

中西医结合治疗急性非淋巴细胞白血病

浙江省中医院 罗秀素 虞荣喜 沈一平 胡致平

指导:马逢顺

我院自1987~1989年运用中西医结合治疗急性非淋巴细胞白血病75例,完全缓解率优于单用化疗,现分析报告如下。

一、一般资料

本组75例均为初治的住院病人,经血象、骨髓象、细胞组化染色等检查确诊,符合1986年天津白血病分型讨论会关于急性非淋巴细胞白血病的修改意见⁽¹⁾。其中男性41例,女性34例,年龄最大74岁,最小14岁,中位年龄38岁,诊断为急性粒细胞性白血病(M_1), M_2 , M_3)44例,急性粒-单核细胞性白血病(M_4)5例,急性单核细胞性白血病(M_5)21例,急性红白血病(M_6)5例。

二、观察方法

按中医辨证本组75例可分为瘟毒内蕴、痰湿瘀阻和正虚三型。本文除临床分析75例的合并症、外周血白细胞计数、白细胞祖细胞体外培养及药敏试验等与中医辨证分型的关系外,重点就辨证分型与疗效关系进行观察。

本文病例采用中西医结合治疗。中药方面按辨证分下列三型施治:(1)瘟毒内蕴型(23例):症见壮热,汗出,气粗,口干干燥,周身骨痛,齿衄、鼻衄、肌衄,大便干而不畅,小溲黄赤,甚则昏迷,舌红或绛、苔黄或灰黑,脉数或弦数。治以清热解毒,凉血止血。方用白虎汤、犀角地黄汤、清瘟败毒饮等加减,药用生石膏、知母、犀角或水牛角、生地、丹皮、赤芍、黄连、黄芩、山栀、连翘、土大黄、仙鹤草、茜草、生甘草等。(2)痰湿瘀阻型(26例):症见面色苍白,胸闷,纳呆,头晕,痰核,症积,骨节疼痛,或衄血、瘀斑,或有发热,舌淡或紫、苔白腻或黄腻。治以化痰散结,活血化瘀。方用温胆汤、消瘰丸、膈下逐

瘀汤、金匱鳖甲煎丸等化裁,药用茯苓、半夏、赤芍、三棱、莪术、鳖甲、穿山甲、大黄、天竺黄、海蛤壳、桃仁、红花、丹参、当归、蟾虫、蜈蚣、枳壳等。(3)正虚型(26例):表现为气血虚或气阴虚。症见头晕,面色苍白,心悸心慌,动则汗出,或寐中盗汗,手足心灼热,胃纳不振,大便干或溏,舌红或淡、苔薄或少苔,脉细数或沉细无力。治以益气养阴、调补气血。方用人参养营汤、归脾汤、六味地黄汤等加减,党参、黄芪、当归、白芍、熟地、茯苓、白术、五味子、枣仁、远志、山萸肉、丹皮、青蒿、鳖甲、炙甘草、姜、枣等。

西药方面除应用输血、成分输血和抗生素等一般支持疗法外,联合化疗采用HOP(三尖杉酯碱、长春新碱、强的松)、HOAP(同上加阿糖胞苷)、HA(三尖杉酯碱、阿糖胞苷)及DA(柔红霉素、阿糖胞苷)方案治疗。

三、观察结果和分析

1. 并发症与中医辨证分型的关系:本文病例中有不少出现并发症,包括败血症、弥漫性血管内凝血、颅内出血、肛旁脓肿、阑尾脓肿、蜂窝组织炎、肺部感染、感染性休克、亚急性心肌梗塞等,其中多数因罹患感染(败血症)及出血,短期内死亡。并发症发生率以瘟毒内蕴型为最高,23例中并发感染9例、出血6例,并发症发生率为65.2%。痰湿瘀阻型和正虚型的并发症则较少,前者26例,并发感染1例、出血2例、亚急性心肌梗塞1例,并发症发生率为15.4%;后者26例,并发出血3例,并发症发生率为11.5%。痰湿瘀阻和正虚型的并发症发生率显较瘟毒内蕴型为低(P 值均 <0.01)。

2. 外周血白细胞计数与中医辨证分型的

关系:治疗前外周血白细胞计数超过 $25 \times 10^9/L$ 者,瘟毒内蕴型 23 例中有 9 例(39.1%),痰湿瘀阻型 26 例中有 11 例(42.3%),正虚型 26 例中却无一例出现。正虚型与其他两型相比较均有显著差异(P 值均 < 0.01)。

