

• 会议报道 •

全国首届中西医结合血液病学术会议概况

全国首届中西医结合血液病学术会议于 1982 年 8 月 12 日至 16 日在哈尔滨市召开。会议收到论文 184 篇, 其中基础理论研究 25 篇、白血病临床实验研究 60 篇, 再生障碍性贫血 65 篇、血小板减少性紫癜 16 篇, 其他血液病 18 篇。大会交流论文 37 篇。首都医院张之南副教授作了从国外血液学研究动向看中西医结合工作的报告; 哈尔滨医科大学附属第一医院副教授张亭栋与中国医学科学院血液学研究所李来全讲师报告了国内白血病、再生障碍性贫血的中西医结合研究进展。与会代表互相交流, 大胆探索, 初步制定了白血病、再生障碍性贫血的中西医结合诊断、分型标准以及治疗方案, 并且组织兄弟单位大搞协作以攻克血液病的难关。

血液病基础理论的研究 1. 脾肾两虚与造血的研究: 中医研究院西苑医院以脾肾两虚的小鼠动物模型实验研究了脾肾与造血的关系。发现网织红细胞于第七天降为正常的 6.1% (平均值计数), 骨髓有核细胞及 CFU-E 均减低, 当小鼠禁食三天后, 每根股骨中 CFU-E, 四天后的 BFU-E 及九天的 BFU-E 均迅速明显下降, 说明脾气虚损时, 生化无源而出现“血虚”的物质基础。肾虚时, EP (促红细胞生成刺激素) 下降, 当给小鼠注射 EP 之后, 可见骨髓 CFU-E 渐次上升, 24 小时达高峰, 提示肾虚体内 EP 缺乏, 从而证实了“肾主骨生髓”“髓生血”的理论。

2. 慢性再生障碍性贫血血虚实质的研究: 北京中医研究院中心实验室以红细胞膜蛋白电泳分析, 结果电泳图谱上的 B 区中分子量为 89,000 的谱带和 C 区中分子量 77,000~72,000 谱带都有明显变化, 此种变化在 11 例再障病人其重复 80 个凝胶条上都有相同的趋势, 说明中医论述再障病人之“血虚”, 是红细胞膜蛋白“质”的异常所致“营气不足”, 脾生化气血的功能减退。

3. 抗再障、白血病药物的筛选: 北京西苑医院通过扩散盒培养造血细胞的方法, 研究了补脾肾中药对小鼠红系造血的促进作用, 发现中药白术、茯苓、女贞子、锁阳、菟丝子等处理供体后, 测定 CFU-E、CFU-D, 显示促进红系造血, 同时粒系造血相对受抑制, 另外从骨髓形态学分类也反应出红系增生大于粒系增生, 证明中医中药治疗再障有良好效果。

中国军事医学科学院运用中药复方大菟丝子饮进行了对于恢复骨髓微环境障碍的实验研究, 实验证明大菟丝子饮能减少化疗药物对 CFU-S、CFU-D 的损害, 并能促进粒系祖细胞或红系祖细胞的增殖, 消除血窦的舒张、渗出、出血及结构的破坏, 能改善骨髓造血功能, 为治疗造血微环境改变所致贫血开辟了一个新的研究领域。

目前国内亦较普遍应用靛玉红治疗慢性粒细胞白血病, 有效率达 87.26%。四川省中药研究所为进一步提高靛玉红的疗效, 降低副作用, 又进行了靛玉红结构改造的研究, 探讨其构效关系, 制备了 19 种靛玉红衍生物, 经药理抗动物肿瘤筛选结果证明, NN—二甲基靛玉红, N—甲基靛玉红, N—甲基靛玉红甲醚, N—乙酰靛玉红和靛玉红肟等效果显著。尤其靛玉红 B₁ (indirubin B₁) 在动物耐受剂量下 (1,000 mg/kg/day × 6~9) 可以明显延长淋巴细胞白血病 L₇₂₁₂ 和 L₇₇₁₂ 小鼠的生存时间, 延存率分别为 45~54% 和 26~28%, 明显抑制率分别为 52~62% 和 37%, 并可使白血病细胞浸润度降低。这些衍生物除可试用于慢粒外, 还可试用于其它白血病和肿瘤, 从而扩大了使用价值。

北京西苑医院实验研究了青黛和雄黄对造血干细胞, 粒系及红系定向干细胞, 骨髓容量均有一定影响, 可使慢粒的骨髓从恶性增生转变为正常造血, 长期用药无骨髓抑制, 提示了青黄散对于白血病细胞具有选择性抑制作用。临床上以 9:1 比例配成青黄散治疗 25 例慢粒中, 完全缓解 18 例占 72%, 部分缓解 7 例占 28%, 总缓解率为 100%, 比单用靛玉红提高了疗效。此外, 又发现中药漆姑草煎剂对 CFU-S 和外周血细胞无明显不良影响, 与阿糖胞苷、马利兰严重抑制造血的情况成明显对比, 具有明显的抗癌活性, 而对机体各脏器无不良反应, 具有“抗癌而不伤正”的药理作用特点。

