

现代中医必备丛书

总主编 王之虹

血液疾病

临床诊治

主编 孙伟亚 孙 凤

科学技术文献出版社

R55
SWZ
C1

现代中医必备

丛书

血液疾病

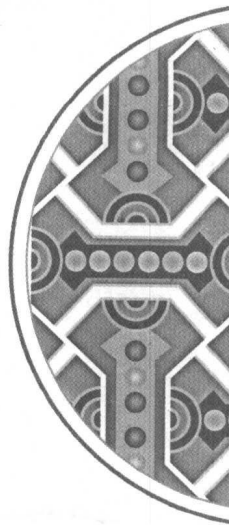
临床诊治

主 编	孙伟正	孙 凤	
副主编	张守琳	衣春光	刘丽波
编 者	王金环	尚西瀛	郝 晶
	孙巍巍	郭春兰	衣春光
	杨 巍	尹 艳	孙伟玲
	孙伟正	孙 凤	张守琳
	梁凤珍		

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京



图书在版编目(CIP)数据

血液疾病临床诊治 / 孙伟正, 孙凤主编. -北京: 科学技术文献出版社, 2006.5

(现代中医必备丛书)

ISBN 7-5023-5260-0

I. 血… II. ①孙… ②孙… III. 血液病-中医治疗法 IV. R255.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 017049 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882909,(010)58882959(传真)
图书发行部电话 (010)68514009,(010)68514035(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882952
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 李 洁
责 任 编 辑 王亚琪
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京高迪印刷有限公司
版 (印) 次 2006 年 5 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×960 16 开
字 数 442 千
印 张 25.25
印 数 1~5000 册
定 价 38.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书对临床中医师碰到的各类血液科疾病的诊治进行了全面介绍。全书以病为纲,每种疾病都述及其概念、病因病机、诊断、辨证论治、古方新用、中成药治疗、其他疗法、名家经验、验案举例及研究概况。内容全面,叙述清晰、简练,包括了临床中医师临证所需的知识、经验和资料,是临床中医师必备的工具书。

本书适合血液科医生及医学院校师生使用。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。



前 言

祖国医学，源远流长，它与中华民族文化同源共生。伏羲制九针，神农尝百草，轩辕易结绳，共为三皇始祖。几千年来，中医药为我国人民的生存与繁衍发挥了凸显的作用。随着时间的推移，祖国医学所具有的独特优势，为海内外医学界所瞩目，并已发展成为世界医学的重要组成部分。继承和发扬祖国宝贵的文化遗产，使其更好地为人类健康服务，是我们广大医务工作者义不容辞的责任。

为了充分展示中医临床优势与特色，全面系统总结现代中医临床的新技术、新方法、新成果，更好地推动现代中医临床工作的开展，为广大患者解除病痛。我们组织了长春中医学院及其他兄弟院校的各临床学科带头人，以及具有丰富临床经验的专家、教授，共同完成了《现代中医必备丛书》的编撰工作。

本套丛书以临床各科为主，分为传染病、急症、呼吸病、心血管病、消化病、泌尿病、血液病、内分泌代谢病、肾脏病、神经内科病、外科病、肛肠病、皮肤病性病、筋伤与骨疾病、骨折与脱位疾病、妇科病、儿科病、眼病、耳

鼻咽喉病等中医临床专著。每部著作均以临床各类疾病为章，下设：概念、病因病机、诊断、辨证论治、古方新用、中成药治疗、其他疗法、名家经验、验案举例、研究概况栏目。论述详尽，内容丰富，中西汇通，实用性强，充分体现了中医辨证论治的特色。理法相应，结构完整，是现代中医临床必备的参考书。

