

重型肝炎患者心肌酶谱的临床研究

易山水¹ 付军² 龙涛¹ 陈川英¹

(1 江西省南昌市第九医院 南昌 330002; 2 江西省南昌市疾病预防控制中心 南昌 330006)

摘要:目的:探讨重型肝炎患者心肌酶谱的变化情况,早期发现心肌损害,为寻求降低重型肝炎的死亡率提供治疗新途径。方法:对 102 例重型肝炎的死亡率的 心肌酶谱(LDH、CK、CK-MB、 α -HDB)、肝功能进行检测。结果:重型肝炎心肌酶谱有较高的异常发生率,发生心肌酶谱,异常患者的病情好转率明显降低。结论:重型肝炎患者出现心肌损害较为常见,且有心肌损害患者预后较无心肌损害患者的预后要差。

关键词:重型肝炎;心肌酶谱;血清胆红素;预后

中图分类号:R 575.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)06-0010-01

我国是肝炎的高发地区,每年约有 23 万患者死于肝炎及相关疾病,重型肝炎是死亡的重要原因。重型肝炎合并心肌受损在临床上较为常见。国内外均有病毒性肝炎合并心肌炎的报道^[1,2],但重型肝炎预后与心肌炎关系尚未见报告,因重型肝炎合并心肌炎时,有时心脏电生理改变不明显。因此我们对心肌酶谱进行检测,并对患者预后进行追踪,以探讨重型肝炎患者心肌酶谱变化与预后的关系。

1 资料方法

1.1 一般资料 102 例重型肝炎均为我院 2003 年 7 月~2005 年 4 月收治的住院患者。诊断符合中华医学会传染病寄生虫学会 1995 年修订的病毒性肝炎防治方案^[3]。其中:男 96 例,女 6 例;最大 66 岁,最小 14 岁,平均 34.1 岁;其中急性重型肝炎 6 例,亚急性重型肝炎 44 例,慢性重型肝炎 52 例;乙型肝炎 75 例,戊型肝炎 12 例,乙、丁重叠感染肝炎 5 例,乙、戊重叠感染 8 例,乙、甲重叠感染 2 例。

1.2 研究内容 入院后即检测重型肝炎患者的血清胆红素,心肌酶谱治疗后复查患者的血清胆红素、心肌酶谱(LDH、CK、CK-MB、 α -HDB)等判断重型肝炎心肌酶谱变化与预后的关系。判断标准:病情好转:患者症状缓解,血清胆红素下降;病情恶化:患者症状加重,血清胆红素升高或者死亡。

1.3 方法 入院后即来血送检心肌酶谱、血清胆红素等。102 例重型肝炎患者根据心肌酶谱是否正常分为 2 组。第 1 组 54 例,其心肌酶谱正常;第 2 组 48 例心肌酶谱异常。而 2 组重型肝炎患者均采用相同的治疗方案(均给予促肝细胞生长素、阿拓莫兰、苦黄、血浆、白蛋白等)治疗 1~4 周后复查心肌酶谱、血清胆红素。

1.4 检测方法 采用日本产 OLYMPUS AU640 全自动生化仪进行自动检测,试剂由四川迈克科技有限责任公司生产。

1.5 统计方法 采用 χ^2 和 t 检验

2 结果

重型肝炎患者心肌酶谱异常发生率较高(48/102),且心肌酶谱异常患者与心肌酶谱正常患者有预后有明显异常,有显著差异 $P < 0.01$,见表 1。

表 1 重型肝炎心肌酶谱对预后的影响

组别	n	平均年龄/岁	平均胆红素/ $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$	好转病例数
正常组	54	32.8	352.73	32
异常组	48	35.6	323.28	14
		$t=1.085$	$t=1.12$	$\chi^2=9.29$
		$P \geq 0.05$	$P \geq 0.05$	$P \leq 0.01$

3 讨论

重型肝炎病死率高,常因出现多脏器功能衰竭而导致死亡,常出现心脏损伤患者常有心悸、心慌、气促、胸闷、心前区疼痛,严重者可出现充血性心力衰竭,进行性心脏扩大,甚至发生心性猝死。其机理有:(1)病毒直接侵犯心脏;(2)免疫复合物引起心脏损害,胆盐对心脏的抑制;(3)严重凝血功能障碍导致心肌出血;(4)长期营养不良蛋白热量缺乏造成心肌损害;(5)肝病时免疫功能下降反复感染亦可造成心肌受损^[4]。

本研究表明重型肝炎患者出现心肌酶谱异常较为常见(47.05%)且心肌是否受损与患者年龄、血清胆红素无关($P \geq 0.05$)。如重型肝炎患者出现心肌受损后,病情好转率较无心肌受损的重型肝炎患者明显降低($P \leq 0.01$)。因此,临床上遇到这些心肌受损病例时,应在积极治疗重型肝炎的同时,加强心肌细胞的保护,改善心肌营养促进心(下转第 37 页)

逍遥丸序贯治疗慢性乙肝 110 例临床报告

邹必英 郑永忠 周卫民 宋亚孝 陈买

(江西省九江市中医医院 九江 332000)

关键词:慢性乙肝;逍遥丸;序贯治疗;复发

中图分类号:R 254.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)06-0010-01

2001 年 2 月~2003 年 12 月,我们对 110 例活动期各型慢性乙肝在经常规治疗护理等,使肝功能复常后,以口服逍遥丸善后调理,对预防乙肝复发有较好作用。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 110 例中,男 89 例,女 21 例;年龄最大者 52 岁,最小者 7 岁;病程长者 8 年,短者 6 个月;(下转第 59 页)

