

CHANGJIAN XUEYEBING ZHONGYI ZHENLIAO FANLI

○ 陈信义 陈志雄 邱仲川 李 铁 主编

常见血液病 中医诊疗范例

 科学技术文献出版社

常见血液病中医诊疗范例

主 编	陈信义	陈志雄	邱仲川	李 铁
副主编	李冬云	刘宝文	侯 丽	丁 舟
审 编	孙颖立	孙伟正		
编写者	姜 苗	许亚梅	贾 玫	张洪钧
	储真真	孙 韬	左明焕	韦 云
	叶霈智	田劲丹	刘 杰	张燕明
	徐 力	张 寅	刘 丹	富 琦
	庄 严	官大红	范 颖	张翠莲
	李 睿	张佳诺	郭敬媛	王德凤
	闫珊珊			

图书在版编目(CIP)数据

常见血液病中医诊疗范例/陈信义等主编. -北京:科学技术文献出版社,2005.9

ISBN 7-5023-5062-4

I. 常… II. 陈… III. ①常见病:血液病-中医诊断学 ②常见病:血液病-中医疗学 IV. R259.52

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 054812 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)58882959,(010)58882958(传真)
图书发行部电话 (010)68514035(传真),(010)68514009
邮 购 部 电 话 (010)68515381,(010)58882959
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 付秋玲
责 任 编 辑 付秋玲
责 任 校 对 赵文珍
责 任 出 版 王芳妮
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 2005 年 9 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 850×1168 32 开
字 数 329 千
印 张 13.375
印 数 1~5000 册
定 价 21.00 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。

前 言

随着现代技术发展,血液病诊断与治疗水平亦有很大提高。许多过去曾属于难治性血液病,在日新月异的今天,其治疗效果也有明显提高。大量的临床实践证明,中医药参与血液病治疗,可明显改善患者临床症状、提高生活质量与临床疗效,并在克服西药导致的诸多治疗相关并发症方面显示了明显优势。我国中医药学历史悠久,理论独特,在促进我国医疗保健事业中发挥了极大作用。近代,由于西医诊疗技术引入和飞速发展,中西医结合诊治血液病模式和理论体系初步形成,并随临床实践与有益探索而日趋完善。但是,由于中医流派诸多,导致对血液病中医临床证候认识不一,辨证论治存在着一定的差异,特别是在中医病因病机、病证名称认识上分歧颇为明显,使中医药治疗血液病难以形成规范化。有鉴如此,编著者试图以临床实践获得的经验为背景资料,结合国内外相关文献与国家中医药管理局重点学科建设单位多名从事血液病的中医临床工作者数十载工作经历,编写了《常见血液病中医诊疗范例》一书。

《常见血液病中医诊疗范例》由北京中医药大学东直门医院血液科陈信义教授、广州市中医院陈志雄主任医师、上海中医药大学曙光医院邱仲川主任医师、大连市中西医结合医院李铁主任医师倡导编著,并组织国家中医药管理局中医内科血液学科共建单位多位专家精心策划,几易其稿编写而成。该书内容丰富、简明扼要、系统性强,甚为实用。与此同时,该书编写体例独特,将中医内

容集中归纳,便于阅读者前后呼应与查阅。特别是中医病因病机、病证名称内容编写突出了中医临床理论发展的思维框架,增加了许多新内容,提出了许多新观点和新的中医病证名,其内容与其他同类书籍有较大区别,具有明显创新性。

编著者期望通过这本书籍的出版,成为中医大专院校师生、从事血液病工作的中医与中西医结合临床、科研工作者的重要参考书。也希望为阅读者提供中西医结合研究血液病思路。因此,本书除由北京中医药大学东直门医院血液科全体医护人员参加编写外,还得到了广州中医药大学第一附属医院血液科杨红涌教授、上海中医药大学中西医结合岳阳医院血液科周永明教授、贵阳中医学院附属医院血液科付汝林教授、中国人民解放军 210 医院血液科向阳主任医师、山西中医药研究院附属医院血液科郭培京主任医师大力支持,在此一并感谢。北京中医药大学东直门医院孙颖立教授、黑龙江中医药大学第一附属医院孙伟正教授对本书倾注了大量心血,在议稿时提出了许多重要建议,使本书内涵质量有了极大提高。另外,在本书编写过程中,我国著名的中西医结合血液病专家李英麟教授、乐兆升教授也提出了许多宝贵建议,为本书增添了光彩。

