

# 陈昭定治疗小儿班替氏综合征经验

侯林毅\* 王春莲\*

主题词 脾功能亢进/中医药疗法 名医经验 @ 陈昭定

班替氏综合征,又称慢性充血性脾大症,是一种原因不明充血性进行性疾病。其临床以慢性进行性脾脏肿大、贫血、白细胞及血小板减少和消化道出血为主要表现,晚期则出现腹水、黄疸、肝功能障碍和肝硬化等症,预后不乐观。北京儿童医院陈昭定主任医师从事儿科临床工作近 40 年,善治小儿疑难杂症,对小儿班替氏综合征的治疗有独到之处,兹整理其经验如下。

## 1 审证求因,强调气滞血瘀、饮食所伤

小儿班替氏综合征表现为腹满、面黄、左肋下痞块(即脾脏肿大)。本病发病隐匿,病程进展缓慢,直至出现消化道症状及脾脏肿大才就诊。本病在中医学属积聚、癖积范畴。积聚发病原因是先因气滞而成聚,日久则血瘀而成积,小儿一般无典型的气滞血瘀的舌脉表现,但根据有痞块形成的症状,证明有气血瘀滞存在。小儿除了气滞血瘀之外,还有其饥饱不知、饮食无节的原因。正如《幼幼集成》所说“唯饮食无节,以渐留滞者,多成癖积,于左肋膈膜之外,此阳明宗气所出之道也,若饥饱无论,饮食叠进,以致阳明胃气一有所逆,则阴寒之气得以乘之,而脾不及化,故余滞未消,而肠外汁沫搏聚不散”。所以气滞血瘀、饮食所伤是小儿患本病的基本原因。

## 2 治病求本,选用三棱、莪术,并调理脾胃

治疗小儿班替氏综合征时应根据气滞、血瘀、食积的病因,结合小儿的生理及病理特点,以活血化瘀、理气消导为主,才能取得治疗的效果。本病以气滞血瘀为发病之根本,故予理气活血为要,选用三棱、莪术。此二药有破血去瘀的功效,主要治疗气滞血瘀所致的症瘕积聚之证。本病还有饮食所伤之因,三棱、莪术还可用于饮食不节、脾运失常所致的食积不化、脘腹胀满之症,所以二药为治疗本病的主药。三棱、莪术活血化瘀的作用比较强,一般小儿科较少选用。选用二药则根据“有是证用是药”。但小儿为稚阴稚阳之体,用药还需固护小儿胃气,除用三棱、莪术外,还选用焦山楂消食积、化瘀滞、健脾胃,白芍养血和营、缓急止痛。焦山楂与白

芍同用,可调其中以耐攻伐。

## 3 组方精当,提倡寒温并用,攻补兼施

治疗组方时,以三棱、莪术为主药,二药均归肝、脾经,有活血破瘀、消积行气的功效;以臣药乳香活血通经、行气散滞,加强三棱、莪术的功效;并用威灵仙、白芷善行通窍之品,以助活血行气之功。考虑小儿为少阳之体,阳常有余,阴常不足,瘀久化热,而且活血行气药大多为辛温之品,更易使阴液耗伤,故用青黛、紫草、赤芍为佐药,活血化瘀,清热凉血;后期还加用黄精,取其滋阴、补益脾气的作用,使正气健运,利于祛邪。

## 4 改变剂型,重视树立信心,缓图渐去

本病初起甚微,人多不觉,待痞块出现,为日积月累由渐而成,故治疗时不应太急,去之亦当有渐。《素问·六元正纪大论篇》说:“大积大聚,其可犯也,衰其大半而止,过则死。”治疗太急则伤正气,正气伤则不能运化,而邪反固,所以要树立信心,争取家长配合,缓图渐去。后期为易于小儿接受服用,改汤剂为丸剂,也是取以丸治缓图之意。临床所见,一般患儿治疗半年或 1 年左右,可收到较好的效果。

