

恶性组织细胞病与伏气温病

——中西医结合治疗恶性组织细胞病的体会

上海第一医学院中山医院 蒋见复 章勤荣

浙江湖州中医院 刘建新 贾建华

我院自 1958 年至 1980 年共见到 110 例恶性组织细胞病（简称恶组），均经骨髓涂片、血液涂片及骨髓、淋巴结、肝、脾、皮肤等病理切片诊断或尸体解剖证实。既往对其治疗均用激素及化疗。近年来采用激素、化疗为主，中药为辅；或中医辨证施治为主，西药支持疗法为辅的中西医结合治疗，各种疗法的疗效对比见表 1~4。

表 1 西医西药与中西医结合治疗恶组的疗效对比

治疗方法	疗 效			共 计
	完全缓解	部分缓解	无 效	
西医西药	0	1	71	72
中西医结合	3	10	25	38

$P < 0.001$

注：完全缓解：症状消失，体征、血象、骨髓象均恢复正常。

部分缓解：发热逐步下降或稳定一段时间，症状、体征好转，血象稳定或好转。

表 2 不同中西医结合方法治疗恶组的疗效对比

治疗方法	疗 效			共 计
	完全缓解	部分缓解	无 效	
西药为主，中西医结合	1	7	24	32
中药为主，中西医结合	2	3	1	6

$P < 0.025$

注：西药为主，中西医结合：指以化疗、激素治疗为主，配合中药治疗。

中药为主，中西医结合：指以中医辨证施治为主，配合西药支持疗法。（包括曾用化疗、激素无效，病情恶化而改用中医辨证施治为主治疗者）

从表 1 及 2 看出，中西医结合治疗比西医西药治疗的疗效有显著提高，尤从中医辨证施治为主、中西医结合治疗的疗效更为显著。

根据病情缓急，临床上将恶组分为急性型、亚急性型及慢性型。我院 110 例中急性型（起病至确诊存活 < 3 月）87 例，其中西医西药治疗者 59 例，中西医结合治疗者 28 例，生存期对比见表 3 及 4。

表 3 西医西药与中西医结合治疗急性恶组生存期对比

治疗方法	生 存 期			共计	中数生存期	平均生存期
	<3 月	3~6 月	>6 月			
西医西药	42	17	0	59	2 月	2.2 月
中西医结合	12	10	6	28	3.4 月	9.2 月

$P < 0.001$

表 4 不同中西医结合方法治疗急性恶组生存期对比

治疗方法	生 存 期			共计	中数生存期	平均生存期
	<3 月	3~6 月	>6 月			
西药为主，中西医结合	11	8	3	22	3 月	7.4 月
中药为主，中西医结合	1	2	3	6	5.5 月	15.7 月

$P < 0.01$

从表 3 及 4 看出，急性型恶组用中西医结合治疗比西医西药治疗的生存期有显著延长，尤以中医辨证施治为主，中西医结合治疗的生存期延长更为显著。完全缓解的三例生存期分别为迄今 8 年余、5 年余及 1.5 年。现谈谈我们运用中医辨证施治、中西医结合治疗恶组的初步体会。

一、对恶组的认识

恶组属中医温病范畴，与伏气温病较类似。

1. 从发病情况来看：伏气温病是指病邪潜伏较深、病情较重、治疗较困难的一类温热病证。中医提出伏邪的理论根据是“冬伤于寒，春必病温”（《素问·阴阳应象大论篇》）、“藏于精者，春不病温”（《素问·金匱真言论篇》）。后世医家认为“冬伤于寒，正春月病温之由，而冬不藏精，又冬时受寒之由也”。并提出“时邪引动而发”（《时病论》）的诱因。还指出春温“都是冬令劳苦动作汗出之人，都是冬不藏精、肾脏内亏之辈”（《时病论》）。这就是说，本病多见于体力劳动者，由于冬季劳累过度，肾精亏损，抗病能

