

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.17.004

房定亚基于络病理论分期论治结缔组织病伴免疫性血小板减少症经验

李转转¹, 唐今扬², 王鑫², 董菲², 周彩云², 叶雨晴², 范冰冰², 马芳²✉ 指导: 房定亚²

1. 天津中医药大学, 天津市静海区团泊新城西区鄱阳湖路10号, 301617; 2. 中国中医科学院西苑医院

[摘要] 总结房定亚基于络病理论分期论治结缔组织病伴免疫性血小板减少症的经验。认为络脉受损是本病的基本病机, 急性期以热毒伤络、血溢脉外为病机关键, 治以清络解毒, 凉血散血, 方选犀角地黄汤加减; 慢性期气血不充、络虚失荣, 治宜益气养血, 护脉通络, 方用归脾汤化裁。久病入络, 瘀结最深, 非通不达, 故化瘀通络法贯穿治疗全程。

[关键词] 结缔组织病; 免疫性血小板减少; 络病; 名医经验; 房定亚

房定亚(1937—), 中国中医科学院西苑医院主任医师, 教授, 博士研究生导师, 国家中医药管理局全国中药传承博士后合作导师, 首都国医名师, 第二、六、七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医风湿病、肾病、心脏病临床及科研工作60余载, 主张衷中参西, 先辨病后辨证, 重视毒邪在风湿病发生发展过程中的作用, 提出了“毒热致痹”的观点, 尤擅治疗类风湿关节炎、干燥综合征、强直性脊柱炎、皮炎等疾。

结缔组织病(connective tissue disease, CTD)是一类以血管和结缔组织慢性炎症为病理特征的自身免疫性疾病, 包括系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、硬皮病、皮炎、结节性多动脉炎及干燥综合征等, 常并发免疫性血小板减少症(immune thrombocytopenia, ITP), 其发病机制与免疫系统异常活化导致的血小板破坏过多或生成不足密切相关^[1-2]。CTD-ITP临床表现具有高度异质性, 轻者仅为无症状血小板减少或皮肤黏膜出血, 重者内脏出血, 甚则危及生命。现代医学治疗通常以糖皮质激素联合免疫抑制剂为主, 但部分患者存在疗效欠佳、激素依赖及继发感染等问题^[1], 成为临床治疗的难题。

据CTD-ITP出血倾向及虚损表现, 可归属于中医学“血证”“紫癜”“虚劳”等范畴。临床多以健脾补肾、清热解毒、活血化瘀为法, 在协同稳定血小板水平、改善出血症状及调节免疫方面具有一定优势^[3]。房定亚教授以络病理论为指导, 认为络脉受损是CTD-ITP的基本病机, 急性期以热毒伤络、血溢脉外为病机关键, 慢性期病机为气血不充、络虚失荣, 络脉瘀滞贯穿疾病发展的全程。现将房老师运用络病理论辨治CTD-ITP的经验总结如下。

1 络脉受损是CTD-ITP的基本病机

房老师指出, 络脉行气血而营阴阳, 类似现代医学中的“血管”, 而CTD的血管炎性损伤本质是络脉受损的病理表现^[4]。自身抗体通过在血管壁形成免疫复合物破坏内皮细胞, 并与血小板结合, 介导其免疫清除或异常活化, 加速血小板消耗^[5-6]。房老师认为, 络脉受损致气血失和, 血小板异常是其在血液系统的具体体现, 因此可将CTD-ITP归为络病范畴。

1.1 先天禀赋不足为发病宿根

《类经·疾病论》言:“夫禀赋为胎元之本, 精气之受于父母者是也。”先天正气禀受于父母, 奠定了个体的体质基础, 而该体质在病理状态下会表现为特定疾病的易感性, 并影响疾病传变的规律。体质因素在风湿免疫病的发病中起重要作用, 风湿免疫病的特定体质由遗传和环境双重因素共同作用

