

• 经验交流 •

生血宝合剂治疗化疗后白细胞减少症临床观察

程伟民

(广西中医药大学第一附属医院血液肿瘤科,广西南宁 530023)

摘 要:**目的** 观察生血宝合剂治疗恶性肿瘤化疗后白细胞减少症的临床疗效。**方法** 80 例恶性肿瘤化疗患者,治疗组 40 例给予生血宝合剂口服治疗,对照组 40 例服用利可君治疗,两组均连续服用 14 d。**结果** 治疗组患者的白细胞下降程度和下降持续时间明显少于对照组($P<0.05$)。**结论** 肿瘤化疗后早期开始服用生血宝合剂能预防化疗后白细胞减少症的发生,疗效满意,值得推广。

关键词:白细胞; 中成药; 肿瘤; 癌症化疗

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.16.065

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2013)16-2185-02

白细胞减少症是恶性肿瘤化疗后最常见的毒副作用之一。笔者于 2011 年 4 月至 2012 年 3 月采用生血宝合剂治疗化疗后出现的白细胞减少症 40 例,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源于本院 2011 年 4 月至 2012 年 3 月诊断的恶性肿瘤患者 80 例,全部病例符合《疾病临床诊断和疗效标准》,均经病理及组织细胞学证实,化疗后出现白细胞减少。随机分为治疗组 40 例与对照组 40 例,治疗组中男性 24 例,女性 16 例;年龄 20~66 岁,平均 46.2 岁,胃癌 6 例,鼻咽癌 3 例,肺癌 16 例,恶性淋巴瘤 6 例,乳腺癌 9 例, Karofsky 评分大于 70 分;对照组中男性 22 例,女性 18 例;年龄 19~67 岁,平均 45.4 岁,胃癌 7 例,鼻咽癌 3 例,肺癌 17 例,恶性淋巴瘤 3 例,乳腺癌 10 例, Karofsky 评分大于 70 分。化疗药物为 5-氟脲嘧啶,多西他赛,吉西他滨,顺铂,阿霉素等。两组在年龄、性别、Karofsky 评分方面比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准及纳入标准^[1] 白细胞减少的诊断标准:白细胞减少是指外周血白细胞绝对计数持续低于 $4.0\times10^9/L$ 。按世界卫生组织(WHO)细胞毒化疗药物所致骨髓抑制的分度标准,白细胞计数为 $(3.9\sim3.0)\times10^9/L$ 为Ⅰ度,白细胞计数为 $(2.9\sim2.0)\times10^9/L$ 为Ⅱ度,白细胞计数为 $(1.9\sim1.0)\times10^9/L$ 为Ⅲ度。纳入标准:所有入选病例均均出现Ⅰ~Ⅲ度骨髓抑制。若出现白细胞小于 $1.0\times10^9/L$ 则退出观察,同时积极防治感染等并发症。

1.3 方法 两组化疗方案及剂量均完全一致,各组在化疗结束后开始给予生白细胞治疗,对照组给予利可君治疗,20 毫克/次,3 次/天,连续服用 14 d。治疗组给予生血宝合剂,15 毫升/次,3 次/天,连续服用 14 d。治疗期间每周查血常规 2 次;白细胞数小于 $2.0\times10^9/L$,每日查血常规;若白细胞小于 $1.0\times10^9/L$,退出观察并积极防治感染等并发症。按照《血液病诊断及疗效标准》^[1],显效:1 个疗程后血白细胞计数恢复至正常值($\geq4.0\times10^9/L$),临床症状明显改善;有效:1 个疗程后白细胞计数虽未恢复正常,但较前提高 100%或上升至 $3.0\times10^9/L$ 以上,临床症状改善;无效:治疗 1 个疗程后白细胞计数无明显升高,临床症状无改善。

2 结 果

2.1 2 组化疗后白细胞抑制情况 治疗组 40 例患者经生血宝合剂治疗后,白细胞抑制情况较对照组患者明显减轻,Ⅰ+

Ⅱ度白细胞减少程度发生率为 82.5%,显著低于对照组的 60%($P<0.05$),未发生Ⅳ度白细胞减少情况,见表 1。

表 1 2 组化疗后白细胞抑制情况(n)

