

高萍教授治疗慢性再生障碍性贫血经验

党辉,关徐涛,王冰,王涛,孙士玲,高萍

(河南中医药大学第一附属医院,河南 郑州 450000)

摘 要:高萍教授治疗慢性再生障碍性贫血重视中西医结合,病证结合,认为其病因常常由于外感所伤,病机以脾肾两虚,阴阳不和本,气血两亏、瘀血为标,临床上往往呈现出虚实夹杂之证。用药重视益肾补脾、活血化瘀兼以补气养血,临床上往往取得满意疗效。

关键词:慢性再生障碍性贫血;补脾益肾;活血化瘀;高萍

中图分类号: R556.5

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2016)12-2845-04

Professor GAO Ping's Experience on Treating Chronic Aplastic Anemia

DANG Hui ,GUAN Xutao ,WANG Bing ,WANG Tao ,SUN Shiling ,GAO Ping

(The First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine Zhengzhou 450000 ,Henan ,China)

Abstract: Professor GAO Ping's treatment of chronic aplastic anemia attaches great importance to the combination of Chinese and western medicine and the combination of disease and syndrome. Its etiology is often due to exogenous factors and the pathogenesis is deficiency in spleen and kidney ,disharmony between Yin and Yang as the root ,qi and blood deficiency and blood stasis as the standard ,often presenting the excess and deficiency mixed syndrome. The medication attaches great importance to the drugs for tonifying kidney and spleen ,promoting blood circulation to remove blood stasis and

收稿日期:2016-08-14

基金项目:国家自然科学基金项目(81301726);河南省教育厅自然科学基金研究计划项目(2010A360003)

作者简介:党辉(1980-),女,河南驻马店人,硕士研究生,主治医师,研究方向:中医药防治恶性肿瘤和血液系统疾病。

通讯作者:高萍(1957-),女,河南郑州人,教授、主任医师,硕士研究生导师,学士,研究方向:中西医结合恶性肿瘤和血液系统疾病的研究。E-mail:riyuxiaoshi@sohu.com。

- [9] 许家伦.基于四诊信息决策支持的中医健康评价体系研究述评与展望[J].中国中西医结合杂志,2012,32(3):307-310.
- [10] 吴宏进,许家伦,陆璐明,等.亚健康状态的面部光谱与五脏色度特征[J].中西医结合学报,2012,10(1):59-66.
- [11] 许家伦,张志枫,李蕾,等.基于图像分析的亚健康状态舌象颜色特征研究[J].辽宁中医杂志,2010,37(12):2328-2330.
- [12] 汤晓云,姜云武,李向红.耳穴疗法与亚健康[J].云南中医中药杂志,2007,28(4):31.
- [13] 何进,罗志敏,张燕.中医手诊对“治未病”“亚健康”防治探析[J].实用中医内科杂志,2010,24(4):17-19.
- [14] 谭佳佳,彭柳,何明超,等.中医特色的亚健康状态四诊诊断方法研究进展[J].云南中医中药杂志,2013,34(3):61-63.
- [15] 赵兰平,李海燕,朱庆文,等.亚健康状态数字化脉诊属性特征的研究[J].中国中医药科技,2012,19(3):197-198.
- [16] 陈春风,王忆勤,颜建军,等.中医闻诊信号采集与分析在虚、实证型辨别中的应用[J].Journal of Integrative Medicine,2010,8(10):944-948.
- [17] 鲁法庭,张学娅,杨梅,等.声诊研究现状及开展咳嗽中医声诊客观化研究新思路[J].辽宁中医杂志,2010,37(7):1231-1232.
- [18] 杜泽园,王占平,陈礼云.口臭患者应用口臭仪与闻诊诊断的效果评价及护理[J].护理学报,2006,13(3):36-37.
- [19] 钮桂祥,陈清光,许家伦,等.亚健康状态人群的脉象图特征分析[J].Journal of Integrative Medicine,2012,10(10):1099-1105.
- [20] 董晓英,牛欣,高蔚,等.亚健康状态脉弦客观化研究[J].世界科学技术:中医药现代化,2011,13(2):271-274.
- [21] 刘保延,何丽云,谢雁鸣,等.北京地区亚健康人群中医基本证候特征的流行病学研究[J].北京中医药大学学报,2007,30(2):130-135.
- [22] 刘竹生,黄雪萍,孟雪萍.828例高校教师亚健康状态中医证型、症状研究[J].保健医学研究与实践,2008,5(1):46-48.
- [23] 邹杰,石鹤峰,蔡永敏,等.郑州地区亚健康人群中医基本证候的流行病学研究[J].中国中西医结合杂志,2008,7(7):610-613.
- [24] 王琦.9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J].北京中医药大学学报,2005,28(4):1-8.
- [25] 徐学功,虞婕,张燕.10440例亚健康人群中医体质分型调查分析[J].光明中医,2010,25(5):551-552.
- [26] 张丽娜,刘声,陈素平,等.基于决策树的亚健康状态判定及其与中医体质分类相关性研究[J].中华中医药学刊,2012,30(10):2185-2187.
- [27] 欧爱华,麦润汝,原嘉民,等.亚健康状态分型与中医体质类型相关性的对应分析[J].广东医学,2012,33(1):11-14.

