

# 临床中医诊疗精要

(下)

赵学印等◎主编

# 第七章 血液系统疾病

## 第一节 慢性再生障碍性贫血

### 一、概述

慢性再生障碍性贫血属于中医学“虚劳”、“血证”、“血虚”、“虚损”等范畴。其病因病机，中医学认为是在外感六淫、内伤七情、饮食不节、劳倦过度、药物毒邪等因素的作用下，伤及脏腑阴阳，尤其是肝脾肾及骨髓，因肾藏精主骨生髓、肝主藏血、脾为气血生化之源及主统血，血之化生、运输储藏与肝脾肾及骨髓的正常运行关系密切。

### 二、病机

#### (一)发病

本病病因诸多，或因禀赋不足，肾气虚弱，肾不藏精，精不化血，血无所化生，而生虚劳诸症；或后天失养，饮食不节，房劳过度，积劳内伤，形神过耗，渐至元气亏损，精血虚少，脏腑功能衰退，气血生化不足而致气血亏虚；外感六淫，伤及脏腑，脏腑功能失调，或气血生化失司，或耗气伤血，气血亏虚，发为本病。

#### (二)病位

气血之虚，应责之于脾肾，肾为先天之本，脾为后天之源；肾主藏精、生髓，髓为血海，肾精虚损、肾阳不足则不能温养五脏，因之心虚不能主血，脾虚不能统血，肝虚不能藏血，肺虚卫外不固，因而虚损与肾的关系最为密切。脾主升清，水谷精微经脾脏升清变化而赤是谓血，脾脏受累，气血生化不足而发为血虚；肝肾同源，子病及母，肝肾俱虚，或为肝肾阴虚，或为肾阳虚衰，而引发本病，故本病病位在肾，可涉及肝脾。

#### (三)病性

本病起病多缓慢，发病隐袭，多迁延日久，以正虚为主，或虚实错杂，本虚标实之证。或肾阳虚衰，无以主骨生髓，不能温煦形体，气化失常，精血生化无权，而成虚劳；或肾阴亏虚，真阴不足，亢阳无所制，灼伤津液，血液生化乏源而出现虚劳血虚、阴虚内热等表现；或阴阳俱损，或气血阴阳俱虚，导致气滞、血虚、血瘀、痰火交互为病，更伤正气，使肾虚益甚；本病病程一般较缓，但亦有正虚卫外功能失司，感受外邪，病情突变，出现以温热、痰火、毒邪等标实表现者。

#### (四)病势

本病一般起病缓慢，因先天禀赋不足，烦劳过度，饮食不节，外感六淫，药物或化学毒物损伤，导致脾肾受损，致使肾不藏精、脾失运化，精血不能化生，发为本病。偏于肾阴虚，则水不涵木，肝肾同病，肝肾阴虚；肾阴日久不复，阴损及阳，致肾阴阳两虚；肾阳虚衰，病程日久，脾脏失于温煦，脾阳不振，导致脾肾阳虚；病情较重者，真阴真阳耗损，可以出现阴阳离绝的危证，危及生命；或本有正虚，复感温邪，邪毒充斥内外，营卫气血同病，瘀热内结，或逆传心包，或深入骨髓，使脏气衰败而死。

#### (五)病机转化

本病由先天禀赋不足,烦劳引起者,以肾虚为主,或由感受六淫外邪,耗伤精血,日久伤肾,导致肾阴不足,阴损及阳,病程日久,致肾阴阳两虚,脾失温煦,可以出现脾肾两虚之表现。本病病机转化主要在于脾肾失调,阴阳盛衰以及正虚邪实之间的相互关系。阴损及阳者,一般肾阴不足,水不涵木,波及肝脏,引起肝肾阴虚,日久肾阳受损,脾失温煦,导致脾肾阳虚;气血亏虚日久,气血运行迟滞,可以留滞为瘀,瘀血阻碍气机,气滞与血瘀交互为病;由于正气虚弱,卫外不固,易于感受六淫邪毒,邪毒乘虚入里,深入营血、骨髓,耗伤气血,而出现邪实正衰之虚实夹杂之表现。本病一般先有阴虚表现,而后出现肾阴阳两虚、肾阳虚、脾肾阳虚的表现为顺证,亦有在病程之中感受温热邪毒,邪毒充斥内外,邪毒内陷,导致阴阳离绝,危及生命;或温热毒邪灼伤阴液,邪毒虽去,而阴液不复,出现阴精耗损之征象。

### 三、诊断

#### (一)临床表现

慢性再生障碍性贫血起病和进展大多缓慢,病程漫长,部分患者病程长达10年以上。发病年龄多在2~46岁,以青壮年居多。

##### 1. 症状

(1)贫血:多不十分严重,常见症状为衰弱无力、头昏、心悸等。贫血症状呈一慢性过程,经过输血可以改善,血红蛋白可有升高。但短一段时间后,血红蛋白又可能有下降趋势。

(2)发热:约半数患者可有发热,以低、中度发热多见,但高于39℃的高热者比急性型少,且每次发热时间短,很少有持续1星期以上者。主要原因是感染,其中以上呼吸道感染及不明原因的发热(未发现感染灶)最常见,其次为齿龈炎、支气管炎,而肺炎、败血症等严重感染少见。感染的控制也比急性型容易。

(3)出血:出血倾向较轻,以表浅出血为主,出血多表现为龈血、皮下出血、衄血,女性患者可有阴道出血,内脏出血甚少。本病病程长,出血程度未见随病程延长而加重的规律,其出血倾向比较容易控制,久治无效的晚期患者可发生脑出血。此时,患者可出现剧烈的头痛和呕吐。

##### 2. 体征

(1)皮肤:苍白,部分均有皮下出血,以散在的小的出血点为主,由针尖大小到小米粒大小不等,四肢躯干均可见到。不易发生大片瘀斑和血肿。病程漫长,输血频繁的患者,由于含铁血黄素的沉着,皮肤颜色变为灰黑。晚期患者也可出现豆大的、突出皮肤表面的出血点。

(2)眼、鼻腔、口腔:可有黏膜出血,以睑结膜出血为多见,呈点状或小片状。眼底视网膜也可有点状或片状出血,但通过及时处理可以逐渐吸收。当视网膜及口腔黏膜反复出血时,也要警惕脑出血之可能。鼻腔可见鼻中隔出血,常为小静脉出血,小动脉出血少见,比较容易控制。口腔可见牙龈少许渗血,易于止血。也可见黏膜血泡,舌面血泡较少见。

(3)淋巴结:一般无浅表淋巴结肿大。当合并感染时,可有局部浅表淋巴结肿大。

(4)肺与心脏:肺部常无明显体征。长期贫血可致心脏扩大、心率增快,大部分患者可出现贫血性心脏杂音。

(5)其他:臀部肌肉注射处可以继发感染,本型脑出血的发生远较急性型少见,故神经系统的体征较少出现。

#### (二)实验室检查

### 1. 血象

(1) 血红蛋白及红细胞: 为正色素性正细胞贫血。血红蛋白最低可达  $20\sim 30\text{g/L}$ , 最高可达  $100\text{g/L}$ , 多在  $40\sim 60\text{g/L}$ 。

