

# 柯微君治疗特发性血小板减少性紫癜经验介绍

刘晓翔, 侯雅军

首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010

[关键词] 特发性血小板减少性紫癜; 脾肾两虚; 瘀血; 热毒

[中图分类号] R554+.6; R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0315-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.099

特发性血小板减少性紫癜(ITP), 指并无特殊病因引起的血小板减少, 是以皮肤黏膜出血, 甚至内脏出血为主要临床特征, 外周血小板减少、骨髓巨核细胞数正常或者增多, 伴有成熟障碍为主要特征的免疫性出血性疾病<sup>[1]</sup>。中医学根据其临床特点归于紫癜病、血证、发斑范畴<sup>[2]</sup>。此病大多由外感和(或)内伤发病, 表现为血脉损伤、血液不循常道而妄行, 以皮肤出血症状为其特点。柯微君教授为第四、五批全国老中医药专家学术经验传承指导老师。笔者有幸跟随柯老师学习, 期间总结了柯老师治疗ITP经验, 现分享如下, 以飨同道。

## 1 柯老师对ITP病因病机分析

柯老师认为本病多表现为本虚标实, 病位在络脉、皮肤, 与脾、肾、肝三脏关系最为密切。本病的主要病机是虚、瘀、热, 虚为其本, 瘀血、热毒为其标。虚多表现为脾肾两虚、气阴两虚; 实则表现为热毒炽盛, 瘀血阻络。本病经常反复发作, 病程较长, 肝脾肾虚损是其主要病机。肾为先天之本, 主藏精, 主骨生髓, 为精血生化之源, 育真阴真阳; 脾主统血, 为后天之本, 气血生化之源; 肝肾同源, 肝藏血, 主疏泄。所以肝脾肾三脏的功能正常与否与血液的生成和运化密切相关。脾气虚损, 则生血之源枯竭, 气虚血少, 血液失于统摄, 则导致血溢脉外而出现各种出血症状。若肝肾阴虚, 精血亏损, 阴阳不守, 相火妄动, 虚火灼伤脉络, 导致血不循经, 血溢脉外, 则表现为各种出血症状。

热毒内蕴, 火热之邪熏蒸、热迫血妄行也是导致本病的重要原因。《济生方·吐衄》云: “夫血之妄行者, 未有不因热之所发。”《景岳全书·血证》亦云: “血本阴精, 不宜动也, 而动则为病, ……盖动者多由于火, 火盛则逼血妄行”。说明火盛可导致血液妄行, 火热之邪与出血之间的关系是非常密切的。其中外感风热之邪可导致热伏营血, 灼伤血脉, 迫血妄行; 火热之邪伤阴耗气则导致气阴亏虚, 或素体阴虚火旺, 虚火内生; 或脾肾不足, 脾不统血, 血溢脉外, 均可发为本病。

另外, 瘀血也是造成本病迁延难愈的重要因素。瘀血既是本病的致病因素, 也是本病的病理产物。血受热邪煎熬, 日久凝聚成瘀; 肾阴亏虚, 阴精不足, 以致阴虚火旺, 灼伤脉络而见出血, 血液停滞而为瘀; 脾气虚弱, 则气血生化乏源, 运血无力, 日久则留滞为瘀。正如《血证论》中云: “治失血者, 不祛瘀而求补血, 何异治疮者, 不化腐而求生肌哉! ……盖瘀血祛则新血已生, 新血生而瘀血自祛!”

所以, 柯老师认为本病的主要特点是本虚标实, 热、瘀、虚是本病的基本病机。在本病的发生发展过程中虚实的表现虽然会有所侧重, 但是瘀血、热毒在本病的发生发展中起着主要作用, 也是治疗本病重要的切入点。另外, 补益脾肾之虚也是治疗的重点。

## 2 柯老师ITP用药特点分析

对于本病的治疗, 柯老师以犀角地黄汤(目前用水牛角代替犀角)为主方加减化裁。方药组成: 水牛角、生地黄、牡丹皮、白芍、虎杖、卷柏、玳瑁粉、三七粉、女贞子、旱莲草、锁阳、补骨脂、生黄芪、当归、羚羊粉、甘草。犀角地黄汤主要是由犀牛角、生地黄、芍药、牡丹皮制成的汤剂, 味苦。具有清热解毒, 凉血散瘀之功。主治热入血分证, 热迫血溢证。针对ITP患者多伴有热毒入血, 血分热盛的特点, 柯老师以此方为主清热凉血解毒, 配合玳瑁粉、羚羊粉、虎杖、卷柏以加强清解血中热毒之力, 三七粉化瘀止血。兼顾患者本虚的特点予女贞子、旱莲草、锁阳、补骨脂、生黄芪、当归补肾健脾、补益气血、调和阴阳。甘草调和诸药。再根据病情, 加以辨证治疗。其中血分毒热炽盛者, 加用紫草、元参、大青叶、蒲公英、白花蛇舌草、青黛等以加强清热解毒之力; 气分热盛者, 加用生石膏、炒栀子等以清热; 阴虚较重的, 加用龟板、鳖甲、麦冬、石斛、天花粉等以养阴清热; 阳虚明显者, 加用巴戟天、附子、淫羊藿等温补肾阳, 以求阳生阴长; 气虚明显者, 加用太子参、白术、茯苓、山药等补气健脾, 严重者可

