

# 中西医结合治疗慢性再生障碍性贫血 45 例

程燕<sup>1\*</sup>, 魏剑芬<sup>1</sup>, 张云鹏<sup>2</sup>, 张海莲<sup>1</sup>, 高静媛<sup>1</sup>

(1. 华北煤炭医学院附属医院, 河北 唐山 063000;

2. 华北煤炭医学院图书馆, 河北 唐山 063000)

慢性再生障碍性贫血(CAA), 是一种难治的慢性血液病, 是由于骨髓造血功能衰竭, 造血多能干细胞数量减少或其功能受损, 导致血细胞各系统的幼稚细胞减少, 外周血中全血细胞减少。目前国内对 CAA 的治疗多以雄激素为主, 部分患者疗效欠佳。我院自 1998 年 9 月—2009 年 9 月对 CAA 患者进行中西医结合治疗 45 例, 疗效满意, 报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 慢性再障患者 45 例, 符合全国第四届再生障碍性贫血会议制定的诊断标准<sup>[1]</sup>。男 27 例, 女 18 例, 年龄 4~78 岁, 平均 34 岁, 其中原发性 34 例, 继发性 11 例, 治疗前病程 2.2~23 年。血红蛋白 19~59 g·L<sup>-1</sup>。白细胞 < 4.0 × 10<sup>9</sup>·L<sup>-1</sup>, 最低 1.3 × 10<sup>9</sup>·L<sup>-1</sup>。中性粒细胞与淋巴细胞比例倒置, 血小板 2 × 10<sup>9</sup>·L<sup>-1</sup>~37 × 10<sup>9</sup>·L<sup>-1</sup>。骨髓增生重度减低者 6 例, 减低者 6 例, 活跃者 8 例, 巨核细胞 0 者 38 例, 1 者 3 例, 2 者 4 例。45 例酸溶血试验(-), 尿常规(-), 肝功能正常。心电图 42 例正常, 3 例左室高电压。中医辨证肾阴虚型 11 例, 肾阳虚型 16 例, 肾阴阳俱虚型 18 例。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 一般治疗** 合并感染、发热者给予抗感染及对症治疗; 严重出血者输浓缩血小板及止血药物; 血红蛋白低于 30 g·L<sup>-1</sup>者输浓缩红细胞。

**1.2.2 中西医结合治疗** 中医药以补肾为主, 佐以补气血、凉血止血、活血化瘀。肾阴虚型选用何首乌、枸杞子、生地黄、熟地黄、女贞子、旱莲草、白薇、黄精、黑芝麻等; 肾阳虚选用肉苁蓉、菟丝子、山茱萸、巴戟天、核桃仁、补骨脂、鹿茸等; 肾阴阳俱虚型同时加用两型药物。补气血药物选用红参、黄芪、党参、当归、熟地黄、白芍、阿胶等; 活血化瘀、凉血止血药物选用, 当归、益母草、鸡血藤、紫草、茜草、槐花、三七粉、白茅根、水牛角粉等。根据血细胞的下降酌情选取中药, 升红细胞选用黄芪、当归、党参、红参、鹿茸、阿胶、桂圆肉等; 升白细胞选用益母草、鸡血藤、仙鹤草、紫草、白薇、黄精等; 升血小板选用仙鹤草、茜草、银耳、连翘、白芍、水牛角粉、三七粉等。每日 1 剂, 浓煎约 300 mL, 分 2 次温服。中成药选用血

宝胶囊。服中药时间 6 个月~4 年。西药用康力龙加保肝药、多抗甲素片。

治疗分为 2 个阶段: 第 1 阶段: 中药汤剂、血宝胶囊、西药联合应用使血象较快上升, 一般用至血红蛋白达 120 g·L<sup>-1</sup>(男), 100 g·L<sup>-1</sup>(女), 白细胞 4.0 × 10<sup>9</sup>·L<sup>-1</sup>, 血小板达 80 × 10<sup>9</sup>·L<sup>-1</sup>, 临床无出血表现, 停用中药。第 2 阶段: 血宝胶囊、康力龙加保肝药巩固 2 年, 治疗结束。

**1.3 疗效标准** 按全国第四届再障学术会议制定的疗效判定标准<sup>[1]</sup>。其中停药观察 1 年如不复发, 为基本治愈。

## 2 结果

**2.1 总疗效** 基本治愈 15 例, 缓解 11 例, 明显进步 16 例, 无效 3 例, 总有效率 93.3%。

**2.2 疗程** 肾阳虚型者, 白细胞、红细胞恢复正常平均需要 1~2 年, 而肾阴虚型者, 平均疗程 3~4 年, 白细胞、红细胞仅达正常低值。

**2.3 骨髓象** 治疗结束后复查 15 例, 均为大致正常。

**2.4 治疗前后的血象变化** 治疗前后比较, 第一阶段结束时、第二阶段结束血红蛋白、网织红细胞、白细胞和血小板均明显升高, 与治疗前比较 ( $P < 0.01$ ), 证明中西医结合药物治疗可改善骨髓造血功能, 使血象维持在正常水平。见表 1。

