

• 专题笔谈 •

中西医结合治疗再生障碍性贫血

再生障碍性贫血的临床治疗

中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

周霁祥

再生障碍性贫血(简称再障),有急性和慢性之分。前者病程短、病死率高,后者病程长、治疗难度也大。此病属于中医血虚、虚劳、血证范畴。病因有原发、继发两种。近年来发现含有扑热息痛的药物如速效感冒胶囊之类引起继发性再障者并不少见。不仅可以引起慢性再障,也可引起急性再障,故临床对这类药要慎用、少用,尤其不能用于再障、白细胞减少,血小板减少的患者。中医认为与造血有关的脏腑,上焦为心,中焦脾胃,下焦肝肾。饮食经过脾胃的消化吸收,其精微物质运输至骨髓,经过骨髓的造血作用产生血液,因肾主骨生髓,故骨髓的造血机能旺盛与否与肾的强弱关系密切。化学(如药物)、物理(如射线)、生物(如肝炎病毒)等因素,伤及气血脏腑,尤其影响心肝脾肾的造血功能,可以出现血虚或虚劳。基于这种认识,中医治疗再障多从心脾肝肾着手。

一、关于再障的中医分型 由混乱已趋于统一,目前分为肾阴虚、肾阳虚和肾阴阳两虚三型。但还有不完善之处,例如有的患者无阴虚或阳虚症状,暂归入肾阴阳两虚内,理由是阴虚阳虚症状并存时,可能互相掩盖。再障的诊断,随着方法的增多,确诊率也逐渐提高,有作者统计对 238 例再障的诊断,各种方法的结果为:单用骨髓涂片,呈典型再障骨髓象者为 82.4%;结合骨髓小粒观察诊断率提高到 89.9%;骨髓组织切片为 93.6%;扫描电镜为 94.4%;骨髓 γ 照相为 96.4%〔中华内科杂志 1991; 30(5):265〕。

二、关于再障的治疗 西医的常规治疗药物仍以雄性激素类药物为主,近年来胎肝输注也较多用,急性者多用抗淋巴细胞球蛋白(ALG)、抗胸腺球蛋白(ATG)、甲基强的松龙等。中医治疗,自 50 年代以来,大致分为三个阶段:60 年代以前,以补益心脾或补养气血为主;70 年代在前法的基础上,出现补肾及补肝肾的治疗方法,80 年代以来,几乎均以补肾为主,或兼补脾,或兼活血,或兼补气血。治法和造血机理是相符的。许多报道,中医治疗方剂,药物组成虽然不尽相同,但组方原则均在上述范畴。

三、关于疗效 慢性再障(慢再)根据 1980~1990

年间文献报道的 923 例统计,有效率在 54.55~95.8%之间,平均为 82.93%,这反映了近 10 年来的中西医结合治疗慢再的水平。本病基本治愈率平均为 23.3%,说明治愈的难度很大。一组慢再 170 例的 10 年远期疗效观察,总有效率 62.94%,生存率有逐年递减趋势。在我们的病例中,有的慢再治疗后血象正常,健康存活已 30 年以上。急性再障(急再)的疗效报道相差悬殊,有的报道有效率 71%,其中治愈及缓解率 64.5%,病死率 16.1%;有的报道有效率 15.4%,病死率 53.3%。疗效相差悬殊的原因,除与治疗有关外,还可能与急再诊断标准的掌握不同有关。因为有些再障血常规和骨髓的检查符合急再,但临床表现并无明显出血及感染,于这部分病例诊断可能不一致。

各作者在治疗再障中有如下的体会:阳虚型比阴虚型近、远期疗效均好,符合中医“阳虚易治,阴虚难调”之说;初治者疗效优于复治者;疗程长者疗效好;久治无效者加活血化瘀中药可提高疗效;补肾法优于其他疗法。

四、关于实验研究 近年来对治疗再障的补肾中药作了不少实验研究,以我院的大菟丝子饮为例,能提高马利兰引起造血损伤小鼠 CFU-S、CFU-D、CFU-E 的数量,与对照组相比,差异显著, $P < 0.05 \sim 0.001$;能提高小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬率及吞噬指数, $P < 0.001$;能提高小鼠耐缺氧能力,存活时间延长 82.6%; $P < 0.001$;能提高小鼠小剂量金黄色葡萄球菌感染的存活率, $P < 0.05$ 或 < 0.01 。急慢性毒性试验表明该方无毒,可以长期服用。近年还有实验表明,活血与补肾中药合用对促进骨髓造血有相加作用。

再生障碍性贫血的诊治体会

辽宁中医学院附属医院(沈阳 110032)

王志恒

近年来国内外诊治再生障碍性贫血(再障)有较大的进展。根据笔者临床经验和认识,对该病的治疗问题谈谈体会。

一、辨病与辨证结合治疗

首先需分清再障属急性或慢性,再结合中医特点进行辨证治疗。中医认为本病的机理属脾肾两亏,主要在肾,其次在脾。目前临床分型为肾阴虚、肾阳

虚、肾阴阳双亏型。根据我院 230 例中肾阴虚者 171 例，肾阳虚者 59 例，治疗前者为滋阴益气法，方用造血 I 号(浓煎剂)加六味地黄丸或归脾丸；后者治以造血 I 号加金匱肾气丸。其治疗结果是除去急性再障外，总有效率为 85.98%。

