

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.13.020

慢性再生障碍性贫血中医辨治体会

万姜维, 刘 锋*

(中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

摘要 介绍单纯应用中医药治疗慢性再生障碍性贫血体会。认为慢性再生障碍性贫血发病机制总属脾肾亏虚, 尤其肾虚更为重要, 并提出其发生与毒邪有关。将慢性再生障碍性贫血分为脾肾阳虚型、肝肾阴虚型、阴阳两虚型、气虚血亏型四型, 治疗上以补肾为中心, 顾护脾胃兼以柔肝养肝, 辨证施以解毒祛瘀。

关键词 慢性再生障碍性贫血; 肾虚; 毒邪

再生障碍性贫血(简称“再障”)是骨髓造血功能衰竭综合征, 其特点为骨髓造血功能低下及全血细胞减少, 主要表现为贫血、出血、感染等。慢性再障属中医学“虚劳”“血虚”范畴。我们在多年的临床实践中, 对慢性再障的中医辨治积累了一定的经验, 现将对本病的认识、诊治思路介绍如下。

1 病因病机

中医学认为, 再障的病因不外乎先天禀赋不足和后天劳倦内伤, 或外邪直中骨髓, 致使精气耗损所致。肾藏精, 主骨生髓, 为先天之本, 肾虚则精少髓空, 血海空虚; 脾主运化, 化气生血, 为后天之本, 脾虚则化生无权, 气血两虚, 因此, 再障的发病机制总属脾肾亏虚, 尤其肾虚更为重要。其中阴虚为本, 是物质基础, 因为阴精是气血化生的基础和源泉, 阴虚精亏则气血化生乏源; 阳虚为标, 是动能消减, 因为阳气是气血化生的动力, 阳虚则鼓动无力。此外, 再障的发生与毒邪有关, 首先毒邪可直接致病, 其次在病程中外邪的入侵常导致病情加重或疾病复发。毒邪耗伤人体精血, 久则成瘀, 旧瘀不去则新血难生, 故毒邪在再障整个病程中起重要作用^[1]。根据再障的病因病机, 本病大体可分为脾肾阳虚型、肝肾阴虚型、阴阳两虚型、气虚血亏型四型, 并特别强调证型处于动态变化之中, 可以相互转变, 证型更主要的是反映疾病的严重程度。病情较重者病初多以阴虚为主, 经过治疗之后则阳虚凸显; 病情较轻者常以阳虚为主, 或表

现为阴阳两虚, 若治疗不得当仍可转变为以阴虚为主的表现。

2 治疗

2.1 以补肾为中心

肾藏精, 主生长发育和生殖。精, 即构成人体和维持人体生长发育及各种功能的基本物质。肾主藏精, 主要是指肾对于精气具有闭藏作用, 如《素问·六节藏象论》曰“肾者主蛰, 封藏之本, 精之处也”。肾虚则精气不藏, 逐渐衰减而气血生化运行无力, 生长发育受阻。肾主骨、生髓, 肾主藏精, 精能生髓, 肾精与髓关系密切, 而髓亦可以化血, 肾精充盛, 骨髓生化有源, 气血亦得以化生, 正如《素问·生气通天论》所云“骨髓兼顾, 气血皆从”。肾为水火之宅, 寓真阴而含真阳, 五脏六腑之阴, 非肾阴不能滋养; 五脏六腑之阳, 非肾阳不能温煦。肾阴和肾阳二者相互制约、相互依存、相互为用, 共同维持着人体生理上的动态平衡。根据以上理论, 再障治疗应以补肾为中心, 而补肾须阴阳并补, 且应遵循阴阳互根理论, 阴中求阳, 阳中求阴, 正所谓“孤阴不生, 独阳不长。善补阳者, 必阴中求阳, 则阳得阴助而化生无穷; 善补阴者, 必阳中求阴, 则阴得阳助而源泉不竭”。

