

伤癌细胞之品，定可收锦上添花之效⁽¹⁾。本冲剂正是按此思路取人参等5味药扶正，再加白花蛇舌草等6味药以直接抑癌⁽²⁾，合而达标本同治之目的。有关参草扶正抗癌冲剂抑癌的药理，有待今后进一步探讨。

参 考 文 献

1. 饶燮卿, 等. 升血汤配合化疗治疗中、晚期胃癌的临床观察及实验研究. 中西医结合杂志 1987; 7(12):715.
2. 全国第三届肿瘤扶正培本防治研究学术研讨会论文汇编. 1989:76.

治肝中药诱发自身免疫性溶血性贫血急性发作 1 例

江西南昌市第一医院血液内科(南昌 330008) 朱年瑞 叶梅芳 赵 恒

1991年我科曾遇 1 例乙型肝炎继发自身免疫性溶血性贫血患者，为服用治肝中药后引起急性溶血。现报告如下。

病历简介 申某某，男，26岁，住院号5044。因头昏、乏力、食欲减退及面色苍黄0.5年，于1991年5月7日入院。入院0.5年前曾患急性乙型黄疸型肝炎住院治疗，至肝炎症状消失，肝功能及sGPT恢复正常出院。但HBsAg及抗-HBc仍阳性。出院继续服用天澳宁、肝必复、护肝片及云芝肝泰常规量治疗，未用青霉素、奎尼丁、甲基多巴及非那西汀等药物，亦未输血。家族中无其他肝炎及溶血性贫血患者。

入院后查体：T37°C，P80次/min，R20次/min，BP16/10kPa。神清，全身皮肤粘膜轻度黄染，巩膜黄染明显。心肺无异常，腹部平软，肝未触及，脾肋下1.5cm，质中，无触痛。多普勒超声图示脾肿大肋下1.5cm。实验室检查：外周血Hb96g/L，RBC $3.1 \times 10^{12}/L$ ，网织红细胞计数(R·C)3%，血小板计数(BPC) $90 \times 10^9/L$ ，WBC $4.8 \times 10^9/L$ ，分类计数N67%，L33%；尿胆原(+)，尿胆红素(-)，血红蛋白尿(-)，尿含铁血黄素(-)；总胆红素 $18 \mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素正常；抗人球蛋白试验(Coomb's, +)；黄疸指数20u，凡登白试验间接(+)，sGPT正常，肝炎相关抗原(HAA)1:128；免疫球蛋白G(IgG)高于正常2倍，C₃补体正常，冷凝集试验(-)，冷溶血试验(-)，酸溶血试验(-)；异丙醇试验、高铁血红蛋白还原试验、变性珠蛋白小体生成试验及血红蛋白电泳均无异常。骨髓像示红系增生明显活跃，粒:红比例倒置。

初步诊断：继发性温抗体型自身免疫性溶血性贫血(乙肝后)。经用肌苷、云芝肝泰、护肝片、复方氨基酸、白蛋白等支持疗法；未用激素，15日后患者所有自觉症状均消失，但黄疸指数始终在18~20u波动。加服治肝中药(香附10g 青皮10g 海金沙15g 茵陈30g 桃仁10g 苍术15g 蜂蜜20g)，第1天服后觉

周身不适，第2天服第1次后突觉寒颤，随之高热(41°C)，腰背酸痛，头昏，尿呈酱油色，全身黄染加深，Hb降至32g/L，RBC $1.17 \times 10^{12}/L$ ，R·C15%，总胆红素 $36 \mu\text{mol/L}$ 。考虑为服治肝中药后诱发自身免疫性溶血性贫血急性发作。给予降温对症处理，停药中药，输洗涤红细胞4u，第3天体温降至正常，症状逐渐消失。第5天加用强的松40mg/d，治疗1周后Hb升至48g/L。改强的松为60mg/d，并加用昆明山海棠6片/d，治疗20日后患者肉眼黄疸消失。复查Hb15g/L，RBC $4.6 \times 10^{12}/L$ ，R·C1.5%，黄疸指数6u，总胆红素 $7 \mu\text{mol/L}$ ，间接胆红素(-)，Coomb试验(-)，IgG正常。强的松逐渐减量至15mg/d，维持2个月未复发。

讨 论 根据患者临床表现、实验室数据及肾上腺皮质激素治疗特效，符合温抗体型自身免疫性溶血性贫血诊断。中途急性溶血发作确与服中药关系密切。依据是：(1)患者住院期间经治疗所有症状已消失仅黄疸不变。(2)未有新的感染。(3)原来乙肝没有反复发作，肝功能、sGPT等自始至终均正常。(4)患者Hb及黄疸指数在一般用药中无明显波动，仅在服中药后36h内急剧变动，Hb下降，黄疸指数上升，出现典型的急性溶血症状，停药中药后3~5日恢复如前，其发作与停止经过很象西药诱导的免疫性溶贫暴发过程，仅这次急发是在原有溶贫基础上发生的。遗憾的是患者拒绝再次服用此中药，不能证实急性溶血确系中药诱发还是偶然巧合，又无法做相应药物抗体检测。虽然以上中药均入肝或脾经，其有效成份多为该药的醇、酮、酚类，桃仁尚含苦杏仁甙，曾有报道服数10粒中毒身亡，但引起溶贫急性发作尚未见报道。

中药诱发溶贫急性发作的机理不详。根据其急性经过，推测为形成免疫复合物或药物吸附所致，并非形成自身抗体。但是其中一种或数种中药共同所致尚不清楚，有待探讨。