



<http://www.klrs999.cn/zhongyi.htm>

◆ 吴大真 王凤岐 苏根 等主编

Xiandai Ming Zhongyi

现代名中医

白血病

BAIXUEBING ZHILIAO JUEJI



治疗
绝技

 科学技术文献出版社

<http://www.klrs999.cn/zhongyi.htm>

现代名中医白血病 治疗绝技

主 编	吴大真	王凤岐	苏 根
	杨怀京	鄢 良	刘燕玲
	王 雷		
副主编	阎喜焕	陶呈义	华 军
编 委	马石征	柯芳男	张荣发
	杨志文		

科 学 技 术 文 献 出 版 社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

<http://www.klrs999.cn/zhongyi.htm>

图书在版编目(CIP)数据

现代名中医白血病治疗绝技/吴大真等主编.-北京:科学技术文献出版社,2005.11

ISBN 7-5023-5143-4

I. 现… II. 吴… III. 白血病-中医治疗法 IV. R273.37

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 117539 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882959,(010)58882958(传真)
图书发行部电话 (010)68514035(传真),(010)68514009
邮 购 部 电 话 (010)58882952
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 袁其兴
责 任 编 辑 安 静
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王芳妮
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 富华印刷包装有限公司
版 (印) 次 2005 年 11 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 850×1168 32 开
字 数 267 千
印 张 11
印 数 1~6000 册
定 价 18.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

<http://www.klrs999.cn/zhongyi.htm>

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

当代名医学识博深,经验丰富,绝技秘法,成竹在胸,故临证常能力挽沉疴,起死回生,如吴大真、王凤岐等白血病论治心得;梁贻俊辨治慢性粒细胞白血病——这些绝技妙法,屡试屡效,深受国内外称赞。本书精选近 10 年来国内权威期刊中所发表的各家名医临床治疗白血病的实践经验,展示最新科研成果。为了充分弘扬名医学术思想、临床经验,便于广大科研工作者、临床医生和医学爱好者阅读、借鉴,本社特系统出版当代各家名医治疗绝招,以飨读者。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

<http://www.klrs999.cn/zhongyi.htm>



【 主編 吳大真 】

【 第一至编吴大真简介 】

悠悠华夏，人才辈出；源远流黄，代有精英。

几千年的发展，祖国医药学已经成为一个系统完备、博大精深的学科，“继承与发扬”是每位中国医学工作者的理想，吴大真主编就是这千千万万理想者中的佼佼者。

出身医学世家，幼承家教，总角之时即已把《汤头歌诀》当儿歌诵读。长辈为之取名“大真”，寓意：医学千人至真至大。20世纪中叶，吴大真进入我国中医药学的首府——北京中医学院进行系统学习，从此开始涉猎岐黄百家。在科学系统学习之余，吴大真还得到家族长辈秦伯未等大师的耳提面命。秦伯未先生号谦斋，是我国近百年来屈指可数的医学大家。吴大真天资聪颖，勤奋好学，几年下来，已成为谦斋学术的继承者，谦斋老人的学术核心思想已被吴大真潜移默化地应用到学习实践中。就在这个时候中国发生了历史性变化，吴大真被安排去了遥远的西北边陲。命运只捉弄弱者而成就强者，十余年在西北各地的医疗实践真正造就了吴大真的“大医”地位。十余年的磨砺使吴大真领悟到医生不能只“看病”，更重要的是“看人”，只有真正关注人，才能把医学技能发挥到极至，才能大幅度提高临床效果，才能改变“医生治得了病救不了命”的遗憾，才能真正使医学成为人文医学。吴大真明白了“经验”的积累与总结才是“继承与发扬”的根本之道，是千千万万个“病人”成就了“名医”之“名”，是无数次的自我否定与自我肯定才塑造了有自己特色的医疗思想体系。

近20年来，吴大真教授以首都北京为依托，医疗临床与学术交流足迹遍布海内外，临床与学术交流并重，尤其擅长吸纳西方医学的先进之处以补己之不足。在这种思想指导下，吴大真医药思想体系得以在百家争鸣的中医药学论坛里占有重要位置。数十年来，吴大真教授可谓著述颇丰，此次出版的《现代名中医治疗绝技》系列丛书更是做古人未做之事。吴大真教授尽抛藩篱，搜罗当代各名家之长汇集成系列丛书，是中医实践的大集合之作；是中医典籍文献的大补充之作；是致力于研究、实践者的借鉴宝典；是勤奋后学者的指路明灯。

注：吴大真主编，曾任中国医药科技出版社、中国中医药出版社、中国医药报社、中国药学会、北京中医药进修学院、同济医院等单位的领导职务。现为中国保健协会副理事长、科普教育分会会长、北京国际医药促进会常务副会长。

通讯地址：北京朝外工体西路吉庆里2—108 邮政编码：100020

<http://www.klrs999.cn/zhongyi.htm>



科学技术文献出版社方位示意图

目 录

吴大真等	白血病论治心得	(1)
马武开	从瘀毒论治白血病	(11)
陈安民	十法辨治白血病	(16)
邢子亨	辨治白血病	(23)
朱 宏	治疗白血病经验举隅	(30)
周子芳	论治白血病经验	(33)
金储之	治疗白血病的经验	(40)
吴雪彪	辨证施治白血病	(45)
邹文华	清骨髓实热治白血病	(50)
郝晶等	单方单药与辨证治疗白血病	(53)
周蔼祥	青黄散治疗各种类型白血病	(59)
杨玉兰等	扶正康治疗白血病	(62)
张亭栋	癌灵 1 号治疗白血病	(65)
戴锡孟	梅花点舌丹治疗白血病	(67)
戴锡孟	六神丸治疗白血病	(68)
王诗伟等	大黄在白血病治疗中的应用	(70)
李振波等	清毒饮、养正片治疗白血病	(73)
顾本清等	养阴方、补血方治疗白血病	(75)
唐由君	六神丸、犀黄丸、紫金锭治疗白血病	(77)
郭利华等	注射液联合治疗白血病	(79)
吴翰香	治疗急性白血病的经验	(81)

张惠臣	清热解毒为主治疗急性白血病	(86)
牛红梅等	中西医结合治疗急性白血病	(89)
杨文华等	联合化疗与辨证施治治疗急性白血病	(94)
安 丽等	清热养阴法治疗急性白血病	(98)
徐瑞荣等	中西医结合治疗急性白血病	(101)
吴顺杰等	中医药增效减毒综合疗法治疗急性白血病	(105)
苏 根	中西医结合治疗急性白血病	(110)
孙一民	鲜汁饮治疗急性白血病	(114)
唐由君	运用清营汤治疗急性白血病高热经验	(116)
黄礼明等	中医辨治急性白血病发热	(120)
王泽民等	从温病论治急性白血病	(126)
陈三军等	新癘片治疗急性白血病合并感染发热	(129)
张卫东等	中西医结合治疗急性白血病合并严重感染	(131)
皮海珍等	口康防治急性白血病口腔感染	(134)
吴桂熙	辨治急性白血病出血	(136)
胡莉文等	急性白血病出血的中医诊治	(140)
张新华等	中西医结合治疗急性白血病原始细胞危象	(146)
朱玲玲	养正汤治疗急性白血病	(149)
李冬云等	调血方治疗急性白血病	(151)
李凤珍等	保元抗白方治疗急性白血病	(154)
黎 劲等	参麦注射液治疗急性白血病	(158)
韩麦鲜等	加味生血汤治疗急性白血病	(160)
杨小娟等	姜汁穴位按摩治疗急性白血病化疗呕吐	(162)
李世民	中药治疗急性白血病化疗后白细胞减少	(164)
张芬琴等	蟾蜍丸治疗急性白血病化疗缓解后	(166)

丘和明	论治急性白血病缓解期·····	(168)
马琳等	CR后用蟾黄丸·····	(173)
麻柔等	扶正抗白冲剂对急性白血病长期存活的作用 ·····	(176)
范平国等	急性白血病长期存活病例·····	(180)
郑翠娥	中西医结合治疗骨髓异常增生综合征转变而致 的急性白血病·····	(185)
李丽霞等	土三七外治急性白血病并发外痔·····	(188)
侯伟等	西黄丸治疗急性白血病并发症·····	(190)
黄世林	复方黄黛片治疗急性早幼粒细胞白血病·····	(192)
马东升等	中西医结合治疗急性淋巴细胞白血病·····	(196)
刘旭梅等	中西医结合治疗急性非淋巴细胞白血病·····	(199)
徐瑞荣等	益气养阴清热治疗急性非淋巴细胞白血病·····	(202)
王庆云等	中药分期治疗急性非淋巴细胞白血病·····	(205)
吴继萍等	寒痹散治疗急性非淋巴细胞白血病皮肤浸润 ·····	(207)
夏小军等	急性单核细胞白血病验案·····	(209)
邱仲川等	中西医分期论治慢性粒细胞白血病·····	(212)
梁贻俊	辨治慢性粒细胞白血病·····	(215)
王士福等	从“瘀”论治慢性粒细胞白血病·····	(220)
王运律等	清肝化痰治疗慢性粒细胞白血病·····	(223)
吴顺杰等	消瘀灵治疗慢性粒细胞白血病·····	(227)
孙秉华	治疗慢性粒细胞白血病经验·····	(231)
沈一平等	清毒祛瘀汤治疗慢性粒细胞白血病·····	(235)
高德法等	三石净血汤治疗慢性粒细胞白血病·····	(237)

姜首起等	参莲四白五黄汤治疗慢性粒细胞白血病·····	(238)
项长生	酸甘化阴煎治疗慢性粒细胞白血病·····	(241)
李晓东等	中西医结合治疗慢性粒细胞白血病慢性期·····	(244)
李碧玲等	中西医结合治疗慢性粒细胞白血病加速期 ·····	(246)
汪子华	慢性粒细胞白血病阴茎异常勃起的治疗·····	(249)
王 珏等	中西医结合治疗糖尿病坏疽合并慢性粒细胞 白血病·····	(252)
刘义祥等	辨证论治慢性淋巴细胞白血病·····	(254)
邓道昌	治疗慢性淋巴细胞白血病的经验·····	(258)
杜云波	平补缓消法治疗慢性淋巴细胞白血病·····	(262)
夏小军	中药与化疗联合应用治疗小儿急性白血病 ·····	(265)
张桂玲等	双黄升血冲剂治疗急性白血病化疗患儿·····	(270)
盖玉惠等	鲜药汁治疗儿童白血病·····	(273)
杨经敏等	中西医结合治疗老年急性髓系白血病·····	(275)
林文远等	扶正祛邪方治疗老年急性髓系白血病·····	(278)
章亚成	中医药治疗化疗毒副反应·····	(281)
焦凤岐	化疗并用灵芝治疗白血病·····	(285)
谭达人等	升白快治疗化疗后白细胞减少症·····	(288)
李 全	辨治白血病化疗后盗汗·····	(291)
朱玲玲等	中药防治白血病化疗药物性肝损害·····	(294)
蔡宇等	补骨脂胶囊在白血病化疗后可调节和提高 免疫功能·····	(297)
杨 斌等	痰热清治疗血液病化疗后合并肺部感染·····	(299)

李炳臣等	滋阳回生丹在实体瘤白血病联合化疗中的减毒作用.....	(301)
张小毅等	中西医结合治疗白血病化疗致发热.....	(305)
孙肖姬等	莲心预防白血病化疗病人便秘.....	(308)
郑秋惠	中药治疗白血病化疗性口腔溃疡.....	(310)
隋光等	三黄散治疗白血病化疗后皮肤感染.....	(312)
李金梅等	中药坐浴治疗急性早幼粒细胞白血病化疗后肛周脓肿.....	(315)
谭获等	复方丹参注射液有放射增敏效应.....	(317)
蒲建琴等	大蒜素外涂白血病合并症口腔炎.....	(319)
张维莲等	复方五倍子液治疗白血病鼻衄.....	(320)
秦亮甫	蛭螂痿管丸治疗白血病继发肛周脓肿.....	(322)
赵淑华等	金痛散外敷治疗白血病脾周围炎.....	(325)
程志等	中西医结合自体干细胞移植治疗恶性血液病.....	(327)
胡莉文等	消瘀灵治疗骨髓增生异常综合征.....	(332)
李冬云等	大黄廑虫丸治疗骨髓增殖性疾病.....	(336)
王嘉振	育赤汤治疗类白血病反应.....	(339)

吴大真等

白血病论治心得

吴大真、王凤岐二位教授，早年毕业于北京中医学院（现北京中医药大学）。他们的医疗活动是从最基层的乡、县，到地区、省，直到中央，具有 40 多年的临床实践，积累了丰富的实践经验，特别是对于各类血液病的研究诸如白血病、再生障碍性贫血、血友病、血小板减少性疾病等，更是别有心得。自 20 世纪 60 年代诊治的第一例白血病开始，至今已接诊了许多国内外白血病患者，起死回生者不乏其人，二位教授在中医药界早已有名气。他们除了受过系统的高等中医教育之外，还曾深得我国已故中医泰斗秦伯未先生的亲传密授，精心指点。秦老生前曾赞许他们说：“你们刚刚毕业，初上临床即能治愈一位白血病患者，实属难得，说明基础好，悟性高，望继续努力，再攀高峰。”

吴、王二位教授认为，运用中医中药治疗血液病，一定要牢牢记住中医的整体观思想和辨证论治原则，以及标本兼顾、急则治其标、缓则治其本、同病异治、异病同治等一系列具有中医特色的治病法则。他们认为，在诸多的血液病中，最值得研究的就是白血病，因为白血病最为复杂，最为棘手，况且白血病的几大主要症状，如贫血、出血、发热、感染等，也常见于其他的几种血液病中，只是各有侧重不同而已，所以，若能把白血病辨证清晰，施治合理，积累一定的经验，也就容易迈过治疗其他血液病的门槛了。

白血病通常被人们称之为“血癌”或“人体造血系统的恶性肿瘤”。一个人患了白血病，难免精神上、心理上产生恐惧感，患者及家属认为是“不治之症”，精神压力很大。加之白血病发病急速，症

状复杂,病情多变,病因尚不明确,况且目前又缺少可靠的疗法和理想的药物,医生常感棘手,这也更增加了患者的心理压力。因此,吴、王二位教授首先指出,对于白血病患者,医生一定要亲切接待,态度和蔼,解除患者思想压力,要使患者增强治病的信心,治疗要耐心,调理要精心,要以患者为中心,不忘患者的整体,更重患者的局部,解决当前的痛苦,缓解各类症状,巩固取得的效果,不断探索病情变化的原因,寻找更有效的方法和药物,为达到延长生存期和提高患者的生活质量而努力钻研,永远向“治愈”的目标去追求。只要医患间通力合作,一般都能取得较好的效果。

白血病患者需要通过周围血象和骨髓细胞形态学的临床化验检查才能确诊。吴、王二位主张,要承认和重视化验检查的结果和各项指标的变化,但在运用中医中药治疗时,这些检查指标可作为重要的参考,但不宜作为用药的惟一依据。应当根据患者的具体症状变化,运用中医的理论,进行辨证论治。要认清疾病的本质,解决当前的急症,尽快的控制症状,稳定病情,在巩固效果的基础上去寻求、探索更有效的方药。如果只是根据临床化验检查的数据“对号入座”地选方用药,来医治或研究白血病,恐怕难有出路。

对于白血病患者,实施“骨髓穿刺”进行骨髓细胞形态学的检查,十分必要,因为骨髓象的检查可以确诊,可以观察病情变化,可以检验治疗的效果。但是中医认为“骨髓”是人体极为重要而珍贵的物质,前人曾有“一分精十分血”的提法。对于一个体质极度衰弱、严重贫血的患者来说,“骨髓”的珍贵也就不言而喻了,所以对于“骨髓穿刺”应当慎之又慎,不该像化验“耳血、指血”一样。吴、王二位教授曾诊治一例患者:王某,男,36岁,山西省某市,2002年在西安某医院确诊为急性淋巴性白血病(L₂),在8个疗程中,第二个疗程时完全缓解,到第四个疗程后复发,此时加服中药,到第八个疗程又完全缓解,周围血象完全正常,临床症状基本消失,后配服中药膏滋药调理,病情一直稳定,患者和家属十分满意和高兴。

2004年11月中旬,去当地医院复查,医院认为病人恢复很好,建议“骨髓穿刺”,患者也想了解一下病情,便同意“骨穿”,术后当晚发烧,自此病情急转直下,七天后死亡,“骨穿”报告:骨髓象完全缓解……。本例患者病情已缓解,况且有此结果,更何况临床尚有些患者状况极差而在短期内多次做“骨髓穿刺”,其后果可想而知。因此,吴、王二位教授认为“骨髓穿刺”是必要的,但是毕竟这仅仅是检查疾病的手段,而不是治病的方法,所以“骨髓穿刺”的次数以及间隔的时间都值得很好的研究,千万不可草率,只有这样才更有利于中西医的配合,更有利于患者。

在治疗白血病的过程中使用支持疗法的输血、输液等非常必要,或作为急救,或给其他治疗创造有利的条件和可能,在这方面西医有很大的优势,输血见效快,效果好,但是必须看到,输血只是支持疗法,偏于治标,并非治本,如想标本兼顾,应力求患者自身生血,还是中西医配合最为上策。吴、王两位教授曾诊治过一例患者,薛某,男,42岁,北京人,2002年3月在北京某医院诊断为血友病、白血病。主要临床表现为血小板长期低下,最低时2000~3000,属于危险症状,几乎每3天就要输一次血小板,但每输一次,只能维持3天,就又降至3000左右。医生棘手,患者痛苦,家属苦恼。2004年10月8日,患者求治于吴、王二位,开始配合中医药治疗。先后服用了清热解毒药,如板蓝根、白茅根、土茯苓、水牛角、蟾皮等;调血理血药,如女贞子、当归、白芍、生地、益母草、泽兰、丹参、旱莲草、仙鹤草等;滋补肝肾药,如山萸肉、首乌、熟地、补骨脂、骨碎补、鹿角胶、鳖甲胶、鱼鳔胶、菟丝子等;以及调气健脾药,如黄芪、太子参、茯苓、白术、山药、陈皮、鸡内金、绿萼梅、焦三仙等。竟然在3个月内,没有输血小板,也未用其他药物,血小板从5000升至11万,其他症状也基本得到控制。

在白血病的治疗过程中,输血过多也有一定的后患,吴、王二位曾有过这样的经验。1976年他们曾诊治一位白血病患者,郭

某,女,17岁,经中西医配合治疗(输血很多),病情完全缓解。24岁结婚后连续生育两胎,均因“溶血性黄疸”胎儿死亡。吴、王二位教授指出,为了急救,为了给治疗创造条件,作为支持疗法,输血、输血小板是完全必要的,但是当血小板在5 000左右或血色素在3~4克时,是否暂时不急于输血或输血小板,而是积极配合中药治疗观察,只要此时血色素、血小板没有继续下降,就是有效,就有回升和自生的可能。

采用“骨髓干细胞移植”的办法治疗白血病,是目前医学界认为最有效的方法。但是由于骨髓来源和配对的困难以及费用的昂贵,尚不能大量推广,我们暂不做讨论。现在临床上最多用的方法是化疗。由于化疗治疗白血病早期,能有效地控制病情,有明显的疗效,所以,是目前医学上治疗白血病的首选方法。但是,不可否认化疗的毒副作用也是十分严重的,例如对骨髓的抑制作用,对消化道的刺激作用,导致机体功能的衰退等,甚至由于脱发和疲乏也会引起患者的精神懊丧和情绪低落等不良反应,严重者还会产生轻生的念头。为此,吴、王二位教授指出,医生除了做好患者的心理调整和精神安慰之外,为了更好的发挥化疗的作用,减少其毒副作用,应当中西医配合,充分发挥中医中药的作用,中医要根据具体情况辨证施治,对于使用化疗的患者,大致可以分为三个时期辨证治疗。

化疗期间,由于化疗药物对骨髓的抑制,对胃肠功能的影响,以及对心脏的毒副作用,常使患者出现恶心、呕吐、不思饮食、心悸、烦躁等症状,或者易出血的现象,化验检查时,常见全血细胞减少。这时运用中药应以健脾和胃、补血宁心为主,药如陈皮、半夏曲、茯苓、砂仁、藿香、佩兰、竹茹、黄芩、白术、焦三仙、玫瑰花、黄芪、当归、丹参、百合、合欢花、沙参、麦冬、酸枣红、柏子仁、五味子等。

化疗间歇期,也是正常骨髓血细胞的自我恢复期,主要表现为

骨髓抑制及肾功能的损伤,患者常出现心慌心跳、汗多失眠、全身乏力、抵抗力极度下降,化验检查常见全血细胞减少,特别是白细胞很低。这时运用中药应以补气补血、温养肾肝为主,药如黄芪、当归、生地、白芍、西洋参、人参、女贞子、菟丝子、枸杞子、首乌、黄精、太子参、龙眼肉、冬虫夏草等。

另外,在化疗期及间歇期,还应当以上的方药中适当加入一些解毒排毒药物,例如白花蛇舌草、青黛、大青叶、大黄、板蓝根、喜树皮、土茯苓、半枝莲、半边莲、蟾皮等。

化疗结束后,患者处于病变的缓解期,这时主要表现为全身机体功能衰退,精神疲乏、情绪低落、焦虑、头晕、失眠、耳鸣、腰膝酸软、脉沉细弱等。这时运用中药,重在填精补肾、补气养血,同时要注意对患者的精神及心理的调理,鼓励患者治病的信心,增加饮食营养,预防感冒,防止劳累。用药如补骨脂、骨碎补、巴戟、苁蓉、仙茅、仙灵脾、鱼膘胶、龟版、鳖甲、人参、黄芪、当归、太子参、紫河车、枸杞子、女贞子、炙甘草等。

由于白血病患者性别、年龄、工作性质、生活地域、饮食习惯、性格类型、病史长短、治疗过程等等的不同,使用中药时应当注意因人因时因地制宜。吴、王二位教授认为,女性患者要特别注意月经的变化,要适时、适当地加入调理经血的药物,他们曾经运用调经的办法,有效地控制了女性白血病患者的病情。对于老年患者,慢性白血病患者较为多见,他们指出,重在治肾,因为老年人本身已经是肾虚髓空,所以应以填精补髓、平衡肾气为根本治法,他们曾用左、右归饮、丸加减治疗几位六七十岁以上的老年患者,都取得了满意疗效。对于儿童应当侧重于调理脾胃,意在补后天以养先天,并且更加要强调护理,不能过于劳累,切勿感冒。

吴、王二位教授认为,由于白血病病情重、病症杂、变化多、病程长并且虚实夹杂、标本混淆、真假难辨,所以要注意用药的几个原则:①牢记病的本质为虚,治标实不忘本虚,用药攻邪不可猛浪,

不可一味攻逐;治本虚时,用药不可滋腻,不可伤及脾胃。治标时“中病即止”,治本时“效不更方”。②要随时注意病情变化,反复推敲,随症加减药物,多吸取别人的经验,不断学习新知,例如:补肾药对造血干细胞有明显作用,能改善骨髓微循环的损伤;活血化瘀药能促进骨髓造血干细胞的造血功能,对造血干细胞和造血微循环均有很好作用,能延长红细胞的寿命,有升高血红蛋白的作用……这些需要平时的学习和积累。③在治疗白血病的过程中,要注意保护和调理好脾胃,所以要在方中加入一些调理脾胃的药物。

治疗白血病在使用汤剂时,最好的煎服药方法是:每付药煎2次,去掉药渣后,将2次的药水合在一起再煎,浓缩为一杯,频频服用,一天服完即可。浓缩后其药力不减,频服利于吸收,又不伤脾胃。这一煎服法最适合老年病和慢性病患者。

白血病,当病情已得到基本控制,症状平稳时,或进入秋冬季时,则用膏方调理。常用方药为:西洋参30g,别直参30g(以上二味另炖冲入收膏),冬虫夏草60g,百合90g,山药90g,茯苓90g,沙参120g,麦冬60g,五味子60g,大熟地90g,砂仁20g,旱莲草60g,女贞子60g,黄精60g,炙甘草60g,首乌60g,生黄芪90g,补骨脂60g,仙灵脾60g,鸡血藤60g等,上药浸透,浓煎两次,滤汁去渣,再加阿胶60g,鹿角胶60g,鳖甲胶60g,鱼膘胶60g等,冰糖240g,文火收膏,每日早晚用开水冲服一食羹(约5g左右)。

【病案举例1】 1967年7月,王教授曾诊治一例白血病患者,郭某,女,17岁,甘肃省畜牧学校学生。在当时解放军第十陆军医院诊断为“急性淋巴性白血病”,已住院2个月,共输了8000ml的血,先后使用中西医药物治疗,化验检查,骨髓象幼稚细胞增生活跃;周围血象,血色素3g,血小板2000~3000,医院多次报病危通知,家属已做好一切后事准备。医院表示,目前只是支持疗法,当地几位名老中医都已会诊,家属一再请求王教授给予诊治。请

王教授会诊时,患者已处于半昏迷状态,高烧 39.4°C (已4天),面无血色,牙龈渗血,腹泻清水,脉弱似无……。王教授详细查看了病历及中药处方,大都为人参养荣汤、左归饮、十灰散、人参归脾汤、犀角地黄汤、玉女煎之类。经过再三考虑,王教授开了两张处方,一为诃子肉、乌梅炭、鱼鳔胶、罌粟壳等;一为野山参、生黄芪、当归、仙茅、仙灵脾、巴戟天、炙甘草、麦冬、五味子、大枣等。两方交替服用,均浓煎代茶,频频服用。另用青黛、生蒲黄、冰片等,共研极细,青布蘸浓茶、盐水及药粉,外搽牙龈。各服2剂后,竟烧退(37.6°C)、泻止,并欲食,牙龈渗血已止。因见奇效,当即轰动医院内外,后经多次调整处方,17天后患者竟能下地活动,在能进食后,因家里经济条件很好,饮食营养调理如海参、乌鸡、甲鱼及新鲜蔬菜等(因当地无好的水果)精心调理,加之不断辨证施治,调方用药,病情恢复神速。1个半月后,没有输血,血色素已升至7克,血小板已达80 000,白血球降至5 000……。2个月后,临床症状基本消失。3个月后出院回家调养。其后王教授在秦伯未先生的指点下,又配以膏滋药内服,连续调理3年,患者痊愈,至今健在,现年55岁,家住银川。

【病案举例2】 1986年11月,吴教授曾诊治一例急性粒细胞性白血病患者,李某,女,34岁,湖南省新化县人,某中学教师。1986年10月在湖南医科大学二附院经骨髓穿刺确诊为: M_2 型急性粒细胞白血病,当即化疗一个疗程,3天后高烧 41°C ,医院下了病危通知。至11月下旬,请吴教授诊治,吴教授根据当时的病情,开了两张处方:①人参、知母、生石膏、粳米、甘草、麦冬、五味子等;②党参、沙参、太子参、黄芪、当归、白芍、生地、茯苓、白术、丹参、泽兰、鸡血藤、板蓝根、白花蛇舌草等。发烧时服第一方,烧退服第二方,各进7剂,症状明显好转,以后又先后服用人参归脾汤、应归饮、二仙汤、健步虎潜丸、西黄丸、无比山药丸和健脾丸等加减之汤剂。1992年4月,再次到医院做骨髓穿刺检查为:骨髓增生活跃、

细胞形态无特殊改变,巨核分布可;血小板易见;白细胞分布一般;成熟血细胞大小大致正常……。而后吴大真教授又开了一张膏方调理,药如:党参、白术、山药、茯苓、元参、玉竹、当归、女贞子、旱莲草、黑芝麻、核桃肉、生地、龙眼肉、阿胶、鳖甲胶、首乌、巴戟、仙灵脾、参须、补骨脂、菟丝子、枸杞子、黄精、建莲肉等。直至2000年10月李某再次到医院复查,各项指标完全正常,医院的一位教授看过报告单之后,激动地说:你已经完全痊愈,像你这种情况,我还从没有见过,真是一个奇迹!该患者,现健在。

【病案举例3】 哲某,男,18岁,学生。2003年4月14日,陕西交大第一医院诊断为:急性淋巴细胞白血病(L₁),先后做过8次化疗,家属欲作“骨髓移植”,在台湾中国骨髓库已做了培型,但均无结果……。

2004年6月8日开始服用吴、王二位教授的中药,每日一剂。至8月4日,哲某的身体状况明显好转,精神也很好。9月已能上学(半天)。服药73付后,于12月6日血常规检查白血球7000,血色素15克,血小板16万。骨髓象检查,完全缓解。至2005年5月10日共服128付中药,病情平稳,精神体质均佳。后改用膏滋方调理。

基本用药有:巴戟、苁蓉、仙茅、仙灵脾、紫河车、菟丝子、女贞子、枸杞子、骨碎补、补骨脂、黄精、龟版、鳖甲、黄芪、人参、当归、白芍、生地、丹参、首乌、太子参、白术、茯苓、陈皮、山楂、鸡内金、砂仁、藿香、佩兰、绿萼梅、灶心土、大青叶、板蓝根、白花蛇舌草、旱莲草等。

【病案举例4】 刘某,男,46岁,河南省安阳市某医院院长。2003年5月在河南省人民医院确诊为:慢性粒细胞性白血病。曾先后服用羟基脲、干扰素等。2004年7月初诊,开始服用吴、王二位教授中药,至9月,共服了110付药(每天上午一处方,下午一处方),患者一切情况都非常好,精神状态很好,血象化验已无幼粒细

胞。2005年2月28日,症状消失,血象化验完全正常,只是晚上有盗汗,睡眠欠佳,下肢发凉,再调方。2005年5月24日,患者临床症状及血象化验完全正常,共计服中药280剂。现在积极善后调理。

基本处方用药如下:左归丸、健步虎潜丸、青蒿鳖甲汤、人参养荣汤、天王补心丹、生脉散、三才汤等方剂加减化裁。其间重用炙甘草、杭白芍、生炙黄芪、龟板胶、鳖甲胶、鹿角胶、阿胶等。加服海参、海米、海龙、海马等,多食牛骨髓炒面、骨头汤、乌鸡汤、甲鱼汤及新鲜蔬菜、水果等营养食品,勿劳累,防止感冒,节制性生活等。

【病案举例5】 陈某,男,67岁,原安徽省芜湖市光华玻璃厂铁壳车间(制造出口保温瓶)负责管理生产。多年来直接和间接接触喷花、喷漆、照光、冰花等工序,受到苯、甲苯、二甲苯的毒害。1984年发病,1989年在安徽省职业病防治所确诊为慢性重度苯中毒。1993年在皖南医学院弋矶山医院骨髓细胞学检查怀疑为再生障碍性贫血。1996年在南京军区总医院检查怀疑为血液病(慢性粒细胞白血病)。经过多年治疗,先后用过能量合剂、止血散、肌注巨和粒、止血芳酸、利科伟、倍他乐克、复合B、辅酶A、丙酸睾酮、茜草双脂片、再障生血片、肝血宝、安络血等。

主要症状表现为:经常鼻、牙龈、眼及消化道出血,经常低烧、高烧交作。2003年以来又见大小便出血、头昏、乏力、自汗、盗汗、四肢常有紫斑,胸、背、腹常见散在出血点,两下肢反复出现鲜红黄豆样大面积血疹,白眼球布满血丝,上下眼皮反复出现麦粒肿,心律快,一般在85次左右,最高108次,心电图检查有房性早搏,血压常在120~75 mmHg左右。血象检查,血色素10 g,白血球3 000,血小板3 000,骨髓象检查增生活跃……。

2004年12月10日,吴、王二位教授根据其病情,不受“再障”和“白血病”等的诊断框框,而重在病因和病症上去考虑,充分运用中医对“血”的认识,仔细地辨证论治,开出两张处方:①当归20 g,

赤芍 10 g, 生地 30 g, 川芎 5 g, 桃仁 10 g, 红花 10 g, 丹参 30 g, 茯苓 20 g, 酸枣仁 20 g, 知母 10 g, 浮小麦 30 g, 炙甘草 30 g, 大枣 10 枚, 板蓝根 30 g, 银花 30 g, 连翘 20 g 等。②生黄芪 30 g, 女贞子 20 g, 旱莲草 20 g, 太子参 30 g, 红参 10 g, 炙甘草 20 g, 百合 30 g, 柏子仁 10 g, 丝瓜络 10 g, 竹茹 10 g 等。以上两方交替服用, 各服 6 剂。

12月30日, 服药后症状大都好转, 身上出血现象完全消失, 原肢冷畏寒, 已见手脚温暖、汗少, 午后潮热已除, 血压、体温基本正常……。后更方再进。

2005年3月6日, 已服药 84 剂, 各项血象化验基本正常, 只是时见小便尿血现象。吴、王二位教授又开一方, 隔日服用, 4 剂, 而尿血止。方为: 生黄芪 30 g, 女贞子 20 g, 旱莲草 30 g, 仙鹤草 10 g, 大小蓟各 10 g, 紫花地丁 10 g, 生甘草 10 g, 灯芯 3 g, 莲子芯 3 g 等。

2005年4月28日, 患者一切症状都大有好转, 现正在继续观察治疗中。

马武开

从瘀毒论治白血病

马武开医师(广州中医药大学, 邮编: 510407)认为白血病的发病是由于毒瘀互结, 相互为患, 这也是白血病久治难愈的根源。化瘀解毒是治疗白血病的关键, 配合西医诱导化疗, 能明显增加白血病的缓解率, 减轻化疗的毒副作用。

白血病是一种常见的造血系统恶性肿瘤, 以血液和骨髓中原始细胞的数量和质量发生异常, 并使正常造血受到抑制为特点。其特征是骨髓中的白血病细胞大量增殖并浸润各器官、组织, 正常的造血受抑制。临床主要表现为贫血、出血、发热、感染、骨痛及肝脾淋巴结肿大等。本病属祖国医学“血证”、“热劳”、“虚劳”、“温病”、“痰核”等范畴。白血病的发病总以先天禀赋不足, 脏腑亏虚为本, 致使正气虚弱, 防御功能低下, 抵抗邪毒无力, 邪毒入侵而直达骨髓导致生血紊乱。毒瘀互结是白血病发病的病理基础, 且贯穿于疾病的始终。毒邪侵袭人体, 可导致脏腑、经络、营卫、气血之间关系失常, 引起人体阴阳失调, 诸病蜂起。毒邪一经形成, 深入脏腑经络, 阻碍气血的运行而致瘀。瘀积日久不散, 久蕴则成瘀毒, 因此, 毒瘀互结, 相互为患, 是白血病久治难愈的根源。

由于近代医学的发展, 抗白血病药物的合理应用、新药的不断发现、支持治疗与对症治疗的不断改进, 急性白血病已不再是不治之症。今 60%~80% 的急性白血病患者经诱导治疗后可以获得完全缓解, 其中部分患者能长期无病生存, 但仍有 50%~80% 的患者缓解后可复发。不能获得完全缓解和缓解后复发的患者, 有可能成为难治性白血病。马武开医师体会, 毒瘀在难治性白血病的发病中有重要作用, 在诱导化疗的同时, 加用解毒化瘀药具有一定

的解毒增效作用。

难治性急性白血病病情复杂,病因多端,寻根溯源,其发病总与“毒邪”有关,毒邪的产生主要有以下几个方面。

(1)白血病的发病常因感受温热毒邪,蛰伏于内,当正不胜邪,则白血病应时而发,故其发病之初常表现为一派热象。

(2)白血病的发生常与服用化疗药物如氯霉素、保泰松及用于治疗银屑病的药物乙亚胺、乙双吗呤等有关,而难治性白血病都经过了多次反复诱导化疗而未获缓解,或化疗缓解后复发,这些化疗药物皆为有毒之品,反复作用于人体,导致气血运行不畅,经脉痹阻,脏腑功能失常,继而气血阴阳失调,排毒不畅,药毒内陷,耗伤气血精髓,则其病顽缠难愈。

(3)内生之毒是来源于人体新陈代谢产生的有害物质以及禀受于母体所产生的胎毒等作用于人体,导致脏腑气机逆乱,气血津液运行失常,致使热毒、痰毒、瘀毒内生,从而表现为发热、斑疹、出血、神昏、癥积等症。胎毒则是母体在妊娠期间,内热过盛或热邪入中,热毒内着于胎,蕴结不散,日久深伏于胎儿骨髓之内,成为日后白血病发病的基础。

毒邪是难治性白血病发病的病理基础,其病理性质属实,但毒瘀久羁,耗伤气血,又可表现为虚实夹杂或气阴不足的现象,是难治性白血病病情缠顽、难以治愈的病理基础。

1. 因病致瘀。当毒邪深入脏腑,阻碍脏腑气机运行,气滞则血瘀。若热毒深入营血,煎熬血液,血液稠浊,运行迟滞。若毒邪伤络,血热妄行,血溢脉外,成为离经之血,亦可成为瘀。因此瘀血是邪毒内侵的产物,又是致病因素之一,这与现代医学的研究是相一致的。近年来国内许多学者对急性白血病与血栓形成的关系进行了大量的研究。从尸体解剖情况看多数病例的栓塞症状往往被白血病的症状所掩盖,因而得不到及时的诊治。引起血栓形成的原因有许多方面,其中有疾病本身的原因,如高白细胞性白血病,

尤其是慢性粒细胞白血病和急性非淋巴细胞性白血病患者的白细胞过度升高具有极高的危险性。白血病细胞胞体大,可塑性小,易在血管内瘀滞并增加其黏度也是其危险因素之一。另外,治疗也可引起血栓的形成,如化疗药物 ASP、糖皮质激素、维甲酸、造血集落因子等。

2. 瘀血不去,新血不生。白血病患者久病入络,血瘀内停,生血紊乱。白血病患者中晚期因白血病细胞大量克隆性增殖,导致正常生血受抑,从而表现为以贫血为主的一系列骨髓抑制症状,出现中医所说的“血虚”、“虚劳”、“髓枯”现象。血瘀是正气虚弱、邪毒内盛的病理产物,也是致病因素之一。血瘀作为一种致病因素,妨碍新血的生成,《内经》所云:“血枯”即是气虚血损致血瘀痰滞之证,即瘀血不去,新血不生的表现。不论是何种类型的白血病患者,到了中晚期基本上都会出现“贫血”的表现,如见面色苍白、头晕目眩、神疲体倦、四肢乏力、心悸气短、舌质淡等,即中医所说的气血不足。

3. 毒瘀互结,变证百出。白血病的发病过程中存在不同程度的微循环障碍和明显的血液浓、黏、凝、聚改变,即中医所说的血瘀证候,是该病“久病入络”的病理学基础。毒邪侵入人体,潜伏脏腑经络,伺机作变,当人体正气不足,不能抗邪,则毒邪亢盛,与血互结,变证百出。“气为血之帅”,血随气行,气行则血行,气滞则血瘀,出现皮肤瘀斑、舌质紫暗等血瘀之表现。“瘀血不去,新血不生”,由于瘀血的存在,妨碍新血的生成,从而表现为面色苍白、头晕、心悸、舌质淡等血虚的症状。瘀血阻络,血不循常道而妄行,则有衄血、咯血、吐血、便血、崩漏、皮肤瘀斑等出血症状。毒瘀互结,损伤脾胃,脾胃气机阻滞,水湿停留,聚而成痰;或热毒亢炽,煎熬津液,炼而成痰,痰阻于经络则为瘰疬痰核,痰瘀交结则成腹中积块,则白血病见肝脾淋巴结肿大。热毒攻注骨髓,造血器官功能障碍,引起白血病细胞显著增生的现象,则出现骨、关节剧痛难忍。

毒邪内陷心包,则出现壮热口渴、衄血发斑等火毒炽盛之象,进一步耗血动血、消灼阴津、损伤正气,出现阴虚火旺、气血两虚,甚或出现“重阳必阴”的转化,而见面色苍白、四肢厥冷、脉微欲绝等一派阴寒之象。毒亦可夹痰夹瘀,上攻脑腑,则出现神昏谵妄等神志病变,与中枢神经系统性白血病相关,如不及时救治,出现气阴衰竭,病人膏肓,则难以逆转。

《素问·标本病传论》云:“知标本者万事万当,不知标本,是谓妄行”。难治性白血病起因多端,病机复杂,可涉及多系统、多脏器,然探求其源,其本在于毒瘀互相交结,故治疗当以清热解毒、化瘀通络为主。

基础方:常以山慈姑、青黛、墓头回、虎杖、莪术、川芎、丹参、当归、红花、赤芍、泽兰、田七等为主。

随症加减,配合西医诱导化疗,能增加白血病的缓解率,减轻化疗的毒副作用。如用复方丹参注射液配合化疗治疗复发性难治性白血病,能明显提高疗效,减少化疗药物毒副作用。如有气虚者,加入五爪龙、北黄芪等;如有阴虚者,加女贞子、旱莲草等;如有血虚者,加阿胶、何首乌等;如有出血者,加三七粉、白茅根等;如有淋巴结肿大者,加入浙贝母、胆南星等;如有关节疼痛者,加入防己、雷公藤等。因本病患者多属阴虚体质,部分清热解毒药如黄芩、黄连、黄柏、苦参、龙胆草等易苦燥劫阴,临床应用时应有所选择,若非急性发作期,应尽量少用或不久用,以免伤津劫液。

【病案举例】 患者唐某,女,37岁,2002年1月6日因发热伴头晕乏力半月入院。患者于半月前无明显诱因出现发热,体温在37.5~39℃之间,并感头晕、乏力、腹胀、全身关节酸痛等,在南方某医院查血常规示 RBC: $2.51 \times 10^{12}/L$, HGB: 108 g/L, WBC: $51 \times 10^9/L$, PLT: $41.8 \times 10^9/L$ 。行骨髓穿刺示:有核细胞增生明显活跃,粒:红=0.8:1,原幼淋细胞占79%。诊断为急性淋巴细胞性白血病, L₂型。入院时症见:面色苍白、头晕乏力、发热、体温

38.4℃、全身骨关节疼痛、以肋骨及双下肢尤为明显、腹胀、饮食差等。查体：神清，精神较差，轻度贫血貌，心肺无异常，上腹深压痛，无反跳痛，肝脏未触及，脾大肋下3指，质中，表面光滑，双下肢无浮肿，生理反射存在，病理反射征未引出，舌质暗，舌苔薄，脉象弦数。腹部B超示：肝稍大，脾肿大。

诊断：(1)西医：急性淋巴细胞性白血病，L₂型；(2)中医：虚劳，证属气血亏虚，瘀毒互结。

治疗：予VDP方案化疗，并常规补液、护肝等支持疗法，配合中药解毒化瘀方口服，每日1剂。解毒化瘀基本方药物组成为山慈姑15g，莪术15g，青黛10g，川芎10g，蚤休30g，虎杖30g，丹参30g，鸡血藤30g。化疗期间加：女贞子20g，旱莲草20g，泽兰15g。化疗后加：北黄芪30g，太子参15g，白术15g，阿胶10g(烊化)。

1周后症状消失。4周后复查骨髓象示完全缓解出院。

后患者因经济原因未坚持治疗。4个月后又出现发热，体温达39.5℃，返院复查血常规示RBC： $2.13 \times 10^{12}/L$ ，HGB：47g/L，WBC： $101 \times 10^9/L$ ，PLT： $48.3 \times 10^9/L$ 。骨髓穿刺涂片示：有核细胞增生活跃，粒：红=0.9：1，原幼淋细胞占64%，诊断为急性淋巴细胞性白血病复发(L₂)。再次予VDP方案化疗，配合中药解毒化瘀治疗。

又经过4周后复查骨髓象示完全缓解。出院后一直服用中药，约6~8周返院化疗1次，已半年未复发。

陈安民

十法辨治白血病

河南省名老中医陈安民教授(河南省中医院,邮编:450002)积30多年临床经验,审证求因,辨证论治,认为白血病的治疗以清髓解毒为治本之法,在运用其他方法治疗时应注意将本法寓置其中。白血病的治疗重在提高生存质量,针对白血病各阶段常见证型,归纳十法治之,颇具疗效。

陈教授治病以病人为中心,以辨证为依据,以检验为参考,总体运筹,科学施治。认为整体观念、辨证论治是中医学的两大基本特征,二者的出发点和着落点均是具有生命活力的病人,是以活着的病人为中心而展开观察、认识、调治疾病的,全部诊疗过程以人为本,病人是整个治疗过程的第一根本要素。没有了病人,任何方案措施、理法方药就将失去其全部意义。所以在白血病的治疗中既要注意病情的发展变化,更要以人为本,注意其正气及生机,那种眼睛盯住化验单按着机械仪器出具的数据下药只能是仅见其病而不见其人的治法。整个治疗过程要时时注意病情变化、正气盛衰、邪正消长情况灵活运用。

治疗疾病,重在提高生存质量,勿杀无过。《素问·五常政大论》:“大毒治病,十去其六,常毒治病,十去其七,小毒治病,十去其八,无毒治病,十去其九,谷肉果蔬,食养尽之。无使过之,伤其正也。不尽,行复如法。”陈教授采用治疗白血病的药物,尤其是清髓解毒之品大都有一定的毒性,他认为如果只顾荡涤毒邪,一味大剂猛浪冲击,热毒之邪或得清解,但人体正气也荡然无存,连正常的生命体征心跳呼吸都难以维继,生存质量大为降低,此等治法促其命期,实不可取。临床治疗中仍应遵循古训,有是证用是药,血象、

骨髓象基本恢复正常即当以调治为主,勿使过之,勿杀无过,勿伤其正,适可而止;不尽,行复如法,再行荡涤清解,总以提高生存质量为治疗根本宗旨。

治疗用药,贵在规范,贵在坚持。陈安民教授认为白血病属于疑难重症,所以谓之“疑”者,其病因尚不完全清楚,诊断不如其他疾病轻易明析;所谓“难”者治疗尚无根治之法,即令行骨髓移植,也并非完全成功之举,所幸近年来其诊断治疗一直在不断探索之中。除急性白血病不治而亡及慢性白血病急变外,一般都有一个相当长的病程,此间治疗,要有总体计划,用药要规范,坚持长期治疗,医患双方都必须有足够的耐心和毅力,不可轻率草莽,不可半途而废,也不能一见症状得以缓解,病情趋于稳定,即停止治疗。即令在缓解期,也仍需坚持清髓解毒,益气养血,标本兼治,以达最佳长期临床缓解以至彻底治愈之目的。

一、滋髓清髓法

主要症状:白血病初起类似外感症状,但发热难解,倦怠乏力,周围血象见白细胞显著升高,并有骨髓象改变。

主要处方:陈安民经验方清髓解毒丹(青黛、雄黄、牛黄、蚤休、白花蛇舌草等)、青黄散(青黛、蒲黄)、六神丸、当归龙荟丸(当归、龙胆草、芦荟、栀子、黄连、黄柏、黄芩、大黄、青黛、木香、麝香、柴胡、胆星)、牛黄解毒片(牛黄、甘草、银花、草河车)等。

常用药物:青黛、大青叶、板蓝根、雄黄、牛黄、葛根、龙葵、白花蛇舌草、半枝莲、蚤体、土元、元参、土茯苓、犀角、水牛角、干蟾、山慈姑、生薏仁、生大黄、龙胆草、黄药子、凌霄花、白花藤、喜树根皮、红藤、白薇、蒲公英、地丁、夏枯草等。

二、荡邪清热法

主要症状:中等热或高热,汗出不解,衄血,发斑,骨痛或有咽痛,咳嗽,口腔黏膜溃烂,肛周脓肿。舌质淡红或红绛,舌苔黄乏津,脉象数。肝、脾、淋巴结肿大,周围血象白细胞高达数万至 100

万,骨髓象粒系增生极度活跃。

主要处方:清髓解毒丹、清瘟败毒饮(生石膏、生地、犀角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、元参、连翘、甘草、丹皮、竹叶)、犀黄丸(犀角、牛黄、麝香、乳香、没药)、梅花点舌丹(乳香、没药、硼砂、明雄黄、熊胆、血竭、葶苈子、冰片、朱砂、牛黄、珍珠、金箔)、六神丸、安宫牛黄丸(牛黄、郁金、犀角、黄连、黄芩、栀子、明雄黄、朱砂、冰片、麝香、珍珠、金箔)、紫雪散(黄金、生石膏、寒水石、磁石、滑石、犀角、青木香、沉香、元参、升麻、甘草、丁香、朴硝、硝石、麝香、朱砂)、清开灵、退热煮散(赤芍、黄连、木通、生地、栀子、当归、丹皮、黄柏、黄芩、甘草)、麻杏石甘汤(麻黄、杏仁、石膏、甘草)、三黄消毒液(用于肛周脓肿坐浴熏洗:黄柏、黄芩、大黄、赤芍、红花、地丁、甘草)等。

常用药物:二花、连翘、蒲公英、地丁、半枝莲、白花蛇舌草、黄芩、黄连、黄柏、大黄、栀子、大青叶、板蓝根、鱼腥草、虎杖、丹皮、犀角、羚羊角、水牛角、生石膏、牛黄、熊胆、芒硝、生地、玄参、菊花、知母、赤芍等。

三、凉血化斑法

主要症状:热毒之邪深伏骨髓,燔灼营血,皮肤黏膜广泛出血,口腔舌面黏膜血泡,齿衄,鼻衄,血尿,蛋白尿,便血,发热。舌质红绛,脉象濡数、细数。

主要处方:陈安民经验方滋髓生血丹Ⅱ号(栀子、连翘、三七参、阿胶等)、犀角地黄汤(犀角、地黄、芍药、丹皮)、化斑汤(元参、知母、石膏、人中黄、黄连、升麻、连翘、牛蒡子、甘草、淡竹叶)、八正散(车前子、瞿麦、篇蓄、滑石、栀子、炙甘草、木通、大黄)、导赤散(生地、木通、甘草梢、竹叶)、茜根散(茜根、地榆、生地、当归、犀角、黄芩、栀子、黄连)等。

常用药物:黑栀子、荆芥炭、连翘、丹皮、黄芩、藕节、地榆炭、蒲黄炭、大蓟、小蓟、白茅根、羊蹄根、阿胶、鲜生地、生地炭、仙鹤草、

紫草、大黄等。

四、软坚散结法

主要症状：肝、脾、淋巴结肿大，腹部胀满，甚则有碍呼吸。舌质黯红，有瘀血点，脉象沉缓、沉弦或沉涩。

主要处方：膈下逐瘀汤（五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、元胡、香附、红花、枳壳、甘草）、血府逐瘀汤（当归、牛膝、红花、生地、桃仁、枳壳、赤芍、柴胡、桔梗、川芎、甘草）、鳖甲煎丸（鳖甲、鼠妇、黄芩、柴胡、蜣螂、干姜、大黄、桂枝、石韦、厚朴、玉竹、半夏、阿胶、丹皮、葶苈子、人参、乌扇、瞿麦、蜂房、赤硝、桃仁）、大黄廑虫丸（大黄、廑虫、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、白芍、干地黄、干漆、虻虫、水蛭、脐螯）、小金丹（白胶香、草乌、五灵脂、地龙、木鳖子、乳香、没药、当归、麝香、香墨炭）、三甲散（鳖甲、龟版、川山甲、蝉衣、僵蚕、牡蛎、当归、白芍、廑虫、甘草）等。

常用药物：当归、赤芍、川芎、香附、三棱、莪术、郁金、姜黄、黄药子、夏枯草、浙贝、玄参、牡蛎、海浮石、制鳖甲、制龟版、穿山甲、鸡内金、酒大黄、水蛭、土元、桃仁、红花、鸡血藤、丹参等。

五、破血行瘀法

主要症状：颜面黯红呈猪肝样，指（趾）端、耳廓等末梢部位紫黯，口唇紫黯。舌黯红有瘀点，脉象沉弦或沉缓无力。周围血红细胞、血小板显著增高。

主要处方：桃红四物汤（桃仁、红花、当归、芍药、川芎、地黄）、大黄廑虫丸等。

常用药物：当归、赤芍、川芎、丹参、桃仁、红花、鸡血藤、三棱、莪术、水蛭、虻虫、土元、益母草、郁金、姜黄、香附、血竭等。

六、滋髓生血法

主要症状：化疗后骨髓抑制，白细胞、红细胞、血红蛋白、血小板减少，或其中1项、2项或3项减少，精神倦怠，少气无力。舌质淡红，舌苔薄白，脉象沉缓或沉细无力。

主要处方：陈安民经验方滋髓生血丹Ⅰ号(人参、黄芪、当归、阿胶、鹿角胶、龟版胶)、归脾丸(白术、人参、黄芪、当归、甘草、茯神、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣)、参芪四物汤(人参、黄芪、当归、芍药、地黄、川芎)、十全大补汤(人参、茯苓、当归、芍药、地黄、川芎、白术、甘草、黄芪、肉桂)、人参养荣汤(人参、云苓、白术、甘草、当归、熟地、黄芪、陈皮、桂心、五味子、远志、生姜、大枣)等。

常用药物：党参、黄芪、白术、云苓、大枣、当归、何首乌、鸡血藤、生地、熟地、白芍、阿胶、鹿角胶、龟版胶、元肉、杞果、旱莲草、补骨脂、仙茅、仙灵脾、肉苁蓉、菟丝子、酸枣仁、桑椹等。

七、益气养阴法

主要症状：倦怠乏力，咽干鼻燥，目睛干涩，肌肤干枯。舌质红或边尖红，舌苔薄白微黄少津，脉象沉细或沉缓无力。周围血象白细胞减少。

主要处方：沙参麦门冬汤(沙参、麦门冬、玉竹、甘草、桑叶、扁豆、花粉)、一贯煎(沙参、麦门冬、当归、生地、枸杞子、川楝子)、玉女煎(知母、生石膏、麦门冬、牛膝、生地)、杞菊地黄丸(枸杞子、菊花、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)、甘桔汤(甘草、桔梗、花粉、连翘、栀子、黄连、生地)等。

常用药物：沙参、麦冬、生地、玉竹、黄精、石斛、杞果、女贞子、黄芪、党参、太子参、五味子、乌梅、白芍、山楂、知母、生石膏、连翘、生山药、山萸肉等。

八、化湿除满法

主要症状：腹部胀满，纳呆食减，肢体酸软，心悸气短。如湿热阻滞者，舌苔黄白而腻，脉象濡；如脾肾阳虚者，则舌苔白腻，脉象沉缓无力。

主要处方：如湿热阻滞者，用三仁汤(杏仁、薏仁、白蔻仁、竹叶、厚朴、通草、滑石、半夏)、藿朴夏苓汤(藿香、厚朴、半夏、茯苓、

杏仁、薏仁、白蔻仁、猪苓、泽泻、豆豉)。如脾肾阳虚者、用健脾丸(白术、木香、黄连、甘草、茯苓、人参、神曲、陈皮、砂仁、麦芽、山楂、山药、肉豆蔻)、理中汤(人参、白术、甘草、干姜)、香砂六君子汤(木香、砂仁、人参、白术、甘草、茯苓、陈皮、半夏)等。

常用药物:杏仁、薏仁、白蔻仁、厚朴、厚朴花、藿香、佩兰、砂仁、草果仁、白术、苍术、陈皮、半夏、茯苓、枳壳、瓜蒌皮、紫苏、附子、干姜、肉桂等。

九、益气摄血法

主要症状:面色苍白或萎黄,齿衄,鼻衄,崩漏,紫癜,倦怠乏力,心悸气短,或伴低热。舌质淡或淡红,舌苔薄白或少苔、无苔,脉象沉细无力。

主要处方:滋髓生血丹Ⅱ号、当归补血汤(当归、黄芪)、归脾汤、胶艾四物汤(阿胶、艾叶、当归、地黄、芍药、川芎)等。

常用药物:党参、黄芪、当归、生地炭、栀子炭、荆芥炭、艾叶炭、血余炭、蒲黄炭、元肉、山萸肉、阿胶、黄芩、大黄、仙鹤草、紫草、海螵蛸、五倍子等。

十、扶正固本法

主要症状:缓解期,病情比较稳定,无明显不适,状如常人,周围血象、骨髓象无特殊异常。

主要处方:滋髓生血丹Ⅰ号、人参养荣汤、保元汤(人参、黄芪、炙甘草、肉桂)、归脾丸、圣愈汤(人参、黄芪、当归、生地、熟地、川芎)、四君子汤(人参、茯苓、白术、甘草)合六味地黄丸(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)等。

常用药物:人参、西洋参、黄芪、白术、云苓、元肉、白芍、地黄、大枣、杞果、何首乌、鸡血藤、女贞子、白花蛇舌草、半枝莲等。

【病案举例】 李某,男,35岁。1999年11月因感冒后出现发热,咽喉肿痛,应用抗生素治疗一周,症状不减,且全身出现瘀点瘀斑,颈部淋巴结肿大。经血常规及骨髓象检查确诊为急性淋巴细

胞白血病。在外院应用化疗后,病人出现较重化疗反应,骨髓抑制,红细胞、白细胞、血红蛋白及血小板均低于正常,不能继续化疗,遂转至门诊,要求中医药治疗。

症状:面色苍白、神疲乏力、齿衄、皮肤瘀斑、舌质淡白、舌苔薄白、脉象沉细无力等。

中医辨证:为气血亏虚之证。

治疗立法:采用滋髓生血、气血阴阳并补。

处方:人参 15 g,阿胶(烔化)15 g,鹿角胶(烔化)15 g,何首乌 15 g,熟地 15 g,元肉 15 g,杞果 15 g,仙鹤草 15 g,补骨脂、仙灵脾各 10 g,甘草 9 g,黄芪、鸡血藤各 30 g。42 剂,每日 1 剂,水煎服。配合滋髓生血丹 I 号胶囊,每服 6 粒,1 日 3 次,以促使气血化生功能尽快恢复。

二诊:症状明显改善,而调整治则为扶正祛邪,以滋髓清髓养血为法。药用清髓解毒丹胶囊,每服 2 粒,1 日 3 次;滋髓生血丹 I 号胶囊,每服 6 粒,1 日 3 次。

服药根据病情变化,适当辅以中药汤剂。目前患者周围血象及骨髓象基本正常,各临床指征均处于正常稳定状态。

邢子亨

辨治白血病

山西邢子亨老中医临床接触白血病较多,有所体会,择要介绍如下。

白血病是造血系统的一种恶性肿瘤,其病因和发病机理目前尚未完全阐明,治疗上亦较为棘手,是医学的一个疑难病。古代中医文献中虽无白血病的病名,但根据其临床表现可参照类似病证进行辨证论治。无论是急性白血病,还是慢性白血病,经治疗完全缓解后,尚须慎养,必待身体完全恢复健康,才可能避免复发。临床经验有治疗八九个月,血液检查基本正常,而又复发者,大多是因不慎房事,或因感冒而复发。在白血病治愈之后,须戒房事1年,偶有感冒,急服清热解毒之药,万不可用辛温助阳之剂,如误服温补助阳之药,多致复发而不救,切须注意,万勿疏忽。

一、急性白血病

急性白血病多发生于儿童及青年人,起病多急骤,治疗不及时往往很快死亡。急性白血病初期或慢性白血病急性变时,有高热、全身疼痛、进行性贫血及显著出血倾向,类似中医的温热病毒范畴。淫邪病毒是其发病之主要原因。

早期症状:不明原因高热,精神疲倦,面色苍白,口、鼻黏膜出血,严重者可有内脏及颅内出血,有时合并溃疡及坏死性口腔炎和咽部、脑膜炎症,有的淋巴结及肝脾肿大。

证候分析:根据中医温病学理论分析,发热是病毒侵犯于营血而引起正邪抗争之现象。邪热入于营血而发热,若正气不能与之相抗则邪胜而正衰,成为虚脱之证。高热而未虚衰者,说明正气尚有抗邪之力。因邪热侵犯于血分,迫血妄行,所以热甚者多引起

全身性出血,迫血外溢而皮肤黏膜出血,甚至内脏出血。白血病邪正相抗,正气不能胜邪,热毒留结之处则往往发生溃疡,且局部溃疡不易愈合。病邪侵袭机体之后,营卫失抗邪功能,高热不退,气血损伤,血色不能荣于皮肤,因此精神极度疲倦,皮肤苍白。脾胃热毒上攻口腔及咽故发炎而肿痛。热毒侵犯血分,热邪郁结以致淋巴结、肝脾肿大。白细胞异常增多,阳亢而胜阴,阳气愈亢,阴精愈亏,久则阳盛而成热,再加外邪,两阳相亢,阴精被耗竭。

治疗:首当清热解毒,保持气血营卫抗邪之力。通过清热解毒,逐渐恢复机体抗病力,以达到驱邪安正、扶正除邪之目的,使病情逐渐缓解。高热减退即不至影响血分而出血,出血是其大忌,凡是温热病出现吐衄便血者皆是危症。在高热出血之时,急用凉血清热解毒之药以止血,使热退血止则病情可以缓解,若出血不止即有死亡之危。用解毒清热之药,则溃疡可愈。血止热退之后继续用清热解毒之剂加滋阴之药,使阴精渐复,阴阳逐步达到平衡,则生理复常,生化归于正常,血液自无异象之产生。

(1)急性高热、自汗、脉浮大而数者,治宜清热解毒养阴。

处方:葛根 12 g,连翘 24 g,银花 24 g,生地 30 g,元参 30 g,麦冬 15 g,桔梗 9 g,蝉蜕 9 g,犀角 9 g,羚羊角 9 g,西洋参 9 g(或辽沙参 12 g),龟版 15 g,黄柏 9 g,知母 9 g,石斛 24 g,甘草 9 g,丹皮 24 g。

临症加减:如热甚者,加生石膏 30 g 等。如热仍不退者,加紫雪丹 6 g。如神志昏迷者,加安宫牛黄丸或局方至宝丹 1~2 粒。如皮肤出血者,加棕榈炭 15 g,丝瓜络 24 g,冬瓜皮 24 g。如口鼻出血者,加大蓟 24 g,小蓟 24 g,白茅根 24 g,藕节 15 g 等。如大便出血者,加焦地榆 12 g,冬瓜子 24 g,薏苡仁 24 g 等。如吐血者,加柏叶炭 18 g,生赭石 15 g 等。如尿血者,加木通 9 g,车前子 12 g,滑石 15 g,白茅根 20 g,小蓟 20 g 等。

(2)高热渐退,病症减轻时,继服养阴清热药。

处方:生地 24 g,元参 24 g,麦冬 15 g,桔梗 9 g,辽沙参 15 g,石斛 24 g,天花粉 24 g,川连 9 g,丹皮 15 g,栀子 9 g,莲子肉 15 g,黄柏 9 g,犀角 6 g,甘草 9 g,藕节 12 g,薏苡仁 24 g。

(3)余邪未尽,身体虚弱者,继服养血清热药,作为调理之剂,可以多服,服至余热清除,精神好转,饮食增加,血液检查正常。

处方:当归 12 g,生地 24 g,生白芍 12 g,辽沙参 12 g,川贝母 9 g,桔梗 9 g,橘络 12 g,瓜蒌 18 g,麦冬 15 g,薏苡仁 24 g,栀子 9 g,丹皮 15 g,杭菊花 12 g,龟版 15 g,石斛 15 g,甘草 9 g,藕节 12 g。

临症加减:如肝脾肿大者,加鳖甲 18 g,青皮 9 g,丹参 12 g,郁金 9 g 等。如淋巴结肿大者,加三棱 4.5 g,莪术 4.5 g 等。

【病案举例 1】 李某,女性,31 岁,营业员,住院号:93085,入院日期:1975 年 12 月 9 日。患者于 1975 年 11 月 3 日出现头痛,发冷发热,咳嗽,咳白色泡沫痰,胸闷憋气,少寐多梦,食欲不振。即在某医院就诊,以外感病治疗,投以解热剂无效,高热不退且出现齿龈出血肿痛,于 12 月 9 日住入本院。

体检:体温 38.9℃,脉搏 104 次/分,血压 16/10.7 kPa。重病容貌,神志清醒,颌下有蚕豆大小淋巴结 2 个,舌淡,舌苔黄腻,心肺未见异常,肝脾触诊可及边、质软。

血化验检查:血红蛋白 80 g/L,血小板数 $55 \times 10^9/L$,白细胞 $1.26 \times 10^9/L$,白细胞分类:原单 0.14,初单 0.08,大单核 0.22,可见 Auer 氏小体,中性分叶核 0.08,淋巴 0.48。

骨髓象:增生活跃,粒细胞:红细胞为 3.7:1,粒、红系统增生低下,占 0.45%,其中原单+幼单为 0.43%,形态不规则,核染色质粗糙,核仁较大可见 Auer 氏小体,全片见巨核细胞 1 个。

诊断:急性单核细胞性白血病。

会诊症状:高热,口干咽痛,面色苍白,食欲不振,齿龈肿痛出血,舌淡,舌苔黄腻,脉弦数。

辨证：属温热病毒侵袭机体，损伤营卫气血，故高热不退，精神疲倦；血色不荣于皮肤，故面色苍白；肺胃郁热上蒸故咽痛、齿龈肿痛而出血。

治法：以清热解毒为主，佐以滋阴养血之品。

处方：葛根 13 g，连翘 20 g，银花 20 g，蝉蜕 10 g，瓜蒌 16 g，枳壳 6 g，桔梗 9 g，川贝母 9 g，薏苡仁 25 g，冬瓜子 25 g，麦冬 15 g，甘草 6 g，芦根 15 g，犀角 10 g。每日 1 剂，水煎服。

二诊：上方连服 7 剂后，体温降至正常，精神食欲好转。有时两胁疼痛，偶有食后恶心。

辨证：系肝气不舒所致。

治法：予滋阴凉血清肝之剂。

处方：当归 16 g，生地 25 g，生白芍 15 g，枳壳 6 g，川楝子 13 g，丹皮 18 g，地骨皮 25 g，元参 25 g，麦冬 15 g，石斛 16 g，辽沙参 16 g，半枝莲 25 g，薏苡仁 25 g，生山药 20 g，冬瓜子 25 g，青皮 7 g，莲子肉 16 g，甘草 6 g。每日 1 剂，水煎服。

服药后病情渐有好转。白细胞数波动于 $2 \times 10^9 \sim 4 \times 10^9 / L$ 之间，原单 0.03，初单 0.06。体温正常。后即以前方随症加减，以巩固疗效。共住院 165 天，病情基本稳定而出院。

二、慢性白血病

慢性白血病与急性白血病有别，发病缓慢，自觉症状不明显，不检查血象、骨髓象，往往不知有病。慢性白血病是因内脏结热，导致脏器生化机能失调，引起血液异常改变。此种生化失常之变，不与外邪相抗，自身又无其他严重病症，所以初起很少自觉症状。但血液生化异常，提示阴阳已经失调，白细胞增生过多，阴精必然受损，阴损阳胜，阴阳失去平衡，则不能保持正常生理，身体渐趋虚弱，偶感外邪，身体无抗邪之力，即成危症。慢性白血病起病缓慢，逐渐出现乏力、消瘦、低热、自汗等，属中医“劳伤”、“虚损”等范畴。

症状：起病缓慢，病程较长，呈贫血状态，全身疲乏无力，头晕，

低热,出汗,心悸,气急,有时鼻、齿龈及皮肤出血,亦有呕血、尿血、子宫出血、颅内出血者,肝脾淋巴结肿大,脾大最突出,有时可占满全腹而至盆腔,质坚而有压痛。

证候分析:肝主疏达、主藏血、主筋、与少阳胆经为表里,脾主运化、主输布津液、主肌肉、主统血。在劳伤或外感后,肝脾留热不解,损伤肝脾机能,肝失疏达,热瘀血伤,脾失健运,津液不布,热邪瘀结肝脾,血脉凝涩而肝脾肿大;淋巴属少阳三焦部位,相火游行于三焦,火邪留结于三焦,津液凝聚而使淋巴结肿大;发热因于营血伏热,汗多由于内热熏蒸而表气不固,热伏于内,灼伤阴液,营失其守,卫失其固,内热蒸发而发热自汗,营阴已伤汗出而热不解;邪热久留,肾阴亏损,生化机能减退,因此发生贫血现象;阴虚内热,气血俱虚而全身无力;阴虚阳浮,头为之昏;血热失藏,各随其瘀热之部位而出血,鼻为肺窍,肺热者鼻衄;齿龈属胃,胃热则齿龈出血;皮肤肌肉属于肺脾,肺脾热甚则皮肤出血,内脏结热而致内脏出血者,病情则更为严重。慢性白血病白细胞之所以增多,与肾、脾、肝生化功能失调有关。

治法:理脾清肝养阴。当以调理脏器生化功能为主,辅以对症治疗之药,保持脏器功能不至败绝,则无死亡危险。调理脏器功能,首先要清肝理脾滋肾,清肝则瘀热可除而血不凝涩,理脾则津液敷布而不凝聚,滋肾培本则生化有源而生机不息,脏器生化功能恢复,自有抗邪之力,使正气日复,邪气日消,病症自可消除,从而达到延长寿命之目的。如能早期治疗,调理阴阳,使阴阳平衡,可望生化复常,则血细胞自无异常增生。但白细胞异常增生,已非一朝一夕之病,是因生理失常而后血液生化变异,因此治疗慢性白血病亦非易事,必须节饮食、慎起居、绝房事、辅以药物调养,使机体阴阳平衡,生化机能正常,身体才能恢复健康。

处方:当归 15 g,生地 24 g,生白芍 12 g,云苓 12 g,陈皮 9 g,枳壳 6 g,生山药 15 g,生薏仁 24 g,龟版 18 g,桔梗 9 g,辽沙参

12 g,地骨皮 24 g,石斛 12 g,鳖甲 15 g,青皮 6 g,炙草 6 g,藕节 12 g。

临症加减:如肝脾肿大不消者,加姜黄 4.5 g,桃仁 6 g,牡蛎 24 g,醋三棱 3 g,醋莪术 3 g 等。如淋巴结肿大者,加醋三棱 4.5 g,醋莪术 4.5 g,元参 24 g,川贝母 12 g,牡蛎 24 g,海藻 24 g,昆布 24 g,青皮 9 g,川楝子 12 g 等。如发热不退者,加犀角 6 g,连翘 24 g,丹皮 15 g,青蒿 12 g 等。如皮肤出血者,加棕榈炭 24 g,丝瓜络炭 12 g 等。如头昏者,加杭菊花 15 g,生石决明 24 g,蔓荆子 12 g,龙胆草 9 g,黄芩 9 g,羚羊角 4.5 g 等。如汗多者,加牡蛎 24 g,浮小麦 24 g 等。如鼻衄者,加柏叶炭 15 g,葛根 24 g,桑白皮 12 g 等。如齿龈出血者,加川军炭 6 g 等。如阴虚发热,贫血者,加知柏地黄丸(知母、黄柏、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)之类等。如阴虚发热不退者,加秦艽鳖甲汤之类。

【病案举例 2】 秦某,男,35 岁,医生,住院号:100663,住院日期:1978 年 1 月 4 日。患者于 1978 年 1 月 1 日感冒,出现全身乏力,发热,发冷,体温高达 38.5℃,不思饮食,经服四环素、解热镇痛片不见效,后发现口腔颊部黏膜有黄豆大之出血点。1 月 2 日下午随即到某医院就诊,化验末梢血象:白细胞总数 $128 \times 10^9/L$,经输氢化考的松、白霉素体温降至正常。

入院后体检:体温 36.5℃,脉搏 76 次/分,呼吸 18 次/分,血压 14.7/10.1 kPa。口腔右侧颊部黏膜处有约 1 cm×1 cm 大小血泡。心肺无异常,肝右肋下 2.5 cm,脾左肋下 3 cm,质中等硬,无触压痛,左下肢外侧皮肤有 3 cm×3 cm 瘀斑。

查骨髓象:粒细胞系统增生旺盛,占 0.88%,早幼、中幼、晚幼比值明显升高,分叶比例低,有成熟受阻现象。红细胞系统明显受抑,仅占 0.03%。

末梢血象:白细胞总数 $198 \times 10^9/L$,分类:晚幼粒细胞 0.30,带状 0.25,多核 0.16,淋巴 0.12,大单核 0.03,幼单 0.04,中幼粒

0.09,早幼粒 0.01,血小板数 $86 \times 10^9/L$,血红蛋白 $119 g/L$,出血时间 2 min,凝血时间 3 min。

诊断:慢性粒细胞性白血病。

经服用西药马利兰,白细胞降至 $24.45 \times 10^9/L$,分类:多核 0.47,淋巴 0.35,大单核 0.08,嗜碱性 0.07,晚幼粒 0.03,血红蛋白 $130 g/L$ 。

病情好转,于 1978 年 2 月 25 日出院。出院后病情反复,一直不稳定。3 月 14 日复查血象,白细胞总数达 $68.6 \times 10^9/L$,分类:带状 0.21,多核 0.51,淋巴 0.14,大单核 0.03,嗜酸性 0.03,中幼粒 0.02,晚幼粒 0.06。

3 月 19 日会诊:

症状:疲困乏力,消瘦,食欲不振,精神欠佳,肝脾肿大,小便不畅,舌苔腻,脉弱而数。询及既往尚有癫痫病史,现仍有小发作。

辨证:属阴虚,内伏邪热。

治法:宜养血滋阴,清热利水。

处方:当归 12 g,炒白芍 10 g,生地 15 g,丹皮 15 g,地骨皮 20 g,半枝莲 20 g,生薏仁 24 g,麦冬 12 g,猪苓 12 g,泽泻 9 g,石斛 15 g,青皮 6 g,枳壳 6 g,甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂。

服上药后病情渐有好转,以后随症加减继服 2 月余,病情一直稳定,精神恢复正常,食欲增加,体重较前增加 10 kg,化验血象亦趋于正常,即停服马利兰。

于 8 月 19 日复查,骨髓象报告:慢性粒细胞性白血病已完全缓解。半年后随访,精神、食欲均好,血象稳定于正常范围。

朱 宏

治疗白血病经验举隅

朱宏老中医(北京中医药大学东直门医院,邮编:100700),自20世纪80年代起即与北京协和医院血液病组合作治疗白血病,离休后自开诊所继续潜心研治本病,治愈、缓解患者数以百计,其中有白血病前期、急性淋巴细胞性白血病、急性粒细胞性白血病、慢性粒细胞性白血病等。

朱老治疗白血病,十分重视白血病前期时控制发展。此时临床表现、血象、骨髓象尚未典型改变,并有较长时间的血象异常,少则半年,多则数年,常被误诊为贫血或再障,至今未发现其明显规律,多靠回顾性诊断。朱老根据自己的临床经验,凡有以下表现者,应考虑为本病:①周围血中出现5%以上的幼稚细胞。②白细胞分类比例倒置。③全血细胞减少较多。④单纯性贫血或血小板减少。⑤针对性治疗长期无进步。⑥肝、脾、淋巴结肿大。⑦不明原因的牙龈等处出血。⑧不明原因的感染、发热,对症治疗无效。

本病多由气血虚弱、热毒炽盛所致,故朱老治病以补气血为基础,提高机体抗病能力,同时加入大量清热解毒及抗癌药物,并酌加凉血止血、软坚散结之品,治疗中本着“祛邪不伤正”的原则,配以护肝中药。

合理膳食:为更好地发挥药物的作用,朱老治本病讲究饮食宜忌。

忌:①燥补、大补之品。如人参、鹿茸、桂圆肉、黑母鸡等在出血期禁用。②辛辣食物。因其能助热动血,加重出血症状。③忌发物。如虾、蟹、狗肉、酒,以防过敏。④陈粮或霉变食品。

宜:①新鲜水果、蔬菜、藕、西红柿等。②清蒸圆鱼。

常用药物

中药方剂:四物汤(当归、地黄、芍药、川芎)、八珍汤(人参、茯苓、白术、甘草、当归、地黄、芍药、川芎)、秦艽鳖甲散、清瘟败毒饮等,随证加减。

常用中药:紫草、天冬、白花蛇舌草、蚤休、鸦胆子、炙鳖甲、半枝莲、土茯苓、土贝母、全蝎、毛慈姑、白石英、益母草、胡黄连、昆布等。

随证加减:

如感染时加穿心莲片、锡类散、六神丸等。

高烧加紫雪散、羚羊粉等。

出血加荷叶丸、云南白药等。

护肝时加云芝肝泰、利肝隆、鸡骨草等。

并注意交替轮服,防止耐药。

【病案举例 1】 林某,男,47岁,山东省文登人。1987年11月经当地某医院确诊为“再生障碍性贫血”。治疗3个月无效,病情加重,生活不能自理。次年春节前夕,医院已报病危。在生命垂危之际求治于朱大夫。她根据病情和化验报告,按“白血病前期”治疗3个月,病情明显好转。

二诊:1988年5月来信告之,血红蛋白从28 g/L升至120 g/L,其他化验指标也接近正常,主要方药:当归15 g,白芍15 g,生熟地各30 g,半枝莲30 g,鳖甲15 g,白头翁15 g,全蝎3 g,茯苓10 g,仙茅6 g,淫羊藿6 g,女贞子10 g,山茱萸10 g,茵陈30 g,柴胡10 g。

【病案举例 2】 范某,男,23岁,河北省沧州市人,1985年3月14日来诊。患者于1983年因胸骨痛、乏力、面色黄在当地医院就诊。6月经沧州某医院、天津市某医院骨穿确诊为急性淋巴细胞白血病。刻诊:颈淋巴结肿大似枣,口腔血泡满布,大如蚕豆。实验室检查:血红蛋白120 g/L,血小板 $194 \times 10^9/L$,白细胞 $6 \times$

$10^9/\text{L}$, 幼淋占 0.26, 舌苔微黄腻, 脉象滑数。方药: 天冬 20 g, 紫草 10 g, 柴胡 10 g, 半枝莲 15 g, 白芍 15 g, 夏枯草 15 g, 土茯苓 15 g, 全蝎 3 g, 生熟地各 30 g, 茵陈 30 g, 10 剂。

二诊: 4 月 29 日, 诸症减轻, 无不适, 原方略加减继服。

三诊: 5 月 27 日化验: 血红蛋白 124 g/L , 血小板 $166 \times 10^9/\text{L}$, 白细胞 $5.2 \times 10^9/\text{L}$, 其中中性 0.76, 嗜酸性 0.01, 淋巴 0.2, 幼淋 0.03, 已能自己做生意, 精神好。

周子芳

论治白血病经验

周子芳老中医(江苏省连云港市中医医院,邮编:222000)幼承庭训,继承家学,遍读经典,博采众方,业医50余年,对血液系统疾病的治疗独具匠心,尤擅于诊治白血病。白血病是一种血液系统的恶性疾病,临床常表现为贫血、出血、发热并感染、肝脾肿大及霉菌感染等症。

一、贫血

贫血是白血病主症之一,属中医“内伤血虚”、“虚劳亡血”等范畴。贫血是由于红细胞的代谢被异常增生的白细胞所干扰,以及红细胞生存期缩短所形成。血生于心,藏于肝,统于脾,由肾精所化生,故白血病之贫血与心肝脾肾四脏有关。

(一)轻证

病因病机:由于心脾虚弱,气血生化乏源,有形之血,生于无形之气,气为血帅,血为气母。

临床见症:面色不华,气短心悸,头目眩晕,神疲倦怠,爪甲不荣,食欲不振,舌质淡,舌苔薄,脉象细弱,血色素常在8g以上等症。

治则:责之于心脾。补心脾,养气血。

方药:归脾丸(白术、人参、黄芪、当归、甘草、茯神、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣)合当归补血汤(当归、黄芪)或十全大补汤(白术、人参、黄芪、当归、茯苓、甘草、芍药、地黄、川芎、肉桂)加减化裁。常加何首乌、鸡血藤、旱莲草、阿胶、紫河车等。

