

参考文献

- [1] 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学. 第 3 版. 人民卫生出版社, 2003: 600-603.
- [2] 陈威威, 吴亚红. 磷酸肌酸钠治疗新生儿窒息致心肌损害. 中国实用医药, 2009, 4(12): 167.
- [3] 赵爱萍, 李丹, 李素香. 磷酸肌酸钠预防窒息新生儿心脑血管损伤疗效分析. 中国实用医药, 2010, 5(22): 22.

小剂量辛伐他汀联合当飞利肝宁治疗非酒精性脂肪性肝炎的临床观察

周建生

【摘要】 目的 观察小剂量辛伐他汀联合当飞利肝宁治疗非酒精性脂肪性肝炎的临床效果。方法 将 42 例患者随机分为试验组和对照组各 21 例。试验组给予小剂量(10 mg/d)辛伐他汀和当飞利肝宁;对照组给予多烯康和当飞利肝宁治疗。观察两组治疗前后血清转氨酶、血脂变化和不良反应。结果 治疗后两组转氨酶和血脂均有下降,以试验组更明显;两组均未见不良反应。结论 小剂量辛伐他汀对非酒精性脂肪性肝炎的降脂治疗是有效的,安全的。

【关键词】 非酒精性脂肪性肝炎;辛伐他汀;当飞利肝宁

非酒精性脂肪性肝炎(NASH)是一种无过量饮酒史,与遗传-环境-代谢应激相关性疾病,并以肝细胞脂肪变性和脂质贮积为特征的临床病理综合征。2009~2011 年我们采用小剂量辛伐他汀联合当飞利肝宁治疗 NASH,安全有效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2009~2011 年门诊患者 42 例,男 28 例,女性 18 例,年龄 30~55 岁,平均 38 岁。诊断符合 2010 年 10 月中华肝病学会制定的非酒精性脂肪性肝病(NAFLD)诊断标准^[1],①无饮酒史或饮酒折合乙醇量小于 140 g/周(女性 < 70 g/周);②除外病毒性肝炎、药物性肝病、全胃肠外营养、肝豆状核变性、自身免疫性肝病等可导致脂肪肝的特定疾病;③肝脏影像学表现符合弥漫性脂肪肝的诊断标准且无其他原因可供解释;④总胆固醇(TC) > 5.72 mmol/L,甘油三酯(TG) > 1.70 mmol/L,或两者均增高,伴

有丙氨酸氨基转移酶(ALT)增高、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)或升高。入选病例随机分为两组,每组 21 例,两组病例在性别、年龄、体重方面,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 试验组在运动、控制饮食的基础上,给以辛伐他汀 10 mg/d,当飞利肝宁胶囊 2 片/次,3 次/d,治疗三月;对照组同样在运动、控制饮食的基础上,给以多烯康,2 片/次,3 次/d,当飞利肝宁 2 片/次,3 次/d,治疗三月。

1.3 检测项目 治疗前后均进行腹部 B 超检查,由 B 超医生拍照并作前后对比报告。血清转氨酶(ALT, AST)、血脂(TC, TG)、肌酸激酶(CK)均采用全自动生化分析仪检测。

2 结果

2.1 血清转氨酶和血脂变化 两组患者治疗后血清 ALT, AST, TG 和 TC 均显著下降,且试验组下降更明显($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后转氨酶和血脂变化比较($\bar{x} \pm s$)

	例数	ALT	AST	TG	TC
试验组	21				
治疗前		60.5 ± 20.4 ^①	35.3 ± 15.4 ^②	3.60 ± 0.79 ^①	7.25 ± 0.81 ^①
治疗后		38.5 ± 14.4	28.6 ± 15.3	1.96 ± 0.58	4.45 ± 0.93
对照组	21				
治疗前		59.5 ± 16.5 ^②	33.7 ± 18.8 ^②	3.51 ± 0.74 ^②	6.80 ± 0.74 ^②
治疗后		49.3 ± 12.4	29.8 ± 16.7	2.98 ± 0.63	5.25 ± 0.89