tonifying qi and blood often achieving satisfactory clinically curative effect.

Key words: chronic aplastic anemia; tonifying spleen and kidney; invigorating the blood circulation and removing blood stasis; GAO Ping

再生障碍性贫血 (aplastic anemia, AA) 简称再障, 是由于各种因素导致的骨髓造血功能减低甚至衰竭而引起的全血细胞减少, 临床上表现以贫血、出血、感染等症状为主。再障属于获得性骨髓衰竭性疾病。再障有重型再障 (其中 I 型称为急性再障) (SAA) 和非重型再障 (CAA), 而非重型再障又称为慢性再障。对于再障现代医学认为其发病与化学、物理、生物等因素有关, 目前现代医学研究多认为本病与 T 淋巴细胞异常活化、功能亢进造成骨髓损伤、造血细胞凋亡和造血功能衰竭有关。现代医学在治疗上以造血干细胞移植、雄激素 (司坦唑醇、十一酸睾丸酮) 以及免疫抑制剂 (环孢素、抗淋巴细胞球蛋白/抗胸腺免疫细胞球蛋白) 治疗为主, 这些药物在临床上收到较好疗效的同时也有价格昂贵、副作用大等劣势^[1]。而慢性再障迁延不愈, 贫血、感染、出血等症状相对较轻, 中医药治疗有一定优势。中医学中本无再障这一病名。根据其症状可参考中医病名之“虚劳”、“血虚”、“髓劳”、“血证”等病名^[2]。第七届中西医结合血液病会议将中医血液学学科的病证名称达成基本共识, 将慢性再生障碍性贫血定义为慢髓劳^[3-4]。

高萍为中国中医药学会中医血液病专业委员会常务委员、中国中医药学会肿瘤专业委员会委员、河南中医及中西医结合血液病专业委员会副主任委员、河南中医肿瘤专业委员会副主任委员, 从事中医、教学、科研、临床 30 余载, 博取众家之所长, 对中西医结合治疗血液、肿瘤病造诣深厚, 尤以治疗慢性再生障碍性贫血 (CAA) 见长, 临床疗效显著, 笔者有幸跟师伺诊, 颇有心得, 今不揣浅陋, 现将高萍教授治疗慢性再生障碍性贫血经验介绍总结如下, 以飨读者。

