3 讨论

本实验在血样处理时曾采用加1倍量甲醇去除蛋白,但结果并不理想,得到的图谱中杂质较多,而后采用加15%高氯酸沉淀蛋白,低温下离心,得到的上清液澄清透明,且杂质峰少,色谱分离效果好。实验中还采用了梯度洗脱,大大缩短了检测时间,色谱峰对称性好,峰宽较窄,且血浆内源性物质对于屈昔多巴没有干扰。该方法简单、快速、灵敏、准确,可以用于血浆样品中屈昔多巴的定性定量检测。

本研究数据表明,屈昔多巴在体内的药代动力学过程符合二室模型。成年健康志愿者在口服200 mg屈昔多巴后,1.5~2 h时可达到最大血药浓度,且10 h后不能从血液中测出屈昔多巴,表明药物几乎从血液中完全消除。国外有研究表明,患者在单剂口服屈昔多巴后,2~3 h达峰浓度,且$T_{1/2}$ 2~3 h[3],与健康受试者相比,药物达峰时间和半衰期延长,可能是由于健康受试者与患者间存在一定生理差异引起。

参考文献:

[1] Yohei T, Yoshitada T, Koji I, *et al*. One case that droxidopa was effective for medicine which we developed during treatment of schizophrenia-related parkinson's syndrome[J]. Journal of New Remedies and Clinics, 2006, 55(7): 1176-1179.

[2] Kaufmann H, Saadia D, Voustianiouk A, *et al*. Norepinephrine precursor therapy in neurogenic orthostatic hypotension[J]. Circulation, 2003, 108(6): 724-728.

[3] Goldstein D S, Holmes C, Kaufmann H, *et al*. Clinical pharmacokinetics of the norepinephrine precursor L-threo-DOPS in primary chronic autonomic failure[J]. Clin Auton Res, 2004, 14(6): 363-368.

(编辑 吴培红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2009)11-1114-01

中西医结合治疗肝硬化腹水35例疗效观察

谢 颖 (重庆市永川区中医院内3科,重庆 402160)

肝硬化是一种临床常见病,腹水是其主要并发症之一,它的形成与门静脉高压、血浆白蛋白水平低、体内激素水平紊乱及代谢异常有关,病因机制较为复杂。腹水一旦形成,治疗起来比较困难,预后差,单纯西医或单纯中医治疗效果不佳。2003年3月至2007年12月,我院在西医治疗的基础上配合中医治疗35例肝硬化腹水患者,并进行对照观察,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

69例均为我院住院患者,按完全随机分组法分为2组,治疗组35例,男性23例,女性12例;年龄28~76岁,平均48.36岁;病程最短6个月,最长8年,平均3.64年;肝功能均异常;B超显示脾肿大32例;腹水重度14例,中度17例,轻度4例;首次腹水者8例,2次以上腹水者27例。对照组34例,男性22例,女性12例;年龄31~78岁,平均47.92岁;病程最短8个月,最长7年6个月,平均3.58年;肝功能均异常;B超显示脾肿大29例;腹水重度13例,中度18例,轻度3例;首次腹水者7例,2次以上腹水者27例。2组病例的年龄、性别、病程等资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 疗效标准

疗效标准参照《肝硬化中西医结合诊治方案诊断标准(共识意见)》[1]执行。分显效、有效和无效。腹水程度分级按《肝脏病学标准》[2]中相关标准执行。

1.3 治疗方法

对照组在以休息为主,合理饮食,限制水盐摄入的基础上,根据肝功能状况,保肝、支持、对症治疗,分别给予硫普罗宁、还原型谷胱甘肽、利尿剂和白蛋白等药物,合并腹水感染者选用抗生素。治疗组在对照组治疗的基础上,给予静脉注射丹参,并加服以消症利水汤为主的中药(柴胡9 g、猪苓20 g、茯苓20 g、泽泻20 g、白术20 g、茵陈30 g、丹参20 g、莪术15 g、党参20 g、黄芪20 g、淫羊藿15 g、鳖甲30 g、五味子30 g、大腹皮20 g、白茅根30 g)。中药每天1剂,水煎,分3次口服。对照组和治疗组均以15 d为1个疗程,连续观察3~4个疗程。如果治疗期间有其他合并症出现,2组均作同样处理。