(2) 网织红细胞: 低于正常之  $0.5\%\sim 1.5\%$ 。

(3) 白细胞及分类: 白细胞计数减少多数在  $(2\sim 3)\times 10^9\text{L}$ ; 分类计数淋巴细胞的比例增高, 最高可达  $60\%\sim 70\%$ 。

(4) 血小板: 血小板计数低于正常, 大多在  $(10\sim 30)\times 10^9\text{L}$ 。

### 2. 骨髓象

骨髓穿刺物中, 骨髓颗粒减少, 脂肪滴增多。大多数患者多部位穿刺涂片呈现增生不良, 粒系及红系细胞减少, 淋巴细胞、浆细胞、组织嗜碱细胞相对增多, 巨核细胞减少。粒细胞系正常或低于正常, 红细胞系增多, 以晚幼红细胞为主, 成熟红细胞轻度大小不均, 有少量多嗜性红细胞。

### 3. 骨髓活镜检查

骨髓增生不良, 红骨髓显著减少, 被脂肪组织所代替, 造血细胞总数和粒、红、巨三系细胞数均可减少, 并可见非造血细胞分布在间质中。

### 4. 其他检查

可以见到中性粒细胞碱性磷酸酶活性增高; 血清铁升高, 总铁结合力下降, 转铁蛋白饱和度增加; 血中促红细胞生成素高于正常。

### (三) 诊断标准

#### 1. 国内诊断标准

(1) 全血细胞减少, 网织红细胞绝对值减少。

(2) 一般无肝脾肿大。

(3) 骨髓至少 1 个部位增生减低或重度减低(如增生活跃, 须有巨核细胞明显减少), 骨髓小粒非造血细胞增多(有条件者作骨髓活检等检查, 显示造血组织减少, 脂肪组织增加)。

(4) 能除外引起全血细胞减少的其他疾病。如阵发性睡眠性血红蛋白尿症、骨髓增生异常综合征中的难治性贫血、急性造血功能停滞、骨髓纤维化、急性白血病、恶性组织细胞病等。

(5) 一般来说抗贫血药物治疗无效。

根据上述标准诊断为再生障碍性贫血后, 再进一步分析为急性再生障碍性贫血还是慢性再生障碍性贫血。

#### 2. 慢性再生障碍性贫血的诊断标准

(1) 临床表现: 发病缓慢, 贫血、感染、出血均较轻。

(2) 血象: 血红蛋白下降速度较慢, 网织红细胞、白细胞、中性粒细胞及血小板值常较急性再生障碍性贫血为高。

(3) 骨髓: ①三系或两系减少, 至少 1 个部位增生不良, 如增生良好, 红系中常有晚幼红(炭核)比例升高, 巨核细胞明显减少; ②骨髓小粒中非造血细胞及脂肪细胞增加。

病程中如病情恶化, 临床、血象及骨髓象与急性再生障碍性贫血相似, 则称重型再生障碍性贫血 II 型。

(以上标准参照张之南主编.《血液病诊断及疗效标准》(第 2 版). 北京: 科学出版社, 1998, 2: 33—35)

## 四、辨证论治

### (一)辨证要点

#### 1. 面色苍白证候

多因禀赋不足或后天失养而致肾阳虚衰,肾为先天之本,主藏精、生髓,肾精亏虚,无以主骨生髓化血,而致血虚,兼见腰膝酸软,畏寒肢冷,下利清谷或五更泄泻,舌质淡胖有齿痕,苔白,脉沉细或沉迟;若肾阴不足,肾虚失养,可以兼见腰酸,肾阴亏虚,虚火易动,精关不固则遗精,阴亏髓海不足,脑失濡养,可见眩晕、耳鸣,虚火上炎,则致口干、咽痛,舌红少津苔干,脉细数;或损伤脾脏,脾为后天之本,气血生化之源,脾脏受损、脾气虚弱或脾阳不足,不能腐熟运化水谷,水谷不能化生精微,气血生化无源,气血不足,常兼见食少纳呆,形寒肢冷,神疲乏力,少气懒言,大便溏泄,舌质淡,苔白脉弱。或久病,阳损日久,累及于阴,阴虚日久,累及于阳,导致阴阳两虚,可以兼见肾阴虚及肾阳虚表现,苍白、乏力并有手脚心热、盗汗、自汗、怕冷、口渴咽干、但不思饮、便溏、舌淡苔白、脉细数或虚大而数。

#### 2. 周身乏力证候

多因脾胃受伤,气血生化乏源,无力荣养四肢而周身乏力,常兼见面色苍白,食少纳呆,食后胃脘不舒,大便溏薄,舌淡,苔白,脉弱;部分患者可由脾肾两虚所致,而兼见腰膝酸软小便清长,舌淡,苔白,脉沉细。

#### 3. 头晕证候

由于气血亏虚,气虚则清阳不展,血虚则脑失所养,头晕遇劳则加重,常兼见面色晄白,唇甲不华,发色不泽,心悸少寐,神疲乏力,少气懒言,食少纳呆,舌质淡,脉细弱;或由肾精不足,不能上充于脑而见头晕,肾虚则心肾不交,故少寐、多梦、健忘,肾虚精关不固,则遗精,偏于阴虚者,五心烦热,舌质红,脉弦细数,偏于阳虚者,四肢不温,形寒肢冷,舌质淡,脉沉细无力。

#### 4. 心悸证候

多因气血两虚所致,心血不足,不能养心而见心悸,气血亏虚可见倦怠乏力,舌质淡,苔白,脉细弱;或肾阴不足,水不济火,以致心火内动,扰动心神,而见心悸而烦,不得安寐,兼见腰酸,眩晕耳鸣,手足心热,舌质红,少苔,脉细数。

#### 5. 出血证候

气为血之帅,可以鼓动血液运行,血为气之母,可以载气运行,阴阳平和则血运脉中,周流不息,绝无出血之虞。若中气不足,或肾阳亏虚,不能温煦脾阳,脾阳气虚衰,不能统摄血液,血不循经溢于脉外,则见出血之候。肾阴虚衰,阴虚火旺,虚火灼伤血脉,血行脉外,引起出血,而见肌衄、齿鼻衄血。瘀血阻络,血不循经亦可见出血症状。

### (二)辨证论治

#### 1. 肾阴虚

##### (1)证候:分主症、兼症、形证。

主症:面色苍白,乏力,手足心热,低热盗汗。

兼症:轻者出血较轻,重者出血明显,皮下、口鼻均可出血,甚至眼底及内脏出血。腰酸腿软,大便干结,尿黄。

形证:舌质淡或舌红少苔,脉滑数或细数。

##### (2)治法:滋阴补肾。

(3)方药:大补阴丸(《丹溪心法》)。熟地黄 20~25g,龟版 15~30g,知母 5~10g,黄柏 5~10g,猪脊髓 30g。

方中熟地黄、龟版滋阴补肾,壮水制火为君药;黄柏、知母相须为用,苦寒降火,存阴抑阳,均为辅药,猪脊髓乃血肉甘润之品,既能滋补精髓,又可制约黄柏之药燥,为佐使。诸药合用,滋阴精而降相火,可达培本清源之效。

