

思路与方法

整体观念个体化是血液病治疗的重要法则

梁 冰*

主题词 血液病/中医药疗法 整体观

任何疾病的发生都会产生相应的症状、体征、舌苔、脉象的病理改变及反应疾病本质的功能、实验检测指标的异常变化。中医的“证”恰是疾病不同时期、不同阶段产生的不同的症状、体征的概括,况且还有年龄大小、体质的强弱、兼症的有无等差异。因此在疾病治疗过程中辨证分型不是一成不变,也不能一方到底。我们必须整体观念个体化,把制定总体的治疗规划和特殊治疗结合起来,才能收到既治标又治本、标本兼治的良好治疗效果。

1 整体观念与程序化治疗

中医对疾病的辨证分型,实际上是对疾病发生后不同阶段、不同时期症状、体征、舌苔、脉象的病理变化采用不同辨证方法加以分析。在八纲辨证基础上,外感热病多用六经辨证与卫气营血辨证方法,五脏六腑疾病多用脏腑辨证;四肢关节疾病多用病因辨证;血液病多用气血辨证与脏腑辨证相结合。病种不同,病因、病机、症状、体征差异而决定采用不同辨证方法去分析疾病,治疗疾病。

例如再生障碍性贫血,笔者通过临床观察发现,绝大多数的病人在得病之初对贫血不能耐受,而呈现代偿性机能亢进,出现五心烦热、盗汗、虚烦不眠、小便黄赤、大便干燥、齿鼻出血、皮下紫癜。另外,可以诊见舌质淡白,干而少津,脉弦数或滑数,一派阴虚证表现。辨证为虚劳血虚、肝肾阴虚型,当凉血止血,滋阴补肾,方用大补阴丸合犀角地黄汤加减。特别对虚烦不眠等各类出血,药用桂枝、白芍、生牡蛎、炒枣仁,通过调和营卫,收敛固涩,镇静安神,有较好安眠、止鼻齿衄血、盗汗之功。我们通过对再障病人头发 12 种微量元素分析发现^[1],阴虚型再障微量元素锌、镉、钙、锂、镁缺乏,我们应用含锌量高的羚羊角粉、含钙类丰富的生牡蛎,再加女贞子、旱莲草、黄精、地骨皮、青蒿之类,确能使再

障病人阴虚内热得除,热迫血妄行之齿、鼻衄血亦随之消失。当转入第二阶段阴阳俱虚时,可见时而五心烦热,时而畏寒肢冷,时而自汗,时而盗汗,舌质淡干有改善,脉象由数而缓,由弦大转为弦细,贫血症状虽未纠正但输血间隔时间已延长。此阶段肾阴阳俱虚证出现,治疗上就应该滋阴助阳,滋补肾阴之药与温补肾阳之药并施或交替服用。如治患者刘某某,男性,49 岁。入院血红蛋白 45g/L,白细胞 $0.8 \times 10^9/L$,血小板 $5 \times 10^9/L$,骨髓象增生极度低下,淋巴细胞 0.74,骨髓小粒非造血细胞 $>90\%$,血小板极少见,巨核细胞未见。经过半年治疗,阴虚症状消除进入肾阴阳俱虚证时,大便稀而不实,虚烦不眠,脉象由滑大转为弦细。当温补肾阳与滋补肾阴药同时并施时,病人输血间隔时间逐渐延长,精气神明显好转(病程中 3 次并发严重的蜂窝织炎、阑尾炎、肠道感染均治愈),舌质淡白转红润,脉由弦缓转沉细。当阴虚证已除,只有乏力,偶有畏寒肢冷的肾阳虚见症时,开始转入温补肾阳、填精益髓治疗,此时病人虚能受补,贫血血虚日渐改善。药用参芪仙补汤,方中淫羊藿可协同植物血凝素(PHA)诱导扁桃体单核细胞产生白介素- γ (IL-3),枸杞子多糖可促进 IL-3 产生,进而促进多能造血干细胞的增殖分化,刺激血细胞的产生^[2],病人经系统治疗 1 年余,血红蛋白 150g/L,白细胞 $5.0 \times 10^9/L$,血小板 $80 \times 10^9/L$,已达到临床治愈。