[收稿日期] 2018-08-18

[作者简介] 刘晓翔 (1971-), 女, 副主任医师, 研究方向: 肾脏病。

[通信作者] 侯雅军, E-mail: 2259634475@qq.com。

西洋参、生晒参或人参大补元气；兼有风热表证者，加用北豆根、牛蒡子、蒲公英等以疏风解毒；血瘀明显者，加用川芎、红景天、丹参、益母草等加强活血化瘀之力。

### 3 病案举例

例1：白某，女，22岁，因“发现血小板减少8月”于2014年1月17日第1次就诊。患者2013年5月17日感冒后查血小板 $17 \times 10^9/L$ ，在西安西京医院注射胸腺肽、促板生成素7针，之后血小板升至正常。口服醋酸泼尼松每天10 mg约2月，其间多次查血小板大约 $90 \times 10^9/L$ ，停药后血小板逐渐下降，最低 $54 \times 10^9/L$ 。刻下症：皮肤有散在出血点，针尖状，着急后起得多一点，周身乏力，怕冷，着凉后胃不舒，暖气。查血常规白细胞 $8.63 \times 10^9/L$ ，血红蛋白129 g/L，红细胞 $4.15 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $65 \times 10^9/L$ 。舌质红、舌边尖紫、舌苔白厚，脉象沉细尺弱。西医诊断：ITP。中医诊断：紫癜。中医辨证：血分热盛，脾肾不足。治法：清热凉血，补益脾肾。处方：水牛角、生地黄、生黄芪、卷柏各30 g，炒白芍、牡丹皮、虎杖各18 g，女贞子、旱莲草各15 g，三七粉12 g，玳瑁粉3 g，锁阳、补骨脂、骨碎补各20 g，羚羊粉0.6 g，当归、生甘草各10 g。

2014年3月6日二诊。复查血常规：白细胞 $5.8 \times 10^9/L$ ，血红蛋白116 g/L，红细胞 $3.77 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $77 \times 10^9/L$ 。药后大便稀。5天前感冒不舒，呕吐1次，眼结膜出现一块瘀血斑，腿部还有出血点，自服4袋小柴胡颗粒后感冒好些。舌质紫暗、舌苔薄白、舌边有浅齿痕，脉象沉细无力尺弱。考虑患者脾虚较重，上方改牡丹皮10 g、生黄芪20 g；加炒白术20 g、茯苓30 g、木香10 g、砂仁10 g。

2014年4月10日三诊。复查血常规：白细胞 $6.43 \times 10^9/L$ ，血红蛋白118 g/L，红细胞 $3.88 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $46 \times 10^9/L$ 。皮肤仍有出血点，腿部明显，针尖状4~6个，便溏减轻，肠鸣、暖气、稍凉则不舒，月经调。舌质略暗、舌苔薄白，脉象细滑尺弱。上方改醋白芍20 g、生黄芪80 g、补骨脂30 g、炒白术30 g；加淫羊藿20 g、山药20 g、锁阳15 g、芡实15 g，以加强益气健脾之力。

2014年7月29日四诊。复查血常规：白细胞 $9.27 \times 10^9/L$ ，血红蛋白119 g/L，红细胞 $3.99 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $86 \times 10^9/L$ 。仍大便偏稀，胃不舒，怕凉、自汗、暖气，在当地复查血小板每20天升 $10 \times 10^9/L$ 。舌质淡红、舌苔白根部稍厚，脉象沉细尺弱。上方去芡实，加陈皮10 g，五味子15 g，肉豆蔻15 g。

2014年9月5日五诊。复查血常规：白细胞 $5.5 \times 10^9/L$ ，血红蛋白127 g/L，红细胞 $4.3 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $126 \times 10^9/L$ 。疲乏感减轻，时有出血点，1~2天吸收，较前有减少，情绪激动时易见出血点，大便成形，指尖冰凉，时有腰酸。舌质淡红、舌苔白，脉象沉细滑。上方加桑寄生15 g、川断15 g。

