

- 123.
- [3] 贾建平. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 341.
- [4] 周楠, 刘方铭. 温针灸治疗外源性腓总神经损伤 25 例[J]. 江西中医药, 2012, 43(9): 58-59.
- [5] 王立峰. 电针治疗腓总神经卡压综合征 34 例疗效观察[J]. 新中医, 2009, 41(5): 91.
- [6] 范吾凤. 穴位注射治疗腓总神经损伤疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(8): 566-568.
- [7] 梅晓云, 周岚, 吴灏昕, 等. 补阳还五汤促进大鼠腓总神经再生的实验[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(5): 114-117.
- [8] 刘敏, 李嵩, 刘春辉, 等. 腓总神经损伤的综合治疗[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(1): 72-73.
- [9] 李凌鑫, 孟智宏, 石学敏. 针刺刺激量影响因素研究进展[J]. 新中医, 2012, 44(5): 121-123.
- [10] 胡琳娜, 邵水金, 刘延祥. 电针治疗周围神经损伤的修复机制[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14(46): 8662-8664.
- (责任编辑: 刘淑婷)

## 原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合地塞米松治疗疗效的影响

胡如雪<sup>1</sup>, 徐坚强<sup>2</sup>, 芮球红<sup>3</sup>

1. 奉化市人民医院输血科, 浙江 奉化 315500

2. 宁波市李惠利医院检验科, 浙江 宁波 315040

3. 宁波市第二人民医院检验科, 浙江 宁波 315000

**[摘要]** 目的: 观察原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合地塞米松治疗疗效的影响。方法: 选取 93 例原发免疫性血小板减少症患者作为研究对象, 均采取补脾益肾方结合地塞米松治疗方案。记录不同特异性自身抗体种类患者的治疗有效率及不良反应发生情况。结果: 93 例患者中, 总有效率为 69.9%。其中 IgG 组中单一抗 GP II b/III a 阳性、单一抗 GP I b $\alpha$  阳性、抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阳性及抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阴性的有效率分别为 87.5%、41.2%、61.5%、72.3%, 组内比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。IgM 组单一抗 GP II b/III a 阳性、单一抗 GP I b $\alpha$  阳性、抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阳性及抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阴性的有效率分别为 85.7%、85.7%、63.6%、67.2%, 组内比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。93 例患者不良反应发生率为 8.6%, 安全性较高。结论: 原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合地塞米松治疗的疗效有一定影响, 主要体现在 IgG 抗体, 以抗 GP I b $\alpha$ -IgG 抗体疗效较差。

**[关键词]** 原发免疫性血小板减少症; 特异性自身抗体种类; 脾肾两虚型; 中西医结合疗法; 地塞米松; 补脾益肾方

**[中图分类号]** R558+.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0134-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.051

原发免疫性血小板减少症以自身血小板减少及出血为主要特征。该病由免疫介导, 目前临床研究显示, 发病原因包括遗传、免疫、药物及感染等, 多为慢性, 女性发病率高于男性<sup>[1]</sup>。随着临床研究的不断深入, 中西医结合疗法已经在该病的临床治疗中得到

广泛应用。有研究提出, 原发免疫性血小板减少症的特异性抗体以抗 GP II b/III a 及抗 GPIb $\alpha$  抗体为主, 且因患者特异性自身抗体种类的不同, 中西医结合治疗的疗效也存在较大差异<sup>[2]</sup>。本研究探析原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合

**[收稿日期]** 2016-01-09

**[作者简介]** 胡如雪 (1971-), 女, 副主任技师, 研究方向: 输血相关技术。

地塞米松治疗疗效的影响,报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** ①符合《血液病诊断及疗效标准》<sup>[3]</sup>中原发免疫性血小板减少症的诊断标准;②急性期停用原治疗血小板减少所用药物后,血小板计数降低至 $(20 \sim 30) \times 10^9/L$ ;③符合中医脾肾两虚型辨证标准:紫斑色紫暗淡、反复发作,劳则加重,可伴鼻衄、齿衄,面色苍白或萎黄,纳差、心悸、气短、头晕目眩、倦怠乏力,舌淡、苔白,脉细弱。④签署知情同意书。

