

升血系列中药治疗再生障碍性贫血的临床观察

齐富存¹ 王 岚¹ 王修乾¹ 王丽华¹ 夏 岳²

张淑华³ 张保华³ 张洪奇³ 姚尔固⁴

1994 年 7 月~1996 年 12 月,我们采用了自拟的升血系列中药治疗再生障碍性贫血(简称再障)52 例,并与单纯用西药治疗的 40 例进行对照观察,取得满意效果,现报告如下。

临床资料

92 例患者均经血象、骨髓象、骨髓活检和酸溶血、糖水试验等确诊,除外阵发性睡眠性血红蛋白尿者,均符合《血液病诊断及疗效标准》的诊断标准^[1]。均为原发性慢性型再障。92 例随机分成 2 组,治疗组 52 例,男 32 例,女 20 例;年龄 4~64 岁,平均 34.4 岁;病程 1 个月~14 年,平均 4.3 年;本组除一般慢性型 44 例外,另有重 1 型 2 例,重 2 型 3 例,纯巨核再障、纯红再障、再障阵发性睡眠性血红蛋白尿综合征各 1 例。对照组 40 例,男 26 例,女 14 例;年龄 15~58 岁,平均 28.9 岁;病程 20 天~10 年,平均 3.4 年;本组中除一般慢性型 34 例外,另有重 1 型 3 例,重 2 型 2 例,纯红再障 1 例。两组资料无显著性差异。

治疗方法

两组西药均采用康力龙 2~4mg,每天 3 次;叶酸 5mg,每天 3 次;腺苷辅酶 B₁₂ 500μg,每天 3 次;硫酸亚铁 0.3g,每天 1 次;均口服。重型再障可用氟美松 20mg 加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静脉滴入,连用 4 天后减量为 15mg 连用 3 天,再减到 10mg,连用 3 天,共用 10 天。必要时输新鲜血(一般 Hb 低于 60g/L,治疗组 10 例次,输血 400~600ml,平均 480ml;对照组 7 例次,输血 400~600ml,平均 510ml)、抗感染、止血及对症治疗。

治疗组加用自拟升血系列中药(含汤剂、胶剂、散剂和胶囊)4 种剂型同时服用。汤剂:菟丝子 30g 仙灵脾 20g 补骨脂 15g 枸杞子 20g 当归 15g 板蓝根 10g 生地 15g 女贞子 10g 黄芪 15g 山萸肉 15g 鸡血藤 15g 桑寄生 10g 党参 15g 甘草 10g

大枣 10 枚,每天 1 剂;胶剂:鹿角胶、阿胶(烔化)各 10g,每天 1 次;散剂:水牛角粉、红参粉、三七粉各 10g 混合冲服,每天 1 次;胶囊:僵蚕粉 1g 冬虫夏草粉 0.5g,混合后分装 2 粒胶囊,每天 2 次,每次 1 粒吞服。重型者同时用参脉注射液(南方制药厂,每支 10ml 含红参、麦冬各 2g)5~10 支静脉滴入,连用 10 天。如血象有明显好转,Hb 达 90g/L 时,汤剂可改为隔天 1 剂;如 Hb≥100g/L 时,汤剂可每周 1 剂;胶剂、散剂及胶囊也可同时逐渐减量,达到基本治愈后可维持 3~6 个月停药。对照组按每公斤体重给强的松 1mg 口服。

两组在治疗期间每隔 7 天复查外周血象 1 次,疗程在 28 天以上者评定疗效,并定期随访 1 年。

结 果

疗效标准按文献^[1]:分基本治愈、缓解、明显进步、无效。结果:治疗组 52 例,基本治愈 19 例(36.5%),缓解 17 例(32.7%),明显进步 11 例(21.2%),无效 5 例(9.6%),总有效率为 90.4%。对照组 40 例,基本治愈 3 例(7.5%),缓解 8 例(20%),明显进步 6 例(15.0%),无效 23 例(57.5%),总有效率为 42.5%。

两组患者治疗前后外周血象变化:见表 1。

表 1 两组患者治疗前后外周血象比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	Hb (g/L)	WBC ($\times 10^9/L$)	PLT ($\times 10^9/L$)
治疗前	51.25 ± 3.46	3.23 ± 1.54	61.50 ± 11.24
(52) 疗后	104.25 ± 11.84*	7.45 ± 1.37*	110.24 ± 9.56*
对照前	50.22 ± 3.17	3.50 ± 1.78	55.78 ± 8.56
(40) 疗后	65.12 ± 9.26	4.12 ± 0.56	61.27 ± 3.45

注:与本组疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组疗后比较, $\Delta P < 0.01$;()内为例数

治疗后外周血 Hb、WBC、PLT 治疗组明显高于对照组($P < 0.01$),与本组治疗前比较亦明显升高($P < 0.01$)。绝大多数病例于用药 3 个月内血象即上升达明显进步程度,血象上升最快者用药 7 天。本方案对血小板的上升疗效较好。对照组外周血象上升很慢,部分病例用激素后上升,减量后又下降。

