

中西医结合治疗慢性再生障碍性贫血临床观察

张喜明

(江西省分宜县人民医院 分宜 336600)

摘要:目的:观察中西医结合治疗慢性再生障碍性贫血(CAA)临床疗效。方法:将 83 例患者随机分为中西医结合治疗组与单纯西药对照组。治疗组予以丙酸睾酮、激素等及中医辨证治疗,对照组予以单纯西药治疗。结果:治疗组总有效率达 83%,与对照组 63.9%比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗慢性再生障碍性贫血有明显优势。

关键词:慢性再生障碍性贫血;CAA;自拟生血汤;胎盘移骨汤;丙酸睾酮;康力龙;中西医结合疗法;临床观察

中图分类号:R 556.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2003)06-0009-02

我院从 1998~2002 年共收治 CAA 患者 83 例,采用中西医结合治疗进行临床疗效观察,现将结果报告如下:

1 临床资料

83 例患者中,随机分为中西医结合治疗组(简称治疗组)47 例,单纯西药治疗组(简称对照组)36 例。治疗组男性 38 例,女性 9 例;年龄 12~63 岁,平均 36 岁;病程 2 个月~6

年,平均 2.7 年;初治 20 例,复治 27 例;因使用过氯霉素类药物者 12 例,其余无明显病因。对照组男性 30 例,女性 6 例;年龄 13~67 岁,平均 39 岁;病程 3 个月~7 年,平均 2.9 年;初治 16 例,复治 20 例;因使用过氯霉素类药物者 9 例,其余无明显病因。2 组病例均有起病较缓慢,以贫血所致之头晕、耳鸣、乏力、皮肤粘膜苍白等症状和体征为主要表现,出血倾向

2 结果

见表 1。

表 1 2 组神经系统症状及发热持续时间比较 d

	n	神经系统症状持续	发热持续
对照组	26	2.64±0.12	2.34±0.16
观察组	25	2.57±0.15*	1.64±0.20**

注:与对照组相比,* $P > 0.05$;** $P < 0.01$ 。

2 组比较,神经系统持续时间,均有缩短,但无显著性差异($P > 0.05$),而发热持续时间缩短与对照组比较有显著性差异($P < 0.01$),说明观察组优于对照组。

3 讨论

流行性腮腺炎病毒累及中枢神经系统极为普遍,占病毒性中枢神经系统首位^[1]。而腮腺为儿科常见传染病,但呈大面积流行发病较为少见。虽有报道少数病人留有一定精神运动和神经系统后遗症^[2],但本资料显示预后良好,由于腮腺发病急性期出现发热、头痛、呕吐、嗜睡等神经系统症状及腮腺或颌下腺肿大而使病人异常不适,腮腺病毒广泛的多系统损害已引起临床关注。本组对照组应用人工合成广谱抗病毒药利巴韦林主要通过抑制肌苷酸-5 磷酸脱氢酶阻断肌苷酸变为鸟苷酸而抑制病毒的核酸合成,对 RNA 及 DNA 病毒均有明显抑制作用,在腮腺治疗中有较为满意疗效,但其白细胞减少,血清胆红素升高,大剂量长期使用可致贫血及免疫抑制^[3]等不良反应,使病人缺乏安全性。观察组应用甲氧咪呱联合双黄连治疗腮腺,甲氧咪呱属组胺 H₂ 受体拮抗剂,能阻滞含有组胺 H₂ 受体 T 细胞抑制因子所致的细胞介导免疫抑制,从而增强 T 细胞的功能,同时直接作用于肥大细胞,抑制炎性

