

病例讨论

“头晕、左侧肢体麻木、巨脾、血小板增高病案”讨论

刘 劲 松*

编者按:本刊1998年4期第231页“病例讨论”栏目中,刊出孙斐、顾振强整理的“头晕、左侧肢体麻木、巨脾、血小板增高病案”后,收到不少读者对该病案的讨论稿,现选择有代表性的意见,作为病例再讨论,以供临床参考。

主题词 头晕/诊断 麻痹/诊断 脾大/诊断

“头晕、左侧肢体麻木、巨脾、血小板增高病案”^[1]可算是一个错综复杂、头绪纷繁的病例。原作者认为该病属于骨髓增生疾病,亦即骨髓增殖性疾病,总体的诊断导向是无异议的。但以“原发性血小板增多症”来解释似乎有些欠妥,存在诸多疑点。治疗方案经实践证明是有效果的,说明有可取之处,却似有欠缺。下面仅从中西医诊治角度进行分析、探讨。

1 西医诊断

骨髓增生疾病是以骨髓组织持续增殖而引起的一组疾病,增殖细胞可以是红、粒或巨核细胞,或纤维母细胞、骨母细胞为主。临床以血细胞质和量的改变,肝脾肿大,易并发出血或血栓形成为主要表现。根据增殖细胞的不同可分为(1)真性红细胞增多症(下文简称真红)、红白血病、红血病;(2)慢性急性粒细胞白血病;(3)原发性血小板增多症、巨核细胞性白血病;(4)原发性骨髓纤维化症(髓纤)等^[2]。根据病情缓急,可分为急性和慢性两类,且本组疾病有共同相似病理及临床特点,各病间可互相转化,同时髓样化生可见骨纤、真红,原发性血小板增多症的各病症之中,形成复杂交错的病理变化,为临床诊治带来了困难。

原文考虑“原发性血小板增多症”,有诸多不符。(1)原发性血小板增多症,多数病例以出血为主要表现,该病例以脑血栓形成为表现,从表现症状分析与一般情况不符合。虽然少数病例以血栓为表现,但栓塞多在肢体部位,脑栓塞发病率相对较少,从发病率看,不

太符合。(2)原发性血小板增多症,常伴肝脾肿大,国内病例报道肝肿大较脾肿大常见。该病人首先以脾大为主要特征,后期形成巨脾,体征分析不太符合。(3)原发性血小板增多症病人的血小板计数一般 $>800 \times 10^9/L$,且呈持续性上升,该病例血小板为 $436 \times 10^9/L$ (入院时)和 $586 \times 10^9/L$ (出院时);血清钾一般增高,该病人血清钾为 4.2 mmol/L ,为正常范围,与实验室检查分析不相符。原病案诊断原发性血小板增多症欠合理。

如以“真性红细胞增多症(真红)”解释之,则更切合病情。(1)发病性别和年龄:真红中老年男性发病率高,该病人为65岁男性老人,较为符合。(2)表现症状:真红多以头晕、头痛、头胀、肢体麻木等神经和血液循环系统障碍症状为主,该病人以头晕、左侧肢体麻木、重听为主要症状,与之较符合。(3)血管病变:真红有些病例以脑血栓形成或出血为急性发病,且以脑血栓形成多见。该病例首先以脑血栓形成为主发病(CT证实),较为符合。且真红有血管动脉壁中度增厚,血管壁内皮损害及合并动脉粥样硬化,该病人右侧脑血管弹性欠佳(脑血流图证实),血管病理改变与之相符。(4)体征:真红病人有 $2/3$ 的病例以脾肿大为特征, $1/3 \sim 1/2$ 有轻度、中度肝肿大,后期发展成肝硬化,该病人肝硬化、巨脾(B超证实),体征上与一般情况相符。(5)实验室检查:真红多数血清总蛋白值正常,尿酸增多,常伴有白细胞、血小板计数增高,红细胞计数 $5.9 \times 10^{12}/L$;白细胞常在 $12.0 \times 10^9/L \sim 20.0 \times 10^9/L$ 之间,半数病例血小板在 $450 \times 10^9/L \sim 1000 \times 10^9/L$ 。该病人总蛋白 61 g/L ,尿酸 $497 \mu\text{mol/L}$,白细胞 $14.5 \times 10^9/L$,血小板 $436 \times 10^9/L$ 和 $586 \times 10^9/L$;化验检查与之相符。因而以真红作为诊断较合理。

或许有人要问:第一、真红血红蛋白明显增多,且 $>170 \text{ g/L}$,该病人仅为 132 g/L 。第二、真红病人皮肤及粘膜红紫,尤以颈、颊、耳、唇为著,望之面色红赤,而该病人面色少华,显然不符合诊断条件,这两点又如何解释?

