

· 腹部疾病 ·

50例再生障碍性贫血合并乙肝肝炎患者血常规检测结果分析

广东省茂名市高州市石鼓镇中心卫生院检验科 (广东 茂名 525252)

陈茂连

【摘要】目的 探讨再生障碍性贫血合并乙肝肝炎临床特点、治疗方案及预后。**方法** 收集2010年1月-2016年12月我院50例肝炎相关性再生障碍性贫血(HAAA)患者及50例重型再生障碍性贫血(SAA)患者临床资料,对比HAAA组与SAA组临床表现、血常规、肝功能、骨髓涂片和骨髓活检、治疗情况及预后转归。**结果** HAAA组与SAA组均存在程度不一贫血、出血、感染等症状,两组贫血、出血、发热程度分级比较均无显著差异($P>0.05$)。HAAA组在诊断AA时较诊断为肝炎时ALT、AST水平明显降低($P<0.05$)。HAAA组较SAA组WBC、PLT、ANC等水平明显降低($P<0.05$)。HAAA组较SAA组粒系、造血面积均显著减少($P<0.05$),脂肪面积、骨小梁面积显著增大($P<0.05$)。两组患者均给予司坦唑醇、造血生长因子等骨髓造血刺激药物治疗,并给予相关对症治疗。HAAA组较SAA组生存时间明显缩短($P<0.05$)。**结论** AA合并乙型肝炎与无肝炎合并AA症状表现无明显差别,均有各种程度贫血、出血、发热等症状,但AA合并乙型肝炎WBC、PLT、ANC水平明显降低,骨髓抑制更为严重,可提示预后更差。

【关键词】 再生障碍性贫血; 乙肝病毒; 血常规; 症状表现

【中图分类号】 R556.5; R575.1

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2017.06.011

Analysis of Blood Routine Test Results of 50 Patients with Aplastic Anemia Complicated with Hepatitis B

CHEN Mao-lian. Department of Clinical Laboratory, Shigu Town Center Hospital of Gaozhou, Maoming 525252, Guangdong Province, China

[Abstract] Objective To explore the clinical characteristics, treatment and prognosis of patients with aplastic anemia complicated with hepatitis B. **Methods** From Jan. 2010 to Dec. 2016, 50 patients with hepatitis associated aplastic anemia (HAAA) and 50 patients with severe aplastic anemia (SAA) in our hospital were taken as the clinical objects. The clinical manifestations, blood routine test, liver function, bone marrow smear, bone marrow biopsy, treatment and prognosis in HAAA group and SAA group were compared. **Results** There were varying symptoms such as anemia, bleeding, infection and so on in the two groups, but their differences were not statistically significant($P>0.05$). When the hepatitis patients in the HAAA group were diagnosed as AA, their ALT and AST levels were significantly decreased($P<0.05$). The WBC, PLT and ANC levels in the HAAA group were obviously lower than those in the SAA group($P<0.05$). Compared with the SAA group, the granulocyte and hematopoietic area in the HAAA group were significantly decreased($P<0.05$), but the fat and trabecular area in the HAAA group were increased significantly($P<0.05$). Both groups were given stanozolol, hematopoietic growth factor and other bone marrow hematopoietic stimulating drugs, and related symptomatic treatment. The survival time of HAAA group was significantly shorter than that of SAA group($P<0.05$). **Conclusion** There was no significant difference in the symptoms between AA complicated with hepatitis B and AA, all of which have varying degrees of anemia, bleeding, fever and other symptoms. The levels of WBC, PLT and ANC in patients with AA complicated with hepatitis B are significantly lower, and the bone marrow depression is more serious, which may lead to worse prognosis.

[Key words] Aplastic Anemia; Hepatitis B Virus; Blood Routine Test; Symptom

再生障碍性贫血(aplastic anemia, AA)是由多因素所致造血干细胞减少、功能降低的骨髓衰竭性综合征,以出血、感染等为主要症状表现^[1]。其病因不明,与化学药物、物理射线、病毒、遗传等多种因素有关。肝炎相关性再生障碍性贫血(hepatitis associated aplastic anemia, HAAA)为肝炎并发症

