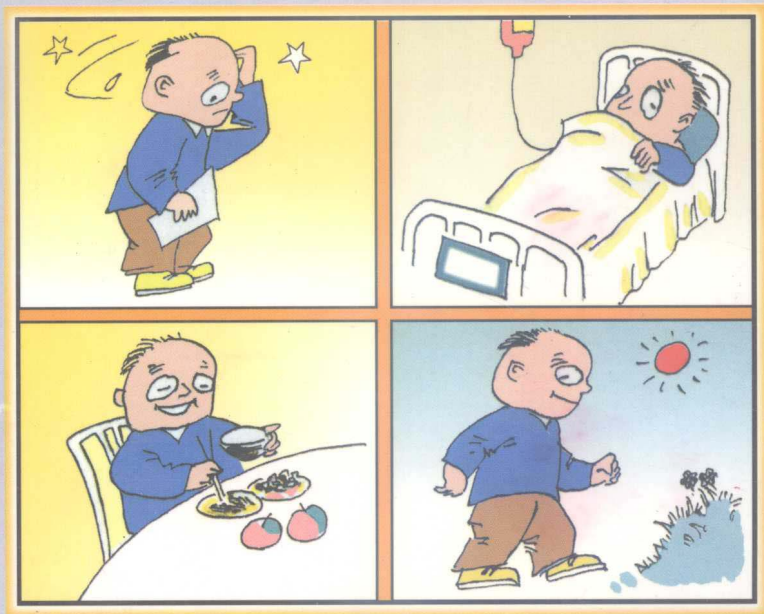


中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书

中西医结合治疗 难治血液病的良方妙法

吴大真 柯新桥 总编
刘敏 宋明福 张建平 主编



中国医药科技出版社

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书

中西医结合治疗 难治血液病的良方妙法

吴大真 柯新桥 总编

刘敏 宋明福 张建平 主编



中国医药科技出版社

登记证号：(京) 075 号

内 容 · 提 要

血液病是一种常见病、多发病、疑难病。不仅对患者生命危害很大，而且治疗上颇为棘手。在本书中作者用中西医结合的思路和方法，广收博采大量有关文献资料，并结合作者多年临床经验，对贫血性疾病、白细胞疾病、出血性疾病等共 27 种血液病进行了详细论述。全书突出治疗中的良方妙法及研究中的独创之处。不失为中西医合璧佳作，可供临床、教学、科研工作者使用。

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合治疗难治血液病的良方妙法/刘敏，宋明福主编。—北京：中国医药科技出版社，2000. 9

(中西医结合治疗难治病的良方妙法/吴大真，柯新桥主编)

ISBN 7-5067-2291-7

I. 中… II. ①刘…②宋… III. 血液病：疑难病-中西医结合疗法 IV. R552. 05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 71216 号

中国医药科技出版社 出版
(北京市海淀区文慧园北路甲 22 号)
(邮政编码 100088)

河北省香河县印刷厂 印刷
全国各地新华书店 经销

*

开本 787×1092mm $\frac{1}{32}$ 印张 22

字数 465 千字 印数 1—5000

2000 年 12 月第 1 版 2000 年 12 月第 1 次印刷

定价：33.00 元

丛书编委会

总 编 吴大真 柯新桥

副总编 周祯祥 郝建新

聂 广 李 燕

编 委 丁艳蕊 王国华

刘风云 刘建国

陈 梁 金福兴

黄保希 樊 群

黎烈荣 谭异伦

编 委 会

主 编 刘 敏 宋明福 张建平

编 委 (按姓氏笔画排序)

王作成 付赞梅

李从荣 彭 茵

编 者 的 话

《中西医结合治疗难治病的良方妙法》丛书，经编委会及各分册主编的共同努力，已陆续编撰出版发行，奉献给热心关注、爱护中医、中西医结合事业的朋友们。

可以说，中医和西医是两套几乎完全不同的医学理论体系，它们是在不同的历史条件下产生形成的。因此，其自然观、生命观、疾病观、诊疗观及至方法论等，均存在着明显的差异。然无数事实充分说明，临床实践中若能互相取长补短，有效地发挥中西医各自的优势，常可显著地提高某些疾病（尤其是一些疑难病例）的临床疗效，充分地显示了走中西医结合之路的广阔前景。鉴于此，我们特组织各地有关专家、教授，集体编撰这套以各科疑难杂病的防治为重点的大型临床参考丛书，其目的旨在反映目前中医、中西医结合防治疑难病的前沿研究状况，促进中医、中西医结合事业的健康发展。

