

浅述药物性肝损伤的诊断和治疗

姚强德

(云南省大理市祥云县中医医院 祥云 672100)

关键词: 药物性肝损伤; 诊断; 治疗

中图分类号: R 575.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0072-01

肝脏是药物在体内代谢的一个重要场所, 某些药物及其代谢产物可直接影响肝脏的结构和功能, 造成肝脏的损害。药物性肝损伤是指在药物治疗过程中肝脏受药物本身及其代谢产物损害或发生过敏反应所致的一种医源性疾病。肝细胞变性、坏死主要由毒性代谢产物所致, 即亲电子的烷基化、芳基化和酰基化物质与肝细胞内和生命有关的大分子(DNA、RNA)共价结合而引起肝细胞坏死, 也可由细胞色素 P450 酶氧化还原反应产生的自由基与细胞膜上的蛋白质或非饱和脂肪酸共价结合, 产生脂质过氧化物而引起细胞膜的损伤, 最终导致细胞的死亡。随着新药物的不断问世, 非处方药的不断扩大, 平价大药房到处开花, 患者自行服药及随意加大剂量的可能性亦增加, 药物性肝病的发生率也相应较以往增加。由于药物性肝损伤的临床和病理变化比较复杂, 临床表现与实验室检查缺乏特异性, 极易导致临床误诊而延误病情。现将药物性肝损伤的诊断要点与治疗原则浅述如下:

1 诊断

1.1 诊断要素 因目前该症尚无确切的诊断方法及特异性实验诊断, 所以详细的病史询问显得至关重要, 内容包括近 2 个月来使用过的药物, 包括用药剂量、用药途径、持续时间; 既往有无肝病、病毒性肝炎及其他肝病史; 某些原发病是否可能累及肝脏; 有无药物过敏史及过敏性疾病史^[1]。药物性肝病的诊断主要依据时间过程特点和临床诊断标准并排除其他因素而确定。从可疑药物给药到发病多数在 1 周~2 个月。

1.2 临床诊断标准 具备下述第(1)条加上(2)~(5)条中任何两项, 临床诊断基本可确立: (1)肝脏损害多在用药后 1~4 周内出现; (2)初发症状可有发热、皮疹、瘙痒等过敏现象; (3)外周血液中嗜酸粒细胞 >6%; (4)肝内胆汁淤积或实质细胞损害等临床和(或)病理征象; (5)有关病毒性肝炎的血清学指标阴性。另外, 药物性肝病的诊断需排除其他引起肝损害的疾病: 如肝胆疾病、滥用酒精、自身免疫性疾病引起的肝损害、心功能不全引起的肝缺血等。

1.3 诊断药物性肝病的新方法 目前超声诊断药物性肝病的研究已有显著突破, 有研究表明, 门静脉增宽是诊断早期

药物性肝病的一个客观指标 (长期服药门静脉增宽占 62%, 而肝脏回声增加仅占 24%)。

1.4 注意事项 药物性肝病的临床表现比较复杂, 早期诊断对疾病发展的控制是非常重要的, 对一些因疾病治疗需要长期使用的药物, 尤其是易导致肝肾机能损伤的药物, 在治疗过程中肝功能的监测是早期发现药物性肝病的首选方法, 应该引起临床医师的重视^[2]。

2 治疗

2.1 停用致病药物 一旦确诊或怀疑, 应立即停用相关或可疑药物。

2.2 支持治疗 注意休息, 避免体力活动, 若无肝性脑病史可给予高热量、高蛋白饮食, 补充各种维生素及微量元素, 保持水、电解质、酸碱平衡等, 必要时输注白蛋白或新鲜血浆。

2.3 保肝、退黄治疗 患者出现血清转氨酶升高或白蛋白下降等肝功能损害征象时, 可给予护肝药物, 如肌苷、葡醛酸钾镁等; 深度黄疸者可静脉滴注高渗葡萄糖、Vit C、还原型谷胱甘肽、茵栀黄等。

