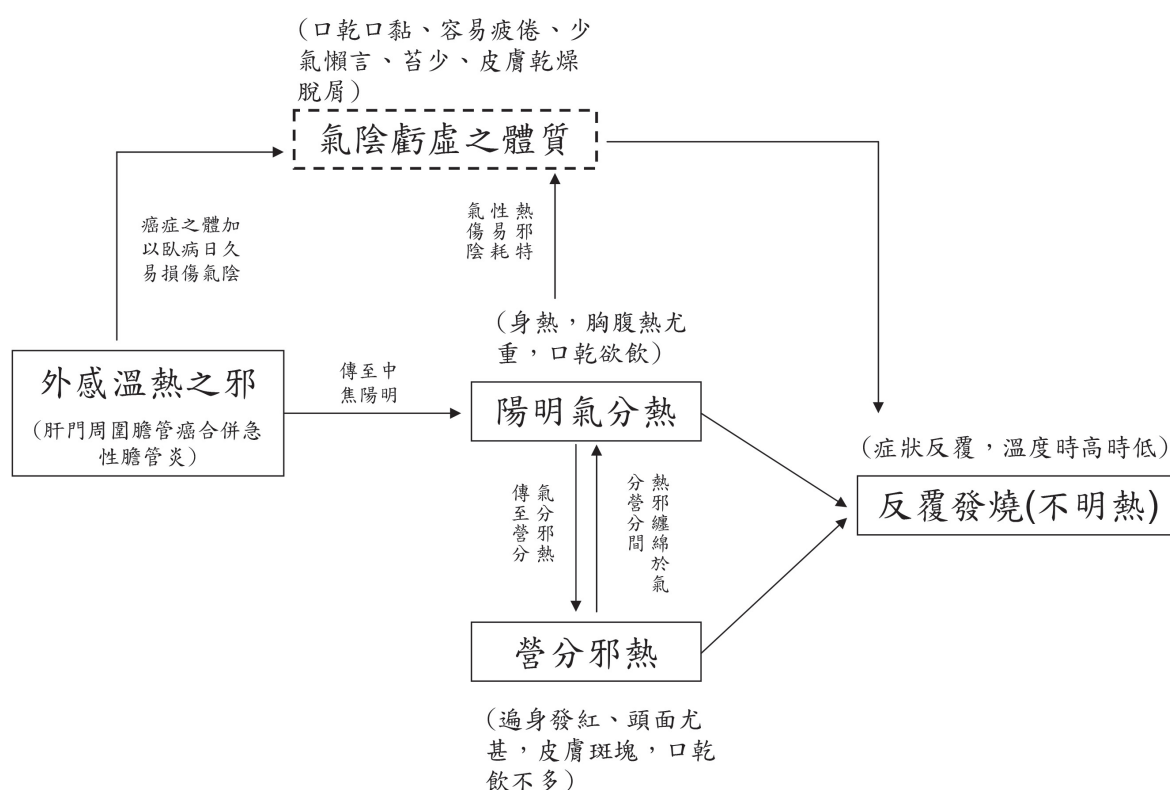
患者的發燒半年來病況反覆，如同溫邪之特性，熱象明顯且傳變迅速而反覆，從開始發作以來並無明顯畏寒症狀。會診當時，輕度發熱，無汗出且無畏寒，發熱在下午比較嚴重，感到疲倦且口乾舌燥，大便 2-3 日一行，望舌可見舌紅、苔黃而少，脈象左寸關浮滑大、右滑，此時主要是為溫熱之邪傳變至中焦陽明，傷及氣分使整體氣機受阻，邪正劇爭，裏熱蒸迫，熱熾津傷，所以患者以發燒為主要症狀，合併有胸腹熱感，及口乾欲飲的表現；然後病症傳變，漸由氣分擴及至營分，出現四肢軀幹的斑塊並成遍身發紅。章

