

质全红,舌尖散在红点,重度时舌质紫绛<sup>[17]</sup>。赵绍琴老先生<sup>[18]</sup>认为郁热证的典型舌象为舌体瘦薄、舌面少津,甚至干燥,有裂纹。

对于郁热的治疗,若纯用苦寒,则易凝滞气机,使火热之邪内郁其中无路可出。《素问·六元正纪大论》中明确指出火郁发之。火郁,是指郁火、郁热。发,是指因势利导,即宣畅气机,使清中有透,邪有出路。对于郁热证,以赵绍琴等为代表的近代名家多喜用升降散加减治疗。该患者为郁热在内,心神被扰。方用升降散调畅气机、透达清泄,合用栀子豉汤清宣郁热、清心除烦,连翘入心经,清热解毒、辛凉透达。诸药合用,郁热得清,心神得安而病愈。

### 参 考 文 献

- [1] 杨璇. 伤寒瘟疫条辨[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011: 108-110.
- [2] 朱自仙,包·照日格图,姜俊玲,等. 浅析姜黄在中、傣、蒙、藏及维医药学中的临床应用异同[J]. 四川中医,2012,30(5): 55-57.
- [3] 薛伯寿. 杨栗山温病十五方的临床应用[J]. 江苏中医药,2006,24(12): 105-106.
- [4] 周明东,周刚,周华. 拆方辨证妙用升降散[J]. 四川中医,2006,24(12): 105-106.
- [5] 刘文军,薛燕星,胡东鹏. 薛伯寿教授应用升降散的临床经验-薛伯寿继承蒲氏学术思想临床应用发挥[J]. 中华中医药学刊,2011,29(1): 75-77.
- [6] 刘培民. 升降散抗流感病毒实验研究[J]. 山东中医药大学学

- 报,2001,25(1):43-45.
- [7] 李际强,张学春,胡溪柳,等. 升降散抗小鼠流感病毒性肺炎的实验研究[J]. 实用中医内科杂志,2004,18(1):28-29.
- [8] 南淑玲,李荣娟. 升降散散剂解热及排痰作用观察[J]. 吉林中医药,2005,25(4):51-52.
- [9] 杨连柱,张征宇,赵绍琴. 赵绍琴教授运用升降散治疗月经病的经验[J]. 中医教育,1996,15(6):39-40.
- [10] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2008: 94-95.
- [11] 张小军. 升降散治疗顽固呃逆[J]. 陕西中医,2002,23(3): 273-274.
- [12] 江曙光,李健. 程丑夫教授治疗慢性肾功能衰竭经验[J]. 中医药导报,2009,15(3):18-19.
- [13] 何绍芳. 现代中医内科学[M]. 2版. 北京:中国医药科技出版社,1991:369.
- [14] 张再康,王立新,杨霓芝,等. 慢性肾功能衰竭中医病机探讨[J]. 广州中医药大学学报,2008,25(5):389-391.
- [15] 张腾,王四平,张拴成. 李士懋教授升降散临床应用举隅[J]. 新中医,2011,43(2):175-176.
- [16] 赵建红,王强. 李士懋教授凭脉辨证运用新加升降散经验介绍[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(8):13-14.
- [17] 李士懋,田淑宵. 论“火郁发之”[J]. 天津中医,1985,2(3): 25-27.
- [18] 赵绍琴,刘景源. 谈火郁证的治疗及体会[J]. 中医杂志,1980,21(10):24-26.

(收稿日期:2012-08-22)

(本文编辑:秦楠)

## · 中医病案析评 ·

### 乏力、水肿、夜尿频验案 1 例

韦袞政

**【摘要】** 维生素 B<sub>12</sub> 缺乏性贫血严重时在乏力基础上并发水肿,因水重吸收障碍而夜尿频。此水水肿鉴别诊断复杂,根治困难。这一病案中医辨证为水肿—脾肾阳虚,治疗以温肾健脾、温阳利水为主,兼以健脾消食、固精缩尿、活血利水,在温阳的同时兼以滋阴,使阴生阳长,互相平衡,处方用真武汤加减。经过治疗,使血红蛋白恢复到正常水平,症状明显改善,较长时间内无反弹。提示中医药辨证治疗维生素 B<sub>12</sub> 缺乏性贫血取得良好效果。治疗以温阳为主,无论从中医的角度或从西医的观点来看,有补血的效果,从疗效机制来看,提示补肾阳药在维生素 B<sub>12</sub> 缺乏性贫血的治疗靶点可能与改善叶酸、维生素 B<sub>12</sub>、促红细胞生成素(EPO)的转运内因子功能存在着一定的联系。

