

刘松山教授治疗重度再生障碍性贫血一则

陈梁考贝¹, 彭 旺¹, 刘松山^{2*}, 龙注伊³

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院血液科, 四川 成都

³重庆市永川区来苏镇卫生院, 重庆

收稿日期: 2026年7月27日; 录用日期: 2026年8月28日; 发布日期: 2026年9月10日

摘 要

患儿何某, 男, 6岁, 依据血常规、骨髓穿刺及活检等检查结果, 西医明确诊断为重度再生障碍性贫血。因病情反复、控制欠佳, 反复进行输血及血小板对症支持治疗, 逐步进展为输血依赖性铁过载。本次因“确诊再生障碍性贫血1年余, 反复输血依赖”就诊。四诊信息: 神疲乏力, 面色苍白, 形寒肢冷, 纳可, 眠欠佳, 小便调, 大便稍溏, 舌淡, 苔薄白, 边有齿痕, 脉沉细。中医诊断: 虚劳病 - 脾肾两虚证。西医诊断: 再生障碍性贫血。干预措施: 中医疗法: 健脾补肾。黄芪15g、白术10g、茯苓10g、生地黄10g、酒女贞子5g、鹿角胶10g、盐补骨脂10g、巴戟天10g、茵陈10g、金钱草10g、盐菟丝子10g、黄芩10g、太子参15g、续断10g。西医疗法: 长期口服司坦唑醇片(2mg/片), 1片/天。疗效转归: 经治疗后神疲乏力, 面色苍白, 形寒肢冷, 眠欠佳, 大便稍溏等临床症状得到明显改善, 脱离输血及输血小板, 血象明显改善。生活质量明显提高。

关键词

重度再生障碍性贫血, 中医, 名医经验, 刘松山

Professor Liu Songshan's Experience in Treating Severe Aplastic Anemia: A Case Report

Liangkaobei Chen¹, Wang Peng¹, Songshan Liu^{2*}, Zhuyi Long³

¹School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Department of Hematology, Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

³Laisu Town Health Center, Yongchuan District, Chongqing

Received: July 27, 2026; accepted: August 28, 2026; published: September 10, 2026

*通讯作者。

文章引用: 陈梁考贝, 彭旺, 刘松山, 龙注伊. 刘松山教授治疗重度再生障碍性贫血一则[J]. 中医学, 2026, 15(9): 155-159. DOI: 10.12677/tcm.2026.159496

Abstract

Mr. He, male, 6 years old, with complete diagnostic criteria including blood routine examination, bone marrow aspiration and biopsy, was clearly diagnosed as severe aplastic anemia (SAA). Due to poor disease control and recurrent episodes, the patient received repeated blood transfusions and platelet transfusions as symptomatic supportive treatment, and gradually progressed to transfusion-dependent iron overload. The patient presented with confirmed "aplastic anemia for more than one year and repeated transfusion dependence". Four diagnostic information: Mental fatigue, pale complexion, cold limbs, fair appetite, poor sleep, normal urination, loose stools, pale tongue with thin white coating and teeth marks, sinking and thready pulse. TCM diagnosis: Consumptive disease, identified as spleen-kidney deficiency pattern. Western medicine diagnosis: Severe aplastic anemia. Intervention: TCM treatment focused on strengthening the spleen and tonifying the kidney, using Huangqi (Astragali Radix) 15 g, Baizhu (Atractylodis Macrocephalae Rhizoma) 10 g, Fuling (Poria) 10 g, Shengdihuang (Rehmanniae Radix) 10 g, Jiunvzhenzi (Ligustri Lucidi Fructus) 5 g, Lujiaojiao (Cervi Cornus Colla) 10 g, Yanbuguzhi (Psoraleae Fructus) 10 g, Bajitian (Morindae Officinalis Radix) 10 g, Yinchen (Artemisiae Scopariae Herba) 10 g, Jinqiancao (Lysimachiae Herba) 10 g, Yantusizi (Cuscutae Semen) 10 g, Huangqin (Scutellariae Radix) 10 g, Taizishen (Pseudostellariae Radix) 15 g, Xuduan (Dipsaci Radix) 10 g. Western medicine treatment was given Stanazolol Tablets (2 mg/tablet), 1 tablet/day, for long-term oral administration. Outcomes: After treatment, the patient's clinical symptoms, such as mental fatigue, pale complexion, cold limbs, poor sleep, and loose stools, were significantly improved. The patient was weaned off blood transfusion and platelet transfusion, and blood counts were significantly improved. The quality of life was markedly enhanced.