虛谷說：「熱閉營中，故多成斑疹，斑從肌肉而出屬胃。」¹¹斑為陽明毒熱，邪氣同時在氣分與營血，因陽明主肌肉，陽明經脈循行於面，所以斑家遍體皆赤。吳瑭也進一步提到其病機為「熱盛血燥，不能蒸汗，溫邪鬱於肌表血分故必發斑疹。」¹²所以患者出現身熱口乾卻沒有發汗，為邪鬱於肌表所致遍身皆赤的現象，加上熱盛容易津傷並生風化燥，肌膚便表現出脫屑、搔癢症狀。此時，一方面要考量到熱邪纏綿於氣分，所以反覆發熱不癒，另一方面，邪氣又漸漸入到營分，而在而皮膚肌肉形成斑塊或遍身皆赤，以及皮膚乾燥脫屑而發癢的症狀。

(IV) 病因病機圖（圖三）

(V) 治則與處方思維

1. 處方用藥：石膏一兩，知母四錢，生甘草三錢，玄參三錢，生地黃四錢，白米六錢
2. 處方思維：因邪氣同時在氣分與營血，僅



圖三 中醫病因病機圖

從營血來治療似乎是不足的，所以治療上除了涼營涼血也要清解肺胃毒熱。《增補評注溫病條辨》提到：「斑陽明，系血分之熱鬱於陽明，最怕發黑，須用犀角地黃湯或白虎湯…」¹²。且《溫病條辨》也說：「太陰溫病，不可發汗，…發斑者，化斑湯主之」¹³。使用化斑湯，是因為有陽明證，陽明主肌肉，而斑家遍體皆赤，如果症狀表現發斑，表示其邪氣不獨在氣分了，所以在白虎湯的基礎上加涼血之品，是故選擇化斑湯做為處方用藥基礎。

化斑湯組成為石膏一兩，知母四錢，生甘草三錢，玄參三錢，犀角二錢，白粳米一合，是由白虎湯的基礎上加上清營涼血之品，石膏為方中主藥，性辛寒，《本經》中的主治：「主中風寒熱，心下逆氣，驚喘，口舌焦乾，不能息，腹中堅痛。」¹⁴在本方用石膏來宣發鬱於肺胃之熱邪。而

知母有清熱瀉火、滋陰潤燥之功效，在《本草新編》也說：「知母瀉腎中之熱，而亦瀉胃中之熱，胃為多氣多血之腑，豈止於入於氣分，而不入於血分耶？」¹⁵，知母性苦寒，在處方上用知母搭配石膏清泄陽明胃熱效果更佳。另外，生甘草有清解熱毒而和中的效果，其味甘所以可以調和五臟六腑的寒熱邪氣，生用有瀉火之意。至於玄參微苦寒，主要取其滋陰清熱，能夠壯水制火，不僅通二便並能解熱結。犀角自古以來即是很好的清熱、涼血、解毒之品，但犀牛目前為保育動物，因故沒有使用。另外加上生地黃，甘苦而寒，也有清熱涼血作用，並可以養陰生津。最後再加上白米，用於保護胃氣、益氣除煩，全方合用為治療患者發熱不退、無汗而遍身發紅的症狀。

(VI) 追蹤診療紀錄與臨床思維

表二 追蹤診療紀錄與臨床思維 (2 月 27 日至 3 月 25 日)

日期	病況進展	處方加減
2012 年 2 月 27 日	體溫 (8:00/16:00) : 36.8° C/37.2° C 仍然感到午後身熱，自覺胸腹熱稍減退，無畏寒狀況，全身膚紅而乾燥，脫皮稍退，仍膚癢，舌紅苔薄黃，左脈寸關滑數，右脈數，持續使用抗生素 cefmetazole	石膏一兩，知母四錢，生甘草三錢，玄參三錢，生地黃四錢，白米六錢
	臨床思路	
	熱勢較前幾日退，根據舌脈象，知熱邪仍在，並盛於陽明胃，而皮膚狀況仍然發紅而乾燥、脫屑、搔癢，表示熱邪入營，表現於肌表，故仍然以化斑湯為主方。	
2012 年 2 月 29 日	體溫 (8:00/16:00) : 37° C/36.4° C 午後身熱以及胸腹熱稍減退，全身膚紅而乾燥狀況減退，精神較佳，膚癢減輕，口乾舌燥感減退，舌紅苔薄黃，左脈寸關滑數，右脈數，2/23 的尿液細菌驗出 <i>Enterococcus faecium</i> ，使用抗生素 cefmetazole	石膏一兩，知母四錢，生甘草三錢，玄參三錢，生地黃四錢，白米六錢

