

# 黄世林诊治免疫性血小板减少症临床经验

孙淑君<sup>1,2</sup> 黄世林<sup>2</sup>

黄世林教授从医六十余载,在血液系统疾病中医药诊治方面造诣颇深,尤其对免疫性血小板减少症(imune thrombocytopenia, ITP)的中医病因病机及中医药治疗,黄老积累了丰富的经验,见解独到,取得了很好的疗效。

ITP 是一种因获得性自身免疫性血小板破坏过多导致的出血性疾病,原称特发性血小板减少性紫癜(idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP),2007 年 ITP 国际工作组推荐将特发性血小板减少性紫癜更名为“免疫性血小板减少症”<sup>[1]</sup>,推荐使用“免疫性”(immune),以强调发病由免疫介导;此外,因相当一部分患者没有或仅有轻微出血症状,“紫癜”(purpura)应弃用;缩写仍写作 ITP。临床表现以皮肤黏膜出血为主要特征,属中医学“血证”、“发斑”、“葡萄疫”、“衄血”和“紫癜”等范畴。黄老认为“脾虚湿浊内生”为本病发生的病机关键,而发病或病情反复时以皮肤紫癜为主要症状,故将其命名为“湿浊性紫癜”。

1 病因病机认识 《景岳全书·血证》<sup>[2]</sup>中“盖动者多由于火,火盛则逼血妄行,损者多由于气,气伤则血无以存”将血证的病因病机归纳为“火盛、气伤”两个方面,一直为后世医者所袭用。黄世林教授勤研古训,经多年临床观察及治疗体会,积累并总结出自己的理论体系,认为“脾虚湿浊内生”为本病发生的病机关键。

1.1 脾胃虚弱为病理基础,湿浊为病理性物质基础 黄世林教授将 ITP 发病机制的病理基础责之为脾胃虚弱。认为血小板是血液中血细胞成分的一种,故为营阴的一部分,而脾为气血生化之源,若禀赋不足,素有脾虚,或因饮食劳倦,或因久病不愈,损及于脾,则脾胃虚弱,气血生化乏源,日久未治,一则必致阴血亏虚,则可出现血小板减少,;二则必致气虚。气虚统摄无权而出血,对全身脏腑组织器官的温煦及其生

理活动的推动、激发作用减弱,进而防御及抗病能力下降,即免疫功能失常,亦易致外邪入侵。现代研究发现脾虚证患者的辅助性 T 细胞减少与抑制性 T 细胞增多<sup>[3]</sup>,C3b 受体花环率降低,免疫复合物花环率升高<sup>[4]</sup>,证实脾虚证与机体的防御(免疫)功能密切相关,与 ITP 的自身免疫性血小板破坏的发病机制相一致。

黄老亦非常重视湿浊在 ITP 中的重要作用,认为湿浊是 ITP 发病过程中的物质基础。因脾胃虚弱,水液运化失常,水湿内生,蕴而成浊,湿浊既可因外感风热,从热而化,又可内郁化热,甚至反而困脾,形成恶性循环,湿浊困脾,脾气更虚,湿浊内蕴更甚,最终使疾病迁延难愈。《证治准绳》<sup>[5]</sup>中指出湿邪与血证的相关性:“是湿气能使人失血也。太阴司天之政,初之气,风湿相薄,民病血溢。是风湿相薄血溢也。”黄老将 ITP 发病中产生的血小板抗体、免疫复合物等免疫物质均视为湿浊,而且是 ITP 的致病因素,与免疫异常相关。在一项湿困脾胃大鼠动物模型研究中发现,脾脏及胸腺脏器系数减低,胸腺皮质厚度及中央动脉淋巴鞘直径变小,说明湿困脾胃大鼠免疫器官发育受到抑制<sup>[6]</sup>,进一步证实了湿浊与免疫的相关性。

