

表3 肾功能及不良反应治疗组/对照组(*n*)

	BUN	Cr	不良反应
治疗前(异常)	0/0	0/0	0/0
治疗后	0/0	0/0	恶心3例, 头晕3例, 注射部位疼痛2例, 胸闷1例, 心悸2例/0

3 讨论

苦参性寒味苦, 具有清热解毒, 利湿退黄的功能, 中医常用其治疗黄疸型肝炎. 天晴复欣注射液及胶囊是从天然植物苦豆子中提取的生物碱, 其中氧化苦参碱(Oxymatrine)即苦参素占98%以上. 基础研究表明, 苦参素具有多方面的药理作用及临床功能^[1-8], 抗炎、抗菌、抗心律失常、抗寄生虫, 消肿利尿、抗过敏, 减轻环磷酸胺引起的白细胞减少, 调节免疫、稳定细胞膜, 激活细胞膜腺苷酸环化酶, 诱导肝细胞微粒体等作用. 有报道证实^[9-10], 氧化苦参碱在体外试验中, 对含有HBV基因的2.2.15细胞株分泌HBsAg方面有显著抑制作用, 机制可能与调节机体免疫功能, 增强Th淋巴细胞功能, 改善和纠正免疫紊乱, 使免疫系统识别和清除病毒的能力增强有关. 有报道^[11-12], 苦参素注射液对慢性乙型肝炎患者血清HBeAg, HBVDNA转阴率分别达到44.3%和45.3%. 我们的临床试验疗程结束时, HBeAg清除率为13.3%, e抗原的血清转换率为6.7%, HBVDNA的转阴率为20%, 好转率亦达到40%, 两组相比, 有显著性差异($P<0.05$). 天晴复欣针剂及胶囊对乙型肝炎病毒的抑制明显, 而且起效快, 疗效较好, 作用持久. 治疗结果表明, 天晴复欣针剂及胶囊能明显改善患者的症状体征和肝功能, 但与对照组相比, 无明显差异($P>0.05$). 而且苦参素对防治肝纤维化方面亦有明显效果^[13-15]. 治疗组在治疗期间共发生8例

(11例次)不良反应, 占26.6%, 但经过对症处理后很快缓解, 说明了天晴复欣的安全性十分可靠^[16]. 而且天晴复欣针剂及胶囊价格低, 疗效好, 可以作为治疗慢性乙型肝炎的常规用药^[17].