由于我们经验不足,成书时间仓促,难免有许多疏漏和错误之处。特别是书中涉及的中医病因病机、病证名称等有许多尚不成熟的认识或观点,甚至错误,冀希望能求教于同道和广大读者,并以来信、来电,或通过电子邮件以及会议等形式赐以改正意见,以期再版时进一步完善和提高。

陈信义

目 录

第一章 血液病常见症状	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 出血	(13)
第三节 贫血	(22)
第四节 淋巴结肿大	(31)
第五节 肝脾大	(40)
第六节 骨痛	(49)
第七节 黄疸	(57)
第二章 红细胞疾病	(68)
第一节 缺铁性贫血	(68)
第二节 巨幼细胞性贫血	(78)
第三节 再生障碍性贫血	(87)
第四节 纯红细胞再生障碍性贫血	(100)
第五节 血色病	(109)
第六节 慢性病贫血	(117)
第七节 溶血性贫血	(124)
第三章 白细胞疾病	(137)
第一节 骨髓增生异常综合征	(137)
第二节 急性白血病	(148)
第三节 慢性粒细胞白血病	(164)
第四节 类白血病反应	(175)

第五节	白细胞减少症与粒细胞缺乏症·····	(183)
第六节	传染性单核细胞增多症·····	(193)
第四章	出血和血栓性疾病·····	(204)
第一节	原发性血小板减少性紫癜·····	(204)
第二节	药物性免疫性血小板减少性紫癜·····	(214)
第三节	血栓性血小板减少性紫癜·····	(221)
第四节	过敏性紫癜·····	(230)
第五节	感染性紫癜·····	(240)
第六节	弥漫性血管内凝血·····	(247)
第五章	骨髓增殖性疾病·····	(261)
第一节	真性红细胞增多症·····	(261)
第二节	原发性血小板增多症·····	(269)
第三节	骨髓纤维化·····	(278)
第六章	其他类型血液病·····	(287)
第一节	恶性淋巴瘤·····	(287)
第二节	多发性骨髓瘤·····	(307)
第三节	恶性组织细胞病·····	(317)
第四节	脾功能亢进·····	(327)
第七章	血液病常见并发症护理·····	(336)
第一节	骨髓功能抑制·····	(336)
第二节	高热·····	(342)
第三节	感染·····	(344)
第四节	出血·····	(349)
第五节	输血反应·····	(355)
第六节	恶心呕吐·····	(357)
第七节	口腔感染·····	(367)
第八章	常用治疗技术·····	(375)
第一节	血型与输血·····	(375)

第二节	成分输血·····	(379)
第三节	血液成分单采术·····	(382)
第四节	脐带血输注·····	(384)
第五节	脐血干细胞移植·····	(386)
第六节	自体外周血干细胞移植·····	(390)
第七节	胎肝细胞输注·····	(392)
第八节	骨髓移植·····	(395)
第九节	细胞因子临床应用·····	(399)
第十节	免疫球蛋白静注疗法·····	(404)
第十一节	鞘内注射·····	(406)
第十二节	放射性核素治疗·····	(408)
第十三节	脾切除术·····	(412)
第十四节	免疫抑制疗法与免疫刺激疗法·····	(415)

第一章 血液病常见症状

第一节 发 热

【概述】

发热(fever)是指病理性体温升高,是人体对致病因子的一种全身性反应。健康成人体温相对恒定,正常值在个体之间略有差异,口温(舌下)为 $36.7 \sim 37.7^{\circ}\text{C}$; 肛温(直肠内)为 $36.9 \sim 37.9^{\circ}\text{C}$; 腋温为 $36.0 \sim 37.4^{\circ}\text{C}$ 。一般来讲,腋温较口温低 $0.2 \sim 0.4^{\circ}\text{C}$; 肛温较口温高 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。测量体温以肛温较为准确。

