

191457

中南、西南地区第二次
白血病防治研究协作会议

资料选编

· 内部资料 ·

中国医学科学院分院情报研究室

一九七七年八月

0733-11

目 录

中 西 医 结 合 治 疗

成人急性白血病中西医结合治疗中几个问题的探讨 (文献综述)

.....贵阳医学院内科学教研组 (1)

中西医结合辨证施治治疗5例急性粒细胞型白血病的体会

.....湖北医学院第一附属医院内科血液组 中医科 (6)

中西医结合治疗急性白血病46例初步体会

.....四川医学院附属医院内科血液组 中医科 (10)

中西医结合治疗急性白血病临床观察.....河北省人民医院内科血液组 (18)

中西医结合治疗急性粒细胞白血病疗效观察.....四川省江津地区人民医院科研小组 (20)

中西医结合治疗小儿急性白血病14例.....四川医学院附属医院儿科血液组 (23)

喜树碱内酯混悬剂治疗慢性粒细胞型白血病2例缓解报告

.....广西桂林医学院附属医院内科血液组 (24)

漆姑草治疗急性粒细胞白血病1例病情追访报告

.....湖南湘西土家族苗族自治州人民医院中西医结合内科 (27)

群 防 群 治 与 病 因 调 查

我国白血病流行病学调查的初步报告.....中国医学科学院分院 (28)

河南省白血病发病因素的调查报告.....河南省白血病协作组 (38)

昆明钢铁厂白血病发病情况的初步调查报告

.....昆明医学院附一院内科血液组 检验科 昆明钢铁厂革委会卫生组 (41)

射洪县白血病发病率调查工作小结.....射洪县卫生局 县人民医院等 (44)

广西壮族自治区1971年~1973年白血病死亡回顾性调查资料总结

.....广西医学院血液病协作组 (45)

长期接触苯类物质对造血系统的毒性影响 (439例调查小结)

.....湖北省襄阳地区人民医院 武汉医学院第一附属医院内科血液组 (49)

小剂量长时期电离辐射对人体影响的初步调查 (摘要)

.....贵州省白血病等恶性肿瘤学习班 (25)

临床与基础研究

娃儿藤总硷抗瘤的实验研究和治疗白血病临床疗效分析

-广西壮族自治区白血病防治协作组 (54)
- 慢性粒细胞白血病预后因素的探讨.....中国医学科学院分院附属医院血液内科 (60)
- 慢性粒细胞型白血病终末期70例临床分析.....广东省人民医院 陈雅棠 黄梓伦 (64)
- 急性白血病并发中枢神经系统病变的诊断与治疗问题探讨
-武汉医学院第一附属医院血液组 武汉部队总医院血液组 (70)
- 转移因子应用于治疗白血病的初步观察
-昆明医学院附一医院 云南省第一人民医院 (73)
- “2583”治疗慢性白血病13例嗜酸细胞肉芽肿1例疗效小结
-广东省人民医院 陈雅棠 黄梓伦 (76)
- 白血病12例染色体观察.....遵义医学院附属医院内科血液组 组织胚胎组 (79)
- 161例急性白血病的临床分析.....广西医学院血液病协作组 (81)
- 病程持续七年多的铁粒幼细胞性贫血演变为急淋1例报告以及中西医结合治疗的探讨
-贵阳医学院内科中医生物学教研组 (91)
- 脾切除术对2例慢性粒细胞白血病的疗效观察.....昆明医学院附二医院内科 (93)
- 亚胺159联合化疗治疗恶性网状细胞增生症的初步观察
-河南医学院附一院内科血液组 (95)
- 13例白血病前期的调查.....湖南医学院附一院血研室 (96)
- 漆姑草对小鼠移植性肿瘤的体内抗癌作用.....贵阳医学院药理学教研组 (98)
- 白血病前期.....湖北省血液病协作组 (101)
- 白血病前期11例报告.....广西自治区人民医院血液组等 (106)
- 急性白血病化疗与弥漫性血管内凝血——附5例报告
-武汉医学院第一附属医院内科血液组 (110)

其 他

多发性骨髓瘤与非骨髓瘤浆细胞增生症讨论 (附病案6例)

-四川医学院附属医院内科血液组 (113)
- 应用胎儿脐带血清或小牛血清加维生素B₁₂作培养基制备染色体标本的简易方法
-重庆医学院组织胚胎教研室 第一医院内科血液组 (117)
- 应用胎儿脐带血清或小牛血清加维生素B₁₂的培养基作小淋巴细胞转化试验的方法介绍 (初步报告).....重庆医学院组胚教研室 (120)
- 附件: 中西医结合分证施治的参考意见..... (121)
- 附件: 关于白血病前期和白血病早期诊断..... (122)

成人急性白血病中西医结合治疗中几个问题的探讨

(文献综述)

贵阳医学院内科学教研室
中医学

我国白血病的防治研究工作，特别是从1973年全国白血病座谈会以来，在毛主席革命卫生路线指引下，正沿着中西医结合的正确途径向前发展。大量的实践证明急性白血病（以下简称急白）的中西医结合治疗，不仅能提高缓解率，而且能延长生存期，还有可能从中找到治疗的新途径。现将近几年来成人急白中西医结合治疗研究中几个问题简述于下，并谈谈我们对这些问题的粗浅认识和体会。

急性白血病的矛盾分析

急白的化学治疗，现今仍然是建立在国外某些学者“全部杀灭”白血病细胞的观点上。以细胞增殖动力学为理论基础的联合化疗，不论在发作期还是缓解期，治疗措施均以直接杀灭白血病细胞为主要目的。联合化疗的应用，在取得一定进展之后，在国外至今已陷于停滞不前的状态。实践证明，按对数级杀灭白血病细胞的理论，化疗并不能完全杀灭体内残存的白血病细胞。已有人因此以免疫疗法作为化疗

的补充，但也有人因此走上了极端，不顾病人的安危，以大剂量的柔红霉素（180毫克/米²/周），6-巯基嘌呤（600毫克/米²/天）等来进行诱导缓解，或采用大剂量的氮甲嘌呤（30毫克/公斤体重/天）作维持治疗，导致很多病人并发感染和出血而死亡。1973年全国白血病座谈会曾提出了我国独特的中西医结合治疗的新方案。这一新方案除了吸收国外经验的有用部分外，还根据祖国医学“扶正祛邪”的理论，强调了中西医结合治疗的重要意义。通过几年来全国各地的广泛实践，可以认为中西医结合的治疗效果，较单纯的西医或中医治疗效果要好，并积累了不少有益的经验。但在中西两法的具体运用上，意见仍有分歧。为了弄清白血病的本质，找寻更有效的治疗规律，不少单位在毛主席哲学思想指导下，试对白血病的矛盾进行剖析。一方面批判Skipper“全部杀灭”的错误观点，指出白血病细胞与整体的辩证关系；另一方面以辩证唯物论的认识论来指导祖国医学的临床实践，指出辨证与辨病相结合的必要性。通过这一问题的深入讨论，必将