(二)重证

病因病机:由于肝肾亏损,肝藏血,肾藏精,肝肾同源,精血

互生。

临床见症：面色苍白如纸，神疲倦息，形寒肢冷，腰脊酸楚，遗精滑泄，或经量涩少色淡，舌质淡白，脉象沉细弱，血色素多在4g左右等症。

治则：责之于肝肾。或滋补肝肾、养精生血；或温肾填精、水中补火。

方药：滋补肝肾、养精生血时以左归丸（熟地、山萸肉、山药、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、龟版胶、川牛膝）、七宝美髯丹（首乌、牛膝、破骨脂、茯苓、菟丝子、当归、枸杞子）、龟鹿二仙膏（鹿角胶、龟版胶、枸杞子、人参）等合方而治。温肾填精、水中补火时以右归丸（熟地、山萸肉、山药、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、杜仲、当归、肉桂、附子）合金匱肾气丸（熟地、山萸肉、山药、肉桂、附子、茯苓、丹皮、泽泻）等合方而治。

补虚劳、救亡血，宜以血肉有情之品，救精血之枯竭。常用阿胶、鹿角胶、龟版胶、黄明胶、牛骨髓、猪卵、鳖血、猫肉、紫河车等味厚之品，填精补血，其力胜过草木金石之味。其中鳖性咸寒，鳖血功擅滋肝肾之阴，清虚劳之热，乃滋阴养血、补虚扶正之良药；猫肉甘酸而温，酸甘可以化阴，甘温可以化阳，为养血补虚之上乘。刮宫之胚胎组织——绒膜，填补之力较紫河车更胜一筹。绒膜系于冲任，积阴精之所养，既有生发之机，又有培元之功。用清水漂净后配以其他养血之品炼蜜为丸，常服不辍，可补肝肾、填精血、益元气、理虚劳。

二、出血

主要是血小板减少，还有纤维蛋白溶解，肝素样抗凝物质和感染时细菌多酶体的作用所致，可有鼻衄、齿衄、肌衄、吐血、便血等，颅内出血常可危及生命。

（一）血热妄行，不能循经

临床见症：血色鲜红，或狂吐暴涌，或衄血如注，兼面赤唇红，

心烦,口渴欲饮,大便干燥,舌质红,舌苔黄,脉象弦数而滑等。

治则:凉血清热。

方药:犀角地黄汤(犀角、地黄、芍药、丹皮)合泻心汤(大黄、黄芩、黄连)等加减化裁。水牛角或广角替代犀角,用量宜大。

(二)气阴亏虚,不能摄血

白血病日久,阴虚内热,伤及气分;气虚精耗,累及阴分,故出现气阴亏虚,不能摄血,血不归经。

治则:宜益气养阴、摄血止血。

方药:生脉散(麦冬、五味子、人参)合参芪地黄汤(人参、黄芪、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)等为对证之方。

(三)辨治白血病之出血,应在辨证的基础上,灵活使用三类宁血之品

1. 宁血胶类,如阿胶、龟版胶、鹿角胶、鳖甲胶、黄明胶、鸡血藤胶等,养血且能止血。

2. 宁血炭类,如生地炭、黄芩炭、山梔炭、制军炭、地榆炭、茜草炭等,固涩且可止血。

3. 宁血鲜品,如鲜生地、鲜石斛、鲜麦冬、鲜玄参、鲜藕、鲜侧柏叶、鲜芦根、鲜茅根等,绞汁冲服,既有清热之效,又有养阴之功。

三、发热

白血病常有不规则发热或长期低热,有的与感染有关,有的难以找到感染病灶。中医辨证可分阴虚、气虚、外感实热三型。白血病之发热,即使是外感发热,亦非轻浅之疾,正气虚馁,阴伤血亏,临证需权衡邪正孰轻孰重,不可坐失良机。

控制发热和感染,有宣透、清气、凉营、滋阴诸法,但热久蕴毒,毒热交织,深藏其中,故应以清热败毒贯穿始终。半枝莲、白花蛇舌草、鸭趾草、石打穿、水牛角片、人工牛黄、牛黄消炎丸、牛黄清心丸(牛黄、朱砂、黄连、黄芩、梔子、郁金)、六神丸(百草霜、麝香、牛黄、珍珠、冰片、蟾酥、雄黄)、六应丸、珠黄散(珍珠、牛黄)、西黄丸

(西黄、乳香、没药、麝香)等,均可随方入用,相机而施。

(一)阴虚发热

临床见症:特点是没有固定热型,时有时无,一般为午后发热,热势不高,兼见阴亏症状,脉象细数。

方药:用知柏四物汤(知母、黄柏、当归、芍药、地黄、川芎)合清骨散(银柴胡、胡黄连、秦艽、鳖甲、地骨皮、青蒿、知母、甘草)等加减治疗。

(二)气虚发热

临床见症:发热久久不退,上午明显,面色晄白,气短乏力,脉象虚大而细数等。

治则:甘温除热。

方药:补中益气汤(黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、当归、生姜、大枣)为主加减化裁,但需加生地、白芍、五味子、乌梅等药。

(三)外感发热

以急性白血病多见。慢性白血病常合并扁桃体炎、肺部感染,甚至败血症等,多属此类。证非一端,须辨证于丝微之间。

1. 肺胃郁热证

临床见症:见高热、咳喘、口渴、便秘、头汗、舌边红绛、舌苔黄腻、脉象滑数等症。

方药:沙参麦冬饮(沙参、麦冬、玉竹、生甘草、桑叶、白扁豆、天花粉)、千金苇茎汤(苇茎、冬瓜子、桃仁、苡仁)、泻白散(桑白皮、地骨皮、甘草、粳米)等主之。

2. 阳明热盛,胃热在气分

临床见症:见高热不已,败血症。

方药:黄龙汤(大黄、芒硝、枳实、厚朴、人参、当归、桔梗、甘草)等加减化裁。

3. 邪在中上二焦,心火炽盛

临床见症:见烦热燥实,败血症者。

方药:凉膈散(大黄、芒硝、甘草、栀子、薄荷、黄芩、连翘)等加减化裁。

4. 热入营血

临床见症:败血症。

方药:清营汤(犀角、元参、生地、麦冬、银花、丹参、连翘、黄连、竹叶心)等加减化裁。

5. 热甚伤及气阴,邪微阴伤

方药:王氏清暑益气汤。

6. 亡阴伤津,阴虚风动者

方药:三甲复脉汤(生龟版、生鳖甲、生牡蛎、炙甘草、地黄、白芍、阿胶、麻仁、麦冬)等。

四、肝脾肿大

白血病之肝脾肿大,属“癥瘕”、“积聚”等范畴。

病因病机:此乃毒热蕴积肝脾、气血瘀结、痰瘀凝滞所致。

治则:软坚散结、解毒化癥。

方药:用小金丹(白胶香、草乌、五灵脂、地龙、木鳖虫、乳香、没药、归身、麝香、墨炭)、西黄丸(西黄、乳香、没药、麝香)及鳖甲煎丸(鳖甲、鼠妇、黄芩、柴胡、蛭螂、干姜、大黄、桂枝、石韦、厚朴、玉竹、半夏、阿胶、丹皮、葶苈子、人参、乌扇、瞿麦、蜂房、赤硝)等。

五、霉菌感染

病因病机:因长期大剂量应用广谱抗生素和激素,有利于霉菌生长繁殖,故出现双重感染。此非胃阴伤而虚火上炎,而属肾阴伤而虚火浮动。

治则:养阴清热,标本兼治。

方药:增液汤(元参、生地、麦冬)合六味地黄汤(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)佐以肉桂,外吹珠黄散(珍珠、西黄)、青黛散(青黛、蟾衣、胡粉、黄连、麝香、赤石脂、诃梨勒皮)、双料喉风散等。

【病案举例】 祁某,女,14岁,1976年1月8日入院。低热、面黄、乏力、纳差、牙龈出血、颈部淋巴结肿大三月余。查体:轻度贫血貌,颈部及腹股沟处淋巴结肿大,状如蚕豆至白果大小,质地中等,有压痛,有活动性,牙龈稍肿胀,并有陈旧血迹。心律齐,心率84次/min,无杂音。两肺呼吸音清,胸骨有中等度压痛。腹平软,肝肋下刚触及,脾肋下未触及。两下肢有散在出血点,血压14.7/10.8 kPa。血常规:红细胞 $2.73 \times 10^{12}/L$,血色素64 g/L,白细胞 $6.1 \times 10^9/L$,原始粒细胞0.66,中幼粒0.02,晚幼粒0.01,杆状加分叶0.14,淋巴0.17,血小板 $53 \times 10^9/L$,网织红细胞百分比0.026。尿常规、肝功能检查均属正常。

临床诊断:1975年12月24日行骨髓穿刺检查为急性粒细胞型白血病(粒单型)。

基本处方:鹿角胶5 g,五味子6 g,红参6 g,山茱萸10 g,当归10 g,白芍10 g,枸杞子10 g,女贞子10 g,紫河车10 g,白术10 g,阿胶10 g,熟地15 g,制首乌15 g,旱莲草15 g,骨碎补15 g。

饮用甲鱼血,每次10 ml许,日饮1~2次。

随症加减:低热时加青蒿10 g,地骨皮10 g,白芍10 g,虎杖10 g,天冬10 g,黄芪15 g。感染发热时加人工牛黄1 g,日服3次。如无牛黄,即以珠黄散替代,每次1瓶,日服3次。有紫斑及出血时,加犀角(或广角)、生地、玄参、藕节、三七、知母等。胃纳不佳时,加陈皮、神曲、鸡内金等。

缓解期常服丸剂:鹿角胶30 g,红参50 g,阿胶60 g,山茱萸60 g,冬虫夏草60 g,枸杞子100 g,白芍100 g,虎杖100 g,白术100 g,当归120 g,何首乌120 g,天冬120 g,紫河车120 g,熟地150 g,黄精150 g,黄芪150 g,龟版150 g。上药共研细末,炼蜜为丸,每丸重8 g,日服2次,白开水送下。

同时使用“COAP”化疗方案:即环磷酰胺0.4 g加N·S 20 ml/vst,长春新碱2 mg加N·S 20 ml/vst,阿糖胞苷50 mg加N·S

20 ml/vBid×5 天,强的松 20 mg,Tid×5 天。

4 月 19 日复查血象,全血未见未成熟细胞,血象已恢复正常。临床症状、体征完全消失。此时共行化疗 6 个疗程,服饮甲鱼血 18 只,输全血 180 ml。

4 月 21 日复查骨髓象完全缓解。

1976 年 7 月 8 日出院。出院后定期复查血象,每 30~45 天行化疗 1 个疗程(序贯或轮换方法),坚持服中药,病情一直维持在完全缓解期中。

两年后停止化疗,常服中药丸剂。后生育 1 胎,子健壮。随访 25 年来,身体状况健康良好。

金 儲 之

治疗白血病的经验

金儲之主任医师(江苏省吴江市中医医院,邮编:215221)为江苏省名老中医,行医60余载,精于医理,勤于临床,擅治血液病及疑难杂证,潜心研究中医治疗血液病30余年,造诣颇深。

注重辨治白血病的病因学说,现代医学尚未完全阐明。金老对本病的探索,认为不离乎内外两因,外因遭之温热毒邪入侵,包括病毒感染、化学物质、电离辐射等因素,内因为精血亏虚、正气不足,以遗传因素、癌基因和体液、免疫等为主。外因为必要条件,内因为决定因素,正如《内经》所说:“正气存内,邪不可干,邪之所凑,其气必虚。”

在疾病的辨治过程中,邪毒陷髓为金老独特的观点,他认为此“髓”不仅指现代医学造血功能系统的骨髓,更主要的是谓病位之深,于卫、气、营、血之后,是疾病最深重的阶段。中医理论一般认为血分证为疾病的最后阶段。但金老认为血分证以耗血动血为主,而“髓”则和肾、脑关系密切。肾藏精,精生髓,髓养骨,脑为髓之海,病入精髓,真阴耗竭,病证更为重笃。白血病的整个病程中,病情险恶,虚实夹杂。

在治疗白血病的过程中,金老特别强调“因毒致病,必须重在解毒”,提出治疗白血病“解毒排毒贯串始终”的观点,把养阴清热解毒法作为治疗白血病的重点。金老认为治疗白血病阴津不可少。阴津充足,则能滋养骨髓,扶助正气,驱毒外出,起到清洗血毒,洁净骨髓,提高免疫功能的作用,控制和降低幼稚细胞作用。

治疗要点:滋养阴津,解毒排毒。

常用药物:如枫斗石斛、天冬、麦冬、芦根、羚羊角、石决明、人

中白、人中黄、大青叶等，水煎服。

方解：方中枫斗石斛、天冬、麦冬、芦根养阴清热生津，滋养精髓；羚羊角、石决明平肝潜阳熄风，清热散血解毒，软坚化痰散结；人中白、人中黄、大青叶清解血毒，洁净骨髓。

因白血病属疑难重病，病情险恶，常出现危象，故治疗时宜采用中西医结合同治。整体调摄，延长生存白血病的治程较长，通过辨证施治，坚持服药，全面调摄，确能取得延长生存期及增加治愈率的目的。在治疗过程中，需患者和医者很好地配合。金老不仅善用药物，而且能善解人意，擅于心理治疗，与病人能建立良好融洽的医患关系，使患者能够除抑郁、舒情怀、去包袱、树信心，坚持长期合作治疗。

金老还非常重视饮食疗法，强调药食同治，宜食易于消化、刺激性小、营养高的食品，忌食海腥、牛、羊、公鸡、腌制品等辛辣燥热动火之品。鼓励病人适当多食新鲜蔬菜、瓜果及猪肉、淡水鱼、蛋等以保证营养。

养成合理良好的生活起居习惯，创造洁净的养病环境，也是金老诊视病人时必须嘱咐的内容，使之能适四时变化，避寒热、远毒物、节房劳、防感染。

在治疗上应根据疾病的不同阶段及其变化进行辨证，一般常见以下5型。

一、热毒炽盛型

病因病机：温热邪毒，侵及气分，窜入营血，则出现热毒炽盛，热盛动血等症。

临床症见：高热烦渴，汗出热不解，面色红赤，大便干结，小便赤少，口舌生疮，甚则鼻衄、齿衄、肌衄，舌质红，舌苔黄燥，脉象大而数等。

治疗原则：以清热解毒，凉血止血为主。

常用药物：山栀、黄芩、人中白、人中黄、芦根、生地、赤芍、石

斛、茅根、大青叶等。

二、痰瘀血毒型

病因病机：久病不愈，痰瘀则生。

临床症见：发热，面色少华，颈部瘰疬，肋下癥块，舌质暗淡边有瘀点，舌下脉络瘀紫，脉象弦为细。

治疗原则：以清热化痰，解毒散结为主。

常用药物：蒲公英、象贝母、夏枯草、连翘、僵蚕、生牡蛎、生蛤壳、人中白等。

三、邪毒陷髓型

病因病机：毒陷精髓，则诸症益甚，并可见神志改变。

临床症见：高热不退，面色暗红，神志改变，或躁狂，或昏睡，头痛剧烈，颈项强直，骨痛明显，舌质红绛，舌苔光剥，脉象细弦数等。

治疗原则：以清解髓毒，佐以扶正为主。

常用药物：羚羊角、石决明、人中白、人中黄、板蓝根、芦根、北沙参、枫斗石斛等，另冲服紫雪散（黄金，生石膏，寒水石，磁石，硝石，犀角，羚羊角，青木香，沉香，元参，升麻，甘草，丁香，朴硝，麝香，朱砂）。

四、阴虚伏热型

病因病机：热盛伤阴，阴血耗损，邪毒内伏。

临床症见：低热消瘦，两颧潮红，手足心热，失眠盗汗，口干少津，舌质偏红，舌苔薄黄而干，脉象细数。

治疗原则：以养阴清热，凉血解毒为主。

常用药物：青蒿、地骨皮、枫斗石斛、芦根、麦冬、生地、天花粉、玉竹等。

五、气血两虚型

临床症见：面色苍白，头晕乏力，心悸易惊，动辄尤甚，自汗或盗汗，衄血，纳呆，舌质淡胖，舌苔薄，脉象细而数等。

治疗原则：以补养气血，扶正解毒为主。

常用药物:西洋参、玉竹、山药、百合、熟地、枸杞子、何首乌、仙鹤草、人中黄、板蓝根等。

根据白血病的证候特点,除分证型论治外,还应针对并发症灵活加减:

(1)感染:不论何型白血病患者,在病程中均易反复感染。如咽喉感染者,宜加蚤休、玄参、金银花、桔梗、牛蒡子等;如口腔霉菌感染者,宜用羚羊角粉、珍珠粉、青黛等量含服;如肺部感染者,宜加金银花、连翘、黄芩、鱼腥草、芦根等;如泌尿系统感染者,加用车前草、木通、篇蓄、滑石、蒲公英等;如肛周感染者,宜用黄柏、土茯苓、马齿苋、槐花、地榆等熏洗。金老在防感染上,独创每晚用锡类散(象牙屑,珍珠,青黛,冰片,壁钱,西牛黄,人指甲)少量吹口腔咽喉和用金霉素眼膏少量涂鼻孔内,效果甚好,能配合疾病的治疗,有利于身体的康复,充分体现了整体调摄的中医特色。

(2)出血:是本病常见并发症,如血热引起者,宜加清热凉血止血药,生地、赤芍、丹皮、紫草、茅根、焦山栀等;如瘀血出血者,宜加化瘀止血药,三七、白及、血余炭、益母草、蒲黄等;如气不摄血者,宜加补气摄血药,人参、黄芪、仙鹤草、阿胶、旱莲草之类;如鼻、齿等出血可用云南白药外敷。

(3)呕吐:在化疗期,常出现恶心呕吐、食欲不振、舌苔厚腻等症状,降气和胃、化痰止呕为主,以保护胃气配合化疗,加旋覆花、代赭石、陈皮、半夏、竹茹、生姜、苏梗、砂仁、茯苓等。

(4)骨髓抑制:化疗之后,患者常常精气大伤,血细胞均明显减少,一般多从益气补肾论治。如偏肾阴虚者,宜加益气滋肾药,西洋参、枫斗石斛、玉竹、山药、枸杞子、何首乌、山萸肉、女贞子等;如偏肾阳虚者,宜加益气温肾药,如人参、黄芪、鸡血藤、仙灵脾、补骨脂、肉苁蓉、巴戟天等。

(5)水肿:当白血病细胞浸润肢体组织,发生弥漫性水肿时,可出现发热,肢体水肿,腹痛便泄,咽部水肿,甚则吞咽困难或下肢瘫

痰不能转侧等症,治以疏风泄热,解毒消肿,药物加用蝉衣、僵蚕、荆芥、牛蒡子、淮山药、泽泻、车前子、鲜茅根等。

【病案举例】 患者,男性,32岁,农民。初诊日期:1991年6月26日。诊断:急性淋巴细胞性白血病L₂型。诊时已持续高热半月,头痛不眠,口舌生疮,咽喉糜烂,卧床不起,每日仅能进少量流质,面容呈恶病质,下肢水肿,全身皮肤见有散在性出血点。舌质红干,舌苔黄,脉象细弦数。诊前曾接受化疗,因不敏感及合并感染而停用。血常规:RBC $2.20 \times 10^{12}/L$ 、Hb 56 g/L、WBC $1.3 \times 10^9/L$ 、N 5%、L 95%、PLT $19 \times 10^9/L$ 。

中医辨证:属邪毒陷髓,气阴耗伤。

治疗:宜清解髓毒,佐以补益气阴。

处方:每天用珍珠粉、羚羊角粉,分3次吞服。用鲜芦根、枫斗石斛、生石决明、鳖甲、北沙参水煎后代茶饮。汤剂药用生地、天冬、麦冬、玄参、人中白、人中黄、金银花、连翘、紫草、板蓝根、竹叶、冬瓜皮、车前子、僵蚕,每日1剂,同时予以补液、支持、强的松治疗。

二诊:药后1周,体温降至正常,头痛止,口疮及咽部糜烂缩小,皮肤瘀点渐隐,精神食欲明显好转。于是激素减量,停用西药。

三诊:上述中药继服1个月,诸症消退。血常规:RBC $3.90 \times 10^{12}/L$ 、Hb 117 g/L、WBC $4.5 \times 10^9/L$ 、N 54%、L 46%、PLT $78 \times 10^9/L$ 。

嗣后患者再次接受化疗及中药治疗以巩固疗效。

吴雪彪

辨证施治白血病

吴雪彪医师(常熟市中医院,邮编:215500)论治白血病。

白血病是造血系统一种恶性疾病,其特点是体内有大量白血病细胞广泛而无控制地增生,出现于骨髓和其他许多器官和组织,并进入外周血液中。本病分类多,其共同临床表现有低热、乏力、全身淋巴结和肝脾肿大,可出现齿衄、尿血、便血、紫癜等全身出血症状,易于感染。四诊合参,分属祖国医学“虚劳”、“内伤发热”、“温病”范畴。白血病的病因病机或因素体阴虚内热,或外感热毒所致,另和先天禀赋、劳役过度、情志、饮食、环境等因素有关,其他如家族遗传、胎中失养、接触大量放射线或苯、长服氯霉素等化学药品,都可引起本病。

一、辨证要点

(1)辨寒热:气(血)阴两虚属寒,气火失调、阴虚内热、热毒炽盛、瘀血痰核、肝阳上亢属热证。本病临床表现形式多样,发展快,常寒热并见,虚实夹杂,不能执一法一方以论治,须详明辨证,随证斟酌,不拘常法。

(2)辨病势缓急:寒性证多见于巩固治疗阶段,证势缓慢,脉多沉细微涩。若脉转为洪大弦数,全身情况恶化,则病情发展,多见于热性各型。热性各型多急,故死亡病例多见于气火失调,热毒炽盛,阴虚内热证中,热性各型治疗后转为寒性各型,多提示病情缓解。

(3)辨舌脉:本病舌质多淡,全身支持疗法后红细胞、血色素恢复正常,舌质随之转红,故血虚可以看作本病的基本病理变化。舌质紫暗者多见于出血、肝脾肿大;舌质红绛,脉突然由静转疾者提

示病情恶化；苔垢腻者多见于气火失调或脾虚湿阻。

(4)辨血象变化与治疗的关系：白细胞计数变化是放疗、化疗的主要依据，急剧增高时应进行放疗或化疗，恢复正常时或幼稚细胞基本消失后可暂缓。白血病患者血液内白细胞升高的原因是长期存在的，强化治疗后白细胞计数降低只是一个表象，各种因素经过一段时间积聚，会促使幼稚细胞再次升高。所以即使白细胞计数正常，只要见热毒证、阴虚证等之舌苔脉象，就宜大剂中药投入。这样可望降低白细胞再次升高的可能。

二、治疗原则

(1)正确认识放疗、化疗的作用：正常的骨髓造血是一个“有序”过程。某些原因导致骨髓造血异常，大量未发育成熟的血细胞被释放入周围血循环中。细胞发育的停滞使造血系统的“有序”转为“无序”，从系统论、控制论的角度看，系统的“熵”增加，内耗增加产生热能，所以白血病发热症状可以得到解释。化疗或放疗可迅速降低血液中白细胞，但不能消除引起本病的因素，而且产生很多不良影响，如局部肿瘤、皮肤癌。幼稚细胞出现只能作为一种征象，幼稚细胞不是病原体，不能一味杀灭，应当治疗患者整体，整体好转，幼稚细胞必会随整体好转自发缓解。中医药疗法以“黑箱”理论为基础，宏观调节机体阴阳，以诱导幼稚细胞继续发育转为正常成熟的细胞。

(2)中西医有机结合：急性白血病在诱导治疗阶段若用中药做诱导，则用西医支持疗法辅助；以化疗药物为诱导，则用中药扶正为辅，或配合清热解毒、甘温除热、活血化瘀等中药。在巩固治疗阶段用西药预防中枢神经系统白血病，用扶正药物调动机体免疫力。

(3)辨证与辨病结合：根据临床表现，本病辨证施治用药并不困难，在此基础上酌加经药理研究有抗白血病作用的中药，提高疗效。

(4)专病用专药:慢性粒细胞白血病多见实热证,表现为长期发热,自觉身体强壮,粒细胞计数升高,青黄散(青黛:雄黄为9:1)有迅速降低白细胞的作用,故可使用。慢性淋巴细胞白血病常见于中老年人,多见虚寒症状,多采用黄芪、炒白术、肉桂等药治疗,可长时期维持正常。

(5)祛邪与扶正结合。

三、辨证施治

(1)气火失调:多见于白血病发病前期或病程中继发感染。李东垣认为,元气不足,阴火则亢盛。“脾胃气虚下流于肾,阴火得以乘其土位”。“肾间受脾胃下流之湿气,闭塞其气致阴火上冲”所以具有“作蒸蒸而燥热,上彻头顶,旁彻皮毛”。所谓内伤热中证,一部分属于现代医学的某些感染性疾病。现代医学认为白血病与感染RNA病毒有关,且病程中并见感染者常见,也有发热、出血症状,因此白血病的病因病机就可以和气火失调联系起来,用甘温除热法治疗本病的发热是有理可依的。

主要症状:症状不明显,持续发热,肌表灼热,夜间加重以致不寐。可有关节痛,偶有出血症状,肝脾轻度肿大,面色苍白,舌脉无明显变化等。

治疗原则:治宜甘温除热。

代表方剂:方选补中益气汤(黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、甘草、当归)加减化裁,酌加白花蛇舌草、龙葵、青黛、半枝莲等抗癌中药。

(2)阴虚内热:常见于本病早期。

主要症状:见发热盗汗、口苦口干、渴喜凉饮、牙宣、鼻衄、皮肤瘀点,舌红苔黄,脉数细等。

治疗原则:宜育阴潜阳,养阴除蒸。

代表方剂:清骨散(银柴胡、胡黄连、秦艽、鳖甲、地骨皮、青蒿、知母)合青蒿饮加减。

(3)热毒炽盛

主要症状:以发热为主,无明显感染灶,伴贫血、轻度出血、骨痛、肝脾肿大,苔黄,脉数或弦滑数等。

治疗原则:治以清热解毒,佐以养阴。

代表方剂:方选犀角地黄汤(犀角、地黄、芍药、丹皮)加减化裁。

临床加减:酌用白花蛇舌草、七叶一枝花、青黛、山栀炭、山豆根、蒲黄等药。如热毒入血,迫血妄行,而见齿衄、鼻衄、皮肤出血,甚至舌有血泡,或淋巴结肿大者,再加入生地、丹皮、紫草、二至丸(女贞子、旱莲草)、失笑散(蒲黄、五灵脂)、白芨等凉血止血、祛瘀止血药。

(4)瘀血痰核

主要症状:以肝脾、淋巴结肿大为主,伴贫血、出血、低热,舌有瘀点,脉细涩等。

治疗原则:治以活血化瘀,化痰散结。

代表方剂:方选大黄廔虫丸(大黄、廔虫、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、白芍、干地黄、干漆、虻虫、水蛭、蛭螬)去虻虫、水蛭等峻药以防出血反剧,另加黄药子、昆布、海藻、牡蛎等化痰散结。

(5)气血(阴)两虚:多见于晚期或巩固治疗阶段。

主要症状:以贫血症为主,面色苍白,眼睑色淡,指甲无华,血常规示红细胞、血色素低,伴少气懒言,口干,头昏乏力,面色苍白,低热,手足心热,自汗,盗汗,脉细数等。

治疗原则:治宜益气养阴补血。

代表方剂:方选归脾汤(白术、人参、黄芪、当归、甘草、茯神、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣)合生脉散(人参、麦冬、五味子)加减化裁。

临床加减:酌加土茯苓、马鞭草、蜀羊泉等抗癌中药,另可加阿胶、紫河车、红枣等大补气血。

(6)肝阳上亢:本证见于中枢神经系统白血病,多因邪毒泛滥,侵及厥阴,肝阳偏亢,上扰清窍所致。

主要症状:表现为头痛、眩晕、呕吐、颈项强直,甚至昏迷抽搐等。

治疗原则:治宜平肝降逆。

代表方剂:方选天麻钩藤饮加减治疗。

临床加减:如昏迷者,用安宫牛黄丸(牛黄、郁金、犀角、黄芩、黄连、鄧子、雄黄、朱砂、梅片、麝香、珍珠、金箔)。

(7)对症治疗:如白细胞过高者,用青黛、雄黄等。如白细胞过低者,用党参、黄芪、炒白术等。如血小板过低者,用花生仁衣、景天三七、白芨等。如贫血明显者,用紫河车、阿胶等。

(8)出血的治疗:如气虚证,用《医学衷中参西录》补络补营汤加减化裁,除用人参、黄芪、当归、龙眼肉益气摄血、引血归经之品外,还需用龙骨、牡蛎、山萸肉、参三七等固涩止血药;如热证,用犀角地黄汤加减,可合用四生丸(生地、生艾叶、生荷叶、生侧柏)。其中犀角可用水牛角代替,每剂量 25 g。酌加生地、丹皮、侧柏叶、女贞子、紫草等凉血止血药。如气虚证和血瘀证并见瘀血症状,可加三七、蒲黄、白芨化瘀止血,但量宜小,防出血反剧。

邹文华

清骨髓实热治白血病

邹文华老中医(河南中医学院,邮编:450008)从事内科临床50余年,潜心钻研,治学严谨,对白血病、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、恶性肿瘤等积累了丰富的治疗经验。

白血病是造血系统的一种恶性肿瘤,本病在骨髓及其他造血组织中有某一种系统细胞的恶性增生,并浸润其各组织。根据本病的临床表现,归属于中医“温毒”、“血证”、“急劳”等范畴。宋代《圣济总录》曾提出“热毒攻注骨髓”之论。邹老认为,白血病产生病毒的原因是毒热蕴结于骨髓,骨髓实热是主要病变,由此而产生复杂多变的综合并发症状。白血病病毒虽存在于骨髓,而骨髓实热则是产生病毒的温床。他把这一方法应用于临床,在治疗中首先清除骨髓实热,并根据原+早幼粒细胞的多少,合理配伍治疗方案,虽恶病质亦可趋向好转,提高存活率。典型病例服中药10~30剂即可达到部分缓解或完全缓解,给以后的巩固治疗打下了基础。

基本治疗原则:以滋阴降火,清骨髓实热为主。

处方:沙参30g,麦冬20g,枸杞子20g,山药20g,山茱萸30g,知母30g,地骨皮60g,山豆根20g,猫爪草30g,夏枯草15g,桔梗15g,黄连15g,黄芩30g,生栀子15g,穿山甲30g,羚羊角粉3g。

临床加减:若口腔溃疡,虚火上炎者,以滋阴解毒为主,药用:五倍子6g,知母10g,黄柏10g;如化疗后骨髓抑制,造成白细胞过低,免疫力下降者,采用补肾益气,有助于造血功能的恢复,药用:黄芪30g,当归15g,枸杞子20g,菟丝子20g,鸡血藤30g,黄

精 30 g,炙甘草 10 g,大枣 3 枚;如伴有血虚内热,牙齿出血者,治以清热凉血,止血为主,药用:黄连 10 g,生地黄 20 g,仙鹤草 30 g,旱莲草 20 g,川大黄 6 g(后下)。用法:每日 1 剂,水煎 2 次,共取汁约 500 ml,分 2~3 次温服。10 天为 1 个治疗观察期。化验血常规查血象变化,随证加减用药。

邹老在中医辨证基础上结合西医的诊断,应用中医优势,效果是显著的。邹老认为急性淋巴细胞白血病偏于肾阳虚型,药用:肉桂、附子、巴戟天、淫羊藿、枸杞子、砂仁、陈皮等;急性单核细胞白血病偏于气血虚型,用药:党参、黄芪、白术、枳壳、砂仁、陈皮等;急性粒细胞白血病偏于肝胆湿热型,药用:茵陈、藿香、白术、苍术、厚朴、桔梗等;慢性粒细胞白血病偏于血瘀型,药用:炒桃仁、红花、川芎、当归、砂仁、陈皮等。在类型之间可以相兼有所偏重,也可以相互转化。

选 50 例患者,男 30 例,女 20 例;其中 1~10 岁 12 例,11~20 岁 13 例,21~30 岁 9 例,31~40 岁 7 例,41~50 岁 4 例,51~60 岁 5 例;年龄最大 63 岁,最小 2 岁,平均 24.2 岁。其中急性非淋巴细胞白血病(ANLL)13 例,急性淋巴细胞白血病(ALL)20 例,慢性粒细胞白血病(CML)17 例。根据原始病例统计,全部病例均由骨髓穿刺确诊。

疗效标准按 1978 年南宁会议所制定的白血病标准(草案)。完全缓解:血常规均正常,骨髓象:原+早幼细胞 $<5\%$,维持 1 年以上。明显进步:造血功能明显提高,Hb 100 g/L,WBC $3.5 \times 10^9/L$,血小板有所进步,各项指标有所好转。无效:多方治疗各项指标无明显变化。

治疗结果:完全缓解 35 例,明显进步 13 例,无效 2 例。

【病案举例】 孙某,男性,7 岁,1977 年 5 月 18 日初诊。患儿家长代诉:患儿感觉身倦无力、食欲减少、面色发黄等。于 1976 年 8 月 11 日由河南医学院确诊为急性淋巴细胞白血病 L_1 型,住院

77天,治疗无效出院,曾多次在河南医学院骨髓穿刺,均诊断为急性淋巴细胞白血病 L_1 型。治疗前周围血象:Hb 20 g/L,WBC 13×10^9 /L,BPC 20×10^9 /L,淋巴细胞 0.80,中性 0.20,幼淋 0.15。骨髓象示:有核细胞增生明显活跃,淋巴系统异常增生,总值占 80%,原幼淋占 40%,全片巨核细胞 3 个,血小板少见。体温 37~38℃之间,脉搏 120 次/min。

治疗原则:宜滋阴降火。以抗幼稚淋巴细胞为主。

处方:麦冬 30 g,沙参 30 g,知母 15 g,地骨皮 30 g,猫爪草 30 g,夏枯草 20 g,桔梗 15 g,黄芩 15 g,栀子 15 g,山豆根 10 g,炮山甲 30 g,羚羊角粉 3 g。每日 1 剂,水煎服。

二诊:服 10 天中药,血象稳定。再继服中药。

三诊:服中药 100 剂,血象基本正常,改为 2 日或 3 日 1 剂。

服药 2 年停药,现已缓解 26 年。停药后化验血象:Hb 120 g/L,WBC 6.5×10^9 /L,BPC 140×10^9 /L,无幼稚淋巴细胞。1986 年考入四川某院校,毕业后参加工作,身体健康,未见复发。婚后育有一男儿血象均正常,本病无遗传。

郝

晶 等

单方单药与辨证治疗白血病

郝晶、崔永春等医师(黑龙江中医药大学附属第一医院,邮编:150040)用中医药单方单药及辨证施治治疗白血病。

白血病是一种起源于造血前体细胞的恶性肿瘤疾病。中医无白血病这一病名,但有关此病的主要临床特点如发热、贫血、出血、肝脾及淋巴结肿大等证候的记载,则散在于历代文献中。该病可归属于“虚劳”、“急劳”、“热劳”、“百日劳”、“血证”、“癥积”等病证范畴。白血病病情凶险,变换多端,是正虚邪实的一类疾病,需长期治疗,白血病患者长期无病生存是抗白血病治疗的最终目标,长期生存只有依靠中草药才能实现,单纯的化疗往往难以杀灭潜在的白血病细胞而达到全身治疗的效果。

一、致病原因

1. 邪毒内蕴。邪毒包括热毒、温毒、瘀毒、火毒和内伤所致的内毒。邪毒侵袭机体脏腑经络,侵入营血,攻注骨髓,渐成本病。

2. 正气亏虚。先天禀赋不足或后天失于濡养,劳倦、房劳过度、饥饱不节、内伤七情,伤及心、肝、脾、肾等脏腑,致气血紊乱,脏腑失调。

3. 血行瘀滞。七情失调,气机郁滞;正气亏虚,运血无力;病久不愈,瘀血渐成,瘀邪凝滞。外感热邪或七情失调,气郁化火,炼津成痰;饮食不节,脾胃受损,失于运化,酿湿生痰。

二、发病机制

1. 因虚致病论。从传统中医理论来看,因虚致病论顺理成章。“正气存内,邪不可干”;“邪之所凑,其气必虚”。正气亏虚,精

气失守,肾不能主骨生髓移精于脏腑;五脏虚衰,虚邪贼风中肾损骨伤髓。因此,正虚是白血病发病的内在因素,患者先有体虚内伤,外邪才能乘虚而入,脏腑虚衰,精血失守为本,邪气内乘为标。

2. 因病致虚论。或因邪毒久恋,日久化热,耗气伤阴而致。或为邪毒入里,伤及气血而致气血双亏;或为邪毒内陷心包,出现神昏谵语等症,如不及时救治,则致气阴两竭、病人膏肓。

3. 虚实夹杂论。本病的病理特点为正邪相争,本虚标实。正胜邪退,疾病可完全缓解,邪胜正虚,疾病则复发或加重。

4. 伏气温病论。白血病属于伏气温病。伏邪为胎毒、热毒。胎毒为母亲妊娠期间,内热过盛,或热邪入中,热毒内着于胎,蕴邪不散,日久便深伏于胎儿骨髓之内,是日后白血病发病的重要因素。或为温热毒邪即胎毒导致了白血病的发生。

三、辨证施治

(一)热毒炽盛型

主要症状:壮热不退,口舌生疮,咽喉红肿热痛,口渴欲饮,胸骨压痛,咳血,吐血,衄血,尿血,便血,紫斑,便秘溲赤,舌质红少津,舌苔黄燥,脉象洪滑数有力等。

治疗大法:清热解毒,凉血止血。

常用处方:清瘟败毒饮(生石膏、生地、犀角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、元参、连翘、甘草、丹皮、竹叶)、犀角地黄汤(犀角、地黄、芍药、丹皮)、安宫牛黄丸(牛黄、郁金、犀角、黄连、黄芩、栀子、雄黄、朱砂、梅片、麝香、珍珠、金箔)、青黄散(青黛、蒲黄)、六神丸(百草霜、麝香、珍珠、牛黄、雄黄、冰片、蟾酥)、复方青黛片(雄黄、青黛、丹参、太子参等)、紫雪丹(黄金、生石膏、寒水石、磁石、硝石、犀角、羚羊角、青木香、沉香、元参、升麻、甘草、丁香、朴硝、滑石、麝香、朱砂)、清营汤(玄参、生地、麦冬、犀角、连翘、银花、丹参、黄连、竹叶心)、黄连解毒汤(黄连、黄芩、栀子)、加减五蒸汤(生地、生石膏、太子参、大青叶、马勃、猪殃殃、生薏苡仁、夏枯草、玄参)、

导赤散(生地、竹叶、甘草、木通)、八正散(车前子、瞿麦、扁蓄、滑石、栀子、炙甘草、木通、大黄)、经验方清热解毒方(生地、牡丹皮、石膏、知母、连翘、小蓟、栀子、蒲公英)等。

常用药物:青黛、大青叶、板蓝根、雄黄、牛黄、葛根、龙葵、白花蛇舌草、半枝莲、蚤休、廑虫、玄参、土茯苓、犀角、蟾蜍、山慈姑、生薏苡仁、生大黄、龙胆草、黄药子、凌霄花、白毛藤、喜树根皮、红藤、白薇、蒲公英、紫花地丁、夏枯草等。

(二)瘀血阻滞型

主要症状:胸骨压痛,胁腹胀痛,面色晦黯,唇甲青紫,衄血,尿血,便血,皮肤瘀斑,舌质淡,舌边有青紫瘀斑,脉象沉弦或沉缓无力等。

治疗大法:活血通络,化瘀消斑。

常用处方:桃红四物汤(桃仁、红花、当归、芍药、地黄、川芎)、桃仁红花煎(桃仁、红花、大黄、朴硝、虻虫)、血府逐瘀汤(桃仁、红花、当归、赤芍药、生地黄、川芎、牛膝、枳壳、柴胡、桔梗、甘草)、膈下逐瘀汤(桃仁、红花、当归、赤芍药、川芎、五灵脂、丹皮、乌药、元胡、香附、枳壳、甘草)、脱花煎(当归、肉桂、川芎、牛膝、车前子、红花)、黄氏经验消白汤(白花蛇舌草、青黛、黄药子、三棱、莪术、红参、半枝莲、枸杞子、狗肾、丹参、大黄、山茱萸、儿茶)等。

常用药物:桃仁、红花、当归、赤芍、川芎、丹参、三棱、莪术、乳香、没药、血竭、地鳖虫、五灵脂、鳖甲等。

(三)痰热内积型

主要症状:中度发热,汗出不解,瘰疬痰核(表浅淋巴结肿大),癥瘕积聚(肝、脾肿大),脘腹胀闷,出血不重,食少纳呆,小便短黄,大便不调,舌质淡红舌苔黄,脉象滑数等。

治疗大法:软坚散结,化痰清热。

常用处方:二陈汤(陈皮、半夏、茯苓、甘草)、三甲汤(鳖甲、龟版、穿山甲)、大黄廑虫丸(大黄、廑虫、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、白

芍、干地黄、干漆、虻虫、水蛭、蛭螬)、加味贝母栝蒌散(贝母、瓜蒌、银柴胡、胆南星、黄连、黄芩、栀子、芦荟、当归、夏枯草、海藻、昆布、竹茹、半夏、牡蛎、黄药子)等。

常用药物:丹参、鸡血藤、当归、赤芍、蜈蚣、僵蚕、郁金、姜黄、黄药子、夏枯草、浙贝母、牡蛎、海浮石、鳖甲、龟版、穿山甲、鸡内金、水蛭、地鳖虫等。

(四)气阴两虚型

主要症状:心悸气短,头晕乏力,自汗或盗汗,五心烦热,腰膝酸痛,咽干口燥,目睛干涩,易于感冒,齿衄,皮肤紫斑,舌淡红或边尖红,舌苔少或薄黄,脉象细或细数等。

治疗大法:益气养阴。

常用处方:沙参麦冬汤(沙参、麦冬、玉竹、甘草、桑叶、扁豆、花粉)、益胃汤(沙参、麦冬、玉竹、生地、冰糖)、生脉散(麦冬、五味子、人参)、一贯煎(沙参、麦冬、当归、生地、枸杞子、川楝子)、玉女煎(生石膏、知母、麦冬、牛膝、生地)、六味地黄丸(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)、经验方益气养阴方(西洋参、黄芪、当归、白术、枸杞子、白花蛇舌草、蒲公英、知母、连翘、鳖甲)等。

常用药物:黄芪、白术、党参、太子参、沙参、麦门冬、生地、玄参、玉竹、黄精、何首乌、枸杞子、女贞子、白芍、知母、五味子、牡丹皮、山药、山茱萸、白花蛇舌草、旱莲草、银柴胡、地骨皮等。

(五)气血两虚型

主要症状:面色无华、萎黄或淡白,心悸,气短乏力,头晕耳鸣,神疲倦怠,自汗,动则尤甚,四肢不温,唇甲淡白,舌质淡,舌苔薄白,脉象细弱等。

治疗大法:补气养血。

常用处方:归脾汤(白术、人参、黄芪、当归、甘草、茯神、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣)、八珍汤(白术、人参、当归、芍药、地黄、川芎、茯苓)、十全大补丸(八珍汤加肉桂、黄芪)、当归补

血汤(黄芪、当归)、人参养荣汤(人参、当归、熟地黄、陈皮、黄芪、桂心、白术、炙甘草、五味子、茯苓、远志、生姜、大枣)、保元汤(人参、黄芪、炙甘草、肉桂)、滋髓生血丹 I 号(人参、黄芪、当归、阿胶、鹿角胶、龟版胶等)、扶正抗癌冲剂(炙黄芪、当归、女贞子、旱莲草、生地、何首乌等)等。

常用药物:党参、西洋参、黄芪、当归、阿胶、生地、熟地黄、龙眼肉、山茱萸、茯苓、甘草、紫河车、天门冬、大枣、白术等。

长期实践认识到,中药配合化疗药物治疗恶性白血病能够明显延长患者生存期,改善生活质量。益气养血为主的中药,近期能增加放化疗的敏感性,长期使用可提高机体免疫功能,提高巨噬细胞吞噬活性,延长患者生存期,提高生存质量。这与中药对白血病患者机体综合调理、提高免疫机制、降低细胞毒副作用、对抗肿瘤细胞多耐药性等机制有关。

四、单味药治疗

1. 汉防己是防己科千金藤属植物粉防己块根,性寒味苦,具有利尿消肿、祛风止痛功能。应用汉防己联合化疗治疗急性白血病能显著增强化疗药杀伤白血病细胞,并有一定剂量依赖关系。

2. 川芎是活血类常用中药,其性温,味辛,具有活血行气、散风止痛的功能。其能改善肿瘤细胞对化疗药物的耐药性而起到治疗白血病的作用。

3. 贝母。中医理论认为,痰在白血病形成机制中具有重要地位。贝母可使部分肿瘤细胞耐药性得到纠正。

4. 白毛藤,该药性味苦、辛、微寒,具有清热解毒、祛风化痰、利湿退黄、抗癌的功能,用于治疗早幼粒细胞白血病时,作用于 HL-60 细胞,可诱导细胞增殖的停止。

5. 雄黄主要成分为 As_2O_3 ,性辛温,有毒,具有燥湿解毒功效。采用单味雄黄治疗慢性粒细胞白血病(CML),见效快,缓解率高,副作用小,降低白细胞与缩脾作用明显,可作为 CML 患者治疗的

首选药物。

6. 七仙草对白血病细胞有明显杀伤作用。抑制白血病的分型增殖,干扰白血病细胞能量代谢,提高机体免疫力。

另外,莪术、淫羊藿、银杏、高良姜、三七、桑寄生、款冬花、人参、丹参、灵芝、茶叶、乳香、雷公藤等中药及其提取物都能明显抑制白血病细胞增殖活性,诱导其凋亡。

五、经验方治疗

1. 复方抗癌汤,药物组成:黄芪、白毛藤、龙葵、鸡血藤、党参、茯苓、猪苓、绞股蓝、仙鹤草、薏苡仁、白花蛇舌草、陈皮、甘草。应用本方为主,治疗化疗后白血病恢复期的患者。

2. 蟾黄丸,药物组成:蟾酥、雄黄、全蝎、蜈蚣、金钱草、白花蛇舌草、黄芪、党参、当归、红花、仙鹤草、茯苓、泽泻、补骨脂、甘草。进行维持治疗白血病,生存病例比单纯化疗生存时间长,且减少了心肌和肝肾功能的损害。

3. 加味生血汤,药物组成:黄芪、白术、当归、熟地黄、阿胶、枸杞子、山茱萸、血余炭、花生衣、仙鹤草、大枣。对急性白血病化疗后白细胞或血小板减少患者进行治疗,可升高白细胞和血小板数目,且无毒副作用。

4. 山仙颗粒,药物组成:山楂、仙鹤草、薏苡仁、丹参、猪苓、西洋参、莪术、龟版、鳖甲。治疗气虚血瘀型白血病,可明显提高患者生存质量,减轻化疗的毒性反应。

周 鸞 祥

青黄散治疗各种类型白血病

周鸞祥教授(中国中医研究院西苑医院, 邮编: 100091)应用自行设计的青黄散(青黛、雄黄)治疗各种类型白血病, 疗效最好为慢性粒细胞白血病, 6例存活10年以上, 1例无病生存至今20余年, 同时试用于治疗急性非淋巴细胞白血病7例, 其中4例长期存活。

青黄散组成: 青黛: 雄黄 = 8: 2。从4.0 g, 每日3次开始, 逐步增加至6.0 g, 每日3次, 取得缓解后减量维持。

分析: 青黄散由青黛和雄黄组成。雄黄等砷制剂治疗白血病取得了肯定的疗效, 其作用机制目前认为是诱导细胞的凋亡, 另外有原浆毒作用。青黛的有效成分是靛玉红, 主要用于治疗慢粒。70年代曾单纯用青黛(酒提)治疗急非淋, 取得一定疗效。根据既往应用青黄散治疗慢粒的经验, 取得相同疗效时, 青黄散中雄黄和青黛的用量都低于两者单独用药, 因而青黛和雄黄可能有协同作用。

不同砷制剂的副作用也不相同, 应用青黄散的主要毒副作用为消化道反应和皮肤色素沉着, 而三氧化二砷除上述副作用外还有周围及中枢神经毒性和心脏毒性等, 青黄散不出现这些毒副作用, 是否雄黄须经细胞颗粒中酶的作用后方能引起细胞的凋亡, 故对其他不含颗粒的细胞毒性作用低, 而三氧化二砷可直接对各种细胞起杀伤作用, 因而毒副作用广泛。

选7例急非淋, 均为住院患者, 男性3例, 女性4例, 年龄11~75岁, 平均35.7岁。按1986年天津白血病分型会议标准, M_{2a} 2例(1例绿色瘤), M_{2b} 1例, M_3 2例, M_5 2例。

化验检查。血象： $WBC(1.9 \sim 15.8) \times 10^9/L$ ，平均 $20.5 \times 10^9/L$ ； $Hb(45 \sim 86)g/L$ ，平均 $64.5 g/L$ ； $Plt(15 \sim 140) \times 10^9/L$ ，平均 $50.2 \times 10^9/L$ ，外周原始细胞 $0 \sim 0.40$ ；骨髓增生明显活跃—极度活跃，原+早(幼) $0.42 \sim 0.81$ ，平均 0.63 。

全部病例均口服青黄散。 M_{2a} 、 M_{2b} 和 M_5 各 1 例， M_3 2 例，单纯应用青黄散，另 M_5 和 M_{2a} (绿色瘤)各 1 例诊断后分别应用 HOAP 每月 1 疗程共 6 疗程，以后改用青黄散维持，2 年后停药； M_{2a} (绿色瘤)此后应用 HA、DA、ID-AraC 各 1 疗程。均常规鞘注甲氨蝶呤预防中枢神经系统白血病。

按 1987 年全国白血病化疗讨论会制定的疗效标准，5 例 CR，2 例 PR。一般口服 20 天白细胞开始下降，1~2 个月缓解。副作用主要为腹泻、腹胀等消化道反应和皮肤色素沉着。

M_{2a} 1 例部分缓解，另 1 例伴绿色瘤的 M_{2a} 细胞内颗粒多，有奥氏小体，效果好； M_{2b} 是由我国医科院血研所首先命名的，相当 FAB 分型的 $t(8;21)M_2$ 。其特点是异常的中幼粒细胞增多，这类细胞苏丹黑(SB)和骨髓过氧化物酶阳性程度高，因而属分化成熟程度高的细胞，虽然隶属于 M_2 ，但从细胞发展的阶段和成熟程度上看，应介于异常早幼粒细胞增多的 M_3 和中、晚幼粒增多的慢性粒细胞白血病之间的阶段，从细胞发育阶段上看既往称为亚急粒是合理的，因富含特异性颗粒，故单用青黄散取得了完全缓解，但维持 3 年后复发，未治疗而死亡，提示对 M_{2b} 取得缓解后也应强化治疗。2 例 M_3 病人单纯用青黄散取得完全缓解，以后维持治疗 2 年停药，现患者已经无病生存 17 年以上，其中 1 例生育 1 子，母子健康，1 例 M_5 患者应用常规剂量 HOAP 6 个疗程后未行强化，应用青黄散维持治疗 2 年后停药，现无病生存 17 年。

青黄散对慢粒、急非淋 M_3 、 M_{2b} 和分化好的 M_{2a} 疗效肯定，对 M_5 有一定疗效。这些白血病细胞中都含有颗粒，分化程度高，对 M_1 、 M_6 及其他实体瘤，其细胞中无颗粒，分化差，疗效不佳，实验

研究也证明青黄散可抑制粒系白血病细胞的生长,长期应用对红系、血小板及淋巴细胞无抑制作用。白血病类型各有不同的特异性染色体或基因改变,如 M_3 为 PML-aRAR 融合基因,慢粒为 Ph 染色体, M_{2L} 为 t(8,21) 易位,1 例 M_2 伴发绿色瘤,这些疾病有不同的疾病本质,但都对青黄散表现出良好的治疗反应,细胞都有丰富的颗粒,分化相对成熟,本组长期生存的病例均为 POX 强阳性,2 例有 Auer 小体,故体会青黄散对粒细胞白血病的疗效好,用电镜观察发现青黄散对在慢粒治疗过程中早幼粒首先破坏,成熟粒细胞受抑轻,作用机制可能与细胞内的特异颗粒有一定关系。青黄散对细胞质中颗粒多的白血病疗效较好。

白血病长期生存有赖早期大剂量化疗和后期的免疫恢复,骨髓移植病人长期生存还有赖于免疫排斥反应,但大剂量化疗无疑会损伤免疫力,本组病例长期生存者化疗剂量不大,或根本没用化疗,是否青黄散在抑制白血病细胞的同时对免疫不产生抑制,是否可相应减少化疗剂量,因而有利于机体进一步消灭残留的白血病细胞。

杨 玉 兰 等

扶正康治疗白血病

杨玉兰、王介人、高萍等医师(河南中医学院第一附属医院, 邮编:450000)研制扶正康。

白血病发病原因之一是机体免疫功能失调,表现为NK细胞活性降低和T细胞亚群分布失常。现已证明,NK细胞在体内有着重要的生理性免疫调节作用。而肿瘤的产生、发展及转归都与NK细胞活性有着密切关系。近年来通过单克隆抗体检查,又进一步发现并确定在人体内T细胞由两大亚群所组成-OKT₄和OKT₈亚群。二者在体内保持一种动态平衡以维持人体的细胞免疫,而T₄/T₈比值的紊乱异常与肿瘤病的发生也是有一定关系的。

扶正康组成:人参10g,黄芪20g,木灵芝15g,白术15g,茯苓20g,薏苡仁30g,大枣10枚,甘草6g。用水浸泡1小时,煎煮30分钟,反复2次。将2次药汁混合后,分成2份,早晚各服1次。服药时间不少于30天。

功效:具有益气健脾、扶正固本的功能。

现代研究:以补气健脾类中药为主组成扶正康,对增强NK细胞活性,增加T₄细胞数,T₄/T₈比值有所上升。从而纠正了T细胞亚群的失衡状态,继而可以使低下的IL-2水平提高。IL-2对T细胞、B细胞和NK细胞又都有明显的刺激作用,并可诱生LAK细胞、干扰素等,形成良性循环,从而提高机体的免疫功能,达到抗白血病的功效。由此可见,补气药对白血病患者有一定的治疗作用。NK细胞活性及T₄/T₈比值的提高与上升幅度与服药前原有

活性和比值有关,原活性与比值较低者,呈现明显的增高作用,提高幅度大;而原有活性和比值不太低者,则提高幅度小。说明扶正康的作用不仅可以增强细胞活性,升高 T_4/T_8 比值,而且也有调节细胞免疫功能的作用。对肿瘤病的发生、发展的抑制具有肯定作用。

选 22 例白血病患者,其中男性 13 例,女性 9 例;年龄 25~57 岁;急性淋巴细胞性白血病 10 例,急性非淋巴细胞性白血病 6 例,慢性粒细胞性白血病 6 例。诊断均符合《血液病诊断与疗效标准》一书中的诊断标准。

经免疫学检查,所有患者 NK 细胞活性低下和 T 细胞亚群紊乱, T_4/T_8 比值异常。临床均有不同程度的乏力、气短、心悸、头晕、食欲差,多数为面色晄白、畏寒喜暖、舌体淡胖,脉象虚数,少数患者有口干、手足心热、舌尖红、脉象细数。根据中医辨证原则,中气虚弱型 18 例,气阴两虚型 4 例。

免疫检查方法。NK 细胞活性测定:采用 NAG 酶释放法测定。NK 细胞活性率正常值为 $30 \pm 10\%$ 。

T 细胞亚群测定:采用单克隆抗体直接玫瑰花测定。T 细胞亚群正常比值为 $T_4/T_8:1.6 \pm 0.36:1$ 。

22 例患者服药后,其 NK 细胞活性均有不同程度的增高。服药前为 $9.81 \pm 1.05\%$,服药后为 $18.63 \pm 0.86\%$,经统计学处理,有高度显著性差异($P < 0.01$)。服药前 NK 细胞活性在 5% 以下的 6 例中,服药后 3 例达 16% 以上,22 例患者中服药后 NK 细胞活性恢复最高的 1 例为 25.9%。

服药后,22 例患者 T 细胞亚群分布均有不同程度的改变,其比值均趋向正常平衡状态。服药前经检查为 $1.12 \pm 0.06:1$,服药后为 $1.55 \pm 0.04:1$ 。经统计学处理,有高度显著性差异($P < 0.01$)。22 例中, T_4/T_8 比值在 1.5:1 以上者 5 例,在 1.49~1.40:1 者有 13 例。

本组 18 例气虚证和 4 例气阴两虚证患者的 NK 细胞活性与 T 细胞亚群比值治疗前后的检测对比显示,在证型间无显著差异 ($P > 0.05$)。

张亭栋

癌灵 1 号治疗白血病

张亭栋医师(哈尔滨医科大学附属第一医院, 邮编:150001)应用癌灵 1 号注射液(药名为亚砷注射液)治疗白血病。

民间用于治疗淋巴结核与癌症的有效验方中多含有砒石、砒霜、轻粉、蟾酥等药物,于是用这几种有毒药味,对白血病这种“热毒炽盛”的疾病展开了“以毒攻毒”的系统的继承、发掘、整理研究。通过 20 多年的实验研究和 2000 余例临床病例的观察,总结出亚砷酸注射液治疗白血病的经验。

亚砷酸注射液的主要成分是砒霜,砒霜是一味古老的中药,《本草纲目》早有记载:“砒乃大热大毒之药,而砒霜之毒尤烈”,砒石经过升华成为砒霜,而砒霜的主要化学成分为三氧化二砷或亚砷酸。因有剧烈的毒性,历代医家对此药的应用慎之又慎。其治疗疾病的机理常用“以毒攻毒”来解释。

亚砷酸注射液广泛应用于各型白血病,经过统计学分析发现对 M_3 型效果最佳,完全缓解率达 91%,在长期随访的 35 例患者中有 19 例(54.2%)长期存活,其中 13 例已达到临床治愈,最长者已无病存活 24 年;此外对慢粒总缓解率为 72%,对淋巴瘤总缓解率为 70%。该药对 M_3 型白血病的疗效机理,不同于化疗直接杀死白血病细胞,而是诱导白血病细胞分化和促使凋亡。正因为有选择性地作用于白血病细胞,所以不会有严重的副作用,对人体正常细胞无大妨碍。

使用方法是 10 mg 癌灵 1 号注射液加入 500 ml 生理盐水静脉滴注,每日 1 次,4~6 周为 1 个疗程,休息 1 周进行第 2 个疗程,一般 1~2 个疗程就会达到完全缓解,达到完全缓解的时间为

28~84天,平均56天。

该药可通过血脑屏障,所以在治疗过程中很少合并脑膜白血病。在治疗过程中57.6%的患者外周血白细胞数增高($>10 \times 10^9/L$),白细胞高峰平均值为 $(41.4 \pm 40) \times 10^9/L$,高峰一般出现在治疗后 17.0 ± 9.8 天;高峰时早幼粒细胞比例下降的有53%,保持不变的27%,继续上升的18%。随着治疗进展早幼粒细胞比例逐渐下降,中、晚幼粒细胞逐渐上升,整个治疗过程中未见骨髓明显抑制。毒性反应不大,皮肤瘙痒、丘疹、色素沉着者占27.3%,恶心、胃胀等消化道反应占24%,AST、ALT上升者占24%。上述副作用均为可逆性,停药或对症处理后皆可恢复正常。另外,该药对巨核细胞有促进增殖作用,可使血小板很快上升。曾观察一批血小板减少性紫癜,收到了良好的效果。

戴锡孟

梅花点舌丹治疗白血病

戴锡孟教授(天津中医学院)研究证实,梅花点舌丹既能治疗白血病,抑制白血病细胞对机体主要脏器的浸润和损害,又能调节机体的免疫机能,是治疗白血病的有效药物。

白血病是造血系统中的一种恶性肿瘤,其临床症状复杂,预后较差。慢性粒细胞白血病(CML)为白血病的常见类型之一,是以骨髓粒系受损为主的恶性增生性疾病,占我国慢性白血病的90%以上。

CML中医病因病机:起于正气不足,邪毒外侵,内入营血,邪毒与营血相搏,耗伤气血,煎熬津液,瘀血毒热阻滞脏腑经络,久而结成热劳、癥积之证。

治则:应以祛邪为主,清热解毒,化瘀散结。

梅花点舌丹主要组成:以牛黄、蟾酥、雄黄、熊胆等多种中药组成。

功效:活血止痛、消肿散结。

选40例患者,其中11例获完全缓解,占27.5%;25例获部分缓解,占62.5%;未缓解4例,占10%;总有效率为90%。与甲异靛疗效相似,但无甲异靛的不良反应,并在抗白血病浸润等方面显示出独特的优势。

戴锡孟

六神丸治疗白血病

戴锡孟教授(天津中医学院)领导的课题组研究证实,传统名药六神丸能治白血病,用其治疗慢性粒细胞性白血病总有效率可达90.48%。

白血病起病急、发展快。以往治疗白血病单纯应用补气养血、滋补肝肾等扶正之法,效果欠佳,且常痛失治疗良机。

白血病中医辨证:起于邪毒侵袭,直入营血,相互搏结,耗伤气血,煎熬津液,阻滞脏腑经络而成热劳癥积之证。邪实是主要矛盾,邪毒不祛,正气必不能复。

治疗大法:祛邪为主。

六神丸功效:清热解毒,消肿散结。

六神丸实验研究:可延长白血病小鼠生存时间,使其正常的粒单系祖细胞增高。体外实验结果表明,较高浓度可直接杀伤白血病细胞,较低浓度可激发机体的免疫机能,有利于白血病的治疗。

选21例慢性粒细胞性白血病,其中男性11例,女性10例;年龄最大的67岁,最小的16岁;初发病例14例,复发病例7例。应用六神丸,一般连续服药15~30天,起效时间最快7天,最慢34天,平均16天。其间歇期根据病人血象及骨髓象而定,一般间歇10~14天。使用六神丸期间,不再使用其他治疗白血病药物。

根据《血液病诊断及疗效标准》评定治疗结果,完全缓解4例,部分缓解15例,未缓解2例。治疗前后患者血红蛋白、白细胞、血小板及骨髓象比较,治疗后均有明显改善,肝脾肿大减轻、回缩,症状缓解。治疗期间无合并出血、感染。随访2年,2例未缓解死亡,3例返回本地治疗,其余的在该院门诊间断治疗,生存时间最

长者达 8 年多。疗效与常用治疗白血病药物甲异靛、靛玉红相似，经统计学处理，无显著性差异 ($P > 0.05$)，而六神丸不良反应较小。

王诗伟等

大黄在白血病治疗中的应用

王诗伟(河南省安阳市第三人民医院,邮编:455000)、冯建庄等医师,在白血病治疗中,对并发高热、出血、呕吐等症状应用大黄,取得满意疗效。

一、导毒外泄,通腑退热

病机:白血病发热起病急,发展快,变化速,高热持续不退,热毒不能外泄,上扰神明,下耗肾阴,入营动血,变化丛生,且常伴积滞、痰饮、瘀血等兼证,而邪热内蕴最易与肠腑秽浊之物相互搏结而作祟。

症状:壮热烦渴,口干腹胀,精神倦怠,面红耳赤,舌质绛,舌苔黄,脉象弦数。

治疗:此时,若清热解毒反易致凉遏冰伏,使热势鸱张,唯驱邪外出使毒去热清才是阻止病情发展的关键。

用药:大黄既可下有形之积滞,使邪有出路;又可泻气分实热,防止病邪深入营血。常酌情选用大黄片 10~20 g 浸泡 1 小时后煎汁 200 ml 饭前顿服,或大黄粉 3~6 g 冲服,或大黄粉胶囊 0.3 g,每日 2~4 次。

【病案举例 1】毛某,男,6 岁。以高热持续不退半个月入院。曾在当地卫生院应用安络血、青霉素、激素治疗,效果不佳。查 T: 39.6℃, R: 31 次/分, P: 122 次/分,急性病容,面色通红,咽部充血,胸骨击痛,呼吸急促,肝脾肿大, Hb 100 g/L, WBC $3.8 \times 10^9/L$, RBC $110 \times 10^{12}/L$ 。经骨髓象检查,诊断为急性淋巴细胞白血病。在化疗行 VDP 方案的同时应用大黄粉胶囊 0.3 g,每日 4 次,

用药后热势在 6 小时内降到 38℃,16 小时后降至 37~37.3℃。

二诊:3 天后,病情完全缓解,化疗中的胃肠道反应也明显减轻。

二、去瘀生新,止血存阴

病机:白血病出血以急性发病期化疗后骨髓抑制、重度贫血、血小板减少合并感染最为常见,辨证分型有虚实两方面,虚则气血双亏,气不摄血,实则多由火热熏灼,迫血妄行所致。在输血等支持疗法的同时应用大黄止血,有独到之处。血证火热太盛者,最恐亡阴,下之正是救阴,大黄在攻下的同时有清热泻火作用,且有活血祛瘀之功,瘀血去则血得归经,邪热清血循常道,虽不止血而血自止。

治疗:常以大黄粉 3 g 冲服,对出血和预防出血有一定效果。

【病案举例 2】 常某,男,5 岁。急性白血病于 1999 年住院治疗,经服中药及化疗后完全缓解出院。2000 年 6 月 15 日夜,突然鼻出血,量大不止,面色萎黄,语音低微,皮肤有散在出血点及片状瘀斑,采用肾上腺素纱条填塞鼻孔及云南白药及西药止血药有所好转,后又出现牙龈渗血,骨髓象提示急性白血病。准备化疗,家长要求先止血,若不能止血就放弃治疗。在这种情况下,应用了大黄粉 3 g 冲服。

二诊:第二日,鼻及牙龈出血即止,精神转佳。

三诊:续用 5 天后配合化疗。

32 天,骨髓象复查,完全缓解而出院。

三、引气下行,降气止呕

症状:白血病化疗后频频呕吐并影响进食的患者。

用药:在化疗前先让患者服用大黄粉 1~3 g 或大黄片 10 g,开水浸泡少量频频与之,多数病人用药后呕吐消除或减轻,因大黄气味重浊,可降胃逆,引胃气下行,顿挫上逆之气而止呕吐。

【病案举例 3】 王某,女,20 岁,学生。以贫血进行性加重伴

皮肤出血点 2 个月入院。诊断为急性早幼粒细胞性白血病。面色苍白,皮肤有瘀斑,牙龈肿胀渗血,胸骨压痛,在化疗期间出现恶心呕吐等严重胃肠道症状,应用胃复安、维生素 B₆ 等西药不效,针刺内关、足三里可缓解 10 余分钟,后采用大黄片 10 g 浸泡后口含饮服,呕吐得以控制,此后即一直采用此法,呕吐症状明显改善,使化疗得以完成。

李振波等

清毒饮、养正片治疗白血病

李振波、丘和明等医师(广州中医药大学第一附属医院,邮编:510405)以自拟的清毒饮和养正片配合化疗治疗白血病。在临床治疗中两方配合,辅助化疗治疗白血病会相得益彰,取得更好的疗效。

白血病多是虚实夹杂,有热毒痰瘀和气阴虚弱,在化疗过程中更有脾胃受伤和气血耗伤之症。用中医药治疗肿瘤,包括白血病化疗造成的骨髓抑制、胃肠道反应等毒副作用,具有很好的疗效。所用方剂大多是以补脾肾、益气血、养阴中药为主组成的,除了能治疗恶性肿瘤化疗造成的外周血细胞及骨髓的损害外,有些药物还具有化疗增效、提高机体免疫功能的作用。此外,还有一类以清热解毒、化痰温胃止呕药为主组成的方药,其除了减轻消化道反应外,还有缓解骨髓抑制等作用。

一、清毒饮

组成:七叶一枝花 20 g,白花蛇舌草 30 g,胡黄连 15 g,大青叶 15 g,山慈姑 15 g,法半夏 15 g,竹茹 12 g,莪术 12 g,制大黄 6 g,生地 30 g,仙鹤草 30 g,田七片 6 g。

方解:方中的七叶一枝花、白花蛇舌草、山慈姑、莪术、胡黄连、大青叶清热解毒抗肿瘤。法半夏、竹茹化痰降逆止呕。田七、生地、大黄、仙鹤草凉血活血止血。

功效:偏于热毒炽盛者。治疗白血病的同时,又有抵抗化疗的胃肠道反应和骨髓抑制作用。

二、养正片

组成:黄芪 30 g,人参 12 g,补骨脂 30 g,熟地 20 g,黄精 15 g,

赤灵芝 15 g,女贞子 15 g,旱莲草 30 g,鸡内金 10 g,田七片 6 g,虎杖 30 g,茜草根 15 g。

方解:方中的人参、黄芪健脾益气以生血。补骨脂、熟地、黄精、赤灵芝、女贞子、旱莲草补肾填精以养阴,提高机体免疫功能。

功效:偏于气血阴虚者。促进 CFU-GM 的增殖,提高中性粒细胞百分数及粒单系造血祖细胞数,增强机体抗感染能力。

两方均能提高外周血白细胞数、骨髓有核细胞数。两方辅助化疗治疗白血病取效的机理是通过减轻化疗造成的骨髓抑制,改善粒系造血功能两个方面而实现的。

顾本清等

养阴方、补血方治疗白血病

顾本清、黄文玉等医师(山东中医药大学, 邮编: 250014)以养阴方和补血方中药灌胃, 观察了 L_{1210} 白血病小鼠免疫功能的变化, 并探讨了中药对体外培养 L_{1210} 细胞的影响。

治疗白血病目前主要采用化疗, 这种疗法既杀伤癌细胞, 也大量破坏正常细胞。养阴方和补血方中药, 增强体内 NK 活性, 又直接抑制 L_{1210} 细胞的集落形成, 因而是治疗白血病的良好方剂。这两方中药能提高荷瘤小鼠 IL-1 和 $TNF\alpha$ 水平, 通过增强 NK 活性和诱导瘤细胞凋亡而发挥杀伤肿瘤的作用。

养阴方组成: 由黄芪、太子参、白术、云苓、生地、黄精、天门冬、麦门冬、女贞子、旱莲草、半枝莲、白花蛇舌草、蒲公英、小蓟组成。经水煎成浓度 2 g/ml 药液。

补血方组成: 由黄芪、党参、白术、云苓、当归、补骨脂、枸杞、阿胶、何首乌、白花蛇舌草、小蓟、甘草组成。经水煎成浓度 2 g/ml 药液。

通过动物与实验检测, 养阴方和补血方二组 NK 细胞活性均较对照组升高 ($25.1 \pm 7.1, 32.0 \pm 7.3; 22.2 \pm 6.9, 24.3 \pm 6.7$ 对 $5.4 \pm 4.2, 10.6 \pm 4.5, P < 0.01$), 其中养阴方组已达正常水平 ($25.1 \pm 7.1, 32.0 \pm 7.3$ 对 $32.0 \pm 6.0, 32.0 \pm 5.4, P > 0.05$)。

补血方和养阴方均能明显增加 IL-1 和 $TNF\alpha$ 的活性, 而对 IL-2 活性影响不明显。

养阴方和补血方中药均减少体外培养 L_{1210} 细胞集落数 ($235.41 \pm 9.46, 160.31 \pm 25.55$ 对 $265.44 \pm 10.61, P < 0.01$ 和 P

<0.001),其中补血方中药抑制作用更明显,集落存活率仅为对照组的 60.37%。

唐由君

六神丸、犀黄丸、紫金锭 治疗白血病

唐由君医师(山东中医药大学附属医院,邮编:250011)应用六神丸、犀黄丸、紫金锭等传统的抗恶性肿瘤的有效中成药,治疗白血病,取得了较好的疗效。实验研究表明,六神丸、犀黄丸、紫金锭具有明显的抑制和杀伤 L₇₂₁₂ 白血病细胞作用,六神丸作用类似细胞毒剂;犀黄丸、紫金锭主要作用于 S 期,能减轻白血病细胞对肝脾的浸润,能显著延长白血病小鼠生存期,与中药复方配伍有增效作用。

一、紫金锭配用清热解毒散结方

紫金锭组成:山慈姑、红芽大戟、雄黄、朱砂、千金子霜、五倍子、麝香等。

紫金锭功效:清热解毒,活血消肿,辟秽化浊。

紫金锭用法、用量:每次 15~30 g,每天 2~3 次,口服。或用醋调开后外涂,每天 2~3 次,外敷湿纱布保持湿润。

清热解毒散结方组成:由黄连、黄芩、蒲公英、白花蛇舌草、紫草、夏枯草、连翘、赤芍、知母、石膏、甘草等组成。

用上法治疗急性白血病 11 例,其中急粒 3 例,急性早幼粒细胞白血病 1 例,急性单核细胞白血病 2 例,急性淋巴细胞白血病 5 例,7 例获完全缓解。

二、六神丸配用益气养阴解毒方或健脾补肾方

六神丸组成:珍珠粉、牛黄、麝香、腰黄、蟾酥、冰片等。

六神丸功效:具清热解毒、化痰止痛之功。

六神丸用法、用量:成人每天 30~180 粒,分 2~3 次口服,小儿酌减;15~20 天为 1 个疗程,间歇 10 天,周而复始。六神丸诱

导缓解所需剂量较大(成人每天 60~180 粒),而维持缓解所需剂量相对较小(成人每天 30~90 粒),每疗程以 21 天为宜,时间过长易出现毒副作用(肝、肾功能损伤约占 2.5%),时间过短不足以维持患者持续缓解。

益气养阴解毒方组成:由黄芪、西洋参、升麻、连翘、白术、白花蛇舌草、紫草、鳖甲、生地、甘草等组成。

健脾补肾方组成:由黄芪、当归、枸杞、砂仁、白术、五味子、黄精、白花蛇舌草、小蓟、甘草等组成。

以上法、上方治疗急性白血病 315 例,1 年生存率达 80% 以上,2 年生存率 60%~75%,3 年生存率 27.3%~66.0%。可避免或延迟白血病复发。本组 1 例连续用六神丸 8 年余,共用 116 800 粒,无明显毒副作用。

三、犀黄丸配用益气养阴解毒方

犀黄丸组成:由麝香、牛黄、乳香、没药组成。

犀黄丸功效:具清热解毒、化痰散结、活血化瘀之效。

犀黄丸用法、用量:每天 4~5 g,分 2~3 次,口服。

治疗 1 例慢性淋巴细胞白血病患者,配用益气养阴解毒方,连用两个月,淋巴结明显缩小,肝脾肿大减轻,贫血改善。外周血白细胞稳定在 $(23.4 \sim 28.9) \times 10^9/L$ 。连续用犀黄丸 31 个月,病情持续稳定。

郭利华等

注射液联合治疗白血病

郭利华、杨晓红、石大菊等医师(云南省中医院肿瘤中心,邮编:650021)运用联合静点岩舒、黄芪、生脉注射液治疗急性非淋巴细胞白血病。

急性非淋巴细胞白血病起病缓慢,以贫血、出血、继发性感染、发热等为主要症状。因白血病细胞广泛浸润各组织脏器,导致肝、脾、淋巴结肿大及其他器官功能障碍。骨髓中原粒细胞(I+II)型占30%~90%(非红系细胞),单核细胞<20%,早幼粒细胞>10%。治疗以联合化疗、骨髓移植、生物反应调节剂为主,静点岩舒、黄芪、生脉注射液后白细胞、血小板、血红蛋白上升,说明了该药有升高白细胞、血小板的作用。

岩舒注射液是由苦参等中草药精心炼制而成。具有止血、止痛、抑制癌细胞扩散、改善造血功能、有利于增强机体免疫功能、促进康复、提高患者生活质量等显著特点。黄芪、生脉注射液具有补气、补血,益气养阴的作用。联合运用,效果显著。

【病案举例】 患者,男性,27岁,因头晕、少气乏力2年,伴咳嗽、心悸加重1月,于2000年9月28日入院。2年前无明显诱因感头晕乏力,咳嗽咽痛,于1998年11月29日到医院就诊,住院骨穿诊断:急性非淋巴细胞白血病(M_{2a})。给化疗5天(HA方案),因体力不支,中断化疗。1998年12月3日血常规:WBC $2.4 \times 10^9/L$, N 0.67, L 0.33, RBC $2.80 \times 10^{12}/L$, Hb 107 g/L, Plt $35 \times 10^9/L$ 。输血小板、全血支持治疗,格拉诺塞特升白细胞以控制症状好转出院。平素咽痛、咳嗽、牙龈出血时,门诊输抗生素、止血

敏、维生素 C 对症处理。未经系统诊疗过。2000 年 9 月 21 日血常规: WBC $6.8 \times 10^9/\text{L}$, LYM 3.9%, MID 21.1%, GRAN 21.2%, RBC $0.97 \times 10^{12}/\text{L}$, Hb 28 g/L, Plt $7 \times 10^9/\text{L}$ 。

入院时症状: 头晕乏力, 咳嗽咽痛, 牙龈出血, 心悸, 面色无华, 水肿, 时有低热, 恶寒, 舌质淡胖, 舌苔薄白, 脉象细数等。

检查: BP 16/11 kPa, T 37.7°C , P 120 次/分, 一般情况差, 扶入病房, 重度贫血貌, 颜面水肿, 牙龈少许渗血, 双肺呼吸音粗, 律齐, 无杂音, 腹部无压痛, 肝脾未及, 双下肢不肿。血常规: WBC $1.9 \times 10^9/\text{L}$, N 0.39, L 0.62, RBC $1.52 \times 10^{12}/\text{L}$, Plt $3 \times 10^9/\text{L}$ 。

入院后静点岩舒注射液 20 ml, 30 天; 静点黄芪 50 ml + 生脉 50 ml, 30 天。期间全血渐上升。

二诊: 2000 年 10 月 31 日, 血常规: WBC $3.4 \times 10^9/\text{L}$, L 0.56, N 0.20, RBC $2.57 \times 10^{12}/\text{L}$, Plt $14 \times 10^9/\text{L}$, 网织红细胞 0.6%, 患者诉头晕乏力、咽痛心悸、牙龈出血等症状缓解, 纳可, 二便自调, 能下床活动, 出院。

吴翰香

治疗急性白血病的经验

吴翰香教授(上海中医药大学附属曙光医院,邮编:200021)是我国中医血液病的奠基人,曾主编我国第一本《实用中医血液病学》,早在20世纪60年代就第一个提出将砷剂用于治疗急性白血病。吴老悬壶济世60余年,积累了数千个病例,有着非常丰富的临床经验。急性白血病是一组异质性的造血系统恶性肿瘤,主要是造血干细胞及祖细胞的突变,白血病细胞失去进一步分化、成熟的能力,阻滞在较早阶段。骨髓中白血病细胞大量增殖,代谢旺盛,故急性白血病,就其实质来说,应属实证、热证。但随着白血病细胞的大量增殖,正常造血细胞的生长受到了抑制,特别是在化疗以后,骨髓抑制更加明显,故此时的急性白血病患者又多表现为虚证。但在临床上单纯的实证与虚证都比较少见,更多的是虚实夹杂,正虚邪实,故吴老在治疗急性白血病的时候,就时刻不忘扶正祛邪这一主要原则。吴翰香教授以中医中药治疗急性白血病有较丰富的经验,使许多患者的疾病得到控制和缓解,有的存活达10年以上。治疗强调祛邪扶正相结合,主张骨髓象有连续3次以上为完全缓解,即可不必化疗,而加强中药治疗与随访血象的临床经验。

