

中西医结合治疗慢性淋巴细胞白血病患者临床观察

张燕萍, 周晓慧, 祝方良

江山市中医院内二科, 浙江 江山 324100

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗慢性淋巴细胞白血病的临床疗效。方法: 将72例慢性淋巴细胞白血病患者随机分为对照组和观察组, 对照组采用西药治疗, 观察组在对照组治疗基础上中医辨证选方治疗。比较2组临床疗效及治疗后外周血T细胞亚群亚群变化情况。结果: 观察组总有效率97.2%, 高于对照组72.2%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组CD4⁺及CD4⁺/CD8⁺低于对照组, CD8⁺高于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗慢性淋巴细胞白血病能显著改善患者免疫能力, 疗效确切, 值得临床上进一步推广应用。

[关键词] 慢性淋巴细胞白血病; 中西医结合疗法; 辨证论治

[中图分类号] R557 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)03-0191-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.093

慢性淋巴细胞白血病简称慢淋, 是一种B淋巴细胞的克隆性恶性疾病(T淋巴细胞少见)。本病常为无痛性的, 伴有缓慢进展的成熟的小淋巴细胞的进行性蓄积, 这种细胞的免疫功能不全, 并且对抗原性刺激反应低下, 最早出现的症状常常是乏力、疲倦、体力活动时气促。研究显示, 慢性淋巴细胞白血病多见于欧美国家且高发于老年人群, 近年来随着我国人口老龄化的加重, 其发生率呈逐年上升趋势^[1]。慢性淋巴细胞白血病临床表现、自然病程及实验室检查差异性较大, 极易与单克隆淋巴细胞增多症及套细胞淋巴瘤等混淆, 故治疗难度较大。笔者采用中西医结合治疗慢性淋巴细胞白血病, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2010年6月—2013年9月本院收治慢性淋巴细胞白血病患者, 共72例, 随机分为2组各36例, 观察组男26例, 女10例; 年龄43~76岁, 平均(57.3±1.2)岁; 病程1~6年, 平均(3.2±0.5)年; 初治12例, 复治24例; Binet分期 期21例, 期10例, 期5例。对照组男25例, 女11例; 年龄42~75岁, 平均(56.1±1.3)岁; 病程1~5年, 平均(2.6±0.4)年, 初治13例, 复治23例; Binet分期为 期23例, 期9例, 期4例。2组患者性别、年龄、病程及Binet分期等方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 均符合《血液病诊断及疗效标准》^[2]中慢性淋巴细胞白血病标准, 临床表现头晕、乏力、低热及肝脾肿大等。

2 治疗方法

2组治疗前行常规腹部超声、心电图及血、尿检查, 了解淋巴结及肝脾状况, 确定临床病理分期。

2.1 对照组 采用西药治疗, 治疗方法为FC方案, 即环磷酰胺联合氟达拉滨治疗, 其中环磷酰胺, 每次300 mg/m²; 每天1次, 氟达拉滨, 每次30 mg/m², 每天1次连续静脉滴注3天, 治疗4周为1疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用中医辨证治疗。痰瘀湿热型, 处方: 茵陈30g, 牡蛎、茯苓各15g, 白术、川贝母、泽泻、五灵脂、莪术各10g; 气阴两虚, 痰瘀停滞型, 处方: 黄精30g, 黄芪、女贞子、丹参、天冬、元参、牡蛎各15g, 川贝母、当归、莪术各10g; 痰瘀互结型, 处方: 熟地黄、黄芪、元参、茯苓、牡蛎各15g, 白芍、白术、赤芍、当归、川芎、五灵脂、陈皮、昆布、红花、川贝母、蒲黄各10g, 桔梗6g; 气郁痰结型, 处方: 夏枯草、元参、牡蛎各15g, 川芎、香附、柴胡、枳壳、赤芍、昆布、川贝母、胆南星、陈皮各10g。以水煎服, 每天1剂。

2组治疗3月统计疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组临床疗效及治疗后外周血T细胞亚群亚群变化情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0进行统计学处理, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《血液病诊断及疗效标准》^[2]拟定。完全

