

益肾化瘀方配合小剂量雄激素治疗 再生障碍性贫血的临床观察

罗耀光¹ 刘燕群²

治疗慢性再生障碍性贫血(简称再障)至今通常用雄激素、免疫抑制剂、中药及中西医结合等方法。笔者自 1990~1998 年期间试用中医益肾活血化瘀方配合小剂量雄激素治疗再障,以探讨其临床价值,现总结如下。

资料与方法

1 临床资料 所观察的对象均为我院住院或专科门诊病例。诊断及疗效判定按 1987 年全国第四届再障学术会议制定标准^[1],中医辨证分型及血瘀证诊断参照国内标准^[2,3]。所有患者均采用半随机配伍的方法,分为中西医结合治疗组(简称治疗组)、中药治疗组(简称中药组)及西药治疗组(简称西药组)。治疗组 20 例,男 9 例,女 11 例;年龄 15~52 岁,平均 26 岁;病程 2~14 个月;开始治疗时血红蛋白(Hb)为 (58.05 ± 7.92) g/L,白细胞(WBC)为 $(2.74 \pm 0.48) \times 10^9$ /L,血小板(BPC)为 $(52.55 \pm 9.52) \times 10^9$ /L。骨髓增生低下 14 例,极度低下 6 例。中医辨证肾阳虚血瘀型 8 例、肾阴虚血瘀型 5 例及肾阴阳两虚血瘀型 7 例。中药组 20 例,男 8 例,女 12 例;年龄 16~50 岁,平均 28 岁;病程 3~15 个月;开始治疗时 Hb 为 $(57.65 \pm 8.66) \times$ g/L, WBC 为 $(2.59 \pm 0.51) \times 10^9$ /L, BPC 为 $(50.15 \pm 11.12) \times 10^9$ /L。骨髓增生低下 15 例,极度低下 5 例。肾阳虚血瘀型 8 例、肾阴虚血瘀型 5 例及肾阴阳两虚血瘀型 7 例。西药组 20 例,男 7 例,女 13 例;年龄 20~53 岁,平均 29 岁;病程 4~16 个月;开始治疗时 Hb 为 $(58.80 \pm 8.51) \times$ g/L, WBC 为 $(2.77 \pm 0.41) \times 10^9$ /L, BPC 为 $(49.81 \pm 10.48) \times 10^9$ /L;骨髓增生低下 13 例,极度低下 7 例。肾阳虚血瘀型 8 例、肾阴虚血瘀型 5 例及肾阴阳两虚血瘀型 7 例。3 组间资料无显著性差异。

2 治疗方法 中药组:以大菟丝子饮加味活血化瘀药治疗。组成:菟丝子 25g 丹参 25g 女贞子 15g 枸杞子 15g 鹿角胶(烔化)15g 熟地 20g 鸡血藤 20g 山萸肉 10g 川芎 10g 肉苁蓉 12g,用法:每天

1 剂,水煎分 2 次服,每周服 5 天,连服 25 周。并随证加减:气虚重者加红参 5g,北黄芪 15g;阴虚内热去川芎,加生地 18g,麦冬 15g;出血明显者加大蓟 12g,小蓟 12g。西药组:口服康力龙(广西南宁制药公司生产,批号 9601001)4mg,每天 2 次,连服 25 周,同时对症治疗。治疗组:口服康力龙 2mg,每天 1 次,同时口服中药治疗,药物组成、剂量、用量、用法同中药组。疗程为 25 周。3 组治疗期间不输血,不使用糖皮质激素及免疫抑制剂,详细记录治疗全过程症状、体征变化,每周复查周围血象 1 次。

