

ZHONGXIYIJIIEHEZHILIAOXUESHUXI

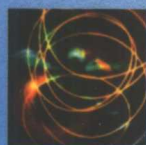
中西医结合

血液病

治疗学

陈 泊 丘和明 主编

◎ZHONGXIYIJIIEHE
◎XUEYEIBING
◎ZHILIAOXUE



人民军医出版社

中西医结合血液病治疗学

ZHONG - XIYI JIEHE XUEYEBING ZHILIAOXUE

主 编 陈 泊 丘和明

人 民 军 医 出 版 社
北 京

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合血液病治疗学/陈泊,丘和明主编.—北京:人民军医出版社,2001.1
ISBN 7-80157-107-X

I. 中… II. ①陈…②丘… III. 血液病-中西医结合疗法 IV. R552

中国版本图书馆(CIP)数据核字(2000)第 19373 号

人民军医出版社出版
(北京市复兴路 22 号甲 3 号)
(邮政编码: 100842 电话: 68222916)

潮河印刷厂印刷

春园装订厂装订

新华书店总店北京发行所发行

*

开本: 787×1092mm 1/16·印张: 25.5 字数: 594 千字

2001 年 1 月第 1 版 2001 年 1 月(北京)第 1 次印刷

印数: 0001~4000 定价: 45.00 元

(购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换)

序

根植于中华文化之中医药学，经历数千年之实践，其完整之理论体系，丰富之诊疗经验，确切之临床疗效，博大精深。其中对“血证”、“虚劳”诸病证论之尤详。历代医家每多发挥，著述浩瀚。清代唐容川所著之《血证论》，精研前贤之论，深议自身临证之见，后世医者莫不视之为中医血证发展之里程碑。迨至上世纪中、后叶，西风东渐，西医学传入我国。近 20 年间，随着现代免疫学、分子生物学、遗传学等现代医学理论和诊疗技术的发展，西医血液病研究进展飞速，理论充实，检测先进，治法多样。中医学对血液病之研究亦不断深入，日新月异。如再生障碍性贫血之中医，中西医结合治疗得到医界公认；砷剂治疗急性早幼粒白血病之疗效令人刮目；中医药防治微小残留白血病及中药调节细胞凋亡等治疗作用前景广阔，此乃继承、发扬中医药学之基础理论，突出中医特色，重视辨证论治之结果。辨证论治是中医药学临床诊疗之灵魂；辨证与辨病相结合，发皇古义，扩延新知，大胆探索，中西互参，取长补短，为我所用是写作本书之基本特色。

本书立足于中医学术，联系西医理论，对中医历代医典相关论述作较系统，深入之阐发，力求反映中医药对血液病之认识及独特诊疗经验。本书作者中，有学验俱丰的著名中医学专家，西学中专家和西医学专家，又有基础扎实，涉学中西之中青年俊秀，他们将多年诊治血液病之临床所得，如实编撰，力图反映中医治疗血液病之特色及其用药经验。其诚可嘉，其书可赞。读者诸君，揽卷披阅之时，将可从中受益。我先睹书稿，乐为作序。

终身教授 刘仕昌

2000 年 1 月 28 日 于广州中医药大学

前 言

从《黄帝内经》起，中医已经历了二千多年，曾有过辉煌、挫折、振兴的发展过程。时至今日，时代变了，环境变了，科学技术有了新的发展，人类的疾病及其治疗，也有了更大的变化。中医也随着时代的变化而发展。在高科技飞速发展的今天，我们认识到中医要发展，必须现代化，即用最新高科技知识和技术来研究中医。

血液学是随着显微镜技术的发展和细胞学而逐步形成的学科，当它传入中国之后，一批中医或西医，包括我们在内，不失时机地将两者有机地结合起来，并在此基础上，向分子血液学进军，从而使中医有了血液学的丰富内容，并跨越很多年代，赶上或超越世界医学发展的水平。中西医结合血液病治疗学的发展适应了现代血液学的发展和广大患者诊治的需求，在世界血液学领域中，独占了特殊的地位。

我们将几十年的心血凝结在这本专著里，目的是启迪有志于中医血液学的同仁和青年们，奋勇向前，用你们创造性的努力，去造福于人类。本书，系统介绍了有关血液病的中西医理论知识，中医诊疗技术和经验体会。它主张用现代最先进的科学知识和技术，研究和继承发扬祖国医学，促进血液病的诊治。

勇于研究和实践，以造福于人类，造福于血液病病人。

陈 泊

2000年1月18日

于广州第一军医大学

目 录

第一篇 总 论

第一章 血液病中医治疗简史····· (1)	第七节 血液病临床辨证论治的 实施····· (61)
第二章 血液病中医治疗的基础知识 ····· (6)	第八节 血液病的护理····· (75)
第一节 中医血液病的分类及命 名····· (6)	第九节 分子血液学与血液病中 医治疗····· (77)
第二节 中医血液病的病因····· (7)	第十节 经络与针灸在血液病治 疗中的应用····· (78)
第三节 中医血液病的诊断方法 ····· (13)	第十一节 药物····· (83)
【附】 秘传脉诀序言····· (29)	第十二节 方剂····· (107)
第四节 实验室检查····· (32)	第十三节 中医造血理论与现代 医学····· (118)
第五节 诊断分析方法····· (42)	
第六节 中医血液病的治疗····· (53)	