[收稿日期] 2014-09-21

[作者简介] 张燕萍(1982-), 女, 主治医师, 主要从事血液内科工作。

缓解：乏力及发热等临床症状及体征完全消失，受累肝脾及淋巴结恢复正常，外周血白细胞不超过 $10 \times 10^9/L$ ，外周血淋巴细胞百分比小于 60%，血小板计数及血红蛋白值正常，髓象恢复正常；部分缓解：临床症状及体征部分消失，受累肝脾及淋巴结大体积减小一半以上，外周血白细胞及淋巴细胞小于治疗前的一半；无效：临床症状及体征无任何改变甚至加重，外周血及髓象无明显变化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组 97.2%，对照组 72.2%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	完全缓解	部分缓解	无效	总有效率(%)
观察组	36	16(44.4)	19(52.8)	1(2.8)	97.2 ^①
对照组	36	9(25.0)	17(47.2)	10(27.8)	72.2

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗后外周血 T 淋巴细胞亚群变化比较 见表 2。治疗后观察组 CD4⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 低于对照组，CD8⁺ 高于对照组，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗后外周血 T 淋巴细胞亚群变化比较($\bar{x} \pm s$) $\times 10^9/L$

组别	n	CD4 ⁺	CD8 ⁺	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
观察组	36	0.6 \pm 0.2 ^①	0.6 \pm 0.1 ^①	1.0 \pm 0.4 ^①
对照组	36	0.9 \pm 0.2	0.4 \pm 0.1	1.8 \pm 0.5

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

中医学认为慢淋归属于瘰疬、积聚、痰毒、癥瘕、黄疸、痰核、血症及虚劳等范畴，为本虚标实之证。研究表明^[3-5]，中医治疗慢性淋巴细胞白血病应以扶正补虚为主，清热解毒为辅。其中扶正补虚以补益肺气脾气和肝阴肾阴为主，同时参用软坚散结及活血化瘀之法治疗早中期患者，以消痰癖之互结。研究显示，慢性淋巴细胞白血病的发生与发展与患者自身免疫

功能密切相关，其主要由小淋巴细胞大量增殖引起，T 淋巴细胞各亚群可通过相互协调或拮抗作用维持机体的免疫平衡状态。辅助性 T 细胞(CD4⁺ 细胞)的 Th1、Th2 及 Th17 亚群可通过分泌炎症因子发挥抗肿瘤作用，细胞毒性 T 细胞(CD8⁺ 细胞)则可抑制 B 细胞及 CD4⁺ 细胞功能，进而降低机体免疫应答能力，故 CD4⁺/CD8⁺ 比值可反映机体的免疫功能。

笔者采用中西医结合治疗慢性淋巴细胞白血病，中医辨证分为痰瘀湿热型，气阴两虚、痰瘀停滞型，痰瘀互结型，气郁痰结型。分别拟方治疗，结果观察组总有效率明显高于对照组，且治疗后 CD4⁺/CD8⁺ 低于对照组，中西医结合治疗还能明显提高患者免疫功能，能提高患者对化疗的耐受力，进而支持化疗的顺利进行。综上所述，采用中西医结合治疗可有效发挥中西治疗互补优势，通过辨证分型及针对性治疗促进慢性淋巴细胞白血病的早发现及早治疗，故中西医结合可作为治疗慢性淋巴细胞白血病的临床首选方法。

[参考文献]

[1] 薛艳明, 董秀帅, 苗丽, 等. 54 例慢性淋巴细胞白血病的临床回顾性分析[J]. 现代生物医学进展, 2014, 14(8): 1471-1474.

[2] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 北京: 科学出版社, 2007.

[3] 裴卫竑. 中西医结合治疗慢性粒细胞白血病临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(7): 935-936.

[4] 于阳, 吴学宾. 中西医结合治疗慢性淋巴细胞白血病[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(12): 1360-1362.

[5] 沙雪平. 益气养阴补血活血方配合西药治疗急性淋巴细胞白血病疗效观察[J]. 陕西中医, 2012, 33(12): 1614-1616.

(责任编辑: 马力)

欢迎订阅 2015 年 《新中医》

无论国内还是国外，有中医的地方就有《新中医》，《新中医》摇中医之旗，宣中医之术，传中医之道，解中医之惑；《新中医》去伪存真，去粗取精，造就高手，培养名医。《新中医》坚持面向临床的办刊方针，及时展现当代中医的新观点、新思路、新成果、新技术、新方法、新经验，全心全意为广大读者服务。请新老读者到当地邮局订阅 2015 年《新中医》。《新中医》为广州中医药大学与中华中医药学会共同主办，月刊。刊号：ISSN256-7415，CN44-1231/R。邮发代号：国内 46-38，国外 M86。定价：每期 18 元，全年 12 期共 216 元，地址：(510006) 广州市番禺区广州大学城外环东路 232 号广州中医药大学。联系电话：020-39354129。