

· 学术探讨 ·

立“血劳”易血液病中虚劳的诊断
——附红细胞免疫功能的观察

梁貽俊 任卫华 陈庆平

虚劳是以脏腑元气亏损,精血不足为主要病理过程的一类慢性虚衰性疾病。它可见于西医多系统的慢性病,涉及范围很广,也包括血液系统脏腑亏损、气血阴阳不足患有贫血虚衰的证候。既往对血液方面患有以上诸证的患者,均以虚劳诊断概括。中医学在治法上有同病异治,不同系统的虚劳当其证型相同时可以用同一方法治疗。但在诊断上应力求概念明确,因此我们统计了再生障碍性贫血、急慢性白血病、骨髓增生异常综合征、骨髓纤维化等 140 例血液系统不同疾病而中医诊断均为虚劳的患者,发现他们均具有血亏血损的见症,并有血亏难以恢复的表现,根据历代医籍对血的亏损劳竭致病的论述,结合临床观察到血液系统多种疾病属于虚劳病诊断共有的特点而提出用血劳病来诊断以血的劳伤难复为主要表现的疾病,故而建议立血劳病名的诊断,以兹区别其他系统疾病中的虚劳病,以求准确诊断因不同原因致虚,因虚致血损,因损而致成血劳的发病过程与病因病机,分型证治。有利于中医对血液疾病病名规范化,有利于中西医结合临床研究进行病机和证治规律的探讨,提高疗效,进行学术交流。

古代有关文献对虚劳与血劳的认识

虚劳病名最早见于《金匮要略》^{〔1〕}立有血痹虚劳篇,并提出虚劳病名的诊断、病因、脉证、阴虚、阴阳两虚等有关虚劳的证候;治法着重温补,扶正祛邪,祛瘀生新等。《诸病源候论》^{〔2〕}详细论述致成虚劳的原因及各类症状。《备急千金要方》^{〔3〕}将虚劳分述于脏腑证治之中,治疗上重视安谷精生。《外台秘要》^{〔4〕}立“五脏劳”专论。金元诸家对劳倦内伤的认识各有创见;李东垣^{〔5〕}重脾胃,创补中益气汤,甘温补中;朱丹溪^{〔6〕}重视肝肾,善用滋阴降火;张景岳^{〔7〕}对阴阳互根的理论有所发挥,治虚劳肾虚有所创新。汪绮石^{〔8〕}倡言理虚有三本,即肺、脾、肾。提出“清金保肺,无犯中州之土”的治法。沈金鳌^{〔9〕}提出虚劳当以气血阴阳为辨证纲要。王旭高^{〔10〕}提出对肝的虚损以补肝的阴阳气血的治法。历代对虚劳的认识可谓完善,对

于血劳的认识记载则很少。《石室秘录》^{〔11〕}有血劳之名与治血劳之方。《中国医学大辞典》^{〔12〕}有血劳记载,指“妇人肌热骨瘦也……”以上虽有血劳之名,前者指劳血的治法,后者指妇科闭经之干血癆,二者虽均提出血劳之名,名同而症不尽相同。从历代文献中看,对血劳论述尚感不足。

虚劳与血劳的异同

虚劳病可见于西医多系统的疾病,凡以功能减退或虚性亢奋为主病证均可归于虚劳病。血劳范围小,主要指血液系统疾病,如再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征等以贫血为主要特征的疾病。虚劳辨证以五脏气血阴阳为纲,可见 12 个证型,血劳主要表现肺脾气虚、心肝血虚、脾肾阳虚等六个证型,可见虚劳病包括血劳病。

血劳病主要病因病机

血劳的形成是由虚致血损逐渐发展而成,究其原因有化源不足血无以生;血丢失过多,消耗过甚两大方面。凡可致血虚病久者均可致血劳,血液生化不足禀赋虚弱,形气不足,脏腑不荣,生机不旺之人;血液丢失与消耗过度耗伤了气血,久病使气血难于恢复,再加医源药物致成,邪毒内侵所致(邪毒指理化因素与生物因素)。其侵入人体,因体质的不同,毒邪凶猛的程度与毒量的大小不同,其发病可有急慢之分,因而血劳病有急劳与慢劳之别。血劳之初血供不足,阴液受损兼及气分多伤及心肝脾三脏,表现气阴两虚,津亏血少之证候;病久气随血耗,精不化血,血亏之极伤及心肝脾肾,最后表现为阴阳两虚,精亏血枯难复,以致血枯阴伤,阴损及阳,精血生化无权的危重症。