1 病因病机

高萍教授认为本病的病机为脾肾两虚^[5], 提出“脾肾相关论”与再障关系密切。而本病又往往以气血不足、瘀血阻络为标。肾为先天之本, 具有藏精, 主骨生髓, 而髓又能生血, 此正所谓精血同源之理。脾为后天之本, 气血生化之源, 同时脾的运化功能与脾阳关系密切, 而脾阳又依赖肾阳的温煦, 所以脾肾关系协调与精血的生成关系密切。如《素问·六节脏象论》云: “肾者主蛰, 封藏之本, 精之处也。”又如《素问·上古天真论》云: “肾者主水, 受五脏六腑之精而藏之。”《素问·生气通天论》云: “骨髓坚固, 气血皆从。”同时古代文献中对于脾的论述也十分精当。《灵枢·决气篇》: “中焦受气取汁, 变化而赤, 是谓血。”《景岳全书》谓: “人之始生, 本乎精血之源; 人之既生, 由于水谷之养。非精血无以立形体之基, 非水谷无以成形体之壮, 精血之司在命门, 水谷之司在脾胃, 故命门得先天之气, 脾胃得后天之气, 是以水谷之海, 本赖先天为主, 而后精血之海, 又必赖后天之资。故高萍教授提出再障的病机可概括为“脾肾相关论”, 认为脾肾虚损在本病中起到十分重要的作用, 并贯穿于整个疾病的始终。诚如《张氏医通》所云: “人之虚, 非气即血, 五脏六腑莫能外焉。而血之源头在乎肾, 气之源头在乎脾。”

2 辨证治疗思路

2.1 脾肾相关, 调和阴阳, 以肾为本, 兼以补脾益气

《内经》中根据五行之间的相关关系, 确定了五脏与五行之间对应以及生克关系。并论述了脾肾同病的理论基础。如《素问·玉机真脏论》在论述疝瘕病名时曾提出: “弗治, 脾传之肾。”后世《金匱要略》对杂病的论述也首重脾肾。而后医家刘河间、张子和、孙思邈、李东垣、朱丹溪、王肯堂等人对此多有论述^[6]。直至邓铁涛教授于 1999 年发表“略论五脏相关取代五行学说”的论文中明确提出“五脏相关学说”^[7], 同时脾肾相关理论正是“五脏相关学说”的一个重要的概念。肾精不足, 骨枯髓空, 生血乏力。若脾虚失运, 生化气血无源, 久则气血枯竭。肾阳亏虚, 命门火衰, 在脾则不能化生精微; 反之, 脾衰化源枯竭, 肾精亦枯, 肾亏则成自然。然《血证论》指出: “血家属虚劳门, 未有不议补虚也……当补脾者十之三、四, 当补肾者十之五、六。”所以高教授常说治病求本, 对于再障应当以肾为本, 调和阴阳兼顾脾胃。同时高教授根据《素问·阴阳应象大论》云: “阳生阴长……阳化气, 阴成形。后世医家张景岳云: “生化之机, 则阳先阴后, 阳施阴受。”所以在治疗上高教授以补肾阳为先, 但不用附子、肉桂等温阳之品。必用味咸质滋、补而不燥之品如淫羊藿、菟丝子、补骨脂、肉苁蓉、桑寄生、桑螵蛸等, 若阳虚较重考虑配伍吴茱萸、干姜, 但补阳应当注意防止过于温热, 过于温热会导致出血, 故老师一般均从小剂量开始使用。然高教授根据阴阳互根的理论指出肾阳虚日久必累积肾阴, 进而导致阴阳两虚, 在临床用药时时体现“善补阴者必阳中求阴, 则阴得阳升而泉源不竭”以及“补阳者必阴中求阳, 则阳得阴助而生化无穷”。高教授在临证中善于配伍女贞子、旱莲草、酒黄精。而必用一味山萸肉, 由于其酸微温质润, 温而不燥, 补而不峻, 既补肾益精又温肾助阳, 为平补阴阳之药, 用其补肾固精。但是老师根据病人情况, 时时调整用药, 平调阴阳使得阴阳秘。

《血证论》指出: “当补脾者十之三、四”, 《类证治裁》云: “凡虚损起于脾胃。高萍老师根据脾肾相关学说, 在补肾的同时不忘健脾。由于脾虚后天不济先天又可进一步导致肾虚, 故在补肾基础上给予健脾, 临床上老师喜用白术、薏苡仁、山药、猪苓、茯苓、黄芪等补益脾气, 若表现为脾肾两虚之证, 临床多用莲子、芡实以益肾固精, 补脾。同时高教授还指出由于再障是本虚之证, 在使用药物时以补为主, 然大量滋补药物易阻碍脾胃之气, 难免导致脾胃的升降功能不协调, 消化功能减弱临床上出现纳呆、便溏, 固在健脾的同时又常常配伍理气之品如陈皮、山楂、鸡内金、莱菔子等。使得脾胃纳运、升降如常, 保证气血得以化生。部分患者由于长期服用激素导致脾胃功能失调或伴有 HP 感染, 此种病人临床以口干、口臭、口淡无味、舌苔黄厚腻为主要表现, 临床可加白豆蔻、木香、砂仁以运脾化湿。