按：该患者病程较长，脾肾不足，血分热盛。柯老师以犀

角地黄汤（现用水牛角代犀角）为主方清热凉血、化瘀解毒。加用玳瑁粉、羚羊角粉加强清热解毒凉血之力以及当归补血汤补气生血，三七止血不留瘀，锁阳、补骨脂、骨碎补培补先天之不足、补肾填精以益精血化生，患者血小板呈逐步上升之趋势。患者有便溏、胃不舒、肝郁等表现，柯老师随症予健脾理气疏肝和胃之炒白术、茯苓、木香、砂仁、醋白芍、山药等加减。患者血小板稳步上升，经过10个月的治疗，患者血小板以升至正常，皮肤紫癜明显减少，疗效显著。

例2：赵某，女，46岁，主因“发现血小板减少7年余”于2013年12月26日就诊。患者2006年发现血小板减少，当时 $7 \times 10^9/L$ ，予激素静脉滴注1周。去年元旦因鼻出血不止，查血小板为 $7 \times 10^9/L$ ，予静脉输注血小板及静脉滴注丙种球蛋白2天，效果不明显，血小板逐渐降低。到天津血研所，确诊为ITP，当时血小板 $(27 \sim 40) \times 10^9/L$ ，予血康、江南卷柏、维血颗粒等治疗，血小板 $7 \times 10^9/L$ 。今年8月查血小板 $11 \times 10^9/L$ ，11月查血小板 $7 \times 10^9/L$ ，予静脉滴注丙种球蛋白，口服地塞米松每天20 mg，治疗3天，复查血小板升至 $20 \times 10^9/L$ ，之后在天津服中成药治疗。今日查血小板 $3 \times 10^9/L$ 。刻下症：皮肤有小出血点，牙龈出血不止，白天轻，晚上重，时头晕头痛，月经量多，食纳可，大便调，夜眠欠安，自汗，盗汗。舌质紫、舌下脉粗、色红紫，脉象沉细无力。西医诊断：ITP。中医诊断：紫斑。证候诊断：脾肾不足，气阴两虚，血分热盛。治法：清热凉血解毒，健脾补肾，益气养阴。处方：水牛角、生地黄、鳖甲、生龙骨、生牡蛎、小蓟、牡丹皮、卷柏各30 g，虎杖、醋白芍、女贞子、旱莲草、生黄芪、益母草、川芎、龟板各20 g，当归、三七粉各12 g，玳瑁粉3 g，羚羊粉0.9 g，生甘草10 g。

2014年1月9日二诊。复查血常规：白细胞 $3.65 \times 10^9/L$ ，血红蛋白141 g/L，红细胞 $4.62 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $36 \times 10^9/L$ 。2014年12月18日骨穿报告：BM增生活跃，巨核：全片 $1.5 \text{ cm} \times 2.5 \text{ cm}$ ，共见53个，产板型不易见，血小板散在。刻下症：睡眠欠佳，两剂药后牙龈不出血，月经量较以前减少，头痛减轻，大便3~4天1行。舌质红稍紫、舌苔薄白，脉象沉细。上方改生黄芪24 g，加茯苓30 g。

2014年2月7日三诊。复查血常规：白细胞 $4.64 \times 10^9/L$ ，血红蛋白143 g/L，红细胞 $4.57 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $55 \times 10^9/L$ 。刻下症：月经量减少，紧张后头沉，时眼花，睡眠有改善，有时便秘，腹中肠鸣。舌下暗红、舌苔薄白，脉象沉细无力。上方改生黄芪40 g，加炒白术30 g、枸杞子15 g。

2014年3月21日四诊：复查血常规：白细胞 $5.18 \times 10^9/L$ ，血红蛋白140 g/L，红细胞 $4.56 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $129 \times 10^9/L$ 。刻下症：时咯痰粉色，近1周末出现，睡眠可，月经量较前减少，大便溏，每天2次。舌质红、舌苔黄，脉象沉细无力。上方改生黄芪50 g，加补骨脂12 g、木香10 g。

2014年4月18日五诊：复查血常规：白细胞 $5.37 \times$

10%L, 血红蛋白 134 g/L, 红细胞  $4.36 \times 10^{12}/L$ , 血小板  $132 \times 10^9/L$ 。刻下症: 有时耳鸣, 手起疱疹, 已愈, 外出旅游 2 次, 无明显不适。舌边尖红、舌苔薄白, 脉象沉细尺弱。上方改生黄芪 60 g。

