

[4] 吕景山. 痛风中西医诊治与调理[M]. 北京:人民军医出版社,2008:48-50.

[5] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:318-319.

[6] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 11 版. 北京:人民卫生出版社,2002:2364-2366.

[7] 刘刚,伊金莲,黄静. 某大学教职工血尿酸水平调查分析[J]. 国际检验医学杂志,2015,36(2):487

[8] 林剑浩,吕厚山. 风湿病和门诊骨科疾病手册[M]. 5 版. 天津:天津科技翻译出版公司,2008:399-400.

[9] 张如峰,包淑贞,吴文英,等. 尿酸盐结晶镜检在我省早期痛风性关节炎的临床诊断价值[J]. 青海医药杂志,2013,43(12):1-3.

[10] Busso N, So A. Mechanisms of inflammation in gout[J]. Arthritis Res Ther,2010,12(2):206-209.

[11] 苏厚恒,赵娜,李霞,等. 痛风患者与医师对痛风的认知和诊治现状调查分析[J]. 中华风湿病学杂志,2013,17(4):255-258.

(收稿日期:2015-04-10 修回日期:2015-06-11)

• 临床探讨 •

阿托伐他汀钙片治疗高血压合并非酒精性脂肪性肝病的疗效

向 阳(重庆市万州区人民医院心血管内科 404000)

【摘要】 目的 探讨阿托伐他汀钙片治疗高血压合并非酒精性脂肪性肝病的疗效。**方法** 选择 2014 年 1~6 月来重庆市万州区人民医院就诊的高血压合并非酒精性脂肪性肝病患者 100 例,分为治疗组和对照组。对照组患者给予口服左旋氨氯地平进行常规治疗,每天一次,口服,剂量为 5 mg/d。治疗组患者在常规口服左旋氨氯地平的基础上,给予口服阿托伐他汀钙片治疗,每天一次,口服,剂量为 20 mg/d。对比治疗前、后两组患者在血压、临床症状积分、血清总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)有无差异。**结果** 经过 12 周治疗后,治疗组血压降低明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。同时,患者临床症状得到显著改善、血 TC、TG、HDL-C、LDL-C、ALT 水平明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 阿托伐他汀钙片和左旋氨氯地平联合使用对治疗高血压合并非酒精性脂肪性肝病具有显著疗效,值得临床大范围推广。

【关键词】 阿托伐他汀钙片; 左旋氨氯地平; 高血压; 非酒精性脂肪性肝病; 临床疗效

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.24.054 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)24-3742-03

随着国民经济快速发展,人民生活水平不断提高,一些代谢性疾病,如肥胖、高血糖、痛风、脂肪肝、高血压等发病率逐年上升。高血压和非酒精性脂肪性肝病是我国最常见的慢性代谢性疾病,也是全球主要公共卫生问题之一^[1]。虽然,高血压和非酒精性脂肪性肝病病程较长,短时间难以观察到对身体的损害,然而,高血压患者血压如果控制不理想常常可引发多种疾病发生,如心源性猝死、心力衰竭、脑卒中等,严重时可危及患者生命。非酒精性脂肪性肝病熟称“富贵病”,进一步可发展成为肝炎、肝硬化甚至肝癌^[2-3]。因此,控制高血压和治疗非酒精性脂肪性肝病具有重要的临床意义。目前,大多数治疗方法是使用单一的降压药物控制血压,临床效果往往不理想。本研究将阿托伐他汀钙片和左旋氨氯地平片联合使用对高血压合并非酒精性脂肪性肝病进行治疗,对其临床疗效进行分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 依据 2013 年中国高血压防治指南中高血压的定义和血压水平分类标准,筛选 2014 年 1~6 月来本院就诊同时患有高血压和非酒精性脂肪性肝病的患者共 100 例,分为对照组和治疗组。对照组 50 例,男 32 例,女 18 例;年龄 35~70 岁,平均(61.5±6.2)岁;高血压疾病史 3~28 年,平均(10.1±4.5)年。治疗组 50 例,男 36 例,女 14 例;年龄 37~71 岁,平均(60.4±4.5)岁;高血压疾病史 2~30 年,平均(10.9±6.3)年。入选的标准:坐位收缩压低于 180 mm Hg,坐位舒张压 95~110 mm Hg。排除标准:家族性高血压、继发性高血压、妊娠期或哺乳期高血压、急性心肌梗死、陈旧性心肌梗死、