全套丛书，重心内容以“难治病的中西医结合防治”为主，力图反映各科（或各系统）中医、中西医结合的最新研究进展。虽然如此，但其间仍然存在有不成熟的地方。我们怀着真诚的感情，希望广大读者关心她、批评她，使之成为中医、中西医结合的发展做出应有的贡献。

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书编委会
总编 吴大真 柯新桥

编写说明

血液病是一种常见病、多发病、疑难病，目前国内呈上升趋势，而且有些血液病，仍无特殊疗法，致使疗效不尽人意。近几十年来，中西医结合防治疾病的研究取得了日新月异的发展，尤其在血液系统疾病的防治方面出现了好的势头，更显示出中西医结合的优势。故系统整理前人的宝贵经验，挖掘行之有效的良方妙法，总结近年来临床、科研成果，促进血液病的深入研究，不仅是血液病治疗的需要，更是一件非常有意义的工作。所以，我们广收博采了大量专业文献及期刊报道，并结合自身临床体验，撰写了本书，其宗旨在于为广大血液病工作者提供有价值的参考资料，寄希望与仁人志士携手奋进，以推动血液病研究的深入发展。

本书的编写重点突出以下特点：

一、本书重点收录了血液系统常见、多发、疑难性疾病30余种。总体编写原则是：诊断以西医为主，防治以中医为主；略于基础理论，详于防治方法；以治为主，防治结合；力求反映中西医结合防治血液系统疾病的最新研究进展，突出全书的先进性、实用性和可靠性。

二、书中每种病均按【病因病理】、【临床表现】、【辅助检查】、【诊断要点】、【防治方法】及【研究进展】等六个方面内容进行编写。其中以【防治方法】为重点。编写时，力图全书体例基本统一。根据血液病学的特点，部分内容中依编写的需要作适当调整。总之，本书切合实际，重点突出，详

而不繁，简而不漏，层次清楚，查阅方便，对血液病工作者可谓之“良师益友”。

三、在每种病的【研究进展】项中，编者汇集了近年来国内文献期刊报道的临床经验及科研成果，用于反映中西医结合防治血液系统疾病的最新进展，为进一步研究提供新的思路与科学性依据。

四、本书所载之中西医结合治疗方法，其疗效一般比单纯运用中药或西药要高，确有参考价值。编写时所参考的国内有关文献及期刊报道，特随附篇后，以便读者查寻。

限于水平，加之时间仓促，尽管我们做了很大努力，书中错、漏之处在所难免，祈望广大读者批评斧正。

编者

2000年1月20日

目 录

上篇 贫血疾病

缺铁性贫血	1
再生障碍性贫血	28
巨幼细胞性贫血	73
溶血性贫血	86
骨髓增生异常综合征	108
继发性贫血	141
肾脏疾病与贫血	141
肝脏疾病与贫血	154
感染性贫血	164
老年性贫血	178

中篇 白细胞疾病

白细胞减少症和粒细胞缺乏症	194
类白血病反应	229
传染性单核细胞增多症	244
急性白血病	262
慢性白血病	314
恶性淋巴瘤	334
多发性骨髓瘤	372

原发性巨球蛋白血症·····	396
重链病·····	410
恶性组织细胞病·····	420
真性红细胞增多症·····	434
原发性免疫缺陷病·····	460
获得性免疫缺陷综合征·····	476
脂质沉积病·····	501
脾功能亢进·····	518

下篇 出血性疾病

过敏性紫癜·····	535
原发性血小板减少性紫癜·····	560
遗传性毛细血管扩张症·····	593
血小板增多症·····	602
血小板功能缺陷性疾病·····	616
血友病·····	637
弥散性血管内凝血·····	654

