

非酒精性脂肪肝及其瘦素的相关性

谭展田¹ 温娟¹ 钟京培¹ 阎蔚² 胡文文²

(1 江西省医学科学研究所 南昌 330006;2 江西省南昌市第九医院 南昌 330002)

关键词:脂肪肝;瘦素;非酒精性

中图分类号:R 575.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.039

瘦素是在肥胖基因(Ob 基因)编码下,主要由脂肪组织分泌的一种肽激素,主要调节机体的食物摄取和能量消耗,与肥胖关系密切。而非酒精性脂肪肝 (NAFLD) 是一种无过量饮酒史 (或酒精摄入量<20g/d)致肝实质细胞脂肪变性和脂肪贮积,并以肝细胞脂肪变、气球样变、弥散性肝小叶轻度炎症和 (或)肝中央静脉、肝窦周围胶原沉积等为临床病理特征的慢性肝脏疾病或非酒精性脂肪贮积综合征^[1,2]。本文旨在探讨两者间的相关性。

1 临床资料

1.1 一般资料 在南昌市第九医院门诊部体检人群中,抽取符合标准的男性体检者,每组各 26 例,年龄 26~54 岁。NAFLD 组平均年龄(40.1± 7.2)岁,体重指数(BMI)平均(27.55± 1.21)kg/m²。肥胖组平均年龄 (40.1± 7.3) 岁,BMI 平均 (25.66± 1.26) kg/m²。对照组平均年龄 (38.7± 6.1) 岁,BMI 平均 (22.66± 1.88)kg/m²。三组年龄相当(P=0.116);肥胖组与 NAFLD 组相比,BMI 无显著差异(t=1.291, P=0.216)。以上所有受试者均无肝病史,无服用可引起

气阴两虚型:太子参 15g,炒白术 10g,茯苓 10g,厚朴 10g,炒白芍 15g,玉竹 12g,石斛 12g,南沙参 15g,麦冬 12g,生甘草 5g;气滞血瘀型:柴胡 12g,枳壳 12g,炒白芍 12g,茯苓 12g,佛手 10g,陈皮 10g,延胡索 15g,川红花 10g,丹参 10g,甘草 5g。

1.4 结果 治疗组显效 8 例,有效 27 例,无效 1 例,总有效率 97.22%;对照组显效 6 例,有效 24 例,无效 2 例,总有效率 93.75%。治疗组疗效优于对照组。

2 讨论

胃十二指肠溃疡在中医学中归属于“胃脘痛”或“嘈杂”范畴。认为多由于外感寒邪,内容于胃,寒主收引,致胃气不和而痛;饮食不节,或过饥过饱致胃失和降;忧思恼怒,则气郁而伤肝,肝木失于疏泄,横逆犯胃,致气阻滞,因而发生疼痛;饥饱失常,或劳倦过度,或久病脾胃受伤等,均能引起脾阳不足,中焦虚寒,或胃阴受损,失其濡养而发生疼痛^[1]。现代医学认为是由于攻击因子的增强及保护因子的削弱引起的。两者在致病因素方面观点基本一

致。脂肪肝药物史,饮酒量每周小于 40g 酒精,无糖尿病及其他疾病病史,肾功能正常。对照组肝功能正常,肥胖组与 NAFLD 组除谷丙转氨酶(ALT)外,其余肝功能指标均正常,肥胖组 ALT 均值(37.69± 20.24) IU/L,NAFLD 组 ALT 均值(52.72± 19.15)IU/L。

1.2 方法 采用放射免疫法测定三组雌激素和瘦素水平。

1.3 统计学处理 采用 SPSS10.0 软件包分析,数据以 ($\bar{X} \pm S$)表示, P<0.05 为差异有显著性。

2 结果

2.1 雌激素和瘦素水平 NAFLD 组雌二醇水平显著高于对照组(P<0.05);NAFLD 组和肥胖组的瘦素水平显著高于对照组 (P 均 <0.05), 与肥胖组相比较,NAFLD 组有升高的倾向(P=0.126)。见表 1。