酒精性脂肪性肝病、病毒性肝炎等慢性肝病、对左旋氨氯地平片或阿托伐他汀钙片过敏的患者、肿瘤患者。纳入研究的所有患者均同意参与本课题研究并签署知情同意书。两组患者在年龄、性别、血压、体质量方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 将 100 例分为对照组 50 例和治疗组 50 例,治疗组患者服用左旋氨氯地平(H19991083,施慧达药业有限公司)每天一次,剂量为 5.0 mg/d,初始剂量为 2.5 mg/d,晚餐后服用,另联合阿托伐他汀钙片(H19990258,北京嘉林药业股份有限公司)每天一次,剂量为 20 mg/d,初始剂量为 10 mg/d,早餐后服用,两种药物疗程均为 12 周。对照组患者服用左旋氨氯地平,用法和服用剂量与治疗组一致。两组患者均给予低脂、低盐膳食。

1.3 观察指标 对比两组患者在治疗前、后血压变化和血清总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)水平变化。记录两组患者治疗前、后临床症状评分。

1.3.1 临床症状评分 临床症状包括眩晕、乏力、头痛、耳鸣、失眠、心悸、腰膝酸软、腹胀。评分等级根据严重程度为 4 分:无症状为 0 分;轻度症状、偶发或稍加注意能感觉到症状为 1 分;自觉症状明显为 2 分;重度为 3 分。分数越高,说明症状越严重。

1.3.2 正常参考值 ALT 正常参考值为 5~40 U/L。ALT 增加说明肝功能明显损害。TC 正常参考值为 3.6~5.2 mmol/L, TG 正常参考值为 0.56~1.70 mmol/L, HDL-C 正常

参考值为 0.7~1.8 mmol/L, LDL-C 正常参考值为 2.1~3.1 mmol/L, TC、TG 水平越高说明肝脏脂肪变性程度越大。

1.4 统计学处理 所有数据采用 SPSS19.0 软件进行处理, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者血压结果 见表 1。治疗前两组患者血压差异均无统计学意义(*P*>0.05), 经过 12 周治疗后, 对照组和治疗组血压均显著降低, 与治疗前比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。与对照组相比, 治疗组血压下降更为显著, 治疗后两组患者血压比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。

2.2 两组患者血清 TC、TG、HDL-C、LDL-C、ALT 变化 见

表 2。通过检测患者血清 TC、TG、HDL-C、LDL-C、ALT 发现, 治疗组经治疗后 TC、TG、LDL-C、ALT 水平均低于治疗前, HDL-C 水平则高于治疗前, 差异有统计学意义(*P*<0.05), 对照组治疗后, TC、TG、HDL-C、LDL-C、ALT 水平与治疗前比较差异均无统计学意义(*P*>0.05)。

表 1 两组患者血压控制情况结果($\bar{x}\pm s$, mm Hg)			
组别		收缩压	舒张压
治疗组	治疗前	153.5±8.5	93.5±5.7
	治疗后	128.4±4.6	78.6±6.3
对照组	治疗前	150.9±6.8	94.2±7.4
	治疗后	135.2±5.9	81.4±8.1

表 2 两组患者治疗前后血脂结果($\bar{x}\pm s$)

项目	时间	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)	ALT (U/L)
治疗组	治疗前	5.6±1.0	2.89±1.25	1.4±0.3	3.8±1.0	61±11
	治疗后	4.5±1.1	1.65±1.31	1.6±0.2	2.5±0.9	46±9
对照组	治疗前	5.5±1.3	2.78±1.56	1.5±0.1	3.6±0.8	63±13
	治疗后	5.4±1.5	2.65±1.72	1.5±0.4	3.7±0.9	59±14

2.3 两组患者临床症状积分对比 治疗组患者治疗前临床症状积分(10.05±1.21)分, 治疗后(5.36±1.02)分, 治疗后临床症状积分得分低于治疗前, 差异有统计学意义(*P*<0.05); 对照组患者治疗前临床症状积分(10.93±1.32)分, 治疗后(10.45±1.26)分, 治疗前、后临床症状积分比较差异无统计学意义(*P*>0.05); 两组治疗后临床症状积分比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。

3 讨 论

高血压的发病与多种因素有关, 尤其是当人们生活水平提高后, 从食物中摄入过多的糖、脂类等营养成分导致慢性代谢性疾病发病率逐年增高。高血压常合并糖尿病、非酒精性脂肪性肝病等多种代谢性疾病, 已经严重威胁人类的生命健康^[4]。因此, 寻找一种有效的防治高血压的方法是国内外的一项重要研究课题。目前, 使用药物控制高血压仍是最主要的治疗方法, 尤其是单纯性高血压常可得到较理想的治疗效果。然而高血压患者常常伴有脂代谢异常及其他慢性代谢性疾病。有研究发现, 血脂水平的高低也直接影响血压水平的高低, 如果患者同时患有高血压与高血脂, 则伴发心血管疾病的风险更高^[5]。

