

思路与方法

中医治疗急性再生障碍性贫血的思路与方法

河北省廊坊地区人民医院血研室 梁 冰

急性再生障碍性贫血(以下简称急性再障),具有发病急、进展快、死亡率高临床特点。由于骨髓造血组织被广泛破坏,造血功能极度衰竭,多数病人均在短期内死于感染败血症或内脏出血。国内林氏(中华血液学杂志 2(5):275, 1981)报道 40 例急性再障病人中,死亡 34 例,占 85%。张氏(中华内科杂志 23(8):488, 1984)报道用抗人胸腺淋巴细胞球蛋白治疗 15 例急性再障病人,总有效率为 53%。我们在治疗慢性再生障碍性贫血(以下简称慢性再障)取得较好疗效的基础上,又对急性再障的治疗进行了探索,依据中医理论将急性再障分为“急癆髓枯温热型”和“急癆髓枯虚寒型”,分别应用滋阴补肾、凉血解毒和温补脾胃、填精益髓的治疗法则,并同时应用西药雄性激素及抗生素等支持疗法。截止到 1984 年底,收住院观察治疗急性再障 35 例,占同期住院再障贫血病人的 23%。资料完整可做疗效统计者 31 例,均符合 1981 年制订的全国急性再障的诊断标准及疗效考核标准。经远期随访观察,其中治愈 11 例,占 35.5%;缓解 9 例,占 29%;明显进步 2 例,占 6.4%;无效 4 例,死亡 5 例,共占 29%。现将治疗急性再障的中医辨证论治思路与方法介绍如下。

一、辨证施治 不泥旧法

回顾 1977 年以前,我们曾用温补脾胃、益气养血的温肾益髓汤(以龟板胶、鹿角胶、仙茅、仙灵脾、阿胶等中药为基础组成)治疗慢性再障取得了较好的疗效。但对大多数急性再障的治疗却不适宜,并出现补阳热更炽,滋阴血不生,病人多半在短期内死亡。祖国医学辨证论治的思想启发我们对急性再障进行精确的辨证分析,以寻求新的治疗方法。1977 年 5 月,病人高××,女,41 岁,经天津某院和北京某院确诊为急性再障。贫血伴全身广泛紫斑 15 天,尿血、便血、

子宫出血不止 8 天。体温 39.6℃,血红蛋白 7 克%(已输血 2100 毫升),白细胞 900/立方毫米,血小板 1.1 万/立方毫米。骨髓增生重度低下,非造血细胞 98%,粒、红及血小板未见。我们用中医脏腑辨证、病因辨证和卫气营血的辨证综合加以分析,认为本证为造血之源肾精枯竭,外感温热毒邪。针对上焦外感温热的鼻塞咽痛,投《济生方》的苍耳子散;针对温热之邪内陷营血,取《千金方》的犀角地黄汤;针对髓枯精竭,取《卫生宝鉴》补肾泻火之三才封髓丹。组成了具有滋阴补肾、凉血止血、散风清热功效的“凉血解毒汤”,经 14 天的治疗,病人热退,各种出血停止,病情趋于稳定,同时肌肉注射丙酸睾丸素,又经 150 天的治疗,病人血象、骨髓象恢复正常,缓解出院,每年进行随访,现已治愈 7 年。这一例急性再障的治疗成功打破了再障宜补的传统治疗方法,证实了辨证施治的科学性。

二、总结经验 寻求规律

上述高××急性再障的治疗成功是偶然发现还是有其规律性,是否经得起重复,于是我们又在临床实践中进行重复观察。患者冯××,男性,48 岁,贫血发热 50 天,血红蛋白 5 克%,白细胞 1600/立方毫米,分类:中性粒 5%,淋巴 95%,血小板 8000/立方毫米,骨髓增生极度低下,非造血细胞 95%,服凉血解毒汤 120 剂后病情稳定,同时口服康力龙每日 12 毫克,14 个月后血象基本恢复正常,缓解出院,现已治愈 3 年。以后凡表现为壮热口渴,口腔粘膜溃烂,舌出血疱及尿血、便血、子宫出血,严重感染高热及有内脏出血倾向的典型急性再障,即辨证为急癆髓枯温热型,皆常规服用凉血解毒汤,直至缓解。上述 11 例治愈患者中,有 5 例属于此型。绝大部分急性再障具有发病急、贫血呈进行性加剧的表现故称急癆,因

造血之源肾精枯竭, 又称髓枯, 常伴有严重的感染高热及内脏出血、大汗, 脉洪大数疾又属温热, 故用“急癆髓枯温热”加以概括。《内经》中已有相应的描述和记载, 《素问·评热病篇第三十三》: “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》: “汗出而脉尚躁盛者死”。在治疗上我们选用了大队大剂量清热解毒、凉血止血之剂以祛其邪, 滋阴补虚以扶其正, 固其本, 而拟出了凉血解毒汤。并经临床初步验证, 证明有一定疗效。