## 5 病例介绍

李某某,女,4 岁 8 个月,病案号:296286,于 1999 年 12 月 23 日收入我院病房。主诉:发现脾肿大 2 个半月。患儿平素反复感冒,间断腹胀腹痛,2 个半月前因腹痛在某医院就诊,发现脾肿大,B 超证实为巨脾。患儿无鼻衄、齿衄,无吐血、便血、尿血,无黄疸,但有乏力,纳差。查体:体重 16.5kg,营养中等,无贫血,皮肤无黄疸、皮疹及出血点,浅表淋巴结无肿大,头颅、颈部、胸部、心脏、肺脏及神经系统检查正常。腹部略隆起,腹水征阴性;肝浊音界右 V 肋间,肝右肋下 1cm,剑突下 2cm,边锐质软;脾脏 I 线 15cm,II 线 16cm,III 线 1cm,边锐质中硬,表面光滑。入院后经 B 超、CT 检查均证实脾脏肿大。血液检查:白细胞  $(3.0 \sim 5.4) \times 10^9/L$ ,红细胞  $(4.76 \sim 4.92) \times 10^{12}/L$ ,血红蛋白 120~123g/L,血小板  $(39 \sim 70) \times 10^9/L$ ,肝功能正常。骨穿检查:骨髓增生活跃,粒红比值及形态未见明显异常;巨核细胞分类:原始巨核 5%,幼稚巨核 7%,成熟未释放巨核 63%,成熟释放巨核 18%,裸核 7%,血小板散在。其他化验检查排除了遗传性球形红细胞增多症、肝

(下转第 797 页)

\* 首都医科大学附属北京儿童医院中医科,北京市西城区南礼士路 56 号(100045)

收稿日期:2003-02-17;修回日期:2003-04-17

尤应受到重视:《本乘土》中明指其为“胃汁受劫”、“胃汁之枯”。《不食》中明指其为“胃汁全亏”。《噎膈、反胃》中明论肝肾阴虚为“肝阴胃汁枯”、“肝阴胃汁,枯槁殆尽”。显然,胃阴及其虚的本质具体即是“胃分泌的液质”及其减少等。而肝阴亦为液态物质。该书也径称精液为阴精,《症》中明确指出“劳倦伤气,遗泄伤阴”;《咽喉》中指出“阴气走泄为虚”。《虚劳》中指出“阴下注则遗”,且称精液大泄为“肝肾脏阴大泄”。邵新甫在《温热》门后按:“冬伤于寒,春必病温者,重在冬不藏精也。盖烦劳多欲之人,阴精久耗”,而其所载阴精过度耗泄造成阴虚的病例也很多。如《虚劳》中述一病人“肾阴为遗消烁,龙雷不肯潜伏”。《遗精》中述一病人“阴精走泄,阳失依附,上胃为热”。《淋浊》中述一病人“阴未生成早泄,致阳光易升易降,牙宣衄血,为浊为遗。”显然,阴精过泄等所造成的肾阴虚等,其本质总的说来即是簇集蛋白、乳铁蛋白等诸如此类的液态糖蛋白亏乏等。因此,除常用熟地黄、山药、山茱萸、五味子、枸杞子、莲子等“质重味厚,填补空隙”(《虚劳》)外,叶桂才会用阿胶、龟甲胶、鱼胶、淡菜、猪脊髓、人乳、紫河车等“血肉填阴”(《瘕厥》)。这些皆可增加病体内所亏耗的多量阴精糖蛋白等的合成,故曰“填阴”。

胃阴虚、肾阴虚等的本质却如何会是肿瘤坏死因子(TNF),白细胞介素 1(IL-1)等细胞因子呢?实验和临床研究表明,其生物学活性大幅度的升高倒可能是热证本质的一部分[见中国中西医结合杂志 1999,19(3):267],而正如《温热》中所云,“热伤胃津”,“邪热伤阴”,《咳嗽》中指出的,“久热无有不伤阴液”。TNF、IL-1 等可能对胃液等的分泌,某些糖蛋白的合成有抑制作用,对后者之分解则有促进作用。因此,在一些感染性疾病等,其生物学活性大幅度的持续升高是属邪热、热毒之类,是可导致阴虚证的具体因素,本身却显然绝不即是阴液枯竭。

在阴精过度耗泄等所造成的阴虚病人,于阴精糖蛋白等耗亏之后,TNF 等的生物学活性亦常可随之有升高,此则属阴液亏乏后所生之虚热,而治此法当填阴充液,“莫以见热投凉”(《虚劳》)、“俾精充阳潜”(《遗精》)。