表二 追蹤診療紀錄與臨床思維 (2月27日至3月25日)(續)

	臨床思路	
	使用前方後症狀皆有改善，包括發熱的熱勢、皮膚發紅、皮膚乾燥、膚癢，雖然2月23日的尿液檢查驗出 <i>Enterococcus faecium</i> ，但以患者症狀之表現，可知邪熱主要在陽明胃之營分氣分，續使用化斑湯處理。	
2012年3月3日	體溫(8:00/16:00): 38°C/37.6°C 這兩天又開始反覆發燒，不定時發作，患者自覺身體烘熱感，非常疲倦，皮膚觸之熱，無汗且皮膚乾燥脫皮較前幾天加重，頭面紅、身癢加重，大便三日未行，口乾口黏，唇周乾燥，舌紅苔薄黃，脈左數而有力、關澀，右關浮澀。	生大黃一錢，芒硝三錢，枳實三錢，厚朴三錢
	臨床思路 患者有烘熱感，已經沒有特別在午後的身熱現象，用手觸之熱甚，大便三日未行，《溫病條辨·中焦篇》：「面目俱赤，語聲重濁，呼吸俱粗，大便閉，小便澀，舌苔老黃，甚則黑有芒刺，但惡熱，不惡寒…脈浮洪躁者，白虎湯主之，脈沉數有力，甚則脈體反小兒實者，大承氣湯主之。」¹⁶ 患者頭面紅，熱盛且不惡寒，大便三日未解，是為熱邪傳到中焦陽明，而陽明病有邪氣在表以及病純在裡之分，此時患者表現已轉成腑氣不通，加上脈象偏向數且有力帶澀象，為實熱之邪聚於腸腑；另外，患者表現出身癢、脫皮較前幾天加重，口乾口黏，有傷陰化燥的趨勢，故在此時急下存陰，腑氣得通，以固護津液。	
2012年3月5日	體溫(8:00/16:00): 37.4°C/37°C 服前方後大便二日一行，糊黃便，開始出現發熱且輕微怕冷現象，口乾口黏，將抗生素由 cefmetazole 改成 tigecycline，但身癢漸加重，且出些微紅疹，西醫懷疑為 tigecycline 造成，舌紅薄黃苔減，脈左滑數有力，右關浮澀、重按有力	生大黃一錢，芒硝三錢，枳實三錢，厚朴三錢，知母四錢，西洋參三錢，石膏一兩，白米六錢，生甘草三錢
	臨床思路 患者腑氣稍通，但解便次數二日才一行，且出現畏寒發熱之象，故以原方加上白虎加參湯：白虎加參湯的條文當中有「背微惡寒」、「時時惡風」，《金匱要略心典 痙濕喝病》：「惡寒者，熱氣入而皮腠緩，腠理開，開則洒然寒，與傷寒惡寒者不同。」¹⁷，此時是因為熱襲陽明灼傷陰津，耗傷正氣而不固，累及衛氣，表衛不守，而同時出現發熱畏寒的症狀，不同於傷寒太陽病的發熱惡寒。所以在此時要急清其熱，又恐其熱雖清但氣亦脫，用參來固護其氣，又根據患者表現出口乾口黏、膚乾燥脫皮之熱熾津傷之象，故使用涼性之西洋參代人參，更能加強生津滋陰益氣之功¹⁸。	
2012年3月8日	體溫(8:00/16:00): 36.6°C/36°C 停用 Tigecycline，紅疹改善，畏寒發熱仍持續，開始使用烤燈，仍無法緩解畏寒情況，皮膚持續暗紅乾燥，大便一日二行，糊黃便量中等，口乾渴口黏的症狀有改善，舌紅苔少，脈左滑數，右關浮澀	生大黃一錢，芒硝三錢，枳實三錢，厚朴三錢，知母四錢，西洋參三錢，石膏一兩，白米六錢，生甘草三錢

