

Ca/Cr 的增高是 2 型糖尿病引发骨质疏松的又一危险因素。这为 2 型糖尿病引起的骨质疏松早期发现早期预防提供了依据。I 型胶原羧基末端肽 (CTX) 是近年才发现的骨吸收标志,其测定结果显示与糖尿病骨质疏松并无明显的相关性,这意味着 2 型糖尿病的骨质疏松中骨吸收增多不是主要因素。起主要作用的仍属骨形成减少。

总之,在临床治疗糖尿病的过程中,有必要对初诊为 2 型糖尿病的男性患者中体重指数偏低,血睾酮偏低或者尿 Ca/Cr 值偏高的患者采取积极的预防与治疗骨质疏松的改变。

参 考 文 献

- [1] 施慧鹏,夏瑾玮,李晓林,等.老年男性 2 型糖尿病肾病患者骨代谢变化.老年医学与保健,2008,14(2):110-113.
[2] Schwartz AV, Hillier TA, Sellmeyer DE, et al. Older women with

diabetes have a higher risk of falls. Diabetes Care, 2002, 25 (10): 1749-1754.

- [3] 赵文俐,陈贤志,周建忠,等. QCT 骨密度测量技术的探讨.中国骨质疏松杂志,2007,13(4):243-245.
[4] de Liefde II, van der Klift M, de Laet CE, et al. Bone mineral density and fracture risk in type-2 diabetes mellitus: the Rotterdam Study. Osteoporos Int, 2005, 16(2):1713-1720.
[5] 孙明谨,李雪峰,陈世清,等.男性 2 型糖尿病患者骨密度及骨代谢生化指标的研究.实用诊断与治疗杂志,2007,21(9):659-661.
[6] 廖二元,莫朝晖.内分泌学.北京:人民军医出版社,2007:716.
[7] Schwartz AV, Sellmeyer DE, Stromeyer ES, et al. Diabetes and bone loss at the hip in older black and white adults. J Bone Miner Res, 2005, 20(4):596-603.

血浆吸附灌流治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭的临床疗效分析

梁彦玲 张全会

【摘要】 目的 探讨血浆吸附灌流治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭的治疗效果。方法 84 例乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭患者,随机分治疗组和对照组,治疗组 54 例,采用血浆吸附灌流+药物治疗,对照组 30 例,采用药物治疗,比较治疗前后两组的临床症状和生化指标的变化。结果 治疗组与对照组治疗后比较,ALT、TBIL 明显下降,两组差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组总有效率为 59.26%,明显高于对照组的 43.3%,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。血浆吸附灌流治疗,不良反应轻微,提示该方法安全性较好。结论 血浆吸附灌流是乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭的安全有效的治疗方法。

【关键词】 慢加急性肝衰竭;血浆吸附灌流;疗效;慢性乙型肝炎

多种因素可导致肝脏功能不全或肝脏功能衰竭,在西方国家肝衰竭以药物中毒所致的急性暴发性肝衰竭为主,而我则多是由肝炎病毒特别是乙型肝炎病毒感染所致,且以慢加急性肝衰竭(Acute on chronic hepatic failure)为多,占 80%~90%^[1,2],肝衰竭病情凶险,临床病死率高达 60%~80%^[3,4]。治疗目前尚缺乏特异有效的药物。笔者应用血浆吸附灌流治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭患者,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均为 2008 年 1 月至 2012 年 12 月本院肝病诊治中心收治的乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭患者。其中治疗组 54 例,男 42 例,女 12 例,年龄 16~70 岁,平均(43.13±11.45)岁。对照组 30 例,男 19 例,女 11 例,年龄 18~71 岁,平均(42.15±12.17)岁。两组患者在性别、年龄、病情上差异无统计学意义($P > 0.05$)。临床诊断符合 2006 年《肝衰竭诊疗指南》^[1]慢加急性肝衰竭的诊断标准。并排除重叠感染甲型肝炎病毒、戊型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、恶性肿瘤、妊娠、药物性肝损伤其他全身性疾病。

1.2 治疗方法 将 84 例乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭患者随机分为治疗组 54 例和对照组 30 例。对照组:予药物治疗,给予复方甘草酸苷针、多烯磷脂酰胆碱针、还原型谷胱甘肽针、促肝细胞生长素针等药物治疗,予人血白蛋白针营养支持

