

1.2 方法 (1)入院第 2 天清晨空腹取静脉血,采用奥林巴斯 AU400 型自动分析仪速率法检测心肌酶谱。(2)对心肌酶谱异常者进行心电图检查,同时加用营养心肌药物。(3)腹泻停止,精神回复后复查心肌酶谱,仍异常者 2 周后取静脉血复查。

1.3 结果 肌酸激酶同工酶(CK-MB) >25 u/L 为异常。本组 CK-MB 升高 96 例(25~100 u/L 62 例, >100~200 u/L 29 例, >200 u/L 5 例),其中年龄 <1 岁 58 例,心肌酶谱异常发生率为 52.74%。腹泻停止后复查心肌酶谱 96 例中 56 例正常,40 例好转,2 周后复查,CK-MB 均正常。

2 讨论

轮状病毒是婴幼儿秋季腹泻的主要病原体,近年来国外采用逆转录-聚合酶链技术在轮状病毒肠炎患儿血清中检测到轮状病毒,证实存在病毒血症;在轮状病毒感染早期即恢复血清中检测出特异性抗体 IgM 和 IgG;报道轮状病毒不仅可以引起肠道内感染,而且可累及心肌、呼吸系统及全身其他多个系统发病^[2]。本组中,心肌酶谱异常的患儿既往均无心脏疾患,可以除外上述原因所致心肌酶谱异常,其中 58 例合并心肌酶谱异常的发生率为 52.74%,与文献^[3]报道的 50% 相近。本文也证实了轮状病毒感染不仅局限于肠道,故应加强对轮状病毒感染肠道外其他系统检查,是临床诊疗过程中不可忽视的问题。

轮状病毒肠炎时,发生心肌酶谱异常的机制目前尚不清楚。众多学者^[4]认为,轮状病毒感染早期发生的病毒血症是

造成肠外其他器官和系统感染的前提;其次婴幼儿自身免疫力较低,肠道通透性强,是肠道外感染的重要因素。曾报道^[3]从患儿肺组织、脑脊液、胸腔积液、腹腔积液中检出了轮状病毒,为轮状病毒肠道外器官损伤提供了有力的证据。本组示心肌酶谱异常发生在轮状病毒肠炎早期,CK-MB 升高与腹泻同时出现,并会随着腹泻的停止而逐渐恢复正常,为一过性损伤,均支持病毒血症的观点。

本组示心肌酶谱异常与年龄密切相关,以 1 岁以下小儿居多,可能与婴儿免疫功能不完善有关。临床工作者在轮状病毒肠炎的诊治过程中,应注意肠道外的心脏是否受到损害,要常规检测心肌酶谱,必要时早期加用营养心肌的药物,以免病情加重。本组患儿心肌酶谱均 2 周内恢复正常,患儿完全康复,无一例死亡,说明虽然轮状病毒极易造成心肌受损,但只要早期、正确处理,预后良好。

[参 考 文 献]

- [1] 吴日勉,包忠宪,田青,等. 轮状病毒性肠炎合并心肌损害 123 例分析[J]. 实用医学杂志,2003,19(11):1205.
- [2] 占湖,王有福. 轮状病毒性肠炎合并心肌损害临床分析[J]. 中原医刊,2006,33(8):73.
- [3] 江载芳,胡亚梅. 诸福堂实用儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2003:1294.
- [4] 李宝东,毛秀英,孟昭清,等. 婴幼儿轮状病毒肠炎合并肠外器官损害[J]. 首都医药,2004,12(1):21-22.

[文章编号] 1000-2200(2010)03-0283-02

· 临床医学 ·

埃索美拉唑治疗反流性食管炎的作用

韩继顺¹,贾道全²

[关键词] 食管炎;埃索美拉唑

[中国图书资料分类法分类号] R 517

[文献标识码] B

埃索美拉唑是奥美拉唑的 S-异构体,其抑酸时间长于同剂量的奥美拉唑,在目前酸相关性疾病的治疗中,埃索美拉唑的临床疗效优于奥美拉唑^[1]。本研究旨在观察埃索美拉唑治疗反流性食管炎的临床疗效及与夜间酸突破(NAB)的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2007 年 6 月至 2008 年 9 月经临床及胃镜检查确诊为反流性食管炎门诊患者,严重程度采用 1994 年世界消化会议上提出的洛杉矶分类^[2],共有 116 例符合条件,男 60 例,女 56 例;年龄 20~80 岁。其中反酸 85 例,反胃 54 例,胸骨后烧灼感 88 例,咽部不适 50 例,咳嗽 10 例,吞咽困难 5 例。食管炎分级 A 级(1 个或 1 个以上食管黏膜破损,长径 ≤5 mm)30 例,B 级(1 个或 1 个以上黏膜破损,长