有助于进一步提高疗效和延长生存期。在人类白血病病因及发病原理未全部弄清以前,可否设想白血病的全过程,就是机体正常组织,特别是造血组织与白血病细胞群体这一对矛盾相互斗争的消长过程。矛盾相互斗争的结果,要么是白血病细胞群体被消灭,宿主健康得到恢复;要么是白血病细胞群体不断增殖,破坏机体正常组织及其功能,最终造成宿主的死亡。在发作期,由于无限制增殖的白血病细胞大量浸润机体正常组织,使之遭受严重损害,导致一系列的临床证候的出现。此时的中西医结合治疗,应在不影响或少影响机体正常组织及其功能的情况下,最大限度地杀灭白血病细胞,使病情迅速得到缓解。但在进入缓解期后,白血病细胞数显著减少,仅为原有的 $1/1000 \sim 1/10$ 万,甚至还要少。这时的中西医结合治疗,主要在大力促进受伤害的机体组织及其功能的恢复。但由于病因未能去除,产生白血病细胞的基础未必消失,故在一定的条件下,矛盾可能再次转化,疾病因而复发。扶正祛邪的法则,是一个问题的两个方面,两者相辅相承,但在不同时期,各应有所侧重,中西医药的应用均应如此。用祖国医学的术语说:在发作期应以“攻邪为主,扶正为辅”,但在进入缓解期后,则应“以辅为主,兼清余邪”。这并不否定发作期的某些病例,由于机体受损严重,一时不能承受攻邪为主的治疗,但在情况改善后,最终仍要以攻为主,才能使病情得到完全缓解。

对于白血病发病原理的认识,经过多年的临床实践,正经历一个由虚证到虚实兼杂到实证为主的认识过程。在发作期实是矛盾的主要方面这一设想,正在由于犀角地黄汤加减用于毒入骨髓型(温热型),龙胆泻肝汤用于湿热型,当归芦荟丸用于肝实热型有良好效果而得到支持。最近更由于广西采用经络热敏感探测的结果(白血病偏重于实证)而为实证说找到一个新依据。白血病在发作期表现为实证,

并不否认病人有虚证表现,只是主次的不同。各地以化疗或抗癌中草药为主,配合中医中药扶正,疗效较单纯应用化疗、抗癌中草药,或单纯应用中医中药扶正要好。但若因此得出白血病是一虚证,则是不够全面的。白血病在进入缓解期后常出现正虚为主的临床征象,故应尽量使受伤害的机体组织得到恢复。一般认为这一时期应注意滋补肝肾,根据具体情况,给予适当治疗。但有关这方面的详细报导甚少,这一设想,尚有待更多的实践来证实。

关于辨证分型的探讨

白血病的辨证分型,是中西医结合治疗研究中一直为大家所注意的问题,各地先后提出的分型方案不下10种,尚未取得一致意见。现代医学根据白血病细胞形态的不同分为粒细胞、淋巴细胞及单核细胞三大类型,不同的类型有不同的药物和不同的治疗方案,三者的预后也不相同。但在临床实践中,这一分类法,与实际情况并不完全相符,因此国内外都在探索新的分类方法。从祖国医学的角度来看,急白的表现与治疗,也存在着不同情况,犀角地黄汤加减(贵阳方)对起病急骤,高热,出血,舌质红,脉洪大而无肝脾淋巴结肿大者,效果显著,总缓解率可达86.8%,但对一些起病缓慢,临床表现较轻,发热出血不显著,具有肝脾或淋巴结肿大,脉细弱,舌质淡等的病例,效果反而不好。江苏新医学院亦有类似报告。分型意见的分歧主要是对白血病究竟是虚证还是实证的看法不同,现正在逐步得到接近,已如前述。其次是分型所采用的方法不同,有的认为应用八纲辨证为好,有的认为采用脏腑辨证为宜,但也有人认为以卫气营血辨证最佳,各有见解。再就是地区因素的不同,例如四川多湿,川医将急白分为五型,其中湿证就占三型,而北方湿证就很少见。还由于急白临床见证错综复杂,不易找到明确肯定的分

型指标。同一病例，不同的医师有不同的认识，造成分型困难，没有学过中医的西医，掌握更为不易。要拟订一个能供大家推广使用的分型方案，就必须解决上述这些问题。

1976年冬，中南、西南地区第二次白血病防治研究协作会议，对辨证分型问题进行了较充分的交流和讨论，初步拟定了一个统一的中医分证用药的方案，将白血病分为温热，瘀血，气血双虚三证，每一见证各有其治则及方药，供各地参考使用。这是一个新的尝试，在分型意见未得到统一之前，有一个分证施治的统一方案，供各地在实践中不断补充修改，总结提高是可取的。但分证是否能完全代替分型，还须要通过临床实践来判断。

长期生存病例的探讨

近年来，在国内有关成人急白长期生存的报导逐渐增多，生存期在二年以上的，福建报导有8例，上海报导有50例，中医研究院收集累计生存在三年以上的成年和儿童患者70例。对长期生存病例的研究，有助于找到提高缓解率和延长生存期的治疗规律。为此我们将西南中南部分地区生存在二年以上的成人病例14例（川医6例，贵医2例，医科分院、重医、四川中医学院、江津地区医院、武医二院、湖南湘西土家族苗族自治州医院各1例）及其他地区有较完整资料的6例（兰州3例，江苏2例，辽宁1例）共20例进行综合分析，结果如下：

性别：男14例，女6例。

年龄：最小14岁，最大46岁，平均32岁。

类型：粒细胞型11例（其中2例为亚急粒），单核细胞型6例，淋巴细胞型3例。

临床表现：轻、中度发热13例，高热1例；皮肤少许紫癜5例；广泛出血1例；肝脾轻度肿大3例；无1例有淋巴结肿大。

实验室检查：有贫血者19例，血红蛋白最高13克%，最低4克%，平均7.5克%。白细胞

总数最高26,300，最低1,080。血小板减少者7例，骨髓原、幼白细胞最高93%，最低14.2%。

诱导缓解方法：除2例是单纯应用中医中药外，其余18例均是中西医结合治疗的，其中联合化疗加中医中药的5例；6MP、激素与中医中药并用的9例；丙腈腓、激素与中医中药合用的1例；激素与中医中药合用的3例。治疗结果，除2例获得部分缓解外，其余均得到时间长短不一的完全缓解。