* 安徽省东至县中医院,东至县尧北路迎宾巷(247200)

收稿日期:1998-05-21

真红临床分为早、中、晚 3 期,早期即红细胞及血红蛋白增多期。中期即骨髓纤维化伴髓样化生、骨髓代偿期,此时血红蛋白、红细胞数可降为正常,病人出现正常血色素性贫血,表现为面色少华,实验室检查血红蛋白值正常。但脾脏明显增大,出现骨髓纤维化的血液及骨髓象征。晚期即为贫血期,亦称骨髓衰竭期,少数转化为白血病。综合分析,本病西医诊断为:(1)真性红细胞增多症(骨髓纤维化髓样化生,骨髓代偿期), (2)脑梗塞。当然,最后确诊要靠骨髓穿刺、分析骨髓象方可印证。

2 西医治疗

考虑:(1)造血抑制性药物:环磷酰胺 100~150mg/日,或马利兰及马法兰 2~4mg/日,缓解后可减半剂量维持。用药密切观察周围血象。此外,二溴甘露醇、酞溴烷、三尖杉类酯碱也已试用治疗本病。(2)放射性核素³²P应用:该法效果好,但适用血小板 $>800\times 10^9/L$,或放血后血小板增长过快,及应用骨髓抑制药不见效,而造血、肝肾功能较好的病例^[3]。该病人已到中期,肌酐 147 $\mu\text{mol/L}$,血小板增高不多,应慎重应用。(3)该病抗凝药物:丹参、阿斯匹林、潘生丁等可适当应用,能治疗血栓形成,但要防止大出血。(4)本病例有高尿酸血症,可口服别嘌呤醇,多饮水以利尿酸的排出。

3 中医的认识

“真性红细胞增多症”在中医文献中论述不多,根据文献中相关疾病的少许记载和零星报道的实例,结合中医理论加以分析,会加深对该病的认识。汉·张仲景《金匮要略》载:“阳毒之为病,面赤斑斑如锦纹……升麻鳖甲汤主之”。又述:“阴毒之为病,面目青……升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒主之”。这段描述与真红早期面色红赤及后期面目青紫瘀血积聚非常类似。以升麻鳖甲汤化裁治疗控制中后期转化为血癌及中晚期肝脾肿大有一定效果。可见“阳毒”和“阴毒”与现代医学真性红细胞增多症有某种联系。按叶天士在《温热论》中的所创的卫气营血理论分析真红病当属邪入营血。薛生白在《温热病篇》中论述了邪入营血的治疗用药,“宜犀角、羚羊角、连翘、生地、玄参、钩藤、银花露、鲜菖蒲、至宝丹等味”。现代名医颜德馨认为,“肝阳夹热毒浸淫营血,血热炽盛,以致血呈浓、粘、聚等血瘀之证”^[4],治宜破血消瘀、软坚散结,取得较好的疗效。现代名医唐由君认为系“血瘀兼肝阳上亢之证”^[5],治疗破血活血、清肝泻火,以《备急千金要方》的犀角地黄汤加入清肝泻火破血消瘀之品,疗效颇佳。

笔者认为,其病因为湿热邪毒,病位在肝肾及营血,湿热邪毒久羁下焦,累及肝肾及营血。肝藏血,肾藏精,肾主骨,生髓,髓可生血。一方面,肾受热毒久煎,热毒入髓,故而骨髓造血功能失常。早期热毒熏蒸,骨髓功能亢进,晚期髓枯精竭,骨髓功能衰竭,甚至出现髓癆之症。另一方面,肾受热毒煎熬,则肾精化血功能失常。再者,病犯中焦,则“中焦受气,取汁,变化而赤”的功能失常。热毒煎灼营血日久,而津液亏耗,正如周学海所云“血犹舟也,津液者水也”(《读医随笔》),血中无水,犹水涸舟停,血浓而粘着聚积,导致血瘀停滞而成积聚症瘕。营阴亏损,则肝阳上亢,厥阴风火上逆,甚者可致中风之变。热灼营血,肝不藏血,血热妄行而现出血之症。病久导致阴阳双损之候,古人云:“大虚必有大实”,此时热、毒、痰、瘀四种病理变化仍存,且积聚日久,易成《灵枢·水肿篇》所说:“癖而内著,恶气乃起”的恶候,有些转化为血癌。

4 中医治疗

本病早期多属热毒浸淫、血热炽盛型,治宜凉血活血,清热解毒,用犀角地黄汤合黛蛤散及龙胆泻肝汤化裁。中期多阴虚血瘀、肝阳上亢型,治宜滋阴活血、破瘀散结兼以平肝,以增液汤合颜德馨所拟方^[4]化裁或羚角钩藤汤化裁。后期多肝肾亏虚,髓枯精竭型,治宜滋补肝肾,益精填髓。阴虚者以清骨散合虎潜丸或大补阴丸或知柏地黄丸化裁。阳虚者以金匱肾气丸或右归丸佐肉苁蓉等益精填髓之品。对于后期出现恶变者,可予升麻鳖甲汤主之。

5 结语

综上所述,本病属温病范畴,可诊断为:瘟病(病名有待统一)、中风、积聚。证属热入营血、阴亏血瘀。治宜清营凉血、滋阴破瘀。药用:生地 18g,赤芍 10g,丹皮 10g,生蒲黄 10g,玄参 30g,麦冬 20g,三棱 8g,莪术 8g,水蛭 3g,生牡蛎(先煎)30g,丹参 10g,山楂 15g,甘草 6g。水煎服,每日 1 剂。

6 参考文献

- 1 孙斐,顾振强. 头晕、左侧肢体麻木、巨脾、血小板增高病案. 中医杂志, 1998, 39(4): 231.
- 2 戴自英. 实用内科学(下册)第 8 版. 北京:人民卫生出版社. 1991:1685.
- 3 中华核医学杂志编辑委员会综合. ³²P 治疗真性红细胞增多症 79 例分析. 中华核医学杂志, 1984, 4: 30.
- 4 屠执中. 颜德馨治疗血液病案 3 则. 中医杂志, 1997, 38(5): 273.
- 5 李松林. 唐由君治疗血液病经验. 中医杂志, 1997, 38(11): 625.