力降低,故冬季容易感受寒邪。待到来春,阳气开泄,发病条件成熟,或新感引动,伏邪自内外出而发病。至于夏伤于暑,秋伤于燥等,也都可以酿成伏邪而发为伏气温病。从临床资料来看,恶组以农民较多^(1,2),我院110例中农民及工人有66例(60%);发病与季节有一定关系,以冬末春初(冬温、春温)、春末夏初(湿温)以及夏末秋初(伏暑)发病数相对较集中;发病前往往有劳累过度、受寒、精神忧郁、外伤、接触瘟猪或农药等诱因,且往往是多种诱因同时存在。如冬季开河及包工挑担,一直有腰酸疲劳感,至春季又有淋雨受寒、下河挖泥或接触瘟猪等情况。这些都提示本病的发生往往是在机体免疫功能不足的情况下,感受了某种“热毒”、“湿毒”或“瘟毒”所致,也就是与中医伏气温病中的肾精先亏、邪毒内伏、新感诱发的发病情况有类同之处。免疫学检查结果也证实了患者的免疫功能低下,且免疫功能与病情呈平行关系,病情愈重、发病愈急者,免疫功能愈差。

2.从临床表现来看:伏气温病的临床表现是发病突然,来势急骤,初起就有较重的里热和血分症状,并易于阴枯液涸,病情深重。恶组也是发病突然,来势凶险,初起便持续高热(属里热)、肝脾急剧肿大(属血分瘀热)和全血细胞降低(属肾精及气血亏虚)等,均与伏气温病的临床表现相符合。

恶组的持续高热,并非单纯的实热或虚热,而是属于虚实夹杂的发热。因为除高热外常伴有出血、肝脾肿大、皮肤结节、斑疹、口干、尿赤、舌红苔腻、脉滑数等血分瘀热的实象;但若细按其脉,则都有不同程度的重按无力,尤其尺脉更弱,或脉虚弦而芤,尺脉更是浮弦而劲;用退热剂可暂时退热,但体温反跳后发热更高,所谓“汗出辄复热”(《素问·评热病论篇》);全血细胞减少,尤其白细胞更低,属肾精不足、气血两亏的虚象。恶组发热的高低与白细胞的高低有明显关系,白细胞越低,体温越高;若单用扶正之剂,则不仅不能使白细胞上升,反可导致神昏、出血、腹胀等邪热内闭之险;若单用驱邪之剂,则越驱白细胞越低,体温越高,全身衰竭越快。只有在扶正与驱邪的比例掌握得较恰当,药证相符时,才有可能使白细胞稍升,体温稍降,病情稍见好转。可见,肾精亏损及里有伏热是恶组持续高热的原因,精血愈亏则热愈炽,伏邪愈深,则病情愈重。由于扶正与驱邪的比例要掌握得恰当很不容易,且肾精的填补不是一朝一夕所能奏效,所谓“少阴之虚不能遽复”(《柳宝诒医案》)、而伏邪又非透尽不愈,因此恶组的发热就较难退,只有当肾阴恢复一分,伏邪透出一分时,热度

才能低一分。

现代医学认为恶组的发热机制可能与病原体血行散播、恶组细胞进入血循环或体内细菌失调生态平衡、继发感染及体内产生某种致热因子等有关。而这些病变的产生原因,还应归咎于机体免疫功能不足、单核组织系统功能紊乱,这与上述中医理论对伏气温病发病原因的分析,也有相符之处。