**【关键词】** 水肿; 贫血; 脾肾阳虚; 温阳补血; 真武汤

**【中图分类号】** R256.51 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.09.016

#### 1 病历摘要

患者,男,68岁。2012年2月17日初诊。主诉:乏力,

水肿2年,加重伴夜尿频3月。现病史:16年前发现“贫血”,经多次住院检查,诊断为“维生素 B<sub>12</sub> 缺乏性贫血”,常

作者单位:650031 昆明,云南省中医医院呼吸科

作者简介:韦袞政(1964-),博士,副主任医师。研究方向:肺系疾病的临床研究。E-mail:weigunzheng@qq.com

文献标引:

韦袞政. 乏力、水肿、夜尿频验案1例[J]. 环球中医药, 2012, 5(9): 692-694.

用叶酸、维生素 B<sub>12</sub>口服治疗后,贫血可以好转,但维持时间不长,停药后容易复发。2 年来,疲乏无力,端坐、站立均感没劲,水肿显著,经口服叶酸、维生素 B<sub>12</sub>治疗,贫血可以好转,但水肿不会消失。3 月来,乏力,水肿显著,夜尿频,每夜小便 10 次左右,腰酸,畏寒,肢冷,纳差,寐差,大便正常。既往史:诊断为“脱髓鞘”病史 20 多年,未特别治疗。体检:体温:36.6℃,脉搏:86 次/分,血压:110/70 mmHg,面色口唇苍白,颜面轻度浮肿,咽无充血,双扁桃体无肿大,双肺呼吸音清,双肺未闻干湿罗音,心率 86 次/分,律齐,腹平软,肝脾无明显肿大,双膝以下凹陷性水肿。舌质淡,舌苔薄白,脉沉弱。全血细胞分析检查结果显示:红细胞:2.11×10<sup>12</sup>/L,血红蛋白:81 g/L,白细胞:4.7×10<sup>9</sup>/L,血小板:96×10<sup>9</sup>/L,平均血红蛋白浓度 280 g/L。西医诊断:维生素 B<sub>12</sub>缺乏性贫血。中医诊断:水肿—脾肾阳虚。治疗法则:健脾补肾,化气行水。处方:真武汤加减。药物:制附片<sup>先煎 2 小时</sup>20 g、白术 15 g、茯苓 60 g、干姜 15 g、白芍 15 g、毛冬青 15 g、枳实 15 g、青皮 15 g、淫羊藿 15 g、巴戟天 15 g、肉桂 20 g、黄芪 30 g、党参 30 g。5 剂,每天 1 剂,水煎服。

二诊(2012 年 2 月 24 日):诉腰酸、乏力、水肿好转,夜尿仍频繁,其余症状同前,舌脉同前。复查全血细胞分析检查结果显示:红细胞:2.74×10<sup>12</sup>/L,血红蛋白:91 g/L,白细胞:4.8×10<sup>9</sup>/L,血小板:389×10<sup>9</sup>/L,平均血红蛋白浓度 281 g/L。守上方加焦山楂 20 g、麦芽 20 g。5 剂,每天 1 剂,水煎服。

三诊(2012 年 3 月 7 日):乏力明显好转,水肿明显好转,夜尿频稍有转好,纳食增加,大便可,查体:面色好转,右下肢无水肿,仅见左踝部轻微水肿,舌质明显转红,舌苔脉象同前。复查全血细胞分析检查结果显示:红细胞:3.98×10<sup>12</sup>/L,血红蛋白:128 g/L,白细胞:5.11×10<sup>9</sup>/L,血小板:187×10<sup>9</sup>/L,平均血红蛋白浓度 289 g/L。守上方去青皮、枳实、白芍,加当归 15 g、益智仁 15 g、鹿角霜 20 g、肉苁蓉 15 g。5 剂,每天 1 剂,水煎服。