**2.5 毒副作用** 45 例心电图、肝肾功能, 均未发现异常, 证明中药汤剂长期服用对心肌、肝肾功能无损害。

表 1 45 例 CAA 患者治疗前后血象变化 ( $\bar{x} \pm s, n = 45$ )

指标	治疗前	治疗后第一阶段	治疗后第二阶段
血红蛋白/g·L <sup>-1</sup>	72.2 ± 26.1	112.0 ± 35.4 <sup>1)</sup>	107.0 ± 31.4 <sup>1)</sup>
网织红细胞/%	0.70 ± 0.47	1.08 ± 0.38 <sup>1)</sup>	1.12 ± 0.45 <sup>1)</sup>
白细胞/×10 <sup>9</sup> ·L <sup>-1</sup>	3.70 ± 1.13	7.15 ± 2.91 <sup>1)</sup>	6.95 ± 2.41 <sup>1)</sup>
血小板/×10 <sup>9</sup> ·L <sup>-1</sup>	31.00 ± 14.73	105.15 ± 20.91 <sup>1)</sup>	114.75 ± 23.61 <sup>1)</sup>

注: 与治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ 。

## 3 讨论

祖国医学认为“肾藏精、主骨生髓”, 治疗慢性再障宜从补肾入手。近 10 多年来, 在临床上应用中西医结合治疗慢性再障确实起到了优势互补的效果。中药、雄激素是治疗 CAA 的首选药物<sup>[2]</sup> 补肾益髓以治本, 活血化瘀而生新。张晓慧等<sup>[3]</sup> 提出: 活血化瘀药物可刺激骨髓造血, 改善骨髓微环境, 与西药 654-2 类似, 加速骨髓微循环的新陈代谢活动, 促进红骨髓再生而恢复正常造血功能。本文未用 654-2 而用中药(当归、鸡血藤、益母草等)代替, 减少了 654-2 应用时出现的口干、视物模糊和排尿困难等副作用。免疫介导的造血抑制是再障发病主要机制, 临床及动物试验发现<sup>[4]</sup>, 补肾健脾中药能调整机体免疫功能, 与西药多抗甲素共同解除对骨髓造血功能的抑制, 恢复造血功能。口服雄激素康立龙, 在体内可以转化成具有活性的代谢产物, 刺激肾脏产生红细胞生成素, 同时刺激骨髓正铁血红素的合成。中西药治疗作用机制不同, 但两者联合应用既能提高疗效, 也可减轻药物引起的毒副作用, 可以较快地改善患者的症状, 提高生活质量。

[收稿日期] 2010-03-01

[通讯作者] \*程燕, Tel: (0315) 3725120

本研究显示中西医结合治疗,在第一阶段使骨髓造血功能改善,血象达到治愈标准。

在治疗过程中,作者体会到肾阳虚者血象恢复速度较肾阴虚者快。本研究显示:肾阳虚型 16 例,白细胞、红细胞恢复正常平均需要 1 年零 7 个月,而肾阴虚型 11 例,平均疗程 3~4 年,白细胞、红细胞仅达正常低值。药物过早减量或停用均可导致全血细胞不同程度的下降,故只有坚持治疗,使血象各项指标达血红蛋白男  $120\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ ,女  $100\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ ,白细胞  $4.0\times 10^9\cdot\text{L}^{-1}$  以上,血小板  $80\times 10^9\cdot\text{L}^{-1}$  以上。再用中成药和西药巩固 2 年,才能减少复发率,而收到较好疗效。

## [参考文献]

- [1] 第四届全国再生障碍性贫血学术会议.再生障碍性贫血诊断标准和疗效标准[J].中国血液学杂志,1987,8(8):486.
- [2] 夏长青,储榆林.雄性激素治疗再生障碍性贫血的现状[J].中华血液学杂志,1996,17(3):163.
- [3] 张晓慧,梁凤珍.补肾活血法治疗慢性再生障碍性贫血的临床评价[J].中国临床药理学,2004,9:423.
- [4] 丁敬远,黄振翘,周永明,等.补肾方案对免疫介导再生障碍性贫血小鼠 IL-3、IFN 的影响[J].上海中医药大学学报,2003,9:52.

