

中药为主治疗急性再生障碍性贫血 的临床分析

河北省廊坊地区人民医院血研室 梁 冰 高国和 田洪波 刘荷芬 徐秀琴 杨景霞
侯 伟 杨淑莲 孙玉桃 段 或 王洪录 赵秀勤

自 1975 年至 1984 年 11 月 本室共收住院急性再生障碍性贫血(以下简称急性再障)35 例, 占同期住院再生障碍性贫血病人的 23%, 可作疗效统计者 31 例(包括曾报道过的 7 例⁽¹⁾), 经予以中药为主的中西医结合治疗, 效果尚属满意。

一 般 情 况

35 例病人均符合 1981 年 廊坊再障座谈会拟定的《急性再生障碍性贫血的诊断标准》⁽²⁾。其中男性 25 例, 女性 10 例。年龄为 6~62 岁, 平均为 22.9 岁。入院前自然病程为 7~180 天, 平均为 66.4 天。临床见有皮肤粘膜出血 35 例, 鼻衄 21 例, 齿龈渗血 15 例, 尿血 3 例, 便血 6 例, 子宫出血 3 例, 眼底出血 20 例, 颅内出血 2 例。入院时体温正常 1 例, 发烧 34 例, 平均为 38.9℃; 本组病人在住院过程中均有不同程度的发烧。入院时血 红 细 胞 小 于 100 万/毫米³ 5 例, 100 万~150 万/毫米³ 18 例, 150 万~200 万/毫米³ 6 例, 200 万~270 万/毫米³ 6 例, 平均为 145 万/毫米³。入院时血红蛋白小于 3 克% 4 例, 3~5 克% 24 例, 5~7 克% 7 例, 平均为 4.3 克%。入院时网织红细胞小于 0.2% 18 例, 0.2~1.0% 15 例, 大于 1.0% 2 例, 平均为 0.4%。入院时血白细胞 2000/毫米³ 以下 22 例, 2000~3750/毫米³ 13 例, 平均为 1961.1/毫米³。中性粒细胞绝对值小于 200/毫米³ 9 例, 200~500/毫米³ 18 例, 500~760/毫米³ 8 例, 平均为 368.2/毫米³。血小板计数小于 1 万/毫米³ 25 例, 1~2 万/毫米³ 10 例, 平均为 0.94 万/毫米³。骨髓增

生极度低下 10 例, 增生低下 23 例, 增生活跃 2 例。骨髓非造血细胞 99~50%, 其中 70% 以上 22 例, 平均为 74.4%。

35 例病人中原发性 14 例, 占 40%; 继发性 21 例, 占 60%。

治 疗 方 法 和 结 果

一、治疗方法

(一) 中医药治疗: 本组病例按中医辨证基本分为两型。

急劳髓枯温热型(18 例): 以感染高热和各部位出血倾向为主要临床特征, 起病急骤, 病程短促, 虚实夹杂, 证候多变。持续高热, 壮热口渴, 汗出热不退, 口腔溃烂, 舌出血泡, 齿鼻衄血, 量多色紫暗, 口内血腥臭味难闻, 皮下大片瘀血紫癜, 尿血, 便血, 妇女月经过多或淋漓不断, 重则血崩不止, 心悸气短, 行动艰难, 每因持续高热或伴发颅内出血而死亡, 舌质淡干无津、苔黄黑腻, 脉象洪大数疾。治宜凉血解毒, 方拟凉血解毒汤: 羚羊角粉、丹皮、生地、麦冬、茜草、板蓝根、黄芩、贯众、苍耳子、三七粉、琥珀、地肤子。

急劳髓枯虚寒型(17 例): 该型多由急劳温热型经凉血解毒汤治疗后呈现病情稳定的髓枯虚寒期, 或有的病人就诊较早, 仅有血象和骨髓象的严重异常, 而感染高烧及内脏出血表现不明显, 症见面色苍白, 畏寒肢冷, 倦怠乏力, 体胖虚, 腰膝痠软, 大便溏泻, 纳食不佳, 四肢皮下可见大片瘀斑, 妇女月经过多, 或尿血便血, 舌质淡、苔薄白, 脉象弦滑少力。治宜温补脾肾, 填精益髓, 方拟加味参芪仙补