1.2 急性期湿热内蕴,热盛于湿 病程持续 6 个月内的 ITP 患者为急性 ITP,具有起病急骤、病情凶险的特点,表现为紫癜密集,且多融合成片,颜色鲜红,黏膜、内脏出血比较多见,常伴发热、口渴、便秘等症,舌质红苔黄腻,脉滑数。皮肤瘀点或瘀斑,多见于四肢,尤以下肢为甚,躯干次之。且可伴有鼻衄、齿衄及口腔黏膜、球结膜出血。严重者可见崩漏、呕血、便血、尿血,甚至脑出血。各医家对其病机的认识,多集中于因“火”、“热毒”致病,或因外感,或因内伤;或为实火,或为虚火;或兼气虚、阴虚,亦或夹风、夹湿。

黄老认为脾胃虚弱为 ITP 发病之根本,致使水液运化失常,湿浊内生,蕴积化热,或外感风热、热毒之邪,使湿浊从热而化,湿热内蕴,热盛于湿,出现一派湿热征象,而以热象为主,属本虚标实之证。湿热入血分,邪热灼伤脉络动血,血液不循脉道溢出脉外,出现皮肤黏膜出血诸症。故急性 ITP 属本虚标实之证,本虚即脾胃虚弱,标实即湿热,为急性期发病之标,尤以

基金项目:“十一五”国家科技支撑计划项目(No. 2007BAI10B01)

作者单位:1.解放军医学院研究生院(北京 100853),2.解放军第 210 医院中医血液科(辽宁大连 116021)

通讯作者:黄世林, Tel: 0411 - 85841096, E-mail: huangshilin@sina.com

DOI: 10. 7661/CJIM. 2014. 05. 0619

热重于湿为关键。而此期多为病初实证,或慢性期病久,遇感引触急性发作而虚实夹杂,具有起病急,出血程度重,血色鲜红,易见口、鼻、肠胃、泌尿系、子宫等内脏黏膜络受损出血的特点,出现齿衄、鼻衄、呕血、便血、尿血、崩漏等症;若湿热郁蒸,则发热,热盛又常煎灼津液,故见口渴、便秘;若热毒较盛,上攻清窍,内陷心包,可出现晕厥倒地、神昏谵语等重症;湿浊内蕴而失运,则见口渴不欲饮,舌体胖大,舌边齿痕,苔腻、脉滑诸症。

**1.2 慢性期脾气虚弱、湿浊内蕴** 自诊断起持续 12 个月以上的 ITP 为慢性 ITP<sup>[7]</sup>,临床表现为精神倦怠、食欲不振或便溏,紫癜色泽较淡,或长期无紫癜,易反复发作,鼻衄、齿衄、呕血、便血、尿血、崩漏等出血症状少见,亦有患者无明显症状,舌胖苔白腻,脉濡细。黄老认为慢性期患者表现出一派脾气虚弱、湿浊内蕴证候。此期热邪虽清,但脾胃虚弱未复,气仍无以生,且“血为气之母”,反复出血,气随血出而耗散,轻者尚无明显表现,重者湿浊存留体内难以去除,日久困脾,脾阳不振,运化无权,水液运化无力,湿浊蕴积日益加重,形成脾虚湿困的恶性循环。慢性 ITP 患者病程较长,反复发作,缠绵难愈,符合脾虚湿困的致病特点。脾气久虚,水谷精气不运,则精神倦怠;湿浊困脾,脾阳不振,水谷不化,则食欲不振或便溏,统血无权,血不循经,溢于肌肤,因热邪已清,故紫癜色泽较淡,出血程度较轻,全身脏腑组织器官不得火热燔灼动血,故少见鼻衄、齿衄、呕血、便血、尿血、崩漏等出血症状,舌胖苔白腻,脉濡细均为脾虚湿困之象。脾气虚弱,防御及抗病能力下降,易遇感引触,若遇外感风邪、火热之邪,或情志不畅,肝郁化火,或劳倦气伤,均可导致病情反复、加重,转为急性证候。