Keywords

Severe Aplastic Anemia, Traditional Chinese Medicine, Famous Physician's Experience, Liu Songshan

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

再生障碍性贫血(AA)是一种骨髓造血衰竭(BMF)综合征。其年发病率在我国为 0.74/10 万,可发生于各年龄组,AA 高发年龄分别为 15~25 岁的青壮年和 65~69 岁的老年人[1]。根据《儿童再生障碍性贫血诊疗规范(2019 年版)》,对于重度 AA (SAA)患儿,有人类白细胞抗原(HLA)相合同胞供者时,首选匹配相关供者(MRD)造血干细胞移植(HSCT)治疗(MRD-HSCT);无 HLA 相合同胞供者时,则首选抗胸腺/淋巴细胞球蛋白(ATG/ALG)联合环孢素(CsA)的免疫抑制治疗(IST) [2]。对于目前 SAA 患儿的临床治疗方案,医疗费用较高,且仍然有很多患儿无法缓解或者缓解后复发[3]。本病例为男性 SAA 患儿,且伴有输血依赖性铁过载,西医治疗效果不佳,予以中医治疗,不仅改善了患儿临床症状,更使其逐步脱离输血依赖,且血常规指标长期维持正常,充分体现了中医药治疗再生障碍性贫血的独特优势。

2. 临床资料

2.1. 病例介绍

2.1.1. 一般信息

患儿何某,男,6岁,初诊时间2020年12月08日。主诉:确诊再生障碍性贫血1年。

2.1.2. 病史

2019 年底, 患儿无明显诱因出现间断便血, 未予重视, 2020 年 03 月 03 日以“反复便血 2 月余”于成都市妇女儿童中心医院住院治疗。查血常规: 白细胞 $1.76 \times 10^9/L$, 血红蛋白 87 g/L, 血小板 $14 \times 10^9/L$ 。骨髓细胞学(2020-03-06): 1) 骨髓增生低下, 骨髓小粒非造血细胞增多, 血小板减少。骨髓活检(2020-03-12, 北京海斯特, 病理号: 111265): 造血组织容量 10 VOL%, 呈骨髓增生极度低下, 考虑为再生障碍性贫血(AA)病理改变。诊断为急性再生障碍性贫血(重型)。予环孢素软胶囊 175 mg/d 免疫治疗, 期间监测环孢素血药浓度谷值为 134 ug/L, 然而临床疗效不佳, 血象未见明显改善, 仍反复依赖输血, 于 2020 年 12 月 08 日就诊于成都中医药大学附属医院血液科。症见: 神疲乏力, 面色苍白, 形寒肢冷, 纳可, 眠欠佳, 小便调, 大便稍溏, 舌淡, 苔薄白, 边有齿痕, 脉沉细。

既往体健。否认吸烟及饮酒史。否认家族及遗传病史。

2.2. 辅助检查

血常规: 白细胞 $1.76 \times 10^9/L$, 血红蛋白 87 g/L, 血小板 $14 \times 10^9/L$ 。血清铁蛋白: $>1500 \mu g/L$, 骨髓细胞学(2020-03-06, 成都市妇女儿童中心医院): 1) 骨髓增生低下, 骨髓小粒非造血细胞增多, 血小板减少。粒系各阶段查见 50%, 各阶段比例大致正常, 部分胞浆颗粒粗大。红系各阶段查见占 24%, 以中晚幼红细胞增生为主, 比例大致正常, 部分细胞呈老核幼浆改变, 成熟红细胞形态未见特殊异常。淋巴细胞占 25%, 均为成熟淋巴, 形态大致正常。全片查见到巨核细胞 47 个, 对其分类, 幼稚巨 2 个, 颗粒巨 31 个, 产板 14 个(产血小板 5~10 颗), 散在血小板减少。片中骨髓小粒造血细胞增生低下, 可见非造血网织细胞, 组织嗜碱、浆细胞等。骨髓活检(2020-03-12, 北京海斯特, 病理号: 111265): 病理诊断: (骨髓)送检穿刺骨髓组织, 基质出血, 造血组织容量 10 VOL% (造血组织 10%, 脂肪组织 90%), 呈骨髓增生极度低下。两系以中、晚阶段细胞为主, 散在分布。巨核细胞未见。淋巴细胞、浆细胞可见。吞噬含铁血黄素颗粒细胞易见。未见纤维化。诊断意见: 造血组织增生极度低下, 考虑为再生障碍性贫血(AA)病理改变。