2.4 肾上腺皮质激素的应用 黄疸、皮疹症状较重者, 可适量应用肾上腺皮质激素 2~3 周, 以抑制免疫缓解病情。

2.5 积极预防并发症 防止出血、感染、脑水肿、肾衰、肝性昏迷等。

药物性肝病重在预防, 对于某些能损害肝脏的药物临床医生要注意, 不要大剂量地超负荷使用, 有报道称山莨菪碱能治疗药物性肝病^[3], 减轻药物的肝毒性作用, 其副作用小、价格低廉, 值得我们在临床实践中推广应用。

参考文献

[1]王吉耀, 郭津生. 药物性肝病的诊断和治疗[J]. 中华肝脏病学杂志, 2004, 4(12): 242
[2]姚光弼. 药物性肝病[J]. 中华消化杂志, 1999, 19(5): 339~342
[3]王春丽, 张国祥, 郑建华. 山莨菪碱在防治药物不良反应中的作用[J]. 医药导报, 2005, 2(24): 162~163

(收稿日期: 2006-09-18)

高危宫腔手术B 超引导下操作 60 例体会

郇爱林

(浙江省永康市第二人民医院 永康 321607)

关键词: 宫腔手术; B 超引导; 体会

中图分类号: R 713.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0072-02

2002 年 1 月~2005 年 12 月, 我院采用在 B 超引导下下行高危宫腔手术 60 例, 手术均一次成功。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 受术者年龄 19~62 岁, 其中人工流产 35 例

心电远程监测临床应用

负海雁 龚丽娜 裴蕾
(河南省新乡市中心医院 新乡 453000)

摘要:目的:探讨远程心电监测的临床意义。方法:分析 420 例接受威灵心脏监测仪检查患者的临床及心电图资料,临床以心律失常、心悸、晕厥等相关症状为主。心电监测仪,含有心电记录和电声转换装置,具有记录与回放功能,由病人携带,用导联线与监护电极连接,监护导联可用模拟 V₁、V₅ 双极导联。结果:420 例检查者未见异常者 175 例(41.7%),异常者 245 例(58.3%),其中窦性心动过缓 20 例,房性期前收缩 87 例,房性心动过速 21 例,心房颤动 13 例,室性期前收缩 69 例,房室传导阻滞 14 例,预激综合征 2 例,束支传导阻滞 9 例,10 例为 ST-T 改变。这些发生心律失常的患者中有 37 例既往均未捕捉到发作时的心电图。结论:威灵心脏监测仪操作方便,可通过手机和固定电话发送心电图,具有随时、实时,可长期纪录,不受时间、地点、距离远近、工作和生活活动限制,并能反映受检者活动变化与心电变化间关系的优点,出现病情变化可及时得到诊断、治疗,保证病人的安全。对心脏高危人群、心梗后严重心律失常者进行心电远程监测,可显著降低入院前猝死及心梗后 1 年的病死率。

关键词:心电图;远程监测;临床应用

中图分类号:R 540.41

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)02-0073-01

心电图技术已应用于临床 100 余年,成为心血管疾病诊断的重要常规方法之一^[1]。心血管疾病特别是心律失常,往往呈阵发性发作,发作时间短,到医院就诊或用其他监测手段难以及时纪录,给诊断增加了困难。随着信息和通信技术的广泛应用,远程心电监测技术已经步入临床应用阶段。本文报道我院远程心电纪录系统应用情况,探讨其临床意义。

1 资料和方法

1.1 对象 选择 2005 年 11 月~2006 年 5 月共 420 例接受远程心电监测患者。其中男性 156 例,女性 264 例,年龄 13~83(46.8±19.5)岁。检查者临床上以心律失常、心悸、晕厥等相关症状为主。

