

药物分子进入细胞浆,对细胞中存在DNA聚合酶 α 活性产生抑制作用,患者骨髓细胞 ^3H -TdR标记指数降低,影响细胞核中DNA合成,因此白血病细胞发生形态改变,出现核溶而产生疗效。

治疗慢粒的药物尚有:牛黄解毒片,每次2~6片,每日四次;六神丸,每次30粒,每日三次;此外,雄黄以及从广西卫矛科植物密花美登木中分离出的卫矛醇,经酯化、离子交换而合成的1.2:5.6二去水卫矛醇,简称DAD等,治疗慢粒均有一定的疗效。

中西医结合治疗慢性再生障碍性贫血

黑龙江中医学院附属医院内科血液组

于材声

慢性再生障碍性贫血,是多种原因、不同机理所致骨髓容量减少,造血功能衰竭,引起全血细胞减少的一组综合征。临床虽以贫血、出血表现为主,但常伴随一些错综复杂的症候,病情轻重悬殊很大,治疗效果不一。中医学认为本病属于“血虚”、“血证”、“虚劳”范畴。其病因病机与脾肾最为密切,主要在肾。肾为先天之本,肾主骨生髓,肾藏精,精血可以互相化生。脾为后天之本,气血生化之源。在辨证分型中,我体会把慢性再障分为肾阴虚型(包括肝肾阴虚)和肾阳虚型(包括脾肾阳虚),即可达到治疗效果。

肾阴虚型:以头晕,耳鸣,手足心热或午后微热,腰膝酸软,失眠多梦,心悸气短,遗精便秘,常伴有出血倾向(齿衄、肌衄、鼻衄等)。舌质淡、尖红,脉弦数、细数为主证。治宜滋补肾阴,填精益髓之法。常用方药:生地25g 麦冬15g 女贞子15g 丹皮15g 旱莲草30g 红参10g单煎 黄芪50g 当归15g 枸杞果15g 云苓15g 白术15g 山药15g 鸡血藤20g 首乌30g 肉苁蓉15g 补骨脂15g 甘草20g。

肾阳虚型:以形寒肢冷,四肢不温,腰膝无力,阳痿不举,遗精滑精,面色苍白,大便溏泻,舌质淡白,脉沉细或弱为主证,应以温补肾阳,益气壮肾之法治之。常用方药:红参10g单煎 鹿茸2.5g冲服 黄芪50g 熟地20g 当归15g 枸杞果15g 白术15g 山药15g 云苓15g 补骨脂15g 巴戟15g 仙灵脾15g 附子15g 肉桂15g 怀牛膝15g 鹿角胶15g。遇有严重出血者,以清热凉血止血之法治疗,常用犀角2.5g单煎 生地25g 丹皮15g 石膏50g 知母25g 元参20g 麦冬15g 仙鹤草50g 茜草50g 土大黄15g 三七粉5g冲服 地骨皮15g 没石子15g。

在治疗过程中注意阴阳互根,重用滋阴方药辅

助阳之品,或重用补阳之品辅以滋阴之药。要气血兼顾。肾阴虚型先用滋阴凉血之品,待阴虚症状好转后,逐步加用温补肾阳药,减少滋阴药。滋阴的方法有缓解病情,改善机体状态的作用;温补肾阳可促进造血功能恢复,增强新陈代谢,对造血祖细胞有刺激作用。

慢性再障为一难治性贫血,久病体虚,病程迁延,单纯中药治疗慢性再障疗效虽然肯定,但起效缓慢,疗程长。我们在使用中药基础上又合并康力龙联合治疗慢性再障,经过两年多实践,证明这种联合方法是当前治疗再障的较好方法,它具有疗效肯定,起效快,疗程短的特点,优于任何一种单一用药的方法。

康力龙使用方法:成人每次4~6mg,每日三次口服,疗效发生时间为2~7个月不等,一般用药时间达7个月以上,病情无改善者,可视为无效,停止使用本药,改用其他方法。在取效后,均需使用中药和康力龙维持治疗,时间不得少于6个月至1年以上,以期巩固疗效。

康力龙是一种雄性蛋白同化激素,它具有疗效高,副作用小,使用方便的特点,易为患者所接受。本药的作用原理是通过它的代谢产物刺激多能干细胞,从 G_0 期进入 G_1 期(增殖周期),可以部分的增加单核、巨噬细胞的生成,对粒细胞也有促生成作用。

康力龙主要的副作用:肝功能损害、痤疮、多毛、浮肿、脱发、糖尿病等副作用。康力龙对肝脏的毒性作用以转氨酶增高为主要表现,转氨酶 <200 单位无需停药,转氨酶 >250 单位者停用康力龙后,肝功能可自行恢复正常,不必另用其他保肝药物。在使用康力龙治疗过程中,定期检查尿糖,如出现尿糖改变,需停药观察。中药合并康力龙联合治疗慢性再障这种严重疾病,不仅可减轻康力龙的副作用,而所获得的疗效与对肝脏毒性作用相比,是益处大于副作用的。

中西医结合治疗白细胞减少症的体会

重庆市第二人民医院中西医结合科 邓友安

白细胞减少症是指周围血白细胞计数持续低于 $4000/\text{mm}^3$,致病因素较多,发病机理也未完全阐明。现代医学一般多用利血生、鲨肝醇、维生素 B_{12} 、丙酸睾丸素、肾上腺皮质激素等治疗,脾功能亢进患者可切脾治疗,但疗效并不理想,且停药后易复发。

