

老年急性髓细胞白血病的治疗对策分析

曹 鹏

山东省乳山市人民医院 山东 乳山 264500

【摘要】目的：研究探讨老年急性髓细胞白血病的治疗对策。**方法：**将2019年1至2021年12月在本科室接受治疗的老年急性髓细胞白血病患者62例作为本次研究的对象，分2组，对照组患者给予的DA方案诱导化疗；观察组患者给予中医序贯疗法联合DA方案诱导化疗治疗；观察对比两组患者治疗后的情况。**结果：**观察组总缓解率(90.32%VS48.39%)高于对照组($\chi^2=10.6286, P<0.05$)；治疗后观察组血常规指标、生活质量指标更高以及不良反应发生率更低。**结论：**给老年急性髓细胞白血病患者进行中医序贯疗法联合DA方案诱导化疗治疗效果十分显著，明显改善骨髓抑制，有效提高生活质量，降低不良反应的发生几率，安全性较高，非常具有临床价值，值得推荐。

【关键字】老年；急性髓细胞白血病；治疗；对策

白血病是血液系统恶性克隆性疾病，由于造血干细胞恶变，导致白血病细胞停滞分化在不同的阶段，正常造血功能遭到破坏。急性髓细胞白血病是一种影响血液和骨髓的恶性肿瘤(癌症)，病人出现贫血、感染、出血、器官浸润等一系列症状，感染是因为正常功能的白细胞减少了，没有正常功能的白细胞，吞噬细菌的能力降低，进而引起合并感染，这种白血病细胞在骨髓里的浸润导致红细胞受到抑制，临床表现就会有贫血的发生，主要因为抑制巨核细胞就会引起血小板生成的减少，引起出血，导致白血病细胞在机体内浸润各个组织器官，比方说肝、脾还有我们的中枢神经系统。急性髓细胞白血病并不是不治之症。首先要进行完整的MICM分型，评价一下危险程度，然后再制定下一步的治疗方案。首先都要进行化疗，除急性早幼粒细胞白血病可进行诱导分化治疗，其他类型的都要进行联合化疗来争取缓解，缓解以后就要根据危险度的分层以及病人的实际情况来决定下一步强化巩固以及维持治疗的方法，可以选择巩固化疗，就是继续进行化疗来清除体内残留的白血病细胞。如果经济条件可以、年龄可以，有合适的供者、类型也适合，那就可以做造血干细胞移植来彻底治愈急性髓细胞白血病。化疗的常见的副作用是根据化疗药物的种类不同，副作用不同，有消化道反应、脱发、肝肾功能损害，还有些有口腔黏膜的糜烂、便秘、末梢神经炎的表现，虽然临床医生都会给予相应的对症处理的方法帮你解除疼痛，但是由于老年患者机体较差，免疫力低下，不良反应给患者带来不良影响，降低老年患者的治疗积极性，进而影响治疗效果^[1-2]。本次研究探讨老年急性髓细胞白血病的治疗对策，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1至2021年12月在本科室接受治疗的老年急性髓细胞白血病患者62例作为本次研究的对象，对照组：男14例，女17例，年龄75-83岁，平均年龄(80.13±1.48)岁。观察组：男16例，女15例，年龄75-83岁，平均年龄(79.52±1.52)岁；对比两组一般资料(性别、年龄)，结果均无统计学差异， $p>0.05$ 。

纳入标准：①所有患者符合老年急性髓细胞白血病诊断标准；②所有患者的年龄在75-83岁，符合大于60岁老年标准；③治疗前检查发现患者无合并其他严重疾病，也无其他感染疾病，可接受化疗；④所有患者对本次研究都了解，并签了知情协议，并经过医院伦理委员会批准。

排除标准：①参与患者的年龄小于60岁；②患者合并严重脏器疾病；③患者治疗配合度较差，治疗依存性较差；④患者的认知度较差，精神较差。

1.2 方法

对照组：对照组患者给予DA方案诱导化疗治疗，具体内容：注射

注盐酸柔红霉素(批准文号：国药准字H44024361；深圳万乐注射用盐酸柔红霉素)，使用前每支加10ml注射用生理盐水溶解。静脉滴注用0.9%氯化钠注射液250ml溶解后滴注，1小时内滴完。一个疗程的用量为0.4~1.0mg/kg，停药1周后重复。总给药量不超过25mg/kg。注射阿糖胞苷(批准文号：H20080412)静脉注射或滴注一次按体重2mg/kg(或1~3mg/kg)，一日1次，连用5日；间歇1个月或骨髓造血功能恢复后接受下一疗程治疗。骨髓抑，制期治疗方案：如果患者的白细胞计数低于 $1 \times 10^9/L$ 时，给患者注射重组人粒细胞集落刺激因子，同时给患者其他对症支持治疗。

