

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.03.006

胡永盛治疗自身免疫性溶血性贫血经验

栗栗*

(长春中医药大学基础医学院, 吉林省长春市净月国家高新技术产业开发区博硕路 1035 号, 130117)

摘要 自身免疫性溶血性贫血是一种由于免疫功能紊乱而导致的获得性溶血性疾病。胡永盛老师认为, 本病的发生是以气血阴阳虚损为本, 伏火内郁为标, 治疗当以补气养血、固护脾胃为法, 配以养阴清热之品。根据病情发展, 血虚较甚时, 常以当归补血汤补气养血; 病情稳定后, 常以四君子汤为主方健运脾胃, 并举验案一则供临床实践参考。

关键词 自身免疫性溶血性贫血; 名医经验; 胡永盛

胡永盛 (1926—), 教授, 首批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 享受国务院政府特殊津贴。从事中医教学和临床 70 余载, 师古而创新, 在继承李东垣以脾胃为本的理论基础上, 提出了“精津一体”和“两天并补, 以脾为主”的理论, 形成了自己的学术思想体系和临证思辨特点, 对中医常见病、疑难病有较深的造诣。

自身免疫性溶血性贫血 (autoimmune hemolytic anemia, AIHA) 是一种由于免疫功能紊乱, 产生自身抗体和 (或) 补体吸附于红细胞表面, 导致红细胞破坏加速而引起的溶血性贫血^[1], 主要以贫血、黄疸为临床表现, 由于其致病原因较难明确, 故常反复发作, 迁延难愈。西医治疗主要采用糖皮质激素、免疫抑制剂、脾切除术等^[2], 但副作用较大。中医学辨证论治治疗本病, 有分期论治模式^[3]、补肾益脾兼活血化瘀法^[4]等。胡永盛教授运用中医辨证思想结合临床经验治疗本病取得了较好的疗效, 现将其经验介绍如下。

1 气血阴阳虚损为本, 伏火内郁为标

自身免疫性溶血性贫血在中医学中无相应病名, 按其临床表现可归为“虚劳”“黄疸”“血虚”“血疸”范畴^[5], 本病的发生多因先天禀赋不足, 加之后天失养, 气血化生乏源, 导致脏腑功能衰退, 气血阴阳不足。由于五脏相关, 气血相生, 阴阳互根, 往往在疾病的发生中相互影响, 一脏受损, 他脏受累, 气虚不能生血, 血虚不能生气, 气虚血虚日久则阴阳俱损, 终至诸虚不足。《脾胃

论·长夏湿热胃困尤甚用清暑益气汤论》云“脾胃既虚, 不能升浮, 为阴火伤其生发之气, 荣血大亏, 荣气伏于地中, 阴火炽盛, 日渐煎熬, 血气亏少。”由于本病反复发作, 迁延难愈, 致脾胃受损, 气虚不运, 阴血伏火, 火热日渐煎熬则血亏。《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》亦云“饮食劳倦所伤, 自汗小便数, 阴火乘土位, 清气不生, 阳道不行, 乃阴血伏火。”脾胃升降失常, 清阳不升, 浊阴不降, 清阳不能宣散, 阴乘阳分, 阳气伏于阴中化火, 则阴血伏火内郁其中^[6], 患者常有烦渴、自汗出、小便清长、大便溏薄、劳则面红耳赤等诸多表现。此外, 胡老师认为, 在疾病治疗中西药糖皮质激素长期应用则又易伤津耗气, 津血同源, 阴血亦亏, 既可使虚热内生, 与伏火相挟, 又可使阴不敛阳, 虚阳浮越, 因此, 本病的发生是以气血阴阳虚损为主, 伏火内郁为标, 由于药物的干预又可致阴阳变化多端。

2 补气养血、固护脾胃为法, 配以养阴清热

《理虚元鉴》云“治虚有三本, 肺、脾、肾是也。”李东垣十分重视人体的元气, 提出“真气又名元气, 乃先身生之精气也, 非胃气不能滋之”。元气充足, 皆由脾胃之气无所伤, 若脾胃受损, 则元气失于充养, 此为疾病发生之根由。胡老师从人体的“元气”出发, 认为脾胃是元气之本, 元气又是健康之本, 强调了脾胃病是内伤疾病本质的思想, 对于五脏功能衰减或异常的病变, 首先要健运脾胃, 脾胃之气恢复, 则上下之气有承顺输转之机, 阴阳水火才能彼此协调。对于血虚之象,

