

八珍汤加减联合琥珀酸亚铁片 治疗气虚血亏型缺铁性贫血 32 例

樊美玲¹, 江劲波²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察八珍汤加减联合琥珀酸亚铁片治疗气虚血亏型缺铁性贫血的临床疗效。方法: 将气虚血亏型缺铁性贫血患者 64 例随机分为 2 组各 32 例。对照组采用琥珀酸亚铁片治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加八珍汤加减治疗。观察 2 组临床疗效, 比较 2 组治疗前后血红蛋白 (Hb)、红细胞 (RBC)、红细胞平均血红蛋白浓度 (MCHC)、平均红细胞体积 (MCV)、血清铁 (SI)、转铁蛋白饱和度 (TSAT)、血清铁蛋白 (SF) 的变化情况。结果: 总有效率治疗组为 96.9%, 对照组为 90.6%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组相关指标检测治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 八珍汤加减联合琥珀酸亚铁片治疗气虚血亏型缺铁性贫血有较好的临床疗效, 值得临床推广运用。

[关键词] 缺铁性贫血; 气虚血亏型; 中西医结合疗法; 八珍汤; 琥珀酸亚铁片

[中图分类号] R259.563 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.027

缺铁性贫血 (IDA) 是血红蛋白合成障碍的一类贫血, 由于机体内贮存铁较少导致^[1]。当需铁量增加而铁摄入量不够、铁丢失过多或者铁吸收障碍时都可引起 IDA。其临床表现主要有全身乏力、胸闷心悸、头晕耳鸣、气促、精神行为异常、注意力集中困难、分神、易感染、小孩智力及身体发育缓慢、指 (趾) 甲脆薄等。因有些症状较轻微, 容易被忽视, 但危害患者健康, 可并发感染, 甚至导致死亡^[2]。笔者采用八珍汤加减联合琥珀酸亚铁片治疗 IDA 32 例, 取得较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2015 年 9 月至 2017 年 7 月湖南中医药大学第一附属医院血液科门诊气虚血亏型缺铁性贫血患者 64 例, 采用随机数字表法随机分为 2 组各 32 例。治疗组中, 男 3 例, 女 29 例; 平均年龄 (29.85 ± 4.37) 岁; 平均病程 (2.49 ± 1.83) 年。对照组中, 男 2 例, 女 30 例; 平均年龄 (31.56 ± 5.82) 岁; 平均病程 (3.35 ± 1.57) 年。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《血液病诊断及疗效标准》^[3] 中缺铁性贫血的诊断标准拟定。(1) 小细胞低色素性贫血: 男性 Hb $< 120\text{g/L}$, 女性 Hb $< 110\text{g/L}$, 孕妇 Hb $< 100\text{g/L}$; MCV $< 80\text{fl}$, MCH $< 27\text{pg}$; MCHC $< 0.32\text{g/L}$ 。(2) SI $< 8.95\mu\text{mol/L}$;

TIBC $> 64.44\mu\text{mol/L}$; SF $< 12\mu\text{g/L}$; TSAT $< 0.15\%$;

(3) 有明确的缺铁病因和临床表现。

1.2.2 中医辨证标准 参照文献[4]中的有关标准拟定气虚血亏型的辨证标准。该型主要症见: 面色及皮肤黏膜苍白, 体倦乏力, 头晕眼花, 胸闷气促, 失眠, 纳少, 毛发稀黄易脱, 爪甲脆薄, 舌淡红、苔薄白, 脉细软。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用琥珀酸亚铁片治疗。口服琥珀酸亚铁片 (金陵药业股份有限公司南京金陵制药厂生产, 批准文号: 国药准字 H10930005, 规格: 0.1g/片), 每次 2 片, 每天 3 次, 同时配合维生素 C 以利于吸收。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用八珍汤加减治疗。处方: 党参 30g, 白术 20g, 茯苓 20g, 当归 20g, 川芎 20g, 白芍 20g, 熟地黄 30g, 炙甘草 5g。气虚懒言甚者加黄芪 30g 补气; 脾虚便溏者加薏苡仁 20g 健脾渗湿; 失眠者加酸枣仁 15g 养心安神; 大便秘结者加生首乌 15g、鸡血藤 15g 养血通便。每天 1 剂, 水煎, 早晚分服。

4 周为 1 个疗程, 疗程结束后统计疗效。观察期间忌饮茶。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组患者治疗前后红细胞 (RBC)、血红蛋白 (Hb)、红细胞平均血红蛋白浓度 (MCHC)、平均红细胞体积 (MCV) 等血常规的变化。

化;观察2 组患者治疗前后血清铁(SI)、血清铁蛋白(SF)、转铁蛋白饱和度(TSAT)等铁代谢指标的变化。

3.2 疗效标准 参照《血液病诊断及疗效标准》^[3]拟定。显效:Hb 男性>120g/L,女性>105g/L,临床症状消失,血清铁等指标恢复正常;有效:临床症状好转,贫血严重度改善1 级;无效:临床症状及贫血严重度分级无改善。