从整个再障病程来看, 初期应滋阴为主, 兼以补阳, 中后期则阴阳同补, 不可偏废。从再障临床表现严重程度来看, 伴出血者多为阴虚, 故急当滋阴为重, 阴精得补则气血生化有源, 辅以补阳, 使气血生化有力, 鼓动有权, 必要时兼以活血祛瘀、收敛止血; 如无明显出血者, 则滋阴补阳并重, 相

* 通讯作者: wanjiangwei@qq@163.com, 15811103010

辅相成，以达气血快速生化之目的。偏阴虚者，多用左归饮和大菟丝子饮加减；偏阳虚者，多用右归饮和大菟丝子饮加减；阴阳两虚、气虚血亏者多用金匱肾气丸和当归补血汤加减。

2.2 顾护脾胃

脾主运化，胃主受纳，机体必需依赖脾胃的运化才能把饮食水谷转化为被人体利用的精微，同时也要依赖脾气的转输，将这些精微输送至各脏腑器官，使其发挥正常生理功能。脾运化水谷的功能全赖于脾气，脾气足、脾胃强健有利于水谷精微的吸收，为化生精、气、血、津液提供足够的支持。因此，脾胃之气的顾护在再障的治疗中有着至关重要的作用，且脾为健则气血生化有源，精气得以充养五脏六腑，更有利于药物的吸收及输布。顾护脾胃应特别注意二者的生理特性，即“胃为阳明燥土，属阳，喜燥恶湿；脾为太阴湿土，属阴，喜润恶燥”，在补的过程中应以平补阴阳为主，以缓补为要，切不可峻补。临床常以四君子汤为基础来调节脾胃。

2.3 兼以柔肝疏肝

肝主疏泄，脾主运化，肝与脾的生理联系主要表现在疏泄与运化相互为用、藏血与统血的相互协调。肝主疏泄，协调脾胃升降并疏利胆汁，促进脾胃对饮食物的消化及对精微的吸收和转输功能；若肝失疏泄，气机郁滞，易致脾失健运，肝脾不调，气血生化受阻。肝主藏血，脾主生血、统血，肝脾相互协作，共同维持血液的正常运行。肝血充足，藏泄有度，血量得以正常调节，气血才能运行畅通。临床上，肝不藏血常与脾不统血并见，即“藏统失司”，出现各种出血证候。肝主疏泄，肾主封藏，肝与肾的关系主要体现在阴液互养、精血互生、同寄相火、藏泄互用四个方面。简言之，即肝肾同源，精血同源。肝脏与脾肾二脏密不可分，而肝为刚脏，体阴而用阳，性喜条达而恶抑郁，故再障治疗过程中，平补脾肾固然重要，但如果注重柔肝疏肝，将致前功尽弃或久用不效。临床常用白芍滋阴养血柔肝；川芎乃血中之气药，具辛散、解郁、通达之功，为疏肝良药。

2.4 辨证施以解毒祛瘀

临床部分再障患者的发病与毒邪关系密切，遵循古之“邪之所盛则为毒”，此处毒邪泛指一切毒邪，包括热毒、火毒、饮食之毒等内毒，日常生活中的物理（如射线）、化学（如药物）等外毒。故再障的治疗在施以上述治法的同时应注重清热化痰

解毒之法的应用，临证常在平补脾肾、柔肝疏肝基础上酌加蒲公英、连翘等清热解毒之品。

中医学认为，久病则瘀，且易形成瘀滞、气滞血瘀的恶性循环。经脉以通为要，瘀血阻于经脉，则血液失于畅行，受阻部位得不到血液的濡养滋润，势必导致相应脏腑功能异常，影响新血的形成，故“瘀血不去，新血不生”^[4]。因此，对于病程较长、用滋补法治疗效果不显著、无明显出血倾向且有瘀血症状和体征的患者，在前法的基础上应适当加入活血化瘀药物，如当归、川芎、丹参、益母草等。