* 通讯方式: sul75@126.com, 13943026509

从中医学“津血同源”“精血同源”的基础上进一步发展,又提出了“精津一体”,指出三者均并属于水,根源于肾,生化于脾胃,临证在针对津、血、精的证候中,往往强调以脾胃为核心,从脾胃论治。所以在本病的治疗上,胡老师仍然秉承其“调补脾胃”的思想,以补气养血、固护脾胃为其基本治疗法则。对于疾病发展过程中产生的“伏火内郁”,脾胃虚弱为其根本核心所在,补益脾胃仍为其治疗关键。《黄帝内经》云“劳者温之,损者益之”,依据李东垣提出的“当加辛温、甘温之剂生阳,阳生则阴长”的治法,采用甘温之法补益脾胃,升发脾阳以除伏火。此外,胡老师特别强调,由于本病患者往往长期应用糖皮质激素,治疗时不能峻补,因阴阳互根互用,补阳伤阴则阳亦不能安守,治疗时当以“清补”为法,在补气养血基础上当固护津液,配以养阴清热之品,使阳有所依,益气阴而除虚热。

3 方选当归补血汤、四君子汤

依据胡老师调补脾胃的思想,结合本病气血阴阳亏损、伏火内郁的病机,采用补气养血、固护脾胃的治疗大法,在临证治疗时主要选用当归补血汤、四君子汤为基本方剂。当归补血汤出自《内外伤辨惑论》,原方治疗劳倦内伤,因劳倦内伤又可损人元气,使脾胃虚衰,则阴血化源不足,阴亏血少,又致阳无所依,浮越于外,阴阳不相维系,故选用本方以黄芪、当归相配,黄芪益元气而消伏火,阳生则阴长,以助当归养血益阴。二药相伍,补气养血之力盛,如此则阴血可徐徐而生,正如张秉成《成方便读》中所言“二味合之,便能阳生阴长,使伤残之血,亦各归其经以自固耳,非区区补血滋腻之药所可同日语也”。针对本病临证上迁延日久、时轻时重、数年不愈的特点,胡老师指出,外在之药力虽能治病无非因势利导,更重要的是提高自身正气,重在“治人”,通过扶正固本,调补气血阴阳,调动人体自主调节能力和祛邪能力,使人体本身平衡阴阳的能力得到提高^[4],则疾病自然向愈。此外,胡老师强调要通过调节脾胃功能,来调节阴阳气血、脏腑经络的生理功能,临证常用四君子汤以固护中土,汪昂《医方集解》认为,此方“气足脾运,饮食倍进,则余脏受荫,而色泽身强矣”。方虽平和,但不偏不倚,属王道之法。两首方剂的选用,均以健运脾胃、滋养元气为根本,既针对气血阴阳虚损之本,又兼顾伏火内郁