(4)备选方:以肾阴虚为主,虚火不甚可用左归丸(《景岳全书》),以养阴补肾,亦可应用六味地黄汤(《小儿药证直诀》)滋阴补肾,令补中有泻,寓泻于补,滋补而不留邪。

(5)加减:气虚者加太子参、黄芪以补气;出血者加仙鹤草、茜草、紫草凉血止血,加淫羊藿、补骨脂以求阳生阴长;阴虚明显者加女贞子、旱莲草、枸杞子、菟丝子滋补肝肾。

(6)临证事宜:本证以苍白,乏力,手足心热,低热,盗汗为主要辨证依据,故方中侧重于熟地、龟版滋阴补肾,辅以知母、黄柏清下焦火,以达滋阴降火之效,使阴阳平和,肾阴充实,精血化生有源。

## 2. 肾阳虚

(1)证候:分主症、兼症、形证。

主症:面色苍白,乏力,畏寒喜暖,手足不温,腰酸膝软。

兼症:夜尿多,性欲减退,阳痿遗精,大便稀溏,面浮肢肿。

形证:舌质淡,体胖、边有齿痕,脉沉细或细弱。

(2)治法:温肾助阳,填精益髓。

(3)方药:右归丸(《景岳全书》)加减。熟地黄 15~20g,淮山药 15~20g,山茱萸 10~15g,杜仲 10~15g,菟丝子 15~20g,制附子 5~10g,鹿角胶 10g(烊化),肉桂 8g,当归 10~15g,枸杞子 20g。

方中以熟地黄滋阴填精为主药,辅以山茱萸、枸杞子、杜仲、菟丝子、当归滋补壮肾,配以制附子、肉桂、鹿角胶温补肾阳,以淮山药补中健脾。诸药合用,滋阴药与补阳药配伍,阴生阳长,阴阳互根;补肾药与补肝脾药同用,重在补肾,而具有温肾填精作用。

(4)备选方:偏于脾肾阳虚,可以应用人参养荣汤(《太平惠民和剂局方》)、归脾汤(《济生方》)温肾健脾,益气补血。

(5)加减:气虚明显者加人参 10g,黄芪 30g 补益元气;脾虚甚者加炒白术 12g,茯苓 15g,砂仁 3g 健脾和胃;衄血者加仙鹤草 18g,三七粉 3g 以凉血活血止血;虚胖浮肿者加茯苓 15g,泽泻 10g,桂枝 10g 温阳利水等;阳虚明显者加补骨脂 30g,淫羊藿 15g,巴戟天 15g,锁阳 15g 以加强温肾助阳之功。

(6)临证事宜:本证以苍白,乏力,畏寒喜暖,手足不温,腰酸膝软为辨证依据,治疗之时以熟地、鹿角胶、附子、肉桂温肾助阳为主,善补阳者,于阴中求之,并用菟丝子、枸杞子滋阴补肾;可以加用人参、黄芪补益元气,使元气充足,利于气血化生。

## 3. 肾阴阳两虚

(1)证候:分主症、兼症、形证。

主症:面色苍白,乏力,五心烦热,盗汗自汗,畏寒肢冷。

兼症:口渴咽干或渴不思饮,便溏,少量出血。

形证:舌淡苔白,脉细数或虚大而数。

(2)治法:阴阳双补。

(3)方药:参芪仙补汤加味。

太子参 30g,党参 20g,人参 10g,黄芪 30g,淫羊藿 10g,补骨脂 15g,甘草 10g,仙鹤草 30g,女贞子 15g,旱莲草 15g,当归 10g,生地黄 15g,天门冬 12g,阿胶 10g(烊化)。

方中以三参(人参、太子参、党参)、黄芪等补中益气健脾,淫羊藿、补骨脂益肾助阳,女贞子、旱莲草、天门冬、生地黄滋补肝肾,阿胶、当归养血补血,甘草调和诸药,诸药共奏滋阴济阳,健脾生血之功。

(4)备选方:偏于肾阳虚者,可用金匱肾气丸(《金匱要略》)加减,以温肾助阳,偏于肾阴虚者,可用左归丸(《景岳全书》)、六味地黄汤(《小儿药证直诀》)加减以滋阴补肾、填精益髓。脾肾两虚可以用十全大补汤(《太平惠民和剂局方》)、人参养荣汤(《太平惠民和剂局方》)加减,以温肾健脾,补气养血。

(5)加减:脾虚加用砂仁、山药、芡实、茯苓、白术。血瘀加用丹参、鸡血藤、赤芍药、三七。

(6)临证事宜:本证以面色苍白乏力,五心烦热,盗汗自汗,畏寒肢冷为辨证依据,治疗重用 人参、党参、太子参以培补元气,补中益气,肾阴阳双补,本证以补虚为主,补阳不忘滋阴,同时注意补益脾气,以促脾气恢复,运化水谷精微,气血生化有源,气血充足。

(吴雪琴)

## 第二节 急性再生障碍性贫血

### 一、概述

急性再生障碍性贫血发病急、进展快,乃造血之源肾精枯竭,短期内血虚之象进行性加剧,因其发病急且以血虚为主,故为“急劳髓枯”。临床上以髓枯精竭血少加之外感温热,内陷营血为特点,根据中医学理论将本病归属于“血虚”、“血证”、“血枯”、“急劳”、“虚损”范畴。

### 二、病机

#### (一)发病

本病原因较多,或由于先天禀赋不足,肾精亏虚,髓海枯竭,精血化生不利,发为急劳;或后天失养,损及脾肾,或肾虚精血不化,或脾虚运化失司,不能统血,血溢脉外,留滞为瘀,阻碍气机,血虚与瘀滞互为因果发为本病;或外感温热毒邪,充斥内外,深入营血、骨髓,耗气伤血、动血而为急劳髓枯之证;或感寒邪,寒毒深入骨髓,伤及元阳,真阳亏虚,失于温煦发为本病;或感受毒邪,元阴元阳俱损,髓海空虚,而成本病。以上诸因均可使气血亏损,其根本在于真阴真阳亏虚,易为外邪所中,毒邪充斥内外,深入骨髓而发病。

#### (二)病位

本病病位在肾,为肾气不足,感受外邪而成。其正虚应责之于肾,真阴真阳亏虚,无力鼓动正气卫外功能,藩篱不固,外邪易于入里,令卫气营血同病,深入骨髓,髓不化血,而成急劳。

#### (三)病性

本病起病较急,短期内即有发热、紫斑、便血、乏力等表现,以邪实为主,兼有正虚,常为本虚实夹杂。感受温热毒邪,火毒之邪充斥内外,以实火为主;或感受寒邪,戕伐阳气,或真阳匮乏,虚寒内生,精血不化。本病发病急骤,以标实者常见,常为温毒、痰火、瘀阻夹杂,以阳邪

居多,精血耗伤;亦可见肾脏亏虚,精血不化的虚证表现。

#### (四)病势

本病以急性发病者居多,因感受邪毒,邪毒由表入里,侵及骨髓,热毒之邪充斥内外,卫气营血同病,耗血动血伤正,正气受损,邪无所制,动血耗血更甚,使病情日益深重。或禀赋不足,后天失养,肾精亏虚,波及脾脏,脾肾两虚,气血生化乏源,出现血虚表现。脾虚甚者,脾不统血,血溢脉外,血虚益甚,血瘀血虚交互为病。亦有肾阴亏虚,水不涵木,肝肾同病的。