观察组：在对照组治疗基础上联合中医序贯治疗，于诱导化疗期和骨髓抑制期序贯联合使用参芪杀白汤、参芪仙补汤治疗，患者化疗期间使用参芪杀白汤，参芪杀白汤的内容：人参、当归、黄药子、枸杞子各10g，黄芪、白花蛇舌草各30g，沙参、天门冬、半枝莲各15g，生地黄12g，地骨皮20g，甘草6g，将以上药物煎制，每天100ml，早晚一剂；化疗后的骨髓抑制期间使用参芪仙补汤治疗，参芪仙补汤包含人参、知母、阿胶(烊化)、黄柏、黄精、枸杞子各10g，黄芪、仙鹤草、生牡蛎、生龙骨各30g，补骨脂、墨旱莲、女贞子、生地黄、麦门冬各15g，三七粉3g。将药物煎制后，每次200ml，每日一次。

1.3 观察指标

①对比分析两组患者的治疗效果，参照医院疾病诊断标准，总缓解率=CR+PR。

②对比两组患者治疗前后的血常规指标。

③对比分析两组患者的生活质量，使用WHO生活质量评定量表(QOL-BREF)进行评估，分值和生活质量成正比。

④对比分析两组患者治疗后的不良反应发生率

1.4 统计学方法：

采用SPSS 22.0分析数据，治疗有效率、不良反应发生率采用 χ^2 检验；WBC、Hb以及PLT等血常规指标和健康状态、心理状态、社会功能以及生存质量等生活质量指标采用t检验； $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 对比效果

观察组患者的CR(67.74%VS35.48%)高于对照组($\chi^2=6.4583, P<0.05$)；观察组患者的PR(22.58%VS12.90%)高于对照组($\chi^2=0.9949, P>0.05$)；观察组总缓解率(90.32%VS48.39%)高于对照组($\chi^2=10.6286, P<0.05$)，表1。

表1 两组患者治疗效果比较(n,%)

组别	例数	CR	PR	NR	总缓解率
观察组	31	21 (67.74%)	7 (22.58%)	4(12.90%)	90.32% (27)
对照组	31	11 (35.48%)	4 (12.90%)	16(51.61%)	48.39%(15)
χ^2	-	6.4583	0.9949	10.6286	10.6286
P	-	0.011	0.319	0.001	0.001

2.2 对比两组患者治疗前后的血常规指标
治疗后观察组的WBC($t=7.0249$)、Hb($t=6.0379$)以及PLT($t=5.1524$)等血常

规指标低于对照组($P<0.05$)，见表2。

表2 对比两组患者治疗前后的血常规指标对比 (n, $\bar{x} \pm s$)

指标	护理时间	观察组	对照组	t 值	P 值
WBC/(10^9L^{-1})	治疗前	12.14±6.19	12.13±6.17	0.6071	0.4579
	治疗后	6.62±1.15	4.01±1.24	7.0249	0.0000
Hb/($g \cdot L^{-1}$)	治疗前	119.34±4.18	116.37±4.75	0.5641	0.7151
	治疗后	87.02±11.27	65.06±11.62	6.0379	0.0000
PLT/(10^9L^{-1})	治疗前	211.17±7.79	211.75±7.08	0.1252	0.9014
	治疗后	113.26±8.14	93.38±10.87	5.1524	0.0000

2.3 对比两组患者治疗前后的生活质量 治疗后的观察组患者的健康状态 ($t=8.1526$)、心理状态 ($t=4.1520$)、社会功能 ($t=10.1642$)、生存质量 ($t=10.2547$) 等生活质量指标高于对照组 ($P < 0.05$)，表 3。

表3 两组患者治疗前后的生活质量对比 (n, $\bar{x} \pm s$)

