

平与瘦素和空腹胰岛素的相关性研究 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2013, 29(1): 62-63.

[11] Pedersen SD. Metabolic complications of obesity[J]. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2013, 27(2): 179-193.

[12] Saltiel AR, Kahn CR. Insulin signalling and the regulation of glucose and lipid metabolism [J]. Nature, 2001, 414 (6865): 799-806.

[13] Nowak M, Helleboid-Chapman A, Jakel H, et al. Insulin-mediated down-regulation of apolipoprotein A5 gene expression through the phosphatidylinositol 3-kinase pathway; role of upstream stimulatory factor[J]. Mol Cell Biol, 2005, 25(4): 1537-1548.

(收稿日期: 2013-06-08 修回日期: 2013-08-12)

• 临床研究 •

幽门螺杆菌胃部感染对糜烂性食管炎治疗效果的影响

汪晓红(江苏省徐州矿务集团总医院消化科 221006)

【摘要】 目的 探讨幽门螺杆菌(Hp)胃部感染对糜烂性食管炎治疗情况分析。方法 回顾性分析 2010 年 1 月至 2012 年 10 月江苏省徐州矿务集团总医院的胃镜患者,根据胃窦活检、快速尿素酶试验等检测 Hp 感染和诊断出的 44 例糜烂性食管炎,观察 Hp 阴、阳性的发生率和病变程度,选择 II 级糜烂性食管炎分别予以质子泵抑制剂和质子泵抑制剂加抗菌药物治疗,观察其疗效。**结果** Hp 阴性组 III 级糜烂性食管炎比 Hp 阳性组多,而 I、II 级刚好相反,差异有统计学意义($P < 0.05$);Hp 阴性组,予奥美拉唑 20 mg 口服,每天 2 次(治疗 1 组)和 Hp 阳性组,予奥美拉唑 20 mg 口服,每天 2 次(治疗 2 组)、在治疗 2 组基础上加服阿莫西林和甲硝唑(治疗 3 组)总有效率差异有统计学意义($P < 0.05$),而治疗 2 组和治疗 3 组总有效率差异无统计学意义($P > 0.05$),但是治疗 2 组的显效率明显高于治疗 3 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** Hp 感染不是造成糜烂性食管炎的病因, Hp 感染能减轻糜烂性食管炎黏膜损伤程度并增强抑酸剂疗效。

【关键词】 幽门螺杆菌; 糜烂性食管炎; 临床效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)24-3354-02

糜烂性食管炎(EE)的发病机制很复杂,目前认为可能与胃酸水平、胃泌素分泌异常、胃蛋白酶原等对食管黏膜的损害和幽门螺杆菌(Hp)感染有关^[1]。在诊断上目前以胃镜检查为主,本次研究就是探讨 Hp 对 EE 在治疗上的效果情况,为临床治疗 EE 提供更多的依据,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2010 年 1 月至 2012 年 10 月本院的 44 例 EE 患者,男 22 例,女 22 例;年龄 21~69 岁,平均(47.3±5.8)岁;全部患者均采用 Olympus-GIF-XQ240 型胃镜检查。

1.2 方法 根据胃窦活检、快速尿素酶试验等检测 Hp 感染情况,筛选出 Hp 阴性和阳性者,然后根据 1999 年全国 EE 研讨会制定的 EE 内镜标准分成 I、II、III 级,观察 Hp 阴性和阳性组 EE 发生率和病变程度。

以 II 级(即中度)EE 患者为例,分成 3 组,治疗 1 组(Hp 阴性组)予奥美拉唑 20 mg 口服,每天 2 次,治疗 2 组和 3 组均为 Hp 阳性组,治疗 2 组予奥美拉唑 20 mg 口服,每天 2 次,治疗 3 组予以奥美拉唑 20 mg 口服,每天 2 次,另加阿莫西林 0.25 g×4 粒口服,每天 2 次,甲硝唑 0.2 g×2 粒口服,每天 2 次。治疗 1、2 组的治疗时间为 4 周,治疗 3 组的治疗时间为 2 周。4 周后复查胃镜。