3 统计学处理 计量资料用方差分析,比较 3 组方法疗效差异及其间两两差异;计数资料用 χ^2 检验,3 组治疗前后用配对 t 检验。

结 果

1 疗效标准 参照 1987 年全国第四届再障学术会议制定的标准^[1],分近期基本治愈、缓解、明显进步及无效。

2 治疗结果 治疗组近期基本治愈 4 例,缓解 4 例,明显进步 10 例,无效 2 例,总有效为 90% (18/20 例);中药组分别为 2、3、7、8 例及 60% (12/20 例);西药组分别为 2、2、7、9 例及 55% (11/20 例);治疗组疗效显著优于西药组($\chi^2 = 10.15, P < 0.01$)及中药组($\chi^2 = 4.80, P < 0.05$)。

3 3 组患者治疗前后 Hb、WBC 及 BPC 变化比较见表 1。3 组治疗前后 Hb、WBC 及 BPC 变化均有显

表 1 3 组患者治疗前后周围血 Hb、WBC 及 BPC 变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别例数	Hb(g/L)	WBC($\times 10^9$ /L)	BPC($\times 10^9$ /L)	
治疗 20	疗前	58.05 $\pm$ 7.92	2.74 $\pm$ 0.48	52.55 $\pm$ 9.25
	疗后	98.15 $\pm$ 13.16 [*]	3.92 $\pm$ 0.47 [*]	68.10 $\pm$ 14.51 [*]
	差值	39.55 $\pm$ 8.58	1.08 $\pm$ 0.37	15.56 $\pm$ 7.58
西药 20	疗前	58.80 $\pm$ 8.51	2.77 $\pm$ 0.41	49.81 $\pm$ 10.48
	疗后	89.65 $\pm$ 12.34 [*]	3.72 $\pm$ 0.42 [*]	60.80 $\pm$ 11.50 [*]
	差值	32.05 $\pm$ 5.65 ^{△△}	1.06 $\pm$ 0.38	11.50 $\pm$ 6.12
中药 20	疗前	57.65 $\pm$ 8.66	2.95 $\pm$ 0.51	50.15 $\pm$ 11.12
	疗后	93.60 $\pm$ 13.77 [*]	3.60 $\pm$ 0.38 [*]	63.30 $\pm$ 11.78 [*]
	差值	35.15 $\pm$ 7.14 [△]	1.12 $\pm$ 0.40	13.15 $\pm$ 6.06

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与治疗组比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$

1. 广东省惠州市中心人民医院(广东 516001);2. 广东省惠州市中医院

著性差异($F=5.13, P<0.01$),特别是在升高血红蛋白值方面,治疗组显著优于西药组($q=4.65, P<0.01$)及中药组($q=2.85, P<0.05$),而中药组和西药组疗效则无显著性差异($q=2.17, P>0.05$)。在升高白细胞及血小板方面,3组间无显著性差异。

4 副作用 雄激素副作用有多方面,但主要还是肝脏损害。谷丙转氨酶升高者:西药组中度升高3例,轻度升高6例;治疗组仅轻度升高2例;中药组未见升高者。西药组分别与治疗组和中药组比较,均有显著性差异($\chi^2=5.92, P<0.05; \chi^2=8.80, P<0.01$)。

讨 论

再障临床证候实际为血虚证、肾虚证及血瘀证的综合表现,近年来重视虚瘀论治。中医学认为,虚瘀可互为因果。虚劳久病,气虚无力,血滞为瘀;阴虚内热,津液枯损致瘀;出血为离经之血亦为瘀。有学者认为,髓海瘀阻致瘀,虚久及肾,肾精亏损。故再障患者临床常见肾阴虚、肾阳虚和肾阴阳两虚及其夹瘀证等复杂证候,亦谓再障虚为本,瘀为标,本虚标实。故其治则应重于治虚,兼于治瘀,而且活血化瘀需贯穿病程始终。

笔者认为益肾法治疗再障有肯定效果,可改善免疫功能及刺激造血^(3,4),加用活血化瘀药会加强此两项功能,并能改善微环境⁽⁵⁾。故以大菟丝子饮为基本方,重用丹参、川芎及鸡血藤,符合再障辨证及治则。近年来研究发现,此类方药不仅增强机体非特异性免疫功能,而且认为改善骨髓微环境,甚至认为可刺激骨髓细胞DNA合成^(4,6-8)。本研究临床效果提示,益肾化瘀

