

和血升板方联合咖啡酸片治疗免疫性血小板减少症临床观察

潘振球

淳安县第一人民医院, 浙江 淳安 311700

[摘要] 目的: 观察在激素常规治疗的基础上服用和血升板方与咖啡酸片治疗免疫性血小板减少症 (ITP) 的临床疗效。方法: 将 80 例 ITP 患者根据不同的治疗方式分为观察组和对照组各 40 例。对照组采用激素治疗, 并作相应的对症处理。观察组在对照组治疗的基础上, 服用和血升板方与咖啡酸片, 2 组疗程均为 3 月。监测患者的血小板水平。结果: 总有效率观察组为 92.5%, 对照组为 72.5%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后血小板水平均较治疗前升高 ($P < 0.01$), 观察组血小板水平高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后观察组血小板计数 $\geq 50 \times 10^9/L$ 者 23 例 (57.5%), 多于对照组的 12 例 (30.0%), 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 在激素常规治疗的基础上加用和血升板方与咖啡酸片内服治疗 ITP, 能提高患者的血小板水平, 临床疗效优于单纯的激素治疗。

[关键词] 免疫性血小板减少症 (ITP); 中西医结合疗法; 和血升板方; 咖啡酸片

[中图分类号] R558⁺.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0086-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.041

免疫性血小板减少症 (ITP) 也称作血小板减少性特殊性紫癜, 是一种获得性自身免疫性出血性疾病, 约占出血性疾病总数的 1/3, 病情迁延难愈, 治疗难度大^[1]。激素治疗、免疫抑制剂治疗是主要治疗手段, 但远期缓解率只有 10% 左右, 并且不良反应多; 脾切除术是创伤性手术, 患者不易接受^[2]。中医学将 ITP 归为血证的范畴。近年来学者用中医药或中西医结合治疗 ITP, 具有疗效稳定、长期用药无明显不良反应的特点^[3]。本研究观察自拟和血升板方联合咖啡酸片治疗 ITP 的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 研究对象为本院 2011 年 5 月~2013 年 6 月收治的 80 例 ITP 患者, 根据不同的治疗方式分为观察组和对照组各 40 例。观察组男 12 例, 女 28 例; 年龄 24~60 岁, 平均 (37.5 ± 8.5) 岁; 平均病程 (8.2 ± 0.7) 月; 平均血小板计数 (27.5 ± 8.4) × 10⁹/L。对照组男 10 例, 女 30 例; 年龄 26~64 岁, 平均 (38.1 ± 10.4) 岁; 平均病程 (8.5 ± 0.67) 月; 平均血小板计数 (26.1 ± 7.2) × 10⁹/L。2 组性别、年龄、病程、血小板计数等比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 按照 1986 年中华医学会全国血栓与止血学术会议制定的诊断标准^[4]: 多次化验检查血小板计数减少, 持续小于 $50 \times 10^9/L$; 脾脏不增大或仅轻度增大; 骨髓检查巨核细胞数增多或正常, 有成熟障碍; 激素治疗无效, 或激素依赖, 撤减困难; 排除继发性血小板减少症。

1.3 纳入标准 符合 ITP 的西医诊断标准; 年龄大于 16 岁; 已经规范化采用激素治疗, 但疗效欠佳; 取得患者同意。

1.4 排除标准 有意向妊娠或妊娠期、哺乳期妇女; 严重出血病患, 包含急性大量出血以及颅内出血; 同期服用其他类对血小板水平有影响的药物者; 合并心、脑、肝、肾等脏器严重器质性疾病者或精神病患者。

2 治疗方法

2.1 观察组 予中西医结合疗法治疗。和血升板方, 药物组成: 太子参、熟地黄、黄芪各 20 g, 白术、制何首乌、阿胶 (烊化)、大枣各 15 g, 当归、龟板胶 (烊化)、淫羊藿、茜草、紫草、炙甘草各 10 g, 肉桂 5 g, 三七粉 (冲服) 4 g。出血明显加蒲黄炭、血余炭、仙鹤草各 10 g。每天 1 剂, 常规水煎煮 2 次, 取汁约 400 mL, 分早晚 2 次服用。同时口服咖啡酸片 (德州德药制药有限公司), 每次 0.2 g, 每天 3 次。原有糖皮质激素的使用量及使用方式不变。

2.2 对照组 原有糖皮质激素的使用量及使用方式不变。治疗过程中因出血明显, 血小板计数低于 $20 \times 10^9/L$ 者, 予安络血片 (上海金不换兰考制药有限公司), 每次口服 2.5~5 mg, 每天 3 次, 严重者每次 5~10 mg, 2~4 h 口服 1 次; 酚磺乙胺片 (上海衡山药业有限公司), 每次口服 0.5~1 g, 每天 3 次。

2 组疗程均为 3 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 用常规生化检测仪器检测血小板水平。

[收稿日期] 2014-01-23

[作者简介] 潘振球 (1968-), 男, 副主任药师, 主要从事药剂临床工作。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 版软件分析所得数据。计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[1] 显效: 连续3月以上血小板水平恢复正常, 无出血表现; 良效: 血小板计数大于 $50 \times 10^9/L$ 或血小板较原有水平增加超过 $30 \times 10^9/L$, 无或基本没有出血表现, 持续2月以上; 进步: 连续2周以上血小板水平有所升高, 且出血表现好转; 无效: 血小板水平以及出血表现均无好转, 甚至加剧。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为92.5%, 对照组为72.5%, 2组总有效率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	良效	进步	无效	总有效率(%)
观察组	40	10	17	10	3	92.5
对照组	40	6	10	13	11	72.5