径 >5 mm,但没有融合性病变)46 例,C 级(黏膜破损有融合,但 <75% 的食管周径)13 例,D 级(黏膜破损融合,至少达到 75% 的食管周径)7 例。将入选病例随机分成两组,治疗组与对照组各 58 例。两组资料具有可比性。

1.2 方法 均为口服,早餐前及临睡前服,疗程均为 8 周。治疗组用埃索美拉唑 20 mg,每日 2 次;对照组用奥美拉唑 20 mg,每日 2 次,第 4、8 周末复诊,复诊时记录服药情况,症状变化,治疗开始时及结束后化验血、尿常规、大便常规、血生化、肝功能、肾功能,疗程结束时复查胃镜。治疗期间禁止服用非甾体类抗炎药、H₂ 受体阻断剂、激素、胃肠动力药、硫糖铝等。

1.3 疗效评价 治愈:临床症状消失,内镜下黏膜病变彻底消失;好转:临床症状改善 ≥50%,内镜下黏膜病变减轻 2 个级别;有效:临床症状改善 <50%,内镜下黏膜病变减轻 <2 个级别;无效:临床症状无改善,内镜下黏膜病变无改变。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 疗效 治疗组治愈 55 例(94.83%),好转 2 例

[收稿日期] 2008-12-09

[作者单位] 江苏省苏州永鼎医院 1. 药剂科,2. 消化科,江苏 吴江 215200

[作者简介] 韩继顺(1969-),男,主管药师。

(3.45%),有效 1 例(1.72%)。对照组治愈 52 例(89.66%),好转 3 例(5.17%),有效 3 例(5.17%)。两组疗效差异无统计学意义($u_c = 1.05, P > 0.05$)。

2.2 副反应 治疗组夜间烧心、反酸消失,无明显不良反应,头痛 6 例,恶心 3 例,均继续治疗,停药后好转。对照组 6 例有夜间烧心、反酸,余无明显不良反应,头痛 3 例,恶心 2 例,均继续治疗,停药后好转。两组治疗前后血、尿常规、大便常规、血生化、肝肾功能均无变化。

3 讨论

食管反流病(GERD)是常见食管动力性疾病,与食管酸暴露有关,症状扰人,影响患者的生活质量。GERD 患者近 50% 内镜下有反流性食管炎表现,其中胃酸对食管黏膜的损伤为主要原因,因此胃和食管内 pH 值与食管炎的发生和愈合密切相关,有效抑制胃酸分泌,使胃内 pH > 4 是控制反流性食管炎症状和使其愈合的关键。Genval 工作组(由国际胃肠病专家、专业医师、卫生经济学家和外科医师组成的工作组)发表了 GERD 治疗指南,将 PPI 推荐为反流性食管炎初始治疗和维持愈合治疗的一线药物。PPI 被普遍应用于 GERD 和消化性溃疡等疾病的治疗,能迅速控制症状,也是治愈食管炎和消化性溃疡病最有效的药物,患者对 PPI 治疗的满意度比 H₂ 受体阻滞剂(H₂RA)更高。

埃索美拉唑是第一个发展为同分光学异构体的 PPI,近年来其药理和临床应用有了很大进展,主要特点是有较低的首过效应,血浆清除率低,使药物血浆浓度较高,到达作用部位的浓度增加,故可抑制更多的质子泵,显示出更强的酸抑