1.3 疗效标准 参考相关的标准进行疗效评定^[2]:按照 1999 年全国 EE 疗效标准即胃镜检查的 0、I、II、III 级分别记为 0、1、2、3 分。显效为积分减少 2 分,有效为积分减少 1 分,无效为积分无增减。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行分析,将调查统计的内容作为变量,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验进行分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 Hp 感染与 EE 的关系 见表 1。1 173 例胃镜检查中 Hp 阴性者 383 例(32.6%),阳性者 790 例(67.4%),EE 患者 44 例。由表 1 可见, Hp 阴性组 III 级 EE 比 HP 阳性组多, I、II 级刚好相反,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 HP 感染与 EE 的关系情况分析(n)

组别	n	I 级	II 级	III 级
Hp 阴性组	21	6	10	5
Hp 阳性组	23	9*	12*	2*

注:与 Hp 阴性比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 药物治疗对 Hp 感染的临床效果分析 见表 2。由表 2 可见,治疗 1 组和治疗 2、3 组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗 2 组和治疗 3 组总有效率差异无统计学意义($P > 0.05$),但是治疗 2 组的显效率明显高于治疗 3 组,显效率差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 3 组临床效果分析[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗 1 组	15	3(20.0)	10(66.7)	2(13.3)	86.7
治疗 2 组	14	10(71.4)	4(28.6)	0(0.0)	100.0
治疗 3 组	15	6(40.0)	9(60.0)	0(0.0)	100.0

3 讨论

EE 是由各种原因造成的食管黏膜损伤引起的炎症反应。最常见的是反流性食管炎,另外与真菌、异物损伤、腐蚀性化学物质、消毒液等有关^[3]。之所以与反流性食管炎有关是由于食管下端括约肌不适当弛缓造成其松弛状态,致使食物宜反

流,且食管对反流物的清除能力下降所致。由于食管黏膜无 H⁺ 黏膜保护屏障,反流物中的高酸可造成括约肌压力降低,所以 EE 一般多并发有十二指肠球部溃疡,而一旦由于肿瘤或者是幽门梗阻等促使胃容量过多,反流的症状会加重,故临床上要及时治疗。

Hp 是慢性胃炎和消化性溃疡的主要致病菌之一,且与胃癌的发生、发展有一定关系,有学者表示, Hp 是 EE 的病因之一,也有学者认为二者无关^[4-5]。但从本次的研究结果看, Hp 感染中 EE 检出率很低,而非感染中检出率很高,这说明 Hp 不是 EE 的病因之一。

从胃镜检查情况看, Hp 阴性者中 EE Ⅲ级者明显多于阳性者,而 I 级恰好相反,二者之间有明显差异,这说明 Hp 感染会促使保护胃黏膜,对胃食管有保护效果。这是由于上面讲到消化道动力因素造成了胃酸等反流进入食管,进入后进一步损伤黏膜,而 Hp 有很高的尿素酶活性,能分解尿素产生氨和 HCO₃⁻,这样的结果中和了胃酸,造成胃内的 pH 值升高。也有学者认为 Hp 会造成十二指肠的胃肠反射增强,加速胃酸排空十二指肠^[6]。

从表 2 中还可看出,治疗 1 组和治疗 2、3 组总有效率有差异,这说明 Hp 对 EE 有治疗效果。Wang 等^[7]认为,奥美拉唑的抑酸效果 Hp 阳性者明显,因为 Hp 感染所造成的黏膜炎性反应可通过白细胞介素-1 等细胞因子介导,释放组胺,激活静息壁细胞成为分泌性壁细胞,能最大限度释放质子泵抑制剂。治疗 2 组和治疗 3 组总有效率差异无统计学意义($P>0.05$),这又说明了 Hp 并不能改善 EE 的病理变化,所以,在治疗 EE 时,加强抑酸和抗反流是主要方法,消除 Hp 并不是常规治疗措施。