#### (五)病机转化

本病初起,多见温热毒邪,其病机转化取决于邪正盛衰转化、感邪深浅、治疗调护。起病早期,患者粒细胞缺乏,感邪后营卫气血同病,邪毒可以深入骨髓,逆传心包,致阴阳离绝之危证。多数患者,气血阴阳俱损,病程迁延,损及他脏,血热灼伤阴液,导致肾阴虚或肝肾阴虚;日久阴损及阳,可出现阴阳两虚或脾肾阳虚。

### 三、诊断

#### (一)临床表现

急性再生障碍性贫血发病急骤,进展迅速。以发热、出血及贫血为主要表现。

##### 1. 症状

(1)贫血:多较严重,临床表现常在短期内出现,有明显乏力、头昏、心悸和气短。贫血症状常进行性加重,虽经大量输血,也往往不能改善。

(2)发热:绝大部分患者有发热,半数体温在 $38^{\circ}\text{C}$ 以上,每次发热的持续时间也比较长,多在星期以上,个别患者从入院至死亡均处于难以控制的高热之中。主要原因是感染,其中以口咽部感染和肺炎为最常见,其他有皮肤脓肿或疖肿、臀部注射处脓肿、肠道感染、尿路感染、肛周炎、面部蜂窝织炎、外耳道炎、淋巴结炎等等。感染的菌种以阴性杆菌、铜绿假单胞菌和金黄色葡萄球菌为主,其表现多较严重,控制比较困难,常并发败血症。

(3)出血:患者均有体表及内脏出血,体表出血表现为皮肤出血点与大片瘀斑,口腔黏膜有小血肿;此外有衄血、齿龈出血、眼结膜出血等。从尸检病例看所有脏器都有出血,临床上常见的出血为呕血、便血、尿血。其次为眼底出血和颅内出血,后者常危及患者生命。多数患者均随着病情进展出血程度由轻转重,出血部位由少增多,由浅表转为内脏,而且一种出血的发生或加重,常预兆另一种更严重的出血。广泛和严重的出血倾向常为颅内出血的先兆。急性再生障碍性贫血出血倾向常难以控制,如鼻衄必须要加压填塞才能止住。皮肤、口腔黏膜出血可反复出现大片瘀斑和血肿,女性阴道出血可导致患者休克。

##### 2. 体征

(1)皮肤:苍白,大部分有皮下出血,有的为出血点,也有的患者表现为大片瘀斑和血肿形成,四肢躯干均可见,大如黑豆样,突出皮肤表面,广泛严重的出血倾向也常为颅内出血的先兆。

(2)眼、鼻腔、口腔:外眼的皮下可有出血,呈片状瘀斑或血肿,或有结膜出血,呈小片状,以球结膜出血为多见。眼底可有视网膜出血,呈点状或片状,眼底出血提示有脑出血之可能。鼻腔以鼻中隔出血多见,常为小静脉出血,严重时可有小动脉出血,呈喷射状不易止住,鼻腔反复填塞止血可造成鼻黏膜出现糜烂面,易继发感染。口腔常见弥漫性齿龈出血和口腔黏膜血泡,龈血凝成血块敷在齿龈和牙齿之间,血泡破溃后形成不易愈合的溃疡面,常发生严重口



腔感染而使面颊肿胀。舌面血泡及其破溃后形成之溃疡也多见。个别病例可见悬雍垂出血，在咽部呈小葡萄样，影响呼吸。口腔感染可使出血加重及败血症发生。

(3)淋巴结：本病无明显淋巴结肿大，当合并感染时可有局部浅表淋巴结肿大。

(4)肺与心脏：一般肺部无明显体征，但合并肺感染时，依感染程度而出现相应体征。心脏常无明显扩大，心率增快，可出现贫血性心血管杂音。

(5)肝脏与脾脏：肝脏多不肿大，仅个别病例能在肋下触及，大小在肋下1~2cm。脾脏一般不肿大。

(6)其他：如肛周炎，臀部肌肉注射部位感染等。病情严重时可出现脑出血，表现为颈项强直、口角歪斜、肢体一侧瘫痪、瞳孔不等大、血压升高，呼吸不规则等。脑出血的部位以软脑膜及脑实质出血较多见，小脑及脑干次之。

## (二)实验室检查

### 1. 血象

(1)血红蛋白及红细胞：为正色性正细胞贫血。本型血红蛋白大多 $<20\text{g/L}$ 。一些患者经大量输血虽血红蛋白有所提高，但维持时间短暂，很快又降低水平。

(2)网织红细胞：本型网织红细胞则为0，多数病例在1%以下。

(3)白细胞及分类：白细胞计数多数在 $(1\sim 2)\times 10^9\text{L}$ ；分类计数淋巴细胞的比例相对明显增高，白细胞大部分为小淋巴细胞，淋巴细胞的比例多在60%以上，最多可达90%以上。

(4)血小板：最少 $2\times 10^9\text{L}$ 左右，多数在 $10\times 10^9\text{L}$ 以内。

### 2. 骨髓象

增生减低或重度减低，粒、红细胞系多减少，淋巴细胞相对增多(可达80%左右)；浆细胞、组织嗜碱细胞、网状细胞等增多；除个别病例，骨髓找不到巨核细胞。

## (三)诊断标准

### 1. 临床表现

发病急，贫血呈进行性加剧，常伴严重感染，内脏出血。

### 2. 血象

除血红蛋白下降较快外，须具备下列诸项中之两项：①网织红细胞 $<1\%$ ，绝对值 $<15\times 10^9\text{L}$ ；②白细胞明显减少，中性粒细胞绝对值 $<0.5\times 10^9\text{L}$ ；③血小板 $<20\times 10^9\text{L}$ 。

### 3. 骨髓象

多部位增生减低，三系造血细胞明显减少，非造血细胞增多，如增生活跃须有淋巴细胞增多；骨髓小粒中非造血细胞及脂肪细胞增多。

## 四、辨证论治

### (一)辨证要点

#### 1. 面色苍白证候

由于感受邪毒，邪毒入里化热，耗气伤血，导致气血虚弱，血虚不能上荣于面，而出现苍白乏力，常见发热，皮肤紫癜色泽鲜红，齿鼻衄血，小便黄赤，大便秘结，舌苔黄或白而少津，脉象多滑大数急。或先天禀赋不足，肾气虚弱，肾为先天之本，主藏精、生髓，肾精亏虚，无以主骨生髓化血，而致血虚。肾阳虚者兼见腰膝酸软，畏寒肢冷，下利清谷或五更泄泻，舌质淡胖有齿痕，苔白，脉沉细或沉迟；若肾阴不足，肾虚失养，可以兼见腰酸，肾阴亏虚，虚火易动，精关

不固则致遗精,阴亏髓海不足,脑失濡养,可见眩晕、耳鸣,虚火上炎,则致口干、咽痛,舌红少津,脉细数;或损伤脾脏,脾为后天之本,气血生化之源,脾脏受损、脾气虚弱或脾阳不足,不能腐熟运化水谷,水谷不能化生精微,气血生化无源,气血不足,常兼见食少纳呆,形寒肢冷,神疲乏力,少气懒言大便溏泄,舌质淡,苔白脉弱。或久病,阳损日久,累及于阴,虚日久,累及于阳,导致阴阳两虚,可以兼见肾阴虚及肾阳虚表现。

