

细胞瘤难治性玻璃体种植短期疗效观察[J]. 中华眼科杂志, 2017, 53(8): 570-574.

[8] FABIAN I D, STACEY A W, CHOWDHURY T, et al. High-risk histopathology features in primary and secondary enucleated international intraocular retinoblastoma classification group D eyes[J]. Ophthalmology, 2017, 124(6): 851-858.

[9] 边烨馨. 婴幼儿视网膜母细胞瘤的围手术期护理[J]. 当代护士, 2019, 26(5): 89-90.

[10] 夏杰军, 范若思, 姜华, 等. 玻璃体腔注射拓扑替康治疗视网膜母细胞瘤顽固性玻璃体种植短期疗效观察[J]. 中华眼底病杂志, 2018, 34(5): 458-461.

[11] 刘燕梅, 李莲英, 李雪清. 术中低体温的危险因素和防护措施研究进展[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(5): 440-443.

[12] 陈晓红. 术中低体温发生的相关因素及护理预防对策[J]. 中外医学研究, 2018, 16(22): 55-57.

[13] 陈伟伟, 张芳, 章传叶. 老年患者术中低体温的原因分析及预防进展[J]. 中国临床护理, 2016, 8(1): 84-87.

[14] 庄心良. 现代麻醉学(上册)[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1145-1146.

[15] 潘茸, 丁成芬. 门诊眼科治疗中严重眼心反射的预防救治研究[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(1): 123-124.

[16] 王蕾, 刘淑贤. 婴幼儿斜视术后无眼垫遮盖降低黑暗恐惧的临床观察[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(23): 3593-3594.

[17] 聂冰清, 许强, 武庆平. 小儿术前焦虑水平与七氟烷麻醉苏醒期躁动的相关性研究[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2017, 46(2): 201-204.

[18] 董翠兰, 何芝香, 杨娟, 等. 眼科儿童黑暗恐惧程度的社会影响因素初探[J]. 临床护理杂志, 2017, 16(2): 53-56.

(收稿日期: 2020-04-21 修回日期: 2020-08-29)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 02. 025

3 种抗病毒治疗方案对 AIDS 患者 CD4⁺ T 淋巴细胞水平的影响^{*}

罗 强, 付 晴, 翁 羽[△]

重庆市綦江区人民医院检验科, 重庆 401420

摘要:目的 探讨 3 种抗病毒治疗方案对艾滋病(AIDS)患者 CD4⁺ T 淋巴细胞水平的影响。方法 选取 2017 年 6 月至 2018 年 10 月在该院行抗病毒治疗的 108 例 AIDS 患者为研究对象, 根据治疗方法将患者分为 A、B、C 组, 每组 36 例。A 组患者给予拉米夫定+齐多夫定+奈韦拉平治疗, B 组患者给予齐多夫定+拉米夫定+司他夫定治疗, C 组患者给予拉米夫定+奈韦拉平+依非韦伦治疗。3 组患者均在治疗前、治疗后 1、6、12 个月后进行 CD4⁺ T 淋巴细胞水平的检测; 观察治疗 12 个月内 3 组患者不良反应发生情况。结果 3 组患者治疗后 CD4⁺ T 淋巴细胞水平逐渐升高(P<0.05); 治疗前、治疗 1 个月时, 3 组患者 CD4⁺ T 淋巴细胞水平差异无统计学意义(P>0.05), 治疗 6、12 个月后, A 组 CD4⁺ T 淋巴细胞水平明显高于 B 组、C 组(P<0.05)。A 组患者胃肠不适、皮肤瘙痒发生率明显低于 B 组、C 组(P<0.05); A 组患者肝功能异常、血糖偏高、血液毒性的发生率均低于 B、C 两组, 但差异无统计学意义(P>0.05)。结论 3 种抗病毒治疗方案均可使 AIDS 患者 CD4⁺ T 淋巴细胞水平升高, 其中拉米夫定+齐多夫定+奈韦拉平方案疗效最明显, 患者的不良反应最少。