他汀类药物是经典有效的降血脂药物, 同时它还具有抑制血管内皮炎症反应, 稳定粥样斑块, 保护神经和抗血栓的多种作用^[6]。血清 TG 的高低是判断血脂异常的主要标志物之一, 原发性高血压的脂代谢异常主要表现为血清 TG 增高^[7]。有研究发现, 通过治疗高血脂可以更加有效控制高血压^[8]。阿托伐他汀钙片是他汀类药物之一, 可以通过一系列生化反应抑制血清 TC 在人体内的生物合成, 达到降低体内 TC 积蓄的目的^[9]。同时也有研究表明, 阿托伐他汀可以显著降低 ALT 水平, 从而达到缓解病情及保护肝脏的健康效应^[10-11]。ALT 是肝脏受到损伤时最敏感的指标之一, ALT 水平反映了肝脏脂肪蓄积和胰岛素相关信号的炎症活动程度。左旋氨氯地平属于二氢吡啶类的钙拮抗剂, 临床作为常用抗压药物, 通过选择性抑制钙离子进入平滑肌细胞和心肌细胞, 进而起到降压作用。

本研究将阿托伐他汀钙片联合左旋氨氯地平治疗高血压

患者合并非酒精性脂肪性肝病患者取得的治疗效果与单独使用左旋氨氯地平进行比较分析发现, 患者收缩压和舒张压均明显下降, 血清 TC、TG、LDL-C 水平及 ALT 水平明显降低, HDL-C 水平显著升高, 由此说明患者肝脏脂肪蓄积明显减少, 患者临床症状和肝功能也得到显著改善。

综上所述, 联合使用阿托伐他汀钙片在治疗高血压合并非酒精性脂肪性肝病具有良好的临床效果, 适合临床推广及应用。

参考文献

[1] Ghamar-Chehreh ME, Khedmat H, Amini M, et al. Predictive value of having positive family history of cardiovascular disorders, diabetes mellitus, dyslipidemia, and hypertension in non-alcoholic fatty liver disease patients[J]. Acta Med Iran, 2013, 51(5): 307-313.

[2] 刘长城. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并高脂血症的疗效研究[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 9(8): 3-4.

[3] 张春花, 熊旭华. 复方氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压的疗效及依从性观察[J]. 实用临床医学, 2011, 12(5): 22-23.

[4] 张锋. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压并高血脂的临床疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(8): 1029.

[5] Gao JL, Sun H, Liang X, et al. Ideal cardiovascular health behaviors and factors prevent the development of hypertension in prehypertensive subjects[J]. Clin Exp Hypertens, 2015, 26(1): 1-6.

[6] 张国伟, 许荻. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗原发性高血压效果观察[J]. 白求恩医学杂志, 2015, 13(1): 53-55.

[7] 周焰. 原发性高血压伴脑出血患者测定血清生化指标和生物标志物水平的临床价值[J]. 标记免疫分析与临床, 2015, 22(2): 101-105.

[8] 王小洁, 万沁, 彭清, 等. 高血压合并非酒精性脂肪肝患者糖代谢及其危险因素的临床研究[J]. 现代预防医学,

- 2015,42(5):957-958.
- [9] 姜应标,曾富荣,徐国华,等.阿托伐他汀钙治疗高脂血症临床观察[J].当代医学,2010,16(17):51-52.
- [10] 柯明宗.2 型糖尿病合并非酒精性脂肪肝患者同型半胱氨酸及血脂特点分析[J].临床和实验医学杂志,2011,10(24):1900-1903.
- [11] 梁华云,钟培东.氨氯地平联合阿托伐他汀钙治疗门诊高血压并高血脂的效果研究[J].吉林医学,2015,36(7):1349-1350.
- (收稿日期:2015-04-25 修回日期:2015-06-29)

• 临床探讨 •

学龄前儿童瘦素及其相关因素研究

王云双,王欲琦,宋兰萍(河北省保定市妇幼保健院检验科 071000)

【摘要】 目的 研究 3~6 岁学龄前儿童瘦素和血脂水平之间的关系,为学龄前儿童保健提供理论依据。**方法** 采取随机整群抽样方法选择保定市城区幼儿园 3~6 岁学龄前儿童 301 人,进行身高、体质量、瘦素和血脂水平测定。**结果** 在学龄前肥胖儿童中,瘦素与体质量指数、血脂水平均高于体质量正常的儿童。**结论** 加强学龄前肥胖儿童血脂、体质量指数监测,养成良好的饮食习惯和健康的生活方式,有利于促进学龄前儿童的健康成长。

