

司坦唑醇联合环孢素 A 治疗再生障碍性贫血的临床效果分析

董薇

(河南省南阳市第二人民医院血液科 南阳 473012)

摘要:目的:探讨司坦唑醇环孢素 A 治疗再生障碍性贫血的临床效果。方法:选取 2018 年 2 月~2019 年 2 月收治的 106 例再生障碍性贫血患者,根据治疗方法的不同分成对照组和观察组各 53 例。对照组采用司坦唑醇治疗,观察组采用司坦唑醇联合环孢素 A 治疗。观察两组疗效。结果:治疗前两组血液指标水平比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后观察组血液指标水平高于对照组($P<0.05$);观察组治疗总有效率高 于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:对再生障碍性贫血患者应用司坦唑醇联合环孢素 A 治疗的效果理想,可改善患者血液指标水平。

关键词:再生障碍性贫血;司坦唑醇;环孢素 A

中图分类号:R556.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.034

再生障碍性贫血为多种病因导致的骨髓造血功能衰竭性综合征,多见于青壮年,男性发病率相比女性更高^[1]。本病病因较多,主要与放射线、化学毒物、病毒感染等因素相关,发病后临床症状主要表现为出血、感染、贫血。若不及时治疗,可对机体循环、呼吸等系统造成严重影响,甚至有脑出血危险。本研究将司坦唑醇与环孢素 A 联合用于再生障碍性贫血临床治疗中,探讨其临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 2 月~2019 年 2 月收治的 106 例再生障碍性贫血患者,根据治疗方法不同分成对照组和观察组各 53 例。观察组男 31 例,女 22 例;年龄 19~58 岁,平均(36.15± 2.31)岁。对照组男 30 例,女 23 例;年龄 20~59 岁,平均(36.19± 2.36)岁。两组一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。经告知后所有患者均自愿参与研究,同时经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:经骨髓病理学检查、外周血涂片等确诊为再生障碍性贫血;年龄>18 岁;签署知情同意书。排除标准:精神疾病者;合并严重心、肝、肾器官疾病者;因白血病、血红蛋白尿等疾病引发的全血细胞减少者;临床资料不完整或丢失者;妊娠期、哺乳期女性;治疗依从性较差者;对研究使用药物过敏者。

1.3 治疗方法 对照组仅采用司坦唑醇片(国药准字 H45020728)治疗,口服,1 片/次,3 次/d,持续治疗 6 个月。观察组在对照组基础上给予环孢素 A(国

药准字 H10960122)治疗,口服,4 mg/(kg·d),2 次/d,用药时间间隔>12 h,持续治疗 6 个月,用药期间对患者环孢素 A 血药浓度进行检测,正常范围在 200~300 mg/ml。两组治疗期间每个月进行 1 次血常规、肝功能检查、血细胞检测,必要时进行心电图检查。

1.4 观察指标 (1)观察两组治疗前后血液指标,包括血红蛋白(Hb)、白细胞(WBC)、血小板(PLT)。(2)治疗后 6 个月,对两组疗效进行判定。疗效判定标准:痊愈,治疗后患者贫血、出血等症状消失,血液指标水平恢复正常,白细胞含量>4.0× 10⁹/L,血小板含量>120 g/L。显效,治疗后患者各项症状基本消失,血液指标水平接近正常值,白细胞含量>3.5× 10⁹/L,血小板含量相应增加;有效,治疗后患者各项症状显著改善,血液指标水平与治疗前相比明显升高;无效,血象、临床症状等无改善或加重。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数× 100%。(3)观察两组用药后不良反应发生情况,包括肝功能异常、血压升高、皮疹。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS21.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料用%表示,分别采用 t 检验、 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血液指标比较 治疗前两组血液指标比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后观察组 Hb、WBC、PLT 水平高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后血液指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	Hb(g/L)		WBC(× 10 ⁹ /L)		PLT(× 10 ⁹ /L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	53	43.69± 6.52	96.13± 8.41	2.15± 0.71	4.71± 0.86	26.35± 3.61	68.75± 6.17
对照组	53	43.72± 6.55	80.65± 7.26	2.18± 0.74	3.82± 0.79	26.41± 3.65	60.37± 4.25
t		0.024	10.144	0.213	5.548	0.085	8.143
P		0.981	0.000	0.932	0.000	0.932	0.000

2.2 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率高 于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	53	16(30.19)	21(39.62)	13(24.53)	3(5.66)	50(94.34)
对照组	53	8(15.09)	18(33.96)	15(28.30)	12(22.64)	41(77.36)
χ^2						6.290
P						0.025

2.3 两组用药后不良反应比较 两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组用药后不良反应比较[例(%)]

组别	n	肝功能异常	血压升高	皮疹	总发生
观察组	53	1(1.89)	2(3.77)	2(3.77)	5(9.43)
对照组	53	0(0.00)	1(1.89)	3(5.66)	4(7.55)
χ^2					0.228
P					0.633

3 讨论

再生障碍性贫血在临床较为常见,近年来发病率逐年上升,对患者健康及生活质量造成一定影响,需及时治疗。本病发病诱因复杂多样,与造血干细胞损伤、免疫介导反应、血液微循环功能异常等因素相关。有相关研究表明,T 细胞免疫介导功能紊乱抑制造血干细胞造血功能,对机体正常造血功能造成影响,进而引发贫血症状^[2-3]。采取合理的治疗手段对缓解症状有重要意义。

