

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.01.016

透热转气治法在血热型原发性血小板减少症治疗中的应用

黎诗婷¹, 韩滋芸¹, 代喜平²✉

1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东省广州市白云区机场路12号, 510405; 2. 广东省中医院

[摘要] 原发性免疫性血小板减少症属于中医学“紫癜病”范畴, 血热型为该病的主要证候类型。从卫气营血辨证角度, 认为血热型原发性免疫性血小板减少症热盛动血与温热病的营血分证在病因病机及临证表现方面有相通之处, 故可基于叶桂的“透热转气”营分证治则指导血热型原发性免疫性血小板减少症的治疗; 具体治法除清营泄热、凉血止血外, 还须结合轻宣畅达、透邪热以出于卫气, 解郁消瘀、调理气血以致冲和, 养正复元、燮理阴阳以趋于平秘等, 方剂可分别选用银翘散、丹栀逍遥散、桃核承气汤、炙甘草汤之类。

[关键词] 原发性免疫性血小板减少症; 紫癜病; 血热; 透热转气; 卫气营血辨证

原发性免疫性血小板减少症 (primary immune thrombocytopenia, ITP) 是一种常见的获得性免疫介导的出血性疾病, 目前认为主要发病机制是患者对自身抗原的免疫耐受, 导致血小板破坏增多和巨核细胞生成障碍。现代医学主要采用糖皮质激素、丙种免疫球蛋白、促血小板生成药物、CD20单抗、免疫抑制剂等进行治疗^[1], 但存在疗效有限、疾病易于复发或患者耐药、需要长期用药以维持疗效、不良反应较多等问题^[2]。2008年“常见血液病中医病名专题讨论会”将ITP的中医病名定为“紫癜病”, 此后该病名成为了血液病中医临床对ITP病名的共识^[3-5]。运用中医药治疗ITP不良反应少, 并已在促进血小板恢复、出血症状好转等方面取得了较好疗效^[6-8], 为临床中医药治疗ITP提供了实践证明。本文从卫气营血辨证角度, 借鉴近现代医家对于“透热转气”在临床中的应用及其理论拓展, 探析此法运用于ITP临床主要证型血热型的治疗。现报告如下。

1 透热转气治法的理论渊源

“透”, 《易·系辞》谓之“往来不穷, 谓之通”, 意为通畅、排除阻碍; “转”, 《说文解字》注为

“运也”, 即转运之意。“透热转气”表意为排除阻碍, 使入营之热得以外透气分。透热转气之法始见于叶桂《温热论》, 即“入营犹可透热转气, 如犀角、玄参、羚羊角等物”。犀角、玄参、羚羊角性味咸寒, 可直入营分清热毒, 而且玄参还可滋阴, 但三者并不能直接透热转气。结合原文中其他内容, 如言若夹杂风热内陷、有形之湿热、食滞不化、痰阻血瘀等阻碍营卫气机者应如何通畅气机, 由此可认为叶桂提出透热转气之法治治疗营分证并非在清泄营热的基础上配伍清轻宣透的药物, 而是根据造成卫气营血之间气机不畅的原因论治, 即通过兼顾祛痰、化瘀、益气、消滞等以通畅气机, 引余热外出从表而解, 气血调达, 则人体阴阳趋于平秘而病愈。

2 透热转气治法的历代发展

叶桂以后的温病学家进一步论述和发展了透热转气理论。吴塘继前人之学, 创清营汤作为治疗热邪入营、劫伤营阴的代表方剂, 方中金银花、连翘、竹叶心均为轻清宣透之品, 在直清营分热的基础上, 引部分余热转出气分而解, 体现了透热转气的治则。章楠在《医门棒喝》中注解“透热转气”云: “故虽入营, 犹可开达, 转出气分而解”, 认为可用开达之法排除卫气营血间的障碍而宣畅气机, 达到使营热转出气分而解的目的。王孟英在《温热

基金项目: 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2018]134号)

