

复方甘草甜素联合左卡尼汀治疗非酒精性脂肪性肝炎

李莹, 陈泓强

(武警河北总队医院 内三科, 河北石家庄 050081)

关键词: 脂肪肝; 肝功能试验; 甘草甜素

中图分类号: R575.1

文献标识码: B

文章编号: 1004-583X(2007)11-0811-02

非酒精性脂肪性肝炎(non alcoholic steatohepatitis, NASH)是指病理上与酒精性肝炎相类似但无过量饮酒史的临床综合征,患者通常存在胰岛素抵抗及其相关代谢紊乱。当代谢性肝病的病理学特征不明或泛指整个脂肪性肝病的疾病谱时,通常使用非酒精性脂肪性肝病(NAFLD)这一术语。随着社会经济的发展,NASH/NAFLD已成为重要的肝病之一^[1],并与失代偿期肝硬化、肝功能衰竭、原发性肝癌的发生密切相关,严重危害人类的健康,但目前尚无完全安全有效的药物治疗措施。我院采用复方甘草甜素联合左卡尼汀治疗NASH患者25例,疗效较好,现总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 2004年3月至2006年6月住院的NASH患者49例,随机分成治疗组25例,男17例,女8例,年龄20~53岁,平均(39.0±6.2)岁。对照组24例,男16例,女8例,年龄22~50岁,平均(37.0±7.1)岁。两组病例均参照2002年中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学会制定的NASH诊断标准,并除外嗜酒史,同时排除高血压病、冠心病、糖尿病、病毒性肝炎、药物性肝炎及遗传性疾病等因素。两组患者年龄、性别差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均在适当活动及严格饮食控制基础上,治疗组予以甘草铵/甘草酸/L-半胱氨酸(商品名:美能,另名:复方甘草甜素)60 ml加入10%葡萄糖注射液250 ml中静脉滴注,左卡尼汀注射液(商品名:雷卡)3.0 g加入5%葡

萄糖注射液250 ml中静脉滴注,均为每日1次,疗程4周。对照组单用复方甘草甜素60 ml加入10%葡萄糖注射液250 ml中静脉滴注,每日1次,疗程4周。

1.3 观察指标 记录脂肪肝常规观测指标,治疗前后均空腹检测肝功能、血脂水平,记录血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)。以及治疗前后的B超检查,对比观察声像图变化,超声诊断可将NASH分为轻度、中度、重度^[2]。观察患者治疗前后症状。

1.4 疗效评定标准 显效:临床症状消失,超声显示脂肪肝表现消失或下降2个级别(如重度转为轻度),肝功能、血脂恢复正常或下降50%以上;有效:症状明显改善,超声显示脂肪肝表现明显好转或下降一个级别(如重度转为中度),血脂、肝功能指标较治疗前改善20%~50%;无效:未达到有效标准或加重^[3]。

1.5 统计学方法 所有检验数据使用SPSS 11.5版统计学软件分析,以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,分析前进行正态性及方差齐性分析,对应组间采用成组 t 或 t' 检验,治疗前后比较采用配对 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 P 值<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后肝功能及血脂变化 两组病例治疗4周后ALT、AST均较治疗前明显下降($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),但两组间差异仍有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后TG、TC较治疗前明显降低($P < 0.01$),与对照组相比差异有统计学意义($P < 0.01$);而对照组治疗前TG、TC差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 治疗前后肝功能及血脂变化($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ALT(U/L)		AST(U/L)		TG(mmol/L)		TC(mmol/L)	
		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	25	176.39±68.22	36.21±15.73*	121.33±41.23	31.58±12.75*	3.18±0.78	1.34±0.46**	7.03±0.65	4.36±0.39**
对照组	24	168.40±77.32	47.85±19.55*	116.87±45.44	48.01±15.60*	2.93±0.82	2.81±0.71	6.24±1.12	5.89±1.01
t 值		0.171	2.296	0.359	2.317	0.052	42	0.327	6.95
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.01	> 0.05	< 0.01

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

2.2 两组治疗前后超声检查比较 依据脂肪肝超声诊断标准^[4],两组治疗前后超声像图恢复情况,治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组超声检查比较(例)

组别	例数	显效	有效	无效
治疗组	25	5	18	2
对照组	24	1	9	14

注: $u_c = 14.65$, $P < 0.05$

差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组临床疗效结果(例)

组别	例数	显效	有效	无效
治疗组	25	10	13	2
对照组	24	4	10	10

注: $u_c = 8.28$, $P < 0.05$

2.4 不良反应 治疗组25例患者中2例(8.0%)出现血压轻度升高,头晕、恶心;对照组24例中2例(8.3%)出现血压

2.3 两组临床疗效比较 治疗组疗效优于对照组,两组比较

轻度升高, 头晕、恶心, 两组比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.186, P > 0.05$), 这些不良反应经治疗后很快好转。