基金项目:北京市中医管理局北京中医药薪火传承“新3+3”工程(2023-SZ-F-27); 中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目(CI2021A015); 中国中医科学院西苑医院名老中医经验传承研究专项(XYZX0101-47); 中国中医科学院科技创新工程创新团队(CI2021B007)

✉ 通讯作者: anjanette49@126.com

而成,其中先天禀赋的影响尤为关键^[7]。以系统性红斑狼疮为例,其发病常伴有家族聚集现象,亲属患病风险显著高于普通人群^[8]。房老师经过多年的临床实践发现,CTD患者亦多因先天禀赋不足,表现为气阴两虚、阳气不充或阴血亏耗等病理状态。体质偏颇进一步引发机体代谢失调,气血郁滞,郁久化热成毒,毒邪伏匿于络,遇外邪、劳倦等诱因则伺机而发。

1.2 热毒伤络,血溢脉外

现代研究^[9]指出,CTD引起血小板减少的主要机制与机体免疫功能紊乱相关,例如抗心磷脂抗体、血小板相关抗体的异常产生。免疫功能紊乱产生的自身抗体超出机体清除能力时,会与正常组织发生免疫反应,造成组织器官损伤。基于这一机制,房老师提出此类自身抗体可归属于中医学“内毒”范畴。毒邪分为内、外两种,内生之毒多因饮食不节、情志过极、劳倦等因素致脏腑失和,痰、火、湿、瘀等多种病理因素蕴结日久,郁而化热成毒;外毒则源于六淫外邪久羁或疫毒邪直中人体。现代医学中的病原微生物、药物、感染、紫外线照射等外界刺激可归于“外毒”,其通过激活免疫系统、释放与内毒性质类似的炎症介质,触发或加重CTD病理进程^[10]。邪热炽盛,久蕴成毒,若热毒壅滞气分,症见高热或持续低热,伴烦躁口渴、溲赤便结、舌红绛苔黄燥、脉洪数或滑数;若热毒深入营血,灼伤脉络,迫血妄行,临床可见血小板计数急剧下降,伴肌肤紫癜、鼻衄、齿衄等出血现象,甚则出现呕血、便血等内脏出血危候。

1.3 气血不充,络虚失荣

络脉赖血气以濡养,气血充沛则络道通利,布散渗灌功能正常。CTD-ITP患者气血不充之因,既源于药物戕伐,亦责之病久正虚。其一,长期服用糖皮质激素或免疫抑制剂治疗,此类药物多峻猛攻伐,虽可暂抑邪毒,然久服则成药毒,戕伐脾肾阳气,耗伤真阴,终致气血生化乏源^[11];其二,病久迁延,邪毒久羁,暗耗精血,脾肾虚损日甚,久病及肾、穷必及肾,终致脏腑虚损,气血生化无根。房老师指出,气为血之帅,气虚则无力推动血液运行,血行迟滞;血为气之母,血虚则络脉失濡,气失所依。二者互为因果,渐致络道枯涩、渗灌失常,终成络虚失荣之证。气不摄血则血溢脉外,故见皮下紫癜色淡、时隐时现,气血两虚则络脉失养,临床可见血小板计数持续偏低但相对稳定,并伴乏力、气短、面色萎黄等表现。

1.4 络脉瘀滞贯穿病机演变始终

房老师强调,络脉瘀滞实为CTD-ITP病机演变之枢要。热毒伤络阶段,毒邪壅滞络道,血行受阻而成瘀;热毒久羁,耗气伤阴,络脉失养。《医林改错》所载“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,正合CTD-ITP出现离经之血的病机特征。瘀血内阻则新血不生,络脉失于濡养,加重气血两虚之证。房老师指出,瘀血与热毒、虚损三者互为因果,形成“虚-瘀-毒”恶性循环,而络脉瘀滞贯穿病机演变始终。

2 基于络病理论分期论治CTD-ITP

《素问·调经论篇》云:“病在脉,调之血,病在血,调之络。”房老师提出,治疗CTD-ITP需紧扣络病特点,以“络以通为用”为核心,遵循“治贵 in 通,不重在攻”的原则,确立解毒通络护脉的治疗原则,强调分期施治、通补兼施。