1.4 统计学方法

计量资料以$\bar{x}\pm s$表示,采用t检验,计数资料采用χ^2检验。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗组显效18例,有效14例,无效3例,总有效率91.43%,对照组显效9例,有效16例,无效9例,总有效率73.53%,2组有效率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.2 治疗前后肝功能改善情况

治疗组谷丙转氨酶、谷草转氨酶、白蛋白在治疗前后差异均有统计学意义($P<0.01$);同时治疗后治疗组与对照组比较,谷丙转氨酶、谷草转氨酶差异有统计学意义($P<0.01$,表1)。

(下转1117页)

作者简介:谢 颖,女,重庆市人,主治医师,主要从事中西医结合治疗肝病及各种疑难杂症方面的研究。电话:(023)49998918, E-mail: xy710816@163.com

收稿日期:2008-08-26;修回日期:2008-09-16

3　讨论

大剂量的化疗药物可通过多种机制导致肝细胞变性、坏死、凋亡,特别是联合化疗时肝功能损害更常见。罗库溴铵属于中效甾类肌松药,在生理条件下为带正电荷的有机阳离子,需通过载体介导才能被肝细胞摄取[3],几乎再以原型从尿和胆汁中排出[4],可认为肝脏的功能状态与罗库溴铵临床药效直接相关。本研究中,术前化疗患者围术期罗库溴铵的临床作用时效和恢复时间延长,这提示可能因为化疗后肝脏功能的改变而导致了罗库溴铵药代动力学特征的改变。

在术前进行化疗的患者,虽然通过各种积极的保肝、降酶等治疗,肝功能可以得到一定程度的恢复。但化疗所致的肝血流的紊乱及有效循环血量的减少使药物的摄取减少。化疗药物还使肝药酶的活性下降,药物的清除速率下降,不同程度的影响了罗库溴铵的吸收、分布和代谢,造成药代动力学的改变,导致围术期罗库溴铵的临床作用时效和恢复时间延长。因此,对于术前行化疗的患者,手术前应该对患者的肝脏功能进行评估,并应用肌松监测,使肌松药的使用更合理。

关键词: 乳腺癌;化疗;罗库溴铵;神经肌肉阻滞
中图法分类号: R614　　**文献标识码**: B

参考文献:

[1] 张　毅,周　艳,郭美琴,等. 全乳大切片观察新辅助化疗后乳腺癌浸润性生长特征变化[J]. 第三军医大学学报, 2007, 29(21): 2083 – 2085.
[2] 陈　蓉,张伟国,张连阳,等. MRI 评价乳腺癌行保乳术的可行性研究[J]. 第三军医大学学报,2007,29(17):1712 – 1715.
[3] Rouzier R, Extra J M, Klijanienko J, *et al*. Incidence and prognostic significance of complete axillary downstaging after primary chemotherapy in breast cancer patients with T1 to T3 tumors and cytologically proven axillary metastatic lymph nodes[J]. J Clin Oncol, 2002, 20(5): 1304 – 1310.
[4] Proost J H, Eriksson L I, Mirakhur R K, *et al*. Urinary, biliary and faecal excretion of rocuronium in humans[J]. Br J Anaesth, 2000, 85(5):717 – 723.

(编辑　吴培红)

(上接 1114 页)

表 1　治疗组与对照组治疗前后肝功能改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n		谷丙转氨酶(μmol/L)	谷草转氨酶(μmol/L)	白蛋白(g/L)
治疗组	35	治疗前	140.43 ± 72.65	123.74 ± 52.16	9.25 ± 2.62
		治疗后	32.37 ± 12.58^{bc}	37.52 ± 9.81^{bc}	32.18 ± 3.61^{b}
对照组	34	治疗前	138.47 ± 69.84	121.63 ± 57.22	21.38 ± 2.17
		治疗后	96.32 ± 61.26^{a}	103.16 ± 49.87^{a}	29.87 ± 3.65

a:$P < 0.05$,b:$P < 0.01$,与治疗前比较;c:$P < 0.01$,与对照组比较

2.3　肝纤维化指标变化情况

治疗组透明质酸酶、层黏蛋白、Ⅲ型前胶原 3 个指标在治疗前后差异有统计学意义($P < 0.05$);同时治疗后治疗组与对照组比较,透明质酸酶、Ⅲ型前胶原差异有统计学意义($P < 0.01$,表 2)。

