

与其预后密切相关。本研究结果证明,AMI 患者死亡组和存活组的 MPV 和 PDW 均与健康对照组差异有统计学意义($P<0.05$),而死亡组与存活组间差异无统计学意义($P>0.05$),这可能与本资料为早期监测结果,经治疗后死亡组与存活组间有否差异需另作研究。AMI 发生时冠状动脉内有血栓形成,此过程消耗血小板,使血液循环中 PLT 减少。本资料表明,死亡组的 PLT 明显低于存活组和健康对照组,但存活组与健康对照组间差异无统计学意义($P>0.05$),与文献[6-7]报道一致。这可能与发病初期局部血小板减少及释放的活性物质刺激巨核细胞生成的血小板增多以及炎性反应刺激机体应激反应,动员储备的血小板进入循环有关。而危重患者随着梗死程度加重,机体缺氧更严重,骨髓生成血小板能力下降^[8],加之血小板大量消耗,故其 PLT 明显降低。越来越多研究指出,血小板下降与疾病的危重程度及预后好坏密切相关^[9]。

Fib 是肝脏合成的急性时相蛋白,有大量研究证明血浆 Fib 水平升高是冠心病发病的一项独立危险因素。Fib 不仅能特异性的与血小板膜糖蛋白Ⅱb/Ⅲa 受体结合,促进血小板聚集^[10]并参与炎症反应,加剧冠状动脉病变的进展^[11]。本研究结果表明,AMI 患者的 Fib 含量比健康对照组明显升高,而死亡组比存活组有更高的水平,这与林向华等^[12]和杨淑莲^[13]认为 Fib 含量与 AMI 的病情及预后呈明显正相关相符。

综上所述,在 AMI 患者和健康对照组的比较中血小板参数和 Fib 均有不同程度的差异,而死亡组的 MPV、PDW 和 Fib 均明显高于存活组,PLT 则明显低于存活组。因此把血小板系列参数和 Fib 含量结合起来检测,对判断 AMI 患者病情危重程度和预后具有一定的临床意义。

参考文献

[1] Bruno G,Gavallo PP,Bargero G,et al. Hyper Fibrinogenemia,merabolic syndrome and coronary heart desease in type 2 diaberes;a populalation based study [J]. Diabetologia,2001,17(2):124.

[2] 孙洪武,王鸿利. 临床实验诊断学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2001:51-114.

[3] 张新江,杨金升,韩筱玉,等. 脑梗死患者血小板体积改变

的观察[J]. 临床神经病学杂志,1999,12(1):30-31.

[4] Senaran H,Ileri M,Altinbas A,et al. Thrombopietin and mean platelet volume in cornary artery disease[J]. Clin Cardiol,2001,24(5):405-408.

[5] Pabon-Osuan P,Nieto-Ballesteros F,Morinigo-Munoz JL, et al. The effect of the mean platelet volume on the short-term prognosis of acute myocardial infarct[J]. Rev Esp Cardiol,1998,51(10):816-822.

[6] 陈荣健,赖兆新,陈凤莲,等. 外周血细胞计数与急性心力衰竭患者预后关系[J]. 中国热带医学,2006,6(8):1437-1484.

[7] 袁浩. 急性心肌梗死患者血小板参数的变化及意义[J]. 医学临床研究,2007,24(3):416-417.

[8] 朱立华,徐国宾,杨宏云. 同型半胱氨酸与动脉粥样硬化[J]. 中华检验医学杂志,2001,24(2):121-123.

[9] Vanderschueren S,Weerdt A,Malbrain M,et al. Thrombocytopenia and prognosis in inrensive care [J]. Care Med,2000,28(10):1871-1876.

[10] Eto K,Ochiai M,Isshiki T,et al. Platelet aggregability under shear is enhanced in patients with unstable angina pectoris who developed acute myocardial infarction[J]. Jpn Circ J,2001,65(4):279-282.

[11] Lind P,Hedblad B,Stavenow L,et al. Influence of plasma fibrinogen levels on the incidence of myocardial infarction and death is modified by other inflammation-sensitive proteins; a long-term cohort study [J]. Arter-ioscler Thromb Vasc Biol,2003,21(3):452-458.