哈医大一院研制癌灵一号注射液治疗急性粒细胞白血病, 实验研究本剂为细胞周期非特异性药物, 阻碍和杀伤 G₁~S 期细胞, 病理观察, 使肿瘤细胞变性、坏死、至溶解, 而对正常细胞和组织无影响。以上这些药物都是目前较有前途的药物, 应进一步深入研究。

白血病的中西医结合治疗 与会代表认为白血病在分型上应与客观指标密切结合。福建省人民医院提出,急性白血病的诊断和临床分型应包括形态学和临床辨证两方面,例如:急粒热毒盛型白血病、急单气阴虚型白血病、急淋(L₁)热毒盛型白血病、急性早幼粒气血虚型白血病等,这样更便于临床用药上有的放矢。

河北廊坊地区人民医院采用HOA方案(高三尖杉酯碱,长春新碱、阿糖胞苷)加生脉二陈汤(太子参、麦冬、五味子、半夏、茯苓、橘红、杏仁)治疗急性非淋巴细胞白血病,中药与化疗同时应用,同时停药,完全缓解率达72.72%,尤对急性红白血病效果更佳,3例急性红白血病均获完全缓解。

四川省永川地区医院采用三步疗法:在同步化疗前三天,用活血化瘀中药改善微循环;同步化时,用扶正驱邪,增强对白血病细胞的杀伤作用;化疗间隙期(骨髓抑制阶段及缓解后),用扶正固本法扶植正常细胞的增殖,同时根据临床表现或加用养阴药,或加用益气助阳药,其主要目的刺激正常造血细胞增生,使骨髓造血功能恢复正常。据统计,对急非淋36例治疗中,22例完全缓解,缓解率为84.1%。

江苏常州第一人民医院运用HOAP方案加中医辨证施治对25例急非淋治疗,完全缓解率达88.00%(急粒85%,早幼粒80%,急单75%)。

苏州医学院对23例随访观察,中西医结合治疗者中数生存期425天,而单用西药者中数生存期144天,存活三年以上的病例多是中西医结合的病例。浙江医大统计1977年以前中医中药配合联合化疗,治疗各型急性白血病177例,总缓解率为65%,达完全缓解平均需4~6个疗程;而目前用扶正培本结合化疗,总缓解率达87.5%以上,而对照组为75%(单纯化疗);并且从缓解的疗程、输血、感染次数、白细胞下降等方面来看亦较对照组为优。

再生障碍性贫血的中西医结合治疗 多数代表认为慢性再生障碍性贫血分为阴虚、阳虚两个阶段。发现阴虚患者贫血、出血、感染均较重、HbF轻度增加、cAMP明显减低、免疫功能损害较明显、甲皱变化较显著,预后较差;而阳虚型患者贫血、出血、感染相对较轻、HbF显著增加、cAMP减低及免疫功能损害程度均不如阴虚明显,甲皱变化较轻微,预后亦较好。北京宣武医院总结40例,中西医结合治疗组基本治愈8例,单纯西药组基本治愈1例($P<0.001$)疗效显著;并且认为“阳虚易治,阴虚难调”,肝肾阴虚患者,往往应用滋阴凉血疗法治疗较长时间,自觉

症状虽有缓解,但血象不见好转,而脾肾阳虚患者采用健脾温肾药后,症状好转迅速,血象上升明显,因此对阴虚阳亢病人一般先用滋补肝肾,养阴凉血,待阴虚火旺症状明显好转后,逐步加用温肾药减少滋阴药,使滋阴和温肾的比例逐渐转化。

四川省江津地区人民医院根据再障病人皮肤、粘膜有瘀斑的特征,认为是“瘀血”存在,并结合现代医学的发病机理及病理组织学的变化,认为“瘀血”在本病发病中占有一定的地位,在观察治疗14例病人中以活血化瘀(川芎、丹参、红花、当归、鸡血藤)法均明显好转,并且经硝酸士的宁治疗失败的病例,以本法治疗再获显效。认为活血化瘀中药可抑制抗体形成,能调节辅助性T细胞与抑制性T细胞之间的平衡,促进再障患者的脂肪化骨髓重建造血微环境,利于正常造血细胞的生长、繁殖、分化和成熟。

湖北省沔阳中医院采用再生汤I号(用于急性型)药用丹参、生地、白芨、黄芪、党参、首乌、商陆、川断、甘草、枸杞子;再生汤II号(用于慢性型)药用黄芪、党参、首乌、当归、商陆、故纸、大云、杜仲、地榆、兔丝子、鹿角霜、鸡血藤、甘草;再生汤III号(用于脾肾两虚型)药用条参、白术、茯苓、甘草、砂仁、熟地、山药、丹皮、故纸、泽泻、商陆。配合雄性激素治疗50例再障,其中治愈32例,缓解11例,总有效率92%。

这次会议除了大会论文交流并分组讨论了对中西医结合研究血液病的评价,探讨如何提高疗效等问题。代表们认为针对中西医结合治疗和研究血液病方面存在的问题,提出今后应加强基础理论的研究,在临床方面也应加强科研设计,使中西医结合血液病研究在现有的基础上再提高一步,并认为中西医结合治疗血液病是具有广阔前途的。