治疗,予恩替卡韦分散片抗病毒治疗。治疗组:在药物综合治疗的同时予血浆吸附灌流治疗。血浆吸附灌流治疗方法:每次血浆吸附灌流时间 2.5~3.0 h;血流速度 80~120 ml/min,血浆分离速度为 20~30 ml/min;每次血浆吸附灌流量为 3000~5000 ml;患者的两次治疗间隔 2~5 d,每例患者治疗 2~7 次,平均每人治疗 3.78 次。

1.3 观察指标 观察两组治疗前后临床症状变化,血常规、肝功能、凝血功能等生化学指标的变化。

1.4 疗效判断 (1) 显效:临床症状明显改善;黄疸、腹水、出血倾向等明显减轻;肝性脑病明显改善,血清总胆红素(TBIL)下降 30%~50%,凝血酶原活动度(PTA)提高 10%以上;(2) 好转:症状、体征及肝性脑病有所改善,TBIL 下降 10%~30%,PTA 提高 10%以内;(3) 无效:症状、体征、及肝性脑病无变化或继续加重,TBIL 下降^[5]。

1.5 统计学方法 应用 SPSS17.0 统计软件进行统计学处理。计数资料用卡方检验,计量资料比较用 t 检验。

2 结果

2.1 症状及体征比较 治疗组 54 例患者经血浆吸附灌流治疗后 75.93% (41/54) 的患者症状及体征改善。对照组 30 例药物治疗后,50.00% (15/30) 症状及体征改善。

2.2 临床转归 治疗组 54 例患者,血浆吸附灌流治疗共 203 次。治愈和好转共 32 例,有效率为 59.26%。死亡或病情恶化而自动出院 22 例,占 40.74%。对照组 30 例患者,药物治疗后好转 13 例(有效率 43.3%),加重或自动出院 17 例

作者单位:450015 郑州市第六人民医院肝病诊治中心

(56.67%)。血浆吸附灌流治疗组有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

2.3 化验指标的变化 治疗后治疗组较对照组谷丙转氨酶

(ALT)、总胆红素(TBIL)、均明显下降($P < 0.05$)；凝血酶原活动度(PTA)明显上升(P 均 < 0.01)，但白蛋白的改善，两组差异无统计学意义，见表 1。

表 1 治疗组和对照组治疗前后生化指标的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	ALT(U/L)		TBIL($\mu\text{mol/L}$)		ALB(g/L)		PTA(%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	311.8 \pm 253.2	78.8 \pm 45.7	452.6 \pm 185.2	29.4 \pm 4.2	29.4 \pm 4.2	33.4 \pm 2.6	34.1 \pm 9.6	62.6 \pm 18.3
对照组	323.5 \pm 297.3	130.4 \pm 153.5	443.7 \pm 171.8	28.6 \pm 4.3	28.6 \pm 4.3	32.3 \pm 4.2	33.7 \pm 10.5	42.3 \pm 20.9

注：治疗后治疗组与对照组比较，ALT： $P < 0.05$ ；TBIL(总胆红素)： $P < 0.05$ ；ALB(白蛋白)： $P > 0.05$ ；PTA(酶原活动度)： $P < 0.01$

2.4 不良反应 治疗组 54 例患者，在 203 例次血浆吸附灌流治疗中共出现 19 例次不良反应，占 9.36%，其中出现低钾血症 4 例次，发热 6 例次，低血压 4 例次，置管处渗血 5 例次，上述症状经对症治疗后均缓解，均未影响治疗。

