

• 专家经验 •

周霭祥教授治疗再生障碍性贫血经验浅探

胡乃平¹ 李 柳¹ 陈 瑶²

再生障碍性贫血(简称再障)是血液系统中一种难治性疾病,周霭祥教授积 40 余年血液病诊治之临床经验,发扬祖国医学治疗本病的优势,探索总结出一套以补肾为主治疗再障的方法,独具特色,疗效较好。现将其理论认识及治疗经验总结于下。

1 以肾虚为核心,强调辨证分型,分期治疗再障

1.1 周教授认为本病由于六淫、七情、饮食,包括现代医学认为的化学、物理、生物等因素,伤及气血脏腑,尤其是伤及心、脾、肾三脏而出现气血两虚、虚劳诸症,其本质上是虚劳,肾虚是其根本,气血两虚只是其标。发热、出血则是正气亏虚后的继发改变,故治疗要抓住治肾这个本质。肾虚之证一般有阴虚、阳虚两类,总的治疗原则是“培其不足,不可伐其有余”。阴虚者宜甘润益肾之剂,以补阴配阳,使虚火降而阳归于阴,即是“壮水之主,以制阳光”;阳虚者宜甘温益气之品,以补阳配阴,使沉阴散而阴从于阳,即是“益火之源,以消阴翳”;至于阴阳俱虚,气血两伤者,就宜阴阳气血并补。用药以补肾生髓药为本,其次补脾,兼顾气血,尤善用血肉有情之品填精益髓。患者以肾阴虚证候为主时,或兼有轻度出血现象者,治宜滋阴补肾,常以大菟丝子饮为主方,药用菟丝子、女贞子、枸杞子、熟地、何首乌、山萸肉、旱莲草、桑椹、补骨脂等;以肾阳虚证候为主者,治宜补肾助阳,药用仙茅、仙灵脾、巴戟天、葫芦巴、补骨脂、菟丝子、女贞子、肉苁蓉、当归、桑椹等;病程久兼有脾肾阳虚证候者,治以十四味建中汤:人参、白术、茯苓、甘草、当归、白芍、川芎、熟地、黄芪、肉桂、附子、麦冬、肉苁蓉、半夏等;兼有肾阴虚、肾阳虚证候者,以阴阳双补为法,药用熟地、枸杞子、何首乌、山萸肉、玄参、菟丝子、补骨脂、仙灵脾、肉苁蓉、巴戟天、黄芪、当归等。而对于久用补益法无效且无出血倾向者,亦尝试用活血化瘀法,药用丹参、鸡血藤、川芎、当归、赤芍之类,不乏取得疗效者。至于补阴、补阳处方时,常遵循阴为阳之基、阳为阴之统的阴阳学说遣方用

药,当补阴者在补阴为主的药中加少量补阳药;当补阳者在补阳为主的药中加少量补阴药,这样就不致有孤阴不生,独阳不长之虞。

1.2 在辨证分型论治的基础上,根据病情轻重而辨证分期论治,将再障分为 3 期。(1)进展期(危重期):此期病情进行性加重,血象 3 系下降,输血频繁,常伴发热和出血,多见于急性再障或慢性再障初发病例及肾阴虚型患者;治疗强调中西医结合,多种药物配合输血综合治疗;中医以滋阴补肾,凉血解毒为法,标本兼治。发热、出血重者也可以治标为主,在上述滋阴补肾的基础上,加用或重用清热解毒、凉血止血药,如金银花、连翘、栀子、蒲公英、板蓝根、生地、牡丹皮、白茅根、生地榆、藕节等。(2)好转期(稳定期):此期病情趋于稳定,无明显出血与发热,血象稳定或略有回升,输血间隔期明显延长,或已脱离输血;此期以治本为主,多按前述肾阴阳双补法治疗。(3)恢复期(缓解期):此期血象明显上升,血红蛋白及红细胞已达到或接近正常,白细胞及血小板也有一定上升,完全脱离输血 3 个月以上,已无出血或发热;此时阴虚、阳虚证候已不明显,治疗仍以补肾为主,多阴阳双补,此期治疗时间至少 1 年以上,用药逐渐减少及减量。

再障的临床表现主要有三方面,即血虚、出血和发热。治疗也是针对这三方面进行。三者当中,血虚是本,出血和发热是标。在一般情况下,血虚是主要矛盾,应重点治疗血虚,一旦出现严重的出血和发热,则矛盾转化,出血和发热会威胁生命,可上升为主要矛盾,这时治疗的重点应放在出血或发热这方面来。

2 重视中医中药对再障并发症的治疗

出血和感染为再障的两个主要并发症,这两者影响预后,也是再障致死的主要原因。

2.1 出血的治疗 再障的出血首先应辨虚实,再辨寒热,其次辨脏腑归属。主要有虚热、实热、气虚 3 种出血。轻度出血一般在治疗贫血的方药中加入止血药,出血重者则以止血为主:(1)虚热出血多见出血缓起、量少、色鲜红,每有低热,手足心热,盗汗,舌质红,脉细数;治以滋阴退热,凉血止血,常用滋阴退热药:生地、沙参、麦冬、天冬、玄参、石斛、百合、玉竹、女贞子、

1. 中国中医研究院西苑医院(北京 100091);2. 江西省樟树市人民医院

龟版、鳖甲;常用凉血止血药:牡丹皮、侧柏叶、白茅根、白及、藕节、旱莲草、大小蓟、仙鹤草、茜草、地榆、紫草、槐花;常用方有犀角地黄汤、玉女煎、大补阴丸、茜根散等。(2)实热出血:多见出血骤起,量多,色鲜红;每有发热,舌苔黄,脉数有力;治宜清热泻火,凉血止血,常用清热泻火药:黄芩、黄连、黄柏、大黄、栀子、生石膏等;常用方有泻心汤、龙胆泻肝汤、十灰散等。(3)气虚出血:多为慢性出血,量多少不一,色淡,下部出血居多,并有乏力、气短、自汗、面白唇淡,或有形寒怕冷,苔薄白,舌质淡,脉沉细无力,治宜补气摄血,常用方剂有归脾汤、补中益气汤、黄土汤等。

