

果显著优于单独使用干扰素治疗效果( $P<0.05$ )(表2)。

表2 慢性乙型肝炎患者干扰素- $\alpha$ 联合乙型肝炎疫苗的治疗效果  $n(\%)$

| 指标          | 治疗结束     |                       | 随访6 mo   |                       |
|-------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|
|             | A组       | B组                    | A组       | B组                    |
| HBeAg 转阴率   | 3 (18.8) | 4 (25.0)              | 4 (25.0) | 5 (31.3)              |
| HBV DNA 转阴率 | 4 (25.0) | 6 (37.5) <sup>a</sup> | 6 (37.5) | 8 (50.5) <sup>a</sup> |
| HBe 血清转换率   | 2 (12.5) | 4 (25.0) <sup>b</sup> | 3 (18.8) | 6 (37.5) <sup>b</sup> |
| ALT 复常率     | 5 (31.3) | 6 (37.5)              | 7 (43.8) | 8 (50.0)              |

$\chi^2 = 4.83$ ,  $^aP = 0.030$ ;  $\chi^2 = 4.91$ ,  $^bP = 0.026$  vs A组。

临床应用的抗HBV的药物虽然有很大进展,但是目前尚无任何一种药物可以单独解决乙型肝炎的治疗问题,大多数对HBV复制有明显的抑制,但是HBe/抗-HBe血清学转换率不高,不易达到彻底清楚HBV基因的目的,今后的发展方向是联合治疗<sup>[8]</sup>,联合用药可能会有助于增加疗效,但联合用药的模式,应用的疗程和选择,尚未形成一致的意见,有待于临床工作中进一步研究观察。

#### 4 参考文献

- 1 Niederau C, Heintges T, Lange S, Goldmann G, Niederau CM, Mohr L, Haussinger D. Long-term follow-up of HBeAg-positive patients treated with interferon alfa for chronic hepatitis B. *N Engl J Med* 1996;334:1422-1427
- 2 Pol S, Michel ML, Brechot C. Immune therapy of hepatitis B virus chronic infection. *Hepatology* 2000;31:548-549
- 3 Couilllin I, Pol S, Mancini M, Driss F, Brechot C, Tiollais P, Michel ML. Specific vaccine therapy in chronic hepatitis B: induction of T cell proliferative responses specific for envelope antigens. *J Infect Dis* 1999;180:15-26
- 4 Ren F, Hino K, Yamaguchi Y, Funatsuki K, Hayashi A, Ishiko H, Furutani M, Yamasaki T, Korenaga K, Yamashita S, Konishi T, Okita K. Cytokine-dependent anti-viral role of CD4-positive T cells in therapeutic vaccination against chronic hepatitis B virus infection. *J Med Virol* 2003;71:376-384
- 5 Chin R, Locarnini S. Treatment of chronic hepatitis B: current challenges and future directions. *Rev Med Virol* 2003;13:255-272
- 6 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合修订. 病毒性肝炎防治方案. 中华肝病杂志 2000;8:324-329
- 7 Kiyosawa K, Tanaka E. Strategy for lamivudine-resistant YMDD mutant-associated chronic hepatitis B. *J Gastroenterol* 2001;36:139-141
- 8 Ganem D, Prince AM. Hepatitis B virus infection-natural history and clinical consequences. *N Engl J Med* 2004;350:1118-1129

编辑 潘伯荣 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 马来酸曲美布汀胶囊治疗肠易激综合症46例

陈克河, 李士坤, 卢世健

陈克河, 李士坤, 河南省信阳市中心医院消化内科 河南省信阳市 464000  
卢世健, 河南省驻马店市第一人民医院 河南省驻马店市 463000  
通讯作者: 陈克河, 464000, 河南省信阳市, 信阳市中心医院消化内科.  
收稿日期: 2005-06-28 接受日期: 2005-07-18

