

· 经验交流 ·

辨证治疗再生障碍性贫血— 阵发性睡眠性血红蛋白尿综合征4例

中国中医研究院西苑医院血液病研究室

郑金福 周霭祥 王天恩 姚宝森 杨经敏 于美兰 王忠芬

再生障碍性贫血—阵发性睡眠性血红蛋白尿(简称AA—PNH)综合征是骨髓造血功能衰竭伴有血管内溶血的疾病。其病因不明,发病原理不清楚,治疗困难。据其脉证属于中医学虚劳、黄疸、溺血等病范畴。我室自1976年以来共收治4例,以中医中药治疗为主,取得了一定疗效,报告如下。

一般资料

我们参照陈氏^[1]报道,拟定符合以下标准者为病例选择对象:(1)符合宝鸡会议^[2]修订再生障碍性贫血诊断标准。(2)实验室检查:酸溶血试验阳性,尿含铁血黄素试验阳性。

本组病例中,男3例,女1例,年龄21~54岁,平均34.8岁。病程最长者12年,最短者2年,平均6.5年。4例中有3例原发病为AA,分别经1年、3年、8年(平均为3.7年)转变为AA-PNH综合征:1例原发病为PNH,经过9年转变为AA-PNH综合征。4例中骨髓象增生重度低下者1例,增生低下者2例,增生活跃者1例;血红蛋白尿频发者2例;血胆红素定性试验间接阳性4例,总胆红素2例偏高,分别为1.2、9.4mg%。

4例中脾肾两虚阴黄型2例,证见面色无华,黄疸色黯,头晕心悸,气少懒言,倦怠无力,腰膝酸软,纳谷不香,小便暗红以晨起为著;脉沉细或沉濡,舌质暗淡,苔薄润。脾肾两虚阳黄型2例,除见脾肾两虚的主证外,尚见黄疸鲜明,小便暗红频发,身微热,心烦易怒,身重思卧;脉滑数,舌质淡,苔黄腻。

治疗方法

一、脾肾两虚阴黄型:证属脾肾两虚,夹湿夹瘀,拟补肾健脾,利湿化瘀。方用大菟丝子饮^[3]加减。药用:菟丝子15g 女贞子15g 枸杞子15g 补骨脂12g 桑椹15g 黄精12g 首乌15g 熟地15g 灰蓉15g 巴戟15g 党参15g 黄芪15g 云苓10g 泽泻10g。每日1剂煎服。另用活血丸^[4]加减配制丸剂:当归12g 川芎12g 益母草15g 赤芍10g 广木香10g 茵

陈15g 共研细面,炼蜜丸,每丸9g,每日早、中、晚各1丸。

二、脾肾两虚阳黄型:虽脾肾虚,但阳黄湿热为急,本着急则治其标,缓则治其本的原则,应以清热利湿为先,宜茵陈五苓散加减,药用茵陈、栀子、白术、云苓、泽泻、银花、板蓝根、白茅根各适量。每日1剂煎服。并服活血丸,每日早、中、晚各1丸。加减:若在上述两型的基础上,骤然并发局部肢体疼痛难忍,或腹部疼痛且固定不移,脉弦滑,舌质暗,苔薄,此乃气滞血瘀,宜桃红四物汤加减,药用桃仁、红花、丹参、川芎、赤芍、生地、郁金、黄芪各适量,每日1剂煎服。并服活血丸,每日早、中、晚各服1丸。本组4例,疗程最短者6个月,最长者15个月,平均10.25个月。

结 果

一、疗效标准:(1)缓解:症状基本消失,血红蛋白在10g%以上,白细胞、血小板也有一定恢复,随访6个月病情稳定者。(2)明显进步:临床症状明显好转,血红蛋白较治疗前一个月内常见值增长3g%以上,维持三个月不降者。(3)无效:临床症状及血象不能达到明显进步者。

二、治疗结果:据上述疗效标准,经治疗后明显进步者2例,无效者2例,总有效率为50%。血红蛋白上升1g%平均需2.85个月,上升2g%需5.7个月。对3例患者进行随访,其中2例分别在治后1年、3年恢复了轻工作,1例仍在治疗中。

本组4例患者治疗前后血象变化见附表。

附表 4例患者治疗前后血象变化

	血红蛋白 (g%)	血小板 (万/mm ³)	白细胞 (个/mm ³)	网织红细胞 (%)
治前均值	5.6	1.75	2887	5.3
治后均值	8.5	3.75	5050	2.6
治后升高数 (M±SE)	2.9±0.46	2.0±0.84	2463±499	-2.7±0.68