3. 白血病祖细胞体外培养及药敏试验与中医辨证分型的关系:本组中有 38 例(瘟毒内蕴型、痰湿瘀阻型各 12 例,正虚型 14 例)作了白血病祖细胞体外培养观察。培养结果呈高、中生长型者 26 例(68.4%),呈低生长及无生长型者 12 例(31.6%)。另对呈高、中生长型者 26 例进行了 HA 药敏试验,结果显示有 18 例(69.2%)对 HA 敏感。其中瘟毒内蕴型 10 例,敏感 6 例;痰湿瘀阻型 8 例,敏感 4 例;正虚型 8 例,全都敏感。正虚型和痰湿瘀阻型间差异显著($P < 0.05$)。

4. 临床疗效与中医辨证分型的关系:按照 1987 年全国白血病防治协作组会议制定的标准(中华血液学杂志 1988 年第 3 期)进行疗效评定。本文 75 例中有 14 例治疗不满一周,不纳入评定疗效范围,可进行疗效评定的共 61 例(瘟毒内蕴型 12 例,痰湿瘀阻型 24 例,正虚型 25 例)。评定结果获完全缓解 42 例(68.9%),部分缓解和无效 19 例(31.1%)。在获完全缓解的 42 例中,正虚型和痰湿瘀阻型的完全缓解率均较高,分别为 80% (20/25 例)和 79.2% (19/24 例);瘟毒内蕴型的完全缓解率最低,仅 25% (3/12 例)。正虚型、痰湿瘀阻型与瘟毒内蕴型相比较均有显著性差异(P 值均 < 0.01)。

四、体会

目前中医对本病的辨证分型尚不统一^(2~4)。笔者在临床上发现:一部分患者多以壮热起病,伴有全身皮肤瘀点、瘀斑及齿衄、鼻衄、黑便等,本型起病急骤,进展迅速,系由温病伏邪致病,故名为瘟毒内蕴型;另一部分患者主要表现为痰湿较重,并可有痰核、症积、有热或无热,故以痰湿瘀阻型命名;此外,也有不少患者,既无壮热,亦无痰核、症积,临床多表现为气阴虚或气血虚,故名之为正虚

型。需要说明的是,我们临床虽分三型论治,但在治疗过程中,各型可以互相转易,因此辨证用药要灵活变通,不能拘泥于早期的分型。

我们的临床观察结果表明,正虚型和痰湿瘀阻型的病情发展,与瘟毒内蕴型相比,相对比较缓慢,此二型的完全缓解率也明显高于瘟毒内蕴型,这与我们过去的报道⁽⁴⁾相吻合。

使用细胞培养法在体外预测急性白血病对药物敏感程度,属目前血液病工作中开展的新项目。据有关资料表明⁽⁵⁾,白血病祖细胞培养,以低生长型预后为好,高、中生长型预后差。在高、中生长型中对 HA 药物敏感者预后好,不敏感者预后差。另从理论及临床观察表明,急性白血病外周血白细胞计数呈高细胞数($25 \times 10^9/L$ 以上)者比低细胞数($1 \times 10^9/L$ 以下)者预后差。本文病例作白血病祖细胞体外培养 38 例,26 例呈高、中生长型,对该型病例的 HA 药敏试验显示正虚型敏感率最高;对外周血白细胞计数的观察也表明,正虚型无一例有呈高细胞数者。以上实验结果均可说明本文三个证型中以正虚型的预后为最好,这与本文的治疗结果是相一致的。

应予指出,痰湿瘀阻型有肝和/或脾和/或淋巴结肿大,其外周血白细胞计数之呈高细胞数者远较正虚型多($P < 0.01$),其对 HA 敏感性也显著低于正虚型($P < 0.05$),按照现代医学观点可以认为,痰湿瘀阻型病人已有白细胞弥漫性浸润,预后差。但该型经中西医结合治疗后,其完全缓解率不亚于正虚型,自可证明配合活血祛瘀、化痰软坚中药治疗是能够提高本病的治疗效果的。

参考文献

- (1) 王志澄. 白血病分类分型讨论会关于急性非淋巴细胞白血病的修改意见. 中华血液学杂志 1987; (3): 181.
- (2) 周国雄,等. 急性白血病 30 例临床观察. 中医杂志 1983; (6): 39.
- (3) 陈达中,等. 急性白血病 62 例临床观察. 辽宁中医杂志 1984; (4): 23.
- (4) 马逢顺,等. 150 例急性白血病的中医辨证分型与预后关系. 中西医结合杂志 1984; (8): 480.
- (5) 马逢顺,等. 白血病祖细胞集落形成对高三尖杉酯碱和阿糖胞苷两药敏感性测定. 中华内科杂志 1989; (12): 737.