恶组另一个突出的临床表现是肝脾肿大,是由于异常组织细胞浸润和脾脏充血所致。我院20例恶组尸解中,各例病变都累及肝脾,脾脏均有明显郁血,“郁血”的病理变化,属中医“瘀血”范畴。中医认为“血受热则煎熬成块”(《医林改错》)、“邪热久郁营分,营血蕴而为瘀,治以益气养阴,佐以疏导瘀热”(《柳宝诒医案》)以及“伏邪传经之后,蓄血最多,治法必兼消瘀,宜用犀角地黄汤。”(《重订广温热论》)阐明了伏气温病的邪热久郁营分而为瘀血的病机和清热凉血散瘀的治则。我们由于缺乏经验,曾用了黄芪、莪术、红花等活血化瘀,有一例服一剂后,次晨肝脾均增大一指,且出现明显压痛;后改用丹皮、赤芍、郁金、枳壳、失笑散等,亦服一剂,脾脏即缩小一指,脾区压痛顿减,当连续用大剂丹皮、赤芍等,结合其它凉血散瘀之品,脾脏很快从肋下11cm缩至肋下深部刚触及,并从高低不平、坚硬如石,按之剧痛转为质软、无压痛;肝脏也从肋下6cm缩至肋下未及,获得显著效果。避免用辛温之剂,而用凉血清瘀散瘀之品,对肝脾肿大,一般都能得到控制。这说明恶组是一种邪热伏于营血的温热病。

恶组再一个值得注意的临床表现,是几乎每个病人在病程中都会先后出现红疹、白痞。红疹初发时以胸腹部及背部为多见,如发出较顺,可遍及四肢,为粟米大小之淡红色丘疹,较密时可融合成片。中医认为红疹之发出,标志着正能胜邪,邪有外达之机。本组有三例都是在撤除激素和运用了扶正结合清热宣透之剂后,自胸腹至四肢红疹遍布,发热乃随之下降至正常,病情好转。另一例发疹时用了激素,结果红疹很快隐伏,继而神志转为模糊,病情加重,辨证属正不胜邪、热毒内陷,后经益气养阴、凉血散瘀、清营开窍等法治疗,并撤除激素,红疹又发,神志转清,病情好转。可见红疹并非过去认为的“药物过敏”,它是反映恶组病情的证候之一。白痞是一种含浆液的细小疱疹,多见于胸腹、腋窝及腹股沟部。中医认为,白痞系湿热为病,色泽晶莹者是伏邪外达之佳象,色白如枯骨或空壳无浆是津气两竭之危象,临床所见亦均相符。有三例都是在病情缓解前,胸腹部出现晶莹

状白痞。另一例在用化疗后，气阴大伤，胸腹及腋窝出现枯骨样白痞，改用益气养阴，清热化湿的中药治疗，白痞仍陆续发出，然枯骨者减少，含浆液者增多。可见白痞也是反映恶组病情的证候之一。而红疹、白痞又都提示恶组是一种邪毒（湿热）伏于营血的温热病。

现代医学中某些病毒性传染病亦多属中医温病范畴，其发病特点及临床表现均与恶组相仿。据报道，恶组尸解时，在细胞内找到包涵体，疑与病毒感染有关^(3,4)。我们认为，病毒入侵是疾病发生的外因，肾精亏损、机体免疫功能不足则是疾病发生的内因。由于机体免疫缺陷、细胞代谢失常，病毒的脱氧核糖核酸容易侵入宿主细胞的脱氧核糖核酸中引起畸变；或单核组织系统为应付病原体的入侵，需要大量增生，但在机体免疫缺陷的情况下，受到病毒刺激，使组织细胞代谢紊乱，有丝分裂障碍，以致产生大量异常组织细胞，便导致“恶组”。