2.1 急性活动期注重清络解毒、凉血散血

CTD急性活动期出现血小板减少,往往免疫活跃,炎症反应明显,大多表现为邪盛病进,毒热内炽,易致出血,在外表现为肌肤瘀点、瘀斑,在上表现为吐血、衄血,在下表现为便血、尿血。房老师认为此期当以清络解毒、凉血散血为主,使毒热得解,络脉得安,血自归经,旨在迅速控制病情进展,抑制免疫反应,稳定血小板数量,防止出血。房老师临证常以犀角地黄汤为基础方[水牛角30g(先煎),生地黄15g,牡丹皮10g,赤芍10~15g]化裁。以水牛角代替犀角,取其清热解毒、凉血止血之功。现代研究^[12]表明,水牛角可抑制免疫反应、升高血小板水平,其机制在于抑制血小板相关抗体的生成。生地黄性寒味甘,能通血脉,行络中瘀滞,滋阴养血,既助水牛角清解热毒,又防热毒耗伤阴液。赤芍、牡丹皮相须为用,入血分而擅凉血散瘀,既能助水牛角清血中热邪,又可与生地黄相配活血凉血兼能养阴生津,使活血而不耗血动血,邪热清而瘀无所成,瘀血去而热无所附。四药合用,正如《医宗金鉴》所言:“此方虽曰清火,而实滋阴;虽曰止血,而实祛瘀。瘀祛新生,阴滋火熄,可为探本穷源之法也”。现代药理研究^[13]表明,该方具有调节免疫、抗炎及促进血小板生成等多重作用。

若热毒炽盛、出血症状严重者,表现为皮肤大片紫红瘀斑瘀点,且皮温升高,房老师常合用四妙勇安汤以增强清热解毒之力。此方为房老师治疗自

身免疫性血管炎的专方，由金银花 20~30 g，玄参 20 g，当归 10~20 g，甘草 10 g 组成。血尿者，加大蓟、小蓟各 20 g；齿衄、鼻衄者，加炒栀子 10 g、白茅根 30 g。房老师强调，“清络”即清解络中之热毒，但不可过用寒凉，以防苦寒直折、闭门留寇，宜选用凉而不峻、久服不伤正者，如白花蛇舌草、生石膏、金银花、黄芩、黄柏等。此外，“散血”非单纯“活血”，需针对热毒灼络、瘀热互结之病机，以牡丹皮、赤芍、茜草等凉血活血之药为主，凉血不留瘀、活血不妄行。

2.2 慢性缓解期注重益气养血、护脉通络

CTD-ITP 患者久病耗伤正气，气血两虚，络脉失养，症见肌肤瘀点瘀斑反复难愈，其色淡红，伴面色苍白或者萎黄、神疲乏力、头晕目眩、心悸失眠、女性可见月经量增多或经期延长等。房老师认为此期当以益气养血、荣络固本为核心，强调补而不滞、通不伤正，主张选用党参、黄芪、当归、白芍等性味平和、补而不滞之品，以缓缓图之，使气血渐复，络脉得养。临证多以归脾汤为基础方进行加减，组成：黄芪 30 g，麸炒白术 12 g，人参 5 g，当归 10 g，炙甘草 8 g，茯神 15 g，远志 8 g，酸枣仁 20 g，木香 5 g，龙眼肉 6 g。方中黄芪、人参、麸炒白术甘温补气，配伍当归、龙眼肉甘温补血，共奏气血双补之效；麸炒白术健脾补中，以资生化之源；酸枣仁养血补肝，宁心安神；茯神、远志健脾安神，交通心肾；木香理气醒脾，补而不滞。现代药理研究^[14]表明，此方对血液系统、免疫系统有良好的调节作用，可促进骨髓造血细胞增殖，提高外周血象水平，增强造血功能，同时保护血管内皮、调节免疫功能。

