

“和法”方药辨治血液病经验

李 达* 陈 瑶

(广东省中医院血液科, 广州市大德路 111 号, 510120)

* 通讯作者: lidahys@163.com, (020)81887233 转 34930

[摘 要] 介绍中医“和法”方药在血液病中的运用经验, 并以骨髓移植相关并发症、血小板减少性紫癜、血液肿瘤等具体病例探讨其应用方药及治疗经验。

[关键词] 血液病; 中医疗法; 和法

多年来我们在辨证施治基础上, 探索“和法”方药治疗血液病, 尤其是新的领域, 如骨髓移植及其相关并发症、难治性血液肿瘤、难治复发与激素依赖性紫癜等, 现将临证心得介绍如下。

1 骨髓移植相关并发症

骨髓移植相关并发症的良好防治是移植成功与否的关键。移植前的预处理施以放疗、化疗等以清除患者骨髓(简称“清髓”)与免疫系统, 常见不良反应有: 胃肠反应、肝静脉闭塞综合征、清髓后血象之显著降低等等。预处理所致造血、免疫清除的中医认识: 放化疗系温毒、药毒类邪毒, 极度伤及与精、血相关脏腑, 诸如肾、肝、脾(胃、肠)等, “肾藏精, 主骨生髓”, “肝藏血, 主疏泄”, “脾统血, 主运化”; 又“肾为先天之本, 精血生化之源”, “脾为后天之本, 气血生化之源”, 预处理所致“肾”失生髓而骨髓枯竭、精血劳伤, 即“清髓”状态; 脾失化生、胃失和降则气血亏虚, 肠胃不和等; 造血“清除”而精血不足, 肝肾亏虚, 肝乃“体阴而用阳”, 体阴亏虚, 用阳失司, 则肝失疏泄, 除肾虚外, 常见肝郁脾虚, 肝脾不和, 胃肠失调, 机体处于因虚而致“失和”状态。故此预处理结果之一是温毒、药毒邪毒以毒攻毒, 获杀伤骨髓中肿瘤细胞之效而疗疾, 之二则是毒邪伤正所致劳损与失和。

依中医理论对造血干细胞移植的诠释, 结合临床证候, 探讨其病机本质乃邪毒伤正, 进而失和; 为谋以脏补脏, 使异己之物(供者造血干细胞, 即移植物)更好嵌入, 而达补益虚损之效, 此时需要调和异己, 何况清髓有望精血有形之品填补, 而失和态势则需调理, 自拟调和肝脾方予以介入造血干细胞移植过程施治, 以期提高疗效。调和肝脾方以小柴胡汤为主化裁而成, 小柴胡汤源于张仲景《伤寒论》, 其功效在于和解少阳、扶正祛邪、和胃降逆, 是和解剂的代表方剂。临床应用, 常常联合平胃散, 或六君子汤加减, 共奏疏肝和解、健脾和胃之效。