目前对于急性白血病,采用西药联合化疗,配合中药进行调治,是被患者及家属普遍接受的一种治疗模式。但关键在于把握化疗的“度”。因为联合化疗,毕竟是“大毒治病”,“衰其大半”可也,吴老认为:化学药品有剧毒,其毒性远胜于砒、汞,因此,化疗不能诛伐太过,应当适可而止。化疗过量,非但无益,反而有害。

吴老在临床上治疗急性白血病的常用方药为:生黄芪、女贞

子、北沙参、白术、茯苓、甘草、天门冬、仙灵脾、红藤、莪术、地鳖虫、鹤虱、枸杞子、生地黄、太子参、砂仁、黄柏、党参、当归、旱莲草、山萸肉、淮山药、丹皮、泽泻、青蒿、地骨皮等。吴老在治疗急性白血病时,除了用中药汤药外,还常用一种中成药——梅花点舌丹(上海产品名“疮毒丸”)。吴老用此药的经验是:骨髓有核细胞增生活跃时使用,抑制时不用,有心、肺、肝、肾损害时忌用。梅花点舌丹原载于《外科全生集》,功效清热解毒、消肿止痛,主治疗毒恶疮、无名肿毒、痈疔红肿、咽喉肿痛。吴老创造性地将其用于治疗急性白血病,并取得了良好的临床效果。

这当中既有扶正药,又有祛邪药。又因急性白血病患者常见的一些临床症状,如发热、盗汗、出血等,多为阴虚内热的表现,故其中也有不少养阴清热药。另外,患者在疾病的发展过程中,特别是在化疗后,又往往会发生变端,所以,吴老的用药又不是一成不变的,经常会随证加减。

如预防感染加银花、连翘等。

预防出血加仙鹤草、茜草等。

治疗失眠加酸枣仁、远志等。

治疗心慌加麦冬、玉竹等。

开胃加谷芽、麦芽、六曲等。

吴老在临证时,也常常会根据患者的体质及病邪的不同,对用药有所侧重。比如,对湿重的患者以化湿为主,对血瘀的患者以化瘀为主,对有表证的病人以解表为主等。

吴老自1986年以来,门诊治疗的101例急性白血病中观察3个月以上的37例治疗经验,整理总结于下。

37例均在各大医院(三级、二级医院)经骨髓穿刺、病理活检等检查,并按FAB诊断标准确诊。其中急性粒细胞性白血病9例(男性3例,女性6例,发病年龄最大63岁,最小14岁)、急性早幼粒细胞性白血病8例(男性3例,女性5例,年龄最大48岁,最小

37岁)、急性粒单细胞性白血病5例(女性5例,年龄最大49岁,最小35岁)、急性单核细胞性白血病5例(男性3例,女性2例,年龄最大52岁,最小23岁)、急性巨核细胞性白血病1例(女性,3岁)、急性淋巴细胞性白血病9例(男性2例,女性7例,年龄最大55岁,最小7岁)。

在这37例病例中,随访时间最短的为3个月,最长的为14年4个月。有19个病例已缓解而未随访到底。在有随访的病例中,至今存活10年(含)以上的有5例,存活5~10年的有7例,已经死亡的有6例。

【病案举例1】 励某,男性,37岁,工人。于1988年12月30日因乏力、畏寒、低热、贫血住入某大医院,骨髓穿刺检查(原粒0.5%,早幼粒83%)诊断为急性早幼粒细胞性白血病(ANLL M₃)。用三尖杉酯碱、强的松联合化疗(疗程不详)。至1989年2月16日复查骨髓,早幼粒细胞下降到5.5%,趋向缓解,但血象偏低,(血红蛋白101 g/L,红细胞 $3.38 \times 10^{12}/L$,白细胞 $1.4 \times 10^9/L$,分类:早幼粒0.01,杆状核0.01,分叶核0.24,淋巴0.68,单核0.06,血小板 $124 \times 10^9/L$)。自觉乏力、头痛、头晕、口角破碎。没有达到完全缓解水平。乃于1989年3月5日开始来门诊服中药治疗,但仍不放弃西医疗法。

1989年3月上旬注射干扰素4次,接着每周注射1针MTX,共3次;服用维甲酸若干天,因引起谷丙转氨酶升高而停用;5月下旬,又用三尖杉酯碱、阿糖胞苷联合1疗程。5月11日,复查骨髓已经缓解,但有精神不振、脱头发、胃脘痞满等症状。

1989年6月25日起,在服中药的同时,加服梅花点舌丹(疮毒丸),逐渐加量。

1989年10月中旬,又住院用三尖杉酯碱、阿糖胞苷强化1疗程。此次强化出院后,便一直在门诊随访观察,服中药治疗,未再用过化疗。病情稳定,血象正常。

1991年12月9日血象:血红蛋白 140 g/L,红细胞 5.37×10^{12} /L,白细胞 7.1×10^9 /L,中性 0.71,淋巴 0.25,单核 0.02,嗜酸 0.01,嗜碱 0.01,血小板 170×10^9 /L。

1991年12月10日复查骨髓象:早幼粒占 1%。髓象增生,形态、比例均正常。

1994年3月8日再复查骨髓象:原粒 0.4%,早幼粒 2.2%。原有 M₃ 病史,现可见缓解时相。

1994年12月21日以后,不再使用任何药物。现通过家访得知,患者身体很健康,能从事正常工作。从确诊至今,已超过 14 年;停止化疗至今已有 13 年 6 个月,达到临床治愈标准。

【病案举例 2】 樊某,男性,52 岁,行政人员。患者于 1992 年 3 月 9 日,发现脾肿大,住入某大医院,经各项检查,诊断为急性单核细胞性白血病(ANLL M₅)。用 HA 方案化疗 2 个疗程后,又单用 Ara C 150 mg 化疗 5 个疗程,出院时复查骨髓象(原单 0.5%,幼单 2.5%)缓解。患者原有高血压、脂肪肝病史 3~4 年,化疗后,自觉头晕、腰腿酸、膝关节酸楚,遂于 1993 年 4 月 25 日来门诊服中药汤药治疗,同时服用疮毒丸治疗。

1993 年 5 月 22 日复查骨髓(幼单 0.5%,单核 1.8%,粒细胞、红细胞增生正常)提示:急性单核细胞性白血病缓解之骨髓象。

5 月 26 日复查血象:白细胞 5.6×10^9 /L,血红蛋白 119 g/L,血小板 127×10^9 /L。自觉除稍有脚酸外,无其他不适。患者处于急性单核细胞性白血病完全缓解期。

此后未再进行强化。坚持来门诊服中药,定期复查血象均为正常。从确诊至今已逾 10 年,仍在门诊随访中,停止化疗近 10 年,达到临床治愈标准。

【病案举例 3】 李某,男性,26 岁。患者因发热于 1991 年 9 月 29 日赴某医院就诊,经过化验诊断为急性单核细胞性白血病。后转至另一所大医院,进行化疗,前后共 5 次(具体用药不详)。复

查骨髓象提示:急性单核细胞性白血病缓解。血象(白细胞 $5 \times 10^9/\text{L}$, 血红蛋白 122 g/L , 血小板 $245 \times 10^9/\text{L}$)。此后未再化疗。于1992年8月1日,因胃纳欠佳,声音沙哑,咳嗽有痰,来门诊治疗。经服一段时间中药后,诸症改善,血象保持平稳。

1993年2月16日血象:血红蛋白 156 g/L , 白细胞 $5.6 \times 10^9/\text{L}$, 血小板 $144 \times 10^9/\text{L}$ 。

1994年2月1日血象:白细胞 $4.5 \times 10^9/\text{L}$, 红细胞 $5.78 \times 10^{12}/\text{L}$, 血红蛋白 180 g/L , 血小板 $150 \times 10^9/\text{L}$ 。

1995年2月7日血象:白细胞 $4.1 \times 10^9/\text{L}$, 红细胞 $5.72 \times 10^{12}/\text{L}$, 血红蛋白 183 g/L , 血小板 $158 \times 10^9/\text{L}$ 。

1995年10月17日复查骨髓(成熟单核细胞占3.5%,早幼粒占5%)结论:急性单核细胞性白血病缓解之骨髓象。

患者现在仍在门诊服中药治疗。从确诊至今已逾11年,停止化疗10年余,达到临床治愈标准。

上述3个病例之所以能生存至今,达到临床治愈,就是因为化疗适可而止,同时坚持长期中药治疗的结果。吴老认为,若是骨髓象连续3~5次以上完全缓解,即可不必再去化疗,只要再坚持服中药调治,随访血象就可以了,这样可防止人毒化疗之法导致的诸多弊端。

张惠臣

清热解毒为主治疗急性白血病

张惠臣医师(广州中医药大学, 邮编: 510405)总结急性白血病的中医治疗应以清热解毒为基本治法, 在此基础上根据不同情况辨证分析, 加减用药, 对于遏制病情进展, 改善患者生存状态, 提高患者生存质量及急性白血病患者生存率将起到有益的指导作用。

急性白血病是来势凶险、病情较重、恶化较快的血液系统恶性疾病。目前, 临床上多采取中西医结合的方法进行治疗, 取得了较好的效果。中医治疗应以清热解毒法为主, 针对病情, 控制病情进展, 逆转疾病发展方向, 同时积极发挥辨证论治的长处, 缓解症状、体征, 改善患者生存质量。

白血病, 是因白细胞异常增生, 浸润骨髓及其他正常组织、器官, 使正常血细胞生成减少, 组织器官功能障碍的造血系统疾病, 是现代医学基于疾病的微观特征对其所起的名称。临床表现为发热、贫血、出血、肝胆及淋巴结肿大、骨关节疼痛等特征。尤其是急性白血病, 起病较急, 病情进展迅速, 可在数月内急剧恶化导致死亡, 在儿童及青年中占恶性肿瘤的首位, 死亡率较高。目前, 西医治疗以化疗及骨髓移植为主, 中医治疗也积累下一些宝贵的经验, 但仍然缺乏统一的认识和规范的用药。根据其脏腑亏损、引起患者全身衰弱、直致死亡的疾病特点, 中医辨证应属“虚劳”、“血证”、“癥瘕”、“积聚”、“瘟病”、“痰核”等范畴。急性白血病以发热、贫血、出血等症状为典型临床表现, 热象较显著, 且其发病急剧, 病情较重, 进展迅速, 符合阳热证的特点, 常归之于“急劳”、“热劳”。

病因病机: 外因为感受温热毒邪, 乘虚侵入人体, 或毒邪入里

化热。内因为先天禀赋亏损,或饥饱、劳倦、情态郁结,致阴津亏乏,或心血暗耗,阳气偏亢,内火遂生,日久酿生热毒。内外二者或以内因为主,或以外因为主。其病机特点为正虚邪盛,虚实夹杂,总不离热毒为患。

基于这种基本病理特点,治疗上以清热解毒为主,结合疾病在不同人、不同气候、不同环境下的变化及兼夹症候,对方药进行加减调整、辨证论治,应为治疗急性白血病的正确途径。

根据急性白血病的疾病特点,将其分为瘟毒瘀血、气阴两虚、痰热癥瘕三型。治疗上,在清热解毒的基础上分别予活血止血、益气养阴、化痰散结等对证治疗,既抓住了疾病的本质特征,又可针对不同兼证。是一种比较符合疾病性质,利于临床治疗的辨证分型模式。

气阴两虚型,用清骨散(银柴胡、胡黄连、鳖甲、地骨皮、青蒿、知母、甘草)与参芪地黄汤(人参、黄芪、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)加减或交替使用。常用当归、黄芪、人参、白术、生地、麦冬、黄精等益气养阴,加白花蛇舌草、小蓟、丹皮等清热解毒凉血。

瘀血癥结型:常用三棱、赤芍、麦冬、水蛭、山慈姑、紫苏、黄芪、茵陈、板蓝根、紫草、茜草、蒲公英等。

治疗急性白血病的单方、验方,仍以清热解毒方较为多见,这与急性白血病本身的特点是分不开的。许多研究发现,中药六神丸(麝香、牛黄、百草霜、珍珠、冰片、蟾酥、雄黄)用于治疗急性白血病,对疾病缓解有肯定的作用,并且经临床研究发现,可以防止急性白血病复发。同时发现梅花点舌丹(牛黄、乳香、没药、麝香、硼砂、雄黄、熊胆、血竭、葶苈子、沉香、冰片、朱砂、珍珠、琥珀、金箔)、紫金锭、犀黄丸(犀角、牛黄、乳香、没药、麝香)等中成药均有抗急性白血病的作用。

以复方青黛片为主治疗急性早幼粒细胞白血病的临床研究发

现,其对白血病细胞有较好的杀伤作用,完全缓解率高。

含青黛制剂白血康用于治疗难治性低增生性白血病的研究也取得了成功。而应用青黄散(以青黛和雄黄混合)治疗急非淋也取得了较好疗效。

体外实验证明,中药制剂清开灵注射液具有诱导人急性早幼粒白血病细胞凋亡的作用。而动物实验也证明,清开灵注射液能提高脑膜白血病小鼠 NK 细胞的杀伤活性,并可增加正常骨髓细胞的增殖活性,从而明显延长白血病小鼠的生存期。

鲜铁树叶、鲜生地、鲜小蓟、鲜蒲公英、鲜败酱草制成的五鲜饮注射液与小剂量化疗相结合治疗急性白血病,取得了显著的临床疗效,且经实验研究证明,对白血病细胞有抑制和诱导其凋亡的作用。

张洪钧等将清营汤合麦味地黄汤组成的清麦地黄汤作用于脐血,发现可使脐血造血干细胞增殖能力下降,而分化能力加强,造血调控因子发生重新调整与组合,逆转白血病细胞 HL₆₀ 细胞表型,使其表现为向单核巨噬细胞分化,分裂能力下降,增殖抑制,出现凋亡。这些研究结果综合起来,证明清热解毒方药具有杀伤白血病细胞,控制急性白血病发展,缓解患者症状、体征的作用。

牛 红 梅 等

中西医结合治疗急性白血病

牛红梅、刘翠娥、王海颖等医师(山东中医药大学, 邮编: 250014)采用中药与化疗相结合的方法治疗 300 余例急性白血病患者中, 5 例存活长达 10 年以上, 最长 1 例已存活 20 年, 至今皆高质量健康生存。采用中西医结合的方法, 治疗急性白血病, 确实为目前一种较为有效的治疗方式。现代药理学研究表明部分中药具有良好的抗白血病作用, 5 例长期存活病例在某种程度上也证明了这一点。其前景广阔, 值得进一步深入研究。

一、气阴两虚型(2 例)

主要症状: 倦怠乏力, 自汗盗汗, 手足心热, 咽干口渴, 鼻衄, 齿衄, 舌质红(或淡)少苔, 脉象细数(弱)等。

治则: 益气养阴解毒。

处方: 黄芪 15~45 g, 当归 9~12 g, 台参 15~30 g, 白术 12~18 g, 茯苓 15~30 g, 生地 15~45 g, 麦冬 15~30 g, 小蓟 15~30 g, 白花蛇舌草 15~45 g, 丹皮 15~24 g, 砂仁 9~12 g, 黄精 15~30 g, 甘草 9~15 g。

二、气血双亏型(1 例)

主要症状: 头晕耳鸣, 疲乏无力, 面色晄白, 心悸气短, 舌质淡, 脉象虚大等。

治则: 补气养血解毒。

处方: 黄芪 18~45 g, 当归 9~15 g, 熟地 18~45 g, 生地 15~30 g, 白芍 12~24 g, 枸杞 12~30 g, 阿胶 11~33 g, 台参 15~30 g, 砂仁 9~12 g, 白花蛇舌草 12~30 g, 小蓟 12~30 g, 墨旱莲

12~30 g,甘草 6~12 g。

三、热毒炽盛型(1例)

主要症状:壮热烦躁,汗出口渴,大便秘结,小便短赤,舌质红,舌苔黄,脉象数等。

治则:解毒凉血止血。

处方:生地 18~60 g,丹皮 12~45 g,石膏 30~90 g,金银花 12~30 g,白茅根 30~60 g,陈皮 9~12 g,甘草 9~15 g。

四、脾肾两虚型(1例)

主要症状:腰膝酸软,倦怠乏力,畏寒肢冷,舌体胖大,舌苔薄白,脉象沉细无力等。

治则:健脾补肾化痰。

处方:台参 12~30 g,白术 9~18 g,黄芪 15~45 g,砂仁 9~15 g,菟丝子 15~30 g,黄精 18~30 g,枸杞 15~30 g,女贞子 15~30 g,五味子 9~18 g。

分析:维持缓解阶段,由于 MRLC 的存在,CR 的病人仍需长期不断地治疗。但是,联合化疗作为一种治疗手段,毒副作用太大,而且即使无限制地增加剂量和强烈程度,也仍不能消灭 MRLC。中医亦认为,化疗相当于“大毒治病”,应衰其大半即可,不能太过。因此,这一阶段主张以中医药巩固治疗为主。依据现代药理学研究,其治病机理是细胞毒作用;即损伤 DNA。研究证实,方中人参、茯苓、大黄等多种中草药或其提取物可通过细胞毒作用,抑制白血病细胞分裂增殖,干扰其能量代谢而达到杀伤白血病细胞的目的,且具有毒副作用小、对机体内淋巴细胞及骨髓造血破坏不明显等优点。

诱生细胞因子作用:方中黄芪、党参等多种补益类药物具有免疫调节作用,可诱生 IL-2, IFN, TNF 等多种细胞因子,提高 NK, LAK 细胞活性。

促诱导分化作用:方中三七、人参提取物三七皂甙、人参皂甙

及大剂量应用的葛根,实验证明,可诱导 HL-60 细胞分化。

抗白血病细胞转移作用:方中当归、丹皮等活血化瘀药可通过降低血液黏稠度、减少癌细胞聚集、改善微循环及肿瘤局部缺氧状态等多种作用,达到降低白血病细胞浸润的发生,提高疗效。

以上四型方药均酌情长期服用,同时应用黄耆粉 0.6~2 g,1 日 2 次,或干蟾粉 0.3~0.6 g,1 日 2 次。

5 例患者全部病例诊断标准按《血液病诊断及疗效标准》。初治时血常规:血红蛋白:55~125 g/L;白细胞: $1.7\sim 39.9\times 10^9/L$;血小板: $12\sim 120\times 10^9/L$ 。骨髓象:增生均为明显活跃,白血病细胞 $>70\%$,红系受抑,巨核细胞 2~7 个。白血病细胞浸润:均有胸骨压痛。1 例兼有肝脾肿大;1 例同时有肝、脾、淋巴结肿大,且伴有皮下结节。

除辨证选用以上方药外,诱导缓解阶段,急非淋主要选用 HOAP 方案。强化治疗,首先完全缓解(CR)后,用原方案强化 1~2 次。以后半年内每月强化治疗 1 个疗程,连用 3~6 个疗程。维持缓解阶段,1 年内,每 1~2 个月化疗 1 次;2 年内,每 2~3 个月化疗 1 次;3 年内,每 3~4 个月化疗 1 次;4 年内,每 4~5 个月化疗 1 次;5 年内,每 5~6 个月化疗 1 次;5 年以上者,仍不规则地化疗。

根据疗效标准评定,5 例患者均在 3~5 个疗程获完全缓解(CR),4 例达 CR 后未出现复发。均停用中、西药达 5~14 年之久,至今仍健康生存,当属临床治愈。

急性白血病,病情凶险,恶化迅速,死亡率高。在当前骨髓移植(BMT)尚未普及的情况下,化疗配合中医药治疗有一定的优势。结合 5 例长期存活病例,依据白血病治疗过程中的不同阶段,具体分析如下。

诱导缓解阶段:在目前白血病 CR 率达 80%~90%的情况下,保证化疗的顺利进行日益受到人们的重视。以大剂量强烈联合化

疗为重点,辅以中医辨证施治,可从多角度克服化疗之弊,增效减毒,发挥良好的治疗作用。

预防和修复化疗所致脏器损害:化疗过程中服用益气养阴解毒和益气养血解毒药,能够保护骨髓,促进正常造血,减轻化疗过程中出现的胃肠道反应及肝肾功能的损害。

增强免疫功能:如补益类方剂和清热解毒类方剂都具有调节机体免疫机制、增强免疫功能、对抗化疗后全血细胞减少所致感染的作用。

协同化疗:如益气养阴解毒、益气养血解毒、清热解毒方均具有不同程度抑制白血病细胞,提高机体对化疗药物的敏感、降低白血病细胞膜的流动性、对抗化疗耐药性的作用。

强化治疗阶段:现代研究表明,急性白血病复发死亡的主要原因,在于体内微量残留白血病细胞(MRLC)的存在。在急性白血病达CR后,仍需应用大剂量化疗药物来强化治疗,以尽可能延长CR的时间。所以,在这一阶段更需要应用益气养阴解毒和益气养血解毒等中药方剂来对抗化疗毒副反应,增强人体的抗病能力,保证化疗顺利进行。

【病案举例】 张某,男,36岁。因头晕、乏力、心悸伴遍身瘀斑,齿衄1月余,以急性单核细胞性白血病(简称急单)收住院。

刻诊:贫血貌,右面部有2~3个小结节,与皮肤粘连,无压痛,浅表淋巴结可触及广泛肿大,小者0.5 cm×0.6 cm,大者约2.5 cm×3 cm,胸骨压痛(+),肝肋下1 cm,脾肋下7 cm,四肢胸腹有散在的新鲜或陈旧的出血斑点,有的连成一片。

实验室检查:血红蛋白50 g/L;白细胞 6.4×10^9 /L;原加幼单占22%;血小板 2.8×10^9 /L;骨髓增生明显活跃;原加幼单占78%;粒、红两系高度受抑;血小板少见。

诊断:急性单核细胞性白血病。

中药治则:益气养阴解毒。

处方:生地 15 g,熟地 15 g,黄芪 30 g,党参 30 g,女贞子 30 g,仙鹤草 30 g,黄芩 12 g,知母 12 g,地骨皮 30 g,阿胶 11 g,丹皮 9 g,山豆根 15 g,五味子 9 g,破故纸 9 g。共服 70 余剂。同时加用马钱子 0.6 g,柳树根 30 g。水煎服。

西药应用 COAP 等方案。

住院治疗 95 天出院。出院后应用黄髓粉,每次 0.6~2 g,1 日 2~3 次,或干蟾粉每次 0.3~0.6 g,1 日 2 次,同时服用益气养阴解毒药,共服 8 个月,定期来院复查,未发现血、髓象的异常变化。目前,已停药各种药物 14 年,病人仍健康生存。

杨文华等

联合化疗与辨证施治 治疗急性白血病

杨文华、万增志、史哲新、郭从容等医师(天津中医学院第一附属医院, 邮编:300193)应用中西医结合方法治疗白血病, 明显克服了化疗之弊, 起到减毒增效的作用, 其疗效高于单用化疗或单用中药。

白血病是血液系统的恶性疾病, 目前联合化疗被公认为是治疗急性白血病的最有效方法之一。其完全缓解率已达 60% ~ 80% 以上, 完全缓解后按计划维持强化巩固治疗, 5 年生存率可达 20% ~ 40%。然而, 由于强烈频繁的化疗引起的严重毒副作用, 常使患者的化疗中断, 导致人体正气亏损, 发生各种并发症, 甚至危及生命。采用中西医结合治疗急性白血病, 比单用西药化疗或单用中药治疗疗效好, 中西合用在联合化疗中减轻了毒副作用, 有利于某些并发症的控制, 使病人能按期化疗, 从而提高缓解率和长期生存率。

一、中医辨证论治

(一) 热毒炽盛型

主要表现: 为壮热, 口渴, 口舌生疮, 牙龈肿痛, 汗出烦躁, 头痛, 咽喉肿痛, 尿赤, 腹胀, 便秘, 衄血, 紫癜, 舌质红, 舌苔黄, 脉象数等。

代表方剂: 清热解毒方。

处方: 银花 30 g, 连翘 15 g, 蒲公英 10 g, 败酱草 30 g, 生地 15 g, 板蓝根 30 g, 鲜芦根 30 g, 白花蛇舌草 30 g, 丹皮 10 g, 黄芩 15 g。

(二)热毒血瘀型

主要表现:为高热,口渴,烦躁,胸痛,骨骼疼痛,腹满,肋肋胀痛,肿块坚硬,便结不通,皮下瘀斑,舌质紫黯,瘀斑点点,脉象弦涩等。

代表方剂:解毒化瘀方。

处方:银花 30 g,蒲公英 10 g,败酱草 30 g,生地 15 g,丹皮 10 g,赤芍 15 g,夏枯草 15 g,红花 6 g,丹参 15 g,鳖甲 15 g(先煎),牛膝 15 g,三七粉 1.5 g(冲)。

分析:白血病易发浸润症状,出现肝脾肿大、胸骨及其他部位骨痛等症状,应用清热解毒、活血化瘀药物,如红花、赤芍、丹参、三七等可解毒化瘀,通络散结,活血止痛,使肝脾明显回缩,骨痛明显减轻。

(三)气血双亏型

主要表现:为面色㿔白,神疲乏力,头晕耳鸣,自汗盗汗,低热,口渴,咽干,心悸,舌质淡红,少苔,脉象沉细数等。

代表方剂:益气养血方。

处方:党参 15 g,黄芪 15 g,当归 15 g,白术 10 g,麦冬 10 g,女贞子 15 g,旱莲草 15 g,枸杞 10 g,山萸肉 15 g,白芍 15 g,首乌 15 g,生地 15 g,炙草 6 g。

(四)化疗间歇期

骨髓受抑,机体免疫力低下者,配合中药扶正固本。

代表方剂:益气解毒方。

处方:党参 15 g,黄芪 15 g,陈皮 10 g,半夏 10 g,茯苓 10 g,竹茹 10 g,当归 15 g,蒲公英 10 g,银花 15 g,焦三仙 30 g,连翘 10 g。

分析:白血病化疗后骨髓受抑,致全血细胞减少,机体免疫力低下,出现机体衰竭的各种表现。对于此类病症,西药只能以价格昂贵的调节免疫药物、输血、成分输血治疗,而配合扶正解毒中药,应用于化疗间歇期,能使机体早日恢复。白血病易发感染,尤其化

疗后,机体免疫力低下,更易并发感染,部分患者应用抗生素均无法控制,而应用中药清热解毒药物可明显控制感染。部分患者可替代抗生素。大剂量化疗常易引起肝脏损害,发生中毒性肝炎,使化疗间歇期延长或被迫中断化疗。临床可出现黄疸、恶心呕吐、肝大疼痛、腹泻等症,而配合中药解毒化湿、疏肝利胆药物,可使肝功能很快恢复正常,黄疸及其他症状消退。化疗期间,大部分患者有不同程度的消化道反应,表现为食欲不振、恶心呕吐、腹胀腹痛,而理气健脾、和胃降浊方药可明显减轻消化道反应,帮助化疗顺利完成。

选 60 例均符合“血液病诊断及疗效标准”中国际 FAB 协作组修订的诊断标准。其中男 31 例,女 29 例;年龄 10~72 岁,中位数 39 岁;急性粒细胞白血病 M_1 8 例, M_{2a} 19 例,急性早幼粒细胞白血病 M_3 14 例,急性粒-单白血病 M_4 5 例,急性单核细胞白血病 M_5 6 例,红白血病 M_6 2 例,急性淋巴细胞白血病 L_2 6 例。其中初治 46 例。入院时血象:血红蛋白 20~116 g/L,其中 <60 g/L₂ 1 例, $60\sim100$ g/L₂ 7 例, >100 g/L₁ 2 例。白细胞 $(1.1\sim56.8)\times 10^9/L$,其中 $<4.0\times 10^9/L$ 19 例, $(4.0\sim10.0)\times 10^9/L$ 17 例, $>10.0\times 10^9/L$ 24 例。血小板 $(2\sim230)\times 10^9/L$,其中 $<100\times 10^9/L$ 39 例, $>100\times 10^9/L$ 21 例。骨髓增生极度活跃 24 例,明显活跃 21 例,活跃 7 例,减低 8 例。

全部患者辨证论治,采用以上方药。

同时根据类型的不同,采用 3 种化疗方案。HA 方案:高三尖杉酯碱 3~4 mg/日静滴 5 天。阿糖胞苷 100~150 mg/日静滴 7 天。DA 方案:柔红霉素 40~60 mg/日静滴 3 天,阿糖胞苷 100~150 mg/日静滴 7 天。COAP 方案:长春新碱 2 mg 静注第 1 天,环磷酰胺 200 mg 静注第 1~5 天,阿糖胞苷 100 mg 静滴 1~8 天,强的松 45~60 mg 口服第 1~8 天。 $M_1\sim M_6$ 多采用 HA、DA 方案, L_2 多采用 DA 或 COAP 方案。一般用药 7 天后做骨穿,个别增生

活跃者可用至 10 天,停药 2~5 周不等,根据临床血象、骨髓象行下 1 疗程,至完全缓解。

二、支持疗法

化疗期间严重消化道反应,予枢复宁 1 片/d,或胃复安 10 mg,3/d,或静滴维生素 B₆ 200 mg/d,合并感染者以细菌培养及药敏试验结果选择抗生素;严重贫血,间断给予输血、成分输血;出血严重者配合止血药物。

按“血液病诊断及疗效标准”判定疗效,在治疗 1~8 个疗程后统计疗效,完全缓解(CR)36 例,占 60%,部分缓解(PR)14 例,占 23.3%,未缓解(NR)10 例,占 16.7%。总缓解率 83.3%。

36 例完全缓解后所用时间 21~180 天不等,用药 1~8 个疗程达 CR,平均 3.2 个疗程;14 例 PR 用药 2~8 个疗程,平均 3.6 个疗程。部分患者因医疗费困难,化疗期间住院,化疗后出院门诊治疗,住院门诊交替观察,但统计方法一致。CR 与 PR 患者有 6 例用药不足 4 个疗程,自动出院。10 例 NR 患者住院期间死亡 7 例,其中 3 例于第 1 疗程时死亡,4 例 2~6 个疗程未缓解死亡,余 3 例出院后均在半年内死亡,平均存活 79 天。10 例 NR 患者,其中 M₄ 1 例, M₅ 5 例, M₆ 1 例, L₂ 3 例。观察表明, M₂ 治疗效果最好,19 例均达 CR 或 PR,单核细胞白血病 M₅ 治疗效果最差。

通过以上临床观察,认为将传统的联合化疗与中医辨证施治相结合治疗白血病,已显示出较大的优势,是目前临床最有效的方法。

安

丽
等

清热养阴法治疗急性白血病

安丽(河南省中医学院第一附属医院, 邮编: 450000)、陈遂生等医师在临床及实验研究方面, 观察了清热养阴法治疗急性白血病的效果。

白血病是造血系统的一种恶性肿瘤。目前, 随着医学科学的发展, 以及许多尖端学科的渗透, 使白血病的诊断及治疗有了突飞猛进的发展。在化疗的基础上, 骨髓移植、放疗、诱导分化、生物反应调节、支持疗法的改善与进步, 都在为白血病的根治增加着新的途径。

主要症状: 大多数白血病患者均具有不同程度的发热、贫血、出血、五心烦热、口渴、思冷饮、脉细数等一系列内热伤阴动血之证。

中医辨证: 为阴虚内热, 是白血病常见的主要证型。

治疗: 以清热养阴之法为主, 选用清热养阴凉血之品。

清热养阴凉血处方: 玄参 30 g, 生地 60 g, 麦冬 15 g, 白茅根 60 g, 小蓟 30 g 等。每日一剂, 煎约 250 ml, 分 2 次温服, 儿童酌减, 疗程随化疗。

临症加减: 如出血重者, 加黑栀子、藕节炭、血余炭等; 如发热重者, 加苇根、金银花、连翘等; 如贫血重者加阿胶、龟版胶等。

选 94 例住院病人, 其中初治急性粒细胞性白血病 32 例, 急性淋巴细胞性白血病 28 例; 复发急性粒细胞性白血病 16 例, 急性淋巴细胞性白血病 18 例。共计男 68 例, 女 26 例, 年龄 1~58 岁。

根据 1986 年 9 月 20 日天津召开的白血病分类分型讨论会,

关于急性非淋巴细胞性白血病分型的修改建议;急性白血病诊断与分型;1987年全国白血病化学治疗讨论会,急性白血病疗效标准。

按上述诊断标准,选择初治急性粒细胞性白血病、急性淋巴细胞性白血病和复发急性粒细胞性白血病、复发急性淋巴细胞性白血病四类病人,每个类型均随机分为中药+化疗(治疗组),与单纯化疗(对照组)。每一组基本情况无显著差异 $P > 0.05$ 。根据中医辨证论治,采用上述清热养阴凉血方。

化疗方案:急性粒细胞性白血病选用 DA 方案(DNR 30~40 mg/m²·d, IV, 第 1、2、3 天, Ara-C 100~150 mg/m²·d, IV, 第 1~7 天)。急性淋巴细胞性白血病选用 COPD 方案(VCR 每次 1.5~2 mg/m², IV, 第 1、8、15、21 天, DNR 30~40 mg/m²·d, 儿童第 1、2 天, 成人第 1、2、3、15、16、17 天, CYTX 200~1 000 mg/m²·d, 儿童第 1 天, 成人第 1、15 天, Pred 40~60 mg/m²·d, 第 1~14 天, 第 15 天始逐渐减量)。2 周后复查骨髓。

观察每个类型的治疗组与对照组的缓解率。统计学处理采用 χ^2 检验。

经临床疗效对比,初治急性粒细胞性白血病的治疗组与对照组的缓解率有显著性差异($P < 0.05$)。提示清热养阴中药对治疗急性非淋巴细胞白血病总体疗效较好。在缓解的病例中,包括急性粒细胞性白血病复发的 3 例部分缓解,急性淋巴性白血病复发的 1 例部分缓解。急性淋巴细胞性白血病初治中另有 1 例患儿,经单纯用中药治疗 3 周缓解。

为了进一步探讨清热养阴之品治疗白血病的作用机制,又分别观察了主要中药提取的不同成分,对体外培养的 L1210 小鼠白血病细胞的抑制作用。结果表明清热养阴之品对 L1210 白血病细胞的增殖有一定抑制作用,其中 F1、F2、F3 三种成分的作用尤为明显。为中药缓解白血病的研究提供了依据。

单纯中药缓解的 1 例急性淋巴细胞性白血病患者,在治疗过程中从症状、体征,以及实验室检查方面,均表现为一致的逐渐好转。动态观察骨髓未发现骨髓受抑制现象,也未出现合并症。此现象与国内多家研究中药治疗白血病的结果一致,即中药对白血病细胞及刺激因子有抑制作用,而对正常造血细胞及刺激因子有促进作用,形成双向调节,故副作用小。

徐瑞荣等

中西医结合治疗急性白血病

徐瑞荣、齐元富等医师(山东中医药大学附属医院,邮编:250011)以益气养阴方为基本方,结合辨证用药治疗急性白血病,缓解率较高,病人耐受性好,有利于病人长期生存,有很好的临床应用价值。急性淋巴细胞白血病用 DOCP 化疗方案,急性髓细胞白血病用 DA、HA、MA、IA 化疗方案。结果:急性淋巴细胞白血病 66 例,完全缓解率 59.1%;急性髓细胞白血病 107 例,完全缓解率 73.8%。

自 20 世纪 70 年代开展中西医结合治疗急性白血病以来,积累了一定经验,缓解率逐渐提高。现将 1990 年 1 月—2002 年 12 月中西医结合化疗治疗的 173 例,分析如下。

本组 173 例,男 102 例,女 71 例,年龄 11~82 岁,平均 37 岁。按国际 FAB 协作组织 1985 年诊断标准分型,急性淋巴细胞白血病(ALL)66 例,急性髓细胞白血病(AML)107 例。ALL 分型中, L₁ 型 15 例, L₂ 型 39 例, L₃ 型 12 例;其中初次治疗者 56 例,复治者 10 例。AML 分型中,急性粒细胞白血病未分化型(M₁)27 例,急性粒细胞白血病部分分化型(M₂)45 例,急性粒单核细胞白血病(M₄)7 例,急性单核细胞白血病(M₅)23 例,急性红白血病(M₆)5 例;其中初次治疗者 92 例,复治者 15 例。另有急性早幼粒细胞白血病(M₃)选用诱导细胞分化及诱导细胞凋亡的维甲酸、砷制剂治疗为主。

中医治疗,以益气养阴方为基本方:黄芪 24 g,太子参 15 g,白术 15 g,茯苓 15 g,生地黄 24 g,黄精 15 g,天冬 15 g,麦冬 15 g,白

花蛇舌草 30 g, 半枝莲 30 g, 小蓟 30 g, 蒲公英 30 g, 甘草 10 g。

临症加减:

贫血较重, 乏力、心悸明显者, 加当归 10 g, 阿胶 10 g, 枸杞子 15 g, 女贞子 15 g。

鼻衄、齿衄、皮肤瘀斑等出血明显者, 加三七粉 3 g, 牡丹皮 12 g, 玄参 15 g, 紫草 10 g。

伴感染、热势较重者, 加金银花 30 g, 连翘 15 g, 栀子 12 g, 黄芩 12 g, 板蓝根 15 g。

持续高热不退者加安宫牛黄丸。

部分患者缓解后以基本方为主配成丸药长期服用。

化疗。ALL 诱导缓解方案 DOCP 方案: D 为柔红霉素 40~60 mg, 第 1~3 天各静脉注射 1 次; O 为长春新碱 1~2 mg, 第 1、8、15、22 天各静脉注射 1 次; C 为环磷酰胺 800~1 000 mg, 第 1、15 天各静脉注射 1 次; P 为泼尼松 40~60 mg/d, 第 1~28 天口服, 第 15 天开始逐渐减量。28 d 为 1 个疗程。缓解后的巩固治疗用原方案和含有依托泊苷(VP-16)与阿糖胞苷组成的联合化疗方案交替强化治疗 6 个疗程。维持治疗阶段用以上方案逐渐延长间歇期, 治疗 3~5 年。AML 诱导缓解方案 DA、HA、MA、IA: A 为阿糖胞苷 100~200 mg, 静脉滴注, 每天 1 次, 第 1~7 天; 其他分别为: D 为柔红霉素 40~60 mg, M 为米托蒽醌 8~10 mg, I 为去甲氧柔红霉素 10~15 mg, 静脉注射, 每天 1 次, 第 1~3 天; H 为高三尖杉脂碱 2~4 mg, 静脉滴注, 每日 1 次, 第 1~5 天。每疗程间歇 1~3 周。缓解后用原方案强化巩固治疗 2 疗程。一般 1 年内每月化疗 1 次, 2 年内每 2~3 个月化疗 1 次。以后视病情维持化疗。中枢神经系统白血病, 鞘内注射甲氨蝶呤 5~10 mg, 每周 2 次, 用至正常。

并发症及支持疗法:

化疗期间严重消化道反应者可加服香砂六君子汤或黄连温胆汤。

口腔溃疡者用庆大霉素、甲硝唑生理盐水漱口,局部外涂锡类散、西瓜霜等。

霉菌感染者用 1/5 000 高锰酸钾水和制霉菌素盐水交替漱口。

肛周感染者用五味消毒饮煎汤外洗,外敷九华膏。

白血病细胞浸润引起骨骼疼痛者外涂大青膏。

防治胃肠道反应可用胃复安、地塞米松或恩丹西酮等,常规室内消毒,合理输注成分血及应用抗生素。

【按】 1987 年苏州全国白血病化疗会议疗效标准评定:ALL 完全缓解(CR)39 例,占 59.1%;部分缓解(PR)14 例,占 21.2%;未缓解(NR)13 例,占 19.7%;总缓解率 80.3%。AML 完全缓解 79 例,占 73.8%;部分缓解 13 例,占 12.1%;未缓解 15 例,占 14.0%;总缓解率 86.0%。

远期疗效观察。全部 CR 者中,ALL 能随访到的 29 例(74.4%)生存 9~76 个月,中位生存时间 19.5 个月。3 年以上者 9 例,占 CR 者的 24.6%,占随访的 31.0%。生存 5 年以上者 6 例,占 CR 者的 15.4%。AML 随访 65 例(82.3%),生存 8~124 个月,中位生存时间 26.8 个月。3 年以上者 24 例,占 CR 的 31.2%,占随访的 36.9%。生存 5 年以上者 16 例,占 CR 者的 20.8%。从长期生存时间看,AML 长于 ALL。

经过多年探索,中西医结合治疗急性白血病完全缓解率及长期生存率均有所提高。在分类中,急性淋巴细胞白血病 CR 为 59.1%,低于急性髓细胞白血病的 73.8%。反映了成人急性淋巴细胞白血病治疗的困难性,因其生物学特性与儿童明显不同,用于治疗儿童急性淋巴细胞白血病的标准化疗方案对成人来说疗效较差,CR 率仅为 36%~67%,而且长期生存率较低。从分型看,本组 66 例 ALL 病人中,L₂ 型 39 例,所占比例最多,且 CR 率最低,仅为 51.3%。急性髓细胞白血病的疗效较好,属国内较高水平。将急性白血病分为气阴两虚型、气血双亏型、热毒炽盛型辨证治

疗,其中配合 HA 方案治疗 50 例 CR 率为 70%。在临床实践中发现,几乎所有患者都有气虚和阴虚的表现,而邪毒内蕴是白血病发病的基本因素。气虚表现为乏力、心悸、气短等,阴虚可生内热,出现发热,热迫血行则出现出血症状。总之,气虚、阴虚及邪热为基本病理机制,故治疗以益气养阴清热为基本治法,结合兼证、变证之不同加味用药更符合临床实际。常用中药黄芪、太子参、白术、黄精、生地黄、天冬、麦冬等能益气养阴清热;白花蛇舌草、半枝莲、小蓟、蒲公英等能清热凉血止血。选方用药适合于急性白血病贫血、出血、感染、发热的临床表现。

从动物实验也证实,所用复方益气养阴中药有促进骨髓粒-单系造血,抑制白血病细胞增殖,诱导白血病细胞凋亡的作用,并能使白血病小鼠突变型 P53 基因表达下降。

白血病的主要病理变化是体内白血病细胞的大量增殖,导致了红细胞降低、血小板减少,有效的粒细胞生成不足,从而出现贫血、发热、肝脾淋巴结肿大等,类似于中医邪毒内蕴,耗伤阴血。化疗药物的作用主要是大量杀灭白血病细胞。但化疗药在尽可能多地杀灭白血病细胞的同时,也杀伤了同样具有增殖能力的骨髓正常造血细胞、生殖细胞及消化道上皮细胞等,从而产生一系列的不良反应。由于化疗药的长期反复应用使体内白血病细胞群产生了耐药。中药能减轻化疗药物的不良反应,帮助患者渡过化疗关,部分中药还具有直接杀伤白血病细胞和逆转多药耐药的功能;在清除体内微少残留白血病细胞、维持缓解、延缓复发、促进长期生存方面,尤其在治疗和预防髓外白血病复发(如:脑膜、睾丸、卵巢、眼眶等“庇护所”白血病)方面,都具有重要意义。部分患者数年坚持服用中药有一定困难,所以在后期病情稳定、处方基本固定的基础上,将复方中药配成丸药,更有利于患者长期服用。

吴
顺
杰
等

中医药增效减毒综合疗法 治疗急性白血病

吴顺杰、李达、葛志红等医师(广东省中医院血液科,邮编:510120),将治疗急性白血病的有效中药有机地结合,创造性地组成综合治疗方案,运用于临床,发挥整体协同作用,显示出可喜的临床效果,且经济安全。经过该方案的治疗,患者的总体疗效、减轻胃肠道反应、生活质量、骨髓造血、免疫功能的恢复均有明显提高,成为配合化疗增效减毒措施和手段之一。

急性白血病,是常见的恶性血液肿瘤之一,死亡率很高。迄今为止,联合化疗仍是目前治疗该病的基本手段,能否坚持化疗是急性白血病能否长期缓解达到治愈的关键。然而,几乎所有化疗药物都有不同程度的化疗反应及毒副反应,且大剂量的联合化疗造成严重的骨髓抑制、感染、出血、胃肠道反应、多药耐药等情况常有发生,这不仅降低了患者化疗期间的生活质量,动摇了进一步治疗的信心,而且增加了治疗难度,使患者的后期阶段的治疗难以顺利进行。因此,亟待寻找新的治疗措施和手段,减缓化疗的毒副作用,提高患者生活质量,增强患者进一步治疗的信心。

选择2002年7月~2003年6月,在广东省中医院血液科收治的21例急性白血病患者,经骨髓形态学及组织化学染色确诊,均符合急性白血病相关诊断标准。将21例患者随机分为观察组和对照组两组,观察组10例,对照组11例。观察组10例中,ALL2例(L₁1例,L₂1例),AML₉例(M₁1例,M₂3例,M₃1例,M₄2例,M₅2例),其中2例从MDS转化而来,1例从慢粒转化而来,难治性病例2例,ALL及AML各1例。男3例,女7例;年龄

为 35~73 岁。发热者 5 例,贫血为中度者 3 例、重度 4 例、极重度 2 例、1 例无贫血;10 例均无明显出血;颌下淋巴结肿大者 2 例;脾肿大 3 例,肝肿大 1 例。血红蛋白(HGB)100~120 g/L 4 例,56~90 g/L 6 例;白细胞计数(WBC)为 $(23\sim 56)\times 10^9/L$;血小板计数(PLT)为 $(43\sim 87)\times 10^9/L$ 。骨髓细胞学检查:全部患者骨髓有核细胞均增生明显活跃或极度活跃,幼稚细胞为 32%~94%。

对照组 11 例中,ALL 3 例(L_1 2 例, L_2 1 例),AML 8 例(M_1 1 例, M_2 4 例, M_3 1 例, M_4 1 例, M_5 1 例),难治性病例 2 例,ALL 及 AML 各 1 例。男 8 例,女 3 例;年龄为 30~73 岁。发热者 6 例,贫血为中度者 5 例、重度 5 例、极重度 1 例;11 例均无明显出血;颌下淋巴结肿大者 3 例;脾肿大 2 例,肝肿大 2 例。血红蛋白(HGB)100~120 g/L 2 例,56~90 g/L 9 例;白细胞计数(WBC)为 $(21\sim 45)\times 10^9/L$;血小板计数(PLT)为 $(46\sim 92)\times 10^9/L$ 。骨髓细胞学检查:全部患者骨髓有核细胞均增生明显活跃或极度活跃,幼稚细胞为 56%~87%。

两组临床资料无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。

采用目前国内标准的急性白血病化疗方案:对于急性非淋巴细胞性白血病患者,诱导缓解方案,采用经典标准的 DA 方案,其中 M_3 诱导缓解方案采用全反式维甲酸 $45\text{ mg}/\text{m}^2\cdot\text{d}$,缓解后治疗采用 MA、HA、DA、ID-Ara-c 等方案交替序贯治疗;对于急性淋巴细胞性白血病患者,诱导缓解方案采用标准的 VMP/VDP,然后用 VDLP、EA、HD-MTX 等方案交替序贯治疗。

观察组的处理:①化疗前,予川芎嗪注射液 $40\sim 80\text{ mg}/\text{kg}\cdot\text{d}$,静滴,连用 5 天;②化疗中,在上述化疗方案的基础上,予康艾注射液(主要成分为苦参素、黄芪、人参等) $0.6\sim 0.8\text{ mg}/\text{kg}\cdot\text{d}$ 静滴,时间与化疗方案相同;同时予半夏粉、生姜汁并磁疗外敷神阙,以含麝香成分胶膏固定;③化疗后,近期——骨髓抑制期:参照辨证,患者属气阴亏虚证型者,给予参麦注射液(主要成分为红参、麦冬)

0.5~1 ml/kg·d 静滴,连用 10 天,属阴阳两虚者,给予参附注射液(主要成分为红参、附片)0.5~1 ml/kg·d 静滴,连用 10 天;远期——微小残留病期:口服参芪杀白冲剂(由黄芪、太子参、仙鹤草、补骨脂等药物组成,1 包含生药 6 g),每次 2 包,每日 3 次。连服 14 天为 1 疗程。

川芎嗪不仅能提高细胞内化疗药物的浓度,增强化疗药物的有效作用,而且还具有干预白血病细胞 P-糖蛋白表达,有效预防白血病细胞多药耐药的发生。苦参碱可抑制端粒酶活性,阻止细胞周期的进程,在一定浓度范围内有选择性的抗白血病效应。参麦或参附注射液在减轻化疗药物毒性、促进骨髓造血功能恢复、提高患者机体免疫功能及化疗效果等方面起到明显作用。

安全性观测:每个化疗周期前后各检查下列项目 1 次,①一般体检项目;②血、尿、粪便常规化验;③心、肝、肾功能检查。

每日观察疗效,随时记录:①恶心程度,无(-)为无恶心,食量未减;轻度(±)为轻度恶心,进食量未减或稍减;中度(+)为明显恶心,进食量减少一半;重度(+++)为严重恶心,进食量减少一半以上至不能进食。②呕吐(按 WHO 临床试验常见副反应分级标准记录次数,1 min 内有数次呕吐动作应算作 1 次呕吐):0 级:无恶心、呕吐;1 级:恶心;2 级:偶然呕吐;3 级:频繁呕吐,需接受治疗;4 级:频繁呕吐,难以控制。③副反应:包括有无头晕、头痛、乏力、嗜睡、便秘、腹部不适、肌张力异常及过敏反应等及其程度。④ IgG、IgA、IgM、C₃、C₄ 测定用免疫扩散法测定。

生活质量的评价:采用欧洲肿瘤研治组织制定的 QLQ-C30 生活质量调查表(结合中国国情,稍做修改,具有较好的效度和信度),进行评定问卷调查。两组患者分别于化疗期间、化疗后 1 周、化疗后 2~3 周、缓解期接受问卷调查,评定 3 次。

统计学方法:样本均数:用 $\bar{X} \pm s$ 表示,同一组治疗前后的比较采用 t 检验;组间比较采用 q 检验。

急性白血病的疗效标准,参照 1987 年,全国白血病化学治疗讨论会制定的疗效标准。显效:无恶心,无呕吐;有效:有轻-中度恶心,24 小时内呕吐 1~2 次;缓解:重度恶心,24 小时内呕吐 3~5 次;无效:重度恶心,24 小时内呕吐 5 次以上。

观察组 10 例中完全缓解 8 例,部分缓解 2 例,未缓解 1 例,总有效率 95.0%。对照组 11 例中完全缓解 7 例,部分缓解 2 例,未缓解 2 例,总有效率 81.8%,观察组缓解率明显高于对照组,经统计学处理,两组差异有显著性意义($P < 0.05$)。中数生存期前组为 326.4 天,后组为 207 天,经统计学处理,两组亦有非常显著性差异($P < 0.001$)。

减毒效果。观察组 10 例中 1 例出现呕吐反应,出现轻度的恶心反应 2 例,但不影响食欲,出现腹胀 1 例,食欲稍有减退,余病人无明显不良反应;对照组,在化疗期间均出现明显的恶心呕吐、食欲减退等消化道反应,其中出现 3 级以上呕吐 7 例,2 级呕吐 2 例,1 级呕吐 2 例,1 例出现中度的恶心反应,有 3 例出现稀烂样便。

生活质量的比较。化疗期间及化疗后,对照组的生活质量明显下降,对照组中,出现头晕头痛 3 例,乏力 7 例,便秘 2 例,11 例均出现明显的恶心呕吐、食欲不振等胃肠道反应,其中 8 例感到紧张不安、心情沮丧,对继续治疗失去信心。观察组中,出现乏力 2 例,头晕 1 例,并出现紧张情绪,但对战胜疾病仍有信心。两组均未出现嗜睡、肌张力异常及过敏反应等副反应。

骨髓抑制的恢复。观察组中 10 例患者化疗后,血象恢复较快,化疗后第 5~7 天血象开始恢复,血小板及白细胞数目都有不同程度的回升,血小板恢复较快,而对照组血象恢复较慢,化疗后第 10~14 天才开始恢复,且恢复速度较慢。

免疫指标变化。与对照组比较,观察组免疫指标恢复的速度较快,平均在化疗后第 5 天即开始恢复,第 9~12 天开始恢复正常

水平;对照组免疫指标的恢复大约在第 8 天,第 14~18 天开始恢复大致正常水平。

在总体疗效中,观察组总有效率 95.0%,中数生存期前组为 326.4 天;较之对照组,差异显著($P < 0.05$);在减毒效果方面,观察组 10 例中 1 例出现呕吐反应,出现轻度的恶心反应 2 例,出现腹胀 1 例,余病人无明显不良反应;而对照组 11 例患者均出现明显的消化道反应,其中出现 3 级以上呕吐 7 例;生活质量的改善方面,精神面貌、生理学、心理学、情绪、社会学方面均有不同程度的进步,其中有已进行正常工作和生活 8 例;骨髓造血功能恢复方面,观察组血象恢复较快,化疗后第 5~7 天血象开始恢复,与对照组相比,差异显著;免疫功能的恢复方面、细胞免疫及体液免疫指标均有不同程度改善。说明中医药增效减毒方案在提高化疗总体疗效、减轻胃肠道反应、提高生存质量、改善患者的免疫功能、促进骨髓造血功能的恢复等方面初步显示明显的临床疗效,为进一步的临床研究提供依据。

苏 根

中西医结合治疗急性白血病

苏根医师(河南省范县中医院,邮编:457500)采用中西医结合治疗 69 例急性白血病患者,中医治疗除按主证分型治疗外,还根据病情辨证施治,西医采用定期联合化疗强化治疗。结果 69 例中完全缓解 45 例,部分缓解 11 例,缓解率为 81.2%。

急性白血病的主要临床表现如贫血、虚热、发热、出血或有肝脾淋巴结肿大等属于中医“虚劳”、“温病”、“血症”等范畴。中医治疗根据病人主症将本病分为四型。

一、气阴两虚型

主要症状:见头晕乏力,自汗盗汗,倦怠,有时低热,舌苔白或黄,舌质红或舌有齿印,脉细数或细弱等。多见于严重贫血、感染、出血或经治疗后好转者。

治则:益气养阴解毒。

基本方:黄芪、党参、黄精、生地黄、玄参、麦冬、白花蛇舌草、小蓟、蒲公英、牡丹皮、半枝莲、甘草等。

二、气血双亏型

主要症状:见头晕,心悸,面色苍白,倦怠无力,耳鸣,气短,舌燥苔薄,脉濡细等。

治则:益气养血,补肾解毒。

基本方:党参、黄芪、当归、白术、熟地黄、枸杞子、女贞子、阿胶、白花蛇舌草、小蓟、鲜茅根、甘草等。

三、热入营血型

主要症状:见壮热烦躁,头痛唇焦,尿赤便秘,口舌生疮,甚则发斑衄血,神昏谵语,舌质红绛,苔黄腻或无苔,脉弦数或细数等。

治则：清热凉血解毒。

基本方：水牛角、生地黄、赤芍、玄参、麦冬、金银花、连翘、板蓝根、黄芩、牡丹皮、白花蛇舌草、小蓟、半枝莲、三七粉、蒲公英、白茅根等。

四、痰热瘀结型

主要症状：见发热，淋巴结肿大，咽干心烦，胸胁胀满，舌质暗或有瘀斑，苔白或黄，脉细弦或弦数等。

治则：清热化痰，散结解毒。

基本方：夏枯草、海藻、玄参、陈皮、半夏、土贝母、莪术、牡蛎、薏苡仁、青皮、白花蛇舌草、小蓟等。

临床加减：祖国医学认为出血多由于血热或气虚。如出血伴有发热、烦躁、口渴引饮、便干等可用清热解毒、凉血止血法治之。在临床上虚热证候并出血者多见，可用滋阴降火、清热止血法治之。表现为气虚伴出血者少见（可见于因化疗造成骨髓抑制时），可用健脾益气、引血归经法治之。如伴有四肢末梢青紫、皮肤大片出血者，属瘀血内阻、血失常道，此类更为少见（多合并弥漫性血管内凝血），可用活血祛瘀法治之。

急性白血病发生口腔溃疡的较多见，中医认为属胃火，或胃阴损伤，虚火上炎，故治疗多用锡类散、西瓜霜类外敷，或用中药金银花、黄芩、黄柏、月石煎水含漱，对防治口腔溃疡有较好的作用。

如在化疗期间，患者多有白细胞减少，自制愈生膏（药物组成：黄芪、鸡血藤、虎杖、制首乌、鹿角胶、补骨脂、菟丝子、骨碎补）水煎后浓缩炼蜜收膏，分次冲服，疗效显著。

西药化疗：急淋（ALL）主要采用 COP、COMP、COAP 等方案；急非淋（ANLL）采用 DA、HA、COA 等方案进行联合化疗。直到完全缓解后，再用 1~2 疗程。以后每 1~2 个月用原方案强化治疗 1 次。连续治疗 2 年，如此方案无效时，再酌情加用 VP-16、氨甲蝶呤、阿霉素、左旋门冬酰胺酶等组成新方案进行治疗。完全缓解

的,常规椎管给药氨甲蝶呤 1 次,预防脑膜白血病。

选 69 例急性白血病患者,其中男 45 例,女 24 例;6~15 岁 12 例,16~65 岁 57 例。急性淋巴细胞白血病(ALL)22 例,急性粒细胞白血病(AML)23 例,急性单核细胞白血病(AMOL)14 例,急性粒单细胞白血病(AMML)3 例,急性红白血病(AEL)2 例,急性早幼粒细胞白血病(APL)5 例。

按 1987 年苏州会议急性白血病疗效标准评定:完全缓解(CR)45 例,部分缓解(PR)11 例,缓解率 81.2%。有 13 例未缓解(NR),占 18.8%。病人经过中西医结合治疗达到完全缓解后,多无明显症状,除采用定期联合化疗强化治疗外,中医多按气阴两虚型基本方加减应用,以巩固疗效。

【病案举例】 常某,女,19 岁,农民,于 1994 年 8 月 12 日因发烧、乏力 1 周为主诉入院。患者 1 周前无明显诱因出现发烧、乏力,在家按感冒治疗,无好转,继之皮肤散见出血点,体温有时达 39℃,随来就诊。查体:体温 38.2℃,面色苍白,精神差,浅表淋巴结无肿大,双肺底可闻及细小湿啰音,以右肺较著,皮肤散见斑片状出血点,大小不一,四肢较重,腹部未见异常。查外周血 Hb 70 g/L, WBC $180 \times 10^9/L$, PC $60 \times 10^9/L$ 。查骨髓象增生极度活跃,原始+早幼粒细胞 0.93。

诊断:急性粒细胞白血病。

中医辨证:热入营血型。

治疗:化疗采用 DA 方案,予红霉素 40 mg 静滴,连用 3 天,阿糖胞苷 200 mg,连用 7 天。

中药以犀角地黄汤(犀角、地黄、芍药、丹皮)加减化裁。

处方:水牛角 120 g,生地黄 15 g,赤芍 10 g,玄参 15 g,麦冬 15 g,金银花 20 g,连翘 15 g,板蓝根 30 g,黄芩 10 g,牡丹皮 10 g,白花蛇舌草 15 g,鲜小蓟 200 g,半枝莲 10 g,三七粉 3 g,蒲公英 150 g,白茅根 200 g。每日 1 付,分次服用。

3 周后复查骨髓像,原始 + 早幼粒细胞 0.32,外周血 Hb85 g/L,WBC $46 \times 10^9 / L$,PC $110 \times 10^9 / L$ 。3 周后继用原方案化疗,中药仍以上方加减。5 周后复查,骨髓像原始 + 早幼粒细胞 0.3,达完全缓解。以后每月以 DA、HOA 等方案巩固化疗,中药以清热解毒、益气养血等加减治疗,患者病情稳定。

孙 一 民

鲜汁饮治疗急性白血病

孙一民主任医师(河南省卫辉市康复医院,邮编:453100)遵循中医甘寒养阴理论,经反复筛选验证,研制成以大剂量鲜中药组成的鲜汁饮,治疗急性白血病患者,收到了较好的疗效。

急性白血病的治疗方案很多,西医联合化疗虽是诱导缓解白血病较有效的手段,但常引起明显的白细胞、红细胞、血小板减少,使病人发生严重的发热、出血和贫血。1998年美国临床肿瘤学会第34届年会上公布的单纯化疗的缓解率为69%~81%;而全反维甲酸(ATRA)诱导缓解率为72%~91%。但均出现白细胞、血小板减少、脱发、恶心、呕吐、肝损伤和黏膜炎等副作用,尤其是HDara-C还可出现周围神经炎及呼吸困难。现代医学用骨髓移植术可以取得一定效果,可这种手术相当复杂,并且还需要患者近亲提供健康骨髓。关于自体骨髓移植也有报道,3年生存率为67%。而用鲜汁饮治疗急性白血病缓解率达到86.67%,且毒副作用甚小。

鲜汁饮组成:鲜怀生地、鲜小蓟、鲜蒲公英、鲜白茅根、羚羊角粉、玳瑁。前4味榨汁与后2种粉末剂混匀后装250ml瓶中,每日1瓶,分2~3次将药摇匀服用,服时加温。

鲜汁饮功效:具有很强的甘寒养阴清热、凉血解毒之功。中药转化,不杀伤健康细胞,不损伤元气,有恢复阴阳平衡和造血功能的作用,可收釜底抽薪之效,这正是中药的优势。

分析:方中生地甘寒,滋阴养血,为君药;小蓟甘凉,凉血解毒消痈,为臣药;蒲公英甘苦、寒,清热解毒;白茅根甘寒,凉血止血,清热利尿;羚羊角咸寒,清热解毒,清肝明目;玳瑁甘寒,定惊,清热

解毒,共为佐使。鲜汁饮的显著特点有二个,一是“超量”,所谓“超量”即是超常规剂量,若非常之病而用寻常之量,犹如杯水车薪,虽药证相符,也无济于事,只有加大用量,才能起治疗作用。二是“药鲜”,所谓“药鲜”,是指鲜药的自然鲜汁,气味俱浓,含有大量的活性物质,其养阴清热、凉血解毒的有效成分大大优于干药。

选 30 例患者,系门诊及住院病人,经临床周围血象及骨髓象检查确诊,符合 1987 年全国血液病防治协会制定的急性白血病诊断标准,且符合中医阴虚内热型白血病辨证标准。其中急性淋巴细胞性白血病 6 例,急性非淋巴细胞性白血病 24 例。治疗前骨髓增生低下 1 例,增生活跃 6 例,明显活跃 9 例,极度活跃 14 例;原幼细胞均在 13%~99% 之间,周围血象不同程度异常;极度贫血 3 例,重度贫血 15 例,中度贫血 7 例,轻度贫血 5 例;高热 20 例,低热 10 例;出血量多者 15 例,散在出血或局部出血者 5 例,未出血者 7 例。

参照 1987 年中国白血病防治协作会议制订的标准进行疗效评定。所观察的急性白血病 30 例中,23 例获完全缓解(76.67%);部分缓解 3 例(10%);未缓解 4 例(13.33%),有效率为 86.67%。在获完全缓解的 23 例中,服药时间最长 180 天,服药时间最短 12 天,平均服药时间为 51.87 天。按白血病细胞类型分析,急性非淋巴细胞性白血病 24 例,完全缓解 19 例(79.17%),部分缓解 2 例(8.33%),未缓解 3 例(12.5%),有效率为 87.5%;急性淋巴细胞性白血病 6 例,完全缓解 4 例(66.67%),部分缓解 1 例(16.67%),未缓解 1 例(16.67%),总有效率为 80.34%。前者有效率高后者。

对用鲜汁饮获得缓解的 23 例病人进行随访,停用鲜汁饮 1 年未复发者 10 例;停用鲜汁饮 2 年未复发者 6 例。

唐由君

运用清营汤治疗急性 白血病高热经验

唐由君主任医师、教授(山东中医药大学附属医院, 邮编: 250011)从事中医及中西医结合临床、教学、科研 30 余载, 学验俱丰, 擅长治疗急性白血病等血液系统疾病, 对应用《温病条辨》清营汤治疗急性白血病高热有独到见解。发热为急性白血病患者所多见, 其原因主要有外感(感染)、邪毒内发及阴虚等 3 种, 而以感染引起高热的患者最多, 病情变化快, 也最为凶险。

《温病条辨》清营汤虽是吴氏为暑温所创, 而历代医家皆以之为治营之良方, 便取《素问·至真要大论》的“热淫于内, 治以咸寒, 佐以苦甘”的配伍方法, 方中犀角改水牛角咸寒, 能凉血止血、泻火解毒, 《药性论》有云: “主疗时疾热如火, 烦闷, 毒入心中, 狂言妄语”; 生地黄甘寒, 能清热凉血、养阴生津, 《本经》曰: “主男子五劳七伤, 女子伤中, 胞漏下血”以水牛角咸寒、生地黄甘寒以清营凉血。玄参、麦冬清热、解毒、养阴以解温病热入气营、伤阴劫液之证, 玄参、麦冬配生地黄以养阴清热。竹叶心、黄连、金银花、连翘清热解毒, 轻宣疏散而奏“透热转气”之功; 丹参味苦微寒, 能凉血活血, 以消瘀热。全方配伍, 宜清、宜凉, 全方配合, 以达到火热外泄、阴阳既济的作用。对急性白血病引起的高热亦是对症。再通过临证加以灵活运用, 加减化裁, 其功可彰。

【病案举例 1】

急性早幼粒细胞白血病并败血症高热。女, 14 岁, 因“高热、咽痛、咳嗽、鼻衄、齿衄 20 余天”以急性早幼粒细胞白血病人院。患者入院前曾行抗白血病化疗(治疗过程不详), 入院后 20 余天始高热(41.7℃), 呈弛张热型, 症见: 发热, 头痛, 齿衄, 烦热, 口渴,

夜寐不安。心率 120 次/min, 呼吸 24 次/min, 血压 18.0/10.0 kPa。患者神志清, 精神萎靡, 营养发育可, 口腔黏膜出血, 双下肢散见出血点, 余身体皮肤黏膜未见黄染及出血点, 各处浅淋巴结未触及肿大、压痛。心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。双肺呼吸音粗, 未闻及干湿啰音及哮鸣音。腹软, 无压痛及反跳痛, 肝剑突下 3 cm, 质韧, 有触痛, 脾未及。肛周红肿, 有少许分泌物, 灼热疼痛, 局部出血。其他(-)。舌质红绛, 舌苔黄, 脉弦滑数。实验室检查: 血红蛋白 75 g/L; 白细胞 7.4×10^9 /L, 幼稚细胞占 78%; 血小板 10×10^9 /L。骨髓像: 增生明显活跃; 粒系异常增生, 原始粒 + 早幼粒占 78%, 胞体大小不等, 胞体、胞浆呈空泡状变性; 红系、巨核系受抑制; 全片见巨核细胞 1 个。血培养: 大肠杆菌生长。中医诊断: 冬温(热毒炽盛); 虚劳(气血两虚)。西医诊断: 急性早幼粒细胞白血病; 败血症。辨证分析: 患者少年女性, 平素起居无常, 饮食不节, 损伤脾胃, 致正气亏虚, 时感寒邪, 正邪交争则发热, 后寒邪入里化热, 重伤津液则致烦热、口渴, 热入营血则见斑疹隐现于双下肢, 正气不足, 邪盛正虚则精神萎靡, 舌质红绛、舌苔黄、脉象弦滑数等, 为热入营血之象。以凉血散瘀、滋阴清热解毒为治则。方选清营汤加减: 水牛角粉 30 g, 党参 18 g, 生地黄 24 g, 黄芪 30 g, 玄参 12 g, 竹叶心 9 g, 麦冬 15 g, 丹参 12 g, 黄连 6 g, 金银花 30 g, 当归 12 g, 水煎服, 日 1 剂。先后配用氨苄青霉素 6 g, 红霉素 240 万单位静脉点滴, 日 1 次。

二诊: 用药 7 天后, 体温开始下降。

三诊: 24 天后, 体温完全恢复正常, 血培养细菌转阴。

【按】 败血症属中医学的温病、疔疮走黄等范畴, 以起病急骤、寒战, 继以高热伴脉数为其临床特征, 其治多以清热解毒、化湿清热、气血两清等为纲, 有“治虽有法, 有百中难保一二”之说, 言其治疗难度较大。本例是由于感染引发的高热, 属于外感发热。在临床表现上, 感染导致的高热多有恶寒, 或有寒战、

身热,有感染部位的局部症状,可找到感染灶,如本例中的“肛周红肿,有少许分泌物,灼热疼痛”。在辨证治疗中,对于感染引起的高热,可依据卫、气、营、血来辨证。本症中温毒已入营血分,在治疗时以《温病条辨》清营汤为主组方,取其清营、养阴、凉血之功集于一身,使入营之邪气犹可透热而解,共收清营透热、活血消瘀之功。再针对细菌的不同类型,联合应用适合的抗生素协同治疗,取得了较好的疗效。

【病案举例 2】

急性单核细胞白血病并颅内出血高热。女,17岁,因“头晕、乏力3月余,加重伴鼻衄20天”以急性单核细胞白血病入院。患者3个月前,不明原因每于劳动时自觉乏力、头晕且逐渐加重。2个月前于劳动时突然鼻衄,持续约12小时,经治疗血止,其后又鼻衄6次,伴上肢紫癜,7天以来大便色黑。症见:头晕,乏力,纳食可,夜寐不安,大便色黑。体温 37.1°C ,心率100次/min,呼吸22次/min,血压12.7/7.33 kPa。患者神志清,精神差,贫血貌,营养发育一般,全身皮肤黏膜见散在出血点,以胸部、臀部为甚,左下肢内踝上10 cm处有 $2\text{ cm}\times 2.5\text{ cm}$ 出血斑。右耳前可触及 $1\text{ cm}\times 1\text{ cm}\times 2\text{ cm}$ 淋巴结,有压痛,余浅表淋巴结未触及肿大、压痛。心律齐,心尖区可闻及Ⅱ级收缩期杂音,胸骨压痛(++),双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。腹软,无压痛、反跳痛,肝、脾(-),舌质红,舌苔薄白,脉象细数。实验室检查:血红蛋白 46 g/L ,白细胞 $5.1\times 10^9/\text{L}$,其中幼稚细胞占42%;血小板 $84\times 10^9/\text{L}$ 。骨髓象:增生极度活跃;粒系增生异常活跃,原幼+原单细胞占42%,红系、巨核系受抑制;全片未见巨核细胞。红细胞沉降率 115 mm/h 。颅脑CT:颅内出血。中医诊断:眩晕(瘀血阻窍);血证(气不摄血);虚劳(气血两虚)。西医诊断:急性单核细胞白血病。辨证分析:患者青年女性,体质素弱,先天不足,后天失养,时有外邪侵袭机体,客于机体则发病。因正气亏虚,气不摄血,导致鼻衄、紫癜、

颅内出血等各种出血,舌质红、舌苔薄白、脉细数为正虚邪盛之象。治疗过程中,应用活血化瘀、补益气血之剂联合化疗治疗 1 个疗程。

二诊:2 个月后患者月经来潮,量多,色鲜红,继起高热(39.1°C);改用补益气血之剂治疗,月经量减少。

三诊:14 天后体温仍高(39.8°C),随改用《温病条辨》清营汤为主组方:水牛角粉 30 g,生地黄 15 g,玄参 12 g,丹参 12 g,黄连 9 g,牡丹皮 12 g,知母 12 g,紫草 9 g,太子参 18 g,水煎服,日 1 剂。

四诊:2 天后的上午 10 点半,患者突然躁动不安,意识模糊,呼吸急促,瞳孔等大等圆,对光反射存在,颈部有抵抗感,血压 $20.0/12.7\text{ kPa}$,心率 132 次/min,律整,双眼底有大片新鲜出血。临床考虑为颅内出血。上方加入钩藤 30 g,水牛角粉用至 45 g,水煎服。1 小时后神志转清,仍头痛重,两眼视物不清,继日晚 7 点,体温下降至 38.5°C 。调整前方,加入葛根 30 g、柴胡 12 g、麦冬 12 g,水煎服,日 1 剂。

五诊:5 天后体温恢复正常,精神好。以前方减水牛角粉、钩藤、葛根,继服。

六诊:10 天后,化疗也已结束,血象、骨髓象检查均正常,急性白血病完全缓解出院。

【按】 本例患者入院时一派虚象,后继起高热,以致热扰神明,神识不清。是由于颅内出血导致的高热,属于邪毒内发。而邪毒内发引起的高热则是由急性白血病自身症状及特点导致的,如本例中颅内出血是由于白血病患者血凝系统异常引起的。热扰神明,则神识昏蒙,意识模糊;热伤血络,则颅内出血。“大抵出血以下为顺,溢上为难治”。颅内出血,最为凶险,凉肝开窍、泻热解毒、凉血止血为其基本治法,治宜清热解毒化瘀为主。

黄礼明等

中医辨治急性白血病发热

黄礼明、丘和明等医师(广州中医药大学, 邮编: 510405)针对急性白血病的发热提出中医论治思路: 急性白血病发热有外感、内伤之分, 但以外感为主, 温热邪毒及外感六淫是其主要致病原因。急性白血病发热有着卫气营血及三焦的病理变化, 临证可用卫气营血及三焦辨证论治, 并针对急性白血病热毒较盛、阴液损伤、挟湿及出血等病理变化加以治疗。

发热是急性白血病主要临床表现之一, 可出现于病程的始终, 可表现为持续高热或中等度发热或低热不退, 可分为感染性发热和肿瘤性发热, 前者主要因正常白细胞减少, 粒细胞缺乏, 免疫能力低下引起的细菌、病毒感染所致, 后者因白血病患者代谢旺盛和白细胞破坏后产生内源性致热原所致。对于急性白血病合并感染, 尤其是严重感染的发热, 中西医结合治疗较单纯西药抗感染治疗有优势。

一、急性白血病发热有外感、内伤之分, 以外感为主

外感发热是外邪入侵, 正气与之抗争而出现的机体自我保护现象。温热毒邪作为急性白血病的致病因素已愈来愈为临床工作者所重视, 温热毒邪侵袭人体致阳热亢盛而体温升高, 并持续不降, 可伴恶寒、面赤、烦渴、脉数等, 属于外感发热、温病发热范畴。急性白血病免疫功能低下以及化疗过程白细胞减少甚至粒细胞缺乏是引起感染性发热的重要原因, 化疗后骨髓抑制几乎是每一例急性白血病化疗患者通向缓解的必经之路, 因而白细胞减少甚或粒细胞缺乏引起感染相当常见, 是因机体正气虚弱, 六淫外邪乘虚

而入,正邪相争所致,也属于外感发热。此类发热常伴有感冒症状,如怕风、喷嚏、鼻塞流涕等,或一开始即壮热不寒,或高热寒战,易出现由表入里、由卫气而营血的浅深变化,临床病原学检查常能检出致病菌或病毒。

内伤发热是以内伤为病因,脏腑功能失调,气血阴阳亏虚为基本病机的以发热为主的病证。一般起病较缓,病程较长,临床多表现为低热,有时可高热。急性白血病患者情志不舒,肝气郁结可致肝经郁而发热;邪毒伤气、化疗致虚,气不行血,或邪毒阻滞气机,肝郁气滞,气滞血瘀,瘀血郁而发热;邪毒或药物攻伐,中焦不运,内湿停聚,郁而化热;如中气受损,阴火内生而发热;如伤及阴血,阴血不敛,阳亢而发热;如损及真阳,火不归原,虚阳外浮也致发热。此类发热原因多种多样,但临床所见与外感发热比较仍为少数。急性白血病发热无感染源可寻,肿瘤性的中低度发热,以及因反复化疗以致植物神经功能紊乱所致的发热等皆属于此类。

现多认为急性白血病的发病与邪毒有关,邪毒入侵机体,正气与之抗争,故而引起发热。邪毒在里又损伤正气,导致正气虚弱,而正气虚弱又是导致外邪入侵的重要原因。急性白血病化疗过程中正气的损伤相当严重,几乎所有急性白血病患者在化疗过程中或化疗后由于白细胞减少、粒细胞缺乏,都会出现细菌或病毒感染而出现发热的现象,这从中医理论来分析属药毒伤正,气血不足,引起外邪入侵所致。因此,急性白血病患者之发热是以外感发热为主,以正气不足为重要病理基础。

二、从卫气营血、三焦理论认识急性白血病发热证

以《内经》、《伤寒论》为理论基础的温病学卫气营血、三焦辨证理论,使中医对外感疾病的论治更趋深入而全面,提高了中医治疗温热病的临床疗效。卫气营血、三焦理论分别从横向、纵向阐述温病的由表入里、由浅入深的病理过程,从而指导临床对温病的辨证论治。由邪毒、外感六淫为主要病因引起的急性白血病之发热,有

着由表入里、由浅入深、由实而虚的病理变化过程。从温病学角度用卫气营血、三焦理论认识急性白血病之发热,无疑对急性白血病出现的发热的论治具有重要意义。

从发病过程来分析,急性白血病发病时有相当的病例是以“感冒”、高热为首发表现的,患者常常以恶寒发热,头身疼痛,咽喉不适疼痛等症状为首发症状,有的出现咽痛、咳嗽、发热等呼吸道症状,这和温病发病学的“温邪上受,首先犯肺”相一致,患者往往发热不退,渐至高热或壮热不退之势,此即邪热由卫分向气分深入的标志,如病情进一步发展,或得不到有效诊治,常会出现皮肤紫斑、牙龈出血、鼻腔出血等出血现象,甚至颅内出血,出现神志昏迷等症状,此为邪热深入营血耗血动血,或热扰神明,瘀血内闭窍机所致。也有发病即出现高热不退现象者,此乃邪气太盛,致病力强,邪停卫分阶段太短或不经卫分,而径入气分所致,也可因邪热深入营血分而扰乱神明、耗血动血。急性白血病发热出现卫气营血的变化是用温病学卫气营血理论辨治的病理基础。

急性白血病发热的发生发展过程中也有上、中、下三焦的变化,如急性白血病以恶寒发热、头身疼痛等症状为首发症状时,或合并上呼吸道感染出现咽喉不适或疼痛、咳嗽、发热等症状,为邪热在上焦肺卫,病程中并发肺部感染出现高热、咳嗽、咯痰、胸痛等,则为邪热闭肺或痰热壅肺,邪在上焦;随着邪热传变,患者可出现高热不退、大汗出、口渴引饮、小便短赤,或午后潮热、便秘、腹胀满等,为中焦阳明经热盛或阳明腑实的表现。也有急性白血病患者因肠道感染出现恶心呕吐、腹胀疼痛、大便不调或大便溏泄等表现,为中焦受邪,升降失调所致。随着邪热的不断深入,阴津不断耗伤,渐致肝肾阴精亏损,而出现形体消瘦,而色无华或黧黑,倦怠乏力,腰膝酸软,舌干枯而萎等表现。急性白血病患者温热毒邪为患,正气虚弱,又易反复感受邪热,耗伤阴津精血,故而后期易出现下焦肝肾阴精枯竭的局面。可见,急性白血病发热证有三焦浅深

