

常见血液病 中西医治疗

孟昭泉 孙忠亮 主编



金盾出版社

常见血液病中西医治疗

主 编

孟昭泉 孙忠亮

副主编

冯冉冉 仇文媛 孟靓靓

编著者

孟靓靓 孙忠亮 冯冉冉

孟昭泉 仇文媛 张成书

米亚南 孟现伟 王 坤

郝海霞 路 芳 陈夫银

吴 菲 李 毅 毕 颖

刘厚林 卢启秀

金 盾 出 版 社

内容提要

本书简要介绍了常见血液病的病因、临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断等内容;重点介绍了血液病的西医治疗方法和中医治疗方法(包括辨证治疗、常用中成药、单方验方及其他疗法)。该书通俗易懂,内容全面,方法简便,实用性强,可供基层医务人员阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

常见血液病中西医治疗/孟昭泉,孙忠亮主编. —北京:金盾出版社,2017.3

ISBN 978-7-5186-1005-1

I. ①常… II. ①孟…②孙… III. ①血液病—中西医结合疗法 IV. ①R550.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 217015 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 83219215

传真:68276683 网址:www.jdcbs.cn

封面印刷:北京印刷一厂

正文印刷:双峰印刷装订有限公司

装订:双峰印刷装订有限公司

各地新华书店经销

开本:850×1168 1/32 印张:12.25 字数:306 千字

2017 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

印数:1~4 000 册 定价:37.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

前 | 言

随着人类社会科学技术的进步,工农业生产的迅猛发展,有些血液病(如白血病)在逐年增多。在我国,白血病发病率为 2.76/10 万,在恶性肿瘤死亡率中,男性第六位,女性第八位,在儿童及 35 岁以下成年人中则居第一位。缺铁性贫血仍是世界上最常见的贫血,在育龄妇女和婴幼儿中的发病率很高,全球有 6 亿~7 亿人患有缺铁性贫血。在多数发展中国家里,约 2/3 的儿童和育龄妇女缺铁,其中 1/3 患缺铁性贫血;在发达国家中,也有约 20% 的育龄妇女及 40% 左右的孕妇患缺铁性贫血。在我国,因叶酸缺乏所致的巨幼红细胞贫血较为多见,以山西、陕西、河南及山东等地多发;维生素 B₁₂ 缺乏者较少,恶性贫血极为罕见。而在欧美国家,维生素 B₁₂ 缺乏及体内产生内因子抗体所致的恶性贫血较多见。为此,开展血液病防治工作任重而道远。

提高血液病的诊治水平,普及防治知识,关心患者的身心健康,对提高我国人口素质和生活质量极为重要。如果广大群众掌握一些常见血液病的中西医诊疗方法,便可及时有效的预防和治疗血液病,这不但节省了宝贵的时间,而且可

做到有病早治,无病早防。在长期临床工作中,我们经常采用中西医结合的方法治疗疾病,获得花钱少、见效快的效果。有时我们也经常指导患者及其家属了解血液病的临床表现,掌握一些简易方法,配合医生治疗,常能收到较好的疗效。为此,我们组织血液病专家,参考有关国内外资料,依据血液病的特点编写了《常见血液病中西医结合治疗》一书。

本书简要介绍了 24 种血液病的病因、临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断等内容;重点介绍了血液病的西医治疗方法和中医治疗方法(包括辨证治疗、常用中成药、单方验方及其他治疗方法)。本书通俗易懂,内容全面,方法简便,实用性强,可供基层医务人员阅读参考。

由于水平所限,书中不足之处敬请专家、同仁和广大读者赐教。

孟昭泉 孙忠亮



目 录

一、缺铁性贫血	(1)
(一)病因	(1)
(二)临床表现	(2)
(三)辅助检查	(3)
(四)临床分期	(4)
(五)诊断与鉴别诊断	(5)
(六)西医治疗	(7)
(七)中医治疗	(10)
二、巨幼细胞贫血	(15)
(一)病因	(15)
(二)临床表现	(17)
(三)辅助检查	(19)
(四)诊断与鉴别诊断	(21)
(五)西医治疗	(22)
(六)中医治疗	(25)
三、再生障碍性贫血	(27)
(一)病因	(27)
(二)临床表现	(33)
(三)辅助检查	(37)



