

罗秀素治疗原发性血小板增多症经验介绍

苗振云¹, 高瑞兰², 俞方泉¹, 李赛¹

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江中医药大学第一附属医院血液病研究所, 浙江 杭州 310053

[关键词] 原发性血小板增多症; 中医药治疗; 养阴化瘀; 经验介绍; 罗秀素

[中图分类号] R558+.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 01-0197-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.01.058

原发性血小板增多症系骨髓增殖性疾患, 其特征为出血倾向及血栓形成, 骨髓中巨核细胞过度增生, 血液中血小板数量异常增多^[1]。由于起病隐匿, 进展缓慢, 再加上医疗水平的不足, 曾一度被错误地认为本病是所有骨髓增殖性疾病中最少见的一种。近年来随着医疗水平的进步, 发现本病并非少见, 甚至高于真性红细胞增多症。然而, 虽然诊出率明显增高, 对于本病发病原因和发病机制的研究却并不明确, 缺乏特效的临床治疗措施。因此, 对原发性血小板增多症病因病机的进一步探讨与研究是十分有必要的。罗秀素教授是浙江省省级名老中医, 浙江省中医院血液科主任中医师, 专攻血液疾病的诊治。罗教授在 40 余年的临床实践中, 继承了传统中医的精华, 同时结合现代医学, 灵活的将辨证与辨病相结合, 积累了丰富的临床经验, 尤擅长治疗骨髓增殖性肿瘤、白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血等多种血液疾病, 在临床上取得了令人瞩目的成绩。本文将罗教授运用中医药治疗原发性血小板增多症的经验进行总结。

1 中医学对原发性血小板增多症的认识

根据临床表现, 在中医学中原发性血小板增多症一般被归于血瘀、血积、血证等范畴, 病位在血脉^[2]。根据病因病机学来分析, 多数是先天不足、后天失养为主要病因, 外感六淫、内伤七情、饮食不节、劳倦失度为诱因, 以脉络瘀阻为主要病机, 病性虚实夹杂, 以血瘀实证为主。故临床治疗多以活血化瘀为主要治则, 另因个人体质、疾病发展阶段的不同, 准确辨证施治后, 配以清热解毒、化痰祛湿、益气养血、

凉血止血等药物。

2 罗教授对原发性血小板增多症的认识

关于原发性血小板增多症, 罗教授认为阴虚血瘀是其主要病因病机之一, 并将阴虚分为真阴亏虚和津液亏虚两类。真阴亏虚和津液亏虚, 两者既有区别, 又有联系。首先, 两者具体的内涵有很大的区别。从病因来看, 前者常是内伤真阴, 后者则多是外感燥邪; 从其临床表现来看, 真阴亏虚主要表现为口咽干燥、五心烦热、潮热盗汗、两颧潮红、舌红少苔、脉细数等阴虚阳浮症状, 津液亏虚则以口渴、尿少、便干, 口、鼻、唇、舌、皮肤干燥等阴液耗损为主要表现; 从其病程长短和预后来说, 则前者病程长, 预后欠佳, 后者病程短, 预后好。其次, 真阴是源泉, 津液是溪流, 津液源自真阴, 而真阴受津液长养, 初则常害津液, 久必伤及真阴, 再逆耗津液而不生。因此, 在临床中, 也必须要处理好两者的关系, 将两者有机地统一起来, 不可分离。

2.1 养阴 罗教授临证观察发现, 原发性血小板增多症病人多有以下症状: 五心烦热, 潮热, 盗汗(睡时出汗, 醒时汗止), 口燥咽干, 舌质嫩红或红绛, 苔少或无苔, 脉象细数, 此皆属于真阴亏虚的表现。阴虚则阳亢, 阴不涵阳, 导致燥热内盛, 进而煎灼阴血, 使阴血益亏, 其血浓稠、黏滞, 失去流动畅达之性, 滞涩不畅, 黏而成瘀。王清任《医林改错》也说: “血受烧炼, 其血必凝”, “血受热则煎熬成块”。由此可见养真阴在治疗此病过程中的重要性。由于真阴亏虚往往伴随着虚热内生, 所以在养真阴同

[收稿日期] 2017-06-13

[作者简介] 苗振云 (1992-), 女, 在读研究生, 研究方向: 中西医结合治疗血液病。

[通信作者] 高瑞兰, E-mail: gaoruilan@126.com。

时,也需清虚热,以达到阴平阳秘。罗教授临床中在选用熟地黄、制首乌、女贞子、旱莲草、当归、白芍、山茱萸等养阴药物的同时,也不忘加上黄柏、糯稻根、地骨皮、牡丹皮等清虚热药物。