层次的变化。

三、急性白血病发热与卫气营血及三焦辨治

急性白血病邪热内炽,耗伤阴精,有卫气营血及三焦的变化,符合温病的发生、发展变化规律,因而在治疗上就可以遵循卫气营血及三焦的治疗法则。遵照叶天士“在卫汗之可也,到气才可清气,入营尤可透热转气……入血犹恐耗血动血,直须凉血散血”的治疗法则,邪热在卫分,以恶寒发热,少汗,口微渴,头身疼痛,舌尖边红,脉浮数者,以辛凉清解为法,以银翘散为代表方加减;如高热汗出,不恶寒,口渴引饮,便秘尿赤,舌质红,苔黄,脉洪数者,以白虎汤为主加减;如身热不退,或身热夜甚,或夜热早凉,皮肤红疹显露,舌红绛,脉细数者,以清营汤为代表方加减;如身热壮盛,肌肤紫斑,齿衄,鼻衄,甚至便血、尿血,舌红绛,脉数者,当以犀角地黄汤为主加减治疗。在运用卫气营血治则时要与吴鞠通“治上焦如羽(非轻不举),治中焦如衡(非平不安),治下焦如权(非重不沉)”的三焦治疗原则结合,灵活运用。

论治急性白血病时应注意其病理变化的特殊性。首先,该病邪毒甚重,是其病情严重,经久难愈的重要原因,温热毒邪炽盛是急性白血病发热的原因之一,因而,清热解毒法在急性白血病中的运用就非常广泛,邪热在气分、营血分用之理所应当,往往邪热在卫分者,也常加用清热解毒之品,如黄连、黄芩、半枝莲、白花蛇舌草、七叶莲等药,但要遵循吴氏“治上焦如羽(非轻不举)”的原则,故用量不宜过大,更易收到疗效。在急性白血病的化疗间歇期或缓解期,此时可能无明显发热表现,或轻度低热,形体日渐消瘦,舌干瘦,脉细无力,以下焦肝肾虚弱为主要表现;还应考虑到邪毒未净,深入阴分,在里蓄积,伺机而发之可能,可于填补下焦肝肾的同时,注意搜剔阴分邪毒,力求尽驱邪毒,以期长治久安。

其次,热盛伤阴是急性白血病的重要病理之一,阳胜则阴病,阴亏则无以抵抗邪热,因而顾护阴液在该病的治疗中具有重要意

义,即“存得一分津液,便有一分生机”。急性白血病温热邪毒在里,复加六淫邪气入里化热,故在急性白血病过程中最易出现阴液、阴精耗伤的病理变化,因而在祛邪解热的同时,要注意顾护阴液。在卫气营血各阶段,即使是邪热在卫分,也不可忘护阴之旨,尤其急性白血病患者发病与肝肾阴精不足有关者,更应谨慎,更应填补下焦,诚如叶天士所说:“或其人肾水素亏,虽未及下焦,先自彷徨矣,……务在先安未受邪之地,恐其陷人易耳。”

再者,急性白血病病理中多湿,尤其化疗后挟湿现象明显,有报道急性白血病化疗后75%的患者其舌象都出现腻苔,其发热证易兼挟湿邪;白血病化疗引起的发热四大证型中,除湿热证型外,余风寒束表型、少阳证型、阳明气分证型均挟湿;白血病造血干细胞移植后不明原因发热主要有湿热型和阴虚血热挟湿型,挟湿率达100%。挟湿的原因可能与邪毒、化疗药物损伤脾胃,使其不能运化水湿,以及病后患者以膏粱肥甘进补,使脾胃呆钝等因素有关,故在运用各种清热法的同时应注意祛湿,使湿去不与热相合,以防湿热蕴结之势。

另外,急性白血病过程中极易出现出血现象,这是急性白血病区别于其他温病的特点之一。出血轻者如皮肤瘀点或瘀斑,鼻衄,齿衄,严重者便血、尿血、甚至颅内出血。究其原因,可能与温热邪毒阳热之性过盛,损伤血络有关,也可能与温热邪毒耗伤正气,气虚不能摄血、阴虚火旺动血有关。无论病在上焦、中焦,还是下焦,都有出血可能,在上焦主要责于肺,肺热扰络动血,以皮肤出血、鼻衄为主;在中焦主要责之胃、大肠及脾,胃肠热盛伤及肠络而便血,如兼脾虚不能统血还可出现紫斑;在下焦,责之小肠、膀胱及肝肾,热盛于小肠,或热挟湿搏于膀胱,伤及血络而致尿血,肝肾阴精耗竭,阴虚阳亢,虚火动血,可见各种出血见证。因而止血法也为急性白血病发热论治中所常用。

发热是急性白血病最常见的临床表现之一,如何认识它,直接

关系到治疗原则的确定及方药的选择。急性白血病之发热有外感发热及内伤发热之分,并以外感发热为主。卫气营血、三焦理论是认识这种发热的基本学术理论,临床应以卫气营血治则及三焦治则为指导进行论治,并结合急性白血病自身的病理特点灵活运用,对急性白血病的临证辨治有所裨益。

王泽民等

从温病论治急性白血病

王泽民、陈广垠等医师(中国中医研究院望京医院, 邮编: 100015)应用养阴清热、凉血解毒法论治急性白血病。

急性白血病是临床上常见的恶性肿瘤, 以发病急骤、病情危重、并发症多、死亡率高为特点。急性白血病属于中医温病范畴。

急性白血病病机: 多由于正气亏虚, 温热毒邪入侵, 灼伤营阴, 入血伤髓, 导致了急性白血病的发生。温热毒邪易耗伤阴液, 阴液亏虚易生内热。阴愈虚热愈炽, 热愈炽阴愈亏。阴液大伤则人体免疫机能下降, 又成为热毒难以消散的原因。其主要病机为阴液亏虚, 热毒炽盛。

急性白血病主要症状: 除发热、贫血、鼻衄、齿衄、肌衄等各种出血、骨痛及肝脾淋巴结肿大外, 多有五心烦热、口干渴、喜冷饮、舌质淡少津、脉细数等阴虚内热表现。

分析: 热毒内炽, 热蒸于外, 故见发热; 热毒内炽血液骨髓, 精血暗耗, 则见贫血; 热毒迫血妄行, 血不循经而外溢, 可见鼻衄、齿衄、肌衄等各种出血; 热毒蕴结于骨髓, 经络不通, 则出现骨痛; 精亏血少, 血行迟滞, 热毒瘀结, 可见肝脾淋巴结肿大; 阴液亏虚, 正不抵邪, 还易产生各种变证。正如叶天士指出: “如斑疹出而神昏者, 正不胜邪, 内陷为患, 或胃津内涸之效。”可见, 正气亏虚, 热毒内侵, 灼伤营阴, 入血伤髓, 导致了急性白血病的发生。

治则: 以养阴清热、凉血解毒法为主。温病学家吴鞠通强调“留得一分津液, 便多一分生机”, 养阴可增强机体抗病能力; 清热解毒, 既可清除热毒, 又能护阴生津。此法具有抗炎、抗病毒、提高

机体免疫力之功效,恢复正常造血功能,可防治感染的发生,从而降低了死亡率,提高缓解率,延长存活期。尤其是对于某些化疗后未获缓解或出现骨髓抑制,或全身情况极差而无法实施化疗的急性白血病患者,仍有望用养阴清热法治疗获得缓解,减轻化疗副作用,提高生活质量。治疗急性白血病忌用温补性燥、升阳劫阴之品,若内热未清,先用温补,内热将愈炽,可加重病情。如用温补法治疗急性白血病之贫血,往往可诱发出血。因本病热邪深重,达到完全缓解后仍宜巩固治疗半年左右,以巩固疗效,减少复发。

以养阴清热鲜药为主,自拟地黄合剂:鲜生地 250g,鲜白茅根 250g,鲜麦冬 100g,白芍 60g,丹皮 30 克。

随症加减:如贫血者,加首乌、当归、熟地、龟版、阿胶等;如发热者,佐以清热解毒,加银花、连翘、板蓝根、鲜芦根、大青叶、鲜竹叶等;如出血者,佐以凉血散血,加三七、荷叶、侧柏叶、仙鹤草、栀子、藕节、丹参等;如肢体疼痛者,佐以通络止痛,加桑枝、丝瓜络、威灵仙、牛膝等;如头痛、视物昏花、听觉失聪者,佐以清脑开窍,加紫贝齿、紫石英、石决明、菊花、白薇等,或服用安宫牛黄丸。

除以上药治疗外,应使患者解除思想压力,树立战胜疾病的信心。

饮食宜忌对本病影响颇大应予重视。要忌烟酒及辛辣动火之品,如生葱、生姜、生蒜、杏、李子、辣椒、鱼、羊肉、胎盘、巧克力、人参、鹿茸等;宜食清淡,易消化富有营养之品,如牛肉、猪肉、鸭肉、鸡蛋、鸭蛋、苹果、香蕉、梨、藕、菠萝等。发热时配合服用荸荠汁、西瓜汁、藕汁、梨汁、蔗汁等对康复大有益处。

【病案举例】 庄某,女,18岁,1990年12月7日初诊。患者1990年10月因高热1周不退在某医院诊断为急性早幼粒细胞白血病(M₃)。化疗1个月未见缓解,且出现发热,持续6天不退,体温38~39℃,伴头痛、口干渴、喜凉饮、烦躁、腹痛,大便6日未行,右下腹可触及一条索状物,经外科会诊排除急性阑尾炎,可疑为白

血病细胞浸润所致,骨髓中原粒早幼粒 51%,血红蛋白 40/L,白细胞 $34 \times 10^9/L$ 中性 82,淋巴 18。舌质淡,苔黄燥,脉细数。

治疗:清热解毒,增液通便。

处方:地黄合剂加厚朴、枳实、莱菔子、元参。另服紫雪散。

服药第 2 天大便已通,发热消退,诸症好转,继服地黄合剂 1 个月,复查血象及骨髓象获完全缓解。嘱继服地黄合剂半年以巩固疗效,1 年后随访未见复发。

陈三军等

新癘片治疗急性白血病 合并感染发热

陈三军、曹瑞生、杜芳腾、罗文等医师(江西医学院第二附属医院, 邮编: 330006), 采用常规抗生素同时加服新癘片治疗急性白血病合并感染发热患者, 取得较好疗效。

急性白血病, 特别是经化疗后骨髓抑制期, 当白细胞 $< 1.0 \times 10^9/L$ 时, 往往会伴有严重的感染发热。由于感染发热的时间持续较长, 在常规抗生素治疗的基础上, 多采用对症及辅助治疗, 而非甾体类药物的使用, 往往会加重血细胞的减少, 不利于感染的控制, 并出现其他并发症。

急性白血病合并感染按温热病辨证论治, 其本质为本虚标实, 宜采用中西医结合治疗, 抗生素对病原菌具有杀伤作用, 但缺少针对全身中毒症状的治疗方法。而中医药应用则弥补了此方面的不足, 即“菌毒并治”, 既能减轻抗生素的毒副作用, 又能减缓耐药现象的发生及降低二重感染的发生率。

新癘片由九节茶、三七、牛黄、珍珠层粉等组成, 每片含生药 1.01 g。现代药理实验研究表明, 新癘片中的九节茶含有挥发油、延胡索酸、琥珀酸、黄酮甙、香豆素、内酯等成分, 能抗菌消炎、调节机体免疫功能。新癘片为纯中药制剂, 退热效果好, 不影响血细胞生长, 副反应发生率低, 适合急性白血病感染发热患者使用。

陈三军等医师选择 112 例急性白血病患者, 均符合《血液病诊断及疗效标准》, 随机分为两组。治疗组 60 例, 男性 32 例, 女性 28 例; 年龄 14 ~ 70 岁, 平均 (27.24 ± 3.92) 岁; 体温 $37.5 \sim 40.5 \text{ } ^\circ\text{C}$, 平均 $(38.8 \pm 1.9) \text{ } ^\circ\text{C}$ 。对照组 52 例, 男性 28 例, 女性 24

例;年龄 18~66 岁,平均 (28.62 ± 3.17) 岁;体温 37.6~40.2℃,平均 (38.6 ± 1.7) ℃。经统计学处理,两组差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法:治疗组在原发病化疗治疗的基础上给予新癬片口服,每次 2~4 片,每天 3~4 次,连用 5~7 天;同时给予常规抗生素治疗。对照组在原发病化疗治疗的基础上,仅给予常规抗生素治疗。两组均观察体温开始下降时间及体温恢复正常时间,并进行比较。统计学处理采用 t 检验。

结果:治疗组 60 例患者中,体温开始下降时间为 2~4 小时,平均 (3.12 ± 0.76) 小时,对照组 52 例患者体温开始下降时间为 24~48 小时,平均 (36.24 ± 10.62) 小时,两组比较差异有显著性($P < 0.01$);治疗组体温恢复正常时间 48~120 小时,平均 (86.46 ± 32.24) 小时,对照组体温恢复正常时间 96~216 小时,平均 (150.16 ± 50.42) 小时,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。治疗组中有 2 例因服药后严重恶心及胃部不适而暂停,停药后症状逐渐消失,其余病例均未出现明显的副作用。

张
卫
东
等中西医结合治疗急性白血病
合并严重感染

张卫东、胡道奎等医师(江苏省泗阳县人民医院, 邮编: 223700)对急性白血病(AL)合并严重感染者采用中西医结合的方法治疗,取得了较好的疗效。

急性白血病(AL)容易并发各种感染,一旦发生感染则常难以控制,况且感染又是急性白血病(AL)死亡的主要原因之一。AL合并严重感染临床治疗非常棘手,有效地控制感染是使患者安全度过诱导缓解期的重要措施之一。

患者在加强护理、有力的支持治疗及有效的化疗的基础上,在抗生素抗感染的同时,加用中药清热解毒、活血化瘀、软坚散结治疗,取得了比单用抗生素更好的疗效。因为AL一旦发生脓肿,治疗非常矛盾,抗生素治疗往往达不到满意疗效,而手术切开引流又往往导致出血,感染扩散,切口不愈合。

张卫东等医师用退热消肿汤,方剂组成:夏枯草 20 g,白花蛇舌草 15 g,蒲公英 20 g,地丁 15 g,苏木 20 g,土茯苓 30 g,蚤休 15 g,白芥子 6 g。上述药物每天 1 剂,分早、晚两次服,至症状缓解停药。1 周内无效停用。

临症加减:如脓肿局部有瘀血者,加丹参、赤芍等。如发热者,加用金银花、石膏等。

选择 52 例门诊及住院患者,诊断均符合 AL 诊断标准。随机分为两组。治疗组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 13~65 岁,平均 24.4 岁。急性淋巴细胞性白血病(ALL)8 例,急性非淋巴细胞性白血病(ANLL)22 例。对照组 22 例,男 17 例,女 5 例,年龄 14~

63岁,平均26.2岁,ALL4例,ANLL18例。

感染部位。符合下列条件2条以上者列为严重感染:①持续高热,体温 $>39.5^{\circ}\text{C}$,持续3日以上;②复合感染(2个以上部位感染)包括迁徙性脓肿;③院内感染;④粒细胞缺乏症合并感染。

本组病例全部符合上述条件。治疗组30例(其中门诊8例,住院22例)中,上呼吸道感染8例,肺部感染10例,口腔感染4例,肠道感染6例,泌尿道感染3例,肛周及皮下脓肿6例,败血症6例,其中复合感染13例次。对照组22例(其中门诊4例,住院18例)中,上呼吸道感染4例,肺部感染5例,口腔感染2例,肠道感染8例,泌尿道感染4例,中耳炎3例,败血症4例,其中复合感染10例次。两组临床资料相似,有可比性。

致病菌:治疗组30例中,细菌培养阳性者20例,其中革兰氏阴性杆菌15株(75.0%),包括绿脓杆菌8株,大肠杆菌3株,肺炎克雷伯杆菌3株,阴沟肠杆菌1株;革兰氏阳性球菌5株(25.0%),包括金黄色葡萄球菌3株,表皮葡萄球菌1株,甲型链球菌1株,合并真菌感染9例次。对照组22例中,细菌培养阳性者15例,其中革兰氏阴性杆菌11株(73.3%),包括绿脓杆菌6株,大肠杆菌3株,肺炎克雷伯杆菌1株,洛非氏不动杆菌1株。革兰氏阳性球菌4株(26.7%),其中表皮葡萄球菌1株,金黄色葡萄球菌2株,甲型链球菌1株,合并真菌感染7例次。

两组均在加强护理、支持治疗的基础上,予以化疗,并口服制霉菌素50万U,每日3次,预防真菌感染,一旦确诊真菌感染,即改用口服斯皮仁诺(伊曲康唑)200mg,每日2次。一俟细菌感染诊断确立(发热,体温 38.5°C 以上,伴有系统感染症状、全身中毒症状、迁徙性脓肿等),立即采取血培养、咽拭子培养、尿培养及病灶局部分泌物培养。对照组即刻给以经验性抗生素治疗,皮肤软组织感染、呼吸道感染首选青霉素、头孢唑啉加氨基甙类或奎诺酮类。胃肠道、泌尿道感染首选氨基甙类联合奎诺酮类或第三代头

孢菌素。待有细菌学资料以后,根据培养结果调整抗生素使用,疗程一般用至症状体征消失后 3~5 天。

疗效标准。痊愈:感染相关的症状体征消失(体温正常,无咽痛、咳嗽、咳痰,无腰痛、尿频、尿急、尿痛,无腹痛、腹泻,脓肿消失);好转:症状体征部分好转,体温降低 $>1\text{ }^{\circ}\text{C}$,脓肿缩小 $>1/2$,系统感染症状减轻;无效:症状及体征均无改善。两组疗效比较,采用 χ^2 检验。

结果:治疗组 30 例中,痊愈 22 例(73.3%),好转 3 例(10.0%),无效 5 例(16.7%),总有效率为 83.3%;对照组 22 例中,痊愈 5 例(22.7%),好转 6 例(27.3%),无效 11 例(50.0%),总有效率为 50.0%。治疗组痊愈率及总有效率均显著高于对照组($P<0.01$)。

治疗组采用中西医医结合治疗,其中 6 例脓肿全部痊愈,而对照组 4 例脓肿仅 1 例痊愈,该方法值得临床特别是基层医院推广使用。

皮海珍等

口康防治急性白血病口腔感染

皮海珍、谢兆霞、周明玉、易玲、谭达人等医师(湖南医科大学附属湘雅医院,邮编:410008)用口康含漱液治疗急性白血病患者最常见的并发症口腔感染。

口腔感染是急性白血病患者最常见的并发症,尤其在化疗后发生率较高,严重者可导致败血症而危及生命,因此采用有效的方法治疗口腔感染非常重要。以往对急性白血病患者,在整个化疗期间常规采用生理盐水、朵贝液进行口腔护理,但仍有不同程度的口腔感染发生。对已发生的口腔感染曾采用多种方法治疗,如用口泰、灭滴灵漱口;病灶处贴口腔溃疡膜,喷西瓜霜喷剂,碘甘油涂患处,雷佛奴尔湿敷,效果均不满意。

中医认为白血病是由于机体正气不足,受毒邪侵袭所致骨髓受损发生血虚,阴精受损,内热薰蒸导致血症。毒邪作用口腔,易见口疮、牙痛、龈衄、牙龈疮疖等。

口康含漱液主要成分:细辛 6 g,石斛 30 g,生石膏 30 g,山豆根 20 g,生地 20 g 等八味中药。取上述药物,加水 700 ml 浸没煮沸后,再温火熬 1 小时,至 500 ml 左右溶液。

方解:方中石膏配细辛清热泻火,祛风止痛;生地滋阴、凉血、止血;石斛养阴生津,补虚;山豆根有清热解毒等作用。

56 例急性白血病并发口腔感染患者,采用中药口康含漱液治疗,取得了较好的疗效。56 例患者均经联合化疗后发生口腔感染,其中急性非淋巴细胞性白血病 40 例,急性淋巴细胞性白血病 16 例;男 20 例,女 36 例,平均年龄 37.2(16~70)岁;均经临床、骨

髓细胞形态学及组织化学染色而确诊。

口腔感染分型标准。轻度：溃疡发生在舌前 1/2 处，独立溃疡少于 3 个，溃疡面直径 < 0.3 cm，无渗出物，边缘整齐，有疼痛感，可进低温饮食。中度：舌体有多处溃疡，大小不等，溃疡面直径 < 0.5 cm，可融合成片，并见炎性渗出物，边缘不规则，有浸润现象，疼痛厉害，常伴颌下淋巴结肿大，言语、进食受限。重度：溃疡面直径 > 0.5 cm，弥漫全舌、上腭、咽弓、牙龈，颊部充血、肿胀、糜烂，张口流涎，疼痛剧烈，有烧灼感，舌肌运动障碍，言语、进食严重受限。

对口腔感染者，用口康含漱液，反复多次含漱，每次 5 min 以上。口角不能闭合者可用纱布浸满药液湿敷于患处，30 分钟更换一次，3~5 天为一疗程。

疗效判断标准。痊愈：溃疡面愈合，舌体光滑，无疼痛，进食自如。显效：小面积溃疡全部愈合，较大的溃疡面渗出液消失，边缘整齐，舌肌运动灵活性加强，进食稍感疼痛。无效：散在的小面积溃疡可见好转，弥漫性大溃疡无明显变化，疼痛未缓解。

患者轻度 12 例、中度 26 例均痊愈；重度 18 例，15 例痊愈，3 例显效。口腔感染治愈率 94.6%，显效率 5.4%，总有效率 100%。临床观察无任何副作用。

口泰防治急性白血病患者化疗中产生的口腔感染，其有效率诱导缓解化疗期为 35.1%，巩固强化治疗期为 61.5%。本组 56 例患者，治愈率达 94.6%，总有效率为 100%，较口泰的治疗效果明显。

吴桂熙

辨治急性白血病出血

吴桂熙医师(江苏省海安县中医院,邮编:226600)在临床实践中对白血病患者进行正规化疗的同时,运用中医药辨证立法治疗急性白血病出血,获得一定疗效。

【病案举例 1】 患者某,男,31岁,因发热、齿龈出血与鼻出血 1 周入院。

症状:周身皮肤、黏膜弥漫瘀斑、瘀点,心烦少寐,甚则谵语,口不甚渴,舌绛而干,脉细数。

实验室检查:血红蛋白(Hb)60 g/L,白细胞(WBC) $0.9 \times 10^9/L$,幼稚细胞 0.50,血小板(BPC) $40 \times 10^9/L$ 。

骨髓检查提示:骨髓增生极度活跃,异型幼稚细胞 0.90,胞浆布满大小不等的颗粒和成堆的棒状小体,过氧化酶和苏丹黑染色强阳性,非特异性酯酶呈阳性反应,不被氟化钠抑制。血浆鱼精蛋白副凝试验(3P)阳性,凝血时间(试管法)35 分钟。

西医诊断:为急性早幼粒细胞白血病并弥散性血管内凝血(DIC)。

中医诊断:血证。

中医辨证:属热毒炽盛,迫血妄行。

治疗原则:清热解毒,凉血散瘀。

方选:犀角地黄汤(犀角,地黄,丹皮,芍药)加味。

处方:水牛角粉 50 g,生地 30 g,丹皮 15 g,赤芍 15 g,玄参 15 g,紫草 15 g,侧柏叶 15 g,黄芩 10 g,参三七 8 g(分吞)。水煎服,每日 1 剂。

安宫牛黄丸 2 粒研末服。

二诊:服上药 5 剂。鼻、齿龈出血停止,皮肤瘀点渐消,复查 WBC $2.3 \times 10^9 / L$, BPC $51 \times 10^9 / L$, 继予维甲酸诱导治疗而获完全缓解。

【病案举例 2】 患者某,男,40 岁。因发热、头痛、齿龈出血 2 周入院。

症状:发热入暮为甚,头痛如针刺且有定处,舌质黯红,舌边有瘀斑,脉涩。

查体:肝肋下 2 cm,脾肋下 1 cm,胸骨压痛。

血化验:Hb70 g/L, WBC $1.9 \times 10^9 / L$, BPC $40 \times 10^9 / L$ 。

骨髓检查提示:骨髓增生明显活跃,原始单核细胞 0.88,体积较大,形态变化多端,胞核小,胞浆相对较多,过氧化酶染色弱阳性,非特异性酯酶染色阳性,阳性反应可被氟化钠抑制。

西医诊断:为急性单核细胞性白血病(M_5)。

中医诊断:血证。

中医辨证:瘀阻络痹,血不归经。

治疗原则:活血化瘀,行气止痛。

方选:血府逐瘀汤(桃仁、红花、赤芍、川芎、当归、生地、枳壳、桔梗、牛膝、甘草)加味。

处方:桃仁 10 g,红花 10 g,赤芍 10 g,川芎 10 g,当归 10 g,牛膝 10 g,生地 20 g,枳壳 6 g,桔梗 6 g,丹皮 15 g,参三七 6 g(分吞),甘草 3 g。

二诊:服 10 剂后,出血止,头痛除,复查 WBC $3.4 \times 10^9 / L$, 后予 HOAP 方案(高三尖杉、长春新碱、阿糖胞苷、泼尼松)化疗而获缓解。

【病案举例 3】 患者某,女,19 岁,因阴道出血 2 个月余而转入我院。患者 1 年多来怀孕 4 次而刮宫,2 个月前人工流产后阴道出血淋漓不断,经当地医院抗炎、支持治疗无效。

骨髓检查提示:骨髓增生明显活跃,粒、单核两系同时增生,原

始粒细胞加早幼粒细胞 0.54, 幼单核细胞加单核细胞 0.25, 过氧化酶和苏丹黑染色阳性。入院时仍出血不止, 面色皤白无华, 头昏乏力, 自汗, 心悸, 气短, 舌淡, 脉微细。

实验室检查: Hb46 g/L, WBC 2.2×10^9 /L, BPC 24×10^9 /L。

西医诊断: 为急性粒单细胞性白血病(M₄)。

中医诊断: 虚劳、血证。

中医辨证: 气血两亏, 统摄无权。

治疗原则: 予益气固脱。

方选: 参附汤(人参、附子)加味。

处方: 红参 10 g(另煎), 熟附片 10 g, 阿胶(烊化和服)10 g, 熟地 20 g, 茯苓 15 g, 当归 10 g, 黄芪 30 g, 苈麻根 30 g, 地榆炭 30 g, 白芍 10 g, 甘草 5 g。

二诊: 服上药 20 剂后, 阴道出血停止, 精神渐振, Hb71 g/L, WBC 3.6×10^9 /L, BPC 52×10^9 /L。后予 DA 方案(柔红霉素、阿糖胞苷)化疗而获完全缓解。

【病案举例 4】 患者某, 男, 29 岁。患者有 M₄ 病史 5 年, 用 HOAP 方案获缓解, 继以 DA 方案及足叶乙甙、米托蒽醌等巩固强化。此次入院时颌下有 2 枚肿大淋巴结压痛明显, 无发热。

骨髓检查: 原始粒细胞加原始及幼稚单核细胞为 0.34。

治疗: 予 HA(高三尖杉、阿糖胞苷)及 VDLP(长春新碱、柔红霉素、左旋门冬酰胺酶、泼尼松)等方案化疗。

住院 40 日后, 患者鼻出血、齿龈出血, 伴口干咽燥、颧红、五心烦热、夜寐欠安, 舌红, 脉细数。

检查: WBC 2.3×10^9 /L, BPC 26×10^9 /L。

西医诊断: 考虑为 M₄、髓外浸润。

中医诊断: 血证。

中医辨证: 阴虚火旺, 灼伤阳络。

治疗原则: 滋阴降火, 凉血安络。

方选：茜根散(茜草根、黄芩、黄连、生地、地榆、当归、犀角、栀子)加味。

处方：茜草根 15 g, 黄芩 10 g, 知母 10 g, 黄柏 10 g, 侧柏叶 15 g, 生地 20 g, 阿胶(烔化和服)10 g, 女贞子 10 g, 旱莲草 10 g。

二诊：服药 7 剂后，鼻出血及烦热口干等症悉除，复查 BPC $48 \times 10^9/L$ 。

【按】白血病并发出血属于祖国医学“血证”范畴，本组 4 例患者通过审证求因，分别辨证为“热入营血”、“气血瘀阻”、“气虚血脱”和“阴虚火旺”，从而相应给予清热凉血、活血化瘀、益气固脱和滋阴降火治疗，都能较快地控制出血，并且明显改善患者临床症状，从而提高疗效，延长患者生存时间。中药使用简便、经济，副反应少，疗效确切，可根据患者病情辨证施治。

胡莉文等

急性白血病出血的中医诊治

胡莉文、黄礼明、丘和明等医师(广州中医药大学第一附属医院,邮编:510405)论治急性白血病出血。

出血是急性白血病常见症状之一,属于中医的“血证”范畴,症状可轻可重,轻者皮肤黏膜出血而肌衄、鼻衄、齿衄,重者内脏出血而咯血、呕血、便血、尿血,甚至脑出血而昏迷、死亡。几乎所有的急性白血病患者都要面临出血,中医诊治出血症有其独特的理论和方法,具有较好的临床疗效。

一、急性白血病出血的病因

1. 温热邪毒是引起急性白血病的重要原因,也是导致本病出血的主要原因。目前虽有“因虚致病”及“因病致虚”的不同观点,但对邪毒致病的认识基本一致,温热邪毒入血伤髓是急性白血病的基本病机。温热邪毒在急性白血病全过程中占有重要地位,它有致病力强、火热炎上、易深入潜藏等特性,极易伤及血络而引起出血,这是导致出血最重要的因素。温热邪毒还易深伏潜藏体内,暗耗正气真精,可致气虚不能固摄血脉,或阴虚不能制阳,虚火上炎,迫血妄行,皆能导致出血。因而邪毒是引起出血最根本的原因。急性白血病患者大多素体虚弱,且邪毒严重伤正,常致正虚不御邪,每易致外感六淫邪气,六淫皆从火化,火热损伤血络,迫血妄行,也致出血。因而六淫邪气化热化火也是急性白血病出血的重要原因。

2. 药伤正气,气虚不能摄血,阴虚阳亢,虚火动血也常导致急性白血病患者出血的发生。迄今为止,虽然造血干细胞移植在急

性白血病治疗中的广泛运用,使急性白血病长期生存有了可能,但由于经济及供体条件限制的原因,目前化疗仍是众多急性白血病患者的首选治疗方法。但化疗药物有较严重的不良反应,如骨髓抑制、肝脏损害、肾脏损害、心脏损害、胃肠道反应等,尤其是其骨髓抑制的不良反应是引起出血的重要原因。骨髓抑制,巨核系增生受抑,血小板生成障碍,血小板减少而导致出血。中医认为,化疗药物攻伐过猛,损伤正气,如伤及脾肾之气,则气无力统摄,血不行于脉中而外溢;如损伤肝肾之阴,则阴无以制阳,虚阳上亢,虚火迫血妄行而致出血。化疗损伤正气是化疗过程中及化疗后感受外邪的重要原因,外邪入侵,化热化火,易成邪热炽盛之势而致出血。

3. 情志过激、过食醇酒厚味以及劳倦过度也是诱发急性白血病出血的因素。患者如平素情志过激,或因病致情志改变而忧思恼怒过度,肝气郁结化火,气火上逆,可诱发出血;如病后饮食失于调节,或饮酒过多,或过食辛辣厚味,可滋生湿热,伤及血络,或损伤脾胃,血失统摄,也诱发出血;如劳倦过度,使本已虚弱之精气更虚,或气不摄血,或虚火妄动亦可引发出血。

二、急性白血病出血的病理特点

1. 病机复杂多样。引起急性白血病出血的因素多种多样,在疾病的发生、发展、变化过程中,各种致病因素常交互作用,从而成为急性白血病出血的综合病机,这与湿热邪毒的致病特点密切相关。引起急性白血病的温热毒邪致病力强,其侵犯人体,一开始即可出现里热炽盛的表现而少有恶寒、怕风、舌淡、脉浮等表证,具有火热酷烈、炎上燔灼之性,极易灼伤血脉,每致症状加重;温热毒邪属阳邪,阳盛则阴病,阳热亢盛,势必灼伤阴津、精血,以致阴伤阳无所敛,虚热内生而迫血、动血;温热毒邪还易耗气伤阴,尤其温热邪毒残留,深伏阴分,缠绵不去,耗伤真阴真阳,故在疾病的后期或晚期常出现阳气虚衰无以摄血而血外溢。温热邪毒迫血动血的同时也耗伤阴液,而阴液耗伤即成为虚热内生的基础,此时之出血既

为实热动血,亦因虚热迫血;因热毒既伤阴又耗气,故血热妄动与气虚不摄血也常共存,常出现热毒炽盛、阴虚阳动、气虚不摄共同为患之局面。在疾病的后期,因邪毒内耗阴液,损伤阳气,常出现气虚与阴虚并存之出血病机;由于阴虚或气虚,复感六淫外邪,外邪入里化热,又常于阴虚和(或)气虚基础上并见热盛。因而急性白血病出血的病机并非单一,而是诸多复杂病机的综合表现,此为临证辨治之关键。

2. 出血致虚。出血作为一个严重的临床症状,可继发诸多病理改变。因血为气母,血以载气,故出血可导致气随血脱而致气虚甚至气脱。血属阴,血液、津液、阴精之间相互联系,相互影响,相互补充,当血液因出血而不足时,津液、阴精则通过自身代偿以补充血液之不足,长期出血或严重出血则导致津液、阴精的耗伤,而致津液、阴精虚弱。因此,急性白血病患者由于邪毒的损伤、化疗损伤以及出血等因素的作用,随着疾病的发展、病程的延续,在疾病的晚期常出现气血阴阳俱虚的局面,此即急性白血病后期与中医学“虚劳”类似的道理。

3. 出血致瘀。急性白血病患者出血过程中或出血后常伴见瘀血现象。离经之血凝固即为瘀血,如肌衄即是溢于皮下之血所形成之瘀血,见皮下瘀斑或瘀点;内脏出血,如肺出血、胃肠出血、泌尿系出血而见咯血、吐血、便血或尿血中夹有血凝块,皆为瘀血的征象。因出血所致的相关病理改变也可成为瘀血的原因,如出血过多,势必导致津液匮乏,而津液不足,无以滋润血液,而致血液黏稠,黏稠之血液即为瘀血。“血为气母”,“气为血帅”,因出血而致气随血脱,进而致气虚或气脱,气虚无力推动血液运行以致脉管内血液淤滞而成瘀血,往往见患者唇甲紫绀、脉涩无力等,尤其当大量出血而阳气欲脱之时,因虚致瘀现象尤为显著。血热动血而出血者,热与血搏结可致热瘀交结,同时因出血而致阴精耗伤,虚热内生,也使血液黏稠难行,又可加重热瘀交结之势,此类患者血

液流变学均有全血或血浆黏度增高的改变。

三、急性白血病出血的治疗思路

急性白血病出血可按中医内科“血证”辨证论治,但急性白血病之病理机制有其特殊性,其出血本身也有自身的病理特点,因而治疗应把握这些特殊性进行论治。

1. 首先,寻找出血的原因,抓主要病机,制定治疗原则。白血病出血的原因多种多样,常多种原因混杂致病,病机错综复杂,在众多的原因中应抓住主要原因,针对主要病机论治。《先醒斋医学广笔记·吐血》提出的治血三法:

1)宜行血不宜止血:血不行经络者,气逆上壅也,行血则血循经络,不止自止。止之则血凝,血凝则发热恶食,病日痼也。

2)宜补肝不宜伐肝:经曰五脏者,藏精气而不泻者也。肝为将军之官,主藏血,吐血者,肝失其职也。养肝则肝气平而血有所归,伐之则肝虚不能藏血,血愈不止矣。

3)宜降气不宜降火:气有余即是火,气降则火降,火降则气不上升,血随气行,无溢出上窍之患矣。降火必用苦寒之剂,反伤胃气,胃气伤则脾不能统血,血愈不能归经矣。

可见针对病因治疗的重要性。要抓住出血的主要病机是热毒动血,或是气虚不摄血,或是虚火动血而分别采取凉血解毒止血、补气摄血、滋阴清热凉血等不同治法。由于导致本病出血的诸因素常常混合为患,病机错综复杂,从而决定了治疗上有多法联合运用的可能性。多法合用的原则应是确立主要治法,针对次要病机合用他法,数法合用,注意各治法间的相互协调。如热毒炽盛动血合并阴虚、或气虚、或气阴两虚者,可在清热解毒、凉血止血的同时,合用养阴、益气或益气养阴治法,此时养阴不能碍邪,应清养;益气不能温燥动血,而应平补。以气虚不摄并阴虚血热者,视气虚、阴虚孰轻孰重,益气、养阴两法同用而有所侧重。

2. 在病因治疗的同时,尚应结合出血部位选方用药。如上部

出血,宜加用引血下行之法,如牛膝等;上消化道出血,宜加用和降胃气之品,如旋覆花、代赭石、降香等;呼吸道出血宜加用肃降肺气之品,如苏子、杏仁、陈皮等。下部出血可适当使用升提、固涩之品,升提药如升麻、柴胡、荆芥穗等,固涩药如五味子、赤石脂、乌贼骨等。如鼻衄者用梔子炭、白茅根、侧柏叶、藕节等;齿衄用白茅根、藕节、茜草根等;咯血用藕节、仙鹤草、白茅根等。

3. 止血后调治是急性白血病出血症治疗的重要内容,清代唐容川《血证论·吐血》中提出的治血四法(止血、消瘀、宁血、补虚)充分说明了止血后治疗的重要性。唐容川认为吐血“惟以止血为第一要法;血止之后,其离经而未吐出者,是为瘀血……故以消瘀为第二法;止吐消瘀之后,又恐血再潮动,则需用药安之,故以宁血为第三法……去血既多,阴无有不虚者矣……故又以补虚为收功之法”。急性白血病血止后的调治要充分联系其特殊的病理变化而分别实施。

消瘀根据出血部位不同而不同,如消化道出血后消瘀应以缓下通导为主,肺出血后消瘀应以祛痰为主,尿血后消瘀应以通淋为主,不可大剂活血破血,以防再次动血,皮下紫斑也只能缓缓活血,勿使太过。

所谓“宁血”,应当针对出血的病因持续使用针对性药物以巩固疗效,如热毒灼伤血脉而出血者,血止后仍应继续清热解毒;气虚不统血者,应持续进补气之品等。补虚则有血虚、津伤、精竭等的不同,分别选用不同的治疗方法。临证宁血与补虚常同时使用,如有高热出血急用凉血清热解毒以止血,血止热退之后继续用清热解毒之剂加滋阴之药,使阴精渐复,阴阳趋于平衡,临床效果良好。补虚与清毒尤为重要,清除余毒是彻底治愈白血病的根本方法,而补虚有助于祛毒。

4. 参考实验结果,预防性止血。《金匱钩玄·血属阴难成易亏论》曰:“血者,神气也。持之则存,失之则亡。”可见血是人体重要

的物质基础,有时出血来势凶险,顷刻之间即有气随血脱、阴阳离绝的危险,有时重要部位出血如脑络出血,瘀血闭阻神机,可致内闭外脱之危证。古人有“上工不治已病治未病”之论,这种疾病的预防思想对出血性疾病的出血防治具有指导意义。

具有出血倾向的疾病,如急慢性白血病、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜等,在中医治疗中应时刻注意防止出血的发生,针对这些疾病不同中医病机的积极治疗就是防止出血的有力措施,同时对这些疾病的实验室检查甚为关注,结合实验室资料,临床虽无出血症状和体征,有时也预防性使用止血药物。如血小板减少是出血最常见的原因之一,当患者外周血象血小板 $<50 \times 10^9/L$ 时,均常规加用止血药。患者凝血象的检查也是临证预防性使用止血药的重要参考指标,如凝血酶原时间(PT)、激活的部分凝血活酶时间(APTT)的延长,凝血因子 I (FIB)的减少等,均作为预防性使用止血药的重要参考,如仙鹤草、藕节、地稔根、茜草根、茅根、地榆等为常用的止血药。

张新华等

中西医结合治疗急性白血病 原始细胞危象

张新华(山东省中医药研究院, 邮编: 250014)、唐由君等医师采用中西医结合治疗急性白血病原始细胞危象, 及时而有效地降低原始细胞, 同时避免或减轻由于大量杀伤白血病细胞而造成的种种并发症(促凝物质增多、血尿酸增高等), 是治疗该危象的关键所在。运用较大剂量的 COAP(急淋)、HOAP(急非淋)方案, 配用不同的中药复方(犀角地黄汤、柴葛解肌汤、麻杏石甘汤、茅根赤小豆汤等)、不同的中药针剂(丹参注射液、醒脑静)、不同的中成药(六神丸、安宫牛黄丸), 可以收到增加缓解率、延长生存期、减少并发症的较好疗效。但缓解期仍较短暂(14~540天)。本组急性白血病原始细胞危象病人大多(11/18)死于诱导缓解期, 部分死于复发(7/18)。

在血液病临床, 少数急性白血病患者外周血液中白细胞 $> 100 \times 10^9 / L$, 即为高白细胞白血病; 原始细胞绝对值 $> 100 \times 10^9 / L$, 且伴有颅内出血和/或中枢神经系统浸润、呼吸窘迫综合征等临床危险症候者, 可称急性白血病原始细胞危象。急性白血病原始细胞危象报道甚少, 该危象多在高白细胞急性白血病的基础上发生, 是血液病临床的危急症候。

1970—1990年共收治急性白血病 220 例, 其中急性白血病原始细胞危象 18 例, 发生率为 8.2%。18 例中男 11 例, 女 7 例; 年龄 8—51 岁, 其中 16 岁以上者 14 例; 急性淋巴细胞性白血病 6 例, 急性非淋巴细胞性白血病 9 例(急粒 5 例, 急单 4 例), 淋巴瘤性白血病 3 例。患者以出血多见, 其中颅内出血 6 例, 消化道出

血 2 例, DIC 1 例。有胸、肋、骨盆、四肢骨广泛压痛等白血病浸润症状者 7 例, 有骨膜增厚者 2 例, 肝肿大者 13 例, 脾肿大者 11 例, 淋巴结肿大者 16 例, 中枢神经系统浸润者 4 例, 呼吸窘迫综合征者 3 例。骨髓增生极度活跃者 11 例, 明显活跃者 5 例, 活跃者 2 例。骨髓白血病细胞 78%~95%, 中位数 92%, >90% 者 11 例。外周血原始细胞(原粒、原单、原淋)均 $>100 \times 10^9/L$, 范围 $(108.8 \sim 743.3) \times 10^9/L$, 中位数 $324.2 \times 10^9/L$ 。均为初诊时即有原始细胞危象者。

18 例均应用中西医结合治疗。急淋、淋巴肉瘤性白血病多应用 COAP 方案(环磷酰胺 200~800 mg/d, 静推或静滴; 阿糖胞苷 100~800 mg/d, 静推或静滴; 长春新碱 1~2 mg/每周 1 次; 泼尼松 40~60 mg/d, 分次口服)。急非淋常用 HOAP 方案(三尖杉酯碱 3~6 mg/d, 静滴; 其他药物剂量基本与急淋相同)。每疗程 5~7 天(有的亦应用 28 天)。中医治疗: 以出血为主者用犀角地黄汤; 以高热为主者常用柴葛解肌汤; 气虚伴有高热者用人参白虎汤; 以呼吸窘迫综合征为主者用麻杏石甘汤; 以高热小便不畅为主者用茅根赤小豆汤。同时配合六神丸(30~120 粒/d, 分次口服)、紫金锭(3~6 g/d, 分次口服)、安宫牛黄丸(1~4 丸/d, 分次口服)、丹参片(6~12 片/d, 分次口服)、三七片(6~12 片/d, 分次口服)、丹参注射液(20~100 mg/d, 静滴)、醒脑静(20~40 mg/d, 静滴)。

急性白血病原始细胞危象 18 例, 完全缓解 6 例(完全缓解率 33.3%), 部分缓解 1 例(部分缓解率 10%), 总缓解率 43.3%, 生存期 14~540 天, 中数生存期 201 天。

急性白血病原始细胞危象的主要临床表现及成因如下。

颅内出血。出血的原因为: 大量的原始细胞集聚, 白细胞淤积相对增高, 血黏度也相对增大, 产生机械性梗阻, 影响脑微循环内的血流量, 而且白血病细胞还可侵袭所在区域的小血管壁, 致其损

伤与破裂,导致脑出血;化疗(尤其强烈的化疗)可促使白血病细胞破坏,释放促凝物质,导致血管内凝血,而致出血;原始细胞危象时,由于原始细胞大量增加,凝血活酶亦大量增加(据估计,每 10^7 白血病细胞约释放出 55~280 单位的组织凝血活酶),而致出血。另外,骨髓巨核细胞增生受抑,外周血小板减少也是出血的重要原因。

中枢神经系统白血病。本组有中枢神经系统白血病者 4 例,临床表现头痛、呕吐、视物模糊、嗜睡、神志恍惚等,这亦与白血病细胞的迅速增高有关。

呼吸窘迫综合征。本组有 3 例发生呼吸窘迫综合征,其临床表现为:胸闷、呼吸困难和急促、肺啰音,X 线片显示双肺间质性浸润。该综合征的成因除白血病细胞大量淤积引起肺毛细血管机械性阻塞、肺泡间质水肿影响气体交换外,还与白细胞数迅速增高有关,而肺部感染可使该综合征加重。

朱 玲 玲

养正汤治疗急性白血病

朱玲玲医师(广州第一军医大学南方医院,邮编:510515)用养正汤等中西医结合疗法治疗急性白血病。

急性白血病化疗期中医辨证:气阴不足,气血两亏。

养正汤药物组成:黄芪 30 g,虎杖 30 g,旱莲草 30 g,补骨脂 30 g,人参 12 g,熟地黄 20 g,茜根 15 g,黄精 15 g,女贞子 15 g,鸡内金 10 g,三七末(冲)3 g,重楼 20 g。每日 1 剂,水煎 2 次,煎取 250 mL,分 2 次服。

临症加减:若发热感染者,加大青叶 20 g,白花蛇舌草 30 g;若恶心呕吐者,加法半夏 15 g,竹茹 12 g。

养正汤功效:补益气血,养阴填精,扶正祛邪。保护骨髓,促进造血功能的恢复。减轻化疗药物对骨髓正常功能的抑制。同时方中应用化痰降逆、和胃止呕药,能减轻化疗期出现的胃肠道反应。

现代研究:许多清热解毒中药都具有抗菌消炎、抗病毒作用,配以补益中药更能增强机体的抗感染能力,降低化疗期并发感染。补益中药能提高 CFU-GM(粒单系祖细胞)产率,具有促进正常造血干细胞生长的作用;活血化瘀中药能促进骨髓正常造血干细胞的增殖、分化、成熟和释放,有利于白血病患者化疗后造血机能的恢复,减轻化疗后的毒副作用。

选 39 例患者,并随机分为两组。其中治疗组 21 例,男 15 例,女 6 例;年龄最小者 13 岁,最大者 47 岁,平均 27.8 岁。对照组 18 例,男 10 例,女 8 例;年龄最小者 12 岁,最大者 53 岁,平均 28.8 岁。两组病人中大多为初治病人。

两组病人均给予相同的联合化疗方案:急淋用长春新碱、柔红

霉素、门冬酰胺酶、强的松,即 VDLP 方案。急非淋用三尖杉脂碱(H)、阿糖胞苷,即 HA 方案。急非淋中 M₃ 型用维甲酸治疗。治疗组在化疗同时配合中药养正汤治疗。两组患者据病情需要必要时给予抗感染、止血、输血等支持疗法。

按 1987 年白血病疗效标准评价:治疗组完全缓解 16 例,部分缓解 2 例,未缓解 3 例。完全缓解率为 76.19%,总有效率为 85.7%。对照组完全缓解 13 例,部分缓解 1 例,未缓解 4 例。完全缓解率为 72.22%,总有效率为 77.78%。两组之间虽完全缓解率及总有效率统计学上无显著性差异($P > 0.05$),但治疗组在化疗期所出现的毒副反应明显低于对照组。

两组病例化疗后白细胞最低值的比较,在病人每次化疗后检查血常规,测得白细胞、血红蛋白及血小板的最低值的平均数,代表化疗后血细胞的最低值。结果表明治疗组的血细胞下降的最低值均明显高于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),两组病例之间化疗后血细胞下降最低值的比较具有非常显著性意义。

两组化疗期并发感染及胃肠道反应比较,从 39 例病例中观察到,化疗期治疗组并发感染及胃肠道反应的出现均明显少于对照组,经统计学处理,具有非常显著性意义($P < 0.01$)。

从 39 例病人临床对照观察发现,中西医结合治疗组病人化疗后白细胞、血红蛋白及血小板水平明显高于对照组,进一步证实了养正汤对减轻化疗期骨髓抑制具有一定的作用。

治疗组 21 例病人并发感染者 12 例,出现胃肠道反应者 8 例,而对照组 18 例病人中并发感染者 16 例,有胃肠道反应者 13 例,两组比较 $P < 0.01$ 。由此可见,养正汤还能降低化疗期并发感染及出现胃肠道反应的发生率。

李冬云等

调血方治疗急性白血病

李冬云、陈信义、胡凯文、苏伟、左明焕、孙韬等医师（北京中医药大学附属东直门医院，邮编：100700）用调血方配合化疗治疗急性白血病 70 例，在化疗药物用药剂量相当于常规剂量 $1/2 \sim 2/3$ 的情况下，获得较好的临床疗效。表明调血方有增敏作用，其增敏机制与调血方能够逆转、预防白血病细胞多药耐药性有一定的关系。

急性白血病是造血系统恶性肿瘤性疾病，目前，最有效的治疗手段是实施化疗方案，使其达到临床完全缓解。但是，反复应用化疗，不但可以产生毒副作用，而且可使白血病细胞产生多药耐药（Multidrug Resistance, MDR）。多药耐药的发生是急性白血病复发的原因之一。复发性白血病由于细胞带有耐药性，故对化学药物敏感性差，再行化疗，临床缓解率也低。通过临床实践，发现中药配合西药治疗急性白血病作用机制是综合的，一方面可以提高患者机体免疫功能，促进患者骨髓正常造血功能的恢复；另一方面又能抑制白血病祖细胞的产生及白血病细胞 DNA 的合成，具有直接抑、杀白血病细胞作用。这些作用可能是临床缓解率增高、生存期延长的关键因素。

中医急性白血病基本病机与证候：①气阴两虚是白血病内因和主要病机。在本病发生与发展过程中自始至终存在着，且随病情发展而逐渐加重。②血瘀阻滞是本病病机转化的结果。③邪毒伤血是本病外因，也是本病死亡的主要因素。总之，急性白血病是邪实正虚、虚实夹杂的气阴两虚、血瘀阻滞、邪毒伤血证候。

基本治疗原则：益气滋阴，活血化瘀，清热解毒。要扶正与祛

邪、治本与治标相结合、辨证与辨病相结合。

调血方组成:由黄芪、白芍、生地、当归等药物组成。每日 1 剂,水煎服。

随症加减:如热毒内盛者,加水牛角粉、生石膏、虎杖、玄参、蚤休等;如出血者,加仙鹤草、三七粉、白茅根、丹皮等;如恶心呕吐者,加半夏、竹茹、黄连等;如腹泻者,加木香、砂仁、茯苓、陈皮等;如肝、脾、淋巴结肿大者,加三棱、莪术、桃仁、丹皮等。

现代研究:从调血方中提出的生物总碱(PM)以及单味中药活性成分在体外及动物体内有明显的逆转白血病/肿瘤细胞多药耐药作用。其逆转倍数为 5~7 倍。

选 70 例住院患者,全部病例均经骨髓形态学和组织化学检查,符合急性血病诊断与 FAB 协作组分型标准。其中,男性 41 例,女性 29 例;年龄 13~73 岁,小于 14 岁 4 例,大于 60 岁 10 例;病种包括急性非淋巴细胞性白血病 38 例(M_1 5 例, M_2 10 例, M_3 8 例, M_4 4 例, M_5 8 例, M_6 3 例),急性淋巴细胞性白血病 22 例(L_1 4 例, L_2 15 例, L_3 3 例),浆细胞性白血病 1 例,慢性粒细胞性白血病急变 9 例。初治 34 例,复治 36 例;病程 2 天~46 个月。

入院时外周血色素 >90 g/L 者 17 例,60~90 g/L 者 29 例, <60 g/L 者 24 例;白细胞 $>15.0 \times 10^9$ /L 者 25 例,在 25 例中 $>100 \times 10^9$ /L 者 6 例, $2.0 \sim 4.0 \times 10^9$ /L 者 29 例, $<2.0 \times 10^9$ /L 者 16 例;血小板 $<50 \times 10^9$ /L 者 29 例,在 29 例中 $<2.0 \times 10^9$ /L 者 13 例;骨髓象示:增生极度活跃 23 例,明显活跃 26 例,活跃 15 例,低下 26 例。有 44 例合并感染;有出血症状者 49 例;肝、脾、淋巴结肿大者 39 例;骨骼疼痛 34 例。

全部病例以调血方为主加减化裁治疗。同时采用以下化疗方案:急淋选用 VDLP,或 VDEP,或 HOAP 方案;急非淋选用 DA,或 HA,或 VA 方案。化疗药物剂量为常量的 $1/2 \sim 2/3$ 。1 疗程未缓解者,即进行第 2 疗程化疗,化疗方案同前。2~3 疗程不缓解者,

换用其他化疗方案。化疗期间给予足够支持治疗,如血色素 $<40\text{ g/L}$ 、白细胞 $<0.2\times 10^9/\text{L}$ 、血小板 $<20\times 10^9/\text{L}$,予以成分输血;有感染时加用抗生素;有明显出血症状者加用止血药。

观察指标①临床症状;主要观察与疾病相关的临床症状;②按照急性白血病临床疗效评定标准,观察分析完全缓解率、部分缓解率及未缓解率;③定期复查肝、肾功能,心电图,尿、便常规,以判断该药有无毒副作用。

治疗后神疲懒言、头晕目眩、心悸气短、或午后低热、骨痛以及出血等与白血病相关的临床症状多在3~7天开始改善,1个疗程后明显好转,其症状改善与临床缓解率呈正比;相比之下,肝、脾、淋巴结浸润症状好转较慢。

通过临床观察,治疗后部分患者周围血白细胞、血小板计数虽然无明显增加,但是,感染和出血症状却能够得到明显改善,这可能与中药有抗感染与促进或者调节患者凝血机制有关。

按急性白血病临床疗效标准,初治组病例临床完全缓解率、部分缓解率、未缓解率的病例数分别为19例(55.88%)、8例(23.53%)与7例(20.59%);复治组病例数分别为17例(47.22%)、7例(19.44%)与12例(33.33%);临床总显效率分别为79.41%(初治)与66.67%(复治)。两组病例比较,经Ridit分析,U检验, $U=0.906, P>0.05$,无显著性差异。说明调血方配合化疗治疗急性白血病,在同等化疗剂量下,不但能提高初治患者临床缓解率,对复治患者同样可取得较好效果。

用药后除个别患者有胃肠道反应,如恶心、食欲不振外,多数患者无明显的胃肠道不良反应;通过定期复查肝、肾功能,血、尿、便常规,1疗程后未见明显异常,表明中药调血方配合化疗治疗急性白血病可明显减轻化疗的毒副作用。

李凤珍等

保元抗白方治疗急性白血病

李凤珍、陈永红、王小平、钟丽雁、陈术、谭树聪、王衡等医师(广西壮医医院,邮编:530001)应用保元抗白方加联合化疗治疗急性白血病(AL)。

急性白血病是一组造血组织的原发恶性血液病。临床表现为发热,出血,贫血,肝、脾、淋巴结肿大。属祖国医学“急劳”、“热劳”、“虚劳”、“血证”、“癥积”范畴。其发病机理是由于机体正气不足,温热毒邪入血伤髓所引起的一种邪实正虚,虚实夹杂之证。正邪分争贯穿其始终,血瘀证是急性白血病的病理基础。化疗在短期内大量杀灭白血病细胞的同时,损伤骨髓正常造血细胞、生殖细胞及消化道上皮细胞等,从而产生一系列不良反应,而且长期反复化疗使体内白血病细胞群产生耐药。保元抗白方加化疗治疗急性白血病 CR 率及生存时间均有提高,病人耐受性较好。

保元抗白方:白花蛇舌草 50 g,龙葵 30 g,半枝莲 50 g,马齿苋 50 g,解毒草 50 g,夏枯草 30 g,浙贝 15 g,水牛角 60 g,丹皮 20 g,三棱 20 g,莪术 20 g,黄芪 30 g,当归藤 15 g,红参 20 g。

每日 1 剂,水煎浓缩成 400 ml,早晚分服,1 个月为 1 疗程,达 CR 后将原方制成丸剂长期服用。

方解:方中白花蛇舌草、半枝莲、龙葵、马齿苋清热解毒抗癌,夏枯草、浙贝、水牛角、解毒草清热凉血解毒,丹皮、三棱、莪术活血化瘀、软坚散结,黄芪、当归藤、红参益气养血。

功效:诸药合用具有清热解毒抗癌、化瘀散结、益气养血之功。

实验研究:人参总皂甙可使常规的化疗药物对白血病细胞的

抑制作用增强,复方益气养阴中药有促进骨髓粒-单系造血、抑制白血病细胞增殖、诱导白血病细胞凋亡的作用,并能使白血病小鼠突变型 P53 基因表达下降。因此,扶正抗白方加化疗治疗急性白血病缓解率及生存时间提高,病人耐受性好,与扶正抗白方具有增效减毒作用有关。

中草药保元抗白方加化疗治疗急性白血病 (acute leukemia, AL) 33 例,并与单用联合化疗 30 例作对照,取得较好疗效。

诊断按国内统一标准。63 例 AL 均为住院病人,按数字表法随机分为治疗组和对照组。治疗组 33 例,男 17 例,女 16 例;年龄 15~65 岁,平均 35 岁;急性淋巴细胞白血病(ALL)13 例(L₁3 例, L₂6 例, L₃4 例),急性髓系白血病(AML)20 例(M₁3 例, M₂10 例, M₄5 例, M₅1 例, M₆1 例);初治 23 例,复治 10 例;中医辨证分型:气虚血亏、肝肾阴虚 6 例,热毒炽盛、气血两燔 13 例,癥瘕痰核 14 例。对照组 30 例,男 19 例,女 11 例;年龄 13~67 岁,平均 36 岁; ALL 10 例(L₁4 例, L₂5 例, L₃1 例), AML 20 例(M₁3 例, M₂12 例, M₄3 例, M₅1 例, M₆1 例);初治 21 例,复治 9 例;中医辨证分型:气虚血亏、肝肾阴虚 8 例,热毒炽盛、气血两燔 12 例,癥瘕痰核 10 例。因 AML(M₃)选用维甲酸或亚砷酸治疗为主,故不作为纳入病例。两组资料经 χ^2 检验差异无显著性($P > 0.05$)。

两组患者均给予标准方案联合化疗。ALL 诱导缓解治疗采用 VDCP 方案:长春新碱(VCR)14 mg/m²·d,静脉注射,第 1、8、15、22 天;柔红霉素(DNR)40~60 mg/m²·d,静脉注射,第 1~3 天;环磷酰胺(CTX)600~800 mg/m²·d,静脉注射,第 1、15 天;泼尼松(Pred)40~60 mg/m²·d,口服,第 1~28 天,第 15 天开始减量,28 天为 1 个疗程。缓解后的巩固治疗用原方案,替尼泊苷(VM26)加阿糖胞苷(Ara c)、HD MTX 交替序贯强巩固化疗 9 个疗程。维持治疗阶段用以上方案,逐渐延长间歇期,治疗 3~3.5 年。AML 诱导缓解治疗采用 DA 或 HA(经济困难者用此方案)方

案:阿糖胞苷(Ara C)150~200 mg/m²·d,持续静脉点滴,第1~7天;柔红霉素(DNR)40~60 mg/m²·d,静脉注射,第1~3天;高三尖杉脂碱(HHT)3~4 mg/m²·d,静脉点滴第1~7天。每疗程间歇1~3周。缓解后用原方案强化巩固治疗2疗程。一般1年内每月化疗1次,2年内每2~3个月化疗1次。以后视病情维持化疗。ALL及M₄、M₅完全缓解后进行4~6次预防性三联鞘内注射,用甲氨蝶呤(MTX)10 mg/m²/次,阿糖胞苷(Ara c)25~30 mg/m²·次,地塞米松(DXM)2~5 mg/次,一旦发现中枢神经系统白血病则每周2~3次三联鞘内注射,直至脑脊液中白血病细胞消失。

治疗组联合化疗同时加中草药保元抗白方。

并发症及支持治疗:两组患者在化疗期间出现口腔溃疡,用五味消毒饮(野菊花、蒲公英、紫背天葵、金银花、地丁)煎汤含漱,霉菌感染者用制霉菌素研粉涂患处,肛周感染者用五味消毒饮水煎外洗,外涂马应龙痔疮膏,防呕吐用恩丹西酮,据病情需要给予输红细胞、机采血小板,有感染、T>38.5℃则用抗生素。

观察两组治疗的缓解率、治疗前后临床症状;外周血象、骨髓象的变化、生存期。计数资料用 χ^2 检验,计量资料用t检验,等级资料用Ridit分析。

疗效标准按参考文献,治疗组33例中,完全缓解(CR)23例占69.7%(其中ALL6例,占ALL的61.5%;AML15例,占AML的75%),部分缓解(PR)6例占18.2%(其中ALL3例,占ALL的23.1%;AML2例,占AML的10%),未缓解(NR)5例占15.2%,总缓解率84.6%。对照组30例,CR17例占56.7%(其中ALL5例,占ALL的50%;AML12例,占AML的60%),PR7例;占23.3%(其中ALL2例,占ALL的20%;AML5例,占AML25%),NR6例占20%,总缓解率80%。两组CR率比较,差异有显著性($P < 0.05$);总缓解率比较,差异无显著性($P >$

0.05)。按中医辨证分型,分型间症候改善情况比较,差异无显著性($P>0.05$)。

化疗毒副反应:所有患者均出现不同程度的骨髓抑制,对照组较治疗组更为明显($P<0.05$ 或 $P<0.01$);出现胃肠反应:治疗组 10 例(30%),对照组 16 例(53.3%);脱发:治疗组 4 例(12.1%),对照组 9 例(30%);感染:治疗组 7 例(21.2%),对照组 12 例(40%)。两组比较差异均有显著性($P<0.05$)。

缓解患者的随访情况:治疗组 CR 患者 23 例中,ALL 能随访到的 6 例(75%),生存 9~40 个月,中位生存时间 18 个月,3 年以上 2 例,占 CR 者 25%,占随访的 33.3%。AML 能随访到 13 例(86.7%),生存 8~43 个月,中位生存时间 26.2 个月,3 年以上 5 例,占 CR 者 33.3%,占随访的 36.5%。对照组 CR 患者 17 例中,ALL 能随访到的 4 例(80%),生存 6~18 个月,中位生存时间 12 个月,无 3 年以上病例,AML 能随访到的 9 例(83.3%),生存 7~30 个月,中位生存时间 18 个月,3 年以上者 2 例,占 CR 患者 16.7%,占随访者 22.2%。两组生存期比较差异有显著性($P<0.05$)。

黎 劲 等

参麦注射液治疗急性白血病

黎劲、张冷星、叶红、韦夙、邓艳琳等医师(柳州市人民医院,邮编:545001)应用化疗合参麦注射液治疗急性白血病 36 例,并与西药常规治疗 20 例对照,观察外周血白细胞变化。治疗组总有效率 91.67%,疗效显著优于对照组($P < 0.05$)。参麦注射液在化疗中的应用,使化疗方案得以顺利完成,提高了化疗疗效,可谓一种较理想的、安全、有效的化疗减毒增效药物。

目前,化疗仍是急性白血病(AL)的主要治疗方法。但因其伴有许多副作用,如引起骨髓造血功能抑制,使白细胞减少,中断治疗,影响其疗效。为探索新的治疗模式,寻找化疗减毒增效药物,近年来的临床观察和实验研究证实,中西医结合疗法治疗 AL 疗效优于单纯西医化疗。中医扶正方药具有改善骨髓功能,防治白细胞减少及增进机体免疫功能。

参麦注射液组成:红参、麦冬提取物组成的注射液。内含人参皂苷、麦冬皂甙、麦冬酮等。

功效:大补元气,益气固脱,养阴生津。

现代研究:参麦注射液在 AL 化疗中减毒作用可能与其保护骨髓全能干细胞及粒系组细胞,减轻化疗时细胞毒药物对其毒性作用;刺激骨髓造血干/组细胞增殖、分化;增强化疗药物作用,减轻白血病细胞对骨髓造血细胞的抑制等有关。

选 36 例(治疗组)AL,均经骨髓象及组织化学染色确诊和分型,符合 FAB 白血病分型标准。初治 19 例,复发 4 例,部分缓解 3 例,完全缓解 10 例。男 24 例,女 12 例,年龄(18~67)岁,平均 41

岁;急性淋巴细胞性白血病(ALL)4例,急性非淋巴细胞性白血病(ANL)32例,其中M₁7例,M₂15例,M₃4例,M₄2例,M₅4例。用参麦注射液静脉使用,在化疗开始之日起用,每日100ml,连用(10~20)d。

西药治疗20例(对照组)AL。均经骨髓象及组织染色确诊和分型,符合FAB白血病分型标准。初治12例,复发2例,部分缓解2例,完全缓解4例;男11例,女9例;年龄(21--65)岁,平均39岁;ALL3例,ANL17例,其中M₁5例,M₂7例M₃2例,M₄1例,M₅2例。采用下列药物2种或3种联合治疗。维生素B₄20mg每日3次,口服;鲨肝醇20mg每日3次,口服;利血生20mg每日3次,口服。

56例AL均进行化疗,ALL用VP、VDP、VADP及鞘内注射MTX等方案;ANL用DA、HA、HOAP等方案。两组其余用药情况基本一致。包括根据具体情况采用抗生素、输成分血等治疗。

治疗后均每日或隔日作血常规,着重观察外周血白细胞的动态变化。因患者化疗引起的外周血白细胞减少,在一定时间内才能自然恢复,疗效评定标准为经治疗后7天内白细胞回升至 $4.0 \times 10^9/L$ 及以上者为显效;经治疗后14天内白细胞回升至 $4.0 \times 10^9/L$ 及以上者为有效;达不到以上治疗标准者为无效。

治疗组总有效率为91.67%。对照组为65.00%。经 χ^2 检验,两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$)。

参麦注射液静脉给药过程中未见明显的毒副反应,仅有6例出现注射部位血管刺激性疼痛,减慢静注速度后,疼痛可缓解。

韩 麦 鲜 等

加味生血汤治疗急性白血病

韩麦鲜、张依山等医师(郑州市骨科医院,邮编:450052)用加味生血汤治疗急性白血病化疗后,白细胞减少或血小板减少者,疗效满意。

急性白血病系起源于造血干细胞的克隆性恶性病,其发病机制相当复杂,至今尚未完全清楚。化疗和骨髓移植为其治疗的最重要方法。但骨髓移植费用昂贵,配型困难,还必须在化疗后获得完全缓解的基础上进行。因此,化疗在急性白血病治疗上发挥着关键性作用。作为治疗急性白血病的重要方法,化疗存在着一定的毒副作用,其中以白细胞、血小板减少最为明显,病人有可能因严重感染或出血而死亡。应用中药辅助化疗,可使患者早日获得缓解、长期生存并争取治愈。化疗后引起白细胞、血小板减少而导致的一系列症状,根据中医辨证,当属“虚劳”范畴。

加味生血汤功能:以滋阴补肾、益气养血为主要功用。可升高白细胞和血小板数目,且无毒副作用。

加味生血汤方药组成如下:黄芪 30~120 g,白术 10~20 g,当归 20 g,熟地 20 g,阿胶 20 g(烊化),枸杞子 20 g,山茱萸 10 g,血余炭 10~20 g,花生衣 60 g,仙鹤草 60 g,大枣 6 枚。每日 1 剂,煎 3 次,每次取汁 200 ml,温服。

方解:方中枸杞子、山茱萸补肝肾益精血,助肾阳;黄芪、白术补气;当归、熟地、阿胶养血活血;血余炭、花生衣、仙鹤草等止血生新;大枣调和诸药且助脾胃生化气血。

临症加减:如神疲乏力者,加人参 30 g;如发热、口渴者,加石

膏、金银花、玉竹等；如咳嗽、痰多者，加川贝、半夏、杏仁等；如牙龈出血或鼻衄者，黄芪减至 20 g，加白茅根、茜草、生地炭等；如烦躁失眠者，加茯神、酸枣仁等。

韩麦鲜等医师选 56 位患者，其中男 41 例，女 15 例；年龄 19～59 岁，平均 34 岁。全组均为经血象、骨髓象确诊为白血病并经化疗出现白细胞、血小板减少的病例。其中急性淋巴细胞白血病 20 例，急性非淋巴细胞白血病 36 例。化疗期间每 3 日查周围血象 1 次，其中 52 例患者在化疗后第 4 天，另 4 例化疗后第 6 天白细胞、血小板开始下降。

凡白细胞降至 $3.5 \times 10^9/\text{L}$ 或血小板降至 $80 \times 10^9/\text{L}$ 时即开始服用加味生血汤，原化疗方案继续进行。

2～3 周以内控制白细胞和血小板不再下降，并分别维持在 $3.0 \times 10^9/\text{L}$ 和 $70 \times 10^9/\text{L}$ 以上为显效，共 18 例；维持白细胞在 $1.5 \times 10^9/\text{L} \sim 3.0 \times 10^9/\text{L}$ ，血小板在 $50 \times 10^9/\text{L} \sim 70 \times 10^9/\text{L}$ ，无出血发热者为有效，共 31 例；白细胞和血小板持续下降，合并感染、出血为无效，共 7 例。

杨
小
娟
等

姜汁穴位按摩治疗 急性白血病化疗呕吐

杨小娟、吴东红等医师(广东医学院附属医院, 邮编: 524001)应用姜汁穴位按摩治疗急性白血病化疗呕吐。

食欲不振、恶心、呕吐等胃肠道反应是化疗最常见的毒副反应, 可因此导致化疗中止。若长期应用胃复安止吐, 容易引起锥体外系症状及血压改变, 且胃复安加维生素 B₆ 对血管刺激性大, 静脉注射时血管疼痛明显, 患者难以接受。为使化疗顺利进行, 杨小娟等医师利用姜汁穴位按摩治疗急性白血病化疗呕吐, 收到很好的效果。

用生姜 30g 榨汁, 取姜汁少许涂于双侧内关、天枢穴处, 轻轻按摩 20 分钟, 化疗过程实施, 可反复多次进行, 一般 3~5 分钟起效。

姜素有治呕吐圣药美称, 性味辛苦, 温, 去表散寒, 止吐, 治疗感冒、风寒、呕吐、痰饮、喘咳、胀满、腹泻等症, 因此可以减少胃肠道反应发生。

天枢位于脐中旁开 2 寸, 具有理气化滞作用, 主治急慢性胃肠炎、菌痢、急性肠麻痹、恶心、呕吐等; 内关位于腕横纹上 2 寸, 掌长肌与桡侧屈肌腱之间, 具有宁心安神、宽胸和胃作用, 主治心律失常、心绞痛、胃痛、恶心、呕吐等。

该法简便易行, 经济安全, 无明显不良反应, 患者易于接受, 对肿瘤化疗呕吐患者有效, 但血小板过低、有严重出血倾向者不宜用。

观察组: 用姜汁穴位按摩患者 20 例, 男 12 例, 女 8 例, 年龄

16~60岁,其中急性非淋巴细胞性白血病16例,急性淋巴细胞性白血病4例。急性非淋巴细胞性白血病用DAT方案化疗,急性淋巴细胞性白血病用VDP方案化疗。

对照组:化疗患者用胃复安10mg加维生素B₆100mg化疗前30分钟静脉注射。共20例,其中男10例,女10例,年龄18~56岁,其中急性非淋巴细胞性白血病14例,急性淋巴细胞性白血病6例,化疗方案同观察组。其中37例次用胃复安加维生素B₆静脉注射时血管疼痛明显,不愿接受治疗。

根据WHO制定的化疗毒副反应标准,在整个疗程中,将反应分为四级:Ⅰ级无呕吐;Ⅱ级呕吐1~3次;Ⅲ级呕吐4~6次;Ⅳ级呕吐7次以上。达到Ⅰ、Ⅱ为有效,Ⅲ、Ⅳ级为无效。

两种方法疗效比较:穴位按摩组98例,Ⅰ级37例,Ⅱ级42例,Ⅲ级10例,Ⅳ级9例,总有效率80.6%。胃复安组89例,Ⅰ级28例,Ⅱ级28例,Ⅲ级18例,Ⅳ级15例,总有效率62.9%。 $\chi^2=7.27, P<0.013$ 。

李世民

中药治疗急性白血病 化疗后白细胞减少

李世民医师(河南许昌县中医院,邮编:462000)用中药治疗急性白血病化疗后白细胞减少。

白细胞减少属中医“虚劳”、“血虚”范畴,与心、肝、脾、肾功能失调,尤其与脾肾亏虚有密切关系。联合化疗可以提高白血病的疗效,但化疗药物的毒副反应骨髓抑制,常给继续化疗带来困难,使正常的化疗周期难以完成。长时间的白细胞减少及缺乏是导致严重感染乃至死亡的主要原因。化疗引起白细胞减少,往往表现为气阴两虚。治疗应以补肾填精、益气养血为主,清热解毒、抗肿瘤为辅。

李世民医师治疗方药如下:淫羊藿 12 g,补骨脂 12 g,山茱萸 9 g,女贞子 15 g,旱莲草 15 g,黄芪 30 g,党参 15 g,白术 12 g,炙甘草 9 g,熟地黄 20 g,白芍 12 g,青黛 12 g,狗舌草 20 g,猪殃殃 20 g。于停止化疗后第一天或白细胞下降后开始服用,每日 1 剂,至下次化疗时停用。

方解:补骨脂、淫羊藿补肾助阳;女贞子、旱莲草滋补肝肾;山茱萸滋肾填精,升高白细胞作用;黄芪、党参补脾益肺、升阳举陷;熟地黄、白芍滋阴养血生血;青黛、狗舌草、猪殃殃均为清热解毒之品。诸药合用具有防治白细胞减少作用,同时可以减轻化疗对机体正气的损伤,增强了机体的免疫力,调整机体内部平衡,提高机体的抗癌力,减少感染机会,争取化疗时间,提高患者的生存质量。

李世民医师对 40 例急性白血病患者应用中药治疗,观察其对化疗后外周血白细胞减少的疗效。40 例均为住院病人,男 26 例,女 14 例;最大年龄 32 岁,最小年龄 18 岁,平均年龄 18.8 岁。其

中急淋 30 例,急粒 7 例,早幼粒 3 例,绿色瘤 1 例,所有病例均经骨髓穿刺检验确诊为急性白血病。

化疗方案均包括两种以上的抗肿瘤药物,均对骨髓有抑制作用。急淋选用 COAP 方案,急非淋选择 DA 方案。化疗后白细胞下降程度:Ⅰ度 7 例,Ⅱ度 10 例,Ⅲ度 13 例,Ⅳ度 10 例。

每化疗周期前后各检查肝肾功能、心电图 1 次,化疗过程中每 3 天检查外周血白细胞 1 次,当白细胞下降后使用中药治疗,服中药期间每 2 天检查血常规 1 次,白细胞下降程度按 WHO 分度标准。

不同程度白细胞下降患者用中药后白细胞上升至 $4 \times 10^9/\text{L}$ 以上的天数为:程度Ⅰ度(7 例)3.5 天,Ⅱ度(10 例)5.5 天,Ⅲ度(13 例)8.5 天,Ⅳ度(10 例)14.5 天。

无 1 例出现毒副反应,无肝肾功能损害,无 1 例感染发生。

张芬琴等

蟾蜍丸治疗急性白血病 化疗缓解后

张芬琴、胡炯、陈珏、孙关林、李秀松、沈志祥等医师(上海第二医科大学附属瑞金医院, 邮编: 200025)用蟾蜍丸给予诱导化疗后患者长期维持治疗, 共观察 10 例, 7 例获长期存活。

蟾蜍丸是用蟾蜍皮烘干研粉制成的胶囊。每丸含生药 0.25 克, 每日 2~4 丸。

文献记载蟾蜍皮干粉有兴奋平滑肌、升高血压、治疗恶性肿瘤的功效。中国科学院上海药物研究所在分离华西大蟾蜍皮活性肽的过程中, 发现一活性成分, 经鉴定为阿瑞那蟾蜍精(Arenobufagin), 体外微量抗肿瘤筛选实验表明: 10 ug 阿瑞那蟾蜍精对小鼠 P388 白血病细胞生长抑制率为 52%。

毒副作用观察①造血系统: 蟾蜍制剂并不引起骨髓抑制, 服药过程中白细胞无下降; ②心血管系统: 未发现服用蟾蜍制剂引起高血压、心律紊乱; ③肝、肾功能: 在治疗过程中未发现明显异常; ④胃肠道反应: 3 例出现轻度呕吐, 有时加用胃复安或吗叮啉能缓解。

选 7 例均为住院病人, 男性 2 例, 女性 5 例。据 FAB 分型标准确诊, 其中 M₁(未分化型) 1 例, M_{2a}(粒细胞性) 2 例, M_{3a}(早幼粒细胞型) 1 例, M_{3b}(中幼粒细胞性) 1 例, M_{5b}(单核粒细胞性) 2 例。发病时年龄 34~58 岁, 平均 41 岁。7 例中, 有 2 例发病时白细胞计数高达 $100 \times 10^9/L$ 和 $49.6 \times 10^9/L$; 6 例发病时骨髓原始细胞、幼稚细胞在 80% 以上。

7 例患者均经诱导化疗缓解, 诱导方案: HA(高三尖杉酯碱 +

阿糖胞苷)、DA(柔红霉素+阿糖胞苷)、ATRA(维甲酸)和HOAP(高三尖杉酯碱+长春新碱+阿糖胞苷+强的松)方案。临床缓解后,每2个月巩固化疗1次,为DA、HA和HOAP方案交替使用;强化化疗持续3~5年。长期坚持服用蟾蜍丸。除1例因恶性呕吐反应仅服用2年外,余均坚持服用5年以上,最长达8年。

按1987年全国苏州白血病治疗会议制订的疗效标准,完全缓解(CR)后,生存时间以年计算。服用蟾蜍丸治疗患者计10例,其中3例未能坚持长期服用,白血病复发死亡,故未予评估。7例坚持长期服用者,存活最长已达11年(1例),最短达7年(3例),余3例达8年。

7例白血病患者长期服用蟾蜍丸,至今最长存活11年,最少7年。有2例发病时白细胞数超过 $20 \times 10^9/L$,分别达 $100 \times 10^9/L$ 和 $49.6 \times 10^9/L$,一般认为预后较差,此外,1例为 M_1 型,2例为 M_{5b} 型,均为高危难治病例,但分别存活8年、11年和7年,这可能与长期服用蟾蜍丸有关。

