

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.01.016

临证心得

从“透邪热，益脾胃”论治血液病发热

孙悦¹，周延峰²✉

1. 山东中医药大学，山东省济南市历下区经十路 16369 号，250014；2. 山东中医药大学附属医院

【摘要】认为血液病发热中医病机总属五脏虚损、邪毒内蕴，具有病情复杂、发展迅速、缠绵难愈的特征，中医论治当邪正兼顾，权衡标本缓急。结合血液病发热患者的特点，进一步阐发拓展温病“透热转气”理论，提出血液病发热“透邪热，益脾胃”的论治观点，即运用各种治法使邪热透达，同时固护脾胃之气及阴液，使邪去正安。

【关键词】血液病；发热；透热转气；透邪热；益脾胃

血液系统疾病如白血病、再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征、多发性骨髓瘤等，根据其发热、出血、贫血、肝脾淋巴结肿大、黄疸等特殊表现，常归属于中医学“虚劳”“血证”“积聚”等范畴论治。发热是很多血液病患者的主诉之一，血液病本身及感染均可导致发热，因此在病因上常兼有外感和内伤的因素。西医一般使用化疗药物、免疫抑制剂、激素、抗生素等药物治疗，但这些药物不良反应多且重，属于中医学的特殊外邪^[1]，对机体的损伤非一时、一方面可言，所以对待这类患者的发热需要考虑得更加全面，此类发热的特殊性也需要进一步探究。从血液病发热的特点和病机出发，我们以“透邪热，益脾胃”论治取得了较好的疗效，现分析其理论并附案例探讨如下。

1 血液病发热的特点与病机探讨

血液病发热的病机总属五脏虚损为本，热、瘀、毒等病邪为标^[2]。首先，虚多责之于脾肾。脾为气血生化之源，依赖肾中命门之火的温煦，亦主统血，脾气亏虚可表现为气血不足及出血；肾藏精，肾中精气亏虚，则无以主骨生髓化血，故脾肾亏虚、骨髓衰竭是血液病发热发病基础。其次，“邪之所凑，其气必虚”，在外卫气不固，邪气乘虚入里；在内气血虚滞，酿痰生瘀蕴毒，内外邪气相合是发病的重要诱因。因此，血液病发热的特点可归纳为：1) 病情复杂，表现多样：血液病患者

重病、久病，发热病机虚实错杂，伴随症状多端。

2) 传变迅速，易生变证：血液病患者感邪后正气往往难以驱邪外出，迅速形成邪陷入里、正不敌邪之局面，出现各种严重变证，甚至“旦发夕死”。

3) 缠绵难愈，反复发作：血液病感染患者经抗生素等大寒之品攻伐，易形成正虚邪恋，邪伏营血之势，病邪顽固^[3]。基于以上，临证要求正邪兼顾、处理及时、防微杜渐并注重病后调护，可从“透邪热，益脾胃”两方面论治血液病发热。

2 “透邪热，益脾胃”在血液病发热中的应用

在血液病发热的治疗中，温病理论具有重要指导意义，其中温病重要治法“透热转气”一般是指在清营热的同时使用清轻宣透药物，将营热转出气分。我们结合血液病发热病机特点对其进一步阐发：首先“透热转气”的核心在于“透”，即给邪以出路，在疾病阶段上不拘泥于营分及气分^[4]，治法上也不局限于清轻宣透，这是血液病发热治疗首先要遵循的前提与原则；其次时刻不忘固护脾胃之气及阴液，真正做到“邪去而正安”。总而言之，既不能因忌惮体虚而闭门留寇，也不能盲目祛邪而滥用攻伐。

2.1 透邪热——以驱邪外出为根本目的

2.1.1 疾病阶段不拘于时，通达为要 “透热转气”是温病营分证的重要治法，王孟英《回春录新论》中提出“血为邪踞，更不流行，……病虽在血，而治宜清气为先，气得布宣，热象必露，瘀