## 2. 发热证候

本病发热来势凶猛,多因感受邪毒,邪毒充斥表里内外,弥漫三焦,卫气营血同病,多为高热,常兼见口干口渴,汗出而热不解,头痛心烦,便血衄血,皮肤紫斑,舌苔黄或白而少津,脉洪大或滑大而数;或肾阴不足,阴虚则热,以低热常见,午后为甚,常兼见形体消瘦,腰酸膝软,咽干舌燥,健忘少寐,五心烦热、盗汗自汗,皮肤出血色泽灰暗,舌质红,脉细数或滑数。

## 3. 出血证候

多由邪毒袭入,邪热耗血动血,血热妄行,血溢脉外,出于皮肤而为发斑,出于肌肉而为肌衄,出于下焦而为便血尿血,从口鼻而出则为鼻衄齿衄,可兼见发热,口渴,汗出,头痛,烦躁,甚则神昏,手足抽搐,舌质红,苔黄或无苔,脉象洪大、滑大、数疾;脾肾阳气虚衰,不能统摄血液,血不循经溢于脉外,则见出血之候。肾阴虚衰,阴虚火旺,虚火灼伤血脉,血行脉外,引起出血,而见肌衄、齿鼻衄血。

## (二)辨证论治

### 1. 急痲髓枯温热型

(1)证候:分主症、兼症、形证。

主症:壮热口渴,汗出热不退,齿鼻衄血,皮下大片瘀血紫癜。

兼症:口内血腥臭味难闻,心悸气短,食少纳呆,动则尤甚,妇女月经过多。

形证:舌质淡干无津,苔黄黑腻,脉象洪大数疾。

(2)治法:清热解毒,凉血止血。

(3)方药:凉血解毒汤(经验方)。

羚羊角粉 1.0g<sup>(吞服)</sup>,牡丹皮 15g,赤芍药 15g,生地黄 20g,天门冬 15g,茜草 15g,黄芩 10g,贯众 20g,苍耳子 10g,辛夷 10g,三七粉 2g,黄柏 10g,甘草 10g,生龙骨 25g,生牡蛎 25g。

方中羚羊角粉、牡丹皮、赤芍药、生地、茜草、黄芩、贯众等以清热解毒,凉血止血;天门冬、黄柏等滋阴清热补肾;苍耳子、辛夷以疏散风热;三七粉活血止血,生龙骨、生牡蛎潜镇降逆;甘草调和诸药,上药共奏凉血解毒,滋阴补肾,疏散风热之功效。

(4)备选方:如果热邪以气分为重,热灼胸膈,可以选用凉膈散(《太平惠民局方》),以清泄膈热;若以阳明经证为主,可以用白虎汤(《伤寒论》)加减,以清热保津;偏于营分,亦可选用清营汤(《温病条辨》),以清营泄热;气血两燔可以选用玉女煎(《温病条辨》)、化斑汤(《温病条辨》)、清瘟败毒饮(《疫疹一得》)以气营(血)两清。

(5)加减:若伴发热咽痛者加金银花、连翘、蒲公英、射干等以清热解毒利咽;发热胸痛,咳嗽咳痰者加麻黄、生石膏、杏仁、紫菀、鱼腥草、胆南星等以清热排脓,止咳化痰;伴发热腹痛者加大黄、牡丹皮、栀子、薏苡仁等以通腑泻热,化瘀解毒;伴口腔糜烂溃疡及牙周炎者,加味玉女煎(《景岳全书》)、普济消毒饮(《证治准绳》引李东垣方)治疗以清胃解毒;局部组织感染肿痛者,外涂如意金黄散以消肿止痛。皮肤紫癜者加紫草、仙鹤草、旱莲草、女贞子、大小蓟等凉血止血;上部血热出血者,如齿鼻出血等证属实热者加生大黄、代赭石、生甘草等以清热凉血,

降逆止血；而证属阴虚内热者加知母、生地黄、牛膝等滋阴泻火，引血下行；上消化道出血导致呕血、黑便者，加蒲黄炭、白及粉、阿胶珠、三七粉等各等份，共为细末，以藕粉调服，每次10克，3次/d，以收敛止血；女性崩漏不止者加煅龙牡、赤石脂、益母草、蒲黄炭等以收敛止血；若尿血属实热者加小蓟、白茅根、栀子、玄参等清热泻火，凉血止血。

(6)临证事宜：本证以发热，皮肤出血，齿鼻衄血，舌质淡干无津，苔黄黑腻，脉象洪大数疾之温热毒邪为主要辨证依据，选方侧重于羚羊角粉、牡丹皮、赤芍药、生地黄、茜草、黄芩、贯众等以清热解毒，凉血止血，为防上药过于苦寒，有闭门留寇之嫌，加用辛夷、苍耳子疏风透表，给邪以出路；如若热邪稽留较久，勿忘滋补肾阴，加用熟地、女贞子、旱莲草、麦门冬等，以防阴虚风动。

## 2. 急癆髓枯虚寒型

(1)证候：分主症、兼症、形证。

主症：面色苍白，畏寒肢冷，倦怠乏力，皮肤紫癜色泽紫暗。

兼症：形体虚胖，腰膝酸软，纳食不佳，大便清稀，妇女月经过多。

形证：舌质淡，苔薄白，脉弦滑无力。

(2)治法：温补脾肾，填精益髓。

(3)方药：参芪仙补汤(经验方)。

太子参 30g，党参 20g，人参 10g，黄芪 30g，淫羊藿 10g，补骨脂 15g，甘草 10g。

方中以三参(太子参、党参、人参)等益气、健脾、养阴施治，黄芪助三参益气健脾，淫羊藿、补骨脂益肾助阳施治，共奏益肾助阳之效，甘草调和诸药。

(4)备选方：若伴有心悸气短，食少便溏等心脾两虚时，可以选用归脾汤(《济生方》)，以益气健脾，养心生血；肾阳虚明显时，可以选用金匱肾气丸(《金匱要略》)、右归饮(《景岳全书》)，以温肾助阳，益髓生血。

(5)加减：偏肾阴虚型伴五心烦热，夜寐盗汗，舌光红或舌淡无苔，脉细数或虚数者，加麦门冬、生地、黄柏、知母、地骨皮、女贞子、旱莲草、阿胶等以滋阴清热补肾施治；偏肾阳虚型形寒肢冷，舌质淡，舌体胖嫩或有齿痕，脉沉细者，加鹿角胶、肉苁蓉、肉桂、淡附片、熟地等以温肾助阳施治。

(6)临证事宜：本证以面色苍白，畏寒肢冷，倦怠乏力，腰膝酸软，皮肤紫癜色泽紫暗，舌淡苔白，脉弦滑无力之肾气虚弱为主要辨证依据，故治疗时侧重于应用参芪仙补汤为基础方，补以健脾温肾，根据阴阳脏腑偏盛，加以变通，使五脏调和，肾精充足，以化生气血。

(吴雪琴)

