

活血化瘀为主治疗骨髓增生综合征

——4 例报告

中医研究院西苑医院血液病研究室

谢仁敦 彭登慧

骨髓增生综合征是骨髓组织持续异常增生的一组恶性疾病的总称。包括真性红细胞增多症、慢性粒细胞白血病、原发性血小板增多症、原发性骨髓纤维化等。它们之间关系密切，可以互相转化。其病因及发病机理尚不清楚，可能是多能造血干细胞的病变⁽¹⁾。由于罹及不同系列造血细胞而有不同表现，治疗较困难，³²P 放射治疗、化疗药物以及脾切除等虽有一定疗效，但亦有不少问题⁽²⁾。寻找多种有效治疗方法，探讨综合征的中医治疗实属必要。我们采用以中医活血化瘀为主治疗本综合征四例，取得一定疗效，现介绍如下：

病例介绍

例一、王×，男性，53 岁。1970 年面色发红紫，1973 年发现高血压 140/150/100mmHg，1974 年在×医院检查，肝脾肿大均在肋下 2 cm，血红蛋白 20g，红细胞 733 万，白细胞 11,200，血小板 36.8 万。骨髓增生明显活跃，巨核细胞多见，血小板成堆。诊为真性红细胞增多症。曾用放血疗法无效，后用马利兰治疗二个月（6~8 mg/日），血红蛋白仍达 19~23.8g，红细胞 622~682 万。1974 年 8 月来院中医治疗。当时血红蛋白 22g，红细胞 609 万，白细胞 5,200，血小板 6.5 万。中医脉证：患者形体壮实、头昏胁胀、口苦咽干、齿衄、面色紫红、腹中痞块、舌质黯红、苔薄、脉沉弦。证为肝胆实热、气滞血瘀、血热妄行。治以活血化瘀、清泻肝胆实热，凉血止血。方选龙胆泻肝汤加活血药（龙胆草、黄芩、生栀子、川芎、银柴胡、银花、生地、元参、莪术、三棱、鸡血藤、白茅根、藕节等）。服药 20 余剂症减，血红蛋白 16.5g。续进此方共 56 剂后，症状基本消失，血压 120/84 mmHg，血红蛋白 13g，红细胞 440 万，白细胞 10,000，血小板 16.5 万。1975 年 3 月复查血象及骨髓象正常。

按：本例有血管神经症状，肤色红紫，脾大，血

红蛋白 >18g，无其他可致红细胞增多之原因，结合骨髓象诊为真性红细胞增多症。在治疗上曾用马利兰效果不显。经中医辨证，肤色紫黯腹中痞块等瘀血之象，此外尚有口苦、咽干、胁痛、脉沉弦，血压偏高肝胆实热之证，故以龙胆泻肝汤加活血药物治疗。20 余剂收效，以后获得血象及骨髓象正常。

例二、胡×，男性，42 岁。1974 年 5 月入我院。1966 年因脾脏肿大、血红蛋白 19g，诊为“班替氏病”行脾切除。术后鼻衄、皮下血肿、白细胞 40,000，血小板 98 万。考虑为继发性血小板增多症。用马利兰、强的松等治疗后血象恢复正常。1969 年起常鼻衄，牙出血及便血。1970 年一度右侧偏瘫。在北京，天津诊断为“骨髓增生综合征”。1974 年 5 月胃痛便血来我院查血红蛋白 6.5g，红细胞 297 万，血小板 67 万，肝肋下 1.5cm，大便潜血阳性。骨髓增生极度活跃，巨核细胞、血小板明显增多。本例曾以“班替氏病”切脾，术前红细胞增多，术后血小板显著增高，反复出血、栓塞，骨髓增生，血小板成堆。综观此例，诊断骨髓增生综合征无疑。中医脉证：胃脘痛、大便黑褐、苔净、脉弦细。此乃瘀血内阻、血不循经所致，故予以养阴和胃、凉血止血，药用麦冬、知母、牛膝、槐花炭、地榆炭、石斛、元胡、川楝子、伏龙肝、竹茹等。5 剂便血止，仍胃痛。用黄芪建中汤合失笑散，痛止。1974 年 6 月又发生右侧偏瘫，补阳还五汤加减治疗，药用黄芪、当归、干地龙、丝瓜络、鸡血藤、桃仁、红花、蒲黄等，偏瘫渐恢复。并配合马利兰，6-巯基嘌呤短期治疗。于同年 11 月出院，血红蛋白 16g，白细胞 6,700，血小板 12 万。

按：本例根据临床证候，辨证处方适时改变，但始终以活血化瘀配合一定西药，收到较好效果。

例三、韩×，女性，38 岁。1979 年 5 月入院。脾大肋下 7 cm，肝肋下 2 cm，血红蛋白 9.4g，红细胞 308 万，白细胞 41,200，分类原粒 1%，早幼粒 9%，中幼粒 4%，晚幼粒 14%，中、晚幼红各一个。

