·论　著·

# 20 例以全血细胞减少为特点的巨幼细胞性贫血患者的临床分析

张 恒 （南华大学附属南华医院血液科 湖南衡阳 421002）

**摘要：目的** 探讨以全血细胞减少为特点的巨幼细胞性贫血（MA）患者的临床特点。**方法** 回顾性分析 20 例 MA 并发全血细胞减少症患者的临床资料。**结果** MA 并发全血细胞减少症在年龄大于 50 岁患者多见（16/20），临床表现各异，外周血细胞呈不同程度减低，且以大细胞性贫血为主，白细胞、血红蛋白、血小板、MCV 水平分别为：（2.46±0.59）×$10^9$/L、（63.65±22.49）g/L、（59.10±23.70）×$10^9$/L、（117.55±14.03）fl；红细胞形态大小不一，平均红细胞体积宽度变异系数（RDW-CV）、平均红细胞体积宽度标准差（RDW-SD）分别为：（18.54±5.24）、（71.48±17.97）fl；维生素 B12、叶酸、铁蛋白水平分别为：（91.42±147.34）pg/ml、（10.98±5.88）ng/ml、（325.51±163.88）ng/ml；提示主要以 VB12 缺乏为主；直接胆红素、间接胆红素、乳酸脱氢酶（LDH）有不同程度升高，水平分别为：（11.09±3.85）umol/L，（19.53±19.61）umol/L、（1066.35±873.83）U/L。**结论** 结合血细胞分析、贫血三项、胆红素水平、LDH 及骨髓形态等实验室检查指标，有助于 MA 并发全血细胞减少症的诊断，减少临床误诊。

**关键词**：贫血　全血细胞减少　巨幼细胞性　维生素 B12
**中图分类号**：R556　**文献标识码**：A　**文章编号**：1009-5187（2017）16-008-02

巨幼细胞性贫血（MA）系由于多种原因引起维生素 B12、叶酸减少或缺乏，最终导致细胞增殖时脱氧核糖核酸（DNA）合成障碍，细胞分裂受阻引起的一类营养性贫血，多见于进食新鲜蔬菜、肉类较少的人群[1]。该病在老年人中发病较高，且多合并全血细胞减少，临床中易误诊[2]。本文回顾性分析我院 20 例 MA 并发全血细胞减少症患者的临床表现、血象及骨髓象特点、实验检查指标，目的在于探讨该类患者的临床特点，以提高对本病的诊治，减少临床误诊。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2016 年 1 月至 2017 年 8 月间确诊的 MA 并发全血细胞减少症患者 20 例，其中男性 8 例，女性 12 例，年龄 35～86 岁，平均（60.20±13.70）岁。单纯叶酸缺乏者 2 例，单纯维生素 B12 缺乏者 16 例，两者均缺乏者 2 例；20 例患者均有不同程度的头晕、乏力、活动后气短、心悸症状；17 例（85%）有消化道症状：纳差、偏食、食欲不振、恶心、便秘等；6 例（30%）出现黄疸、消瘦；2 例（10%）出现浮肿；11 例（55%）伴有镜面舌、四肢肢端麻木。

1.2 方法

收集 20 例患者的病例资料，对所有患者的血常规、生化（包括间接胆红素、直接胆红素、乳酸脱氢酶）、贫血三项（包括叶酸、维生素 B12、铁蛋白）、骨髓涂片检查等资料进行整理、分析。

1.3 诊断标准

巨幼贫的诊断标准见文献[3]，同时至少连续 2 次血常规白细胞 <4×$10^9$/L，血红蛋白 <100g/L，血小板 <100×$10^9$/L.

1.4 统计学方法

采用 spss17.0 软件对数据进行统计分析，以均数 ± 标准差表示计量资料。

## 2 结果

2.1 患者外周血各项指标检查结果：20 例患者的 WBC、HB、PLT、MCV、RDW-CV、RDW-SD 均值见表 1。

表 1：20 例 WBC、HB、PLT、MCV、RDW-CV、RDW-SD 均值（$\bar{\chi}\pm s$）

| 例数 | 年龄（岁） | WBC（×$10^9$/L） | HB（g/L） | PLT（×$10^9$/L） | MCV（fl） | RDW-CV（%） | RDW-SD（fl） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 60.20±13.70 | 2.46±0.59 | 63.65±22.49 | 59.10±23.70 | 117.55±14.03 | 18.54±5.24 | 71.48±17.97 |

2.2 患者生化（包括总间接胆红素、直接胆红素、乳酸脱氢酶）、贫血三项（包括叶酸、维生素 B12、铁蛋白）均值见表 2。

表 2：20 例间接胆红素、直接胆红素、LDH、叶酸、VB12、铁蛋白均值（$\bar{\chi}\pm s$）

| 例数 | 年龄（岁） | 间接胆红素（umol/L） | 直接胆红素（umol/L） | LDH（U/L） | 叶酸（ng/ml） | VB12（pg/ml） | 铁蛋白（ng/ml） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 60.20±13.70 | 19.53±19.61 | 11.09±3.85 | 1066.35±873.83 | 10.98±5.88 | 91.42±147.34 | 325.51±163.88 |