关键词: 抗病毒治疗; 艾滋病; CD4⁺ T 淋巴细胞

中图分类号: R512.91

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)02-0232-03

艾滋病(AIDS)是感染人类免疫缺陷病毒(HIV)后引起的传染病, 严重危害患者身心健康和生命, 全球 AIDS 患者逐年增加, 引起广泛关注^[1]。免疫学指标 CD4⁺ T 淋巴细胞水平可判断 AIDS 患者状况、免疫活化度, HIV 感染后, CD4⁺ T 淋巴细胞水平降低, 细胞免疫功能下降, 而高效抗反转录病毒治疗(HAART)可有效抑制 HIV, 重建免疫功能, 但长期使用会产生不良反应^[2]。本研究选取 2017 年 6 月至 2018 年 10 月在本院行抗病毒治疗的 108 例 AIDS 患者为研究对象, 分析 3 种抗病毒治疗方案对 AIDS 患

者 CD4⁺ T 淋巴细胞水平的影响, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月至 2018 年 10 月在本院行抗病毒治疗的 108 例 AIDS 患者为研究对象, 根据治疗方法将患者分为 A、B、C 组, 每组 36 例。纳入标准: (1) 患者经检查 HIV 抗体阳性, 均符合中华医学会感染病学分会制定的《艾滋病诊疗指南(2018 版)》诊断标准^[3]; CD4⁺ T 淋巴细胞水平<350/mm³; (2) 患者及家属知情同意抗病毒治疗; (3) 首次进行抗病毒治疗。排除标准: (1) 合并有全身性疾病, 包括

* 基金项目: 重庆市綦江区科技计划项目(2019077)。

△ 通信作者, E-mail: 9355231@qq.com。

本文引用格式: 罗强, 付晴, 翁羽. 3 种抗病毒治疗方案对 AIDS 患者 CD4⁺ T 淋巴细胞水平的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(2): 232-

心、肺、肝、肾功能疾病者；(2)合并乙型肝炎病毒或丙型肝炎病毒感染，静脉注射药瘾者以及仍在吸毒者；(3)对本研究所用药物过敏者；(4)不能配合治疗者。

3 组患者性别、年龄、病程、体质量指数、HIV 感染途径等比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，见表 1。本研究经本院伦理委员会同意批准。

表 1 3 组患者的一般临床资料比较

组别	n	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	性别(n)		病程(年, $\bar{x} \pm s$)	体质量指数 ($\text{kg}/\text{m}^2, \bar{x} \pm s$)	HIV 感染途径(n)		
			男	女			性传播	血液传播	母婴传播
A 组	36	40.35 ± 7.21	20	16	3.94 ± 0.64	24.53 ± 1.90	8	16	12
B 组	36	42.17 ± 8.14	18	18	3.84 ± 0.48	23.89 ± 1.88	10	15	11
C 组	36	41.64 ± 7.56	21	15	3.87 ± 0.63	23.46 ± 1.89	7	17	12
χ^2/F		0.520	0.523		3.368	0.003	0.742		
P		0.770	0.770		0.185	0.998	0.946		

1.2 方法 A 组患者给予拉米夫定 + 齐多夫定 + 奈韦拉平治疗。拉米夫定(生产厂家:福建广生堂药业股份有限公司;国药准字:H20113025),每次 0.1 g(1 片),每日 1 次,饭前或饭后服用。齐多夫定(生产厂家:浙江海正药业股份有限公司;国药准字:H20052420),600 mg/d,分次服用。奈韦拉平(生产厂家:浙江华海药业股份有限公司;国药准字:H20030872,0.2 g),200 mg,每天 1 次,连用 2 周后改为 200 mg 每天 2 次。B 组患者给予齐多夫定 + 拉米夫定 + 司他夫定[生产厂家:美吉斯制药(厦门)有限公司;国药准字:H20041726]治疗,体质量 ≥ 60 kg 患者,每次 40 mg,每天 2 次; < 60 kg 患者,每次 30 mg,每天 2 次。C 组患者给予拉米夫定 + 奈韦拉平 + 依非韦伦(生产厂家:浙江华海药业股份有限公司;国药准字:H20133265)治疗,每次 600 mg,每天 1 次。出现不耐受情况时调整用药,3 组均治疗 12 个月。

1.3 观察指标 (1)A、B、C 组患者均在治疗前、治疗后 1、6、12 个月抽取 5 mL 空腹静脉血,按照文献

[4]进行检测操作,采用 FACScalibur 流式细胞仪(美国 BD 公司)于有效期内完成并在确证日期后 14 d 内进行首次 CD4^+ T 细胞检测。(2)观察治疗 12 个月内 3 组患者不良反应发生情况,包括胃肠不适、皮肤瘙痒、肝功能异常、血糖偏高、血液毒性等。