汤：人参、生黄芪、补骨脂、仙鹤草、当归、鸡血藤、仙灵脾、黄精、肉苁蓉、肉桂、淡附片、熟地；或服用温肾益髓汤⁽³⁾

(二) 西药治疗：病人都配合应用了丙酸睾丸素 50~100 毫克/日，肌肉注射；或康力龙 12 毫克/日。儿童酌情减量应用。

(三) 支持疗法：病室空气流通，固定紫外线每日消毒；忌食生冷，基本熟食；相对隔离；全部病人都配合应用输血、输液等支持疗法，个别病人作了骨髓输注。

(四) 并发症的治疗：本组病例多伴有口腔糜烂溃疡及冠周炎，方用玉女煎、普济消毒饮加减；局部涂冰硼散与锡类散交替应用。对软组织感染患者方用五味消毒饮；局部红肿时外涂如意金黄散；脓肿形成贴敷麝香回阳膏。对败血症患者除及时服用大剂量清瘟败毒饮、犀角地黄汤外，并须针对不同部位的感染及时做血、尿、便等标本的培养，依据培养结果及细菌敏感试验选用抗菌素。因急性再障病人成熟粒细胞缺乏，多低于 500/毫米³，并出现耐药的金黄色葡萄球菌或革兰氏阴性杆菌感染，尤以绿脓杆菌为多见，治疗上选用针对性强的广谱抗菌素，我们常用氨基苄青霉素、先锋霉素和庆大霉素，按公斤体重足量给药，且维持到烧退，感染被控制后的 3~7 天停药。

急性再障出血多因阴虚内热或外感温热迫血妄行，溢出脉外，伤及阳络则吐血、衄血，损及阴络则便血、尿血及子宫出血。如不及时治疗，多因合并脑出血而死亡。证属虚热出血，方用犀角地黄汤、大补阴丸和茜草散；实热出血多出现于感染后的高热迫血妄行的各种出血症，治宜清热泻火，方用化斑汤、犀角地黄汤；凡出血量多，经久不止的各类出血及妇女崩漏，方用归脾汤、补中益气汤、十灰散和固冲汤；各部位严重的出血倾向宜及时输血小板或新鲜全血并静脉点滴止血合剂，颅内出血配合甘露醇脱水，消化道出血用四味止血散（大黄、阿胶珠、白及、三七粉），妇女崩漏不止用基础方加补骨脂、赤石脂、煅龙骨、煅牡蛎。

二、治疗结果

凡治疗在 60 天以上均做疗效统计，本组 35 例病人中可作疗效统计者 31 例。按 1981 年全国再障组稿座谈会拟定的《再障疗效标准》进行评定⁽²⁾，本组病例治愈 11 例，占 35.5%，平均住院 263.6 天；缓解 9 例，占 29%，平均住院 260 天；明显进步 2 例，占 6.5%，平均住院 297 天；无效 4 例，占 12.9%，平均住院 133 天（病情较重或经济条件限制，自动出院）；死亡 5 例，占 16.1%，平均住院 124 天。至 1984 年 12 月 30 日统计，原治愈的 11 例，除一例在治愈后的 1365 天因不明原因的子宫出血死于当地外，余皆健存，平均已生存 1394 天；缓解的 9 例均健在，平均已生存 731.4 天；明显进步 2 例均健在，平均生存 313 天。出院后经 1 年以上的远期随访，治愈者 10 例疗效巩固，保持缓解待升级者 9 例，明显进步待升级者 2 例。

讨 论

一、急性再障发病急，进展快，因骨髓造血组织被广泛破坏，造血功能极度衰竭，如不及时治疗，病人多在短期内死于感染、败血症或/和内脏出血。国内林果为⁽⁴⁾总结 40 例急性再障中 34 例死亡，5 例自动出院，仅 1 例有效。张锐发等报告用抗人胸腺淋巴细胞球蛋白治疗 15 例急性再障⁽⁵⁾，可做疗效统计的 13 例中，3 例治愈，3 例缓解，1 例明显进步，总有效率为 53%。欧洲骨髓移植组 (EGBMT)⁽⁶⁾搜集来自四个中心共 14 个协作组的 170 例严重再障 (SAA)，将 IS 分成单用抗胸腺球蛋白 (ATG)、ATG 和输入单倍体相符的亲属骨髓、高剂量 6-甲基强的松龙丸三类进行治疗比较，生存期从 IS 的第 1 天算起，一年实际生存为 62.8%，二年为 56%，4 年为 52%；而我室统计的病例中，从入院的第一天算起，一年生存 65.7%，二年生存 46%。

二、本组 35 例急性再障病例治疗中突出了中医辨证中药为主，雄性激素为辅。并加强了对症治疗的支持疗法。本病发病急，贫血呈进行性加剧故称“急劳”，因造血之源肾精枯竭，