指标	时间点	观察组	对照组	t 值	P 值
健康状态	治疗前	24.15±4.16	24.15±4.09	0.4152	0.70157
	治疗后	15.36±3.03	20.85±3.16	8.1526	0.0000
心理状态	治疗前	17.97±3.28	17.36±3.26	0.3162	0.5763
	治疗后	13.16±1.18	14.89±1.26	4.1520	0.0000
社会功能	治疗前	23.28±6.75	23.74±6.37	0.4519	0.7152
	治疗后	18.03±4.75	21.39±5.48	10.1642	0.0000
生存质量	治疗前	55.28±6.79	55.36±7.54	0.4032	0.7159
	治疗后	42.19±9.24	50.81±9.17	10.2547	0.0000

2.4 对比两组患者的不良发生发生率 观察组患者的不良发生发生率更低，见表 4。

表4 两组患者治疗后的不良发生发生率比较 (n,%)

组别	例数	胃肠道反	电解质紊乱	肝损害	肾损害	感染
观察组	31	3	3	2	5	9
对照组	31	10	9	8	9	17
χ^2	-	4.7629	3.9567	4.2923	1.4762	4.2393
P	-	0.029	0.049	0.038	0.224	0.039

3 讨论

我国白血病的发病率呈逐年上升的趋势，其中 70% 为急性髓细胞白血病，急性髓细胞白血病中，未发病年龄 67 岁，其中超过半数 65 岁以上的老年人，75 岁以上老年患者占到了 1/3。对于年轻急性髓系白血病的患者，80% 以上可以获得完全缓解，40% 左右的 5 年生生存率，但是在老年白血病患者疗效尚待进一步提高。统计分析发现，急性髓细胞白血病治愈率在不同年龄段均有改善，但随着年龄的上升，改善的幅度也有下降，对于 65 岁以上的老年人，5 年生生存率有轻度改善，但在 75 岁以上的患者 5 年生生存率没有明显的变化^[3-4]。

目前，社会飞速，医疗科技也取得不小的成就，人们对健康的关注度和认知度也越来越高，但是实际上严重的疾病的发病率并没有因此而降低，癌症发病率和死亡率仍然上升，严重威胁人们的生命健康。以往虽然运用很多方法进行治疗，但是总体治疗效果并不理想。中医我国的千年文化传承，现代人们越来越深刻认识到中医药在治疗过程中的重要性，已经将中医药治疗纳入老年急性髓细胞白血病的治疗方案当中。老年急性髓细胞白血病患者主要是由于正气不足，脏腑功能失调，以致邪毒乘虚而入，蕴聚于经络、脏腑，使机体阴阳失调，气血功能障碍，导致气滞、血瘀、痰凝、毒聚，相互胶结，日久所形成的，通过中药调节机体的阴阳、气血和经络、脏腑的生理功能，以充分发挥机体内在的抗病能力^[5-6]。化疗治疗是以消灭肿瘤或减低肿瘤负荷为目的的治疗方法，虽然可能在一定程度上缓解了病情，但不良反应不容忽视，化疗会在杀灭肿瘤细胞的同时也杀伤人体的正常细胞，毒副作用明显。即使可使肿瘤得到一定的控制和缩小，但是由于大大破坏了机体的抵抗力（正气），严重影响治疗。在老年急性髓细胞白血病患者化疗期采用参芪杀白汤具有很高的补气养血，清热凉血，清热解毒功效，经过现代药理研究参芪杀白汤与化疗药物发挥协同作用，发挥非常显著的抗肿瘤细胞效应，提高治疗期间的生活质量，

降低不良反应的发生几率；在骨髓抑制期间给患者使用参芪仙补汤治疗达到能滋阴补肾、益气生血，恢复骨髓早期造血功能，提高化疗疗效并减轻其毒副作用，明显提高安全性^[7-8]。本次研究数据提示观察组总缓解率（90.32%VS48.39%）高于对照组（ $\chi^2=10.6286$ ， $P < 0.05$ ）；治疗后观察组的 WBC ($t=7.0249$)、Hb ($t=6.0379$) 以及 PLT ($t=5.1524$) 等血常规指标低于对照组 ($P < 0.05$)；治疗后的观察组患者的健康状态 ($t=8.1526$)、心理状态 ($t=4.1520$)、社会功能 ($t=10.1642$)、生存质量 ($t=10.2547$) 等生活质量指标高于对照组 ($P < 0.05$)；进一步说明中医序贯疗法联合 DA 方案诱导化疗治疗的优越，具有很高的优越性，值得推广。

