

周郁鸿治疗真性红细胞增多症之经验

温晓文 徐 斌

(金华市中心医院传统医学中心,浙江金华 321000)

摘要 周郁鸿教授在中医诊疗真性红细胞增多症(polythemiavera, PV)方面有其独特的理论体系和丰富的临床经验。周师强调正气不足即脾肾亏虚在PV发生发展中有着重要的意义。据此,在化瘀的同时,周师提倡健脾补肾法并用,根据疾病不同阶段,随证而投,疗效颇佳。附验案1则以佐证。

关键词 真性红细胞增多症 中医病机 健脾补肾 化瘀 中医药疗法 名医经验

中图分类号 R259.551 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)01-0022-03

周郁鸿教授是国家级名中医学术经验继承指导教师,博士研究生导师,国家中医临床研究基地血液病学科学术带头人,从医四十余载,长期从事中医血液病的临床、科研及教学等工作,对于各种血液病的中医治疗具有扎实的理论基础和丰富的临床经验。真性红细胞增多症(polythemiavera, PV)是一种原因未明的造血干细胞克隆性疾病,属骨髓增殖性疾病范畴。临床上以红细胞计数及容量显著增多为特点,以多血质及高黏滞血症所致临床症状为主要表现,常伴有脾大。PV有恶性变倾向,晚期可发展为白血病、骨髓纤维化等,预后不佳。周师临证处方时每有独到的理法方药,尤其在PV的治疗上,经验颇丰。周师观察到单以化瘀大法投治PV,仅部分患者可获满意疗效,而其健脾补肾化瘀共施用于PV患者治疗中,疗效甚佳。现将其经验浅述如下。

1 病因病机

PV是现代医学病名,其论述散见于古代中医文献中,多归于“血积”“血实”“眩暈”“癥积”等范畴^[1-2]。其发病与劳倦过度、情志不遂、饮食失节、外感邪毒或药物毒邪等因素有关。病位在骨髓,涉及肝、脾、肾三脏。血瘀之病理表现贯穿于疾病始终。通过多年的临床观察,周师总结PV证候多有以下规律:早期可无任何症状;后逐渐出现头晕、头痛、眼花、多汗、疲乏、耳鸣、舌质暗红、苔薄白、脉沉细涩;随着病情进展可兼夹皮肤瘙痒、消化道症状等;最终多转为面色苍白、气短的虚弱症状及腹痛、腹块、全身瘀斑瘀点,舌质暗红或有斑点、苔薄白,脉沉涩。提

示在疾病发生发展过程中,虽血瘀贯穿始终,然责之正气方面有水不涵木、肝阳上亢、气阴两虚、阴阳俱虚之变化,故在肯定血瘀在PV发生发展中的作用同时,周师强调正气不足的意义。正如《灵枢·百病始生》云:“此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。”显然有肾阴不足,水不涵木,肝阳上亢,肝失疏泄,则气机不畅,气滞而血瘀;脾(肾)气衰惫,血之运行无力,久而血脉瘀滞;肾阴亏虚,或阴亏阳盛,内蒸骨髓,或耗气伤血,致瘀血阻络。

2 临证经验

2.1 分期立法 《医学心悟》云:“有虚人患积者,必先补其虚,理其脾,增其饮食,然后用药攻其积,斯为善治,此先补后攻之法也。”周师谨遵《素问·阴阳应象大论》“病之始起也,可刺而已,其盛,可待衰而已”之义,对PV行分阶段、依病情治疗。其谨守病机,病之初邪实为主,予以消散;中期邪实正虚,消补兼用,以化瘀为消,以益气补阴为补;后期正虚为主,应温补肾阳辅以化瘀。由此“法随证立,方从法出”,方证统一,以求事半功倍之效。

2.2 依法辨治 PV中医辨治上,周师强调脏腑论治,在肾、脾、肝三脏中,尤以补脾肾为纲,化瘀为常。其每感肾为先天之本,功在藏精主骨而生髓,肾虚则精血生化无源;脾为后天之本,主运化,气血生化之源。脾肾两虚一则气血生化乏源,二则血失温煦推动而涩滞不畅,渐而瘀血内积终至腹中积块;瘀血不去,新血不生,日久则气血益虚,肾之精气失充养,又至肾亏髓枯。周师认为“脾虚”“肾虚”“瘀血”三者互为影响,主导着疾病的发生与进展。故临

证之时,周师提倡养正祛邪并举,在疾病的不同阶段都予以适当补脾益肾,以期正气复、邪气除,正气存内,邪不复干。

2.3 随证而施 PV 疾病发展过程中,因血管内膜损伤、血小板第 3 因子减少、血块回缩不良等,可致出血变证。依出血部位有牙龈、鼻腔、皮肤之分,出血病因有气不统血、瘀血阻络、热甚动血、阴虚火旺之别,周师治疗出血变证时选药亦有所区别。对于发热的患者,周师在多年临床实践中发现,不少发热属气虚、阴虚发热,故治疗上不可一味给予清热、凉血之品。PV 患者因疾病本身或因药物因素,往往会出现胃部不适,周师常在原方的基础上合以百合乌药汤。

