

从风劳病柴胡证辨治血小板减少症验案举隅※

● 詹 杰^{1,2*}

摘 要 对于血小板减少性症一病,多数医家以血证、虚劳、葡萄疫等病立论,证则分血热妄行、阴虚火旺、气不摄血等。然临证所见,该病病程多为初期感受外邪而失治误治,使得表邪缠绵不解,久病则耗损正气,气不摄血,进而邪气入里,侵袭血络,从而出现虚损与出血并见的证候。故血证、虚劳、葡萄疫等仅述其一端,未能概其全貌。笔者根据古文献记载,认为该病与风劳病及柴胡证极似,故主张可从风劳考虑,并在辨证基础上主以小柴胡汤治疗。

关键词 风劳;血小板减少症;辨病论治;病证结合;验案

血小板减少症多有鼻塞流涕、咽痛、咳嗽等上呼吸道感染的前驱症状,进而迁延不愈,旋即出现紫斑、鼻衄、齿衄等周身出血症状,较为急重。但现代医学常查无病因,故多运用输注丙种球蛋白、血小板等对症疗法,此未治其本,故维持时间短,疗效常不尽人意,且费用高昂^{1]}。笔者根据该病发生、发展的规律,反复揣摩,认为相对于中医内科学的紫斑病^{2]},风劳更能概括该病全貌。《金匱翼》记载风劳为:“伤寒余热未尽,或失于调摄,致咳嗽寒热,吐血衄血,缠绵日久,状如劳瘵。此皆元气邪气留着,例用养气生血药,兼小柴胡、青蒿、鳖甲,或前胡、犀角、石膏等,随证加减,无有不愈者。切不可纯用补剂,亦不可误认虚损劳怯,轻用杜

仲、熟地、山萸等温补之药也。”指出了风劳病多有吐血、衄血的出血症状,此与西医血小板减少症酷似;且为“伤寒余热未尽……缠绵日久”所致,又与血小板减少症常见上呼吸道感染病史极似;然其虽“状如劳瘵”,但非虚劳,不可滥用补法。因此,是病应属风劳。

而至于风劳病主方,笔者根据《伤寒论》中“血弱气尽,腠理开,邪气因入,与正气相搏,结于胁下……小柴胡汤主之”^{3]}一说,认为小柴胡汤方证与风劳病机颇为契合。因此,笔者不揣愚钝,主张在运用中医辨治血小板减少症时,可从风劳考虑,并在辨证基础上主以小柴胡汤,但又不可胶柱鼓瑟。兹举典型案例于次,并剖析个中机理,以飨同道。

1 病例介绍

张某某,女,49岁。2018年12月4日初诊。主诉:反复周身黑斑、齿衄2周余,加重1日。患者于2018年11月13日始出现咳嗽、咽痛、口干,4日后发现周身黑斑、下肢为甚,随后又出现剧烈咳血、齿衄,住某地协和医院血液科治疗,查血小板 $1 \times 10^9/L$,遂予免疫球蛋白与血小板输注、激素冲击等治疗5日后,血小板计数升至 $38 \times 10^9/L$,上症缓解,予出院。然出院2日后复查,血小板计数又降至 $5 \times 10^9/L$,遂复住院,继予免疫球蛋白与血小板输注、激素冲击等治疗,前后共花费十余万,血小板仍难以上升,黑斑、齿衄难除,遂下病危通知书,欲行血浆置换等,家属遂邀余会诊。辰下见:卧床不起,黑斑、齿衄,神疲乏力,身形略胖,手足酸痛,腰骶酸痛,咽痛,舌根痛,口苦,寐差,纳可,便调,舌质偏红、胖大齿痕,苔黄而厚,边有白沫,脉弦滑数,右寸稍浮弱。中医诊断:风劳。

※基金项目 国家自然科学基金联合基金项目(No.U1705286)

* 作者简介 詹杰,男,医学博士。主要从事中医病证结合的临床与科研工作。

• 作者单位 1.福建中医药大学中医证研究基地(福建 福州 350122);2.福建省福州市中医院名医苑(福建 福州 350001)

辨证为气不摄血与湿热、痰浊阻于胆与三焦;六经辨证则为少阳病小柴胡汤方证;病机是久病血弱气尽,邪结少阳,水聚三焦。治法:和解少阳,利胆腑,疏三焦,燥湿化痰。处方选小柴胡汤合温胆汤化裁:柴胡 10g,黄芩 10g,竹茹 15g,枳壳 10g,陈皮 10g,姜半夏 10g,茯神 15g,生黄芪 20g,仙鹤草 15g,旱莲草 15g,夜交藤 15g,连翘 12g,生山楂 24g,三七粉 4g(冲服),生甘草 9g,生姜 2片,大枣 2枚。7剂,日1剂,每剂煎2遍,于早午饭后1小时服用。针灸则选太冲(双)、合谷(双)、阳陵泉(双)、百会、印堂,施平补平泻手法,予留针30min。