我们看到病人证的转变有规律,初期虚劳血虚,肝肾阴虚,需以滋阴补肾、凉血止血为治疗大法;中期肾阴阳俱虚,需滋补肾阴、温补肾阳;后期肾阳虚,则需填精益髓。脉象的变化也有规律,病初滑、大、数、疾转为顺证的沉、缓、细才是好的现象。其用药规律则是病程的前期(肝肾阴虚期)、中期(肾阴阳俱虚期)、后期(肾阳虚期)、末期(巩固期)用药程序恰好是凉、平、温、热。我们系统治疗的 113 例中有 86% 符合上述转化规律,并给予相应药物。

2 从个体化中寻求规律

治疗慢性再障,我们总结出从滋阴补肾到温补肾阳的规律,但又发现大多数急性再障病人用上述方法

* 河北省廊坊市中医医院,廊坊市银河大街 114 号 (065000)

收稿日期:1998-01-21;修回日期:1998-04-06

治疗,出现补阳热更炽,滋阴血不生,效果并不满意。急性再障发病急、进展快,贫血呈进行性加剧,常伴有严重感染和内脏出血,造血组织迅速广泛破坏,造血功能极度衰竭,病人短期内易死于严重感染或内脏出血。当用常规路子走不通时,必须抛开慢性再障常规化的治疗程序,从祖国医学辨证治疗角度再寻求新的治疗途径。

如一女性病人入院时高烧不退,体温 39.6℃,鼻塞咽痛,扁桃体Ⅱ度肿大,全身广泛紫癜,子宫出血不止,舌苔黄腻,脉洪大数疾。化验检查:血白细胞 $1.1 \times 10^9/L$,血小板 $1.0 \times 10^9/L$,血红蛋白 70g/L(已输血 2800ml);骨髓增生极度低下,淋巴细胞 0.98,粒、红两系未见,巨核细胞未见,血小板极少见。辨证分析:发病急,贫血呈进行性加剧为急劳髓枯;高热,口渴,出血,脉洪大为温热。针对鼻塞咽痛投《济生方》之苍耳子散;热入血分投《千金方》之犀角地黄汤;贫血急剧进展为髓枯精竭,用《卫生宝鉴》三才封髓丹。组成滋阴补肾、凉血解毒之方剂,加输血输液等支持疗法,经过 1 周治疗病人烧退,出血停止。系统治疗 150 天,血红蛋白 12g/L,血白细胞 $5 \times 10^9/L$,血小板 $110 \times 10^9/L$,病人痊愈出院,随访 22 年未复发。我也看到一些急性再障病人,当进入肾阴阳俱虚时,也要滋补肾阴与温补肾阳交替并施。病人张某某,女,38 岁,患急性再障。经滋阴凉血解毒方治疗后,血红蛋白到 70g/L 不再上升时,用温补肾阳与滋补肾阴两法交替运用,每周一、三、五服温补肾阳填精益髓剂,二、四、六服滋阴补肾之方,两个月后血红蛋白升至 110g/L。

我们通过对 19 例急性再障病人粒单系集落形成单位(GM-CFu)培养,发现 79% 病人属细胞体液免疫异常^[3]。目前我们采用流式细胞仪检测急性再障病人 CD₄、CD₈ 及人类白细胞抗原(HLA-DR),发现绝大多数急性再障病人 CD₄/CD₈ 比值倒置,而 HLA-DR 及 CD₈ 明显升高。经滋阴补肾、凉血解毒之方治疗后 CD₄ 明显增高。我们系统治疗急性再障病人 45 例,有效率在 75% 以上^[4]。方中清热凉血解毒药能起到免疫调节剂的作用,而温补肾阳药又能促进 IL-3 诱生,促进造血细胞增殖分裂,人参皂甙和人参总皂甙均有类雄激素促进造血干细胞增殖的效果。我们总结急性再障治疗程序,初期急劳,髓枯温热,需凉血解毒、滋阴补肾;中期急劳,髓枯阴阳俱虚,需滋补肾阴、温补肾阳交替并施;后期急劳,髓枯肾阳虚损,则需温补肾阳、填精益髓,从而达到临床缓解治愈。