从附表中可以看出,4例患者在治疗后,血红蛋

白、血小板、白细胞均有不同程度的提高,尤其血红蛋白提高显著,经统计学处理 $P < 0.01$;而网织红细胞则比治疗前明显下降。

讨 论

一、再生障碍性贫血与阵发性睡眠性血红蛋白尿关系非常密切,两者均属血液病中的难治性疾病,均可在原发病的基础上,发展成AA-PNH综合征。一旦发展成为该病,则治疗更为复杂、困难,本组4例中有效者仅2例。如该病患者血红蛋白在5g%以下需要输血时,则必须输用生理盐水洗过的红细胞,否则易诱发溶血。若患者血管内溶血并发静脉血栓时,需静脉滴注低分子右旋糖酐。目前对本病的治疗,多采用康力隆、强的松类药物,其疗效不满意,且副作用较大,因此寻求该病的中医中药治疗尤为必要。

二、关于标本治疗:AA-PNH综合征,在血红蛋白尿(或称酱油尿)不发作期,乃正虚为主,邪气不实,呈脾肾两虚之主证,尚有夹湿夹瘀之兼证,身无寒热,

倦怠嗜卧,黄疸色晦如烟熏,脉微濡,舌质暗淡,苔薄白腻,则补肾健脾治其本,利湿化瘀治其标,如阴黄型。在血红蛋白尿发作期,虽有脾肾两虚之主证,尚有身痛发热,烦渴汗出,黄疸色明如桔,脉滑数,舌质淡,苔黄腻。此乃正气虽虚,但邪实为著,当先以清热利湿治其标。以上是遵循急则治其标,缓则治其本的治疗原则。本综合征病程长、疗程长、病情复杂,治疗困难、疗效差,预后不满意。

参 考 文 献

1. 陈庆恩. 再生障碍性贫血—阵发性睡眠性血红蛋白尿综合征. 中华血液学杂志 1985; 6(4):217.
2. 宝鸡会议修订. 再生障碍性贫血诊断标准. 中华血液学杂志 1987; 8(8):封3.
3. 周国祥. 以中医中药为主治疗再生障碍性贫血的进展. 中医杂志 1985; 26(6):69.
4. 庄杰后. 阵发性睡眠性血红蛋白尿24例中西医结合治疗分析. 中西医结合杂志 1983; 3(5):282.

针刺对改善中风患者血液高粘滞状态的作用(摘要)

南京中医学院针灸研究室 李忠仁 胡 葵

南京中医学院附属医院 祁月琴 王肖曼 张伯顺 徐乃杨 邱茂良* 盛灿若*

我们从1984年起,对140例中风患者血液高粘滞状态进行了分组治疗分析,现将结果整理如下。

一般资料 各组病例均为临床或CT、脑血管造影等辅助诊断及手术确诊的中风住院患者。高粘滞血症诊断标准按我院测定方法[中国针灸 1984; 4(2):1],超过正常值上界10%者。针刺组116例中,男86例,女30例,年龄35~76岁。对照组24例中,男18例,女6例,年龄48~78岁。其中颈内动脉系统脑梗塞针刺组80例,对照组15例;脑溢血针刺组36例,对照组9例。针刺组及对照组全血比粘度增高分别为80、15例,血浆比粘度增高分别为46、14例,血沉加快为90、21例,红细胞压积增高为26、6例;全血还原粘度增高为90、18例;血沉方程K值增高为70、18例;纤维蛋白原增高为13、1例。

治疗方法 针刺组以风池、曲池、三阴交、足三里、太冲为主并随症加减[中国针灸1988; 8(4):28]。采用平补平泻法针刺患侧,每次3~4穴,1~2次/日,治疗5次停针两天。对照组:每日服复方丹参片3片,

每次服烟酸肌醇酯片0.5g、维生素C 200mg、维生素B₁ 20mg,每日3次。上述两组均在治疗1个月(即1疗程)前后,清晨空腹取血检查,以作自身对照。

结 果 针刺组全血还原粘度、血浆比粘度、红细胞压积、血沉、血沉方程K值均显著下降($P < 0.01$),全血比粘度及纤维蛋白原也有所下降($P < 0.05$);对照组中仅全血比粘度显著下降($P < 0.01$),两组间对比 $P > 0.05$ 。

针刺后无论男性还是女性,脑梗塞还是脑溢血患者,其高全血比粘度、还原粘度、血浆比粘度、红细胞压积及纤维蛋白原均有不同程度的下降($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。据统计针刺使高甘油三酯与高全血比粘度(26例)下降的相关系数是0.0044,血浆粘度(18例)为0.0915,全血还原粘度(33例)为0.0056,呈极低度相关。

讨 论 本文研究结果表明,针刺能改善中风患者血液高粘滞状态。针刺可能具有扩张脑动脉,增加血流量,耐缺氧,抑制凝血及血小板聚集,降低血粘度及组织修补和降脂等作用,从而疏通了中风患者瘀滞的气血,以达到培本扶正,活血化瘀,去滞通络的目的,这是中风患者取得临床疗效的原因之一。