综上所述，给老年急性髓细胞白血病患者进行中医序贯疗法联合 DA 方案诱导化疗治疗效果十分显著，明显改善骨髓抑制，有效提高生活质量，降低不良反应的发生几率，安全性较高，非常具有临床价值，值得推荐。

参考文献：

[1] 王茂生,李君,杨淑莲,等. 中医分期辨治联合化疗治疗成人急性髓细胞白血病临床观察[J]. 现代中西医结合杂志,2019,025(030):3320-3321.

[2] 曹易耕,姜尔烈,何神,等. 自体外周血造血干细胞移植治疗 55 例急性髓系白血病患者疗效及预后分析[J]. 中华血液学杂志,2018,031(006):464-465.

[3] 熊涛,梁艳,刘敏,等. 地西他滨联合 CAG 方案与单独 CAG 方案治疗老年急性髓系白血病的临床效果分析[J]. 湖南中医药大学学报,2018,038(001):395-396.

[4] 佟丽,韩婷,霍锦卉,等. 中药序贯治疗联合 DA 化疗方案治疗成人急性髓细胞白血病减毒增效效果观察[J]. 河北中医,2019,041(007):1025-1026.

(下转170页)

表2 克雷伯菌属、埃希菌属、不动杆菌属、假单胞菌属耐药性结果

抗菌药物	克雷伯菌属 (n=24)			埃希菌属 (n=11)			假单胞菌属 (n=11)			不动杆菌属 (n=13)		
	敏感	中介	耐药	敏感	中介	耐药	敏感	中介	耐药	敏感	中介	耐药
阿莫西林	12(50.00)	2(8.33)	10(41.67)	0(0.00)	0(0.00)	11(100.00)	6(54.55)	2(18.18)	3(27.27)	8(61.54)	2(15.38)	3(23.08)
妥布霉素	0(0.00)	0(0.00)	24(100.00)	0(0.00)	1(9.09)	10(90.91)	5(45.45)	2(18.18)	4(36.37)	9(69.23)	1(7.69)	3(23.08)
环丙沙星	22(91.67)	2(8.33)	0(0.00)	11(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	9(81.82)	1(9.09)	1(9.09)	13(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
左氧氟沙星	24(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	11(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	11(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	13(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
亚胺培南	24(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	10(90.91)	1(9.09)	0(0.00)	11(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	13(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
头孢西丁	6(25.00)	6(25.00)	12(50.00)	3(27.27)	2(18.18)	6(54.55)	8(72.73)	0(0.00)	3(27.27)	7(53.85)	2(15.38)	4(30.77)
头孢他啶	12(50.00)	6(25.00)	6(25.00)	2(18.18)	3(27.27)	6(54.55)	6(54.55)	1(9.09)	4(36.36)	7(53.85)	1(7.69)	5(38.46)
头孢哌酮舒巴坦	12(50.00)	10(41.67)	2(8.33)	7(63.64)	2(18.18)	2(18.18)	5(45.46)	2(18.18)	4(36.36)	8(61.54)	2(15.38)	3(23.08)
米诺环素	4(16.67)	6(25.00)	14(58.33)	2(18.18)	3(27.27)	6(54.55)	4(36.36)	2(18.18)	5(45.46)	9(69.24)	2(15.38)	2(15.38)
替加环素	8(33.33)	8(33.33)	8(33.34)	2(18.18)	3(27.27)	6(54.55)	6(54.55)	1(9.09)	4(36.36)	6(46.15)	1(7.69)	5(38.46)
甲氧苄啶	4(16.67)	6(25.00)	14(58.33)	2(18.18)	4(36.37)	5(45.45)	6(54.55)	2(18.18)	3(27.27)	5(38.46)	1(7.69)	6(46.15)

表3 金黄色葡萄球菌、肠球菌属耐药性结果 [n (%)]