丘和明

论治急性白血病缓解期

丘和明教授(广州中医药大学, 邮编: 510405)论治急性白血病缓解期。

急性白血病是严重威胁患者生命健康的恶性血液肿瘤, 其缓解后的治疗直接关系到患者无病生存(DFS)期及 DFS 率。白血病发病是患者体内大量白血病细胞蓄积所致, 发病时白血病细胞的总数达到 10^{12} 。治疗后如果白血病细胞总数降低到 10^8 以下, 即减少 4 个对数级, 患者达到完全缓解(CR)。近年来造血干细胞移植、生物调节剂治疗、基因治疗等治疗手段在急性白血病的治疗中得到了广泛的运用, 使急性白血病的缓解率有所提高, 患者的生存时间也明显延长, 但急性白血病患者的 5 年长期生存率仍只有 15%~30%。急性白血病大多经诱导化疗后或移植后能达到缓解, 但是白血病缓解后, 常常复发。从现代医学的观点来看, 复发的最主要原因之一是完全缓解后的患者体内仍然存在极少量的白血病细胞, 即微小残留病灶(MRD)。这些白血病细胞数量少时不会引起白血病的复发, 但若在体内逐渐增殖至一定水平, 则出现白血病的临床复发, 引起发热、出血、身体倦怠等临床表现。中医认为, 这是温热毒邪在白血病治疗过程中未能彻底祛除, 余毒伏留于体内, 当机体抵抗力下降时, 正气不足, 不能抑制邪毒之积蓄, 致使温热毒邪愈积愈盛, 终致热毒外发而再度出现临床表现。

中医药对急性白血病的治疗作用已是公认的事实, 但重点应放在缓解后的治疗上。急性白血病诱导治疗完全缓解后仍需要巩固、维持和强化治疗, 一般采用间歇、足疗程化疗, 化疗间歇期使被化疗抑制的正常骨髓血细胞有自我恢复的时间。在诱导缓解后充

分发挥中医辨证论治及从整体调节脏腑气血阴阳的特点,对缓解期体质的改善、微小残留病灶的治疗均有积极意义,可进一步提高患者的长期生存率及生活质量。结合急性白血病患者缓解后正气虚弱的体质特点及邪毒留伏体内的病理特点,扶助正气、调整脏腑功能和清除邪毒是缓解后的重要治则。扶助正气、调整脏腑功能有助于祛除余毒,而余毒祛除又有益于正气、脏腑功能的恢复。

急性白血病患者缓解期的体质变化主要受邪毒及化疗药物对机体的影响,邪毒及化疗药物毒性使机体气血阴阳及脏腑功能受损,这种损伤可延续至缓解期相当长的时间。

化疗药物对骨髓的抑制作用、对胃肠功能的影响、对心脏的毒副作用、对生殖系统的影响等等,用中医学理论进行归纳则属于气血阴阳的虚损、脏腑功能紊乱等。如阿霉素、长春新碱的心脏毒副作用可表现为心慌,乃损伤心之气、血、阴、阳所致;柔红霉素导致胃肠功能紊乱而纳呆食少是药物损伤脾胃之气或中阳之气;环磷酰胺所致的出血性膀胱炎可能是药伤肾气,致肾气不固,膀胱气化失司,血失摄纳所致;各种化疗药物所致的脱发则是伤及气血、肝肾精髓而发失所养而成;化疗药物最常见的骨髓抑制可以表现为气虚、血虚或精血亏虚等。这些副作用在化疗间歇期相当的时期内均有所表现。临床常见的虚损有如下类型。

气血亏虚:可见面色㿔白、倦怠、少气懒言、气促、头昏眼花、失眠多梦、唇甲色淡、舌质淡、脉象虚弱无力等症。

阴虚血少:可见头昏眼花、失眠多梦、唇甲色淡、口干咽燥、大便燥结、潮热盗汗、手足心热、舌质淡红少津、脉象细弱数等症。

肝肾阴虚:可见眩晕耳鸣、失眠多梦、腰膝酸软、低热、五心烦热、形体消瘦、口干咽燥、潮热盗汗、舌瘦干红少津、脉象细数无力等症。

肾精亏损:可见形体羸瘦、精神呆钝、发落齿摇、壮年男子精少不育、育龄女子经闭不孕、头昏目眩、耳鸣耳聋、健忘恍惚、腰膝酸

软、舌萎无华、脉象细弱等症。

脾胃虚弱：可见面色萎黄、身倦乏力、食欲不振、大便稀溏不爽、舌质淡、舌体胖、舌苔白腻、脉象弱等症。

心脾两虚：可见心悸怔忡、彻夜难寐、食少腹胀、大便溏薄、肌肤紫外线斑、齿衄、鼻衄、头晕健忘、倦怠乏力、面色萎黄、舌质淡嫩、脉象细弱等症。

邪毒及化疗损伤除导致脏腑气血阴阳的虚损外，也会导致脏腑、气血功能的失调。气机紊乱，气血失活，津液失于正常疏转，还会导致痰、瘀等病理产物的形成，如瘰疬、癥瘕。临床常见的脏腑功能紊乱有如下证候类型。

脾胃不和。主要由化疗药物的损伤致中焦不和，脾气不升，胃气不降，见神疲倦怠、纳谷不香、恶心欲呕、胃脘饱胀不适、大便不调或便溏、舌质淡红、舌苔腻或浊、脉象濡等症。

肺中伏痰。主要因白血病细胞的肺部浸润所致。温热毒邪犯肺，肺失宣降，津液凝聚，伏留肺脏，见咳嗽、干咳或少痰、或痰粘连成丝、或呈结块、呼吸气促、舌苔腻、脉象滑等症。

心肾不交。药伤或温热毒邪损伤下焦肾阴，使肾水不能升腾以制心火；心阳上亢，不能下潜以温肾水而成水火不济之势，见心烦不寐、心悸不安、头晕耳鸣、健忘、五心烦热、舌质红、少苔或无苔、脉象细数等症。

肝郁气滞。主要因患者对急性白血病的认识不足以及对高昂的治疗费用而产生的忧郁所致，主要表现为精神抑郁、闷闷不乐、寡言少语、胸胁不舒、善太息、食欲不振、或大便不调、舌质淡或质红、脉象弦等症。

血瘀痰凝。化疗药物药毒及邪毒致肝气郁结，脾失健运，气机不畅，而瘀血停滞；脾气不运，气机郁闭，津液凝滞而为痰，痰瘀互结，症见胁下肿块、固定不移、瘰疬痰核、舌质暗淡或有瘀点及瘀斑、脉象弦细或弦涩等。

缓解期免疫功能低下的患者主要表现为脏腑功能的低下,气血阴阳的不足,而中医补益药对调节人体免疫功能具有很好的作用。扶正培本有助于祛邪,临床和实验研究发现许多扶正培本的中药可以增加放化疗的敏感性,具有显著的免疫增强和免疫调节作用,如人参、党参、黄芪、枸杞等均能提高NK细胞和ALK细胞,从而增加了抗白血病活性,也增加了抵抗力。通过扶正培本治疗,增强机体免疫力,有利于机体免疫监视系统消灭残留白血病细胞,起扶正祛邪之效,同时为下一化疗提供体质保证。扶正的具体方法根据虚证之气血阴阳及脏腑的不同而选用不同的治疗方法。

脏腑功能的紊乱、气血津液的运转障碍是缓解期治疗必需注意的。机体五脏六腑之功能正常、相互协调方能保持人体的正常生命活动,才能做到“正气存内,邪不可干”,因此缓解期应根据患者脏腑功能失调情况进行相应调整。脾胃作为后天之本,气血生化之源,是缓解期治疗首先要顾及的,临证应时刻不忘调理脾胃,以资生化;肝主疏泄,为人生长气机之本,对肝郁气滞者除施以疏肝理气治疗外,对患者进行心理诱导,解除心理负担也是至关重要的;对于有痰、瘀等病理产物存在者,要以祛除病理产物为要务,因为这些病理产物可能成为外邪入侵后的依附所,也可能成为体内未尽余邪之附着物。

可以认为急性白血病缓解期微小残留病之未净余毒,在体内潜伏的部位就是骨髓、血液、脑膜、睾丸等。骨髓为至阴之分,为少阴肾所主;血属阴,精血同源,精为肾所藏;睾丸为厥阴肝经所绕,同为肾所主;脑为髓海,脑脊液乃脑髓之营养液,与肾藏精主水之关系密切。骨髓、血液、脑脊液、睾丸皆属于阴,为人体至阴之分,故白血病微小残留病邪气留伏部位可概括为“阴分”。

邪毒留伏阴分,清热解毒之品难达病所,通常之补益剂难以将邪毒托出,实为难治之证。必须使阴分之邪毒出于阳分,再行祛邪解毒之剂方可收祛邪之效。清透伏留邪毒,争取延长完全缓解期

乃至治愈是急性白血病缓解后中医治疗所追求的目标。

白血病之残余邪毒留伏于至阴,任用何等清解攻伐药皆难达病所以收祛邪之功,温病学入阴搜邪、领邪外出之祛邪方法为我们治疗白血病残留病变提供了良好借鉴。《温病条辨》设青蒿鳖甲汤(青蒿,鳖甲,细生地,知母,丹皮)以祛入阴分之邪。

方解:鳖甲入肝经至阴之分,养阴而入络搜邪。青蒿芳香透络,从少阳领邪外出。青蒿和鳖甲配伍精当,使处方具有先入后出之妙,正如吴鞠通说:“此方有先入后出之妙,青蒿不能直入阴分,有鳖甲领之入也;鳖甲不能独出阳分,有青蒿领之出也。”邪在阴分,必须入阴搜邪才能祛邪。细生地清阴络之热;丹皮泻血中之伏火;知母者,知母之病也,佐鳖甲、青蒿而成搜剔之功。

余根初《重订通俗伤寒论·伏暑伤寒》也有阴分伏热之证用清透阴分郁热,使转出阳分而解的治疗方法:“邪既尽,而身犹暮热早凉者,阳陷入阴,阴分尚有伏热也可用清燥养营汤(知母、花粉、当归、白芍、生地、陈皮、灯心、甘草)加鳖血柴胡(八分)、生鳖甲(五钱)、青蒿脑(钱半)、地骨皮(五钱)清透阴分郁热,使转出阳分而解。”显然与吴鞠通青蒿鳖甲法有相似之处。

马

琳 等

CR 后用蟾黄丸

马琳、朱春山等医师(菏泽市中医医院,邮编:274035)主要从事血液病临床研究。

目前恶性白血病的治疗大多仍以联合化疗为主,待完全缓解(CR)后还要做强化、巩固、维持治疗,其不良反应和经济上的负担,仍是病人不愿接受的主要原因。探索一条经济有效且不良反应小的治疗途径是临床研究的目标之一。

对于白血病的病人来讲病情虽经治疗得到缓解,但体内的癌细胞仍在一定时间内复制,为残毒未尽。中医认为正不压邪,气血两虚,瘟毒乘虚内陷,毒入骨髓,瘀血阻络,治当攻补兼施,活血通络。具体为清瘟祛毒,以毒攻毒,祛瘀生新,益气养血。这样使毒邪得祛,气血得补,精气充盛,正气恢复,达到维持治疗的目的。

马琳等医师从临床中筛选有效中药组成蟾黄丸参与 CR 后病人维持治疗。蟾黄丸由北黄芪、当归、党参、仙鹤草、茯苓、泽泻、全蝎、蜈蚣、金钱白花蛇、补骨脂、红花、甘草、蟾酥和雄黄按比例等份组成,粉碎为 100 目粉剂制成蜜丸,每丸 9g,每次 1 丸,每天 2~3 次口服。

方解:方中蟾酥、雄黄有毒,而辟恶搜邪攻毒;全蝎、蜈蚣、金钱白花蛇辅助攻毒之力,活血通络,祛瘀生新;黄芪、党参益气扶正固本,缓解以上药物之毒;当归、红花活血养血;佐以仙鹤草辅蟾酥、雄黄攻毒,解毒止血;茯苓、泽泻淡渗利湿驱毒;补骨脂小剂量应用引药入髓;甘草调和诸药解毒。

从现代观点看蟾酥能抗癌及提高免疫功能,剂量过大易引起

恶心头晕及嗜睡。雄黄是解毒燥湿药物,消积聚,化腹中之瘀血。近几年很多学者应用小剂量砷剂治疗癌症和白血病,取得显著疗效。雄黄化学结构是硫化砷(AS_2S_2),与 AS_2O_3 相比毒性较低且有效。雄黄还具有诱导与促进 NB₄、HL-60 及 K562 白血病细胞株凋亡作用。砷化物与组织中的巯基结合使蛋白质失去活性,因而抑制了白血病细胞的过多增殖而起到治疗作用,对正常细胞则杀伤不大。其作用是否有选择性,尚需进一步探讨。

马琳等医师以张之南主编《血液病诊断及疗效标准》为标准,对 CR 后 60 例患者进行临床观察,随机分为两组,单纯化疗者为对照组,化疗加蟾黄丸者为治疗组。治疗组 34 例,男 19 例,女 15 例,其中急性淋巴细胞性白血病(ALL)8 例,男 5 例,女 3 例,平均年龄 20.5 岁;急性非淋巴细胞性白血病-M₃(ANLL-M₃)6 例,男 5 例,女 1 例,平均年龄 22.4 岁;ANLL-M₅6 例,男 3 例,女 3 例,平均年龄 27.2 岁;ANLL-M₆2 例均为男性,平均年龄 49.5 岁;慢性粒细胞白血病(CML)6 例,男 2 例,女 4 例,平均年龄 55.8 岁。对照组 26 例,男 12 例,女 14 例,其中 ALL8 例,男 5 例,女 3 例,平均年龄 21 岁;ANLL-M₃6 例,男 3 例,女 3 例,平均年龄 55.8 岁。两组病例类型、年龄、性别无差异,具有可比性。

对照组选用单纯化疗药物,作强化巩固维持治疗。ANLL 患者选用 HA 和 DA 方案;ALL 患者选用 VP、VDP 和 VADP 方案;CML 患者选用马利兰、羟基脲和小剂量阿糖胞苷方案。急性白血病分别每 3 个月、6 个月巩固化疗 1 次,每月维持治疗 1 次。治疗组急性白血病采用以上方案交替治疗,第 1 年内每 6 个月巩固治疗 1 疗程,CR1 年后每年巩固治疗 1 疗程。在以上治疗的同时加用蟾黄丸作维持治疗,每天服 3 次,每次 9g,3 个月为 1 个疗程,疗程间休息 2 周。CML 达 CR 后每年应用小剂量阿糖胞苷强化治疗 1 疗程,每疗程 5~7 天,根据末梢白细胞的变化调整疗程时间,维持治疗急性白血病。

两组均为诱导缓解后维持治疗。在此期间有感染者控制感染,需要输血者应输血,并间断椎管内注射,作为中枢神经系统白血病的预防治疗。

生存时间大于1年者随访疗效,维持治疗期间两组病例每6个月检查一次血常规、骨髓象、肝肾功能、心电图、心肌酶和尿排砷;按生存对时间对治疗例数进行统计比较。

临床疗效结果看出,治疗组生存时间比对照组时间长、生存率高。治疗组生存率5年52.9%,10年29.4%,其中CML80%;对照组5年生存率38.6%,10年7.7%,均为CML,两组相比较有显著差异($P < 0.01$);特别是ANLL- M_3 、AN-LL- M_5 、CML疗效明显高于对照组,ANLL- M_6 仅2例参与治疗时间为2年,仍在生存期间,ANLL- M_5 超过5年2例仍生存,证明蟾黄丸对这几类型敏感性较强。

对照组有15例心肌酶异常,10例窦性心动过速及T波低平改变,8例肝功能异常,肾功能无异常。治疗组5例心肌酶异常及窦性心动过速,无肝肾损伤,尿排砷正常。

采用蟾黄丸进行维持治疗,从疗效看,生存病例比单纯化疗生存时间长,生存率与其他学者报道相近似,并且减少了心肌和肝肾功能损害。蟾黄丸对ANLL- M_3 和CML的疗效明显高于其他白血病,说明对蟾黄丸敏感,尤其对CML最为敏感,说明对此类细胞有特异性。

麻

柔
等

扶正抗白冲剂对急性白血病 长期存活的作用

麻柔、刘锋、杨经敏、马玲、许勇钢、胡乃平、胡晓梅、薛向军、李柳、王楠等医师(中国中医研究院西苑医院,邮编:100091)应用扶正抗白冲剂治疗急性白血病。

急性白血病中医属“急劳”、“血证”与“癥瘕”范畴,发病原因是邪毒入血伤髓,表现为虚实夹杂,邪实正虚。一般初期以邪毒及血瘀之实证为主,表现为肝脾淋巴结肿大,骨痛或高热,或皮肤黏膜出血;后期以虚为主,表现为面色晄白,口唇爪甲色淡,头晕,气短,乏力,腰腿酸软等症。

目前白血病的治疗主要用化疗,但化疗祛邪亦伤正,急性白血病经化疗达到完全缓解(completeremission, CR)后进入微小残留白血病(minimalresidualleukemia, MRL)阶段亦以正虚为主,表现为“邪去正衰”、“气阴两虚”的特点,主要表现为乏力,头晕,腰膝酸软,易汗出,或舌红,或舌体胖,有齿痕,脉象细数等气阴两虚之证。现代医学研究发现急性白血病患者免疫功能低下,包括 CD₃ 及 CD₄ 下降,CD₈ 升高,NK 活性减低,淋巴因子-激活杀伤(LAK)细胞活性低下等。完全缓解后处于微小残留白血病阶段,免疫功能虽有所恢复,包括 CD₃、NK 细胞活性较完全缓解前上升,NK 活性及 LAK 细胞活性有所升高,但仍较健康人低下。微小残留白血病患者免疫功能有缺陷,符合“邪去正衰”的特点。《医宗金鉴·治诸积大法》提出“形虚病盛先扶正,形证俱实去病疾,大积大聚衰其半,须知养正积自除”的治疗原则。《素问·调经论》强调:“气复反则生,不反则死。”因此扶正培本是治疗微小残留白血病的大法,目

的在于重建及恢复微小残留白血病患者免疫功能,消灭或根除微小残留白血病细胞,延长无病生存期。90年代国外急性白血病5年持续完全缓解率为16%~43%,国内报告最高也达43%。通过扶正培本,重建及恢复MRL患者免疫功能,预防白血病的复发,延长患者无病生存期。麻柔等医师针对微小残留白血病的中医病因病机及临床证候,研制了扶正抗白冲剂,临床研究表明能改善患者免疫功能,提高5年持续完全缓解率。

扶正抗白冲剂组成:由人参、黄芪、首乌、仙灵脾、天门冬、补骨脂、女贞子、炒白术等9味中药组成。每袋12g,含生药82.5g。每次1袋,每日3次。连服3个月为1个疗程,一般用2~12个疗程。

方解:方中人参、黄芪益气补元为君。首乌、天门冬、补骨脂、女贞子滋阴养血、补肾填精为臣。炒白术为佐,消方中滋腻。

功用:滋阴补气,扶正抗白。

选90例患者,均经治疗获CR后(CR期0.5~7.5个月,平均2.8个月)作为研究对象。男56例,女34例;年龄13~59岁;其中急性非淋巴细胞白血病(AN-LL)81例,其中M₁5例,M₂8例,M₃66例,M₅1例,M₇1例;急性淋巴细胞白血病(AL-L)9例,均为L₂。诊断及疗效均按《血液病诊断及疗效标准》标准。

治疗方法。M₃一般每3~6个月用氧化砷注射液(10mg/ml)10ml加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注,每日1次,14天为1个疗程;M₃以外的ANL-L患者强化和巩固治疗用DA方案(DNR+A_{ra}C)或NA(NVT+A_{ra}C)方案至少用6个疗程。9例AL-L患者用VDLP、VDAP、HD MTX交替应用至少6个疗程。其中2例作了自体骨髓移植。所有患者均每日口服扶正抗白冲剂。

选64名健康人(男30名,女34名,年龄21~57岁)的测定结果(CD₃:66.3%~92.3%,CD₄:30.3%~52.7%,CD₈:16.9%~

38.9%, CD20: 8.0% ~ 18.0%, NK: 9.2% ~ 19.6%)。另检测了10例(男6例, 女4例, 年龄21~65岁)未能获CR的住院急性白血病患者的外周血淋巴细胞亚群和NK细胞。

疗效评定方法。持续完全缓解率(EFI)和长期生存率(OS)时间从完全缓解之日起计算。观察随访时间最短16个月, 最长60个月。

统计学方法: 用F检验、t检验, Kaplan Meier 计算生存曲线。

90例中, 失访2例, 因肝昏迷、肝静脉阻塞综合征死亡各1例; 复发31例, 持续完全缓解55例; 3年、5年EFI分别为72.4%、64.2%; 3年、5年生存率分别为82.2%、77.2%。

外周血淋巴细胞亚群、NK细胞测定结果。未缓解的急性白血病患者淋巴细胞亚群异常, 获完全缓解后患者这种异常减轻, 但仍较健康人低下; 用扶正抗白冲剂治疗后的患者获进一步改善。治疗后CD₄变化: ①治疗前CD₄<30.3%者11例, 治疗后(33.8±2.4%)较治疗前(24.9±3.2%)明显增加($P<0.05$)。②治疗前CD₄在正常范围23例中3例治疗后<30.3%, 其余20例治疗前后无明显改变。治疗后CD₈变化: ①治疗前CD₈<16.9%者5例, 治疗后(33.3±9.3%)较治疗前(15.1±2.5%)明显增加($P<0.05$)。②治疗前CD₈>38.5%者9例, 治疗后(37.9±11.9%)较治疗前(47.7±9.2%)明显减少($P<0.05$); 但其中2例治疗后未转正常。③治疗前CD₈在正常范围20例中1例治疗后CD₈>38.5%, 其余19例治疗前后无明显改变。

治疗前后CR患者免疫球蛋白有改变, 但无统计学意义, 而淋转率较治疗前明显增高($P<0.01$)。

本研究5年持续完全缓解率达到64.2%, 长期存活率达到77.2%, 与患者中M₃多(64/88例)有明显关系。本研究L₂、M₁、M₂的5年持续完全缓解率分别是33%、40%、37%, 而M₃达到73%, M₃主要用氧化砷注射液治疗, 可能是M₃为急性非淋巴细

胞白血病治疗效果和预后最好的一种的原因之一,也是我国 M₃ 治疗特色之一。

范平国等

急性白血病长期存活病例

范平国、林建美等医师(浙江省嘉兴市第一医院, 邮编: 314000)用中西医结合方法治疗急性白血病, 其中 5 例获完全缓解。

【病案举例 1】 主要症状: 高热不退, 恶心呕吐, 食欲不振, 口腔溃烂, 滴水难咽, 咳嗽, 鼻腔内有血痂, 胸、胫骨轻度压痛, 五心烦热, 神疲乏力, 脉右浮弦数、左沉细数, 舌苔黄厚, 舌质暗红等。

诊断: 为 M_2 。

中医辨证: 属热毒伤髓败血。

中医治疗: 拟滋阴凉血, 清热解毒。

主要方药: 犀角地黄汤(犀角、地黄、芍药、丹皮)加减化裁。

处方: 水牛角(先煎)20 g, 生石膏(先煎)30 g, 生地 15 g, 丹皮 12 g, 赤芍 10 g, 板蓝根 20 g, 银花 10 g, 连翘 10 g, 蒲公英 15 g, 黄连 6 g, 白花蛇舌草 20 g, 半枝莲 20 g, 青黛(包煎)10 g, 羚羊角粉(吞服)0.3 g, 生甘草 6 g。每日 1 剂, 分 2 次煎服, 每次 100 ml。

服中药后热渐退, 精神好转, 食欲增加。

西医治疗: 诱导缓解采用 COAP 方案(环磷酰胺, 长春新碱, 阿糖胞苷, 泼尼松), 5 日为 1 个疗程, 间隔 9 日~14 日重复, 经 3 个疗程后达 CR。

【病案举例 2】 诊断: 为 M_3 。

西医治疗: 入院时白细胞 $0.5 \times 10^9/L$, 不宜强烈化疗, 采用 HP 方案(高三尖杉酯碱, 泼尼松)短疗程 7 日, 长疗程 HOP 方案(阿霉素, VCR, 泼尼松)15 日, 间隔 9 日~14 日, 经 2 个短疗程及

1 个长疗程后获 CR,化疗期间同时给予潘生丁 600 mg/d 静滴,连续 7 日,控制弥散性血管内凝血(DIC)。经西医治疗未见明显改善,改用中西医结合治疗。

中医治疗:清热解毒凉血。

主要方药:清瘟败毒饮(水牛角、生石膏、生地、丹皮、赤芍、黄芩、焦山栀、黄连、知母、玄参、甘草、桔梗、连翘、竹叶)加减化裁。

处方:水牛角(先煎)30 g,生石膏(先煎)30 g,生地 15 g,丹皮 10 g,赤芍 10 g,黄芩 6 g,焦山栀 10 g,黄连 6 g,知母 10 g,玄参 10 g,仙鹤草 20 g,甘草 10 g。每日 1 剂,分 2 次煎服,每次 150 ml。

以后增加补养气血药物,如人参、黄芪、当归、白术等持续应用,着重扶正,兼以清热解毒。后经治疗获 CR。

【病案举例 3】 诊断:为 L₂。

中医治疗:以清热解毒法。

主要方药:五味消毒饮(银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵)加减化裁。

处方:银花 10 g,连翘 10 g,野菊花 15 g,蒲公英 15 g,紫花地丁 15 g,板蓝根 20 g,大力子 10 g,桔梗 6 g,浙贝 12 g,黄芩 6 g,半枝莲 15 g,鹿衔草 15 g,甘草 6 g。每日 1 剂,分 2 次煎服,每次 100 ml。

并积极配合西医支持疗法(化疗)。中医逐步着重扶正祛邪,例如用当归补血汤(当归、黄芪)以及六味地黄汤(茯苓、熟地、淮山药、山萸肉、丹皮、泽泻)等善后治疗,主要使用的中药有当归、黄芪、黄精、茯苓、白术、熟地、淮山药、女贞子、旱莲草、地骨皮、枸杞子等。

西医治疗:以 VP 方案(VCR,泼尼松)6 周获 CR。

【病案举例 4】 诊断:为 M₂。

西医治疗:以 HOAP 方案(高三尖杉酯碱,VCR,阿糖胞苷,泼

尼松)治疗 2 个疗程后白细胞下降至 $0.9 \times 10^9/L$, 并发感染、高热, 经输鲜血、抗感染, 予中药治疗。

主要症状: 面色晄白, 神疲乏力, 腰酸腿软, 心烦易怒, 五心烦热, 盗汗量多, 舌质淡, 苔薄白腻, 舌尖红, 脉细软。

中医辨证: 证属气阴两虚, 邪伏下焦。

中医治疗: 益气养阴, 利三焦而逐邪。

主要方药: 保元汤(人参、黄芪、甘草、肉桂)加减化裁。

处方: 生晒参(另煎)10 g, 生黄芪 20 g, 当归 12 g, 生地 15 g, 女贞子 10 g, 旱莲草 10 g, 虎杖根 20 g, 阿胶(烊化)12 g, 枸杞子 10 g, 天冬 12 g, 麦冬 15 g, 丹参 15 g, 白术 10 g, 茯苓 15 g。每日 1 剂, 分 2 次煎服, 每次 150 ml。

经上方加减治疗 4 周后, 复查血常规: 血红蛋白 $100 g/L$, 白细胞 $4.4 \times 10^9/L$ 。最后按照正规化疗时间进行巩固、维持、强化和免疫治疗并经常服用中成药。后复查骨髓获 CR。

【病案举例 5】 诊断: 为 M_{5b} 。

中医辨证: 证属气阴两虚、邪伏下焦。

中医治疗: 治拟益气养阴。

主要方药: 右归饮(熟地、山药、枸杞子、山茱萸、茯苓、炙甘草)合补中益气汤(黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、当归、甘草、生姜、大枣)化裁加减。

处方: 熟地 15 g, 山药 15 g, 枸杞子 10 g, 山茱萸 5 g, 黄芪 15 g, 白术 10 g, 当归 10 g, 银花 10 g, 连翘 10 g, 板蓝根 15 g, 白花蛇舌草 20 g, 丹皮 10 g。每日 1 剂, 分 2 次煎服, 每次 150 ml。

西医治疗: 采用 HOAP 方案治疗 2 个疗程后获 CR。

5 例患者 CR 后均给予甲氨喋呤(MTX)鞘内注射预防中枢神经系统白血病, 1 次~4 次不等。5 例患者获 CR 后均以原诱导缓解方案 1 个~2 个疗程巩固, 其中例 2 在 HP 方案合并 HOP 方案缓解后以 HOAP 方案巩固 2 个疗程。巩固治疗完成后均出院。

维持治疗:急性淋巴细胞白血病以 6 巯基嘌呤(6MP)加 MTX 口服,急性非淋巴细胞白血病以 6MP、MTX、CTX 或加 VCR 每周 1 种药物序贯治疗。均在血液病门诊进行。

强化治疗:在维持治疗期间,定期住院以原诱导缓解有效方案进行 1 个疗程的联合化疗,第 1 年每月 1 次,2 年~3 年后每隔 2 个月~3 个月 1 次,第 4 年~第 5 年每 6 个月 1 次,共 4 年~5 年不等,治疗后均常规复查血常规及骨髓象。5 例患者一直处于第 1 次缓解中,至今未见复发。

免疫治疗:5 例均接受卡介苗皮内注射,每次 0.5 mg,半个月后重复直至溃烂,口服左旋咪唑每 2 周服 3 日,每日 150 mg 或在化疗结束疗程后第 3 周起连服 3 日。

影响白血病预后的因素颇多,结合本组长期存活者可能与下列因素有关。

1. 治疗前病程:本组 5 例患者入院前病程均较短,分别为 7 日~20 日,说明早期明确诊断、及时治疗有利于取得缓解,随着病情发展,体内白血病细胞增多,缓解较困难,即使缓解,缓解期亦短。

2. 白血病细胞分化成熟程度:本组急性非淋巴细胞白血病 4 例,均为成熟型(M_2 , M_3 和 M_{5b}),其恶化程度较未成熟型低。

3. 年龄因素:本组患者为 10 岁~50 岁,与文献报道 10 岁以下及 50 岁以上预后较差相吻合。

4. 本组 5 例无中枢神经系统白血病并发症,由于坚持鞘内预防注射 MTX,故减少了复发。

5. 对化疗药物的敏感性:5 例均用常规化疗方案 1 个~3 个疗程后获 CR,且在长期维持和强化治疗中未见复发等耐药现象,说明患者对化疗药物个体敏感性强。

6. 辅以免疫治疗:调动机体免疫力,杀灭残存的白血病细胞。

7. 运用中药治疗:利用中医扶正与祛邪药物调整脏腑功能和增强机体抗病能力的整体治疗作用,对提高急性白血病的缓解、延

长缓解期和长期存活有着重要意义。

用中西医结合方法治疗的 5 例获完全缓解(CR)后,无病生存分别达 18 年、16 年、12 年、11 年和 6 年以上。长期存活 5 例患者中男 2 例,女 3 例;年龄 10 岁~50 岁;急性淋巴细胞白血病(L₂)1 例,急性非淋巴细胞白血病 4 例〔急性粒细胞白血病(M₂)2 例,早幼粒细胞白血病(M₃)1 例,急性单核细胞白血病(M_{5b})1 例〕。患者均经临床、骨髓及细胞化学染色确诊。

郑翠娥

中西医结合治疗骨髓异常增生综合征转变而致的急性白血病

郑翠娥医师(山东中医学院附属医院,邮编:250011)应用中西医结合治疗骨髓异常增生综合征转变而致的急性白血病。

急性白血病临床常见,骨髓异常增生综合征临床亦较多见,由骨髓异常增生综合征转变而致的急性白血病难治的多,属中医的“虚劳”、“血证”、“癥积”、“温病”的范畴。该病起病缓慢,多为低热,无明显出血或只有轻微的出血(鼻衄、肌衄多见),无或仅有轻度肝脾淋巴结肿大,少见重度肝脾淋巴结肿大。贫血进行性加重,多为轻、中度贫血;白细胞总数多偏低,白血病细胞百分比亦较低;血小板多低于 $50 \times 10^9/L$ 。骨髓增生活跃,或明显活跃,白血病细胞百分比多低于60%,巨核细胞少见或不见。与无骨髓异常增生综合征的急性白血病在临床、血象、骨髓等方面不尽相同。

由骨髓异常增生综合征转变而致的急性白血病,多为因虚致病,以虚为主,虚中夹实,虚实转化之证。其治多补虚攻邪,补虚(气、血、阴、津、脾肾)以治其本,解毒、清热化痰、消瘀以治其标,标本兼治,相辅相成,收效较好。常用补气养血方、益气养阴方、清热解毒方、化痰消瘀方等,化疗多用HOAP或HA方案,其剂量多为常规用量或半量,亦有的用小剂量(阿糖胞苷或三尖杉脂碱)。强烈的化疗可使完全缓解率有所提高,但不能使生存期明显延长,故中小剂量较为适宜。

收治13例由骨髓异常增生综合征转变为急性白血病的患者。应用1982年FAB协作组分型标准及杨崇礼关于白血病前期骨髓血象的改变进行诊断分型。难治性贫血(RA)2例,难治性贫血伴原始细胞过多(RAEB)1例,转化期难治性贫血伴原始细胞过多

(RAEB-T) 5 例, RA→RAEB→RAEB→T, RAEB→RAEB→T, PRCA(纯红细胞再生障碍性贫血)→RAEB→T 各 1 例, HA(溶血性贫血)→RAEB→T 2 例。本组骨髓异常增生综合征最短 2 个月, 最长 37 个月, 中数 5 个月。

转变为急性白血病后的临床特点: 起病缓慢(2~6 个月, 中数 3.5 个月); 低热多见(9/13); 无明显出血或轻微出血(8/13), 且以鼻衄(4/13)、肌衄(5/13)为多; 贫血进行性加重, 分为轻、中度贫血; 无肝肿大(9/13), 脾肿大(8/13), 淋巴结肿大(3/13), 或仅有轻度肝肿大(3/13), 脾肿大(4/13), 淋巴结肿大(8/13), 少见重度肝肿大(1/13), 脾肿大(1/13), 淋巴结肿大(2/13)。

转变为急性白血病后的实验室特点: 血象特点, 血红蛋白 60~90 g/L 者 8 例, 91~120 g/L 者 3 例; 正常者 2 例; 白细胞: 4.1~10×10⁹/L 者 2 例, 4.0~2.1×10⁹/L 者 8 例, 2.0×10⁹/L 以下者 3 例; 白血病细胞百分比: 未见幼稚细胞者 1 例, 幼稚细胞<5% 者 4 例, 6%~15% 者 5 例, 16%~30% 者 2 例, >31% 者 1 例; 血小板 51~100×10⁹/L 者 4 例, 50~21×10⁹/L 者 8 例, 20×10⁹/L 者 1 例。

骨髓特点: 骨髓增生明显活跃者 3 例, 增生活跃者 5 例, 增生低下者 3 例, 增生极度低下者 2 例。骨髓白血病细胞>60% 者 4 例, 30%~60% 者 9 例。骨髓巨核细胞>7 个者 2 例, 1~6 个者 6 例, 未见巨核细胞者 5 例。

转变为急性白血病的类型: 难治性贫血转变为急粒、急单、低增生急性白血病; 转化期难治性贫血伴原始细胞过多转变为急粒、急单白血病, 有的亦转变为红白血病; 溶血性贫血转变为红白血病; 纯红细胞再生障碍性贫血转变为急粒白血病。本组无 1 例转变为急淋白血病。

13 例患者该阶段中医中药治疗: 分气血双亏、气阴两虚、热毒炽盛、痰瘀互结四型辨证施治。

气血双亏者,用补气养血方:黄芪、当归、台参、白术、阿胶、丹皮、女贞子、枸杞子、白芍、砂仁、甘草。水煎服,日1剂。

气阴两虚者,用益气养阴方:黄芪、西洋参、白术、生地、麦冬、升麻、小蓟、白花蛇舌草、云苓、甘草。水煎服,日1剂。

热毒炽盛者,用清热解毒方:双花、黄芩、黄连、葛根、蚤休、生地、丹皮、赤芍、紫草、白花蛇舌草、石膏、甘草。水煎服,日1剂。

痰瘀互结者,用化痰消瘀方:清夏、土贝母、陈皮、白花蛇舌草、赤芍、丹皮、丹参、红花、云苓、甘草。水煎服,日1剂。

化疗:多应用联合化疗,首选 HOAP 方案(三尖杉脂碱 3~6 mg/d,加生理盐水 300 ml,静脉滴注,连用 7 天;阿糖胞苷 100~200 mg/d,加生理盐水 300 ml 静滴,连用 7 天;强的松 30 mg/d 分 2~3 次口服;长春新碱 1~2 mg,静推,每疗程 1 次)。亦有的用 HA 方案,小剂量阿糖胞苷(20~50 mg/d,肌注);小剂量三尖杉脂碱(0.5~1 mg/d,肌注或静滴)。小剂量三尖杉脂碱 1 mg/d,加利福平 450 mg/d,口服。

疗效按 1987 年全国白血病化学疗法讨论会急性白血病疗效标准评定。本组完全缓解 7 例,完全缓解率 63.64%;部分缓解 2 例,部分缓解率 18.18%;总缓解率 81.82%。无效 2 例,正在治疗 2 例,生存期 0.6~3.0 年,中数 0.7 年。

本组生存期 0.6~3.0 年,中数 0.7 年,生存期不够长,且易于复发,复发后较难缓解,预后较无骨髓异常增生综合征转变而致的急性白血病更差。由骨髓异常增生综合征转变而致的急性白血病可能是急性白血病中的一个特殊类型,亦可能是一独特的疾病,值得进一步研究。

李丽霞等

土三七外治急性白血病并发外痔

李丽霞、侯伟等医师(河北省廊坊市中医院, 邮编: 065000)运用土三七水煎外洗和外敷对急性白血病并发外痔充血性水肿有着显著疗效。

急性白血病由于其自身免疫功能低下及白细胞质量异常, 尤其是化疗后白细胞减少, 免疫功能更加低下, 以及血小板的严重减少, 易出现感染和出血, 如并发外痔的感染和局部的充血性水肿, 给治疗白血病带来了困难。用土三七水煎外洗和外敷对急性白血病并发外痔充血性水肿有着显著疗效。土三七为菊科植物, 性味淡温, 入脾。活血消瘀, 解毒消痈, 可治跌打损伤、瘀积肿痛、乳痈、疥疮肿疡等。土三七水煎外洗和外敷同时进行对急性白血病并发外痔充血性水肿有着显著疗效, 亦更进一步证实了该药活血消瘀、解毒消痈之功效。应用本方法见效快, 止痛作用明显, 局部消炎作用好, 且未见任何不良反应。

【病案举例】 患者, 男, 38岁, 因面黄、乏力伴发热3个月, 加重2周入院, 当时体温 37.8°C , 中度贫血貌, 全身皮肤有散在新鲜的大小不等的出血点, 周身表浅淋巴结不大, 胸骨压痛(+), 心肺正常, 肝脾未触及。血常规: 白细胞 $123 \times 10^9/\text{L}$, 其中中性粒细胞13%, 淋巴细胞22%, 幼稚细胞65%, 血红蛋白 78 g/L , 血小板 $20 \times 10^9/\text{L}$; 骨髓象: 骨髓增生极度活跃, 淋巴细胞系、原幼淋96%。

临床诊断: 急性淋巴细胞性白血病(ALL~L₂)。

治疗: 给予VDCP方案化疗1个疗程。

二诊: 化疗后第6天, 外周血白细胞 $0.5 \times 10^9/\text{L}$ 、血红蛋白

56 g/L、血小板 2×10^9 /L, 发热体温 38 ℃。肛门 5 点处有 1 cm × 1.5 cm 外痔充血性水肿。

临床诊断:为急性淋巴细胞性白血病并发外痔充血性水肿。

治疗:硫酸镁外洗,每日 4 次。

三诊:1 天后充血水肿增大至 2 cm × 3 cm, 疼痛难忍, 有灼热感, 坐立不安。给予中药清热解毒、活血化瘀之剂水煎外洗(双花 20 g, 公英 20 g, 黄柏 20 g, 生大黄 20 g, 牛膝 15 g, 白芷 20 g), 每日 1 剂, 分 3 次外洗, 同时配合马应龙痔疮膏外敷。

四诊:局部治疗 2 天仍无效, 疼痛严重时注射哌替啶(杜冷丁)亦无效。后改用鲜土三七(取其茎和叶)50 g/次, 水煎外洗, 每日 3 次, 同时将已煎过的土三七茎和叶敷于局部。

五诊:应用 2 次后疼痛减半。1 天后疼痛完全消失, 外痔充血水肿消减 1/2。连用 3 天充血水肿消退, 患者无任何不适感, 体温正常。

侯

伟
等

西黄丸治疗急性白血病并发症

侯伟、杨淑莲、阎金玉、李达、王继亮等医师(河北省廊坊市中医院, 邮编:065000)应用单纯中成药西黄丸治疗其并发症 44 例, 收效满意。

急性白血病发病急, 进展快, 病情凶险, 并发症多, 治疗难度大, 祖国医学认为多由于邪毒郁结体内伤人而致病, 急性白血病症状、体征的表现是由于邪毒在人体内与正气相争的反应, 而急性白血病很容易出现并发症, 并发症均有炎症、疼痛、出血症状, 虽症状有轻有重, 有患者自身的原因, 亦有患者外部的因素, 但都不同程度影响急性白血病的治疗疗效, 有的甚至因感染、出血加重而死亡。并发症的出现给治疗带来了不利因素, 故治疗并发症成为不可忽视的一个重要方面。

西黄丸主要组成: 牛黄、麝香、乳香(制)、没药(制)等。

功能: 解毒消痈, 散结软坚, 清热解毒, 祛除邪毒。

用法: 内服, 3~6 g/次, 日 3 次。

外用: 将 200 g 药研末; 过 200 目筛, 凉开水调成糊状, 敷于患处, 日 1~2 次, 重者日 3 次。

方解: 方中牛黄清热解毒, 凉血; 麝香消肿散结; 乳香(制)、没药(制)均有活血理气、行瘀止痛作用。

现代药理研究: 麝香有抗炎镇痛作用。没药有较显著的止痛作用, 并对多种皮肤真菌有抑制作用。

选病人 44 例, 男性 28 例, 女性 16 例, 年龄 16~60 岁。急性白血病的诊断依据全国急白诊断标准。

并发症的治疗

1. 静脉炎(22例):由于多次/长期静脉用药,尤其应用化疗药物,以致静脉炎。用物理方法或硫酸镁治疗,时间长,见效慢,止痛作用差,应用西黄丸外敷局部,日2次,均在2~7天恢复正常。

2. 阑尾炎(4例):本组均在化疗期间或化疗后出现,是由于化疗药物对胃肠道刺激或由于化疗后粒细胞减少而致病,由于化疗后全血细胞减低,外科不易手术时,应用该药内服6g/次,日2次。外敷阑尾处,日3次,同时可配合抗生素及输全血/成分血治疗,均在3~8天症状体征缓解/治愈。

3. 痔疮(4例):均为外痔或混合痔,其中1例嵌顿,由于急性白血病粒细胞、血小板质和量的改变或患者卫生习惯差,易致痔疮感染出血,严重者发热,无法手术时用该药局部外敷日2~3次,内服3g/次,日1次,疗效更佳,疗效快者当日见效,长的3天症状、体征缓解。

4. 带状疱疹(4例):由于急性白血病免疫功能低下易致病毒感染,当出现带状疱疹时疼痛难忍,影响急性白血病的治疗,应用该药内服6g/次/日,外敷局部3次/日,疼痛缓解,见效快者当日,慢者次日,10天均愈。

5. 疖肿(6例):急性白血病并发疖肿为常见,初期只有局部疼痛,若治疗不及时则扩大或出现发热,用该药治疗疖肿脓形成前,局部外敷,日2次,1~3天可愈,个别白细胞明显减少者 $<0.5 \times 10^9/L$ (1例)1周愈。

6. 肋软骨炎、皮下软组织感染(4例):肋软骨炎及皮下软组织炎症,虽症状轻,但不加以重视,则病情加重影响原发病的治疗。本组病历经该方法治疗均在3天治愈。

通过以上44例的治疗观察,应用中成药西黄丸对急白部分并发症(上述6种)的治疗疗效肯定,应用简便,时间短,见效快,无任何毒副作用,对急性白血病的治疗缓解生存有着积极的辅助作用,有利于中成药治疗该病的推广。

黄世林

复方黄黛片治疗急性 早幼粒细胞白血病

黄世林教授(解放军 210 医院全军中医血液病专科中心, 邮编: 116021) 依据传统中医中药理论, 结合多年的临床实践研制的纯中药制剂复方黄黛片(复方青黛片)为主治疗急性早幼粒细胞白血病(APL)患者 60 例, 60 天内完全缓解率(CR)为 98.3%。

复方黄黛片主要成分: 为雄黄、青黛、太子参及丹参。

分析: 复方黄黛片治疗 APL 的关键成分是雄黄、青黛。其中雄黄对 NB₄ 和 HL-60 细胞具有促凋亡作用, 加用青黛则有协同作用。雄黄属于砷剂, 其与三氧化二砷(A₂O₃)的不同之处在于其化学成分为二硫化二砷(A₂S₂), 且复方黄黛片为复方, 故与 A₂O₃ 在疗效上有所不同。复方黄黛片与 ATRA 及细胞毒药无交叉耐药, 且不受 APL 细胞形态学特点的影响, 对各种类型的 APL 均有 CR 作用。

复方黄黛片用法、用量: 初服量 5 片, 每日 3 次, 1 周后逐渐增至 10~12 片, 每日 3 次, 直至 CR。儿童用量酌减。

选单用复方黄黛片治疗的 17 例 APL 患者, 均为住院病人, 经临床、血象及骨髓象检查确诊为 APL。男 8 例, 女 9 例, 中位年龄 28 岁, 其中 M_{3a} 13 例, M_{3b} 4 例; 初治 11 例, 复治 6 例, 均接受了全反式维甲酸(ATRA)或合用 HA、DA 方案, 其中 1 例为复发病例。

入院时临床表现为发热 11 例, 口腔感染 1 例, 上呼吸道感染 5 例, 肺内感染 3 例, 颜面部感染、臀部脓肿、原发型肺结核各 1 例; 11 例皮肤、黏膜出血, 其中 1 例伴血尿, 4 例伴阴道流血。入院时伴 DIC 7 例, 伴中枢神经系统白血病(CNSL)者 3 例。

全部服用复方黄黛片。

防治中枢神经系统白血病(CNSL)。入院后常规腰穿取脑脊液检查,并鞘内注射氨甲喋呤(MTX)10 mg,氟美松 5 mg。确诊为 CNSL 者,每周鞘内注射 1~2 次,直至临床缓解。正常者于 CR 后再行预防性治疗 1 次。

对症治疗。酌情抗感染及止血治疗;确诊为 DIC 者,配合小剂量肝素治疗;酌情输成分血、新鲜全血及冰冻血浆等;治疗期间若出现消化道反应或肝功能异常,可给予对症及保肝治疗,必要时可加服强的松 40~60 mg/d。

按 1987 年苏州全国白血病化学治疗讨论会制定的标准。17 例均获 CR,CR 率 100%。获 CR 所需时间为 13~107 天,中位 CR 时间为 44 天。11 例初治病例 CR 时间为 30~107 天,中位时间 46 天;6 例复治病例 CR 时间为 32~64 天,中位时间 45 天;13 例 M_{3a} 病例 CR 时间为 30~64 天,中位时间 44 天;4 例 M_{3b} 病例 CR 时间为 40~107 天,中位时间 44.5 天。

外周血白细胞(WBC)变化规律。复治病例未见明显变化,初治病例在疗程中 WBC 的变化主要有上升型、下降型、相对稳定型三种形式。

上升型共 5 例,占初治病例的 45.4%。此型患者入院初期 WBC 多低于正常,最低者为 $0.9 \times 10^9/\text{L}$,在疗程第 7~9 天时 WBC 开始上升,峰值可为入院时 WBC 的 12~57.7 倍,最高可达 $97.7 \times 10^9/\text{L}$,持续 5~28 天后迅速回降至正常。初期外周血早幼粒细胞呈增多趋势,血小板变化不明显;后期外周血早幼粒细胞则迅速消失,继之白细胞回降,血小板回升并进入 CR 期。其间患者病情呈好转趋势,未见类维甲酸综合征(RAS)的表现。

下降型共 4 例,占初治病例的 36.4%。该型患者入院初期 WBC 多高于正常,最高者为 $82.2 \times 10^9/\text{L}$ 。疗程第 8~30 天 WBC 可回降至正常范围。其间外周血早幼粒细胞逐渐消失,血小板回升,最终进入 CR 期。

相对稳定型共 2 例,占初治病例的 18.2%。此型患者入院时 WBC 可略高于或低于正常,但在疗程中 WBC 升降幅度不大,呈相对稳定的态势。

骨髓细胞形态学改变。动态观察显示粒细胞系统呈退行性改变。部分细胞的胞体增大,胞膜不清;胞浆可见空泡,颗粒大小不等,分布不均;核膜不清,可见核肿胀或核固缩,有空泡;核染色质变薄,核仁不规则,周界不清;分裂细胞的染色体不规则,成熟粒细胞颗粒粗大。疗程过半,骨髓中的中性中、晚粒细胞的比例明显增高。骨髓缓解时,红系增生,粒红比例恢复正常,巨核细胞系统增殖,产血小板巨核细胞增多。疗程中未见骨髓抑制。

疗程中并发症。入院时 1 例合并有原发型肺结核,疗程中演变为血行播散型肺结核,经抗结核治疗,症状缓解,并于第 107 天获 CR。提示对合并有结核的 APL 患者,应加大抗结核的力度,否则会对 APL 治疗进程产生副效应。入院初期合并 DIC 的 7 例患者,病情无加重趋势,DIC 纠正。其余患者于疗程中未出现严重感染、出血,无 DIC 发生。

毒副作用。腹胀 2 例(18.2%),恶心、呕吐 1 例(9%)。2 例(18.2%)分别于疗程第 8、41 天丙氨酸转氨酶(ALT)升高至 256U/L 和 139U/L,经保肝治疗降至正常。另 2 例入院时 ALT 即高于正常,分别为 57U/L、346U/L,经治疗于第 27 天和第 41 天时恢复正常。本组病例中无 1 例出现黄疸,动态心、肾功能监测未见异常。雄黄属有毒中草药,但临床观察表明复方黄黛片的毒副作用较小,仅少数病例出现腹胀、恶心和呕吐等消化道症状。本组患者于疗程中未见黄疸出现,2 例患者入院时即有 ALT 增高,另 2 例于疗程中出现 ALT 一过性增高,经保肝治疗均恢复正常。表明 APL 患者无论在治疗前或治疗中出现肝功异常,只有酌情给以保肝治疗,就不会对复方黄黛片的治疗进程及疗效产生影响。

为了排除其他因素的影响,对初、复治患者进行分组观察。初

治组可分为上升型、下降型和相对稳定型,以上升型多见。各型 WBC 变化趋势具有一定规律性。上升型 WBC 为先升后降,高峰期无类 RAS 的表现;下降型 WBC 的总体变化趋势是下降,但部分病例在入院初期可有短暂的上升,表明病情尚未控制。无论上升型或下降型在 WBC 处于峰值时,尤其是伴有外周血早幼粒细胞明显增多者,如条件允许均可行白细胞单采。本组有 3 例接受了 2~3 次白细胞单采,虽白细胞总数下降不明显,甚至有升高趋势,但外周血中早幼粒细胞明显减少乃至消失,CR 时间短于本组中位 CR 时间。复治组 WBC 变化不明显,可能系原治疗方案影响所致。各型骨髓细胞形态学改变较为一致,以粒系退行性变为主,CR 前期可见中、晚粒细胞明显增多。

临床观察表明,复方黄黛片治疗 APL 不引起骨髓抑制,故疗程中一般无严重的感染、出血和 DIC 发生。入院时合并有 DIC 的患者,在疗程中均被控制。这表明复方黄黛片亦具有防治 DIC 的作用。

本组病例的 CR 率达 100%,初、复治(发)和各亚型患者均可获得 CR,且中位 CR 时间基本相近。

马东升等

中西医结合治疗 急性淋巴细胞白血病

马东升、吴学勤等医师(宁夏吴忠市中医院, 邮编:751100) 中西医结合治疗急性淋巴细胞白血病。

急性淋巴细胞白血病属“虚劳”、“血证”、“癥病”范畴。中医认为:“邪之所凑,其气必虚。”目前认为白血病属邪毒内陷,耗伤气血。临床多见正虚标实之象,如发热、气短乏力、多汗、手足心热等。除用中医药辨证论治外,并用西药对增加机体的抵抗力,减少感染也起到一定的辅助作用。

中医治疗原则:扶正祛邪,以益气养阴为主,佐以解毒抗癌。

常用药物:人参、黄芪、当归、熟地、麦冬、枸杞子、五味子、女贞子、龙葵、白花蛇舌草、半枝莲等。

现代医学研究证明:益气养阴方的抗白血病作用是综合的,一方面它具有促进白血病状态下骨髓造血功能的恢复,减轻白血病细胞的髓外浸润,降低恶性变的细胞膜流动性,改善其结构功能,促其恢复正常,提高机体的细胞免疫和非特异性免疫功能,而发挥间接抑、杀白血病细胞的作用。另一方面又能抑制白血病 CFUL 的产生及白血病细胞 DNA 的合成,具有一定程度的直接抑、杀作用。有提高化疗药物的敏感性,增强其杀伤白血病细胞的效力,减轻其毒性,保护骨髓,促进造血的作用。

【病案举例 1】 患者,男,6岁,因发热、四肢痛、面色苍白、纳呆3个月,于1993年5月12日入院。

查体:T37℃,贫血貌,两侧颈部、腋窝、腹股沟可扪及直径约0.5~1.0cm大小不等淋巴结多个。胸骨压痛(+),心肺(-),肝

肋下 6 cm,脾肋下 8 cm。

血象:血红蛋白 75 g/L、白细胞 1.30×10^9 /L,原幼淋占 87%,血小板 60×10^9 /L。

骨髓象:增生活跃,原幼稚淋巴细胞占 92.5%。

诊断:急性淋巴细胞型白血病 L₂。

治疗:1)经用 VP(长春新碱 1 mg,强的松 45 mg)方案化疗,7 天为 1 疗程,间歇 5~10 天。2)同时服用益气养阴中药,处方:黄芪 15 g,当归 6 g,麦冬 6 g,枸杞子 6 g,元参 6 g,黄精 6 g,五味子 6 g,白花蛇舌草 10 g。每日 1 剂,水煎分 2 次服,连续服用。

血红蛋白低于 60 mg/L 时于化疗前后少量输血。经五个疗程化疗达完全缓解(CR)而出院。缓解后继续服中药原方,并间隔 30 天用 VP 方案化疗 1 次,每周复查血常规一次。

于 1995 年 9 月 15 日复查血常规:血红蛋白 110 g/L,白细胞 6.8×10^9 /L、N 0.65、L 0.30、E 0.02、M 0.05,遂停用一切药物。

【病案举例 2】患者,男,19 岁,因发热,呕血,全身酸痛,乏力,消瘦,面色苍白一月,于 1993 年 3 月 1 日入院。

查体:T36.6℃,贫血貌,浅淋巴结(-),胸骨压痛(+),心肺(-),肝肋下未扪及,脾肋下 4 cm。

血象:血红蛋白 20 g/L,白细胞 1.1×10^9 /L,幼稚细胞占 15%,血小板 40×10^9 /L。

骨髓象:增生明显活跃,原幼稚淋巴细胞占 91%。

诊断:急性淋巴细胞白血病 L₁,并感染。

经用抗生素控制感染、输血、支持治疗。患者有心悸、气短、面色苍白、疲乏无力、舌淡、苔白、脉细数等症状。

中医辨证:气血虚弱,肝肾阴亏。

治疗:宜益气养阴。

投以大补元煎加减。

处方:人参 10 g,山药 15 g,熟地 15 g,枸杞子 10 g,山萸肉

10 g, 鳖甲 15 g, 地骨皮 10 g, 甘草 6 g, 半枝连 30 g。每日 1 剂, 水煎分 2 次服。

二诊: 连续服用半月后一般情况好转, 开始用 VAMP(长春新碱 1 mg, 阿糖胞苷 100 mg, 6-巯基嘌呤 100 mg, 强的松 45 mg) 方案治疗。7 天为 1 疗程, 间歇 7~14 天。

化疗期间中医治则: 以益气养阴为主, 佐以抗癌解毒药。

处方: 熟地 12 g, 麦冬 15 g, 黄芪 25 g, 当归 12 g, 枸杞子 15 g, 女贞子 15 g, 五味子 12 g, 白花蛇舌草 20 g, 龙葵 20 g。每日 1 剂, 连续服用。

血红蛋白低于 60 g/L 时少量输血。经 4 个疗程治疗后完全缓解(CR), 出院后继续用原方巩固治疗。

本文二例患者出现症状后能早期诊断, 早期治疗, 故取得满意疗效。在治疗过程中坚持中西医结合的治疗原则, 也是取得满意疗效的重要原因。

刘旭梅等

中西医结合治疗急性 非淋巴细胞白血病

刘旭梅、李东升、张敬东等医师(江西赣州市人民医院血液科, 邮编:341000)用中西医药结合的方法,标本兼治,取得一定的疗效。

刘旭梅等医师治疗急性非淋巴细胞性白血病,对发热病人,先用犀角地黄汤(犀角,地黄,芍药,丹皮)合当归补血汤(当归,黄芪)加减化裁。处方:生地 20 g,水牛角 15 g,丹皮 12 g,赤芍 9 g,紫草 9 g,玄参 12 g,当归 9 g,黄芪 20 g,西洋参 9 g。每日 1 剂,水煎服,分 2 次服。

热退后改用八珍汤(人参、茯苓、白术、甘草、当归、芍药、地黄、川芎)合大菟丝子饮(菟丝子、泽泻、鹿茸、石龙芮、肉桂、附子、茯苓、牛膝、石斛、熟地、川断、山萸肉、肉苁蓉、防风、杜仲、补骨脂、茴香、五味子、桑螵蛸、覆盆子、川芎、巴戟天、沉香、萆澄茄)加减化裁。处方:黄芪 20 g,生晒白参 9 g,白术 12 g,茯苓 9 g,甘草 6 g,木香 6 g,当归 9 g,白芍 9 g,熟地 18 g,生地 18 g,川芎 6 g,菟丝子 12 g,补骨脂 12 g,肉苁蓉 12 g,女贞子 9 g,旱莲草 9 g,枸杞子 9 g,何首乌 9 g,山萸肉 12 g。每日 1 剂,水煎服,分 2 次服。

研究表明:黄芪、首乌、补骨脂、菟丝子、熟地对 CFU-G(粒系祖细胞)有促进作用。白术、茯苓、女贞子对 CFU-E(红系祖细胞)有明显促进作用。黄芪配白术、苁蓉配菟丝子对 CFU-E, BFU-E(早期红系祖细胞)均有提高产率的作用。人参、补骨脂、菟丝子、肉苁蓉具有粒巨噬细胞集落刺激因子的作用。以黄芪、人参、女贞子、枸杞子、白芍为主的方药能保护与增强免疫功能,提高巨噬细

胞的吞噬活性,提高 T_4 比值,增强 NK 细胞活性,对微小残留白血病的治疗有利,延长肿瘤患者生存期。

刘旭梅等医师选初治病人 28 例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 15 例,男 10 例,女 5 例;年龄 16~59 岁,平均 29.8 岁; M_1 3 例, M_{2a} 7 例, M_{3b} 2 例, M_{5b} 2 例, M_4EO1 例;入院时中度以上发热 9 例;有出血现象的 7 例;周围血平均血红蛋白 64.5 g/L,平均白细胞数为 $58.1 \times 10^9/L$,平均血小板数为 $94 \times 10^9/L$ 。对照组 13 例,男 9 例,女 4 例;年龄 12~46 岁,平均年龄 27.8 岁; M_1 1 例, M_{2a} 5 例, M_{2b} 2 例, M_{3a} 1 例, M_{4a} 1 例, M_4EO1 例, M_{5b} 2 例;入院时中度以上发热 6 例,有出血现象的 6 例;周围血平均血红蛋白为 76 g/L,平均白细胞数为 $68.5 \times 10^9/L$,平均血小板数为 $65.5 \times 10^9/L$ 。经统计学处理,两组病人间周围血平均血红蛋白量、平均白细胞数、平均血小板数无显著性差别 ($P > 0.05$)。

治疗组:4 例用 DA 方案,柔红霉素 $40 \text{ mg}/\text{m}^2 \cdot \text{d}$,连用 3 天,阿糖胞苷 $100 \text{ mg}/\text{m}^2 \cdot \text{d}$,连用 7 天;8 例用 MA 方案,米托蒽醌 $6 \text{ mg}/\text{m}^2 \cdot \text{d}$,连用 3 天,阿糖胞苷 $100 \text{ mg}/\text{m}^2 \cdot \text{d}$,连用 7 天;3 例用 HA 方案,高三尖杉酯碱 $2 \text{ mg}/\text{m}^2 \cdot \text{d}$,连用 7 天,阿糖胞苷 $100 \text{ mg}/\text{m}^2 \cdot \text{d}$,连用 7 天。同时使用上述中药。其中 1 例用粒生素 $150 \mu\text{g}$,皮下注射,连用 8 天,平均每例输注浓缩血小板 5.6 单位(200 ml 新鲜全血浓缩的血小板为 1 单位),输注浓缩红细胞 4.7 单位(200 ml 新鲜全血浓缩的红细胞为 1 单位)。

对照组:3 例用 DA 方案,8 例用 MA 方案,2 例用 HA 方案,剂量和用法均同治疗组,其中 1 例用生白能 $100 \mu\text{g}$,皮下注射,连用 5 天,1 例用粒生素 $150 \mu\text{g}$,皮下注射,连用 5 天。平均每例输注浓缩血小板 3.2 单位,平均每例输注浓缩红细胞 6.5 单位。两组间平均输注血小板和红细胞无显著性差别 ($P > 0.05$)。

治疗组和对照组第一疗程停化疗后第 28 天血常规情况。治疗组:平均血红蛋白量 74 g/L,平均白细胞数 $4.4 \times 10^9/L$,平均血

小板数 $179 \times 10^9 / \text{L}$ 。对照组:平均血红蛋白量 49 g/L ,平均白细胞数 $2.7 \times 10^9 / \text{L}$,平均血小板数 $65 \times 10^9 / \text{L}$ 。平均血红蛋白量(g/L) $P < 0.01$,平均白细胞数($/\text{L}$) $P < 0.05$,平均血小板数($/\text{L}$) $P < 0.01$ 。两组间平均血红蛋白量、平均白细胞数、平均血小板数均有显著性差别。

治疗组第一疗程骨髓抑制期 $38 \text{ }^\circ\text{C}$ 以上发热平均为 3.1 天,对照组 10.5 天,两组间有高度显著性差别($P < 0.01$);治疗组一疗程完全缓解 7 例,完全缓解率 46.67%,对照组完全缓解 3 例,完全缓解率 23.08%,两组间一疗程完全缓解率有显著性差别($P > 0.05$)。对照组因脑出血死亡 2 例,死亡率两组间无显著性差别($P > 0.05$)。治疗组联合化疗后周围血象恢复较对照组明显加快,骨髓抑制期平均中度以上发热天数减少。

徐瑞荣等

益气养阴清热治疗急性 非淋巴细胞白血病

徐瑞荣、顾振东等医师(山东中医药大学附属医院, 邮编: 250011)以益气养阴清热法作为中医的基本治法, 与西医药结合治疗急性髓细胞白血病, 缓解率高, 患者易于接受, 有比较高的实用价值, 但老年患者治疗比较困难。

急性髓细胞白血病(AML), 亦称急性非淋巴细胞白血病(ANLL), 两者在国际文献中通用, 但 AML 更能反映国际协作组织 FAB 分类的实际。自 20 世纪 70 年代开展中西医结合治疗急性白血病的探索和积累, 在中医辨证分型的基础上发现益气养阴清热法是最基本的治法。

白血病的主要病理变化是体内白血病细胞的大量增殖, 导致红细胞数降低、血小板计数减少, 有效的粒细胞生成不足, 从而出现贫血、发热、肝脾淋巴结肿大等, 类似于中医邪毒内蕴, 耗伤阴血。化疗药物的作用主要是大量杀灭白血病细胞, 相当于中医的祛邪解毒。但化疗药在尽可能多的杀灭白血病细胞的同时, 也杀伤了同样具有增殖能力的骨髓正常造血细胞、生殖细胞及消化道上皮细胞, 从而产生一系列毒副作用。由于化疗药的长期反复应用, 使体内白血病细胞群产生耐药。

徐瑞荣等医师发现几乎所有患者都有气虚和阴虚的表现, 而邪毒内蕴是白血病发病的基本因素。气虚表现为乏力、心悸、气短等, 阴虚可生内热, 出现发热, 热迫血行则出现出血症状。故用益气养阴清热法为基本治法, 配合化疗治疗急性髓细胞白血病。益气养阴清热中药能减轻化疗药物的毒副作用, 帮助患者度过化疗

关,对完全缓解后的患者能提高免疫功能,延长生存期。部分中药具有直接杀伤白血病细胞和逆转多种药的耐药功能。

益气养阴清热法的基本方:黄芪 24 g,太子参 15 g,白术 15 g,茯苓 15 g,生地 24 g,黄精 15 g,天门冬 15 g,麦门冬 15 g,白花蛇舌草 30 g,半枝莲 30 g,小蓟 30 g,蒲公英 30 g,甘草 10 g。部分患者缓解后以基本方为主配成丸药坚持长期服用。

方解:黄芪、太子参、白术、黄精、生地、天门冬、麦门冬等能益气养阴清热;白花蛇舌草、半枝莲、小蓟、蒲公英等能清热凉血止血。选方用药与急性白血病贫血、出血、感染发热的临床表现相适应。

临床加减:

如贫血较重,乏力、心悸明显者,加当归 10 g,阿胶 10 g,枸杞子 15 g,女贞子 15 g。

如鼻衄、齿衄、皮肤瘀斑明显者,加三七粉 3 g,丹皮 12 g,玄参 15 g,紫草 10 g。

如伴感染、热势较重者,加金银花 30 g,连翘 15 g,栀子 12 g,黄芩 12 g,板蓝根 15 g。

如持续高热不退者,加安宫牛黄丸。

部分患者缓解后以基本方为主配成丸药坚持长期服用。

配合化疗:诱导缓解方案 DA、HA、MA、IA, A 为阿糖胞苷 100~200 mg,静脉滴注,1 天 1 次,第 1~7 天。D 为柔红霉素 40~60 mg, M 为米托蒽醌 8~10 mg, I 为去甲氧柔红霉素 10~15 mg, 静脉注射,1 天 1 次,第 1~3 天。H 为高三尖杉脂碱 2~4 mg, 静脉滴注,1 天 1 次,第 1~5 天。每疗程间歇 1~3 周。中枢神经系统白血病,鞘内注射甲氨喋呤 5~10 mg,每周 2 次,用至正常。缓解后用原方案强化巩固治疗 2 疗程。一般 1 年内每个月化疗 1 次,2 年内每 2~3 个月化疗 1 次。以后视病情维持化疗。M₃ 予维甲酸治疗 10~20 mg,1 天 3 次,用药 45~60 天。亚砷酸

10 mg, 静脉滴注, 1 天 1 次, 连用 30~60 天。

并发症及支持疗法: 防治胃肠道反应, 用胃复安、地塞米松或恩丹西酮等, 注意口腔护理及清洗肛周, 室内消毒, 合理输注成分血及应用抗生素等。

徐瑞荣等医师以此基本法配合化疗治疗 AML156 例。其中男 93 例, 女 63 例, 年龄 12~78 岁, 中位数年龄 35 岁, 其中 60 岁以上的老年患者 32 例。按国际 FAB 协作组 1985 年制订的诊断标准, 急性粒细胞白血病未分化型(M_1)28 例, 急性粒细胞白血病部分分化型(M_2)44 例, 急性早幼粒细胞白血病(M_3)40 例, 急性粒单核细胞白血病(M_4)8 例, 急性单核细胞白血病(M_5)25 例, 急性红白血病(M_6)11 例。其中初治 125 例, 复治 31 例。

根据病情, 其中 65 例患者静脉滴注参脉注射液 60~80 ml, 1 天 1 次, 14~18 天为 1 个疗程。12 例 M_3 患者静脉滴注丹参注射液 20 ml, 1 天 1 次, 10~14 天为 1 个疗程。18 例老年患者静脉滴注榄香稀乳注射液 200 mg, 1 日 1 次, 10 天为 1 个疗程。

按 1987 年苏州全国白血病化疗会议疗效标准评定。完全缓解(CR)113 例, 完全缓解率 72.4%, 属国内较高水平; 部分缓解(PR)20 例, 部分缓解率 12.8%; 未缓解(NR)23 例, 未缓解率 14.7%; 总缓解率 85.3%。 M_1 、 M_2 、 M_3 的 CR 率较高, M_4 、 M_6 的 CR 率较低。IA 治疗 CR 率略高, 但无统计学意义。应用维甲酸治疗的 18 例 M_3 完全缓解 15 例, 完全缓解率 83.3%。亚砷酸治疗 3 例完全缓解 2 例, 但例数太少, 无可比性。老年患者 32 例中 CR 18 例(43.8%), 明显低于其他年龄段($P < 0.01$)。

远期疗效: 113 例 CR 随访 86 例(76.1%)生存 6~122 个月, 中位生存时间 28.5 个月。3 年以上 42 例, 占全部 CR 的 37.2%, 占随访的 48.8%。生存 5 年以上 25 例, 占 CR 者的 22.1%。

王庆云等

中药分期治疗急性 非淋巴细胞白血病

王庆云、周荣卿等医师(泰兴市第二人民医院,邮编:225411)采用西药联合化疗加中药分期治疗急性非淋巴细胞性白血病,疗效较好。

目前联合化疗是治疗急非淋白血病的主要手段,但化疗抑制骨髓,明显减少白细胞、血小板,易使病人发生严重的感染、出血、贫血而死亡。王庆云等医师结合使用中医药治疗本病,诱导期以清热解毒、攻邪抗癌为主,间歇期和缓解期以益气养血、扶正固本为主,减轻了化疗的毒副作用,调动了机体的免疫功能,从而延长了缓解期,提高了缓解率。中西医结合治疗本病比单纯西医治疗效果好。

一、诱导期(化疗期)

治则:以清热解毒、抗癌攻邪为主。

基本方组成:生地 30 g,丹皮 10 g,玄参 10 g,青黛(另包)3 g,山栀 10 g,紫花地丁 15 g,白花蛇舌草 20 g,半枝莲 10 g,赤芍 10 g,地骨皮 10 g。每日 1 剂,疗程 5~7 天。

临床加减:如出血者,加水牛角粉等;如发热者,加龙胆草、羚羊角粉等;如骨痛者,加蒲黄、五灵脂、乳香等。每日 1 剂,疗程 5~7 天。

二、化疗间歇期与缓解期

治则:以益气养血、扶正固本为主。

基本方组成:党参 15 g,黄芪 30 g,白术 10 g,熟地 30 g,当归 10 g,阿胶(烔化)15 g,紫河车 10 g,甘杞子 10 g,淮山药 15 g,炒白

芍 10 g。每日 1 剂,疗程半个月。

临床加减:如食欲不佳者,去熟地,加焦楂曲、茯苓、陈皮等;如头昏乏力者,加山萸肉、龟版等;如口腔溃疡者,加生石膏、玄参、牛膝等。

选 12 例患者,其中男 7 例,女 5 例;年龄 5~53 岁,平均 35 岁。全部病例均经上海、南京等省市级医院确诊。白血病按 FAB 进行分类: M_2 4 例, M_3 4 例, M_4 3 例, M_5 1 例。

按传统联合化疗方案进行诱导缓解治疗。 M_2 、 M_4 、 M_5 采用 HOAP 或 DA 化疗方案, M_3 用维甲酸诱导缓解。同时根据中医辨证分期治疗。

根据 1987 年全国白血病化疗讨论会(苏州)拟定的急性白血病疗效标准。完全缓解(临床症状消失,血象、骨髓象均正常)9 例;部分缓解(临床症状好转,但血象或骨髓象未达到正常标准)2 例;未能缓解(临床症状未有好转,血象、骨髓象未正常)1 例。完全缓解率为 75%。

吴继萍等

寒痹散治疗急性非淋巴细胞 白血病皮肤浸润

吴继萍、何晓明等医师(云南中医学院附属医院, 邮编: 650021)用自制寒痹散治疗急非淋皮肤浸润 1 例, 取得较好疗效。

急性非淋巴细胞性白血病是造血系统的一种恶性疾病, 体内有大量白血病细胞广泛而无控制地增生, 出现于骨髓和许多其他器官、组织, 并进入外周血液。我国急性白血病比慢性多见。急非淋患者目前预后还是比较差, 不治疗的自然病程很短, 其白血病细胞皮肤浸润临床上不常见。病人总的治疗原则是减轻痛苦, 提高生活质量。

寒痹散组成: 川乌 8 g, 草乌 8 g, 桂枝 6 g, 麻黄 6 g, 细辛 3 g, 红花 45 g, 川芎 6 g, 南星 6 g, 半夏 5 g, 甘松 6 g, 樟脑 15 g。

方解: 方中川乌、草乌、麻黄、桂枝、细辛具有温阳散寒通络, 软坚止痛的功效; 川芎、红花可活血化瘀; 半夏、南星可软坚散结; 甘松、樟脑为引经药。

现代医学认为: 半夏、南星、川芎、红花对肿瘤细胞生长有杀伤和抑制作用, 能抑制肿瘤细胞 DNA、RNA 合成。

功能: 温阳散寒, 活血化瘀, 软坚散结, 解毒止痛。

用法: 研粉, 开水调匀, 均分 2 份, 热敷患处 2~4 小时, 每日 2 次。

【病案举例】 史某, 58 岁, 以左上臂、左腹股沟包块肿胀疼痛 1 个月, 加重 1 周入院。

症状: 左上臂、左腹股沟局部冷痛, 不能活动行走, 神疲乏力, 面色苍白, 畏寒肢冷, 纳呆, 少气懒言, 舌质淡黯, 舌苔薄白, 脉象细

弦涩。患者主要是白血病细胞皮肤浸润影响左上下肢活动,生活不能自理,其拒绝化疗。

查体:一般情况差,神清,重度贫血貌,皮肤、黏膜无黄染。可及双侧颌下、左腋下、双侧腹股沟浅表淋巴结数枚,大者约 3×4 cm,小者 0.5×0.5 cm。左上臂及左腹股沟包块分别为 7×9 cm, 9×13 cm大小,局部皮肤呈紫红色,质硬,不活动,压痛明显。颈软,双肺呼吸音稍粗,心界无明显扩大,R:108次/分,律齐,未闻及杂音。腹平软,肝脾未及,未触及包块,移动性浊音(-),肠鸣音正常,双下肢踝以下轻度凹陷性水肿。血常规见外周血有幼稚细胞,骨髓片见大量幼稚单核细胞。

诊断:为急性非淋巴细胞白血病。

中医辨证:为脾肾阳虚,寒血凝滞。

用自制寒痹散外敷肿块处。用药3小时后,包块明显缩小,左上下肢可以活动,能行走,疼痛缓解,生活自理,10小时后左腹股沟包块消失,半月后左上臂包块消失。

【按】本例患者属机体阳气不足,寒从内生,致阳气虚衰。因肾中藏有真阳,为一身阳气之本,能温煦全身脏腑组织。脾为后天之本,是气血生化之源,主运化精微至各脏腑组织,使阳气达于肢体四末。本病由脾肾阳虚,失其温煦作用,寒邪日重,气血凝滞,寒瘀互结,瘀积于皮肤所致。患者用寒痹散热敷,可促进皮肤吸收,使疼痛缓解,包块消失,生活自理,辨证用药,见效迅速。

夏小军等

急性单核细胞白血病验案

夏小军、张鑫智等医师(甘肃省庆阳地区中医医院, 邮编: 745000)以天蓝苜蓿、墓头回等为主的清热解毒中药治疗急性单核细胞白血病。

联合化疗作为治疗急性白血病的主要手段, 目前已被广泛采用。但化疗祛邪亦伤正, 对化疗药物不敏感或者有严重合并症者, 可在严密观察病情下采用中药治疗而达 CR。根据急性白血病的特异性病理变化是白血病细胞的增生与浸润, 经治疗达 CR 后体内仍存在微小残留白血病细胞的特点, 清热解毒的中药可用于疾病治疗的始末, 以期最大程度地杀灭白血病细胞。夏小军等医师处方中所应用的主药天蓝苜蓿(Medicago)及墓头回(Patrinia heterophylla Bunge)等经体外药敏试验, 表明均具有抗急性白血病细胞的作用。

【病案举例】 患者, 男, 17 岁。以头痛、头晕 7 个月, 于 1991 年 7 月 9 日收住院。该患者于 1990 年 12 月底出现上述症状并伴左眼球突出, 右侧耳聋, 在某医院经骨髓穿刺等确诊为急性单核细胞白血病(M_{5b})合并中枢神经系统白血病(CNSL)。治疗曾用 DA、HOAP 方案分别化疗 2 个疗程, 甲氨蝶呤(MTX)加地塞米松(Dex)各 10 mg 鞘内注射共 6 次, 并输血 3 200 ml, 均未缓解, 又并发肛周脓肿。

检查: T 37.0 ℃, P 70 次/min, R 18 次/min, BP 14.0/9.0 kPa。贫血貌, 毛发稀疏, 左眼球突出, 右耳听力丧失, 全身皮肤无黄染及出血, 浅表淋巴结无肿大, 胸骨无压痛, 心肺正常, 肝脾肋下未触

及,神经系统未引出阳性体征,肛门左侧可见 3 cm×5 cm 肿块已溃破,并有脓液渗出。舌质淡,舌苔白,脉象细。

实验室检查。血象:Hb75 g/L,RBC 2.3×10^{12} /L,WBC 11.8×10^9 /L,N 0.67,L 0.15,M 0.18,BPC 95×10^9 /L。骨髓象:增生极度活跃,红系增生明显受抑,单核细胞明显增生,原单核细胞 0.26,幼稚单核细胞 0.34,过氧化物酶染色阳性。脑脊液化验正常。

诊断:急性单核细胞白血病(M_{5b}),合并肛周脓肿。

中医辨证:为邪毒炽盛、痰瘀互结。

治则:清热败毒,活血化瘀,化痰散结。

处方:天蓝苜蓿 30 g,墓头回 30 g,龙葵 20 g,虎杖 20 g,半枝莲 20 g,白花蛇舌草 20 g,夏枯草 15 g,赤芍 10 g,山豆根 15 g,白茅根 15 g,仙鹤草 15 g,青黛 3 g(冲服),紫河车粉 3 g(装空心胶囊冲服),炙鳖甲 10 g(先煎)。每日 1 剂,水煎服。

肛周脓肿局部清洁后外敷消肿止痛膏,每日 1 次。

同时根据脓液细菌培养结果选用有效抗生素,鞘内注射 MTX 加 Dex 各 10 mg 治疗 CNSL,共 4 次。

二诊:治疗 32 天肛周脓肿已愈。复查:Hb80 g/L,RBC 2.75×10^{12} /L,WBC 4.0×10^9 /L,N 0.55,L 0.41,M 0.04,BPC 125×10^9 /L。骨髓增生活跃,单核细胞 0.02,幼稚单核 0.06,达部分缓解(PR)。