之一,多数患者病情严重,恶化迅速,预后差^[2]。近年来相关报道逐渐增多,肝炎与AA发病关系引起临床高度重视。本文旨在分析再生障碍性贫血合并乙型肝炎临床表现特点、治疗及预后,以期优化治疗方案,提高治疗效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 病例来源于2010年1月~2016年12月我院收治50例HAAA患者,均符合AA诊断标准^[3]及乙型肝炎病毒诊断标准^[4],排除合并甲、丙、丁、戊型肝炎、人类免疫缺陷病毒、自身免疫性肝病,同时排除物理、化学、药物等因素引起的继发性AA。50例入组患者中,男38例,女12例;年龄10~32岁,平均(21.6±3.4)岁。并选我院同期50例非肝炎相关重型再生障碍性贫血(SAA)患者作为对照,其中男36例,女14例。两组患者年龄、性别等一般资料比较无显著差异($P>0.05$),可进行组间比较。

1.2 方法 回顾性分析对比HAAA组与SAA组临床资料,主要包括临床表现、血常规、肝功能、骨髓涂片和骨髓活检、治疗方案及预后转归等。血常规、肝功能检查均由我院化验科完成,骨髓涂片和骨髓活检均由我院血液科完成。随访情况:以门诊复查、电话等方式进行随访,时间为1~20个月,平均12个月。生存时间以天为单位,记录为开始治疗之日到最后一次随访或者死亡为止。

1.3 统计学方法 应用SPSS19.0软件处理数据,计数资料采用率(%)表示,组间比较行 χ^2 检验;计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行t检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 HAAA组与SAA组临床表现对比 HAAA组患者与SAA组患者均存在程度不一贫血、出血、感染等,贫血呈进行性加重,以皮肤苍白、头晕、四肢乏力、心悸等为症状表现,根据入院时血红蛋白水平进行贫血程度分级,60g/L<Hb<90g/L,为中度;30g/L<Hb<60g/L,为重度;Hb<30g/L,为极重度。两组均存在程度不一出血,既有皮肤黏膜浅表出血,也有子宫出血、便血等深部出血,根据出血部位数目,可分为<3个部位与≥3个部位。两组均存在程度不一感

染,发生部位主要有皮肤、肺部等,感染程度按入院时发热严重程度进行分级, $T<37.3^{\circ}\text{C}$,为无发热; $37.3^{\circ}\text{C}\leq T<38.1^{\circ}\text{C}$,为低热; $T\geq 38.1^{\circ}\text{C}$,为中高热。两组贫血、出血、发热分级比较无显著差异($P>0.05$),见表1。

2.2 HAAA组肝功能情况 HAAA组在诊断AA时较诊断为肝炎时ALT、AST水平明显降低($P<0.05$),见表2。

2.3 HAAA组与SAA组血常规比较 HAAA组较SAA组WBC、PLT、ANC等水平明显降低($P<0.05$)。见表3。

2.4 HAAA组与SAA组骨髓象、骨髓活检比较 HAAA组较SAA组粒系、造血面积均显著减少($P<0.05$),脂肪面积、骨小梁面积显著增大($P<0.05$)。见表4。

2.5 治疗情况 两组患者均给予司坦唑醇、造血生长因子等骨髓造血刺激药物治疗,并予以输血、止血、抗感染、抗病毒、调节水盐代谢及酸解平衡等对症治疗。此外,在应用司坦唑醇、造血生长因子基础上,HAAA组中47例给予环孢菌素A治疗,29例在给予丙种球蛋白治疗,29例给予环孢菌素A、丙种球蛋白治疗。SAA组上述治疗对应例数分别为38例、29例、27例。对于HAAA患者入院时若肝功能处于恢复期,可给予保肝治疗,且两组患者在治疗时若出现肝功能变化,也应给予保肝治疗。

2.6 转归 HAAA组:6例失访,44例随访者,68.18%(30/44)患者死亡。SAA组:4例失访,46例随访者,58.70%(27/46)患者死亡。HAAA组较SAA组生存时间明显缩短($P<0.05$)。见表5。

3 讨论

肝炎病毒与AA发生的关系引起临床广泛重视,各型肝炎均可引发AA,其中乙型肝炎较为常见。肝炎至AA发病期间尚无统一标准,部分AA是由慢性乙型肝炎基础上发展而来,多于肝病发生后1年发病,HBV检查多为阳性^[5]。HAAA多于急性肝炎恢复期出现,此时患

表1 两组贫血、出血、发热等临床表现严重程度分级比较[例(%)]

组别	例数	贫血程度			出血部位数目		发热程度		
		中度	重度	极重度	<3个部位	≥3个部位	无发热	低热	中高热
HAAA组	50	23 (46.00)	23 (46.00)	4 (8.00)	25 (50.00)	25 (50.00)	3 (6.00)	17 (34.00)	30 (60.00)
SAA组	50	22 (44.00)	24 (48.00)	4 (8.00)	26 (52.00)	24 (48.00)	4 (8.00)	19 (38.00)	27 (54.00)
χ^2		0.043			0.040		0.412		
P		>0.05			>0.05		>0.05		