## 第三节 缺铁性贫血

### 一、概述

缺铁性贫血(IDA)是指体内贮存铁被耗尽，影响血红蛋白合成所引起的一种小细胞低色素性贫血。本病男女老少均可发病，以女性与儿童多见。据WHO调查，全世界有10%~30%人群患有不同程度的缺铁性贫血，在发展中国家儿童发病率高达30%~90%，我国7岁以下儿童患病率也高达64%。因此，联合国粮农组织与WHO把缺铁性贫血定为世界性疾

病,特别是发展中国家四大营养缺乏症之一。本病起病隐匿,进展缓慢,一般均需经过隐性缺铁(储存铁耗尽)、缺铁性红细胞生成(红细胞生成供铁不足)与缺铁性贫血三个阶段。其中,隐性缺铁发生率最高。

古代医家将本病称之为“萎黄病”、“食劳气黄”、“积黄”、“黄肿”、“黄胖”、“黄病”、“虚劳”、“虚损”等病证范围;根据对缺铁性贫血临床观察发现,轻度贫血(Hb 80g/L~100g/L)可归属中医“萎黄病”、“黄胖病”范围;中度贫血(Hb 60g/L~80g/L)可归属于“黄肿病”、“食劳气黄病”范围;重度与极重度贫血(Hb<60g/L)归于中医“虚损”、“虚劳”等病证范畴。

## 二、病机

### (一)发病

本病发生虽有起始病因和继发病因之别,但相对而言,起始病因在发病中占有重要位置。其中,脾胃虚弱在本病发生过程中至关重要。如果脾胃功能旺盛,虽见肾精亏损,也能通过后天补充而使肾脏旺盛;脾胃健壮,纳食正常,故无饮食不节病因发生。而在临床上,如果继发病因过于强盛,虽发病在所难免,但相对治疗较为容易,气血虚弱易于纠正。因此,本病发生关键在于脾胃功能是否健运。脾胃虚弱,疾病进展相对要快,病情较重,治疗难以收效,预后较差,并发症或证候相对也多;脾胃健运,虽发病而病情相对较轻,其治疗收效快,预后良好,并发症或证候也少。

### (二)病位

根据本病临床特点,轻度贫血涉及气血;中重度贫血涉及阴阳,临床由于气血阴阳虚弱引起的症状分布于五脏,见于心者,有面色萎黄,心悸气短,失眠多梦,多疑善忘;见于肝者,有头目眩晕,视物不明,胸闷叹息;见于脾者,有纳食不馨,腹泻腹胀,四肢乏力,肌肉不健;见于肺者,有气短懒言,语声低微,倦态自汗,易于外感;见于肾者,有面目虚浮,腰膝酸软,阳痿不举。按与本病发生有直接关系的脏器分析,主要涉及脾脏,累及肾脏。因脾为后天之本,肾为先天之本,先天、后天分主气血阴阳,故本病主要病位在脾,次要病位在肾。按现代医学思路考虑,本病为造血原料不足或缺乏引起,病变核心在于骨髓,骨髓造血虽然旺盛,但造血质量不高,所以,其病位又涉及骨髓。

### (三)病性

本病发病隐袭,进展缓慢,临床以气血阴阳虚损为主,但临床表现程度有所不同,轻者以气血虚损多见,重者以阴阳虚损多见,而较少发生表证、实证等。故本病性质为里证、虚证。但在疾病发生发展过程中也可以由于脾胃虚弱引发湿热或寒湿内生证候,也可由气血虚少,血流缓慢,而发生血瘀证候,一旦发生为疾病严重阶段,治疗难以收效,预后相对较差。

### (四)病势

本病慢性者居多,虽病程长,但病情相对缓和,患者表现多为脾胃虚弱、气血亏损证候。若起始病因与继发病因相合,并兼有其他脏器疾病,其病势可以由慢性发展为急性,由轻度发展为中重度,由一脏发展为多脏,最常见的脏器受损依次为心、肝、肾、肺。若多脏受损,其病势较为严重,临床见有心悸、气短、喘息、畏寒等为疾病的严重阶段,应及时治疗,以免导致气血耗散,阴阳离决之证。

### (五)病机转化

本病始发生于脾胃,先造成气血虚弱证候,继之影响肾脏,累及骨髓,导致阴阳虚损证候。

气血阴阳虚损为疾病发生的不同阶段。如果脾胃虚弱日久,肾脏虚弱之极,可变生他证或转化为其他疾病。最常见的变生证候为脾胃虚弱引起的湿邪内蕴或湿阻中焦,可进一步影响脾胃功能,加重病变;同时,由气血虚弱,脉道艰涩,血流不畅,导致血瘀证候,此时患者见有舌暗淡,皮肤瘀斑、瘀点,或见癥瘕积聚等,多为疾病严重阶段。最常见转化或继发疾病有心悸(贫血性心脏病)、水肿(肾功能不全)、喘息(心源性哮喘)等,本病如有转化或继发疾病,预示疾病危重,宜采取积极的治疗措施,以挽救患者生命。

### 三、诊断

#### (一)临床表现

##### 1. 症状

(1)常见症状:面色萎黄,或面色苍白,疲乏无力,头晕目眩,失眠健忘,精神不振,或意识模糊,心悸气短,月经失调,性功能减退等。

(2)少见症状:部分患者可见午后低热,眼花或眼底、视乳头苍白,视网膜渗出或出血等。

(3)黏膜变化:舌炎、舌乳头萎缩、口角炎、萎缩性胃炎和胃酸缺乏、吞咽困难、臭鼻症等。

(4)皮肤和指(趾)甲变化:皮肤干燥,毛发干枯脱落,指甲脆薄易裂,扁平甲或成反甲等。

(5)神经精神症状:神经痛,以头痛多见。或见肢体麻木、针刺感等感觉异常,重者可有颅内压升高和视乳头水肿;精神与行为异常表现为注意力不集中、易激动,精神迟滞,对外界反应差和异食癖等。

##### 2. 体征

缺铁性贫血除见面色萎黄和苍白外,可无明显体征;严重贫血可有心律加快,脉压增宽,心脏扩大,心力衰竭等体征。少数脾肿大多见于儿童患者,缺铁纠正后即消失。

#### (二)实验室检查

##### 1. 血象

呈低色素小细胞性贫血。男  $Hb < 120g/L$ ,女  $Hb < 110g/L$ ,孕妇  $Hb < 100g/L$ , $MCV < 80fl$ , $MCH < 26pg$ , $MCHC < 0.31$ ,成熟红细胞大小不一,中心浅染区扩大。白细胞正常,血小板常增加。

##### 2. 骨髓象

骨髓增生活跃或明显活跃,粒、红比值减低,红系增生显著,以中幼红为主,有核红细胞胞体小,核染色质致密,胞浆少,染色偏蓝,边缘不整齐。铁剂治疗后有核红细胞增生更显著,骨髓铁染色骨髓小粒可染铁消失,铁粒幼红细胞 $< 15\%$ 。

##### 3. 铁相关检查

(1)血清铁:血清铁 $< 8.95\mu mol/L$ 。

(2)总铁结合力:总铁结合力 $> 64.44\mu mol/L$ 。

(3)运铁蛋白饱和度:运铁蛋白饱和度 $< 0.15$ 。

(4)血清铁蛋白:血清铁蛋白 $< 12\mu g/L$ 。

(5)全血红细胞游离原卟啉:全血红细胞游离原卟啉 $> 0.9\mu mol/L$ 。

#### (三)诊断标准

##### 1. 缺铁性贫血

(1)小细胞低色素贫血,男性  $Hb < 120g/L$ ,女性  $Hb < 110g/L$ ,孕妇  $Hb < 100g/L$ ;  $MCV$

$<80\text{fl}$ ,  $\text{MCH}<26\text{pg}$ ,  $\text{MCHC}<0.31$ ; 红细胞形态可有明显低色素表现。