在常规促造血功能治疗上给予高效免疫制剂,可有效促进机体造血功能尽快恢复,并减轻免疫介导反应对机体造成功能形成的影响,发挥双向治疗作用,为临床治疗再生障碍性贫血提供新的思路^[4]。目前,异常免疫介导损伤造血细胞抑制造血,抑制 T 细胞介导的自身免疫反应,间接抑制了 T 细胞生成干扰素、肿瘤坏死因子与白介素对造血的负调控。病因主要包括:(1)药物,临床药品滥用的现象严重,导致药物性再障的发病率也日趋增多;(2)苯及其衍生物等化学毒物,通过呼吸道侵入人体,从而诱发机体出现障碍;(3)电离辐射,可破坏造血肝细胞;(4)肝炎病毒、人类免疫缺陷病毒等。在临床上通常将环孢素 A 作为治疗慢性再生障碍性贫血的主要药物,是由 11 个氨基酸组成的环状多肽组成,为一种真菌的活性代谢物,对患者体内的 T 细胞亚群比例

(上接第 22 页)液对感染性休克患者早期集束化治疗效果的影响[J].山东医药,2018,58(13):78-80.

[2]岑春梅,蔡丰丰.小剂量糖皮质激素治疗感染性休克疗效的 meta 分析[J].外科研究与新技术,2018,7(3):197-200.
[3]中国医师协会急诊医师分会.中国急诊感染性休克临床实践指南[J].中国急救医学,2016,36(3):193-206.
[4]任志强,付亚芳.糖皮质激素治疗感染性休克的临床分析[J].现代医药卫生,2019,35(10):1551-1553.
[5]何苑棉.糖皮质激素联合目标液体复苏法对脓毒症休克患儿组织

具有调节作用,而 T 细胞对白介素受体可有效抑制,促进白介素的生成,同时可以有效加速单核细胞的集落,还能促进蛋白质合成、抑制蛋白质增生、降低胆固醇和三酰甘油,使钙磷沉积和减轻骨髓抑制等作用。司坦唑醇为蛋白同化素、雄激素制成的药物,为临床治疗再生障碍性贫血的常用药物,作用机制为增加红细胞生成素,促使肝细胞分化、增殖能力增强,进而发挥免疫调节作用^[5],还能提高血干红细胞对 EPO 的敏感性。环孢素 A 为一种强效免疫抑制剂,作用机制为对机体内各种免疫性反应进行缓解,对机体内 T 细胞亚群比例进行调节,对 T 细胞所产生的干扰素、TNF- α 等进行抑制,减少其对造血功能的负性调控,进而促使机体免疫状态逐渐趋于正常,减轻免疫介导反应对造血功能的影响^[6-7]。所以,将环孢素 A 与司坦唑醇配合使用,能有效对患者的机体免疫能力及骨髓造血功能进行改善,极大提高临床疗效。本研究观察组使用两种药物联合治疗后,Hb、WBC、PLT 各项血液指标水平均显著改善,总有效率明显高于对照组,且未增加过多不良反应。提示司坦唑醇联合环孢素 A 在再生障碍性贫血患者中应用价值较高。综上所述,对再生障碍性贫血患者应用司坦唑醇联合环孢素 A 治疗的效果理想,可改善患者 Hb、WBC 等血液指标水平。

参考文献

[1]郭明英,杜秀英,张后淼.环孢素 A 联合司坦唑醇治疗非重型再生障碍性贫血的疗效[J].安徽医学,2017,38(3):330-332.
[2]杨琪.司坦唑醇联合环孢素 A 治疗慢性再生障碍性贫血[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(17):166-167.
[3]高凌侠.环孢素 A 联合司坦唑醇对慢性再生障碍性贫血患者血清 VEGF 及 WBC、PLT 水平变化的影响[J].实用中西医结合临床,2017,17(4):12-13.
[4]卢远强,吴大海,赵瑞,等.环孢素 A 治疗再生障碍性贫血的临床疗效及其作用机制研究[J].北方药学,2018,15(6):117-118.
[5]徐方.ATG 联合环孢素 A 治疗重型再生障碍性贫血近期疗效分析[J].世界复合医学,2018,4(3):31-33.
[6]李淑英.雄激素联合环孢素 A 治疗再生障碍性贫血的临床疗效分析[J].中国医药指南,2017,15(3):109-110.
[7]陈千金.环孢素 A 联合康力龙治疗慢性再生障碍性贫血患者的临床疗效观察[J].医药前沿,2017,7(2):87-88.

(收稿日期:2020-06-28)

灌注指标、免疫功能及乳酸清除率的影响[J].中南医学科学杂志,2018,46(2):176-179.

[6]林化,倪琦,李超乾.早期联合监测血管外肺水指数、肺血管通透性指数及血清氨基末端脑钠肽前体评估急性呼吸窘迫综合征患者预后的价值[J].实用医学杂志,2019,35(11):1813-1815,1819.
[7]刘玲.小剂量糖皮质激素辅助治疗感染性休克的效果评价[J].基层医学论坛,2019,23(1):53-55.
[8]周喆,王立军.糖皮质激素治疗感染性休克——对两项新英格兰医学杂志随机对照研究的分析[J].中国急救医学,2019,39(3):201-205.

(收稿日期:2021-03-20)