**1.3 兼夹之证不可轻** 黄老经多年临床体会,认为脾气虚弱,湿浊内蕴贯穿疾病的始终,然疾病发生发展过程中又常兼夹他证,如瘀血内阻、风邪风热外袭、肝郁化火、阴虚内热等证亦较常见,其中尤以瘀血内阻最为多见,表现为紫癜反复出现,或难以消退,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,或舌下脉络迂曲,脉涩等症。几乎所有 ITP 患者,尤慢性及难治性 ITP,均存在程度不同的血瘀证,并贯穿疾病始终。《血证论》<sup>[8]</sup>曰:“吐衄便漏,其血无不离经,此血在身,不能加于好血,而反阻新血之化机,故凡血证,总以祛瘀为要。”说明了瘀血在 ITP 病理变化中的重要作用。黄老将 ITP 患者瘀血的形成归纳为四点:一为气虚,无力推动血液的运行;二为火热之邪不仅动血,亦可煎熬血液,致血热搏结;三为 ITP 患者反复出血,乃为离经之血,蓄积体内,

形成瘀血;四为湿浊黏滞,阻碍血液的正常运行,“瘀血不去,新血不生”,致血小板生成减少。故而瘀血既为病理产物,又为致病因素,加之湿浊困扰,使 ITP 成为顽症迁延难愈。

部分 ITP 患者又因脾气虚弱,防御能力下降而易外感风邪或风热之邪,发生感冒、急性咽炎、扁桃体炎、肺炎等呼吸道感染,以及泌尿系、消化道感染,诱使 ITP 发生或复发、加重。另有患者因慢性 ITP 缠绵难愈,长期情志抑郁,肝气失于条达,更甚者肝郁化火。部分患者兼见口干咽燥、五心烦热,或因长期应用糖皮质激素等阳刚之品,阳热伤阴,或为反复出血耗伤阴血,阴亏血少,日久阴虚内热或阴虚火旺。黄老临证必详问病症,揣摩斟酌,发现兼证,必顾之。

## 2 中医辨治标本同治,取其侧重

**2.1 急性期重清热兼顾健脾化浊** 急性期 ITP 患者虽以脾虚为本,但临床表现重在湿热之象,尤以热象显著。大部分患者发病前常外感风热之邪,故黄老临证处方时,必重用清热解毒之品,药以金银花、黄芩、连翘、板蓝根为君以除热毒之邪;湿热相携,热随湿驻,难以清除,故必予清热除湿之品,药以茵陈、紫苏、姜半夏为臣,湿浊祛而热毒无以依附易于清解;同时佐以党参健脾益气生血以固本,亦可防上述苦寒之品伤及胃气,达到标本兼顾,重在治标的目的。

**2.2 慢性期健脾益气除湿化浊以固本** 脾气虚弱为 ITP 慢性期的主要病机,黄世林教授治疗慢性期 ITP 无不以健脾益气为要,正如《血证论》中“治血者,必以脾为主。……至于治气,亦宜以脾为主。”而《温病条辨》亦云“善治血者,不求之有形之血,而求之无形之气。”黄老处方以黄芪、党参为君,健脾益气生血,茯苓、卷柏除湿化浊为臣,去除 ITP 的致病因素。

**2.3 标本兼治不忘兼证** 瘀血见于 ITP 的各个病期,黄老在处方中必用当归、丹参等养血活血化瘀之品,使瘀祛而新血自生。《药鉴》<sup>[9]</sup>中对当归的阐述为:“当归,气温,味辛甘,气味俱轻,可升可降,阳也。多用,大益于血家,诸血证皆用之”;外感风热、热毒咳嗽、咳痰者,黄老以金银花、连翘、菊花、桔梗疏风清热解毒,若伴乳蛾红肿者,配以玄参、牛蒡子、贝母清热散结化痰;若患者情绪抑郁,属肝气郁结,则予柴胡、白芍疏肝理气散郁;情绪易于激动,面红舌边赤苔黄者,属肝郁化火,则以柴胡、丹皮、山梔清肝泻火,并以白芍滋养肝阴柔肝以滋肝水。自觉身热,或五心烦热,舌红少津,属阴虚内热或阴虚火旺者,则予白芍、熟地、黄柏、山梔滋阴清热降火;出血重者,加仙鹤草、炒地榆、茜草、紫草、白茅根等药。体虚易外感风邪者,加黄芪、防