【关键词】 学龄前儿童; 体质量指数; 瘦素; 血脂

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.24.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)24-3744-03

瘦素是由脂肪细胞分泌的蛋白质类激素,主要由白色脂肪组织产生。人们之前普遍认为它进入血液循环后会参与糖、脂肪及能量代谢的调节,促使机体减少摄食,增加能量释放,抑制脂肪细胞合成,进而使体质量减轻^[1-2]。由于学龄前期是儿童生长发育的关键时期,此期的体质量指数和瘦素、血脂有其自身的特点,但是有关城区学龄前儿童瘦素与体质量指数、血脂之间关系的研究较少。为此,本研究对保定市幼儿园 301 名 3~6 岁学龄前儿童进行瘦素与血脂和体质量检测结果进行分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 4 月 1~25 日按照分类随机抽样方法,抽取河北省保定市城区南市区、北市区和新市区各一所幼儿园,每所幼儿园随机抽取大班、中班和小班各 2 个班,共 600 人,经本院儿科医生查体证明生长发育正常,无心脏、肝脏、肾脏等疾病。空腹 10 h 早晨采集静脉血 2 管(第 1 管为 EDTA-K₂ 抗凝血 2 mL 检验血红蛋白、红细胞和红细胞比容等项目;第 2 管为分离胶试管 4 mL 检验瘦素和血脂 4 项);排除采集静脉血困难标本量不够、血液浓缩或贫血、某单项异常(丙氨酸氨基转移酶、白细胞、中性粒分叶核和淋巴细胞计数)等情况后共计 301 人,男童 146 人(48.5%),女童 155 人(51.5%),年龄 3~6 岁。

1.2 研究方法 (1)身高、体质量测量及体质量指数(BMI)计算:受试儿童均脱鞋帽,穿单衣,按标准方法测量身高和体质量,分别以 cm、kg 为单位记录,BMI=体质量(kg)/身高(m)²。(2)实验室测定:抽取空腹 8~12 h 静脉血 5 mL,静置分离血清置于-20℃冻存待检。血清瘦素和血脂 4 项的检测:检测

前先置室温(18~25℃)融化并充分摇匀,平衡至室温后再进行测试。采用酶联免疫吸附试验检测瘦素;血脂 4 项分别测定总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C);采用全自动生化分析仪完成。TC、TG 采用酶法;LDL-C 采用直接法;HDL-C 采用选择遮蔽法(检测试剂均为宁波美康生物科技有限公司试剂盒)。由检验技师严格按操作说明操作。(3)营养状况评判标准:儿童营养状况评估方法为评判标准^[3]。体质量正常为体质量在同性别、同身高标准体质量均数的 90%~110%;超重为体质量在同性别、同身高标准体质量均数的 110%~120%;肥胖为体质量超过同性别、同身高标准体质量均数的 120%;消瘦为体质量小于同性别、同身高标准体质量均数的 90%。

1.3 儿童血脂异常判断标准 以 2009 年 7 月 12 日第 24 卷第 13 期《中华医学信息导报》发布的儿童青少年血脂异常防治专家共识为参考。

1.4 统计学处理 所有检测数据采用 SPSS19.0 进行数据分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验;利用直线相关分析,分析变量之间的相关关系;以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2011 年保定市三区学龄前儿童营养状况中超重儿童瘦素与 BMI 值、血脂水平与体质量正常组比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);肥胖儿童瘦素与 BMI 值、血脂水平均高于体质量正常儿童,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 1。

2.2 2011 年保定市城区学龄前儿童不同年龄组瘦素与 BMI、血脂水平比较见表 2。

表 1 2011 年保定市三区学龄前儿童营养状况、瘦素与 BMI、血脂水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	BMI(kg/m ²)	瘦素(mg/L)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)	LDL-(mmol/L)
体质量正常	176	15.6±1.0	3.8±0.4	3.6±0.4	0.8±0.5	1.4±0.1	1.6±0.8
超重	63	16.9±1.2	5.8±0.4	4.0±0.3	1.1±0.2	1.4±0.2	2.0±0.5
肥胖	62	17.7±1.7*	7.9±0.5*	5.0±0.1*	1.8±0.2*	1.3±0.2*	2.4±0.3*

注:与体质量正常儿童比较,**P* < 0.05。