

1.4 温肾益精,活血化瘀 临证多见性欲冷淡,少腹冷痛,腰酸乏力,白带清稀,小便频数,大便溏薄,月经色黑,舌质淡,苔薄白,脉沉弱。妇检见宫体后位固定,可触及痛结节。谢教授认为治宜温肾益精,活血化瘀,适宜于久病肾亏、下焦瘀血、积聚癥瘕之证,方选金匮肾气丸加减。药用:熟地、白术、山药各 20 g,茯苓、桃仁、仙灵脾各 12 g,鹿角霜、当归、制附片、肉桂、川芎各 10 g,细辛 3 g,制乌药 6 g。

## 2 验案举例

吴某,女,32岁,2008年4月16日初诊。患者3年前曾受孕,后因意外伤害而流产,后未再孕。近2年来开始出现行经腹痛,经前腰骶部及肛门坠痛,发热(体温 37.5~37.8℃),伴腰膝酸软,寐差,口干舌燥,小便少而频,大便干燥,月经先期,经期延长,量较多,色暗红有小血块。在外院经多次抗炎治疗,症状无明显改善。刻诊患者小腹疼痛拒按,舌质红,苔薄黄而燥,脉细滑而数。妇检:后穹隆部可触及痛性结节,子宫中位略大于正常,后壁有疼痛结节。谢师诊断为:子宫内膜异位症引起的不孕症。治宜:滋补肝肾,活血调经,方选桃红四物汤合六味地黄汤加减。药用:生熟地、蒲黄、丹皮、山萸肉各 10 g,败酱草、紫草、血竭、太子参、杜仲、牛膝各 12 g,淮山药、当归、菟丝子各 20 g,黄芪、桃仁、红花各 9 g,川楝子 6 g,延胡索、茯苓各 15 g。加用中药灌肠方治疗,10 d 为 1 个疗程,共治疗 4 个疗程。内服方加减连续治疗近半年,诸症消失。随访至 2009 年底已怀孕 6 个月。

## 3 讨论

子宫内膜异位症是生育年龄妇女的常见病、多发病,是较为难治的一种疾患,而且容易导致不孕

症。其主要病理变化为异位内膜随卵巢功能的变化出现周期性出血而影响周围组织纤维管、卵巢等生殖器官的功能以致不孕。谢教授认为由于脏腑功能失调,正气不足,经、产余血灌注胞脉、胞络之中,泛溢于子宫之外,气血不畅或气血亏虚瘀血内阻,容易阻遏冲、任经脉,使两精不能交合以致不孕。本病以血虚为本,血瘀为实,其病机为气血亏虚,瘀血积聚而致血脉不畅,故治疗应以益气活血、破血祛瘀为主。谢教授善用桃仁、红花活血散瘀,并与黄芪、丹皮配伍,既可行气活血,又可托毒敛疮,谢教授认为丹皮辛苦性寒,其气清灵芬芳,为“血中气药”,治经闭癥瘕,具有凉血不留瘀、活血而不动血的特点。蜚虫、三棱、莪术配桃仁、红花则能散结行气、破血逐瘀;若与当归、益母草配伍:以去旧血,而生新血。白术、山药、薏苡仁健脾利湿;红藤、败酱草、紫花地丁清热解毒;菟丝子、巴戟天温补肾阳,化气以助逐瘀;蒲黄、茜草均为化瘀止血之品,适用于瘀血阻滞、血不归经等证,蒲黄兼收敛止血,而茜草兼凉血止血,治疗血热挟瘀之证,两药配伍具有止血不留瘀、祛瘀不伤血的特点。谢教授认为治疗本病不论采用何种治法均应注重固护正气,扶正与祛邪相结合,标本兼治。另外,不孕症其本在肾,因肾主生殖,肾为藏精之脏,肾为先天之本,倘若肾虚而精亏,则导致冲、任胞脉失养而不孕,因此,在治疗中应注意滋补肾阴,调冲任。另外,在治疗中可用所服方剂煎煮浓缩后保留灌肠配合治疗。但灌肠治疗时,护理人员应注意药液的浓度、温度,且患者保留灌肠时间应在 2 h 以上,患者灌肠时采取左侧卧位,臀部抬高约 10 cm,以避免药液外溢。中药内服配合灌肠可增强疗效,缩短疗程,值得推广。