此外,周师注重辨病与辨证相结合,PV 后期可以出现病态造血,外周血液中幼稚细胞增多,其在整个疾病过程中擅用白花蛇舌草、栀子、蒲公英、黄芩等清热解毒的中药抑制骨髓纤维化,改善造血环境,促进幼稚细胞的分化成熟^[9]。

3 病案举隅

宣某某,女,48 岁。2015 年 11 月 7 日初诊。

3 月余前患者在无明显诱因下出现乏力症状,皮肤紫红,当时无头痛眩晕、发热恶寒、恶心呕吐、腹痛腹泻等不适,患者未予重视及相关检查和治疗。1 周前患者乏力加重,皮肤发绀,特别是颜面、颈部为甚,伴头昏、眩晕和耳鸣、健忘、肢体麻木、多汗等。偶有鼻出血、皮肤黏膜瘀点和瘀斑,为明确诊断来门诊就诊。辅助检查:(1)血常规:白细胞 $13 \times 10^9/L$,红细胞 $6.72 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 $171 g/L$,血小板 $188 \times 10^9/L$;(2)生化类:尿酸 $488 \mu mol/L$ ($208 \sim 428 \mu mol/L$),乳酸脱氢酶 $280 U/L$ ($109 \sim 245 U/L$),余正常;(3)血气分析: PO_2 98;(4)骨髓常规:粒、红、巨核细胞三系均增生,以红系增生最为显著。各系细胞间的比例维持正常。红系以中、晚幼红细胞增多为主;(5)骨髓活检:全髓细胞增生,以红系和巨核系增生为主;(6)JAK2V617F 点突变阳性;(7)腹部 B 超:肝胆未见明显肿大,脾脏 6cm。证见:乏力明显,气少懒言,汗多动则尤甚,两颊紫红,触之疼痛,食少纳呆,二便尚调,舌质淡紫有斑点、苔薄白,脉细涩。疾病诊断:真性红细胞增多症。病证诊断:血积(气血两虚,瘀血内停)。治以健脾益气,活血化瘀。处方:

炙黄芪 15g,党参 10g,白术 10g,熟地黄 15g,炙甘草 4g,当归 10g,陈皮 5g,炒山药 10g,炒柴胡 3g,茯苓 10g,广木香 3g,丹参 9g,鸡血藤 30g,

红花 3g,百合 12g,乌药 6g,白花蛇舌草 15g,鸡内金 9g,炒稻芽 15g。每日 1 剂,水煎分 2 次服用。

复诊(2015 年 11 月 21 日):服药半个月后,眩晕耳鸣、肢体麻木症状消失,乏力、自汗症状较前明显改善,面部紫红稍退但仍有触痛,舌质暗红、苔薄白,脉沉弦。复查血常规提示:白细胞 $10.5 \times 10^9/L$,红细胞 $4.71 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 $164 g/dL$,血小板计数 $134 \times 10^9/L$ 。前方基础上加用赤芍 10g、枳壳 10g、川芎 10g。

随诊(2015 年 11 月 21 日至 2016 年 2 月 7 日):期间患者每 2 周前来就诊,定期口服汤药,复查血常规,血三系维持在:白细胞 $8 \sim 10 \times 10^9/L$,红细胞 $4.02 \sim 4.82 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 $140 \sim 152 g/L$,血小板 $150 \sim 188 \times 10^9/L$ 。方药仍以复诊方加减出入。

近日(2016 年 2 月 28 日)复查血象未见明显异常。故嘱患者停用一切药物,定期复查血常规,门诊随访。

按语:患者因先天肾气不足,后天脾胃虚弱,中气不足,气为血之帅,气虚则血行不畅,日久脉络瘀阻,甚则闭塞不通,凝聚成块,而成本病。由于元气不足,脏腑机能衰退,故见乏力、少气懒言;气虚血瘀,导致脉络痹阻,气血不能上荣头目,脑失所养,症见头昏、眩晕;气血不能濡养肢体、清窍,则有肢体麻木、耳鸣健忘;气虚不能固护肌表,腠理不固,营阴外泄,故见汗多,劳则耗气,故动辄汗出尤甚;气虚运血无力,脉络瘀阻,则见两颊紫红、皮肤发绀;瘀血阻滞,可致气血运行不畅或血不循经,则有不通则痛或血溢脉外见皮肤黏膜瘀斑瘀点甚至出血;脾胃虚弱,运化失职,故见食少纳呆,但病情尚浅,故二便尚属正常;舌质淡紫有斑点,乃瘀血内阻之象。脾胃虚弱,生血不足,血脉失充,加之瘀血阻滞,故见脉细涩。据症舌脉,诊为血积,辨证属气血两虚,瘀血内停。治疗如《内外伤辨惑论》所指:“凡劳倦内伤,元气不足,气弱血虚所致,故重用扶阳存阴,补气血为治。”治以健脾益气,活血化瘀。初诊时,全方药用黄芪、茯苓、党参、白术、山药、甘草健脾益气,扶中补土;当归、丹参、鸡血藤补血行血;红花活血消瘀;木香、柴胡、陈皮理气;熟地黄补肾填精益髓;白花蛇舌草清热解毒;百合、乌药开胃;麦芽、稻芽助脾胃消化。全方在健脾益气、养血消瘀之基础上,勿忘益肾(熟地黄)防变(白花蛇舌草)。复诊时患者气虚症状好转,而血瘀征象仍重,故加强理气活血之品。