2.2 气血同补兼以补虚, 善用血肉之品, 补血不忘活血

高教授常说“气为血之帅, 血为气之母”同时《名医方论》: “有形之血不能自生, 无形之气所当充”所以配伍补

气健脾方药另一层意思在于纠正患者血虚之标,同时防止瘀血的产生。除了上述补气健脾之品,老师临证还喜配伍太子参、党参,但老师指出“气有余便是火”故在配伍时往往不配伍人参、红参,意在防止热甚出血。

再障以血虚为主要表现,所以补血之品,必不可少,老师往往在临床上使用血中之血药熟地,但是由于本病病程相对较长,病情缠绵难愈,故一般的补血之品难以奏效。根据中医“精血皆有形,以草木无情之物为补益,声气必不相应”之说,高教授在临床上往往配伍血肉有情之品,填精补髓。以血虚者配伍阿胶、阴虚较甚者龟甲胶、偏于阳虚配伍鹿角胶、阳虚较重者配伍紫河车,而患者稳定之时往往建议使用山药炖服猪、牛骨髓煲汤食疗以巩固治疗效果。

唐容川提出的“止血、消瘀、宁血、补虚”治血四法,高教授认为,CAA患者往往伴有乏力、面色萎黄等“血虚”之症,故临床上要补虚,在补虚的治疗上往往配合使用大剂量的仙鹤草,小儿用量为30g,成人用量为40~80g。仙鹤草,又名“脱力草”味苦、涩、平,归肺、肝、脾经,具有收敛止血、补虚、杀虫等功效。现代医学研究证实:仙鹤草含有仙鹤草素,能促进血小板生成,加速凝血而达止血作用^[8],故干祖望称其为中药中的激素。

高教授认为,瘀血即是CAA的出血原因,同时又是病理产物,唐容川在《血证论》中云:“吐衄,便漏,其血无不离经。凡系离经之血,与荣养周身之血已睽绝而不合…此血在身,不能加于好血,而反阻新血之化机。…盖血初离经,清血也,然既是离经之血,虽清血鲜血,亦是瘀血。瘀血停于脉中,进一步阻碍气血,血旁溢而出血,离经之血不能及时消散,又导致下一次出血。CAA均有不同程度的瘀血,其病机有热邪致瘀、出血致瘀、气虚致瘀、阴虚内热致瘀,煎灼阴血而致瘀,故瘀血也可贯穿整个再障的全过程。唐容川在《血证论·瘀血》中云:“故凡血证,总以祛瘀为要”。活血化瘀药具有改善骨髓造血和调节免疫作用,从而有利于造血干细胞的生长。瘀血病证临床上可见皮肤紫斑色暗,面色晦暗,肌肤甲错,舌质紫黯伴有瘀点,脉涩等症。高教授根据唐容川的“干血内结,新血不生”的理论,采用通因通用之治则,临床上每每配伍活血化瘀药,当归、茜草、赤芍、三七粉、鸡血藤。特别是鸡血藤,苦、甘、温,归肝、肾经,《本草纲目拾遗》认为其可“大补气血”,现代药理研究认为,鸡血藤具有促进骨髓造血的功能^[9]。三七^[10]性味甘微苦,有化瘀止血,活血止血功效,本品既能活血又能止血,常运用于疾病后期,久病入络,舌质暗红,起到化瘀止血之功,高教授在临床使用三七粉时往往从小剂量开始起始剂量为3g,后逐渐加量,同时嘱咐患者若出现倾向严重需即刻停药。但是在临床上避免使用三棱、莪术、水蛙、地龙等破血之品,以免耗血动血。