缺铁性贫血

缺铁性贫血 (IDA) 是由于机体对铁的摄入不足、需要量增加或丢失过多而引起体内铁的缺乏, 从而引起了血红蛋白的合成所引起的一种最常见的贫血, 约占贫血的 50%~80%, 典型病例贫血属于小细胞低色素型。缺铁分为三个阶段: 缺铁, 指贮存铁明显下降; 缺铁性红细胞生成, 指红细胞生成所需的铁供给不足; 最后使循环内血红蛋白总量减少而发生缺铁性贫血, 这三者总称为铁缺乏症。据世界卫生组织 (WHO) 调查, 缺铁性贫血是一种世界范围的常见病, 约占世界人口的 10%~20%, 发展中国家的发病率高于发达国家, 女性发病率高于男性。根据国内 8 个省市的调查, 在生育年龄的妇女 (特别是孕妇) 和婴幼儿中, 缺铁性贫血的发病率很高。婴幼儿从 3 个月开始已有铁缺乏, 3 个月~2 岁贮存铁水平降低, 缺铁各期总发病率达 39.6%~89.6%, 缺铁性贫血占 10%~48.3%。我国非妊娠育龄妇女的发病率为 11.39%, 妊娠育龄妇女的患病率为 21.6%。随着治疗水平的逐步提高, 缺铁性贫血的治愈率可高达 80%。但从大量临床资料来看, 儿童、孕妇及育龄妇女是发生本病的高危人群, 故其属于常见病、多发病, 不可低估其严重性。

本病属于祖国医学中“虚劳”、“萎黄”、“血虚”、“血证”、“黄肿”及“疳症”等范畴。

【病因病理】

一、西医

1. 长期负铁平衡 负铁平衡日久必将入不敷出，造成体内铁贮备耗竭而导致铁缺乏。其表现有：①铁摄入不足：正常人每日需铁量成年男子为5~10mg/d，成年妇女约7~20mg/d，妇女需要补充月经丢失的铁，1次月经平均失血40~60ml，相当于20~30mg铁，每日需多补充0.5~1mg铁。1岁以内的婴儿约需铁5~15mg/d。1次妊娠，胎儿需铁量约500mg，加之分娩与产期失血，需要增加铁约700mg，故妊娠期中平均每日需铁量约为3mg。婴幼儿及青春期体重、血容量及循环血红蛋白迅速增加，每日需铁量约0.5~1mg，亦要添加含铁丰富的食物或铁剂。动物性食物含铁为血红素铁，其含量丰富，吸收率甚高；植物性食物含铁为非血红素铁，吸收率很低，其中大米含铁尤低，因此，以大米为主食的地区，需进食一些含铁丰富的食物以弥补其不足。否则，均会因铁摄入不足而发生缺铁性贫血。②吸收障碍：铁吸收障碍是导致缺铁性贫血的重要原因之一，主要表现在：胃酸缺乏：导致铁盐的容解度下降，不利于还原性物质将高铁还原成无机亚铁，造成铁吸收障碍；胃肠道疾病：尤其是慢性腹泻与吸收不良综合征者，对铁的吸收不良，尤以后者吸收更差，日久必然产生缺铁性贫血；胃肠手术：特别是胃切除术及胃空肠吻合术者，因食物通过十二指肠过速或直接进入空肠，往往造成铁质吸收不利；肠粘膜铁酶活力下降及异食癖：肠粘膜铁酶（如细胞色素氧化酶）活力下降，使铁吸收减少，异食癖（最普遍的是泥土、粘土等）患者常进食非一般物质，

如粘土能在肠中作为离子交换树脂而干扰铁的吸收，从而引起铁缺乏。

2. 铁丧失增加 失血，尤其是长期慢性失血是导致缺铁性贫血最重要的原因。如果每天失血 3~4ml，就等于丢失 1.5~2mg 的铁，故反复慢性失血可造成铁贮存量显著减少。如月经过多、胃肠道出血、钩虫感染、反复鼻出血、痔血、反复子宫出血、人工瓣膜机械性溶血及特发性肺含铁血黄素沉着症等均可使铁丢失，终致体内贮存铁减少而引起缺铁性贫血。