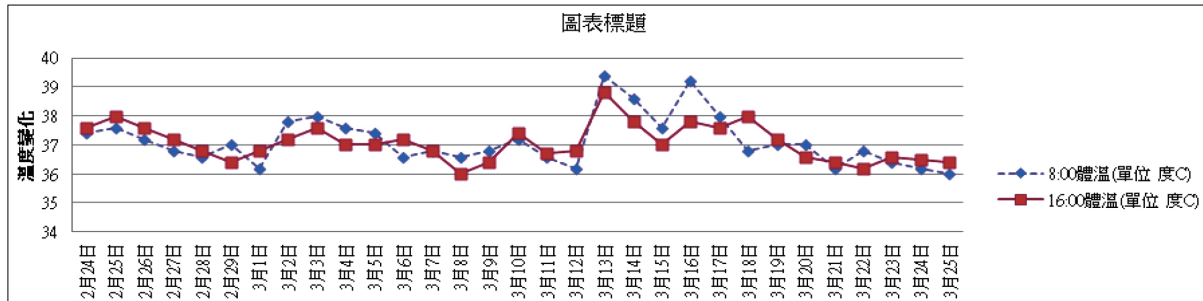
表二 追蹤診療紀錄與臨床思維 (2 月 27 日至 3 月 25 日) (續)

	臨床思路	
	口乾渴之症狀有改善，是因大便得通，腑氣得下，邪有出路，但脈關部仍持續出現洪大滑數之勢，加上症狀仍在，表示邪氣尚未完全去除，故續用大承氣湯加上白虎加參湯持續治療。由於仲景之大承氣湯有釜底抽薪、急下存陰之用意，在陽明實熱亢盛、少陰陰精不足的狀況下，使用大承氣湯不僅是為了去除邪實，同時也為滌蕩熱邪、推陳致新、調中化食，才能進一步為治療創造條件 ¹⁹ ，但由於峻下之藥也有傷津之可能，所以在持續使用的過程中必須密切觀察，並在往後轉癒之時再加上生津滋陰的藥物扶正固本。	
2012 年 3 月 12 日	體溫 (8:00/16:00) : 36.2° C/36.8° C 精神轉佳，發燒減退，觸之膚熱勢減，皮膚暗紅改善，但仍然乾燥，口乾渴，舌紅苔少，脈左滑數有力，右關細。	石膏一兩，西洋參三錢，知母四錢，白米六錢，生甘草三錢，玄參三錢，麥門冬三錢，生地黃三錢，山藥五錢，砂仁二錢
	臨床思路	
	前幾天使用清熱瀉下之方藥之後患者熱勢漸退，症狀也有改善，因其全身皮膚偏暗、乾燥，四肢枯瘦，口乾黏，有陰虛之本，易有化熱之傾向，故在發燒症狀漸漸趨向緩解後，減去急下的藥物，再加入滋陰藥物培其本，張錫純提到：「陰虛之甚者，其周身之血脈津液，皆就枯涸，必用汁漿最多之藥，滋臟腑之陰，即以溉周身之液。」 ²⁰ 所以選擇玄參、麥門冬、生地黃、山藥作為滋陰藥物治療，加上一味砂仁防止滋膩藥物礙其中焦運化。	
2012 年 3 月 13 日	由於患者的狀況需由安寧介入共同照護，經過醫護人員與家屬的持續溝通，家屬同意在患者病情穩定時轉入安寧病房，由家醫科和中醫共同診治，並給予支持性的療護，故在今日早上轉入安寧病房。	
2012 年 3 月 13 日	體溫 (8:00/16:00) : 39.4° C/38.8° C 轉至安寧病房後，中午突然發高燒，身倦，精神差，神識昏蒙，沒有力氣回應，皮膚脫皮加重，大便二日未解，其餘症狀如前，脈左滑數有力，右關細，舌無法觀察。禁食狀態，尚未服用到 3 月 12 日的藥方。	使用大黃甘草湯敷貼臍上：科學中藥的大黃四克，生甘草一克，混合 75% 酒精調敷成泥狀貼於臍上，六小時後再移除，依照服藥時間，一日給予三次。