[12] 林向华,曾华,王惠英. 血浆纤维蛋白原与急性心肌梗死的相关性[J]. 现代医院,2007,7(10):39-40.

[13] 杨淑莲. 纤维蛋白原和血尿酸含量与急性心肌梗死预后的相关性研究[J]. 中国介入心脏病学杂志,2006,14(3):186-187.

(收稿日期:2011-12-08)

• 临床研究 •

当飞利肝宁胶囊治疗颈动脉粥样硬化 32 例临床观察

贺朝雄(湖北省汉川市人民医院中医科 431600)

【摘要】 目的 观察当飞利肝宁胶囊治疗颈动脉粥样硬化的临床疗效。**方法** 将颈动脉粥样硬化患者 63 例随机分为治疗组(32 例)与对照组(31 例)。治疗组用当飞利肝宁胶囊,对照组用血脂康胶囊治疗,两组均服药 3 个月,观察治疗前后两组血脂、颈总动脉内膜中层厚度、斑块最大面积,并测定血清同型半胱氨酸结果。**结果** 治疗后治疗组血脂、内膜中层厚度与治疗前比较明显变薄、斑块面积缩小,同型半胱氨酸显著降低,且优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 当飞利肝宁胶囊具有降脂、稳定及消退斑块的作用。

【关键词】 颈动脉粥样硬化斑块; 当飞利肝宁胶囊; 临床观察

DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 12. 031 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)12-1468-03

颈动脉粥样硬化斑块是脑卒中的重要危险因素,其危险性随颈动脉粥样硬化程度的增加而增加^[1]。动脉粥样硬化主要累及大、中等动脉,表现为内膜增厚、出现泡沫细胞、形成动脉粥样硬化斑块,斑块突入血管腔,造成血管狭窄,若斑块破裂,

可诱发血栓形成,引起严重临床事件^[2]。因此,通过纠正脂代谢紊乱,消除不稳定斑块已成为预防脑血管疾病的主要措施。作者于 2009 年 7 月至 2011 年 10 月采用当飞利肝宁胶囊治疗颈动脉粥样硬化,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 63 例患者均来本院门诊或住院患者,随机分为两组,治疗组 32 例,男 20 例,女 12 例,年龄 50~74 岁,平均(62.0±4.6)岁,合并高血压 11 例,糖尿病 6 例,脑梗死 10 例,冠心病 5 例。对照组 31 例,男 18 例,女 13 例,年龄 49~75 岁,平均(62.0±3.7)岁,合并高血压 11 例,糖尿病 6 例,脑梗死 11 例,冠心病 3 例,两组患者性别、年龄、并发症等经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组治疗前 10 d 内均停用降脂药物,对有并发现状者进行对症处理。治疗组用当飞利肝宁胶囊 4 粒/次,3 次/天。对照组用血脂康胶囊,2 粒/次,2 次/天;两组均服药 3 个月为 1 个疗程。

1.3 观察指标 所有病例均于空腹前 12 h 采静脉血查肝肾功能、血脂、同型半胱氨酸,以及颈动脉超声检查,并于治疗 3 个月后用同样方法行肝肾功能、血脂、同型半胱氨酸,以及颈动脉超声检查。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件包分析,数据用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 斑块的判断标准 正常颈动脉内膜(IMT)<1.0 mm,根据测定的 IMT 取平均值。以 IMT>1.0 mm 定为颈动脉内膜增厚;以内膜局限性突出管腔厚度大于 1.3 mm 定为动脉硬化斑块。

2.2 两组临床疗效比较 治疗组治愈 8 例,占 25.00%;显效 10 例,占 31.25%;有效 12 例,占 37.50%;无效 2 例,占 6.25%,总有效率为 93.75%。对照组治愈 3 例,占 9.68%,显效 12 例,占 38.71%,有效 11 例,占 35.48%;无效 5 例,占 16.13%,总有效率为 83.87%。