✉ 通讯作者: Zhouyf80@126.com 13793188176

滞得行”^[5]。为了解除热郁,“透热转气”常用金银花、连翘、芦根、竹叶等轻清宣透之药,体现了宣展气机、达邪外出的思路。同样,卫分证注重疏散肺卫表邪,辛凉清解;气分证讲求清宣,开解肺、胃肠、胆腑、胸膈等处的郁热,故“透热转气”的精髓实则贯穿卫分至营分乃至整个温病论治过程。血液病患者宿疾难愈,热郁更加明显,治疗血液病发热要始终不忘调畅气机、透达邪气,不能因忌惮体虚而固守补益,或冰伏邪热之过。

至于血分证,防瘀、祛瘀则是达邪的重要途径。血液病患者阴血亏虚多见,邪热易径入营血,或逐步深入,高热常伴有出血,此时须速速凉血、止血。然止血、清热难免生瘀。“透热转气”虽是营分证的治法,但对于血分证,温病理论同样认识到瘀血会阻碍邪热的外泄,对瘀血的处理仍体现了“通透”之意,如《温热论》云“再有热传营血,其人素有瘀伤宿血在胸膈中,舌色必紫而暗,扪之潮湿,当加散血之品,如琥珀、丹参、桃仁、丹皮等”^[6]。血液病患者具有宿疾、出血、阴伤等多种致瘀因素^[7],因此,血液病发热兼有出血时,止血不忘防瘀、祛瘀,方能彻驱血分邪热。

2.1.2 治疗手段不泥于法,合理有度 广义上说,“透热转气”的方法不局限于轻清宣透。如赵绍琴教授认为,热邪入营不能透达是因为营分与气分之间有障碍,“透热转气”就是在清营热、养营阴的基础上清除这种障碍,可利用疏风、清气、祛湿、化瘀、通腑等各种方法,即“透热转气”不是手段而是目的^[8]。这提示我们论治血液病发热:1)可灵活运用各种手段清除邪热外透的障碍。如三焦热毒炽盛,结聚皮肉,血败肉腐,发为疮疡痈毒,先宜苦寒直折;有热结肠腑者,可加大黄、枳实、厚朴等泻热导滞;如热邪与痰湿相结,则兼顾祛湿、豁痰、开郁,痰湿消则热无以依附^[9]。2)汗、吐、下等法并非绝对禁忌^[10],关键在于抓准病机,适量适度,中病即止。如邪热在表,阳气怫郁,应辛凉疏表,不可过用辛温发汗或误吐误下;又如汗、吐、下后见病邪已祛,则不可再盲目攻伐。

2.2 益脾胃——以护胃护津为重要保障

温病理论除了指导医家如何清除邪热,也同样重视固护正气。《温热论·流连气分》中提到了“益胃”,“若其邪始终在气分流连者,可冀其战汗透邪,法宜益胃,令邪与汗出,热达腠开,邪从汗出”^[11]。脾胃为气血生化之源,津液传输之枢纽,“有胃气则生,无胃气则死”,“存一分津液,多一

分生机”,脾胃之气及津液是抗击邪热的关键力量,要注意时刻运用及保护。《温热论》的“益胃”并非单纯的补益胃气,也蕴含着在透达邪气的同时健运脾胃之气、固护脾胃阴液,不仅适用于气分,还贯穿整个温病治疗过程^[12]。就血液病发热而言,具体包括以下几点。

2.2.1 方不在大而在精 发热急性期治疗方剂体例上要短小精悍,避免药味过多而互相干扰。血液病患者服药量大、种类多、时间长,脾胃功能难免受损,正常饮食尚且受影响,若频服大剂、重剂更会加重负担。基于此,血液病发热虽病机复杂、病情急重,但倘若抓住病机的主要矛盾,优化方剂配伍,便能减轻脾胃负担、促进药物吸收、提高患者依从性,达到事半功倍的效果。

2.2.2 祛邪勿忘护胃津 津液在很大程度上影响着血液病发热的预后,故养阴护阴要贯穿治疗的始终。初起邪在卫表,虽津伤不甚,亦应防微杜渐,阻止热邪快速入里,如银翘散中佐竹叶、芦根除热生津。邪至气分,津伤加重,则果断清里热,加强保津之力,如阳明气分热势弥漫,使用白虎汤、白虎加入参汤;热结腑实者必要时还需急下存阴,用承气汤、增液承气汤。病至营分血分,邪热迫血妄行,津枯血炽,此时津液关乎生死存亡,务必清热救阴、凉血散血^[13]。