本套丛书适用于各级、各类医院临床工作者，是广大医务工作者、医学院校学生学习提高的重要参考著作，对于广大患者也具有极大帮助。

由于编写本套丛书的时间紧，工作量较大，难免存在不足之处，敬请广大读者提出意见和建议，以便今后进一步修改和完善。

王之虹

2005年10月于长春

目 录

第 1 章	缺铁性贫血	(1)
第 2 章	巨幼细胞贫血	(16)
第 3 章	再生障碍性贫血	(29)
第 4 章	自身免疫性溶血性贫血	(46)
第 5 章	遗传性球形红细胞增多症	(58)
第 6 章	阵发性睡眠性血红蛋白尿	(67)
第 7 章	药物性溶血与蚕豆病	(77)
第 8 章	地中海贫血	(85)
第 9 章	中毒性贫血	(95)
第 10 章	慢性肾性贫血	(102)
第 11 章	真性红细胞增多症	(112)
第 12 章	白细胞减少症	(125)
第 13 章	急性白血病	(142)
第 14 章	慢性粒细胞白血病	(170)
第 15 章	慢性淋巴细胞白血病	(191)
第 16 章	骨髓增生异常综合征	(200)
第 17 章	类白血病反应	(210)
第 18 章	嗜酸细胞增多症	(220)
第 19 章	过敏性紫癜	(236)

第 20 章	原发性血小板减少性紫癜	(259)
第 21 章	血栓性血小板减少性紫癜	(277)
第 22 章	血友病	(288)
第 23 章	弥漫性血管内凝血	(298)
第 24 章	血小板无力症	(310)
第 25 章	原发性血小板增多症	(315)
第 26 章	多发性骨髓瘤	(325)
第 27 章	恶性淋巴瘤	(341)
第 28 章	恶性组织细胞病	(358)
第 29 章	骨髓纤维化	(367)
第 30 章	脾功能亢进	(380)
第 31 章	巨球蛋白血症	(387)

第1章

缺铁性贫血

1 概念

缺铁性贫血(iron deficiency anemia, IDA)是由于铁摄入、吸收不足,或需求量增加,或损失过多等原因导致体内贮存铁不足,影响血红蛋白合成所引起的小细胞低色素性贫血。临床上常见皮肤黏膜苍白、倦怠乏力、心悸气短等一般的贫血症状,部分病人可见舌痛或萎缩性舌炎、口角炎、毛发干燥无泽、脱发、甲脆、反甲等。本病发病率很高,各年龄组均可发病,育龄妇女、婴幼儿发病率最高。WHO 的调查报告表明,全世界约有 10%~30% 的人群有不同程度的缺铁,男性发病率为 10% 左右,女性则超过 20%,亚洲发病率高于欧洲。

中医将本病归属于“萎黄”、“积黄”、“黄肿”、“黄胖”、“黄病”、“虚劳”、“血枯”等范畴。《灵枢·决气》说:“血脱者,色白,天然不泽,其脉空虚。”《素问·平人氣象论》说:“臂多青脉曰脱血。”《素问·腹中论》说:“有病胸胁支满者,妨于食,病至先闻腥臊臭,出清液,先唾血,四肢清,目眩,时时前后血……病名血枯,此得之年少时,有所大脱血。”以上为《内经》所描述的失血导致贫血的病因和症状。《素问·脉要精微论》中说:“脾脉搏坚而长,其色黄,当病少气;其软而散,色不泽者,当病足胫肿,若水状也。”其所述因脾病而见的脉象特点及面色黄不泽、少气等症与缺铁性贫血相似。孙文胤在《丹台玉案》中说:“人有病黄肿者,不可误以为黄疸。盖黄疸者,遍身如金,眼目俱黄。……黄肿之黄,则其色白,而眼目如故。”“黄肿症,多因食积、虫积为害,经久不消,脾胃失运化之权,浊气升腾,故面部黄而且浮,手足皆无血色。”说明黄肿与黄疸有本质区别,黄肿无论从其病因、症状方面,均与缺铁性贫血相符合。

2 病因病机

2.1 中医学认识

中医认为本病的形成是由于饮食失调、脾胃虚弱、长期失血、劳累过度、妊娠失养等原因导致血的生成不足或丢失过多,病情迁延终致气衰血少,出现气血亏虚之

象。《景岳全书·血证》说:“凡为七窍之灵,为四肢之用,为筋骨之和柔,为肌肉之丰盛,以至滋脏腑,安神魂,润颜色,充营卫,津液得以通行,二阴得以调畅,凡形质所在,无非血之用也。”血虚则无以用,症见其“偏废”如面色苍白、唇色爪甲淡白、四肢麻木、皮肤干燥、软弱无力、头晕头昏、心悸怔忡、多梦失眠、头发干枯,或头痛、烦躁,舌苔光红,舌有灼热感、腹胀,便秘,或有异嗜,咽下困难,甚者有反甲。血为气之母,常导致气虚。气血虚而影响五脏,从而出现脏腑的病证。在临床上,血虚主要表现在心、肝两脏,其病证亦多属此。如心血虚则证见心悸、怔忡、健忘、失眠多梦、面色无华、唇舌淡白、脉细等;肝血虚证见头痛眩晕,两胁苦满,肢体麻木,面色萎黄,唇舌淡白,月经量少或闭止不行,脉沉细等。