一、体温变化

1. 昼夜变化:正常人于清晨 $2 \sim 5$ 时体温最低,午后 $2 \sim 5$ 时体温最高,昼夜体温变动范围 $< 1^{\circ}\text{C}$ 。

2. 年龄:小儿体温较成年人高,老年人体温较青壮年稍低。

3. 性别:妇女在卵泡期体温较低,黄体期可升高约 $0.2 \sim 0.3^{\circ}\text{C}$ 。个别人上升幅度较高,以致被误认为慢性低热。妊娠前二个月内体温可以出现持续低热。

4. 其他:进食、剧烈运动、情绪激动、热水浴或进入高温环境时,体温均可暂时性升高。

二、分期与热型

1. 前驱期:依发热病因不同,可持续数小时至数天不等,且症状各异,大多数表现为全身不适、疲乏无力、四肢或腰背酸痛、头痛、食欲不振等。

2. 发热期:体温骤升或渐升。骤升者多伴有寒战;渐升者则大多开始为低热,数日内由低热逐渐上升为高热。

3. 极期:常见热型有:①稽留热:持续高热,昼夜体温差不超过 1°C 。②弛张热:持续高热,但昼夜体温差超过 1°C 。③间歇热:突发高热伴寒战,数小时后退热,间隔一至数日后高热再发,高热与不发热交替出现。④波状热:于数日内逐渐上升至高峰,然后逐渐下降至正常或低热,并再发呈波浪样起伏。⑤复发热:高热期与无热期各持续若干天,互相交替。⑥颠倒热:上午发热,下午退热或白天不发热,夜间高热。⑦不规则热:热型完全无规律,时高时低。

4. 退热期:有骤降或渐退两种形式。

【病因与发生机理】

一、血液病

1. 良性血液病:长期贫血时机体代谢或功能紊乱可致发热。多呈低热状态,或自觉午后发热,但体温并非升高。通常经抗贫血治疗后发热现象自行消退,如急性失血贫血、溶血性贫血等。

2. 恶性血液病:常见于白血病、恶性组织细胞病、恶性淋巴瘤、多发性骨髓瘤等血液系统恶性肿瘤。其热型不一,低热或中等热度,恶性淋巴瘤可见高热或过高热。

二、感染

1. 细菌感染:由白细胞数减少或质量降低导致,常见革兰氏阳性菌、革兰氏阴性菌、真菌、结核杆菌等引起组织器官急、慢性感染。

2. 病毒感染:由于体质下降或免疫功能低下,肝炎病毒、单纯疱疹病毒、带状疱疹病毒等造成组织器官感染机会较大。

三、非感染

1. 结缔组织病:系统性红斑狼疮、皮炎、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等免疫系统紊乱性疾病,除自身病变可引起发热外,疾病进展期间可并发血液学改变,如白细胞减少导致感染发热。

2. 变态反应:长期使用药物,特别是长期使用抗生素可导致药物热,或药物引起溶血反应以及血型不合输血所致溶血反应均可引起发热。

3. 无菌性组织坏死:长期服用肾上腺皮质激素导致心肌、肺或脾梗塞,大面积组织损伤、骨质坏死等也是引起发热的常见因素。

4. 中枢神经系统病变:凝血机制紊乱导致的脑出血以及白血病细胞浸润导致的脑膜白血病等。中枢神经系统病变引起的发热往往呈持续高热,经抗高热治疗体温不能有效下降。

5. 体液失衡:体内水分大量丢失、某些疾病引起严重脱水以及酸中毒等均可产生发热症状,症状与体内水分丢失、酸中毒严重程度呈正相关性。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断方法与步骤