《虚劳》中并指出,“大凡热必伤气”,这可以解释在一些感染性疾病等的病程中或病后气虚证的出现。然而我们同样不能认为“热”即气虚证的本质。何况在全未“中邪”,无“有余客热”的情况下,劳倦以及营养不良、缺氧、情志失调等同样也可以造成气虚证。“劳倦伤气”的机理当是能量透支,氧化磷酸化系统等因之亏损,其酶活性降低,线粒体数目减少等。虚证的发生且往往与“先天质薄”(《调经》)有关,而已知的 Bcl-2 基因缺乏鼠也表现典型的肾虚证候(发育不良、形体小、生殖能力低下等)

是反映出了其本质的——对于虚证,一般不仅不能行基因封闭,相反是应促进一些相应基因的表达,乃至行基因增补。

浙江省衢州市技工学校(324000) 徐建华

## 全息定域选择入药部位

生物体某一部位的特定性状,由于这一部位高活性基因组合的结果,使其在活化程度(包括生物活性物质含量)上表现出与其它部位不同的遗传差异。这种具有不同遗传势的区域性就称为全息定域。全息定域原理应用于中草药入药部位的选择方面,则给出了以某一性状遗传势强(入药成分最富集)的区域组织或部位入药的一般原则。今用叶形全息定域的方法对中草药入药部位的选择作一概括归类,希望能对中草药资源的节约利用有所启示。

根据叶形全息定域,选取有效成分富集的部位入药,为选择确定根、茎、叶或全草等入药提供了依据。按照叶形全息的选择方法,凡叶上部较宽的,其有效成分的含量为地上部分高于地下部分,入药应以地上部分的茎、叶或全草为主。凡叶基部较宽的,其有效成分的含量为地下部分高于地上部分,入药应以地下部分的根或根茎为主。据张承忠等对《中药大辞典》收录的 2719 种中药材的入药部位统计显示,符合叶形全息定域选择的有 2139 种,符合率为 78.68%。对《甘肃中药志》第 1 册收录的中草药统计显示,符合率为 90% 左右,与此相对,对不符合叶形全息定域选择的中草药,按照叶形全息定域的选择方法及试验测定的结果,提出了重新确定入药部位的设想。比如人参,由于其主要滋补成分为人参皂甙,根据人参总皂甙含量测定及叶形全息定域原理推测,其主要入药部位应为地上部分,但传统习惯则是用根,地上部分的茎、叶则弃而不用,这样就造成了人参药材资源的极大浪费。诸如此类情况还有很多,如五加参、常山等药。在中药产业化大力发展的今天,杜绝药材资源的浪费尤为重要。如何利用全息定域原理正确选择入药部位,减少浪费,为中药生产、加工企业指明了节约药源的思路。

全息定域选择入药部位,不但可以扩大中草药用药部位的范围,对合理利用药物资源以及中药资源产业化开发都十分重要,应该引起重视。当然,叶形全息定域选择入药部位还必须结合中草药化学方面的研究成果。叶形的全息划分、叶形与有效成分含量的研究等,也还有待完善,但它的原理已经被现代全息生物学认可,相信它在中草药入药部位的选择和节约资源方面都大有帮助。

宁夏大学农学院医院(750105) 王吉军

(上接第 741 页)

豆状核变性、淋巴瘤、免疫性疾病、感染等所致的脾肿大,最后确诊为班替氏综合征。因患儿出现白细胞、血小板减少等脾功能亢进的表现,建议行脾切除术,因家长拒绝外科手术治疗,转诊中医。

2000 年 1 月 12 日初诊:左肋下痞块,腹痛,纳差,乏力,面色萎黄,神疲,腹略大,脾肋下 9cm,舌质暗红、苔薄白,脉弦数。血小板  $30 \times 10^9/L$ 。辨证为瘀血内结,治以活血化瘀散结。处方:青黛 3g,紫草 9g,乳香 6g,三棱 6g,莪术 6g,威灵仙 6g,赤芍、白芍各 10g,焦山楂

10g,水煎服,20 剂。

2 月 18 日二诊:药后腹痛明显减轻,偶有不适,精神纳食好转,血小板  $90 \times 10^9/L$ ,体重增加。上方去白芍,加黄精 10g,白芷 6g,20 剂。

4 月 5 日三诊:药后腹痛缓解,体重增加 2kg,血小板正常,脾肋下 6cm。再服 10 剂后,制成小丸,每日 2 次,每次 3g。

12 月 20 日四诊:患儿自服中药来一年中未感冒,体重增至 20kg,精神及食欲好,脾缩至肋下 4cm。血常规:白细胞  $6.3 \sim 8.1 \times 10^9/L$ ,血小板正常。