二、对恶组辨证施治的经验教训

由于肾精亏损（正虚）与血分伏热（邪实）是恶组发病机转中的根本原因，因此补肾填精与凉血散瘀、清热宣透是治疗恶组的基本法则。我们曾对一例暴发型恶组患者，先后酌情采用凉血止血，清热解毒，芳香化湿，益气养阴，补肾填精等相结合的法则治疗，泻中寓补，补中寓泻，并随证情演变，治疗有所侧重，获得可喜效果。例如病员沈××农民。因持续高热12天而入院。起病前有在农村坚持开河劳动中反复受凉淋雨史，三天来有鼻衄及黑便。肝脾肿大，全血细胞低，白细胞900，骨髓及血液涂片均找到较多异常组织细胞，诊断恶组。入院第二天神志即转昏糊不清，皮肤大片瘀斑，咯血、衄血不止，连续排鲜血便，舌苔焦黑，津液枯竭。用了大量止血药、激素及输血等，出血仍不止，腹部高度膨胀，球结合膜水肿，血压下降，呼吸短促，病情危笃。中医辨证属温病热入营血，血热妄行，气阴两虚。治疗用大剂凉血止血、清热解毒和益气养阴的中药（不用化疗）如水牛角、鲜生地、丹皮、石羔、知母、银花、蚤休、象牙屑、侧柏叶及皮尾参等，服一剂便血、咯血、鼻衄明显减少，服三剂后出血停止，肝脾缩小。后又加重养阴填精，如大剂黄精、生地、沙参、麦冬、鲜石斛、鲜芦、茅根及西瓜汁等，服后津液来复，白细胞上升，神志转清。在停用激素及续用中药益气养阴、清热化湿后，全身发出大量晶莹状白痞，体温渐降。继而舌质转红，苔现光剥，乃温热病后肝

肾阴虚，再以调益肝肾善其后。二月后获完全缓解而出院。出院后续用中药调治，一年后恢复劳动能力，至今随访五年余，情况良好。

恶组病人虽都有肾精不足和血分伏热，但由于病人体质、发病季节等不同，临床表现也各不相同，尤其是用过化疗和激素后，病情往往更加复杂。在正虚方面还常兼肾阳不足或气阴两竭等；在邪实方面还常兼湿遏热伏或邪毒内陷等，甚至出现真阴不足、阴不敛阳、龙雷之火升腾或真阳不足、虚阳浮越等假热现象及虚火与实火交炽等错综复杂情况。对这种复杂病机，过去我们认识不足，有过不少深刻教训。例如病员陆××农民。因持续高热伴肝脾肿大一月余而入院。确诊恶组后，曾用化疗、激素，治疗无效而改用中药治疗，中医诊断为春温证。当时肝肋下4.5cm，脾肋下10cm，脾区剧痛，腹水征（+）腋窝部枯骨样白痞密布，白细胞1800，属气阴两竭、正不胜邪、邪毒内陷的险候，本当急用益气养阴、补肾填精，但因胁痛腹胀严重，舌苔粘腻，故未敢用大剂咸寒养阴，只用清热化湿、凉血散瘀为主、略佐甘寒养阴。服后肝脾缩小、腹水消退、胁痛得除，但神志时清时糊，谵语喃喃，手指蠕动，口角震颤，鼻烟翼煽。此乃肾阴涸竭，肝风内扰，余热熏蒸所致。本当重用育阴潜阳、兼清余热法，但当时对病机认识不清，见高热稽留，误认为实热未清，再投以石膏（90g）、知母等清热凉血散瘀之剂，这不仅进一步耗伤了阴血，也折伤了阳气，以致次日病情急剧恶化，终于肾阴枯竭、阴阳离决而不治。死亡前体温42℃，舌干瘪难伸，苔光剥无津，符合“真阴衰竭、真阳浮越”的病机。所谓“阴精尽，尽则真火自焚而死”（《温证论》）。尸解发现肝脾均平肋缘、无坏死。镜下见肝、脾、淋巴结中虽有异形组织细胞浸润，形成了多数粟粒样和肉芽肿型病灶，病灶内尚有较多纤维母细胞和胶原纤维，这在恶组尸解中是少见的，可能与中药治疗有一定疗效有关。可见，本例主要由于后阶段辨证不明，以虚当实，因而造成治疗的失败。文献指出“大热而甚，寒之不寒，是无水也”（《素问·至真要大论篇》王冰注），“屡清屡下而热愈甚，是皆属于肾阴虚”（《重订广温热论》）。其治疗方法则多是填补真阴与清泄热邪并用的“养阴托邪法”。对预后则指出“阴复则生，阴不复则死”（《重订广温热论》）。这些宝贵经验，值得借鉴。例如病员陈×工人。在外院确诊为急性型恶组，用联合化疗无效，病情恶化而转来本院。病发于春季，中医诊断属春温证。入院后用中药为主治疗（停用化疗，激素较快抽除）。在撤除激素过程中，体温高达41.7℃，