络脉瘀阻见肢体麻木疼痛者，加地龙 10 g、川芎 10 g 活血通络；下肢紫斑明显者，加川牛膝 10 g、鸡血藤 30 g 养血活血通络；缓解期余邪未尽，见低热持续不退、瘀点隐现者，酌加金银花、丹参等清解余热；长期服用激素或免疫抑制剂致气阴两虚，加北沙参 20~30 g、麦冬 10~20 g、石斛 20~30 g、玄参 10~20 g 等滋阴益气；红细胞减少者加紫河车 10 g、菟丝子 10~20 g 补肾填精，其中紫河车富含促红细胞生成素及免疫球蛋白，可双向调节免疫功能，同时促进骨髓造血功能^[15]。临床研究^[16]表明，归脾汤合二至丸可显著提高系统性红斑狼疮患者的血红蛋白和红细胞水平，有效改善贫血症状。白细胞或血小板减少加女贞子 10 g、墨旱莲 10 g；全血细胞减少者可加冬虫夏草 3 g、阿胶珠 10 g、

鹿角胶 8 g 等血肉有情之品滋补精血。

2.3 化瘀通络贯穿治疗全程

络脉瘀滞贯穿 CTD-ITP 病程始终，故化瘀通络亦需贯穿治疗全程。急性期热毒伤络，煎熬津血，瘀血阻络。瘀血既是病理产物，又是致病因素，其一，络脉瘀滞，热毒难除，药物难以到达病所；其二，血行不畅，易变生他症；其三，清络药物多寒凉，恐有血凝之虞。因此，治宜活血以散邪，凉血不留邪，祛邪不伤正，选用大黄、牡丹皮、生地黄等凉血化瘀药物。慢性期则因虚致瘀，瘀血不去，新血不生，络脉失养，病情缠绵难愈，此时治疗需攻补兼施，活血通络与益气养血并重，如黄芪、党参、红景天益气固本，配伍当归、川芎等补血活血之品，共达化瘀通络、气血双调之效。此外，情绪焦虑者可加百合 30 g、郁金 10 g 宁心安神；情志不畅、性急躁者，可加北柴胡、白芍或炒栀子 10 g，黄连 6~9 g，以疏肝理气以助血行，气血调和则瘀血自消。

3 验案举隅

患者，女，30 岁，2020 年 6 月 12 日就诊。主诉：间断四肢散在瘀点、瘀斑 5 个月余。现病史：2019 年 12 月患者无明显诱因出现全身皮肤散在瘀点、瘀斑，以四肢为著，实验室检查结果：血小板 $43 \times 10^9/L$ ，抗核抗体：核颗粒型 1 : 320，抗 Ro-52 抗体 (+)，免疫球蛋白 G 17.4 g/L，补体 C3、C4 正常，诊断为结缔组织病、继发性血小板减少症。予以激素静脉滴注（具体不详）治疗，后复查血小板 $98 \times 10^9/L$ ，出院后予口服甲泼尼龙片 48 mg、每日 1 次，后逐渐减量。现口服甲泼尼龙片 28 mg、每日 1 次，监测血小板维持在 $9 \times 10^9 \sim 55 \times 10^9/L$ 。刻下症见：双下肢散在瘀斑、瘀点，双手手指腹发红，无皮疹，无关节疼痛，月经周期正常，月经量少，纳眠可，大便带鲜血、每日二三次；舌质暗红，苔薄黄，脉滑数。西医诊断：结缔组织病，血小板减少症；中医诊断：紫斑（热毒伤络证）。治以清络解毒，凉血散血，方选犀角地黄汤合四妙勇安汤加减，处方：水牛角 30 g（先煎），生地黄 15 g，牡丹皮 10 g，赤芍 10 g，金银花 20 g，当归 20 g，玄参 20 g，甘草 10 g，地榆 20 g，菟丝子 20 g，连翘 10 g。30 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次口服。嘱患者甲泼尼龙片每 2 周减 4 mg，每两周复查血常规。