介质分泌,具有免疫调节和抗病毒作用。其减少胃酸分泌,减轻 H⁺ 对胃肠粘膜的刺激及对胃肠粘膜的保护作用可缓解病人出现恶心、呕吐等消化不良反应,并使肿胀腺体渗出减少、水肿减轻、疼痛缓解,由金银花、连翘、黄芩等清热解毒中药为主要成份的双黄连水针剂具有较强抗菌和抗病毒作用。现代医学研究证明,金银花、连翘等中药能抑制病毒复制,延缓病毒所致细胞病变的发生,增加毛细血管致密度,降低细胞对刺激的反应,使渗出、致炎因子的释放减少,增强体液免疫和细胞免疫,并使腺体周围结缔组织充血、水肿、纤维素性渗出及淋巴细胞、浆细胞、单核细胞的浸润明显受到抑制,并可抑制延缓化学催吐感受器^[4]。观察组用中西药联合治疗相辅相成,兼有抗菌、抗病毒及退热双重功能,对临床症状的改善起到良好作用,其退热效果尤为明显,在统计学上有显著差异($P < 0.01$),在改善神经系统症状和抗病毒效果上甲氧咪呱和双黄连完全可与利巴韦林媲美。本组病人治疗中未发现甲氧咪呱引起的不良反应,但需注意双黄连水针剂可能出现的输液反应,因此笔者建议使用粉针剂。

参考文献

- [1]韩玉坤,陈菊梅.流行性腮腺炎病毒的多系统损害[J].中国实用儿科杂志,1994,9(6):369~370
- [2]孙爱妹,蔡虹蔚,徐猗.流行性腮腺炎 158 例随访观察[J].临床儿科杂志,1989,7(4):214
- [3]张爱如,马伴吟.实用药物手册[M].上海:上海科学技术出版社,2002.394~397
- [4]魏璐雪.儿科抗病毒中药的选用[J].中国实用儿科杂志,2001,16(8):459~461

(收稿日期:2003-10-08)

多较轻,少数合并感染,入院时均呈全血细胞减少。其中血红蛋白在 50g/L 以下者,治疗组 28 例,对照组 21 例;白细胞在 $2.0 \times 10^9/L$ 以下者,治疗组 26 例,对照组 20 例;血小板在 $50 \times 10^9/L$ 以下者,治疗组 28 例,对照组 21 例。每例均作骨髓检查,均呈增生度低落或明显低落,骨髓小粒脂肪细胞增多,造血细胞减少,非造血细胞增多。以上表现均符合 1981 年(廊坊)再生障碍性贫血座谈会制订的 CAA 诊断标准^[1]。中医辨证分 3 型^[2]:肾阴虚型、肾阳虚型、肾阴阳两虚型。治疗组 47 例中,肾阴虚型 8 例、肾阳虚型 24 例,肾阴阳两虚型 15 例;对照组 36 例中,肾阴虚型 6 例,肾阳虚型 18 例,肾阴阳两虚型 12 例。

2 治疗方法

2.1 西医疗疗 使用丙酸睾丸酮和康力龙。一般先用丙酸睾丸酮(上海第九制药厂生产),肌肉注射,每天 50mg,或隔天 100mg,持续 1~2 个月改为口服康力龙(广西南宁制药企业集团公司生产),每天 6mg,分 3 次服。3~4 个月为 1 个疗程,共治疗 3~4 个疗程。在使用雄激素的同时,一般根据病情选择性地配合使用强的松、左旋咪唑、环孢菌素 A、654-2、维生素 B 族、利血生、氨肽素、肌苷、输注能量合剂等。血红蛋白在 70g/L 以下,根据病情不定期输血,或给予成分输血;出血倾向较明显时根据适应症使用止血剂;有感染则使用抗生素及其他支持对症疗法。

2.2 中医治疗 在给予基本方基础上根据不同分型随证加味。基本方为自拟生血汤:鹿角胶 10g(后下溶化),枸杞子 10g,党参 30g(或红参 6g),黄芪 30g,鸡血藤 30g,紫河车 10g。每天 1 剂,水煎分 2~3 次服。若肾阳偏虚,则加巴戟天 12g、肉苁蓉 12g、黄精 15g、补骨脂 10g、川续断 12g;若肾阴偏虚,则加生地 15g、何首乌 20g、山萸肉 10g、旱莲草 15g、牡丹皮 10g;若肾阴阳两虚,则以上阴阳虚加味方兼用;若仅有气血两虚,则加当归 10g、熟地 20g、白芍 10g、红枣 5 枚。患者合并感染,证见发热,并有牙龈、皮肤出血较明显者,则暂停服本方,改服犀角地黄汤加味:犀角用水牛角 120g 代替(碾碎先煎)赤芍 10g,牡丹皮 12g,生地 20g,金银花 10g,茜草根 12g,白茅根 30g,蒲公英 15g。水煎分 2~3 次服完。若感染控制,热退,出血倾向明显好转后,继续服用生血汤加味治疗。若无感染,仅见皮肤、牙龈、鼻腔等部位轻度少量出血者,则加旱莲草 15g、茜草根 12g、田七末 3g(冲服),至出血止而停用。另外,每例患者可同时服用胎盘猪骨汤:鲜胎盘 1 只、猪骨适量,炖服,渣汤均饮,每周 1~2 次。

