

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

1~2个月输血1次,可长期维持生命,具有肾阴虚及血瘀证型。血红蛋白 $>25\sim40\text{g/L}$,白细胞 $>2.5\times 10^9/\text{L}$,分叶核 >0.30 ,血小板 $>25\times 10^9/\text{L}$,骨髓增生低下或极度低下。治疗可选用免疫抑制剂(环磷酰胺)、雄性激素加中药活血化瘀为主兼益气补肾之法联合治疗。此型疗效差。

四、再障危象(SAA、SAA I、SAA II) 属热毒溢血型或急劳髓枯型。病程10~120天。迁延型及难治型再障也可转变为再障危象。症状重,感染后高热不退或严重出血,多部位、多器官出血。血红蛋白 $30\sim 80\text{g/L}$,白细胞 $<2.0\times 10^9/\text{L}$,分叶核 <0.2 以下,血小板 $<20\times 10^9/\text{L}$,骨髓增生极度低下。治疗加强支持疗法和隔离措施,“急者治其标,缓者治其本”。在减轻症状的基础上,选用免疫抑制剂,有条件可用抗胸腺细胞球蛋白(ATG)加环孢菌素A(CAS)同雄性激素联合治疗,效果更佳。中药以清热解毒,凉血止血兼活血化瘀之法,多数患者可转危为安。对难治型病例治疗最难,需在今后实践中加深认识。

1991年10月第三届全国中西医结合血液病学术会议的论文中,提出补肾活血,益气活血较单用补肾之法明显提高了疗效,为治疗迁延型、难治型再障走出一条新路。多数学者实践证明:补肾活血法不仅刺激造血功能,促进造血细胞增殖分化,也可改善造血微环境。活血药物能提高红系细胞集落产率,并能改善骨髓基质功能、同雄性激素并用有双向调节功能和协同作用。近2年对迁延型和难治型再障进行单独观察总结,有效率为73%,无一例缓解和治愈,今后需加强上述两型再障的治疗研究。

再生障碍性贫血治疗之我见

上海中医学院附属曙光医院(上海 200021)

吴正翔

再生障碍性贫血是治疗较困难的疾病。按中医理论,肾主骨,有生髓作用,对骨髓造血组织有重要影响。再障实质是肾虚,故采用补肾法治疗。笔者经多年临床实践,运用辨证分型与骨髓造血组织增生状态之间的关系作治疗观察,发现如补肾的右归丸、十四味建中汤等对再障病例中肾阳虚型、骨髓有核细胞有病理性灶性增生的患者,即骨髓小粒细胞成分幼红细胞增生,非造血细胞同时亦增多的治疗效果较好。辨证分型无论属于何种类型,凡骨髓有核细胞增生极为低下的病例,临床症状长期处于慢性贫血表现者,治疗效果均比较差。说明补肾中药对再障的治疗效应,必须存在一定量的造血组织,才能发挥生髓作用,使造血功能得到恢复。慢性难治性重型再障兼有血瘀症状者,采用分期的中西医结合治疗,如患者免疫功能异常者加小剂量的皮质激素、环孢菌素A;干细胞培养细胞生长缺陷者加小剂量雄性激素类药。中药施用补肾填精与祛瘀生新法如首乌、地黄、菟丝子、肉苁蓉、巴戟天、鹿茸、炮附子、红参、阿胶、龟版、补骨脂、鸡血藤、丹参、茜草、三七等,经充分地维持治疗后,达到缓解标准的疗效时,再缓慢撤除激素类药,侧重用中药巩固维持治疗,能够促进骨髓基质功能,改善骨髓造血微环境,促进造血。从而提高了慢性重型再障的疗效。

针刺三阴交穴治疗指腕关节扭伤 26 例

新疆军区36131部队医院(新疆新源 835802) 张新春 郭海路

指腕关节扭伤是外科常见病。近来笔者运用针刺三阴交穴方法治疗该病26例,疗效满意,现报告如下。

临床资料 本组26例中,男21例,女5例。年龄最大50岁,最小16岁,平均22岁。病程最短0.5h,最长25天。26例中拇指关节扭伤12例,食指关节扭伤6例,中指关节扭伤4例,腕关节扭伤4例。

治疗方法 患者端坐位,取患肢对侧三阴交穴,局部皮肤常规消毒,用28号3寸毫针快速直刺入1~2寸,手法以泻为主,边行针边嘱患者活动患肢,待患肢疼痛减轻或消失后即可出针,不留针。每日1次或隔日1次,3次为1个疗程。26例均未使用其他治疗。

治疗结果 本组26例,针刺1次局部肿胀疼痛

完全消失,功能恢复者15例;针刺2次获效有7例,针刺3次获效有4例,全部治愈。

讨论 指腕关节扭伤属中医“瘀证”范畴,系因外力和局部活动不协调等因素引起气血运行受阻所致,治疗亦疏通经络,活血化瘀。以往多选用阳经上有关穴位,我们选择了足三阴经之会穴——三阴交,收到了迅速消肿止痛的效果。探讨机理可用整体交叉针刺平衡的理论解释,亦符合大脑皮层机能定位运动分析器左右交叉支配“倒人形”的现代观点。针刺该穴治疗指腕关节扭伤是新发现,效果确实,见效快,方法简便,患者易接受。其对陈旧性扭伤疗效有待进一步观察。