### 摘要

目的: 探讨马来酸曲美布汀胶囊治疗肠易激综合症的临床疗效。

方法: 选择符合1992年罗马Ⅱ诊断标准的46例肠易激综合症患者口服马来酸曲美布汀胶囊治疗, 观察治疗前后症状

变化, 并按症状进行分级记分评估。

结果: 46例肠易激综合症患者经用马来酸曲美布汀胶囊治疗后总体改善率达70.13%, 且治疗中未发现不良反应。

结论: 马来酸曲美布汀胶囊是一种治疗肠易激综合症较理想的药物。

关键词: 马来酸曲美布汀; 肠易激综合症

陈克河, 李士坤, 卢世健. 马来酸曲美布汀胶囊治疗肠易激综合症46例. 世界华人消化杂志 2005;13(17):2166-2168

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/2166.asp>

## 0 引言

肠易激综合症(irritable bowel syndrome, IBS)是一种十分常见的胃肠功能紊乱性疾病,临床上以腹痛和大便习惯改变为主要特征<sup>[1]</sup>,治疗药物有平滑肌松弛剂,肠容积性药物,促动力药物和影响精神药物,但疗效不够理想.本组应用马来酸曲美布汀胶囊治疗IBS 46例,疗效满意,报道如下.

## 1 材料和方法

1.1 材料 选择2004-7/2005-3在我院就诊的符合1992年罗马II诊断标准的IBS患者46例,男20例,女26例,年龄20-72岁,平均年龄42.6岁,病程3 mo-8 a,平均4.8 a,治疗前排除以下情况:(1)孕妇及哺乳期妇女;(2)有胃肠道器质性疾病者;(3)对该药物过敏者;(4)有腹腔手术史者;(5)有严重的心、肝、肾及内分泌等疾病者.

1.2 方法 治疗前均经电子结肠镜或数字减影钡灌肠检查,排除肠道器质性疾病.检验血、尿、粪常规、肝肾功能、电解质.口服马来酸曲美布汀胶囊,每次2粒(0.2 g),3次/d,疗程2 wk,治疗期间每周复诊一次,记录病情变化.疗程结束时,再行上述所有化验检查.

1.2.1 症状判断标准 对腹痛、腹胀及大便频率、形状和排便异常等症状按轻、中、重分三级.症状程度分级:0级=无;1级=轻度(提示后方觉有症状);2级=中度(有症状,但能正常活动);3级=重度(有症状,影响正常活动).频率分级:0级=无;1级=偶尔(1-24%时间内出现);2级=经常(25-50%时间内出现);3级=持续(50%以上时间内出现).腹痛分级标准:0级=无疼痛症状;I级=有疼痛症状,不影响工作或不需要服药;II级=有疼痛症状,部分影响工作或需要服药;III级=有疼痛症状,必须全休、服药或进食无效.评分标准:0级0分;I级1分;II级2分;III级3分.

1.2.2 疗效判断标准 对显效:症状消失;有效:症状减轻1-2级以上;无效:症状无改善.

1.2.3 总体评估 (1)记录治疗前、后总分(各项症状分数相加).(2)治疗后症状改善评估(记录症状改善率):症状改善率(%)=[(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总

分]×100%,总有效率=显效+有效.

**统计学处理** 所得的数据采用Ridit分析, $P<0.05$ 有统计学意义.

## 2 结果

2.1 通过对治疗前后症状分级、评分变化对比,马来酸曲美布汀胶囊对肠易激综合症的总体症状改善率为70.13%(表1).

2.2 通过对治疗前后各项症状改善率的比较可以看出,马来酸曲美布汀胶囊对腹痛、腹胀、腹泻等症状改善均较好,但对恶心、呕吐等症状改善不明显(表2).治疗中未见不良反应(患者记录及血、尿、粪常规、肝肾功能、电解质化验).