对照组仅采用上述西药治疗,治疗组在同样西药治疗的基础上,辨证加用上述中药治疗。

3 结果

3.1 疗效标准 参照 1981 年廊坊会议标准^[1],基本治愈:贫血、出血症状消失,血红蛋白达到 120g/L(男)或 100g/L(女),白细胞达到 $4 \times 10^9/L$ 以上,随访 1 年以上无复发;缓

解:贫血、出血症状消失,血红蛋白达到 120g/L(男)或 100g/L(女),白细胞 $3.5 \times 10^9/L$ 左右,血小板也有一定的恢复,随访 3 个月病情稳定或继续进步者。明显进步:贫血、出血症状明显好转,不输血,血红蛋白较治疗前 1 个月由常规值增长 30g/L 以上,维持 3 个月不下降。无效:经治疗后症状、血象不能达到明显进步者。

3.2 治疗结果 见表 1。

表 1 2 组患者治疗结果比较(例)

组别	例数	基本治愈	缓解	明显进步	无效	总有效率	P
治疗组	47	6	21	12	8	83%	<0.05*
对照组	36	3	12	8	13	63.9%	

注:*2 组相比较,治疗组总有效率明显优于对照组。

4 讨论

“再障”的发病机理,目前认为是一种异质性、克隆性疾病,系多种致病因素通过直接破坏造血干细胞或引起异常免疫反应使造血干细胞缺损、受抑,或基质细胞受损,进而导致内源性生长因子缺乏,引发再障,以上病理改变还可能与遗传有关^[3,4]。其免疫发病机理则表现有 T 淋巴细胞亚群、某些体液因子紊乱等,导致造血抑制^[5]。

中医学将“再障”归属于“虚劳亡血”范畴。根据中医肾主骨藏精,生髓及“精血同源”的理论,治疗组采用了以补肾为主的生血汤为基本方,方中鸡血藤、紫河车、鹿角胶、枸杞子,温肾壮阳,强筋健胃益肝,生精养血补血;党参、黄芪补中益气升阳,健脾和胃,生血摄血止血,共奏补肝肾、益精血、健脾益气之效。在此基础上根据偏肾阳虚、肾阴虚或肾阴阳两虚再随证加味。由此可见中医对 CAA 的分型治疗亦具有现代医学的病理基础^[6,9]。从治疗结果分析中西医结合治疗组可提高缓解率,与西医对照组比较有显著性差异。因此,中西医结合治疗 CAA 是一种较为理想的治疗方法。

参考文献

[1] 邹奉璋, 罗子铭. 临床疾病诊断依据治疗好转标准[M]. 北京: 人民军医出版社, 1989: 141~143
 [2] 罗秀素, 虞荣喜, 郑宝根, 等. 再生障碍性贫血辨证分型与体外骨髓造血祖细胞类型的关系 [J]. 中国中西医结合杂志 1992, 12(3): 139~141
 [3] 郑以州. 再生障碍性贫血发病机理研究进展[J]. 临床血液学杂志, 1996, 9(1): 42~44
 [4] 张益枝. 再生障碍性贫血的病理机制研究进展[J]. 国外医学·输血及血液学分册, 1995, 18(3): 143~146
 [5] 周剑峰. 再生障碍性贫血免疫发病机制研究进展[J]. 国外医学·输血及血液学分册, 1993, 16(5): 270~273
 [6] 麻柔, 周霭祥, 郑金福, 等. 慢性再生障碍性贫血患者外周血 T 淋巴细胞亚群改变与中医分型的关系[J]. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(3): 142~144

(收稿日期: 2003 - 10 - 04)