第二篇 红细胞疾病

第三章 缺铁性贫血····· (121)	第十章 失血性贫血····· (189)
第四章 营养性巨幼细胞性贫血····· (130)	第十一章 卟啉病····· (193)
第五章 6-磷酸葡萄糖脱氢酶缺乏性 溶血性贫血····· (139)	第十二章 红细胞增多症····· (198)
第六章 自身免疫溶血性贫血····· (146)	第一节 原发性红细胞增多症 ····· (198)
【附】 溶血尿毒综合征 ····· (152)	第二节 继发性红细胞增多症 ····· (203)
第七章 地中海贫血····· (154)	第十三章 血色病····· (206)
第八章 再生障碍性贫血····· (162)	
第九章 阵发性睡眠性血红蛋白尿 ····· (181)	

第三篇 白细胞疾病

第十四章 白细胞减少症····· (209)	【附】 关于砷剂与砷中毒 ····· (243)
第十五章 骨髓增生异常综合征····· (217)	【附】 中医中药与骨髓移植 ····· (245)
第十六章 白血病····· (227)	第十七章 恶性淋巴瘤····· (247)
【附】 国外分型诊断标准 ····· (230)	第十八章 传染性单核细胞增多症 ····· (261)
【附】 白血病中医治疗之我见 ····· (239)	

第十九章 传染性淋巴细胞增多症 (267)	第二十二章 恶性组织细胞病..... (295)
第二十章 嗜酸细胞增多症..... (271)	第二十三章 脾功能亢进症..... (300)
第二十一章 多发性骨髓瘤..... (279)	第二十四章 骨髓纤维化..... (306)
【附】 巨球蛋白血症 (289)	

第四篇 出血性疾病

第二十五章 过敏性紫癜..... (313)	【附】 马利兰继发再障中医治验 ... (345)
第二十六章 原发性血小板减少性 紫癜..... (321)	第三十章 血友病..... (350)
【附】 血栓性血小板减少性紫癜 ... (332)	第三十一章 遗传性血小板无力症 (357)
第二十七章 伊文思综合征..... (335)	第三十二章 获得性凝血因子异常出 血及原发性纤维蛋白溶 解症..... (361)
第二十八章 血管性假血友病..... (337)	第三十三章 播散性血管内凝血..... (364)
第二十九章 原发性血小板增多症 (343)	

第五篇 血液病与其他科疾病的关系

第三十四章 血液病与儿科疾病..... (371)	关系..... (382)
第三十五章 血液病与妇产科疾病 (375)	第三十九章 血液病中医治疗研究 的方法学问题..... (384)
第三十六章 血液病与外科疾病..... (377)	附录 1 血液检验正常值 (387)
第三十七章 血液病与其他各科疾病 (380)	附录 2 血液检验计量单位换算 (400)
第三十八章 血液病与医学伦理学的	

第一篇 总 论

第一章 血液病中医治疗简史

《史记·扁鹊传》云：“人之所病病疾多，医之所病病道少”，古人有这种说法，今人同样也有病多道少的感慨，故须多方寻求治病之道。随着社会的发展，时代的变迁，疾病种类不断增多，但总的来说，多数疾病是古代早已存在的；中医和西医有不同的理论体系，对疾病的认识和诊疗防治方法各不相同，但其面对的各种疾病是客观存在的，血液病也同样如此。

中医治疗血液病经历了数千年的历史，积累了丰富的经验，建立了相应的理论体系，有关著作之多，浩如烟海，汗牛充栋，理论深奥，方法良多，秘方验方，珠宝纷陈，琳琅满目。本书所述，只是其中梗概，结合作者的认识和经历，介绍一些理论和经验，愿与有志之士共同研究。

血液病有很多种类，中西医称谓不同。如各种贫血，中医称为血虚、血枯、虚劳，缺铁性贫血称萎黄、血虚；钩虫病等寄生虫引起的贫血称为黄胖、黄肿；溶血性贫血称虚黄、阴黄；再生障碍性贫血称为虚劳血虚、血枯，急性再生障碍性贫血称为急劳、急劳髓枯。各种继发性贫血称为虚劳血虚，失血后

贫血称为脱血。急性白血病称为急劳、热劳、血蒸、内蒸、骨蒸劳热，慢性白血病称为癥瘕、积聚、虚劳，淋巴瘤称为瘰疬、马刀侠瘰，或痰核、痰癖，或石疽、失荣，骨髓瘤称为骨痹、虚劳。白细胞减少症称为虚劳气虚。各种出血性疾病称为血证，随出血部位之不同，分别称为鼻衄、齿衄、目衄、舌衄、耳衄、大衄、肌衄，咳血、咯血、唾血、吐血、便血、尿血、汗血、紫斑、崩漏等。过敏性紫癜、血小板减少性紫癜，中医称为紫斑。明确了血液病的中医名称，翻开中医古籍，就可以在相应病证的篇章中找到相关的中医诊疗防治资料。

中医治疗血液病有很多良方验方，分别记载于《金匱要略》《外台秘要》《千金要方》《千金翼方》《太平惠民和剂局方》《本事方》《圣济总录》《太平圣惠方》《济生方》《世医得效方》《景岳全书》《医林改错》《十药神书》等方书。治疗血液病的良方如泻心汤、柏叶汤、犀角地黄汤、黄土汤、凉血地黄汤、大黄廑虫丸、当归龙荟丸、皂矾丸、六味地黄丸、肾气丸、左归丸、右归丸、大菟丝子丸、大补阴丸、当归补血汤、归脾汤、补