2.3 重视出血、发热等并发症的治疗

中医学认为“黑能胜红”,故临证多种出血证高教授均加入各种炭类药物,诸如女子月经过多,高教授常常本着急则治标的原则,选用黄芩炭、大黄炭、血余炭、荆芥炭、棕榈炭、蒲黄炭酌情配伍艾叶、香附、益母草等,疼痛时配伍元胡索。相关药理学研究表明,炭类药物可延长凝血时间,增加凝血酶原,促进血液凝固,改善血管通透性从而提升血小

板。对于消化道出血的病人应当配伍白及粉,其性胶黏,有很好的收敛止血及生肌作用,同时配伍海螵蛸、煅瓦楞以保护胃黏膜。但是要注意中病即止,防止闭门留寇之弊。《济生方》谓“夫血之妄行也,稍不因热之所发”。久病伤阴可导致阴虚火旺,西医治疗往往采用雄激素以及免疫抑制剂,中医认为激素本身即为阳邪灼伤阴液,阴不敛阳,虚火上浮,扰乱阴血,灼伤肌肤腠理则发为紫斑,虚火上扰则发为鼻衄。在《平治会萃·血属阴难成阴论》亦云:“阴气一亏损,所变之证,妄行于上则吐衄,衰涸于外则虚劳,妄返于下则便红”。高教授临床喜用生地黄、紫草、水牛角丝、石上柏、卷柏、凉血止血,此类药物多入于血分、阴分,长于清热凉血滋阴,清热而不苦寒伤胃,养阴而不滋腻碍脾,可长期服之。偏于阴虚内热配合牡丹皮、地骨皮、知母、黄柏。便血常常配伍槐花、地榆。下焦湿热致尿血配伍白茅根、小蓟、车前子、萹蓄、竹叶等。

高萍教授往往从外感与内伤辨治发热。外感发热一般体温较高,病邪在表者宜清解,所以根据不同的部位用药不同,上呼吸道感染往往配伍二花、连翘、板蓝根、虎杖,伴有咽痛,咳嗽选用桔梗、射干、牛蒡子、板蓝根、黄芩,肺部感染选用芦根、鱼腥草等。肠道感染选用黄芩、黄连、白头翁、大白。尿路感染选用车前草、滑石、萹蓄等。对于皮肤感染高萍老师往往选用如意金黄膏配伍冰片外擦。特别值得一提的是患者服用环孢素后往往伴有牙龈增生以及口腔的溃疡,高教授往往选用二花、薄荷、五倍子、白茅根煎汤代茶以漱口,效果甚好。但是对于发热的诊疗高教授往往慎用辛温解表之品如麻黄、桂枝。辛温解表之品往往发汗过重,而本病恰恰表现为血虚,正所谓血汗同源,而亡血家、衄家须得慎重使用,根据这一道理高教授临床也喜配伍煅龙牡、五味子、麦冬以敛汗护阴,但若病人外感风寒高教授每每喜配伍紫苏、生姜等药物,此类药物可解除表邪,又可防止发汗太过。内伤发热是由于虚劳之证所引起,患者往往伴有乏力、面黄等气血两虚之象,《素问·刺志论》所谓“气虚身热”是也。临床上高萍老师往往采用东垣甘温除热之法,但此等内伤发热须得与外感发热仔细鉴别,以免误投甘温之品。但是对于患者发热之症,无论表里虚实,高教授往往配伍一味泽泻,由于泽泻功专泻热,尤其善于泄肾与膀胱之热,对于肾阴虚以及肾阴阳两虚之病人尤其适用。对于CAA病人往往全血细胞减少,气血亏虚,卫气不足故在任何阶段高教授往往配伍一味防风,与补气健脾药黄芪配伍意为玉屏风散,而防止患者再度感受外邪。