2.3 骨髓细胞形态学（见图 1）：2 例有核细胞增生活跃，18 例增生明显活跃，细胞核浆发育失衡，呈“核幼浆老”改变 20 例，有嗜碱性点彩红细胞 19 例，有 Howenll-jolly 小体 15 例。分叶核分叶 5 叶以上 16 例。颗粒型巨核细胞 15 例，产板型巨核细胞 13 例，裸核型巨核细胞 7 例。

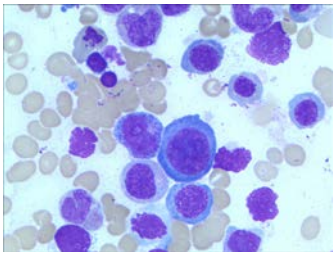

图 1：原早幼红细胞胞体积增大、胞质明显蓝染，细胞核浆发育失衡，呈“核幼浆老”表现。

## 3 讨论

巨幼细胞性贫血是由于叶酸或（和）维生素 B12 缺乏而导致细胞 DNA 合成障碍的一类贫血，临床可表现为一系、两系或三系血细胞减少，好发于老年人。研究[4]认为这与老年人牙齿疾病、不良的饮食习惯、食物烹调方法不当及消化道细胞萎缩、多种消化酶分泌减少、肠蠕动功能减弱、胃肠道疾病等影响维生素 B12、叶酸的吸收有关；本研究中 MA 患者以缺乏维生素 B12 者多见（18/20），这跟文献[5]报道的一致。

本研究中，20 例 MA 并发全血细胞减少症患者的血象结果提示红细胞体积不同程度的增大，且大小不一，平均红细胞体积宽度变异系数（RDW-CV）、平均红细胞体积宽度标准差（RDW-SD）均较正常参考值升高。间接胆红素、直接胆红素、LDH 亦较正常水平升高，尤以 LDH 升高显著，这主要是因为细胞内维生素 B12 和叶酸缺乏，干扰了 DNA 的合成，细胞停

（下转第 11 页）

并且会刺激患者应激反应，使得伤口不易愈合，从而延长治疗时间，给患者及家属带来巨大负担[3]。头痛多出现在手术后1d，具体部位集中在额部、双侧颞和顶枕部。因此针对腰硬联合麻醉术后头痛患者，找寻一种安全、高效的治疗方法意义重大，其中中西结合治疗效果显著。

本次研究结果显示，观察组患者治疗总有效率高于对照组，P＜0.05；观察组患者治疗后头痛发作次数少于对照组，每次头痛发作时间短于对照组，P＜0.05。具体原因分析如下：腰硬联合麻醉术后头痛症状较为常见，多数患者卧床数日后可自行恢复，但是也存在很多患者需要依靠药物治疗方可治愈的情况，临床研究结果显示，腰硬联合麻醉术后头痛症状的主要原因可能为术后患者颅内压下降，手术后患者脑脊液会经由穿刺口溢出，进而导致颅内压降低，同时穿刺口内径越粗，患者硬膜破口便会越大，基于此患者脑脊液溢出量也会明显增加，提升了头痛情况的发生几率，会加重头痛程度。并且也有研究指出，在穿刺过程中，椎管内会出现无菌性炎症反应，也会致使患者术后出现头痛情况。通常情况下，临床在治疗腰硬联合麻醉术后头痛时主要采取西医治疗方式，临床研究结果显示，腰硬联合麻醉后头痛程度与术中及术后患者体位息息相关，因此在西医治疗模式下，医生以改变患者体位为主，患者术后不得长时间行坐位或俯卧位，在术后3d内应尽量行平卧位，并去除患者枕头，进而减轻患者穿刺口压力，提升颅内压，从而有效减轻头痛程度，同时医护人员定期为患者翻身，活动患者各个关节，避免出现压疮或关节僵硬等情况。并且若患者头痛程度较为严重，则在治疗时应给予患者维他命C和维他命$B_6$，能够促使脉络丛产生脑脊液，达到有效缓解头痛症状的效果。但是尽管西医治疗能够有效缓解患者头痛情况，但是存在复发情况，患者头痛症状无法完全缓解，治疗后患者头痛持续时间并未减少，因此本次研究中对照组患者各项指标不尽理想不尽理想，可见单纯西医治疗效果不佳，医护人员必须结合患者头痛发作实际情况，创新治疗方式，可结合中医理论，在西医治疗基础上给予患者中医治疗。在本次研究中观察组在西医治疗的基础上给予患者多味中草药，具体包括黄芩、栀子、白芷、辛夷、麦冬生地和牡丹皮等，其中黄芩、栀子能够起到化瘀止血、解毒抗炎作用，而白芷和辛夷则具有通经活络、温补肝肾和滋阴生津的作用，此外白芍、麦冬、牡丹皮和生地能够消炎止痛、祛除风邪，并能够起到滋阴生津的作用，上述药物配伍能够共同发挥通经活络、滋阴生津和祛风止痛的效果，进而有效缓解患者头痛症状，降低头痛发作次数，并缩减每次头痛发作时间。西医治疗基础上内服中药治疗效果更佳，能够改善患者身体机能，促进硬膜创口修复，并促使患者颅内压维持在正常水平，提升整体治疗效果。此外，中西医结合治疗具有操作简单、见效快等特点，在缩减患者治疗时间的同时，降低患者痛苦程度，且无明显副作用，患者及其家属容易接受，临床治疗依从性较高。吴淑榜[4]等人在研究中给予37例腰硬联合麻醉术后头痛患者以中西医结合治疗，治疗2周后30例患者病情明显恢复，治疗总有效率高达81.08%，与本次研究结果相符。此外，患者术后需要大量输液，也有很多患者需大量饮水，从而增加了脉络丛产生脑脊液的数量，进而有效缓解患者头痛症状。并且可在治疗过程中应用硬膜外间隙内自体血填充法进行治疗，其为一种较为成熟的治疗方法，能够对创口进行有效封堵，抑制脑脊液外渗，进而提高患者颅内压，从而有效缓解患者头痛症状，并在最大程度上治愈患者头痛，改善其预后质量。