维持缓解治疗的方法：联合化疗与中医中药合用的有10例，其中7例还加用免疫治疗。其生存期在二年以上的10例，三年以上的3例，四年以上的1例。6MP、激素与中医中药合用的2例，生存期1例为三年，1例为四年七月；单用中医中药的8例，其中生存在二年以上的8例，三年以上的6例，四年以上5例，七年以上的2例，近十年的1例。

过去有人认为急白中的长期生存者，可能是一些特殊的病例，也有人设想可能是机体免疫反应的不同，但都没有找到客观的依据。随着长期生存病例的增加，经过统计分析之后一般认为，年龄较小的淋巴细胞型，出血感染较轻，无明显的肝脾特别是无淋巴结肿大，白细胞总数不高，注意防治中枢神经系统浸润者，生存期均较长，但也有人认为上述因素可能与长期生存有一定关系，但不一定是主要的因素，主要的是积极治疗。

从我们收集的上述资料来看，年龄不是长期生存的重要因素，因为20例中年龄在30岁以上的就有12例。就成人而言，能长期生存者，多为粒细胞型（11例），其次为单核细胞型（6例），淋巴细胞型能长期生存者较少见（仅3例）。看来骨髓白血病细胞百分数的多少，与长期生存的关系并不密切。这些病例发热出血较轻，肝脾肿大不显著，白细胞总数无明显升高，临床表现较轻，可能与病情发展较慢，在白血病细胞未达到广泛浸润之前，就得到确诊的关系。因此我们认为：急白能得到长期生

存的主要原因是①早期诊断,②及时治疗,③坚持中西医结合的长期治疗。

要从上述不多的病例中找到长期生存的治疗规律是困难的,但这些治疗成功的经验确有一定的参考价值。看来获得长期生存的治疗方式存在着多种途径,在中西医结合这一原则基础上,在西医治疗方面,联合化疗是较好的治疗方法,但不是唯一的方法,有不少病例仅用6MP与激素也能收到良好效果。在中医治疗方面,主要是辨证施治的效果较好,但也有仅用当芦丸、天水方、补气益血膏,甚至仅用独脚莲、漆枯草、地苦胆等单味药物而得到长期缓解的。值得令人深思的是生存时期最长的病例是那些仅用中医中药进行维持缓解治疗的,而中西医结合合并进行维持缓解治疗的,生存期反而较短,这是否是一个规律,值得今后注意。

扶正祛邪疗效原理的实验研究

在急白的中西医结合治疗中,祖国医学的扶正祛邪法是行之有效的办法。扶正祛邪的疗效原理与化疗的作用很不相同,与免疫治疗有相同之处,但其作用可能还要广泛和复杂得多。化疗和免疫治疗的作用,分别可从细胞动力学和肿瘤免疫学中找到理论依据。扶正祛邪疗效原理的研究,虽说是刚刚开始,但在临床上或在动物实验中,应用现代科学方法进行研究,从初步取得的一些成果来看,扶正祛邪对白血病的有效作用,可用现代科学方法来阐明,这不仅对合理选用扶正祛邪药物,进一步提高疗效,而且对促进中西医结合,创造我国独立的新医学,均有重要意义。现将国内近年来有关这方面的研究和报导简述如下:

扶正培本药物具有增强机体抗病能力,但不加快肿瘤生长速度的作用;例如扶正药物中的人参,含有一种叫Prostisol的蛋白合成促进因子,能提高细胞RNA多聚酶的活性,增

加胞浆中多聚核糖体,对腹水肝癌大鼠的肝及脂肪组织的脂质及脂肪合成有促进作用,而对癌细胞的蛋白质、RNA、DNA及脂肪的合成无影响,说明它有改善带癌宿主的代谢,而并不有助于肿瘤细胞代谢的作用。癌症患者长期服用Prostisol,可使病情得到好转。联系到不少急白病人在用扶正培本药物后,带白血细胞如健康人一样生活的事实,推测具有上述作用的扶正药物一定不仅人参一种。

扶正培本药物有提高机体免疫能力的作用,临床应用扶正培本药物后,发现宫颈癌患者的巨噬细胞吞噬能力增强,皮泡液中的IgA、IgG的含量明显提高,癌症患者长期服用Prostisol后,丙种球蛋白, IgM含量升高,对网状内皮系统的功能也有增强作用。肉桂、仙茅、菟丝子、黄精有促进抗体提前形成的作用;别甲、玄参、二冬、北沙参有延长抗体存在的时间作用;生地、扁豆、党参、黄芪、龟板长期服用有提高肿瘤患者体外淋巴细胞转化率的作用;香薷有诱发干扰素的作用。

从分子生物学的研究得知,正常细胞中有两种环状腺核苷酸,一称环状磷酸腺甙(cAMP),一称环状鸟嘌呤单核苷酸(cGMP),两者保持一定比例。实验表明,它起控制肿瘤生长的作用;当细胞癌变时,cAMP含量降低,cAMP/cGMP比值下降。白血淋巴瘤细胞的环化酶活性仅为正常的1/10,如增加cAMP,肿瘤细胞的生长显著受到抑制。环状腺核苷酸受神经、内分泌的调节。扶正药中的甘草、人参、鹿茸、黄芪有类激素作用,从而可以提高cAMP的水平,达到抑制肿瘤细胞生长的作用。一些具有抑癌作用的扶正药,如黄芪、白术、云苓、豆叩、蘑菇、甘草、扁豆、天冬等,其作用原理,也可能与cAMP的含量得以提高有关。

治疗急白常用的祛邪法,除了选用具有直接抗癌作用的中草药外,主要是清热,凉血,

解毒,化痰等方药,对这些祛邪法的疗效原理目前所知甚少。贵阳医学院观察到单用犀角地黄汤加减治疗急白,在加用黄芪、藏红花后,白血病细胞出现空泡、肿胀、核浓缩和细胞破坏等现象。医科分院用丹参、郁金、鸡血藤等活血化瘀药配合喜树碱,对 L_{1210} 小鼠进行实验治疗的结果表明,在加用活血化瘀药后,有延长 L_{1210} 小鼠存活时间的作用。这些活血化瘀药是否有提高cAMP,改变细胞膜结构和功能,使药物更容易进入肿瘤细胞而将之杀灭的作用,值得进一步的研究。

上述研究成果虽说是初步的,直接对白血病的研究仍然很少,但也提示扶正祛邪治疗急白的疗效原理,至少有一部分可能是这类药物具有调节环状腺核苷酸,促进细胞的代谢,提高机体的抗病能力和免疫能力,起到治疗的作用。这是用现代科学方法研究祖国医学理论的良好开端,有助于增强中西医结合治疗急白的信心,更好地在对急白的治疗中,充分发挥祖国医药学的有效作用。