(四)诊断与鉴别诊断	(38)
(五)西医治疗	(40)
(六)中医治疗	(50)
(七)预后	(53)
四、阵发性睡眠性血红蛋白尿症	(55)
(一)病因	(55)
(二)临床表现	(56)
(三)辅助检查	(60)
(四)诊断与鉴别诊断	(63)
(五)西医治疗	(67)
(六)中医治疗	(70)
(七)预后	(72)
五、自身免疫性溶血性贫血	(74)
(一)病因	(74)
(二)临床表现	(75)
(三)辅助检查	(76)
(四)诊断	(76)
(五)西医治疗	(77)
(六)中医治疗	(80)
六、真性红细胞增多症	(84)
(一)病因	(84)
(二)临床表现	(86)
(三)辅助检查	(87)
(四)诊断与鉴别诊断	(89)
(五)西医治疗	(90)
(六)中医治疗	(94)
(七)预后	(96)



七、白细胞减少症	(97)
(一)病因	(98)
(二)临床表现	(104)
(三)辅助检查	(105)
(四)诊断与鉴别诊断	(106)
(五)西医治疗	(108)
(六)中医治疗	(111)
八、急性髓细胞性白血病	(114)
(一)病因	(114)
(二)临床表现	(116)
(三)辅助检查	(121)
(四)诊断分型	(123)
(五)鉴别诊断	(129)
(六)西医治疗	(130)
(七)中医治疗	(139)
九、急性淋巴细胞白血病	(142)
(一)病因	(143)
(二)临床表现	(144)
(三)辅助检查	(146)
(四)诊断与鉴别诊断	(149)
(五)西医治疗	(151)
(六)中医治疗	(160)
十、慢性髓细胞白血病	(163)
(一)病因	(163)
(二)临床表现	(164)
(三)辅助检查	(165)
(四)诊断与鉴别诊断	(166)
(五)西医治疗	(168)



十一、慢性淋巴细胞白血病	(174)
(一)病因	(174)
(二)临床表现	(178)
(三)辅助检查	(180)
(四)诊断与鉴别诊断	(183)
(五)西医治疗	(186)
(六)中医治疗	(192)
十二、骨髓增生异常综合征	(195)
(一)病因	(195)
(二)临床表现	(196)
(三)辅助检查	(198)
(四)诊断与鉴别诊断	(202)
(五)西医治疗	(205)
(六)中医治疗	(210)
十三、淋巴瘤	(214)
(一)病因	(215)
(二)临床表现	(218)
(三)西医治疗	(228)
(四)中医治疗	(239)
十四、传染性单核细胞增多综合征	(243)
(一)病因	(243)
(二)临床表现	(246)
(三)辅助检查	(249)
(四)西医治疗	(250)
(五)中医治疗	(252)
十五、骨髓纤维化	(255)
(一)病因	(255)
(二)临床表现	(256)



(三)辅助检查.....	(258)
(四)诊断与鉴别诊断.....	(260)
(五)西医治疗.....	(264)
(六)中医治疗.....	(268)
(七)预后.....	(271)
十六、过敏性紫癜	(272)
(一)病因.....	(272)
(二)临床表现.....	(272)
(三)辅助检查.....	(274)
(四)诊断与鉴别诊断.....	(274)
(五)西医治疗.....	(275)
(六)中医治疗.....	(276)
(七)预后.....	(278)
十七、原发免疫性血小板减少症	(279)
(一)病因.....	(279)
(二)临床表现.....	(280)
(三)辅助检查.....	(281)
(四)诊断与鉴别诊断.....	(281)
(五)西医治疗.....	(283)
(六)中医治疗.....	(287)
(七)预后.....	(291)
十八、血栓性血小板减少性紫癜	(292)
(一)病因.....	(292)
(二)临床表现.....	(294)
(三)辅助检查.....	(296)
(四)诊断与鉴别诊断.....	(297)
(五)西医治疗.....	(298)
(六)中医治疗.....	(299)