2.2 增液 津液充足,则血行畅达;津液耗损,必然血行艰涩。周学海《读医随笔》也曾说:“夫血犹舟也,津液水也”,水少则舟停。原发性血小板增多症患者血小板数量异常增多,导致血管中的血液处于高凝状态,易发血栓。好比河中泥沙过多,则舟船陷于泥沙无法前行的状态,若要改善此状态,唯有将河水稀释。而稀释之法有二,其一为淘沙,其二则为注水。淘沙类似于活血化瘀,促进血管中的瘀血尽快消散,使阻滞的血管恢复通畅,相当于泻法。注水则相当于中医的养阴增液,阴液徐徐注入,“河水”涓涓而流,“小船”则得以前行。所以,从其津液亏虚的源头出发,治疗此病应“增水行舟”,即养阴增液。阴液充足,血液稀释,自然流动顺畅,血行而不瘀。值得一提的是,补津液时要以补足补全补到位为要,以达到增水行舟、水顺舟行的目的。临床多选沙参、浙贝母、玉竹、麦冬、生地黄、葛根、天花粉等以生津增液。

2.3 活血化瘀 瘀血作为本病病程中的病理产物,同时又是血脉瘀阻,血行不畅,血不循经而出血的病理因素。这就决定了活血化瘀这一原则在治疗过程中的必要性。而活血化瘀类药物种类繁多,其性有寒温之分,其作用有强弱之异,因此临床必须根据患者的个体差异辨证选药,达到药证相合。罗教授临床上应用活血化瘀药多选用三七、茜草、桃仁、红花、乳香、没药、红景天、路路通、紫珠草、王不留行子等;对于临床少数已有出血表现的患者,则适当加用炒蒲黄、生地榆、藕节炭、生地炭等药,做到止血不留瘀。

3 病案举例

曾某,女,46岁,2017年2月28日初诊。因“发现血小板增多近2年,伴头晕、脚麻,加重2周”就诊。患者于2015年4月因四肢末端发黑、发痒、偶有头晕就诊于当地医院,查血常规发现血小板升高(具体数值不详),未进一步治疗。2016年4月感头晕加重,时有脚底发麻,无明显乏力。遂于浙江某医院就诊,查血常规:白细胞(WBC) $8.32 \times 10^9/L$,血红蛋白(Hb) $138 g/L$,血小板(BPC) $694 \times 10^9/L$ 。行骨髓穿刺

检查,结果示:巨核系增生活跃,血小板成堆多见。查 JAK2 基因阳性, M-bcr-abl 融合基因阴性, m-bcr-abl/abl 75%呈阴性。排除一时性和继发性血小板增多,确诊为原发性血小板增多症。予口服阿司匹林肠溶片 $40 mg \times 2$ 片,每天1次抗血栓。服药2月左右脚麻、头晕等症状无明显缓解,遂自行停药。2017年2月10日左右患者感脚麻加重,头晕、胀痛明显,为进一步治疗,遂来浙江省中医院就诊。

神志清,精神尚可,自诉脚底发麻,行走无力,右脚较甚,且脚心发热,头晕较前频发,伴头目胀痛,身怕热,口干欲饮,无明显乏力,纳食尚可,夜间盗汗明显,夜寐欠佳,小便发黄,大便3天1次,质干。舌红、少苔,脉细数。否认皮肤黏膜散在瘀点瘀斑,触诊肝脾肋下未及。查血常规:WBC $10.0 \times 10^9/L$, Hb $136 g/L$, BPC $1\ 051 \times 10^9/L$ 。证属阴虚血瘀,拟养阴化瘀为法。处方:生地黄、川芎、黄柏、麦冬、三七、佛手各9g,当归尾、白芍、制玉竹、北沙参、丝瓜络、王不留行子各12g,玄参、石见穿、麦芽各15g,甘草6g,通草5g。7剂,每天1剂,水煎分2次服。玄参、生地黄、麦冬三药组成增液汤,能滋阴增液,与北沙参、玉竹、麦冬合用,则养阴生津效果更著;三七、石见穿、王不留行子活血化瘀,而活血则易耗血动血,故加当归尾、白芍养血,防止耗血伤阴;川芎、丝瓜络、佛手既能行气通络止痛,又能行血化瘀;黄柏养阴止虚汗,麦芽顾护胃气,保全根本。