✉ 通讯作者: dxiping70@126.com

经纬》中提到：“病虽在血（营），治宜清气为先。气得展布，热象必露”，指出透热转气治法是针对病邪在营分阶段，应先清气分热，气机通畅，则营分热可外显。柳宝诒在《温热逢源》中论治热陷心包时指出：“凡遇此等重证，第一先为热邪寻出路，如在经者，从斑汗解，在腑者，从二便出是也”，提示为热邪寻出路，排除造成气机不畅的障碍，宣通气机，才能引心包之热外达。吴锡璜《中西温热串解》曰：“治温病，虽宜用凉解，然虑其有寒凝，宣透法仍不可少”，主张治疗温病在清营、养阴的同时根据透热转气治法，用宣透之品保持气机通畅，使营热转出气分而解。总之，后世医家在运用透热转气法治疗温病方面，继承并发展了叶桂的学术思想，认为温邪入营分阶段时治疗上不可一味清营、养阴，还需去其壅滞、排除障碍、宣畅气机，引余热达外而解。

3 透热转气治法的现代应用

透热转气法以往常用于治疗温病，近现代以来对该法亦有新的治疗思路提出，如利用其结合他法治疗血液、心血管、皮肤等方面疾病。在血液病治疗方面，以赵绍琴为代表。赵老在治疗血液疾病过程中，考虑到其相关性发热是由于温热毒邪蕴结或气阴两虚所致，认为这种温热不同于以往的从外感受，而是禀受先天自内而发，非普通意义上的温热病；并且此类疾病主要特点是因先天之毒伏于髓分，发病表现为血分郁热，治疗仍以凉血化瘀为主，并配合透热转气，将髓分热毒从内清除于外^[9-10]。运用温病理论指导治疗血液病发热，结合透热转气中的“透”，在疾病阶段上不拘泥于营分及气分，沟通营卫气机，给邪以出路，补益脾胃，达到扶正祛邪的目的，为治疗血液病发热提供了新的思路。亦有认为透热转气是治疗温热病邪入营分的原则，而温热之邪入于营分，窜血入络则引起“斑疹隐隐”^[11]，故提出将透热转气法应用于过敏性紫癜的治疗。以上探索及实践在一定程度上丰富并拓展了“透热转气”的内涵。

4 透热转气治法在血热型ITP治疗中的具体应用

4.1 轻宣畅达，透邪热出于卫气

ITP急性发作为多病毒性感染、急性上呼吸道感染所引起，常常伴随血小板急性减少，临床表现为发热，微恶寒或不恶寒，口渴，甚至因血小板下降而出现皮下紫癜等。ITP急性发作期在卫气营血辨证中属卫分证。此时邪在卫分，卫气被郁，开阖

失司，邪气尚未入里，需祛邪并加强人体肌表御邪能力，以截断病势进一步发展。治法宜轻宣畅达，透热解毒。吴瑭《温病条辨》云：“太阴风温、温热、温疫、冬温，初起恶风寒者，桂枝汤主之；但热不恶寒而渴者，辛凉平剂银翘散主之。”ITP急性发作期可用银翘散轻清表热之邪，在透散卫分表邪的同时，兼顾热邪宜蕴成毒、多挟秽浊之气。方中所用药物均为清轻之品，体现了吴瑭“治上焦如羽，非轻莫举”的用药原则。ITP患者血小板虽然会随着病情进展进行性下降，但未必会有出血症状，而且在病程进展中还可能多证兼见，但即使表现为营血分证，亦不能见血止血，在清热凉血中也要给热邪出路。若只采用寒凉药清营泄热、凉血止血，则会寒遏热邪，损伤正气，阴血精气无以化生，阳气亦折，致深处的瘀热胶结不解。《温病条辨》云：“太阴温病，血从上溢者，犀角地黄汤合银翘散主之。”温邪逼迫血液上走清道，循清窍而出，可以银翘散败温毒，并以犀角、生地黄清血分之伏热治疗。