2.3. 中西医诊断与诊断依据

中医诊断: 虚劳病 - 脾肾两虚证

西医诊断: 1) 重度再生障碍性贫血; 2) 输血依赖性铁过载。

中医诊断依据: 患者男性儿童, 稚阴稚阳之体, 先天禀赋不足, 后天失养, 导致脾肾亏虚, 肾阴亏虚, 气血生化无源, 故血虚, 血虚不能濡养全身脏腑, 脏腑功能失职, 故神疲乏力、面色苍白、头晕、入睡困难等; 肾阳亏虚, 温煦失职, 气化无权, 故可见形寒肢冷, 面色淡白, 神疲健忘; 命门火衰, 火不生土, 脾阳自虚, 运化功能失司, 故食少, 腹胀, 大便稀溏, 甚则完谷不化, 脾不统血, 血溢脉外, 故见便血。脾肾两虚, 故见舌淡, 苔薄白, 边有齿痕, 脉沉细。综上所述, 中医四诊合参, 可辨病为虚劳病, 证属脾肾两虚证。病位主在脾、肾; 病性属虚证。

西医诊断依据: 结合患儿临床症状、辅助检查及病史可诊断。

2.4. 干预措施

西医治疗: 长期口服司坦唑醇片(2 mg/片), 1 片/天。

中医治疗: 2020-12-08 初诊, 中医方剂以健脾补肾为主, 予黄芪 15 g、白术 10 g、茯苓 10 g、生地 10 g、酒女贞子 5 g、鹿角胶 10 g、盐补骨脂 10 g、巴戟天 10 g、茵陈 10 g、金钱草 10 g、盐菟丝子 10 g、黄芩 10 g、太子参 15 g、续断 10 g, 免煎颗粒, 一日一剂, 每日三次, 水冲服。

2021-01-05 复诊, 血红蛋白 61 g/L, 血小板 $8 \times 10^9/L$, 服药 1 月后仍神疲乏力, 皮肤出现瘀斑瘀点,

舌淡白，苔薄白，边有齿痕，脉沉细，于上方调整用药，去黄芩加侧柏叶 10 g。余同上方。医嘱服法同前。

2021-03-16 复诊，血红蛋白 69 g/L，血小板 $22 \times 10^9/L$ ，服药 1 月后神疲乏力较前稍有好转，全身无明显出血，仍四肢不温，舌淡，苔薄白，脉沉涩，于上方调整用药，去补骨脂、侧柏叶、巴戟天、女贞子，加菟蔚子 10 g、淫羊藿 15 g、川芎 5 g、杜仲 10 g。医嘱服法同前。

2021-04-26 复诊，血红蛋白 59 g/L，血小板 $32 \times 10^9/L$ ，神疲乏力较前加重，仍四肢不温，纳眠欠佳，小便较少，大便仍溏，于上方调整用药，去菟蔚子、川芎、杜仲，加泽泻 10 g、补骨脂 10 g、金樱子肉 10 g。医嘱服法同前。

2021-06-02 复诊，血红蛋白 54 g/L，血小板 $31 \times 10^9/L$ ，服药 1 月后患儿咳嗽，咽痛，咯痰黄白相兼，乏力，食欲不振，眠差，小便调，大便溏，舌淡，苔白腻，边有齿痕，脉浮缓，于上方调整用药，去茵陈、泽泻、金樱子肉，加酒女贞子 10 g、建曲 10 g、党参 20 g、焦山楂 15 g、连翘 10 g、炒鸡内金 10 g、白术 10 g。医嘱服法同前。患儿因有咳嗽等症另开麸炒枳壳 20 g、蝉蜕 10 g、桔梗 15 g、麦冬 20 g、干鱼腥草 30 g、射干 10 g、杏仁 10 g、炒葶苈子 30 g，中药饮片，水煎服，一日一剂，每日三次。

2021-07-13 复诊，血红蛋白 60 g/L，血小板 $49 \times 10^9/L$ ，服药 1 月后仍有乏力，咳嗽、咽痛、咯痰等症均缓解，舌淡，苔薄白，脉沉。于上方调整用药，去酒女贞子、连翘、续断片，加薏苡仁 15 g、巴戟天 10 g。医嘱服法同前。

2021-08-24 复诊，血红蛋白 88 g/L，血小板 $43 \times 10^9/L$ ，服药 1 月后乏力较前明显缓解，食欲增强，舌淡红，苔薄白，脉沉缓，于上方调整用药，去建曲、炒鸡内金、盐菟丝子，加续断片 10 g、酒女贞子 10 g。医嘱服法同前。

2021-10-19 复诊，血红蛋白 104 g/L，血小板 $71 \times 10^9/L$ ，服药 1 月后已无明显乏力、四肢不温等症状，纳眠可，二便调。舌淡红，苔薄白，脉滑。于上方调整用药，去焦山楂、薏苡仁，加法半夏 5 g、紫河车 3 g。医嘱服法同前。