1. 询问病史:①现病史:如起病缓急、发热期体温高、有无寒

战以及血液学变化等。另外,对具有定位意义的局部症状应重点询问。②用药史:特别是抗生素、抗肿瘤药、肾上腺皮质激素及退热药等。③流行病学资料:地区、季节、职业、旅游史、接触感染史等。④既往史:曾经诊断为何种疾病。

2. 记录体温:每日记录4次体温。长期发热者应至少连续记录一个月,以判断热型,为鉴别诊断提供资料。如反复发热常见于恶性淋巴瘤;不规则热可因肿瘤或结核病引起。

3. 体格检查:不应遗漏所有项目。例如皮疹特点、淋巴结肿大部位与特点,有无胸骨压痛等。

4. 理化检查:实验室检查可发现发热类型和部位。①常规检查:血象、尿常规、血沉、肺部X线检查、便常规及潜血。②其他检查:根据病情需要采用血、骨髓、尿、脓液、胆汁、粪便等标本培养,并在使用抗生素之前进行。血培养在寒战、高热时采血最好,必要时重复。

5. 特殊检查:通过实验室检查尚不能明确诊断者,通过特殊检查而能得出阳性结果。①淋巴结活检:对淋巴组织恶性增生性疾病确诊必不可少,在多部位浅表淋巴结肿大时,选择颈部淋巴结标本为好。②骨髓穿刺及骨髓活检:对白血病、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞病及转移瘤等有决定性诊断价值。③诊断性探查术:对诊断确属困难者,宜实施探查术。但疑有腹腔内脓肿、腹膜后淋巴瘤时,应慎重采用。④影像学检查:如超声波、CT及MRI(磁共振)等可以弥补某些检查的不足。⑤自身抗体检查:对自身免疫病的诊断有重要价值。包括红斑狼疮细胞、类风湿因子、抗核抗体、抗DNA抗体、抗核蛋白抗体等。⑥血清学实验:如肥达反应、外斐反应、嗜异性凝集试验等。⑦诊断性治疗:必要的抗结核、抗风湿、抗疟治疗以及氨基比林试验等。

二、诊断

腋温 $>37.4^{\circ}\text{C}$, 口温 $>37.7^{\circ}\text{C}$, 肛温 $>37.9^{\circ}\text{C}$ 称为发热。根据口温度数分为低热 $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$; 中等热 $38.1\sim 38.9^{\circ}\text{C}$; 高热 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$; 过高热 40°C 以上。

三、鉴别诊断

1. 急性发热: 发热在 2 周之内者, 多为感染, 但局部定位性症状常出现在发热后。白细胞计数与分类计数、血培养、肺 X 线检查等对鉴别诊断很有价值。白细胞总数不高或降低, 大多为病毒感染。

2. 长期发热: 体温在 38.1°C 以上中高热, 热程超过 2 周, 常见感染、肿瘤及结缔组织病。其中, 仍以感染为多。①感染性发热特征包括: 容易伴有发冷、寒战; 白细胞计数 $\geq 10 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞 $\geq 80\%$ 或杆状核 $\geq 5\%$, 对非结核感染有肯定价值; 病原学及血清学检查可能获阳性结果; 抗生素治疗有效, 若在广谱抗生素治疗后不退或再度发热者, 应想到真菌感染及药物热。②恶性肿瘤: 白血病、恶性淋巴瘤、肝癌、结肠癌早期等。肿瘤性发热特点为无寒战、抗生素治疗无效、常伴进行性消瘦与贫血、肿瘤标志(如癌胚抗原、甲胎蛋白、 β_2 微球蛋白等)及内镜检查可获得阳性结果。③结缔组织病: 好发于育龄期妇女、多器官受累, 临床表现多种多样、血清中有高滴度自身抗体以及抗生素治疗无效, 且容易有药物过敏, 水杨酸盐或肾上腺皮质激素治疗有效, 组织病理学检查(如皮肤、肌肉活检)可证实。