2.1.1 脾胃虚弱

饮食水谷为血液赖以化生的物质来源,然而水谷必须借助胃府的受纳腐熟及脾脏的运化方能化为血液。“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血。”脾胃为后天之本,气血生化之源。饮食不节或饥饱失调损伤脾胃,或情志不畅、肝郁乘脾,或素体禀赋不足,均可导致脾胃虚弱,运化失职,气血生化乏源而致贫血。

2.1.2 失血过多

脾失统血,肝不藏血,血不循经而外溢,或阴虚火旺,迫血妄行,导致反复吐血、衄血、咳血、便血、崩漏,失血过多,终致贫血。

2.1.3 虫积

饮食不洁,钩虫侵入人体,虫积肠内,扰乱胃肠气机,脾胃受损,运化失司,气血生化不足;或虫积体内,大量吸食水谷精微,气血乏源,均可导致贫血。

2.1.4 肾精亏虚

《张氏医通》说:“气不耗,归精于肾而为精,精不泄,归精于肝而化清血。”《侣山堂类辨》说:“肾为水脏,主藏精而化血。”《诸病源候论》说:“肾藏精,精者,血之所成也。”以上说明精血同源,可以相互转化。若先天禀赋不足、后天失养或房劳过度等原因导致肾脏虚衰,则肾精不足,精不化血,血液生成不足而见贫血。

本病病位主要在脾、肾,与心、肝也有一定的关系。脾胃虚弱,不能“受气取汁,变化而赤”是本病发病的关键。

2.2 西医学认识

缺铁性贫血的病因有:(1)需铁量增加而铁摄入量不足,主要见于4个月以上的婴儿、儿童及育龄妇女,由于以上人群对铁的需要量明显增加,若摄入量不增加则导致铁的缺乏。(2)铁吸收障碍,铁主要在肠道吸收,胃大部分切除和吸收不良综合征的患者,铁的吸收明显减少。(3)铁丢失过多,失血(尤其是慢性失血)、游离

铁丢失过多、血红蛋白尿等均可导致铁丢失过多。

铁与原卟啉结合形成血红蛋白,铁还在甘氨酸与琥珀酸辅酶A缩合为8-氨基果糖酸过程中作为一种辅酶。铁缺乏时,血红蛋白合成减少,引起低色素性贫血;含铁酶的活性降低,引起脂类、蛋白质及糖类在幼红细胞内合成障碍及成熟红细胞内部的缺陷,此类红细胞寿命缩短,易在脾内破坏。补充铁剂可使红细胞寿命恢复正常。

铁耗竭期,贮存铁耗尽,血清铁蛋白减低,此时并无贫血,若缺铁进一步加重,贮存铁耗尽,血清铁蛋白和血清铁下降,总铁结合力增高,转铁蛋白饱和度下降,铁粒幼细胞缺乏,游离红细胞原卟啉增加,轻度小红细胞,称为缺铁红细胞生成期。缺铁进一步发展,游离红细胞原卟啉更高,呈小细胞低色素性贫血,称为晚期缺铁性贫血。

3 诊 断

3.1 诊断标准

缺铁可分3个阶段:缺铁(iron depletion, ID),缺铁性红细胞生成(iron deficient erythropoiesis, IDE)及缺铁性贫血(iron deficiency anemia, IDA),三者统称为铁缺乏症。1988年洛阳全国小儿血液病学术会议通过了小儿缺铁性贫血的诊断标准,而国内成人尚缺乏公认的诊断标准。