1.4 统计学处理 采用 SPSS23.0 进行统计分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,多组间比较采用方差分析,两两比较采用 LSD-t 检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者治疗前后体内 CD4^+ T 淋巴细胞水平比较 3 组患者治疗后 CD4^+ T 淋巴细胞水平逐渐升高;治疗前、治疗 1 个月时,3 组患者 CD4^+ T 淋巴细胞水平差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 6、12 个月后,3 组患者 CD4^+ T 淋巴细胞水平比较差异有统计学意义($P < 0.05$),A 组明显高于 B 组和 C 组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者治疗前后体内 CD4^+ T 淋巴细胞水平比较($/\text{mm}^3, \bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 1 个月	治疗 6 个月	治疗 12 个月
A 组	36	184.48 ± 30.48	245.97 ± 30.48	345.82 ± 35.47	436.48 ± 50.26
B 组	36	185.48 ± 30.96	235.84 ± 30.94	312.64 ± 35.25*	406.41 ± 50.13*
C 组	36	184.17 ± 30.54	240.47 ± 30.15	325.45 ± 35.66*	428.62 ± 50.28*
F		0.022	0.997	8.026	3.477
P		0.982	0.373	< 0.001	0.034

注:与 A 组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 3 组患者不良反应发生情况比较 3 组患者治疗 12 个月内无患者死亡,A 组患者胃肠不适、瘙痒发生率明显低于 B、C 组,差异有统计学意义($P < 0.05$);A 组患者肝功能异常、血糖偏高、血液毒性的发生率均低于 B、C 组,但差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

表 3 3 组患者不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	胃肠不适	皮肤瘙痒	肝功能异常	血糖偏高	血液毒性
A 组	36	1(2.78)	3(8.33)	2(5.56)	3(8.33)	5(13.89)
B 组	36	7(19.44)	11(30.56)	5(13.89)	6(16.67)	6(16.67)

续表 3 3 组患者不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	胃肠不适	皮肤瘙痒	肝功能异常	血糖偏高	血液毒性
C 组	36	9(25.00)	10(27.78)	7(19.44)	4(11.11)	6(16.67)
χ^2		7.261	6.107	3.119	1.224	0.140
P		0.027	0.047	0.210	0.542	0.933

3 讨论

HIV 感染导致 AIDS 发生, CD4^+ T 淋巴细胞为 HIV 攻击的重要靶细胞,因此 CD4^+ T 淋巴细胞水平进行性降低,患者免疫功能受损,病死率较高, CD4^+ T

淋巴细胞是免疫细胞,可检测治疗 AIDS 的疗效,判断患者免疫状态,HAART 虽无法清除病毒,但可抑制 HIV 复制、控制病毒量,降低患者病死率^[5]。

本研究结果显示,3 组患者治疗后 CD4⁺T 淋巴细胞水平增加($P < 0.05$),说明 3 种治疗方案均有利于患者免疫系统恢复;治疗前、治疗 1 个月时,3 组患者 CD4⁺T 淋巴细胞数差异无统计学意义($P > 0.05$);抗病毒治疗开始后 CD4⁺T 淋巴细胞水平持续升高,治疗 12 个月时 CD4⁺T 淋巴细胞水平达到最高,说明治疗 6 个月后疗效显著;治疗 6、12 个月后,3 组患者 CD4⁺T 淋巴细胞数差异有统计学意义($P < 0.05$),A 组明显高于 B、C 两组($P < 0.05$),说明 A 组患者给予的拉米夫定+齐多夫定+奈韦拉平方案疗效最明显。本研究结果显示,3 组患者治疗 12 个月内无患者死亡,A 组患者胃肠不适、瘙痒发生率明显低于 B、C 两组,差异有统计学意义($P < 0.05$);A 组患者肝功能异常、血糖偏高、血液毒性的发生率均低于 B、C 两组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。长期采用抗病毒药物治疗会引起各种不良反应的发生^[6]。拉米夫定为核苷类抗病毒药物,可有效抑制病毒复制,生成活性拉米夫定三磷酸盐,抑制 HIV 聚合酶,阻断病毒 DNA 合成,但不影响患者细胞 DNA 含量,其常见不良反应为恶心、胃肠不适^[7];齐多夫定在体内可转为三磷酸齐多夫定,抑制 HIV 逆转录酶,导致 HIV 链合成终止,阻止 HIV 复制,不影响人体细胞增殖,但会引起血液毒性反应;奈韦拉平可进行 HIV 反转录连接,催化 DNA 聚合酶活性,不良反应为瘙痒、肝功异常、肠胃不适。研究结果表明拉米夫定+齐多夫定+奈韦拉平对 AIDS 患者造成的不良反应