配合小剂量雄激素治疗再障效应类似雄激素而强于雄激素。雄激素和益肾化瘀方剂对血细胞(尤其对红细胞)可能有协同或互补作用。应用本方法如遇患者阴虚内热和出血严重,活血化瘀则要慎重,需要时要加强养阴清热,以策安全。益肾化瘀方合小剂量雄激素治疗再障另一个优势是不象常规剂量雄激素那样对肝脏有较大损害作用。

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, 1991:31—35.
2. 全国中医学会内科学会. 慢性再生障碍性贫血诊断、疗效评定标准. 陈贵廷, 薛赛琴主篇. 最新国内外疾病诊疗标准. 北京:学苑出版社, 1992:309—310.
3. 血瘀证研究国际会议. 血瘀证诊断参考标准. 中西医结合杂志 1989;9(2):111.
4. 周霭祥, 庄杰盾, 邓成珊, 等. 大菟丝子饮为主补益中药治疗慢性再生障碍性贫血 169 例的临床观察和实验研究. 中华血液学杂志 1986;8(7):492.
5. 舒砚君, 利汉英, 刘文励, 等. 复方活血汤对免疫诱导再生障碍性贫血小鼠骨髓微环境的作用研究. 中国中西医结合杂志 1998;18(6):359—360.
6. 庄杰盾. 大菟丝子饮、十四味建中汤对小鼠腹腔巨噬细胞功能的影响. 中华血液学杂志 1985;6(10):606—608.
7. 王 镜, 陈萱萱, 陈 龙. 中药为主治疗再生障碍性贫血 78 例. 中西医结合杂志 1990;10(1):44—45.
8. 王树庆, 李建华, 张圣明, 等. 补肾化瘀方药对再生障碍性贫血骨髓细胞 DNA 的影响. 中国中西医结合杂志 1996;16(7):411—412.

(收稿:1999-08-09 修回:1999-12-20)

21 世纪中医药发展大会征文通知

一次跨世纪的规模大、规格高、影响面广、意义深远的医学盛会“21 世纪中医药发展大会”将于 2000 年 10 月在北京召开。会议活动内容:(1)邀请国家领导人讲话;(2)专题学术报告;(3)学术交流;(4)优秀论文评选和颁奖;(5)邀请有关人士介绍内地、香港中药审批程序及有关政策问题。

(1)征文内容:中医药基础理论、新技术、新经验、新成果、新疗法、民族民间医药的临床应用、研究与开发;有关疑难病症的古方、验方、奇方、特色技术、针灸、推拿、医疗气功、外治法等经验、临床应用与推广、实验模型研究及诊疗产品、药品、保健食品的市场应用;中华传统医药在 21 世纪发展趋势与展望。每篇文稿限在 2500 字以内,并附 500 字摘要,一律用黑体 4 号字打印稿,格式采用中医常用论文格式,公开发表和未公开发表的论文作者均可参加,交评审费 60 元(请通过邮局汇寄)。(2)入选论文将授继续教育学分;论文集正式出版,国内外发行;内地会议选出的优秀论文可参加在香港举办的“21 世纪国际中医药发展大会”并参加评奖,不能到港开会者,可代理领奖;参会优秀论文作者可申请免费在国际互联网站中国康复城上登信息 1 次。(3)会议期间同时举办新成果展示会,对优秀产品给予表彰(详情请来函索取)。(4)截止日期:2000 年 8 月 15 日。(5)来稿请寄:北京市海淀区阜成路 42 号中国中医药研究促进会学术部;联系人:赵海红;邮编:100036;联系电话:010—88111665、88111643;传真:010—88111643。(6)欢迎各大药厂、医疗保健器械厂、公司和个人对大会给予赞助和支持。