

# 加味八珍汤联合 促红细胞生成素治疗肾性贫血 36 例

任克军<sup>1</sup>      王 青<sup>2</sup>      胡顺金<sup>1</sup>      王亿平<sup>1</sup>

(1. 安徽中医药大学第一附属医院肾病科, 安徽 合肥 230031;  
2. 安徽医科大学第四附属医院眼科, 安徽 合肥 230022)

**摘 要:**目的 观察加味八珍汤联合重组人促红细胞生成素(EPO)治疗肾性贫血的疗效。方法 将 70 例肾性贫血患者随机分为两组。对照组采用常规剂量 EPO 治疗;治疗组在常规治疗基础上应用加味八珍汤,每日 1 剂,水泡后浓煎至 250 mL,分 2 次口服。治疗 8 周后观察两组的临床疗效和相关实验指标。结果 治疗组总有效率为 88.9%,对照组总有效率为 67.6%,治疗组明显优于对照组( $P<0.05$ );两组血红蛋白和血细胞比容较治疗前均有显著提高( $P<0.05$ ),治疗组升高优于对照组( $P<0.05$ ),且治疗组肾功能有明显改善( $P<0.05$ ),而对照组肾功能改善不明显。结论 加味八珍汤联合 EPO 治疗肾性贫血疗效肯定,且能改善肾功能,值得临床推广。

**关键词:**肾性贫血;加味八珍汤;重组人促红细胞生成素

**中图分类号:** R 692.9      **文献标识码:** A      **文章编号:** 1002-168X(2015)01-0037-03

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.01.015

肾性贫血(renal anemia, RA)是各种肾脏疾病发展到肾功能衰竭阶段出现的并发症,贫血程度与肾衰竭严重程度成正比,而进行性贫血又会使患者各器官功能迅速衰退,加速肾脏功能恶化。目前治疗 RA 主要是应用促红细胞生成素(EPO)及铁剂等,但即使规律应用促红素及铁剂,贫血纠正情况也并不十分理想。近年来,中西医结合治疗肾性贫血的研究也取得了一些进展。我们于 2010 年 8 月~2013 年 8 月采用加味八珍汤配合 EPO 治疗肾性贫血 36 例患者,获得了较满意的效果,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 70 例慢性肾衰伴肾性贫血病例均来自自我科门诊和住院部。按随机数字表法分成两组。治疗组 36 例,男 20 例,女 16 例;年龄 19~68 岁,平均 40.3 岁。原发病为慢性肾小球肾炎 24 例,糖尿病肾病 5 例,高血压肾小球动脉硬化症 7 例;其中,维持性血液透析治疗者 10 例,非血液透析者 26 例。对照组 34 例,男 19 例,女 15 例;年龄 21~66 岁,平均 42 岁。原发病为慢性肾小球肾炎 22 例,糖尿病肾病 4 例,高血压肾小球动脉硬化症 8 例;其中,血液透析治疗者 9 例,非血液透析者 25

例。治疗前贫血程度:治疗组属轻度贫血 12 例,中度 18 例,重度 6 例;对照组属轻度贫血 11 例,中度 18 例,重度 5 例。两组患者性别、年龄、原发病及贫血程度均无显著性差异( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 参照《肾脏病学》<sup>[1]</sup>的诊断标准,均为慢性肾衰(CRF)肾性贫血病例。肾功能分期标准依据《肾脏病学》<sup>[1]</sup>中慢性肾功能不全的分期标准。贫血诊断标准参照《血液病诊断及疗效标准》<sup>[2]</sup>拟定。贫血分级标准为:轻度,男性 91~120 g/L,女性 81~110 g/L;中度,男性 61~90 g/L,女性 51~80 g/L;重度,男性<60 g/L,女性<50 g/L。中医辨证根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>属于气血亏虚型者,临床主要表现为:倦怠懒言,面色少华,头晕目眩,心悸怔忡,乏力纳差,舌淡胖,苔薄白,脉细弱。

**1.3 排除标准** (1)非肾性贫血患者:血液系统恶性肿瘤、溶血性贫血、叶酸和 VitB<sub>12</sub> 缺乏所致的巨幼红细胞性贫血。(2)近 2 周内接受输血治疗。(3)合并心血管、肝、脑和造血系统等严重原发疾病者及妊娠或哺乳期妇女。(4)年龄小于 18 岁或大于 70 岁。(5)未按规定服药而无法判断疗效者。(5)中医辨证不属于气血亏虚证者。