(七)预后	(302)
十九、原发性血小板增多症	(303)
(一)病因	(303)
(二)临床表现	(304)
(三)辅助检查	(306)
(四)诊断与鉴别诊断	(307)
(五)西医治疗	(308)
(六)中医治疗	(309)
(七)预后	(313)
二十、血友病	(314)
(一)病因	(314)
(二)临床表现	(315)
(三)辅助检查	(318)
(四)诊断	(318)
(五)鉴别诊断	(320)
(六)西医治疗	(321)
(七)中医治疗	(325)
(八)预后	(327)
二十一、弥散性血管内凝血	(328)
(一)病因	(328)
(二)临床表现	(329)
(三)辅助检查	(331)
(四)诊断	(334)
(五)西医治疗	(336)
(六)中医治疗	(339)
二十二、多发性骨髓瘤	(342)
(一)病因	(342)
(二)临床表现	(343)



(三)辅助检查·····	(347)
(四)骨髓瘤分型·····	(351)
(五)诊断与鉴别诊断·····	(353)
(六)西医治疗·····	(354)
(七)中医治疗·····	(359)
(八)预后·····	(361)
二十三、巨球蛋白血症·····	(364)
(一)病因·····	(364)
(二)临床表现·····	(364)
(三)辅助检查·····	(366)
(四)诊断与鉴别诊断·····	(367)
(五)西医治疗·····	(367)
(六)中医治疗·····	(368)
(七)预后·····	(370)
二十四、恶性组织细胞病·····	(371)
(一)病因·····	(372)
(二)临床表现·····	(372)
(三)辅助检查·····	(373)
(四)诊断与鉴别诊断·····	(375)
(五)西医治疗·····	(377)
(六)中医治疗·····	(378)
(七)预后·····	(380)



一、缺铁性贫血

缺铁性贫血是指体内储存铁不足,影响血红蛋白合成所引起的一种小细胞低色素性贫血,是世界各地包括我国贫血中最常见的一种。其发病率甚高,儿童、成年人或老年人均可发生。据世界卫生组织的调查报告,全世界有 10%~30% 的人群有不同程度的缺铁,男性发病率约为 10%,女性 >20%,亚洲发病率高于欧洲。最近,据世界卫生组织报告指出,第三世界有 50% 妇女由于营养不良而患贫血,称为营养性贫血。女性中(特别是孕妇)发生率可能要比男性高 10 倍,女性患病数字如此之大十分惊人,值得重视。防治营养不良性贫血已成为世界性关注的问题。

(一)病 因

1. 铁摄入减少 膳食不足,吸收过少,胃酸缺乏,胃部手术。

2. 铁丢失过多 胃肠道失血,肿瘤,胃炎,憩室炎,十二指肠溃疡,膈疝,溃疡性结肠炎,局限性回肠炎,钩虫感染,痔疮,动静脉畸形,多次献血,多次妊娠,慢性血管内溶血引起血红蛋白尿,遗传性毛细血管扩张,原发性含铁血黄素沉着症,凝血障碍性疾病或服用抗凝药。

3. 铁的需求量增加而摄入量不足 婴幼儿、青少年和育龄妇女,尤其是多次妊娠及哺乳的妇女需铁量增加,其饮食中缺少铁剂易引起缺铁性贫血。青春女性因月经来潮,且身体生长发育速度较快,对铁的需要量也大,易出现缺铁性贫血。