2.2 发热的治疗 再障的发热有阴虚、气虚、感染 3 种,前两种为本病引起,一般为低热,根据证候表现,益气养阴,辨证施治;感染引起者,一般体温较高,常有恶寒,根据感染的局部症状可找到感染灶;病邪在表者宜解,在气者宜清、宜泻,在营、在血者宜清、宜凉;根据感染部位选方用药,如感冒发热常用银翘散、桑菊饮;口腔感染常用黄芩、山豆根、牛蒡子、马勃、桔梗、甘草。肺部感染者用石膏、黄芩、鱼腥草、苇茎等;常用麻杏石甘汤、千金苇茎汤。肠道感染者用黄芩、黄连、秦皮、白头翁、广木香、槟榔等;方用葛根芩连汤、白头翁汤、香连丸。泌尿系感染者用黄柏、栀子、瞿麦、扁蓄、车前草、滑石等;方用八正散、萆薢分清饮等。软组织感染者用蒲公英、紫花地丁、金银花、连翘、败酱草、黄芩、黄连、黄柏、栀子、赤芍、牡丹皮等;常用方有黄连解毒汤、五味消毒饮,局部外敷如意金黄膏。败血症可选用清瘟败毒饮、黄连解毒汤等。由于本病正气多虚,在祛邪的同时,须注意扶正。

3 单纯中药治疗,病情完全缓解的典型病例

典型病例 1,某女,49 岁。因头晕、心悸、乏力伴皮肤紫癜 10 个月,加重 3 个月于 1982 年 10 月 29 日住本院治疗。患者于 1982 年 1 月因外感发热,咳嗽,服用磺胺类药物 10 余天后即感乏力,下肢出现针尖大小出血点,查血发现血小板减少,服用一般止血药物,症状不减,至同年 5 月因全血细胞明显减少而行骨穿(骨髓增生重度低下,脂肪多见,粒系及红系增生减低,未见巨核细胞;淋巴细胞比例增高,非造血细胞易见),确诊为再障。因未系统服药,症状加重而来本科住院治疗。入院时症见心慌气短,乏力自汗,怕冷,夜尿多,皮肤紫癜,食欲不振,便溏,舌淡胖,苔薄白,脉沉细无力。

血色素 63g/L(输血后),白细胞 $2.3 \times 10^9/L$,血小板 $10 \times 10^9/L$ 。中医诊断:虚劳(脾肾两虚以阳虚为主),西医诊断:慢性再障。治宜补肾填精,脾肾双补以补阳为主,方用十四味建中汤加减:党参 20g 白术 12g 茯苓 10g 甘草 10g 当归 15g 白芍 12g 生地 30g 川芎 12g 麦冬 12g 半夏 12g 肉桂 10g 附子 10g 黄芪 15g 麦冬 12g 肉苁蓉 10g 等,每天 1 剂,服药 2 个月后病情逐渐趋于平稳,紫癜逐渐消失,输血间隔时间延长,服药 0.5 年后脱离输血,血色素稳定上升。1983 年 8 月,因本院装修病房出院,继续在门诊服用周教授之中药治疗至 1984 年年初,血色素、红细胞、白细胞、血小板均升至正常,继服原方加减至 1985 年 1 月停药。以后曾因心脏病等先后 4 次在本院住院,复查血象 3 系全部正常,至今已 17 年余从未复发(仍存活)。

典型病例 2,某女,21 岁。因头晕乏力,心悸纳差 0.5 年,于 1976 年 2 月 19 日住入本院。患者于 1975 年 8 月因贫血在某医院经骨穿诊断为再障。用皮质激素和雄激素治疗 0.5 年病情无明显好转,遂来本院求中医治疗。入院时查血色素 77g/L(输血后),白细胞 $2.1 \times 10^9/L$,血小板 $20 \times 10^9/L$,诉头部晕胀,眠差多梦,腰酸腿软,手足心热,乏力纳差,症见面色萎黄;舌淡苔薄白,脉沉细无力。中医诊断为虚劳(肾阴虚型),西医诊断为慢性再障。治宜滋阴补肾,方用菟丝子饮加减:菟丝子 12g 熟地 15g 何首乌 15g 枸杞子 15g 补骨脂 12g 女贞子 15g 黄精 15g 当归 12g 黄芪 10g 枣仁 12g 夜交藤 12g 陈皮 6g,每天 1 剂,服药后 3 个月输血间隔延长至每月输血 1 次,1976 年 8 月因地震疏散病员而出院。1976 年 9 月 25 日再次住院时血色素又降至 42g/L,白细胞 $2 \times 10^9/L$,血小板 $5 \times 10^9/L$,继以上方治疗,每天 1 剂,很快脱离输血;1976 年 12 月起血象稳步上升,至 1977 年 4 月血色素为 130g/L,白细胞 $4.1 \times 10^9/L$,血小板 $20 \times 10^9/L$,骨穿为再障治疗后恢复期骨髓象。出院后继续在门诊服用周教授之中药治疗,血象恢复正常,1 年后停药。并于 5 年后婚育一子,母子均健,随访至今,未再复发。2000 年 1 月 14 日查血色素 130g/L,白细胞 $5 \times 10^9/L$,血小板 $130 \times 10^9/L$ 。患者至今已 24 年,仍健在,一直工作至今。

(收稿:2000-05-20 修回:2001-04-15)