3 验案举例

例 1：患者，女，14 岁。2008 年 1 月因乏力明显至当地医院查血常规：白细胞（WBC） $3.73 \times 10^9/L$ ，血红蛋白（Hb） $90 g/L$ ，血小板（PLT） $38 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞绝对值（Neu） $0.92 \times 10^9/L$ ，网织红细胞占成熟红细胞百分比（Ret%） 2.4% 。自身抗体谱筛查、狼疮五项、感染疾病筛查、贫血筛查、肝肾功能均正常。骨髓穿刺示：骨髓增生 V 级，粒系 32%，红系 8%，G/E = 4/1，淋巴细胞 54%，可见浆细胞，全片未见巨核细胞。骨髓活组织检查示：造血容量 25%，Gomori（±），淋巴细胞相对增生，浆细胞散在易见。全片见 1 个巨核细胞。脂肪组织增生。染色体：46XX。粒细胞、红细胞 CD55、CD59 阴性细胞比例正常。于 2008 年 2 月 2 日就诊于我院门诊。血常规：WBC $3.98 \times 10^9/L$ ，Hb $90 g/L$ ，PLT $39 \times 10^9/L$ ，Neu $1.32 \times 10^9/L$ ，Ret% 2.4% 。症见：面色淡、无出血，乏力，神疲倦怠，腰膝酸软，易汗出，纳可，大便稀溏，小便正常。舌质淡、苔薄白，脉弦细。西医诊断：再生障碍性贫血。中医诊断：虚劳（脾肾阳虚，气血两亏）。处方：黄芪 20 g，当归 12 g，补骨脂 12 g，菟丝子 12 g，熟地黄 15 g，枸杞子 15 g，白芍 15 g，何首乌 15 g，淫羊藿 12 g，巴戟天 12 g，锁阳 12 g，太子参 20 g，白术 12 g，紫河车 15 g，水煎服，每日 1 剂，每日 2 次。治疗最初 1 个月内血细胞计数仍持续下降，WBC 最低至 $3.0 \times 10^9/L$ ，Hb 最低至 $46 g/L$ ，PLT 最低至 $27 \times 10^9/L$ ，Neu 最低至 $0.73 \times 10^9/L$ ，Ret% 最低至 0.1% ，继续坚持单纯初诊方药治疗。2008 年 3 月血细胞计数逐渐恢复到就诊时水平。自 2008 年 5 月血细胞计数较就诊时逐步上升，2008 年 7 月 14 日复查血常规：WBC $4.18 \times 10^9/L$ ，Hb $102 g/L$ ，PLT $54 \times 10^9/L$ ，

Neu $1.67 \times 10^9/L$, Ret% 3.26%, 无特殊不适, 效不更方。至治疗 6 个月时除 PLT 外, 余血细胞计数已基本正常, 未见任何药物不良反应, 且患者体力恢复, 无特殊临床症状, 皮肤黏膜无出血, 正常生活学习。随访至 2013 年 6 月 29 日, 血常规: WBC $4.47 \times 10^9/L$, Hb 128 g/L, PLT $49 \times 10^9/L$, Neu $1.96 \times 10^9/L$, 无特殊不适。

例 2: 患者, 女, 19 岁。2002 年因经常性鼻衄至当地医院查血常规: WBC $3.9 \times 10^9/L$, Hb 101 g/L, PLT $43 \times 10^9/L$ 。骨髓穿刺示: 骨髓增生极度减低, 粒系占 32%, 红系占 5%, 淋巴细胞占 63%, 全片未见巨核细胞。诊断: 再生障碍性贫血。在当地以中药治疗为主。2008 年 5 月初因血细胞计数持续下降至北京某医院复查骨髓穿刺示: 骨髓增生 IV 级, 粒系占 37%, 红系占 15%, 淋巴细胞占 39%, 单核细胞占 7%, 浆细胞占 2%, 全片仅见 3 个颗粒巨核细胞。活组织检查示: 造血组织容量 32%, 骨小梁间区红系、粒系可见灶性分布。全片见 2 个巨核细胞。Gomori (+)。染色体: 46XX。抗心磷脂抗体阴性。诊断: 再生障碍性贫血。于 2008 年 5 月 13 日至我院门诊就诊。WBC $3.31 \times 10^9/L$, Hb 104 g/L, PLT $50 \times 10^9/L$, Neu $1.75 \times 10^9/L$ 。症见: 乏力, 头晕, 腰酸腿痛, 偶有口腔溃疡, 舌质淡、苔白, 脉弦细。中医诊断: 虚劳 (肝肾阴虚证)。处方: 黄芪 20 g, 当归 15 g, 补骨脂 15 g, 菟丝子 15 g, 熟地黄 15 g, 白芍 15 g, 枸杞子 15 g, 制何首乌 15 g, 紫河车 15 g, 淫羊藿 15 g, 巴戟天 12 g, 锁阳 15 g, 太子参 15 g。乏力、头晕、腰背酸痛、畏寒等气虚、阳虚症状较重时, 酌加仙茅、肉苁蓉、炮附片加大补肾助阳之力; 皮肤瘀斑瘀点、齿衄、鼻衄时, 加仙鹤草收敛止血; 月经量大、经期不调、痛经时加益母草、卷柏活血祛瘀、调经止血。未加用任何西药。最初 6 个月内血细胞计数上升不显, 甚至轻度下降, 治疗 6 个月