白细胞低达 280。中药先以清热解毒为主，体温不退，且出现倦卧畏寒、动则汗出、四肢偏冷、面色灰黑、口腔白糜、呃逆频作、小便清长、大便溏薄等阳虚见证，但因苔黄腻、脉滑数等，故未用大剂温阳药，只用了温肾纳气，佐以补肾填精、凉血散瘀。服后呃逆虽减，但出现绝汗如淋，肌肤冷逆，体温不升，血压下降，舌质速转光红而剥，脉转濡数。此乃亡阳之候，真阴也亏损至竭。阴阳涣离即在目前，症濒衰竭，迫在眉睫。故急用参附龙牡合生脉散以回阳救逆、益气养阴。服后汗出即止，皮肤转暖，体温及血压回升。后因输血前用了地塞米松，以致一身大汗，体温骤降，次日又骤升至 40.5℃，神志模糊，面色灰黑，呼吸急促，鼻翼煽动，脉弦劲而数，重按则无力，舌质红，苔薄净。凭脉论证，系肾精空匮于下之恶候，而高热乃无根虚阳之外越，其危急也在千钧一发之际，故急用补肾填精，育阴潜阳，结合温补肾阳以阳中求阴，以及凉血散瘀、清热解毒之法，仿三甲复脉、六味地黄加减。药用生熟地、天冬、元参、山萸肉、淮山药、生牡蛎、生玳瑁、仙灵脾、补骨脂、广角粉、丹皮、赤白芍、人中白、紫草、龟甲胶、鳖甲胶及白参等。服一剂后次日体温即降至 37℃ 以下，精神明显好转，一夜之隔，脾脏由肋下 12cm 缩至 9cm，肝脏由肋下 5.5cm 缩至 3cm，白细胞由 480 升至 2,000。再以前法出入，终获完全缓解而出院。

总之（1）根据中医阴阳消长的理论，抓住邪正盛衰的病机，辨清症情的虚实错杂、寒热真假，透过“盛候”的假象，掌握“至虚”的本质，避免重蹈虚虚实实之弊；（2）根据阴阳互根的理论，应用回阳摄阴、固本扶元的法则，回阳之中，佐以敛阴，摄阴之内，兼顾阳气；（3）根据前人治伏气温病的养阴托邪法，重用三甲复脉、六味地黄及龟板胶、鳖甲胶等峻补之剂，确实扶护了坠绝的肾阴，起到了化险为夷的作用。

三、对恶组立方用药的心得体会

1. 不宜用苦寒伤阴的药物

阴液的存亡是温病生死的关键，故在驱邪时必须时刻顾到养阴保津。大黄是大苦大寒之品，虽有荡涤瘀热、推陈出新之功，但有克伐元气，耗伤阴液之弊。一例用生大黄后，全身骨痛虽明显减轻，但白细胞降低，体温升高。另一例虽与人参同用，但腹泻三次后，即出现神昏谵语、脉转细数等正虚邪陷、热扰心包的危象。前人指出“温病九天以上热不退，大便不解，不论腹部怎样难过，明知有燥矢，不可用下法”

（《内科临证录》）。芩、连、知、柏等，一般均可致白细胞下降，即使配伍大队甘寒养阴药，也难起到监制作用，且接近衰竭的病例，用后可导致衰竭。

2. 不宜用温燥劫津的药物

温邪多挟湿，祛湿法中宜用芳香化湿的建兰叶、白残花等及淡渗利湿的芦根、滑石等，不宜用苦温燥湿的半夏、厚朴等。有二例都是用了苦温燥湿药后，舌质更红，舌苔化燥，发热更高。至于辛温发汗的麻黄、桂枝及辛温性烈的三棱、莪术等，更应绝对禁忌。