4 参考文献

- 1 于岩岩, 王勤环, 朱理珉, 张清波, 徐道振, 郭雁宾, 王兆荃, 郭树华, 周霞秋, 张玲霞. 苦参素治疗慢性乙型肝炎的临床研究. 中华肝脏病杂志 2002;10:280-282
- 2 施光峰, 李谦, 翁心华, 郭祥惠. 苦参素对大鼠纤维化肝脏金属蛋白酶-1和 α -平滑肌肌动蛋白表达的影响. 中华肝脏病杂志 2004;12:56
- 3 王邦才, 何伟芳, 贺娟. 苦参素注射液治疗慢性乙型肝炎与中医证型关系. 中国中医药信息杂志 2003;10:12-13
- 4 张海君, 张武松. 中西药联用治疗失代偿肝硬化临床研究. 河南中医学院学报 2003;18:36-37
- 5 费艳秋, 安富荣, 孙黎, 王平全, 祝德秋, 施安国. 苦参素注射液的人体药动学. 中国医院药学杂志 2003;23:21-22
- 6 张鸣杰, 黄建. 苦参碱类抗肿瘤作用机制研究的新进展. 中国中药杂志 2004;29:115-118
- 7 孙宏丽, 许超千, 李哲, 王宁, 于喜水, 杨宝峰. 氧化苦参碱对豚鼠单个心室肌细胞胞质 $[Ca^{2+}]_i$ 的影响. 中国药理学杂志 2004;39:264-266
- 8 卢清, 张清波, 张继明, 尹有宽, 郭祥惠. 氧化苦参碱对大鼠肝星状细胞旁分泌活化途径的抑制作用. 肝脏 2004;9:31-33
- 9 何支旺. 苦参素联合甘利欣治疗慢性乙型肝炎20例. 中国中西医结合消化杂志 2002;10:367
- 10 石磊, 石嵩, 赵晓瑞, 侯佳娴, 孙国兴, 朱丽英, 李慧, 王魁彬. 苦参素与干扰素治疗慢性乙型肝炎疗效对比分析. 中国中西医结合消化杂志 2002;10:303-304
- 11 余会元, 郭祥惠, 张觉民, 冯正宗, 黄美云, 张幼娟, 刘立新. 苦参素注射液治疗慢性乙型肝炎98例. 中华传染病杂志 2004;22:212-213
- 12 周海兰. 苦参素注射液治疗慢性乙型病毒性肝炎35例. 湖北中医杂志 2002;24:28
- 13 宋健, 钟惠闽, 姚平. 苦参素对实验性大鼠肝纤维化的防治作用. 中国中西医结合消化杂志 2002;10:282-2833
- 14 李彩霞, 冯亦农, 毕蓉. 苦参素联合复方丹参对慢性乙型肝炎肝纤维化阻断作用的临床观察. 山西中医 2003;19:8-10
- 15 孙维会, 宋明全, 刘中景. 小柴胡汤联合苦参素注射液治疗肝炎肝纤维化64例. 中西医结合肝病杂志 2003;13:41-42
- 16 尹银嘉, 施震, 杜光. 特异性萤光试剂检测苦参素葡萄糖注射液中心细菌内毒素. 中国药理学通报 2003;19:840
- 17 王林. 苦参素注射液治疗慢性乙型肝炎临床疗效成本分析. 四川医学 2003;24:746-747

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

大肠癌患者术前肠内营养对单核细胞功能影响

黎成金, 王烈, 涂小煌, 宋京翔

黎成金, 王烈, 涂小煌, 宋京翔, 中国人民解放军南京军区福州总医院普外科 福建省福州市 350025

项目负责人: 黎成金, 350025, 福建省福州市西二环北路156号, 中国人民解放军南京军区福州总医院普外科. licheng_jin@yahoo.com.cn

电话: 0591-2859415 传真: 0591-3796885

收稿日期: 2004-07-05 接受日期: 2004-07-15

摘要

目的: 探讨结、直肠癌手术肠道准备中应用肠内营养制剂

瑞素对外周血单核细胞功能的影响.

方法: 结直肠癌患者30例, 随机分为瑞素组和对照组各15例, 瑞素组于术前3d始, 每日华瑞公司产品瑞素(fresubin)30 mL/kg 口服, 不进行灌肠或口服泻药, 不口服抗生素. 对照组术前肠道准备按传统方法进行. 手术前后分别抽取外周静脉血10 mL, 用Ficoll Hypaque梯度离心法分离

单核细胞, 放免法检测 PGE2 水平, 流式细胞术分析单核细胞 CD16, CD 80 的表达。

结果: 瑞素组术后单核细胞 CD16, CD 80 的表达明显高于对照组 ($t_{CD16d1}=2.566$, $P_{CD16d1}=0.0159$; $t_{CD16d7}=3.082$, $P_{CD16d7}=0.0046$; $t_{CD80d1}=2.530$, $P_{CD80d1}=0.0175$; $t_{CD80d7}=4.286$, $P_{CD80d7}=0.0002$), PGE2 分泌水平明显低于对照组 ($t=2.761$, $P_1=0.0102$; $t_7=3.625$, $P_7=0.0012$)。

结论: 瑞素用于结直肠癌术前肠道准备可使单核细胞功能受抑明显减轻。

黎成金, 王烈, 涂小煌, 宋京翔. 大肠癌患者术前肠内营养对单核细胞功能影响. 世界华人消化杂志 2004;12(10):2500-2502
http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2500.asp