2.2.3 健运并行,注重长期调护 一方面,脾胃的“健”与“运”缺一不可。脾胃若不健运,生湿酿痰,阻滞气血运行,加重疾病发展,影响药物吸收,降低治疗效果。除了补益脾胃虚损外,还要促进脾胃运化,发热期尽量避免滋腻碍胃的药物,并消除积滞,如配伍应用半夏、神曲、鸡内金等。另一方面,慢性期原发病的治疗要重视脾胃的长期调护。血液系统原发病多从补肾论治,在此基础上要保证脾胃健运,强调脾肾同治,先后天之本互资,则骨髓充盛,气血充足,运行有常,外邪难以复入。

3 验案举例

患者,女,33岁,2017年11月9日初诊。主诉:面黄、乏力16年余,发热、腹泻2天。现病史:患者2001年诊断为再生障碍性贫血-阵发性睡眠性血红蛋白尿综合征,口服环孢素、司坦唑醇治疗,血象逐渐恢复,2003年停用环孢素,2015年停用司坦唑醇。至初诊时服用碳酸氢钠和维生素E,白细胞及血小板维持在正常范围,血红蛋白

80 g/L 左右,血红蛋白尿偶发(约 6~12 个月 1 次),平日纳少,常腹胀、暖气,形体偏胖。2 天前患者出现发热,体温最高 38℃,水样便、每日 4 次,乏力,未自行用药。刻诊:发热,体温 37.8℃,就诊本日 2 次水样便,面黄、乏力,纳差,眠可,小便色黄,舌淡、苔白腻,脉细数无力。现月经来潮,量多,色淡。体格检查:重度贫血貌,巩膜略黄染,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,腹软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及。辅助检查:血常规:白细胞计数 $7.73 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数 $6.78 \times 10^9/L$,淋巴细胞计数 $0.48 \times 10^9/L$,血红蛋白 50 g/L;肝功能检查:天冬氨酸氨基转移酶 107 U/L,总胆红素 37.7 U/L,直接胆红素 6.9 U/L,间接胆红素 30.8 U/L;尿常规:潜血(+++);大便常规加潜血:未见明显异常。西医诊断:再生障碍性贫血-阵发性睡眠性血红蛋白尿综合征,急性胃肠炎;中医诊断:血疸病(脾肾亏虚,湿热内蕴,湿重于热)。治法:清热利湿,健脾补肾。以茵陈五苓散加减,处方:茵陈 30 g,茯苓 15 g,猪苓 15 g,泽泻 15 g,麸炒白术 15 g,桂枝 6 g,益母草 15 g,仙鹤草 15 g,芦根 15 g,黄芪 15 g,焦山楂 9 g,炒麦芽 9 g,麸炒神曲 9 g,甘草 9 g,生姜 5 片,大枣 5 枚。5 剂,水煎服,每日 1 剂。患者重度贫血,立刻予 B 型 RH 阳性浓缩红细胞 2U 静脉滴注,并予环磷腺苷葡胺注射液 90mg、注射用还原型谷胱甘肽 1.8 g 静脉滴注,每日 1 次。

2017 年 11 月 12 日二诊:服用上方 3 剂后热退,腹泻止,仍乏力,小便色黄,肢体沉重,纳少,大便不爽,舌淡、苔薄白,脉细弱。处方以初诊方加薏苡仁 15 g,黄芪增至 30 g。7 剂,水煎服,每日 1 剂。

2017 年 11 月 19 日三诊:无身目黄染,小便转清,体力及饮食好转,大便正常,月经仍淋漓不尽、量少,舌淡、苔薄白,脉细弱。处方:黄芪 30 g,党参 15 g,茯苓 15 g,麸炒白术 15 g,当归 9 g,枸杞子 15 g,焦山楂 9 g,麸炒神曲 9 g,炒麦芽 9 g,马齿苋 15 g,益母草 15 g,仙鹤草 15 g,玫瑰花 9 g。7 剂,水煎服,每日 1 剂。停静脉滴注,随诊继以健脾补肾、益气养血为原则处方。随访至 2019 年 12 月,治疗期间无急性血红蛋白尿发作,血红蛋白维持在 90 g/L 左右,无需输血,可进行一般工作活动。