今后研究途径的探讨

由于坚持中西医结合治疗,我国成人急白的完全缓解率,一般已提高到30~50%,有的甚至高达62.5%~82%,总缓解率也提到70%以上。生存在三年以上的病例,1973年统计有23例,1976年已增至70例,但据各单位报导,中数生存期仅达8~9个月,生存在五年以上的病例仍然不多,看来要攻克白血病,还要做许多艰苦细致的工作。今后治疗研究途径,估计有三个:一是肯定现有的中西医结合疗法的效果,二是改进现有中西医结合治疗方法,三是开辟新的治疗途径。

关于现有中西医结合疗法治疗急白的疗效,较单纯的西医或单纯的中医要好,这是肯定的。中西医结合治疗有多种形式。诱导缓解时,西医方面以短程、间歇的联合化疗加免疫

治疗的完全缓解率最高,但也有仅用6MP与激素而得到长期缓解的。在各种中医疗法中,以辨证辨病进行治疗为好,其中又以分型施治的效果最佳。但也有仅用天水方、复方马钱子汤、癌三方,亦或蟾蜍、独脚莲加用或不加用6MP、激素而得到长期缓解的。维持缓解治疗以联合化疗与免疫治疗加辨证施治的二年生存率最高,川医报导为13%,但生存期最长的急白,则是单用中医药者为多。现今中西医结合治疗的情况是:急白的完全缓解率在不断的提高,但半数以上的病例,仍不免在一年以内复发而死亡。究其原因固然很多,不能坚持缓解期的治疗是多数。提高对维持缓解治疗的重要性的认识,建立出院后长期追踪观察和治疗的制度,会有更多病例的生存期得到延长。

为了进一步提高急白的缓解率和延长有效生存期,从改进现有的治疗方法着手,是比较切实可行的。目前联合化疗所存在的问题,主要是骨髓抑制与胃肠道反应严重,病人存在着由此导致感染出血而死亡的危险。为了防止化疗的副作用,不少单位介绍了许多有效的方法。首都医院以益气养阴滋阴助阳法,西苑医院用益气养阴补肾健脾法处理骨髓抑制有效;贵阳医学院重用石羔加安宫牛黄、紫雪等控制高热;广西用当归补血汤防止胃肠反应;浙江用艾叶油治疗口腔真菌等。但如何改进联合化疗,设计使患者免于上述危险的治疗方案将更加重要。江津提出一个治疗急粒的同步联合化疗方案,第一天用VCR,20小时后用AT₁₄₃₆,48小时用阿糖胞苷,72小时给M-GAG或环磷酸胺,配合中医中药,认为具有疗效好,用药少,毒性小,能大量杀灭白血病细胞,缓解迅速,生存期长等优点。就成人而言,急淋在治疗后的缓解率最高,但生存期最短,这可能与急淋患者免疫机能低下有关。设若如此,则如何提高机体的免疫能力,就成为延长急淋生存期的关键。目前免疫治疗不但能解决白血病细胞在 10^6 个以下的问题,在与化疗合用时,还

可提高急白的缓解率。但免疫治疗可能带来的过度刺激网状内皮系统,发生继发性疾病和产生封闭抗体的危险,以及停止治疗后病情复发的问题尚未解决。PHA小棒状杆菌,转移因子及左旋咪唑的应用能否解决上述问题,还待研究。据云免疫RNA的应用,可无上述危险,但临床应用的报导仍然很少。在各种急白的治疗措施中,中医中药发挥极为重要的作用。已报导的各种有效治疗方法,包括辨证施治,分型施治,成方,单方是比较多的,但各种方法的可重复性如何,仍须要有更多的临床实践来验证。中西医如何做到有机的结合,也值得进一步的研究和改进。1973年全国白血病座谈会所拟定的维持缓解的治疗方案,适用于大城市少数能建立追踪观察制度、设备齐全的医院,一般医院特别是农村基层医疗单位不易办到,因此如何改进维持缓解期的治疗方法,是迫切的实际要求。从上面关于长期生存病例的治疗分析来看,化疗是否应作为定期的常规治疗措施,令人怀疑。若不作定期使用,就应有使用化疗的指征。从中医中药中找寻出代替BCG

作免疫治疗药物,也是有可能的。从基层单位的实际出发,一些疗效确实、无抗药性、药源易得、价格低廉、毒性轻微、使用方便的成方、单方的研究也十分重要。

关于开辟新的治疗途径的问题:现有的中西医结合治疗的不断改进,必将使急白的完全缓解率得到不断的提高,生存期继续得到延长,但在人类白血病因和发病原理尚未弄清之前,能否根治急白,尚属疑问。根据移植同种异体正常的白细胞,可在白血病宿主体内发生突变,成为白血病细胞的事实,说明宿主体内一定存在着某种导致细胞突变的因素。这种因素在白血病动物已证明是RNA肿瘤病毒,设若人类白血病也是由于病毒引起,或许白血病的根治,有可能通过找到有效的抗病毒药物而解决。医科分院青黛疗效原理的研究,通过免疫功能,核酸代谢,细胞遗传学及电镜等的观察结果,认为青黛的疗效原理不同于马利兰。设若青黛是通过作用于病毒而收效的设想得到证实,这一研究将是找寻新的治疗途径的良好开端,其意义自不待言。

参考资料(略)

中西医结合辨证施治治疗5例 急性粒细胞型白血病的体会

湖北医学院第一附属医院内科血液组、中医科

遵照伟大领袖毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高”的教导,我院在中西医结合辨证施治治疗急性白血病的道路上迈开了第一步。现将1975年收治的急性粒细胞型白血病用中西医结合治疗的5例情况报导于下:

一般资料

1975年以来,我们对1例急性早幼粒细胞型白血病,4例急性粒细胞型白血病,采用中西医结合治疗,辨证与辨病相结合。西药采用较

大剂量联合化疗，根据药源情况，用CAMP方案（环磷酰胺、阿糖胞苷、6-MP、强的松）或COMP方案（环磷酰胺、长春新碱、6-MP、强的松）。每5天为一疗程，间歇7~14天，个别病例白细胞数未恢复至1000/毫米³者，间歇期有达三周的。中医根据不同的病期辨证施治，分别采用清热解毒法、清热凉血法、滋阴清热法、补益气血法、补脾补肾法进行治疗。

疗效按1973年全国白血病座谈会制订的疗效标准判断。5例中4例完全缓解，1例部分缓解一级。

病例介绍

例1 朱××，男性，19岁。因头昏、乏力二月，发热一月，右大腿红肿疼一周于75年7月17日入院。入院体温39℃，肤色稍苍白，皮肤粘膜无出血点，胸骨有明显压痛，肝大于肋下1.5厘米，脾不大。右大腿前有一10×8厘米大的红痛肿块。