0 引言

大肠癌是常见的消化道恶性肿瘤^[1-2], 大多数需手术根治^[3-4]。目前, 对传统的术前肠道准备有不同观点^[5-8]。研究表明, 利用肠内营养进行术前准备是可行的, 但以往的研究多从营养学和术后并发症方面进行探讨, 而单核吞噬系统细胞功能的紊乱, 是术后 SIRS/MODS 等发生的重要原因^[9-11], 不同的肠道准备方法, 对单核细胞功能有无影响? 我们对大肠癌患者进行肠内营养液瑞素进行术前肠道准备, 并与传统的肠道准备方法相对比, 现报告如下。

1 材料和方法

1.1 材料 瑞素组 15 例(男 11 例, 女 4 例), 年龄 27-82(平均 49.6 ± 10.8 岁), 对照组 15 例(男 9 例, 女 6 例), 年龄 31-75(平均 50.7 ± 10.4 岁)。患者无手术禁忌证或内分泌及代谢性疾病, 肝肾功能正常, 未合并严重的慢性疾病和败血症, 术前未使用免疫抑制剂和增强剂, 术前未使用化疗/放疗。按研究编号术中顺序入组。

1.2 方法 瑞素组于术前 3 d 始, 每日用华瑞公司产品瑞素(Fresubin) 30 mL/kg 口服, 不进行灌肠或口服泻药, 不口服抗生素; 传统准备组采用术前 3 d 始流质饮食, 同时每日口服 300 g/L 硫酸镁 60 mL, 并用替硝唑(0.2 g, bid)及大量饮水导泻, 术前 1 d 禁食并加用肠外营养支持(液体量 2 500 mL/d, 每日热量 126 KJ/kg); 手术日清晨清洁灌肠。二组术后均以肠外营养支持。于肠

道准备前及术后 1, 7 d 分别抽取外周静脉血 10 mL, 用 Ficoll Hypaque(美国 Pharmingen 公司)细胞分层液将单个核细胞从全血中分离出来, 再经过贴壁作用弃除淋巴细胞, 得单核细胞, 经台盼蓝染色检测细胞活力在 98% 以上, 姬姆萨染色鉴定细胞纯度 94-98%。将纯化的单核细胞($1 \times 10^6/L$)在 RPMI 1640 完全培养液培养 2 h, 提取上清, 放免法检测 PGE2 水平。单核细胞悬液浓度调至约 $5 \times 10^5/L$, 流式细胞术(ESP, Coulter)分析其 CD16, CD 80 的表达, 每个样本分析约 5×10^3 个细胞。实验所得数据分别用均值 \pm 标准差 (mean \pm SD) 表示, 统计软件采用 SPSS, 用不配对 t 检验进行统计学处理, 率的比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 有显著性差异。

2 结果

两组术后单核细胞 CD16, CD 80 的表达均明显降低, PGE2 分泌水平均明显增高, 但瑞素组 CD16, CD80 的表达明显高于对照组 ($t_{CD16d1}=2.566$, $P_{CD16d1}=0.0159$; $t_{CD16d7}=3.082$, $P_{CD16d7}=0.0046$; $t_{CD80d1}=2.530$, $P_{CD80d1}=0.0175$; $t_{CD80d7}=4.286$, $P_{CD80d7}=0.0002$), 而 PGE2 分泌水平明显低于对照组 ($t=2.761$, $P_1=0.0102$; $t_7=3.625$, $P_7=0.0012$), 瑞素组第 7 d 明显恢复, 与对照组比较有显著差异(表 1)。