3.1.1 缺铁性贫血的诊断标准

(1)小细胞低色素性贫血:男性 Hb < 120 g/L, 女性 Hb < 110 g/L, 孕妇 Hb < 100 g/L; MCV < 80 fl, MCH < 26 pg, 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)血清铁 < 10.7 $\mu\text{mol/L}$ (50 $\mu\text{g/dl}$), 总铁结合力 > 64.44 $\mu\text{mol/L}$ (360 $\mu\text{g/dl}$)。

(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 $\mu\text{mol/L}$ (50 $\mu\text{g/dl}$) (全血), 或血液锌原卟啉 (ZPP) > 0.96 $\mu\text{mol/L}$ (60 $\mu\text{g/dl}$) (全血), 或 FEP/Hb > 4.5 $\mu\text{g/gHb}$ 。

(7)血清铁蛋白(SF) < 14 $\mu\text{g/L}$ 。

(8)铁剂治疗有效。

符合第(1)条和(2)~(8)条中任何两条以上者,可诊断为缺铁性贫血。

3.1.2 贮铁缺乏的诊断标准

- (1)血清铁蛋白 $<14\text{ }\mu\text{g/L}$ 。
 - (2)骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失。
- 符合以上一条即可诊断。

3.1.3 缺铁性红细胞生成的诊断标准

符合贮铁缺乏的诊断标准,同时符合以下一条者即可诊断。

- (1)运铁蛋白饱和度 <0.15 。
- (2)红细胞游离原卟啉 $>0.9\text{ }\mu\text{mol/L}$ ($50\text{ }\mu\text{g/dl}$)(全血)或血液锌原卟啉 $>0.96\text{ }\mu\text{mol/L}$ ($60\text{ }\mu\text{g/dl}$)(全血),或 $\text{FEP/Hb}>4.5\text{ }\mu\text{g/gHb}$ 。
- (3)骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失,铁粒幼细胞 $<15\%$ 。如有合并症的情况下(感染、炎症、肿瘤等)需要测定红细胞内碱性铁蛋白,小于 $6.5\text{ }\mu\text{g/细胞}$,才能诊断为缺铁,或借助骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失作为标准。

3.1.4 小儿缺铁性贫血的国内诊断标准

(1)贫血为小细胞低色素性:①红细胞形态有明显小细胞低色素的表现,平均红细胞血红蛋白浓度(MCHC) $<310\text{ g/L}$,红细胞平均体积(MCV) $<80\text{ fl}$,平均红细胞血红蛋白(MCH) $<26\text{ pg}$;②贫血诊断标准:按目前国内诊断标准。

- (2)有明确的缺铁病因,如供给不足、吸收障碍、需要增多或慢性失血等。
 - (3)血清(浆)铁 $<10.7\text{ }\mu\text{mol/L}$ ($60\mu\text{g/dl}$)。
 - (4)总铁结合力 $>62.7\text{ }\mu\text{mol/L}$ ($350\mu\text{g/dl}$),运铁蛋白饱和度 <0.15 有参考意义, <0.1 有确定意义。
 - (5)骨髓细胞外铁明显减少或消失,铁粒幼细胞 $<15\%$ 。
 - (6)红细胞游离原卟啉 $>0.9\text{ }\mu\text{mol/L}$ ($50\text{ }\mu\text{g/dl}$)。
 - (7)血清铁蛋白 $<16\text{ }\mu\text{g/L}$ 。
 - (8)铁剂治疗有效,用铁剂治疗6周后,血红蛋白上升 20 g/L 以上。
- 符合第(1)条和第(2)~(8)条中至少两条者,可诊断为缺铁性贫血。

影响上述检查结果的因素很多,除炎症等病理因素和技术操作的影响外,年龄、取标本时间等生理因素也有影响,故应对各种检查结果进行综合分析。

3.2 辅助检查

(1)血象:贫血的程度轻重不一。贫血较轻时,红细胞仍属正细胞正色素性,血涂片中红细胞形态基本正常。而贫血严重时,红细胞则表现为小细胞低色素性,血红蛋白量与红细胞数不成比例,MCV可降至 60 fl ,MCH低至 15 pg ;MCHC小于 250 g/L 。网织红细胞计数正常或轻度减低,也有少数轻度增高者。血涂片见红细