四诊(2012 年 3 月 23 日):畏寒肢冷,夜尿次数明显减少,每夜 4~5 次,几乎无乏力,无水肿,纳食进一步增加,夜寐欠佳但较以前明显好转。查体:面色如常,双下肢无水肿,舌质淡红,舌苔薄白,脉沉弱。守上方减茯苓为 30 g,加山萸肉 15 g、桑螵蛸 6 g。5 剂,每天 1 剂,水煎服。

五诊(2012 年 4 月 11 日):畏寒多衣,夜尿 2~3 次,稍有乏力,上楼时明显,平地慢走无疲乏感,舌质淡红,舌苔薄白,脉沉弱。复查全血细胞分析检查结果显示:红细胞:4.74×10<sup>12</sup>/L,血红蛋白:135 g/L,白细胞:5.62×10<sup>9</sup>/L,血小板:149×10<sup>9</sup>/L,平均血红蛋白浓度 313 g/L。守上方去毛冬青、白术、桑螵蛸、益智仁,加丹参 20 g、牛膝 15 g、制黄精 20 g。5 剂,每天 1 剂,水煎服。

六诊(2012 年 6 月 13 日):诉夜寐稍差,轻微畏寒,汗出,口干口苦,无乏力、水肿、尿频现象。舌质舌苔黄脉弦。复查全血细胞分析检查结果显示:红细胞:5.27×10<sup>12</sup>/L,血红蛋白:150 g/L,白细胞:6.24×10<sup>9</sup>/L,血小板:152×10<sup>9</sup>/L,平均血红蛋白浓度 328 g/L。治以滋肾阴、补肾阳。处方:知柏地黄丸

加减。药物:山茱萸 15 g、泽泻 10 g、丹皮 15 g、山药 30 g、知母 10 g、黄柏 10 g、制黄精 15 g、女贞子 15 g、旱莲草 15 g、黄芪 20 g、淫羊藿 10 g、巴戟天 10 g。5 剂,每天 1 剂,水煎服。8 月 10 日随访,病情无反复。

## 2 分析与讨论

### 2.1 病因病机

该患者贫血的具体原因不明,从病史来看,早期先是贫血,是体内维生素 B<sub>12</sub>及叶酸缺乏引起的贫血,后期症状是贫血加重的并发症。从中医的角度来看,本病应属“虚劳—阳虚”疾病范畴,病机考虑脾肾阳虚。因患者早期没有失血现象,不是血亏为先,应是以气虚为先,气虚为主,气虚不能生血而血虚。从病位来看,早期与肝脾有关,以脾虚为关键,到后期,脾虚及肾,气虚及阳,以肾阳虚为主,并由阳虚到了水泛的程度,是从脾虚到肾虚的过程。后期病位在脾肾,以肾为主,以阳虚为重。从治疗的过程来看,治疗早期的病机是针对阳虚为主,经过温脾肾补阳气,脾肾阳气得到恢复。阳需要气的充实,气需要水谷精气的补充,故二诊时加山楂、麦芽以醒脾消食,补后天之本。补气之时,助以行气,如枳实、青皮之类,行气药久用破气,故三诊后停用。尿频不减,提示阳虚仍然存在,故三、四诊加鹿角霜、肉苁蓉、山茱萸温补肾阳治本,还加桑螵蛸、益智仁固精缩尿治标,待尿频消退后减药,水肿消退后茯苓减量。“血不利则为水”也是阳气虚,瘀血阻滞,形成水肿的机制之一,故加用丹参、牛膝活血利水。治疗后期出现了阴虚火旺的表现(汗出、口干口苦、苔黄)。细查病机,初诊还是有阴血虚的存在,是阴阳两虚。阴阳两虚在不同的层面,阳虚为重,当阳虚得到温补后,阴虚仍然存在,阴阳失衡,露出了阴虚火旺的证候,阴虚不是后期才出现的,也不是补阳过火(此时仍有畏寒症状),而是在早期就存在,只不过不是虚的主要方面,没有显露出来,在阳虚得到纠正后,阴阳虚的层面不一致的程度有突出的差异。故到后期治疗又以滋阴为主。是否早期即可阴阳双补,原则上应当是可行的,但要分清轻重主次。早期以阳虚为重,阴阳缓急不一致,应以补阳为先。后期滋阴也应顾及补阳,只是补阳为次。所以,阴阳虚不是单方面的,阴阳在互相制约的同时,也互相依存,阳在亏虚的同时阴也存在不足,只是轻重程度可能不在同一水平,显著的一方症状突出,另一方可以隐蔽而无症状表现。“故善补阳者,必於阴中求阳,则阳得阴助,而生化无穷;善补阴者,必於阳中求阴,则阴得阳升,而源泉不竭。”所以,阴中求阳,阳中求阴,在虚的层面上是指阴阳虚是同时存在的,并不是补阳可以滋阴,滋阴可以补阳。而是指阴阳虚时,补阳或滋阴的同时,佐以滋阴或补阳,使阳虚或阴虚能够同时提高到新的层面上互相平衡。这也许是阴阳互根的原理所在。故六诊时用六味地黄丸、二至丸、制黄精等滋阴之时,仍加淫羊藿、巴戟天补火助阳,用知母、黄柏以制虚火上炎。