按: 该患者病史较长, 久病则虚, 以致脾肾不足, 气血两虚, 故表现为自汗盗汗、便溏等。气阴两虚, 阴虚火旺, 热迫血行加之脾虚不统血, 则见皮肤出血、牙龈出血、月经量多等表现。柯老师以犀角地黄汤为主方清热解毒凉血止血; 患者阴虚明显, 加用龟板、鳖甲、龙骨、牡蛎滋阴潜阳; 重用三七粉、川芎、益母草化瘀止血; 当归补血汤补气养血; 女贞子、旱莲草、补骨脂、枸杞子补益填精。全方共同达到止血化瘀、宁血补虚效果, 患者出血减少, 血小板恢复正常。

ITP 以皮肤、黏膜出血为主证。其病因病机为本虚与标实

并存。本虚以脾虚、气虚为主, 也有气阴两虚、肝肾阴虚者, 标实则表现为瘀血与热毒共存。在临床中应抓住健脾补肾、益气养阴固其本, 清热解毒、活血化瘀治其标。治疗上可先予益气养阴、凉血止血之品, 病情控制后再予脾肾双补、活血化瘀之剂。虽然瘀血阻络贯穿了本病始终, 也不宜过早大量使用活血化瘀药物, 以免加重出血, 还要立足于补脾益肾求其本。

#### [参考文献]

- [1] 常晓慧, 魏艾红. 从脾论治慢性特发性血小板减少性紫癜[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(3): 560.
- [2] 葛志红, 李达. 血液科专病中医临床诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 307.

(责任编辑: 吴凌, 李海霞)

## 马伟明从脾胃论治灼口综合征经验介绍

何慧<sup>1</sup>, 陈笑腾<sup>1</sup>, 谷红苹<sup>2</sup>, 康年松<sup>2</sup> 指导: 马伟明<sup>3</sup>

1. 余姚市红十字医院, 浙江 余姚 315450

2. 余姚市中医医院, 浙江 余姚 315400

3. 余姚市人民医院, 浙江 余姚 315400

[关键词] 灼口综合征 (BMS); 脾胃论治; 马伟明; 名医经验

[中图分类号] R781.5; R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0317-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.100

灼口综合征(Burning mouth syndrome, BMS)是一种以舌、口腔黏膜长期反复烧灼样疼痛为主要症状, 无明确实验室阳性指征, 组织病理亦无特异性改变的疾病<sup>[1]</sup>。该病发病机理尚未明确, 发病率为 0.7%~4.6%, 绝经前后的中老年妇女发病率高达 20%~90%<sup>[2-3]</sup>。临床多以 B 族维生素、抗焦虑抑郁、调节植物神经功能等药物治疗, 效果差强人意。马伟明是第六批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 浙江省名中医, 从医 40 余年。马老师以“脾主口”“舌为脾胃之外候”等理论为基础, 通过调理脾胃治疗 BMS, 常获良效, 笔者有幸跟师学习, 现将其诊治经验总结介绍如下。

### 1 脏腑关系溯源

“脾主口”, 口舌乃脾胃门户, 二者密不可分, 这是脾与口的生理病理特点决定的。

1.1 口舌与脾胃的解剖关系 《灵枢》曰: “足太阴之脉……属脾络胃……连舌本, 散舌下。”口舌接咽喉, 连食道, 通脾胃, 舌象、舌体感觉直接反映脾胃功能状态。“唇舌者, 肌肉之本也”肌肉, 脾之所主, 望其形态, 可知脾脏平病, 故口舌病则肌肉病, 肌肉病则脾病。

1.2 口舌与脾胃的生理关系 舌在消化中的作用: 味觉体验、搅拌食物、辅助吞咽。《灵枢》曰: “心气通于舌, 心和则舌能知五味矣……脾气通于口, 脾和则口能知五谷矣。”味觉的生成, 体验在口舌, 感知在心。体验佳则感知愉悦, 帮助脾胃运化。脾在液为涎, 舌助涎与食物充分搅拌, 并协助吞咽。

1.3 口舌与脾胃的病理关系 脾胃功能失调由舌象表现于外。除舌质、舌苔变化外, 还包括舌体疼痛、麻木、口味异常等。《温热论》曰: “舌上白苔黏腻, 吐出浊厚涎沫, 口必甜味也,

[收稿日期] 2018-07-05

[基金项目] 国家中医药管理局全国基层名老中医药专家传承工作室基金项目 (国中医药人教发 [2016] 41 号)

[作者简介] 何慧 (1981-), 男, 主治中医师, 研究方向: 中医内科。