3 讨论

单核细胞是巨噬细胞前身, 属于单核吞噬系统, 在抗感染的特异性和非特异性免疫反应中起重要作用。CD16 作为 IgG Fc γ III 型受体, 参与了巨噬细胞的吞噬杀菌过程, 而且与单核细胞的吞噬功能和抗原提呈功能密切相关, CD80 又称 B7-1, 共同促进 T 细胞的增生和细胞因子的分泌, 在 T 细胞的活化中具有重要作用。PGE2 为一强烈的免疫抑制物, 他通过减少 IL-2 的释放抑制 T 细胞、巨噬细胞和粒细胞的活性与功能^[12]。肿瘤患者多伴有免疫抑制和营养不良, 在手术的刺激下, 单核吞噬系统大量分泌 PGE2, 加重患者的免疫抑制状态^[13-15]。本组资料显示, 在大肠癌患者中, 用瑞素行术前肠道准备, 与对照组相比, 术后单核细胞 CD16、CD80 的表达明显高于对照组, 而 PGE2 分泌水平明显低于对照组, 提示瑞素组在围手术期间, 单核细胞功能受抑制程度较轻, 并且恢复较快, 这将为机体术后恢复提供更为稳定的内环境, 更有利于患者安全度过围手术期。大肠癌手术前省略一切肠道准备, 其术后感染率并不比传

表 1 单核细胞 CD16, CD80 的表达及 PGE2 分泌水平 (mean \pm SD, $n=15$)

参数	实验组			对照组		
	术前	1 d	7 d	术前	1 d	7 d
CD16(%)	36.1 \pm 8.6	24.4 \pm 8.6 ^{bc}	33.0 \pm 10.0 ^{ad}	33.8 \pm 7.1	21.0 \pm 8.3 ^b	23.5 \pm 9.3 ^b
CD80(%)	46.7 \pm 13.7	32.0 \pm 10.0 ^{bc}	40.0 \pm 9.8 ^{ad}	43.8 \pm 11.2	27.8 \pm 9.1 ^b	30.3 \pm 11.0 ^a
PGE2(μ g/L)	1.2 \pm 0.8	3.5 \pm 0.8 ^{bd}	2.7 \pm 0.2 ^{ad}	1.1 \pm 0.5	4.4 \pm 0.8 ^b	3.9 \pm 0.5 ^b

^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$ vs 术前; ^c $P < 0.05$, ^d $P < 0.01$ vs 对照组。

术前准备者高^[6-7]。瑞素为不含膳食纤维的肠内营养制剂,其成分与正常人普通饮食成分相类似,可在胃肠道完全吸收,食用后肠道内无食物残渣存在,每日口服瑞素(Fresubin) 30 mL/kg,可满足患者每日的营养需求。用肠内营养剂瑞素代替传统的肠道准备,简化了术前准备的方法,由于不用口服抗生素,不干扰肠道菌群的生理状态,肠内容物对肠黏膜上皮有营养作用,防止菌群易位,提示用肠内营养剂瑞素代替传统的肠道准备,能使机体内环境在围手术期更为稳定,减少术后感染并发症的发生。

4 参考文献

- 1 谢正勇,卿三华. 结直肠癌发病率及解剖部位变化趋势. 世界华人消化杂志 2003;11:1050-1053
- 2 Chao JC, Peng WL, Chen SH. Effects of epidermal growth factor and its signal transduction inhibitors on apoptosis in human colorectal cancer cells. *World J Gastroenterol* 2004;10:540-544
- 3 Wu WX, Sun YM, Hua YB, Shen LZ. Laparoscopic versus conventional open resection of rectal carcinoma: A clinical comparative study. *World J Gastroenterol* 2004;10:1167-1170
- 4 郑阳春,周总光,郑雪莲,李立,雷文章,王天才,邓伊伶,陈代云,刘卫平. 直肠癌细胞系膜内淋巴结转移的解剖病理学研究. 世界华人消化杂志 2004;12:570-573
- 5 van Geldere D, Fa-Si-Oen P, Noach LA, Rietra PJ, Peterse JL, Boom RP. Complications after colorectal surgery without mechanical bowel preparation. *J Am Coll Surg* 2002;194:40-47
- 6 Zmora O, Mahajna A, Bar-Zakai B, Rosin D, Herskho D, Shabtai M, Krausz MM, Ayalon A. Colon and rectal surgery