之标。临床运用根据病情发展阶段,血虚较甚时,以当归补血汤补气养血;病情稳定后,当扶助正气,使气血生化有源,以四君子汤为主方健运脾胃。

4 典型病例

患者,女,39岁,教师。2014年10月15日初诊。主诉:头晕、乏力,皮肤发黄1月余,加重10余天。患者于2012年体检时出现贫血,血红蛋白(HGB)87g/L,无发热、乏力、心悸等不适,未系统诊治。一年前持续出现头晕、乏力,休息后也不得缓解,无明显诱因出现面色发黄,周身乏力,食欲差,白睛黄染,小便黄赤,并伴有腹痛、呕吐,就诊于当地医院,检查血常规:HGB 61g/L,白细胞(WBC) $5.47 \times 10^9/L$ 。肝功能:总胆红素(TBIL)85.6 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素(IBIL)73.3 $\mu\text{mol/L}$,乳酸脱氢酶(LDH)465 IU/L。B超显示胆囊结石,胆汁淤积,脾大。给予莫西沙星片0.4g,每日1次,治疗1周,未明确溶血原因,未进一步治疗。此后病情急剧加重,极度消瘦,乏力呕吐,头晕头痛,心悸失眠,全身黄染,不能行走,2013年就诊于北京,入院时血常规:HGB 27g/L, WBC $8.56 \times 10^9/L$,血小板(PLT) $249 \times 10^9/L$,肝功能:TBIL 91.6 $\mu\text{mol/L}$,IBIL 81.3 $\mu\text{mol/L}$,LDH 499 IU/L。网织红细胞百分比(RET%)29.61%,抗核糖体抗体(++);骨髓穿刺提示:粒系减低,红系明显增高,以中、晚幼红细胞为主,符合增生性贫血骨髓象。诊断为自身免疫性溶血性贫血,给予甲泼尼龙片80mg/d静脉滴注,并间接输入洗涤红细胞支持治疗,病情稳定后出院。继续给予甲泼尼龙片(美卓乐)80mg/d口服并逐渐减量,但2014年6月减至4mg/d时病情反复,又出现溶血,HGB 74g/L,RET%14.77%,TBIL 39.8 $\mu\text{mol/L}$,IBIL 32.1 $\mu\text{mol/L}$,溶血控制后甲泼尼龙片36mg/d。现头晕乏力,心悸气短,头颈、胸前汗出明显,活动后尤甚,口干口苦,时有耳鸣,手足不温,月经量少、色黑,大便正常,小便略黄,舌淡而干,苔白,边有齿痕,脉细数无力。西医诊断为自身免疫性溶血性贫血,中医诊断为虚劳,辨证为肺脾两虚,气血不足。继续给予激素治疗,同时治以补气养血、健脾益肺,方以当归补血汤加减:黄芪25g,当归15g,砂仁15g,豆蔻15g,炒酸枣仁20g,川贝母15g,沙参15g,石斛40g,山药40g,浮小麦25g,忍冬藤25g,甘草10g。水煎服,一日半1剂,早晚分服,共20剂。

2014 年 11 月 14 日二诊: 患者头晕乏力明显改善, 汗出明显减少, 口干口苦减轻, 但月经量少, 右肋肋下时有胀痛, 舌淡, 舌苔薄白, 脉细数无力。血常规: HGB 79 g/L。加大补气养血之力, 兼疏达肝气, 故原方减豆蔻、川贝母、石斛, 加龙眼肉 20 g, 佛手 20 g, 黄芪增至 40 g。水煎服, 一日半 1 剂, 早晚分服, 共 20 剂。

2014 年 12 月 19 日三诊: 患者服药后汗出明显减少, 耳鸣减轻, 无心悸气短, 仍有头晕, 睡眠欠佳, 饮食尚可, 无口干口苦, 右肋肋下仍有胀痛。复查血常规: HGB 84 g/L, RET% 7.24%, TBIL 25 $\mu\text{mol/L}$, IBIL 19.6 $\mu\text{mol/L}$ 。甲泼尼龙片减至 24 mg/d。仍以前方为主, 去佛手、忍冬藤, 加香附 15 g, 枸杞子 25 g, 山萸肉 20 g, 夜交藤 20 g。水煎服, 一日半 1 剂, 早晚分服, 共 20 剂。

2015 年 1 月 16 日四诊: 患者服药后症状虽有减轻, 但由于正常工作后劳累, 又有汗出, 且伴有足冷、面赤, 傍晚尤甚, 活动或紧张后尤其明显, 甚至满面通红, 饮食、睡眠尚可。由于长期应用激素导致伏火内郁, 故佐以清补之品。处方: 黄芪 25 g, 当归 15 g, 沙参 15 g, 金银花 20 g, 连翘 15 g, 砂仁 15 g, 佛手 20 g, 枸杞子 20 g, 山药 40 g, 山萸肉 20 g, 浮小麦 25 g, 芦根 20 g。水煎服, 一日半 1 剂, 早晚分服, 共 20 剂。