血小板 55 万，并见较多泪滴红细胞。骨髓二次干抽，活检二次均为骨髓纤维化。一次骨穿结果：骨髓增生活跃，粒红比例 24.8:1，泪滴红细胞 11%，可见较多巨核细胞及成堆血小板。诊为原发性骨髓纤维化。中医脉证：疲乏无力，腹胀纳差，继之腹中痞块，舌黯瘀斑，脉沉细涩，为气滞血瘀之象，膈下逐瘀汤加减治疗，药用黄芪、五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、元胡、香附、红花、枳壳。药后症状减轻，唯白细胞下降欠满意，同时用青黛、雄黄研末内服（青黛、雄黄末 9:1 混合，2~3g/次，日三次），18 天后脾见缩小，血象好转。又 20 天血象正常，血红蛋白 12.2g，白细胞 7,100，幼红，幼粒细胞消失，脾脏不肿大。1981 年 2 月复查，肝脾不大，血象正常。骨髓像：骨髓增生活跃，粒红比例正常。

按：本例用清热解毒祛瘀治疗，肝脾肿大消失，血象骨髓象恢复正常。

例四、彭×、男性、53 岁。1975 年底出现皮肤紫黯、鼻衄牙宣、脾肿大、血压 180/120~100mmHg，血红蛋白、红细胞增多。1979 年 10 月上海×院检查：血红蛋白 20~21g，红细胞 670 万，白细胞 14,500，血小板 32 万。骨髓增生活跃，以红系增生为主。并测定动脉血氧饱和度，⁵¹Cr 红细胞标记等诊断为真性红细胞增多症。曾服用马利兰 20 余天。1979 年 12 月入我院。患者消瘦衰弱，无力纳少，头痛头晕、腹胀便干、颜面、肢端及舌质紫红、脉弦涩，血压 180/120mmHg，肝肋下 1.5cm，脾肋下 4cm，血红蛋白 20g，红细胞 615 万，白细胞 11,050，血小板 23 万，红血球压积 64%，血沉 105mm/h。骨髓增生明显活跃。综上所述，证属瘀血，经脉不畅，呈“大实有羸状”。用膈下逐瘀汤，及大黄蛰虫丸（1~2 丸/次，每日 2~3 次）。3 个月后，症状明显减轻、食纳增加，脾脏缩小乃至不能触及，血红蛋白下降至 16.7g。血液流变学检查：全血粘度比 45.95，血浆粘度比 1.39，红细胞压积 55%，血沉 13mm/h。又经一月，血红蛋白 15g，红细胞 484 万，白细胞 9,850，血小板 11.5 万，血液流变学检查：全血粘度比 34.75，血浆粘度比 1.94，红细胞压积 53%，血沉 1.5mm/h 较一月前好转。于 1980 年 9 月出院。

按：本例使用活血化瘀法以推陈致新，寓攻于补法，使患者症状消失，肝脾肿大消失，血红蛋白、红细胞、血球压积、血沉降至正常，全血粘度比亦有下降。

讨 论

此综合征临床表现肝脾肿大、面色舌质紫黯、反

复出血及栓塞、骨髓增生活跃，属中医“血瘀”、“症瘕”、“积聚”范畴。气血瘀滞是综合征的本质，瘀血阻滞经络而栓塞，血液妄行而出血是标证。因此可用活血化瘀作为治疗的基本方法，瘀血去，新血生，血脉通畅，栓塞出，血脉归经，出血止。结合临证辨证，调整机体阴阳气血，扶正祛邪，配伍泻热化瘀、补气化瘀、逐瘀活血、凉血解毒、祛瘀生新等法，才能取得较好疗效^(3,4)。

人体和动物微循环检查^(5,7)，表明血瘀与微循环障碍有联系。血瘀病人可有各种形式的全身或局部循环障碍，特别是微循环功能紊乱，表现在微血管畸形，微血流的缓慢或瘀滞，微血管中血细胞聚集与/或红细胞变形能力降低，微血管周围的渗出，出血及微血管的缩窄、闭塞。在不同疾病或疾病不同阶段，微循环障碍可以累及不同部位，所以在血瘀病人中出现青紫舌，面颊红、出血、紫绀、肿块等皆是不同部位微循环障碍的不同表现形式。当然，瘀血尚与血小板的功能改变有关。如真性红细胞增多症的微循环障碍可见部分病例结膜微血管明显增多，管径普遍增宽，管径粗细不均，微血管互相连结成密网状，血流速度减慢。甲皱管样输入枝，输出枝扩张，细静脉管径比例缩小⁽⁶⁾。

使用活血化瘀药，可改善微循环障碍。如用活血化瘀药丹参治冠心病，静脉滴注后微循环中原流动缓慢的血液，流速加快，并能不同程度地解除红细胞的瘀滞和聚集⁽⁷⁾。由活血化瘀药物组成的冠心 II 号（川芎、丹参、红花、赤芍、降香组成）的大量实验研究⁽⁸⁾，均证实活血化瘀药具有降低红细胞粘度，使减慢的红细胞电泳加快，降低红细胞及血小板聚集性，改善微循环，增强纤维蛋白溶解活性等。由此推测活血化瘀治疗骨髓增生综合征，可能有多种机制，尚待进一步探讨。

参 考 文 献

1. 武汉医学院：白血病，338 页，湖北人民出版社，1979
2. William JW, Hematology, ed2, p632, Mc Graw-Hill New York, 1977
3. 谢仁敷：中西医结合治疗骨髓增生综合征二例报告，中医研究院西苑医院血液病资料，1978
4. 陈可冀：瘀血证与活血化瘀治法源流概述，中医杂志 9:51, 1979
5. 中医研究院西苑医院：活血化瘀冠心 II 号方药及有关资料汇编，1976
6. 田牛：微循环，162, 168 页，科学出版社，1980
7. 上海第一医学院：微循环专题讲座（二），114 页，1980