综上，中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛临床效果显著，能有效改善患者头痛程度，促进患者病情快速恢复且安全性较高，值得在临床上广泛推广。

**参考文献**

[1]程朝晖，赵根隆，付作文，等.中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛临床研究[J].亚太传统医药，2014，10(4):92-93.

[2]高利华.中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛的疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志，2016，4(31)：162-162.

[3]李明玉.中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛的临床观察[J].中国民间疗法，2016，24(11):68-69.

[4]吴淑榜，吴九敏.中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛临床研究[J].四川中医，2015，34(6):111-112.

（上接第8页）

留在有丝分裂前期，且出现原位溶血[1]。但这种病态造血亦常见于MDS患者，故临床上MA并发全血细胞减少症者亦误诊为MDS，而MDS的本质为恶性克隆性疾病，两者治疗及预后迥然不同。但叶海燕[6]等研究认为，LDH是MA的敏感指标，且有助于MA与不伴有原始细胞增多的MDS进行鉴别。

综上所述，对于临床中并发全血细胞减少的MA患者，结合其临床表现、RDW-CV、RDW-SD、MCV、LDH、维生素12、叶酸及骨髓形态等实验室指标，不难作出正确诊断。通过对这类患者临床特点的把握，从而有利于加深对这类疾病的认识，对减少临床误诊、提高临床治愈率具有重要意义。

**参考文献**

[1]陈灏珠，林果为，王吉耀.实用内科学[M].14版.北京：人民卫生出版社，2013：2328-2333.

[2]祝玲，林凯，王健儿等.并发全血细胞减少症的老年巨幼细胞性贫血68例临床分析[J].广东医学，2015，(14):2216-2217.

[3]张之南，沈悌.血液病诊断及疗效标准[M].3版.北京：科学技术出版社，2007：14-16.

[4]钱林生，谢普耀，李大为，等.43例老年人巨幼细胞性贫血临床分析[J].中华老年医学杂志，1994，13(2)：87.

[5]MalekE,SacherRA.Megaloblastic Anemia[J].Patho biology of Human Disease,2014,127(7362):1499-1505.

[6]叶海燕，陈焯文，邓善威.血清乳酸脱氢酶检测在巨幼细胞性贫血诊断中的意义[J].重庆医学，2014，(16):2108-2109.

（上接第9页）

的水平治疗力，作用于患儿体表后产生定向挤推和震颤作用，进而作用于支气管中已被液化的黏液，促使其沿着细支气管、支气管、气管，并经由支气管，在咳嗽作用下排出体外[4]。同时机械振动排痰对患儿体位无特殊要求，且叩击力持续、均匀，叩击频率稳定，患儿容易接受治疗，并且在叩击过程中根据患儿实际情况合理调整叩击头，保证病变部位肺组织肺叶接受有效的叩击与振动，促进深部肺叶的排出，有效解决了人工叩击无法排出深部痰液的问题[5]。

综上，机械振动排痰辅助治疗小儿肺炎效果显著，能够有效改善患儿病情，缩短治疗周期，临床推广意义显著。

**参考文献**

[1]邹带娣.机械振动排痰辅助治疗小儿支气管肺炎的疗效分析[J].微创医学，2015，10(2):171-172.

[2]刘毅.机械振动排痰辅助治疗小儿肺炎的临床观察[J].世界临床医学，2017，11(12):159-159.

[3]杨红海.机械振动排痰应用于小儿肺炎治疗的效果观察[J].吉林医学，2016，37(4):927-928.

[4]聂艳娇.机械振动排痰辅助治疗小儿肺炎的护理分析[J].中外医疗，2013，32(11):162-162.

[5]郭东梅，周锦云.机械振动排痰辅助治疗小儿肺炎患儿的临床疗效[J].医疗装备，2017，30(10):135-136.