中益气汤、四物汤、八珍汤、十全大补汤、桃红四物汤、血府逐瘀汤、清瘟败毒饮、十灰散、茜根散、失笑散、清胃散、槐花散、小蓟饮子等。

中医治疗血液病有系统的理论指导。有关理论,散见于各种古籍,不断补充,逐渐形成理论体系。成书于二千多年前的《黄帝内经》就有很多论述。如“何谓血?”“中焦受气取汁变化而赤是谓血”,“心主血”,“肝藏血”,“肾主骨髓”,“肾藏精”,认为血的生成在于脾肾,亦与心、肝、气有密切关系,内经《灵枢·本脏篇》说:“人之血气精神者,所以养生而周于性命者也”。《素问·至真要大论》说:“气血正平,长有天命”,认识气血是维持生命的重要物质。《灵枢·决气篇》说:“血脱者色白,夭然不泽,其脉空虚,此其候也。”描述了脱血的证候。《素问·腹中论》记述了一种“血枯”病,其病先有大脱血,以后又房劳过度、酒食不节而气竭肝伤,表现胸胁胀满,不思饮食,身闻腥臊臭气,鼻流清涕,四肢清冷,眩晕,唾血、便血、尿血,经闭,精血亏虚,治疗用四乌鲂骨一芦茹丸。这种血枯病类似于再生障碍性贫血或其他继发性贫血。

出血性疾病中医称为血证,内经称为血溢血泄,对其病因病理,内经论述较多。如《灵枢·百病始生》说:“夫百病之始生也,皆生于风雨寒暑,清湿喜怒”,“卒然多食饮则肠满,起居不节,用力过度则络脉伤,阳络伤则血外溢,血外溢则衄血,阴络伤则血内溢,血内溢则后血。”《素问·至真要大论》说:“少阴司天,热淫所胜……民病……唾血血泄衄衄”,“少阳司天,火淫所胜……民病……咳唾血,烦心胸中热,甚则衄衄”,《素问·举痛论》说:“怒则气逆,甚则呕血”,这些论述指出血证病因有外感因素、七情因素、饮食因素,病理有火热伤络、气逆伤络等机制。

《灵枢·寒热》说:“寒热瘰病在于颈腋者皆何气使生?”“此皆鼠瘻寒热之毒气也”;

《灵枢·痈疽》说:“(肿块)发于腋下,坚而不溃者,为马刀侠癭”。这里描述的瘰病、马刀侠癭类似于淋巴瘤,指出其病因是寒热毒气。

《灵枢·百病始生》说:“肠胃之络伤则血溢于肠外,肠外有寒,汁沫与血相搏,则并合凝聚不得散而积成矣。卒然外中于寒,若内伤于忧怒,则气上逆,气上逆则六输不通,温气不行,凝气蕴裹而不散,津液涩渗,著而不去而积皆成矣”“积之始生,得寒乃生”,这些论述指出了腹部包块的形成的病因病理。

《素问·宣明互气论》说:“咸走血,血病无多食咸”,《素问·三部九候论》说:“血病身有痛者,治其经络。”这说明内经已有“血病”之名称及其调养、治疗之论述。

成书于3世纪初的汉代《金匮要略》是中医最早的一本病证治疗学专著,创立了辨证施治法则,书中论述了不少血病治疗的理法方药,如其中《吐衄下血胸满瘀血病》篇提出,用泻心汤、柏叶汤辨证治疗吐血、衄血。用黄土汤治便血,指出“衄家不可汗”、“亡血不可发其表”等禁忌;其《血痹虚劳病》提出,用黄芪桂枝五物汤治疗血痹,用小建中汤、黄芪建中汤、桂枝龙骨牡蛎汤、肾气丸、薯蓣丸等治疗虚劳病、用大黄廑虫丸治疗干血癆;其《阴阳毒病》篇提出用升麻鳖甲汤治疗的阴阳毒病,类似于过敏性紫癜。

隋代巢元方等撰著于公元610年的《诸病源候论》是中医论述病因病理及证候的专著,书中多处论述了有关血病的病因证候。如其中《血病诸候》论述了九种出血性病证的证候和病因,其《伤寒斑疮候》、《时气发斑候》、《温病发斑候》等论述了皮肤紫斑症的病因病理,其他如虚劳病、黄病、积聚癰瘕病等篇也论述了不少与血液病有关病证的病因病理。

后世医家不断补充,明代张景岳的《景岳全书》之“传忠录”说:“血者水谷之精也,

源源而来，而实生化于脾，总统于心，藏受于肝，宣布于肺，施泄于肾而灌溉一身”。明代龚廷贤的《寿世保元·血气论》说：“气者血之帅也，气行则血行，气止则血止，气温则血滑，气寒则血凝，气有一息之运，则血有一息之不行。”说明“气为血帅、血为气母”，并指出“血之为病妄行则吐衄，衰涸则虚劳，蓄之在上其人忘，蓄之在下其人狂，逢寒则筋不荣而挛急，挟热毒则内瘀而发黄，在小便为淋痛，在大便为肠风……”清代医家程吉轩的《医述》说：“血证有四，曰虚曰瘀曰热曰寒；治法有五，曰补曰下曰破曰凉曰温。”《诸病源候论·虚劳精血候》说：“肾藏精，精者血之所成也”；后世有“精血同源”之说，谓精能化血，血能化精。有关血的病证如血虚、血枯、虚劳、急劳、骨痹、瘰癧、紫斑、阴黄、黄胖、血证……等，其临床表现、病因病理、辨证治疗，在大量古今医著中都有论述，理论经验不断发展。

综上所述，说明中医对血的本质、血的功用、血的生成、血与五脏的关系、血与精气的关系、血病的病证分类、血病的治疗等很早以前就有深刻研究，不断积累而形成系统理论。

缺铁性贫血、钩虫病贫血等中医称为萎黄、黄胖、血虚，治疗方法很多，除了灵活多变的辨证治疗外，很早就使用铁剂治疗。如金元《丹溪心法》治黄肿的大温中丸、小温中丸，其方中用的“醋炒针砂”就是铁剂。后来较多使用的“皂矾丸”也是采用铁剂治疗的成药。