3.3 统计学方法 应用 SPSS 22.0 软件进行统计学处理。计量资料以均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

表 2 2 组治疗前后相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	RBC(g/L)	Hb(g/L)	MCHC(g/L)	MCV(fl)	SI(μmol/L)	SF(μg/L)	TSAT(%)
治疗组	32	治疗前	1.8±0.5	63.0±14.0	18.0±6.1	58.0±14.0	6.4±1.6	7.4±3.3	10.0±4.1
		治疗后	4.2±0.9 ^{ab}	121.0±18.0 ^{ab}	33.0±2.9 ^{ab}	82.0±17.0 ^{ab}	9.2±3.7 ^{ab}	14.1±3.8 ^{ab}	16.0±5.2 ^{ab}
对照组	32	治疗前	1.7±0.6	65.0±13.0	19.0±5.2	59.0±13.0	6.2±1.7	7.3±3.1	11.0±3.9
		治疗后	3.4±0.8 ^a	98.0±14.0 ^a	28.0±4.7 ^a	73.0±12.0 ^a	7.3±2.8 ^a	10.3±3.5 ^a	13.0±4.6 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^b*P*<0.05。

4 讨 论

缺铁性贫血是临床常见病,是一种营养性不良性贫血,因铁需求量大于摄入量、铁丢失过多或者铁吸收障碍而导致,常呈小细胞低色素性^[5]。其主要致病因素为慢性胃炎、消化性溃疡、胃肠道肿瘤等消化道疾病,月经过多、痔疮、牙龈出血等因素^[6]。缺铁性贫血症状较轻者一般无大碍,不会危及生命,但是会使患者精神状态较差,精力不足,注意力无法集中,情绪暴躁,严重影响人们的工作、学习和生活,降低生活质量。当缺铁性贫血持续发展或者较严重时,可引起心肌肥厚,造成贫血性心肌病,甚至心衰,危及生命。治疗 IDA 的原则是根除病因,补足贮铁。在临床上,应尽可能地找到 IDA 的病因,若是消化性疾病间接引起铁吸收不足、吸收障碍,应积极针对病因治疗消化性疾病;如果是服用非甾体抗炎药引起,应该使用保护胃黏膜的相关药物;当女性月经过多导致时,有必要查明是子宫肌瘤、子宫内膜增厚或者是其他原因,只有针对病因对症治疗,才能从根本上治疗贫血,改善症状。当前,治疗缺铁性贫血的主要方法有口服铁剂、输血、肠道外制剂、食用含铁丰富的食物、中药汤剂治疗以及其他治疗方法^[7]。

本病属中医学“血虚”范畴,根据贫血的临床表现,又分为“萎黄”“黄胖”“疴证”“虚劳”等。常见病理因素为先天禀赋不足、长期慢性失血、饮食不节、病久、虫积等。气虚血亏证多与心肝脾有关,常由失血过多、久病失治、病后失调所致。心主血,肝

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 96.9%,对照组为 90.6%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	18(56.3)	13(40.6)	1(3.1)	31(96.9) ^a
对照组	32	13(40.6)	16(50.0)	3(9.4)	29(90.6)

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

3.4.2 2 组治疗前后相关指标比较 2 组各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

藏血,心肝血虚,所以皮肤黏膜苍白、头晕、舌淡苔白。脾主运化而化生气血,脾气虚,所以面色萎黄、肢体倦怠、纳少、脉虚无力。治宜益气养血并重。八珍汤方中党参、熟地黄气血双补;茯苓、白术健脾渗湿;白芍、当归养血和营;川芎行气活血,补而不滞;炙甘草调和诸药。可加入生姜 3 片、红枣 5 粒,调和脾胃,生化气血。

本观察结果显示,八珍汤加减联合琥珀酸亚铁片对于改善气虚血亏型缺铁性贫血各项相关指标及临床症状具有明显疗效。提示八珍汤加减联合琥珀酸亚铁片治疗气虚血亏型缺铁性贫血较单用琥珀酸亚铁疗效更好,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 宝国秀,杨丽. 160 例缺铁性贫血患者的病因分析[J]. 中国医药指南,2010,8(23):87-88.

[2] 邹春霞. 缺铁性贫血的红细胞平均指数检测分析[J]. 中国当代医药,2013,20(10):103,105.

[3] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[S]. 天津:天津科学技术出版社,1999:9-14.

[4] 姜智慧,吴志香. 中医治疗缺铁性贫血[J]. 中国实用乡村医生杂志,2008(6):12-13.

[5] 陆再英,钟南山. 内科学(7 版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:159.

[6] 徐文艳. 168 例缺铁性贫血患者病因分析[J]. 中国实用医药,2014(36):23-24.

[7] 陈昌辉,李茂军,张焱,等. 婴幼儿铁缺乏症和缺铁性贫血的诊断与防治[J]. 现代临床医学,2012,38(5):54.

(收稿日期:2017-08-14)