中医辨证:为邪毒渐退,气阴两虚。

治则:益气养阴,解毒化痰。

处方:天蓝苜蓿 20 g,墓头回 20 g,龙葵 20 g,半枝莲 20 g,白花蛇舌草 20 g,太子参 20 g,黄芪 20 g,当归 20 g,女贞子 15 g,旱莲草 15 g,生地 15 g,茯苓 10 g,白术 10 g,紫河车粉 3 g(装空心胶囊冲服)。每日 1 剂,水煎服。

三诊:服药 21 剂诸症皆愈,经血象、骨髓象复查达完全缓解(CR)。

此后交替服用以上两方,半年后将原方浓缩为蜜丸剂,每次

18 g,每日 2 次。持续交替服用。5 年后减半量服用。6 年后停药。其间用 MTX 加 Dex 各 10 mg 鞘内注射共 6 次,并定期复查,临床症状、血象及骨髓象均达 CR。随访至今已无病生存 7 年。

邱
仲
川
等

中西医分期论治慢性 粒细胞白血病

邱仲川(上海中医药大学附属曙光医院, 邮编: 200021)、胡琦、陈佩、王运律、应平平等医师应用辨证与辨病相结合论治慢性粒细胞白血病, 整体疗效水平得以提高, 与单一药物治疗或传统化疗比较, 具有高效、远效、安全、低毒的优点。

慢粒白血病是由于多能干细胞系异常所致, 特征性表现为 Ph¹ 染色体阳性或形成 BCR-ABL 嵌合基因。90 年代 α -IFN 治疗慢粒得到了国内外血液界的肯定, 经 α -IFN 治疗的患者有少部分细胞遗传学可达到正常, 并可慢慢性期发展至恶化期所需的时间有延长, 但病至加速期, 用 α -IFN 的疗效不佳。而单用羟基脲或甲异脲治疗慢粒患者的中位生存期为 30~45 个月, 同样不能延缓慢粒急变的发生。

中西医结合分期辨证论治的特点是辨证与辨病相结合, 在分期治疗的同时, 再根据患者临床症状、骨髓象和外周血像进行分期辨证施治。在慢性期除应用公认的适量 α -IFN_{2b} 治疗外, 结合慢性期肝热血瘀的特点, 用清肝化瘀方合抑制细胞增殖的甲异脲类药物, 除有相当高的缓解率外, 还使 α -IFN、甲异脲类药物的副作用显著减轻, 患者的体质明显改善, 生活质量提高, 慢性期更延长。一旦病情恶化进入尚可逆转的加速期, 除结合辨证改用养阴解毒方外, 选用慢性期尚未用的慢粒细胞尚且敏感的羟基脲治疗。

选 50 例慢性粒细胞性白血病(以下简称慢粒患者), 门诊 8 例, 住院 42 例。其中男性 31 例, 女性 19 例; 年龄 16~72 岁, 中位年龄 48 岁; 初治者 30 例, 复治者 20 例(其中用过马利兰 4 例, 羟

基脲 6 例,干扰素 2 例,羟基脲合干扰素 8 例);病程 3 天至 3.5 年。按照 1989 年第二届全国白血病治疗讨论会制定的慢粒诊断标准和分期标准,分慢性期、加速期、急变期。治疗前均确定为慢性期,停止原来的治疗方案。

一、慢性期

多为初发或发病 3 年内的患者,临床以代谢增高症状为主。有 38 例做过染色体分析,Ph¹ 染色体阳性者 36 例。白细胞 AKP 积分 0~6 分者 37 例,7~10 分者 9 例,11~20 分者 4 例。

用甲异靛或靛玉红合 α 干扰素(IFN)治疗。其中服甲异靛者 24 例,靛玉红者 18 例。外周血白细胞超过 $10 \times 10^9/\text{L}$ 或血小板超过 $400 \times 10^9/\text{L}$,服甲异靛或靛玉红,每日 3 次,每次 25~50 mg,服至白细胞降至 $4 \times 10^9/\text{L}$ 、血小板 $100 \times 10^9/\text{L}$ 左右停药。50 例患者均在治疗的第 1 年内用 α -IFN_{2b}300 万 U,隔日注射;34 例用至第 2 年,12 例用至第 3 年,8 例用至 4 年以上;22 例患者自第 3 年起每年用 α -IFN_{2b}300 万 U 隔日注射 3~6 月。

中医辨证:为肝热血瘀型。

主要症状:低热,盗汗,骨痛,心烦易怒,胸胁胀满,腹内癥积大而坚硬,便秘,舌质红,脉象细数等。

治则:宜清肝化瘀。

自拟清肝化瘀方:青蒿 12 g,地骨皮 15 g,丹皮 15 g,黄芩 12 g,山栀 12 g,三棱 15 g,莪术 15 g,狗舌草 15 g,白花蛇舌草 15 g,龙胆草 15 g,冰球子 15 g,甘草 10 g。

二、加速期

多发生在 3~5 年内,中位发生期 44 月,共 15 例,以治疗耐药、脾大、血小板过高或过低为主,有 6 例合并骨髓纤维化。

用羟基脲治疗。羟基脲 1~3 g/日,服至白细胞降至 $4.0 \times 10^9/\text{L}$ 、血小板 $100 \times 10^9/\text{L}$ 左右停药。

中医辨证:为阴伤毒盛型。

主要症状:面色晦暗,口干饮冷,手足心热,或见鼻齿衄血,癥积复见增大,舌质红少苔,脉质细数等。

治则:宜养阴解毒。

自拟养阴解毒方:北沙参 15 g,赤芍 15 g,丹皮 15 g,炙鳖甲 15 g,旱莲草 15 g,龙葵 15 g,鬼臼 15 g,半枝莲 15 g,白花蛇舌草 30 g,甘草 10 g。

三、急变期

多发生在第 4 年,中位发生期 48 月,共 8 例(急淋变 5 例,急粒变 2 例,急单变 1 例),5 年急变率为 16%。

急淋变用 DVP 方案,急粒变、急单变用 DA、AA、HA 方案。

中医辨证:为阴虚瘀结型。

主要症状:多为病至后期,邪毒久久不除,阴液枯涸,营血热炽,瘀血日甚,见腹中癥块日渐增大,身热起伏,疲惫乏力,口干苦不饮,舌质光红或瘀斑,脉象细数等。

治则:宜滋阴消癥。

自拟滋阴消癥方:天冬 30 g,太子参 15 g,生地黄 15 g,黄柏 10 g,砂仁(后下)3 g,炙鳖甲 15 g,炙龟版 15 g,泽兰叶 15 g,益母草 15 g,甘草 15 g。

按照 1978 年全国白血病防治协作会议的标准判定疗效与治疗结果,分完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、未缓解(NR)。

治疗结果。慢性期总有效率(CR + PR)为 98% (49/50)。加速期总有效率(CR + PR)为 80% (12/15)。5 年急变发生率 16% (8/50),急变期生存均在 6 个月以上,其中 4 例超过 12 个月。慢性期显著延长,中位生存期 > 72 个月。经临床治疗观察 5 年,共死亡 10 例,8 例死于急变,1 例死于急性心肌梗塞,1 例死于尿毒症,5 年生存率达 80%。

中西医结合分期辨证论治的方法使慢粒白血病慢性期得到延长,中位生存期 > 72 个月,5 年生存率达 80%。

梁贻俊

辨治慢性粒细胞白血病

梁贻俊教授(北京中日友好医院,邮编:100029)从事血液病治疗研究 30 余年,近年经治慢性粒细胞性白血病(慢粒)多例,通过不断再认识,从中探讨出本病的主因、演变过程以及整体治疗方法,延长慢性期、防止急变及合并骨髓纤维化。

一、病因病机

(一)毒邪:是导致本病的主因。

1. 先天之毒(胎毒):乃母体通过胎血循环传致胎儿,潜伏不发,潜伏期长短与正气(免疫功能)强弱有关。一旦正虚或复受外毒侵袭,则伏毒泛溢,始而发病。

2. 后天之毒(外毒):

(1)六淫化毒:即六淫之邪过甚,化为毒邪损伤机体,积伏待发,一旦正气亏虚,调节功能失常,始发其病。

(2)毒气:指一些特殊致病物质,如电离辐射、化学物质等,此种毒气多具暴烈之性,机体感之,正气难以调节,感而即发。

(3)指药物内所含的毒性物质,若误服、过服、久服或用法不当,其药毒通过口鼻黏膜、皮肤等不同途径侵入机体,损伤脏腑经络,轻则潜伏,甚则伤正致虚而发病。

(二)正虚:是发病的条件,是病进的根本。

正邪相争,正气虽衰尚可与毒邪相抗,邪毒不得嚣张,只暗耗精血,疾病处于稳定或缓慢进展阶段。然邪毒日进,正气渐衰,毒蕴日久,癥积不消,毒瘀交织互结,可见癥积速增,颈项腋下毒核迅起。髓毒损伤骨络则骨痛;邪盛正衰,正伤精耗,血减髓枯;毒热蒸腾,热伤脉络,可见出血诸症;毒盛急变,致血枯髓竭;毒热上扰神

明,则躁动神昏。此时病至终末期,阴绝阳散,阴阳离绝。

二、治疗法则

(一)解毒

病机:毒邪侵髓犯血,阳热亢盛。

常用药物分两大类,根据疾病辨证分期不同随机选用。

1. 清热凉血解毒:如水牛角、羚羊角粉、人工牛黄粉、赤芍、丹皮、黄连、黄芩、黄柏、知母、栀子、青黛等。

2. 抗癌解毒:如白花蛇舌草、半枝莲、龙葵、蛇莓、蟾酥、卷柏等。

(二)扶正

目的在于提高机体免疫能力,抑制病态细胞恶性增殖,促其凋亡,起机体调节作用。扶正的重点在肾,即滋肾阴,填肾精,使之阴阳协调,化生精血,但应注意切勿过之而助邪。

常用药物:如二地、山萸肉、女贞子、旱莲草、桑椹子、牛膝、元参、石斛等。适时尚需益气,气充则血生,常用药物如黄芪、太子参、西洋参、白术等。

(三)活血化瘀

目的:消除髓血瘀滞,通畅血脉,有助于解毒、扶正药力的发挥;可防毒瘀再结,导致病势发展;对本病后期合并骨髓纤维化起预防作用。

运用:在病之初期,虽无明显瘀象,但毒伏于内,易致气滞血瘀,故应用少量活血之品,可延缓毒瘀毒结、癥积形成;病至中末期,瘀象毕至,癥积显著,可适当加大活血药量,但不宜用破血之品。癥积虽为瘀所致,实为毒瘀毒结,就本病而言,祛瘀不宜作为单一治法,毒解邪祛则瘀结可散,血象恢复正常,癥积自消。

常用药物:如丹参、红花、桃仁、山楂、泽兰、姜黄、郁金等。

三、中西相参,辨证辨病结合

梁老认为慢粒的治疗应参考西医对本病的分期,把握疾病发

展、演变规律,结合中医辨证分型,同病异治,处方用药个体化,对不同阶段的患者,根据临床表现,结合其骨髓、外周血象的变化,辨病辨证相参,立法施方,有的放矢,既要改善和缓解临床症状,又要控制骨髓和血象变化,必要时中西药物并用,取长补短,提高治疗效果,延缓疾病发展。

(一)慢性期

本期病程较长,可分两型。

1. 毒邪侵髓,阴虚火旺型

本型多见于慢粒初发。未经任何治疗来中医就诊者较少,经西药治疗病情尚不稳定,临床症状明显者多见。

主要症状:面色苍白无华,五心烦热,低热盗汗,心烦而悸,纳差腹胀,胁下癥积,形体消瘦。舌质淡尖红,舌苔薄白,脉象细数等。

治法:宜清髓毒热,滋补肾阴。解毒为先,清热、抗癌药物并用,滋补肾阴次之,少佐和胃活血之品。

常用药物:黄连 15~30 g,黄柏 15~30 g,知母 15~30 g,青黛 6~10 g,青蒿 15~30 g,白花蛇舌草 30~50 g,龙葵 20~40 g,赤芍 20~40 g,元参 20~40 g,生地 20~40 g,熟地 15~30 g,石斛 15~30 g,花粉 15~30 g,陈皮 10~15 g。

对已使用西药治疗病情稳定者,中药扶正滋补胃阴为主;对西药治疗效差、血象控制不满意者,应重用清相火解毒之品,佐以滋补肾阴,可同时选用紫金锭、梅花点舌丹、异靛甲配合治疗,慎用补气药物。

2. 毒伏骨髓,气阴暗耗,毒瘀互结型

本型为慢粒慢性期,病程较长,历经数月至数年之久。

主要症状:头晕气短,动则乏力,自汗盗汗,腰酸腿软,心悸眠差,脾区不适,大便溏稀。舌质淡,舌苔白,脉象沉细少力等。

治法:宜滋阴益气,解毒,化瘀散结。本型扶正为主,解毒为

辅,酌加活血药物,但不可破血。

常用药物:熟地 20~50 g,生地 30 g,山萸肉 15~30 g,黄芪 15~30 g,炒白术 20~30 g,当归 6~10 g,黄芩 15 g,黄连 20 g,黄柏 20 g,卷柏 15~30 g,红花 6~10 g,生山楂 10 g,山慈姑 6~10 g,生姜 2~3 片。

部分患者临床症状常不明显,需依血象变化调整用药:如嗜碱粒细胞增高时,可重用熟地、山萸肉、五味子等。如原始与早幼粒细胞偏高时,可加青黛、白花蛇舌草、半枝莲、山豆根等,配合服用六神丸。如长期使用干扰素出现网织红细胞降低、红细胞系统受抑时,可加仙灵脾、巴戟天等,重用黄芪、当归等。如为防干扰素致肺与骨纤维化,还应加用化痰、活血药物。

(二)加速期

本期病程约 3~6 个月。

中医辨证:毒热蒸腾,气阴俱伤,髓脉瘀滞。

主要症状:面色晄白或褐暗,身热,肋下癥积、坚硬疼痛,腰膝酸软,骨痛。舌质淡红,舌苔白厚或黄厚而腻,脉象细数。

治法:宜清热解毒,滋阴益气,化瘀止痛。

常用药物:黄芩 20~30 g,黄连 20~30 g,黄柏 20~30 g,干蟾皮 4~8 g,青黛 6~10 g,人工牛黄粉 6~10 g,白花蛇舌草 20~50 g,龙葵 20~50 g,黄芪 20~40 g,太子参 20~30 g,生地 20~40 g,熟地 15~30 g,山萸肉 10~20 g,女贞子 15~30 g,旱莲草 15~30 g,当归 6~10 g,丹参 20 g,生牡蛎 20~30 g,陈皮 10~15 g,砂仁 6~10 g。

对使用西药治疗的本期患者,应滋阴清热为主,解毒抗癌次之;若未用西药,当解毒为先抗癌解毒重于清热解毒;在扶正之中滋阴重于益气,可配合异靛甲、梅花点舌丹同治。本病的发热,为髓毒内蕴、毒热外蒸、深伏血分伤阴所致,治疗宜重用滋阴药清血分伏热,以退蒸解毒,方可奏效。

(三)急变期

为慢粒终末期,病势凶险,发展迅速,常需中西医结合并治,以望逆转病势,转危为安。

1. 毒热积盛,扰神动血,正气虚衰型

本型多见于急变后联合化疗效果差者。

主要症状:壮热不退,烦热不眠,腹满坚硬,胸胁作痛,斑疹隐隐,鼻衄齿衄,甚则呕血黑便,躁动不安,神识不清,舌质淡白,或见瘀斑、血泡,舌苔灰焦糙,脉象弦滑数等。

治法:宜清热抗癌,解毒凉血,兼顾正气。

常用药物:水牛角 20~40 g,羚羊角粉 3~5 g(分冲),白芍 10~20 g,丹皮 10~20 g,生地 30~40 g,生石膏 20~50 g,知母 15~30 g,元参 20~40 g,黄连 20~30 g,西洋参 10~15 g,茅根 30~50 g,小蓟 30~50 g,仙鹤草 20~40 g,青蒿 16~30 g,白花蛇舌草 50 g,龙葵 25 g,蛇莓 25 g。

如联合化疗时,中药宜清热凉血止血,顾护正气,清除兼症。如高热神昏者,上方送服安宫牛黄丸,每日 2~4 丸。如抽搐、便实者,上方送服紫雪丹,每日 3~6 g。若患者不能耐受化疗或化疗无效时,中医当辨病辨证结合,标本兼治,清相火解毒、扶正填真阴,以救危亡。

2. 阴虚阳衰,气伤血亏,余毒未尽型

本型多见于化疗过程中或猛烈化疗之后的患者。

主要症状:面色褐暗,神气衰微,少气懒言,毛发枯燥,肌肤甲错,唇甲色淡,肢冷,呕恶不食。舌质淡,舌苔白,脉象沉细数无力等。

治法:宜补阴助阳,益气养血,祛余毒和胃。

常用药物:熟地 10~30 g,首乌 20 g,女贞子 20 g,枸杞子 15~30 g,仙灵脾 6~15 g,巴戟天 6~10 g,黄芪 30~50 g,西洋参 10~20 g,当归 10~20 g,白芍 10~20 g,白花蛇舌草 30~50 g,蛇莓 15~30 g,陈皮 10 g,半夏 10 g,竹茹 10 g,砂仁 6 g,山楂 10~15 g。

王士福等

从“瘀”论治慢性粒细胞白血病

中医名家王士福教授、徐军娟医师(天津中医学院, 邮编: 300193)从“瘀”论治慢性粒细胞白血病。

慢性粒细胞白血病属白血病范畴, 是伴有获得性染色体异常的多能干细胞水平上的恶性变而引发的一种细胞株病。其临床特征为显著的粒细胞过度生成。临床表现为乏力、消瘦、发热、肝脾肿大及骨髓粒细胞恶性增殖, 中医学将本病归于“虚劳”、“癥积”等范畴。慢性粒细胞白血病早期可无症状, 起病缓慢, 因体检或其他而发现。该病为气血痰食邪毒长期相互搏击而成, 病情隐匿, 须防误诊、漏诊。

《诸病源候论》中曰:“虚劳之人, 精髓萎竭, 血气虚弱, 不能充盈肌肤, 故此羸瘦也。”并载有“其病不动者, 直名为癥。”《丹溪心法》中云:“积在左为血块, 气不能作块成盛, 块乃有形之物也, 痰与食积死血而成也。”可见本病发生乃先天禀赋不足或后天失养引起脏腑亏虚, 毒邪一旦入侵伤血及髓, 致使气虚血亏, 脏腑功能失调, 邪与营血相搏结, 使气血流通失畅, 脉络瘀阻, 久而成积。慢性粒细胞白血病临床表现多与“瘀”有关。邪毒内郁, 气滞血瘀, 脾胃不健, 故食欲不振, 周身乏力; 郁久化热, 热熬津血, 血瘀气结, 营卫失和, 故有低热多汗, 头昏心慌; 久而成结, 血络瘀阻, 中气大伤, 故腹胀腹痛, 神疲消瘦; 滞留不散, 交合而成块, 化热生火, 扰及营血, 灼伤阳络, 迫血多处妄行; 血瘀日久, 新血不生, 营气大伤, 故面色萎黄晦暗。而起病缓慢, 隐蔽难愈, 皆为瘀之特点。总之, 该病为毒邪久恋血分, 因毒致瘀, 伤及全身, 正虚瘀结, 热毒炽盛, 邪毒已入

血伤髓,进入营血,相搏到气血瘀滞,当以祛邪而扶正,祛毒化痰。皆从“瘀”论治以治其实,重用生黄芪、三棱、莪术、穿山甲等药物而达到邪去元气自复的目的。

【病案举例 1】 杜某,男性,76岁。患者3年前无明显诱因发热,自以为感冒,用感冒片及抗生素治之,治疗无效,仍时见低热。后食欲不振,体倦乏力,汗多,低热常见。遂至某医院查血象及骨髓象均示:慢性粒细胞白血病。由于患者年高不堪放射疗法,并拒绝骨髓移植手术,要求中医治疗。

刻诊:患者被其家属搀扶,消瘦脱形,面色萎黄,神疲倦怠,舌质淡舌苔黑,脉象细弱,肋下有块,触多坚硬。

分析:《素问·举痛》载:“血泣不得注于大经,血气稽留不得行,放宿昔而成积矣。”点出了本病脾肿大的特点。明代李中梓指出“大积大聚,不搜而逐之,进补汤无益也。”

治则:补益气血,祛毒逐瘀。

方药:八珍汤(人参,茯苓,白术,甘草,当归,芍药,地黄,川芎)加白花蛇草、黄芪、枸杞子、菟丝子、女贞子、鸡血藤、三棱、莪术、穿山甲(先煎)。每日1剂,分3次温服。

二诊:2周后,低热消失,食欲渐佳,仍汗多,神疲倦怠,舌质淡,舌苔黑,脉象细。加倍黄芪用量继服2周。

治疗2月后,无不适主诉,精神好,嘱原方每2日1剂,注意饮食调养。随访3年,其起居自如。

【病案举例 2】 余某,女性,45岁。患者4年前闭经,未引起重视。2年前开始脘腹胀满,腹痛并发现紫癜。至某血研所诊为慢性粒细胞白血病。骨髓穿刺显示已不适宜手术,遂要求中医治疗。

刻诊:患者肋下积块坚硬,疼痛不移,多处紫癜,经闭,面色黄晦暗,舌质暗淡,舌苔黄,脉象细数。

分析:叶桂在《临证指南医案》指出:“初为气结在经,原病血伤

入络。”本病出现巨脾症时,可出现脾梗塞或脾周围炎,产生巨痛或久痛不止,与“久病人络”十分相似。此外,他还明确指出络病可致发黄,“久病必络,气血不行,发黄,非疸也。”指明了瘀血发黄与湿热黄疸的不同。

治则:补益气血,行气散瘀,清热凉血。

方药:清营汤(元参、生地、麦冬、犀角、银花、连翘、丹参、竹叶心)加生黄芪、当归、茯苓、棕榈炭、仙鹤草、旱莲草、女贞子、赤白芍、三棱、莪术、穿山甲(先煎),每日1剂,分3次温服。

二诊:2周后,疼痛减轻,紫癜消失,效不更方,继服2周。

三诊:脘腹胀满、腹痛消失,肋下积块变软,仍见经闭,体色黄晦暗,舌质暗淡,舌苔黄,脉象细。复查血象正常。

方药:八珍汤合生黄芪、五味子、茯苓、泽泻、仙鹤草、旱莲草、女贞子、白花蛇草、三棱、莪术、穿山甲(先煎),每日1剂,分3次温服,以巩固疗效。

随访2年未发。

王运律等

清肝化痰治疗慢性粒细胞白血病

王运律、吴正翔等医师(上海中医药大学附属曙光医院, 邮编: 200021)在中医整体辨证的理论指导下, 运用清肝化痰法为主治疗慢性粒细胞白血病, 同时辅以扶正固本, 疏肝解郁, 调畅情志, 整体治疗, 有效地提高了血液肿瘤患者的生存质量, 延长其生存期。

慢性粒细胞白血病(CML)是常见的血液肿瘤之一。CML是骨髓克隆性增生的多能干细胞异常疾病, 伴特异的细胞遗传的异常, 即 Ph 染色体阳性。现代医学治疗 CML 主要方法是化疗、干扰素和骨髓移植。现代医学运用化疗(如羟基脲、马利兰)和干扰素等治疗 CML, 其疗效是依赖于化疗药物或干扰素对肿瘤细胞的杀伤、诱导分化、促进凋亡等生物学作用。有报道, 马利兰或羟基脲治疗 CML, 中数生存期 35~45 个月, 5 年生存率为 29%~44%。干扰素治疗 CML, 中数生存期为 65 个月, 5 年生存率约为 50%~59%。同种异体骨髓移植, 有治愈 CML 的可能, 但是受供体来源和受体条件的限制, 不能广泛应用, 而且风险大, 5 年生存率约为 60%。

现代医学研究结果表明, 肿瘤的发生、发展、转归和患者的性格特征、心理因素密切相关。患者在得知患肿瘤后, 多伴抑郁、不安、悲观、焦虑等心理反应。这些负性情绪会削弱机体的免疫功能, 影响疾病的转归。中医学一直认为, 情志因素是致病的主要因素之一, 疾病也可以引起情志的波动。“因病致郁”, 郁证, 是最常见症状之一。郁证, 首先影响机体的气机, 后伤及脏腑的生理功能及血液的运行。肝脏是调畅气机的中枢。肝主疏泄, 郁怒不畅, 使

肝失条达,气失疏泄。“木郁达之”,治疗郁证,宜疏肝解郁,疏通气机,调畅情志。

在临床中,保持良好的医患关系,鼓励患者树立战胜疾病的信心,正确对待疾病,给予必要的精神援助等,都有利于稳定 CML 患者的情绪和病情。现代社会医学模式,已由生物学模式转为生物心理社会的医学模式,中医学“天人合一”的整体观与现代社会生物心理社会的医学模式有本质上的联系。在中医整体辨证的理论指导下,融入现代社会生物心理社会医学模式的观念,发扬中医学的整体观和辨证施治的特色,能有效地提高血液肿瘤患者的生存质量,延长其生存期。

早在 60 年代,就已证实清肝经实火中成药当归龙荟丸(当归、龙胆草、芦荟、栀子、黄芩、黄柏、黄连、大黄、青黛、木香、麝香、柴胡、胆星)治疗 CML 有肯定疗效。在此基础上,逐步从当归龙荟丸中筛选出有效的中药(青黛)和有效的成分(靛玉红),并人工合成靛玉红的异构体甲异靛。靛玉红、甲异靛是自当归龙荟丸筛选出有效的中药成分及人工合成的异构体,治疗 CML 的疗效机制类似羟基脲,也是依赖其抑制肿瘤细胞 DNA 合成的生物学作用。临床观察结果表明,应用靛玉红和甲异靛,中数生存期为 30~45 个月,5 年生存率为 29%~44%。曙光医院自 60 年代起运用中医、中西医结合治疗 CML。80 年代初起,根据医院长期治疗 CML 的临床经验,予清肝化瘀法为主,酌情加用靛玉红或甲异靛、羟基脲、马利兰治疗 CML。

CML 证属中医“积聚”等范畴。其病因病机为正虚受邪,肝胆实热,气滞血瘀。治疗 CML 以清肝化瘀法为主。治疗方法是临床分期辨证论治,西医诊断和分期标准依据“血液病诊断及疗效标准”。临床分期为慢性期、加速期和急变期。中医临床辨证分型为肝热血瘀型、热毒炽盛型和正虚邪实型等 3 种证型。

一、慢性期:初诊时病例大都处于慢性期。

辨证:为肝热血瘀型。

治则:以清肝化瘀为主。

清肝化瘀基本方:龙胆草 6 g,黄芩 9 g,山栀 9 g,太子参 15 g,生地 12 g,黄连 3 g,大黄 9 g,三棱 12 g,莪术 15 g,枳壳 9 g,制香附 6 g,青黛 3 g 等。长期服用。

方解:以太子参、生地等扶正固本;以龙胆草、黄芩、山栀、黄连、大黄、青黛等清肝胆实热;兼有三棱、莪术、制香附、枳壳等理气活血,疏通气机,调畅情志。诸药合用,扶正祛邪,疏肝解郁。

临床加减化裁:如脾虚甚者,宜调其脾胃,间以六君子汤(人参、茯苓、白术、甘草、陈皮、半夏)加减;如肝火旺者,宜泻肝胆实火,加用龙胆泻肝丸(龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地、车前子、泽泻、木通、甘草、当归)加减;如肝郁气滞甚者,辅以疏肝解郁,柴胡疏肝散(柴胡、陈皮、川芎、白芍、枳壳、香附、甘草)加减。根据周围血象,酌情加用靛玉红或甲异靛、羟基脲、马利兰等。

二、加速期和急变期

辨证:为热毒炽盛型和正虚邪实型。

治则:清肝化瘀,益气养阴。

方药:予清肝化瘀基本方和补中益气汤(黄芪,白术,陈皮,升麻,柴胡,人参,甘草,当归,生姜,大枣)、三才封髓丹(天冬,熟地,人参,黄柏,砂仁,甘草)等参合应用,酌情化疗。

急变期病情危重,病程多在 1 年以内。

选自 1984 年 1 月~2000 年 9 月就诊的新病例,依据临床表现、外周血象和骨髓细胞形态学检验,明确诊断为 CML,资料收集比较完整病例 52 例中,男 34 例,女 18 例;初诊时年龄:14~70 岁,中位数年龄 38 岁。生存期计算:生存期从确立 CML 诊断之日起计算,终止日期为死亡日或末次随访日,所有病例随访最后截止日期为 2000 年 9 月 30 日。

治疗结果:52例 CML 病程 32~187 个月,中数生存期为 76 个月(男 74 个月,女 78 个月),生存期大于 96 个月有 20 例,5 年生存率为 85%。有 35 例存活,死亡 17 例(CML 并骨纤 3 例;CML 并肺癌、尿毒症、心梗各 1 例;11 例为 CML 急变)。

本组病例统计结果表明,中数生存期、5 年生存率等项指标明显优于以上各个单用药物的治疗效果。中西药结合治疗 CML 明显优于单用马利兰、羟基脲、靛玉红、甲异靛等药物。其疗效机制除了与中西药的生物学作用相加以外,还与在中医整体辨证的理论指导下,发挥中医药的特色有关。

吴顺杰等

消瘀灵治疗慢性粒细胞白血病

吴顺杰、颜美心等医师，张惠臣、徐培平等教授（广州中医药大学第一附属医院，邮编：510400）从慢性粒细胞性白血病的发病特点及性质入手，阐明中医瘀血证与慢性粒细胞白血病的密切关系。指出活血化瘀药物复方在慢性粒细胞性白血病治疗中起着重要作用，运用消瘀灵治疗慢性粒细胞白血病在临床取得很好的疗效。

慢粒证属中医的“血证”、“癥积”、“虚劳”等范畴。病因上，慢粒可分为邪正两个方面，邪实有热毒、瘀毒、温热、湿热、痰热；正虚有脏气不足。诸邪毒侵入人体，通过经络侵及脏腑骨髓，导致气滞血瘀是发病的关键。瘀血不去，新血不生，因而出现各种虚实夹杂的临床征候群。气滞血瘀则是发病的关键，基于此，结合慢粒的发病特点及病程演变，将慢粒分为营血热炽血瘀型、痰瘀互结型、气血两虚血瘀型、气阴两虚血瘀型、脾肾阳虚血瘀型 5 型。

从血液流变学上来看，慢粒患者的外周血中出现大量中、晚幼粒细胞，这些细胞体积大而变形能力差，对血液黏度产生较大的影响。体外实验表明，白细胞悬液达 15% 即可显示其增高血黏度的作用，低切变速率时白细胞在微血管内会形成堆积，当微血管管径为白细胞直径的 75% 时，白血病细胞就可阻断该处血流，与原始淋巴细胞相比，原始粒细胞对血管壁有更大的黏附性。白血病细胞在微循环的郁滞，使器官组织缺血、缺氧，局部浸润可导致血管壁的损坏和破裂，这些因素加上白血病细胞可释放促凝物质，使患者易并发血栓，甚至发生 DIC。这些病证的形成均与瘀血有关。

如《血证论》云：“失血何根，瘀血即其根也。”《诸病源候论》云：“瘀久不消则变为积聚癥瘕也。”《金匱》云：“五劳虚极，羸瘦时疏，……内有干血。”指出了血瘀学说与慢粒发病有着密切的关系，因此，在辨证的基础上加用活血化瘀之品可达到提高疗效的目的。

中药靛玉红的发现与运用，给慢粒治疗带来了新的希望，运用于临床，有效率仅为 60.65%，不及马利兰，若与解毒化瘀的清肝化瘀方合用，则有效率可提高到 90%。但长期应用靛玉红，早期幼稚细胞将出现耐药性。

肝脾肿大是白血病的重要指征之一，治疗应多予活血化瘀，佐以解毒扶正法，并用消白散为主，治疗慢粒疗效满意。大黄廬虫丸（大黄、廬虫、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、白芍、干地黄、干漆、虻虫、水蛭、蛭螬）对缩脾具有良好疗效，与单纯化疗对比，无论是脾脏缩小的程度还是速度都远比单纯化疗优越，其差别非常显著。从活血化瘀药的现代药理研究来看，大黄廬虫丸能使毛细血管中红、白细胞聚集和附壁现象减少，明显地改善血瘀证动物微循环；降低血液黏度，缩短红细胞电泳时间，并使动脉壁伊文斯兰含量明显降低；抗血栓形成，降低血小板的黏附性和血小板聚集作用。活血化瘀药物对慢粒病人的血液理化特性的影响，为临床用药提供了可靠的理论依据。但大黄廬虫丸可致药热、皮疹等过敏反应，临床应用时，结合慢粒的发病特点及性质，加用山慈姑、大青叶等抗肿瘤药物对该成药进行改革，运用于临床取得很好疗效，且未发现引起过敏反应及毒副作用。

采用消瘀灵（大黄廬虫丸加减）为主，治疗慢性粒细胞性白血病，疗效显著。在运用消瘀灵治疗慢粒病人时，有以下体会：①单用时适合于症状及体征较轻、骨髓中原始加早幼粒细胞应 < 5%、没有明显感染及出血症状的患者，若肝脾肿大明显，可加用化疗药物（减量运用）；②治疗过程中若出现感染或出血，应积极给予抗感染、止血和输血等支持疗法；③单用该药时，开始可能会出现白细

胞总数反跳现象,继续坚持用药则会降下来;若出现白细胞总数持续上升,且原始加早幼粒细胞 $>10\%$,则应加用羟基脲等化疗药物,以降低白细胞总数及幼稚细胞,以防急变,待病情稳定后继续服用消痰灵巩固疗效。宜尽量减少化疗药物的使用,避免产生耐药性;④消痰灵一般用量为 5 g tid ,若患者肝脾肿大显著或白细胞总数大于 $50\times 10^9/\text{L}$,可加大剂量至 8 g tid 。

【病案举例 1】 何某,男性,69岁。以头晕乏力,伴腹胀、纳差10天为主诉于1999年10月8日收入院。患者3年前确诊为“慢粒”,并予化疗缓解,遂未坚持服药,10天前出现上述症状。查:肝肋下约3cm,质硬,无压痛,脾肋下4cm,质坚,有压痛。血象:WBC: $48.0\times 10^9/\text{L}$,RBC: $2.04\times 10^9/\text{L}$,HGB: 74.2 g/L ,PLT: $287\times 10^9/\text{L}$ 。分类:早幼粒:0.05,中性中幼粒:0.43,中性晚幼粒:0.16,杆状核:0.15,分叶核:0.12;骨髓象:粒系细胞增生极度活跃,以中性中、晚幼粒为主,占59%,嗜酸、嗜碱粒细胞比例明显增高。

诊断:慢性粒细胞性白血病。

治疗原则:予活血化瘀,佐以解毒软坚,益气养阴。

方药:用消痰灵为主,配合六神丸(百草霜、麝香、牛黄、珍珠、冰片、蟾酥、雄黄)。

用法:消痰灵 5 g tid ,六神丸30粒 tid 。

二诊:连服半月,待白细胞总数降至 $20\times 10^9/\text{L}$,停用六神丸,继服消痰灵。

三诊:连服月余,主要症状消失,肝脾回缩正常,复查血象,白细胞总数降至正常,以中性中幼粒细胞降低尤为明显,嘱病人出院坚持服药。

随访3年,病情稳定,复查血象及骨髓象,均示完全缓解象。

【病案举例 2】 练某某,男性,68岁。心悸、头晕、喘促,活动后加重月余。1999年8月3日入院。查:肝肋下约10cm,质硬光

滑,有轻压痛,脾高度肿大,甲乙线 10 cm,甲丙线 15 cm,丁戊线 + 2 cm,质硬光滑,压痛不明显。舌质淡暗,舌底络脉青紫曲张,舌苔白,脉象细涩。血象:WBC: $44.2 \times 10^9/L$, RBC: $2.08 \times 10^{12}/L$, HBG: 62.6 g/L, PLT: $8.96 \times 10^9/L$ 。分类:原粒:0.01 早幼粒:0.02,中性中幼粒:0.29,中性晚幼粒:0.20,杆状核:0.25,分叶核:0.12;骨髓象:粒系增生明显活跃,以中性中、晚幼粒细胞及杆状核为主,占 49%,嗜碱性粒细胞增多。NAP 阳性率 32%,积分 44 分。

诊断:慢性粒细胞性白血病。

治疗:予消痰灵配合羟基脲、六神丸。

用法:消痰灵 8 g tid,羟基脲 0.85 g tid,六神丸 30 粒 tid。中药汤剂以桃红四物汤(桃仁、红花、当归、芍药、地黄、川芎)合四君子汤(人参、茯苓、白术、甘草)为主加减化裁。

二诊:20 天后。患者白细胞总数降至 $10 \times 10^9/L$ 左右,肝脾均有回缩,肝肋下 4 cm,脾肋下 5 cm,逐渐停用羟基脲、六神丸、消痰灵降至 5 g tid。

三诊:继服 10 天,肝脾均回缩至肋下,复查血象和骨髓象均示完全缓解。出院时嘱病人坚持服药。

随访半年,患者病情仍保持稳定。

孙秉华

治疗慢性粒细胞白血病经验

江苏省名老中医孙秉华主任中医师(江苏省滨海县中医院,邮编:224500)诊治慢粒,积累了丰富的经验,治法用药独具特色。

急性白血病年龄偏小,而慢粒的发病年龄则偏大。现代医学认为病毒感染、电离辐射、化学毒物和药物、遗传因素等与白血病的发病有关。慢性粒细胞性白血病(简称慢粒),是血液科中比较顽固的肿瘤性疾病,化疗仅能延长患者的寿命。慢粒在中医典籍中并无相应名称,究其成因,孙老认为“毒”“痰”“瘀”“虚”乃证之关键。肝肾阴伤为内因,湿热毒邪盘踞骨髓为外因,痰瘀交阻为主要病理表现和疾病加重的标象,晚期则多见气阴两虚,且年龄与发病具因果关系。《琉球百问》谓:“人之成形,是肾始。成形之始,为邪火所炽,即为毒。”因毒邪内伏肾经,加之六淫七情,饮食所伤,正气复损而防御功能低下而病发。毒邪的侵袭,无论先天之毒、后天之毒,皆因正虚而受邪。因而表现整体之虚损、局部之肿胀,呈虚虚实实的复杂变化。

痰和瘀的形成,既是病理产物,又是致病因素。孙老认为中医治疗慢粒,70年代只重视瘀,认为“结块之处必有瘀血”。而通过临床观察认为,活血化瘀并不能满意地改善慢粒的肝脾肿大等症状,必须加入化痰软坚之品,方能更显疗效。诚如“饮发于中,随处留积”之谓。临床所见胸骨压痛,肝脾淋巴结肿大,舌质紫暗等临床证候实由痰瘀互结所致。至于虚象乃穿插于整个病程中,尤其后期表现更为突出。故正确掌握和使用“毒”“痰”“瘀”“虚”四诀,治疗慢粒往往应手。

一、辨证治疗

(一)热毒伤肾、肝肾阴虚型

本证多见于慢粒的慢性期。

主要症状:低热缠绵,头晕眼花,五心烦热,疲乏盗汗,耳鸣耳聋,腰酸膝软,胸骨疼痛,肝脾肿大,面黑体瘦,舌红无苔,脉弦细数。

检查:血检白细胞总数增多,常在 $50 \times 10^9/L$ 以上,血小板变化不大,亦可见增加,血色素轻中度降低,涂片见原粒细胞,以中晚幼粒细胞增生为主。骨髓象中粒细胞增生显著,嗜碱性粒细胞通常增多,巨核细胞和血小板多见。

治疗原则:宜滋补肝肾,凉血透热。

常用方剂:杞菊地黄丸(枸杞子、菊花、地黄、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、泽泻)合青蒿鳖甲汤(青蒿、鳖甲、生地、知母、丹皮)化裁。

处方:野菊花 15 g,甘枸杞 30 g,山萸肉 30 g,生地黄 24 g,青蒿 10 g,鳖甲 30 g,丹皮 10 g,白薇 30 g,寒水石 30 g(先煎),生石膏 30 g(先煎),六一散 30 g,猪殃殃 50 g。

(二)痰瘀互结、肾气亏损型

本证多见于慢粒加速期,或慢性期治疗不力。

主要症状:形体消瘦,面色无华,骨骼疼痛,肝脾肿大,脾肿大尤为突出,有胀坠感,腰膝酸软,不能久坐久立久行,纳谷尚可,舌质紫暗瘀斑,脉细涩,皮肤发花或甲错等。若脾脏迅速增大,过脐或入腹腔,血小板减少,要警惕其急变。一般说来确诊后 2~3 年内,多见此型。血检呈一多两少现象,白总高,血色素、血小板减少,此时观察血小板变化亦有预后意义。

治疗原则:宜化痰消瘀,扶助正气。

孙师自拟方处方:党参 30 g,西洋参 10 g,盐水炒鳖甲 30 g,甘枸杞 30,砂仁拌熟地 30 g,生蛤壳 30 g,生牡蛎 30 g,海藻 30 g,海带 30 g,大贝母 10 g,炙水蛭 10 g,地鳖虫 10 g,制乳香 10 g,没药

10 g,五灵脂 10 g,泽兰 15 g。

(三) 气血亏虚、热毒留恋型

本证多见于慢粒慢性期或治疗好转时。

主要症状:头晕眼花,倦怠无力,面色苍白,爪甲色淡,心慌气短,皮干发枯,自汗盗汗,痞块反复,消而复得,舌质淡,舌苔薄白,脉细数。

检查:骨髓象检查常较治前好转,脾脏可能回缩或轻度肿大,巨脾很难发现。

治疗原则:宜补气养血,清解邪毒。

常用方剂:方选八珍汤(当归、熟地、人参、茯苓、白术、甘草、芍药、川芎)或十全大补汤(八珍汤+黄芪、肉桂)加减。

处方:当归 10 g,熟地 15 g,西洋参 10 g,猪苓 10 g,五味子 10 g,甘枸杞 20 g,山萸肉 10 g,半枝莲 30 g,白花蛇舌草 30 g,猪殃殃 10 g。

由于本病具有“毒”“痰”“瘀”“虚”夹杂为患的特点,故治疗用药常以补益肝肾心脾、软坚化痰消瘀、清透邪毒抗癌为侧重点,效果较好。

【病案举例】 张某,男,38岁。以乏力汗出、胸骨疼痛、脾脏肿大住某医院治疗3个月缓解,出院后续用“羟基脲”,于1994年1月3日因白细胞增生邀孙老诊治。

刻诊:倦怠无力,面黑体瘦,胸骨疼痛,脾脏肿大为肋下7 cm,腹部坠胀,纳谷不馨,眼睑爪甲淡白无华,舌质淡紫,舌苔薄白,脉细弱。

血检:白细胞 $22.7 \times 10^9/L$,晚幼粒 0.2,血色素 70 g/L,血小板 $80 \times 10^9/L$ 。

中医辨证:气血亏虚,热毒留恋,正虚邪胜。

治则:宜扶正祛邪,补益气血,清解邪毒。

处方:西洋参 10 g,猪茯苓各 15 g,枳实 6 g,白术 10 g,当归

10 g,丹参 10 g,白薇 30 g,盐水炒鳖甲 30 g(先煎),龙葵 30 g,猪殃殃 30 g,白花蛇舌草 30 g,炙鸡内金 10 g。水煎服,每日 1 剂。

二诊(1月15日):服药 10 天,精神较增,纳谷亦佳,大便质稀色青,血检较前略有好转。治守前法,酌加健脾渗湿之品,原方加炒苡米 30 g。水煎服,每日 1 剂。

三诊(2月1日):续服半月,情况较佳,因长途劳累,正气陡虚,脾肿较前增大,坠胀明显,舌质紫暗,血白细胞 $40.0 \times 10^9/L$,晚幼粒 0.9。

辨证:此乃正气不支,免疫功能低下,常示复发或恶化的指征。

治则:用扶正化痰消痰调节整体,遏制血癌细胞,倡导“治证以治瘤”的策略。

处方:自拟方加仙灵脾 15 g,巴戟天 15 g,以冀鼓舞肾气。水煎服,每日 1 剂。

四诊(2月10日):前方服后,自觉胸肋舒畅,坠胀感若失,纳谷较佳,大便虽溏但日解 1~2 次。

辨证:为清热解毒药多伤脾阳之故。

治则:脾阳需赖肾阳温煦,故上方增入温肾益气之品。

五诊(3月10日):患者原方续服 1 月,收效明显,病情稳定,生活自理。药已中鹄,原方改为糖浆续服,以巩固之。

六诊(8月5日):经某医院骨检(B9408)示:静止期慢粒骨髓象。

【按】该病虽骨髓检查正常,亦无症状体征,但仍有复发恶化之虑。因病之根本在于肾气亏虚,故拟六味地黄丸(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)合四君子汤(人参、茯苓、白术、甘草)为方以善后。次年 8 月 10 日,该病员骨髓复查示:“正常骨髓象”。

沈
一
平
等

清毒祛瘀汤治疗慢性 粒细胞白血病

沈一平、周郁鸿、叶宝东等医师(浙江省中医院, 邮编: 310006)应用清毒祛瘀汤治疗慢性粒细胞性白血病。

清毒祛瘀汤基本方组成: 藤梨根 30 g, 白花蛇舌草 30 g, 墓头回 30 g, 薏苡仁 30 g, 青黛 12 g, 丹参 15 g, 蒲公英 15 g, 当归 9 g, 陈皮 5 g, 青皮 5 g, 生甘草 3 g。每日 1 剂, 水煎分 2 次温服, 一般连服 3~6 年, 服药期间忌烟酒及辛辣之品。

清毒祛瘀汤方解: 方中以藤梨根、白花蛇舌草、青黛、墓头回、蒲公英等清热解毒; 以薏苡仁、陈皮、青皮等健脾行气化痰; 丹参、当归等养血活血祛瘀; 甘草调和诸药。本方集清热解毒、活血化痰于一身, 治疗效果好, 同时又使病人在维持治疗时羟基脲的用量明显减少, 生存质量提高。但本方对脾胃虚寒者有一定副作用应加温胃药同用。

功效: 共奏清热解毒、祛瘀化痰之功。

临证加减: 如肝脾肿大明显者, 加桃仁 6 g, 红花 6 g, 丹皮 9 g, 赤芍 12 g 等; 如发热口干、便结、舌红、脉洪者, 加大黄 6 g, 生石膏 30 g, 知母 12 g, 贯众 15 g, 苦参 15 g 等; 如有贫血、头晕、气短、面白乏力者, 加太子参 30 g, 生黄芪 15 g, 山药 15 g, 白术 12 g, 茯苓 12 g, 山萸肉 9 g 等; 如有腹胀、纳呆、便溏、胸满、舌淡苔白腻者, 加半夏 9 g, 竹茹 9 g, 白芥子 9 g, 莱菔子 12 g, 茯苓 12 g, 川朴花 5 g 等; 如有皮肤紫癜、鼻衄、齿衄者, 加白茅根 30 g, 水牛角 30 g, 紫草 30 g, 仙鹤草 30 g, 大蓟 15 g, 小蓟 15 g 等; 如有关节疼痛、两足浮肿者, 加宣木瓜 12 g, 丝瓜络 12 g, 海风藤 15 g, 羌活 9 g 等; 如有

低热、盗汗、羸瘦、口干、潮热、舌红少苔、脉细者，加麦冬 9 g，五味子 9 g，丹皮 9 g，生地 12 g 等。

选 36 例均经骨髓穿刺及血液检查确诊为慢性粒细胞性白血病，且均为初诊的慢性期病人。随机分为清毒祛瘀汤合西药治疗的治疗组 16 例，单用西药治疗的对照组 20 例。治疗组 16 例中，男 10 例，女 6 例；平均年龄 42.5 岁。对照组 20 例中，男 12 例，女 8 例；平均年龄 38.5 岁。有 PH1 染色体者，治疗组 15 例，对照组 15 例。两组一般情况无显著性差异($P > 0.05$)，具有可比性。

对照组治疗：①羟基脲每天 1~3 g，分次口服，具体用量根据病人白细胞数量情况而定，当白细胞数小于 $10 \times 10^9/L$ 时停用，服药期间定期查白细胞数，持续用药观察 6 年；②干扰素 300~600 U 肌肉注射，隔天 1 次，共用 3~9 个月。

治疗组治疗：在对照组西药治疗的基础上，再用清毒祛瘀汤加减治疗。

主要观察指标是两组病人 6 年持续缓解生存率及羟基脲的用量(维持剂量)，疗效依据均通过骨髓象及外周血象来评估。两组 6 年缓解生存率比较(n, %)，治疗组例数 16， ≥ 6 年 11 例， < 6 年 5 例，缓解生存率 68.75。对照组例数 20， ≥ 6 年 7 例， < 6 年 13 例，缓解生存率 35.00。差异有显著性($P < 0.05$)，治疗组 6 年缓解生存率比对照组高。

两组病人平时羟基脲维持量比较，治疗组例数 16 例， > 1.0 g/日 3 例， ≤ 1.0 g/日 13 例。对照组例数 20 例， > 1.0 g/日 15 例， ≤ 1.0 g/日 5 例。治疗组平时羟基脲维持量明显小于对照组($P < 0.01$)。

高德法
等

三石净血汤治疗慢性 粒细胞白血病

高德法、高瑜、王周平等医师(西安中医血液病医院)采用三石净血汤治疗慢性粒细胞白血病 108 例,总有效率达 86.5%。本病在慢性期服用本方一般可控制,不必西药化疗。亦可在慢性期配合羟基脲,效果更好,待缓解后逐渐减药。可加快病情好转以达完全缓解。本方有类似西药化疗之作用,且无毒副作用,并能提高机体免疫力。在加速期、急变期可配合中、小剂量化疗,但剂量不宜过大,以防三系严重受抑而出现大出血及严重感染。

三石净血汤:料姜石 100 g,寒水石 50 g,生赭石 30 g。以上三药先煎 1h,取其上澄清液及上浮红色物煎下列草药:生地炭 30 g,鱼腥草 10 g,丹参 20 g,败酱草 10 g,净甘松 10 g,青黛 3 g,诃子 10 g,炙升麻 6 g,生甘草 6 g。

用法用量:取汁 200 ml,每日 2 次,每 3 个月一疗程,每 10 天复查外周血象 1 次,每 3 个月做骨髓检查 1 次。

功效:本方具有清热解毒、净血育血、降白细胞、除幼稚细胞之功效。

服用本方一般 10~30 天可收效,3~6 个疗程完全缓解或部分缓解。

姜首起等

参莲四白五黄汤治疗慢性
粒细胞白血病

姜首起(吉林省通化县中医院,邮编:134100)、单鸿玉、何秀珍等医师选用羟基脲片与参莲四白五黄汤配伍治疗慢性粒细胞性白血病,效果尤佳,且不良反应少。

羟基脲片是治疗多种肿瘤的抗代谢药,主要抑制核苷酸还原酶,选择性地阻止 DNA 合成,杀伤 S 期细胞,与参莲四白五黄汤治疗慢性粒细胞性白血病,中西药合用,共奏慢性粒细胞性白血病尽快获得完全缓解,诸证悉除之良效。

参莲四白五黄汤组成:人参 10 g,半枝莲 30 g,白术 15 g,白芍 15 g,白芥子 15 g,白花蛇舌草 30 g,生地黄 30 g,黄芪 30 g,黄芩 15 g,黄连 10 g,黄药子 15 g,当归 10 g,夏枯草 15 g。

用法用量:水煎服,早、晚各 1 次,每剂服 3 次。

方解:方中人参、白术、黄芪、当归、生地黄和白芍益气补血,健脾养心,以解本虚;佐以黄芩、黄连清热解毒,以解标实;再用半枝莲、白花蛇舌草、夏枯草、白芥子、黄药子以攻邪抑癌,以达扶正与攻邪兼顾。

【病案举例】 患者,男,31 岁,干部,病历号 91182。因心悸、气短、发热、左上腹肿块 2 月余,于 1991 年 1 月 28 日入院。

体检:T38.5℃,P104 次/min,Bp83/60 mmHg,两肺散在湿性啰音,胸骨下段轻度压痛,心脏(-),皮肤及巩膜未见黄染,浅表淋巴结无肿大,脾左肋缘下 7.0 cm,质地偏硬,轻度压痛,肝未触及。舌质淡,舌苔薄白,脉象细数。

化验血象:RBC $4.53 \times 10^{12}/L$,Hb154 g/L,PLT $337 \times 10^9/L$,

WBC $16.8 \times 10^9/L$ 。分类:原始粒细胞 2%,早幼粒细胞 6%,中幼粒细胞 19%,晚幼粒细胞 3%,杆状核细胞 20%,分叶核 40%,嗜酸粒细胞 5%,嗜碱粒细胞 1%,淋巴细胞 4%。

骨髓象:增生极度活跃,粒系占 91.5%,红系占 8%,粒:红为 11.44:1。分类:原始粒细胞 1%,早幼粒细胞 2.5%,中幼粒细胞 30%,晚幼粒细胞 12.5%,杆状核粒细胞 25%,分叶核粒细胞 11%,嗜酸粒细胞 9%,嗜碱粒细胞 0.5%,中幼红细胞 1.5%,晚幼红细胞 6.5%,成熟红细胞形态无明显异常,淋巴细胞 0.5%,比例减少。血小板成堆易见。染色体 Ph(+)

诊断:(1)慢性粒细胞性白血病(慢性期);(2)肺部感染。

中医病名:癥瘕积聚。

中医辨证:为邪毒内陷、耗伤气血所致。

治疗:宜以益气补血、健脾养心为主,佐以清热解毒、攻邪抑癌。服用自拟参莲四白五黄汤。同时口服羟基脲片每天 60 mg/kg,分 3 次口服,连续治疗 15 天。并同时静脉滴注广谱抗生素氨苄青霉素钠每天 30 g,连用 15 天为 1 个疗程。

1991 年 2 月 12 日化验血象:RBC $4.90 \times 10^{12}/L$,Hb 145 g/L,PLT $110 \times 10^9/L$,WBC $11 \times 10^9/L$,晚幼粒细胞 11%,分叶核 60%,淋巴细胞 25%,单核细胞 3%,嗜酸细胞 1%。患者双肺呼吸音清晰,体温正常,脾左肋缘下 2.0 cm,诸证减轻,故停用氨苄青霉素钠,继续用参莲四白五黄汤及羟基脲片治疗 2 个疗程。

1991 年 3 月 16 日查血象:RBC $4.80 \times 10^{12}/L$,Hb 144 g/L,PLT $140 \times 10^9/L$,WBC $7 \times 10^9/L$,嗜中性细胞 56%,淋巴细胞 41%,嗜酸粒细胞 2%,嗜碱粒细胞 1%。完全缓解骨髓象。诸证已罢,体重增加,一般状况较好,当日患者要求出院。

1991 年 3 月 17 日出院,行门诊治疗,定期来院复查。考虑患者身体久病仍虚,出院时给患者带参莲四白五黄汤 60 剂,嘱患者继续服 3 个月,服法同前。羟基脲片改为每日 60mg/kg,分 3 次

口服,每周2次,6周为1个疗程,间隔1周。

1991年6月17日,患者来院复查,诸证悉除,血象、骨髓象均正常,遂停用羟基脲片,继续单服参莲四白五黄汤3个月(30剂),每3天1剂。

1991年9月19日停用一切药物,随访处于完全缓解,并坚持正常工作。

项 长 生

酸甘化阴煎治疗慢性 粒细胞白血病

项长生医师(安徽省黄山市新安医学研究所,邮编:245000)从新安祁门著名医家汪渭崇尚朱丹溪养阴派学术思想体系中受到启示,自拟酸甘化阴煎方,治疗 38 例慢性粒细胞性白血病,取得了较满意的临床效果。临床观察表明,本方对合并使用化疗患者,可明显减轻化疗引起的毒副作用;单用本方治疗的患者未见有毒副反应发生。

慢性粒细胞性白血病中医称“干血劳”,根据患者出现的一系列临床症状如体重减轻、脉数、发热、进行性贫血、心悸、口干、骨痛等属中医阴亏范畴,与肝肾阴亏有相似之处,故首选酸、甘二味成汤剂,并顾及患者的胃肠吸收功能。疾病的过程常为发热(感染)、贫血、出血、再度贫血及加重感染发热,从病机分析存在一种内在恶性循环趋势。自拟酸甘化阴煎在治疗贫血、出血及感染诸症状等方面疗效明显。用该方常可使出血、贫血和感染得以缓解。

酸甘化阴煎基本方:由南沙参、北沙参、玉竹、天冬、麦门冬、酸枣仁、甘枸杞、山萸肉、五味子、制首乌等组成。

用法用量:每日 1 剂,早中晚各煎服 1 次。服药期间忌重荤油腻及辣味。

临床加减:如高热加霜桑叶、菊花、银花等;如出血加生熟地黄、丹皮等;如感染加金银花、野菊花、蒲公英等;如体温稳定期加益智仁、仙灵脾、潼蒺藜等。

现代研究:以玉竹乙醇提取液 10.4 g/kg 连续 7 天给皮肤烧伤小鼠灌胃给药,能明显提高血清溶血素水平,促进抗体生成,显著提高烧伤小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬分数和吞噬指数。对老年小

鼠给予枸杞多糖腹腔注射,可使其脾溶血空斑形成细胞值恢复正常成年小鼠水平,且可使³H-TdR掺入值提高约10倍。应用超剂量SRBC免疫法(SOI)证明,适宜剂量的枸杞多糖对老年小鼠抑制T细胞有明显调节作用,能增强Ts细胞活性;口服枸杞水提液与环磷酰胺合并治疗,对小鼠移植性肿瘤W256的抑制作用比单用后者为佳,且可缓解后者引起的白细胞减少。山茱萸总甙可抑制淋转、LAK细胞诱导及白细胞介素-2的产生,并能抑制小鼠和人的混合淋巴细胞反应以及细胞毒性T细胞诱导和增殖。枸杞、山萸肉对免疫系统有明显调节作用,而枸杞子还有抗癌作用。麦冬能显著减少小鼠长时间游泳后心肌细胞缺氧损害,且能使已显著受损的心肌细胞较快获得修复,促进其愈合,相应地减少心肌细胞坏死。本方药物可明显调节机体的免疫功能,增强巨噬细胞的吞噬作用,并可抑制肿瘤生长。

选38例慢性粒细胞性白血病患者,其中男性21例,女性17例;年龄16~53岁;病程1周~5年。其中11例为初治,27例为复治;38例中18例曾用HA方案诱导缓解,9例用HOP及HOAP方案诱导缓解。38例均经临床、血象、骨髓象检查确诊。

疗效标准参照1978年10月南宁会议所制定的慢性粒细胞性白血病疗效标准。38例慢性粒细胞性白血病患者中,完全缓解8例,部分缓解25例,未缓解5例,有效率为86.84%。

【病案举例】 杨某,女,53岁,干部。

诊断:在外院经骨髓穿刺检查诊断为慢性粒细胞性白血病。

症状:患者形体稍胖,面色苍中带黄,自觉乏力,时作眩晕,动则尤甚,纳差,偶有发热,夜寐不宁,伴腰痛、足跟痛。胸骨有压痛,脾脏略大,脉细而数,舌质淡苔薄,口略干。

中医辨证:为阴血匮乏,内欠濡润。

治疗:宜用酸甘化阴之剂。

处方:南沙参12g,北沙参12g,天冬10g,麦冬10g,玉竹

10 g,酸枣仁 10 g,甘枸杞 10 g,山萸肉 10 g,五味子 5 g,制首乌 12 g,焦山楂 12 g,神曲 12 g,大枣 4 枚。水煎服,每日 1 剂。

二诊:服药 40 余剂后,患者自感精神旺盛,体力逐渐增强。

三诊:继服至 100 剂后,到原确诊的医院进行 B 超、血常规及骨髓穿刺检查,肝脾肿大消失,白细胞降至正常水平,血中无幼稚细胞,染色体恢复正常。

**李
晓
东
等**

中西医结合治疗慢性粒 细胞白血病慢性期

李晓东、王鲁军等医师(济南市第三人民医院,邮编:250101)探讨中西医结合治疗慢粒慢性期的疗效。西医治疗方案采用羟基脲加干扰素及中药煎剂。

慢性粒细胞白血病(简称慢粒)是常见的血液系统恶性肿瘤,临床上分为慢性期、加速期、急变期。慢性期历时1~4年进入加速期和急变期,特别是急变期病情进展甚快,治疗效果较差,历时约1~6个月因急变死亡。慢粒慢性期的临床缓解率高,但因西医治疗时引起的血小板减少而停药多见。

李晓东等医师治疗慢性粒细胞白血病西药用羟基脲加干扰素。羟基脲开始计量每日1000~3000mg,待外周血白细胞下降后酌情减量,维持量每日500~2000mg。干扰素300万,每周3次,联合应用。干扰素应用6个月后停用。在选用西药治疗同时,运用中药煎剂治疗,处方:仙鹤草60g,茜草20g,黄芪30g,女贞子30g。

方解:仙鹤草功用止血、健脾。现代药理证明,粗制仙鹤草浸膏家兔静脉注射,可大大缩短凝血时间,并使血小板数增加。茜草具有止血、和血、行血作用。黄芪、女贞子益气固肾,能提高机体免疫功能,促进淋巴细胞增殖,活化T淋巴细胞,增强巨噬细胞功能,延长抗体存在时间,调节细胞内环磷酸腺苷(CAMP)含量。四药合用,既补血,又行血。与西药一起治疗,可防止因使用西药血小板减少而中断治疗。

慢性粒细胞白血病的治疗关键有两点:一是延长生存期,也就

是巩固缓解期,二是阻止进入加速期及危变期,大部分患者应用羟基脲、干扰素等治疗后能够缓解,但放弃了巩固治疗,很快复发。而放弃治疗的主要原因,是使用这二者所引起的血小板减少。中西医结合方法治疗的优势是中药可以扶正固本,调整脏腑气血功能,起到重要的互补作用。目前,对于血小板减少的治疗,西医治疗没有有效方法,TPO 制剂尚未应用于临床,因此,中药制剂可以在此方面发挥补充作用。在血液肿瘤以及实体瘤的化疗中,化疗药物引起的血小板减少是面临的重要问题,而中医药可以在这一方面发挥自己独特的优势。

李晓东等医师收治的 11 例慢粒慢性期的患者采用中西医结合的方法治疗,进行临床观察。11 例病人均为确诊慢性粒细胞白血病慢性期(符合张之南编《血液病诊断及疗效标准》第二版)的住院或门诊病人,治疗时间均为 6 个月以上,其中男性 5 例,女性 6 例;年龄最大者 60 岁,最小 45 岁,平均年龄 52 岁;病程最长者 3 年,最短者 4 个月。

根据《血液病诊断及疗效标准》第二版制定的国内标准,完全缓解者,临床表现:无贫血、出血、感染及白血病细胞浸润表现。血象方面:血红蛋白 $>100 \text{ g/L}$,白细胞总数 $<10 \times 10^9/\text{L}$,分类无幼稚细胞,血小板 $100 \sim 400 \times 10^9/\text{L}$ 。骨髓象正常。部分缓解者,临床表现、血象、骨髓象 3 项中有 1 或 2 项未达到完全缓解标准。未缓解者,临床表现、血象、骨髓象 3 项均未达到完全缓解标准及无效者。

11 例慢粒慢性期患者经以上中西医药结合方法治疗 3 个月均完全缓解。其中 3 例缓解后,因经济等原因,6 个月后只使用羟基脲维持治疗;8 例坚持中西医结合治疗,其中 2 例 1.5 年后急变,改用其他方法治疗。11 例至今存活,其中 9 例仍坚持服用中药煎剂加羟基脲维持治疗,一般情况良好。所治疗的 11 例病人,治疗期间均未发生因血小板减少而停药。血小板计数维持 $100 \times 10^9/\text{L}$ 以上。

李碧玲等

中西医结合治疗慢性粒细胞白血病加速期

李碧玲、吴立德、郭鹏程等医师(福建省泉州市第一医院,邮编:362000)用中西医结合治疗慢性粒细胞白血病加速期,探求慢性粒细胞白血病加速期的新治疗方案。

慢性粒细胞白血病(慢粒)是我国慢性白血病的主要类型,发病率居白血病的第3位,病程分为慢性期、加速期和急变期3个阶段。李碧玲等医师对慢粒加速期用羟基脲(Hu)与6巯基嘌呤(6MP)加益气补血兼清热毒、祛邪抑癌中药治疗,为传统药物治疗无效的病例增加了一种新的治疗方案,可推迟病情向急变期演变,延长了生存期,且中药临床服用安全,给药方法简单,携带方便,患者可在门诊治疗,减少了医疗费用。

慢粒加速期病机;主要是气血双亏,热毒内伏为兼邪。

治疗大法:宜益气补血兼清热毒。

基本方:当归 15 g,黄芪 30 g,白术 10 g,熟地 15 g,黄精 30 g,芦荟 6 g,半枝莲 30 g,白花蛇舌草 20 g,猪苓 10 g,茯苓 15 g,夏枯草、莪术各 10 g。

用法用量:水煎服,每日1次,30日为1个疗程。

方解:方中熟地、黄精能明显缓解造血细胞的破坏,能维持早期造血细胞的正常结构和生理状态,增加细胞内营养物质,有明显的生血作用;黄芪、白术补气健脾,气充则血生,从整体上调节造血功能;芦荟、半枝莲、白花蛇舌草、夏枯草清髓血中热毒祛邪,抑制骨髓中细胞病理性增生,增强网状细胞及白细胞的吞噬能力;猪苓、茯苓利水渗湿,增强免疫功能。莪术、当归活血祛瘀,祛邪

抑癌。

临症加减:如手足心热,口渴甚者,减白术,加麦冬 10 g,生地 15 g 等。如发热并出血者,减白术,加金银花 30 g,连翘 10 g,小蓟 30 g 等。

选慢粒加速期患者 45 例,经临床、血象、骨髓象确诊。慢性期发展至加速期病程为 8 个月~3.5 年,随机分为治疗组和对照组。治疗组 25 例中男 18 例,女 7 例;年龄 16~57 岁,平均 29.3 岁。对照组 20 例中男 13 例,女 7 例;年龄 20~50 岁,平均 30.0 岁;慢性期者 27 例单用 Hu,每日 0.5~3.0 g 维持,18 例单用马利兰,每日 2~8 mg 维持;白细胞计数波动于 $(3\sim 10)\times 10^9/L$ 。按细胞动力学原理,Hu 及 6MP 均属细胞周期特异性药物,作用于细胞增殖周期中的 S 期,抑制 DNA 合成。

治疗组 25 例均用 Hu 2~4 g/d,6MP 100~150 mg/d,同时加上上述益气补血兼清热毒、祛邪抑癌中药。水煎服,每日 1 次,30 日为 1 个疗程。治疗 3 个疗程者 11 例,4 个疗程者 14 例。

对照组 20 例均用 Hu 与 6MP(剂量同上)。

2 组患者如有感染、出血给予对症治疗。治疗组输液抗感染 8 例,输血 5 例,止血 2 例;对照组分别为 12 例、8 例和 6 例。2 组化疗药物当白细胞 $<4\times 10^9/L$ 时,取原方案的半量或 1/3 量;每 1~2 个月复查骨髓象 1 次,每周查外周血象 1~2 次。

治疗组 25 例中发热、出血、骨痛 5 例,均在服药 1~2 周后症状缓解;在 10~23 日内 20 例(80%)脾脏明显缩小,白细胞总数下降,外周血原始细胞和嗜碱粒细胞不同程度下降;服药 1~2 个疗程后 18 例(72%),Hu、6MP 取半量或 1/3 量配合维持治疗,无骨髓抑制。对照组 20 例中发热、出血、骨痛 6 例(30%),经抗生素、止血等对症支持治疗,症状反复发作;9 例(45%)在 30 日后脾脏开始缩小。治疗组患者病程进展至急变期时间:4 个月 1 例(4%),6 个月 3 例(12%),8 个月 15 例(60%),1 年以上 6 例

(24%);对照组分别为 1 例(5%)、5 例(25%)、11 例(55%)和 3 例(15%)。

治疗组在发热、出血、骨痛等症状缓解及脾脏缩小、白细胞总数下降等方面疗效明显优于对照组,且能推迟病情向急变期演变,延长了生存期。

汪子华

慢性粒细胞白血病 阴茎异常勃起的治疗

汪子华医师(江西省中医药研究所,邮编:330077)中西医结合治疗慢性粒细胞白血病阴茎异常勃起。

阴茎异常勃起是指阴茎在无性欲状态下持续性勃起超过4~6小时,不能自行疲软的一种异常状态。慢性粒细胞白血病,当白细胞极度增高时(例如 $>200 \times 10^9/L$),可发生白细胞淤滞症,而见阴茎异常勃起为相对特异表现,但很少见。阴茎勃起时,静脉血流受阻,随着勃起时间的延长,阴茎勃起组织逐渐出现酸中毒和组织缺氧,组织病理学研究证实,阴茎缺氧12小时后会出现永久性损害,故须积极治疗。治疗据不同情况,通常采取包括阴茎海绵体内注射 α -受体兴奋药(如去甲肾上腺素及新福林),局部抽血、冲洗及阴茎背神经阻滞麻醉等。

阴茎异常勃起,中医称“阳强不倒”。历代临床文献论其病因病理,均为阴虚阳亢,相火偏旺。治法以壮水制火,引火归原。用知柏地黄汤反佐少量肉桂,或遵金水相生之意,用大剂玄参、麦冬,反佐少量肉桂组方,此外别无他论。惟黄帝内经有“肝者,筋之合也。筋者,聚于阴器,……故脉不荣则筋急,筋急,则引卵与舌。……足厥阴之别,结于茎,其病,实则挺长”。可理解为肝郁化热,血为热瘀,阻滞经络,肝脉失荣,遂致肝木刚强,因而阴茎异常勃起。其中“脉不荣则筋急”,“实则挺长”,“伤于热则挺纵不收”,“血道不通”的病理生理,与慢性粒细胞白血病由于白细胞极度增高,血液淤滞而致血循障碍甚至栓塞形成,遂致阴茎血液回流受阻而异常勃起,不能自行疲软的病理生理颇相吻合。慢性粒细胞白血病阴茎异常勃起,其病因病理既与雄激素分泌过盛迥异,故用拮

抗、平衡雄激素疗法的己烯雌酚和滋阴泻火的知柏地黄汤,均属治不对症,故不能取效;而用疏肝清热、活血通络之法,选用四逆散(柴胡、白芍、枳实、甘草)合少府逐瘀汤(当归、赤芍、川芎、蒲黄、五灵脂、炒小茴香、干姜、元胡、没药、官桂)加用西药 654-2,缓解血管平滑肌痉挛,活血溶栓,扩张血管,改善微循环等中西医结合综合治疗,则与本症的病因病理治疗相一致,故能取得较好疗效。鉴于白血病有同时存在凝血机制障碍病理的可能性,故活血化瘀方药的选用,应以平缓温和为宜,不可过峻,只求有效,不求速效,以策安全。

【病案举例 1】 患者,男性,41 岁,因左下腹包块半月伴阴茎异常勃起 10 天,于 1997 年 10 月 6 日入院。

体检:阴茎异常勃起贴近腹壁,硬胀粗大,包皮色泽紫暗,自觉不适,但无疼痛及触痛,尿道外口无分泌物,排尿无梗阻,局部温度无异常增高,阴囊、睾丸无异常发现。

化验:血象白细胞 $293.5 \times 10^9/L$,幼稚细胞占 28%,红细胞 $3.60 \times 10^{10}/L$,血小板 $366 g/L$;骨髓象粒系增生极度活跃,中、晚幼,杆状,分叶核为主,红系受抑,粒红比 96.5:1,血小板成堆可见。

诊断:慢性粒细胞白血病。

入院后给予丹参注射液。

二诊:10 月 15 日,治疗 9 天无效。请泌尿外科给予阴茎海绵体放血 1 次,略好转。再用中成药知柏地黄丸(浓缩微丸)15 粒,肉桂粉 1 g,口服,每日 3 次,连用 3 天。

三诊:阴茎勃起无好转。改用四逆散合少府逐瘀汤加减。

处方:白芍 15 g,北柴胡 10 g,桃仁 10 g,川红花 10 g,赤芍 10 g,丹参 10 g,地龙 10 g,枳壳 10 g,台乌药 10 g,钩藤 10 g,甘草 10 g。

水煎服,每日 1 剂,同时用 654-2 20 mg,静点,每日 1 次,己烯

雌酚 2 mg, 肌注, 每日 1 次。

四诊: 治疗 3 天, 阴茎肿胀明显减轻, 包皮色泽紫暗转淡, 勃起稍见萎软。乃加用醋调生大黄粉外敷, 每日换药 1 次。

五诊: 连用 3 天, 阴茎勃起显著皱缩。遂停用 654-2, 继服原方 7 剂。

六诊: 11 月 9 日, 阴茎完全恢复正常。

【病案举例 2】 患者, 男性, 40 岁, 因乏力、低热、脾大半月余, 于 1997 年 8 月 22 日入院。

诊断: 慢性粒细胞白血病。

先后予 HA 化疗方案和消血安治疗缓解。但患者在发病中期, 其阴茎每于晚上及中午入睡中, 即不自觉地自行勃起, 清醒起床活动后, 遂逐渐自行疲软, 其本病已经缓解, 但阴茎睡中勃起仍然存在。乃处以知柏地黄汤加肉桂粉 3 g 水煎, 口服。每日 1 剂, 连用 6 剂, 睡中阴茎勃起毫无改善。改用四逆散合少府逐瘀汤加减。

处方: 北柴胡 10 g, 赤芍 10 g, 白芍 10 g, 桃仁 10 g, 川红花 10 g, 丹参 10 g, 地龙 10 g, 台乌药 10 g, 钩藤 15 g, 甘草 6 g。

连服 4 剂, 阴茎睡中勃起未再出现而恢复正常。

王 珏 等

中西医结合治疗糖尿病坏疽合并 慢性粒细胞白血病

王珏、陈德美等医师(中国人民解放军武装警察部队河北省总队医院,邮编:050081)中西医结合治疗糖尿病坏疽合并慢性粒细胞性白血病。

糖尿病坏疽与慢性粒细胞性白血病皆为难治之症,二者合并则病情凶险,预后较差。临证时,①首先要严密观察病情变化,做好支持疗法,把握主动权。要做到防患于未然,细致观察生命体征,及时监测血糖、电解质和肝、肾功能,加强基础护理,调整饮食、睡眠,适时输血。②其次,要突出重点,有效地控制感染,降低血糖,精心处理好伤口。创口处理要循序渐进,早期只求引流通畅,待炎症控制后再彻底清创。糖尿病坏疽是在血糖高、有创口情况下的感染,而感染和高血糖之间的相互影响是必须处理好的关键环节,特别是感染,要根据细菌培养和药敏试验,选择足量、有效的抗生素,待炎症得到基本控制,方可停药。因糖尿病坏疽的抗感染疗程长,要注意防止二重感染。③同时坚持使用胰岛素,忌用双胍类降糖药,以免导致乳酸性酸中毒,加重坏疽。④重视中医中药作用。正确的辨证,合理的配方,以补益气血、固肾解毒为治疗原则,尤其是重用固肾之品,如用大剂量鲜山药,重用紫河车补肾精,效果甚佳,此“精血同源”之理。

【病案举例】 杨某,男性,74岁,工人。糖尿病病史20年,慢性粒细胞性白血病病史4年。双下肢麻木、发凉、疼痛11年,病情加重伴右足坏疽30日。曾在外院行坏疽趾截趾术,术后伤口感染,坏疽范围扩大,故来就诊。患者年龄大,病程长,病情重,体质

虚弱,极易出现感染和酮症酸中毒等情况。

症状:入院时见面色萎黄、睑结膜苍白、发热、乏力、厌食、恶心、精神差、口干、多饮、尿量多等症。

检查:体温 37.8℃,脉搏 106 次/min,呼吸 22 次/min,血压 17.3/7 kPa(130/52.5 mmHg),心肺正常,肝脾不大,右小腿皮肤深褐色,右拇趾、第二趾缺如,第一跖骨裸露,第二趾骨溃烂并波及足背、足掌,创面约 8 cm×3 cm,前足肿胀,第一二跖骨间创口深 5 cm,无触痛,创面可见黄色黏稠分泌物,腐臭味,舌体胖大,舌苔白腻,脉象虚数。血常规:红细胞 $2.82 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 65 g/L,白细胞 $2.8 \times 10^9/L$,中性 0.75,淋巴 0.25,血小板 $90 \times 10^9/L$ 。尿常规:尿糖(+++)。血沉 39 mm/h。肝功能、肾功能正常。

西医诊断:糖尿病坏疽三期二级坏死;慢性粒细胞性白血病。

中医诊断:消渴(气血两虚型);脱疽。

治疗:①伤口处理。炎症没有得到控制时,主要清理坏死组织,使脓性分泌物引流通畅;在炎症得到控制,坏疽与正常组织分界清楚时,宜在局麻下彻底清创。②控制感染。根据细菌培养结果选择抗生素。③降血糖。饮食和中药相配合,选择胰岛素。④改善循环。复方丹参注射液、刺五加注射液、肠溶阿司匹林、潘生丁、降纤酶。⑤治疗慢性粒细胞性白血病,视贫血情况酌情输血。

中医治则:以补气养血、滋补肝肾、清热解毒为基本原则。

处方:黄芪 15 g,当归 10 g,党参 15 g,鲜山药 50 g,石斛 12 g,川芎 10 g,怀牛膝 15 g,玄参 10 g,牡丹皮 10 g,金银花 20 g,蒲公英 20 g,熟地黄 10 g,陈皮 15 g,茯苓 10 g,紫河车(炒)10 g。日 1 剂,水煎服。

患者经上述治疗后,生命体征平稳,创面愈合,右小腿皮肤颜色变浅,可独自缓慢行走。血常规:红细胞 $3.48 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 99 g/L,血小板 $296 \times 10^9/L$,白细胞 $6.4 \times 10^9/L$,中性 0.68,淋巴 0.32。空腹血糖 6.7 mmol/L。尿常规:尿糖(+).血沉 10 mm/h。

刘义祥等

辨证论治慢性淋巴细胞白血病

刘义祥(四川省中医药研究院, 邮编: 610031)、巫和蓉等医师长期以来着力于运用中医药与化疗结合, 辨证论治慢性淋巴细胞白血病, 取得较好疗效。

慢性淋巴细胞白血病(CLL, 简称慢淋)是一种原因不明的造血系统恶性肿瘤, 系免疫无能的小淋巴细胞恶性增生所致。以中老年(90%发病年龄在50岁以上)男性多见。临床上, 本病最常见的首要症状为全身特别是颈、腋、腹股沟淋巴结肿大, 其次为乏力、消瘦、发热、盗汗、瘙痒、肝脾肿大, 晚期时可见出血、贫血及全身衰竭等。中医对慢淋一般按照“瘰疬”、“痰核”、“癥积”、“血症”等辨证论治。其病因病机多为人体正气本虚, 或六淫侵袭, 或七情过极而致脏腑、阴阳、气血亏虚或功能失调, 邪毒乘机侵犯人体骨髓, 伤髓损血, 耗气伤津, 影响气血津液流通, 以致气滞血瘀, 痰湿积聚, 邪毒、痰瘀互结, 日积月累, 慢淋乃成。