(2) 有明确的缺铁病因和临床表现。

(3) 血清(血浆)铁 $<10.7\mu\text{mol/L}$ , 总铁结合力 $>64.44\mu\text{mol/L}$ 。

(4) 运铁蛋白饱和度 $<0.15$ 。

(5) 骨髓铁染色骨髓小粒可染铁消失, 铁粒幼红细胞 $<15\%$ 。

(6) 全血红细胞游离原卟啉 $>0.9\mu\text{mol/L}$ 。

(7) 血清铁蛋白 $<14\mu\text{g/L}$ 。

(8) 铁剂治疗有效。

符合第(1)条和第(2)~第(8)条中任何两条者可诊断为缺铁性贫血。

## 2. 贮铁缺乏

符合以下任何一条即可诊断:

(1) 血清铁蛋白 $<14\mu\text{g/L}$ 。

(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

符合贮铁缺乏诊断标准, 同时有以下任何一条即可诊断。

(1) 运铁蛋白饱和度 $<0.15$ 。

(2) 全血红细胞游离原卟啉 $>0.9\mu\text{mol/L}$ , 或全血锌原卟啉 $>0.96\mu\text{mol/L}$ , 或  $\text{FEP/Hb}>$

4.  $5\mu\text{g/gHb}$ 。

(3) 骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失, 铁粒幼红细胞 $<15\%$ 。

## 四、辨证论治

### (一) 辨证要点

发病隐袭, 进展缓慢, 疾病早期仅见面色萎黄, 食欲不振, 纳食不馨, 疲乏无力, 头目眩晕, 舌淡苔薄, 脉象细弱等, 此时易于其他疾病引起的临床症状相混淆, 临时时应仔细辨认; 疾病严重阶段除上述症状加重外, 尚可出现面色苍白, 心悸气短, 动则喘促, 畏寒肢冷, 阳痿不举, 女子宫冷, 舌淡苔薄, 脉象细弱等。可以认为, 疾病早期症状轻微, 以气血两虚证候为主, 随疾病进展临床症状逐渐加重。在临床上无论症状变化如何, 但根据本病发生特点, 其辨证要点应抓住面色萎黄, 食欲不振, 纳食不馨, 腹胀腹痛, 疲乏无力, 头目眩晕, 舌淡苔薄, 脉象细弱主要证候。从本病所涉及的脏腑分析, 面色萎黄, 食欲不振, 纳食不馨, 腹胀腹痛, 疲乏无力乃脾胃虚弱证候特征。因胃主受纳, 脾主运化, 脾胃同为后天之本, 气血生化之源。因多种之病因伤及脾胃, 导致脾胃虚弱, 受纳失常, 运化无力, 水谷之精微物质吸收障碍, 从而导致气血生化乏源, 故出现气血两虚证候; 疾病进一步发展, 由脾虚胃弱证候可累及他脏, 出现其他脏器虚损证候, 如出现肾气虚或肾阳虚, 则见面色苍白, 心悸气短, 动则喘促, 畏寒肢冷, 阳痿不举, 女子宫冷等阳虚症状; 如影响心脏则出现心悸气短, 动则气喘, 失眠多梦, 健忘等心气虚损症状。因此, 抓住脾气虚临床证候特点对于辨证施治, 组方遣药具有极为重要意义。至于在疾病发生与发展过程中出现的其他症状如肾阳虚等可视为兼证或证候加重和演化的结果。

### (二) 辨证论治

#### 1. 脾胃虚弱

(1) 证候: 分主症、兼症、形证。

主症:食欲不振,食后腹胀,大便溏稀。

兼症:恶心欲吐,呃逆反胃,脘腹胀满。

形证:面色萎黄,皮肤干燥,舌淡脉弱。

(2)治法:健脾和胃,益气生血。

(3)方药:香砂六君子汤(《时方歌括》)合当归补血汤(《内外伤辨惑论》)加减。

人参(党参)10g,黄芪10g,炒白术10g,茯苓15g,当归10g,木香6g,砂仁3g,甘草6g。

方中人参(党参)、黄芪、炒白术、茯苓益气健脾,黄芪配当归益气补血,木香、砂仁理气和胃,甘草调和药性。诸药合用具有益气健脾,理气和胃之功。

(4)备选方:本证候属于虚证,其病位在中焦,涉及脾胃二脏,除采用以上方治疗外,也可以选用参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)以益气健脾,理中和胃;若中气不足,气虚下陷者可选用补中益气汤(《脾胃论》)以益气健脾,升举阳气。

(5)加减:纳差,腹胀明显者加菖蒲、陈皮、枳壳;恶心、呃逆明显者加半夏、生姜;血清铁明显降低,可在辨证施治基础上,加代赭石、生铁落含铁矿物药。

(6)临证事宜:本证候属于虚证,主要为脾胃虚弱而致,故用人参、黄芪、炒白术、茯苓等益气健脾,木香、砂仁等理气和胃药,而较少用阿胶、生地、熟地等滋腻之品,以免阻滞中焦,加重脾胃病变。

## 2. 心脾两虚

(1)证候:分主症、兼症、形证。

主症:头目眩晕,心悸气短,失眠多梦。

兼症:食欲不振,食后腹胀,大便不调。

形证:面色萎黄,舌淡苔薄,脉象细弱。

(2)治法:养心安神,健脾生血。

(3)方药:归脾汤(《济生方》)加减。

黄芪15g,党参10g,炒白术10g,陈皮10g,茯苓12g,当归10g,龙眼肉10g,炒枣仁20g,远志10g,大枣15g,炙甘草6g。

方中黄芪、党参、炒白术健脾益气;当归、龙眼肉补血生血;炒枣仁、远志补心气,安心神;大枣、甘草和中,调和药性。全方诸药合用具有健脾益气,补血安神功效。

(4)备选方:本证候亦属于虚证,病变部位涉及心脾两脏,除应用以上方药外,也可以根据临床症状选用人参养营汤(《太平惠民和剂局方》)以益气健脾,补血安神;如心血不足,心神失养也可选用天王补心丹(《摄生秘剖》)以补心安神。

(5)加减:贫血严重者,加血肉有情之品阿胶、鹿角霜;失眠严重者,加生龙骨、牡蛎、合欢皮、珍珠粉等安神定志;心血不足,心神失养,铁元素严重缺乏者,可加绿矾补脾养心药。

(6)临证事宜:本证候属于中度以上贫血的虚证,在治疗过程中尽量避免使用行气破气药;心血不足,心神失养极易导致心火亢盛,口舌生疮,故在治疗过程中可适当兼以清心泻火,以安神定志。