血象：血红蛋白6.6克%，白细胞3400/毫米³。

骨髓：原粒61%，早幼粒18%，符合急性粒细胞型白血病。

中医辨证：高热、面赤、口干不喜饮，神情烦躁，舌尖稍红、苔黄而厚腻，为热毒炽盛、湿热内蕴之症。

住院及治疗经过：用阿糖胞苷、6-巯基嘌呤、环磷酰胺及强的松联合化疗。中医用清热解毒，作以利湿之法，用清瘟败毒饮与五味消毒饮加减治疗。经一疗程后体温迅速下降并稳定于正常，右大腿肿块缩小至消失。舌苔由黄腻转为薄白。化疗第二疗程期间，又出现低热、咽干、贫血加重，脉浮大中空呈芤象，白细胞低而血中仍有幼稚细胞，辨证为阴虚发热，乃气虚血少。用青蒿鳖甲饮加减治疗，体温渐退。再行第二疗程化疗后，全血减少，皮肤有散在小出血点，无大出血及内脏出血情

况，体温逐渐上升，表现畏寒、高热、头痛、咽痛、咽干、面色苍白、脉浮细数，辨证为阴虚血虚兼外感邪毒。继续用青蒿鳖甲饮等滋阴清热药无效，处于病危状态，高热持续，并相继出现面部部肿胀（为上颌间隙感染——厌氧菌感染，后发展成走马疳），口腔霉菌感染、霉菌性食道炎、肺部霉菌感染，走马疳创面为绿脓杆菌感染。过去象这样广泛霉菌感染、绿脓杆菌感染是很难控制的。而此病人用青霉素、多粘菌素、庆大霉素、红霉素、羧苄青霉素、曲古霉素、制霉菌素等分期应用，配合中药清热解毒之品（二花、连翘、紫花地丁、野菊花、蒲公英、黄芩、黄柏、大青叶、玄参、甘草、知母等）持续应用，高热持续达60天之久，体温逐渐下降，血中无幼稚细胞，血象开始恢复，进入缓解期。此时表现神疲、纳呆、乏力、心悸、自汗、少气懒言、面色苍白，辨证为气血两虚、脾肾亏损。用益气养血、补脾补肾法，配合化疗。至75年12月1日症状消失，血象及骨髓象恢复正常，达到完全缓解标准。缓解后用补气补血方，配合其他维持缓解治疗。

例2 刘××，男性，27岁。因发热、肤色苍白、乏力一月余，咳嗽、咳白色粘痰，时有痰中带血，伴心慌、气短于75年5月13日入院。体温39℃，重度贫血貌，颈前、腋下以腹股淋巴结如蚕豆大，胸骨有压痛。心率124/分，心尖部有Ⅲ级柔和收缩期杂音，肺无啰音，肝于肋下2厘米，脾于肋缘下刚及。

血象：血红蛋白3.9克%，白细胞3300。

骨髓：原粒1%，早幼粒98%，符合急性早幼粒细胞型白血病。

胸片：两上中肺野有症状阴影，为白血病浸润表现。

中医辨证：心悸、短气、乏力、痰中夹血、面色苍白、舌质淡嫩、脉细速、属心脾两虚、气阴两伤。

住院及治疗经过：入院后用阿糖胞苷，

6-巯基嘌呤、环磷酰胺及强的松联合化疗，配合中药益气养阴、补益心脾药（党参、当归、黄芪、生熟地、菟丝子、枸杞子、补骨脂、陈皮、鸡血藤）治疗，症状有所改善。化疗三个疗程后，白细胞低于1000/毫米³以下，表现低热、盗汗、心悸、舌质淡而边尖红，少苔。脉呈芤象。辨证为久病后阴虚发热。用青蒿别甲饮加减（青蒿、别甲、地骨皮、知母、丹皮、麦冬、生地、紫草、大青叶、白茅根、玉竹、山药、首乌、黄芩），配合青、链霉素治疗，体温退，症状好转，骨髓为部分缓解。再行一疗程化疗，配合青蒿别甲饮治疗后，出现全血减少，体温逐渐升高，表现高热、恶寒、鼻塞、头痛、出汗、苔转黄、脉浮数。辨证为体虚加外感及表热症。乃改用辛凉解表的银翘散加减，配合用青链霉素治疗，效果不佳，高热持续，逐渐出现咽痛，右软腭肿痛，右侧扁桃体肿大，有脓溢，为急性扁桃体周围炎。血培养有绿脓杆菌、用多粘菌素、强力霉素，配合清热解毒药治疗。半月后体温逐渐降至正常，扁桃体脓肿消退，自觉症状好，骨髓检查为完全缓解。缓解后改用补气补血方配合维持缓解化疗治疗。

例3 李××，男性，26岁。因不规则发热一月余，微咳，肛周有一小疖肿，于75年1月30日入院。入院体温37℃，腋窝皮肤有出血点，表浅淋巴结不大，肝大1厘米，脾不大。

血象：血红蛋白7克%，白细胞35,100，血小板8万。

骨髓：原粒20%，早幼粒46%，符合急性粒细胞型白血病。

中西辨证：低热、口苦、咽干、盗汗、舌边尖红、苔薄黄、脉细数、为阴虚火旺，阴虚生内热之症。

住院经过：入院后经阿糖胞苷、6-巯基嘌呤、环磷酰胺联合化疗，配合滋阴清热药：青蒿、黄芩、丹皮、二花、连翘、紫草、大青叶、知母、黄柏、地骨皮、麦冬。化疗二个疗

程后体温正常，但血象未缓解，表现咽干、少气懒言、面色苍白、舌质淡、少津、脉沉细弱。辨证为气血两虚，而用补气补血方（党参、山药、麦冬、当归、杭芍、熟地、枸杞子、淡大云、女贞子）。行第三个疗程化疗后发热、血象低、肛周感染加重，改用清热解毒加扶正法，体温逐渐正常，血象部分缓解。再进行三个疗程化疗，配合以上中药治疗。至6月19日骨髓完全缓解。缓解后用十全大补方加减配合维持缓解化疗。至75年10月贫血又复出现，血中又出现幼稚细胞，骨髓呈急性粒细胞白血病复发，但无发热、出血等表现。中医辨证仍属气血双虚，继续用补气方血补，配合三个疗程化疗，再次缓解。至76年1月28日完全缓解出院。

几点体会

1. 辨证与辨病相结合，可使白血病诊断准确，提高疗效，是中西医结合治疗急性白血病的重要途径。急性白血病的症状，寒热虚实，错综复杂，非一证一型所能概括；在治疗经过中，矛盾交错，非一方一法所能奏效。因此，我们在急性白血病治疗上，须按疾病不同阶段辨证施治。