按语:再生障碍性贫血是一种常见的骨髓衰竭性疾病,以全血细胞减少、骨髓造血功能低下为特

征,临床表现为出血、贫血、感染。本病常合并阵发性睡眠性血红蛋白尿,称再生障碍性贫血-阵发性睡眠性血红蛋白尿综合征,除全血细胞减少的各种症状外,还伴有间歇发作的慢性血管内溶血和血红蛋白尿^[14]。中医病名“黄疸”多指以目黄、身黄、小便黄为特点的肝胆疾病,但该病名难以全面概括溶血性血液病特点,因此 2009 年中国中西医结合学会确定以“血疸病”为这类疾病的中医病名^[15]。本病病机本虚标实,虚在脾肾、气血,实为湿热、痰湿、瘀血等,以湿热为主。治疗上,急性发作期与黄疸相同,清热利湿退黄;而慢性缓解期则重在健脾补肾、益气养血。本案患者素体脾虚,纳少腹胀暖气,形肥多痰,饮食不节感受湿热邪气,故发热、腹泻、目黄面黄、小便色黄、乏力、肢体困重,舌脉俱为佐证。月经量多色淡、淋漓不尽亦为脾不摄血之象。辨证为脾肾亏虚,湿热内蕴,湿重热轻。方以茵陈五苓散加减,方中茵陈清热利湿退黄,合五苓散增强利水渗湿化气之功,导湿热之邪外出;黄芪益气养血、健脾利水,焦山楂、炒麦芽、麸炒神曲消积导滞,脾胃健运则湿热不生;芦根清热生津,使清热利湿不耗伤阴液;益母草清热解毒、活血利水,合仙鹤草调经止血。二诊患者热渐退但脾虚湿滞仍较明显,故倍黄芪用量并加薏苡仁健脾祛湿。三诊进入慢性期,主要表现为月经淋漓不尽,故以健脾补肾、摄血调经为治法,去茵陈、泽泻、猪苓等清热利湿之品,加枸杞子补肾益精,当归、玫瑰花活血调经。之后继续调补脾肾,恢复精微运化及血液化生,随访则血红蛋白尿发作减少、血红蛋白上升,疗效达近期进步^[14]。整个治疗过程导湿热外出,健运脾胃,杜湿热之源,故收良效。

参考文献

- [1]白玉盛.试论中医药邪理论对血液肿瘤化疗的思考与实践[C]//中国中西医结合学会 浙江省中西医结合学会.2019 年中国中西医结合学会血液专业委员会学术年会暨浙江省中西医结合学会血液专业委员会学术年会论文集.杭州:中国中西医结合学会 2019:117-120.
- [2]周永明.血液病的中医病机探讨[J].中医药通报,2002,1(2):9-10.
- [3]张文曦,孔祥图,奚肇庆.奚肇庆教授以温病学热毒理论辨证论治恶性血液病发热[J].中国中医急症,2015,24(9):1559-1560,1563.

(下转第 78 页)

肤内外气血运行通畅,络脉条达。二诊症状减轻,稍减除湿通络药,酌加健脾消食化滞药,使患儿脾胃得运,后天之本强健,以预防病情复发。治疗整体思路符合“祛邪为要,扶正为本,活血化瘀贯穿始终”的小儿 HSP 治疗原则。

参考文献

- [1]王卫平,孙锟,常立文.儿科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:162-163.
- [2]灵枢经[M].田代华,刘更生,整理.北京:人民卫生出版社,2015.
- [3]吴以岭.中医络病学说与三维立体网络系统[J].中医杂志,2003,44(6):407-409.
- [4]吴以岭.络病学[M].北京:中国科学技术出版社,2004:35-40.
- [5]黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1998.
- [6]丁元庆.从“久病入络”、“久痛入络”探讨络病的特点[J].疑难病杂志,2006,5(1):31-33.
- [7]胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2002:688.
- [8]闫永彬,丁樱.从“伏风暗瘀”论治小儿咳嗽变异性哮喘探析[J].中华中医药杂志,2009,24(5):606-608.
- [9]龚廷贤.万病回春[M].北京:人民卫生出版社,2007:128.
- [10]杨念航.清热活血汤治疗血热伤络型紫癜性肾炎的临床研究[D].昆明:云南中医学院,2018.
- [11]张霞,徐向宇,于文静,等.1228例过敏性紫癜儿童中医证候分布规律研究[J].中医杂志,2013,54(18):1577-1579.
- [12]寇平.全幼心鉴[M].王尊旺,校注.北京:中国中医药出版社,2015:518.
- [13]任继学,张志强.毒邪肺热病辨证论治[J].中医药通

报,2005,4(6):7-10.