## 3. 脾肾两亏

(1)证候:分主症、兼症、形证。

主症:食欲不振,食后腹胀,腰膝酸软。

兼症:阳痿不举,夜尿频多,足跟疼痛。



形证:面色苍白,面目虚浮,舌淡虚弱。

(2)治法:健脾补肾。

(3)方药:四君子汤(《太平惠民和剂局方》)合六味地黄丸(《小儿药证直诀》)加减。

人参 10g,炒白术 10g,茯苓 15g,山药 10g,山茱萸 10g,熟地 10g,丹皮 10g,泽泻 10g,炙甘草 6g。

方中人参、炒白术、茯苓、山药健脾益气,山茱萸、熟地配山药补肾益阴,丹皮、泽泻使本方补而不腻,补泻结合。全方诸药共用具有健脾补肾,益气补血功效。

(4)备选方:本证候以虚为主,由脾及肾,故以脾虚为主者可以人参养营汤(《太平惠民和剂局方》)加减治疗;也可根据肾阴阳偏颇情况,分别选用左归丸(《景岳全书》)或右归丸(《景岳全书》)加减,以滋阴温阳。

(5)加减:贫血严重者加鹿角胶、阿胶等;腹泻者加炒扁豆;水肿者加车前子、猪苓等;铁元素严重不足者,可适当加入绿矾等既有补铁作用,又有健脾补心作用的药物。

(6)临证事宜:本证候以脾失健运为主要临床症状,可由脾病涉及到肾,一般情况下以健脾为主导;若肾阳虚明显者,可加附子、肉苁蓉等温补肾阳药物。

(杨扬)

## 第四节 急性白血病

### 一、概述

急性白血病(AL)是一种常见的造血组织肿瘤性疾病。根据急性白血病临床症状,以贫血为主者,可归于中医“虚劳”范围;以出血为主者,归属于“血证”范畴;以肝脾肿大为主者,归属于中医“积聚”范围;以淋巴结肿大为主者,可归属于“痰核”、“瘰疬”范围。近些年,有学者认为急性白血病为一种病因病机十分复杂的疾病,其临床表现涉及五脏六腑,四肢百骸,病情严重,进展迅速,治疗难以收效,死亡率较高,故而提出“急髓毒”病名。

急性白血病起病急,自然病程少于6个月,骨髓中原始细胞在30%以上。病变起源于造血干细胞基因突变并呈克隆性增生。白血病细胞具有增殖能力,但分化成熟受阻,使得白血病细胞在骨髓内聚积,抑制正常造血细胞增殖。白血病细胞尚可浸润体内各器官、组织,引起一系列症状。临床上常有贫血,出血,感染和不同程度的肝、脾、淋巴结肿大,胸骨压痛等症状和体征。根据急性白血病细胞形态学特征,可分为急性淋巴细胞白血病(ALL)和急性非淋巴细胞白血病(ANLL)。ALL是由带有早期淋巴细胞分化标记的克隆性增生疾病,起源于骨髓。白血病细胞克隆可为B细胞,也可是T细胞。本病可望治愈的可能性正在逐步实现,尤其是儿童。成人较儿童发病要少,但治疗效果差。ANLL中根据细胞形态,可分为不同类型,临床常见的ANLL有7种类型,ANLL是我国各类白血病中发病最多的类型,其预后较ALL差。

### 二、病机

#### (一)发病

急性白血病的内因是正气不足,先天已有胎毒,而瘟毒、邪毒侵袭,由表入里致脏腑受邪,



骨髓受损,正虚邪实,耗气伤阴,气血亏损。瘟邪入里,内热熏蒸,热伤脉络,迫血妄行;或由瘟毒耗气伤血,日久致气虚或脾虚,气虚则不能摄血,脾虚则血无统摄,则发生出血诸症。正气不足,瘟毒、邪毒侵袭营血,血热炽盛,阴伤血败,则见高热不退,故有热劳、急劳之称。病邪久恋不去,气血更虚,气虚则血行不畅,日久则气滞血瘀或脉络瘀阻,结于胁下,形成癥积。

## (二)病位

急性白血病发生与发展涉及五脏六腑,四肢百骸,究其病位主要在骨髓。过去有学者认为,急性白血病发生以气血阴阳虚弱为主,毒邪入侵,脏腑亏损,其病位有在肾脏、有在肺脏等。陈信义等根据急性白血病现代发病机制,结合中医临床观察,认为急性白血病主要病变部位在骨髓,髓海不足,感受毒邪引起骨髓毒瘤细胞恶性增殖,从而提出“急髓毒”为急性白血病中医病证名,“虚劳”、“血证”、“癥积”、“痰核”、“瘰疬”、“急劳”、“热劳”、“瘟病”可视为急性白血病发生发展过程中所出现的兼证或并发症证。

## (三)病性

急性白血病总体病性为虚,而在疾病发生与发展过程中可出现毒邪集聚,血瘀阻滞等一系列实证。其虚证主要为气血亏损,累及阴阳,最终导致气血阴阳俱虚。而实证主要在虚证基础上发生的病理机转,或外感邪气过盛,正气无力抗邪,或虚证与实证交织,虚、毒、瘀互结,侵及骨髓,阻滞经脉,影响脏腑,呈现骨髓恶性细胞高度增殖,正常血细胞分化障碍,气血生化不足,阴阳失调。

## (四)病势

急性白血病起病急剧,进展迅速。多因先天胎毒,机体内在失衡,复感外邪,或药毒所伤,或异常射线照射等,毒邪入髓,导致骨髓恶性细胞异常增殖。本病为多种致病因素聚合成毒,其病变部位深入骨髓,因而发病急剧,进展迅速。若患者体质较好,并适当治疗,病情时有缓和;若体质较差,治疗失当,病情常常反复,并日趋加重,很快伤及五脏六腑,四肢百骸,导致气血耗伤,阴阳失衡,最终至阴阳离决。部分患者经过精心治疗,特别是中医药结合现代医学特殊治疗,如骨髓移植等,可使病情趋于长期缓解。

## (五)病机转化

起病急骤者,初期以气阴(血)两伤等证多见,伴有邪实。部分患者邪毒未祛而正气大伤,转为邪实正虚之证,若正不胜邪,致气血大伤,阴阳衰竭。病程中热毒不解,亦可内传心包或邪犯厥阴,肝风内动。起病缓慢或初起为气血两虚瘀毒证,或阴虚热毒证者,因正不胜邪或感受外邪,亦可转为热毒亢盛证。缓解期,热毒已祛,余毒未尽,正气渐复,尚未充盛,故以正虚为主。若正不胜邪,余毒可随时外发转为热毒证或气血两亏,瘀毒内盛,或阴虚热毒证。目前中医对病机之认识持如下论点:

### 1. 热毒痰瘀论

认为本病因热毒致病,一般将致白血病的因素统称为“邪毒”,包括各种理化因素、生物因素等。其中,热邪则包括温热、湿热;毒有热毒、温毒、瘀毒、风毒、湿毒等,另外还应包括火壅成毒,毒自内生之“火毒”。内外合毒,毒邪蕴积于内,日久温热伤及气阴、气血;毒邪深入,侵入营血,攻注骨髓,损及肝肾,使阴阳失调,骨髓造血功能障碍,出现白血病细胞显著增生的病理表现,见壮热口渴,衄血发斑等热毒炽盛等症状。邪毒内蕴,加之七情内伤,热灼痰凝,气滞痰聚,渐成积聚、瘰疬、恶核,而见肝脾、淋巴肿大等体征。

### 2. 虚实论