表 2　治疗组与对照组肝纤维化指标变化情况比较(ng/ml,$\bar{x} \pm s$)

组别	n		透明质酸酶	层黏蛋白	Ⅲ型前胶原
治疗组	35	治疗前	583.12 ± 148.48	213.38 ± 102.24	452.62 ± 157.93
		治疗后	316.51 ± 150.38^{ab}	175.57 ± 81.36^{a}	361.47 ± 148.52^{ab}
对照组	34	治疗前	578.25 ± 154.14	211.35 ± 104.65	449.86 ± 156.75
		治疗后	547.44 ± 156.76	173.78 ± 92.81^{a}	442.39 ± 151.84

a:$P < 0.05$,与治疗前比较;b:$P < 0.01$,与对照组比较

3　讨论

肝硬化腹水患者就诊时,大多数有中等量腹水,大量腹水形成之后,腹腔内压力增加,从而增加门脉压力,导致胃肠道瘀血、水肿,并影响肾脏血液的回流,使水肿不易消退或者退后复生。肝硬化腹水的形成,从中医来说,表现为“虚、瘀”交错的病理特点,一由脾肾阳虚,水不化津而形成水液潴留,此因虚;一由气血瘀滞,血不循经,津液外渗而致腹腔积液,此因瘀。故方中重用补益脾肾的淫羊藿、参、术、芪和活血祛瘀的丹参、莪术等,以达到温阳化津和祛瘀利水的目的,同时活血散瘀之品亦能改善肝微循环和解除循环障碍,有消症散结、回缩肝脾肿大的功效。在此基础上再用大腹皮、猪苓、茯苓、泽泻、白茅根等,可以理气利水,有利于消除腹水。方中用柴胡、茵陈以调达肝气、清利湿毒;鳖甲以软坚消散,五味子以补益肝肾、酸收降酶。如此标本兼顾,各种药效有机结合,共奏消症利水、恢复肝脏功能之功效。

静滴丹参能改善肝脏微循环、增加肝脏血流量、降低门静脉压力,使脾脏回缩,减少腹水形成;能升高白蛋白,纠正白、球蛋白比例,有抗凝血和明显而持久的利尿作用,能促进电解质特别是钠的排泄,且具有抗肝癌的作用[3]。在临床上,肝病虚损严重,肝功损害重,白蛋白低,可加培补脾肾之品,白术可增至 40 g,另加仙茅 20 g、女贞子 20 g、鹿角胶 9 g(烊化)。经验证明,重用扶正培本、补益脾肾之品,症候和肝功化验、免疫指标均能得到相应改善,说明扶正补虚是降酶、提高血清蛋白的关键。虚与瘀又是互为因果的,我们在治疗肝病时一般是对症处理,补虚与祛瘀综合运用,不过有所侧重。本组中,治疗组的总有效率显著高于对照组($P < 0.01$),治疗前后的肝功能有明显的改善,治疗中未见明显的副反应,且腹水消退后不易复发。说明中西医结合治疗肝硬化腹水效果明显,值得临床推广。

关键词: 中西医结合;肝硬化腹水;疗效
中图法分类号: R256.4　　**文献标识码**: B

参考文献:

[1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化中西医结合诊治方案[J]. 现代消化及介入诊疗,2005,10(2):119 – 121.
[2] 梁扩寰. 肝脏病学标准[M]. 北京:人民卫生出版社,1995:686.
[3] 谢旭善,孙梅芳. 疑难病中西医结合诊治丛书 · 肝硬化[M]. 北京:科学技术文献出版社,2000:203 – 204.

(编辑　张　维)