2.4 久病不忘疏肝

肝与脾肾关系密切^[11]。肝藏血、脾统血,两者协调才能共同维持血液的正常运行输布,同时肝肾同源互化,一旦肝之阴血不足必然导致肾精的亏虚,进一步导致血虚的发生^[12]。CAA往往病程较长,患者难免会出现由于病情时常反复所致的心情郁闷,久之必然导致肝气郁结不舒。肝主疏泄调畅一身之气机,肾之精气需要肝之气机的调节才能发挥其生髓化血的功能,故有“主闭藏者肾也,司疏泄者肝也”。肝之疏泄功能正常,脾胃才能升降自如,胆汁也分泌正常帮助消化,水谷才能化生为气血。所以高萍老师临床在久病病人有肝郁之证时往往配伍柴胡、川芎、白芍等药以疏肝养肝柔肝。

2.5 坚持病证结合,中西医结合,需长期坚持服药

高教授在临床主张急则治标,若疾病处于急性期或者出血期,出血较重,给予中西医结合治疗包括雄激素、免疫抑制剂、成分输血等。现代医学认为本病与免疫相关,往往伴有感染。高教授在辨证的基础上与现代医学相结合,加用止血、提高免疫、以及必要时应用重组人粒细胞集落刺激因子、白介素-11、促红素等以刺激骨髓造血。

高教授提出补肾为本的治法即是根据现代有关实验研究表明,补肾方药可促进骨髓、合成,促进造血干细胞增殖,提高骨髓的细胞分化率^[13]。由于患者往往口服较长时间康力龙或环孢素,或有肝功能损害,一旦发现病人肝功能异常高教授往往选用鸡骨草、五味子、茵陈现代药理研究发现这些药物均有不同程度保肝降酶之功效^[14]。诸如连翘可改善毛细血管的通透性,防止出血。配伍猪苓因现代药理学研究茯苓、猪苓、薏苡仁均具有调节免疫功能的作用。紫河车现代研究证明其有内有红细胞生成素等多种刺激造血因子,并有免疫调节作用。三七进而影响造血干细胞的增殖分化,对再障的治疗有利。阿胶对红细胞、血红蛋白的生成有促进作用^[15]。

高教授还指出CAA病程较长,目前中医对于补肾的治疗已经基本达成共识,应以补肾健脾活血贯穿疾病的始终,但仍应当根据疾病的不同时期细细分析,而本病特点容易复发且不稳定,所以服药时间应较长,待病人各项情况改善后还需要继续服药巩固治疗效果,所以对于稳定期的病人老师常常嘱病人将药方做为水丸长期服用。

3 病案举例

李某,男,15岁,于一月前因双下肢散在出血点至当地医院行血常规后发现三系减少,遂至河南省人民医院行骨髓穿刺+活检术确诊为慢性再生障碍性贫血,口服康力龙治疗,并且多次复发至我院门诊就诊。首次就诊是医院体重65 kg,门诊查血常规后结果显示:WBC $2.3 \times 10^9/L$,RBC $2.8 \times 10^{12}/L$,HGB63 g/L,PLT $22 \times 10^9/L$,肝功能正常。当时症见:稍有畏寒,面黄乏力,面部脊背部痤疮明显,牙龈肿胀明显,双下肢散在出血点,其余无明显不适,纳眠可大小便正常,舌质淡苔白,脉细弱。于河南省人民医院口服康力龙3粒/d,3d前测环孢素血药浓度为150,口服环孢素6粒/d,口服肌苷片保肝治疗。

高萍教授嘱病人康力龙继续服用,环孢素5粒/d,2周后复查血药浓度。给予患者:黄芪20 g,生熟地各30 g,山萸肉15 g,女贞子30 g,旱莲草15 g,淫羊藿15 g,菟丝子30 g,吴茱萸9 g,连翘15 g,仙鹤草40 g,泽泻15 g,鸡血藤20 g,猪苓20 g,甘草15 g,龟板胶(烔)6 g,10剂,日1剂。金银花10 g,五倍子2 g,薄荷8 g,白茅根15 g,10剂,日1剂煎汤代茶漱口。

二诊:患者查WBC $3.0 \times 10^9/L$,RBC $3.5 \times 10^{12}/L$,HGB80 g/L,PLT $35 \times 10^9/L$ 肝功能正常。当时症见:畏寒较前好转,但面黄乏力,面部脊背部痤疮明显,牙龈肿胀较前好转,双下肢散在出血点,其余无明显不适,纳眠可大小便正常,舌质淡苔白,脉细弱。西药继续服用。