3. 不宜用凉遏不宣的药物

伏邪非透尽不愈，因此在清里热的同时，常须兼用一些辛凉宣透的药物如牛蒡、蝉衣之类，使邪有从卫分宣透之机。前人指出“千万不可以为邪入营分而用清营阴寒之品，急当用清宣达邪。邪在气营交界之处，还从气分开泄为要”及“苦泄休投开泄安”（《内科临证录》）。一例在用辛凉宣透之剂后，晶莹状白痞遍发，病情好转，当用了大剂石膏，知母后，一天之内，白痞全部消失，发热更高，可见凉遏不宣，病邪便无从透泄。

4. 不宜用强责其汗的药物

恶组高热病例，每用激素便出现汗液外逼、心率增快，脉躁盛，重按无力等。经补液及纠正电解质失衡后，心率似难回复，脉象也难以和缓。这是因为汗为心液，强责其汗，必耗伤心气、心阴，引起心动过速，心律不齐和最终导致心力衰竭。一例在多次用激素后，出现频发早搏，不久死亡。尸解发现右心房的腔静脉入口处，即窦房结附近，有大片出血灶，占心肌层的 1/3 到全层，此处肌纤维横纹消失，部分心肌纤维断裂，但心肌内未见异常组织细胞浸润，死亡原因为心力衰竭。还有不少高热病人用激素后，随着一身大汗，次日白细胞往往下降，激素用量越大，出汗越多，白细胞下降越明显，全身衰竭也越快。上述现象可能是由于在“肾精先亏”的虚实夹杂证患者，其内分泌腺和细胞本已有变性或萎缩，而在疾病初期，机体为应付外界致病因子的入侵，需要动员全身细胞进行低抗，处于急性应激状态（大多数恶组患者嗜伊红细胞绝对计数是零，即可说明。）而当病情发展到“至虚”阶段，机体已由抵抗期进入衰竭期，处于代偿适应过程中显现的挣扎性反应，故貌似“盛候”，实属“至虚”。此时若再用激素进行“全身动员”，则势必促使储备功能本已很低下的细胞，加快进入衰竭期。历代医家一再强调，温病喜汗解，但又最忌发汗，特别是伏温内发，外无表证者，必须禁用汗法，否则汗愈

出则阴愈伤，必致正虚邪陷而不治，所谓“一逆尚引日，再逆促命期”（《伤寒论》）惟有养阴以滋汗之化源，则虽不发汗，而热亦能得解。

5. 宜用辛凉泄热和养阴填精的药物

恶组的病机是肾精亏损、血分伏热、由里达表。热邪之所以能由里达表，是由某些诱发因素激发正气驱邪外出所致，故尽管它是由里达表，仍必须分清邪正斗争的焦点主要在血分或营分或气分或几方面兼有之，从而酌情将凉血或清营或清气或宣透等法辨证地结合，并适当养阴填精或回阳摄阴，作为固本之图。

从上述运用中医治疗热性病的理论辨证施治，不

用任何直接杀灭癌细胞的抗癌药物，可以使部分恶组病人发热退尽、肝脾缩小，骨髓及血液中异常组织细胞消失等事实提示，恶组细胞虽具有恶性肿瘤细胞的特征，但它并不是不可逆转的。我们认为，恶组可能不是组织细胞本身的一种原发病。恶组细胞的出现不是疾病的本质，而是疾病的一个现象。机体抗病机能与致病因子之间的矛盾斗争，即中医所谓邪正斗争，才是疾病的本质。中医辨证施治、扶正驱邪体现了治病求本的原则，有可能使恶组细胞向正常细胞逆转，或通过新陈代谢，使恶组细胞消失，再生的组织转为正常，从而使恶组得到缓解和治愈。