组别	n	白细胞减少程度		
		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
对照组	40	9	15	16
治疗组	40	21	12	7

2.2 2 组临床疗效比较 治疗组的显效为 21 例(52.5%),总有效率为 85%;对照组显效为 12 例(30%),总有效率为 62.5%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	n	显效(n)	有效(n)	无效(n)	总有效率[n(%)]
对照组	40	9	16	15	25(62.5%)
治疗组	40	12	22	6	34(85.0%)*

*: $P<0.05$,与治疗组比较。

2.3 2 组化疗前后 WBC 计数比较 治疗组与对照组化疗前白细胞数无明显差别($P>0.05$),化疗后第 7 天时白细胞计数最低,治疗组在化疗第 7 天和第 14 天的白细胞数均高于对照组水平($P<0.05$),见表 3。

表 3 2 组化疗前后 WBC 计数比较($\bar{x}\pm s, \times10^9/L$)

组别	n	化疗前	第 7 天	第 14 天
对照组	40	5.56 ± 1.24	2.49 ± 1.52	3.30 ± 1.49
治疗组	40	5.51 ± 1.30	$3.19\pm1.58^*$	$4.56\pm1.53^*$

* $P<0.05$,与对照组比较。

3 讨 论

化疗杀伤肿瘤细胞的同时,对机体正常细胞特别是增殖旺盛的细胞亦有杀伤作用,可导致外周血白细胞减少,表现为头晕乏力,少气懒言,腰膝酸软,食欲减退等,属于中医学“虚劳”范畴,其病因当属化疗毒邪内蕴,致脾胃失调,气血两伤。由于脾胃为后天之本,是水谷、气血生化之源,可充养卫气,增强人体的防御功能,抵御外邪侵袭;而对于受邪疾病欲做之时,补益脾胃,可治于机先,截断其传变途径,遏制疾病的发展。因此本科室确立了益元补气、养血生津的基本治疗治则。

生血宝合剂根据中医学“精血相生”原理,主方中何首乌归肝、肾经,有益精血、补肝肾功效;黄芪归脾、肺经,有补气升阳、益卫固表功效;桑椹归心、肝、肾经,有滋阴补血、生津功效;女贞子归肝、肾经,有补益肝肾功效;墨旱莲归肝、肾经,有滋阴益肾功效;狗脊归肝、肾经,有养血滋阴、补精益髓功效;白芍归肝、脾经,有养血敛阴功效^[2]。多味中药合用能养精生血、益元补气、扶正固本,改造造血环境、保持骨髓造血功能,增加免疫力,从而达到提升白细胞、血小板而改善临床症状。

本研究结果发现,治疗组使用生血宝合剂后,化疗后白细胞下降程度及下降持续时间均优于对照组,能显著减少化疗药

• 经验交流 •

物导致的白细胞减少症的发生,且无明显不良反应,安全性好,取得了满意的疗效,值得进一步推广。

参考文献

[1] 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,1991:146.
[2] 沈映春.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:159-165.

(收稿日期:2013-05-04)

早产低体质量新生儿凝血功能的检测及临床意义

於 桃,邓俊耀

(桂林市妇女儿童医院检验科,广西桂林 541001)

摘 要:目的 探讨早产低体质量新生儿凝血功能的变化及其意义。方法 对 88 例早产低体质量儿和 32 例足月健康新生儿进行 PT、APTT、TT、Fib 检测。结果 与足月健康新生儿相比,早产低体质量新生儿 PT、APTT、TT 延长,Fib 水平降低($P<0.05$)。结论 早产低体质量儿出生后比足月健康新生儿相比,凝血功能低下,有出血倾向,应及早监测凝血指标,采取有效预防措施,纠正凝血障碍。