**1.2 排除标准** ①存在激素应用禁忌证者;②入组前 3 月内应用过可能影响疗效的相关药物者;③心、肝、肾功能不全者;④合并严重内科疾病者;⑤对治疗药物过敏者;⑥妊娠期或哺乳期女性;⑦未按规定用药者。

**1.3 一般资料** 选取奉化市人民医院、宁波市李惠利医院及宁波市第二人民医院 2012 年 1 月—2015 年 6 月收治的 93 例原发免疫性血小板减少症患者作为研究对象,男 34 例、女 59 例;年龄 21~77 岁,平均 $(43.1 \pm 7.4)$ 岁;病程 0.8~3 年,平均 $(0.5 \pm 0.2)$ 年。根据患者特异性抗体种类进行分组。

## 2 治疗方法

2 组治疗方案均为中西医结合地塞米松治疗。醋酸地塞米松片(重庆格瑞林药业有限公司,规格:每片 0.75 mg):口服,前 4 天为每天 40 mg,稳定后减至每天 10 mg,用药总时间为 4 周。中医治疗:应用自拟补脾益肾方,处方:仙鹤草 30 g,黄芪、当归、党参各 20 g,熟地黄、肉豆蔻各 18 g,熟附子、肉桂、山药、阿胶(烊化)各 12 g。每天 1 剂,水煎,分 2 次温服,治疗 4 周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 统计患者治疗有效率。应用改良单克隆抗体特异性俘获血小板抗原法检测患者抗原,明确有效与无效患者的抗原分布情况。记录患者的不良反应发生情况。

**3.2 统计学方法** 采用 SPSS19.0 统计学软件处理数据,不同自身抗体种类的有效率组内比较应用多组单向有序定性资料的秩和检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《成人原发免疫性血小板减少

症诊断与治疗中国专家共识(2012 年版)》<sup>[4]</sup>中的疗效标准进行判定:于治疗后 1 周、2 周、4 周评估疗效,患者 BPC 超过  $30 \times 10^9/L$ ,且与治疗相比至少增加 2 倍、无出血症状,为有效;否则为无效。

**4.2 2 组特异性自身抗体种类的治疗有效率** 见表 1。93 例患者中,总有效率为 69.9%(65/73)。其中 IgG 组中单一抗 GP II b/III a 阳性、单一抗 GP I b $\alpha$  阳性、抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阳性及抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阴性的有效率分别为 87.5%、41.2%、61.5%、72.3%,组内比较,差异有统计学意义( $H=11.489$ , $P=0.009 < 0.05$ )。IgM 组单一抗 GP II b/III a 阳性、单一抗 GP I b $\alpha$  阳性、抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阳性及抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阴性的有效率分别为 85.7%、85.7%、63.6%、67.2%,组内比较,差异无统计学意义( $H=2.719$ , $P=0.437 > 0.05$ )。

表 1 2 组特异性自身抗体种类的治疗有效率 例(%)

组别	IgG 组			IgM 组		
	n	有效	无效	n	有效	无效
单一抗 GP II b/III a 阳性	16	14(87.5)	2(12.5)	14	12(85.7)	2(14.3)
单一抗 GP I b $\alpha$ 阳性	17	7(41.2)	10(58.8)	7	6(85.7)	1(14.3)
抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$ 双阳性	13	8(61.5)	5(38.5)	11	7(63.6)	4(36.4)
抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$ 双阴性	47	34(72.3)	13(27.7)	61	41(67.2)	20(32.8)

**4.3 不良反应发生情况** 93 例患者中,共出现 3 例空腹血糖增高、2 例大便潜血阳性、1 例眼睑水肿、1 例满月脸、1 例低钙血症,不良反应发生率为 8.6%(8/93),未导致治疗暂停,安全性较高。

## 5 讨论

原发免疫性血小板减少症属中医学血证、葡萄疫、衄血等范畴,其中久病入络、劳倦过度、血瘀内阻、脏腑失调为内因,饮食不节、外感毒邪则为外在诱因。现代医学认为,骨髓中巨核细胞成熟障碍为原发免疫性血小板减少症发病的根本原因<sup>[5]</sup>,中医学理论中,肾主藏精,脾为气血生化之源,肾脾皆虚为该病的主要病机<sup>[6]</sup>。

本研究受到以上思路的启发,从肾论治原发免疫性血小板减少症,在地塞米松基础上应用补脾益肾方进行治疗,方中仙鹤草收敛止血、补虚;黄芪益气健脾;当归补血和血;党参扶正固本、健脾补气;熟地