给予生熟地各20 g,菟丝子20 g,淫羊藿20 g,连翘20 g,玄参15 g,女贞子30 g,仙鹤草60 g,旱莲草15 g,甘草10 g,莱菔子30 g,紫河车(冲)3 g,猪茯苓各30 g,当归20

g,鸡血藤30 g,10剂水煎服,日1剂。

三诊:患者查WBC $3.0 \times 10^9/L$,RBC $3.5 \times 10^{12}/L$,HGB85 g/L,PLT $55 \times 10^9/L$ 肝功能正常。当时症见面黄乏力较前明显改善,面部脊背部痤疮明显,牙龈肿胀较前好转,双下肢散在出血点较前好转,其余无明显不适,纳眠可大小便正常,舌质淡红苔白,脉细弱。西药继续服用,康力龙3粒/d,环孢素查浓度后减量至4粒/d。

给予生熟地20 g,当归15 g,黄精30 g,鸡血藤20 g,山萸肉15 g,淫羊藿18 g,菟丝子20 g,女贞子18 g,泽泻18 g,阿胶(烔)6 g,太子参15 g,陈皮12 g,甘草10 g,仙鹤草60 g,20剂,水煎服,日1剂。

四诊:患者查WBC $3.0 \times 10^9/L$,RBC $5.5 \times 10^{12}/L$,HGB85 g/L,PLT $85 \times 10^9/L$ 肝功能正常。当时症见面黄乏力较前明显改善,面部脊背部痤疮明显,牙龈肿胀较前好转,双下肢散在出血点较前好转,其余无明显不适,纳眠可大小便正常,舌质淡红苔白,脉细弱。西药继续服用,环孢素查浓度后维持至4粒/d,康力龙3粒/d。

给予上方+连翘18 g,防风15 g,黄芪12 g,并10剂做水丸巩固疗效,嘱患者1周复查血常规,预防感染。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2007:535-537.
- [2] 田德禄.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:130-131.
- [3] 刘锋.麻柔第七届全国中西医结合血液病学术会议纪要[J].中国中西医结合杂志,2005(3):228.
- [4] 吴迪炯,叶宝东,季聪华,等.再生障碍性贫血临床实践指南研究现状及中医指南的修订与思考[J].中医杂志,2014,55(4):274-278.
- [5] 丁晓庆.再生障碍性贫血中医证候分析[J].中华中医药学刊,2013,31(3):694-697.
- [6] 刘成丽.中医脾肾相关学说源流探讨[J].中国中医基础医学杂志,2004,10(11):7-9.
- [7] 邓铁涛.略论五脏相关取代五行学说[J].广州中医学院学报,1988(2):4.
- [8] 赵莹,刘全平,李平亚.仙鹤草化学成分及药理研究进展[J].特产研究,2001,1(2):20-23.
- [9] 刘屏,王东晓,陈桂芸,等.鸡血藤单体化合物对造血祖细胞增殖的调控作用研究[J].中国药理学通报,2007,23(6):741-745.
- [10] 何宜航.基于生消补理论的三七补血作用及其机理研究[J].世界中医药杂志,2015,10(5):647-649.
- [11] 陈家旭.论肝为气血调节之枢[J].中医杂志,1997,39(1):9.
- [12] 万姜维.慢性再生障碍性贫血中医辨治体会[J].中医杂志,2015,56(13):1154-1156.
- [13] 程明秀.补肾益髓生血法AA大鼠含药血清对BMSCs与BMNCs共培养BMNCs增殖分化及SDF-1/CXCR4/PI3K/AK信号通路的影响[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2877-2881.
- [14] 王志全.五味子制剂治疗无黄疸型肝炎过程中出现黄疸的病例报告[J].中医杂志,1980,11(13):35-36.
- [15] 苏尔云.中西医结合治疗62例免疫抑制治疗无效的重型再生障碍性贫血临床观察[J].中国中西医结合杂志,2012,32(12):1616-1640.