血劳证型与论治

根据我们临床所见,其证治可归纳如下。

1 急性血劳 病情发展迅速以贫血、发热、出血为其特点,可见于重症再障与白血病等。

毒热髓枯型:本型见于重症再障的感染与白血病本身发热及兼有感染的发热,其症状是持续高热,口渴,汗出而热不衰,口舌生疮,腥臭,伴出血,头晕头痛,心悸气短,烦躁不安,甚则神昏谵语,便干溲

黄,舌淡苔黄,脉虚大数疾。治以清热解毒,凉血救阴,少佐益气养血。常用方以清瘟败毒饮加减,益气用西洋参或太子参,神昏可加安宫牛黄丸,白血病患者加用六神丸、紫金锭、西黄丸等。

阴亏髓枯、阴不敛阳、迫血外溢型:本型见于重症再障,血红蛋白极低(3g以下),以出血为主,发热次之,头晕目眩,烦躁。五心烦热,午后低热,口燥咽干,鼻齿衄血量多及全身紫斑,甚则剧烈头痛,神昏抽搐,舌质淡,苔黄,脉虚大浮数或滑数;治以填阴潜阳,清肝止血。方以苍玉潜龙汤加减,方中羚羊角粉用量2~5g,常可收到止血的效果,神昏加安宫牛黄丸。此型经治,病情稳定常可转成慢性。

2 慢性血劳:病情发展相对缓慢,以贫血为主,兼见其他症状,可见于普通再障、骨髓增生异常综合征、骨髓纤维化、慢性粒细胞白血病。其临床可分3型:

脾肾阳虚、肾阴亏损:此型临床是以阳虚为主见症,面色苍白,气短懒言,腰膝痠软,畏寒,食少便溏,爪甲、唇、舌色淡,舌体胖嫩,脉细数无力。治以补脾肾之阳为主,少佐滋肾精。方以人参养荣丸和右归饮加减,或以人参鹿茸丸和归芍地黄丸加减。关键是组方时阴阳药比例关系要恰当。

肾阴虚、肝血虚:此型以阴虚为主,症见头昏,咽干耳鸣,五心烦热,盗汗,腰膝痠软,肢体麻木,面色不华、色苍白,少量齿鼻衄血,舌质淡,脉弦细或细涩。治以滋肾阴养肝血。方以归芍地黄丸或左归饮、大菟丝子丸加减。滋阴养血方中适当加入仙灵脾、补骨脂补肾阳药物,以利滋阴生血。

肾阴阳俱虚:此型除血虚症状外,兼有上述阴虚及阳虚症状,面色苍白,舌淡、体大,少苔。治以滋补肾之阴阳。方以左归饮、右归饮加减和大补元煎加减。组方用药比例要恰当。

慢性血劳初步分3型,主要以扶正为主,亦有解毒的治法,适用于骨髓增生异常综合征,转变型原始细胞增多难治性贫血与慢性粒细胞白血病致成的血劳。常用药有六神丸、紫金锭、梅花点舌丹、西黄丸等。中药常用白花蛇舌草、半枝莲、龙葵、蛇莓、山慈姑等。另外此类疾病还常配以适当化瘀药,常用三棱、莪术、赤芍、丹参、鳖甲、牡蛎等。

血劳病红细胞免疫功能的变化

有关研究证明^[13,14],虚证(包括气虚、阴虚等)患者外周血T淋巴细胞减少,提出虚证患者细胞免疫功能低下。我们观察60例血劳病红细胞C3b花环率均低于正常人。血劳组60例,红细胞C3b花环率($\bar{x} \pm S$)为 11.93 ± 4.10 ;正常对照组为 $18.33 \pm$

