

再生障碍性贫血 29 例疗效观察

湖南中医学院 谭日强主治 蒋红玉整理

再生障碍性贫血(以下简称再障)是一种进行性贫血,一向被认为是难治之症,死亡率较高。我在过去治疗本病经验的基础上,采取中医辨证分型的方法治疗 29 例,现报告如下。

一般资料

本组 29 例中门诊病人 9 例,住院病人 20 例;男性 17 例,女性 12 例;年龄 4~14 岁者 5 例,15~30 岁者 13 例,31~45 岁者 6 例,45 岁以上者 5 例;病程 2 个月~11 年,平均 19.9 个月;发病前曾服氯霉素或合霉素者 6 例,服保泰松者 1 例,服安乃近者 1 例,服锑剂者 1 例,长期接触苯者 2 例,放射性工作者 1 例,无明显病因可查者 17 例。

本组病例治疗前血红蛋白平均为 4.5 克%,白细胞为 2652/立方毫米,血小板为 1.5 万/立方毫米;骨髓检查,增生低下 13 例,重度低下 14 例,增生活跃 2 例。治疗前有 10 例曾用丙酸睾丸酮治疗达 3 个月以上,9 例曾用强的松、利血生,2 例曾用氯化钴,1 例用过士的宁,2 例服中药达 1 年以上,效果均欠佳,病情不稳定或复发者。

全部病例均符合 1964 年全国血液病学术会议拟定的诊断标准:(1)全血细胞减少,网织红细胞绝对值减少;(2)骨髓检查至少一部分显示增生不良或不增生(包括增生减低或重度减低),如增生良好,须有巨核细胞减少;(3)除外能引起血液和骨髓改变的其他疾病或其他血液疾病;(4)临床表现有明显的进行性贫血,伴有不同程度的出血和感染。

治疗方法

根据病人临床表现,按其主要见证分为两

型进行治疗。

心脾两虚型:共 13 例。证见面色苍白或萎黄,唇舌色淡,头晕,心悸,气短,疲乏嗜睡,食欲不振,大便不实,皮下出血,鼻衄,齿衄,月经量多或行经时间延长,脉象虚弱。治以补益心气,兼以健脾。处方:归脾汤加减。党参 30 克,黄芪 15 克,当归 10 克,茯苓 10 克,白术 10 克,炒枣仁 9 克,广陈皮 5 克,桂圆肉 15 克,大枣 5 枚,炙甘草 3 克,阿胶 10 克(蒸兑)。水煎服,每日一剂。大便溏者去当归,阿胶改用阿胶珠;心悸明显者,加珍珠母;脉弦者加白芍;兼有形寒肢冷、腰腿酸疼、阳痿等肾阳不足者加杜仲、续断、补骨脂、鹿角胶等。

心肝两虚型:共 16 例。证见面色苍白,头晕,眼花,耳鸣,心悸而烦,睡眠不宁,情绪急躁,皮下出血,齿衄,鼻衄,月经量多或行经期延长,食欲及大便正常,舌淡无苔,脉弦大甚数。治以滋养心阴,佐以柔肝。处方:一甲复脉汤加减。党参 30 克,麦冬 10 克,生地 15 克,白芍 10 克,炒枣仁 9 克,大枣 5 枚,生牡蛎 30 克,炙甘草 5 克,阿胶 10 克(蒸兑),水煎服,每日一剂。兼有腰腿酸痛,梦遗,肾阴亏损者加枸杞、杜仲、续断、龟板等。

以上两方均可加花生红皮。齿衄加炒蒲黄、旱莲草、桑椹子,外用没石子煎水含漱;鼻衄加茅根、藕节、侧柏炭;皮下出血加仙鹤草、紫珠草;月经量多加荆芥炭、炒莲蓬、炒棉籽。

29 例中,除单纯用中药治疗的 7 例外,其余 22 例均加用西药,其中男性患者加用丙酸睾丸酮 50 毫克/日,肌肉注射;女性患者加用苯丙酸诺龙 50 毫克/日,肌肉注射。待血象稳定后停用,以中药维持治疗。出血较广泛而