胞体积较小,中心淡染区扩大,白细胞正常,血小板正常或增高。

(2)骨髓:多数呈轻度或中度幼红细胞增生,但骨髓增生程度与贫血程度并不一定平行。幼红细胞体积偏小,核染色质致密,胞浆较少,边缘不整齐,胞浆迟迟不能血红蛋白化,故见浆成熟度高,胞核较脆,核破裂或芽突多见,晚幼红细胞可呈炭核,亦可见多核或核分裂。粒细胞和巨核细胞常无明显变化。骨髓涂片铁染色可见幼红细胞内铁小粒减少、淡染或消失,铁粒幼细胞 $<15\%$ 。

(3)铁代谢:血清铁常低于 $8.95\mu\text{mol/L}$ (正常 $8.95\sim 28.64\mu\text{mol/L}$);总铁结合力可高达 $71.6\sim 89.5\mu\text{mol/L}$ (正常 $44.75\sim 71.60\mu\text{mol/L}$);铁饱和度降低(正常 $0.20\sim 0.55$);血清铁蛋白下降(正常男 $20\sim 250\mu\text{g/L}$,女 $10\sim 120\mu\text{g/L}$)。骨髓铁染色示红细胞外铁为零或 $\pm$,铁粒幼细胞减少。

(4)红细胞生存时间:缺铁性贫血时红细胞生存时间缩短。用磷酸氟二异丙酯(DF^{32}P)或 Ashby 测定法显示缺铁性贫血时的红细胞的生存时间缩短至 $46\sim 85$ 天。

(5)红细胞内游离原卟啉(FEP):缺铁时 FEP 明显升高(正常 $<0.9\mu\text{mol/L}$),且与血红蛋白浓度呈反相关。

(6)胃液分析:胃酸减少或缺乏,即使用组织胺法也有部分患者无反应。严重者胃蛋白酶亦可减少,但内因子的分泌不受影响。

3.3 鉴别诊断

缺铁性贫血与慢性炎症性贫血、铁粒幼细胞性贫血、地中海贫血、铅中毒引起的贫血等疾病有相似之处,应注意鉴别。

3.3.1 慢性炎症性贫血

多为小细胞正色素性贫血。血清铁降低,血清总铁结合力正常或降低,骨髓细胞外铁增多,骨髓幼粒细胞可有中毒性改变。血清铁蛋白在慢性炎症时多正常或增高,与缺铁性贫血不同。

3.3.2 铁粒幼细胞性贫血

多见于中老年人,是由于血红蛋白在幼红细胞线粒体内的合成发生障碍,引起铁失利用性贫血。血涂片中可见双形性贫血表现,即同时发现正色素及低色素性两种细胞。骨髓细胞外铁增加,铁粒幼红细胞增加并见环形铁粒幼细胞,血清铁正常或升高,总铁结合力下降,运铁蛋白饱和度增加。这些均与缺铁性贫血不同。维生素 B_6 反应性贫血是铁粒幼细胞性贫血的一种类型。由于体内维生素 B_6 代谢异常,铁失利用,影响血红蛋白的合成所致。多呈小细胞低色素性贫血,但血清铁和骨髓铁均增高,色氨酸代谢异常,用维生素 B_6 治疗有一定疗效。

3.3.3 地中海贫血

地中海贫血是一种遗传性疾病,有家族史,血涂片中靶形细胞增多,骨髓细胞外铁增多或正常,铁粒幼红细胞增多,胎儿血红蛋白或血红蛋白 A₂ 增加。

3.3.4 铅中毒引起的贫血

有长期接触铅化合物的病史,血铅增高,尿氨基酮戊酸(ALA)增多。红细胞可能稍大,网织红细胞和点彩红细胞增多。血清铁增高,骨髓细胞外铁增多,铁粒幼红细胞增多,红细胞原卟啉增加。

4 辨证论治

4.1 辨证纲目

本病一般病程较长,且多有明确病因,如饮食偏嗜、失血等,故首先需辨明病因。由饮食失调引起者多为脾虚,症见纳呆、食少、腹胀、便溏等;由虫积引起者可见脐腹疼痛、多食易饥、消瘦、嗜食异物等症;由于出血过多所致者多伴便血、呕血、崩漏等症;其他慢性病引起者或病程长者多见心脾两虚之证,症见乏力心悸、食少便溏等。其次应辨清虚实。本病多为虚证,初期多表现为纳呆、食少便溏、身倦乏力等脾虚之症,日久则见心悸气短、失眠健忘等心脾两虚之证,由虫积引起者为虚中夹实之证。