3 讨论

在肝功能衰竭的发病机制中，乙肝病毒和其他因素，使肝脏受到多重打击。而肝脏的免疫屏障功能受损，出现内毒素血症，致肝内外单核巨噬细胞释放大量的细胞因子，如肿瘤坏死因子 α 、IL-10 等，引起肝细胞损害是肝衰竭发生的重要原因。因此，应用人工肝系统内毒素和过多的细胞因子，可以减轻肝脏负担，延缓肝细胞破坏速度，为肝脏再生争取时间，从而改善预后^[6]。目前肝衰竭的治疗缺乏有效药物，血浆吸附灌流是目前临床应用较多的非生物人工肝支持治疗方法之一，可吸附血浆中相对分子量为 0.5 ~ 5kDa 的中分子物质(包括胆红素、内毒素、胆汁酸和炎性介质等)，对其的清除率可达 70% 以上，而中分子物质是阻碍肝细胞再生和修复的主要毒性物质之一^[7]，血浆吸附灌流可较大幅度地改善内环境，为肝细胞再生提供条件，也可为肝移植争取时间，为更多的患者争取存活机会，使患者的预后有所改善，其临床疗效逐步得到认可。

本研究显示，治疗组与对照组比较，治疗后患者的症状明显减轻，肝功能明显改善。ALT、TBIL 明显下降($P < 0.05$)，PTA 明显升高，两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组总有效率为 59.26%，明显高于对照组的 43.3% ($P < 0.05$)。血浆吸附灌流治疗不良反应较少，仅发生 19 例次不

良反应，均未影响继续治疗，提示血浆衣服灌注治疗安全性较好。血浆吸附灌流治疗可有效改善乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭患者的肝功能、凝血功能，提高疗效，是治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭的一种安全有效的方法。因此，在临床中可以作为血浆紧缺时的一种替代的人工肝支持治疗方法，值得在临床上进一步的尝试。

参 考 文 献

[1] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组，中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组. 肝衰竭诊疗指南. 中华内科杂志 2006, 45(12): 1053-1056.

[2] 刘晓燕, 胡瑾华, 王慧芬, 等. 1977 例急性、亚急性、慢加急性肝衰竭患者的病因与转归分析. 中华肝脏病杂志 2008, 16(10): 772-775.

[3] 张琳, 韩峰, 吴丹, 等. 暴发性肝功能衰竭患者的临床特征及其预后的影响因素. 中华肝脏病杂志 2011, 18(8): 614-617.

[4] Onodera K, Sakata H, Yonekawa M, et al. Artificial liver support at present and in the future. J Artif Organs 2006, 9(1): 17-28.

[5] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组，中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组. 肝衰竭诊疗指南. 中华临床感染病杂志 2012, 5(6): 321-327.

[6] 付菊平, 徐江海, 邵玉芬. 人工肝支持系统治疗重型肝炎临床疗效观察. 中国血液净化 2008, 7(12): 676-677.

[7] 范品华, 韦嘉, 段志文, 等. 序贯应用血浆置换联合血浆灌流治疗肝衰竭的临床观察. 昆明医学院学报 2010, 21(3): 75-78.

宫外孕诊治 120 例临床分析

初向东 李恒健

【摘要】目的 探讨药物保守治疗、开腹手术以及腹腔镜手术在宫外孕患者中的临床治疗方法以及疗效。方法 回顾性分析 2009 年 3 月至 2012 年 3 月在本院妇科接受治疗的 120 例宫外孕患者，按照治疗方式将病例分为 3 组，其中，药物保守治疗(甲氨喋呤方案联合米非司酮方案)46 例；开腹手术 15 例；腹腔镜手术组 59 例。结果 治疗组的手术时间比较长，而其他各项明显高于对照组。结论 腹腔镜手术对患者的创伤比较小，而且恢复比较快，对于患者造成的伤害较小，而且治疗效果比较好，值得临床广泛推广与应用。

【关键词】宫外孕；临床诊治；腹腔镜治疗；开腹治疗；药物保守治疗

1 资料与方法

1.1 一般资料 统计 2009 年 3 月 1 日至 2012 年 3 月 1 日期间，本院妇科共收治宫外孕患者 120 例，年龄 20 ~ 45 岁；均经

病史、体征、阴式 B 超、后穹窿穿刺、血 HCG-B 测定确诊。按照治疗方式将病例分为 3 组，其中，药物保守治疗(甲氨喋呤方案联合米非司酮方案)46 例；开腹手术 15 例；腹腔镜手术组 59 例。各组患者年龄、停经时间、血 HCG-B 值及附件区包块大小差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 药物保守治疗组：对于典型病史、包块位置明确

作者单位：新疆和布克赛尔县人民医院(初向东)；盘锦市妇女儿童医院(李恒健)