溶血性黄疸，中医归属黄疸病，活动期多属阳黄，慢性期多属阴黄。如明代《景岳全书》的“黄疸”篇中说：“阴黄……总由气血之败，盖气不生血所以血败，血不华色所以色败”，提出使用健脾化湿、补养气血之法治阴黄。

出血性疾病中医称为血证，汉代《金匮要略》用泻心汤治疗吐血衄血，疗效卓著，唐

代孙思邈《千金要方》用犀角地黄汤治疗多种出血、紫斑，广为流传，当今犀牛为保护动物，政府禁用犀角入药，医界改用水牛角代替仍疗效甚佳。但治疗血证不能仅局限于用几种名方验方，必须遵循中医理论指导，辨证论治。如《景岳全书·血证》说：“凡治血证，须知其要，而血动之由，惟火惟气耳。故察火者，但察其有火无火，察气者，但察其气虚气实，知此四者而得之所以，则治血之法无余义矣。”《先醒斋医学广笔记·吐血》提出治吐血有三个要法：“宜行血不宜止血、宜降气不宜降火、宜补肝不宜伐肝。”唐容川《血证论》集前人血证理论及经验之大成，编成专著，指出血证之病因病理气盛火旺者十居八九，提出血证治疗四大法：“止血、祛瘀、宁血、补虚。”该书立论中肯，列证详明，论治简要，对中医界有很大影响，清代陈修园《医学从众录》的“失血脉诀”虽只短短四十字，但对诊断辨证，甚有指导意义，不可不读。

很多血液病都表现虚弱症状，如再生障碍性贫血、白血病、缺铁性贫血、白细胞减少症、骨髓瘤、各种继发性贫血等，都可归属中医的虚劳病。用有关虚劳的理论指导这些疾病的治疗，常可取得显著疗效。清代《医宗金鉴》的“虚劳总括”说：“虚者，阴阳气血营卫精神骨髓津液不足是也；损者，外而皮脉肉筋骨，内而肺心脾肝肾消损是也；成劳者，谓虚损日久，留连不愈而成五劳七伤六极也”。可见，虚损劳三者有轻重暂久之差别。内经指出，“虚者补之”，“损者益之”，“劳者温之”，“形不足者温之以气，精不足者补之以味”；《难经·十四难》说：“损其肺者益其气，损其心者调其营卫，损其脾者调其饮食，适其寒温，损其肝者缓其中，损其肾者益其精。”后世医家论补法，各有偏重，如肾为先天之本，脾为后天之本，有人主张补脾不如补肾，有人主张补肾不如补脾。金元李东垣立脾胃论，主张升阳补脾；朱丹溪立

“阳常有余阴常不足论”、“相火论”，主张滋阴降火；而明代张景岳则认为“阳非有余，真阴不足”，偏重用温补之法。清代叶天士治杂病注重补脾阴。对各家之说，应兼收并蓄，不可偏执。如何运用补虚之法，《景岳全书·新方八阵略引》说：“补方之剂，补其虚也，凡气虚者宜补其上，人参黄芪之属是也；精虚者宜补其下，熟地枸杞之属是也；阳虚者宜补而兼煖，桂附干姜之属是也；阴虚者宜补而兼清，门冬芍药生地之属是也。此固阴阳之治辨也。其有气因精而虚者，自当补精以化气；精因气而虚者，自当补气以生精。又有阳失阴而离者，不补阴何以收散亡之气，水失火而败者，不补火何以甦垂寂之阴！此又阴阳相济之妙用也。故善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阳助而生化无穷，善补阴者，必于阳中求阴，则阳得阴升而泉源不竭。”这些精辟理论，很有指导意义。清代名医叶天士认为，李东垣长于治脾短于治胃，提出补益脾胃的新见解，认为脾为阴土，得阳则运，胃为阳土，得阴始安，脾宜升则健，胃宜降则和，明确提出甘凉濡润滋养胃阴之法，以沙参麦冬淮山扁豆莲子石斛之类缓补脾胃之阴以滋生胃气，也是治虚要法。王清任著《医林改错》，重视血瘀病理，用祛瘀活血的理法方药指导治疗虚弱而有血瘀的病证，取得明显疗效，补充了《金匱要略》用大黄廑虫丸治干血癆的理法。

从以上理论的引述，可见中医理论并非越古老越好，并非一成不变，而是随历史发展而发展，不断演变充实。

近数十年来，西医学习中医，中医学习西医，中西渗透，衷中参西，中西医结合研究血液病者，日益普遍，论著渐多。如上海吴翰香主编的《实用中医血液病学》，河南王启政主编的《实用中医血液病治疗学》以及众多期刊的论文、报道，都有很多创新发明，促进了学术发展，目前中医治疗血液病，强调辨病与辨证尤其重视辨证论治，病异而证

同者，可以异病同治，而病同证异者，则必然同病异治。但同时也在辨病的基础上，大胆应用单方成药，并不断取得新成果。

例如再生障碍性贫血的治疗，20世纪50年代以补气血补脾为主，60年代发现补肾法比补脾补气血法为好，近十多年来发现补脾肾佐以活血的方法疗效更好，并认为中西医结合治疗再障的疗效，远比单纯中医疗法或西医疗法为优。梁冰报道治疗急性再生障碍性贫血，用凉血解毒汤，配合抗感染、止血、输血、输液。用“急劳髓枯温热”理论为指导，发扬中医优势。治疗急性再障45例，有效率达到75.56%。认为不能一味补肾阴或补肾阳。否则补阳热更炽、滋阴血不生，对急性再障急劳髓枯温热型，应用滋阴补肾，凉血止血、散风清热的凉血解毒汤，是扶正祛邪、标本兼治的新补肾途径。经治病情稳定，转为急劳髓枯虚寒型时，才可施用温补肾阳、填精益髓的参芪仙补汤（梁冰，中医治疗再生障碍性贫血的思路，中国中医药报，1995-07-31）。