2.3 两组患者治疗前后血脂 见表 1。两组患者总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)水平比治疗前明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后两组,TC、TG 的水平差异无统计学意义($P>0.05$)。提示当飞利肝宁胶囊与血脂康胶囊在降脂方面疗效相似。

表 1 两组患者治疗前后血脂结果 (mmol/L, $\bar{x}\pm s$)				
组别	时间	<i>n</i>	TC	TG
治疗组	治疗前	32	6.87±1.50	2.73±0.95
	治疗后	32	4.60±1.10 ^a	1.60±0.73 ^a
对照组	治疗前	31	4.76±1.36	2.58±1.03
	治疗后	31	4.50±0.82 ^a	1.65±0.84 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后颈动脉超声检测结果 见表 2。治疗组颈动脉内中膜厚度、斑块面积与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$),斑块面积优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后颈动脉超声检测结果 ($\bar{x}\pm s$)				
组别	时间	<i>n</i>	内中膜厚度(mm)	斑块面积(mm ²)
治疗组	治疗前	32	2.3±0.6	22.0±1.20
	治疗后	32	1.9±0.51 ^a	15.0±1.11 ^{ab}
对照组	治疗前	31	2.3±0.44	22.0±3.00
	治疗后	31	2.0±0.70	18.0±2.10 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

2.5 两组患者治疗前后同型半胱氨酸检测结果 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后同型半胱氨酸检测结果 (μmol/L)			
组别	时间	<i>n</i>	同型半胱氨酸
治疗组	治疗前	32	24.2±0.50
	治疗后	32	15.1±0.33 ^a
对照组	治疗前	31	23.5±0.45
	治疗后	31	18.6±0.60

注:与对照组治疗后比较,^a $P<0.05$ 。

2.6 不良反应 两组治疗后肝、肾功能及血、尿、便常规结果未发现异常变化;治疗组未见任何不良反应,对照组有 1 例出现恶心症状。

3 讨论

颈动脉作为全身动脉的一部分,为最容易受累的大血管之一,是联系心脑 2 个重要脏器的桥梁。由于其位置表浅,被视为反映全身动脉粥样硬化病变的“窗口”,已被广泛应用于动脉粥样硬化的临床研究中。目前已知颈动脉与冠状动脉、脑动脉粥样硬化具有共同的病理基础和危险因素。颈动脉粥样硬化与脑卒中密切相关,脑梗死者颈动脉粥样硬化患病率高达 84.88%,粥样硬化斑块发生率 70.93%^[3]。血浆同型半胱氨酸是动脉粥样硬化的一项独立危险因素。同型半胱氨酸在体内和体外均可引起血管内皮功能损伤,其机制可能与抑制过氧化氢增殖物激活型受体 ν 的活性或下调其表达继而诱发体内氧化应激反应有关^[4],同型半胱氨酸巯基内酯还可引起血栓素的形成,可激活蛋白原和凝血因子Ⅻ、V,血小板内前列腺素合成增加,从而引起梗死性疾病^[5]。同型半胱氨酸可能通过上述途径引起动脉粥样硬化的形成,并进一步导致继发性病变,如斑块内出血、斑块破裂及局部血栓形成最终导致缺血性心脑血管疾病的发生。

当飞利肝宁胶囊为天然植物药当药和水飞蓟的提取物。水飞蓟提取物含水飞蓟素总黄酮,能清除体内氧自由基,对抗脂质过氧化的作用^[6]。动物实验显示,当飞利肝宁胶囊可降低高脂血症脂肪肝大鼠血清丙氨酸氨基转移酶、TG 及 TC 水平,减轻细胞脂肪变性及炎症反应^[7]。

本次临床观察表明,治疗组用药 3 个月后血中同型半胱氨酸下降,血脂降低,内膜中层厚度变薄,斑块面积变小,通过对比观察,治疗组优于对照组。当飞利肝宁胶囊可能通过降低血脂水平,降低同型半胱氨酸水平而影响颈动脉斑块,使其面积缩小,血管内膜中层厚度变薄,改善血管内皮功能,减少颈动脉粥样硬化,斑块体积和个数,减少脑血管意外的发生,起到防治动脉硬化及脑血管病的作用。

参考文献

[1] 侯熙德,周孝选,陈清堂,等. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:114.