总的来看，白血病的主要症状为发热、贫血、出血。在进入缓解期前贫血表现进行性加重，伴有苍白、乏力、头昏、心悸、自汗、盗汗、舌质淡、脉象无力等，故急性白血病基本上属于虚证。发热除发病期可为白血病本身核蛋白代谢亢进表现外，病程中的发热主要是继发感染所致，也和化疗后大量杀伤的血细胞刺激有关，即热毒内蕴伤阴；当白血病进入缓解期后，发热、出血均消失，表现气阴两虚。因此，我们对急性白血病的辨证与辨病的结合上，抓着发热这个突出症状，大致分三期进行辨证施治：

(1) 发病期：急性白血病发病时往往有发

热,程度不同的出血及贫血,白细胞总数或高或低,而幼稚细胞比例高。其发热可能为白血病本身表现及并发感染有关。此期中医辨证为热毒炽盛或温毒入营血。治则为联合化疗配合清热解毒凉血等药。方剂用清瘟败毒饮或清营汤加减,如皮肤有疖肿者加用五味消毒饮。复发时的辨证及治则同发病期一样。

(2).化疗后骨髓抑制期:急性粒细胞性白血病人,经化疗后(一般是3~4个疗程后),在其缓解之前均有一段较显著的骨髓抑制过程,然后逐渐恢复,进入缓解期。在化疗后的骨髓抑制期中,全血细胞减少,血红蛋白多在3克%上下,白细胞数在1000以下,而幼稚细胞消失。此期血细胞被杀伤后对机体刺激可以表现低热、盗汗、多梦、腰酸、咽干、舌边尖红、苔少、脉沉细弱,为久病伤其真阴,阴虚生内热之证。治则为滋阴清热,用青蒿鳖甲饮加减治疗。骨髓抑制期病人的免疫防御功能低,极易合并感染而表现高热、弛张热或稽留热,口腔、咽部、消化道、肛周、皮肤等常有明显感染病灶。此时虽有面色苍白、颧红、自汗、盗汗、心悸、气短等气阴两虚表现,而实质是先有精气内陷、瘟毒病邪乘虚而入,虚实兼杂。治疗上本着急则治标、缓则治本的原则,以清热解毒为主,佐以扶正。

我们认为:此期久病伤真阴、阴虚生内热之证较少而轻;而精气内陷、瘟毒病邪乘虚而入、虚实兼杂之证普遍而重。在几个病例化疗后出现发热,用青蒿鳖甲饮滋阴清热治疗,退热效果不佳;而体温持续升高,出现感染病灶

时,改用清热解毒药、佐以扶正往往收到效果。

(3).缓解恢复期:经过短暂的骨髓抑制后进入缓解期。此期体温不烧或低热,血中幼稚细胞消失,而血红蛋白、血小板仍低。表现头昏、耳鸣、心悸、气短、神疲、乏力、面色苍白、舌质淡、脉细弱等,为气血两虚、脾肾两虚之证。宜补气养血、补脾补肾法。用八珍汤加十全大补等方剂。

2.我组病例中采用较大剂量联合化疗,化疗后血小板明显下降(2~3万/毫米³)但仅有部分病例皮下散在出血点,没有颅内出血及大出血情况。这可能在化疗后应用滋阴清热药、防止阴虚火旺、迫血妄行的发生有关。滋阴类药物是否有改善血小板功能的作用,有待今后探讨。

3.我组这五个病例中,4例完全缓解,1例部分缓解Ⅰ级,显示了中西医结合辨证施治的效果。体会清热解毒药物加强了消炎与抗菌素协同作用。滋阴利湿药物(天冬、麦冬、茯苓等)各地报导有增加免疫力及抗肿瘤的效果。补气、扶正、药物(黄芪、党参、人参、茯苓、黄精、灵芝等),有非特异性免疫作用。总之,中药起到一些非特异性免疫、抗感染、止血、抗癌、扶正等作用。

总之,我们在中西医结合治疗急性白血病仅仅是开端。病例还少,但在本院化疗药物及血源困难情况下取得了较高的缓解率,在中西医结合方面提高了疗效,今后得进一步在攻克白血病上努力。

中西医结合治疗急性白血病46例初步体会

四川医学院附属医院内科血液组、中医科
四川医学院卫生系统统计教研室

我们遵照伟大领袖毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”的教导，于1973年在附院内科血液病室开始进行中西医结合治疗急性白血病。现将资料较完整的46例急性白血病患者小结如下。

一 般 资 料

自1973年1月至1976年7月川医附院内科血液病室采用中西医结合治疗各类急性白血病共46例。化疗不满两个疗程，或缓解后出院未进行追踪者均未计算在内。

性别：男性，28例。女性，18例。

年龄：13~53岁。

46例急性白血病患者类型的分布（按西医分类）急粒29例、急淋10例、急粒单5例，原血及红白各1例。

按中医分型：湿热型19例、温湿型10例、气血不足11例、湿毒4例、阴虚夹湿热2例。

治 疗 原 则

采用中西医结合治疗。药物及方案虽各有不同，但中西医药始终相互配合。

（一）西医治疗：以联合间歇化疗为主，急粒主要采用COAP方案，（环磷酰胺400毫克静脉注射，第1、4日，长春新碱1毫克静注1次，阿糖胞苷50毫克每12小时静注或肌注1次，

共5天，强的松每日口服60毫克共5天。）一般5天为一疗程。如3~6疗程无效即改用GOAP，6COAP，CVMP或DOAP等。

急淋：先用长春新碱与强的松联合治疗三周，再用6MP与强的松治疗三周。缓解后即服用6MP，环磷酰胺，MTX三种药间隙循环治疗。

乙胺嘧啶每六周一次，每次25毫克每日服两次，每五天为一疗程。

免疫疗法：采用BCG划痕法。每周一次，连续八次后每两周一次，半年后一月一次。

口服乙胺嘧啶与BCG划痕是采用流水作业法，不论是否已达缓解均照样按时进行。

（二）中医治疗的原则及具体方法：

1. 中医的分型与论治

（1）湿热型：占19/46例，分布于急粒、急淋或急粒单各类白血病，其病情稍缓慢。表现的症状是：脸色晦黄、全身倦怠乏力，头目昏胀，四肢或关节酸痛、口淡食差，小便黄或有午后发热，舌红苔黄腻，脉多弦滑数。

治疗原则：清热解毒、燥脾祛湿为主。

选方：龙胆泻肝汤、五味消毒饮、二陈汤、藿朴夏苓汤、平胃散等加减。

常用药物：夏枯草、黄芩、龙胆草、栀子、银花藤、蒲公英、紫花地丁草、白花蛇舌草、芦竹根、柴胡、藿香、厚朴、半夏、陈皮、佩兰、苍术、茯苓、猪苓、泽泻、木通、车前草等。