表2 HAAA组诊断为肝炎与诊断AA时ALT、AST水平变化比较($\bar{x} \pm s$)

时间点	例数	ALT (U/L)	AST (U/L)
诊断为乙型肝炎时	50	694.87±366.54	527.98±253.12
诊断为AA时	50	24.82±9.78	22.62±14.11
t		12.922	14.096
P		<0.05	<0.05

表3 HAAA组与SAA组血常规比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	WBC($\times 10^9/L$)	RBC($\times 10^{12}/L$)	PLT($\times 10^9/L$)	ANC($\times 10^9/L$)	RET($\times 10^9/L$)
HAAA组	50	0.84±0.27	1.83±0.46	7.25±5.29	0.13±0.11	8.91±2.13
SAA组	50	1.33±0.46	1.69±0.33	13.46±7.21	0.25±0.19	10.67±6.72
t		6.496	1.749	4.910	3.865	1.765
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05

表4 HAAA组与SAA组骨髓象、骨髓活检比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	粒系 (%)	红系 (%)	淋巴系 (%)	巨核细胞 (个/mm ²)	造血面积(%)	脂肪面积 (%)	骨小梁面积 (%)
HAAA组	50	8.94±4.56	5.12±2.68	80.79±0.94	0.34±0.67	13.22±4.86	43.12±4.14	42.61±3.81
SAA组	50	14.57±10.64	7.23±7.49	75.12±16.48	0.51±0.19	19.84±4.44	38.16±7.68	39.21±4.76
t		3.439	1.745	1.985	1.726	7.111	3.948	3.943
P		<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表5 HAAA组与SAA组生存时间比较 ($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	例数	生存时间
HAAA组	44	78.4±16.2
SAA组	46	189.7±94.6
t		8.200
P		<0.05

者肝功能ALT及AST水平显著降低, 本研究结果显示, 50例HAAA中患者, 在诊断AA时较诊断为肝炎时ALT、AST水平明显降低, 提示HAAA多发生于肝炎患者ALT、AST水平出现下降后, 临床应密切监测肝炎患者ALT、AST水平, 以预防HAAA发生。在贫血、出血、发热等症状严重程度比较上, HAAA组与SAA组无显著差异, 说明HAAA症状表现并无典型特征, 单凭症状表现难以鉴别, 应引起临床重视。相比于SAA组, HAAA组WBC、ANC、PLT及骨髓粒系、造血面积等均明显降低, 这表明乙型肝炎相关性AA较非肝炎SAA, 具有更为严重的骨髓抑制, 提示预后更差, 对于存在乙肝病史的AA, 应予以早期抗病毒治疗。在AA治疗上, 对于不具备经济条件及找不到合适骨髓者, 仍主要采取药物联合治疗, 主要有骨髓造血刺激、抗病毒、抗感染、输血、保肝等治疗。关于AA疗效判断, 因受输血等因素影响, 故骨髓造血情况不可用于衡量治疗效果, 因此采用患者生存期来间接反映治疗效果^[6]。本研究中, HAAA组较SAA组生存期更短, 表明乙肝相关性AA具有

更差预后。

综上, AA临床症状严重程度虽与合并乙型肝炎与否无明显关系, 但合并乙型肝炎, 骨髓抑制更为严重, 可提示预后更差。AA常发生于肝炎发病后ALT、AST明显降低时, 临床应引起注意。

参考文献

- [1] 王颖超, 殷楚云, 冯磊, 等. 免疫抑制疗法治疗儿童再生障碍性贫血疗效分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2012, 14(1): 33-37.
- [2] 王红, 常红. 肝炎相关性再生障碍性贫血[J]. 现代临床医学, 2014, 40(2): 147-149.
- [3] 吴瑞丽, 杨景玉. 肝炎相关性再生障碍性贫血的诊疗进展[J]. 中国医师杂志, 2016, 18(s1): 251-253.
- [4] 中华医学会肝病学会. 慢性乙型肝炎诊断标准(2015年版)[J]. 中西医结合肝病杂志, 2015, 25(6): 384-384.
- [5] 汤剑平, 沈雪梅, 胡川. 慢性活动性乙型肝炎合并再生障碍性贫血1例[J]. 西南军医, 2012, 14(3): 482-482.
- [6] 金玲娟, 陈海飞, 李征洋, 等. 病毒血清学标志物阴性的肝炎相关性再生障碍性贫血的临床研究[J]. 中国综合临床, 2013, 29(s1): 1-5.