[2] 杨永宗. 动脉粥样硬化性心血管病[M]. 北京:科学出版社,2004:37-48.

[3] 王星,吕玲环,王碩,等. 彩色多普勒超声对脑梗塞患者动脉粥样硬化斑块的诊断价值[J]. 中国超声医学杂志, 2002,16(9):685.

[4] 杨旭红,戴雯,刘立英,等. 同型半胱氨酸硫内酯致血管内皮功能损伤机制与过氧化氢增殖物激活型受体 Y 的相关性[J]. 中国动脉硬化杂志,2009,17(12):975-979.

[5] 金英玉,庞丹,辛晓敏,等. 高同型半胱氨酸血症患者血液

流变学指标的变化与意义[J]. 中国微循环, 2008, 15(1): 38-39.

[6] 张俊平, 胡振林, 冯增辉, 等. 水飞蓟素对小鼠肝脏炎症操作和肿瘤坏死因子的产生及活性的影响[J]. 药学报, 1996, 31(8): 577-580.

[7] 刘芳, 谢贤春, 吉中和, 等. 当飞利肝宁胶囊治疗高脂血症及脂肪肝的实验研究[J]. 医学理论与实践, 2007, 20(3): 251-252.

(收稿日期: 2011-12-13)

• 临床研究 •

鼻窦内窥镜治疗真菌性鼻窦炎的临床分析

孙陆军, 孙光炎(湖北省汉川市人民医院耳鼻喉-头颈外科 431600)

【摘要】 目的 探讨鼻窦内窥镜手术治疗真菌性鼻窦炎的临床治疗效果。**方法** 回顾分析 2006 年 1 月至 2011 年 1 月 43 例功能性鼻窦内窥镜手术治疗真菌性鼻窦炎的临床资料。患者均在局部麻醉下实施手术, 鼻内窥镜下采用 Messerklinger 术。**结果** 43 例患者均治愈出院。行定期随诊, 随诊期时间为 6~24 个月, 随诊中患者中鼻道、上颌窦口通畅, 鼻腔黏膜恢复正常, 窦腔中均未发现真菌团块, 亦无异常分泌物; 患者临床症状均消失, 没有复发病例。**结论** 鼻窦内窥镜手术治疗真菌性鼻窦炎, 损伤小, 可以有效清除真菌团块及病变黏膜, 解除窦口鼻道复合体的阻塞, 充分改善窦腔通气及引流, 促进愈合, 是一种安全有效的治疗方法, 术后定期检查换药是手术成功的关键。

【关键词】 鼻窦炎; 真菌; 鼻内窥镜
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)12-1470-02

随着内窥镜技术的不断发展并广泛应用于临床实践, 其诊断的疗效得到广泛的认可。真菌性鼻窦炎是鼻科临床常见的一种感染性疾病, 传统治疗方法治疗时间长、治愈率低。由于鼻内镜以及计算机 X 射线断层扫描(CT)的广泛应用, 真菌性鼻窦炎的诊断有不断上升的趋势, 尤其老年人机体抵抗力低下, 大多合并有慢性基础疾病, 发病概率更大。在鼻内镜下手术治疗真菌性鼻窦炎治愈率高、创伤小。作者采用鼻内镜下手术治疗真菌性鼻窦炎, 术后定期检查换药, 随访 6~24 个月, 疗效基本满意, 现分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共 43 例, 男 19 例, 女 24 例。年龄 28~74 岁, 平均 46 岁; 病程 2 个月至 5 年。主要症状: 鼻塞、脓涕 15 例; 涕中带血 13 例; 面部胀痛 8 例; 自觉臭味 5 例; 眼胀 2 例; 牙齿胀痛 2 例。检查: 鼻腔息肉 10 例; 鼻腔内可见坏死结痂样物 5 例; 中鼻甲息肉样变 4 例; 鼻中隔偏曲 4 例; 鼻腔无体征者 2 例。17 例在门诊长期使用抗生素和(或)激素治疗, 2 例合并有糖尿病。术前均作冠位 CT 检查, 单侧 37 例, 双侧 6 例。前组鼻窦炎 38 例, 其中局限上颌窦 22 例; 全组鼻窦炎 5 例。23 例病变鼻腔和(或)鼻窦内可见密度增高影, 内有不均点状或云片状密度增高阴影; 13 例有骨质不同程度吸收、窦腔扩大; 其中 3 例术前考虑内翻性乳头状瘤。43 例均行功能性鼻窦内窥镜手术, 术后病理均证实为真菌感染。标本涂片查见真菌菌丝或孢子染色。