本文承上海中医学院刘树农，张伯臾教授及严世芸、俞尔科医师指导、帮助，谨致谢意。

参 考 文 献

1. 浙江医科大学附属第二医院内科：恶性网状细胞病 138 例髓象与 112 例临床分析。肿瘤防治研究 1：8，1974
2. 杨锦媛：恶性网状细胞病。天津医药 4（4）：250，1976
3. Boake Wc, et al: Histiocytic medullary reticulosis, Arch Intern Med 116(2):245, 1965
4. Kalderson AE: Histiocytic medullary reticulosis associated with cytomegalic inclusion disease, a case report. Cancer 27(3):659, 1971

参 考 文 献

（上接第 38 页）

1. Hamberg M, et al: Thromboxanes: A new group of biologically active compounds derived from prostaglandin endoperoxides. Proc Nat Acad Sci USA 72(8):2994, 1975
2. Moncada S, et al: An enzyme isolated from arteries transforms prostaglandin endoperoxides to an unstable substance that inhibits platelet aggregation. Nature 263:663, 1976
3. Gorman R R, et al: Modulation of human platelet adenylate cyclase by prostacyclin (PGX). Prostaglandins 13:377, 1977
4. Breddin k, et al: German-Austrian multicenter two years prospective study on the prevention of secondary myocardial infarction by ASA in comparison to phenprocoumon and placebo. Thromb Haemostas 38:168, 1977 (Abst)
5. Masotti G, et al: Differential inhibition of prostacyclin production and platelet aggregation by aspirin. Lancet II:1213, 1979
6. 北京制药工业研究所：川芎嗪有效成分的研究，III：川芎嗪治疗缺血性脑血管病 218 例报告。中华医学杂志 57：567，1977
7. 湖北医学院附属第二医院外科当归室等：当归注射剂对血栓闭塞性脉管炎的临床疗效观察。新医药学杂志 11：35，1977
8. 中医研究院西苑医院内科：川芎一号碱对冠心病患者血小板影响的电子显微镜观察。中华内科杂志新 1（2）：89，1976
9. 北京制药工业研究所：川芎有效成分的研究，II：四甲吡嗪（川芎嗪）的药理研究。中华医学杂志 57：464，1977
10. 蔺桂芬等：血小板恶 A_2 (Thromboxane A_2 , TXA_2) 的药理学调节 I、川芎嗪对血小板恶 A_2 的生物合成及其生物活性的影响。北京第二医学院学报 1：50，1980
11. 尹钟洙等：当归及其成分阿魏酸对大鼠血小板聚集和 5-HT 释放的影响。药学报 5（6）：321，1980
12. 徐理纳等：当归对麻醉犬外周血管的扩张作用。中华医学杂志 60（2）：80，1980
13. Shin-ichiro Ashida, et al: Effect of ticlopidine and acetylsalicylic acid on generation of prostaglandin I₂-like substance in rat arterial tissue. Thrombosis Research 13(5):901, 1978

treated with TCM (anti-MI mixture) and WM, and the even number cases (group B, 138 cases) were treated with WM only. There were no significant differences in age range, distribution of sex, and occupation between the two groups. All had the complication of hypertension and most of the cases belonged to the type of energy (Qi) deficiency and blood stasis according to TCM classification.

The main ingredients of anti-MI mixture are *Salviae miltiorrhiza* (丹参), *Radix paeonia* (赤芍), *Curcuma Aromatica* (郁金), *Astragalus Membranaceus* (黄芪), *Codonopsis pilosula* (党参), *Polygonatum sibiricum* (黄精). Besides the mixture for oral administration, intravenous agents were made from the first three drugs for circulation activation and stasis elimination, and from the last three drugs for strengthening the energy (Qi) and nourishing vitality.

A significantly higher incidence and mortality of the three major complications (cardiogenic shock, heart failure, and arrhythmia) were seen in group B than in group A. The mortality of cases within 24 hours after the onset and that of the advanced age cases were also markedly higher in group B. The therapeutical results indicate a certain role played by the anti-MI mixture in the prevention of the major complications. The results were confirmed in animal experiments. However, the hospital mortality was 7.2% for group A and 13% for group B, showing no significant statistical difference ($P > 0.01$) which may probably be attributed to the small number of cases studied.