表 1 各组雌激素和瘦素水平比较 ($\bar{X} \pm S$)		
组别	雌二醇 (pg/L)	瘦素(mg/L)
对照组	51.45± 12.33	5.16± 3.26
肥胖组	55.04± 15.18	8.08± 2.91
NAFLD 组	61.48± 16.21	9.59± 3.55

2.2 直线相关分析 对数转换后的血清瘦素、雌二醇都呈正态分布。血清瘦素:r=0.606, P<0.001;血清致。均认为饮食因素、精神因素、药物因素以及环境因素是消化性溃疡的诱发因素。因此,在治疗方面有共同之处。西医治疗,在抑酸的同时加用黏膜保护剂,既加快愈合速度,又使愈合质量得以提高^[2]。尹景霞运用具有理气散寒、活血化瘀功效的中药,结果显示可以迅速缓解腹部疼痛,杀灭 HP,持久保护胃黏膜,抑制胃酸分泌^[3]。唐旭东认为,中医药治疗消化性溃疡的作用,以现代药理学分析表现为增强黏膜保护、抑酸、抗幽门螺杆菌综合作用^[4]。本文根据临床症状及舌脉象加减运用中药合并西药治疗,效果明显优于单纯西药的治疗。然而,在治疗期间应注意戒烟、戒酒及去除诱因 (如刺激性食物等),才能取得满意疗效。

参考文献

[1]中医临床病证诊断疗效标准[S].长沙:湖南科技出版社,1993.256
[2]张伯臾.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985.133
[3] 尹景霞. 中药荆花胃康胶丸加西药治疗难治性消化性溃疡 35 例 [J].中医杂志,2007,48(5):442
[4]唐旭东.中医抗溃疡复发研究的若干问题[J].中医杂志,1995,36 (12): 745-748

(收稿日期: 2010-06-24)

3 讨论

瘦素的生理作用主要是通过抑制食欲、促进外周脂肪分解及抑制脂肪的合成来调节脂肪的稳定^[3]。此外瘦素还参与肝脏对脂质代谢的调节作用，通过调控 PEpck 的基因表达^[4]，促进肝脏对乳酸的摄取，抑制丙酮酸激酶的活性，使甘油三酯合成减少，通过蛋白激酶 A 激活肉毒碱酯酰转移酶，促进脂肪代谢。当瘦素不能正常发挥作用时，上述调节作用就会受影响，从而引起脂质代谢紊乱^[5,6]。

本研究显示，非酒精性脂肪肝组血清瘦素水平显著高于对照组，与国外报道一致。升高的原因可能是瘦素产生抵抗，致高瘦素血症，或是瘦素为抗脂肪肝的产生而代偿性升高。对于前者已在单纯性

(上接第 43 页)原发灶及颈部淋巴结消退情况。见表 1。

表 1 两组患者鼻咽肿瘤及颈部淋巴结消退情况 例(%)					
组别	n	鼻咽原发灶		颈部淋巴结	
		CR	PR	CR	PR
治疗组	24	19(79.2)	5(20.8)	17(70.8)	7(29.2)
对照组	23	20(87.0)	3(13.0)	19(82.6)	4(17.4)

2.2 1 年内无疾病进展率 两组患者均随访 >1 年，无失访患者，随访率 100%。治疗组 1 年累积复发率 12.5%(3/24)，1 年累积远处转移率为 16.7%(4/24)，对照组分别为 8.7%(2/23)、13.0%(3/23)；治疗组 1 年 PFS 为 70.8%(17/24)，对照组为 78.3%(18/23)。两组比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 不良反应 两组常见不良反应有骨髓抑制、胃肠道反应、口腔黏膜炎和皮肤反应。见表 2。治疗组 II 级白细胞减少 5 例(20.8%)，III 级白细胞减少 2 例(8.3%)，均接受抗生素治疗或预防治疗，1 例因粒细胞减少伴发热，需延长放疗 4d；对照组 2 例因严重口腔黏膜反应推迟治疗 1 周。