三、把握病机 法随证变

祖国医学治病既不是万病一方, 也不是一方治万病, 而是证变法亦变。临床实践中观察到, 急性再障病人并非皆是急癆髓枯温热型, 并且证型也不是一成不变。如有些急性再障用凉血解毒汤治疗后, 证由急癆髓枯温热型转化为病情稳定的急癆髓枯虚寒型。如本组 11 例急癆髓枯温热型服凉血解毒汤后, 温热出血症状消失, 但血象上升缓慢而呈现急癆髓枯虚寒证, 此时可改温补脾肾填精益髓之法, 方用加味参芪仙补汤(即温肾益髓汤, 参照《景岳全书》保元汤加减组成)。如病人张××, 女性, 30 岁, 入院时鼻衄, 全身广泛性紫斑, 子宫出血不止, 体温 39.5℃, 重度贫血貌, 血红蛋白 5.5 克%, 网织红细胞 0.1%, 网织红细胞绝对值 200/立方毫米, 白细胞 800/立方毫米, 中性粒细胞绝对值 160/立方毫米, 血小板 4000/立方毫米。骨髓增生低下, 非造血细胞 86%。辨证为急癆髓枯温热型, 服凉血解毒汤 226 剂后, 血红蛋白稳定在 9 克%, 出血症状消失, 脉转沉细, 呈现一派急癆髓枯虚寒证, 即停服凉血解毒汤, 改服加味参芪仙补汤, 服药 30 剂, 血象恢复正常, 缓解出院。也有部分急性再障病人, 因就诊较早, 病变程度轻, 开始就呈现一派急癆髓枯虚寒证象, 如面色苍白, 畏寒肢冷, 倦怠乏力, 腰膝痠懒, 大便溏薄, 纳食不佳, 四肢皮下可见出血瘀斑, 尿血, 便血, 妇女月经过多, 舌质淡白, 脉沉细。亦可服温补脾肾、填精益髓的加味参芪仙补汤。本组 31 例中有 4 例病人就单服此方而治愈。在临床实践中审证求因, 把握病机, 辨证施治, 法随证变, 才可望有较好疗效, 切忌生搬硬套、“刻舟求剑”的死板治疗方法。

四、标本兼顾 权衡缓急

急性再障发病之本是髓枯精竭, 标是感染发热和各部位的严重出血倾向, 这也是危及病人生命的两大并发症。因此在治疗中必须把祖国医学的辨证治疗和

近代医学的抗感染和止血密切结合起来。急性再障病人中性粒细胞绝对值低于 500/立方毫米时, 革兰氏阴性杆菌感染败血症尤为多见, 除按中医辨证服用凉血解毒汤及清瘟败毒饮、黄连解毒汤外, 并要针对不同部位的感染及时做血、尿、便等标本的培养及细菌敏感试验, 以选择有效足量的抗生素有效地控制感染, 且要维持用药到热退感染被控制后的 3~7 天。急性再障的出血多因阴虚内热或外感温热, 造成热邪炽盛, 迫血妄行所致, 如不及时治疗, 多因合并脑出血而死亡。虚热出血方用犀角地黄汤合茜草散, 实热出血多伴有感染高热, 方选用三黄汤或/和化斑汤加犀角、三七、琥珀等凉血止血药, 并及时输血小板悬液或/和新鲜全血, 静脉点滴止血合剂。对有出血、感染征兆的病例, 治疗上要立足于早, 并要加强各种必要的支持疗法, 如果待严重感染或内脏出血明显再用药, 为时已晚。

五、重视基础 发展提高

我们在临床上, 注重了基础实验研究与中医的辨证施治相结合, 通过对急性再障病人骨髓与正常人骨髓共同培养, 病人血清与正常人骨髓进行培养, 做了部分病人的骨髓粒系定向干细胞(GM-CFU_c)的测定。在完成常规免疫功能检查(IgG、IgA、IgM, 淋巴细胞转化, E-玫瑰花结试验)外, 又做了部分病人的T细胞亚群T_H和T_S细胞的测定。发现有些急性再障病人的发病与造血干细胞缺乏有关, 有些与细胞、体液免疫有关。从例数不多的实验观察中, 看到造血干细胞缺乏的病人以急癆髓枯虚寒为主, 细胞或/和体液免疫异常者急癆髓枯温热多见。通过对造血干细胞及T细胞亚群的测定, 不仅有助于对急性再障发病机理的探讨, 而且对中医的辨证分型用药提供了客观依据, 对预后的判断也有一定意义, 并可借以阐明中药对造血干细胞的作用及调节免疫功能的机理, 从而提高祖国医学对本病的认识和治疗效果。

蚂蚁治疗类风湿性关节炎

吴志成

选用膜翅目蚁总科切叶蚁科及蚁科的良好蚂蚁, 如代维斯、拟黑多刺蚁(在树上作巢的大黑蚁)及俗称的“红群”、黄惊蚁等, 烘干粉碎, 蜜丸。成人每日三次, 每次 5 克, 主治类风湿性关节炎、风湿性关节炎、阳痿、贫血等, 三个月为一疗程, 有一定疗效。有过敏史者宜小剂量试用, 无其他禁忌。