2 治疗方法

2.1 对照组 对照组在补充铁剂、纠正酸中毒、控制血压、治疗其它并发症及对症处理的基础上,予 EPO(宁红欣,由江苏省南京华欣药业工程有限公司生产)3000 u 皮下注射,每周 2 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,加用加味八珍汤:熟地 15 g,当归 15 g,白芍 12 g,川芎 10 g,党参 15 g,白茯苓 15 g,白术 15 g,炙甘草 10 g,丹参 30 g,生大黄(后下)10 g,黄芪 30 g。每日一剂,水泡后浓煎至 250 mL,分早晚 2 次口服。

两组病例均以 8 周为 1 疗程,1 疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 两组治疗前后采用症状积分法(轻度记 1 分,中度记 2 分,重度记 3 分,症状消失记 0 分,舌脉象异常记 1 分,舌脉象正常记 0 分),症状分级标准依据参考文献<sup>[3]</sup>;并观察两组治疗前后 Hb、HCT、SCr 变化。

3.2 疗效标准 参照《中药新药治疗慢性肾功能衰竭的临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>和《血液病诊断及疗效标准》<sup>[2]</sup>拟定。显效:临床症状积分减少≥60%,Hb、HCT 增加≥25%,SCr 降低≥20%。有效:临床症状积分减少 30%~59%,Hb、HCT 增加

10%~24%,SCr 降低 10%~19%。无效:临床症状无改善或加重,Hb、HCT 无增加或降低,SCr 降低<10%或增加。

3.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件包进行数据统计分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 *t* 检验,计数资料用卡方检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

4 结果

4.1 疗效 对两组的综合疗效进行比较,差异有统计学意义(*P*<0.05),说明治疗组疗效明显优于对照组。见表 1。

表 1 两组治疗结果及疗效比较 (n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	36	11	21	4	88.89 <sup>△</sup>
对照组	34	7	16	11	67.65

注:与对照组治疗后比较;<sup>△</sup>*P*<0.05。

4.2 两组实验室指标变化 两组治疗后 Hb、HCT 均明显上升,与治疗前比较差异有显著性(*P*<0.05);两组间治疗后 Hb、HCT 比较,治疗组显著高于对照组(*P*<0.05)。对照组 SCr 治疗前后无明显差异(*P*>0.05),治疗组治疗后 SCr 明显下降,与治疗前比较有显著差异(*P*<0.05);两组间治疗后相比亦有显著差异(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗前后实验室指标变化比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别		<i>n</i>	Hb/g. L <sup>-1</sup>	Hct/%	Scr/μmol. L <sup>-1</sup>
治疗组	治疗前	36	68.4±10.1	0.22±0.04	615.5±168.4
	治疗后	36	94.8±11.5 * △	0.30±0.03 * △	506.2±147.6 * △
对照组	治疗前	34	67.7±9.6	0.21±0.05	624.3±161.7
	治疗后	34	85.2±10.9 *	0.27±0.02 *	602.0±158.3

注:与本组治疗前比较;\**P*<0.05;与对照组治疗后比较;<sup>△</sup>*P*<0.05。

5 讨论

RA 是慢性肾衰竭的常见并发症,为正细胞正色性贫血,贫血严重影响患者的预后<sup>[4]</sup>。有效地纠正贫血可明显地改善患者的生活质量,减少感染及心血管疾病的发生率。研究表明,RA 是肾衰竭时肾脏合成促红细胞生成素不足,铁摄入减少,继发性甲状旁腺功能亢进、尿毒症毒素对红细胞的抑制等综合因素所致,贫血程度往往与肾功能减退程度成正相关<sup>[5]</sup>。根据国际肾脏病协会统计,CRF 患病率呈逐步上升趋势,这就意味着贫血患者也逐步增多。目前临床应用 rHuEPO 治疗,取

得较好疗效,但因其价格昂贵,有一定副作用,并有 5%~10% 的患者对 rHuEPO 产生抵抗,使之在临床应用和推广上受到限制。因此积极探索中西医结合治疗 RA 具有积极的意义。