2020 年 8 月 14 日二诊：患者自诉因家中事务未及时复诊，于当地诊所抄方，继服 14 剂。现双

下肢散在瘀点，疲倦乏力明显，仍月经量少，纳眠可，大便偏稀、偶有血丝、每日一二次；舌红，苔白花剥，脉细数。监测血小板维持在 $40 \times 10^9 \sim 70 \times 10^9/L$ ，目前口服甲泼尼龙片 12 mg、每日 1 次。方选犀角地黄汤合当归补血汤加减，处方：生地黄 15 g，牡丹皮 10 g，赤芍 10 g，地榆 20 g，菟丝子 20 g，黄芪 30 g，当归 10 g，茜草 10 g，虎杖 15 g，仙鹤草 15 g，川芎 10 g，益母草 20 g，鹿角胶 6 g（烊化）。30 剂，煎服法同前。嘱患者甲泼尼龙片每 2 周减 2 mg，每两周复查血常规。

2020 年 9 月 18 日三诊：患者诉甲泼尼龙片每 2 周减 4 mg，复查指标较前无明显异常，8 月 28 日起自行每周减 2 mg，现口服甲泼尼龙片 2 mg。10 天前下肢皮肤大面积红斑，且有出血点，刺痒，月经量较前增多，乏力明显，纳可眠一般，二便调；舌红，苔薄黄，脉滑。监测血小板维持在 $10 \times 10^9 \sim 30 \times 10^9/L$ ，尿隐血（+++）。方选犀角地黄汤合得生丹加减，处方：水牛角 30 g（先煎），生地黄 15 g，连翘 20 g，小蓟 20 g，盐杜仲 10 g，菟丝子 20 g，黄芪 20 g，当归 10 g，紫河车 10 g（冲服），木香 5 g，益母草 30 g，川芎 10 g，30 剂，煎服法同前。嘱患者口服甲泼尼龙片 16 mg、每日 1 次，一周后复查血常规，每周减 1 mg，到 8 mg 后每半月减 1 mg。

2020 年 11 月 27 日四诊：患者诉无出血现象，无下肢紫斑，疲倦乏力明显好转，无四肢关节疼痛，脱发，纳可，眠佳，二便调；舌淡红，苔薄黄，脉细弱。监测血小板维持在 $30 \times 10^9 \sim 49 \times 10^9/L$ ，现口服甲泼尼龙片 7 mg、每日 1 次。方选犀角地黄汤合四妙勇安汤合四神煎加减，处方：水牛角 30 g（先煎），生地黄 15 g，牡丹皮 10 g，赤芍 10 g，金银花 30 g，玄参 20 g，甘草 10 g，地榆 20 g，菟丝子 20 g，黄芪 30 g，当归 30 g，石斛 30 g，川牛膝 10 g，紫河车 10 g（冲服），小蓟 15 g。30 剂，煎服法同前。嘱患者甲泼尼龙片每半月减 1 mg，两周后复查血常规，减至 4 mg、每日 1 次后维持用量。

后门诊规律随诊 6 个月期间，前期以犀角地黄汤合归脾汤化裁，兼顾清解余热与健脾养血；后期以归脾汤为主方加减，着重健脾益气、养血摄血，监测血小板维持在 $70 \times 10^9 \sim 98 \times 10^9/L$ ，甲泼尼龙片减至 2 mg、每日 1 次，病情稳定。2022 年 6 月电话随访，患者诉已停用甲泼尼龙片 3 个月，血小板水平维持于 $100 \times 10^9/L$ 左右，整体状况良好，无明显不适。