表二 追蹤診療紀錄與臨床思維 (2 月 27 日至 3 月 25 日) (續)

	臨床思路	
	患者病情在轉入安寧病房後的中午突然有劇烈變化，前幾日發燒漸退、病情漸漸轉癒後卻突發高燒，精神不佳，未解大便，由於禁食狀態，中藥給予受到限制，故以外用藥的方式治療。神闕穴是任脈要穴，位於臍中，為「先天之結締，後天之氣舍」，從胚胎結構來說，此穴位表皮角質層較薄，又有豐富的靜脈血循環，藥物在此處穿透性較大，易於直接起到作用 ²¹ ，而大黃甘草湯出處為《金匱要略》，以大黃與甘草合用治療腸胃積熱，大便秘結不通，取其組成精簡，外敷臍上用以處理腸胃道狀況最適宜。	
2012 年 3 月 15 日	體溫 (8:00/16:00) : 37.6° C/37° C 患者仍在發燒，程度較減，精神較前兩日進步，稍可睜眼，大便兩日一行，仍在禁食中，皮膚症狀如前，舌紅少苔，左滑數有力，右關沉細，未用抗生素，只給與退燒藥症狀治療。	續用大黃甘草湯敷貼臍上；科學中藥的大黃四克，生甘草一克，混合 75% 酒精調敷成泥狀貼於臍上，六小時後再移除，依照服藥時間，一日給予三次。
	臨床思路	
	精神進步，但由於不能進食，故續用前方治療	
2012 年 3 月 19 日	體溫 (8:00/16:00) : 37° C/37.2° C 燒退，精神進步，面紅減，膚乾燥脫皮皆改善，大便每日一行，糊黃便，量增多，可以開始進食，舌紅少苔，左滑數有力，右關細	生大黃一錢，芒硝三錢，枳實三錢，厚朴三錢
	臨床思路	
	使用大黃甘草湯穴位敷貼，熱勢漸退，大便日一行，精神轉佳，由於可以進食，故以 3 月 8 日之處方繼續做為治療，清瀉中焦實熱邪氣。	
2012 年 3 月 22 日	體溫 (8:00/16:00) : 36.8° C/36.2° C 連續幾日已無發燒，精神佳，皮膚脫皮明顯改善，膚紅症狀也見消退，大便日二行，便軟成形，舌紅苔薄白，左滑有力，右關細	石膏一兩，西洋參三錢，知母四錢，白米六錢，生甘草三錢，玄參三錢，麥門冬三錢，生地黃三錢，山藥五錢，砂仁二錢
	臨床思路	
	患者熱勢減退，膚紅改善，精神轉佳，是由於陽明腸腑之邪氣去除，但仍有殘餘之氣分熱，加上患者素體陰虛，以 3 月 12 日之處方作為清熱滋陰的方向。	
2012 年 3 月 25 日	體溫 (8:00/16:00) : 36° C/36.4° C 患者症狀平穩，已無發燒，精神佳，可以稍微與醫護人員說話，原為全身脫皮之乾燥暗紅症狀，至今日已轉成正常顏色並且無其他皮損症狀，順利從安寧病房出院回家照護，目前仍由安寧居家照護持續追蹤病情。	

(VII) 會診中醫後治療過程體溫之變化 (圖四)



圖四 體溫變化圖 (紀錄時間：早上八點以及下午四點；2月24日至3月25日)

(VIII) 治療前後對照圖：手掌以及手背皮膚 (圖五—圖八)



圖五 患者治療前手背皮膚 (2月27日)



圖六 患者治療後手背皮膚 (3月25日)



圖七 患者治療前手掌皮膚 (2月27日)