(收稿日期:2011-07-26)

# 儿童缺铁性贫血的程度与中医证型关系

邓红 张丽霞

(江西省新余市中医院 新余 338025)

关键词:小儿缺铁性贫血;脾胃虚弱型;心脾两虚型;贫血程度

中图分类号:R 556.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.061

缺铁性贫血(IDA)是儿童时期常见病、多发病,失治误治可延生其他疾病,严重影响儿童身心健康。据调查其发病率在我国 2 岁以下婴幼儿为 10%~48.3%。随着生活水平的不断提高,重度贫血已少见,但轻中度贫血患儿仍常见。目前国内外治疗缺铁性贫血主要是口服补铁剂。中医药在本病的研究上不断取得进展,对病因病机以及治疗的认识进一步丰富和发展,相对于西医显现自身优势。近年来

我们在临床观察中发现儿童缺铁性贫血的程度与中医证型存在一定的关系,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 脾胃虚弱组 30 例,男 17 例,女 13 例;6 个月~3 岁 18 例,3~7 岁 8 例,7~12 岁 4 例;心脾两虚组 30 例,男 15 例,女 15 例;6 个月~3 岁 17 例,3~7 岁 8 例,7~12 岁 5 例。两组性别和年龄分布具有可比性( $P>0.05$ )。 (下转第 85 页)

多梦易醒,神疲乏力,夜尿频多,舌红绛、苔薄黄、脉细。西医诊断:围绝经期综合征;中医诊断:经断前后诸证,证属阴虚内热。治以滋肾阴,清虚火。处方:鳖甲、山药、生地、玉竹、仙灵脾各 15 g,山茱萸 12 g,青蒿、丹皮、知母、地骨皮、泽泻、五味子、石决明各 10 g,百合、浮小麦、酸枣仁各 30 g。服药半个月后自觉潮热盗汗次数减少,睡眠较前改善,继前处方出入调理 2 个月,诸证减轻,综合调理半年,症状基本好转。

3.2 讨论 《内经》云:“女子……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子。”由于经断前后的妇女肾气渐衰,天癸将竭,冲任脉虚,生殖功能减退以至丧失,其阴阳失调是本病的根本,妇女一生经、孕、产、乳屡伤于血,处于“阳常有余,阴常不足”的状态,所以临床上经断前后常以肾阴虚致病者为多。肾阴不足,阴不维阳,虚阳上浮,故而出现阴虚内热的证候。方中鳖甲、山药、生地、玉竹、百合滋补肾阴;青蒿、丹皮、知母、地骨皮清虚热;泽泻泄肾热;酸枣仁养心安神;浮小麦、五味子敛汗除热;石决明平肝潜阳;山茱萸、仙灵脾取“善补阴者必于阳中求阴,则阴得阳生而泉源不竭”之意。全方合用则阴血生,虚火降,寐自安,汗自止,共达“阴平阳秘,精神乃治”之效。从而使围绝经期患者阴阳得以平衡,症状得以缓解。

#### 4 产后发热

4.1 病例资料 患者沈某,女性,26 岁,于 2009 年 4 月 16 日在我院住院分娩。产时产程较长,产钳助产下自娩一活婴,重 3 950 g,产后出血共 900 mL。