按语：患者以“四肢皮肤瘀点、瘀斑”为主要

临床表现，结合血清中多种抗体阳性、免疫球蛋白升高及血小板计数降低，符合 CTD-ITP 诊断。房老师认为热毒伤络是 CTD-ITP 的始动因素，热盛成毒，伤及血络，阳络伤故出现皮肤紫癜、瘀斑，阴络伤故大便带血。又出血日久，必兼血虚及血瘀，故本病临床多见虚实夹杂证，治宜扶正祛邪、标本兼治。初诊时患者双手指腹发红，伴下肢散在瘀斑、瘀点，治疗以清络解毒、凉血散血为主，方用犀角地黄汤合四妙勇安汤，加地榆凉血止血、连翘清气分热邪、菟丝子益精填髓，取精血互生之意。二诊时双手指腹发红消失，舌红、苔白花剥，提示热毒渐退而气阴两伤，故去水牛角及四妙勇安汤以防寒凉伤正。然离经之血未净，故配伍茜草、仙鹤草止血不留瘀；邪客于内，瘀血未尽，故用黄芪、当归组成当归补血汤补气养血，以助血行不留瘀，瘀血得化，正气得复；虎杖性微寒而不凝滞，既能活血又可清热，与川芎、益母草配合使用，活血调经之力增强，可祛瘀生新，促进新血生发；出血日久，络脉空虚，精血不足，用鹿角胶温补肾脉，填精益血。三诊时血小板计数再次降低，下肢大面积瘀斑，尿隐血阳性，考虑因激素减量过快导致病情反复，出现热毒复炽、迫血妄行之象。治疗当重用清解血分热毒之品，故去虎杖、茜草、仙鹤草、牡丹皮、赤芍，加水牛角直折血分热毒、连翘透热转气；因便血症状已消，去地榆，加小蓟专清下焦血热，以治尿血；出血日久，必有血虚血瘀之变，遂合用得生丹以活血补血、养血调经，方中选取当归、川芎、益母草，取其活血调经、化瘀之功，鉴于患者月经量增多且有瘀热动血之象，活血可防离经之血留滞成瘀，遵循通因通用之法。同时，增加益母草用量以增强化瘀利尿之效，轻用木香以防滋补药壅滞气机。房老师强调，在整个激素使用过程中，尤应着重调整肾之阴阳平衡，故加盐杜仲、紫河车强化补肾填精，以助气化，使血有所归，瘀斑渐消。研究^[17]发现，菟丝子等补肾药物可降低 ITP 患者血小板相关抗体，改善免疫功能，并减少激素依赖。同时，紫河车中含有的胎盘肽能调节免疫紊乱，促进血小板水平恢复^[18]。全方益气摄血，清热凉血，攻补兼施，以平为期。四诊时病情趋稳，激素逐步减量，效不更方，仍以犀角地黄汤为主。因热势减退，去连翘防过伐；加牡丹皮、赤芍凉血散瘀；合四妙勇安汤清气分余热兼解毒护阴；配伍四神煎要药石斛、川牛膝以益气养阴、引火归元；虽无出血，仍留小蓟 15 g 清利下焦余热以防复

发, 新增地榆 20 g 凉血止血以护肠络; 黄芪 30 g、紫河车 10 g 补气填精, 去杜仲既避温燥助热, 又防滋补壅滞。后门诊随诊先予犀角地黄汤合归脾汤清余热兼补气血, 后期以归脾汤健脾摄血, 配合激素阶梯减量, 终使血小板稳定达标并成功撤停激素。

参考文献

- [1]莫颖倩,严青,叶霜,等. 未分化结缔组织病和混合性结缔组织病的诊疗规范[J]. 中华内科杂志, 2022, 61(10):1119-1127.
- [2]NEUNERT C, TERRELL DR, ARNOLD DM, et al. American society of hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia[J]. Blood Adv, 2019, 3(23):3829-3866.
- [3]张燕,杨建英,王钦,等. 原发性干燥综合征合并血细胞减少中医诊治研究进展[J]. 世界中医药, 2024, 19(2): 250-255.
- [4]马芳,周彩云,韩淑花,等. 房定亚清络散血法治疗自身免疫性血管炎经验[J]. 北京中医药, 2017, 36(5):432-435.
- [5]宋冬雪. 结缔组织病合并血小板减少患者血常规各参数的分析研究[D]. 济宁:济宁医学院, 2023.
- [6]张薇. 结缔组织病患者血小板减少的临床回顾性分析研究[D]. 南京:南京医科大学, 2020.
- [7]张颖,杨怡坤,王卫霞. 房定亚风湿病专方专药要略[M]. 北京:北京科学技术出版社, 2016:26.
- [8]李秋钰,代妮妮,吕焱. 系统性红斑狼疮的遗传学研究进展[J]. 国际泌尿系统杂志, 2022, 42(5):956-959.
- [9]曹林娟,陈沙娜,乌兰图雅,等. 以血小板减少为首发症