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后血小板水平比较 见表2。2组治疗后血小板水平均较治疗前升高($P < 0.01$), 观察组血小板水平高于对照组($P < 0.05$); 治疗后观察组血小板计数 $\geq 50 \times 10^9/L$ 者23例(57.5%), 多于对照组的12例(30.0%), 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后血小板水平比较

组别	n	时间	血小板计数($\times 10^9/L$)	$\geq 50 \times 10^9/L$ [例(%)]	$< 50 \times 10^9/L$ [例(%)]
观察组	40	治疗前	27.5 \pm 8.4	3(7.5)	37(92.5)
		治疗后	80.7 \pm 16.3	23(57.5)	17(42.5)
对照组	40	治疗前	26.1 \pm 7.2	4(10.0)	36(90.0)
		治疗后	42.5 \pm 17.6	12(30.0)	28(70.0)

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

TIP 以广泛的皮肤黏膜及内脏出血、血小板减少、骨髓巨核细胞发育成熟障碍、血小板生存时间缩短及抗血小板自身抗体出现等为主要特征。其病理机制与体液和细胞免疫介导的血小板过度破坏有关, 且存在体液和细胞免疫介导的巨核细胞数量和质量异常, 血小板生成不足^[4]。

根据 TIP 的临床表现, 现代学者将其归为衄血、发斑、虚劳、葡萄疫等病证。该病多因外感和(或)内伤为病, 为本虚标实之证, 病位主要在脉络、皮肤, 与肝、脾、肾三脏密切相关。本虚责之脾肾亏损, 脾气功能减弱, 血液失于统摄, 以致血溢脉外而见各种出血; 肾为先天之本, 中含真阴真阳, 为精血之海, 化精之根, 主骨生髓, 若肾气不足, 则生化无源^[5-6]。标实责之火伤血络, 肝肾阴虚, 虚火上炎, 加之反复出血后, 阴血亏损, 精血既亏, 相火必旺, 虚火灼伤脉络, 血溢脉外而

发为本病^[7]; 而外感风热或火热燥邪实火后, 内伤化火, 迫血妄行, 也可致血溢脉外^[6]。因此基于 TIP 的病机特征, 治疗宜注意标本, 掌握缓急, 健脾补肾以固本、泻火止血以治标^[8]。

和血升板方中以太子参、白术、黄芪、炙甘草、大枣健脾益气, 固气血生化之源, 并益气摄血; 制何首乌、熟地黄、当归、龟板胶、阿胶生精填髓, 滋补肝肾, 以降余火; 淫羊藿、肉桂补肾中真阳, 取阴中求阳之意, 茜草、紫草凉血止血, 三七散血、止血。全方标本兼顾, 共奏健脾补肾、填精生血、止血之功。

咖啡酸片中的主要成分是咖啡酸, 后者天然且能安全地清除自由基。咖啡酸片有收缩增固局部微血管、改善血管通透性的作用, 可以通过多靶点提高凝血因子功能, 使凝血时间、出血时间缩短; 咖啡酸可以通过影响造血干细胞、祖细胞的增殖分化等多种环节影响造血过程, 促进骨髓损伤后机体造血功能的恢复^[9]。有学者将其联合激素治疗 ITP, 取得了一定的效果^[10]。

本研究结果显示, 在激素常规治疗的基础上加用和血升板方、咖啡酸片内服治疗 TIP, 能提高 TIP 患者的血小板水平, 临床疗效优于单纯的激素治疗, 值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会血液学分会血栓与止血学组. 成人原发性血小板减少症诊治的中国专家共识(修订版)[J]. 中华血液学杂志, 2011, 32(3): 214-216.
- [2] 邝荔香, 周明, 朱红, 等. 利血康治疗免疫性血小板减少症的药效学研究[J]. 安徽中医学院学报, 2009, 27(6): 45-47.
- [3] 王春玲, 孙凤, 王金环. 紫茜合剂治疗免疫性血小板减少症30例及护理体会[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 9(19): 114-115.
- [4] 侯明. 成人原发性血小板减少症的治疗进展[J]. 临床血液学杂志, 2011, 24(7): 377-379.
- [5] 任娟. 王祥麒教授治疗特发性血小板减少性紫癜经验[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(9): 1104-1105.
- [6] 刘希赞, 杨淑莲. 免疫性血小板减少症的中医病机概述[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(8): 176-177.
- [7] 冯晓燕. 严鲁萍教授治疗特发性血小板减少性紫癜经验[J]. 贵阳中医学院学报, 2006, 28(2): 13-14.
- [8] 周永明, 陈其文. 免疫性血小板减少症的中医论治策略[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(8): 1038-1040.
- [9] 刘冯, 肖丁华, 莫东华, 等. 造血生长因子联合咖啡酸片治疗急性淋巴细胞白血病患者化疗后骨髓抑制[J]. 华南国防医学杂志, 2012, 25(4): 313-315.
- [10] 陈娜飞. 咖啡酸片联合小剂量甲泼尼龙片治疗老年慢性免疫性血小板减少症的临床疗效观察[J]. 临床荟萃, 2013, 28(4): 442-444.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)