中医学一般认为本症属脾肾两虚,多采用补益脾肾为主治疗,据报道疗效可达83%。我们从23例白

细胞减少症中观察到 9 例同时伴有血小板减少所致的紫斑,另 3 例有脾肿大,这是“血瘀”证的直接见证。其余病例虽无“血瘀”表现而用活血化瘀中药治疗也有疗效。中医学认为“血瘀”证有典型及非典型两种,典型者有瘀血表现,非典型者可无瘀血表现,但经活血化瘀中药治疗有效。我们认为“血瘀”在本症的发病中占有重要地位,而采用活血化瘀法为主治疗,我们曾总结 23 例有效率为 91.30%,并观察到末梢血白细胞计数明显升高,骨髓退变粒细胞显著下降,疗效较补益脾肾为主显著提高(见本刊 1984 年 12 期 717 页)。

根据某些实验研究及我们的临床实践,推测活血化瘀中药治疗白细胞减少症的疗效机理如下:有人研究证明含有当归、川芎的当归补血汤能促进造血细胞的增殖。从而我们推测此类中药可能促进粒细胞 DNA 合成,促进其增殖、分化、成熟和释放,是治疗白细胞减少症的主要机理。研究证明,活血化瘀中药能抑制免疫抗体及抗体形成细胞,因而具有免疫抑制作用,这可能是此类中药治疗某些白细胞减少症的疗效机理之一。此类中药还具有抗菌、抗病毒作用,可能减轻或消除了外来抗原的刺激,协助阻断疾病的继续进展。这类中药有缩脾作用,从而可能减少脾脏对白细胞的扣留和破坏。

我们体会到中药剂量要足,如连续服药 3 个月无效者宜改用其它方法治疗;预防感染和去除原发病因对提高疗效不可忽视;白细胞低于 $2000/\text{mm}^3$ 或感染反复不愈者宜早期使用对造血系统无毒性的抗生素如青霉素类、庆大霉素、红霉素等或适量输血及血浆。我们的 23 例中有 11 例用过青霉素或庆大霉素,2 例因感染较重曾输血浆各 300ml,使得病情转危为安,为中药发挥疗效争取了时间。我们认为今后应简化药物,深入实验研究,并从中筛选出治疗白细胞减少症的有效成份。

中西医结合治疗血小板减少性紫癜的体会

兰州医学院血液病研究所 王 镜

我院血研所临床科曾收治 40 例血小板减少性紫癜,根据不同的临床表现将其辨证分型为:气虚型 19 例,用补气摄血的归脾汤(当归、人参、白术、黄芪、茯神、甘草、远志、焦枣仁、广木香、龙眼肉、生姜、红枣)加血余炭、仙鹤草、鸡血藤、阿胶、鱼鳔胶。血瘀型 9 例,治疗以化瘀止血的血府逐瘀汤(当归、生地、桃仁、红花、柴胡、川芎、牛膝、枳壳、

赤芍)加丹参、地龙、三七、花蕊石、益母草等活血祛瘀止血的药物。血热型 12 例,其中阴虚血热 8 例,外感实热 4 例。阴虚血热 8 例治以滋阴除热、凉血止血,方用麦味地黄汤合二至丸,加用茜草根、白茅根、大小蓟、侧柏叶等凉血止血的中草药;外感实热型 4 例用清热解毒、凉血止血的清营汤(犀角、生地、元参、竹叶、银花、连翘、黄连、丹参、麦冬)加生石膏、大黄、紫草、黄药子、白茅根、凌霄花、紫珠草等清热解毒凉血止血的中药。

西医治疗:原发性血小板减少性紫癜的发病机理西医认为是由于机体受某种致病因素所致引起体内产生抗血小板抗体的免疫复合物,造成血小板存活期缩短,血小板数破坏增多的出血性疾病。因此我们对原发性者 27 例,首选肾上腺糖皮质激素强的松治疗,每日 45mg 分三次口服。如出血严重的患者可应用地塞米松 10mg 静脉滴注,每日一次,直至出血减轻为止。经上述药物治疗三个月后有 15 例患者紫癜消失,症状缓解。本类药的药理作用在于使其机体抗血小板抗体的滴度下降,毛细血管壁的通透性降低,网状内皮系或单核巨噬系细胞吞噬血小板的功能受抑,从而可使血小板的生存期延长。治疗三个月后仍有 12 例患者血小板数并不回升。改用免疫抑制剂长春新碱治疗,每周 1mg 静脉滴注,连用 6~8 周,加服中药甘草粉每日 30g,两月后又 7 例取得疗效。据报道长春新碱能抑制抗血小板抗体产生的特异性免疫反应,能干扰血小板凝集吸附功能,延长血小板的寿命,刺激造血祖细胞向巨核细胞分化、发育,促其血小板回升。余 5 例试用硫唑嘌呤,每日 100mg 口服治疗,连用一月,仅有 1 例有效。4 例无效中脾切除治疗 2 例短期疗效满意,现仍血小板数正常。另 2 例始终无效。本组 27 例原发性血小板减少性紫癜经肾上腺皮质激素强的松和免疫抑制剂长春新碱、硫唑嘌呤、脾切除及中医辨证分型治疗等共计有巩固疗效的 25 例。

本组 13 例继发性血小板减少性紫癜在重用刺激骨髓细胞增生、发育的维生素 B_4 、 B_{12} 、利血生及间断口服小量叶酸,以及三磷酸腺苷、辅酶 A、肾上腺皮质激素。中医以补肾健脾生血的二仙汤、鹿角胶、巴戟肉、黄芪、女贞子、苦参、人参等药,结合原发病的治疗,均可取得疗效。

总之,在中西医结合治疗的原则基础上,运用好现代医学的辨病辨因用药和中医学辨证论治,就能扬长避短,各取所长,充分发挥我国医学的特色和所长。