- without mechanical bowel preparation: a randomized prospective trial. *Ann Surg* 2003;237:363-367
- 7 Miettinen RP, Laitinen ST, Makela JT, Paakkonen ME. Bowel preparation with oral polyethylene glycol electrolyte solution Vs. no preparation in elective open colorectal surgery: prospective, randomized study. *Dis Colon Rectum* 2000;43:669-675
 - 8 Ahmad M, Abbas S, Asghar MI. Is mechanical bowel preparation really necessary in colorectal surgery? *J Coll Physicians Surg Pak* 2003;13:637-639
 - 9 Rivera-Chavez FA, Wheeler H, Lindberg G, Munford RS, O'Keefe GE. Regional and systemic cytokine responses to acute inflammation of the vermiform appendix. *Ann Surg* 2003;237:408-416
 - 10 Allen ML, Peters MJ, Goldman A, Elliott M, James I, Callard R, Klein NJ. Early postoperative monocyte deactivation predicts systemic inflammation and prolonged stay in pediatric cardiac intensive care. *Crit Care Med* 2002;30:1140-1145
 - 11 Ono S, Aosasa S, Tsujimoto H, Ueno C, Mochizuki H. Increased monocyte activation in elderly patients after surgical stress. *Eur Surg Res* 2001;33:33-38
 - 12 Fosslien E. Molecular pathology of cyclooxygenase-2 in neoplasia. *Ann Clin Lab Sc* 2000;30:3-21
 - 13 Schwacha MG, Chaudry IH, Alexander M. Regulation of macrophage IL-10 production postinjury via beta2 integrin signaling and the P38 MAP kinase pathway. *Shock* 2003;20:529-535
 - 14 Maddali S, Stapleton PP, Freeman TA, Yan Z, Duff M, Smyth GP, Daly JM. Altered cyclooxygenase-2 expression and nitric oxide metabolism following major elective surgery. *J Surg Res* 2004;116:211-218
 - 15 Holtl L, Zelle-Rieser C, Gander H, Papesh C, Ramoner R, Bartsch G, Rogatsch H, Barsoum AL, Coggin JH Jr, Thurnher M. Immunotherapy of metastatic renal cell carcinoma with tumor lysate-pulsed autologous dendritic cells. *Clin Cancer Res* 2002;8:3369-3376

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

肥胖对急性胰腺炎病程及预后的影响

金洲祥, 李永国, 黄生福

金洲祥, 李永国, 黄生福, 中南大学湘雅二医院肝胆外科 湖南省长沙市 410011
项目负责人: 金洲祥, 410011, 湖南省长沙市, 中南大学湘雅二医院肝胆外科. jinzhoumail@hotmail.com
收稿日期: 2004-07-31 接受日期: 2004-08-04

摘要

目的: 探讨肥胖对急性胰腺炎患者预后评分(Ranson评分)、并发症及死亡率的影响。

方法: 我科 2002-01-01/2004-01-01 急性胰腺炎患者共 276 例: 年龄、性别、病因、入院时 Ranson 评分、并发症及预后情况。根据体重指数(BMI)分组, 把 BMI ≥ 24 kg/m² 归为肥胖组; BMI < 24 kg/m² 归为非肥胖组。比较两组预后评分、并发症及死亡率情况。

结果: 肥胖患者预后评分更高(15/75 vs 21/201, $P < 0.05$), 局部并发症(胰腺或胰周坏死、感染/脓肿)及呼吸功能衰竭发生率更高(分别为 18/75 vs 23/201, $P < 0.05$; 8/75 vs 7/201, $P < 0.05$; 14/75 vs 18/201, $P < 0.05$), 预后更差。

结论: 肥胖患者急性胰腺炎病程更加凶险, 肥胖对急性胰腺炎预后有预测价值。

金洲祥, 李永国, 黄生福. 肥胖对急性胰腺炎病程及预后的影响. 世界华人消化杂志 2004;12(10):2502-2503

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2502.asp>

0 引言

近年文献报道急性胰腺炎(AP)肥胖患者病程更加凶险,