3. 慢性低热: 体温在 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 的非生理性发热持续 1 个月以上者, 称慢性低热。①器质性低热: 结核病以盗汗、消瘦、食欲不振为主要症状; 需仔细检查肺、肠、腹膜、肠系膜淋巴结、盆腔等部位结核病灶; 并见血沉加快、PPD 试验与结核抗体实验阳性。慢

性泌尿系感染可长期低热,但无明显的尿路刺激症状,仔细追问可发现泌尿系感染病史,应做24小时尿细胞计数。多次中段尿培养均为同一细菌,或菌落计数 $>1.0 \times 10^5/\text{mL}$,24小时尿细胞计数红细胞 $>5 \times 10^6$,白细胞 $>1.0 \times 10^7$ 有诊断价值。尚应注意慢性病灶,如牙周脓肿、鼻窦炎、前列腺炎、盆腔炎等。结缔组织病可借助自身抗体检测予以诊断。甲状腺功能亢进所致低热常伴有怕热、多汗等代谢亢进症状,可借助 T_3 、 T_4 、 ^{131}I 摄取试验来明确诊断。

②功能性低热:感染后体温调节中枢功能尚未恢复正常,会有持续数周低热,体检和实验室检查无异常。此系自主神经功能紊乱所致,多见于青年女性,一昼夜内体温波动范围小,不超过 0.5°C 或体温的昼夜变化失常,晨间体温较下午体温高,活动后体温不升高或反而下降,常伴有自主神经功能紊乱的临床表现。

【中医病因病机】

一、内在因素

1. 疾病因素:大病久病可引起发热,即所谓“内伤发热”。包括气、血、阴、阳与五脏诸虚不足。正常人体温调节依靠气的温煦作用,阳气(脾气、肺气、肾气等)不足可引起发热现象;阴虚生内热,或阴虚阳亢,水不制火也可导致内伤发热。

2. 情志因素:情志过极或情志抑郁,肝不能调达,气郁化火变生内热,即所谓“气有余便是火”。气机不利,血液运行不畅,壅塞不通,血液瘀滞导致发热。“营卫稽留于经脉之中,则血泣而不行,不行则卫气从之而不通,壅遏而不得行,故热”就是描述气滞血瘀或诸虚不足引起发热的病机变化过程。

3. 内毒因素:内在功能失调,机体代谢功能紊乱,分清降浊能下降,清浊难分,清气不得生发,浊气不得下降,蕴生痰湿,郁积成毒,病程日久,毒邪化热或化火,火伤营阴,营血不足等均可导致内

伤郁热,或热毒内生之发热。

二、外在因素

1. 外感因素:诸虚不足,抗邪无力,六淫之邪乘虚而入,束裹肺卫,气机不利,宣发失常,或外邪与内生邪毒联合致热。特别是虚弱之人,最易感受疫毒之邪,且易导致热入心包或引动肝风,出现高热惊厥等危重症。

2. 饮食因素:喜食辛辣厚味,滋生火热,火热郁积,导致脏腑郁热而引起发热;肥甘厚味滋生热毒,热毒深入脏腑,流注骨髓,使外邪难解,内热难退,疾病久恋不愈。

3. 药物因素:服用或注射有毒药物,或误用过量药物,药毒与气血相搏,故而发热。药毒引起者高热症状较重,常出现斑疹、出血、神昏等热毒伤血症状。

【中医病证名】

一、病名特征

血液病发热主要为非感染性发热,属于中医内伤发热范围,沿用《中医内科学》“内伤发热”名称。主要依据与特征:①以诸虚不足、气机不畅、血液瘀滞以及痰瘀互阻为基本病机。②起病急缓不一,病程漫长,治疗难以收效。③以低热为临床表现,时可见高热,部分患者可见五心烦热,或自觉发热,但体温不高。④以内伤代表病因病机,以发热代表病状。