注:治疗前后比较,① < 0.01, ② < 0.05

2.2 B 超检查 试验组与对照组无明显差异,CK 检测未见异常增高。

3 讨论

NASH 是 NAFLD 漫长病程中的一个阶段,可进展到肝硬化或肝癌。及时的治疗可阻止其进一步发展或使其逆转。控制饮食和适量运动是其基础治疗;提高肝细胞抗氧化能力,阻止过氧化应急反应,是治疗 NAFLD 的原则。伴有高脂血症者则在综合治疗的基础上应用降血脂药。

辛伐他汀是甲基羟戊二酰辅酶 A(HMG-CoA)还原酶抑制剂,可降低内源性胆固醇的合成,并刺激肝细胞表面的 LDL 受体合成增加,从而降低血清总胆固醇和 LDL-胆固醇。

由于有胃肠道反应、皮疹、肌肉触痛、肝功能损害、横纹肌溶解症等不良反应,临床医生应用辛伐他汀时,顾虑较多,特别是伴有 ALT 和或 AST 异常时。研究表明辛伐他汀的不良反应为剂量依赖型。在辛伐他汀生存试验中,ALT 连续升高 > 3 倍 ULN 的比率在安慰剂组(0.1%)和辛伐他汀 20 mg/d 组(0.1%)之间没有差别,提示存在一个药物剂量阈值。未达到这个阈值时不会出现 ALT 明显升高,超过这个阈值时,ALT 可能会明显升高^[2]。本组仅用 10 mg/d 达到了降脂目的,未见明显的副作用,CK 未见升高,效果优于多烯康。本研究观察辛伐他汀治疗非酒精性脂肪性肝病疗效发现,辛伐他汀治疗非酒精性脂肪性肝病疗效确切,不良反应小,尤其适用于同时伴有血脂升高者。

当飞利肝宁含当药和水飞蓟,当药苷能有效的保护肝细

胞,维持肝细胞的稳定性。水飞蓟素是国际公认的肝细胞膜保护剂,促进肝细胞修复、再生,起到护肝,降酶,抗肝纤维化的作用。B 超影像在二组病例比较中,未见明显差异,可能与观测时间太短有关。

参考文献

[1] 中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精

性脂肪性肝病诊疗指南. 临床肝胆病杂志, 2010, 26(2): 121.

[2] 宗蕾, 陆伦根. 调血脂药与肝脏安全性. 肝脏, 2008, 13(6): 510.

· 临床案例 ·

原发性中枢神经系统血管炎 11 例临床疗效分析

庞长绪 李永明 张平

【摘要】 目的 分析并评价内科治疗方法对原发性中枢神经系统血管炎的临床疗效。方法 本组患者辅以扩血管药物时采用免疫抑制剂以及糖皮质激素进行治疗。结果 本组患者均排除冠心病、微生物感染等。患者大部分出现炎症反应症状,在病程中出现 5 例发热,其中未见高热者,有中等度发热 2 例,低热 3 例。全部 11 例患者均出现神经系统损伤,共 7 例表现为头痛,其中 3 例癫痫样发作,1 例语言不清,4 例呕吐并伴重症头痛,5 例表现为肢体无力。所有患者进行组织病理学检查和脑血管造影、MRI 影像学检查以及各项生化指标检查、尿、血常规。通过 MRI 检查有 7 例患者出现异常,其中 MRI 结果显示出长 T2 及 T1 信号;病灶位于脑叶 4 例;双侧病灶为 2 例,单侧病灶为 5 例。全部 11 例患者在 1 年的随访期内有 1 例血管炎患者停用激素后无复发,此外出现复发患者 1 例。结论 在辅以扩血管药物时采用免疫抑制剂以及糖皮质激素对原发性中枢神经系统血管炎进行治疗,效果满意,值得推广。