1.2 方法 采用威灵医用电子有限公司生产的威灵心脏监测仪。心电监测仪,即记录盒,含心电记录及电声转换装置,具有记录与回放功能,与动态心电图记录一样,体积小,仅有 100g 重,由病人携带,用导联线与监护电极连接,监护导联可用模拟 V₁、V₅ 双极导联,双通道同步记录,也可移动电极位置,另组合所需导联。

2 结果

420 例检查者中未见异常者 175 例(41.7%),异常者 245

例(58.3%),其中窦性心动过缓 20 例,房性期前收缩 87 例,房性心动过速 21 例,心房颤动 13 例,室性期前收缩 69 例,房室传导阻滞 14 例,预激综合征 2 例,束支传导阻滞 9 例,10 例为 ST-T 改变。

3 讨论

电话传输心电图一般也称为电话传送心电图,远程心电图俗称心脏 BP 机,是通过佩戴在患者身上的心脏监测仪,实时监测心脏活动,定时或心脏事件发生时,记录并通过电话传输心电信息到心脏监护中心,通过监护中心电脑处理,显示或打印出患者的心电图供医生分析诊断。心电远程监测具有随身、实时、可长期记录等特点,与动态心电图相比更不受时间限制,监测时间更长,可连续应用 1 个月以上,获得的资料也更多,因而检测出病理性心电变化机会更多。由于随时、实时、长时间纪录,不受时间、地点、距离远近、工作和生活活动限制,可监测日常生活中自然状态下发生的心电变化,并能反映受检者的临床变化与心电变化间的关系,有利于监测研究出现症状的原因、性质及其变化规律,从而可用于各种心血管病的诊断、研究及治疗结果、愈后估计^[2]。病人佩戴记录仪后可在家庭、工作单位、室外,甚至出差(下转第 80 页)

(哺乳期及剖宫产术后半年内),孕周为 7~13 周;取环术 25 例(绝经后 1~5 年),置环时间为 1~20 年。超声仪器使用东芝-340 型超声显像仪,探头频率 3.5MHz。

1.2 方法 患者必须适度充盈膀胱,取膀胱截石位,用探头在耻骨联合上方扫查子宫纵、横断面图像,观察妊娠囊、宫内节育器的位置,按手术常规依次进行。术者持手术器械在 B 超引导下,观察器械在宫腔的深度与方向,动态引导宫腔手术操作全过程。

2 结果

人工流产 35 例,术者通过荧屏上显示出的妊娠囊、胚芽及残留物,将吸管探入宫腔直接吸取胚芽及残留物,手术均一次成功。取环术 25 例,在 B 超引导下,术者持取环器或长止血钳探入宫腔,勾、夹住节育器或游离的断端,慢慢牵拉取出节育环。

3 讨论

B 超的导向作用,已成为宫腔操作中不可缺少的监测手

段,如放置或取出节育器、人工流产或各种钳刮术^[1]。无 B 超引导下操作有一定的盲目性,主要依靠术者的经验,如遇疑难的问题,手术会变得十分困难,并常因此而发生子宫穿孔、吸宫不全或上、取环失败等并发症。在 B 超直视下,由于术者能通过荧屏上显示出的宫腔结构,动态观察阴道至宫腔的器械深度与方向,可以目标准确地进行操作,缩短了手术时间,减少了重复操作及感染机会^[2]。本组资料中,无 1 例并发症,显著提高了宫腔手术的成功率。在手术中要上、下密切配合,应由有临床经验的 B 超医生及妇产科医生进行操作,确保手术安全、顺利进行。此方法操作简单,目标准确,效果显著,凡有 B 超仪器的医院都可推广应用。

参考文献

[1]冯麟增.孕产超声诊断学[M].北京:北京科学技术出版社,1996.139
[2]田莉,张春梅,沈浣.B 超引导下的宫腔操作在计划生育手术中的应用[J].中国计划生育学杂志,1997,2(1):16

(收稿日期:2006-10-15)