圖八 患者治療後手掌皮膚 (3月25日)

討 論

I、造成患者不明發燒的原因探討

(I) 患者從 2011 年 9 月開始因為發燒持續住院治療，至 2012 年 3 月出院這段期間，始終無法明確斷定為何種病因造成發燒，雖然做過各種檢查以及檢驗，偶也有感染現象，但是使用過抗生素後或者退燒藥後仍會再發作，或者持續的低燒，或者自覺性的感到身熱感，根據文獻的回顧，知道這種不明發熱要確定病因最重要的步驟就是病史之探究²²，包括過去病史、個人史、家族史、旅遊史、接觸史，是否患有降低免疫力以及抵抗力的疾病，是否使用過類固醇，都是必須詳細詢問的；另一方面，也可以觀察體溫變化表現狀態是屬於間歇性、周期性或持續性，而實驗室檢查亦可以幫助推斷病因、疾病程度輕重。我們可以利用這些方式來幫助診斷發燒的病因以及根源。

(II) 但即使西醫在以上這些步驟已經非常完整，但在半年多來卻無法找出確切的發燒根源，只能做症狀的控制，以檢查輔助診斷，以抗生素歸類感染源，無法真正控制發燒，這時候我們用中醫辨證體系去思考，便可以更全面地解決問題。首先可以從發燒的型態與兼見症狀來判別，如從會診一開始的症狀：輕度發熱，無汗出且無畏寒，發熱在下午比較嚴重，感到疲倦且口乾舌燥，大便 2-3 日一行，望舌可見舌紅、苔黃而少，脈象左寸關浮滑大、右滑，類似於陽明腑實造成的日晡潮熱，但仔細鑑別發現這種發熱並非高熱，無所謂「短氣、腹滿而喘」兼症，而患者平時容易感到疲倦，少氣懶言，其餘兼症包括膚色紅而偏暗，腿部斑塊，皮膚乾燥脫屑，是中焦陽明胃之氣分熱盛並擴及營分，因陽明主肌，其熱勢外透，所以發熱兼見皮膚症狀，又因癌症術後加上臥病日久易傷及正氣，反覆發燒耗其陰津，其午後之發熱應屬

於氣陰損傷而致。

(III) 患者年紀較大，患有肝門周圍膽管癌 [hilar cholangiocarcinoma (Klatzkin tumor)] 且合併急性膽管炎 (acute cholangitis)，探討老年人反覆不癒的發燒觸及的角度不同於其他年齡層，年紀、癌症、感染都是不明熱納入考量的因素，並且老年人所表現出來的症狀較不典型而難以去解釋²³，例如老年人感染比例可能會高於年輕人，涉及多個系統的疾病比例也高於年輕人，我們便根據患者的病情，分別思考感染、癌症和藥物造成的發燒原因。以患者的病史來看，較可能引起感染的可能性在於曾患急性膽管炎開刀病史，易引起腹腔內感染，這種發熱往往直接而明顯，可以歸屬為外感發熱的型式，但須再鑑別寒熱以及病勢之發展。另外針對腫瘤發熱，最常造成不明發熱的像是惡性的肝臟腫瘤、大腸直腸腫瘤、淋巴瘤，是由於腫瘤細胞本身釋放致熱細胞素，當病人體內腫瘤過大發生壞死或肝轉移時也可能透過發炎細胞或本身產生致熱細胞素而引起發燒²⁴。至於藥物產生的發熱，有一大部分是人體免疫系統將外來的藥物當成抗原²⁵，這種常伴隨起疹、嗜酸性白血球增加，像是這位患者在使用抗生素 tigecycline 時出現的紅疹；以上這幾類在人體的機轉都可以視為熱毒內蘊或瘀毒內阻，而以溫病的病程發展的思考，可以傷及衛分、氣分出現低熱或者進一步深入營分、血分出現神志的問題，癌症患者體質為正虛邪實，氣陰損傷，所以熱勢忽高忽低，必須臨證觀察，配合應用清熱解毒、滋陰生津、滌蕩邪實等各種方法，就如同發熱之型態從一開始的但熱不寒轉換成發熱惡寒，初起之輕微發熱到轉病房時突發高燒，或者皮膚狀況的改變，這些必須借助中醫獨特的辨病的思維，加上四診合參更能夠補強在解決不明熱的侷限，並縮短病程，幫助患者減輕不適症狀。