● 临床报道 ●

中西医结合治疗缺血性脑血管病 32 例临床分析

韩峭立

(福建省厦门市湖里医院 厦门 361006)

关键词:缺血性脑血管病;中西医结合疗法;补阳还五汤;尿激酶;链激酶

中图分类号:R 743

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)06-0037-01

缺血性脑血管病包括脑供血不足、脑血栓形成、脑梗塞等疾病,早期治疗对缺血性脑血管病的预后起着重要作用,但往往由于各方面的限制和个体差异的影响使治疗不理想。我们应用中西医结合的方法治疗缺血性脑血管病 32 例,取得了较好的治疗效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例具备的条件:(1)年龄在 70 岁以下;(2)均符合 1986 年全国第二次脑血管病学术会议所有的诊断标准或经过 CT 证实;(3)无明显心、肝、肾功能障碍,近期无出血病史。入院病例共 61 例,对照组 29 例,男 17 例,女 12 例,平均年龄 61.5 岁;治疗组 32 例,男 18 例,女 14 例,平均年龄 63.2 岁。2 组性别、年龄等一般情况及病情具可比性, $P>0.05$ 。

2 治疗方法

2.1 对照组为常规治疗,包括溶栓疗法(静脉溶栓,常用药物为尿激酶,链激酶),扩张脑血管,改善脑细胞功能及降颅压等治疗。

2.2 治疗组在对照组治疗的基础上加用补阳还五汤加味:黄芪 30~60g,当归 15g,桃仁 12g,赤芍、地龙各 15g,川芎、红花各 10g,鸡血藤 30g,忍冬藤 12g,紫花地丁 15g,黄柏 12g,白术、茯苓各 15g,仙灵脾 12g。阴虚明显者加太子参 30g、五味子 12g,肢体麻木明显加乌梢蛇 10g。水煎 500mL,1 剂/d,分 2~3 次口服,7d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 根据 1986 年全国第二次脑血管学术会议制定的脑卒中临床神经缺损程度评分标准制定:(1)基本治愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级;(2)显著进步:功能缺损减少 46%~90%,病残程度 1~3 级;(3)进步:功能缺损评分减少 18%~45%;(4)无变化:功能缺损评分减少或增加 17%以内;(5)恶化:功能缺损评分增加 18%以上。

3.2 统计学方法 采用 χ^2 、 t 检验

3.3 治疗结果 经过治疗的病人于 1 月后进行临床疗效评定,2 组疗效比较见表 1。

分组	n	例 (%)				
		治愈	显著进步	进步	无变化	恶化
治疗组	31	20 (64.52%)	8 (25.81%)	3 (9.68%)	1 (3.23%)	0
对照组	29	13 (44.83%)	5 (17.24%)	8 (27.59%)	1 (3.45%)	2 (6.90%)

注:2 组比较: $\chi^2=4.808, P<0.05$ 。

4 讨论

本病属中医学之“中风”范畴。中风虽有缺血性与出血性之分,但出血性,脑病后期与缺血性脑病完全相同,均表现为缺血瀑布形成、血流变缓、血黏滞度增加、脑细胞缺血缺氧,从而造成神经功能缺损等。现代医学主要通过改善血液流变学、控制血压、维持正常颅压,实施再灌注以及脑细胞活性药物等治疗。祖国医学辨证为气虚血瘀,主要予以补气活血、疏通经络、开窍醒脑等治疗,因此对缺血性脑血管病有肯定的治疗效果。早期治疗目的是通过促进血管再通和打断缺血瀑布来挽救濒于死亡的神经元。缺血性损伤不仅与缺血的程度有关,还与缺血的时间有关,所以说脑梗死发病后治疗的时间越早效果越好。

早期治疗的关键之一是溶栓治疗,但可能有出血等并发症。我们用补阳还五汤加减,其功能以补气理气、活血通络为主。结果显示治疗组总有效率为 96.77%,显效率为 90.32%,无恶化病例,无溶栓后出血并发症。本方证为本虚标实,气虚导致脉络瘀阻,故用黄芪补气,使气旺推动血行;配归、芍、桃、红等活血通络,使瘀血得去络通而不伤正;体现了活血与行气合用的配伍形式,气血兼顾,加速瘀血的消散。有关研究表明:本方组成药物当归、桃仁、红花、川芎等均有显著抑制血小板功能、拮抗多种诱导剂所致血小板聚集、延缓血液凝固、促进血栓溶解、显著改善血液流变学等药理作用,也是作为治疗脑血栓形成的一个重要原理。通过我们的临床疗效分析,中西医结合治疗缺血性脑血管病,早期应用补阳还五汤加减有一定的临床价值。

(收稿日期:2005-06-23)

(上接第 10 页)肌代谢使受损心肌细胞修复,从而提高重型肝炎合并心肌损伤患者的治疗好转率。

参考文献

- [1] Lee SS. Cardiac abnormalities in liver cirrhosis [J]. West J Med, 1989, 151: 30
[2] 吕建新. 肝炎患者心脏生化指标改变及临床意义[J]. 广东医学,

2000(10): 855~867

- [3] 全国传染病与寄生虫病学会组委会. 第 5 次全国传染病与寄生虫病学术会议纪要[J]. 中华传染病杂志, 1995, 11(4): 241
[4] 杨运旗. 肝病与全身系统疾病诊断治疗学[M]. 肝病与心血管系统疾病, 2002, 6(1): 51~57

(收稿日期:2005-06-16)