2015 年 2 月 14 日五诊: 服药后汗出减轻, 体力增强, 足冷、面赤减轻, 但仍有头晕, 晨起咽部不适, 手指时有痉挛, 睡眠欠佳, 入睡难, 醒后难以再睡, 饮食尚可。血常规: HGB 92 g/L, RET% 2.81%, TBIL 18.9 $\mu\text{mol/L}$, IBIL 15.4 $\mu\text{mol/L}$, 抗核糖体抗体 (+)。甲泼尼龙片减至 20 mg/d。因患者汗出减少, 但睡眠欠佳, 原方去浮小麦、芦根、沙参, 加酸枣仁 20 g, 夜交藤 20 g, 党参 15 g。水煎服, 一日半 1 剂, 早晚分服, 共 20 剂。

2015 年 3 月 14 日六诊: 服药后头晕乏力、心悸气短均有缓解, 但仍有汗出, 头颈部明显, 时有腹泻、手脚发麻, 舌淡、苔薄白, 脉细弱。处方: 党参 15 g, 茯苓 20 g, 白术 15 g, 黄芪 25 g, 当归 15 g, 龙眼肉 20 g, 连翘 15 g, 金银花 20 g, 豆蔻 15 g, 山萸肉 20 g, 山药 40 g。水煎服, 一日半 1 剂, 早晚分服, 共 20 剂。

2015 年 4 月 18 日七诊: 患者近期汗出明显, 以头颈部尤甚, 腹泻明显减轻, 情绪不佳, 易怒, 晨起手指肿胀, 无心悸气短、头晕乏力, 饮食、睡

眠欠佳。原方去龙眼肉、连翘、金银花, 加川贝母 15 g, 香附 15 g, 枸杞子 25 g, 合欢花 20 g, 黄芪增至 40 g。水煎服, 一日半 1 剂, 早晚分服, 共 20 剂。

2015 年 5 月 16 日八诊: 患者病情稳定, 服药后汗出减轻, 无明显头晕乏力, 体力增强, 时有口干渴, 饮食尚可, 夜寐安, 二便正常, 舌淡、苔薄略干, 脉细。复查血常规: HGB 99 g/L, RET% 1.77%, TBIL 16.6 $\mu\text{mol/L}$, IBIL 13.3 $\mu\text{mol/L}$, 抗核糖体抗体 (+)。甲泼尼龙片减至 12 mg/d。守前方继续巩固治疗, 并缓慢撤减激素。

2015 年 11 月 20 日随访, 血常规: HGB 116 g/L, RET% 1.56%, TBIL 13.3 $\mu\text{mol/L}$, IBIL 10.7 $\mu\text{mol/L}$, 抗核糖体抗体 (+), 因患者拒绝骨髓穿刺, 故骨髓象结果未见。甲泼尼龙片减至 6 mg/d, 病情稳定。

按语: 本病患者素体虚弱, 形体偏瘦, 加之劳倦过度忧思伤脾, 脾肾两亏, 精血乏源, 气血不足, 脉络受损, 治当益气养血, 健脾补肾, 因“有形之血不能速生, 无形之气乃当急固”, 加之患者主诉汗出明显, 故以当归补血汤为主方, 当归补血和营以养已亏之血, 黄芪既可补气以生血, 又可固表以摄纳浮阳。胡老师在治疗疾病时重视调理脾胃之功, 针对五脏功能衰退的病变, 加强扶助脾胃之力, 故以党参、茯苓、山药健运脾胃之气, 同时配伍枸杞子、山萸肉补益肝肾以固本扶正, 又加以连翘、金银花、沙参、芦根、石斛以清热养阴。诸药同用, 溯本求源, 兼顾西药之副作用, 巩固疗效, 促进疾病向愈。

参考文献

- [1] 邵邵凯, 洪文德, 李娟. 临床血液病学 [M]. 北京: 科学出版社, 2002: 300-301.
- [2] 梁晓渊, 林正明. 自身免疫性溶血性贫血研究进展 [J]. 临床血液学杂志, 2015, 28(2): 182-184.
- [3] 徐曼. 姚乃中辨治自身免疫性溶血性贫血验案 1 则 [J]. 上海中医药杂志, 2009, 43(4): 4-5.
- [4] 李柳. 麻柔教授自身免疫性溶血性贫血治验举隅 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(11): 2618-2620.
- [5] 段赞, 李雪松, 夏小军, 等. 贫血性疾病中医病名探讨 [J]. 中医研究, 2014, 27(3): 3-5.
- [6] 文家慈. 阴火即阴中之火刍议 [J]. 中医杂志, 2010, 51(6): 31-33.
- [7] 刘向哲. 扶正固本法在重症中风病恢复期的应用 [J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(5): 611-613.