3. 铁需要量增加 婴幼儿由于生长发育迅速，需铁量相对增多（每天约需铁 1.5~2.0mg）；青少年及月经期（每天约需铁 2.0mg）、妊娠期（每天约需铁 3mg）及哺乳期妇女需铁量亦是增加的。如果人工喂养的婴儿以含铁低的牛乳、米、面为主要饮食，未及时添加辅食（如肉、肝、蛋黄及青菜等），故造成缺铁；青少年、青年妇女及妊娠妇女，由于月经损失及供给胎儿生长发育，需铁量均增加，若饮食中含铁不足，均可导致缺铁性贫血。

二、中医

中医学认为缺铁性贫血的发生，主要是先天禀赋不足，饮食不节，劳倦过度，病久虚损引起脾胃虚弱、肾气不充所致。

1. 禀赋不足，肾精亏耗 肾为先天之本，先天禀赋充足，肾气旺盛，才能正常温煦脾阳，方能化生精微变化为血。当先天不足，肾精亏耗时，则血液的化生受到限制，从而出现腰膝酸软，形寒肢冷，面色晄白，神疲萎靡，头晕耳鸣，气短乏力，脉沉细无力等临床表现。

2. 脾胃虚弱，运化失常 “血者水谷精微化生于脾”，

“脾为气血生化之源”。脾胃受纳腐熟水谷，产生精微物质，为血的生成提供物质来源。血液生成的动力主要依靠脾的化生功能，如久病体虚，脾胃虚弱，不能正常运化水谷，一方面使胃不能受纳腐熟水谷而为脾的运化做准备，脾虚不能为胃行其津液，导致水谷不能化生精微；另一方面脾不升清，胃不降浊，脾胃运化功能失常，使精微物质不能正常输布运转，以致气血生化乏源，乃生本病。临床可见面色萎黄、神倦自汗、心悸气短。头晕目眩，食欲不振、腹痛腹泻，舌淡胖和脉细弱等。因此，脾胃虚弱是发生本病的关键病机。

3. 饮食不节，脾胃受损 脾胃为“气血生化之源”。如果饮食不节，损伤脾胃，运化失常，气血生化障碍，导致本病的发生。

4. 劳倦过度，脾肾不足 肾为先天之本，脾为后天之本，生理上相互资生，相互促进；病理上亦相互影响，互为因果。若劳倦伤肾，肾阳不足不能温煦脾阳，或脾阳虚弱，不能运化水谷精微则肾阳失其充养，从而导致脾肾两虚而发生本病。

5. 虫积肠中，扰乱胃肠 虫寄生肠中，吮吸水谷精微，造成胃肠功能紊乱，或崩漏、吐血、便血等反复出血，皆可导致血少气衰而引发本病。

【临床表现】

缺铁性贫血大多为隐匿性，进展缓慢，多数人对进行性贫血有明显地适应性，其临床表现主要有以下几个方面：

1. 贫血的一般症状 缺铁性贫血缓慢发病，主要表现为以下4个方面：①缺铁初期：血清铁不降低，仅有贮存铁减少；②缺铁潜期：仍无缺铁表现，但血清铁减少，转运铁蛋

白饱和度下降；③早期缺铁性贫血：临床表现轻或中度正细胞正色素性贫血，骨髓幼红细胞可利用铁减少，红细胞下降；④重度贫血：可出现疲乏无力，头晕、心悸，失眠、多梦，耳鸣、眼花、记忆力下降；甚至出现眩晕、气短；更严重时可见心力衰竭、心绞痛、恶心、呕吐、食欲减退、脘腹胀满等。

2. 缺铁性贫血的特殊表现 因贫血及缺氧引起脑水肿，视乳头苍白水肿，边缘模糊，视网膜水肿。有的病人可见腮腺肿大、肝脾肿大，有的病人可有异食癖（喜食泥土、生米、砖头、粉笔等）。铁剂治疗效果显著。

3. 细胞内含铁酶减少的体征 常表现为口腔炎、舌炎、唇炎、视乳头萎缩、口角皲裂，严重时吞咽困难。还可见指（趾）甲扁平、变薄易脆、反甲、无光泽；皮肤干燥、萎缩、头发干燥易脱落。如慢性胃炎，伴有舌炎、吞咽困难、同时存在口痛，称之为 plummer-Vinson 综合征。

4. 缺铁性贫血的原发病与并发症的表现 如肝脾肿大、肝功不良、肝掌、蜘蛛痣，以及食管静脉曲张出血的肝病史；上腹部周期性及规律性疼痛的溃疡病史；月经过多等的妇科病史等。