3. 整体观念与微观化实验研究

从宏观的临床实践进入微观的实验研究是中医发

展的重要途径。笔者曾用雷公藤治疗红白血病,用药后异常增生的红细胞明显下降,而进一步将雷公藤引伸治疗真性红细胞增多症。如治某男,46 岁,红细胞 $6.80 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 220g/L,血小板 $170 \times 10^9/L$,脾肋下 2cm。当给予雷公藤制剂 2 个月后,血红蛋白 150g/L,脾肋下可触及边缘,病情明显好转。又一男性病人,34 岁,因肾衰尿毒症住院。曾在北京某院诊为溶血性贫血,此次以贫血、尿少、皮肤巩膜黄染住院。血红蛋白 50g/L,血肌酐、尿素氮异常升高。酸化血清溶血试验(Ham's 试验)阳性。诊断为阵发性睡眠性血红蛋白尿(PNH)、肾功能衰竭。给予 PCT(强的松、环磷酰胺、中药)方案,CTX200mg/隔日 1 次,强的松 40mg/日,大黄、生龙牡灌肠,口服补肾利尿活血之品。经系统治疗,不但肾功能得以改善,且血红蛋白上升到 120g/L,Ham's(±)出院。后用此方案治疗 4 例,皆取得满意效果。故骨髓增生明显活跃之 PNH 患者,皆可应用 PCT 治疗。当用常规治疗难度极大而效果不明显时,亦可探讨新的途径并在偶然发现中寻找规律。

曾遇到一急诊病人,突然半身不遂,嘴角流涎,言语蹇涩,当时印象是闭塞性脑血管病,给予大剂量丹参静脉点滴,并予补阳还五汤治疗,3 天后病人症状明显减轻。但 CT 检查证实为脑出血,笔者未改变治疗方案,经 30 天丹参治疗,病人恢复正常出院,未留后遗症。又用此方法治脑出血 10 例,8 例效果满意。故现已成为我院对出血性中风脑血管病的常规治疗方案。另有 1 例为原发性血小板减少性紫癜病人,血象、骨髓象均符合原发性血小板减少性紫癜,而病人有口苦、咽干、目眩、舌质淡红、脉弦之少阳证。经予柴胡木贼汤治疗,病人不但少阳证得除,血小板也上升了。后又用此方治疗 36 例病人,有效率在 86% 以上。这些都在微观实验检测中,把反映疾病本质的客观指标作为诊断依据,诊断明确再用中医整体化辨证方法加以分析,从治疗中寻求规律,找出有效方剂,以便从中筛选有效药物,这样就能达到宏观整体观念和疾病微观化检测结合的目的。

笔者在研究再障舌象病理变化时发现,初发再障病人舌温偏高,支持初期阴虚内热之辨证,舌乳头减少与贫血呈正相关。再障病人镜面舌,支持气血亏虚,舌面 pH 值偏酸性。胃得血而纳谷,肝得血而化,消化机能减退与贫血血虚有关。舌体胖嫩示有水肿,骨髓象呈现大量油滴,非造血细胞增多,而与骨髓病理呈水肿状态相关,治要补肾渗湿。舌面瘀血状态与骨髓微循环障碍相一致,治要补肾活血化瘀。这些微观的实验研究,都使中医对再障的认识更加深化,有助于辨证分型及治

疗方法和药物的选择。再结合造血干细胞培养 GM-CFu 和活化毒性 T 细胞(CTL)及其分泌血调控抑制因子,如干扰素(INF)、肿瘤坏死因子(TNF- α)及巨噬细胞炎症蛋白(MIP-1a 等)测定,运用流式细胞仪对 CD₄、CD₈、HLA-DR、CD₅₆ 检测,不仅探讨发病机理,也对诊断分型客观化,选择用药及疗效考核提供依据。

4 整体观念与标证相合

一种疾病要有系统化的整体治疗方案,也要有相应支持疗法的措施。再障病人并发消化道出血为常见,我们采用常规输血及止血的治疗方法,效果并不满意。用中药四味止血散(蒲黄炭、三七粉、阿胶珠、白及共研细末),藕粉调和加热成糊状,每次 10g,口服 5 次,止血最快 6 小时,最慢 72 小时,曾观察 45 例,有效率为 100%。我们还体会到,让病人尽早进食有利于止血,过去禁食过长,病人营养不足,热量缺乏,出血难以控制。该方法对各类消化道出血均适宜。用三腔管填塞压迫止血失败的病例,用此方法亦可收到良好的效果。