黄滋阴补肾、填精益髓；肉豆蔻行气温中；熟附子温补脾肾、散寒止痛；肉桂补元阳、通血脉；山药益气补脾；阿胶滋阴补血。全方奏补脾益肾、行气止血之功。另外，现代药理学研究显示，仙鹤草具有止血、强心等作用，利于预防出血<sup>[7]</sup>。

此外，本研究根据患者自身抗体种类分为 IgG 组与 IgM 组后发现，IgG 组中单一抗 GP II b/III a 阳性、单一抗 GP I b $\alpha$  阳性、抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阳性、抗 GP II b/III a+GP I b $\alpha$  双阴性的有效率之间存在统计学差异( $P < 0.05$ )，IgM 组中不同抗体类型的有效率之间则无统计学差异。通过以上结果可知，患者自身抗体种类的不同对中医药结合地塞米松治疗的疗效有一定影响。自身抗体所致网状内皮系统清除血小板免疫紊乱为原发免疫性血小板减少症的主要病理机制<sup>[8]</sup>，不同血小板膜糖蛋白成分均可成为血小板自身抗原，对机体造成抗原刺激，诱导机体产生血小板特异性自身抗体，并与自身抗原结合，导致致敏血小板被网状内皮系统吞噬，最终引起血小板减少。有专家发现，GP II b/III a 与 GP I b $\alpha$  为血小板表面表达最多的膜糖蛋白，且原发免疫性血小板减少症患者体内存在的抗体种类较多，以 IgG、IgM 为主<sup>[9]</sup>。IgG 抗体为血清及细胞外液中的主要抗体成分，具有较高的亲和力且持续时间长，在机体免疫应答过程中发挥激活补体、中和毒素作用。同时可与自然杀伤(NK)细胞及巨噬细胞表面 Fc 受体结合，发挥细胞毒作用及调理作用。IgM 抗体为五聚体，半衰期短、相对分子质量大，易与抗原结合，为机体抗感染的先头部队，免疫系统首先分泌的即是 IgM 抗体。IgG 组患者中，抗 GP I b $\alpha$  抗体阳性患者的有效率低于其他类型，提示抗 GP I b $\alpha$ -IgG 抗体阳性的原发免疫性血小板减少症患者的疗效较差。由此笔者推测，GP I b $\alpha$  与 GP II b/III a 可能为不同家族蛋白质，所

传递的信号不同，抗 GP I b $\alpha$  抗体所介导的原发可能存在 Fc 段以外的途径造成血小板破坏，最终介导原发免疫性血小板减少症，但详细机制有待进一步研究探索。

综上所述，原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合地塞米松治疗的疗效有一定影响，主要体现在 IgG 抗体，以抗 GP I b $\alpha$ -IgG 抗体疗效较差，详细机制有待深入研究。

#### [参考文献]

- [1] 李晓芸, 李军, 付昱, 等. 原发免疫性血小板减少症临床特点分析[J]. 西部医学, 2012, 24(11): 2156-2157, 2160.
- [2] 徐全民, 逢清华, 张岚, 等. 原发免疫性血小板减少症患者抗可提取性核抗原抗体分析[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(18): 2270-2271.
- [3] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 北京: 科学出版社, 2007: 204-205.
- [4] 中华医学会血液学分会血栓与止血学组. 成人原发免疫性血小板减少症诊断与治疗中国专家共识(2012 年版)[J]. 中华血液学杂志, 2012, 33(11): 975-977.
- [5] 侯明. 成人原发免疫性血小板减少症的治疗进展[J]. 临床血液学杂志, 2011, 24(4): 377-379.
- [6] 黄中迪, 邱仲川, 赵琳, 等. 五脏辨证论治原发性免疫性血小板减少症[J]. 河北医药, 2014, 2(5): 28-30.
- [7] 洪阁, 戴永红, 刘培勋, 等. 仙鹤草化学成分和药理作用研究进展[J]. 药学服务与研究, 2008, 8(5): 362-366.
- [8] 任瑞娟, 石太新. 儿童原发性免疫性血小板减少症的诊疗进展[J]. 新乡医学院学报, 2014, 31(12): 1051-1054.
- [9] 潘歆, 陈志刚, 张恒, 等. 原发免疫性血小板减少症 GP II b/III a 抗体检测的临床意义[J]. 实用医学杂志, 2015, 31(20): 3364-3366.

(责任编辑: 吴凌)