一、扶正补虚养正

即《丹溪心法》：“凡治病, 必先固正气”, 《冯氏锦囊秘录》“养正而邪自除”, 张洁古所谓“养正积自除”的扶正祛邪作用。在治疗慢淋时, 不管其是属于早、中、晚期均需随时注意扶正补虚。临床上只要没有明显实热证, 尽管白细胞超过正常很多, 均宜使用。

病因病机: ①有因虚致病或因病致虚的不同, 但正气虚、邪毒侵袭人体是其最根本的原因。即《内经》：“邪之所凑, 其气必虚”, “正气存内, 邪不可干”。②慢淋一般发病为老年人, 而老年人的生理特点是“五脏皆虚”, 这也从另一方面说明正气虚, 是慢淋发病发

展的最主要病机。

作用：①防止口腔、上呼吸道和支气管炎、肺炎、肾盂肾炎等多种感染性疾病，有利于祛邪。②提高机体免疫力，增强卫外功能，从而达到延长患者寿命的作用。③恢复脏腑经络正常功能，从而达到行痰散结、化痰解毒、祛除邪气、缓解症状的作用。④缓解病人症状，提高生活质量和缓解率，延长生存期。

方药：①气血两虚，用十全大补汤(人参、茯苓、白术、甘草、当归、芍药、地黄、川芎、黄芪、肉桂)加减化裁。②脾肺气虚，宜归脾丸(白术、人参、黄芪、甘草、当归、茯苓、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣)、补中益气汤(白术、人参、黄芪、甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡)、玉屏风散(黄芪、白术、防风)等加减化裁。③肾气(阳)虚，宜金匱肾气丸(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)等加减化裁。

以上方药加减长期服用。而确有实热证者，也可采用祛邪与扶正同用，在祛邪药方中加入几味扶正药，或祛邪与扶正交替运用，使祛邪而不伤正气。

二、痰核积聚，宜从痰瘀论治

症状：慢淋绝大部分(70%~82%)首发症状为全身淋巴结肿大，一般为中等度，但也可大如鸡蛋。其表面光滑，质地中等硬度，无压痛及粘连。中晚期出现肝脾肿大。

病因病机：属邪毒伤髓，气滞血瘀，痰湿积聚。

治则：清热解毒，活血祛瘀，理气化痰，散结消积。

方药：可用消核片、小金丹(白胶香、草乌、五灵脂、地龙、木鳖子、没药、乳香、当归、麝香、香墨炭)、鳖甲煎丸(鳖甲、鼠妇、黄芩、柴胡、蜣螂、干姜、大黄、桂枝、石韦、厚朴、玉竹、半夏、阿胶、丹皮、葶苈子、人参、乌扇、瞿麦、蜂房、赤硝、桃仁)等加减化裁。

临证加减：如疏肝理气，常用柴胡、郁金、香附、青皮、枳实等。如清热化痰、软坚散结，常用夏枯草、玄参、黄药子、山慈姑、浙贝

母、法半夏、海藻、昆布、牡蛎等。如活血祛瘀消积,常用三棱、莪术、鳖甲、红花、丹参、桃仁、凌霄花等。

三、化疗须扶正培本,养阴清热

病因病机:对慢淋患者实行积极的化疗和放疗,但是大多数化疗药物选择性差,用药后对正常细胞组织和脏器(主要为消化道、骨髓、泌尿道等)都有一定破坏作用。祖国医学认为,化疗属大毒治病,经其治疗后,病人邪毒未根除,而正气受损伤,故见脾胃失调,气血虚弱,肝肾亏虚,毒热伤阴等证。

治法:扶正培本,养阴清热。如见食欲减退、恶心呕吐、腹泻等反应,可采用健脾和胃,降逆止泻法治疗。如骨髓抑制,见细胞、红细胞、血小板等减少,贫血、出血等反应,可以气血双补或兼补肝肾,或益气、凉血止血法治疗。如机体衰弱见乏力、神差头昏、短气心慌、汗多等反应,可以补气养血,滋补肝肾法治疗。如炎症反应见发烧、头痛、口舌干燥及口腔、呼吸道感染、尿血、大便秘结等见症,可以清热解毒,养阴生津法治疗。

经过以上治疗,能减轻化疗毒副反应,增加机体抵抗力,使不能化疗或不能足量承受化疗的患者完成化疗,充分发挥其作用。因此中药具有减毒增效,改善症状,提高缓解率的作用。

方药:如补气,常用人参、党参、太子参、黄芪、白术、黄精、山药、大枣等。如补血,常用当归、熟地、白芍、阿胶、鸡血藤、紫河车等。如滋阴,常用沙参、麦冬、石斛、玉竹、玄参、生地等。如补肝肾,常用女贞子、枸杞、山茱萸、冬虫夏草、龟版、鳖甲、菟丝子、补骨脂、淫羊藿等。如和胃降逆止泻,常用半夏、陈皮、竹茹、旋覆花、藿香、佩兰、山楂、神曲、肉豆蔻、芡实、莲肉等。如出血或血小板低,常用阿胶、大小蓟、侧柏叶、白茅根、景天三七、卷柏、土大黄、柿树叶、仙鹤草、花生衣等。如骨痛常用蒲黄、五灵脂、乳香、没药、延胡索等。如清热解毒生津,常用银花、连翘、蒲公英、鱼腥草、升麻、栀子、白花蛇舌草、半枝莲、板蓝根、黄连、黄芩、苦参、天花粉、芦根、

乌梅等。其中,不少还有抗癌作用,临床可根据具体情况选用。

【病案举例】 孙某,男性,74岁,工程师。1984年6月6日入院。患者1个半月前因经常感全身乏力,盗汗,体重减轻而在某市医院检查,诊断为慢性淋巴细胞白血病。服药治疗未效。

现症:近20天来,自觉原有症状逐渐加重,并见头痛头晕、食欲减退、心烦失眠等症,而入院治疗。

检查:双颌下、颈部、腋下及腹股沟均可触及数个1~2.5cm大小淋巴结,中等硬度,无压痛、活动。肝肋下3cm,脾肋下2.5cm,质中无压痛。脉象弦,舌质红,舌苔黄腻。血常规:白细胞计数 $70.1 \times 10^9/\text{L}$,淋巴0.89,幼淋0.01,分叶0.10,血小板计数 $147 \times 10^9/\text{L}$,血红蛋白126g/L。骨髓检查:有核细胞增生极度活跃,成熟淋巴细胞占86.5%,原幼淋6%。血片糖元染色:阳性率95%,阳性指数227。

诊断:慢性淋巴细胞白血病(B期)。

中医辨证:气郁血瘀,痰湿、邪毒互结。且心脾两虚,气血不足。

治疗:理气化痰,解毒祛瘀,消积散结,兼益气补血,养心健脾。

方药:消核片5片/次,1日3次口服。归脾丸6g/次,1日3次口服。

10天后,患者精神转好,食欲增加,上述诸症减轻,全身淋巴结缩小、质地变软,肝脾缩小。

20天后,消核片改为6片/次,1日3次口服。余同前。

按上法继续治疗2月后,以上诸症完全消失,全身仅颈部、腹股沟可触及0.3~0.5cm大小淋巴结,质软、无压痛,肝、脾缩小至正常。白细胞计数稳定在 $20 \times 10^9/\text{L}$ ~ $30 \times 10^9/\text{L}$,淋巴0.70左右,血小板计数 $161 \times 10^9/\text{L}$,血红蛋白121g/L而出院。

出院后,患者间断服用消核片及归脾丸、补中益气丸等。随访4年,病情稳定,淋巴结、肝脾未增大。

邓道昌

治疗慢性淋巴细胞白血病的经验

邓道昌教授(成都中医药大学,邮编:610075)是四川省名老中医,从事中西医结合临床近40年,潜心于血液病的中西医结合研究,成果斐然,临床上有很高的造诣。

一、分期论治

邓教授认为慢淋多因先天不足,后天失养,或六淫侵袭,或七情过极致脏腑阴阳气血失调,邪毒乘机而入,耗气伤津,气滞痰生血瘀,久则痰瘀互结,精血损耗,髓枯精竭。再则放化疗邪毒戕伤骨髓。属正虚邪胜、变证丛生之病。临床证候繁多不便掌握。为规范治疗引入现代医学分期以作参考。邓道昌教授根据慢性淋巴细胞白血病的发病特点,把现代医学的 Rai 和 Binet 分期引入中医辨证论治当中,早、中、晚三期各归一主证,分期论治,执简驭繁,临床实用性强,体现了中西医结合的特点。分期论治,攻补兼施,贯穿始终。

本病从早期到晚期可见气虚→阴虚→精亏→髓枯,气滞→痰阻→血瘀→瘀毒,虚实兼夹,渐进发展。故而治疗需攻补兼顾,攻则行气→化痰→活血→消瘀,补则补气→养阴→填精→补髓,诸法分期结合,从始至终。

(一)早期(Rai0、I期或 BinetA期)

病因病机:慢淋早期多由七情过极,气机不调,脾运不及,加之先天失养,水湿运化不及,聚而生痰,气滞痰凝。邓教授指出此病初期虽一派气滞痰结之象,然起病之初即现虚象为本病突出的特点,说明正虚为得病之本。

主要临床症状:纳差,乏力,淋巴结肿大、按之尚软、推之可移,

腰膝酸软,胸胁胀满,或胁下有痞块,舌淡苔白,脉多弦滑等。

治疗:行气解郁,化痰散结,补脾益肾。“肾主先天,脾主后天”,补脾益肾则正气固而脏腑调。病在早期邪气初结,峻补恐有恋邪之弊,故须用清淡平补之品。

方药:用逍遥丸(当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、甘草、生姜、薄荷)合二陈汤(陈皮、半夏、茯苓、甘草)加减。

处方:柴胡、茯苓、山药、莲子、白术、枸杞子、当归、白芍、甘草、半夏、陈皮、枳壳、香附、瓜蒌、夏枯草、黄药子等。

(二)中期(Rai II期或 Binet B期)

病因病机:多因气滞痰凝血瘀,痰瘀互结,耗气伤阴。

主要临床症状:多为淋巴结增大明显,由软变硬,肋下可有结块固定不移,头晕气短,潮热盗汗,五心烦热,形瘦神疲,舌质紫暗,脉沉细等。

治疗:宜活血化瘀,软坚散结,益气养阴。邓教授认为此期邪实较重,正虽虚尚可耐受攻伐,为病情转归的关键,故可重用破血软坚攻积之药。

方药:化积丸(三棱、莪术、香附、苏木、五灵脂、瓦楞子、阿魏、海浮石、槟榔、雄黄)合六味地黄丸(山药、山茱萸、生地、丹皮、泽泻、茯苓)加减化裁。

处方:三棱、莪术、香附、苏木、五灵脂、黄芪、瓦楞子、茯苓、阿魏、海浮石、槟榔、鳖甲、山药、山茱萸、童参、生地、丹皮、泽泻、沙参等。

(三)晚期(Rai III、IV期或 Binet C期)

病因病机:此期病属晚期,痰瘀结聚,日久化毒,伤精耗髓,加之此期病患多加以放化疗治疗,临床症状繁多,证候最为复杂,变证丛生。痰瘀日久化毒,邪毒耗髓伤精。

主要临床症状:多见贫血、黄疸、出血、感染,及其他一系列并发症。

治疗:滋阴填精,益气壮阳,缓消瘀毒。治疗须突出补虚为主,缓消瘀毒,随证用药。

方药:以龟鹿二仙胶(鹿茸、龟版、人参、枸杞子)加减化裁(鹿茸、肉苁蓉、龟版、人参、枸杞子、山药、熟地、当归、猪牛骨髓、黄精、木香、丁香等)。以大黄廑虫丸加减(大黄、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、芍药、干地黄、蜀漆、虻虫、蛭螬、廑虫、僵蚕、半夏、半枝莲)成方做成丸剂,取其缓攻瘀毒之功。

二、灵活治疗兼变之症

慢淋因免疫调节缺陷可致自身免疫性溶血性贫血、血小板减少症以及反复病毒及细菌感染,或肿瘤浸润及肿大淋巴的压迫症状,临床兼变之症较多。邓教授主张把握分期,灵活辨证。

例如紫癜:常辨为阴虚火旺与瘀毒热邪迫血妄行而分别用茜根散(茜根、地榆、生地、当归、犀角、黄芩、栀子、黄连)滋阴清火与犀角地黄汤(犀角、地黄、芍药、丹皮)凉血止血。

例如黄疸:常辨为痰瘀湿热熏蒸肝胆与胆腑郁热,而分别用甘露消毒丹(滑石、茵陈、黄芩、石菖蒲、木通、川贝母、射干、连翘、薄荷、白豆蔻、藿香)清热利湿与大柴胡汤(柴胡、黄芩、芍药、半夏、生姜、枳实、大黄、大枣)利胆泄热。

例如皮肤损害:多辨为风热湿毒,用麻黄连翘赤小豆汤(麻黄、连翘、赤小豆、大枣、生梓白皮、生姜、炙甘草)疏风清热解毒,血虚风燥用消风散(当归、生地、防风、蝉衣、知母、苦参、胡麻仁、荆芥、苍术、牛蒡子、石膏、甘草、木通)养血熄风。

例如肺部感染:多为痰热郁肺用清热化痰汤(贝母、花粉、枳实、桔梗、黄芩、黄连、元参、升麻、甘草)清热化痰宣肺。

例如败血症:多为热毒弥漫三焦,入营入血,可用黄连解毒汤(黄连、黄芩、黄柏、栀子)合五味消毒饮(银花、菊花、公英、地丁、紫背天葵)清热解毒。

例如带状疱疹:辨为肝胆经湿热而用龙胆泻肝汤(龙胆草、栀

子、黄芩、柴胡、车前子、泽泻、木通、甘草、当归)清肝利胆。

【病案举例】 郭某,男,69岁,农民,于2002年10月7日入院。颈、腋下、腹股沟部结节肿大5年,加重3月,伴头晕、心悸、气紧、乏力、双下肢肿、纳差、舌质红、苔薄黄、脉细等。

检查:患者消瘦,贫血貌,双颌下、颈部、腋下及腹股沟均可触及数个鸡卵大小淋巴结,融合、质较硬、无压痛、活动差,肝肋下4 cm,脾肋下7 cm,质中无压痛。

血检查:白细胞 $113 \times 10^9/L$,淋巴 0.92,幼淋 0.02,中性 0.10,血小板 $135 \times 10^9/L$,血红蛋白 86 g/L。血清总胆红素 $28 \mu\text{mol/L}$,间接胆红素 $17 \mu\text{mol/L}$ 。直接抗人球蛋白试验阳性。总蛋白 65 g/L,白蛋白 33 g/L,球蛋白 32 g/L。

骨髓检查:有核细胞增生极度活跃,成熟淋巴细胞占 87%,原幼淋 6%,红系、巨核系增生活跃。

诊断:慢性淋巴细胞白血病(Rai III, Binet C 期)。

辨证:瘀毒痰邪结聚,精血大亏。

西药治疗:给予两次 CHOP 标准方案,减轻肿瘤负荷,缓解压迫症状,同时给予支持治疗。

中药治疗:补益精血,缓消瘀毒。

处方:鹿茸 5 g,肉苁蓉 15 g,龟版 20 g,人参 10 g,枸杞子 20 g,山药 30 g,熟地 20 g,黄精 15 g,猪髓 50 g,当归 15 g,木香 10 g,陈皮 12 g,半夏 15 g,僵蚕 10 g,半枝莲 30 g。

3日2剂,与化疗配合。共8周。治疗后全身肿大淋巴结明显缩小,双下肢水肿消失,头晕、心悸、气紧改善,血象恢复正常。

出院后持续给予大黄廬虫丸加减方缓攻瘀毒,龟鹿二仙胶滋阴填精,益气壮阳。随访一年半,病情稳定。

杜云波

平补缓消法治疗慢性 淋巴细胞白血病

杜云波医师(河南省开封市中西医结合医院, 邮编: 475003), 自 1990 年以来对 6 例慢性淋巴细胞白血病(CII)患者采用平补缓消法治疗, 疗效满意。

慢性淋巴细胞白血病(CII)是由于一种小淋巴细胞克隆性扩展, 逐步积累而浸润骨髓、血液、淋巴结和其他器官, 最终导致造血功能衰竭的一种恶性疾病。CII 在我国发病率较低。慢性淋巴细胞白血病起病缓慢, 早期症状不明显, 多以其他疾病而就诊。西医对 CII 的治疗多采用化疗、放疗等, 目前疗效不太满意, 且副反应较大, 患者非常痛苦。中医辨证属本虚标实, 治以平补气阴、缓消痰核之法。

治疗方法采用平补缓消法治疗。药物组成: 白术 15 g, 人参 10 g, 茯苓 18 g, 甘草 3 g, 川芎 20 g, 归尾 12, 熟地 15 g, 赤芍 12 g, 白花蛇舌草 30 g, 半枝莲 30 g, 麦冬 15 g, 玄参 12 g, 五味子 9 g, 菟丝子 9 g, 山萸肉 9 g。方中人参、白术、茯苓、甘草补脾益气; 当归、赤芍、熟地滋阴养肝; 加川芎入血分理气, 使当归、熟地补而不滞; 玄参、麦冬甘寒养阴生津; 五味子酸敛止汗; 菟丝子、山萸肉补肾填精; 半枝莲、白花蛇舌草消痰核, 散郁结。诸药合用, 培正固本, 祛邪消痰, 以求长效。

加减化裁:

肺部感染加金银花 9 g, 鱼腥草 15 g, 川贝 9 g, 黄芩 9 g 等。

脾肿大者加鳖甲 12 g, 廑虫 6 g 等。

扁桃体肿大者加马勃 9 g, 射干 6 g 等。

上药加水浸泡后浓煎至 200 ml~300 ml, 每日 2 次服用。至

临床症状好转后上方制成丸剂,每次 9 g,每日 3 次,长久服用。

6 例患者中,男 4 例,女 2 例;年龄 50 岁~71 岁,平均 62.1 岁;病程半年~2 年。临床表现:乏力、疲倦、食欲差者 6 例,伴淋巴结肿大者 5 例,伴脾肿大者 4 例,合并肺部感染者 4 例,扁桃体肿大者 1 例,伴贫血、血小板减少者 1 例。

全部病例均根据症状、血象、骨髓象及免疫学检查而确诊,标准符合人民卫生出版社第四版高等医药院校教材《内科学》中慢淋的诊断标准。

①血象:持续性淋巴细胞增多,淋巴细胞数在 $10 \sim 60 \times 10^9/L$,以小淋巴细胞增多为主,血涂片可见破碎细胞;②骨髓象:有核细胞增生活跃,红系、粒系及巨核系细胞均见减少;③免疫学检查:慢性白血病细胞表面标志具有单克隆性;血清蛋白电泳显示低 γ 球蛋白血症, IgA、IgM 降低, IgG 增多;④排除淋巴瘤、幼淋巴细胞性白血病。分期按国际上对 CLL 的分期分为 3 期,其中 1 期 2 例、2 期 3 例、3 期 1 例。

疗效观察

疗效标准 显效:周围血白细胞低于 $15 \times 10^9/L$,淋巴细胞小于 0.4,淋巴结、脾脏明显缩小,临床症状基本消失;有效:周围血白细胞低于 $20 \times 10^9/L$,淋巴细胞小于 0.6,淋巴结、脾脏有所缩小,临床症状明显好转;无效:血象及临床症状无明显变化。

治疗结果 6 例中显效 1 例,有效 5 例,无效 0 例,总有效率为 100%。经随访存活 5 年以上者 1 例,3 年以上者 4 例,1 年以上者 1 例。

【病案举例】 王某,男,50 岁。因咳嗽、胸闷、胸痛 2 年,加重 1 周,伴咯白黏痰、发热、疲乏、口渴不欲饮、便秘、心中烦躁、舌红绛、苔薄黄、脉弦滑,于 1994 年 4 月 25 日入院。查体:神志清,形体消瘦,体温 38°C ,面色红赤,咽喉部充血,颈部、颌下、锁骨上、右腹下及左腹股沟处可触及肿大淋巴结,无压痛,质硬,推之可移,右

侧胸廓略高于左侧。听诊:右下肺呼吸音弱,中肺有湿啰音,右胸及右肩胛下角有压痛。实验室检查:血白细胞 $31.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.22,淋巴细胞 0.78 以小淋巴细胞增多为主,血涂片可见破碎细胞,血红蛋白 130 g/L 血沉 60 mm/h,总蛋白 65 g/L,白蛋白 33 g/L,球蛋白 32 g/L,AKP11 金氏单位, IgG27 g/L, IgA 1.93 g/L, IgM1.03 g/L, C0.56 g/L。

辨证:气滞血瘀,宿痰停肺,兼有气虚。急则治标,用补气化痰、消痰散结之法,使肺部有形之痰从大肠排出。处方:党参 30 g, 当归 12 g, 生地 10 g, 桃仁 9 g, 薏苡仁 20 g, 冬瓜仁 20 g, 红花 12 g, 赤白芍各 15 g, 柴胡 9 g, 郁金 12 g, 丝瓜络 20 g, 葶苈子 9 g, 元胡 12 g, 川楝子 12 g, 陈皮 12 g, 姜半夏 10 g, 茯苓 20 g, 鱼腥草 20 g, 半枝莲 30 g, 白花蛇舌草 30 g。每日 1 剂,水煎分 2 次服。

二诊:3 日后患者排出大量黄色黏液便,镜检无异常,自觉胸闷、胀痛减轻。守方继服 17 剂。

三诊:诸症悉除,舌质淡,脉缓。辨属气血虚弱,兼夹实邪。采用平补气阴,缓消痰核之法。处方:白术 15 g, 西洋参 10 g, 茯苓 18 g, 甘草 3 g, 川芎 20 g, 归尾 12 g, 熟地 15 g, 赤芍 15 g, 白花蛇舌草 30 g, 半枝莲 30 g, 麦冬 15 g, 玄参 12 g, 五味子 9 g, 菟丝子 9 g, 山萸肉 9 g。每日 1 剂,每服 10 剂后休息 1 周再服。

半年后改为蜜丸久服,每次 9 g,每日 3 次。

1 年后复查:血白细胞 $11 \times 10^9/L$,淋巴细胞 0.51,小淋巴细胞较原来明显减少,胸片示右侧陈旧性胸膜炎, IgG 15.5 g/L, IgA 1.03 g/L, IgM 0.7 g/L, C 30.87 g/L, AKP 8 金氏单位,总蛋白及球蛋白比例、血小板计数、血沉均正常,一侧颈部淋巴结稍有肿大,随访 5 年仍存活。

夏小军

中药与化疗联合应用治疗
小儿急性白血病

夏小军医师(庆阳市中医医院,邮编:745000)应用中药或与化疗药物联合应用治疗小儿急性白血病。

白血病发病率在儿童恶性肿瘤中居首位,是5岁以上小儿死亡的主要原因之一。按其病程缓急及白血病细胞分化成熟程度,有急性和慢性之分。小儿白血病以急性为主,起病急、变化快之特点尤为突出。故对小儿急性白血病一经发现,必须及早进行治疗,防止传变。其中急性淋巴细胞白血病约占75%。现代医学研究表明,急性白血病的发病与病毒感染、电离辐射、化学物品、遗传等因素有关,其病理变化主要是白血病细胞的增殖和浸润、出血、组织营养不良和坏死、继发感染,以及抗白血病治疗的影响等。联合化疗作为治疗小儿急性白血病的主要手段,目前已被广泛采用。但化疗祛邪亦伤正,轻则妨碍化疗的顺利进行,重则危及生命。

祖国医学中虽无白血病病名,但根据其发病急、感染、发热、出血、贫血、肝脾淋巴结肿大等症状,多将急性白血病归属于“热劳”、“急劳”、“血证”等范畴。小儿急性白血病是一种邪实正虚、虚实夹杂之证,早期以邪实为主,后期以正虚为主。《圣济总录》说:“热劳之证,心神烦躁,面赤,头痛……身体壮热,烦渴不止,口舌生疮,食欲无味,肢节酸痛,多卧少起,或时盗汗,日渐羸瘦者是也。”又说:“急劳之病与热劳相似,而得之差暴也。”中医认为,小儿脏腑娇嫩,形气未充,对外来病毒、细菌或化学药物,放射线等邪毒因素,均较成人敏感。每当机体正气不足时,或先天已有“胎毒”内伏,邪毒外袭,伤及营阴,骨髓受损,发生血虚;阴精受损,内热薰蒸,灼伤脉络,迫血妄行;或由于病久耗伤气血,气虚不能摄血,形成血证;纯

阳之体,感邪之后易从热化,营血热炽而见高热持久不退;热灼津液,煎熬为痰,病程日久,气血更虚,气滞血瘀,痰瘀互结,脉络瘀阻形成痞积或瘰疬痰核,或发为骨痛。小儿肝常有余,邪毒泛滥,侵及厥阴,肝阳升逆,上扰清窍则见头痛、眩晕、呕吐、颈项强直,甚至抽搐、昏迷等证。又因小儿脏气清灵,随拨随应,罹患本病经治疗后,邪毒由盛转衰,正气渐复,病情可以缓解;由于邪毒未尽,当正气内虚时,常易复发。

传统的中医药治疗小儿急性白血病具有其独特的优势,一方面,化疗过程中正确配合应用中药,可减轻化疗药物的毒副作用,增强其治疗效应,提高机体的抗病能力,从而保证化疗的顺利进行。另一方面,对于部分不能接受化疗或对化疗药物不敏感者,可单独应用中药治疗而达到缓解,并可长期生存。因此,应用中药或与化疗药物联合应用作为治疗小儿急性白血病的一种重要手段,越来越受到人们的重视。

基本方药组成:天蓝苜蓿 15~20 g,墓头回 15~20 g,龙葵 10~15 g,紫河车(装空心胶囊服)1~3 g。

功效:清热败毒,宁血化瘀,益肾填髓。祛邪不伤正,扶正不碍邪,止血不留瘀。

方解:天蓝苜蓿(*Medica goIppulina*L.)清热利湿,凉血止血;墓头回(*Patrinia heterophylla*Bun ge)清热燥湿,化瘀止血;龙葵清热解毒,活血消肿;紫河车益气养血,填精补髓。

药理研究:天蓝苜蓿及墓头回均系甘肃特产中草药,经体外药敏试验,表明均具有抗急性白血病细胞的作用。龙葵具有抗癌作用。紫河车不仅可调节免疫,增强机体抵抗力,而且能促进凝血和刺激骨髓造血。

根据急性白血病疾病过程中体内白血病细胞贯穿始终这一病理特点,结合临床常见贫血、发热、出血及肝、脾淋巴结肿大等临床症状特点,将基本方用于小儿急性白血病治疗的始末,异中寓同,以期

最大程度地杀灭白血病细胞；具体应用时再根据疾病不同阶段病机的转变、邪正的盛衰，结合临床及实验室所见，综合分析后加入相应的药物，同中有异，随证变化，灵活应用。只有这样，才能提高临床疗效。

根据急性白血病临床特点，结合小儿生理病理特点，分为邪毒炽盛、痰瘀互结，邪毒渐退、气阴两虚及气血不足、阴阳两虚三型辨证施治。

(1)邪毒炽盛，痰瘀互结：相当于疾病初期，未进行化疗或化疗诱导阶段。

病情特点：邪实正盛或正虚不明显，以邪实为主。

主要症状：起病多急，壮热烦渴，头痛，唇焦，鼻衄或尿血、便血，皮肤瘀点瘀斑，尿赤，便秘，瘰疬痰核，或肋下痞块坚硬胀满，胸骨闷痛，甚则神昏谵语，或口舌生疮，咽喉肿痛，牙龈肿胀，咳嗽黄痰，肛门灼痛。舌质红绛或有瘀斑，苔黄腻，脉数或涩。

分析：此期邪毒已炽盛，正气尚未衰，邪正相争，热盛伤津，营血受扰，迫血妄行，甚则邪毒蒙蔽心窍；热毒煎熬津液为痰，壅滞骨髓，瘀阻络脉，气血运行受阻，滞于肋下，结于颈旁、腋下、胯腹等处。此时最为危急。

治疗大法：以祛邪为主，用清热败毒、活血化瘀、化痰散结之法。

方药：基本方加半枝莲 15~20 g，白花蛇舌草 15~20 g，仙鹤草 10~15 g，白茅根 10~15 g，虎杖 10~15 g，夏枯草 10~15 g，赤芍、山豆根各 5~10 g，炙鳖甲(先煎)5~10 g，青黛(冲服)3~6 g。每日 1 剂，水煎服。

(2)邪毒渐退，气阴两虚：相当于疾病中期或缓解后的巩固强化治疗阶段。

病情特点：正虚邪不盛，标本同病。

主要症状：低热不退，或午后潮热，五心烦热，头晕耳鸣，汗出

乏力,肢体酸软,纳呆痞满,或恶心呕吐,皮下瘀点瘀斑,鼻齿衄血,口咽干燥,身痛骨痛,肋下痞块缩小或消失。舌质红或淡红,苔少,脉细数或虚数。

分析:此期邪毒虽渐退,正气已受损,热毒内郁日久,势必耗气伤阴;水不涵木,肝肾阴血俱亏;虚火滋生,内热薰蒸,湿热内蕴,脾胃受损,运化失常,气逆不降。此时标本同病,病情仍重,容易感受客邪。

治疗大法:以扶正祛邪,标本同治,用益气养阴、解毒化瘀、健脾和胃之法。

方药:基本方加黄芪 15~20 g,女贞子 15~20 g,旱莲草 15~20 g,半枝莲 15~20 g,白花蛇舌草 15~20 g,太子参 10~15 g,当归 10~15 g,生地黄 10~15 g,茯苓 5~10 g,白术 5~10 g。每日 1 剂,水煎服。

(3) 气血不足,阴阳两虚:相当于疾病后期或缓解后的维持治疗阶段。

病情特点:邪去正衰,以正虚为主。

主要症状:面色萎黄或苍白无华,倦怠乏力,心悸气短,动则尤甚,汗出,四肢不温,唇甲色淡,纳呆,虚烦,或有瘀点瘀斑。舌质淡,舌体胖大或有齿痕,苔薄白,脉虚大或见濡细。

分析:此期邪毒虽去大半,气血随之而虚,脾胃虚弱则气血生化乏源,无以滋养五脏六腑、四肢百骸;久病消耗,肺气更虚,气血虚少,心神失养,鼓动无力;肾气不足,精乏气养,骨髓空虚;肝肾阴虚,精不化血,甚则阴损及阳,精气两伤。此时正气未复,余邪未清,容易复发。

治疗大法:扶正为主,兼清余邪,用补气养血、益肾填髓、扶正化毒之法。

方药:基本方加黄芪 15~20 g,鸡血藤 15~20 g,党参 10~15,当归 10~15,熟地黄 10~15,补骨脂 10~15 g,山茱萸 5~

10 g,菟丝子 5~10 g,土茯苓 5~10 g,阿胶(烊化兑服)5~10 g。

【病案举例】 患者,女,9岁。1998年2月17日初诊。因头痛、头晕、乏力2月,伴突眼、呕吐7天,住院治疗。

查体: T38.0℃, P90次/min, R27次/min, BP14.0/9.0kPa (1kPa=75 mmHg)。贫血貌,双侧眼球突出,全身皮肤无黄染,双下肢散在皮下瘀点瘀斑,浅表淋巴结无肿大,胸骨压痛明显,肝右肋下3 cm,脾左肋下3 cm,质软无压痛,神经系统未见阳性体征。舌质淡红,苔薄,脉细数。

实验室检查: Hb95 g/L, RBC 3.4×10^{12} /L, WBC 12.4×10^9 /L, N0.60, L0.25, M0.15, BPC 58×10^9 /L。

骨髓象:增生明显活跃,红系增生明显受抑,以单核细胞增生为主,原始及幼稚单核细胞0.62,过氧化物酶染色阳性。

脑脊液化验:压力高(128滴/min),潘氏试验(+),WBC 24×10^6 /L。

诊断:急性单核细胞白血病合并中枢神经系统白血病。

中医辨证:邪毒炽盛,痰瘀互结。

治疗:用上述清热败毒、活血化瘀、化痰散结方药,每日1剂,水煎服;同时鞘内注射氨甲喋呤加地塞米松各10mg,共5次,未进行全身诱导化疗。

1998年4月9日,经周围血象、骨髓象检查达完全缓解(CR),脑脊液正常,突眼已愈。此后仍坚持以中医辨证分型治疗,并将汤剂浓缩为蜜丸剂,每次18g,每日2次。

1年半后减半量服用至今。其间配合应用DA、HOAP方案化疗各3次以巩固疗效,经先后6次骨穿复查,疾病一直处于CR之中。

张桂玲等

双黄升血冲剂治疗
急性白血病化疗患儿

张桂玲、卢青军、李永申等医师(河北省张家口市解放军第251医院,邮编:075000)用双黄升血冲剂治疗急性白血病化疗患儿,对化疗引起骨髓抑制有明显的保护和治疗作用。

化疗是治疗小儿急性白血病的主要手段,但大多数化疗药物对骨髓抑制比较严重。骨髓抑制是小儿白血病化疗最严重的副作用,常导致化疗中断,亦有并发重度感染而死亡者。近年来国内外肿瘤学者纷纷研制生产造血细胞因子,如G-CSF、GM-CSF等,在肿瘤治疗中发挥较好的辅助作用,但这些造血细胞因子的价格比较贵,且有反跳现象。还有报道集落刺激因子除可引起骨痛、发热等副作用外,还可刺激某些恶性细胞的生长。

中药双黄升血冲剂,药味精简,重点突出,疗效较好,无副作用,值得临床推广应用。

组成:黄芪、黄精、女贞子、天花粉、骨碎补等6味中药组成(每包含生药15g)。

功效:益气养阴,重在补骨生髓。

用法及用量:按年龄分别给药,<3岁每次半包,3~6岁每次1包,6~10岁每次1包半,>10岁每次2包,每天2次,3周为1疗程。

选择住院的急性淋巴细胞白血病患儿60例(所有病人均有骨髓象结果),预计能完成全程化疗,随机分成二组,治疗组和对照组各30例。治疗组,男16例,女14例,年龄2岁5个月~11岁;血常规白细胞 $4\sim 10\times 10^9/L$ 24例, $>10\times 10^9/L$ 6例。对照组男15

例,女 15 例,年龄 2 岁 8 个月~10 岁,血常规白细胞 $4\sim 10\times 10^9/L$ 25 例, $>10\times 10^9/L$ 5 例。两组患儿的性别、年龄、病情、化疗前血白细胞数量在统计学上无显著差异($P>0.05$),具有可比性。化疗方案均用 CODP 方案。

治疗组在化疗的同时,口服双黄升血冲剂,对照组在化疗同时口服茜草双酯。观察期间不输血,不用其他升白细胞药物,每周常规查白细胞 2 次,当白细胞 $<1.0\times 10^9/L$ 时,每日查血常规,固定时间,固定方法,固定部位,固定仪器查血。3 周后统计疗效。

对照组:化疗同时口服茜草双酯, <3 岁每次服 1 片,3~6 岁每次 2 片, >6 岁每次服 3 片,每天 3 次,3 周为 1 疗程。

结果:治疗组总有效率 90%,对照组总有效率 53.3%,治疗组与对照组比较差异有显著性($P<0.01$)。

根据国家卫生部制定的《药物临床研究指导原则》中升高白细胞(WBC)疗效标准,显效:WBC 总数 $>4\times 10^9/L$ 。并在疗程中能维持疗效直至停药 1 周,临床症状显著减轻或消失;有效:WBC 总数 $<4\times 10^9/L$,但比治疗前上升($0.5\sim 1.0\times 10^9/L$),并在疗程中能维持疗效直至停药 1 周,临床症状好转;无效:WBC 总数 $<4\times 10^9/L$,临床症状无好转。

治疗组显效 19 例,有效 7 例,无效 4 例,显效率 63.3%,总有效率 86.7%;对照组显效 9 例,有效 7 例,无效 14 例,显效率 30.0%,总有效率 53.3% 两组总有效率比较差异有显著性($P<0.01$)。

两组患儿治疗前后 WBC 变化情况($\times 10^9/L$, $\bar{x}^2 \pm s$) 治疗组 30 例,治疗前 6.84 ± 1.36 ,治疗后 1 周 $3.72 + 1.53$,治疗后 2 周 $4.06 + 1.82$,治疗后 3 周 $8.07 + 1.24$ 。对照组 30 例,治疗前 6.82 ± 1.45 ,治疗后 1 周 $3.59 + 1.02$,治疗后 2 周 3.92 ± 1.05 ,治疗后 3 周 $5.28 + 1.33$ 。秩和检验 H 值,治疗前 0.0852,治疗后 1 周 0.571,治疗后 2 周 1.6061,治疗后 3 周 5.0991。P 值,治疗前

0.7205, 治疗后 1 周 0.813, 治疗后 2 周 0.3034, 治疗后 3 周 0.0236。WBC 差值治疗组与对照组比较差异有显著性 ($P < 0.05$), 治疗组 WBC 回升明显高于对照组。

应用双黄升血冲剂及茜草双酯后均未发现任何不良反应。

盖玉惠等

鲜药汁治疗儿童白血病

盖玉惠、孙燕等医师(卫辉市中医血液病医院,邮编:453100)采用地黄合剂治疗儿童白血病,收到了较好的疗效。

儿童白血病多是由于阴虚内热引起的,阴不足则阳乘之,其变为热,再加上热邪毒素或感染等,则毒热相加,不仅使机体的阴阳进一步失调,也使人体的造血控制功能破坏,最终导致白细胞和早幼细胞的变异和恶性增生,病情加重。

儿童白血病的治疗方案有多种,西医联合化疗是诱导缓解白血病较有效的手段。1998年美国临床肿瘤学会第34届年会公布的单纯化疗的缓解率为69%~81%,但均出现副作用。尤其是HDA还可出现周围神经炎及呼吸困难。骨髓移植术效果虽佳,但价格昂贵,髓源缺乏仍制约这一疗法的广泛开展。

盖玉惠等医师用地黄合剂治疗儿童白血病。方剂组成:由生地、蒲公英、大蓟、芦根等鲜中药榨汁而成。每天2~3次,每次50~100 ml,30天为一疗程,一般服用2~6个疗程。全方具有甘寒、养阴、清热、解毒、凉血等作用。可恢复阴阳平衡和造血功能,具有双向调整和转化作用,不杀伤健康细胞,不损伤元气。但地黄合剂对脾胃虚寒者可出现大便次数增多。

地黄合剂的特点是:①超量,采用超出常用量的鲜药汁液起到釜底抽薪之效;②药鲜,取其鲜中药自然汁,保持植物的天然活性物质,疗效明显高于干药;③价廉,每月费用500~1000元,低于化疗药物数倍;④无毒,经急毒、慢毒试验,无任何毒副作用;⑤效著。

盖玉惠等医师选53例白血病患者,均经骨髓和周围血象检

查,符合血液病诊断标准。年龄 5~14 岁,其中 2 例未经任何化疗。随机分为 A 组 30 例为地黄合剂治疗组;B 组 23 例为化疗对照组。A 组男 22 例,女 8 例;急性淋巴细胞型白血病(ALL)6 例;急性非淋巴细胞型白血病(急非淋)24 例;原幼细胞 13%~99%;周围血象异常:极重度贫血 3 例,重度贫血 15 例,中度贫血 7 例,轻度贫血 5 例;高热 20 例,低热 10 例;出血量多 15 例,散在出血 5 例,未出血 10 例。B 组男 13 例,女 10 例;急性淋巴细胞型白血病(ALL)15 例,急非淋 8 例。A 组服用地地黄合剂。B 组中急淋采用 HDA,急非淋采用 VDCT 方案。

采用 χ^2 检验统计学处理。根据 1998 年血液病诊断及疗效标准,完全缓解和部分缓解视为有效。A 组完全缓解(CR)23 例(76.67%),此 23 例 CR 者,服药时间 12~180 天,平均服药时间 52 天;部分缓解(PR)3 例(10%);未缓解(NR)4 例(13.33%),总有效率为 86.67%。B 组完全缓解(CR)12 例(52%);部分缓解(PR)5 例(21.9%);未缓解(NR)6 例(26.1%),总有效率为 73.9%。两组疗效差异无显著($\chi^2=0.676, P>0.05$)。

服用地地黄合剂 CR23 例中,1 年未复发 20 例,2 年未复发 18 例,3 年未复发 15 例。

杨经敏等

中西医结合治疗老年 急性髓系白血病

杨经敏、胡乃平等医师(中国中医研究院西苑医院, 邮编: 100091)用 M_xA(米托蒽醌和阿糖胞苷)方案和养血补肾中药治疗老年急性髓系白血病, 近期疗效满意。

近年来血液病在老年人群中有多增多趋势, 其中 15% 左右为老年急性白血病, 在老年急性白血病当中, 又以急性髓系白血病(急性非淋巴细胞白血病)居多, 约占 80%。老年急性白血病无论发病、治疗和愈后都与中青年白血病不同, 老年白血病一般起病缓、隐匿, 多为继发性, 近年由 MDS 转为急性白血病者逐渐增多。由于老年人体质差, 免疫力低, 对化疗的耐受性差, 因此缓解率低。治疗后出血和感染严重, 其治疗棘手, 预后较差, 死亡率高。

白血病化疗后多属气阴两虚, 而中医学认为老年人肾精亏虚, 气血化生乏源。根据老年白血病的上述特点, 在益气养血滋阴的基础上加用补肾药物, 促进造血的恢复, 以增强机体的免疫功能, 使患者能顺利通过化疗期, 减少出血和感染, 进而提高疗效。

治疗原则: 益气养血, 滋阴补肾。

处方: 黄芪、当归、补骨脂、菟丝子、女贞子、墨旱莲、何首乌、白芍、山茱萸、枸杞子、大枣等。

随证加减: 如胃肠反应明显时, 加半夏、生姜、竹茹等降逆和胃药; 如有感染存在, 加用清热解毒的银花、连翘、栀子、板蓝根等; 如出血明显, 可加凉血止血的水牛角、白茅根、茜草、仙鹤草等。

化疗方案: 米托蒽醌 2~6 mg/(m²·d), 静脉滴注 3~5 天; 阿糖胞苷 20~120 mg/(m²·d), 静脉滴注 7~10 天, 一般 1~3 个疗

程。米托蒽醌属蒽醌类药物,临床应用多年,其疗效可靠,毒性较小,主要毒性为骨髓抑制和白细胞减少,有较轻微的消化道反应及脱发,对心肝肾的毒副作用不大,尤其是心脏毒性明显低于其他蒽醌类药物,应用比较安全,对老年人尤为适宜。化疗中根据病人的病情、体质、年龄等各种因素综合考虑,予以个体化的化疗。对于年龄相对较轻、体质好、药物耐受性强,予以常规剂量的联合化疗,提高缓解率和无病生存期。对于年龄大、体质差、药物耐受性弱者,予以小剂量的温和方案进行诱导,逐渐减少其白血病细胞负荷,带病生存,提高生活质量,减少治疗相关性死亡。总之,对老年白血病的化疗不能统一方案和剂量标准,治疗更应该强调个体化。

支持疗法:治疗期间或治疗后,根据病情予以成分血(压积红细胞、浓缩血小板)输注和及时应用抗生素及生白药物。

老年患者化疗后血象下降较快,水平较低,恢复缓慢,加之老年白血病大多数为低增生性,全血细胞减少,血象长期处于低水平是其特点,致使出血、感染难以避免。因此疗前的预防和疗后的及时治疗十分关键,另外中药对于促进血象恢复也很重要。对于白细胞和血小板极低的患者,在出血和感染未发生前,及早输注血小板和应用升白药物,能减少感染和出血的程度;在感染发生后,要及时应用强有力的抗生素。总之,根据老年急性白血病的特点,采取中西医结合治疗,不断总结经验,可望进一步提高老年白血病的疗效。

选 21 例住院老年急性髓系白血病患者,均符合白血病诊断的分型标准。男性 17 例,女性 4 例;年龄 60~82 岁,平均 65.3 岁。其中 M₂ 11 例, M₅ 1 例, M₆ 2 例,慢粒急变 3 例,4 例由骨髓增生异常综合征(MDS)转化而来。治疗前血象:白细胞总数(1.7~102.3)×10⁹/L,其中≤10.0×10⁹/L 的 16 例,16 例当中≤4.0×10⁹/L 者 8 例,原始细胞比例占 0~88%,均值为 12.9%;血红蛋白 55~132 g/L,均值为 91 g/L;血小板(12~404)×10⁹/L,均值

为 $82.4 \times 10^9/L$ 。治疗前骨髓象:骨髓增生程度 I 级 2 例, II 级 8 例, III 级 11 例;骨髓中原始细胞比例 14%~90%,均值为 36%。

根据白血病疗效标准进行评定。完全缓解 8 例(38.1%),部分缓解 5 例(23.8%),总缓解率为 61.9%。

治疗后血象:白细胞总数最低降至 $(0.4 \sim 1.8) \times 10^9/L$,均值为 $0.86 \times 10^9/L$,降至最低所需时间为 4~20 天,平均为 10.8 天,在停化疗 20 天后,白细胞总数为 $(0.6 \sim 5.7) \times 10^9/L$,平均为 $2.2 \times 10^9/L$;血红蛋白最低降至 47~97 g/L;血小板最低降至 $(5 \sim 59) \times 10^9/L$,因后两项有输血及血小板因素干扰,其数据仅用于参考。

治疗后骨髓象:骨髓增生程度 I 级 1 例, II 级 4 例, III 级 7 例, IV 级 7 例, V 级 2 例,骨髓中原始细胞比例占 0.5%~58%,均值为 11.5%。

治疗后出血及感染情况:治疗后出血 16 例(76%),出血部位多在皮肤、黏膜,其中 1 例消化道出血,2 例肺出血,给予凉血止血中药,配合止血合剂及输注血小板,病情均得到控制。治疗后发生感染者 17 例(81%),较成人白血病化疗期间的感染率 64.3% 为高,感染部位多在肺部、软组织,个别有泌尿系及胃肠道感染;另外在发热患者中有 1/3 病人无明显感染灶。对感染患者给予清热解毒中药和抗生素及升白药物治疗,除 4 例晚期病人因感染严重,病情恶化而死亡外,大多数病情得以控制。

林文远等

扶正祛邪方治疗老年
急性髓系白血病

林文远、莫东华等医师(桂林医学院附属医院,邮编:541001),用中药扶正祛邪方配合减量化疗治疗老年急性髓系白血病(AML)。

急性白血病属中医“虚劳”、“温病”、“热劳”等范畴。病机特点为正虚邪实。正虚为肾阴亏虚,以致脏腑亏虚,精气内亏,气血不足,邪毒内郁,搏结营血,结而成积;邪实为温热毒邪蕴积于内,日久化热伤及气阴、气血、营阴致骨髓受损而发病。老年人(≥ 60 岁)AML为白血病的一个特殊群体,无论在生理特征及白血病的发生、发展、生物学特点、预后等方面均与年轻人群有很大的不同,且完全缓解(CR)率约为50%,较年轻人低。老年急性白血病发病率近年有逐渐上升的趋势。目前,老年AML至今尚无令人满意的治疗方案,由于老年人各脏器的功能减退,体质虚弱,难以忍受化疗的副作用,所以一般均根据年龄进行个体化的减量治疗方案。林文远等医师用中药复方配合化疗治疗急性白血病,将扶正祛邪方与西药化疗配合起来,视化疗药物为辨证论治的一个组成部分(攻邪主药),在治疗老年AML时辨证施治,取长补短,最大限度地发挥化疗与中药之所长,在提高缓解率和延长生存期等方面比单纯西医或中医药治疗有一定的优势,能提高治疗的总有效率,且能减少化疗的毒副作用,提高临床疗效,而达治愈疾病的目的。

减量联合化疗VAD方案是:足叶乙甙(Vp-16)60 mg/m²,第1、3、5天;阿糖胞苷(Ara-C)100 mg/m²,第1~7天;柔红霉素

(DNR)30 mg/m²,第1、3、5天。上述三种药均为静脉滴注,7天为1个疗程。疗程结束后休息2~3周后继续下1个疗程。年龄>75岁,一般情况较差,不能耐受静脉用药的患者予口服Vp-16(80 mg+去甲氧柔红霉素(IDA30 mg/m²),连用3天。必要时化疗后给予粒系集落刺激因子(G-CSF)5 μg/kg。

在上述化疗方案的开始前3天,即用扶正祛邪方加减:水牛角10 g,生地20 g,白芍20 g,黄芩15 g,白花蛇舌草20 g,栀子15 g,连翘15 g,地骨皮15 g,鳖甲10 g,党参10 g,丹参15 g,阿胶(烊化)15 g,黄芪20 g,紫河车10 g,当归15 g,黄精20 g,水煎200 ml~250 ml,1日1剂,早晚分服,化疗间歇期继续服用;另在间歇期加用知柏地黄丸1次3 g,1日3次,口服。方中扶正中药主要以益气养血、滋阴补肾为主,兼顾先天与后天,补益气血,减轻骨髓抑制作用,改善体质,提高机体免疫力及修复能力,利于病情的恢复;并有可能起直接抑制白血病细胞、促进凋亡的作用。起到减轻化疗的毒副作用,恢复骨髓的正常造血功能。方中祛邪中药清热解毒、凉血散邪,可配合化疗药物杀灭或抑制白血病细胞,还可清热开窍、凉血散瘀,起到预防和控制感染、出血症状的作用,减少西药抗生素的使用量及降低耐药菌株的产生,起到治疗或加强治疗的作用。

选择45例住院老年AML患者。符合急性白血病的诊断及分型标准。均为初治,且肝、肾功能尚好。按住院顺序随机分为治疗组及对照组。对照组单纯用减量联合化疗VAD方案。治疗组用中药扶正祛邪方配合减量化疗。治疗组23例,男15例,女8例,年龄61~81岁,中位年龄67岁。按FAB分型:M₁3例,M₂6例,M₄8例,M₅6例;对照组22例,男13例,女9例,年龄60~78岁,中位年龄65.5岁。按FAB分型诊断:M₁2例,M₂7例,M₄5例,M₅8例。

两组化疗期间病室每天紫外线消毒1次,两组均常规进行外

周血象检查,每3天1次;肝、肾功能、心电图、心肌酶谱每周1次。化疗结束后14天进行骨髓细胞及活组织复查。

两组均给予一般支持疗法,低流量给氧每天2小时,口爽含漱液漱口每天4次,出现感染者根据药敏试验予以抗生素治疗,根据需要输注成分血及新鲜全血。

45例老年急性髓性白血病(AML)初治患者随机分为治疗组和对照组,对照组22例采用减量VAD化疗方案,治疗组23例在VAD方案的基础上加用扶正祛邪方。按照1987年全国白血病化疗讨论会确定的标准,分完全缓解(CR),部分缓解(PR),未缓解(NR)三级。完全缓解(CR)率治疗组60.9%,对照组45.5%,两组CR率及生存期差异无显著性意义($P>0.05$),有效率治疗组优于对照组($P<0.05$),在减轻化疗毒副作用方面,治疗组优于对照组($P<0.05$)。扶正祛邪方配合化疗治疗老年AML,虽然两组CR及生存期相似,但总有效率治疗组优于对照组。在减轻化疗后感染、肝肾功能损害等毒副反应方面,治疗组也取得了满意的效果,生活质量也较对照组为佳。两组化疗缓解及生存情况比较,治疗组CR14例(60.9%),对照组CR10例(45.5%);治疗组1年复发率69.6%,对照组81.8%;两组CR组病人无病生存期、三项比较,差异均无显著性意义($P>0.05$)。

章亚成

中医药治疗化疗毒副反应

章亚成医师(南京中医药大学附属医院,邮编:210029)在白血病化疗毒副反应的中医治疗上有较丰富的临证体会。随着大剂量化疗、个体化治疗方案的应用,白血病的治疗方法增多,疗效明显提高。但毒副作用也多见且复杂,治疗较困难。

白血病患者因邪毒入血伤髓而发病,化疗使病变得得到有效控制。但化疗是一种非选择性的“损伤性疗法”,在杀伤白血病细胞的同时,也损伤机体的正常组织细胞、骨髓造血系统和免疫结构。白血病化疗毒副反应包括骨髓抑制、消化道反应、心脏毒性、炎症反应、机体功能衰退、情志改变以及局部症状等。本虚之躯复受克伐,累及脏腑、气血津液,或气血双亏,或阴阳两虚,或升降失常,生化无权,虽邪气退而未清,伏而未净,此时临床症状表现错综复杂,变化多端,部分患者有理化检测指标的支持,更多的是临床有感觉,但检查无依据。在不同阶段表现也不尽相同。究其病机乃是正虚邪恋,虚实夹杂,只是有虚实多少的不同和虚在何部位的差异。治疗也当以标本兼顾,辨证论治,以补虚为主,毋忘祛邪。

化疗期:以骨髓抑制、消化道反应、局部反应为主。常见白细胞乃至全血细胞减少、出血倾向、恶心、呕吐,伴纳呆、感染和焦虑等。

化疗间歇期:以骨髓抑制和肝肾功能损害为主。常见血细胞持续不能恢复正常、抵抗力低、心慌,伴肝肾功能损害及相应的临床见证。

化疗后期:一般为病变缓解期。以机体功能衰退、情志改变为主。常见情绪低落、神疲倦怠、心慌气短、焦虑、失眠等见证。

治疗目的:①减少化疗的毒副作用。化疗药物在杀灭白血病细胞的同时,也给病人带来许多痛苦。往往被迫减量而影响疗效甚至治疗方案不能完全实施。中药治疗可在一定程度上制约其毒性,减少病人痛苦,使其增强抗病信心,保证治疗方案的实施;②增加化疗的效果。通过中医的辨证论治,充分调动患者机体内部的积极因素,起到与化疗药物“相使”的作用,增加疗效;③巩固化疗的效果。现代药理研究表明一些中药有诱导分化的作用,在缓解期内,可以杀灭残余的致病因子,延长缓解期,提高生存质量,这可以看成是化疗的继续;④为下一次化疗做好准备。化疗是一个相对长的治疗过程。经过一至数次的化疗,人体的正气受到不同程度的损害,中医药可使人体正气较快恢复,及时转入下一步的治疗,直到完成化疗全过程;⑤提高患者的生存质量。通过中医的调理,使患者体内建立新的平衡环境,既抗病,又能在带病生存的条件下,生活得更舒适,减少痛苦。

扶正:白血病属正虚挟邪。急性者多为气血亏虚,热毒炽盛,慢性者多为正气大损,邪气留连。扶正目的在子提高机体免疫能力。①补阴以肝肾为主,乙癸同源,共为阴精之源;②补气以肺脾为先,肺主气,脾运化,同为阳气之本;③时时兼顾胃气,脾胃为后天之本,气血生化之源。

解毒:①抗癌解毒,抑制病态细胞恶性增殖,促其凋亡。这里所讲的毒为病变之毒,白血病系毒邪侵犯骨髓,化疗后毒邪未完全清除,仍当乘势而攻之。②另一种为化疗药物之毒性,化疗后的诸多病证,多是药毒所致,只有祛其毒才能绝其症,此时解毒就是祛邪。

和血:本病病位在血(髓),治疗上当以治血为重点。①久病之躯,病久入络,必有瘀证,当化瘀行血;②且病变多已动血,血热与出血最为常见,当清热以宁血。患者本虚在先,复加化疗,不耐峻猛克伐,过热过凉均非所宜,故取和血法,血和则瘀可散、血可宁、

毒易清。

调摄：除药物治疗外，调理也是治疗此证的重要方法。①饮食调理，根据病证把握饮食宜忌；②心理调适，使患者主动配合治疗；③改善环境，提供良好的康复氛围。

临证所见甚为复杂，然基本证型有以下3种。

阴虚挟邪证，治以补益肝肾、兼以祛邪。常用药物为生地、白芍、首乌、女贞子、枸杞子、旱莲草、白花蛇舌草、猫爪草等。

气血两亏挟邪证，治以健脾养肺、兼以祛邪。常用药物为：党参、黄芪、茯苓、鸡血藤、炒白术、百合、当归、炙甘草、山慈姑等。

阴阳双虚挟邪证，治以平补阴阳、益肾填精、兼以祛邪。常用药物为熟地、补骨脂、肉桂、熟附片、黄精、炙龟版、鹿角胶、山萸肉、肉苁蓉等。

临症加减：如恶心呕吐，偏寒者，加姜半夏、丁香、厚朴等；如偏热者，加竹茹、陈皮等。如纳呆者，加木香、炒薏苡仁等。如心悸怔忡者，加煨龙骨、柏子仁等。如失眠多梦者，加炒枣仁、合欢皮等。如脉律不齐者，加炙甘草、桂枝等。如胃阴不足者，加北沙参、石斛、刀豆子等。如挟湿者，加山栀、猪苓、茯苓等。

依据现代药理研究加减如下：降低化疗药物毒性的有紫河车、仙灵脾、鸡血藤等。能诱导白血病细胞分化的有青黛、墓头回、山慈姑、蟾皮、六神丸、紫金锭等。提升网织红细胞的有鹿(角)茸、人参、淫羊藿、首乌等。提升红细胞的有代赭石、皂矾、阿胶等。提升白细胞的有石苇、附子、肉桂等。提升血小板的有龟版胶、鹿角胶、玉竹、黄精等。降酶的有五味子、徐长卿等。

化疗导致局部损害对症，如皮炎、软组织急性炎症、化疗性静脉炎等。除全身症状外，局部可见红肿疼痛、灼热、甚至溃疡，或色素沉着，以如意金黄膏、生肌玉红膏等外涂，渗出较多者，可先用二黄煎湿敷。

针对患者病情及心理状态，调适其心理情志，可收事半功倍之

效。①通过语言交谈进行疏导,纠正其不良情绪和情感活动,相信医生和科学技术的发展,树立战胜疾病的信心,积极配合治疗;②运用各种方法转移病人的注意力,使其不沉缅于病变的困扰,从事对健康有益的活动,以调整和纠正气机紊乱等病理改变,促进身体康复;采用语言、行为等方式诱导病人无形中接受某种暗示,从而改变其情志和行为,有利于治疗和康复;③可酌情配伍一些具有安神作用的药物,如当归、生地、丹参、赤芍、防风、甘草等。

焦凤岐

化疗并用灵芝治疗白血病

焦凤岐(上海绿谷集团山西办事处,邮编:030013)化疗并用灵芝治疗白血病,结果患者在各期化疗毒副作用均有程度不同的减轻,能顺利完成治疗计划。

各种类型的白血病都需要一个较长的治疗过程,其决定疗效的因素很复杂,中西医结合治疗在肿瘤患者及白血病治疗中有广泛的应用。

灵芝是医药宝库中的珍品,在我国最早的药学著作“神农本草经”中将灵芝列为上品,后至明朝李时珍的《本草纲目》中进一步论述了灵芝的药用。但其后的很长时期关于灵芝的药性及主治功能的研究进展不大。20世纪50年代我国成功地实现了大规模人工栽培灵芝,为灵芝的研究和产品开发提供了充足的原料。20世纪70年代以来国内外一系列研究证明灵芝对动物移植性肿瘤有抑制作用,可使肿瘤缩小,动物生存时间延长,并认为灵芝多糖可能是灵芝抗肿瘤作用的重要有效成分。其抗肿瘤作用是直接杀死肿瘤细胞还是通过机体内部的抗肿瘤机制间接杀死肿瘤细胞,这些均是目前学术界关注的焦点,目前有的学者认为以直接抑杀肿瘤细胞为主,通过灵芝所含药物成分抑制肿瘤细胞的端粒酶活性使肿瘤细胞凋亡,另一方面是通过提高机体免疫功能而抑制肿瘤细胞生长,因此灵芝药物进入体内可选择性抑杀恶性肿瘤细胞,而对正常细胞不产生毒副作用;另有学者经研究认为灵芝在体内有抗肿瘤作用,但对体外培养的肿瘤细胞无直接抑制作用,灵芝其所含多糖类在体内可直接作用于巨噬细胞和脾细胞,促进抗肿瘤活性物质生成,因此杀死肿瘤细胞。但学者们都认为灵芝能增强机体

的免疫功能,如促进淋巴细胞增殖反应,增强 T 细胞的功能,增强巨噬细胞的吞噬功能,促进白介素的生成。到 1994 年,国际灵芝专题讨论会之后,灵芝的研究开发与应用有了新的发展,我国的医药学家进一步用现代科技方法研究灵芝有效成分、药理作用及其机制,为灵芝的临床应用奠定了基础。

焦凤岐选择 9 例白血病与淋巴瘤病例,在系统治疗过程中加用中华灵芝宝做辅助治疗。结果化疗加中华灵芝宝辅助治疗患者在各期化疗毒副作用均有程度不同的减轻,患者能顺利完成治疗计划。

9 例中男性 6 例,女性 3 例,年龄 10 岁~71 岁,其中急性粒细胞白血病 4 例,急性淋巴性细胞白血病 3 例,非霍奇金淋巴瘤 2 例。化疗方法采用 DA 方案、HA 方案和 CHOP 方案。

本组 9 例患者在化疗过程中多有毒副作用,如恶心、呕吐、乏力、卧床不起等,有的患者拒绝化疗,或因反应重而停止化疗,但再加用中华灵芝宝的同时治疗,9 例反应明显减轻。因此说明中华灵芝宝对化疗患者能起到辅助治疗的作用。

【病案举例 1】 患者,男性,10 岁,在哈尔滨医科大学诊断为急性早幼粒细胞白血病,接受化疗 1 个月后白细胞下降至 $2.2 \times 10^9/L$,且有恶心、无食欲、卧床不起等症状。经服用中华灵芝宝 7 天,精神状态明显好转并开始想吃东西。此后在每次化疗中同时服用中华灵芝宝,每日 2 次,早晚各 1 次,每次 2 g。1 个月后白细胞升至 $6.4 \times 10^9/L$ 。3 年后复查各项指标均正常,体重、身高均有明显增加。

【病案举例 2】 患者,男性,47 岁,因头昏、心慌、乏力至南京军区总医院,被诊断为急性粒细胞白血病。治疗期间出现 $39.5 \text{ } ^\circ\text{C}$ ~ $40 \text{ } ^\circ\text{C}$ 高烧。医院下了病危通知。后加用中华灵芝宝,至第 2 次化疗中高烧退下,骨髓象缓解,后又经过几次化疗同时服用中华灵芝宝,无明显毒副作用,目前患者一切正常。

【病案举例 3】 患者,男性,71 岁。因乏力在某医院诊断为急性髓性白血病,在化疗中白细胞降至 $2.2 \times 10^9/L$,经用中华灵芝宝后,患者反应减轻,白细胞上升至正常值。

【病案举例 4】 患者,女性,38 岁,非霍奇金淋巴瘤,纵隔淋巴结肿大 $9\text{cm} \times 9\text{cm}$,右锁骨上双颈部淋巴结肿大,化疗反应重,恶心,呕吐,全身乏力,非常痛苦。经服用中华灵芝宝,开始每日 3 次,每次 2 g,症状改善后改为每日 2 次。以后每次化疗中都加用中华灵芝宝,无明显毒副作用,目前患者已存活 3 年。

谭达人等

升白快治疗化疗后白细胞减少症

谭达人(湘雅医院,邮编:410008)、谢兆霞、钟美佐、吴登蜀、梁新文、李卫红、秦群、谭桂山等医师应用中药制剂“升白快”观察 20 例血液系统恶性疾病患者化疗所致的白细胞减少。

在肿瘤的化学治疗和放射治疗过程中,人的造血组织极易遭受损伤或抑制。如何加快刺激正常血细胞生长,借以抵消抗癌治疗对造血组织的破坏作用,寻找筛选更有效的新一代药物是肿瘤治疗学中急待解决的问题。

“升白快”是根据名老中医谭日强教授的临床经验组方而成。其中医基本理论主要依据《素问·评热病论》所载“邪之所凑,其气必虚”,此“气”是指气的防御作用。祖国医学认为“营卫”两气同出一源,具有营养周身作用;卫行脉外,具有捍卫躯体的功能。谭老常以桂枝加黄芪汤(桂枝、黄芪、芍药、甘草、生姜、大枣)治疗白细胞减少症。现代医学认为人中性粒细胞通过参与吞噬以及其他免疫作用增强人体防御功能。当中性粒细胞绝对值在 $0.5 \times 10^9/L$ 以下时即有严重感染的危险性。鉴于上述中西医学学术思想的统一。故将升白快用于恶性血液病化疗后的白细胞减少症(包括粒细胞缺乏症)的短程治疗并观察近期疗效。

升白快主要组成:防风 10 g,黄芪 15 g,白术 10 g,桂枝 10 g,白芍 10 g,大枣 3 g,鸡血藤 15 g 等为主的 10 味中药水煎而成。含生药 95 g(300 ml)。

用法用量:日服 2 次,每次 150 ml,连服 5 日为一疗程。

选 56 例造血系统恶性疾病住院患者,经骨髓检查或病理学检

查确诊。其中急性白血病 46 例、恶性淋巴瘤 6 例、多发性骨髓瘤 3 例、骨髓增生异常综合征 1 例。男 32 例,女 24 例。年龄 15~68 岁,中位数 34.5 岁。于化疗后白细胞计数低于 $4.0 \times 10^9/\text{L}$,属于白细胞减少症 43 例,粒细胞缺乏症 13 例。随机分为升白快服药观察组(升白快组)20 例,升白安对照组(对照组)17 例和空白对照组(空白组)19 例。各组急性白血病分别占 16、16、14 例。

观察组服用升白快,连服 5 日为一疗程。对照组口服升白安片(含双苄基异喹啉生物硷),每次 0.4 g,每日 3 次,连服 5 日。疗程开始于化疗结束后的第 5~15 天,空白组在白细胞减少期不使用升白细胞药。

三组分别于治疗前、治疗结束时及两周后检查血象。观察期间不输血,不使用对造血系统有影响的药物,根据 1988 年卫生部《药物临床研究指导原则》中升白细胞药疗标准评定疗效。统计学处理,实验数据用 χ^2 , t 检验及 F 检验。

三组血红蛋白(Hb)、血小板(PBC)值治疗前后差异无显著性(均 $P > 0.05$)。升白快组治疗后的白细胞(WBC)计数较治疗前显著增高($P < 0.01$);升白安与空白组治疗前后 WBC 无明显改变(均 $P > 0.05$)。治疗前三组 WBC 相互比较差异无显著性(均 $P > 0.05$);治疗后升白快组 WBC 明显高于其他两组(均 $P < 0.01$)。

两周后 WBC 追踪检查,升白快组最高达 $11 \times 10^9/\text{L}$ 1 例,对照组 $17 \times 10^9/\text{L}$ 1 例,空白组有 3 例分别达 $14 \times 10^9/\text{L}$ 、 $58 \times 10^9/\text{L}$ 和 $65 \times 10^9/\text{L}$ 。比较以上 5 例以外三组的 WBC,升白快组仍明显高于另两组(均 $P < 0.01$)。两周后升白快组 WBC 均数为 $5.026 \times 10^9/\text{L}$,达正常范围,与治疗前比差异仍有非常显著性。

中性粒细胞、幼稚细胞比较:治疗前三组中性粒细胞百分数差异无显著性(均 $P > 0.05$)。治疗后对照组、空白组均低于正常值(50%~70%),两周后空白组仍低于正常值。升白快组中性粒细

胞明显高于另两组(均 $P < 0.01$);两周后仍明显高于空白组($P < 0.01$)。幼稚细胞百分数,三组治疗前差异无显著性(均 $P > 0.05$)。两周后升白快组幼稚细胞明显低于空白组($P < 0.05$)。升白快组幼稚细胞治疗前、后及两周后比较差异无显著性(均 $P > 0.05$)。

疗效比较:治疗后升白快组显效率与有效率明显高于另两组(均 $P < 0.01$)。两周后升白快组有效率升至 85.0%,其显效率和总有效率与另两组相比差异有非常显著性(均 $P < 0.01$)。

不良反应:经定期检查升白快组和对照组的肝肾功能未见损害,亦未发现对心脏、消化道有何不良反应。

空白组治疗后白细胞计数、中性粒细胞百分数均低于正常值及升白快组。两周后白细胞计数呈现“两极分化”,即多数病人不升高,少数病人白细胞及幼稚细胞百分数较疗程前显著增加,幼稚细胞明显高于升白快组($P < 0.05$)。升白快组治疗前后及两周后幼稚细胞的变化无统计学意义(均 $P > 0.05$)。由此可见,空白组随着肿瘤性细胞的自然分化有增多的趋向,而升白快组的同类细胞增长较之缓慢($P < 0.05$)。故中药升白快在加速正常白细胞和中性粒细胞生长的同时并不刺激白血病细胞增生,这意味着升白快对恶性生长的瘤细胞有一定抑制作用。

升白快的升白细胞作用具有疗效高、疗效确切、不刺激白血病细胞生长和无明显副作用等特点。它在起效时间、作用大小和疗效上优于升白安,并与空白组形成了明显的对照。

李

辨治白血病化疗后盗汗

全

李全医师(军事医学科学院 307 医院, 邮编: 100039)辨证论治白血病化疗后的盗汗, 取得较好的疗效。

白血病化学治疗(简称化疗)后会出现诸多副作用, 其中盗汗是较常见的临床症状之一, 西医药物治疗收效甚微, 采用中医辨证分型治疗, 取得较为满意的疗效。

《素问·阴阳别论》曰:“阳加于阴谓之汗。”汗证的出现为机体阴阳失衡所致, 历代医家多认为盗汗属阴虚, 自汗属阳虚。临床上通过辨治白血病化疗后盗汗症, 认为盗汗确实以阴虚为多, 采用滋阴清热法治疗, 疗效较好。但不能认为盗汗一定是阴虚, 其中亦有湿热郁蒸、营卫不和、表虚不固、瘀血内阻等其他证型。正如明·张介宾所说:“人之寤寐总由卫气之出人。卫气者阳气也, 人之寐时则卫气入于阴分, 此其时非阳虚于表者而何? ……自汗、盗汗亦各有阴阳之证, 不得谓自汗必属阳虚, 盗汗必属阴虚也。”从白血病的初发症状及治疗过程中所出现的症状分析, 发热、汗出、出血、舌质红、舌苔少或苔黄腻出现机率较多, 临床上滋阴清热、利湿清热法运用较多, 但必须根据辨证酌用调和营卫、益气敛汗、化瘀活血等法, 只有辨证施治方可取得满意疗效。

一、阴虚火旺型

临床症状: 见形体消瘦、低热、夜间明显盗汗、五心烦热、口干、小便黄少、大便偏干、舌质红少苔、脉象细数等。

治疗原则: 宜滋阴、降火、敛汗为主。

方药: 选当归六黄汤(当归、黄芩、黄连、黄柏、黄芪、生地黄、熟地黄)、清骨散(银柴胡、胡黄连、秦艽、鳖甲、地骨皮、青蒿、知母、甘

草)、牡蛎散(牡蛎、麻黄根、黄芪)加减化裁。若阴虚明显者、可选用青蒿鳖甲散(青蒿、鳖甲、生地、知母、丹皮)合黄连阿胶汤(黄连、阿胶、黄芩、白芍、鸡子黄)加减化裁。

二、湿热郁蒸型

临床症状:见盗汗、时有自汗、口干苦、食欲不振、恶心、身重,乏力、小便黄、大便不成形、舌质红、舌苔黄腻、脉象滑数等。

治疗原则:宜利湿清热、分利二便为主。

方药:选龙胆泻肝汤(龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地、车前子、泽泻、木通、甘草、当归)合茵陈蒿汤(茵陈蒿、栀子、大黄)加减化裁,加用连翘、浮小麦、麻黄根等。

三、营卫不和型

临床症状:见盗汗、自汗、汗出浸湿衣被、恶风、体倦、舌苔薄白、脉象浮等。

治疗原则:宜调和营卫为主。

方药:选桂枝加龙骨牡蛎汤(桂枝、龙骨、牡蛎、芍药、甘草、生姜、大枣)加减化裁,若偏身汗出者,酌加甘麦大枣汤(甘草、浮小麦、大枣)甘润缓急。

四、表虚不固型

临床症状:见盗汗、自汗、乏力、气短、易感冒、恶风寒、食欲不振、睡眠不实、大便稀溏、舌苔白、脉弱等。

治疗原则:宜益气固表。

方药:选玉屏风散(黄芪、防风、白术)合牡蛎散加减化裁。若气虚明显者,可加用五味异功散(人参、茯苓、白术、甘草、陈皮)。

五、瘀血内阻型

临床症状:见盗汗、经久不愈、口干、饮水少、或常觉后背发凉、位置固定、睡时梦多易醒、舌边有瘀点或瘀斑、舌苔少、脉象沉细涩等。

治疗原则:宜理气化瘀。

方药:选血府逐瘀汤(桃仁、红花、当归、赤芍、生地、川芎、柴胡、枳壳、桔梗、牛膝、甘草)加减化裁。

【病案举例】 王某,男性,40岁。因“低热、乏力1月”入院。1999年9月20日初诊,确诊为急性早幼粒细胞性白血病(M₃)采用全反式维甲酸20mg,每日3次,共服用4周,白血病未达到完全缓解(CR);之后,使用癌灵1号10mL加入5%葡萄糖溶液中静脉滴注,每日1次,疗程为4周,达CR。两个疗程用药中,出现顽固性盗汗,五心烦热,口干梦多,小便黄,大便干,症状持续1周,虽用调节植物神经功能药物治疗,无明显效果。

症状:形体消瘦,口唇暗红而干,舌质绛红,边有瘀点,舌下脉络紫暗,舌苔少而干,脉象细数等。

中医辨证:为阴虚火旺,脉络瘀阻。

治则:宜滋阴降火,兼以活血祛瘀。

方选当归六黄汤合清骨散加减化裁,处方:生黄芪20g,当归15g,生地黄30g,黄连6g,熟地黄15g,黄柏10g,银柴胡10g,知母10g,地骨皮10g,青蒿10g,鳖甲30g,丹皮10g,白茅根30g。5剂,水煎服,每日1剂。

二诊:服药5剂,盗汗明显减少,而患者自述后背凉,位于肩胛间区。结合其舌脉。

中医辨证:为瘀血内阻。

治则:以化瘀通络,兼以养阴清热。

方药:选用王清任血府逐瘀汤(桃仁,红花,当归,赤芍,生地,川芎,柴胡,枳壳,桔梗,牛膝,甘草)合清骨散(银柴胡,胡黄连,秦艽,鳖甲,地骨皮,青蒿,知母,甘草)加减化裁。

处方:全当归15g,生地30g,桃仁10g,红花6g,赤芍10g,柴胡6g,川芎10g,桔梗6g,川牛膝10g,丹皮10g,知母10g,秦艽15g,鳖甲30g。再进5剂,水煎服,每日1剂。盗汗止,临床症状消失。在巩固与强化治疗中未再出现盗汗症状。

朱
玲
玲
等

中药防治白血病化疗 药物性肝损害

朱玲玲(第一军医大学,邮编:5105151)、曾志刚等医师运用中西医药结合治疗白血病,既能减少药物性肝损害的发生,又能改善临床自觉症状,减轻化疗药物所致肝损害的程度,同时又能对化疗所致的肝损害有较好的防治作用。

目前对急性白血病的治疗以联合化疗为主要治疗手段。但化疗药物在杀伤白血病细胞的同时,也不同程度地损伤了机体的正常组织细胞。临床上化疗药物对肝细胞的损害比较多见,如不及时治疗,严重者可危及病人生命。药物性肝损害在祖国医学属“黄疸”、“胁痛”等范畴。由于白血病的发病是因机体精气内虚、邪毒外侵、入血伤髓所致,加上化疗药物更伤人体正气,引起脏腑功能失调,出现脾胃两虚,肝肾亏虚,先后天之本乏源。脾虚则运化失司,湿邪内阻;肝虚则疏泄失职,气机不畅,气滞血瘀。

病因病机:气滞血瘀湿阻而化热,熏蒸肝胆为标实,肾虚则精气不足为本虚。

治疗原则:以健脾和胃、滋补肝肾治其本;以清热解毒、理气活血祛湿治其标。

药物组成:黄芪 20 g,虎杖 20 g,旱莲草 20 g,补骨脂 20 g,白参 12 g,熟地黄 20 g,茜草 15 g,黄精 15 g,女贞子 15 g,蚤休 20 g,鸡内金 10 g。每日 1 剂,水煎 2 次,各煎取 250 ml,分 2 次温服。

临症加减:若发热感染者,加大青叶 20 g,白花蛇舌草 30 g 等;如恶心呕吐者,加法半夏 10 g,竹茹 12 g 等;若纳差,舌苔厚腻者,加砂仁(后下)6 g,木棉花 20 g 等;如出现黄疸,转氨酶升高者,

加茵陈 20 g, 金钱草 20 g, 柴胡 10 g, 黄芩 10 g 等。

临床上观察了 76 例病人, 分为 2 组。其中治疗组 39 例, 男性 24 例, 女性 15 例; 年龄最小者 10 岁, 最大者 69 岁, 平均年龄 43.5 岁; 其中急性淋巴细胞白血病(简称急淋) 18 例, 急性非淋巴细胞白血病(简称急非淋) 21 例。对照组 37 例, 男性 20 例, 女性 17 例; 年龄最小者 13 岁, 最大者 66 岁, 平均年龄 45.3 岁; 其中急淋 20 例, 急非淋 17 例。2 组常用的化疗药物为阿糖胞苷、柔红霉素、甲氨喋呤、三尖杉脂碱、长春新碱、L-门冬酰胺酶、硫嘌呤等。2 组病例均采用常规联合化疗方案。全部病例既往均无病毒性肝炎、肝硬化及血吸虫肝病等病史。化疗前病人常规检查 B 超、肝肾功能、血常规等。对血清谷丙转氨酶(ALT) 正常或 $ALT < 100 \text{ IU/L}$, 且无黄疸者进行化疗。2 组化疗后每周测定肝肾功能及血常规连续观察 4 周, 对化疗后出现肝损害者经治疗后复查 B 超。肝损害程度参照抗癌药物毒性反应分级标准。

2 组病人化疗期均给予极化液(普通胰岛素 8U, 10% 氯化钾 10 ml, 25% 硫酸镁 10 ml, 稀释于 10% 葡萄糖溶液 500 ml) 静滴, 每日 1 次。

治疗组从化疗前及化疗结束后 4 周加用以上中药治疗。

2 组病例中若肝损害严重者均加用甘利欣等护肝药治疗。总疗程 4 周。

化疗药物性肝损害的判断可依据下列标准: ①与使用的化疗药物有明显的时间相关性; ②该化疗药物已被证实有肝毒性; ③化疗结束后 1 周时 ALT 较化疗前升高 $> 10\%$, 或由正常转为异常, 或出现黄疸; ④可基本排除病毒性肝炎。

疗效结果判定: 治愈: 2~4 周后症状消失, 肝功能正常, B 超示正常影像。显效: 症状明显好转, 肝功能接近正常, B 超正常。有效: 症状好转, 肝功能较治疗前好转, 肝脏 B 超示光点仍粗。无效: 治疗前后无变化。

2组化疗后药物性肝损害发生率比较:治疗组化疗后肝损害发生率为20.5%(8/39),对照组肝损害发生率为45.9%(17/37)。2组比较,治疗组肝损害发生率明显低于对照组,经 χ^2 检验, $P < 0.05$,具有显著性意义。