例 1: 张某, 男, 44 岁, 2008 年 4 月发病, 确诊为多发性骨髓瘤 IgA 型 III 期 A 组。2008 年 10 月行(长春新碱+阿霉素+地塞米松)联合环磷酰胺(VAD+CTX)方案动员化疗, 11 月 7 日惠尔血(G-CSF)动员, 11 月 12 日采集造血干细胞并于当晚行自消安+阿糖胞苷+环磷酰胺联合全身放疗(Bucy+TBI)预处理, 11 月 15 日回输干细胞。移植后第 9 天造血重建。移植后第 17 天, 患者血小板下降; 移植后第 18 天, 发热, 体温 38.3℃, 伴恶心、腹胀、纳差、厌油, 呕吐胃内容物 3 次。查体: 腹部稍膨隆, 肝肋下 2cm, 余(-)。血象: 白细胞 $6.96 \times 10^9/L$, 血红蛋白 82g/L, 血小板(PLT) $21 \times 10^9/L$, 肝功能: 丙氨酸氨基转移酶 1514U/L, 天冬氨酸氨基转移酶 1724U/L, 谷氨酰转肽酶 112U/L, 总胆红素 28.7mmol/L, 直接胆红素 16.1mmol/L, 彩超: 肝脏明显肿大, 肝静脉变细, 其内血流通畅, 门静脉扩张并呈反向血流, 肝动脉血流速度明显加快, 脾稍大, 胰未见异常, 腹腔少量积液; 排除右心衰、药物性肝损伤等。诊断: 移植相关性肝静脉闭塞综合征。予以护肝、降酶等治疗, 转氨酶、胆红素逐渐下降; 移植后第 27 天, 仍呈腹胀如鼓, 阵发疼痛, 伴面色晦暗, 倦怠乏力, 胸胁胀满, 纳眠差, 舌淡暗、苔微黄腻, 脉弦细略滑。中医诊断: 臌胀(肝胃不和、气滞血瘀); 中医治法: 疏肝和胃、行气活血, 以柴平汤加减: 柴胡 10g, 黄芩 10g, 法半夏 10g, 太子参 15g, 蒲公英 10g, 苍术 10g, 石菖蒲 10g, 厚朴 10g, 枳实 10g, 佛手 10g, 丹参 20g, 甘草 5g, 每日 1 剂, 水煎服。服 1 剂后腹胀减轻, 6 剂后症状消失。

2 血小板减少性紫癜

我们秉承梁冰老师从肝胆郁火论治经验^[1], 并深刻领会薛伯寿老师“和法”^[2]辨治内科杂病治法, 不断实践, 逐渐摸索出调和肝脾之调肝扶脾法辨治本病, 调和肝脾法临证不但施治于初治、慢性者, 对于激素依赖与难治复发(甚至脾切除亦无效)患者,

亦有良好效果。

肝脾与紫癜的发生密切相关,肝者,主疏泄,乃藏血之脏;脾主运化,乃统血之脏,肝脾调和,则血藏于肝,统于脾,气血调达,血循脉中。此类患者或久治不愈,或反复发作,或激素依赖,以及对血小板显著降低而易于招致危险之担心,诸多因素使得疾病迁延,病患常呈肝郁之态势,因此,提出久病必有郁的观点^[3]。此外,临床所见以女性居多,而女性患者又多情志病变,更加突显肝在病机中的重要性;血小板计数减少,常呈倦怠乏力症状,属于虚劳、血虚范畴,辨识当为脾虚之象,肝脾不和构成本病基本病机,奠定了调和肝脾的辨病治法,而以调肝为主,扶脾为辅。

自拟的怡癥饮系调肝扶脾之“和法”,针对此类患者激素依赖,病久难治,治疗重在调肝,予以疏肝、清肝、柔肝、益肝等法,辅以扶脾施治。方中柴胡、黄芩疏肝清热,商陆清肝凉血,白芍柔肝调血,半夏调和肝胃(脾),黄芪健脾益气,甘草调和诸药。全方具有和解疏肝、清肝凉血、健脾益气等功效。进而结合临床辨证,据病之兼杂变证,灵活化裁,随症加减。随着病机演变,衍生出肝郁化火,血热而迫血妄行;或肝肾亏虚,肝失疏泄,郁火伤阴,而阴虚滋生内热;或肝木乘脾土,即呈肝郁脾虚,脾虚失于统摄;或肝郁气滞,气滞血瘀,瘀血阻络。故此,或因火热,或因脾虚,或因阴虚,或因血瘀等均可导致血溢脉外,发生血证诸候。上述病机演变及其呈现的证候,在调肝扶脾辨病治疗基础上,随症加减清热凉血、滋阴凉血、健脾益气、活血化瘀等辨证施治,常获佳效。