II、由溫病來思考發熱之病因病機

當我們在觀察這樣發熱的病案時，往往無法概括性的了解整個發熱病程，因為有許多西藥的介入，包括抗生素、退燒藥，甚至是類固醇的使用，這樣一來病情就顯得更加複雜而難以單純就某一證型或部位來討論²⁶。以現代醫學名詞來思考，不論患者是因為感染、或者腫瘤、或者藥物造成的發燒，用中醫的辨證分型而言，可以歸納辨證為溫熱毒邪，這些因子影響機體的特性包括症狀變化快速而多端，符合溫病學之特性，像是這位患者初起熱邪在氣分，接著迅速傳變到營分血分，症狀表現如但熱不寒、口渴口黏、面赤、膚乾燥有斑塊、大便秘結等等，然後發燒型態時而發熱惡寒、時而高熱不退，若我們從溫病的發展規律去理解，知道溫病的診治並非單一病因、單一症狀、單一疾病相對應，而且有其傳變順序、不同部位分別、特定的逆傳病徵或者轉愈之候，所以在整體的治療過程，我們可以掌握的溫邪之特性，以動態的角度來觀察，當溫邪侵犯人體後，會破壞機體的整體陰陽氣血的動態平衡，不僅造成臟腑功能的失調，更會有實質的損傷，所以從三焦辨證來說，我們把握住溫熱之邪侵犯患者中焦這個原則，再加上衛氣營血辨證的思路，隨時評估邪在氣或營，一方面考慮過程中有無邪實之問題，還有癌症術後之體質屬於氣陰兩傷，在治療過程中便以清熱解毒、透熱涼血為原則，配合蕩實除熱和固護津液之根本²⁷，這樣一來，即使患者病情的反覆，時輕時重，根據溫病的思考辨證，也能夠靈活掌握病情變化與藥物的配合。

結 論

本病案的治療最終獲得一個正面的治療效果，循著對於溫病的認知，我們按著前人的腳步，對於現代醫學認定的不明發熱，我們找尋到一股

治療的方向。然而我們必須加努力，冀望對將來更多臨床重症不明發熱的患者，提供更多的協助，使患者的症狀達到有效的控制，並使患者維持更好的生活品質。

參考文獻

1. Roth AR, Basello GM. Approach to the adult patient with fever of unknown origin. *Am. Fam. Physician*, 68:2223-2228, 2003.
2. Hsu CCS. Fever of unknown origin. *J. Intern. Med. Taiwan*, 21:204-209, 2010.
3. Kirk M, Chan-Tack JB. Fever of unknown origin medication. *eMedicine*, 2011, <http://emedicine.medscape.com/article/217675-medication>
4. Knockaert DC. Recurrent fevers of unknown origin. *Infect. Dis. Clin. North Am.*, 21:1189-1211, 2007.
5. Gerald L, Mandell JEB, Raphael D. Principles and practice of infectious diseases. Elsevier, Amsterdam, pp. 124-148, 2010.
6. 李應超，中醫對發熱的辨別與診斷，中醫雜誌，51:125-126，2010。
7. 宋素花，溫病三焦辨治的動態思維觀探討，天津中醫藥大學學報，30:137-138，2011。
8. 湯曉龍、何新慧，溫病條辨中發熱病證辨治特點探析，上海中醫藥大學學報，23:22-24，2009。
9. 張順年，李東垣醫學全書，中國中醫藥出版社，北京，pp. 7-8，2006。
10. 史亦謙，醫宗金鑑雜病心法要訣，人民衛生出版社，北京，p. 85，2009。
11. 盛增秀，王孟英醫學全書，中國中醫藥出版社，北京，pp. 38-54，2005。
12. 李保順，溫病條辨集注與新論，學苑出版社，北京，pp. 137-138，2005。