慢性粒细胞性白血病的治疗，除辨证治疗之外，亦重视单方单药的研究，1966年中国医学科学院发现当归芦荟丸很有效；后与成都中医学院附属医院协作研究，从当归芦荟丸复方中筛选出青黛一药为该方中的主要有效药物，单用青黛治疗，疗效满意；1977年发现青黛中分离出的靛玉红，其疗效更优于前二者，有效率达87.3%，进而成功地人工合成靛玉红，剂量小而起效快，副作用轻微，又无骨髓抑制作用，乃推广应用于临床。其他如雄黄、六神丸、牛黄解毒片等对慢粒有疗效，亦被推广应用。

急性白血病的中医治疗，许多医家用杂病辨证论治的方法或伏气温病学说指导辨证论治的方法都取得不同程度的疗效。在使用西药化疗的同时，服用辨证论治的中药，能起到增效减毒的作用，提高生存质量。也有不少医家研究用单方成药治疗急性白血病，

获得显著成果。如哈尔滨医科大学第一临床医学院张亭栋^[1]、孙洪德^[2]等分别于1986年、1992年先后报道用癌灵1号（砒霜制剂）治疗急非淋、急性早幼粒细胞性白血病，取得显著疗效；该院张鹏^[3]等又于1996年报道用三氧化二砷（癌灵1号的主要成分）治疗急性早幼粒细胞性白血病，对初治病例完全缓解率达73.3%，总有效率达90.0%；新近该院张亭栋又发表《癌灵1号注射液治疗244例急性早幼粒细胞性白血病的临床研究》，谓癌灵1号注射液历经25年的研究，通过1200余例各种白血病的筛选，总结证实对急性早幼粒细胞白血病疗效最佳，对244例长期随访的病历进行总结，总缓解率为84.2%，长期存活（5年以上）52%，有19例已生存10年以上，其中最长者达25年。并经实验证明癌灵1号对白血病细胞有诱导分化、凋亡作用，中国中医药报，也作了简要报道。（手拉手走向世界，中国中医药报，1997-10-29）

恶网的长期发热，有报道^[4]用甘温除大热的理论指导治疗取得疗效，使用李东垣的

清暑益气汤加减，补脾益气、养阴保津、燥湿泻火，治愈了病人。

其他如单用紫草治过敏性紫癜，九节茶治愈原发性血小板减少性紫癜，江南卷柏治血小板减少性紫癜，金不换、紫珠等有显著止血作用等屡见报道。

以上所述，说明中医药治疗血液病具有宽厚的基础和广阔的前景。

（丘和明）

参 考 文 献

- 1 张亭栋，李元善. DOAP 方案治疗急性非淋巴细胞性白血病的临床研究. 中国中西医结合杂志，1986；6（10）：602
- 2 孙洪德，马 玲. 癌灵1号结合中医辨证治疗急性早幼粒细胞白血病32例. 中国中西医结合杂志，1992；12（3）：170
- 3 张 鹏，王树叶. 三氧化二砷注射液治疗72例急性早幼粒细胞白血病. 中华血液学杂志，1996；17（2）：58
- 4 马凤彬，董明国. 中医名家何炎燊临证经验学术思想研究. 广东省名老中医资料，1999：37

第二章 血液病中医治疗的基础知识

第一节 中医血液病的分类及命名

血液病是原发于或主要发生于血液和造血组织,以血液学异常为主要表现的疾病。

中医将血液病分属于内伤杂病中,散见于“血证”、“血病”、“血虚”、“血枯”、“脱血”,将溶血性黄疸列入“黄疸”,将血液病发热,列入“热病”、“温病”,将淋巴瘤列入“瘰癧”,将慢性白血病列入“积聚”篇中,至清代唐容川的《血证论》问世,才有一本出血疾病的专著,其中还夹杂部分非血液疾病的出血在内,如肺结核、支气管扩张所致的咯血,胃肠肝胆疾病的呕血、便血,肾脏疾病的尿血等。本书采用临床血液学证象与实验血液学结合的方法,按国际疾病分类法(ICD)命名血液系统疾病。将血液病分为红细胞疾病、白细胞疾病和出血性疾病三大类。疾病名称按国际疾病命名法命名,诊断采用国际或中国统一的诊断标准,治疗则按中医的辨证论治,分型治疗。每种疾病附治疗验案数则,以期理论联系实际,切用于临床。由此,形成一门独立的中医血液学。

实验血液学是血液病的主要组成部分,自17世纪显微镜发明,细胞学用于血液,血液病才从中世纪的内科中分离成一门独立的学科,可以说,没有实验血液学、血液细胞学,就没有血液病学,这是因为血液病的临床症状及其体征,缺乏特异性的结果,不能根据病人出现的症状和物理检查的体征,将血液病与非血液病区分开来,也不能将患有相同症状的血液疾病,细分为不同的类型。譬如,同样都是贫血,具有许多相同的贫血症