对本病除补肾法外，根据“瘀血不去，新血不生”的理论，若患者胁痛，面色晦暗，脉细或涩有瘀血证者，可以用活血化瘀补血法，治以桃红四物汤加减，取得明显效果。另有部分患者脾虚泄泻，便溏，纳少腹胀，不能耐受补药治疗反而加重病情者，宜健脾和胃法，以香砂六君子汤加何首乌、枸杞子、阿胶、当归、白芍等。总之对少数患者要根据病情辨证论治，不要拘泥一方一药，一味补肾治疗，要辨病与辨证相结合治疗。

二、中西药合用治疗

中西医用药，到底如何有机结合都在摸索总结中。以个人经验掌握以下原则。

1. 单用中药治疗者 从前从未用过西药者；以前较长时间用过西药无效或有严重副反应者。

2. 加用西药治疗者 慢性再障病情严重者；急性再障；用中药治疗 3 个月以上或病情严重者；正在用西药治疗尚未满疗程；或西药不宜骤停者。总之，中西药合用用药原则以有利于患者病情，提高疗效为目的。我们临床常用西药是康力龙、举丸酮、植物凝集素、左旋咪唑、一叶萩碱等与中药联合治疗。

根据我院 230 例治疗中，中医中药组 109 例，有效率 83.49%，中西医药组 122 例，有效率 88.40%。两者比较后者疗效高于前者，认为中西药有一定的协同作用。但统计学处理，无显著差异 $P > 0.05$ 。可能与中西医药组病情偏重有关。

三、维持治疗与远期疗效观察并重

近年来补肾药治疗再障疗效是肯定的，但是坚持不懈地维持治疗才能巩固疗效。我们通过 154 例随访 2~20 年以上再障患者经过维持治疗，积极地用药，多数患者病情稳定，效果良好。单纯中药治疗疗程一般在 6~20 个月以上或更长时间，随访远期疗效较举丸酮持久且稳定。因此，耐心坚持治疗是提高疗效的重要环节。从随访治疗前后骨髓象改变看，治前骨髓增生活跃占 11.8%，治后骨髓增生活跃占 24.2%，两者比较 $P < 0.01$ ，说明骨髓象是有一定的恢复。

四、标本兼治

临床上除要积极治疗再障本病外，更要重视处理好并发症的治疗，若有感染要积极采用抗生素等治疗，有经漏、经血不止者，要采取大剂量举丸酮等人

工闭经治疗。另外药物所致的肝脏损害亦不可忽视。妊娠期再障是否继续妊娠，是临床上一个难题。一般认为重症病例应中止妊娠，而轻度和中度病例，骨髓增生良好者可继续妊娠，初期发病者也以中止妊娠为宜。但要根据病情妥善处理，否则加重病情甚至危及生命。我们观察 5 例妊娠患者，其中 1 例婴儿患脑积水，余均正常。此患儿是否与用药有关，需进一步观察。

五、重视机理研究

我们进行了对造血 I 号治疗再障的机理研究——对小鼠骨髓造血细胞动力学影响的观察，采用氘胸腺嘧啶脱氧核糖核苷 ($^3\text{H-TdR}$) 体内脉冲标记连续追踪法，通过动物模型实验结果证实，此方有直接促进骨髓造血干细胞的增殖作用。因此为临床疗效提供理论依据。

再生障碍性贫血的临床分型与治疗

黑龙江中医学院附属医院血液科(哈尔滨 150040)

于材声

近 30 年来国内外对再障的发病机理，临床分型及治疗做了大量的研究工作，明显地提高了疗效。为了找出再障客观规律质和量的区别，并从不同角度对再障提出一些分型标准，对于指导治疗、判断疗效和预后起到重要作用。一些学者提出在慢性型再障中“难治型和迁延型”即慢型再障的亚型。对迁延型及难治型再障目前尚缺乏客观分型标准及具体的治疗方案。笔者总结 842 例患者，认为以下 4 个类型可以概括国外的分型和不足。按 4 型分型标准提出治疗措施，可减少盲目用药情况。

一、单纯型 属肾阳虚型或气血两虚型。病程 < 1.5 年；症状轻，常有形寒肢冷或便溏，血红蛋白 $50 \sim 70\text{g/L}$ ，白细胞 $> 3.0 \times 10^9/\text{L}$ ，分叶核 > 0.30 ，血小板 $> 30 \times 10^9/\text{L}$ 。治疗以雄性激素(康力龙)加中药温补肾阳、补气养血之法联合治疗，多数患者可达到治愈。

二、迁延型 属肾阴阳两虚型兼有血瘀。病程 $> 1.5 \sim 10$ 年不等，迁延不愈，症状以贫血为主，耐受好，出血、感染轻，有阴阳两虚表现。血红蛋白 $30 \sim 50\text{g/L}$ ，白细胞 $> 2.5 \times 10^9$ ，分叶核 > 0.25 ，血小板 $> 25 \times 10^9/\text{L}$ 。骨髓增生低下。治疗用雄性激素加中药，以滋补肾阴，温补肾阳和活血化瘀之法，较单纯补肾效果为好。少数患者病程达 17 年而治愈。

三、难治型(顽固型) 属肾阴虚型或血瘀型。病程 $> 10 \sim 30$ 年，症状以贫血为主。出血、感染轻，每