### 2.2 疗效机制

该患者经过中医药治疗,症状明显改善,体征检查恢复

正常,起效快,疗效显著,疗效稳定,较长时间内无反弹。起始中药 5 剂治疗,血红蛋白上升超过基数的 10% 以上,经过 1 月治疗,主要症状平均改善 85% 以上,全血细胞分析达到正常水平,通过纯中药治疗(因出现皮疹,未服叶酸及维生素 B<sub>12</sub>),其效果良好。虽然只是个例,但并不是偶然,提示中医药辨证治疗有不可忽视的效果。中药治疗后,疗效稳定,贫血、水肿反弹的机率变小,反弹时间大为延长。治疗中发现该方药在短期内即有促进红细胞生长的作用。促进血红蛋白增长的作用,是其温补阳气的重要一面。其次,该方有利水消肿的作用,是其治标的一面,温阳可以化寒饮,使水饮从三焦气化,通过利水,可以减少血容量,使血液浓缩,也有促进血红蛋白浓度回升的效果。但温补肾阳肾气,才是促进红细胞增生的主要方面,更重要的是,温补肾阳气,可能是促进骨髓红细胞造血系统正常代谢的关键所在,有可能促进了促红细胞生成素(EPO)的分泌。EPO 主要由肾小球基底膜外侧肾小管周围的间质细胞产生,能刺激骨髓红细胞样前体细胞增殖和分化,促进红细胞生成。叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 为人体不可缺少的造血元素之一,是细胞 DNA 合成的必需原料。维生素 B<sub>12</sub> 通过与胃壁细胞的内因子结合,在回肠末端吸收,叶酸水解后在近端空肠吸收。营养性贫血患者叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 明显降低,且与贫血程度密切相关<sup>[1-2]</sup>。叶酸需在维生素 B<sub>12</sub> 依赖的蛋氨酸合成酶作用下而发挥作用,维生素 B<sub>12</sub> 缺乏既使维生素 B<sub>12</sub> 本身的生理功能发生障碍,又使叶酸的生理功能发生障碍的多重后果。叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 是 DNA 合成中“一碳单位”的载体,二者缺乏一种均可引起 DNA 合成障碍,阻碍血细胞增殖分化,从而导致细胞核与细胞质发育不同步,是导致巨幼细胞性贫血的主要原因之一<sup>[3]</sup>。维生素 B<sub>12</sub> 还参与神经组织的代谢,缺乏可造成神经髓鞘合成障碍,从而导致脱髓鞘病变<sup>[4]</sup>。中药治疗与维生素 B<sub>12</sub>、叶酸的补充治疗不同,补充维生素 B<sub>12</sub>、叶酸后贫血可以纠正,但水肿不消,其原因不清,可能与肾重吸收功能不良、原本过多的血管外积液没有排出有关。经过中药治疗血红蛋白提高到正常水平后,即使停服中药,在较长时间内血红蛋白仍维持较高水平,提示本贫血的疗效机制,不在于维生素 B<sub>12</sub> 及叶酸的量,而在于维生素 B<sub>12</sub> 及叶酸转载体发生了改变,改良了维生素 B<sub>12</sub>、叶酸等的功能,或对 EPO 有效应关系,如果没有 EPO 的辅助效应,维生素 B<sub>12</sub> 缺乏性贫血的疗效可能难以维持。