1.2 治疗方法 麻醉后在鼻窦内窥镜下按照病变范围开大相应的鼻窦口, 首先切除钩突, 尽量扩大上颌窦自然开口, 清理窦腔内的血性腐物, 灰黄色或黑褐色干酪样物及脓性分泌物, 生理盐水反复冲洗窦腔, 如果并有筛窦病变, 开大筛窦口, 保证窦口的充分引流, 合并鼻中隔偏曲, 下鼻甲肥大者行相应的矫正, 切除肥大部分, 术毕用凡士林纱条填塞窦腔及鼻腔。切除组织经病检找到曲霉菌丝或孢子确诊为真菌性鼻窦炎, 切除黏膜及肉芽组织证实为慢性非特异性炎性反应。术后口服抗生素及抗真菌药物, 术后 2 d 后拔除填塞物, 术后 4 d 开始使用生理

盐水冲洗鼻腔, 每天 1~2 次, 直到冲洗液清澈, 术毕 1 周后鼻内窥镜下清理鼻腔内痂皮, 解除鼻腔粘连, 保持鼻腔、鼻窦引流通畅。

1.3 疗效标准 以术后 6 个月的鼻内镜检查结果为准^[1]: (1) 治愈表现为鼻塞、脓涕、鼻腔内异味及头痛等症状消失, 窦腔上皮化, 窦口开放良好, 无脓性分泌物及真菌团块; (2) 好转表现为症状明显改善, 窦腔上皮化, 窦口开放, 有少许脓性分泌物, 没有真菌团块; (3) 无效表现为症状没有改善, 窦腔没有上皮化, 鼻腔内粘连, 窦口开放不良或闭锁, 仍然有脓性分泌物及真菌团块。

2 结果

本组 43 例患者均治愈出院。患者出院后行定期随诊, 随诊时间为 6~24 个月, 随诊中患者中鼻道、上颌窦口通畅, 鼻腔黏膜恢复正常, 窦腔中均未发现真菌团块, 亦无异常分泌物, 患者临床症状均消失, 没有复发病例。

3 讨论

近年来, 真菌性鼻窦炎的发病明显增多, 上颌窦真菌病占上颌窦感染性疾病的比例在增加。但是目前对真菌性鼻窦炎的发病机制尚不清楚。一般情况, 真菌使人体致病一方面与机体自身有关, 另一方面与真菌特有的生物学特性有关系。真菌属于条件性致病菌, 缺乏角化酶, 在人体正常情况下, 多不能侵蚀健康完整的黏膜组织, 一般不会出现鼻黏膜真菌感染。从这个方面看, 机体自身的健康状态对真菌的发病有直接影响。有研究认为, 真菌性鼻窦炎可能与局部的解剖结构发生异常有关^[2]。当鼻腔局部解剖结构发生异常, 如鼻窦畸形、局部黏膜病变、鼻中隔偏曲等造成鼻窦口出现狭窄或者阻塞, 导致窦腔内环境发生改变, 如窦腔内分泌物发生潴留, 窦腔内 pH 值下降, 糖含量增加及分泌物黏稠度增加, 此时窦口发生阻塞或者狭窄, 引流出现问题, 可引起本病发生。还有研究认为, 真菌性鼻窦炎与长期应用抗菌药物、服用糖皮质激素、长期应用免疫抑制剂等有关。在这些前提下机体的抵抗力下降, 容易导致患者免疫功能下降或者缺陷, 使机体对真菌的清除以及抵抗力