孙轶秋治疗小儿特发性血小板减少性紫癜的经验

陆文钟

(南京中医药大学, 江苏南京 210029)

指导: 孙轶秋

摘要 孙轶秋教授强调阴虚火旺、气不摄血、血热妄行是小儿特发性血小板减少性紫癜的主要病机, 病理关键是热、毒、虚, 本虚标实是本病的证候特点, 补脾气、滋肾阴治本, 清热凉血治标, 养血止血善后是本病的主要治法。附验案 1 则以佐证。

关键词 血小板减少性紫癜 中医病机 中医药疗法 儿童

中图分类号 R259.582 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)01-0024-03

特发性血小板减少性紫癜(ITP)是儿童时期最常见的出血性疾病之一, 国内统计 ITP 占儿童出血性疾病的 25.1%, 以皮肤黏膜自发性出血、血小板减少、出血时间延长和血块收缩不良为主要临床特点^[1], 是一种自身免疫性疾病。因特发性血小板减少性紫癜以皮肤紫斑、鼻衄、齿衄、呕血为主要证候, 故中医将其归属于“血证”范畴。现代医学多以肾上腺皮质激素为其首选治疗药物, 病情急重则应用丙种球蛋白、输血小板悬液等治疗, 虽有疗效, 但费用较高, 毒副作用大, 容易复发。

孙轶秋教授从事中医儿科临床 30 余年, 中医理论深厚, 临床经验丰富, 对小儿紫癜疾病治疗颇有心得, 尤善治疗过敏性紫癜及紫癜性肾炎, 同时

对小儿特发性血小板减少性紫癜的诊治亦颇有建树。笔者有幸跟孙教授学习, 收获颇丰。现将孙教授治疗小儿特发性血小板减少性紫癜的经验总结如下。

1 溯本探源, 明辨病机

1.1 气虚阴虚为本 《景岳全书·血证》:“血本阴精, 不宜动也, 而动则为病。血主营气, 不宜损也, 而损则为病。损则多由于气, 气伤则无以为存。”故气虚则无力摄血, 脾虚则无法统血, 血失统摄则成紫癜。中医学认为小儿“脾常不足”, 脾胃之气全而不壮, 且“脾主统血”, 脾气不足, 不能统摄血液, 血溢脉外, 外溢皮肤则成紫癜;“气为血之帅”, 气虚则气不摄血, 血不循经, 气虚亦使病势迁延, 反复出血而现

4 结语

PV 是源于造血干细胞的克隆性增生性疾病, 90%~95% 患者都可能发现到 JAK2V617F 突变。中老年发病, 男性多见, 起病隐匿。其以面红如醉酒状、头痛、眩晕、耳鸣、脾大、皮肤紫红、出血、血栓形成等为主症。目前 PV 的西医治疗多是姑息性的, 通常采用静脉放血和细胞毒药物及靶向治疗等, 有一定疗效, 但不良反应较大。而中医治疗可从“本”论治该病, 具有疗效稳定持久、副作用少等优势。在 PV 治疗上, 周师发挥中医之优势, 将“补肾健脾”提到与“化瘀”相仿的位置, 消补兼施, 临床往往取得显著疗效, 其多年经验沉积, 丰富了 PV 中医诊治理论, 为临床提供了新的思路。

参考文献

- [1] 王巍. 红花黄色素配合羟基脲治疗真性红细胞增多症 40 例临床分析[J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(6): 884.
- [2] 崔伟广. 中西医结合治疗急性白血病伴皮肤浸润 1 例[J]. 吉林中医药, 2012, 32(5): 527.
- [3] 唐由君, 魏鑫凤. 中医药治疗原发性骨髓纤维化的思路与方法[J]. 中医杂志, 2005, 46(8): 624.

第一作者: 温晓文(1988—), 男, 医学硕士, 研究方向为中医临床血液学。

通讯作者: 徐斌, 本科学历, 主任中医师。
642237851@qq.com

收稿日期: 2016-07-10

编辑: 傅如海