4. 铁的吸收效果不佳 患萎缩性胃炎、胃酸缺乏、胃大部切



除术后的患者,由于胃酸缺乏影响食物中高价铁游离化。另外,胃大部切除术后,食物未经过十二指肠而迅速进入空肠,或小肠黏膜病变、慢性腹泻、饭后大量饮茶因茶中藻酸使铁沉淀而影响被吸收,均可造成铁的吸收障碍而发生缺铁性贫血。

5. 失血 尤其是慢性失血是缺铁性贫血的最常见、最主要的原因。失血最多见的缺铁原因,在成年男性中为消化道出血,在成年女性中为月经量过多。慢性血管内溶血所致的铁随血红蛋白或含铁血黄素从尿中排出,也可引起缺铁性贫血,多见于阵发性睡眠性血红蛋白尿症。

(二)临床表现

缺铁性贫血的临床表现是由贫血、缺铁的特殊表现及造成缺铁的基础疾病所组成。

1. 贫血症状 贫血的发生是隐匿的。症状进展缓慢,患者常能很好地适应,并能继续从事工作。贫血的常见症状有头晕、头痛、乏力、易倦、心悸、活动后气短、眼花、耳鸣等。

2. 特殊表现 缺铁的特殊表现有口角炎、舌乳头萎缩、舌炎,严重的缺铁可有匙状指甲(反甲),食欲缺乏、恶心及便秘。欧洲的患者常有吞咽困难、口角炎和舌异常,称为 Plummer-Vinson 或 Paterson-Kelly 综合征,可能与环境及基因有关。吞咽困难是由于在下咽部和食管交界处有黏膜网形成,偶可围绕管腔形成袖口样的结构,束缚着食管的开口。常需要手术破除这些网或扩张狭窄,单靠铁剂的补充无济于事。

3. 非贫血症状 儿童生长发育迟缓或行为异常,表现为烦躁、易怒、上课注意力不集中及学习成绩下降。异食癖是缺铁的特殊表现,也可能是缺铁的原因,发生的机制不清楚。患者常控制不住地仅进食一种“食物”,如冰块、黏土、淀粉等,经补充铁剂治疗后

症状可消失。

4. 体征 除皮肤黏膜苍白、毛发干枯、口唇角化及指甲扁平、失光泽、易碎裂外,约 18% 的患者有反甲,约 10% 缺铁性贫血患者脾脏轻度增大。其原因不清楚,患者脾脏未发现特殊的病理改变,在缺铁纠正后可消失。少数严重贫血患者可见视网膜出血及渗出。

(三)辅助检查

1. 血常规 呈现典型的小细胞低色素性贫血(红细胞平均体积 < 80 毫微升、红细胞平均血红蛋白含量 < 27 毫微克、红细胞平均血红蛋白浓度 < 30 克/升)。红细胞指数改变的程度与贫血的时间和程度相关。红细胞宽度分布在缺铁性贫血的诊断中意义很难定,正常为 $(13.4 \pm 1.2)\%$,缺铁性贫血为 16.3% (或 $> 14.5\%$),特殊性仅为 $50\% \sim 70\%$ 。血片中可见红细胞染色浅淡,中心淡染区扩大,大小不一。网织红细胞大多正常或轻度增多。白细胞计数正常或轻度减少,分类正常。血小板计数在有出血者常偏高,在婴儿及儿童中多偏低。

2. 骨髓象 骨髓检查不一定需要,除非是需要与其他疾病的贫血相鉴别时。骨髓涂片表现增生活跃,幼红细胞明显增生。早幼红及中幼红细胞比例增高,染色质颗粒致密,细胞质少,血红蛋白形成差。粒系和巨核细胞系正常,铁粒幼细胞极少或消失。

3. 生化检查

(1)血清铁测定:血清铁降低 < 8.95 微摩/升,总铁结合力增高 > 64.44 微摩/升,故转铁蛋白饱和度降低。由于血清铁的测定波动大,影响因素较多,在判断结果时应结合临床考虑。在女性月经前 2~3 日、妊娠的后 3 个月,血清铁和总铁结合力均会降低,但不一定表示缺铁。