最少^[8]。

综上所述,3 种抗病毒治疗方案均可提高 AIDS 患者 CD4⁺T 淋巴细胞水平,其中拉米夫定+齐多夫定+奈韦拉平方案疗效最明显,患者的不良反应最少。

参考文献

- [1] 王慧群,张利漫,张利君. 个案管理模式对青年学生 HIV/AIDS 患者抗病毒治疗依从性和生存质量的影响研究[J]. 护士进修杂志,2019,34(15):1389-1392.
- [2] 徐园园,朱正平,吴苏姝,等. 2004—2016 年南京市男男性行为者中首次接受抗病毒治疗的 HIV/AIDS 病人生存分析[J]. 中国艾滋病性病,2018,24(7):697-701.
- [3] 沈银忠.《中国艾滋病诊疗指南(2018 版)》解读[J]. 传染病信息,2019,32(1):16-20.
- [4] 张燕,廖清华,石向东,等. 深圳市 2017 年新发现 HIV/AIDS 病例首次 CD4⁺T 淋巴细胞检测结果[J]. 中国艾滋病性病,2019,25(5):499-508.
- [5] 何惠达,李玉枝,何瑞英,等. 高效抗逆转录病毒治疗对 HIV 感染者外周血病毒储存库的影响[J]. 国际流行病学传染病学杂志,2018,45(1):4-8.
- [6] 曹丕,吴建军,苏斌,等. 艾滋病患者更换二线抗病毒药物的治疗效果[J]. 中国热带医学,2018,18(4):387-390.
- [7] 沈琳,侯玉丽,王文静,等. HIV/AIDS 患者骨髓抑制与 CD4⁺T 细胞计数及 HIV 病毒载量相关性分析[J]. 中国热带医学,2019,19(7):630-633.
- [8] 冯玉婷,马岳绒,廖正发,等. 海南省 2014—2016 年 HIV-1 耐药基因型检测结果分析[J]. 中国艾滋病性病,2019,25(4):331-333.

(收稿日期:2020-05-21 修回日期:2020-09-19)

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.02.026

双克隆型多发性骨髓瘤 4 例临床及实验室综合分析

白志瑶¹,戴宏斌¹,尹春琼¹,包艳¹,张葵²,顾小慧²

云南省曲靖市第二人民医院:1. 检验科;2. 血液科,云南曲靖 655000

摘要:目的 探讨双克隆型多发性骨髓瘤(MM)的临床表现及实验室特征,以提高双克隆型 MM 的检出率。**方法** 选取 2016 年 5 月至 2019 年 12 月该院确诊的 4 例双克隆型 MM 患者为研究对象,收集其临床及实验室资料,并进行分析。**结果** 4 例双克隆型 MM 患者中,免疫固定电泳 IgA λ + λ 1 例,IgG λ + λ 2 例,IgG λ + κ 1 例,确诊 MM 后结合临床及实验室相关检查指标进行 Durie Salmon 分期,Ⅲ期 A 组 3 例,Ⅲ期 B 组 1 例;ISS 和 R-ISS 分期Ⅱ期 1 例,Ⅲ期 3 例。**结论** 双克隆型 MM 较为罕见,临床症状、实验室检查指标均复杂多样,容易漏诊和误诊。因此,对双克隆型 MM 诊断时,应进行全面的实验室检查综合分析,能够提高双克隆型 MM 的诊断率,为临床提供可靠依据。

关键词:双克隆型多发性骨髓瘤; 蛋白电泳; 免疫固定电泳

中图分类号:R552

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)02-0234-04

多发性骨髓瘤(MM)是一种终末分化的浆细胞恶性克隆性疾病,因骨髓克隆性浆细胞浸润及外周血中

出现单克隆免疫球蛋白(M 蛋白)或轻链而导致相关器官或组织损伤^[1]。MM 约占血液系统恶性肿瘤的