# 桃红四物汤加减治疗糖尿病合并脂肪肝疗效观察

芮以融

(扬州市第一人民医院,江苏扬州 225001)

糖尿病出现脂代谢紊乱,是脂肪肝的常见病因,笔者运用桃红四物汤加减治疗糖尿病合并脂肪肝 70 例,收到满意效果,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 所选病例 130 例,均为我院 2005 年 5 月—2009 年 8 月门诊患者。随机分为两组。治疗组 70 例,其中男性 50 例,女性 20 例;年龄 35~70 岁,平均年龄 38.5 岁;病程 2~20 年,平均  $(6.5\pm 4.5)$  年。对照组 60 例,其中男性 42 例,女性 18 例,年龄 37~68 岁,平均年龄 39.5 岁;病程 3—19 年,平均  $(6.2\pm 4.8)$  年,两组在性别、年龄、病程等方面无显著性差异,具有可比性。

**1.2 诊断标准** 所选病例均符合 1999 年 WHO 推荐糖尿病诊断标准,均为 2 型糖尿病,均经两次以上腹部 B 超证实为脂肪肝者。均无酮症、酸中毒和感染,无严重心、肝肾疾病及其他内分泌代谢疾病,参照《脂肪肝》<sup>[1]</sup> 诊断标准,全部病例

均具备以下表现:①右肋肋隐痛或不适,脘腹胀满,神疲乏力,食欲减退;②血清 ALT、AST 及总胆固醇(TC)甘油三酯(TG)均有不同程度升高,尤以甘油三酯升高为主;③肝脏 B 超显示肝内呈光点密集,增粗,回声增强,肝后缘回声衰减。④甲、乙、丙、丁、戊、庚型肝炎病毒学指标均为阴性。

## 2 治疗方法

两组病例均采用糖尿病饮食,维持原治疗降糖药物不变,口服降糖药或注射胰岛素控制血糖。对照组常量服用洛伐他汀 20 mg,每日 1 次口服。治疗组服用中药桃红四物汤加减方治疗。基本方:红花 10 g,桃仁 10 g,太子参 20 g,丹参 30 g,熟地黄 10 g,赤芍 10 g,茯苓 15 g,泽泻 15 g,决明子 20 g,柴胡 10 g,生山楂 30 g,何首乌 15 g,每日 1 剂,水煎,早晚分服。并根据症状,随症加减。如肋肋不舒,疼痛明显,加川楝子,延胡索;肝功能异常,加白花蛇舌草,虎杖;肝肾阴虚,加枸杞子;脾虚湿郁,加苍白术、黄芪;神疲乏力,大便溏薄,加炒苡仁、木香、厚朴;失眠多梦加柏子仁、酸枣仁、夜交藤。疗程均为 3 个月,治疗前后均进行肝脏 B 超、血脂及肝功能检查。治疗期间,观察患者临床症状、体征变化,若有不良反应,随时记录。

## 3 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》疗效评定标准制定<sup>[2]</sup>。显效:临床症状、体征基本消失,ALT 正常,TC 下降  $\geq 20\%$  或 TG 下降  $\geq 40\%$ ,或 HDL-C 上升  $\geq 0.2\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ ,肝脏 B 超显示:脂肪肝声像图明显好转,肝内回声前部明显减弱,后部衰减明显减轻,管道系统走向清晰;有效:临床症状、体征明显好转,ALT 基本正常,TC 下降 10%~20% 或 TG 下降 20%~40%,或 HDL-C 上升 0.1~0.2  $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ ,B 超提示脂肪肝声像图有所好转;无效:临床、症状、体征无明显改善,实验室指标及 B 超未达到上述标准,或有进展者。

## 4 统计学处理

计量资料用均数  $\pm$  标准差表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有显著意义。

## 5 结果

- 5.1 两组治疗前后血脂变化 见表 1。
- 5.2 两组治疗前后肝功能变化 见表 2。
- 5.3 两组 B 超检查变化 见表 3。
- 5.4 两组总疗效比较 见表 4。

## 6 讨论

血脂代谢异常是糖尿病的常见并发症,是导致动脉粥样硬化、心脑血管疾病及微血管病变的主要原因。祖国医学认为脂肪肝应归属于胁痛、肝痞、痰浊范畴,其病位在肝,与脾、胃、肾均有关。糖尿病高脂血症合并脂肪肝,发病之初为阴虚,日久阴损耗气,气阴两虚,阴虚火旺灼津成痰成瘀,后期则见阴损及阳,气化失司,脾失健运,脾肾两虚,浊瘀停滞于肝,久病必虚,久病及肾,久病必瘀,痰浊瘀血有着不可分割的内在联系,其实质是血瘀。其主要病理机制是本虚标实,