风、白术益气固卫。

3 结语 黄世林教授临证 ITP, 将“脾虚湿浊内生”作为病机关键, 进行分期论治, 认为急性期湿热内蕴, 应以清热为主, 兼健脾化浊, 慢性期则为湿浊内蕴, 则以健脾化浊为要, 而瘀血贯穿病程始终, 方药中必备祛瘀之品, 可提高临床疗效。

### 参 考 文 献

- [1] 杨仁池. 免疫性血小板减少症的命名、定义与疗效评价的标准化[J]. 中华血液学杂志, 2009, 30(3): 215-216.
- [2] 张景岳. 景岳全书[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2006: 324.
- [3] 丁洁, 吴咸中. 脾虚证患者部分细胞和局部免疫功能指标的判定[J]. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(2): 77-79.
- [4] 余华, 黄迪君, 王再谟, 等. 灸法对脾虚大鼠血清 D-木糖含量及红细胞免疫功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 1999, 18(2): 34-35.
- [5] 施仲安. 证治准绳[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 268-269.
- [6] 黄秀深, 沈涛, 刘伟, 等. 平胃散对湿困脾胃证模型大鼠部分免疫功能的影响[J]. 中医杂志, 2007, 48(8): 730-732.
- [7] 中华医学会血液分会血栓与止血学组. 成人原发性免疫性血小板减少症诊治的中国专家共识(修订版)[J]. 中华血液学杂志, 2011, 32(3): 214-216.
- [8] 裴正学. 血证论评释[M]. 兰州: 甘肃科学技术出版社, 2008: 109.
- [9] 杜文燮. 药鉴[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1993: 55-56.

(收稿: 2013-02-22 修回: 2014-01-14)

## 第十一届全国中西医结合血液学学术会议暨第二届中西医结合血液学高峰论坛会议征文通知

为促进全国中西医结合血液学学术发展, 增进血液学工作者的学术交流和提高, 由中国中西医结合学会血液学专业委员会主办、中国中医科学院西苑医院承办的第十一届全国中西医结合血液学学术会议暨第二届中西医结合血液学高峰论坛定于 2014 年 9 月 19—21 日在福建省厦门市举行。会议将邀请国内知名专家就中西医结合血液病最为关注的问题作专题报告, 并进行学术交流。本次会议已列入中国中西医结合学会 2014 年度计划项目。热忱欢迎您的投稿与参会。现将会议征文有关事宜通知如下。

**征文内容** 血液系统肿瘤(白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、骨髓增生异常综合征等)中西医结合的临床和基础研究; 造血干细胞生物学特性的中西医结合临床应用; 造血干细胞移植的中西医结合研究; 红细胞疾病(再生障碍性贫血、溶血性贫血、巨幼红细胞性贫血、单纯红细胞再生障碍性贫血等)中西医结合临床和基础研究; 血栓与止血疾病(特发性血小板减少性紫癜、血栓性血小板减少性紫癜等)中西医结合临床和基础研究; 血液学相关生物技术(形态学、免疫学、分子生物学、单克隆抗体、基因工程等)的中西医结合应用; 血液学护理技术的临床和基础研究。

**征文要求** 来稿应为未公开发表的论文, 内容应为结构式摘要(依次包括: 文题、作者姓名、作者单位、目的、方法、结果、结论), 字数 500~1000 字。并注明联系方式(工作单位、地址、邮编、联系电话、Email 等)。征文请 Email 发送至 xyzywyh@163.com, 邮件标题请注明“血液学会议稿件”字样。论文截止日期: 2014 年 7 月 31 日。会议具体地点请关注第二轮和第三轮通知。

### 联系人/地址

北京西苑医院血液科 唐旭东 收 邮编: 100091, 电话: 010-62835362