(2)血清铁蛋白测定:血清铁蛋白 < 14 微克/升。但在伴有炎



症、肿瘤及感染时可以增高,应结合临床或骨髓铁染色加以判断。缺铁性贫血患者骨髓红系细胞内及细胞外铁染色均减少或缺如。

(3)红细胞游离原卟啉测定:红细胞游离原卟啉增高表示血红蛋白合成有障碍,用它反映缺铁的存在是较为敏感的方法。但在非缺铁的情况(如铅中毒)及铁粒幼细胞贫血时,红细胞游离原卟啉亦会增高,应结合临床及其他生化检查综合考虑。

(4)红细胞内碱性铁蛋白测定:用放射免疫法或酶联免疫法可以测定红细胞内碱性铁蛋白,可反映体内铁储存的状况,如 <6.5 皮克/红细胞,表示铁缺乏。此结果与血清铁蛋白相平行,受炎症、肿瘤及肝病的影响较小是其优点。但操作较复杂,尚不能作为常规使用。

4. 其他辅助检查 为明确贫血的病因或原发病,尚需进行多次大便隐血、尿常规检查,必要时还应进一步查肝功能、肾功能,胃肠X线检查、胃镜检查及相应的血生化、免疫学检查等。

(四)临床分期

1. 隐性缺铁期 患缺铁性贫血时,体内缺铁变化是一个渐进的发展过程。在缺铁初期,仅有储存铁减少,即在骨髓、肝、脾及其他组织储存备用的铁蛋白及含铁血黄素减少,血清铁不降低,红细胞数量和血红蛋白含量也维持在正常范围,细胞内含铁酶类亦不减少。当储存铁耗尽,血清铁降低时,仍可无贫血表现,本阶段亦称缺铁潜伏期。

2. 缺铁性贫血早期 当储存铁耗尽,血清铁开始下降,铁饱和度降至15%以下,骨髓幼红细胞可利用铁减少,红细胞生成受到限制,则呈正细胞正色素性贫血,临床上开始表现轻度贫血症状。

3. 重度缺铁性贫血 当骨髓幼红细胞可利用铁完全缺乏,各种细胞含铁酶亦渐缺乏,血清铁亦下降或显著降低,铁饱和度降低

至10%左右,骨髓中红细胞系统呈代偿性增生,此时临床上则表现为小细胞低色素的中、重度缺铁性贫血,贫血症状显著。

(五)诊断与鉴别诊断

1. 诊断 缺铁可分为缺铁、缺铁性红细胞生成及缺铁性贫血,三者总称为铁缺乏症。1982年,全国小儿血液病座谈会提出了小儿缺铁性贫血的诊断标准,而国内成年人尚缺乏公认的诊断标准。

(1)缺铁性贫血的诊断标准

①小细胞低色素性贫血,男性血红蛋白 <120 克/升,女性血红蛋白 <110 克/升(孕妇血红蛋白 <100 克/升),红细胞平均体积 <80 毫微升,红细胞平均血红蛋白含量 <26 毫微克,红细胞平均血红蛋白 <310 克/升,红细胞形态有明显低色素表现。

②有明确的缺铁病因和临床表现。

③血清铁 <8.95 微摩/升,总铁结合力 >64.44 毫微摩/升。

④运铁蛋白饱和度 <0.15 。

⑤骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失,铁粒幼红细胞 $<15\%$ 。

⑥红细胞游离原卟啉 >0.9 微摩/升(全血)或血液锌原卟啉 $>$ 每日60微摩/升(全血)或红细胞游离原卟啉/血红蛋白 >4.5 微克。

⑦血清铁蛋白 <14 微克/升。

⑧铁剂治疗有效。

符合第1条和2~8条中任何2条以上者,可诊断为缺铁性贫血。

(2)储铁缺乏的诊断标准

①血清铁蛋白 <14 微克/升。

②骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失。

(3)缺铁性红细胞生成的诊断标准:符合以下任何一条即可诊