

150例急性白血病的中医辨证分型与预后关系

浙江中医学院附属医院血液组 马逢顺 章蕙霞 翁玉龙

内容提要 150例初诊急性白血病(急非淋97例,急淋53例),均接受统一的治疗方法,并根据入院时情况按中医辨证分型,分为痰热瘀毒型、温热型和气血两虚型,结果发现急非淋组中温热型缓解率最低,仅36.8%,与其他二个类型比较,有显著差异($P < 0.05$)。而急淋组中温热型缓解率为84.6%,与其他二个类型类似($P > 0.05$)。作者认为急淋组发热原因部分由于疾病本身,并非均由于感染,并易缓解。中医对急性白血病分型有其科学性。

急性白血病的预后与起病时某些临床特征有着密切的关系。我们在用中西医结合方法治疗急性白血病时,发现急性白血病中医辨证分型和预后也有明显关系。现将150例急性白血病之细胞类型,中医辨证分型和预后作以下探讨。

一般资料

本组150例急性白血病均系1977年3月~1981年6月间住院病人。年龄:4~77岁,中数年龄28岁。男92人,女58人。白血病类型按细胞形态和组织化学染色,确诊为急性非淋巴细胞白血病(简称急非淋)97例,急性淋巴细胞白血病(简称急淋)53例,急非淋组以急粒占大多数,计60例,其他类型37例。

治疗与结果

一、联合化疗:急非淋组均用HOP和HOAP联合化疗⁽¹⁾,急淋组则用VMP和VM-MP方案,成人用量:长春新碱2mg/周iv;6-mp 100~150mg/日;强的松40~60mg/日,如加用MTX(50~80mg/周iv),则称VMMP。

二、中医辨证分型和治疗

1. 痰热瘀毒型(简称痰热型),主证:面色苍白或苍黄,低热或日晡潮热,头昏,肢软,关节酸痛,或伴皮下肿物,皮肤粘膜瘀点;舌

苔黄浮腻或黄白腻;脉滑数或弦数。治则:清热解毒,化痰,活血软坚。选方:龙胆泻肝汤,消瘰丸,失笑散和复方马钱子汤⁽²⁾等。一般常用药物:龙胆草、柴胡、黑山栀、黄芩、大青叶、七叶一枝花、凤尾草、玄参、贝母、瓜蒌皮、淡竹茹、橘络、牡蛎、当归、生地、茜草、生蒲黄、五灵脂、制马前子、党参、景天三七和土大黄等。

2. 温热型:主证:壮热,鼻衄或齿衄,皮肤粘膜瘀点或瘀斑;心烦,口渴欲饮,大便秘结,小溲黄赤;舌红绛少津,苔黄燥,脉弦洪数,甚则神志昏迷。治则:清热解毒,凉血止血。选方:犀角地黄汤,清瘟败毒饮,神犀丹,至宝丹和抗白七味汤⁽³⁾等。药物:犀角或水牛角、丹皮、赤芍、生地、黄连、黄芩、生石膏、黑山栀、知母、淡竹叶、玄参、甘草。

3. 气血两虚型(简称气血型);主证:面色苍白无华,头昏,神疲无力,心悸气短,懒言,自汗或盗汗;舌质淡,苔薄白,脉细弱或细数。治则:益气补血,补养心脾,益肾。选方:归脾汤,人参养荣汤和补肾升血汤⁽²⁾等。药物:党参、白术、黄芪、当归、生白芍、远志、枣仁、熟地、五味子、茯苓、木香、甘草、红枣等。

三、疗效评定:按1978年全国白血病会议标准评定,凡连续治疗两周以上的111例均做为疗效评定对象。

四、结果见附表。

附表 111 例治疗后完全缓解情况

分 组	总 数	缓 解 数 %	痰热瘀毒型		温热型		气血两虚型	
			人 数	缓 解 数 %	人 数	缓 解 数 %	人 数	缓 解 数 %
急非淋组	63	38 60.32	22	16 72.73	19	7 36.84	22	15 68.18
急淋组	48	38 79.17	18	14 77.78	13	11 84.62	17	13 76.47

由附表得知，急非淋之温热型的缓解率比其他两型明显低下 ($P < 0.05$)；急淋组三型间无明显差异 ($P > 0.05$)。

150 例中有 39 例在两周内迅速恶化，恶化病人在急非淋组占 34/39。以恶化率计算，痰热型 35.2%，温热型 42.8%，气血型 25%。早期恶化亦以急非淋中之温热型较多见。

讨 论

急性白血病的中医分型是按临床辨证论治归纳为三种类型，并以缓解率高低来判别分型和预后的关系。为了便于对比，在治疗方面，无论是联合化疗方案或中药方剂，均使用统一的方法。我们的结果发现急非淋组之温热型其缓解率仅为 36.84%，比痰热型和气血型均明显低下，经统计学处理，具有明显差异。而急淋组三组间缓解无明显差异。

为什么同属于温热型，在二种不同细胞类型的白血病中，其预后如此悬殊？温热型主证是壮热，持续高热对急非淋来说，意味着严重

感染，白血病合并感染是促使病人死亡的最大原因，因之降低了缓解率。急淋发热，部分可由于感染，但急淋和其他淋巴性肿瘤相似，发热为其本病表现之一，经过有效的抗白血病治疗，体温就能迅速消退。本文急淋组 13 例符合温热型的病人，除 2 例已证实为败血症外，其余病人未发现感染灶，并经化疗等治疗后，发热于 5~10 天后均退尽。Peng 分析 117 次急淋高热原因⁽⁴⁾，有 49% 发热病人无原因可查，经化疗后，体温均恢复正常。因之，急淋发热，部分由于感染，而部分为疾病本身的症状。从我们中医分型和预后关系看来，中医结论，符合了西医判断。传统中医辨证论治，有其科学的实践基础，但如单有中医分型，而无细胞学分类，则无法探求同一种中医类型在二种不同的急性白血病中的预后差异。这说明用中西医结合方法探讨某些发病机制有其必要性和优越性。

参 考 文 献

1. 马逢顺，等，HOP 和 HOAP 方案联合化疗对 35 例急性非淋巴性白血病的疗效观察，中华血液学杂志 1982，3：53。
2. 章蕙霞，马钱子汤和三尖杉酯类生物碱治疗急性非淋巴细胞白血病 15 例疗效小结，浙江省中医院医学资料汇编 1979，6：19。
3. 章蕙霞，抗白七味汤为主治疗急粒一例获得 5 年以上的病例报告，输血及血液病杂志 1979，3：87。
4. Peng L H. Fever in children with all. Cancer 1981，47：583。

(上接 461 页)

些实验工作。在广州、上海、南京、成都、天津等地都有不少这样的典型人物。

(3) 在西医院校及医疗单位，应根据自愿的原则及工作的需要，继续培养西学中人员及建立中小型中西医结合基地，以便于解决医疗中的问题及促进两种学术体系的互相交流与渗透。

总之，两种学科体系的相互结合，三支力量的相

互合作，将是发挥我国医学特点与优势的重要保证。正象一个同志在座谈中所比喻的那样：“三支力量是陆海空，不是魏蜀吴。”让三支力量在协同作战中不断取得新胜利！

注：进行调研的省市包括：辽宁、吉林、黑龙江、上海、江苏、浙江、广东、四川、湖北、陕西及山西等 11 个省市。

(参考文献略)