4.2 解郁消瘀，调理气血以致冲和

血液病发热可因外邪引起，亦可由内因招致，病机总属五脏虚损为本，热、瘀、毒等病邪为标^[12-13]。内因如肝郁化火，损及营血，耗血动血，出现发热、紫癜等症状，此时治疗中需解决内在的血分郁热。随着病程的进展，若热邪持续未解，动血而致血液运行不畅，出现瘀热胶结，或久病致瘀，或老年正虚致瘀，瘀亦深，热亦深。正如叶桂在《温热论》中所言：“入营犹可透热转气……入血就恐耗血动血，直须凉血散血。”现代亦有研究者^[14]指出，治疗ITP“犹如止江河流动之水，宜使其结冰，其水流自止”，可谓是叶桂学术思想于现代临床的具体体现。借鉴古今医家的经验，ITP的治疗不仅需凉血止血，亦需散血化瘀以通脉道，治法应以凉血止血、活血化瘀、理气解郁为主，使脉道通畅，血液宁静运行于脉中。正如唐容川在《血证论》中所言：“阳明之气，下行为顺，今乃逆吐，失其下行之令，急调其胃，使气顺吐止，则血不致奔脱矣……惟以止血为第一要法。血止之后，其离经而未吐出者，是为瘀血……必亟为消除，以免后来诸患，故以消瘀为第二法。止吐消瘀之后，又恐血再潮动，则需用药安之，故以宁血为第三法。邪之所凑，其正必虚，去血既多，阴无有不虚者矣……故又以补虚为收功之法”。临床多以清营汤、犀角地黄汤或凉血解毒汤为代表方，配合活血

化瘀剂,如桃核承气汤、大黄牡丹汤等,使卫气营血之道畅通,热由里达表,营血之热象外露,再予转气透热之品,如金银花、连翘、薄荷之属,达到血宁、气畅的目的。总之,火郁发之,热郁透之,因势利导,引邪外出,则可使营血分之热转到气分而解。

4.3 养正复元,变理阴阳以趋平秘

不论是内因还是外因所引起的热邪,血热型ITP日久均可耗气、动血、损阴,而气虚日久则引起阳虚,致气血阴阳俱虚而所虚各有偏重。有医家从脾论治ITP,提出急性期若失治、误治或迁延不愈,热毒久蕴伤脾,脾伤则气血无以生化;脾气亏虚,则统摄无权,气不摄血,溢于皮肤,故治宜健脾补气兼养血^[15]。另有医家在临证过程中发现,ITP部分实证患者随病情发展,火热之邪耗气伤阴,其病机转变为虚、瘀、热为主,气伤日久则阳虚,故治疗应根据脏腑辨证而采用不同的治法^[16]。从治病求因而言,血热型ITP卫气营血的通路被痰浊、瘀血、积滞等阻塞,同时热邪耗伤气血津液、阴精阳气,治疗需滋阴凉血、温阳益气,或祛痰,或化瘀,或消积等。《血证论》云:“盖血初离经,清血也,鲜血也,然既是离经之血,虽清血鲜血,亦是瘀血。”瘀血日久,阻碍阳气升发通达,故出现外寒内热之象。此时若只用苦寒之药直入清里,不仅无法清热,反会折损人体之阳气并耗伤阴津。故在凉血化瘀之际,需通过疏风、理气、祛湿、化痰、通腑、涤痰等排除营气间障碍以畅达气机,亦需根据患者病情益气温阳、滋阴养血,调理气血阴阳之平衡,方可选炙甘草汤、小建中汤之属。

5 典型病案

患者,女,14岁,2021年5月11日初诊。主诉:双下肢皮肤瘀点1个月。1个月前患者无明显诱因出现双下肢皮下散在瘀点,刷牙时牙龈出血,偶有干咳,无发热,无骨痛、关节痛。至当地医院就诊,血常规提示血小板计数(PLT) $4 \times 10^9/L$;骨髓穿刺提示ITP,流式免疫分型未见异常,考虑原发免疫性血小板减少症,予以糖皮质激素治疗有效出院。目前服用强的松片每日1次,每次20 mg。2021年5月7日血常规:白细胞计数(WBC) $8.27 \times 10^9/L$,血红蛋白(HGB) $129 g/L$, PLT $278 \times 10^9/L$,乙肝5项:乙肝表面抗原阳性,余项阴性。刻下症见:偶有咳嗽咯痰,偶有牙龈出血,双下肢分布少量针尖样瘀点,无发热恶寒,无关节痛等不适,手足心热,纳可,睡眠一般,舌质暗红、苔薄白,脉

弦涩。西医诊断:原发免疫性血小板减少症;中医诊断:紫癜病(热盛血瘀证)。治法:清热凉血,理气化瘀。处方:生地黄15 g,赤芍15 g,牡丹皮10 g,麦冬10 g,墨旱莲15 g,黄芪15 g,太子参15 g,麸炒白术15 g,枳壳10 g,桔梗10 g,连翘10 g,荆芥穗10 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚两次口服。继续服用强的松片每日1次,每次20 mg。