1. 河北省衡水市哈励逊国际和平医院(河北 053000);2. 河北省人民医院;3. 石家庄血液病研究所;4. 河北医科大学附属第二医院

讨 论

升血系列药物中的中药采用了汤剂、胶剂、散剂、胶囊联合应用,打破了过去每天 1 剂煎剂的传统用药方法,4 种剂型的联合应用,提高了血药浓度,达到预期的治疗效果⁽²⁾。

本病中医学中属“虚劳”范畴,肾主骨,骨生髓,肾虚而髓空,故治疗一般以补肾为主。组方中既有补肾的菟丝子、女贞子、枸杞子等为主药,又采用了当归、鸡血藤、阿胶、红参粉、三七粉等活血补血,生血帅血之药,应用黄芪、党参补气益气,调整整个机体,参麦注射液改善了骨髓微循环,使造血干细胞有适宜的生长环境。目前大量的临床和实验资料表明,免疫介导的造血抑制是最常见的病理机制⁽³⁾。方中的党参、枸杞子、冬虫夏草、阿胶、菟丝子等均有很好的免疫调节作用,水牛角粉、三七粉、红参粉、甘草均有类似激素样作用,

均能提升血小板^(4,5)。配合西药康力龙能刺激干细胞增生,维生素 B₁₂、叶酸、铁剂以补充造血原料。

总之,我们自拟的升血系列药物组方合理,治疗再障效果满意,无副作用,且经济,值得临床推广使用。

参 考 文 献

1. 张之南主编. 血液病诊断及疗效标准. 天津:天津科学技术出版社, 1991:29—37.
2. 李连达, 靖雨珍, 李映欧. 中西医结合与中药新药的研究开发. 中国中西医结合杂志 1996;16(5):301.
3. 夏长青, 储榆林. 再生障碍性贫血免疫病理机制. 中华血液学杂志 1996;17(11):601.
4. 阴 健, 郭力弓主编. 中药现代研究与临床应用. 北京:学苑出版社, 1993:86, 227, 477, 548.
5. 阴 健主编. 中药现代研究与临床应用. 北京:中医古籍出版社, 1995:10:37, 21, 212, 330.

(收稿:1997-04-09 修回:1998-01-20)

中药治疗糖尿病性面神经麻痹 22 例

索新华 张清贵 陈志刚 郭永年 王道直

1987~1997 年,我们应用中药治疗 22 例糖尿病性面神经麻痹,收到满意效果,现报告如下。

临床资料 本组 22 例均为本院门诊患者,按照 1985 年 WHO 糖尿病诊断标准(陈灏珠主编.内科学.第 4 版.北京:人民卫生出版社,1996:717),均为非胰岛素依赖型糖尿病合并面神经麻痹。22 例中男性 13 例,女性 9 例;年龄 34~63 岁,平均 48 岁;病程 5~12 年,平均 9 年;合并面神经麻痹病程 2~42 天,平均 13 天;左侧 9 例,右侧 13 例;根据面肌瘫痪的程度分为:轻度 3 例,中度 9 例,重度 10 例。主要临床表现:均在糖尿病治疗过程中无其他任何诱因情况下突然发病,24h 内症状达高峰,主要表现为一侧的周围性面部神经肌肉瘫痪,患侧同时伴有不同程度的耳后疼痛向周围放射,耳鸣、头晕;14 例伴有不同程度肢体感觉异常、高血压、视网膜病变、糖尿病肾病,排除中枢性面瘫。空腹血糖 7.84~13.78mmol/L,餐后 2h 血糖 10.13~18.2mmol/L,糖化血红蛋白 9%~18%。

治疗方法 22 例均采取控制饮食,常规口服降糖

药物(16 例)和注射胰岛素(6 例)治疗,同时应用中药治疗。处方为:川芎 20g 全蝎 9g 钩藤 20g 白附子 9g 僵蚕 9g 当归 9g,每天 1 剂,水煎分两次口服,连用 7 天为 1 个疗程,症状恢复较慢者可间隔 1 个月重复用中药 1 个疗程。

结 果 痊愈 21 例,其中用 1 个疗程(6 周内)痊愈者 13 例,2 个疗程痊愈 8 例;1 例患者因年龄较大病程长仍存在面肌麻痹现象,综合治疗后原有的神经、血管并发症也得到了明显的缓解。对全部患者随访 1~6 年,除 1 例未能完全恢复外其他患者均未见复发。

体 会 糖尿病性面神经麻痹是糖尿病性神经病变,以运动神经损害为主要表现,同时也可累及其他颅神经和周围神经。本组主要表现为单侧面神经损害,起病急,均伴有或轻或重的耳后疼痛和感觉障碍,均无明显诱因可寻。我们采用中药治疗取得了较好的疗效,方中川芎活血化瘀并具有升散之性能上行头目,白附子善祛头面之风疾,僵蚕化痰驱络中之风,全蝎祛风止痛,当归、钩藤活血祛风,六味中药合用可达到活血化瘀、祛风止痛、通经活络之目的。本方法简便,无一例出现毒副作用。

(收稿:1998-01-09 修回:1998-05-12)