2组化疗后肝损害程度分级比较:治疗组1级5例,2级3例;对照组1级6例,2级8例,3级3例。2组比较,对照组肝损害程度明显高于治疗组。

化疗后临床上自觉症状比较:治疗组在化疗期出现恶心呕吐者14例,对照组31例;出现纳差、腹胀或胁痛者治疗组11例,对照组27例;出现发热感染者治疗组13例,对照组24例;出现皮疹及皮肤瘙痒者治疗组4例,对照组13例;出现黄疸者治疗组3例,对照组9例。

2组肝损害疗效比较:治疗组8例肝损害者,经中西医结合治疗后,治愈4例,显效3例,有效1例;对照组17例肝损害者,单用极化液或加用甘利欣治疗,结果治愈3例,显效5例,有效2例,无效7例。2组总有效率比较具有显著性差异($P < 0.05$)。

蔡 宇 等

补骨脂胶囊在白血病化疗后 可调节和提高免疫功能

蔡宇(暨南大学药学院, 邮编: 510632)、蔡天革(辽宁大学环境与生命科学学院, 邮编: 11003)以补骨脂胶囊配合化疗治疗白血病 24 例, 并设对照组对照, 结果: 治疗组患者 CD_4 、 CD_8 下降, CD_4/CD_8 值升高; 全身体力状况(卡氏评分)治疗后两组比较差异显著 ($P < 0.05$)。对 T 细胞免疫功能有调节作用。在血液系统恶性肿瘤的治疗中, 化疗作为主要手段取得确切疗效, 但由于化疗在杀伤肿瘤细胞的同时也杀伤正常体细胞, 因而表现出骨髓抑制, 免疫功能低下, 肝肾功能障碍等毒副反应。

补骨脂胶囊对白血病患者化疗时的免疫功能有提高作用。关于其作用机制有待于进一步研究。补骨脂胶囊是以中药补骨脂为主要原料制备的中药制剂, 对其改善化疗后的毒副作用和逆转肿瘤多药耐药、改善肿瘤患者化疗后免疫功能。补骨脂胶囊是由中药补骨脂为主要原料, 其性辛、苦、温, 具有补益肾精, 温肾阳功效, 在协同化疗治疗肿瘤疾患中, 无论单味药还是中药复方常被选为中药增敏剂应用于临床。其主要成分之一补骨脂素(Psoralein)为呋喃香豆素类化合物, 对多种小鼠肉瘤、艾氏腹水瘤、肝癌等有生长抑制和体外细胞毒作用; 寻求到高效、低毒、功能专一性强、作用靶点广泛的同时具有抑制肿瘤和提高免疫能力的中药制剂, 是目前肿瘤临床研究热点之一。

本组白血病患者按照张之南主编《血液病诊断及疗效标准》选择, 随机分两组, 其中治疗组 24 例, 对照组 21 例; 男性 26 例, 女性 19 例; 年龄 21~65 岁, 平均年龄 46 岁; 病程 1 月至 7 年不等; 急

性非淋巴细胞白血病 23 例,用 HA 方案(HN_2 、Ara-C),急性淋巴细胞白血病 11 例,用 VP 方案(VCR、PRED),慢性粒细胞白血病 11 例用 HA 方案(HN_2 、Ara-C)。

治疗组予补骨脂胶囊加化疗,对照组单纯化疗。补骨脂胶囊是由补骨脂为原料,用补骨脂胶囊从化疗前 3 天始,0.4 g/粒,4 粒/次,2 次/天。对照组单纯化疗按上述方案。

两组患者在治疗前后测定 T 细胞亚群值(采用直接免疫酶染色法);同时通过卡氏评分评价患者的生存质量。计数资料组间比较用 T 检验,计量资料用 x^2 检验。

疗效标准 参见张之南主编《血液病诊断及疗效标准》中白血病疗效标准和卡氏评分标准,其中卡氏评分按 >70 , $50\sim60$, <50 分三个等级;本观察主要针对补骨脂胶囊对白血病化疗后免疫功能和生存质量改善情况加以评价。

治疗结果 免疫功能变化:治疗组治疗后 CD_8 明显下降, CD_4/CD_8 比值明显上升,经统计学处理($P<0.01$),由此提示补骨脂胶囊有保护免疫功能的作用。

生存质量(卡氏评分)变化:据卡氏评分标准,化疗前两组比较无明显差异($P>0.05$),化疗后两组比较差异显著($P<0.05$);由此说明补骨脂胶囊有增强患者体质作用。

杨**斌
等**

痰热清治疗血液病化疗后 合并肺部感染

杨斌、杨静等医师(山西省肿瘤医院,邮编:030013)采用痰热清结合抗生素联合治疗血液肿瘤患者化疗后合并肺部感染,取得了理想的疗效。

血液系统的恶性肿瘤本身就合并有免疫功能缺陷,同时随着抗癌治疗方法和手段的改进,经长期、大剂量化疗后,机体免疫力被进一步摧毁。随着血液系统恶性肿瘤强烈化疗的普遍开展,化疗后白细胞减少或粒细胞缺乏极为常见。感染已成为肿瘤患者最常见的合并症和主要死亡原因。约60%~75%的白血病和淋巴瘤患者死亡原因为肺部感染。主要表现为发热、咳嗽、咯痰不爽、舌红苔黄等风温肺热病症状,其治疗药物繁多,疗效不一。杨斌等医师采用痰热清结合抗生素联合治疗血液肿瘤患者化疗后合并肺部感染,取得了理想的疗效。对于恶性血液肿瘤患者出现肺部感染会直接影响了化疗的效果及病人的生存质量,而以大剂量、多种抗生素联合消炎治疗中,常因细菌产生耐药性,导致治疗失败。同时大剂量的抗生素又加重了肝肾损害,影响化疗的进一步实施。在中西医结合治疗肺部感染中,特别是使用了痰热清配合抗生素联合治疗,减少了抗生素使用剂量,缩短了消炎时间,从而减少了耐药菌的产生,并使抗生素引起的毒副作用降至最低,保证了化疗的连续性,对肿瘤患者的康复起到了不可忽视的作用。

痰热清注射液主要组成:黄芩、熊胆粉、山羊角、连翘、金银花等。

方解:以黄芩为君药,味苦性寒,具有清热燥湿、泻火解毒、宣肺化痰的功效。辅以熊胆粉、山羊角、连翘、金银花等中药。熊胆

粉具有解痉、解毒、抑菌、抗炎、镇咳、祛痰及平喘的作用。山羊角具有解热、镇痛及提高免疫力的作用。金银花具有广谱抗菌作用。

功效:具有抑菌、抗病毒、解痉和抗惊厥等疗效。能控制内毒素引起的发热症状,同时对化痰、解痉、平喘也有一定作用,有效地控制了肺部感染的进展。与抗生素相比,没有肝肾功能及心肌损害等毒副作用。

选 51 例血液肿瘤(排除了肺浸润可能)化疗后出现肺部感染的患者。肺部感染的诊断标准:发热、咳嗽、痰黏稠不利,肺部 X 线片可见斑片状阴影。51 例患者卡氏评分 > 50 分,年龄在 20~50 岁,既往无肺部疾患,将 51 例患者随机分为痰热清加青霉素治疗组和单纯的青霉素对照组,疗程 7 天。治疗组 27 例,男性 19 例,女性 8 例;对照组 24 例,男性 19 例,女性 5 例,两组患者在性别、年龄、经济条件、居住环境等方面差异均无统计学意义,具有可比性。

两组患者在对症支持治疗的基础上,均给予抗生素治疗,选用青霉素 800 万 U/d,2 次/d。治疗组同时给予痰热清 20 mL 加入 5% 葡萄糖注射液 500 mL,每日 1 次,3 小时内缓慢静脉滴注。两组病例治疗前后均经胸部 X 线检查。

根据支气管肺炎疗效标准分为:①显效:用药 1~3 d,体温下降,咳嗽、咯痰减轻或消失,X 线检查肺部阴影缩小或消散;②有效:用药 4~7 d,感染症状减轻或消失,X 线检查肺部阴影消散;③无效:用药超过 7 d,症状、体征无明显改善。

联合治疗组 27 例患者中,显效 23 例(85.7%),有效 4 例(14.8%),无效 0 例,总有效率 100%;对照组 24 例患者中,显效 9 例(37.5%),有效 7 例(29.2%),无效 8 例(33.3%),总有效率 66.7%。经统计学处理,两组总有效率差异有统计学意义($P < 0.01$),即痰热清配合联合抗生素治疗明显优于单纯使用抗生素治疗的疗效。两组治疗过程中均未发现任何不良反应。

李炳臣等

滋阳回生丹在实体瘤白血病联合化疗中的减毒作用

李炳臣(济南军区 91 医院, 邮编: 272000)、姜铭、娄海玲、许让翻、李雪云、陈学良、宋怒平、高德军、徐桂荣、徐崇芝等医师中西医结合, 应用滋阳回生丹胶囊在实体瘤白血病联合化疗中减毒作用的临床观察。

目前绝大多数化疗药物, 在抑制或杀伤肿瘤细胞的同时, 对机体正常细胞同样有毒性作用, 尤其对胃肠道黏膜上皮细胞及骨髓造血细胞的毒害最为明显, 常为化疗药物提高疗效的主要障碍。如由 CTX(环磷酰胺)、DNR(红比霉素)、Ara-c(阿糖胞苷)、MMc(丝裂霉素)和 5-Fu 等药物为主组合的常用化疗方案, 治疗各种类型的实体瘤及白血病取得了较好疗效, 但因其明显的毒副作用, 限制了化疗的应用。

国内曾报道, 在联合化疗中无毒副反应症状仅占 27.9%, 而白细胞下降 2 度以上占 27.9%, 血小板减少 3 度以上占 35%。根据日本采用 MMC 方案一般剂量化疗对血象的影响观察, 白细胞下降低于 $4.0 \times 10^9/L$ 占 86%, 血小板低于 $70 \times 10^9/L$ 占 41.9%。由此可见, 化疗药物在对肿瘤治疗的同时, 对机体毒副作用是严重的。

中医认为“气为血帅, 血随气行”, 在气血当中, 起主导作用的是气。肿瘤(包括血液系统肿瘤)是以脾肾亏虚为本, 火伤血络为标。阴虚生内热, 热伤血络, 致血不循脉。根据“治血先治气”, “气血和, 百病不生”这一治疗原则, 研制了滋阳回生丹胶囊。

滋阳回生丹胶囊主要组成: 党参、黄芪、白术、甘草、白扁豆等。

功效:从滋补入手,重在补气行血,兼以健脾和胃,以求达到扭转阴阳失衡、气血亏虚之目的。

现代医学理论:重点选择有促进造血、调节免疫功能的药物配制成成本方。滋阴回生丹胶囊与化疗药物同用,有良好的减毒作用,还可通过调节免疫作用,对不同原因引起的身体虚弱有较好的滋补强壮效果,且对心、肝、肾功能无任何毒副作用。

选 60 例化疗病人口服升白安片为对照组(B组),100 例化疗病人口服滋阴回生丹胶囊(自制)为治疗组(A组)。160 例患者均经临床、血象、骨髓象、影像学及病理学检查确诊,男 98 例,女 62 例;年龄 18~65 岁,其中 60 岁以上 39 例(占 20%),平均 50 岁;急性髓细胞性白血病 22 例,急性淋巴性白血病 11 例,非霍奇金淋巴瘤 22 例,多发性骨髓瘤 3 例,肺癌 36 例,胃癌 16 例,乳腺癌 10 例,食道癌 19 例,肝癌 11 例(肝功能检查正常者),肠癌 7 例,胰腺癌 3 例。全部病人心、肝、肾功能检查均正常,并剔除了妊娠期哺乳期妇女、过敏体质者和 24h 内有呕吐和用过止吐药的病例,一般状况 Karnofsky 评分在 60 分以上预期能生存 3 个月以上者。

对毒性反应及安全性指标的观察,采用 WHO 抗癌药毒性反应分度标准:①白细胞降低分度标准:0 度 $>4.0 \times 10^9/L$, 1 度 $(3.0 \sim 3.9) \times 10^9/L$, 2 度 $(2.0 \sim 2.9) \times 10^9/L$, 3 度 $(1.0 \sim 1.9) \times 10^9/L$, 4 度 $<1.0 \times 10^9/L$;②血小板减少分度标准:0 度 $>100 \times 10^9/L$, 1 度 $(75 \sim 99) \times 10^9/L$, 2 度 $(50 \sim 74) \times 10^9/L$, 3 度 $(25 \sim 49) \times 10^9/L$, 4 度 $<25 \times 10^9/L$;③消化道反应主要观察恶心呕吐情况,临床分为 4 度:0 度无恶心呕吐,1 度恶心,2 度暂时性呕吐能耐受,3 度呕吐需治疗,4 度难以控制的呕吐。

治疗前专人登记 160 例患者的自觉症状,并作血、尿、粪常规,血小板计数及肝肾功能、EKG 检查。治疗中逐日记录自觉症状,每周查白细胞、血小板计数 1 次,部分病人作 T 淋巴细胞亚群检查。病人的消化道反应、白细胞计数和血小板计数为重点观察指

标。除此之外,还观察药物的安全性,在用药前、中、后阶段多次查尿常规、血常规、心电图、肝肾功能以作动态比较。

白血病,据其不同类型分别选用 DA 方案(红比霉素 30 mg/m^2 ,第 1~3 天静滴;阿糖胞苷 200 mg/m^2 ,第 1~7 天分 2 次静滴)和 CODP 方案(环磷酰胺 800 mg/m^2 、长春新碱 1.4 mg/m^2 、红比霉素 35 mg/m^2 ,第 1、8、15、22 天静滴;强的松 60 mg/m^2 ,第 1~22 天口服)为主进行化疗。

实体性肿瘤,以 FAM 方案(5-Fu 500 mg/m^2 ,第 1~3 天静滴;阿霉素 30 mg/m^2 ,第 1、2 天静滴;丝裂霉素 10 mg/m^2 ,第 1 天静滴)、CAP 方案(环磷酰胺 500 mg/m^2 ,阿霉素 50 mg/m^2 ,顺铂 50 mg/m^2 ,第 1 天静滴)和 CAOP 方案(环磷酰胺 750 mg/m^2 ,阿霉素 50 mg/m^2 ,长春新碱 1.5 mg/m^2 ,第 1 天静滴;强的松 60 mg/m^2 ,第 1~5 天口服)等进行化疗。

A 组在化疗前 2~3 天开始给以滋阳回生丹胶囊,每次 1.5 g ,每日 3 次口服;B 组在化疗前 2~3 天开始给以升白安片,每次 0.4 g ,每日 3 次口服。化疗结束后两组继续服用,总疗程 21 天。

滋阳回生丹胶囊对消化道的保护作用明显优于对照组,持续服药 3 周可基本消除消化道不良反应。

对白细胞降低的影响:A 组总有效率为 95%,B 组总有效率为 90%,经统计学处理,两组无显著差异($P > 0.05$),但 A 组疗效似乎更好些。

对血小板降低的影响:A 组总有效率为 97%,B 组总有效率为 88%,经统计学处理,有显著差异($P < 0.05$)。滋阳回生丹胶囊减轻化疗对血小板毒性反应效果优于升白安。

对改善病人生活质量的影响,如头昏、乏力、纳差等,A 组一般情况明显好于 B 组,经统计学处理,两组有非常显著差异($P < 0.01$)。滋阳回生丹胶囊能明显改善病人的生活质量。

用药前后肝肾功能、EKG 均无变化,部分病人的 T 淋巴细胞

亚群检测结果提示其对人体的细胞免疫也有良好的稳定和调节效果。同时发现 A 组病人的感染机会明显少于 B 组。

从治疗结果可以看出,服用滋阳回生丹胶囊后不但患者的胃肠道反应明显减轻,而且对骨髓的保护作用和促进造血功能效果显著。同时,病人的一般情况得到改善,提高了病人的化疗耐受性及生活质量。

张小毅等

中西医结合治疗白血病 化疗致发热

张小毅(新乡医学院药理学教研室, 邮编:453003)、韩效林、李晓娟等医师探讨中西医结合治疗白血病化疗致发热的疗效。

白血病预后差,目前化疗为治疗白血病的主要手段,但由于大部分化疗药物均易导致严重的骨髓抑制,发热则成为化疗过程中最为常见的现象,严重影响化疗的顺利进行。白血病因其病因及发病机制的复杂性,造成其治疗的困难。化疗作为其主要的治疗方法之一,在杀死白血病细胞的同时,也杀死了大量处于正常增殖周期中的细胞,极大地降低了机体免疫力,甚至造成严重的骨髓抑制。加上化疗药物对消化道的刺激作用,多数患者在化疗过程中出现频繁的恶心、呕吐,使机体抵抗力进一步下降,患者也更易造成感染而引起发热。临床上由于耐药菌株的产生以及各种病原体混合感染的增多,造成单纯使用退热药及抗生素效果欠佳。

张小毅等在治疗白血病化疗所致发热过程中,立足于临床实际并结合现代药理研究,采用中西结合法,并根据患者的临床表现,运用中医辨证施治法,经过临床观察发现,中西医结合治疗白血病化疗所致发热退热效果快而平稳,疗效明显好于单用西药的对照组,其作用机理可能与中药能增加机体免疫力及有较广谱的抗菌作用有关,尚有待进一步探讨。

中医辨证大致分为以下两型。

(一)邪实为主型

临床主症:发热恶寒,头痛身痛,无汗,口干苦,体倦乏力,舌质淡,舌苔薄黄或腻,脉象弦浮。

治法:用祛邪为主辅以扶正法,达到邪祛正安的目的。

处方:柴胡 12 g,黄芩 12 g,知母 6 g,生石膏 30 g,葛根 24 g,太子参 15 g,黄芪 15 g,当归 12 g,银花 30 g,玄参 24 g,白花蛇舌草 30 g,甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂。

临症加减:如挟湿者,加藿香 12 g、佩兰 12 g、羌活 6 g 等。

(二)正虚为主型

临床主症:发热,汗出,恶风,体倦乏力,面色㿔白,舌质淡,舌苔薄黄,脉象虚大无力。

治法:用扶正为主辅以祛邪法。

处方:西洋参 10 g(另煎先服),黄芪 24 g,当归 15 g,白术 10 g,枸杞子 10 g,丹皮 6 g,茯苓 15 g,地骨皮 10 g,黄芩 12 g。水煎服,每日 1 剂。

临症加减:如热毒内盛者,加银花 30 g,白花蛇舌草 30 g,板蓝根 15 g 等。

据现代药理研究发现,白花蛇舌草、黄芩有抑制白血病细胞的作用,同时有广谱的抗菌作用。黄芪、当归、人参、太子参补益气血,减轻骨髓抑制,促进骨髓造血功能恢复,同时也有抑制白血病细胞及调节免疫的作用。

选 60 例白血病化疗致发热患者。此 60 例患者均符合血液病诊断及疗效标准,经骨髓检查确诊为白血病且化疗过程中出现发热的患者。其中男 36 例,女 24 例;年龄最大者 50 岁,最小者 15 岁; M_2 20 例, M_3 18 例, M_5 10 例,急淋 12 例。全部病例均给予常规化疗,化疗方案因病种而异。于第 2 疗程化疗中发热者 13 例,于第 2 疗程化疗后发热者 35 例,于第 3 疗程化疗中发热者 12 例。体温最高者 40℃,最低者 38.3℃,38.3~39.9℃者 54 例,40℃者 6 例。

60 例患者随机分为 2 组,中西医结合治疗组 40 例,西药对照组 20 例。两组患者的年龄、分型及发热程度经统计学处理均无显

著性差异($P>0.05$),具有可比性。

采取中西医结合方法治疗由于化疗而致发热的白血病患者40例。对照组给予地塞米松5mg,肌肉注射,每日1次,蔡普生0.2g,口服,每日3次;中西医结合治疗组在对照组治疗的基础上加用中药治疗。两组患者均根据病情给予支持疗法和相同的抗生素治疗。

疗效判定标准:根据退热时间长短按4级标准设计。速效:3天内降至体温正常无复升者;显效:7天体温渐降至正常无复升者;有效:10天体温降至 37.3°C 以下者;无效:10天后体温无明显变化者。

统计学处理:采用 χ^2 检验。

治疗结果:治疗组40例,速效4例,显效15例,有效14例,无效7例,总有效率为82.5%。对照组20例,有效7例,无效11例,总有效率45%。治疗组总有效率明显高于对照组($P<0.01$)。

结论:中西医结合治疗白血病化疗致发热疗效好。

孙肖姬等

莲心预防白血病化疗病人便秘

孙肖姬、朱美朵等医师(浙江省金华市中心医院, 邮编: 321000), 应用莲心预防白血病化疗病人便秘。

便秘是白血病病人化疗期间常见的症状之一。白血病化疗病人发生便秘, 是由于某些化疗药物影响自主神经系统, 引起便秘、腹胀甚至麻痹性肠梗阻。化疗药物引起的胃肠反应、骨髓反应、免疫抑制、疲乏等, 使病人进食量减少, 且食物精细, 缺少纤维素, 也可导致便秘。另外, 化疗药物引起的恶心呕吐所使用的止吐药物, 如恩丹西酮、康泉、呕必停等, 也均易引起便秘。便秘不仅增加病人痛苦, 且可诱发心律失常、心力衰竭、脑血管意外及其他严重并发症。

中医认为, 便秘多是热结肠道, 或津亏液少, 或气液两亏, 以致大肠燥化太过, 传导不行所致。

孙肖姬、朱美朵医师应用莲心预防急性白血病化疗病人便秘, 取得满意效果。莲心为莲的成熟种子内的绿色胚芽, 性味苦寒, 具有清热泻火之功, 故能起到预防便秘作用。由于莲心为苦寒之药, 为避免空腹口服后引起消化道不适, 宜饭后服用, 以减少对胃黏膜刺激, 且以吞服为宜, 泡服则太苦难以人口。临床上治疗便秘方法有很多, 莲心预防白血病化疗病人便秘效果较好, 且副反应少。

观察组选取收治的采用急性白血病标准方案化疗病人 69 例, 男 56 例, 女 13 例, 年龄 15 岁~63 岁, 其中急性淋巴细胞性白血病 8 例, 急性非淋巴细胞性白血病 61 例。对照组为收治的急性白血病标准方案化疗病人 74 例, 男 53 例, 女 21 例, 年龄 14 岁~54

岁,其中急性淋巴细胞性白血病 6 例,急性非淋巴细胞性白血病 68 例。两组均除外习惯性便秘病人。两组病人年龄、病种差异无统计学意义($P > 0.05$),且化疗期间每日饮水 2500~3000 ml。

观察组病人于化学治疗第 1 天开始口服莲心,即早餐后吞服莲心 20 枚,再饮 37℃ 左右温开水 250ml。同时按护理常规护理。对照组仅按护理常规护理,不服用莲心。

疗效评定标准,两组均在化疗第 1 天开始观察疗效,至化疗结束后 1 周观察。便秘就是:大便干燥坚硬,排出困难,排便间隔时间长(>3 天)。

两组便秘发生情况比较,观察组 69 例,便秘 12 例,发生率 17.4%。对照组 74 例,便秘 43 例,发生率 58.1%。 $\chi^2 = 25.01, P < 0.01$ 。观察组发生便秘者远低于对照组。

曾有 6 例服用莲心后出现胃脘部不适,经服用麦滋林-S 颗粒等胃黏膜保护剂后缓解。

郑秋惠

中药治疗白血病化疗性口腔溃疡

郑秋惠医师(青海省中医院血液肿瘤科,邮编:810000)用中药疗法治疗白血病化疗性口腔溃疡。

口腔溃疡病是恶性血液病化疗期间和化疗后常见的临床并发症之一。中医认为,白血病主要病因病机是气血损伤、真阴亏损为本虚,郁热火旺、热毒血热等为标实。阴虚内热、邪热内侵及化疗药物、激素热毒之品的长期使用,更可耗气伤阴,损伤气血,使热邪更甚,热毒内伏,循经上扰,故发口疮。本病的治疗必须明确原发病白血病的病因病机,明确气虚阴虚与热毒的关系,强调扶正与祛邪、滋阴与泄热、益气与活血并重。运用益气活血、清热解毒中药治疗本病,取得满意效果。

药用:黄芪 30 g,生地 30 g,鸡血藤 30 g,玄参 9 g,白头翁 15 g,板蓝根 15 g,山豆根 15 g,黄连 6 g,九香虫 5 只,片姜黄 15 g。水煎 2 次,共取药汁 100 ml,频频含服,每日 1 剂。服药时边服边漱,意在使药物充分与疮面接触,减轻炎症,促进愈合,故取得满意疗效。

方解:生黄芪、玄参凉血清热;生地、白头翁育阴清热;黄连、山豆根、板蓝根清郁热解内毒;片姜黄合鸡血藤消除瘀血、郁热;九香虫具有止痛消炎、促进溃疡愈合的作用。

郑秋惠医师观察 49 例患者,其中男 26 例,女 23 例;发病时间 1~35 天,平均(14±0.9)天;年龄 14~50 岁,平均(25±3.8)岁。随机分为治疗组 33 例,对照组 16 例;所有病例均系符合张之南著《血液病诊断及疗效标准》的白血病患者,并出现口腔溃疡症状。

治疗组使用上述方药。对照组:以 1:2000 洗必泰或 2~

490NaHCO₃液含漱,同时口服灭滴灵,每次1~2片,每日2次。两组患者均维持原有的白血病治疗方案。

疗效标准,痊愈:用药3天疼痛消失,溃疡完全愈合;有效:用药3天,疼痛减轻,溃疡面缩小,并显著减少口腔溃疡发作次数;无效:用药7天,溃疡面未愈合。

治疗组痊愈24例,有效6例,无效3例,总有效率91.1%;对照组痊愈5例,有效6例,无效5例,总有效率68.7%。经统计学处理, $P < 0.05$ 。

隋 光 等

三黄散治疗白血病化疗 后皮肤感染

隋光、贾瑞萍、常光平等医师(内蒙古包头市第二医院, 邮编: 014040)应用三黄散治疗白血病化疗后皮肤感染的并发症。

急性白血病治疗中, 因中至大剂量化疗药物后骨髓严重受抑, 正常的血细胞严重受抑, 致使病人免疫力减低, 常引起各种感染疾病的发生。当皮肤感染, 单纯静脉给药, 通过血液循环, 到达局部皮肤感染病灶, 无论从药物在血中浓度和药量上, 均不能很好地达到抑菌或杀灭致病菌的目的。甚至造成败血症危及病人生命。采用三黄散外用治疗皮肤感染, 具有抑菌、杀菌的作用, 其疗效可靠, 无毒副作用, 药价低廉, 应推广使用。

三黄散组成: 选用黄柏、黄连、大黄组成。

功效: 以清热解毒、凉血化瘀法为主。

分析: 三药均为味苦性寒, 有解毒、清热、燥湿、消肿、敛疮的作用。

制备及使用方法: 即用黄连、黄柏、大黄各等量混合加工研成粉末状。外用时根据病灶大小, 取三黄散适量用生理盐水调成糊状备用。皮肤化脓灶周围组织, 用碘酒和酒精消毒, 化脓灶用无菌盐水棉球清洗干净。上盖一块单层消毒纱布, 将成糊状的三黄散涂在纱布上, 厚度适中, 范围超过病灶为宜。再在上面盖上消毒纱布, 以保持三黄散潮湿状态, 经常在纱布上洒适量生理盐水, 使药液渗入病灶组织内, 充分发挥药效作用。皮肤感染灶每天换药 1 次即可。

共治疗 5 例急性白血病化疗后发生的皮肤化脓的病例, 都取

得了很好的疗效。其中男 3 例,女 2 例。年龄 17~41 岁,平均年龄 23 岁。急性淋巴细胞白血病 2 例,急性髓性细胞白血病。急性淋巴细胞白血病 L_2 及 L_1 各 1 例,急性髓性细胞白血病。 M_{2a} 1 例、 M_{4a} 1 例、 M_{4b} 1 例。均符合国外 FAB(法、美、英)协作组织提出的急性白血病形态学诊断标准(1976 年)及国内在天津召开的白血病分类型讨论会、形态学诊断标准(1986 年 9 月 20 日)。

【病案举例 1】 患者,女性,42 岁,于 1992 年 3 月因乏力、发热、鼻衄、骨骼疼痛入院。

查体:重度贫血貌,巩膜无黄染,结膜苍白,皮肤可见散在出血点,双侧鼻腔可见陈旧血性分泌物。胸骨压痛明显,心肺无异常,肝大肋下 2 cm,脾未及。

实验室检查:Hb34 g/L, WBC 9.6×10^9 /L, PLT 68×10^9 /L。血片分类:幼雅细胞 0.74,骨髓增生极度活跃。粒系及红系减少,原始淋巴细胞加幼淋巴细胞为 0.82。

入院诊断:急性淋巴细胞白血病 L_2 型。

治疗:给予“VDAP”方案治疗(长春新碱 2 mg 静滴,第 1、8、15、22 天;柔红霉素 60 mg 静滴,第 1、2、3 及第 15、16、17 天;环磷酰胺 800 mg 静滴,第 1、15 天;强的松 40 mg 口服 1~28 天)。

患者化疗第 20 天,见口周皮肤红肿、疼痛、张口困难,发热($T39^\circ\text{C}$),全身中毒症状明显。给予先锋霉素 VI 6 g 静滴,每日 1 次。静注抗生素 7 天仍发热,口周皮肤化脓溃烂,且逐渐扩大流脓液。作脓液细胞培养加药敏试验:为金黄色葡萄球菌生长。对先锋霉素 VI、青霉素、环丙沙星敏感。化验:WBC 1.5×10^9 /L,粒细胞绝对值为 0.4×10^9 /L。乃选用三黄散外用,停用先锋霉素 VI 静滴。

二诊:用药第 2 天,局部疼痛减少。

三诊:7 天后局部皮肤化脓得到了控制,脓液减少,皮肤化脓周围长出了新鲜肉芽组织,溃烂面积缩小,全身中毒症状改善,体

温正常,精神好,食量增加。

四诊:用药 10 天后溃烂全部结痂脱落,愈合。

【病案举例 2】 患者,男,34 岁,于 1994 年 5 月因腰痛、乏力、头晕等症入院。

查体:贫血貌,结膜苍白,巩膜无黄染,胸骨压痛明显,心肺无异常,肝大肋下 1 cm,脾大肋下可及。

实验室检查:Hb 62 g/L, WBC 15.0×10^9 /L, PLT 72×10^9 /L,末梢血片:原粒细胞 0.30,骨髓增生极度活跃,红系减少,原始粒细胞为 0.96。

入院诊断:为急性非淋巴细胞白血病 M₁ 型。

治疗:给予 DA 方案(柔红霉素 80 mg,第 1、2、3 天静滴。阿糖胞苷 300 mg,第 1~7 天静滴)。

化疗结束后第 7 天,患者左臀部皮肤疔肿、基底红肿约 5 cm × 3 cm 大小,上有脓栓。病人局部疼痛难忍,发热(T 38.6℃),取脓液作细菌培养加药敏试验:为克雷白大肠杆菌生长,对先锋霉素 VI、氟哌酸敏感。化验 WBC 0.7×10^9 /L,粒细胞绝对值 0.42×10^9 /L, Hb 35 g/L,给予输血及全身支持治疗。局部疔肿外用三黄散。

二诊:用药第 4 天,局部疼痛明显减轻,红肿缩小。

三诊:用药第 12 天,疔肿消散痊愈。

李金梅等

中药坐浴治疗急性早幼粒细胞
白血病化疗后肛周脓肿

李金梅(哈尔滨医科大学附属第一临床医学院, 邮编: 150001)、胡晓晨、李恩有等医师采用切开引流及中药坐浴治疗急性早幼粒细胞白血病(APL)化疗后肛周脓肿 32 例, 疗效满意, 治疗痛苦少, 应用方便易行, 患者容易接受。

急性早幼粒细胞白血病化疗后合并肛周脓肿, 如处理不当脓肿可侵入直肠周围组织, 形成各种瘻管。故一旦形成脓肿, 主张早期切开引流。

中医病名: 脏毒。

病因: 乃湿热结聚肛周, 导致瘀血凝滞, 瘀久化热, 热盛肉腐而成。

中药煎剂坐浴药物组成: 大黄 15 g, 白芨 15 g, 槐花 15 g, 苍术 20 g, 枯矾 20 g, 苦参 20 g, 金银花 20 g, 蒲公英 20 g, 紫花地丁 20 g。将上药加适量水浸泡 30 分钟, 水煎 2 次, 每次煎 30 分钟, 合并 2 次药液约 1000 ml。每日 3 次或每次便后坐浴, 每次用上述药物 1/3 量加热, 待接近人体温度时坐浴, 坐浴时间约为 15~20 分钟。14 天为 1 个疗程, 用 1~2 个疗程。

功效: 具有清热利湿、消肿止痛之功。

32 例为住院患者, 按 1987 年全国白血病化疗讨论会提出的诊断及疗效评定标准诊断为 APL 32 例。其中 28 例为化疗后无效的病例, 4 例为化疗后完全缓解二次复发的病例。32 例患者血红蛋白 5~10 g/L; 白细胞 $>10 \times 10^9/L$ 8 例, $<4.0 \times 10^9/L$ 24 例; 血小板 $<100 \times 10^9/L$ 30 例, 其中 $<40 \times 10^9/L$ 25 例 $>100 \times$

$10^9/L$ 2 例。骨髓增生极度活跃 9 例,明显活跃 20 例,活跃 2 例,低下 1 例。早幼粒 $<75\%$ 18 例, $\geq 75\%$ 14 例。以上患者均合并肛周脓肿,伴发热、便秘、不同部位出血、骨痛、乏力症状。其中 26 例血培养细菌为阴性,10 例脓汁培养,其中 6 例为铜绿假单胞菌,2 例为金黄色葡萄球菌,1 例为爱希氏大肠杆菌。22 例脓肿位于截石位肛门右侧,10 例位于截石位左侧。

32 例患者随机分为两组:治疗组 16 例,男 7 例,女 9 例;年龄 16~70 岁,平均 43 岁;病程 1~4 个月,平均 2 个月。对照组 16 例;男 8 例,女 8 例;年龄 18~68 岁,平均 43 岁;病程 1~3.5 个月,平均 2.25 个月。两组患者在年龄、性别、病程、病情方面无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

治疗组:用中药煎剂坐浴。14 天为 1 个疗程,用 1~2 个疗程。

对照组:行肛周脓肿切开引流呈放射状,长度与脓肿大小一致,凡士林纱条引流,保证引流通畅,每日换药 1 次(药物组成:生理盐水 100 ml 加庆大霉素注射液 24 万 U 冲洗)。

两组均采用常规治疗方法,包括治疗原发病(APL)。应用癌灵 1 号注射液(由砒石、轻粉等组成)10 ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500 ml 中静脉滴注,每日 1 次,28 天为 1 个疗程。根据相应的药敏使用抗生素,同时间断输注同型新鲜全血、血浆、血小板。

疗效标准。治愈:脓汁引出,红肿消退,切口愈合而痊愈,经 0.5 年后随诊复查无复发。好转:脓汁引出、切口愈合不良。

结果:治疗组治愈 16 例,治愈率 100%。对照组 16 例,治愈 12 例,好转 4 例,治愈率 75%。经统计学处理,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。

谭

获等

复方丹参注射液有放射增敏效应

谭获(广州医学院第二附属医院, 邮编: 510260)、应红光、褚建新、郝玉书、赵钧铭等医师探索复方丹参注射液对白血病细胞放射敏感性的影响, 证明复方丹参注射液具有明显的放射增敏效应。

全身照射是白血病骨髓移植前预处理方案的组成方法之一, 其疗效取决于诸多因素, 其中之一就是白血病细胞对放射损害是否敏感。为了增强放射线对肿瘤的杀伤性破坏, 进而提高照射效果, 国内外许多学者对放射增敏剂进行了大量研究。目前国外虽有放射增敏剂应用于临床, 但却存在价格昂贵或毒副作用较多的缺点, 常规使用受到限制。若能发掘一种高效低毒的放射增敏剂, 从而在同样的照射条件下提高放射对肿瘤细胞的杀伤力, 增强全身照射的效果, 则具有重要的临床应用价值。

放射敏感增效剂是具有改变哺乳动物细胞放射反应性的化学物质, 能在相同放射条件下增强对肿瘤细胞的杀灭作用, 从而提高放射线对肿瘤治疗的效果。作为理想放射敏感增效剂条件之一是高效低毒, 发掘此类药物具有重要的临床意义。谭获等医师在价廉、无毒的活血化瘀类中草药中进行了初步探索和研究, 发现复方丹参制剂在体外直接作用于细胞后能增强辐射对 HL60 细胞株及新鲜白血病细胞的杀灭作用。

复方丹参注射液(每毫升含丹参、降香各 1 g) 中的丹参、降香均为活血化瘀药物, 有关丹参的药理作用, 国内已有大量研究报道。但迄今尚无放射增敏作用的研究, 通过与川芎嗪对照研究, 发现复方丹参注射液在体外具有直接增强 HL60 细胞株、新鲜白血

病细胞对 γ 射线敏感性的作用。D0 及 SF₂ 是放射敏感性的常用指标,二者值愈低,说明细胞对放射线愈敏感。在相同实验条件下,药物如能降低 D0、SF₂,则提示该药有放射敏感性增效作用。引起放射敏感性增强的机理繁多、复杂,其中之一是药物使细胞阻滞在增殖周期中的 G2/M 期。丹参能抑制成纤维细胞的核分裂和增殖,丹参能否使白血病细胞阻滞在 G2/M 期,从而增加其对辐射的敏感性尚有待进一步研究阐明。

复方丹参注射液与 HL60 细胞混合培养后照射,细胞存活曲线斜率的倒数(D0)、放射剂量为 2Gy 时的活存比率(SF₂)分别由 1.53、0.34 降至 0.93、0.12,细胞凋亡显著增多;这种效应与药物浓度及作用时间存在良好的相关性;放射诱导的新鲜白血病细胞凋亡率与对照组(5.89 ± 2.91%)相比,复方丹参组(12.05 ± 3.06%)明显增加。

选 10 例患者均为确诊的初诊患者,其中急性淋巴细胞性白血病 2 例,急性非淋巴细胞性白血病 6 例(M_{2a}3 例, M₃2 例, M_{5a}1 例),慢性粒细胞性白血病 2 例。10 例白血病患者的骨髓幼稚细胞在体外不加及加药再照射后的凋亡率分别为 5.89 ± 2.91%、12.03 ± 3.06%,具有显著性差异(P < 0.01)。

蒲建琴等

大蒜素外涂白血病合并症口腔炎

蒲建琴、冷文玉等医师(45 医院, 邮编: 265200)对 21 例白血病合并口腔炎患者使用大蒜素口腔黏膜喷涂进行治疗。

白血病患者由于白细胞质和量的改变及伴有免疫功能低下, 极易发生感染。尤其在强烈的化疗期间, 常合并口腔炎, 给病人造成痛苦, 严重时影响进食, 导致营养障碍, 加重病情, 影响患者的治疗。用大蒜素注射液 0.6 mg/L, 涂于口腔黏膜病变处, 每日 4 次, 效果显著。

选 42 例白血病病人, 均合并程度不同的口腔炎。按病人入院时间先后随机分为大蒜素组和酮康唑组。大蒜素组 21 例: 男 12 例, 女 9 例, 年龄 16~62 岁; 其中急性淋巴细胞白血病 2 例, 急性髓性白血病 7 例, 慢粒白血病 12 例。局部口腔黏膜充血、水肿, 出现粟粒大小红点 9 例, 溃疡 12 例, 直径 2~5 mm。酮康唑组 21 例, 男 13 例, 女 8 例, 年龄 18~70 岁; 其中急性淋巴细胞白血病 1 例, 急性髓性白血病 7 例, 慢粒白血病 13 例。局部口腔黏膜充血、水肿、出现粟粒大小红点 14 例, 溃疡 7 例, 直径 2~4 mm。

治疗组用大蒜素注射液。对照组用酮康唑 0.2 g, 每天 4 次。

治疗组全部病例用药第二天疼痛即明显减轻, 溃疡 3 天愈合 6 例, 4 天愈合 4 例, 5 天愈合 2 例; 对照组用药三天疼痛才有所减轻, 溃疡 4 天愈合者 2 例, 5 天愈合 2 例, 6 天愈合 1 例, 有 2 例 8 天溃疡面尚未完全愈合。

张维莲等

复方五倍子液治疗白血病鼻衄

张维莲、陈玉梅等医师(解放军第 251 医院, 邮编: 075000)用复方五倍子液治疗白血病鼻衄。

皮肤黏膜出血是白血病病人临床常见症状之一。鼻腔黏膜毛细血管较丰富是白血病病人常见的出血部位。未缓解的白血病病人血小板极低, 一旦鼻腔黏膜出血, 止血较困难。张维莲等医师采用复方五倍子液治疗白血病病人鼻衄, 配合全身静脉给止血药物, 获得满意的疗效, 且无不良反应。

复方五倍子液组成和制备方法: 五倍子 15 g, 诃子 5 g, 加水 100 ml 煎煮至 30 ml, 加明矾 5 g 煮沸过滤, 留取上清液加甘油 3 ml 放入冰箱内冷藏备用。

方解: 五倍子含 70%~80%鞣酸, 有很强的收敛作用, 能使黏膜局部的组织蛋白凝固, 形成保护膜, 同时小血管也被压迫收缩, 血液凝结而起止血功效。诃子含鞣质 30%~40%, 有收敛作用, 可使黏膜收敛。明矾也有收敛作用, 加少量甘油可延缓鞣酸水解生成食子酸。

用复方五倍子液局部填塞治疗鼻衄无不良反应。

张维莲等医师选取经骨髓象诊断为急性白血病未缓解的病人, 血小板小于 $30 \times 10^9/L$ 者, 共 58 例, 其中男 35 例, 女 23 例, 平均年龄为 31 岁。急性粒细胞白血病 38 例, 急性淋巴细胞白血病 14 例, 急性单核细胞白血病 6 例。诊断标准符合 1985 年法、美、英协作组提出急性白血病诊断标准。将上述 58 人随机分为对照组和实验组, 每组 29 例。对照组血小板平均值为 $20.3 \times 10^9/L$,

实验组血小板平均值为 $20.8 \times 10^9 / L$ 。

两组病人均给予静脉输注止血芳酸 0.3 g/日 和止血敏 3 g/日 止血。实验组病人用无菌棉换一次填塞的棉球。两组病人在鼻衄消失后均用链霉素石蜡点鼻,每日 3 次,直到血小板恢复正常。

疗效评定:连续 2 次填塞棉球后鼻衄消失,至下次化疗前鼻衄无复发者为治愈。

两组治疗效果比较:实验组 29 例,治愈 28 例,治愈率 91.51%。对照组 29 例,治愈 24 例,治愈率 82.71%。 $P < 0.05$ 。

治疗结果说明实验组优于治疗组。两者相比有统计学意义。

对照组 5 例未治愈者再用复方五倍子液局部止血有 3 例治愈。其余 2 例未治愈者和实验组 1 例未治愈者均为白血病持续不缓解,血小板逐渐下降,再未回升者。

秦亮甫

蛻螂瘻管丸治疗白血病 继发肛周脓肿

秦亮甫教授(上海第二医科大学附属仁济医院)出生于中医世家,对中医理论造诣很深,临床经验十分丰富,不仅在治疗内科疑难杂病方面取得显著疗效,享有很高声誉。而且对中医外科疾病,采用内服外用相结合的治疗方法,也有独特见解。

慢性粒细胞白血病是一种起源于多能干细胞的肿瘤性增生疾病,其临床特点是粒细胞显著增多、脾明显肿大等。绝大多数慢性粒细胞白血病,具有特异的 pH 标记,染色体。病程较缓慢,由于长期低免疫球蛋白血症、中性粒细胞缺乏、患者年龄较大等原因,故极易发生感染,尤其是在化疗期间,严重感染常为致死原因。而白血病合并肛门周围脓肿是常见并发症,用一般药物治疗,往往疗效不显著。秦老利用祖国医学辨证施治,采用“急则治其标”的方法,根据病人具体情况,运用内托或补托方法,先以消散透脓,后兼以扶正,促其溃处生肌,收敛,是非常有效的。由于患者久病体虚,气血虚弱,湿热下注,蕴阻于肛门,证见肛门周围红肿热痛,热盛肉腐而成脓。故采用清热解毒、消肿止痛、活血化瘀之法,反复试验,筛选多种具有消炎止痛、行气通络、活血化瘀、消肿散结的药物,组成为蛻螂瘻管药丸方。

自拟蛻螂瘻管丸方组成:炙蛻螂 12 g,川黄连 9 g,胡黄连 9 g,煅龙骨 30 g,煅牡蛎 30 g,炙猬皮 15 g,象牙屑 9 g,炙象皮 15 g,生地榆 15 g,炒槐角 9 g,生军 9 g,银花 9 g,连翘 9 g,白芷 9 g。共为细末,水泛为丸。每日服 3 次,每次 3 克。

方解:川黄连、胡黄连、银花、连翘,清热解毒、消肿排脓,用于疔疽疮疡;煅龙骨、煅牡蛎,软坚散结;生军化瘀解毒;生地榆、炒槐

角善治大肠瘀热能消肿止血；配用白芷排脓祛腐；炙蛭螂能脱出漏管；炙狼皮用于痔疮肿痛；象牙屑、炙象皮能止血敛疮，拔毒生肌收口。

主治：用于溃疡瘻管不敛，疮口日久不愈者。

功效：以达到清热解毒，逐瘀排脓，使毒解瘀化，肿退结消，脓排腐祛，其溃瘻之处，自然得愈。

治疗 12 例病人取得满意效果。其中男性 8 例，女性 4 例。20 岁～40 岁，9 例；40 岁～60 岁 3 例。分型：外痔 4 例，内痔 5 例，合并瘻管 6 例，肛门疖肿 3 例。

【病案举例 1】 许某，男性，31 岁，初诊，1997 年 5 月 7 日。

主诉：患粒性白血病缓解 10 余年，近一周发烧，体温 38.2℃，肛门周围脓肿，伴有多发性瘻管，疼痛难忍，舌苔薄白，脉象细数。

诊断：外痔合并多发性瘻管。

治法：清热解毒，活血化瘀，消肿止痛。

处方：银花 9 g，公英 9 g，地丁草 9 g，连翘 9 g，生草梢 6 g，黄连 3 g，三棱 9 g，莪术 9 g，生地榆 15 g，桃仁 g，炒槐角 15 g，炒槐花 15 g。水煎 7 剂。

同时服蛭螂瘻管丸，每日服 3 次，每次 3 克。

二诊：5 月 14 日。患者精神好，体温 36.8℃，肛门周围红肿见消，仍有瘻管渗出脓液，舌苔薄，脉象细略数。继用上方 14 剂。加用外洗方：银花 30 g，连翘 30 g，蒲公英 30 g，地丁草 30 g，炒槐角 30 g，川黄连 30 g，胡黄连 30 g，煅龙骨 30 g，煅牡蛎 30 g，刺狼皮 9 g，生地榆 30 g，冰片 10 克。水煎 14 剂。

三诊：6 月 30 日。痔疮瘻管基本愈合，症状明显改善，继续治疗，巩固疗效。以上方药各用 7 剂。

【病案举例 2】 谢某，女性，45 岁，初诊，1996 年 7 月 21 日。

主诉：患白血病已缓解 20 余年，近四天精神不好，四肢无力，体温 37.2℃，肛门有异物脱出，疼痛难忍，不能站坐，有渗液流出，

舌苔薄白,脉象细数。

诊断:外痔合并感染。

处方:金银花 12 g,连翘 12 g,野菊花 9 g,蒲公英 30 g,地丁 15 g,忍冬藤 15 g,七叶一枝花 15 g,白花蛇舌草 30 g,淡竹叶 9 g,蚤休 10 g,皂角刺 9 g,芦根 30 g。水煎 7 剂。

并用蛭螂瘻管丸,每日服 3 次,每次 3 g。

外洗方组成:蒲公英 12 g,胡黄连 15 g,大黄 9 g,地丁 15 g,冰片 5 g,煅龙骨 30 g,煅牡蛎 30 g,五倍子 15 g,炙蛭螂 12 g。7 剂,水煎熏洗,日 1 次。

二诊:7 月 28 日。病人精神好,体温 36.6℃,肛门肿痛明显改善,渗出物减少。

治法:以清热解毒,佐以益气生肌。

处方:白花蛇舌草 20 g,七叶一枝花 15 g,银花 12 g,连翘 12 g,地丁 12 g,蒲公英 20 g,野菊花 9 g,淡竹叶 9 g,蚤休 9 g,皂角刺 9 g,生黄芪 15 g,白芷 9 g。水煎 7 剂。

继用外洗及药丸方。

三诊:8 月 21 日。症状已完全消失,为巩固疗效,再服各方 5 剂。

赵淑华等

金痛散外敷治疗白血病脾周围炎

赵淑华、刘晓青、段连凤等医师(河北省廊坊市中医院,邮编:065000)采用自拟金痛散外敷治疗白血病患者脾肿大脾周围炎,临床疗效显著,无任何毒副作用发生,且此方法既经济又简单易行,患者无痛苦及紧张情绪,易于接受,值得推广。

脾肿大脾周围炎是白血病患者常见的一种并发症,其原因是白血病细胞浸润、血小板被滞留,或因小动脉血栓形成。此炎症与细菌感染无关,因此应用抗生素效果不佳。白血病时脾脏均有不同程度肿大,往往肿大的脾脏可为正常脾脏的15倍且较坚硬,脾表面可发生局限性脾包膜炎,并与周围组织粘连。其临床表现为左上腹部胀痛,触诊脾肋下5.6~7cm,触痛明显,脾区皮肤不红、不热,患者形体消瘦、纳差,活动受限,严重时可发生自发性脾破裂。祖国医学认为cml的发生,是由于平素饮食不节、起居失常等导致正气不足,邪气内侵,客于骨髓,久而久之致邪毒内蕴,气阴两虚,瘀血内结,继而出现腹部痞块及胀痛。

金痛散组成:是医院自拟方药,其组成中成药金黄散30g(天花粉、黄柏、大黄、苍术等),自拟止痛散30g(赤芍、红花、桃仁等)。将两种散剂按1:1的比例混匀即成金痛散。

金痛散功效:有促进活血通络、瘀消痛止、清热解毒之功效。两种散剂合用比单用一种散剂外敷见效快,可互补互利。金痛散对临床上一些皮肤软组织炎症等也有显著疗效。

方解:止痛散中的赤芍、桃仁、红花等均有活血祛瘀、清热凉血之作用,金黄散中天花粉、黄柏、大黄等有消肿、解毒止痛之作用。

使用方法：嘱患者仰卧位，用温水将左上腹部皮肤擦洗干净。须用米醋将此药调成糊状，浓度适中，因醋能软坚散结。将调配好的金痛散用无菌棉签蘸取，直接外敷于脾区皮肤上，涂药范围不应小于炎症区或触痛点的范围。药物摊敷时应厚薄均匀，厚度以2~3 cm为宜，药糊上宜覆盖保鲜膜，一是为了保持药物湿润，充分发挥药效，利于皮肤直接吸收；二是保持患者衣服清洁，不受药物浸渍，能延长药物使用时间。用药期间嘱患者尽量少活动，一般每日1~2次，同时注意观察患者的临床症状。

选脾周围炎患者5例，4例由cml所致，其中男3例，女1例，年龄35~48岁。1例为MDS-RAEB，经17个月的治疗转为ANLL-M_{5b}。此组患者B超显示：脾肿大1~2度，均并发脾周围炎。经3~5日外敷金痛散治疗后，脾区疼痛症状先后减轻直至消失，临床显效。

【病案举例】 患者，男性，46岁，因面色苍白乏力15个月，症状加重，并伴头晕1个半月，于1999年10月23日入院。查体：T37.5℃，P96次/分，R22次/分，BP18/12 kPa，贫血貌，浅表淋巴结无肿大，胸骨无压痛，肝脾未触及，但B超示：脾厚4.1 cm，深吸气肋下2.6 cm。10月25日骨穿示：MDS-RAEB，给予中西医结合治疗近2月，患者病情加重，12月15日再次做骨穿示：ANLL-M_{5b}，此患者由MDS-RAEB转变为M_{5b}，患者主诉近日左上腹胀痛，触诊可及脾肋下6 cm，触痛(+)，B超示：脾厚6.7 cm，肋下平吸气7.0 cm。

诊断：ANLL-M_{5b}合并脾周围炎。

治疗：经静点抗生素治疗2天后，脾区疼痛症状未见明显减轻，即给予金痛散外敷，早晚各1次，使用时间为4小时。

即日晚上患者自感疼痛症状减轻，次日继续外敷治疗。3天后疼痛症状消失，但仍有腹胀，可下地行走。

程 志 等

中西医结合自体干细胞移植 治疗恶性血液病

程志、吴艺、陈疏敏、韦润红、秦秀丽等医师(河南省中医院,邮编:450002)在自体干细胞移植过程中使用中药治疗恶性血液病,观察到中西医结合治疗在减轻并发症及在造血重建和免疫重建中有较大意义。

自体干细胞移植(ASCT)是治疗恶性血液病的主要手段之一,特别在急性非淋巴细胞白血病、恶性淋巴瘤等疾病中。在干细胞移植治疗过程中结合中医药以减少、减轻感染、出血等并发症,促进骨髓造血和免疫功能重建,缩短无细胞期。ASCT在致死量的放化疗预处理后,骨髓造血功能和免疫功能几乎清扫殆尽,在自体干细胞保护之下,即干细胞回输后,重建造血和免疫功能,尽可能彻底清除残留瘤细胞的同时,尽快恢复造血和免疫功能是自体干细胞移植治疗的目的。当预处理结束,干细胞回输后,身体处于无细胞期或免疫真空期,容易出现严重感染、出血及由大剂量化疗药量引起的脏器功能损害等并发症,尽快恢复造血功能和免疫功能,减少并发症是影响干细胞移植成功的关键。随着生物技术的进展,新一代抗生素、粒细胞集落刺激生长因子及成分输血的应用,使移植过程中的感染、出血等引起的死亡率大幅降低,移植成功率大幅上升。但尽管如此,移植过程中仍有较高的感染和出血等致命的并发症发生率。因此,如何进一步降低并发症和死亡率,是目前血液病移植过程中面临的问题。在干细胞移植过程中应用中药治疗可明显缩短无细胞期,加快造血重建和免疫重建,减少了并发症发生的风险,减少对粒细胞刺激生长因子、高档抗生素、血

小板输注、红细胞输注的依赖和应用,有较大的临床意义。

干细胞回输,ASCT+1d开始口服中药。

治则:以益气养血、填精补髓、芳香和胃为主,加快造血重建和免疫重建。

基本处方:红参9g,怀山药15g,当归15g,鸡血藤15g,黄精20g,菟丝子15g,枸杞子15g,女贞子15g,紫河车粉6g,白芍20g,生熟地各10g,阿胶10g,砂仁10g,焦三仙各10g,陈皮10g,炙甘草5g。

预处理5天左右进入无细胞期。

临床加减:如当血小板 $<20 \times 10^8/L$,有出血倾向时,可加三七粉、水牛角、旱莲草、栀子炭等。当白细胞 $<1.0 \times 10^8/L$,或有感染时酌加金银花、连翘、柴胡、知母等。

每日1剂,有胃肠道反应者可少量多次口服,如果血小板减少明显并有胃肠道反应较重时,可暂停中药。

预处理结束12小时干细胞回输,病人入无菌层流室,进入移植0天。严格按移植护理,常规予G-CSF,进入无细胞期后,必要时成分输血、输血小板等,并发感染时予敏感抗生素。

【病案举例1】患者,男,48岁。于2002年11月11日以“左颈部肿块7个月余”为主诉入院。患者于2002年4月发现左侧颈部肿块,经医院确诊为“非霍奇金氏淋巴瘤弥漫大B细胞型”,即在某医院给予“CHOP”方案为主的6个疗程化疗,效差。为求进一步治疗,来院治疗。

入院查体:一般情况可,无贫血,心肺听诊无异常,左锁骨上窝处可触及肿大淋巴结约 $3\text{cm} \times 5\text{cm}$,质韧,活动度差,部分融合,无触痛。右侧颈部可触及2个黄豆大小淋巴结,活动,无触痛。

实验室检查:颈部彩超示双侧颈部及锁骨上窝可见多个大小不等的实性低回声团,左锁骨上窝处融合成块,周界清楚,内部回声不均匀,最大者 $44\text{mm} \times 22\text{mm}$,右侧锁骨上窝最大者 $15\text{cm} \times$

11 mm,双腋下对比探查,左腋下可见数个实性低回声块,其中最大者 14 cm×6 mm,周界清,内部回声不均匀。腹腔及腹膜后未见肿大淋巴结,血常规、肝肾功能均无异常。

诊断:弥漫大 B 细胞型难治性复发性恶性淋巴瘤Ⅳ期。

移植前准备放疗:采用分区野⁶⁰CO 照射,1000~3000 cGY 不等。具体如下(2002.11.12~2002.12.07):包括全颈淋巴区、左锁骨上下、双侧腋下、右锁骨上下、脾区、纵隔、两侧腹股沟、左右髂前上棘、全颅、咽淋巴环。

移植前化疗:为尽量减少瘤细胞负荷,在移植前进行 MAE 方案化疗 Mito:20 mg/d×2;Ara C:200 mg/d×5;Vp16:150 mg/d×5。

干细胞动员及采集:G-CSF300 μg/d×7(2003.03.31~2003.04.06);

预处理方案:用 MAEC 方案,具体:Mito:15 mg×3;CTX:2.0/d×2;Ara C:2.0/d×2;Vp16:1.0/d×1。

中药如上所述。

【病案举例 2】 患者,男,28 岁,以“间断性发热伴胸闷、咳嗽,纵隔肿块 8 个月”为主诉,于 2003 年 4 月 15 日入院接受 ASCT。患者于 8 个月前(2002 年 7 月)无明显原因出现胸闷、右侧胸部隐痛等症。曾在当地查 X 线胸片示:右上肺结核(Ⅲ型)趋向钙化,即按肺结核治疗 4 个月。在治疗中上述症状无改善。患者又出现乏力、胸闷、咳嗽、发热(38.5℃左右)等症,继续在当地复查 X 线胸片示:纵隔增宽。

2002 年 11 月 7 日胸部 CT 扫描示:两上肺结核(Ⅲ);上纵隔软组织影考虑淋巴可能性大。腹部 CT 及腹部 B 超提示:腹膜后淋巴结肿大。继在某医院肿瘤科进行治疗,按非霍奇金氏淋巴瘤给予 CHOP 方案化疗 4 个疗程。化疗后上述症状明显减轻。2002 年 11 月 22 日复查 X 线胸片提示:纵隔软组织影缩小。后继

在某医院巩固治疗 3 个疗程。影像学和治疗经过均支持 NHL 诊断。

移植前准备放疗:采用局部区域淋巴区照射:上纵隔区域、颈部、后腹膜淋巴结区。

未再进行化疗巩固。

干细胞动员及采集:G-CSF300 $\mu\text{g}/\text{d} \times 5$ 。

预处理方案:用 MAEC 方案 Mito:20 $\text{mg}/\text{d} \times 2, \text{q}12\text{h}$;CTX:50 $\text{mg}/\text{kg}/\text{d} \times 2$;Ara C:2.0/ $\text{d} \times 2, \text{q}12 \text{ h}$;Vp16:1.5 $\text{g} \times 1$ 。

中药如上所述。

【病案举例 3】 患者,男,24 岁。患者于 2003 年 3 月因乏力、心慌、苍白、低热到外院就诊,经血象、骨髓象、免疫分型检查,诊断为急性非淋巴细胞白血病(AML M0)。在外院给予 DA 方案 2 个疗程,2003 年 5 月 8 日达部分缓解(骨髓象原粒占 12%,PR),于 2003 年 5 月 19 日为求自体造血干细胞移植入院。

入院查体:神志清,精神欠佳,毛发稀,全身皮肤黏膜无黄染及出血点,周身浅表淋巴结未触及,心肺听诊无异常,肝脾肋下未触及。

2003 年 5 月 19 日开始巩固化疗,选用 2 个疗程 HAC 方案、1 个疗程 HD Ara C、1 次 HD MTX 预防脑白。第 2 疗程巩固后出现严重肠道感染、霉菌性肺炎,经泰能、丁胺卡那、左氧氟沙星、丙种球蛋白、G-CSF(粒细胞刺激因子)、氟康唑、头孢他啶、万古霉素等治疗,并发症痊愈。3 次巩固化疗期间,做全身体检,清除感染灶,预防病毒感染及卡氏肺囊虫感染。更昔洛韦 350 $\text{mg}/\text{d} \times 7\text{d}$;CoS-M22 片 Bid $\times 5 \text{ d}$ 。

移植前准备:自体造血干细胞动员和采集自体周围血干细胞动员:G-CSF300 μg IHq d ,3~5 d,用细胞分离机采集单个核细胞数达到 $>3 \times 10^8/\text{kg}$, $-80 \text{ }^\circ\text{C}$ 冻存。采集后进行干细胞净化处理。

预处理方案;马利兰 4 $\text{mg}/\text{kg} \times 3 \text{ d}$;环磷酰胺 50 $\text{mg}/\text{kg} \times 2\text{d}$;

阿糖胞苷 2 g/d×1 d;卡氮芥(BCNU)250 mg×1 d。

预处理结束 12 小时开始干细胞回输。进入层流室后注意事项及并发症的处理同上所述。

中药的使用与上述相同。

【按】 例 1 发热 4 天,例 2 发热 1 天,例 3 发热 2 天。从预处理结束进入层流室到出仓,3 例病人均未出现出血膀胱炎、肺炎及出血等严重并发症,过程顺利。从疗效观察可以看出,无细胞期持续的时间:白细胞平均 10 天;血小板平均只有 2 天;而恢复造血时间:白细胞 14 天,血小板 14 天,而且在所用病例移植过程中未发生严重并发症。

胡莉文等

消瘀灵治疗骨髓增生异常综合征

胡莉文、张惠臣、古学奎、黄礼明、丘和明等医师(广州中医药大学第一附属医院, 邮编: 510405)用消瘀灵治疗骨髓增生异常综合征(MDS)有较好的临床疗效。

骨髓增生异常综合征(Myelodysplastic syndromes, MDS)是造血干细胞的恶性克隆性疾病,血细胞生成有量与质的异常,部分患者可转化为急性白血病。目前西医尚缺乏理想的治疗方法。中医学无与骨髓增生异常综合征相对应的病名,结合临床特点,本病多归属于“虚劳”、“血证”、“癥积”等范畴。现代中医多认为本病与正气虚弱,邪毒内伏有关。本病与“虚劳”之“干血劳”相似,《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》谓“五劳虚极羸瘦,腹满不能饮食,食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤、经络营卫气伤,内有干血,肌肤甲错,两目黯黑,缓中补虚,大黄廑虫丸主之”,指出“干血劳”的病因病机是五劳、七伤,即饮食、劳倦、情志或久病失于调理,致正气虚损,气为血帅,气虚无力帅血以行,血脉不畅,瘀血渐生,阻滞于内,瘀血不去,新血不生,妨碍新血的生成,使气血更虚,虚瘀互为因果,形成恶性循环,因而形成“干血劳”。治疗上应抓住“内有干血”这一根本,施以化瘀通络之法以开血源,再辅以益气养血、滋阴补脾肾等法随证加减,才能达到治本之目的。故应用在治疗“干血劳”经典方大黄廑虫丸基础上组成的消瘀灵以兼顾血瘀和血虚两方面,切中MDS的病机。

消瘀灵组成:大黄6g,水蛭3条,白花蛇舌草30g,廑虫15g,山慈姑15g,桃仁15g,赤芍15g,生地15g,大青叶15g等组成。

用法用量:每次 6 g,每日 3 次口服。3 个月为 1 疗程,1 个月为 1 个观察周期。

功效:活血破瘀,清热解毒,滋阴养血。

选 31 例患者,均来自住院或门诊病例。凡符合诊断标准,无严重心肺疾病及肝肾功能损害而能配合口服中药制剂者皆为纳入病例。排除标准为:①继发性 MDS 及 MDS 合并有其他血液病或恶性肿瘤者;②MDS 之 CMML 及已转化为急性白血病者;③有严重心肺疾病及肝肾功能不全者;④未按规定用药、无法判断疗效者。

31 例患者,其中住院患者 25 例,门诊患者 6 例;男 19 例,女 12 例,男女比例为 1.58:1;年龄 14~79 岁,以老年患者居多,≥50 占 58.1%,中位数年龄 49 岁;病程≤1 个月 2 例,≤6 个月 8 例,≤1 年 5 例,≤2 年 7 例,2 年以上 9 例,最长 15 年。分型:RA15 例,RAS5 例,RAEB8 例,RAEB-T3 例。以上病例按临床类型随机分为观察组与对照组。观察组 18 例,其中 RA9 例,RAS4 例,RAEB3 例,RAEB-T2 例;对照组 13 例,其中 RA6 例,RAS1 例,RAEB5 例,RAEB-T1 例。

对照组按西医常规治疗,贫血严重者输注红细胞,出血者予止血治疗或输注血小板,感染者予抗感染治疗。观察组在西医常规治疗同时服用消瘀灵。每次 6 g,每日 3 次口服。3 个月为 1 疗程,1 个月为 1 个观察周期,连续治疗,定期随访。

观察指标:周围血象 观察白细胞(WBC)、红细胞(RBC)、血红蛋白(HGB)、血小板(PLT)和幼稚细胞数值的变化及细胞形态。骨髓象:观察骨髓增生程度、幼稚细胞百分数的变化及细胞形态。骨髓增生度的量化:增生极度活跃,取值 1;增生明显活跃,取值 2;增生活跃,取值 3;增生减低,取值 4;增生极度减低,取值 5。

观察 3 个月,对照组部分缓解 3 例,进步 5 例,无效 5 例,总有效率 61%;观察组基本缓解 2 例,部分缓解 4 例,进步 5 例,无效 7

例,总有效率 71%。经 SPSS11.0 卡方检验两组差异不明显, $P > 0.05$ 。

对照组治疗 1、2、3 个月后 HGB、RBC 变化不明显;治疗 1、2 个月 WBC 稍有上升,但不明显,治疗 3 个月 WBC 则明显上升;治疗 1 个月 PLT 即有明显上升,但治疗 2、3 个月与治疗 1 个月无明显变化。观察组治疗 1、2、3 个月 HGB、RBC 变化也不明显;WBC 则逐渐上升,治疗 3 个月上升尤其明显,且优于对照组;PLT 于治疗 1 个月后上升,治疗 3 个月升高更明显,与对照组相比也有显著性差异。

两组治疗前及治疗 3 个月后骨髓细胞学变化,经统计分析,对照组治疗后有核红系占百分比有所下降,粒系占百分比有所上升,与治疗前有差异($P < 0.05$)。

治疗前患者外周血和骨髓中病态造血明显,常见巨大红细胞、红细胞畸形、多核红细胞、粒系核浆发展不平衡、核分叶过多、颗粒增多,巨大血小板、淋巴样小巨核、单圆核、多圆核巨核细胞等细胞形态改变现象,经治疗后上述现象均有一定程度的改善,以观察组尤为明显。

对照组 13 例患者中死亡 6 例,生存期分别为 3 个月(死于肺部感染),4 个月(死于肺部感染),9 个月(死于肺部感染),12 个月(死于颅内出血),17 个月(死于肺部感染),25 个月(死于脑膜白血病),余 7 例患者仍坚持就医,生存期最长 57 个月,大于 36 个月 5 例,3 年生存率为 38%,4 例转化为白血病,转化率 30%。观察组 18 例患者中死亡 7 例,生存期分别为 3 个月(死于合并肺部感染)、7 个月(死因不详)、13 个月(死于感染)、17 个月(死于感染)、18 个月(转化为白血病,死于脑白血病)、36 个月(死于颅内出血)、48 个月(转化为白血病死亡),其余 11 例患者至今均仍在治疗中,最长的至今已 66 个月,最短 20 个月,其中大于 36 个月的 9 例,大于 48 个月的 5 例,3 年生存率为 55.56%,4 例转化为白血病,转

化率 22%。

本组从瘀血内阻、新血不生的病理机制出发,用消瘀灵去瘀血生新血,临床观察表明,消瘀灵治疗后,MDS 患者外周血 PLT 及 WBC 较治疗前有明显提高,RBC 及 HGB 有一定的升高,但不明显,说明本方能促进外周血 WBC 及 PLT 的回复,可能对改善粒细胞系及巨核细胞系的病态造血有一定的作用,但对改善红细胞系的病态造血不明显,此需进一步研究。从骨髓细胞学变化可以看出,消瘀灵对骨髓无明显的抑制作用。对照观察表明,消瘀灵可以提高 MDS 的有效率,可达 71%,明显高于对照组的 61%,也优于文献报道的治疗效果。尤其有 2 例获得了基本缓解(1 例为 RAS, 1 例为 RAEB),且缓解期均已达 36 个月以上,远期疗效尚在进一步观察中。观察组 3 年生存率 55.56%,明显高于文献报道。

本组研究发现无论患者临床症状或白血病转化率,治疗后均有改善,文献报道,MDS 的中位生存期为 9~29 个月,国内有报告 MDS 白血病转化率 37%;西医常规治疗加用消瘀灵口服 3 年,白血病转化率为 22%,说明中药在改善患者临床症状和生存质量方面有一定优势;另外外周血象和骨髓病态造血,治疗后均有一定程度的纠正,这也说明中药确能改善病态造血。

李冬云等

大黄虻虫丸治疗骨髓增殖性疾病

李冬云、陈信义等医师(北京中医药大学东直门医院, 邮编: 100700)应用大黄虻虫丸治疗骨髓增殖性疾病。

骨髓增殖性疾病(myeloproliferativedisease)是指骨髓一系和多系细胞持续异常增殖所引起的一组疾病的统称。其病因和发病机理不明,多数认为是属于肿瘤或肿瘤样增殖症。增生的细胞可以是红细胞、粒细胞或巨核细胞,也可能是原纤维细胞及成骨细胞为主的增殖。临床常见的慢性骨髓增殖性疾病包括慢性粒细胞性白血病、真性红细胞增多症、骨髓纤维化和原发性血小板增多症。虽然所累及的各细胞系增生速度和程度有所不一,临床表现及病程经过有一些差异。但也有相似的共性特征。包括:①除有一系为主增生外,常伴有一或两系血细胞增殖,如真性红细胞增多症伴有白细胞及血小板增多;②疾病间可相互转化或同时并存,如真红和原发性血小板增多症在晚期可出现骨髓纤维化;③伴有髓外造血,可见有不同程度的肝脾肿大;④有血尿酸增高、肾结石等基础代谢增高的症状,如消瘦、心悸及发热等。脾脏肿大是典型表现。

按中医理论分析,骨髓增殖性疾病属中医“癥瘕”、“积聚”等范畴。是虚实夹杂病证,早期虚证程度较轻,以实为主,随着病程延长,病情进展,虚证程度逐渐加重,但邪实亦逐渐加深。“虚”、“毒”、“瘀”三要素既是病程中疾病发展的病理产物,又是病情进一步发展的直接动因,也是病情循环衍化、纵深发展的中心环节,贯穿于病程始终。“虚”由先天禀赋不足或后天失养引起脏腑功能亏损,或外感六淫、内伤七情等引起气血功能紊乱,脏腑功能失调,从

而导致邪毒乘虚而入；“毒”的生成有外感之毒和体内实邪稽留，久蕴成毒，包括热毒、瘀毒、湿毒等；“瘀”由虚致瘀或邪毒阻滞，气机失畅，气滞血瘀；毒邪久稽体内，不断耗伤气血阴液致正虚益甚，可由血虚进至阴虚，气虚进至阳虚；血瘀久留，影响气机升降及脏腑功能与气血生化，又可加重虚损证候；邪毒久恋，蕴热化火，煎灼阴血，以致血瘀。同时，由于气血阴阳相互联系，互限互用，所以，气血阴阳虚衰均可导致血瘀。“气虚不足以推血，则血必有瘀。”致气虚血瘀；血虚百脉失养，脉道艰涩，血液衰少，血行不畅是血瘀形成又一因素；“阴虚血必滞”，阴液虚少，脉道不充，流而不畅，或阴虚生内热，热伤血络，迫血妄行，溢出脉外，留体为瘀；阳气虚衰，鼓脉无力，或阳虚生内寒，气血遇寒则凝结成块，即：“阳虚血必凝”。且“久病入络”、“久病多瘀”，可见血瘀既是一种病理产物，又是致病因素。其形成与气血阴阳虚衰的程度及血液病的病情轻重有着密切的关系。并且“瘀血不去，新血不生”。

大黄虻虫丸出自汉代著名医家张仲景所著《金匮要略·血痹虚劳病脉症并治第六》。本方遵《内经》“留者攻之，燥者濡之”之大法。其特点尤在泾归纳为：“润以濡其干，虫以动其瘀，通以去其痹。”可谓言简意赅。治疗骨髓增殖性疾病，正是中医基础理论在现代临床医学中的具体体现。

大黄虻虫丸组成：由蒸大黄、黄芩、干地黄、干漆、虻虫、水蛭、蛭螭、虻虫、甘草、桃仁、杏仁、芍药 12 味药组成。

方解：本方并非一单纯活血化瘀方剂，配伍独特，既有破血逐瘀之虫类药，又伍以滋阴养血，兼清热之品。该方由补虚、活血、逐瘀三部分药物组成。补虚药如地黄、芍药、甘草等，活血药如大黄、桃仁等，逐瘀药如虻虫、水蛭、蛭螭、虻虫等。方中大黄主祛瘀血，破癥瘕积聚，推陈致新为主药；佐以黄芩、杏仁清肺卫，润心营；桃仁、生地、芍药滋阴活血；干漆入肝脾经，破癥消积；虻虫、虻虫、水蛭、蛭螭诸虫破血祛瘀，消癥破积，行气逐瘀；甘草扶脾，调和诸药。

本方攻补兼施,峻剂丸服,制约毒性,使本方得迟缓而入,祛瘀而不伤正,扶正而不留瘀。

功效:诸药合用,具有攻补兼施、缓中补虚、祛瘀生新之功。因此,用于骨髓增殖性疾病能取得较好疗效。

现代实验研究表明:大黄廑虫丸具有抗肝损伤、肝纤维化作用;对血小板功能有影响;对血液流变学和微循环亦有影响;另外,还对脑缺血、血脂和肾衰有影响。主要用于慢性肝炎、胆囊炎、闭塞性脉管炎、脑血栓、妇科疾病、慢性粒细胞性白血病、再生障碍性贫血等病证。通过临床实践,该方在骨髓增殖性疾病中有广泛应用前景。

王嘉振

育赤汤治疗类白血病反应

王嘉振医师(河南省巩义市南河渡卫生院,邮编:451251)用自拟育赤汤治疗类白血病反应 77 例,收到良好效果。实践表明,育赤汤能改善类白血病反应的血象及症状,显示了它的临床价值。

类白血病反应是周围血液内出现幼稚白细胞为特征的造血系统病理反应,它对人体的危害虽不如白血病严重,但对患者的精神、体质、免疫机能都会带来不良影响。

育赤汤基本方:人参、当归、熟地、山药、紫河车、白术、茯苓、阿胶、山茱萸、丹参、红花、附子、神曲、炙甘草、生姜、大枣。紫河车焙干为粉,装入胶囊。

用法用量:根据年龄、临床症状和病情缓急,调整药味和剂量。初次发现血象异常时,多用汤剂,每日 1 剂,或 3 日 2 剂。病情缓解后,上药改为散剂,装入胶囊,每次服 4~5 g,1 日 3 次。1 个月为 1 个疗程,并复查 1 次周围血象。所有病例在血象正常后,续服药 1~2 个月或更长时间,以资巩固。

方解:以人参益气;当归、阿胶养血;山药、白术、茯苓、神曲、炙甘草、大枣健脾和胃,培摄化源;山茱萸、熟地、紫河车补肾填精、精血同顾;佐生姜、附子激发脾肾阳气,共奏先天后天兼顾之效。宗仲景治虚劳“重温补,兼祛瘀”之法,加用丹参、红花直达血府,逐瘀生新。

现代药理研究:人参能促进骨髓造血功能,使红细胞、白细胞、血红蛋白及骨髓中有核细胞数显著增加,并能增强机体对物理、化学等有害刺激的非特异性抵抗力,使紊乱的机能恢复正常;当归多糖能促进血红蛋白及红细胞的生成,对非特异性和特异性免疫功

能均有增强作用;阿胶、熟地、山茱萸、白术、附子均能增强造血、细胞免疫和体液免疫机能。

选 77 例患者中,男 42 例,女 35 例;年龄 16~45 岁,25 例有原发病,52 例无明显疾病,但在血液检验时,发现血象异常而诊为本病。77 例中,64 例有化学有毒物质接触史(多为化工原料、农药等)。全部病例除周围血液发现多少不等幼稚白细胞外,其中白细胞总数增加的有 27 例(在 $5.0 \times 10^9/L$ 以上),其他 50 例白细胞数正常或偏低;红细胞及血小板偏低的 39 例,其余病例正常。本组病例按细胞形态学区分,属粒细胞型类白血病反应 56 例,淋巴细胞型类白血病反应 21 例,其他类型未见。本组病例均有头晕心悸、神疲气短、面黄无华、食欲不振、腰膝无力等症状。本组病例无明显诱因,但有化学有毒物质接触史,出现“精气夺则虚”的证候群。

诊断依据:①周围血液中发现多少不等的幼稚白细胞,白细胞总数增多,正常或偏低;②红细胞、血小板无明显异常改变,有别于白血病;③无明显贫血及出血,有别于白血病;④全身情况尚可,无白血病的全身反应;⑤26 例查骨髓象正常,其他未查。根据以上各项分析,可以排除白血病而诊为本病。

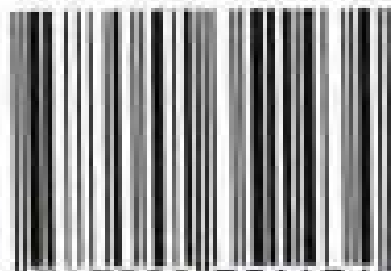
32 例在服药 2 个疗程后,血象即见好转,幼稚白细胞开始减少,红细胞、血小板偏低的有所上升,白细胞增高的开始下降;服药 3~4 个疗程后,周围血液幼稚白细胞均消失,血象趋于正常。全组血象恢复正常时间平均为 89.5 天。随着血象的改善,临床症状也随之好转。症状与血象的好转基本同步。



- 现代名中医前列腺治疗绝技
- 现代名中医肝病治疗绝技
- 现代名中医股骨头坏死治疗绝技
- 现代名中医糖尿病治疗绝技
- 现代名中医冠心病治疗绝技
- 现代名中医胃病治疗绝技
- 现代名中医颈肩腰腿痛治疗绝技
- 现代名中医精神神经疾病治疗绝技
- 现代名中医高血压中风治疗绝技
- 现代名中医肥胖治疗绝技
- 现代名中医甲亢甲减治疗绝技
- 现代名中医风湿类风湿治疗绝技
- 现代名中医脂肪肝治疗绝技
- 现代名中医疼痛诊治绝技
- 现代名中医便秘治疗绝技
- 现代名中医头痛头晕治疗绝技
- 现代名中医白血病治疗绝技

<http://www.klrs999.cn/zhongyi.htm>

ISBN 7-5023-5143-4



9 787502 351434 >

ISBN 7-5023-5143-4/R·1350

定价：18.00元