4.1.1 脾胃虚弱

面色萎黄,身倦乏力,纳呆便溏,舌质淡,苔薄白或苔白略腻,脉缓。

4.1.2 心脾两虚

面色萎黄或㿗白,身倦乏力,心悸气短,失眠健忘,纳呆,毛发干枯脱落,爪甲脆裂,反甲,舌质淡,苔薄白,脉细弱。

4.1.3 脾肾阳虚

面色萎黄或苍白无华,形寒肢冷,唇甲淡白,周身浮肿,心悸气短,神疲乏力,大便溏薄,小便清长,舌淡或有齿痕,脉沉细。

4.1.4 虫积

面色萎黄,消瘦乏力,善食易饥,恶心呕吐,脐腹疼痛,时作时止,腹胀,或嗜食生米、菜叶、木炭等异物,舌质淡,苔薄白,脉濡。

4.2 审因论治

本病应首先去除病因,治疗上以补虚为大法,健脾益气养血。同时应辨证与辨病相结合,在辨证论治的基础上加用含有铁剂的中药如绿矾、皂矾等,有虫积者加用驱虫药,方能取得较好疗效。

4.2.1 脾胃虚弱

治法:益气健脾养血。

方药:参苓白术散加减。人参 15 g,白术 25 g,茯苓 25 g,山药 25 g,莲子肉 15 g,白扁豆 15 g,薏苡仁 15 g,砂仁 15 g,桔梗 15 g,炒甘草 20 g。

方中人参、白术、茯苓益气健脾;伍山药、莲子肉助人参以健脾益气;白扁豆、薏苡仁助白术、茯苓以健脾渗湿;砂仁醒脾和胃,行气化滞;桔梗宣肺利气,以通水道,载药上行;炒甘草健脾和中,调和诸药。面色萎黄、身倦乏力等气血虚弱明显者,可适当加入何首乌、当归、红参、黄芪、阿胶以补益气血;食欲不振加莱菔子、鸡内金、焦三仙;恶心呕吐者加生姜、半夏;方中可适当加入大枣、绿矾以增强补血之力。

4.2.2 心脾两虚

治法:健脾益气,养心安神。

方药:归脾汤《济生方》加减。人参 15 g,白术 30 g,茯神 30 g,黄芪 30 g,当归 3 g,酸枣仁 30 g,木香 5 g,龙眼肉 30 g,远志 8 g,甘草 3 g,生姜 5 片,大枣 1 枚。

方中黄芪甘微温,补脾益气;龙眼肉补脾气、养心血;人参、白术健脾益气;黄芪配当归益气养血;茯神、酸枣仁、远志宁心安神;木香理气醒脾。血虚证明显者,加何首乌、熟地黄;夜寐欠安者,加合欢花、夜交藤;食欲不振明显者,加焦三仙、莱菔子。

4.2.3 脾肾阳虚

治法:温补脾肾,益气助阳。

方药:实脾饮合四神丸加减。黄芪 30 g,白术 15 g,茯苓 12 g,甘草 6 g,附子 9 g,大腹皮 18 g,厚朴 9 g,补骨脂 18 g,菟丝子 18 g,肉桂 6 g,鹿角胶 12 g,当归 15 g。

方中附子、肉桂、补骨脂、菟丝子温补肾阳;白术、黄芪、茯苓、甘草、厚朴健脾益气;大腹皮、茯苓健脾利湿;鹿角胶、当归养血补血。全方合用具有温补脾肾,益气养血的作用。

4.2.4 虫积

治法:驱杀肠中诸虫。

方药:化虫丸加减。铅粉 5 g,鹤虱 15 g,槟榔 15 g,苦楝根皮 15 g,枯矾 4 g。碾细筛净,水泛为丸,每丸如麻子大,1 岁儿服 5 丸,空腹米汤送服。