后血细胞计数逐渐上升并趋于稳定。其中 WBC、RBC、Hb 已长期处于正常水平, PLT 虽未能升至正常, 但是近 3 年内波动于 $57 \sim 83 \times 10^9/L$ 之间。患者月经逐渐恢复正常, 于 2013 年 8 月暂停服中药准备妊娠, 并于 2013 年 11 月妊娠, 查血常规: WBC $4.59 \times 10^9/L$, Hb 132 g/L, PLT $79 \times 10^9/L$, Neu $2.11 \times 10^9/L$ 。至 2014 年 3 月就诊时已妊娠 5 月余, 各项孕期检查均正常, 血常规: WBC $5.81 \times 10^9/L$, Hb 92 g/L, PLT $57 \times 10^9/L$, Neu $2.98 \times 10^9/L$, 患者无特殊不适, 皮肤黏膜无出血, 正常生活工作。

4 小结

单纯中药治疗再障疗效确切。一般而言, 患者服药初期血细胞计数不稳定甚至下降, 至治疗 3 个月血细胞计数及临床症状逐渐改善并恢复正常, 最快 6 个月内血细胞计数可基本恢复正常 (除 PLT 外)。临床中并未发现患者服上述中药后有肝肾功能损害等不良反应, 证明中药在治疗再障方面有副作用小的独特优势。因此, 对于西医治疗效差、无效或不能耐受或不愿接受西药治疗的慢性再障患者, 中医药是可信的途径。然而总体来讲, 西药见效相对较快, 对感染、出血等并发症有独特的优势; 中药见效虽然缓慢, 但作用持久, 中西医结合取长补短、优势互补, 近期可提高疗效, 远期可降低复发率, 治疗再障效果会更好。

参考文献

- [1] 赵新广, 刘丹卓. 再生障碍性贫血的中医发病新思维 [J]. 贵阳中医学院学报, 2001, 23(4): 4-6.
- [2] 陈乐, 杨文海, 杨文元, 等. 从肾虚络瘀热毒论治急性再生障碍性贫血 [J]. 中医杂志, 2014, 55(16): 1427-1428.

(收稿日期: 2014-08-15; 修回日期: 2014-09-24)

编辑: 洪 澍

• 信息窗 •

《中医杂志》获中国科协精品科技期刊工程第四期项目资助

为更好地发挥精品期刊在引领自主创新、服务科技发展中的作用, 中国科协按照“以奖促建”的原则, 通过以奖代补方式, 重点培育一批在本学科和专业领域内有较强影响力和辐射力的精品科技期刊, 发挥示范引领作用, 吸引和带动更多社会力量加强对科技期刊的支持, 以促进我国科技期刊整体质量和水平的提高。项目经过自主申报、专家评审和公示, 确定了 2015 年度中国科协精品科技期刊工程科技期刊培育计划入选项目 199 项。《中医杂志》获得该项目资助, 将促进学术质量和影响力的进一步提升。