严重者，短期加用强的松；贫血较重者适当输血；高烧感染者加用抗菌素。

疗效分析

一、判断标准：参照1964年全国血液病学术会议拟定及1979年武汉血液病会议所修订的标准，分为四级：(1)基本治愈：症状完全消失，血红蛋白10克%以上，白细胞4000/立方毫米以上，血小板正常或接近正常，随访2年以上病情稳定者；(2)缓解：症状完全消失，血红蛋白10克%以上，白细胞3500/立方毫米左右，血小板有一定好转；(3)进步：症状明显减轻，不需输血3个月以上，血红蛋白较治疗前两周内最低水平增长3克%以上；(4)无效：经充分治疗后，症状及血象的好转不能达到以上进步要求者。

二、治疗结果：本组病例以3个月为一疗程，最长14个疗程，最短1个疗程，平均3.4个疗程；住院病人住院天数最短37天，最长543天，平均228天。29例中基本治愈11例(其中门诊病人8例)，占38.1%；缓解7例(门诊1例)，占24.3%；进步4例，占13.3%；无效7例(死亡1例)，占24.3%。有效率为76.7%。其中7例系单纯用中药治疗，6例基本治愈，1例缓解。

22例有效者的治疗前后血象变化见附表。从开始治疗至血红蛋白稳定的时间，最短30天，最长17个月，平均6.4个月。

附表 有效组22例治疗前后血象平均值变化

项 目	基本治愈组		缓解组		进步组	
	治前	治后	治前	治后	治前	治后
血红蛋白(克%)	5.9	12	6.5	11.3	4.5	6.2
白细胞(个/立方毫米)	2681	5300	2814	4457	2700	3500
血小板(万/立方毫米)	2.8	10.5	1.5	4.2	0.9	2.4
网织红细胞(%)	0.2	1.2	0.3	1	0.1	0.4

中医分型与疗效的关系，经统计学处理各型之间疗效无显著差异。

三、病案举例

病例一，代××，男性，27岁，干部。1978年

4月16日初诊。患者反复齿衄及皮下出血9个月，在外院作骨髓检查，示骨髓增生极度低下，粒系统增生减低，红系统增生明显减低，淋巴及网状细胞比值增加，巨核细胞未见，血小板极少见，诊断为“再障”，曾输血600毫升，服过强的松、利血生、康力隆等无效。病前曾服过抗风湿药(药名不详)。就诊时血红蛋白4克%，白细胞2400/立方毫米，血小板4000/立方毫米，网织红细胞0.1%。证见面色苍白，头晕，眼花，心悸多烦，咽喉干燥，睡眠不宁，情绪急躁，盗汗，齿衄，食欲可，大便干，舌淡苔少，脉弦大花数，属心阴不足，肝不藏血。治以滋养心阴，敛汗护阴，用一甲复脉汤加当归、黄芪、桑叶、莲肉、黑豆、浮小麦等。

服药5剂，盗汗止，睡眠宁，余症同前，乃改下方：生地15克，麦冬10克，党参15克，生白芍10克，炒枣仁9克，大枣5枚，阿胶10克(蒸兑)，生牡蛎30克，炙甘草5克，花生红衣6克。同时肌注丙酸睾丸酮50毫克，一日一次。至同年7月4日血红蛋白上升至7.5克%，白细胞达6800/立方毫米，血小板达4.3万立方毫米。停注丙酸睾丸酮，连服上方100余剂。至同年11月23日，血红蛋白已达14.5克%，白细胞达8800/立方毫米，此时脉转缓弱，舌质红润，苔薄白，继用归脾汤善其后。至1979年4月16日检查血象：血红蛋白13克%，白细胞5100/立方毫米，血小板11.6万/立方毫米，网织红细胞2%，病情缓解。随访2年余，血象正常，已恢复全日工作。于1982年5月18日再次追访，复查血象：血红蛋白11克%，白细胞4350/立方毫米，血小板10.5万/立方毫米。5月20日复查骨髓象：骨髓增生活跃，粒：红=1.6:1。粒、红细胞均增生活跃，淋巴及单核细胞大致正常，巨核细胞可见，血小板成堆出现，骨髓象基本恢复。

病例二：杨××，女性，44岁，工人，住院号14810。于1977年10月26日入院。患者头晕，心悸，乏力，齿衄反复出血，皮肤出现瘀斑1年余，检查血象发现全血细胞减少，服强的松、利血生、维生素B₁₂未效。病前曾服用过氯霉素，量不详。入院时血红蛋白7.6克%，白细胞3100/立方毫米，血小板3万/立方毫米，网织红细胞0.2%。在本院检查骨髓象，骨髓增生低下，粒系统增生低下，红系统增生极度低下，淋巴细胞比例增高，全片见1个裸核型巨核细胞，血小板极少见，诊断为再障。证见面色萎黄无华，头晕，心悸，失眠，乏力，食欲不振，腹胀，大便溏泻，齿衄出血，月经量多，经期延长，双腿散在紫色斑块。