参考文献

- [1] 章菲菲,瞿玲玲,曹广亚,等. 幽门螺杆菌感染者 IL-1 β 分泌与糜烂性食管炎的关系[J]. 世界华人消化杂志,2010,18(14):1489-1491.
- [2] Nam SY, Choi IJ, Ryu KH, et al. Effect of Helicobacter pylori infection and its eradication on reflux esophagitis and reflux symptoms. [J]. Am J Gastroenterol, 2010, 105(10):2153-2162.
- [3] 侯亚利. 马来酸曲美布丁治疗反流性食管炎 28 例[J]. 陕西医学杂志,2010,39(2):248-249.
- [4] 李红,冯琴,杜春辉,等. 糜烂性食管炎中胃蛋白酶原和胃泌素以及幽门螺杆菌抗体的检测[J]. 重庆医学,2012,41(31):3276-3277,3279.
- [5] Peura DA, Haber MM, Hunt B, et al. Helicobacter pylori-negative gastritis in erosive esophagitis, nonerosive reflux disease or functional dyspepsia patients. [J]. J Clin Gastroenterol, 2010, 44(3):180-185.
- [6] 刘会龙,戈宏焱,齐欣,等. 埃索美拉唑联合氯波比利治疗糜烂性食管炎临床研究[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2012,6(11):3128-3129.
- [7] Wang PC, Hsu CS, Tseng TC, et al. Male sex, hiatus hernia, and Helicobacter pylori infection associated with asymptomatic erosive esophagitis[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(3):586-591.

(收稿日期:2013-04-21 修回日期:2013-07-18)

• 临床研究 •

降钙素原在慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者中的价值

李晓宁,周超,王岸,魏丽(上海市浦东新区周浦医院呼吸科 201318)

【摘要】 目的 探讨血清降钙素原(PCT)检测在慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)患者中的临床价值。**方法** 检测 186 例 AECOPD 患者 PCT 含量,观察治疗过程中 PCT 含量监测与患者病情的相关性,观察 PCT 含量在不同病原体感染患者中的差异,观察 PCT 含量对指导抗菌药物应用的意义。**结果** 186 例 AECOPD 患者治疗前 PCT 含量(11.6 ± 1.4) $\mu\text{g/L}$,治疗后呈逐渐下降趋势,与患者白细胞总数及体温下降程度呈正相关($r=0.898, 0.762, P<0.05$)。细菌感染患者 PCT 含量[(13.8 ± 1.6) $\mu\text{g/L}$]显著高于病毒感染患者[(2.8 ± 0.4) $\mu\text{g/L}$, $t=69.013, P<0.01$]及特殊病原体感染患者[(2.6 ± 0.3) $\mu\text{g/L}$, $t=73.155, P<0.01$]。革兰阴性菌感染患者 PCT 含量[(14.6 ± 2.3) $\mu\text{g/L}$]显著高于革兰阳性菌[(9.6 ± 1.8) $\mu\text{g/L}$, $t=22.993, P<0.01$]。以 PCT 指导抗菌药物使用时间[(4.82 ± 1.12)d]显著低于 WBC 及体温指导应用抗菌药物时间[(7.25 ± 2.13)d, $t=8.4506, P<0.05$],并且缩短了住院时间[(6.28 ± 2.13)d 和 (8.69 ± 2.11)d, $t=6.9229, P<0.05$]。**结论** 血清 PCT 含量可判断 AECOPD 患者的病情,并且有助于鉴别病原体感染类型, PCT 指导 AECOPD 患者抗菌药物的应用可缩短使用时间。

【关键词】 降钙素原; 慢性阻塞性肺疾病急性加重期; 病原体

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.057 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)24-3355-03

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以气道受限为特征的慢性气道、肺实质和肺血管慢性炎性反应性疾病,人口老龄化进展,COPD 的发病率有所升高,严重影响了患者的日常生活及生活质量^[1-2]。尤其是 COPD 急性加重期(AECOPD)往往并发急性感染,引起全身系统性炎性反应,给患者带来巨大的痛苦甚至威胁患者生命^[3-4]。因此 AECOPD 及时合理的诊治至关重要。近年来研究发现,血清降钙素原(PCT)在判断 AE-

COPD 患者是否存在细菌感染及指导抗菌药物应用方面有重要价值^[5]。为了探讨检测血清 PCT 含量对 AECOPD 患者的应用价值,本研究分析了血清 PCT 的含量与 AECOPD 患者的临床特征、感染细菌类型及抗菌药物应用的关系,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2010 年 6 月至 2013 年 2 月收治的 AECOPD 患者 186 例作为研究对象,其中男 108 例,女 78 例,