状,但如果没有血液的实验室检查,就不能区分出九种各自不同原因和转归的贫血来。所以,血液病的诊断必须依赖于实验室的检查。

中医在数千年的发展中,通过临床观察和细致的望、闻、问、切检查,对血液疾病做出过惊人的成就,但由于缺乏实验室检查,从而使之无法深入到微观中去,无法深入到血细胞、细胞分子中去,在相当长的一段历史时期中,停留在宏观的水平上,这种发展,与世界医学的潮流,与现代医学的发展不一致。现代医学不断向两个方面发展,一个是向微观,从细胞到分子,到原子,到粒子;另一方向是向宏观,如系统论,场论等,在临床的实用性上,前者更为普遍。因此,本书采用了临床证象(包括症状和体征)与化验相结合的方法,来诊断血液病,这不仅弥合了中医与西医血液病的差异,也与医学发展的趋势相适应,从而在古老的中医与现代的医学之间架起一座桥梁,使西医和中医在血液病的治疗中统一起来。使医生和病人都不再迷罔,不会为疾病的诊断和病名的差异而争议,不会因疗效判定的不一致而分歧,也不会因致病的原因而各持其论,他们在发病机制中得到了统一。在治疗中他们会共同协作,采用最佳的治疗方案,如果中药疗效好就用中药;如果西药疗效好,就用西药;中西药合用更好,就合用。完全没有门户之见,因为他们在现代医学的共识中达到了统一。

第二节 中医血液病的病因

病因是指疾病的致病原因。中医血液病的病因,可归纳为三类,即外因、内因和不内外因。外因包含外感六淫,疫疠和物理及化学品的损伤;内因包含七情,体质与遗传;不内外因,包含外伤、饮食、劳倦。

一、六 淫

中医重视人与自然的关系,认为自然界的.变化,尤其是气候的变化,对人体会产生生理,乃至病理的反应。《素问·四气调神大论》指出,“夫四时阴阳者,万物之终始也,死生之本也,逆之则灾害生,从之则苛疾不起”;《素问·六微旨大论》说,“气交之分,人气从之,万物由之”,指明气候的变化与人的生命活动有关,并归纳为风、寒、暑、湿、燥、火六种不同的气候特征。《素问·天元纪大论》中说,“厥阴之上,风气主之;少阴之上,热气主之;太阴之上,湿气主之;少阳之上,相火主之;阳明之上,燥气主之;太阳之上,寒气主之。所谓本也,是谓六元”。这六气用三阴三阳以为识别,风化厥阴,热化少阴,湿化太阴,火化少阳,燥化阳明,寒化太阳。以六气之化为本,三阴三阳之辨为标。这六种具有不同特征的气候,时至而气至,便为宇宙间的六元正气;如果化非其时,或太过不及,便为致病的邪气,《素问·五运行大论》中所谓“非其时则邪,当其位则正”,将这种邪气称为“六淫”。六淫可以致病。《素问·至真要大论》中说,“夫百病之生也,皆生于风、寒、暑、湿、燥、火之化之变也”。

六淫是外感病的主因,由于与气候联系,故有明显的季节性和区域性,如春季多风病,夏季多暑病,长夏多湿病,秋季多燥病,冬季多寒病。六淫可单独致病,也可数邪兼夹致病,如风、寒、湿三气杂至而致痹证,其

他如风寒、风热、风湿、湿热等,都是兼夹致病。

(一)风邪

“风为百病之长”《素问·风论》说,“风者善行而数变”。其特点是:

1. 四时皆可致病 风虽是春天的主气,但却不像燥、暑、寒季节性那样强,风是四季均有,故有“六淫莫过于风”的说法。与寒、热、湿都可兼夹,而成风寒、风热、风湿。治疗这种外风要以解表为主,风寒则祛风散寒,风热则疏风清热,风湿则祛风利湿。

2. 风性动摇振掉 凡出现震颤、抽搐、痉厥、摇晃等症状的,在中医的分析中均属于风,如“破伤风”、“羊痫风(癫痫)”、“肝风”等,所谓“诸风掉眩皆属于肝”。这种风称为“内风”,以区别于外邪的风邪。

3. 风性变动不居 如肌肉关节游走性疼痛、酸楚、发无定处,乃风邪偏胜,称为“风痹”或“历节风”。又如皮肤瘙痒,皮疹时有时无,隐现无定者,称为“风隐疹”。

4. 风胜轻阳上浮 症状多见于头面及人体上部者,多为风邪所致,如浮肿初起于目下,兼表证者,称为“风水”,面部丹毒,称为“大头风”;头皮瘙痒有白屑,称为“白屑风”。

(二)寒邪

为阴邪,易伤阳气,凡临床出现寒冷、凝滞、收引、清澈特点的,均为寒邪致病。

1. 寒性凝滞 受寒着冷,饮食生冷,可使人气血凝滞,经脉流行不利而致病,即“伤寒”,“内寒”。前者为寒邪外袭,后者系脾胃受寒。

2. 寒性收引 寒邪可致毛孔收引,见肤起粟粒,而无汗。肌肉收引可见颤抖或痉挛。表层经脉收引,可见皮肤苍白,体表及四肢寒冷,血脉肢体卷缩,血脉与肌肉收引可引

起疼痛。《素问·痹论》说,“痛者寒气多也,有寒故痛也。”将寒邪偏胜的痹,称为“痛痹”。将阴寒引起的疝气,称为“寒疝”。

3. 寒性清激 《素问·至真要大论》说,“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”。凡排泄物清稀者,皆属寒邪致病,如感冒初起,鼻流清涕,称为“风寒”,兼见咳痰稀薄,为“寒邪束肺”。又如泛吐清水,冷涎者,为胃受寒邪;小便清长,大便澄澈清冷者,多属虚寒。

(三)暑邪

暑为阳邪,伤于夏季。《素问·热论篇》说,“先夏至日为病温,后夏至日为病暑”。暑邪特点为:

1. 暑性炎热 中暑邪多见热象,常出现高热、面赤、口渴、咽干,汗多烦躁,脉洪数。有阳暑、阴暑、暑风及暑伤元气等。张洁古说“动而得之为中热,静而得之为中暑”。中热者,乃是在强烈日照下行动或劳作,受曝热刺激,突然昏倒,冷汗自出,手足发凉,头痛身热,口渴心烦,脉洪而虚数者,为中热的阳暑;而暑月乘凉饮冷,阳气为阴所遏,皮肤蒸热,恶寒头痛头重,或腹痛吐泻等,此为暑月中寒的阴暑也;若暑证夹风邪为患,出现神昏、嗜睡、抽搐者,称为暑风;壮热、大汗出,气短、倦怠、面色苍白、皮肤湿冷,脉细弱者,为暑伤元气。

2. 暑邪多夹湿 暑令天气炎热,溽湿熏蒸,故暑邪致病,常夹湿邪,暑湿主要证象为身热起伏,汗出不畅,口渴不欲饮,困倦胸闷,纳呆,恶心呕吐,便秘或泻,舌苔厚腻,脉濡数。暑湿若发于秋季者,乃伏气致病,称为“伏暑”。

(四)湿邪

属长夏(农历七、八月)的主气,但四季皆有。在长夏发病多为湿温,在四时发病多为湿热。湿为重浊粘滞的阴邪,其特点是:

1. 湿邪潮湿 在长夏霉雨季节,气候潮湿,居处闭湿,坐卧湿地,涉水淋雨,汗出

粘衣,外受雾露或水中作业等,均易感受湿邪。临床上凡出现水分过多或湿润的表现,都是湿邪为患。如皮肤瘙痒,水液渗出者,称为“湿疹”;大便稀薄,称“湿胜则濡泻”;咳嗽稀痰,痰声漉漉,胸闷气急者,为“痰湿阻肺”;泛吐清水,肠间水声,舌润苔腻者为“水湿内停”;全身浮肿,小便不利者为“水湿泛滥”。

2. 湿性粘滞 湿邪致病,性粘滞而固着,发病多不甚急,病程多较长,缠绵胶结,很难速愈,不像寒邪一散而解,热邪一清而除,而湿不能马上去掉,常固着不移。且湿有趋下的特点,《素问·太阴阳明论》说,“伤于风者,上先受之,伤于湿者,下先受之。”在治疗中,要循序施治,经过一段时间湿才能退,不可操之过急。

3. 湿性重浊 湿邪易阻碍气机,大多舌苔厚腻垢浊,头重如裹,昏昏欲睡,而“湿蒙清阳”,也可见恶心呕吐、胸闷腹胀、胃纳不馨、便溏、口淡口甜者,为“湿阻脾胃”。也可见肢体肿胀、重滞难举,困倦乏力的“湿阻经络”,以及小便黄浊,频数不利,妇女带下粘稠、气味腥臭,色秽浊黄的“湿热下注”。

此外,各种原因所致的脾失健运、津液气化失常而产生的水湿痰饮等,称为“内湿”。

(五)燥邪

燥为秋令的主气,《素问·阴阳应象大论》中说,“燥胜则干”,干燥,或见于久晴不雨,骄阳久曝,火热烘烤,称为“温燥”、“燥热”;或见于风吹日干,干枯皱裂,称为“风燥”;或见于秋凉肃杀,称为“凉燥”。凡临床上见干裂枯萎等表现者,均是燥邪所伤。燥邪致病的特点:①燥邪多由口鼻呼吸而入,最易伤肺阴,若原本肺阴不足者,更易招燥邪入侵,受邪后病情亦较重。肺燥表现干咳无痰,或痰中带血、鼻咽干燥、胸痛、发热。②燥邪易伤阴伤津:故燥病常见口、舌、唇、

皮肤干燥,口渴喜饮,发热无汗,大便干燥,脉细涩。

外燥多发于秋,又称“秋燥”,可分凉燥与温燥两种,凉燥者恶寒较发热为甚,舌苔白而干,脉浮;温燥者发热重于恶寒,口渴喜饮,或见目赤、咽痛、咳痰带血、尿短赤、舌尖边红、脉浮数,此乃燥从热化所致。

各种原因所致津液损耗或伤阴血者,可致“内燥”,如呕吐、腹泻、出汗、出血过多,或热病、病久伤津或消耗性疾病耗伤阴液,或过用发汗、泻下或温燥药。内燥临床表现为皮肤毛发干燥、憔悴无光泽、咽干唇裂、目涩、鼻干、潮热盗汗、心烦失眠、渴饮善饥、大便干结、尿少、舌红少津、苔厚或无苔、脉细数或涩。

(六)火邪

火由热极而生,火与热只是程度不同,风、寒、暑、湿、燥入里也可化火;脏腑功能失调、精神刺激等也能化火。火证多属里证,其特点是:

1. 火性急迫 火邪致病,发病急,变化快。

2. 火热最易伤津 火证临床上出现一派炽热,躁烦证候,易伤津液,出现高热、怕热、躁渴喜冷饮、多汗、面红目赤、口干唇燥、大便干结、尿短赤、舌红苔黄、少津、脉洪数。

3. 火性上炎 如心火上炎,可见心烦不眠,甚者神志不清、谵语、狂躁。胃火上炎,或见齿龈肿痛、吐血、衄血、头痛等。肝火上炎,则见易怒、目赤肿痛、头痛等证。

4. 火是阳热之邪,或迫血妄行 常出现吐血、鼻出血、皮肤紫斑等出血症状。在血液病中较为常见。

火邪分实火与虚火两类:实火起于外感,多因六淫化火而发生,临床具有火证的典型特征,尤其有急迫及炎上的特点。虚火起于内伤,多由脏腑(肺、肾、肝)功能失调,气血不畅,或七情内郁,或久病失养,精气亏

耗,伤阴耗津而生。虚火多起病较缓,病程较长,主要症状为潮热盗汗,五心烦热,午后颧红,虚烦失眠,口干咽燥,干咳无痰,或痰中带血,耳鸣健忘,腰酸遗精,舌红少津,剥苔或无苔,脉细数等。