2021年5月25日二诊:患者自诉已无牙龈出血、咳嗽咯痰,双下肢无新发出血点,可见少量褐色斑点,已无手足心热,舌暗红、苔少,脉弦细。血常规:WBC $6.3 \times 10^9/L$, HGB $127 g/L$, PLT $198 \times 10^9/L$ 。处方在初诊方基础上减去桔梗。共28剂,每日1剂,煎服法同前。强的松片减量至每日1次,每次15 mg。

2021年6月22日三诊:患者全身皮肤未见新发出血点,偶有疲倦乏力,无发热恶寒等不适,纳食一般,夜卧多梦、易醒,二便调,舌红、苔薄白,脉弦细数。血常规:PLT $215 \times 10^9/L$ 。治法:滋阴养血,益气健脾。处方:黄芪20 g,西洋参10 g(兑服),墨旱莲10 g,当归10 g,麸炒白术10 g,茯苓10 g,熟地黄15 g,赤芍15 g,牡丹皮10 g,黄精15 g,女贞子15 g,麦冬10 g,酸枣仁15 g,炒神曲15 g。28剂,煎服法同前。西药用量同二诊。

2021年7月20日四诊:患者皮肤及黏膜未见出血点,疲倦乏力、多梦等症状已无,纳尚可,夜卧时有心烦、盗汗而易醒,二便调,舌红、苔薄白,脉弦细。复查血常规:PLT $232 \times 10^9/L$ 。处方在三诊方基础上增加牡蛎10 g,浮小麦15 g。共28剂,煎服法同前。强的松片减量至每日1次,每次10 mg。

随访5个月,期间持续服用中药,未诉出血,血小板 $125 \sim 230 \times 10^9/L$,病情稳定,强的松片逐渐减量至每日1次,每次5 mg。

按语:ITP的治疗常使用糖皮质激素抑制免疫功能以减少对血小板的破坏,改善毛细血管通透性,刺激骨髓造血及血小板向外周血的释放,但其亦具有诸多不良反应,不可长期使用,也不能骤减使用量以免引起病情反弹^[17]。本案初诊时,患者以双下肢皮下瘀点为主要表现,偶有牙龈出血,结合舌脉象,为热盛迫血妄行之象;伴手足心热,考虑为热邪伤阴;舌暗红、脉弦涩为血瘀之象,遂辨证为热盛血瘀证。此时偶有咳嗽咯痰,为外感,亦需兼顾。热邪已入营血分,热盛迫血而出,耗气伤阴,气虚致血运不畅,出现血瘀,瘀热胶结,故治以清热凉血、理气化瘀为主。处方中以赤芍、牡丹

皮凉血活血、祛瘀则脉道通畅；墨旱莲、生地黄滋阴养血；配伍黄芪、太子参、白术益气摄血、固表御邪；枳壳行气导滞；连翘、荆芥穗清热解表，引营血余热转气分而解；桔梗降气止咳消痰；麦冬滋阴扶正。此法直清营血分热，更引邪外出，祛邪之时亦注意固护本元。二诊时，患者出血症状较前好转，表证已除，舌暗红、苔少，脉弦细，近期血小板波动小，考虑患者卫表之气仍需固护以御外邪，在内则继续凉血、活血、益气以畅通营卫，故去桔梗以余方续服。在血小板稳定在正常范围的情况下，逐渐小剂量减少糖皮质激素用量。三诊时，患者暂无新发出血症状，偶有疲倦乏力，夜卧多梦、易醒，舌红、苔薄白，脉弦细数。因热邪日久耗气伤阴，故出现疲倦乏力；热扰心神，血不养心，故夜间多梦易醒，此时辨证为气阴两虚证，治法以滋阴养血、益气健脾为主。方中黄芪、白术、茯苓益气健脾，配伍炒神曲促进水谷摄入转化为气血精微；墨旱莲、熟地黄、赤芍、牡丹皮、黄精、女贞子滋阴填精凉血；当归养血活血；去太子参改用西洋参因其滋阴力度更强，酸枣仁滋阴安神、麦冬滋阴除烦以改善睡眠。激素暂不减量，动态观察患者血象波动范围。四诊时，疲倦乏力症状及睡眠较前改善，但夜卧中时有心烦、盗汗，考虑余邪未尽，阴精未复，故继续以滋阴养血、益气健脾为法，并加用牡蛎、浮小麦敛阴止汗兼潜心阳。强的松片在二诊后已减量至 15 mg，患者血小板近两月未见下降，依旧稳定在正常范围内，考虑自身造血功能逐渐恢复，故再次减量至 10 mg。总之，在治疗血热型 ITP 过程中，应始终兼顾扶正祛邪。从卫气营血辨证出发，若是血热出血或血瘀，则凉血止血、活血化瘀，气虚而滞则益气、理气，祛邪之时给邪以出路，从内直清热邪，并将营血余邪疏通引出卫表而解，同时固护脾、肾，以增强本元及卫表之气，使病情逐渐好转。