抗菌药物	金黄色葡萄球菌属 (n=37)			肠球菌属 (n=25)		
	敏感	中介	耐药	敏感	中介	耐药
氨苄西林	0(0.00)	0(0.00)	37(100.00)	6(24.00)	6(24.00)	13(52.00)
利福平	21(56.75)	0(0.00)	16(43.24)	6(24.00)	5(20.00)	14(56.00)
环丙沙星	26(70.27)	2(5.41)	9(24.32)	6(24.00)	7(28.00)	12(48.00)
左氧氟沙星	22(59.46)	3(8.11)	12(32.44)	20(80.00)	0(0.00)	5(20.00)
克林霉素	25(67.56)	4(10.82)	8(21.62)	19(76.00)	1(4.00)	5(20.00)
替考拉宁	37(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	25(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
苯唑西林	26(70.27)	4(10.81)	7(18.92)	6(24.00)	6(24.00)	13(52.00)
万古霉素	37(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	25(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
红霉素	28(75.67)	2(5.41)	7(18.92)	6(24.00)	6(24.00)	13(52.00)
青霉素	0(0.00)	0(0.00)	37(100.00)	11(44.00)	0(0.00)	14(56.00)

3 讨论

重症肝病使得患者机体免疫功能下降,增加患者出现医院感染的风险。通常可导致肝病出现感染的原因如下:(1)免疫功能障碍。严重肝硬化患者,出现免疫功能障碍概率增加,患者免疫缺陷。细菌移位和先天免疫应答病理性激活在肝硬化失代偿的发生中起重要作用,像NOD2受体参与对致病菌的识别和清除,这些受体的基因改变会导致细胞免疫功能受损和细菌易位增加^[3]。(2)肠道菌群失调。肠道菌群可以维持完整的肠道上皮屏障,保护宿主避免病原微生物侵害。肝硬化细菌易位中肠道细菌过度生长起到重要作用。本研究观察我院收治89例肝病医院感染患者,患者医院感染细菌分布以金黄色葡萄球菌、肠球菌属、克雷伯菌属、埃希菌属、不动杆菌属、假单胞菌属为,针对上述几种细菌耐药性进行分析,不同细菌对药物耐药情况不同,后针对性选取相应药物治疗^[4-5]。以克雷伯菌属引起的感染为例,该种细菌对阿莫西林等药物耐药性较高,对左氧氟沙星等药物耐药性低、药敏性高,提示此左氧氟沙星对抗克雷伯菌属效果较为理想,可适当选择。

综上所述,肝病患者可能由于金黄色葡萄球菌、肠球菌属、克雷伯菌

属、埃希菌属、不动杆菌属、假单胞菌属等革兰阴性菌或者革兰阳性菌出现感染,当感染出现后,分析患者具体感染原因,后针对不同细菌感染采用不同的药物治疗方案,以选择耐药性低、药敏性高的药物,有效对抗肝病出现的感染。

参考文献:

[1] 陈斌,张丽,彭杰,等.乙型肝炎相关性慢加急性肝衰竭细菌感染临床特点及中医证候回顾性分析[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(2):39-44.
 [2] 张巍,邵明亮,苗同国,等.慢性乙型肝炎病毒感染合并急性肾损伤的发病特点及近期预后分析[J].中国现代医学杂志,2020,30(1):70-76.
 [3] 郭婷,彭芳,易蕾.肝病合并细菌感染的病原学和耐药特点及抗菌药物选用探讨[J].当代医学,2020,26(21):40-42.
 [4] 任建云,陈琳,王玥,等.我院肝病住院患者病原菌感染分布及耐药性分析[J].医学信息,2020,33(13):130-133.
 [5] 张建媛,戴秋霞,龚忠霞,等.针对性预防控制护理对传染病房肝病住院患者院内感染的影响研究[J].实用医技杂志,2020,27(12):1720-1721.

(上接 164 页)

[5] 李坤,何继祥,姜义荣.地西他滨联合HAG方案治疗老年急性髓细胞白血病的疗效[J].广西医科大学学报,2018,046(006):48-49.
 [6] 余笑梅,练诗梅,宋洋,等.老年急性髓细胞白血病的临床特点及预后分析[J].空军医学杂志,2019,035(001):35-36.
 [7] 林鹏,王炜,黄伟波,等.不同化疗方案治疗成人初治非M

3型AML的完全缓解率及不良反应[J].中国实验血液学杂志,2018,026(002):124-125.
 [8] 杨洋,杨波,蔡力力,等.自体CIK细胞联合化疗治疗老年急性髓细胞白血病的临床研究[J].中国实验血液学杂志,2014,22(1):6.