治疗任何疾病,对常规治疗效果不佳的病人,必须

寻求新的途径,从个体化中再寻求规律,藉以提高疗效。还必须把临床与实验研究密切结合起来,注意支持疗法与标本兼顾的关系。另外,病人的精神、意识、思维状态当前是不能用任何手段检测出来的,临床医师要注意患者精神调整,才会有好的治疗效果。

整体观念个体化应贯穿在各种疾病治疗的始终,要注意整体观念的程序化,从中找出规律性认识,整体观念个体化,从偶然中去寻求必然规律,将宏观诊治与微观研究结合起来,藉以提高中医证治水平。

5 参考文献

- 1 王继亮,杨淑莲,陈广垠,等.再生障碍性贫血患者头发微量元素与辨证施治,中医杂志,1992,33(9):47.
- 2 刘清池,梁冰.中药诱生细胞因子研究进展.中医杂志,1997,38(12):748.
- 3 查冠林,梁冰,田洪波.以干细胞培养技术研究急性再生障碍性贫血发病机理.中华医学杂志,1989,69(8):453.
- 4 杨淑莲,梁冰.中药并雄激素治疗急性再生障碍性贫血 45 例临床分析,实用中西医结合杂志,1994,7(11):650.

石氏柴胡细辛汤治疗早期头部内伤的临床观察

李茂才*

头部内伤是由于跌仆、堕坠、碰撞等原因引起的颅脑内伤。包括西医的脑震荡、脑挫裂伤,颅内血肿及脑干损伤,临床比较多见。在骨伤科门诊中,仅次于四肢骨折、脱位。本病起病急、病情危笃,若处理不及时或处理不当,往往导致生命的危险或留下缠绵难愈的后遗症。祖国医学对于头部内伤的辨证治疗,有着丰富的经验值得借鉴,笔者近 10 余年来以石氏柴胡细辛汤为基础方,临床随症加减,对早期头部内伤的治疗取得满意的效果。现将最近的 60 例完整病例,报告如下。

1 临床资料

本组 60 例病例中,男性 52 例,女性 8 例;发病年龄最大 48 岁,最小 9 岁,平均年龄 36 岁。有一时性意识障碍,意识障碍恢复后留有头昏、头痛、呕吐的 36 例,轻度意识障碍超过 5 天的 22 例。意识障碍恢复后再度障碍的 2 例。其中合并头皮血肿的 26 例。合并头皮裂伤的 22 例。合并颅骨骨折的 2 例。

2 治则与方药

方药组成:柴胡 10g,细辛 3g,当归尾 15g,琥珀末(冲)6g,丹参 15g,川芎 5g,泽兰 10g,炙土鳖虫 6g,木通

10g,薄荷(后下)10g,黄连 10g,制半夏 10g。头痛剧烈者,加藁本 10g,蔓荆子 10g,荆芥穗 10g;头晕甚者,加白蒺藜 10g,天麻 10g,茯神 15g;呕吐甚者,加苏梗 6g,姜汁竹茹 10g,紫丁香 6g;头部血肿、耳鼻出血者,加参三七(研吞)3g,茜草炭 10g;耳鸣耳聋者,加磁石(先煎)30g,石菖蒲 5g,五味子 5g;夜寐不安者,加枣仁 10g,夜交藤 30g,合欢皮 10g;头皮裂伤者,先清创缝合,而后服上述中药。

3 治疗结果

本组 60 例病例,其中 48 例剧烈头痛,呕吐等急性症状控制,平均疗程为 10 天,其中最短 5 天,最长 13 天。有 10 例急性症状控制,疗程为半个月。其中 2 例急性症状控制后第 10 天又复发,此病例疗程为 3 周。经口服石氏柴胡细辛汤后,自觉症状均基本消失。

4 讨论

方中当归尾、炙土鳖虫、丹参、川芎、泽兰等散瘀通闭,细辛治头痛,配川芎辛香善升,增强治痛之功;方中柴胡既能疏肝解郁,又能升举阳气,薄荷质轻善升而清利头目。半夏配黄连辛开苦降,以降逆止呕。石氏柴胡细辛汤既有化瘀止痛之功,又有升清降浊之效,加用琥珀以重镇安神,对早期头部内伤确有良效。

* 浙江省萧山市中医院,萧山市育才路(311200)

收稿日期:1998-02-23