## 3 讨论

IBS临床以腹痛、腹泻、腹胀、便秘或腹泻与便秘交替出现为特征.在以往的治疗中一般以缓解平滑肌痉挛及腹泻疗效明显<sup>[2]</sup>,而同时可以缓解腹泻及便秘者较少.本组通过应用马来酸曲美布汀胶囊治疗IBS患者46例,由于其对消化道运动具有兴奋和抑制两方面作用,对于缓解腹泻及排便困难均有效果,从而使总体症状改善率较高(70.13%).马来酸曲美布汀的化学名称为:3,4,5-三甲氧基苯甲酸-2-二氨基-2-苯基丁酯顺丁烯二酸盐,动物实验表明马来酸曲美布汀对消化道运动的兴奋和抑制具有双向调节作用:通过抑制细胞膜钾离子通道,产生去极化,从而提高平滑肌细胞的兴奋性;另一方面通过阻断钙离子通道,抑制钙离子内流,从而抑制细胞收缩,使胃肠道平滑肌松弛.此外,马来酸曲美布汀对平滑肌神经受体也具有双向调节作用:在低运动状态下作用于肾上腺素能受体,抑制去甲肾上腺素的释放,增加运动节律;在运动亢进时,作用于胆碱能受体及阿片受体,抑制乙酰胆碱释放,从而抑制平滑肌运动.

本组观察疗效与动物实验结果相符合,表明马来酸曲美布汀胶囊对IBS有较好的疗效.同时患者在治疗过程中未发现明显不良反应,治疗后血、尿、粪常规、肝肾功能、电解质检验未发现异常,提示IBS患者对马来酸曲美布汀胶囊有较好的耐受性,与报道相符<sup>[3]</sup>.因此我们认为马来酸曲美布汀胶囊是一种治疗IBS较理想的药物.

表1 入选病例治疗前后症状分级情况

| 症状   | n  | 治疗前分级(n) |    |    |     | 评分 | 治疗后分级(n) |    |    |     | 评分 | P     |
|------|----|----------|----|----|-----|----|----------|----|----|-----|----|-------|
|      |    | 0        | I  | II | III |    | 0        | I  | II | III |    |       |
| 腹痛   | 45 | 0        | 5  | 29 | 11  | 96 | 26       | 15 | 3  | 1   | 24 | <0.01 |
| 腹胀   | 40 | 0        | 4  | 28 | 8   | 84 | 20       | 15 | 4  | 1   | 26 | <0.01 |
| 腹泻   | 41 | 0        | 3  | 28 | 10  | 89 | 23       | 14 | 4  | 0   | 22 | <0.01 |
| 黏液便  | 29 | 0        | 5  | 20 | 4   | 57 | 18       | 8  | 3  | 0   | 14 | <0.01 |
| 排便困难 | 10 | 0        | 3  | 4  | 3   | 20 | 5        | 5  | 0  | 0   | 5  | <0.01 |
| 里急后重 | 18 | 0        | 10 | 6  | 2   | 28 | 10       | 5  | 2  | 1   | 12 | <0.01 |
| 排便未尽 | 26 | 0        | 6  | 15 | 5   | 51 | 8        | 15 | 3  | 0   | 21 | <0.01 |
| 恶心呕吐 | 13 | 0        | 10 | 2  | 1   | 17 | 5        | 8  | 0  | 0   | 8  | <0.01 |

表2 治疗后各项症状改善情况

| 症状   | n  | 显效 |      | 有效 |      | 无效 |      | 总有效率% |
|------|----|----|------|----|------|----|------|-------|
|      |    | n  | %    | n  | %    | n  | %    |       |
| 腹痛   | 45 | 26 | 57.8 | 15 | 33.3 | 4  | 8.9  | 91.1  |
| 腹胀   | 40 | 19 | 47.5 | 16 | 40.0 | 5  | 12.5 | 87.5  |
| 腹泻   | 41 | 26 | 63.4 | 10 | 24.4 | 5  | 12.2 | 87.8  |
| 黏液便  | 29 | 18 | 62.1 | 6  | 20.7 | 5  | 17.2 | 82.8  |
| 排便困难 | 10 | 5  | 50.0 | 3  | 30.0 | 2  | 20.0 | 80.0  |
| 里急后重 | 18 | 8  | 44.4 | 6  | 33.3 | 4  | 22.2 | 77.7  |
| 排便未尽 | 26 | 16 | 61.5 | 5  | 19.2 | 5  | 19.2 | 80.7  |
| 恶心呕吐 | 13 | 4  | 30.8 | 2  | 15.4 | 7  | 53.8 | 46.2  |