(2) 温热型：占10/46例，多见于急粒。其病情急骤。症状表现是：高热、斑疹、牙龈、皮肤及各处出血、甚或有神昏谵语、便秘、小便短赤，舌红苔黄糙、脉洪大而数。

治疗原则：清热解毒、清血凉血为主。

选方：清营汤、清瘟败毒散、犀角地黄汤、紫雪丹等加减。

常用药物：羚羊角、犀角（或以水牛角代）、银花、连翘、黄芩、知母、生石膏、黄连、黄柏、夏枯草、栀子、丹皮、赤芍、生地、竹叶心、玄参、丹参、紫草、芦竹根、茅根等。

(3) 湿毒型：占4/46例，见于急粒单、急粒、急淋等类白血病。其病情急骤而危重。症状表现是：午后或持续高热、头昏胀、胸腹痞闷、食欲甚差、甚则呕恶便溏、口舌溃烂、全身各处出血严重、小便短黄、舌红苔黄腻、脉弦滑数。

治疗原则：清热泻火、解毒、祛湿为主。

选方：甘露消毒丹、黄连解毒汤、连朴饮等加减。

常用药物：夏枯草、茵陈、板兰根、银花藤、黄芩、黄连、栀子、黄柏、射干、豆根、芦竹根、石菖蒲、藿香、叩仁、苡仁、杏仁、法夏、陈皮、厚朴、茅根、滑石、木通等。

(4) 气阴不足型：占11/46例。分布于急粒、急淋、急粒单等类白血病。其症状表现是：潮热、自汗、气短、动则心悸、虚弱乏力、食欲减退、失眠多梦、腰膝酸痛、舌胖嫩、苔薄白或少苔、脉多沉细无力。

治疗原则：补益气阴、健脾清虚为主。

选方：益胃汤、生脉散、参苓白术散等加减。

常用药物：黄芪、人参、北沙参、麦冬、玉竹、生地、芦竹根、白术、白芍、五味子、茯苓、炙草、淮山、扁豆、莲米、夏枯草、地骨皮、鸡血藤、刺蒺藜、枣皮等。

(5) 阴虚夹湿热型：占2/46例，见于急粒

及原血细胞性白血病各一例，其症状表现是：有五心潮热、盗汗、失眠、头昏、耳鸣等一系列肾阴虚症状外兼见有腹胀、食差、小便出血、舌苔黄腻、脉沉滑数等湿热证状。

治疗原则：养阴清虚、清利湿热为主。

选方：知柏地黄汤、二至丸、八正散、二陈汤等加减。

常用药物：知母、焦柏、焦栀、地骨皮、夏枯草、淡竹叶、丹皮、枣皮、刺蒺藜、北沙参、芦竹根、白芍、生地、茯苓、淮山、泽泻、茅根、女贞、旱莲、木通、车前草、滑石等。

2. 治疗过程中的辨证方法：

(1) 急性初期：中医分型多属湿热型、温热型、湿毒型。故多采用清热解毒、清热凉血、清热祛湿等法为主，而佐以扶正。如患者属气阴不足型或阴虚夹湿热型，则宜以补益气阴、养阴清虚为主，而佐以驱邪。

(2) 在进行化疗中的中药配合：患者经化疗多个疗程后，往往全身或消化道反应严重，这时宜根据反应表现，以中医中药消除化疗中的副作用。如食欲不好、恶心作呕，宜用查曲平胃散、旋复花代赭石汤等和胃降逆，如周身疲乏、食欲减退宜用香砂六君子汤、参苓白术散等健脾补气；如白细胞血小板过低，宜用当归补血汤、八珍汤加鸡血藤、丹参、苦参等补益气血，如并发感染，宜根据患者证脉表现，或加重清热解毒药，或用清热凉血药，或用养阴清虚热药以消除感染症状。

(3) 好转或缓解期：经中西医结合治疗后，患者如达到骨髓或临床缓解时，邪气得到暂时抑制，但正气也随着化疗、中药等打击而随之虚弱，正和邪这一对矛盾，正虚已成为主要矛盾方面，这时宜以补气血或补益气阴为主，而佐以清解余热之药物。常用补气血的方剂如八珍汤、归脾汤、人参养荣汤等；常用补益气阴的方剂如生脉散、益胃汤、参苓白术散等。

(4) 中药抗瘤药的选用：在整个治疗中，

我们注意选用或加用有抗癌作用的中医方剂和药物。如本组湿热型患者多选用龙胆泻肝汤,因该方中龙胆草、黄芩、栀子属清热泻火类药,多认为有抗癌作用,而方中当归、生地、茯苓、猪苓、泽泻等亦认为是抗癌的中药。夏枯草、山豆根、舌上一棵草、白花蛇舌草、半枝莲、苦参、丹参,这类药物已被公认为中药的抗癌药物,亦常为首选药物。

治 疗 结 果

46例中已死亡29例,尚存活17例,分别分析如下:

(一) 存活天数: 已死患者从确诊日计算

表 1 急 粒 患 者 的 存 活 时 间 (天)

组 别	患者例数	全 距	中 位 数
中 西 医 结 合 组	29	56~1619	329天 (10.97月)
旧 疗 法 组	159	30~2396	98.08天 (3.27月)

* 前10年的资料中如用化疗药物不满16天,治疗后存活不到30天的患者未作统计。

表 2 急 粒 患 者 存 活 时 间 的 分 布

组 别	1月~		3月~		6月~		1年~		2年以上		合 计	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
中 西 医 结 合 治 疗 组	3	10.34	3	10.34	10	34.48	8	27.59	5	17.24	29	100.00
旧 疗 法 组	63	39.62	47	29.56	42	26.42	4	2.52	1	6.25	159	100.00

(二) 缓解率: 已死亡组与尚存活者分别计算。因尚存活者目前虽未达到缓解,但以后还有缓解的可能性。已死亡者29例总缓解率为82.74%,尚存活的17例(到1976.7.31)缓解率为88.23%。

(三) 达到缓解的时间: 从治疗开始到达到缓解的日期为达到缓解的时间,已死亡组达到部分缓解的中位数为35天,达到完全缓解的

中数生存期为279日;尚存活患者从确诊日计算至1976年7月31日止,中数生存期为292天。

已死亡之29例中多数生存半年至一年半,个别将近五年。

由29例急粒患者经中西医结合治疗后的存活时间,与前十年(1962.9~1972.9)未经中西医结合治疗而单一、二种抗癌化学药物治疗的159例急粒的资料相比,可以看出经中西医结合治疗的生存期间显著增长,见表1。