- [14]叶天士.临证指南医案[M].北京:人民军医出版社,2013:91.
- [15]李用粹.证治汇补[M].北京:中国中医药出版社,2008:66.
- [16]黄晓巍,刘玥欣,刘轶蓓,等.荆芥化学成分及药理作用研究进展[J].吉林中医药,2017,37(8):817-819.
- [17]辛国,李鑫,黄晓巍.防风化学成分及药理作用[J].吉林中医药,2018,38(11):1323-1325.
- [18]鲍雯雯,历淑芬,丛晓东,等.牛蒡子药理作用和临床应用研究进展[J].中国民族民间医药,2011,20(3):45-46.
- [19]张西强.近年来地黄的研究概况[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(16):136-137.
- [20]刘睿,段金廛,李友宾,等.水牛角主要药效学评价及解热活性物质基础研究[J].南京中医药大学学报,2007,23(5):297-301.
- [21]张艳,范俊安.中药材牡丹皮研究概况IV:丹皮药理作用研究概况[J].重庆中草药研究,2009,49(1):26-37.
- [22]金英善,陈曼丽,陶俊.芍药化学成分和药理作用研究进展[J].中国药理学与毒理学杂志,2013,27(4):745-750.
- [23]于秀娟.知柏地黄丸药理作用与儿童过敏性紫癜治疗中的临床应用[J].中国实用医药,2015,10(25):153-154.
- [24]周学海.读医随笔[M].北京:人民军医出版社,2010:40.
- [25]陈晨,刘倩,高华.活血化瘀药药理作用研究进展[J].中国药事,2011,25(6):603-605.

(收稿日期:2020-02-13;修回日期:2020-03-20)

[编辑:贾维娜]

(上接第74页)

- [4]闫理想,史哲新.透热转气法在治疗血液病发热中的运用[J].湖南中医杂志,2015,31(1):122-123.
- [5]王孟英.回春录新诠[M].周振鸿,重编.长沙:湖南科学技术出版社,1982:66.
- [6]沈凤阁,王灿晖,孟澍江.叶香岩外感温热篇薛生白湿热病篇阐释[M].南京:江苏科学技术出版社,1983:53.
- [7]唐元瑜.温病血分证瘀血的特点及治法研究[D].南京:南京中医药大学,2005.
- [8]孙晓光,彭建中.“透热转气”在杂病中的拓展运用[J].中华中医药杂志,2014,29(11):3528-3530.
- [9]王寒.血液病发热的中医治疗探讨[C]//中国中西医结合学会血液专业委员会.全国中西医结合血液学学术会议论文汇编.北京:中国中西医结合学会,2010:581-582.
- [10]徐旻,姚乃中.姚乃中辨治血液病发热经验[J].上海中

医药大学学报,2010,24(3):49-51.

- [11]叶桂.温热论[M].张志斌,整理.北京:人民卫生出版社,2007:25.
- [12]徐新宇,陈莉莉,陈诺,等.谈叶桂“防变”与“急治”思想[J].陕西中医药大学学报,2019,42(2):23-25.
- [13]卢丹.关于温病学中养阴思想的探讨[C]//中华中医药学会,北京中医药大学.第四次全国温病学论坛暨温病学辨治思路临床拓展应用高级研修班论文集.北京:北京中医药大学,2018:124-127.
- [14]中华医学会血液学分会红细胞疾病(贫血)学组.阵发性睡眠性血红蛋白尿症诊断与治疗中国专家共识[J].中华血液学杂志,2013,34(3):276-279.
- [15]陈信义,杨文华.中医血液病学[M].北京:中国中医药出版社,2019:52.

(收稿日期:2019-10-29;修回日期:2020-09-21)

[编辑:贾维娜]