2021-11-16 复诊，血红蛋白 98 g/L，血小板 $84 \times 10^9/L$ ，服药 1 月后，诉睡眠不佳，舌淡红，苔薄白，脉弦滑，于上方调整用药，去紫河车、法半夏、鹿角胶、黄芪，加制远志 15 g、盐菟丝子 10 g。医嘱服法同前。

2021-12-24 复诊，血红蛋白 103 g/L，血小板 $86 \times 10^9/L$ ，服药 1 月后，未诉特殊不适，纳眠可，二便调，舌淡红，苔薄白，脉滑，于上方调整用药，去续断片、党参、淫羊藿、盐菟丝子，加用茵陈 10 g、黄芪 15 g、盐杜仲 10 g、生晒参 10 g、熟地黄 15 g、鹿角胶 10 g。医嘱服法同前。

2.5. 疗效转归与随访

随访至 2026 年 7 月，患儿目前病情平稳，定期门诊复诊，2026 年 7 月 11 日血常规：血红蛋白 135 g/L，血小板 $190 \times 10^9/L$ 。2021 年 10 月后已脱离输血及输血小板，血象明显改善。

3. 临证体会

重度再生障碍性贫血本为医学治疗难题，中医认为其病机多与肾虚髓枯相关。肾主骨生髓，肾精亏虚则髓海不充，造血无源[4]。本病例为小儿患者，稚阴稚阳之体，脏腑娇嫩，形气未充，体质和生理功能均较脆弱，临床辨证施治更需慎重[5]。西医给予司坦唑醇刺激造血，中医以固护脾肾为主，随年龄增长，气血充盛，中西配合，以协同帮助恢复骨髓造血功能。刘松山教授认为凡髓劳之病，五脏之伤，穷极必肾，形不足者，温之以气，精不足者，补之以味，精血亏损者，当用血肉有情之品。方中黄芪、白术、茯苓、生地黄、酒女贞子、鹿角胶、盐补骨脂、巴戟天补益脾肾为主，辅以茵陈、金钱草等清热利湿药保

护肝脏,预防司坦唑醇可能的肝肾功能损伤。根据患儿临床症状及舌脉调整相应用药,出血则加仙鹤草、侧柏叶等止血之品。形寒肢冷加淫羊藿、补骨脂、金樱子、巴戟天等温补肾阳。食欲不振加用建曲、焦山楂消食健脾和胃。睡眠不佳加制远志安神益智。随证加减灵活用药,后期随患儿血象恢复,症状缓解,坚守补益脾肾为要点,防其反复,巩固疗效。

本病例需特别关注既往环孢素治疗对疗效判定的潜在影响。患儿 20 年 3 月起进行环孢素治疗,至 20 年 12 月停药,剂量充足(175 mg/d,折合约 8.75 mg/kg/d)、血药浓度达标(134 $\mu\text{g/L}$,已达儿童再障治疗推荐目标范围: 100~150 $\mu\text{g/L}$),但未获任何血液学反应,属于环孢素治疗无效病例。在长达 9 个月的有效治疗窗内,患儿均未显示任何血液学反应,停药后数月至一年方出现“滞后效应”的可能性极低。因此,可合理排除环孢素对后续血象恢复的贡献,患儿血象的显著改善应主要归因于后续的中医药治疗。

声 明

本研究已获得患儿监护人的书面知情同意,并同意发表相关临床资料。所有诊疗措施均遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理准则。

参考文献

- [1] 中华医学会血液学分会红细胞疾病(贫血)学组. 再生障碍性贫血诊断与治疗中国指南(2022 年版) [J]. 中华血液学杂志, 2022, 43(11): 881-888.
- [2] 王忠健, 邱奕宁, 金润铭. 儿童获得性再生障碍性贫血的治疗进展[J]. 国际儿科学杂志, 2022, 49(12): 804-808.
- [3] 陈燕, 熊昊, 陈智, 等. 儿童重型再生障碍性贫血接受异基因造血干细胞移植后死亡危险因素分析[J]. 中国实验血液学杂志, 2025, 33(3): 886-891.
- [4] 石颖, 钱宇骁, 郎海燕, 等. 基于“精血同源”探讨再生障碍性贫血的病机与证治[J]. 北京中医药, 2025, 44(9): 1168-1172.
- [5] 冯思. 稚阴稚阳学说对儿科疾病诊疗的指导价值[J]. 中医药管理杂志, 2025, 33(21): 200-202.