二、临床证候

1. 气虚发热证:早晨或上午发热,常在活动(劳累)后加剧,并见头晕乏力,气短懒言,恶风自汗,易于外感。舌体胖大,舌质淡白,舌苔薄白,脉象细弱。

2. 血虚发热证:午后或夜间发热,面色萎黄或少华,头晕眼花,身倦无力,心悸不宁,失眠多梦,唇甲色淡。舌体瘦小,舌质淡,苔白,脉细弱或细数。

3. 阴虚发热证:午后或夜间发热,两颧潮红,五心烦热,或骨蒸劳热,失眠多梦,心悸盗汗,口干咽燥,大便干结,尿少色黄。舌体瘦小,有裂纹,舌苔少或无苔,脉象细数。

4. 阳虚发热证:早晨或上午低热,面目虚浮,畏寒肢冷,夜尿频多,困倦无力,阳痿或腰膝酸软。舌体胖大,舌质淡白,舌苔水滑,脉无力或沉迟。

5. 气郁发热证:发热不定时,随情绪变化加剧,胸胁满闷,或两胁胀痛,或脘腹胀满,心烦易怒,或沉默不语。舌质暗红,舌苔黄厚,脉象弦数。

6. 血瘀发热证:午后或夜间发热,口干咽燥,不欲饮水,肢体疼痛,肌肤甲错,面色晦暗,或见有癥积肿块。舌质紫暗或见有瘀斑、瘀点、出血,脉象艰涩。

7. 痰瘀发热证:午后或夜间发热,面色晦暗,肢体困倦,头目眩晕,食少便溏,或见癥积肿块,或见痰核、瘰癧。舌质紫暗,舌苔白腻或黄腻,脉涩或滑。

【古医籍描述】

一、病因病机

《素问》:“阳虚则外寒,阴虚则内热,阳盛则外热,阴盛则内寒。”“有所劳倦,形气衰少,谷气不盛,上焦不行,下脘不通,胃气、热气熏胸中,故内热。”

《灵枢》:“营卫稽留于经脉之中,则血泣而不行,不行则卫气从之而不通,壅遏而不得行,故热。”

《医林改错》:“身外凉,心里热,故名灯笼病,内有瘀血。认为

虚热,愈补愈瘀;认为实火,愈凉愈凝。”“晚发一阵热,每晚内热,兼皮肤热一时。”“后半日发烧,前半夜更甚,后半夜轻,前半日不烧,此是血府血瘀。血瘀之轻者,不分四段,唯日落前后烧两时;再轻者,或烧一时。此内烧兼身热而言。”

《诸病源候论》:“虚劳之人,血气微弱,阴阳俱虚,劳则生热,热因劳而生。”“虚劳而热者,是阴气不足,阳气有余,故内外生于热,非邪气从外来乘也。”

《丹溪心法》:“人身诸病,多生于郁”、“凡气有余便是火。”

《医门法律》:“血痹则新血不生,并素有之血,亦瘀积不行,血瘀则荣虚,荣虚则发热。”

《证治汇补》:“肺家素有痰热,复感风邪束缚,内火不得疏泄,谓之寒暄,此表里两因之实证也。有平素元气虚弱,表疏腠松,略有不慎,即显风证者,此表里两因之虚证也。”

《金匱翼》:“劳倦发热者,积劳成倦,阳气下陷,则虚热内生也。”

《景岳全书》:“阴虚者能发热,此以真阴亏损,水不制火也。”

《医宗金鉴》:“内伤外感皆发热,内伤之发热,热在肌肉,以手扪之,热从内泛,不似外感之发热,热在皮肤,以手扪之,热自内轻也。”

二、治则方药

《素问》:“诸寒之而热者取之阴。”

《金匱要略》:“虚劳里急,悸、衄、腹中痛,梦失精,四肢酸痛,手足烦热,咽干口燥,小建中汤主之。”

《格致余论》:“阴虚则发热,夫阳在外为阴之卫,阴在内为阳之守。精神外弛,嗜欲无节,阴气耗散,阳无所附,遂致浮散于肌表之间而恶热也。实非有热,当作阴虚治之而用补养之法可也。”

《医学入门》:“内伤劳役发热,脉虚而弱,倦怠无力,不恶寒,乃