3.40,这说明血劳病整体细胞免疫防御能力下降。

血劳病包括西医血液系统多种疾病,这些不同的疾病而出现相同的证候;表现为气阴两虚或阴阳两虚,二者红细胞花环率均下降,阴阳两虚下降尤低、细胞免疫功能低下,细胞免疫防御功能下降,邪气则易于乘虚而入,与中医学“邪之所凑,其气必虚”的理论是一致的。

我们曾对20例急性白血病在化疗期间选用补脾肾药物同服,检测其服药前后红细胞C3b花环的变化,明显高于治疗前($P < 0.01$),说明补脾肾有对抗化疗药物抑制免疫功能的作用。这与中医学中“正气存内,邪不可干”的理论是一致的。调整提高了机体免疫功能,有利于正气的恢复,精血的化生,改善机体的劳损状态。由此看出血劳的产生,病程的演变,预后转归都与机体免疫功能特别是细胞免疫水平有密切关系。也是当前从提高免疫功能治疗血液病在中医理论方面的依据。

本文通过临床观察提出血液病中虚劳应以血劳病名立论,用以概括血液系统中以血的虚损劳伤、耗竭难复为主要表现的病症。使之区别于其他系统疾病中虚劳的诊断,以求确切认识因不同原因致虚,因虚致血损,因损而成血劳的发病过程,为建立血液中医病名规范化作了初步工作。

参 考 文 献

1. 陆渊雷.金匱要略今释,第6版.上海:春明印书馆,1953:68~114.
2. 巢元方(隋).诸病源候论,第3~4卷,第1版.北京:人民卫生出版社,1982:17~27.
3. 孙思邈(唐).备急千金要方,第11~20卷,第1版.北京:人民卫生出版社,1982:204~371.
4. 王 焘(唐).外台秘要,第16卷,第1版.北京:人民卫生出版社,1958:429~456.
5. 李东垣(金元).东垣医集.脾胃论,第1版.北京:人民卫生出版社,1993:80~84.
6. 朱震亨(金元).格致余论.医统正脉本,京师医局馆印,1909:24~29.
7. 张介宾(明).景岳全书,第16卷,第1版.上海:上海科技出版社,1984:281~299.
8. 汪绮石(明).理虚元鉴,第1版.南京:江苏科技出版社,1981:3~5.
9. 沈金鳌(清).杂病源流犀烛,第8卷,第1版.上海:上海科技出版社,1962:199~206.
10. 王旭高(清).王旭高医书六种,西溪书屋夜话录,第1版.上海:上海科技出版社,1965:149~153.
11. 陈士铎(清).石室秘录,第1版.北京:北京科技出版社,

1984: 124~125.

12. 谢 观. 中国医学大辞典. 上海: 商务印书馆, 1954: 1154.

13. 孙 燕. 扶正中药的免疫调节作用. 中西医结合杂志

1984: 4(7): 368.

14. 孙德敬. 补益类中药的免疫作用. 吉林中医药 1986: (1): 35.
(收稿: 1994-11-14 修回: 1995-02-20)

蜂毒注射液治疗风湿性及类风湿性关节炎 86 例

严序炳 王令嘉 王 勇

自 1993 年 7 月~1994 年 5 月, 我们于门诊应用蜂毒注射液治疗风湿性、类风湿性关节炎(简称风关、类风关)86 例, 取得了满意的疗效。

临床资料 按美国风湿病学会 1987 年标准并参照 1965 年的 Jones 标准诊断。蜂毒组 86 例, 男 25 例, 女 61 例, 年龄 14~45 岁, 平均 34.6 岁。病程: 1~5 年 28 例, 5~10 年 48 例, >10 年 10 例。风关 54 例, 类风关 32 例。病后用药史: 用过非甾类抗炎药(NSAID)25 例, 改变病情药(DMARD)9 例, 中药 13 例, 多种中西药均用过者 39 例, 均因无效而改用蜂毒疗法。对照组 20 例(选用未服用雷公藤者), 其中男 4 例, 女 16 例, 年龄 21~40 岁, 平均 32.9 岁。病程: 1~5 年 6 例, 5~10 年 11 例, >10 年 3 例。其中风关 14 例, 类风关 6 例, 病后用药史: 用过非甾类抗炎药 5 例, 改变病情药 3 例, 中药 1 例, 多种中西药均用过者 11 例, 亦均起效不显, 选用雷公藤治疗作为对照组。