产后第 1 天始发热,体温在 37.5~38.5 °C,无外感症状,查血常规示:WBC:10.2×10<sup>9</sup>/L,N:84%,Hb:80 g/L,予抗生素治疗 4 d 后,仍发热不退。证见:身有微热,以午后为甚,恶露色淡量少,头晕眼花,心悸盗汗,心烦失眠,大便干结,小便短黄,舌红绛,脉细数。西医诊断:产褥病;中医诊断:产后发热,证属血虚阴亏内热。治以滋阴养血清热。处方:青蒿 6 g,知母、当归、川芎、白芍各 10 g,地骨皮、丹皮各 12 g,鳖甲、益母草、党参、酸枣仁、麦冬各 15 g,生地 20 g,甘草 3 g。服药 3 剂后热降寐安,继前处方 3 剂后,热退身凉,诸证减轻出院,出院后予八珍汤加味调理,产后恢复佳。

4.2 讨论 《医宗金鉴·妇科心法要诀》云:“产后血去过多则阴虚,阴虚则阳盛。”患者产时亡血伤津,阴血骤虚,致阴阳失衡,阴不济阳,虚火妄动,故而产后发热。而产后发热灼炼阴液,则伤阴的程度更为显著,从而形成恶性循环,甚至有“亡阳”之险。吴鞠通言:“热病有余于火,不足于水,唯滋水泻火为急务。”因此,必须在清热凉血的基础上采用养阴生津药来补充阴液的不足。正如叶天士所谓:“留得一分津液,便有一分生机。”方中重用鳖甲、生地、白芍、麦冬养阴;青蒿、知母、地骨皮、丹皮清热凉血;当归、川芎、益母草、党参养血活血;酸枣仁养心安神敛汗。全方共奏滋阴养血清热之效,故用之能热退身凉。热退后,去用清热药,加用益气养血之药调理,邪去而正安。

#### 参考文献

- [1]吕景山.施今墨对药[M].第 5 版.北京:人民军医出版社,2000.22  
[2]沈映君.中药药理学[M].北京:人民卫生出版社,2000.190,278,281

(收稿日期:2011-08-04)

(上接第 83 页)

1.2 病例选择标准 (1)中医诊断标准参照《实用中医儿科学》1995 年第一版,江育仁主编。(2)西医诊断标准参照全国医学院校教材第六版《儿科学》,杨锡强、易著文主编。

1.3 纳入标准 (1)年龄 6 个月~12 岁,(2)符合西医诊断标准,(3)符合本病脾胃虚弱及心脾两虚证型标准。

1.4 剔除标准 (1)年龄 <6 个月及 >12 岁者,(2)中医证型不符合本病脾胃虚弱及心脾两虚证型标准,(3)重度贫血输血病例及其他小细胞低色素性贫血病例。

1.5 观察方法 两组患儿均进行血常规检查及血清铁蛋白含量测定(化学发光免疫分析法,参考值:6 个月:50~142ng/mL;6 个月~15 岁:14~142ng/mL)。

1.6 结果 见表 1。脾胃虚弱组轻度贫血比例为 66.7%,心脾两虚组轻度贫血比例为 50.0%,差异有

显著性 ( $P < 0.05$ );脾胃虚弱组中度贫血比例为 33.3%,心脾两虚组中度贫血比例为 50.0%,差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。说明心脾两虚组贫血程度较脾胃虚弱组更重。

表 1 脾胃虚弱组与心脾两虚组贫血程度比较 例(%)

组别	n	轻度	中度
脾胃虚弱组	30	20(66.7)	10(33.3)
心脾两虚组	30	15(50.0)	15(50.0)

## 2 讨论

儿童缺铁性贫血,证型以脾胃虚弱型与心脾两虚型居多,贫血程度以轻中度贫血多见<sup>[1]</sup>。铁剂是治疗贫血的首选药物,其最突出的缺陷在于铁剂对胃肠道的刺激引起食欲下降,在临床使用中有一定的局限性。中医药在防治小儿缺铁性贫血方面有显著优势,在临床上得到广泛应用。本研究结果显示心脾两虚组贫血程度较脾胃虚弱组更重,可指导临床中医用药,为临床中医证型的辨证提供实验依据。

#### 参考文献

- [1]孙金芳,朱建斌.缺铁性贫血的研究进展[J].中国综合临床,2001,17(8):569-570

(收稿日期:2011-08-01)