中医学认为 RA 当属“血虚”“虚劳”“水肿”等范畴。中医对 RA 病因病机的研究概言之为本虚标实两个方面:(1)标实为肾病久延不愈,脏腑功能失调,水湿、浊毒、瘀血壅塞三焦,阻滞气机,损伤气血而致血虚。(2)本虚以脾肾虚衰为主,一则脾胃为后天之本,气血生化之源,脾胃虚衰则气血生化乏源,五脏六腑、四肢百骸无以(下转第 104 页)

[4]徐小钦,陶星洁,王永宁.基于层次分析法和动态聚类法的大学科技园评价[J].重庆大学学报(自然科学版),2004,27(12):152-155.  
[5]李因果,李新春.综合评价模型权重确定方法研究[J].辽东学院学报(社会科学版),2007,9(2):92-96.

[6]姚敏,张森.模糊一致矩阵及其在软科学中的应用[J].系统工程,1997,15(2):54-56.  
[7]江文奇.AHP判断矩阵调整中的一致性问题的研究[J].运筹与管理,2007,(6):32-34.  
(收稿日期:2014-07-03 编辑:文颖娟)

(上接第 38 页)

滋养;一则肾为后天之本,藏精主骨生髓,肾虚则肾精亏耗,精不能生髓,髓不能生血,精血不能互生。正如《素问·通评虚实论》所谓“精气夺则虚”。故治疗上我们采用补肾健脾,益气养血为主,佐以通腑泄浊,自拟加味八珍汤。方中党参、黄芪与熟地相配伍益气养血;白术、茯苓健脾渗湿协人参益气补脾;当归、白芍养血和营助熟地补益阴血;川芎、丹参活血行气使之补而不滞;生大黄后下降浊排毒;炙甘草益气和中调和诸药。陈玉春等<sup>[6]</sup>研究证实八珍汤主要通过提高正常机体血清 EPO 水平或增强其活性,与具有特异性受体的 EPO 反应细胞结合,促进红细胞集落生成单位的分化和增殖,并促使其成熟为红细胞,释放入血循环而起补血作用。现代药理研究表明,党参能促使红细胞与 Hb 增加;黄芪能扩血管,利尿,减少蛋白尿,并能促进肌肉、肝脏蛋白合成,保护肾功能,抑制肾组织中细胞增殖,纠正肾衰竭;大黄对机体氮质代谢具有良好的影响作用,能缓解残余肾单位的高凝状态,抑制肾小球系膜细胞的增殖和肥大,减缓残余肾组织肾小球硬化的进展速度,在抗凝、抗炎、免疫调节等多方面作用,针对 RA 的病因治疗<sup>[7]</sup>;当归所含的阿魏酸直接减少 H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 的含量,能够抑制氧化反应和自由基反应,从而拮抗自由基对红细胞的损害<sup>[8]</sup>;川芎、丹参有改善肾血液循环,减轻近端肾小管的缺血性损伤,抗氧化减轻肾小球脂质过氧化损伤;抗纤维化,延缓肾小球硬

化的进程,治疗 CRF 的综合作用<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示加味八珍汤联合 EPO 较单纯应用 EPO 更能有效治疗肾性贫血,其升高 Hb、HCT 及改善肾功能明显优于对照组,能明显改善临床症状,提高患者生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1]王海燕.肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1999:1385-1399.  
[2]张之南.血液病诊断及疗效标准[M].天津:天津科学技术出版社,1999:9-14.  
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2000:380-381.  
[4]叶任高,刘冠贤.临床肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1999:25-31.  
[5]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:19-29.  
[6]陈玉春,王碧英,高依卿.八珍汤对红细胞生成素影响的动物实验研究[J].上海中医药杂志,2000,34(4):45-46.  
[7]童燕玲,傅大治.加味四物汤治疗肾性贫血临床观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2006,17(8):357-358.  
[8]程皖,付文如,曹恩泽,等.健脾补肾泄浊法治疗肾性贫血 30 例临床观察[J].安徽中医学院学报,2005,24(4):7-9.  
[9]魏小萌.补肾生血排毒汤治疗肾性贫血 43 例[J].四川中医,2003,21(4):36-37.