制作用,较以往的 PPI 能更有效缓解 GERD 症状、治愈食管炎、维持治疗和预防复发^[3]。埃索美拉唑组 58 例患者 8 周治愈 55 例,与文献^[4]报道一致,全部患者均有效,症状方面见效果迅速,平均(5 ± 1.5)天。同时夜间烧心、反酸缓解明显,提示其能抑制 NAB 发生,可能与埃索美拉唑主要通过 CYP₃A₄ 代谢途径,受 CYP₂C₁₉ 影响相对较小,而奥美拉唑以 CYP₂C₁₉ 为主要代谢途径,易受 CYP₂C₁₉ 基因多态性的影响,故埃索美拉唑 20 mg 每日 2 次较文献^[4]40 mg 每日 1 次更为合理及有实际意义。本研究的结果与文献报道的基本一致,用埃索美拉唑治疗反流性食管炎比奥美具有更快、更强、更持久的抑酸作用,安全性和耐受性好,同时可以抑制 NAB 发生,值得临床推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] Johnson DA, Benjiamin SB, Vakil NB. 长期应用埃索美拉唑是维持已愈合糜烂性食管炎疗效及控制胃食管返流病的有效方法[J]. 中华消化杂志, 2002, 22(12): 749 - 751.
- [2] 任旭. 反流性食管炎的内镜和病理学诊断及分级[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(10): 1127 - 1128.
- [3] 王静, 侯晓华. 埃索美拉唑的临床应用进展[J]. 胃肠病学, 2003, 8(2): 125 - 128.
- [4] Kahrlas PJ, Falk GW, Johnson DA, et al. Esomeprazole improves healing and symptom resolution as compared with omeprazole in reflux oesophagitis patients: a randomized controlled trial [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2000, 14(10): 1249 - 1258.

[文章编号] 1000-2200(2010)03-0284-02

· 临床医学 ·

早期子宫瘢痕妊娠 5 例临床分析

范建灵, 张宁芝, 肖红, 梅莉, 苏果

[关键词] 妊娠, 异位; 剖宫产术; 瘢痕妊娠

[中国图书资料分类法分类号] R 714.22

[文献标识码] B

子宫峡部瘢痕妊娠临床少见,但由于近年来剖宫产率日益上升,本病发病率逐渐增加。由于对本病认识不足,临床上易误诊、漏诊,有时因阴道大出血不止,需及时切除子宫,导致年轻女性丧失生育功能,影响其生活质量^[1]。现就本院收治的 5 例作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2008 年 2 月,我科共收治 5 例,因阴道大出血不止急诊入院 3 例,门诊确诊 1 例,漏诊 2 例,1 例误诊为“流产感染”。保守治疗成功 4 例,切除子宫 1 例。年龄 24 ~ 38 岁,1 例无子女,2 例均有 2 个子女,2 例均有 1 女孩。本病表现无特殊性,早期易误诊。5 例均为第 1 次清宫时大出血而停止操作。后经盆腔 B 超提示“宫内残

留”,行第 2 次清宫,术中再次大出血,急转入本院。入院时已呈休克状态 1 例,经及时补液、输血抗休克后好转。5 例中有 2 例表现为停经后阴道不规则流血,自测尿 TT(+),未做 B 超,直接行清宫术,另外 3 例 B 超未能明确诊断。1 例表现为停经后无阴道流血,但感下腹坠胀不适,时有隐痛,偶呈阵发性下腹痛。妇检:子宫颈着色,形态正常,子宫下段变软,压痛(+),典型时呈葫芦状。只有 1 例门诊就已明确诊断,入院时一般情况良好,无阴道流血或其它不适主诉。

1.2 治疗方法 (1)药物治疗 + 刮宫术。对病情稳定者可先行甲氨蝶呤(MTX)50 mg/m² 或 1 mg/kg 即刻肌肉注射,待人绒毛膜激素(hCG)正常后刮宫。本文 1 例采取此方法,清宫术中出血约 100 ~ 200 ml,术后流血少于经量,5 天后复查 B 超宫内无异常回声。1 例采取 MTX + 米非司酮,该患者在当地医院已行 2 次清宫,术中出血每次均 > 200 ml,后到本院门诊就诊,误以为“不全流产感染”,在家抗感染治疗。在治疗过程中,突然夜间大出血,急入院,入院后阴道流血基本

[收稿日期] 2008-04-18

[作者单位] 安徽省阜阳市人民医院 妇产科, 236000

[作者简介] 范建灵(1970 -),女,主治医师。