6 小结

西医针对 ITP 的诊疗方案正在逐渐完善，若配合中医药治疗，则可减少激素等药物给患者带来的不良反应，提高患者生活质量，缓解症状。但目前中医治疗经验多样，暂无统一方案，且疗效不一。本文依据清代叶桂在《温热论》中所提出的透热转气法的发展，发现其不仅可用于治疗温热之邪所引起的各类杂病，亦可为我们治疗本虚标实的 ITP 等血液类疾病提供借鉴。血热型 ITP 主要是由于热邪生风动血，迫血妄行，引起血溢脉外，故目前治疗

之法以清热凉血为主。透热转气法既可改变既往一味清热凉血引起苦寒折中之弊，又可扶正以祛邪，同时扩展透热凉血法在血液病中的运用，弥补传统治法的不足。

参考文献

- [1] 林果为, 王吉耀, 葛俊波. 实用内科学[M]. 15 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 1850-1853.
- [2] 中华医学会血液学分会血栓与止血学组. 成人原发性血小板减少症诊断与治疗中国指南(2020 年版)[J]. 中华血液学杂志, 2020, 41(8): 617-623.
- [3] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案(合订本)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 331-335.
- [4] 陈信义, 麻柔, 李冬云. 规范常见血液病中医病名建议[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(11): 1040-1041.
- [5] 蓝海, 侯丽, 郎海燕, 等. 常见血液病的中医分类与命名[J]. 中医杂志, 2019, 60(9): 750-753, 778.
- [6] 杨阳, 傅丽娟, 陈滨海, 等. 周郁鸿教授从脾肾论治免疫性血小板减少症的经验总结[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(1): 68-71.
- [7] 包琪琪. 裴氏升板方治疗免疫性血小板减少症临床观察[D]. 兰州: 甘肃中医药大学, 2019.
- [8] 李柳. 麻柔治疗免疫性血小板减少症经验[J]. 中医杂志, 2011, 52(16): 1363-1365.
- [9] 彭建中, 杨连柱. 赵绍琴临证验案精选[M]. 北京: 学苑出版社, 2013: 6-7.
- [10] 赵绍琴. 赵绍琴医学全集[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2012: 156-157, 186-188.
- [11] 王绍江, 王维英, 景慧玲, 等. 探析“入营犹可透热转气”在治疗过敏性紫癜中的应用[J]. 四川中医, 2020, 38(9): 27-29.
- [12] 王育勤, 尹露, 刘冰贤. 王立忠从瘀论治特发性血小板减少性紫癜经验[J]. 中医学报, 2017, 32(11): 2107-2110.
- [13] 林玲云, 周艳群, 胡莉文. 丘和明清疏平养四法治疗特发性血小板减少性紫癜经验[J]. 环球中医药, 2022, 15(6): 1037-1039.
- [14] 林春连, 梁冰, 代喜平. 梁冰“凉血解毒法”治疗难治性免疫性血小板减少症探微[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(5): 1244-1246.
- [15] 王奕祺, 王耀光. 王耀光教授治疗小儿免疫性血小板减少症经验采撷[J]. 天津中医药, 2019, 36(5): 431-433.
- [16] 张姗姗, 全日城, 麻柔. 麻柔治疗免疫性血小板减少性紫癜经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(1): 103-104.
- [17] 葛俊波, 徐永健. 内科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 626.

(收稿日期: 2022-06-08; 修回日期: 2022-07-07)

[编辑: 贾维娜]