(下转第 206 页)

(12): 2614-2619.

王建华, 张哲, 肖蕾, 等. 基于主题模型 982 例心脑血管合病患者证候特征研究 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2015, 17(12): 2527-2531.

王建华, 肖蕾, 张哲, 等. 基于复杂系统熵聚类方法研究心脑血管合病证候提取 [J]. 中国卫生统计, 2016, 33(2): 295-297.

袁东超, 李艳娟, 张哲, 等. 基于 Logistic 分析的心脑血管瘀互结证诊断探索 [J]. 中国卫生统计, 2014, 31(2): 312-314.

袁东超, 张哲, 肖蕾, 等. 和血通脉颗粒联合西药治疗心脑血管病瘀互结证 191 例临床观察 [J]. 中医杂志,

2014, 55(8): 661-665.

陈丽娟, 张哲, 肖蕾, 等. 和血通脉颗粒干预心脑血管病(瘀瘀互结证)的研究: 随机、双盲、安慰剂对照试验 [J]. 时珍国医国药, 2015, 26(8): 1945-1949.

孔德昭, 张哲, 王建华, 等. 心脑血管病血压与中医证型及中医四诊症状间的关系 [J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(11): 2409-2413.

王建华, 肖蕾, 张哲, 等. 心脑血管病危险因素的横断面调查 [J]. 中国循证医学杂志, 2014, 14(4): 408-413.

刘光颖, 张哲, 王建华, 等. 心脑血管病证型与相关危险因素的关系研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(9): 1743-1746.

Chinese Medicine Clinical Diagnosis of Cardio-cerebral Disease

LIU Yue¹, ZHANG Zhe², GUAN Xuefeng², XIAO Lei², TIAN Miao², ZHANG Huiyong², WANG Yang², KONG Dezhao², TANG Jing¹, YANG Guanlin¹

(1. Liaoning University of Chinese Medicine, Shenyang, 110032; 2. Affiliated Hospital, Liaoning University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Based on the correction between modern vessel medicine and Chinese medicine cardio-cerebral disease, this article, using the “treating different diseases with the same method” theory, analyzes the concept, etiology, pathogenesis and treatment according to syndrome differentiation. Cardio-cerebral disease belongs to blood vessel diseases in Chinese medicine. The etiology includes five aspects: exogenous pathogenic factors invasion, irregular drinking and eating, emotion out of control, aging and weakness, and overstrain causing internal injury. Pathogenesis mainly includes stagnated Qi and blood circulation, as well as meridian obstruction. In treatment, the syndromes usually include phlegm and stasis entangled with each other, wind and phlegm obstructing collaterals, Qi deficiency and blood stasis, and Qi and Yin deficiency.

Keywords cardio-cerebral disease; blood vessel diseases; phlegm and stasis being entangled with each other; angiopathy; atherosclerosis

(收稿日期: 2016-06-14; 修回日期: 2016-07-27)

编辑: 黄健

(上接第 199 页)

HU Yongsheng's Experience in Treating Autoimmune Hemolytic Anemia

SU Li

(Basic Medical School, Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130117)

ABSTRACT Autoimmune hemolytic anemia is an acquired hemolytic anemia caused by immune dysfunction. HU Yongsheng thinks that this disease occurs with Qi, blood, Yin and Yang deficiency as the root, with concealed fire stagnation inside as the manifestation. Replenishing Qi and nourishing blood, harmonizing stomach and spleen should be taken, combined with herbs for replenishing Yin and removing heat. According to the process of illness, *Danggui Buxue Tang* (当归补血汤) was often applied to nourish blood when blood deficiency is serious; when the medical condition becomes stable, *Sijunzi Tang* (四君子汤) was applied as main formula to strengthen and transport spleen and stomach. One proven case was illustrated for clinical practical reference.

Keywords autoimmune hemolytic anemia; experience of famous doctor; HU Yongsheng

(收稿日期: 2016-07-26; 修回日期: 2016-08-26)

编辑: 柴倩云