3 讨论

复方甘草甜素注射液, 具有抗感染、免疫调节、抑制病毒增殖的作用。实验研究证实, 其具有抗肝细胞损伤与抗脂质过氧化, 抑制星状细胞活化与下调过度增生的胶原基因表达, 提高间质性胶原酶活性, 促进增生沉淀的胶原降解等作用。临床已证实复方甘草甜素注射液能减轻肝脏的炎性损伤, 降低转氨酶, 改善肝功能, 从而减少纤维组织增生, 起到抗肝纤维化的作用。但它不能明显改善 NASH 的高脂血症和肝脏声像图, 不能改变肝脏的脂肪蓄积。肝脏是脂质代谢重要场所, 可因脂肪堆积形成脂肪变, 导致肝功能损害。左卡尼汀是哺乳动物能量代谢中需要的体内天然物质, 50% 是由肝、肾从必需氨基酸—赖氨酸和蛋氨酸合成, 其主要功能是促进脂类代谢, 肝脏作为其最主要的合成部位, 其结构和功能的损伤可能会减少机体内源性左卡尼汀的合成, 导致其缺乏, 使脂肪酸及其他物质堆积, 进而细胞死亡, 进一步减少机体内源性左卡尼汀的合成, 形成恶性循环。通过补充外源性左卡尼汀可以通过两种方法加速脂肪酸分解氧化: 一是增加线粒体基质的脂酰基; 一是减少乙酰基。左卡尼汀在清除线粒体内短链和中链脂酰基过程中起重要作用^[5]。这些反应由称为短链和中

链脂酰基转移酶的一组酶催化。将短和中链脂酰基移出线粒体, 使线粒体内游离辅酶 A 的数量增加, 从而刺激了脂肪代谢。同时, 左卡尼汀实际上也是一种抗氧化剂, 有利于膜的及时修复, 起到次级抗氧化防御屏障的作用。本研究结果显示采用复方甘草甜素联合左卡尼汀治疗 NASH, 可以在减少肝脏脂肪蓄积、在减少肝脏纤维化等方面起到较好协同作用, 充分发挥保肝、降酶、降脂作用, 取得较好疗效。

参考文献:

- [1] Neuschwander Tetri B, Caldwell SH. Nonalcoholic steatohepatitis: summary of an AASLD single topic conference [J]. Hepatology, 2003, 37(5): 1202-1219.
- [2] 中华医学会肝病学会分会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精性脂肪性肝病诊断标准[J]. 中华肝脏病杂志, 2003, 11(2): 71.
- [3] 范建高, 曾民德. 脂肪肝[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 2000. 187-188.
- [4] 梁扩寰. 肝脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 736.
- [5] Tolba RH, Putz U, Decker D, et al. L-carnitine ameliorates abnormal vulnerability of steatotic rat livers to cold ischemic preservation[J]. Transplantation, 2003, 76(12): 1681-1686.

收稿日期: 2007-01-22 修回日期: 2007-02-20 编辑: 许卓文

· 病例报告 ·

以偏身投掷运动为主要表现的脑梗死 1 例

崔丽莉, 李 峰

(铜仁地区第二人民医院 内科, 贵州 铜仁 554300)

关键词: 脑梗塞; 运动失调

中图分类号: R743.33

文献标识码: B

文章编号: 1004-583X(2007)11-0812-01

患者, 女, 58 岁, 因左侧肢体不自主活动 3⁺ 天入院, 3⁺ 天前患者无明显诱因出现全身乏力, 之后感头昏, 双眼黑蒙, 四肢无力, 无恶心、呕吐, 无视物旋转, 耳鸣, 无二便失禁, 8⁺ 小时于睡眠中突发左侧肢体无力及颜面部异常活动, 左侧上肢体投掷样动作, 下肢向外侧甩动, 上肢重于下肢, 不受意识控制, 睡眠中完全消失, 既往体健, 查体: 体温 36.8℃, 脉搏 78 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 150/90 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 心、肺、腹未见异常, 神经系统: 神智清楚, 颅神经检查未见异常, 左肢肌张力高, 肌力正常, 左侧肢体不自主大幅度运动, 右侧肢肌力, 肌张力可, 双侧肢深浅感觉均正常, 左侧巴氏(±), 头颅 CT: 右侧丘脑点状低密度影。

入院后予曲克芦丁(商品名: 维脑路通), 胞磷胆碱(商品名: 胞二磷胆碱)等扩血管, 改善脑循环, 氯丙嗪镇静等治疗, 约 12 天, 症状完全消失, 痊愈出院。

讨论 脑梗死患者的特点多有高血压病史, 均为急性起病, 多伴头昏、头痛、恶心、呕吐, 意识障碍和局灶性神经功能缺损, 本患者临床症状完全符合偏身投掷症, 临床上极易误诊。由于梗死范围小, 病灶累及丘脑底核, 故临床上表现锥体外系受损症状, 丘脑底核位于间脑的基部与中脑的移行处, 中脑大脑脚的背面, 正好是内中转入大脑脚的转折处, 它发出纤维主要来自苍白球、黑质、红核和中脑被盖, 其功能对苍白球有抑制和调节作用, 此核受损达 20% 时, 解除了对苍白球白球的抑制和调节作用, 引起对侧肢体粗大、连续、不能控制的不自主运动, 故也称偏身投掷症。

收稿日期: 2007-02-01 编辑: 许卓文