治疗方法 治疗组采用蜂毒注射液(由吉林省松原市扶余制药厂生产), 每支 2 ml(含 0.5 mg), 每日肌肉注射 2 ml, 1 个月为 1 个疗程, 治疗期间停用其它抗风湿的中西药物及非药物性疗法。对照组用雷公藤片(由湖北省黄石市制药厂生产, 每片含雷公藤甲素 33 μ g), 每日 3 次, 1 个月为 1 个疗程。两组均于 1 个疗程后评定疗效。

结 果

1 疗效评定标准 显效: 关节症状(局部红、肿、痛及功能障碍)消失, 血液化验指标(血沉、抗链“O”、类风湿因子、血栓素、粘蛋白等)正常或明显好转。有效: 关节症状缓解, 血液化验指标有改善。无效: 治疗前后无改变。

2 结果 治疗组 86 例, 显效 18 例(21.0%), 有效 49 例(56.9%), 无效 19 例(22.1%), 总有效率为 77.9%。对照组 20 例, 显效 2 例(10%), 有效 9 例(45%), 无效 9 例(45%), 总有效率 55%。两组

比较治疗组疗效高于对照组($P < 0.05$)。随访 0.5 年, 治疗组 32 例(风关 24 例, 类风关 8 例), 复发者 6 例(风关 2 例, 类风关 4 例)占 18.7%; 对照组 11 例(风关 4 例, 类风关 7 例), 复发者 5 例(风关 1 例, 类风关 4 例)占 45.4%。两组相比, 对照组的复发率高于治疗组($P < 0.05$)。

3 疗效分析

3.1 症状疗效 关节酸胀、疼痛、红肿和晨僵两组相比, 蜂毒的疗效显著高于雷公藤。

3.2 对血液各参数的影响 血沉(mm/h, $\bar{x} \pm S$)治疗组(68 例)治疗前后分别为 23.6 ± 12.9 , 21.2 ± 11.7 ($P < 0.05$); 对照组(20 例)治疗前后分别为 24.1 ± 11.5 , 23.6 ± 12.0 ($P > 0.05$)。血栓素(正常值: 99 ± 0.96 pg/ml, $\bar{x} \pm S$)治疗组(36 例)治疗前后分别为 125 ± 23.1 , 101 ± 11.2 ($P < 0.05$); 对照组(16 例)治疗前后分别为 122 ± 22.8 , 113 ± 14.8 ($P > 0.05$)。对粘蛋白降低的有效率, 治疗组为 67.9%(19/28 例); 对照组为 58.4%(7/12 例)。对抗链“O”的阴转率, 治疗组为 71.4%(20/28 例); 对照组为 58.3%(7/12 例)。类风湿因子的阴转率, 治疗组为 77.3%(17/22 例); 对照组则为 66.9%(8/12 例)。上述指标两组比较, 治疗组疗效优于对照组。

讨 论 蜂毒之所以能治疗风湿性疾病, 主要取决于它具有多种药理作用。蜂毒含有多种酶类和多肽类等生物活性物质, 其药效成分主要是蜂毒素, 具有: (1) 抗炎作用: 蜂毒中的单体多肽是抗炎的主要成分, 经药理实验和临床佐证, 它具有类激素样的作用, 但无激素的副作用。(2) 镇痛作用: 蜂毒含有一种多肽神经毒素, 具有箭毒样和神经节阻断剂样的作用而起明显的镇痛作用, 但无水杨酸类对消化道的刺激和甾体类的免疫抑制作用。(3) 抗血栓作用: 从本文血生化指标的检测所示, 蜂毒具有降低血栓素的功效, 它是在改善微循环的基础上起缓解关节症状的作用。因此, 我们认为本品是一种疗效高而持久, 复发率低, 无毒副作用的理想的抗风湿药物。