会议认为制定统一的中西医结合诊治血液病的标准是很必要的,经过讨论拟定了再生障碍性贫血及急性白血病的分型试行方案。

(李元善 张韬玉)

附件一

再生障碍性贫血中西医结合分型

(试行方案)

运用现代医学对再生障碍性贫血分为急、慢及原发性或继发性。

急性再障分为急热温型。

主证:血虚症状严重,起病急,感染,出血严重,脉弦滑、数,舌有血瘀。

化验:网织红细胞 $<1\%$,中性粒细胞 $<1,000/\text{mm}^3$,

血小板 <7 万/ mm^3 ,骨髓增生程度多部位减低,非造血细胞 $>70\%$,HbF轻度增多,cAMP重度减低,免疫功能受损严重。

慢性再障分三型:

1.阴虚型:主证:除血虚症状外,并有口渴、低热,手足心热,盗汗,出血明显,常有感染,脉稍数,舌尖红,苔少。

化验:网织红细胞 $>1\%$,中性粒细胞 $>1,000/\text{mm}^3$,血小板 >1 万/ mm^3 ,经多部位骨穿均常见灶性增生,非造血细胞 $<50\%$,HbF明显增加,cAMP明显减低,免疫功能明显受损。

2.阳虚型:主证:除血虚症状外,并有怕冷,手足发凉,腰冷、夜尿多,便溏,出血轻,感染少,脉细,舌质淡,舌体胖,边有齿痕。

化验:网织红细胞 $>1\%$,中性粒细胞 $>1,500/\text{mm}^3$,血小板 >1 万/ mm^3 ,骨髓增生减低为主,非造血细胞 $<50\%$,HbF显著增加,cAMP轻度减低,免疫功能受损轻。

3.阴阳两虚型:主证:除血虚症状外,兼有前述阴虚及阳虚症状。

化验:与阴虚型同。

注:以上分型化验检查及实验室指标,仅供参考。

附件二

急性白血病中西医结合分型

(试行方案)

运用现代医学对急性白血病分型(按苏州1980年白血病分类分型的建议标准)结合辨证分为:

1.温毒瘀血型:主证:壮热口渴,渴喜冷饮,口舌糜烂,咽喉肿痛,周身骨疼,齿鼻衄血,皮下瘀斑,尿血便血,便干溲赤,舌质红绛少津,舌苔黄腻或黑腻,脉洪大或弦、滑、数。治则:清热解毒,活血止血。

2.气阴两虚型:主证:面色苍白,头晕目眩,倦怠乏力,腰膝酸软,五心烦热,自汗盗汗,齿鼻衄血,肌衄发斑,舌质淡嫩边有齿痕,舌苔薄白或少苔,脉弦、滑、细。治则:益气养阴。

3.痰热症瘕型:主证:面色无华,周身发热,肢体疼痛,淋巴结肿大,肝脾肿大,两肺胀满,倦怠无力,形体消瘦,齿鼻衄血,皮下紫斑,舌质淡紫或紫暗,舌苔薄黄或黄白腻苔,脉弦、滑、细或滑数。治则:清热解毒,化痰散结。

望舌象早期判断流行性出血热之轻重

黑龙江省爱辉县罕达汽中心卫生院 陈友谷

流行性出血热(简称出血热)属于中医温病范畴,常常不因病初表之解与未解而逆转。邪毒炽盛者常逆传心包,伤津劫液,逼血妄行,仅几天可使阴竭阳脱,可谓凶险。邪毒轻者,卫、气、营、血各阶段出现之症状较轻或不显而过。当前出血热分轻型、中型、重型及危重型。我们通过望舌象进行早期判断出血热之轻重,报告如下。

临床资料 我们收住了20例出血热患者,均系青壮年,年龄为19岁至44岁,其中男性10例,女性10例。早期病情判断:舌尖边红,薄白苔或薄黄苔为轻型;舌质红,黄苔黄腻苔、或白腻苔者为中型;舌质深绛、舌光无苔,呈镜面舌者为重型或危重型。

实际临床经过与据舌象早期判断的病情和预后完全符合(见附表)。

体会 祖国医学认为,舌尖边红,薄白苔或薄黄苔者,为风热表证。舌质红,苔黄或腻者为里热证或里湿热证,尚无损伤正气,“有苔者,胃气未伤”。绛

舌主营血热证,阴津损耗,多属正气虚弱,胃气大伤。见于热性病中,多与高热脱水有关。叶天士说:“其热传营,舌色必绛”,邪入营血,病多严重。根据本组20例住院患者的临床经验,我们认为望舌象确能早期判断流行性出血热之轻重,并可直接指导临床,及时采取相应的治疗措施,以防轻病大治,重症麻痹。

附表 据舌象早期判断病情与实际临床经过关系

发热期舌象	病例	判断	临床经过	预后
舌尖边红,薄白苔	11例	轻型	轻型经过	痊愈
舌质红,黄苔或白腻苔	6例	中型	中型经过	痊愈
舌质深绛,舌光无苔呈 镜面舌	3例	重型	重型经过	2愈 1死