#### 4 参考文献

- 1 Cash BD, Chey WD. Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 2005;34:205-220
- 2 Talley NJ. New and emerging treatments for irritable bowel

syndrome and functional dyspepsia. *Expert Opin Emerg Drugs* 2002;7:91-98

- 3 王惠吉, 于中麟, 周丽雅, 林三仁, 刘新光, 陈宝雯, 程留芳, 郑文尧, 杨昭徐. 马来酸曲美布汀治疗肠易激综合征的疗效及安全性. *中国新药杂志* 2001;10:207-209

编辑 潘伯荣 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 重症急性胰腺炎继发感染临床研究

郑晓梅, 黄宗文, 薛平, 刘芳, 郭佳

郑晓梅, 黄宗文, 薛平, 刘芳, 郭佳, 四川大学华西医院中西医结合科 四川省成都市 610041  
通讯作者: 黄宗文, 610041, 四川大学华西医院中西医结合科. huangzongwen@medmail.com.cn  
电话: 028-85422556  
收稿日期: 2005-05-31 接受日期: 2005-06-13

### 摘要

**目的:** 探索重症急性胰腺炎(SAP)继发感染的危险因素和临床特点.

**方法:** 2000-2003年SAP继发感染患者(感染组,  $n = 68$ ), 与SAP未并发感染患者(非感染组,  $n = 54$ )进行回顾性分析, 比较两组的临床特点, 相关危险因素.

**结果:** 感染组APACHE II 评分、胰周积液范围、ICU治疗、使用多种抗生素和激素、完全胃肠道外静脉营养(TPN)时间以及早期手术介入均比非感染组高( $P < 0.01$ ). 本组共检出菌株181株, 其中 $G^-$ 杆菌占53.6%, 主要为铜绿假单胞菌25.8%, 鲍曼溶血不动杆菌25.8%, 大肠埃希菌16.5%;  $G^+$ 球菌18.8%, 主要为金黄色葡萄球菌44.4%; 真菌27.6%, 其中似酵母样菌52.0%, 白色念珠菌20.0%. 感染部位以肺部感染为主(73.5%), 其次为胰周感染(47.1%). 其中肺部感染、胰周感染和血行感染多为 $G^-$ 杆菌感染, 尿道、静脉导管、肠道多为真菌感染.

**结论:** APACHE II 评分, 胰周积液范围, ICU 治疗, 多种抗生素及激素的使用, TPN时间, 早期手术介入是感染的主要危险因素. 以 $G^-$ 杆菌为主占53.6%, 真菌次之占27.6%,  $G^+$ 球菌占18.8%. 感染部位以肺部和胰周感染为主. 其中肺部感染、胰周感染和血行感染多为 $G^-$ 杆菌感染, 尿道, 静脉

导管, 肠道多为真菌感染.

**关键词:** 重症急性胰腺炎; 继发感染

郑晓梅, 黄宗文, 薛平, 刘芳, 郭佳. 重症急性胰腺炎继发感染临床研究. *世界华人消化杂志* 2005;13(17):2168-2170

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/2168.asp>

### 0 引言

重症急性胰腺炎(SAP)是外科常见的急腹症之一, 并发症多, 病死率高. 有报道认为: 80%的死亡病例与SAP继发感染有关<sup>[1]</sup>, 目前尚无SAP继发感染的大宗报道. 我们将1996-2003年四川大学华西医院收治的122例SAP进行回顾性分析如下.

### 1 材料和方法

**1.1 材料** 1996-2003年我院收治符合中华医学会外科学分会胰腺外科学组《重症急性胰腺炎诊治草案》诊断标准<sup>[2]</sup>的SPA共1161例, 其中男695例, 女466例, 中位年龄48.5(8-87)岁.

**1.2 方法** 检索其中SPA继发感染者(感染组,  $n = 68$ ), 男45例, 女23例, 平均年龄 $50.2 \pm 14.5$  (28-76)岁; 2003-01/2003-12中西医结合科收治SPA未继发感染者(非感染组,  $n = 54$ ), 男36例, 女18例, 平均年龄 $49.9 \pm 15.2$  (33-85)岁. SPA诊断标准采用. 感染诊断标准: 各种标本或CT、B超引导下细针穿刺(FNA)抽吸物涂片或培养检查有病原菌者.