(Original article on page 10)

Effects of Sheng Mai Ye (生脉液) on Left Ventricular Function in Acute Myocardial Infarction

Liao Jiazhen (廖家楨), et al

Dong Zhi Men Hospital, Beijing college of TCM

Simultaneous recordings of ECG, PCG, carotid pulse tracing and left apex cardiogram were obtained in 22 patients during acute myocardial infarction before and 1 hr. after intravenous application of Sheng Mai Ye (consisting of three Chinese herbal medicines, which reinforce vital energy). The results showed that 1 hr. after intravenous drip of Sheng Mai Ye, there appeared a significant increase of the left ventricular ejection time (LVET); a significant decrease in the pre-ejection period (PEP), the isovolume contraction time (ICT) and heart rate, and no significant change in arterial blood pressure was observed. The PEP/LVET ratio also decreased from 0.54 to 0.48 after intravenous Sheng Mai Ye ($P < 0.001$). These findings indicate that the left ventricular function was improved and the oxygen consumption of the myocardium might be reduced by intravenous application of Sheng Mai Ye in AMI patients.

(Original article on page 13)

Short-term Observations on the Therapeutic Effects of Qing-Huang Powder (青黄散) in 25 Cases of Chronic Granulocytic Leukemia

Zhou Aixiang (周霭祥), et al

Xi Yuan Hospital, Academy of TCM

25 cases with chronic granulocytic leukemia are treated with Qing-Huang powder (or tablets). It is composed of Indigo naturalis and Realgar with the ratio of 9:1. The dosage for remission induction is 6—14gm divided into 3 parts to be taken after meals thrice daily together with some decoctions. The dosage for maintenance therapy is 3—6gm a day. No cases examined were given parallel treatment with western medicine. According to the criterion for therapeutic effect set at the National Hematological Meeting in 1978, the complete remission rate of the 25 cases is 72% (18 cases) and the partial remission rate is 28% (7 cases). Therefore the remission rates are 100%. The side effects are nausea, discomfort in gastric region and diarrhea. A few cases have bloody stool, eruption, pigmentation etc.

(Original article on page 16)

Malignant Histiocytosis and Febrile Diseases without Chill Due to Latent Pathogenic Factors

Jiang Jianfu (蒋见复), et al

Zhongshan Hospital, Shanghai First Medical College

This paper deals with the experience of the authors in treating malignant histiocytosis by applying TCM theory to the treatment of febrile diseases without chill and by using TCM and WM. 110 cases of malignant histiocytosis have been treated in the Zhongshan Hospital since 1958. 72 cases were treated by WM, of which one achieved partial remission and 71 proved non-effective. 38 cases were treated by combined TCM and WM, of which 3 achieved complete remission, 10 achieved partial remission and 25 proved non-effective. The three completely remitted cases have survived, up to now, for approximately eight, five and one and a half years respectively. comparative results as shown in the table indicate that the remission rate of the cases treated by combined TCM and WM is significantly higher and the survival appreciably longer than those treated by WM only ($P < 0.001$). The increase in the remission rate and the prolongation of the survival time are even more marked in the cases treated chiefly by applying the TCM theory of differentiating between signs and symptoms.

The authors hold that malignant histiocytosis, similar to febrile diseases without chill due to latent pathogenic factors, belongs to the category of febrile diseases according to TCM theory. From the view point of TCM, the mechanism of this disease is deficiency in the vital essence of "Shen" (肾, kidney according to TCM), latent fever and blood stasis. The basic principle in treatment is to reinforce "Shen" and replenish the vital essence, cool the blood and relieve blood stasis, and clear the fever, namely, nourish the vital essence and exorcise the organism of pathogenic factors.

(Original article on page 19)