从两组急粒患者的存活时间分析,也可以看出29例经中西医结合治疗者存活在一年以上者有13例,占44.83%;而159例由旧法治疗者仅有5例,占8.81%,见表2。

中位数为77天;存活组达到部分缓解之中位数为34天,达到完全缓解的中位数为49天。

由全距看,达到缓解的时间不一致。存活组中王××从治疗开始到386天达到完全缓解,这说明多个疗程不缓解并不等于不可能缓解,坚持治疗仍有完全缓解的可能。相反,有一例治疗四天后即达到部分缓解。

(四) 维持缓解的日数(缓解期): 从缓

解之日计算到恶化或复发为止。如病程中有两次缓解,则缓解期为二次之和。死亡组与生存组分别计算,因存活者仅计算到1976.7.31日止,实际还需继续观察,见表4。

中医治疗结果

按西医疗效标准,可从完全缓解例数及中数存活天数来评定其对各型的效果。见表5。

表3 46例急性白血病的缓解率(%)

组别	例数	完全缓解		部分缓解		总缓解率
		例数	缓解率	例数	缓解率	
已死亡	29	12	41.37	12	41.37	82.74
尚存活	17	7	41.17	8	47.06	88.23

表4 急性白血病患者缓解维持时间(天)

组别	完全缓解			部分缓解		
	例数	全距	中位数	例数	全距	中位数
已死亡组	11*	4~723	122	22	40~497	138
尚存活组	7	49~455	215	13	26~250	94

*因有1例出院时为完全缓解,但因失去联系,故不能计算持续缓解时间。

表5 中西医诊断(分型)与疗效

中医分型	例数	急粒	急淋	急粒单	其他	完全缓解(例)	中数存活期(天)
湿热型	19	11	4	3	红白血病 1	8	329
温热型	10	9	1	0	0	6	242
湿毒型	4	3	1	0	0	2	213
气阴不足型	11	6	4	1	0	3	394
阴虚夹湿热型	2	1	0	0	原血1		255
共计	46	30	10	4	2	19	已死 279 尚存 292

初步体会

(一) 关于联合化疗的问题:自细胞动力学的理论出现后,联合间隙化疗在治疗急性白血病方面取得了很大成绩,提高了急性白血病

的缓解率,延长了病员的存活时间。理论上在开始采用强烈的联合化疗可获得良好的后果,但我们在应用的过程中认为如不考虑患者个体的情况一律都用强烈联合化疗是不适合的。下面几种情况,我们都认为不宜于机械地使用强烈联合化疗。

(1) 出血倾向较重的患者开始不宜强烈联合化疗。如本组李××，女，24岁，工人，患急性粒细胞型白血病。入院前曾因采用COAP联合化疗后出现鼻衄，皮下出血及月经量大增，血红蛋白由10克%降至2.9克%。停用联合化疗后月经恢复正常。入我院后仅用阿糖胞苷与强地松后月经量又加多，经期延长至一月之久。就此只得延长间隙期，反复输血，待情况好转后再逐渐试用OAP及COAP，患者耐受治疗良好。现血红蛋白已上升至10克%，全身情况良好。

又如徐×，女，16岁，学生。患原血细胞白血病，伴低γ球蛋白血症(γ4%)，同时伴有风湿性心脏病、急性肾炎及糖尿病，全身衰竭已临垂危，全身皮肤广泛出血，流鼻血，肝在肋下10厘米。经用各种止血药物、输血及强地松，情况未见好转。加用阿糖胞苷一次后，次日肝脏明显缩小。经一疗程中加用长春新碱一次，皮下出血加重，鼻血不止，在一夜中血红蛋白由5克%降至1.4克%，往后疗程仅用阿糖胞苷与强地松，情况逐渐好转。到目前已用五个疗程，未见出血，肝在肋下已摸不到，血红蛋白上升至10克%。

从以上观察我们认为开始有严重出血倾向者不宜用多种药物联合化疗，要待一般情况好转时，才能采取多种药物联合化疗，更有力地杀灭癌细胞。

(2) 骨髓增生低下的白血病也不宜采用强烈联合化疗：本组有两例患者，一例为原血细胞，一例为急性型白血病，其周围血及骨髓原血及原粒细胞比例虽均高，而骨髓有核细胞增生低下，周围血白细胞总数不高，未经用联合化疗，效果均甚满意。

例1 曹××：骨髓穿刺仅一次增生明显活跃，但多次均为增生减低。骨髓活检显示骨髓纤维组织轻度增生、造血细胞普遍减少。骨髓穿刺所见细胞90%为原粒。仅用强的松及丙酸睾酮两月后全身情况明显好转，血红蛋白由

6.5克%上升到14克%，血小板由1.1万上升到9.1万。骨髓完全恢复正常，原粒细胞已消失，出院后因停药四个月又复发，情况同前，骨髓检查及骨髓活检亦同前，经用口服强的松及肌注丙酸睾酮后血红蛋白又由4克%上升到12克%，到76.7.31日已存活387天，全身情况很好。

例2 徐××：周围血象及骨髓象和骨髓活检与上一例曹××相同，其异常细胞为原血细胞。第一次入院仅用一般抗菌素、强的松及丙酸睾酮后获得完全缓解达数月之久，第二次入院因复发，单用强的松无效，加用阿糖胞苷后又获得完全缓解，且正在观察中。

(3) 部分急性白血病患者不需联合化疗也可得到满足的疗效及长期存活。

如本组患者马××，女，34岁，教师，患急性粒细胞白血病。开始仅用氢化考的松及强的松，达到缓解后一周停药，维持完全缓解达到494天后出现子宫浸润，而周围血与骨髓保持完全正常达653天之久。

另外本组尚有4例与上例相同，仅用强的松或加用阿糖胞苷一样药物，非但可达完全缓解而且可长期维持完全缓解。但从全组来说这种病仅属少数，这种病例的特点尚有待研究探讨。

(4) 病程较长，治疗到1~2年以上者，虽未能达到完全缓解，亦不宜采取猛烈的联合化疗。本组患者有部份长期生存在部分缓解或未缓解状态，但全身情况良好，外表看不出病容。这些患者的生存期并不短于曾达到过完全缓解者。由于长期化疗，白细胞偏低，血小板也低，有的骨髓细胞增生低下。白血病细胞此时因长期用药亦已产生耐药性，单纯加强化疗也不能使之缓解。强烈的联合化疗相反会加重感染及出血，甚至使骨髓过度抑制。在这种情况下关键是不能伤害病人的免疫能力，因而需要加强中药及免疫治疗。尤其是在输血条件不足，隔离条件受限的情况下，长期治疗后不缓