2018年12月11日二诊:诉针灸完当日寐转佳,服中药后次日查血小板计数已升至 $28 \times 10^9/L$,7剂服完后升至 $191 \times 10^9/L$ (已属正常),黑斑淡去,齿衄不再,它症亦轻。药已中的,效不更方。

2018年12月15日三诊:已可起床走动,它症亦缓,遂减连翘量,再加女贞子稍事补益。

2018年12月22日四诊:血小板维持在 $100 \times 10^9/L \sim 200 \times 10^9/L$ 之间,嘱其慎起居、怡情志、勿劳累、避风寒,若有不适,再予调养。

2 按语

该患者发病初为咳嗽、咽痛、口干,故参看《伤寒论》:“太阳病,发热而渴,不恶寒者,为温病”,知其为太阳温病,但因久病失治、误治,使得“血弱气尽,腠理开,邪气因入,与正气相搏,结于胁下”。表邪留恋难解,故见咽痛等表证;又伤及气血,故见神疲乏力、脉右关浮弱等症。且有口苦、肢痛,原辨为太少合病,应投柴胡桂枝汤,但虑其咽痛、舌痛、苔黄,恐“桂枝下咽,阳盛则毙”,遂更以连翘辛凉解表,即小柴胡汤加连翘。此外,因身形稍胖、舌胖齿印、舌苔较厚,知有痰阻;再据其边有白沫,结合《辨舌指南》中“气郁之证,苔边整齐如石阶之起边线”^[1]之论知该案亦有气郁;因舌红苔黄,考虑为痰湿蕴热,遂合温胆汤。痰热阻于少阳,热迫血行,且湿痰浸渍血脉,故血溢脉外,而生黑斑、齿衄。因出血证候较为急迫,故加仙鹤草、三七等对症止血之品。

3 启发

目前西医在治疗血小板减少症方面多用输注丙种球蛋白、血小板以及大量激素冲击的方法,但效果并不理想,且费用高昂,故中医

药介入意义重大。

然而在中医辨治西医病时,近来学界虽有强调病证结合,但多认为是西医的病加中医的证,这种想法是不妥的。笔者认为,中医不仅重证,亦有丰富的辨病传统,历来的中医典籍可谓汗牛充栋,其中的病名可谓纷繁庞杂。因此,发掘中医病名,并将其与现在西医病名互相参看进行研究,不失为中西医结合的一种思路。例如,该案血小板减少症若简单将其等同于中医紫斑,则未能窥见该病动态发展的全过程,用药则茫无依据,而倘若能从风劳考虑,则可完整洞见中医对该病的深邃认识,用方则有准的。

参考文献

- [1]迟宝荣,周胜华.内科学[M].北京:高等教育出版社,2017:554.
- [2]张伯礼,吴勉华.中医内科学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2017:304.
- [3]尤怡著.许有玲校注.金匱翼[M].北京:中国中医药出版社,1996:69.
- [4]注解伤寒论,金匱玉函经(影印本)[M].北京:人民卫生出版社,2013:57.
- [5]曹炳章著.裘俭点校.辨舌指南[M].福州:福建科学技术出版社,2005.

(收稿日期:2019-12-03)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第34页)

滞骨错理论再析[J].中医正骨,2015,27(4):74-75,77.

[24]徐光青,兰月,毛玉璐,等.脑卒中患者躯体运动偏瘫模式的三维运动学评价[J].中国康复医学杂志,2009,24(10):893-895.

[25]徐光青,黄东锋,毛玉璐,等.脑卒中患者步行时躯体运动的三维运动学研究[J].中国康复医学杂志,2004,19(10):728-730.

[26]徐光青.脑卒中患者下肢关节运动对步行能力影响的三维运动学研究[J].中国临床康复,2004,8(31):6816-6818.

[27]吴昊,王渭君,孙明辉,等.X线上骨盆旋转的判断方法研究进展[J].中国骨与关节

外科,2014,7(6):537-540.

[28]陆佳红,肖韵悦,张慧,等.电刺激生物反馈疗法联合盆底肌肉功能锻炼康复治疗盆底功能障碍性疾病的临床研究[J].现代妇产科进展,2017,26(2):133-135.

[29]赵明宇,杨超凡,赵启,等.平乐正骨“筋滞骨错”理论的平衡观[J].医学与哲学(B),2016,37(10):85-87.

[30]师宁宁,沈国权,何水勇,等.髂骨旋转移位与L_{4/5}椎间盘退变之间的相关性生物力学分析[J].中国骨伤,2016,29(5):439-443.

[31]张慧芬,廖节烂,季珉,等.模拟中老年人双下肢不等长对脊柱和骨盆姿态的影响[J].

中华医学杂志,2017,97(39):3062-3067.

[32]赵明宇,杨超凡,赵启,等.平乐正骨“筋滞骨错”理论的平衡观[J].医学与哲学(B),2016,37(10):85-87.

[33]廉杰,赵明宇,吴丹.应用平乐正骨“筋滞骨错”理论治疗髌髌关节紊乱症的临床疗效研究[J].中医药临床杂志,2015,27(6):820-822.

(收稿日期:2019-06-12)

(本文编辑:蒋艺芬)