13. 張文選，溫病方證與雜病辨治，人民衛生出版社，北京，pp. 269-274，2007。
14. 田安然，神農本草經義理探要，知音出版社，台北，pp. 73-74，2003。
15. 田安然，神農本草經義理探要，知音出版社，台北，p. 161，2003。
16. 彭勝權，溫病學，人民衛生出版社，北京，p. 850，2005。
17. 李占永，金匱要略心典，中國中醫藥出版社，北京，p. 56，2007。
18. 柳良燕，人參西洋參功效比較及用法研究，實用醫技雜誌，15:41-43，2008。
19. 陳東亮，急下存陰與甘寒生津法合用治療土燥水竭證探悉，中國中醫急症，21:1285-1286，2012。
20. 張錫純，醫學衷中參西錄，山西科學技術出版社，太原，p. 17，2009。
21. 陳建飛、王嘉軒、陳炳，中藥穴位貼敷神闕穴治療腦卒中後便秘的效果觀察，護理與健康，11:991-992，2012。
22. 許清曉，不明熱，內科學誌，21:204-409，2010。
23. Tal S, Guller V, Gurevich A. Fever of unknown origin in older adults. *Clin. Geriatr. Med.*, 23:649-668, 2007.
24. Cleary JF. "Fever and sweats: including the immunocompromised hosts." in Berger A, Portenoy RK, Weissman DE, *Principles and practice of supportive oncology Philadelphia*. Lippincott-Raven Publishers., Philadelphia, pp. 119-131, 1998.
25. Johnson DH, Cunha BA. Drug fever. *Infect. Dis. Clin. North Am.*, 10:85-90, 1996.
26. 郭海、鞏婕寧，從實際病例探討溫病傳變規律的新特點，中國中醫急症，17:11，2008。
27. 王留晏，溫病學理論在惡性腫瘤臨床治療中的應用，中醫學報，27:164，2012。

Fever of Unknown Origin : A Clinical Case Report of Treatment Based on Warm Disease

Yi-Jung Tung¹, Pei-Yu Tsai², Jaung-Geng Lin³, Yu-De Liu^{1,*}

¹Department of Chinese Medicine, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan

²Department of Family Medicine, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan

³School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

(Received 18th September 2012, accepted 26th December 2012)

Fever is a common medical sign caused by many different diseases. The clinicians usually make the diagnoses before treatments. In some particular conditions, however, the febrile illness without definite etiology could be defined as fever of unknown origin (FUO). The standardized definition of FUO are: (1) Fever higher than 38.3°C on several occasions ; (2) Duration of fever for at least three weeks ; (3) Uncertain diagnosis after one week of admission in the hospital.

In the elderly, FUO is sometimes the result of atypical presentation of common disease. It is hard to make prompt diagnosis and corresponding treatment. Then the course of diseases became protracted. This patient in this case was first admitted to the Gastro-intestinal ward. After the procedure for management of Klatskin tumor, fever started to show on and off through a period of time. Considering the pattern of disease, we use the Warm Theory to treat the patient. The decoction of Hua Ban Tang (化斑湯) was given as the treatment. With the change of patient's condition, we altered the use of decoction from time to time under close observation. The Da Cheng Qi Tang (大承氣湯) was used to clean up the interior heat and excess. And we also added Bai Hu Jia Ren Shen Tang (白虎加人參湯) after the presentation of aversion to cold with fever. The fever has gradually subsided and the condition became more stable. After more than one month treatment course, the patient discharged from Hospice ward successfully.

Key words: Fever of unknown origin, warm theory, Hua Ban Tang, Da Cheng Qi Tang, Bai Hu Jia Ren Shen Tang

*Correspondence to: Yu-De Liu, Department of Chinese medicine, Changhua Christian Hospital, No. 135, Nanxiao St., Changhua City, Changhua County 500, Taiwan, Tel: 04-7238595 ext. 4027, E-mail: 135504@cch.org.tw