

失调,房室不节,惊恐、郁怒,病后失调等,遂致肝肾亏虚,督脉失荣,风寒湿邪乘虚侵袭。肝肾精血亏虚,使筋挛骨弱而邪留不去,渐致痰浊瘀血相互胶结而成。瘀血痹阻型是强直性脊柱炎较多的一种证型,多见于疾病迁延日久不愈,痰浊瘀血胶着难解,痹阻经络,使病情更加复杂难以治疗,症状多见腰骶脊背刺痛,昼轻夜重,腰背强直,舌质暗有瘀斑,脉沉细或涩。腰痛宁胶囊主要含马钱子粉、土鳖虫、麻黄、乳香、没药、川牛膝、全蝎、僵蚕、苍术、甘草,具有消肿止痛、疏散寒邪、温经通络功效,用于腰椎间盘突出症、坐骨神经痛、腰肌劳损、

腰肌纤维炎、慢性风湿性关节炎。本方以马钱子为君药,具有较强的开通经络、透达关节之力和祛风胜湿、消肿止痛、强筋壮骨功效。土鳖虫、僵蚕、全蝎类药为臣药,助马钱子祛风止痛之力。乳香、没药活血化瘀,增强马钱子止痛作用,并有行气之功,又“气行则血行”,牛膝增强马钱子强筋壮骨之功,还可引药直达病变部位,甘草调和诸药,又可调理脾胃,脾强胜湿。诸药合用共奏活血化瘀,通络止痛之功。

* 河南省郑州中医骨伤病医院(450016)

补肾生血法治疗慢性再生障碍性贫血 42 例

罗文纪* 陈波* 王福仁* 胥昀* 桑桂珍* 李仪* 陈亮* 贺超奇*

再生障碍性贫血(aplastic anemia, AA)是以全血细胞减少为特征、免疫介导的骨髓造血衰竭。慢性再生障碍性贫血(chronic aplastic anemia, CAA)起病缓慢,病程长,多以贫血为主,出血、感染相对较轻。中医可归属“虚劳”、“血虚”、“血枯”、“髓枯”等范畴,我们运用补肾生血中药联合雄激素治疗 42 例慢性再生障碍性贫血患者,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

所有病例均来源于 2001 年 7 月~2008 年 12 月萧山第一人民医院血液科门诊、住院的 CAA 患者,共 82 例,均经骨髓细胞学、病理活检及 CD55、CD59 等检查,符合诊断标准^[1],随机分成两组,治疗组 42 例,其中男性 24 例,女性 18 例,年龄 15~69 岁,平均(36.5±14.7)岁;对照组 40 例,其中男性 25 例,女性 15 例,年龄 12~70 岁,平均(37.2±15.5)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

基础治疗:如合并感染、发热,合理运用抗生素,有明显出血倾向及严重出血时应用止血药,必要时输注血小板,血红蛋白 $<40\text{g/L}$ 或伴明显贫血表现,输浓缩红细胞。雄激素治疗:十一酸睾酮胶囊(南京欧加农制药有限公司生产,原药批号 058298) 80mg,每天 3 次口服,或十一酸睾酮针(浙江仙居制药股份有限公司生产,批号 060201),0.5g,半个月肌肉注射 1 次,每月查肝功能 1 次,如肝功能异常,均给予保肝治疗,如肝得健胶囊(北京安万特制药有限公司生产,批号 57060) 2

粒,每天 3 次或联苯双酯(浙江医药股份有限公司新昌制药厂生产,批号 051222) 7.5mg,每天 3 次口服。

中药治疗:①以补肾生血方加减,每日 1 剂,水煎,分 2 次服。证候诊断参照 1989 年中国中西医结合血液病专业制定的标准:肾阳虚:面色苍白、头晕乏力、形寒肢冷、腰膝酸软、夜尿多、便溏、出血轻、感染少、舌质淡、舌体胖边有齿痕、脉迟细或滑。肾阴虚:低热、盗汗、眩晕耳鸣、手足心热、口渴咽干思饮、失眠多梦、出血明显、常有感染、舌红苔少、脉细数;肾阴阳两虚:面白无华、畏寒、心悸气短、盗汗自汗、手足心热、渴不思饮、失眠遗精、便溏、少量出血、舌质淡、苔少、脉细数或虚大而数。处方:红参 10g(单煎),黄芪 20g,当归 12g,熟地黄 15g,黄精 10g,桑椹子 12g,茯苓 15g,枸杞子 12g,鸡血藤 20g,菟丝子 20g,巴戟天 15g,补骨脂 12g,首乌 15g;肾阴虚者加天冬 15g,女贞子 20g,墨旱莲 30g,阿胶 15g(烔兑);肾阳虚者加附子 12g(先煎),鹿角胶 20g(烔兑),淫羊藿 15g;发热者加水牛角片 30g(先煎),白薇 12g,连翘 15g;皮肤紫斑、齿龈出血等加阿胶珠 12g,仙鹤草 30g,茜草 30g,三七粉 3~5g。②红参 3g,鹿茸 0.3g(研磨装胶囊),每日 1 次口服。

1.3 观察指标

两组均以 6 个月为 1 个疗程,治疗过程中主要观察患者乏力、气短、出血等一般情况,输血次数与时间、肝功能及血象[包括白细胞(WBC)、血红蛋白(Hb)、血小板计数(BPC)]、骨髓象变化,评价其疗效。统计学分析采用 SPSS 11.0 软件进行数据处理。