方中鹤虱能驱杀诸虫;苦楝根皮驱虫止腹痛;槟榔驱杀诸虫而消积;枯矾、铅粉均有杀虫之功。血虚明显者,加当归、熟地黄;气虚乏力,加黄芪;恶心呕吐,加半夏、竹茹降逆止呕。

5 古方新用

5.1 八珍汤(《正体类要》)

组方:当归 10 g,川芎 5 g,白芍药 8 g,熟地黄 8 g,人参 3 g,白术 10 g,茯苓 8 g,炙甘草 5 g,生姜 3 片,大枣 2 枚。

制法:日 1 剂,水煎 2 次,取汁约 200 ml。

服法:每次 100 ml,每日 2 次,早晚温服。

方解:人参、熟地黄甘温益气补血为君药,白术、茯苓健脾利湿助人参益气补脾;当归、白芍药养血和营,助熟地黄补益阴血,共为臣药。佐以川芎活血行气,炙甘草和中益气,调和诸药为使。诸药合用,共收补益气血之功。

5.2 人参养荣汤(《和剂局方》)

组方:白芍药 30 g,当归 15 g,陈皮 15 g,黄芪 15 g,桂心 15 g,人参 15 g,白术 15 g,炙甘草 15 g,熟地黄 10 g,五味子 10 g,茯苓 10 g,远志 8 g,生姜 3 片,大枣 2 枚。

制法:日 1 剂,水煎 2 次,取汁约 200 ml。

服法:每次 100 ml,每日 2 次,早晚温服。

方解:本方乃八珍汤变化而来。人参、黄芪、白术、茯苓、甘草健脾益气,当归、白芍药、熟地黄滋阴补血,陈皮理气使补而不滞,五味子、远志安神定志,桂心能补火助阳、散寒止痛、温经通脉,全方配伍共收气血双补之效。

6 中成药治疗

6.1 皂矾丸

适应证:用于缺铁性贫血。

用法:口服,每次 2 粒,每日 3 次。

6.2 人参归脾丸

适应证:用于缺铁性贫血心脾两虚型。

用法:每次 2 丸,每日 3 次,口服。

6.3 健脾生血冲剂

适应证:用于脾胃虚弱之缺铁性贫血,症见面黄、纳差、腹胀、失眠、心慌、气短等。

用法:6 个月至 2 岁每次 5 g,2~4 岁每次 10 g,4~6 岁每次 15 g,>6 岁每次 20 g,每天 3 次。

6.4 生血宁片

适应证:用于缺铁性贫血。

用法:每次0.5 g,每日3次,口服。

6.5 小温中丸

适应证:适用于脾胃虚寒者。

用法:每次1.5~3 g,每日3次。

7 其他疗法

7.1 单味中药

皂矾干粉1.5 g装胶囊,每次1粒,每日3次,餐后服。

7.2 针灸疗法

气血两虚者可取脾俞、气海、足三里等穴位,采用补法;脾肾阳虚者,可取气海、命门、脾俞、肾俞等穴。

7.3 外敷疗法

用党参、白术、苍术、黄芪、茯苓、丹参、骨碎补、陈皮、莱菔子、丁香、肉桂、冰片制成药膏,选取足三里、三阴交、血海、神阙、气海、中脘,每次选单侧穴位4个,将药膏敷于穴位上,4天换药1次,2个月为1个疗程。

7.4 捏脊疗法

每日1次,1个月为1个疗程。

7.5 饮食调护

缺铁性贫血的病人需要调节饮食,并及时治疗胃肠道等原发病,增加富含蛋白及维生素C的食物摄入。同时注意精神调节,情志失调日久可影响脾胃功能进而导致铁的吸收不足而引起贫血。

7.6 预防

纠正挑食、偏食等不良习惯,尤其小儿及妇女。孕妇妊娠第二十四周起应常规补充铁剂。有胃肠道疾病者,如胃炎、肠炎、痔疮等应积极治疗,以去除铁剂吸收不良等病因。不要过频地献血,每次献血应间隔3~4个月以上。

8 名家经验

8.1 陈信义经验

陈氏认为本病多由脾胃虚弱所致。治疗上应以健脾生血法为主,采用四君子汤加绿矾等组成健脾生血丸治疗缺铁性贫血,每次1丸(6 g),每日2次,饭后服。