(七)伏气

伏气乃感受六淫之邪,当时未发病,潜伏于体内,过一段时期才出现病证。《素问·阴阳应象大论》说,“冬伤于寒,春必病温”;“春伤于风,夏生飧泻”;“夏伤于暑,秋必疟疾”;“秋伤于寒,冬生咳嗽”。体内某部虚弱,病邪潜伏于内,遇新感而触动伏邪。其临床特点是:①新感症状出现后,又多有变化,病程较长;②初起无新感症状,一发病即出现内热甚的症状。

伏邪在血液病中有其特殊意义,其病邪潜伏于体内,可能数月、数年;因新感而诱发,如白血病、慢性粒细胞白血病急变者。

二、疫疔及微生物致病

各种微生物(病毒、细菌、立克次体等)引起的传染病和非传染性感染疾病。中医将具有传染性者,称为“疫疔”,乃由于“疠气”或“戾气”所引起,可相互传染,同一疫疔,症状大致相同,“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似”。

本书将不具传染流行的病毒、细菌及其他微生物致病也列于此,临床上症状虽与前述六淫外感所致难以绝然分开,但由于实验室病原学检测的进步,可将其病原菌或病毒加以认定,故可区分。如急性白血病、急性再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症的高热,往往由细菌或真菌感染所致。此时的中医治疗,即可采用外感热病的治疗方法,辨证论治,也可根据病原菌的不同,选用有针对性的治疗作用的中药,即根据病原体而遣药的“审因求治”。在临床实践中,多收到较好的效果。

三、物理和化学品的损伤

物理因素对血液及其造血器官的损伤,是指电离辐射,如带电粒子(α , β 粒子及质子),不带电粒子(中子)和波长极短的电磁辐射(X 线及 γ 线)。外照射或内照射而引起血液系统的损伤。化学品是指苯及其衍生物,某些药物,如氯霉素、合霉素、保太松、农药、杀虫药等,引起血液系统的损伤。这两种因素对血液病的发生,有相当的作用,是许多血液疾病,如再生障碍性贫血、骨髓增殖异常综合征(MDS)及白血病等重要的致病原因。

电离辐射一次大剂量(1Gy)照射,可引起急性放射病,出现明显中枢神经、胃肠道及造血功能的抑制,使白细胞数和血小板数迅速降低,继之出现全血细胞减少,骨髓受到严重损伤,造血出现抑制。临床可见发热、出血、贫血等证象,中医类似于“急劳”的证象。这种大剂量的照射,见于原子战争、核事故以及各种核装置的防护意外中。小剂量的电离辐射反复作用或慢性作用,更为临床所重视,因为这种接触,除从事放射工作的人员外,许多人也有医疗接触,如反复地 X 线检查、CT 检查、磁共振检查、放射线核素检查、放射介入治疗、放射治疗等,甚至某些生活接触,如接触高压电流受到辐照、手机及微波等,对某些敏感的个体,就可能引起或诱发血液系统的变化。其他如宇宙飞行,或其他高本底的地区,由于受到宇宙射线的作用,也可导致某些人的血液异常。有人用小至 162.8mBq/kg γ 线外照射,在外周血中发现淋巴细胞的双核增加,淋巴细胞的糖原比正常增高,持续 1 个月之久,才能恢复。有人对 10 名志愿者做 1 次 X 线胸透检查,照射后 2 小时即可见染色体断片增加,24 小时后可见双着丝粒等畸变率增加,持续半年才消失。他们胸部所受的 X 线量仅为 170kBq/kg。

慢性小剂量反复作用,可引起粒细胞减少,淋巴细胞比值增高,骨髓分裂细胞畸变率增加,血细胞染色体畸变,个别的发展为早期再生障碍性贫血或继发性再生障碍性贫血,或慢性粒细胞白血病。

目前已确定,不论是变到较大剂量的原子弹爆炸照射的幸存者,还是接受超允许剂量的职业性放射线工作者,或经 X 线治疗的强直性脊柱炎病人,都能引起白血病发病率的增加和多发性骨髓瘤的增加,以及发生再生障碍性贫血等。这是由于这些电离辐射穿过或进入细胞,使具有重要生物作用的脱氧核糖核酸(DNA)和蛋白质等大分子遭到破坏而产生的结果。

化学品包括苯及其衍生物,铅、砷、农药、杀虫药,及药物(氯霉素、合霉素、保泰松、解热镇痛药、抗疟药和抗癌药等)。化学品和药物致血液病,一是由于中毒,二是某些人对其过敏的结果。

苯是工业应用很广的有机溶剂,橡胶、油漆、人造皮革、制药、煤焦蒸馏、化肥、颜料、洗染、塑料、印刷、化工等行业都要接触苯或其衍生物,是一种常见的工业毒物。主要侵犯神经系统和造血器官,或引起白细胞、红细胞与血小板减少,以及骨髓灶性增生,或增生减低。慢性苯中毒可有相当长的亚临床期,有些人脱离苯接触 7 个月~3 年以上才出现再生障碍性贫血、白血病或其他血液病。近年来,苯与白血病的报道日见增多,在土耳其的制鞋工人中,急性白血病的发病率为 13.5/10 万人口,明显高于该地区一般人群的发病率(6/10 万人口);1969 年,制鞋工业禁用苯后,其发病率明显下降,说明该地区苯是致白血病的重要因素。至 1978 年为止,文献中报道苯中毒所致白血病已达 160 例。

铅及其化合物,在工、农业生产中用途很广,与它接触的工业不下三四百种,如蓄电池、油漆颜料、印刷、陶瓷、玻璃、搪瓷、