2 结果

2.1 两组CAA患者临床疗效比较

治疗组42例,基本治愈10例,缓解15例,明显进步9例,无效8例,总有效率80.95%;对照组40例,基本治愈6例,缓解11例,明显进步7例,无效16例,总有效率60.00%。两组疗效差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

2.2 两组CAA患者治疗前后外周血象变化

表1示,两组CAA患者治疗前后自身比较,外周血WBC、Hb、BPC均明显上升,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后治疗组与对照组外周血Hb、BPC比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

表1 两组CAA患者治疗前后外周血象比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	WBC($\times 10^9/L$)	Hb(g/L)	BPC($\times 10^9/L$)
治疗组	治疗前	42	1.71 $\pm$ 0.52	52.22 $\pm$ 18.64	21.80 $\pm$ 12.25
	治疗后	42	3.92 $\pm$ 0.78*	95.72 $\pm$ 15.73* Δ	62.52 $\pm$ 14.51* Δ
对照组	治疗前	40	1.53 $\pm$ 0.81	51.64 $\pm$ 17.72	22.45 $\pm$ 12.30
	治疗后	40	3.22 $\pm$ 0.69*	70.62 $\pm$ 16.24*	39.24 $\pm$ 13.68*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 治疗组不同中医证型疗效比较

表2示,肾阳虚型总有效率为95.65%;肾阴阳两虚型为75.00%,肾阴虚型为57.14%,肾阳虚型与肾阴虚型疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),肾阳虚型优于肾阴虚型。

表2 治疗组CAA患者不同证型治疗疗效比较(例)

证型	病例	基本治愈	缓解	明显进步	无效	总有效率(%)
肾阳虚	23	7	13	2	1	95.65*
肾阴阳两虚	12	3	2	4	3	75.00
肾阴虚	7	0	1	3	3	57.14

注:与肾阴虚型比较,* $P < 0.05$

2.4 不良反应

对照组有11例出现丙氨酸氨基转移酶(ALT)升高,治疗组有1例ALT轻度升高,所有患者给予保肝治疗无明显肝损害。对照组有21例患者有不同程度的多毛、痤疮、声音嘶哑,治疗组有9例患者有不同程度的多毛、痤疮、声音嘶哑,观察时间内未发现远期克隆性疾病发生。

3 讨论

AA发病与T细胞免疫功能亢进有关,现代医学

运用免疫抑制剂(IST)治疗取得良好疗效,但是该方法治疗费用昂贵,不良反应大,部分患者疗效维持依赖于IST,经济负担重,随着治疗时间延长,病情复发高。笔者运用补肾生血中药联合雄激素治疗42例CAA,并与40例单用雄激素组对照,临床观察表明,治疗组临床症状如乏力改善较快,出血、感染情况控制较好,输血减少,造血功能恢复较快,病情较为稳定,复发病例少,且随着治疗时间增加,疗效更加明显,治疗组总有效率达80.95%,高于对照组60.00%,两者有统计学差异($P < 0.05$),说明补肾中药联合雄激素是治疗CAA的一种有效方法。我们观察到中医分型是以肾阳虚型治疗效果较好,阴阳虚型治疗效果次之,阴虚型则较差,变证较多。肾阳虚患者,经温补肾阳后,症状往往迅速改善,血象、骨髓象随之改善,临床疗效好,肾阴虚组经滋阴补肾后,往往症状减轻,但血象、骨髓象起效缓慢。分型治疗结果符合中医“阳虚易治,阴虚难调”理论,但无论何种类型,总以平衡阴阳为原则,注意阴中求阳,阳中求阴,以达到“阴平阳秘”的目的。

中医学认为,本病源于先后天不足,精血生化无源,部分因邪毒伤及骨髓,致新血不生,病变在骨髓。肾为先天之本,主骨生髓,藏精,精血同源,人之血液与肾关系最为密切,因此补肾为慢性再障的根本治法,补阳药往往能刺激造血,而甘寒清补之品则有利于控制出血发热,并改善造血功能。补肾生血方中红参大补元气,熟地黄补血滋阴,补肾填精,巴戟天、补骨脂补肾助阳,补益精血,红参配伍熟地黄益气生血,配伍巴戟天、补骨脂益气助阳,当归补血汤重用黄芪补气,当归补血,气旺血生。加首乌、菟丝子、枸杞子、桑椹子、鸡血藤以增强补阴血,加黄精以增强补肾益精,益气生血,同时根据阴阳偏胜加减,补阳方中加有补阴药,补阴方中合用补阳药,在达到阴中求阳,阳中求阴,诸方合用有补肾滋阴、益气生血、救阴扶阳的功效。针对CAA治疗起效缓慢,治疗时间长,我们在补肾生血方基础上,每日口服红参3g、鹿茸0.3g(研磨装胶囊),并联合雄激素,明显缩短了病程,较快提高血红蛋白,迅速脱离输血,明显改善贫血症状,提高了疗效。但治疗组仍有20%左右患者无效、难治,依赖输血,因此如何提高难治性AA的疗效仍需进一步努力。

* 浙江省杭州师范大学医学院附属萧山第一人民医院(311200)