2017年3月9日二诊:复查血常规WBC $8.5 \times 10^9/L$, Hb $141 g/L$, BPC $660 \times 10^9/L$ 。自诉头晕、头目胀痛较前明显缓解,夜寐转佳,仍盗汗。双脚麻木较前无明显变化,舌红、苔少,脉细数。从血象来看,虽仅用7剂药,血小板计数减少已十分明显,尤其血瘀导致的头晕、头目胀痛等不适已明显缓解,另结合患者现有症状,仍属阴虚血瘀,故守上方,并在原方基础上加地龙9g,龙骨(先煎)、牡蛎(先煎)各30g,14剂,每天1剂,水煎分2次服。地龙性寒能清热,且擅通经活络,恰适用于患者血脉不畅、经络阻滞、肢节不利之证;加之龙骨、牡蛎滋阴潜阳,重镇安神,以缓其气血上逆瘀阻之病情。

2017年3月23日三诊:复查血常规WBC $7.3 \times 10^9/L$, Hb $140 g/L$, BPC $537 \times 10^9/L$ 。自诉双脚仍有麻木、疼痛伴脚心发热明显,脱下鞋袜稍时可缓解。

盗汗较前减少,大便每天1次,质可,小便色清。与二诊血象相比,血小板计数再次下降,效果明显,临床表现亦有所缓解。患者目前双脚麻木无明显缓解,考虑由血瘀导致肢体失养所致,故仍守原方,加赤芍、路路通各15g,三叶青9g,14剂,每天1剂,水煎分2次服。赤芍、三叶青均可活血止痛,路路通活血通络力强,如此患者足部血脉不畅方可缓解。

后患者继续就诊,根据每次血常规结果分析,血小板计数下降速度较前期减慢,甚至偶有反跳,但总体呈螺旋下降趋势,2017年6月1日化验结果示:BPC $418 \times 10^9/L$ 。至此,患者自诉头晕、头目胀痛等不适已完全缓解,脚底发麻、手心发热较前明显缓解。

按:患者所患疾病为原发性血小板增多症,结合其脚底发麻、头晕、手心发热等临床症状及舌红、苔薄、脉弦的舌脉表现,将其证型定为阴虚血瘀,拟养

阴活血为法。回顾患者自初诊以来,血小板计数呈下降趋势,临床表现有所改善,病情得到控制,这也印证了当初立法处方的正确性。虽然病情尚未完全缓解,但此病病在血脉,病情复杂、沉痾,病程较长,嘱患者坚持服药,待病情稳定一定时间,方可停药。在此病的辨证论治中,罗教授另辟蹊径,常以养阴增液、活血化瘀为治疗大法。在临床工作中,凡是原发性血小板增多患者,只要明确辨证为阴虚血瘀患者,皆可以此立法处方遣药,定能取得可观的临床疗效。

[参考文献]

- [1] 陈灏珠,林果为.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2009:2531-2533.
- [2] 邓成珊,周霁祥.当代中西医结合血液病学[M].北京:中国医药科技出版社,1997:220-224.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)

章勤针对再生育人群助孕经验

王如焯, 缪晨韵 指导: 章勤

浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053

[关键词] 再生育人群; 中医药; 不孕; 助孕; 经验介绍; 章勤

[中图分类号] R271.14 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 01-0199-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.01.059

随着二胎政策的开放,高龄妇女的再生育需求持续攀升,但由于年龄相关性,卵巢储备功能下降、输卵管炎性疾病以及子宫内膜容受性降低等原因导致了该人群自然妊娠率的下降,自然流产率与生育风险的提高。再生育人群的生殖问题也成为目前临床医生研究的热点。章勤教授是浙江省名中医,浙江中医药大学博士研究生导师,第二批全国名老中医药专家何少山主任医师的学术继承人,全国第二批优秀中医临床人才,现任杭州市中医院妇科主任。章教授从事妇科

临床、教学、科研工作30余年,对妇科疑难病证的诊治精研医理,学验俱丰,造诣颇深。笔者有幸随章教授跟诊学习,今将其针对再生育人群的助孕经验总结如下,以飨同道。

1 再生育人群的定义

再生育人群区别于简单的生育二胎人群,也区别于高龄孕妇人群。因再生育人群暂时还没有明确定义,故而本文所指是针对 ≥ 35 岁,已生育,特别是已放弃生育妇女重新规划妊娠者^[1]。

[收稿日期] 2016-06-12

[基金项目] 浙江何氏妇科流派学术思想研究(2014ZB100)

[作者简介] 王如焯(1995-),女,2013级在读本科生,研究方向:中医妇科学。