状的结缔组织病与免疫性血小板减少性紫癜的鉴别诊断[J]. 实用检验医师杂志, 2016, 8(1):41-44.

- [10]GONZALEZ-LOPEZ TJ, PROVAN D, BAREZ A, et al. Primary and secondary immune thrombocytopenia (ITP): time for a rethink [J]. Blood Rev, 2023, 61: 101112. doi: 10.1016/j.blre. 2023. 101112.
- [11]韩姗姗,代彦林,丁樱,等. 从“治虚三本二统”论治免疫抑制剂毒副作用的思路探微[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(4):450-455.
- [12]王俊荣,刘凤真,吕长俊,等. 水牛角粉治疗难治性特发性血小板减少性紫癜的临床研究[J]. 滨州医学院学报, 2001, 24(5):486-487.
- [13]胡哲,胡辉,杨舟,等. 犀角地黄汤治疗 ITP 的疗效及其作用机制[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(24):6096-6100.
- [14]张楚洁,刘慧萍,杨璐瑜,等. 归脾汤有效成分与现代药理学的关联性[J]. 中成药, 2020, 42(6):1553-1558.
- [15]鲁清浪,凌娜. 紫河车的活性成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(11):232-236.
- [16]刘文禹. 归脾汤合二至丸治疗系统性红斑狼疮合并慢性病性贫血的临床研究[D]. 武汉:湖北中医药大学, 2020.
- [17]权学莲,刘春霞,曹翠芳,等. 大菟丝子饮加减联合糖皮质激素治疗免疫性血小板减少性紫癜临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(20):56-59.
- [18]韩彩芝,余素清,魏丽君,等. 紫河车的免疫调节作用[J]. 河北中医, 1996, 18(2):34-35.

FANG Dingya's Experience in Staged Differentiation and Treatment of Connective Tissue Disease with Immune Thrombocytopenia Based on the Theory of Collateral Disease

LI Zhuanzhuan¹, TANG Jinyang², WANG Xin², DONG Fei², ZHOU Caiyun², YE Yuqing², FAN Bingbing², MA Fang²

1. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 301617; 2. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT This paper is to summarize professor FANG Dingya's clinical experience in staged differentiation and treatment of connective tissue disease with immune thrombocytopenia (CTD-ITP) based on collateral disease theory. It is believed that the fundamental pathological feature is collateral vessel impairment. During the acute stage, the key pathogenesis lies in heat-toxin damaging collaterals, then blood extravasation outside the vessels, for which the treatment focuses on clearing collaterals and resolving toxins, cooling the blood and dissipating blood stasis, prescribing with modified *Xijiao Dihuang Decoction* (犀角地黄汤). During the chronic stage, characterized by deficiency of *qi* and blood, collaterals failing to receive nourishment, the therapeutic principle shifts to tonifying *qi* and nourishing blood, protecting vessels and dredging collaterals, prescribing with modified *Guipi Decoction* (归脾汤). Considering that persistent illness penetrates deeply into collaterals leading to blood stasis accumulates, which cannot be resolved without dredging therapy, the stasis-dissolving and collateral-dredging method should be consistently applied throughout the entire treatment course.

Keywords connective tissue disease; immune thrombocytopenia; collateral disease; experience of famous doctors; FANG Dingya

(收稿日期: 2024-10-17; 修回日期: 2025-06-05)

[编辑: 贾维娜]