例2:罗某,女,25岁。1991年因双下肢瘀点瘀斑,血象检查示血小板减少,外院诊断为特发性血小板减少性紫癜(ITP),经 γ 球蛋白冲击治疗后PLT恢复正常;2004年及2008年出现病情复发,经糖皮质激素(具体用药用法不详)治疗后,PLT恢复正常,但其后间断反复,2010年5月,再次出现下肢瘀点瘀斑,复查PLT $5 \times 10^9/L$,入住广东佛山市某医院。复查骨髓等相关检查,符合ITP,给予激素治疗可以缓解,但其后1年间,难以减撤激素,呈激素依赖状态。症见:久服激素,面呈满月,易于倦怠,散在紫癜,性情抑郁,纳眠欠佳,大便不实,舌象暗红、苔微黄腻,脉象沉细。西医诊断:激素依赖性ITP;中医辨证为肝郁脾虚、湿瘀内蕴,在激素继续治疗基础上,拟调肝扶脾方(怡癥饮)加减:柴胡10g,黄芩15g,法半夏10g,黄芪25g,青黛10g(包煎),白芍30g,赤芍10g,牡丹皮10g,知母10g,卷柏30g,牛膝10g,甘草10g,水煎服,每日1剂。用药半个月,PLT由依赖激

素状态的 $(35 \sim 50) \times 10^9/L$,逐渐提升至 $(70 \sim 80) \times 10^9/L$,随后每周递减半粒激素,并逐渐减撤,PLT保持稳定 $(80 \sim 100) \times 10^9/L$,怡癥饮调治2个月,激素减撤完全,PLT $(100 \sim 125) \times 10^9/L$ 。目前已停用激素及中药治疗3个月余,间断门诊随访,PLT计数正常,未再出现皮肤瘀点瘀斑及出血倾向。

3 血液肿瘤

血液肿瘤常见急、慢性白血病,多发性骨髓瘤,恶性淋巴瘤等,其病因病机乃因毒致病,因病致虚。此类患者之正气不易完全恢复,而邪毒实难祛除,治疗应促使正气恢复一定程度而足以抵御邪毒损伤机体,才有望改善患者正虚证候以提高生活质量,抵御、消减邪毒而减缓甚至阻滞癌瘤的浸润及其进行性增殖,求其机体内一定范围的亚平衡。我们学习方和谦先生^[4]和以扶正、解以祛邪的经验,在临证中施以益气养阴、解毒抗癌,益肾活血与健脾涤痰等基础上,辅以和解之柴胡类方药,诸如柴胡、黄芩、半夏、青蒿等药味,获得较好效果,以期正邪平和,不致疾病进展。

例3:练某,男性,64岁,广东东莞市某医院确诊骨髓增生异常综合征转化的急性髓系白血病(MDS post AML),在当地联合化疗2个疗程未获缓解,骨髓象提示原始细胞仍高于20%。来诊症见:面色少华,倦怠乏力,纳食欠佳,间或紫癜,口干头晕,舌淡暗、苔微黄腻,脉弦细略滑。辨为:气阴两虚,邪毒内蕴,施以益气养阴、解毒抗癌方药:黄芪25g,女贞子10g,天冬15g,补骨脂25g,仙鹤草30g,石菖蒲10g,厚朴10g,薏苡仁20g,甘草10g,水煎服,每日1剂,治疗2周后,乏力、倦怠、纳差等改善,血象改善不明显,上方加减:柴胡10g,黄芩20g,仙鹤草100g,连续服药4周,复查血象,PLT由 $25 \times 10^9/L$ 升至 $75 \times 10^9/L$,不伴发热、出血及骨痛等,病情稳定。再服上方4周,复查血象PLT恢复至 $115 \times 10^9/L$,复查骨髓象提示原始细胞6%,获得部分缓解,目前仍在治疗中。

参考文献

- [1]梁冰,杨淑莲,孙玉桃,等.柴胡木贼汤为主治疗32例原发性血小板减少性紫癜证[J].上海中医药杂志,1988,33(8):9.
- [2]薛燕星,吴深涛,张瑞君,等.薛伯寿教授运用和解分消兼融法临证菁[J].世界中西医结合杂志,2007,2(2):65-67.
- [3]苏冬青,李达.李达教授治疗特发性血小板减少性紫癜经验[J].辽宁中医药大学学报,2009,1(11):97-98.
- [4]李文泉,范春琦,权红,等.方和谦学术思想研究[J].中医杂志,2010,51(6):491-494.

(收稿日期:2011-10-13;修回日期:2012-01-16)

[编辑:洪涛]