### 2.3 难点

2.3.1 诊断困难 主要是水肿的鉴别诊断困难,水肿的原因多样,水肿病种的特异性不明显,病情复杂,波及脏腑较多,多数情况下一时难以明确诊断。贫血的诊断难,贫血的原因复杂,是多系统多种不同性质疾病的一个共同症状,多数要进行骨髓检查,方能明确。该患者有较长、明确的病史,并经过详细检查、治疗,但还需要排除心、肾、内分泌、血管、功能性水肿。

2.3.2 根治困难 对于该患者,一是贫血难以根治,二是水肿难以根治,三是乏力难以改善。贫血的原因复杂,诊断虽可明确,但治疗困难。针对不同的病因,需要长期治疗,多数效果不佳,缺铁性、叶酸缺乏性、维生素 B<sub>12</sub> 缺乏性等吸收障碍性贫血,需长期服药,难以根治。贫血到一定程度时会出现低蛋白性水肿,贫血性水肿难以消退,有时补充蛋白后,水肿立即消退,但不久又会复发。贫血加重时,血浆胶体渗透压降低,水肿又加重,水肿难以根治。只有贫血纠正以后,水肿始可消减。贫血患者乏力显著,长久或终生存在,部分患者贫血有所改善,但乏力症状难以消失。

### 2.4 启示

2.4.1 温阳补血 气和血有明显的相生、相依关系,气与阳也有相生、相依关系,阳与血没有直接的相生关系,但有间接的相生、相依关系,气足则阳生,阳旺则气盛,气能生血,温阳则气生,气旺则生血,温阳可以补血。该患者就诊初期其实已有血虚的表现,只是被阳虚症状所掩盖,如面色、唇、指甲苍白,乏力,倦怠,纳呆,舌淡,苔白,脉弱等,均有血虚的现象,但阳虚更为严重,故水肿、夜尿频、畏寒突出。通过温阳益气,血虚症状消失,血红蛋白明显升高。无论从中医的角度或从西医的观点来看,治疗结果均提示温阳有补血的效果。

2.4.2 靶点趋向 中医辨证施治,疗效显著,但具体药物作用机制尚不能明确。由于药物成分复杂,辨证施药随机性大,治疗靶点尚不清楚。从该病案的疗效来看,贫血纠正的主要原因不在于维生素 B<sub>12</sub>、叶酸的来源,对促进维生素 B<sub>12</sub>、叶酸的吸收可能有作用,但更重要的机制可能在于改善维生素 B<sub>12</sub>、叶酸的功能,对 EPO、骨髓造血细胞可能有正性作用。叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 缺乏性贫血的原因可能是转运的内因子缺乏或存在内因子抗体,中药治疗有可能改善内因子的作用。通过本案例观察,提示补肾阳药与叶酸、维生素 B<sub>12</sub>、EPO 可能存在着一定的内在关系,具体为哪个通道、哪些蛋白分子机制尚需进一步研究。

### 参 考 文 献

- [1] 胡湘云. 缺铁性贫血患者治疗前后血清铁蛋白、叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 检测的临床意义[J]. 放射免疫学杂志, 2002, 15(4): 219-220.
- [2] 李志改, 徐健, 翟蓓蓓. 恶性血液病患者贫血与 FA、VB<sub>12</sub>、SF 和 Epo 的关系[J]. 山东医药, 2004, 44(16): 8-10.
- [3] 李淑兰, 许晓红, 葛昌文, 等. MDS 的血清铁蛋白、叶酸及维生素 B<sub>12</sub> 检测的临床意义[J]. 中国实验诊断学, 2007, 11(6): 832-833.
- [4] Zengin E, Sarper N, Caki Kiliç S. Clinical manifestations of infants with nutritional vitamin B deficiency due to maternal dietary deficiency[J]. Acta Paediatr, 2009, 98(1): 98-102.

(收稿日期: 2012-07-13)

(本文编辑: 刘群)