另外，婴幼儿缺铁可出现厌食固体食物，呼吸道及消化道易发生感染，而且断奶困难。

【辅助检查】

1. 血象 典型特征为小细胞性低色素性贫血。血红蛋白减少比红细胞减少更为明显。白细胞及血小板一般无特殊变化，网织红细胞正常或轻度减少。成熟红细胞体积小，红细胞平均容积（MCV） $< 80\text{Um}^3$ ，红细胞平均血红蛋白量

(MCH) $< 28\mu\text{g}$, 红细胞平均血红蛋白浓度 (MCHC) $< 30\%$ 。外周血涂片可见红细胞体积较一般红细胞为小, 大小形态不一, 中心苍白区扩大。

2. 铁缺乏检查

(1) 血清铁 (SI) 测定 是缺铁性贫血的早期诊断指标之一, $< 8.95\mu\text{mol/L}$, 铁饱和度 $< 15\%$;

(2) 血清铁蛋白 (SF) 测定 $< 15\mu\text{g/dl}$;

(3) 血清运铁蛋白饱和度 (TS) 测定 是诊断缺铁的主要指标, 总铁结合力 $> 71.6\mu\text{mol/L}$ 。

3. 红细胞游离原卟啉 (FEP) 测定 是形成血红蛋白的前身, 常 $> 0.9\mu\text{mol/L}$ 。

4. 骨髓象 幼红细胞增生活跃, 呈增生性贫血骨髓象, 以中、晚幼红细胞为主, 骨髓增生程度和粒红比例的差异较大, 红细胞增生程度和贫血严重程度之间无平行关系。严重贫血时幼稚红细胞体积小, 胞浆边缘不整, 着色偏蓝。铁粒幼红细胞阳性率及颗粒减少 (少于 15%), 骨髓可染铁消失或明显下降。

此外, 还可作铁的动力学检查, 在缺铁性贫血时 ^{59}Fe 的血浆清除加速, 血浆铁转换率正常或加速, 合成血红蛋白的铁利用率正常或增加。当用 DF^{32}P 测定红细胞的寿命缩短时, 常提示严重贫血。

【诊断要点】

(1) 对缺铁性贫血的诊断包括确定是否系缺铁引起的贫血和明确缺铁的原因两个方面。根据贫血患者有生理性铁需要量增加或丢失过多的病史, 并见疲乏无力、头晕心悸等, 白

细胞、血小板计数及网织红细胞均正常，血涂片中发现典型的中心浅染区增大的红细胞，骨髓增生正常，即可作出初步诊断。

(2) 对缺铁性贫血早期不能确诊时，可进一步做有关实验室检查：如血清铁蛋白（是诊断铁缺少可靠而灵敏的指标） $\leq 8.95\mu\text{mol/L}$ ；红细胞内游离原卟啉（是一种较早、较敏感的生化指标） $> 0.9\mu\text{mol/L}$ ；运铁蛋白饱和度 $< 16\%$ 。以上3项中有2项异常即可诊断缺铁性贫血。在无条件做检查的基层单位，亦可用铁剂进行诊断性治疗，对缺铁性贫血可疑者在服用铁剂后有网织红细胞升高，随后血红蛋白上升即可诊断。

(3) 本病还应与营养性贫血、慢性疾病性贫血、无运铁蛋白血症、特发性肺含铁血黄素沉着症、地中海贫血及铅中毒等相鉴别，针对各自独特的临床表现进行治疗。

【防治方法】

对病因明确的缺铁性贫血，采用铁剂及中药配合治疗，同时加用饮食（含铁丰富的饮食）疗法，尚可取得满意疗效。

一、一般措施

1. 预防方法 根据本病缓慢发病的特点，首先是在易感人群中大力开展卫生宣传，在钩虫病流行地区进行大规模的寄生虫防治工作，使其预防缺铁性贫血的发生。

2. 其他方法 易感人群必须注意清洁卫生，以避免钩虫感染；尽可能不使用影响铁吸收和加速铁排泄的药物。

3. 饮食调护 改进婴儿的哺育方法，及时添加适当的辅助食品；妊娠后期及哺乳期间可每日口服硫酸亚铁 $0.2\sim$