又称“髓枯”，常伴有严重的感染高烧及内脏出血倾向，又属“温热”。故用“急劳髓枯温热”加以概括(该分类方法已被国内采纳)⁽⁷⁾。正如《内经·评热病篇第三十三》云：“有病温者，汗出辄复热，而脉躁疾……病名阴阳交，交者，死也。”《灵枢·热病》篇云：“汗出而脉尚躁盛者死。”急性再障多表现高热汗出，脉洪大数疾，宜清热凉血解毒，以祛其邪，滋阴补虚以扶其正、固其本，故拟出了凉血解毒汤从治而获效；而对疾病初起或治疗过程仅有急劳髓枯虚象而无外感温热之邪时，可投加味参芪仙补汤。

三、本组病人入院时均对肝功能进行了测定，发现2例病人未用丙酸睾丸素也有转氨酶单项升高(250~490单位)者。本组有6例病人在加用丙酸睾丸素后4~5个月出现转氨酶升高(90~500单位)，经减量或停用雄性激素治疗并在中药方剂内加用了清热利胆的茵陈、夏枯草、白花蛇舌草等(一般服用10~20剂)后，即能降至正常水平。有2例合并严重黄疸及肝功能损害患者，应用了中药复肝方(小蓟草、茵陈、公英、泽兰、藿香、车前子、夏枯草、白花蛇舌草、鸡骨草、生山栀)，用药20~30剂后恢复正常，而且造血功能也相应得到改善。本组病例均常规口服肝荣、复合磷酸酯酶，并在方剂中加用利肝的中药如青蒿等，以做到防患于未然。

四、中药治疗主要依据辨证分型，对有典型急劳髓枯温热型证状，患者常规服用凉血解毒汤，直至痊愈。11例治愈患者有5例属此

类型，少者服126剂，多者服180剂而愈。本组病例中有11例入院后服凉血解毒汤100~260剂，症状稳定，病人血象未见明显上升，而温热出血症状消失，髓枯虚寒证明显，改服温补脾肾之加味参芪仙补汤或温肾益髓汤而奏效。

五、死亡7例(治疗未满60天2例)中，因中毒性痢疾死亡1例，继发肺部感染败血症3例；霉菌性肺炎败血症1例；消化道大出血1例；脑出血1例。这些病人多在入院时已临近晚期或病情突变，故应争取早期诊断，及早治疗，对严重内脏出血和感染患者应及时采取治疗措施，做到防患于未然，一但出现出血、感染之征兆后，处理上要立足于早，用药要稳、准、狠，尤其是对控制感染应给足药量，且要坚持用药到感染灶被控制烧退后3~7天停药，并要加强各种支持疗法。

参 考 文 献

- (1) 梁冰等：凉血解毒汤合并雄激素治疗急性再生障碍性贫血。中华内科杂志 22(2):96, 1983。
- (2) 座谈会纪要：关于再生障碍性贫血的病因、诊断、分型及治疗问题。中华血液学杂志 2(3):199, 1981。
- (3) 河北省廊坊地区人民医院血液组：中药温肾益髓汤并用丙酸睾丸酮治疗再生障碍性贫血。中华内科杂志 19(4):242, 1979。
- (4) 林果为等：急性再生障碍性贫血40例临床分析。中华血液学杂志 2(5):275, 1981。
- (5) 张锐发等：抗人胸腺淋巴细胞球蛋白治疗急性再生障碍性贫血15例结果。中华内科杂志 23(8):488, 1984。
- (6) Gluckman E, et al: Brit Haematol 51(4):541, 1982。
- (7) 梁冰等：中药为主治疗急重再生障碍性贫血25例的疗效观察。上海中医药杂志 (5):7, 1985。

治 疗 跌 打 损 伤 肿 痛 熏 洗 方

新疆霍城县第二人民医院 丁 四 明

处方：桃仁、红花、乳香、没药、五倍子(砸碎)、黑豆各20克，赤芍15克，甘草15克，白酒30克。

加减：红肿热症状严重者加大黄15克，金银花30克，黄柏15克。

功能主治：活血散瘀，消肿止痛。适用于扭伤，碰伤，砸伤等造成的局部红肿热痛。初期用效果好。

用法：一剂加水3000毫升，煎至一半，加入白酒趁热熏患处，待液温稍减，便可用毛巾浸液洗患处。在药尚有余热时便要停止熏洗，并用干毛巾擦干患处。一次熏洗30分钟，一剂药洗四次。一般1剂，重者2~3剂即愈。

禁忌：有皮损及化脓灶者禁用。