【关键词】 原发性中枢神经系统血管炎;内科治疗;临床分析

没有其他系统的炎症性疾病,且仅局限侵犯中枢神经系统血管是原发性中枢神经系统血管炎的特点。患者临床因神经定位并不十分明确,但又拥有神经系统的症状,同时单一的脑 CT 或脑 MRI、脑脊液检查并不能对病情明确诊断,在一定程度上延误了病情的治疗^[1],2010 年 6 月至 2011 年 6 月间,共 11 例原发性中枢神经系统血管炎患者被我院收治,现将该疾病的治疗、诊断方法及床临特点报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 经我院确诊为共 11 例原发性中枢神经系统血管炎患者,其中年龄在 60~87 岁,包括女性 4 例,男性 7 例。患者临床表现较为复杂,其中包括出现神经根病变、癫痫、脊髓病变及痴呆,但最常见的表现是头痛,同时合并局灶性与弥漫性的神经损伤。本组患者均排除冠心病、微生物感染等。患者大部分出现炎症反应症状,在病程中出现 5 例发热,其中未见高热者,有中等度发热 2 例,低热 3 例。全部 11 例患者均出现神经系统损伤,共 7 例表现为头痛,其中 3 例癫痫样发作,1 例语言不清,4 例呕吐并伴重症头痛,5 例表现为肢体无力。

1.2 临床检查 所有患者进行组织病理学检查和脑血管造影、MRI 影像学检查以及各项生化指标检查、尿、血常规。

1.3 治疗方法 本组患者在辅以扩血管药物时采用免疫抑制剂以及糖皮质激素进行治疗。在确诊原发性中枢神经系统血管炎后,给予患者剂量为 1~2 mg/(kg·d) 的泼尼松(糖皮质激素)。其中病情严重的 2 例患者通过静脉给予甲泼尼龙 1 g 进行 3 d 的冲击疗法,并静脉滴注环磷酰胺。若治疗效果仍不明显,则需通过髓鞘内注射甲氨蝶呤 10 mg +

地塞米松 10 mg,连续给药 3~4 次,1 次/周,随访 1 年,随访内容主要为血管造影、脑脊液以 MRI 及检查。

2 结果

本组有 1/3 的患者通过血管造影确诊,表现出串珠样改变。2 例患者进行脑活检,表现为小血管程度不等的非肉芽肿及肉芽肿性血管炎。通过 MRI 检查有 7 例患者出现异常,其中 MRI 结果显示出长 T2 及 T1 信号;病灶位于脑叶 4 例;双侧病灶为 2 例,单侧病灶为 5 例。全部 11 例患者在 1 年的随访期内有 1 例血管炎患者停用激素后无复发,此外出现复发患者 1 例。

3 讨论

血管闭塞的最终的形成,与血管壁的炎症与坏死不无关系。其中除原发性中枢神经系统炎症以外临床上大部分血管炎均有不同程度的多脏器受累,因此其表现也都各有不同。本组通过病理组织学确诊的患者中有 1/3 的血管造影表现出串珠样改变^[2]。通常癫痫、脑梗死以及头痛等表现可能会在中枢神经系统血管炎患者中出现^[3],除此外还会呈现出缺血性病理变化。已有文献资料表明采用例如环磷酰胺和(或)类固醇激素等免疫抑制剂治疗,对症状的治疗有明显的效果^[4]。本组 11 例患者均采用剂量为 1~2 mg/(kg·d) 的泼尼松(糖皮质激素)。有 5 例患者通过静脉滴注或口服环磷酰胺治疗后,其临床症状与影像学检查均得到了明显的改善。若上述治疗效果并不明显,则需通过髓鞘内注射甲氨蝶呤 10 mg + 地塞米松 10 mg,结果显示对治疗原发性中枢神经系统血管炎而言采用鞘内注射方法进行治疗的一种有效方法,疗效令人满意。最终本组病例仅有 1 例出现复发,另有 1 例在随访期内停用激素后并无复发。

总之,在辅以扩血管药物时采用免疫抑制剂以及糖皮质