舌质淡，苔薄白，脉象虚弱，证属心气不足，脾不统血。治以补益心气，健脾摄血，方用归脾汤加减。党参30克，黄芪15克，白术10克，茯苓10克，炒枣仁9克，广陈皮5克，桂圆肉15克，大枣5枚，炒蒲黄10克，炒莲蓬10克，阿胶珠10克，珍珠母15克，炙甘草3克，花生红皮10克。

服药10剂，齿龈出血停止，皮下瘀斑亦见消退，食欲增进，腹胀减轻，大便转干，仍用原方去炒蒲黄、炒莲蓬，阿胶珠改用阿胶，加当归。服药2月余，血红蛋白上升至11克%，白细胞达4100/立方毫米，血小板达9.8万/立方毫米，网织红细胞1.2%，复查骨髓象示骨髓增生活跃，全片见巨核细胞3个，颗粒型、血小板型、裸核型各1个，骨髓象基本恢复。出院后门诊继续治疗1年余，2年9个月随访，病情稳定，

血红蛋白在11克%以上，血小板在10万/立方毫米以上，已恢复全日工作。

体 会

本组29例，其中心脾两虚型13例（内有心脾两虚兼肾阳不足者2例），心肝两虚型16例（内有肝心两虚兼肾阴亏损者1例），无一例纯属肾虚型者。

据本组病例所见，经用归脾汤、一甲复脉汤两个基本方加减治疗，红细胞及血红蛋白上升较快，白细胞次之，血小板恢复最慢，有时需要数年才能恢复正常，故宜长期服用中药治疗。

针 刺 治 疗 皮 下 囊 虫 病

河南省太康县卫生学校 王永灿

囊虫病是链状带绦虫的幼虫（囊尾蚴）寄生于人体各组织所引起的疾病。本文针刺治疗的是皮下或浅层肌肉中的囊虫结节，通过活组织检查确诊者。本组共11例，治愈9例，2例无效（因未坚持治疗）。

一、治疗方法：

选用5分或1寸长的毫针。每次选囊虫结节3~5个。经常规消毒针具和施术部位，采用围刺方法，从结节的边缘上下左右四针，各斜刺至囊虫结节的中心，再在囊虫结节的中心刺一针，稍加捻转，使有痠麻胀痛感，留针20~30分钟，期间捻转行针1~2次，起针后，按揉结节，一般2~3次结节可消失，根据患者皮下或浅层肌肉中结节的多少和分布情况，酌情分批分期进行治疗，每3日一次，一般一次针刺囊虫结节不宜过多。

二、病案举例：

例一：王××，男，32岁。1973年5月经郑州×医院确诊为囊虫病。要求针刺试治。检查：胸部及下肢有皮下囊虫结节14个，无任何脑囊虫病、眼囊虫病等临床症状表现。采用上述方法进行针刺治疗，1个多月后全部治愈。几年来经两次随访，治愈后无任何

不适及新的囊虫结节出现。

例二：李××，男，27岁。1977年6月就诊。患者于去年在河南医学院确诊为囊虫病。一年来，先后用丸药、汤药和西药均未见好转。检查：全身有30多个囊虫结节，无眼、脑等囊虫病表现，采用上述针刺方法，分批分期进行治疗，2个月后囊虫结节全部消失，而无任何不适。后经随访，也未出现新的囊虫结节。

三、讨论：

本法是传统的针刺方法之一。采用围刺进行治疗，即《灵枢·官针》中提到的“二日豹文刺”。豹文刺者，左右前后针之。”祖国医学认为本病虫积久羁，内脏失调，气血不和，气滞痰凝于肌肤之中，豹文刺法，可以化痰散结，调和气血。现代医学从皮下组织取出的囊尾蚴来看，囊壁与虫体之间有一个囊腔，内含囊液，当围刺后，将囊壁刺破，囊液流出被组织吸收。个别结节，针刺几次后，仍可用手摸到小硬结，此是残留的囊尾蚴体，可能因为组织吸收不好或针刺不当之故。此时可在残留的小硬结上，用当归注射液0.5毫升封闭，以促进吸收。