(收稿日期:2014-08-30 编辑:王益平)

本 刊 声 明

本刊已许可中国学术期刊(光盘版)电子杂志社在中国知网及其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。作者文章著作权使用费与本刊稿酬一并支付,本刊不另付酬。凡不同意入编的作者,请在来稿时声明。

[4]徐小钦,陶星洁,王永宁.基于层次分析法和动态聚类法的大学科技园评价[J].重庆大学学报(自然科学版),2004,27(12):152-155.  
[5]李因果,李新春.综合评价模型权重确定方法研究[J].辽东学院学报(社会科学版),2007,9(2):92-96.

[6]姚敏,张森.模糊一致矩阵及其在软科学中的应用[J].系统工程,1997,15(2):54-56.  
[7]江文奇.AHP判断矩阵调整中的一致性问题的研究[J].运筹与管理,2007,(6):32-34.  
(收稿日期:2014-07-03 编辑:文颖娟)

(上接第 38 页)

滋养;一则肾为后天之本,藏精主骨生髓,肾虚则肾精亏耗,精不能生髓,髓不能生血,精血不能互生。正如《素问·通评虚实论》所谓“精气夺则虚”。故治疗上我们采用补肾健脾,益气养血为主,佐以通腑泄浊,自拟加味八珍汤。方中党参、黄芪与熟地相配伍益气养血;白术、茯苓健脾渗湿协人参益气补脾;当归、白芍养血和营助熟地补益阴血;川芎、丹参活血行气使之补而不滞;生大黄后下降浊排毒;炙甘草益气和中调和诸药。陈玉春等<sup>[6]</sup>研究证实八珍汤主要通过提高正常机体血清 EPO 水平或增强其活性,与具有特异性受体的 EPO 反应细胞结合,促进红细胞集落生成单位的分化和增殖,并促使其成熟为红细胞,释放入血循环而起补血作用。现代药理研究表明,党参能促使红细胞与 Hb 增加;黄芪能扩血管,利尿,减少蛋白尿,并能促进肌肉、肝脏蛋白合成,保护肾功能,抑制肾组织中细胞增殖,纠正肾衰竭;大黄对机体氮质代谢具有良好的影响作用,能缓解残余肾单位的高凝状态,抑制肾小球系膜细胞的增殖和肥大,减缓残余肾组织肾小球硬化的进展速度,在抗凝、抗炎、免疫调节等多方面作用,针对 RA 的病因治疗<sup>[7]</sup>;当归所含的阿魏酸直接减少 H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 的含量,能够抑制氧化反应和自由基反应,从而拮抗自由基对红细胞的损害<sup>[8]</sup>;川芎、丹参有改善肾血液循环,减轻近端肾小管的缺血性损伤,抗氧化减轻肾小球脂质过氧化损伤;抗纤维化,延缓肾小球硬

化的进程,治疗 CRF 的综合作用<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示加味八珍汤联合 EPO 较单纯应用 EPO 更能有效治疗肾性贫血,其升高 Hb、HCT 及改善肾功能明显优于对照组,能明显改善临床症状,提高患者生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1]王海燕.肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1999:1385-1399.  
[2]张之南.血液病诊断及疗效标准[M].天津:天津科学技术出版社,1999:9-14.  
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2000:380-381.  
[4]叶任高,刘冠贤.临床肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1999:25-31.  
[5]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:19-29.  
[6]陈玉春,王碧英,高依卿.八珍汤对红细胞生成素影响的动物实验研究[J].上海中医药杂志,2000,34(4):45-46.  
[7]童燕玲,傅大治.加味四物汤治疗肾性贫血临床观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2006,17(8):357-358.  
[8]程皖,付文如,曹恩泽,等.健脾补肾泄浊法治疗肾性贫血 30 例临床观察[J].安徽中医学院学报,2005,24(4):7-9.  
[9]魏小萌.补肾生血排毒汤治疗肾性贫血 43 例[J].四川中医,2003,21(4):36-37.

(收稿日期:2014-08-30 编辑:王益平)

本 刊 声 明

本刊已许可中国学术期刊(光盘版)电子杂志社在中国知网及其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。作者文章著作权使用费与本刊稿酬一并支付,本刊不另付酬。凡不同意入编的作者,请在来稿时声明。