表 2 两组患者不良反应发生情况 例							
组别	不良反应	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	P
治疗组	恶心呕吐	17	5	2	0	0	<0.05
对照组		0	6	14	3	0	
治疗组	白细胞下降	7	9	5	2	1	<0.05
对照组		13	6	3	1	0	
治疗组	口腔黏膜反应	10	7	5	2	0	<0.05
对照组		0	5	8	9	1	
治疗组	皮肤反应	0	7	16	1	0	<0.05
对照组		0	4	17	2	0	

3 讨论

鼻咽癌初治患者中，III~IV 期占 70%~80%，5 年生存率仅 20%~40%。近年来国内外多项研究显示，同步放、化疗可提高晚期鼻咽癌的局部控制率与生存率。其机制有：化疗药物使肿瘤细胞同步化，以增

• 53 •
肥胖患者中被证实，在脂肪肝患者升高的原因还有待进一步研究。

参考文献

[1]Zhang Y,Proenca P,Maffei M,et al. Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue [J].Nature,1994,372:425-432
[2]中华医学会肝脏病学会脂肪肝和酒精性肝病组.非酒精性脂肪肝诊断标准(草案)[J].中华肝脏病杂志,2001,9(6):325
[3]萧树东.消化病新理论和新技术[M].上海:上海科技教育出版社,1999.12
[4]Saxena NK,Ikeda K,Rockey DC,et al.Leptin in hepatic fibrosis: Evidence for increased collagen productin in stellate cells and lean littermates of ob/ob mice[J].Hepatology,2002,35:762
[5]Rizk NM,Stammesen D,Preibisch G,et al.Leptin and tumor necrosis factor-alpha induce the tyrosine phosphorytion of signal transducer and activator of transcription proteins in the hypothalamus of normal rats in vivo[J].Endocrinology,2001,142:3 027
[6]贺石林,李俊成,秦晓群.临床生理学— 21 世纪高等医学院校教材 (供研究生用)[M].北京:科学出版社,2001.9

(收稿日期: 2010-06-24)

强放疗的敏感性；化疗药物干扰肿瘤细胞亚致死损伤后的细胞 DNA 修复；化疗药物的直接杀肿瘤效应等^[1]。另有研究显示头颈部鳞癌的加速再增殖一般发生在放疗开始后的(4± 1)周，故一般在放疗第 1、4 周进行同步化疗^[2]。多西他赛(艾素)为国产半合成紫杉类抗癌药，是一种作用于细胞周期 M 期的植物类抗肿瘤药物，通过促进小管聚合成稳定的微管，并抑制其解聚，从而妨碍与有丝分裂和其他重要细胞功能有关的微管重组，发挥其抗肿瘤作用。其机制是使癌细胞生长受阻于放射敏感期 G +M 期，与放射合用有协同作用。体外试验表明其除对癌细胞凋亡具有诱导作用外，还能增强射线对细胞凋亡的诱导作用而增强放疗的疗效^[3,4]。

本组资料中，与传统 PF 方案化疗治疗局部晚期鼻咽癌相比，不管是近期的局控率(CR+PR)，还是 1 年内无疾病进展率，单药多西他赛每周方案均取得与 PF 方案相一致的效果($P>0.05$)。毒副作用中，恶心、呕吐胃肠道反应及骨髓抑制、口腔黏膜反应对照组高于治疗组，差异有显著性($P<0.05$)，皮肤反应两组无差别。结果显示，两种方案治疗晚期鼻咽癌均有较好疗效，但多西他赛同期化疗不良反应率较低。

参考文献

[1]崔念基,卢泰祥.实用临床放射肿瘤学[M].广州:中山大学出版社,2005.293-330
[2]Kwong DL,Sham JS,Au GK,et al.Concurrent and adjuvant chemotherapy for nasopharyngeal carcinoma;a factorial study [J].J Clin Oncol,2004,22(13):2 643-2 653
[3]Hennequin C.Association of ta3q-anes and radiotherapy;preclinical and clinical studies[J].Cancer Radiother,2004,8(Suppl 1):95-105
[4]Chan AT,Leung SF,Ngan RF.Overall survival after e-ncnI'l'enlcisp latin radiotherapy compared with radiotherapy alone inlocoregion? ally advanced nasopharyngeal carcinoma[J].J NatlC ancer Inst,2005, 97(7):536-539

(收稿日期: 2010-08-18)