关键词:早产; 低体质量; 凝血功能; 婴儿,新生

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.16.066

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2013)16-2186-02

足月健康新生儿由于肝脏及其功能发育不成熟,整个新生儿时期凝血系统呈一个低活性的状态^[1],早产低体质量新生儿由于胎龄、体质量小于足月健康新生儿,肝脏及其功能发育更不成熟,然而有关早产低体质量儿凝血功能的报道很少,为了解其凝血功能的变化并探讨其变化的意义,笔者对 88 例早产低体质量新生儿进行凝血四项检测,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院新生儿科及产科 2012 年 1~12 月的新生儿,其中早产低体质量新生儿组 88 例,男 49 例,女 39 例,胎龄 28~37 周,体质量为 1 050~2 450 g;对照组为 32 例足月健康新生儿,男 18 例,女 14 例,胎龄为 37~40 周,体质量为 2 500~4 000 g。

1.2 仪器与试剂 采用 C2000-A 全自动血凝仪(北京普利生仪器有限公司提供),检测试剂 PT、APTT、TT、Fib 为 C2000 系列血凝仪专用试剂盒(北京普利生仪器有限公司提供)。

1.3 标本采集 采集早产低体质量儿和足月健康新生儿出生后 24 h 内的静脉血置于 2 mL、109 mmol/L 枸橼酸钠抗凝真空管(广州阳普公司提供),血液与抗凝剂的比例为 9:1。

1.4 方法 标本接受后立即 2 500×g 离心 15 min,制备乏血小板血浆,将血浆放入 C2000-A 全自动血凝仪检测 PT、APTT、TT、Fib。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析,计量数据均以 $\bar{x}\pm s$ 表示,早产低体质量儿与足月健康新生儿对照比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

早产低体质量新生儿组 PT、APTT、TT 水平延长(t 分别为 3.019、4.248、-5.626, $P<0.01$),而 Fib 水平较低($t=2.116$, $P<0.05$),见表 1。

表 1 早产低体质量新生儿与足月健康新生儿凝血功能比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	Fib(g/L)
早产低体质量新生儿	88	16.11±2.34	50.69±9.63	19.44±4.06	1.45±0.44
足月健康新生儿	32	14.78±1.43	43.13±5.30	17.77±3.05	1.94±0.36

3 讨 论

评估凝血功能的变化,最常指标为 PT、APTT、PT 用于检测外源和共同凝血途径的凝血因子(Ⅶ、Ⅴ、Ⅹ、Ⅱ、Ⅰ等)遗传性和获得性缺陷,相关因子抑制物的筛选试验及口服抗凝剂治疗的监控等;APTT 广泛用于检测内源和共同凝血途径的凝血因子(Ⅲ、Ⅺ、Ⅸ、Ⅷ、Ⅴ、Ⅹ、Ⅱ、Ⅰ等)遗传性和获得性缺陷,监测肝素抗凝治疗,检测凝血抑制物等^[2]。本次分析中,早产低体质量新生儿 PT、APTT 较足月健康新生儿延长($P<0.01$),说明早产低体质量新生儿由于胎龄、体质量小于足月健康新生儿,其凝血功能明显比足月健康新生儿低下。肝脏是机体合成凝血因子的主要器官,如凝血因子Ⅰ、Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ等在肝内合成,其中Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ凝血因子的生成依赖维生素 K。新生儿时期,(1)维生素 K 不易通过胎盘。母体内的维生素 K 通过胎盘较难,进入胎儿体内很少约为 10%,导致新生儿脐血中维生素 K 浓度低下^[3];(2)维生素 K 肝内贮存量低。胎儿肝脏合成功能不成熟,刚出生时肝内贮存维生素量低;(3)维生素 K 吸收率低,刚出婴儿肠道大肠杆菌少,尚未建立起正常菌群,导致维生素 K 合成不足,肠道吸收维生素率^[4]等因素的影响,维生素 K 摄入或吸收不足,而使凝血因子Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ生成普遍水平偏低。早产低体质量新生儿由于胎龄、体质量小于足月健康新生儿,其维生素 K 依赖因子Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ水平更低^[5],