

先用于评价药物疗效和治疗方案的HBV M 已经满足不了临床的需求,更快速、更敏感和更直接的HBV DNA 荧光定量正逐渐受到临床的青睐。为了更好地配合和服务于临床,笔者对HBV M 和HBV DNA 定量的相关性进行了分析探讨,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 材料来源 2008-10/2008-11 来自本市各区县医疗机构门诊和住院部送来本实验室同时检测HBV M 和HBV DNA 定量的临床血清样本1 463 份。

1.2 方法 HBV M 的测定采用ELISA法,试剂盒由上海科华生物工程股份有限公司提供,仪器采用Lab M K3 酶标仪和Lab M K2 洗板机。HBV DNA 采用实时荧光定量PCR法,仪器上海红石SLAN 扩增仪,试剂由中山医科大学达安工程公司提供,所有操作均在周口市临床检验中心独立医学实验室内完成,完全按照该实验室SOP和试剂盒使用说明书要求操作,同时每次检测均带有卫生部临床检验中心提供的质控物,试验均在控,该实验室连年参加卫生部临床检验中心的室内质量评价全都成绩合格,检测结果准确可靠。

1.3 统计学处理 采用SPSS 17.0 统计软件。

2 结果

所测1 463 份血清样本各种HBV M 与HBV DNA 浓度如表1。

表1 各种HBV M 及HBV DNA 测定结果

HBV M 模式	n	HBV DNA U/ml (%)		
		10 ²	10 ³	10 ⁶
HBsAg, HBeAg, 抗Hbc 均阳性	605	55(9.09)	220(36.36)	330(54.55)
HBsAg, 抗HBe, 抗Hbc 均阳性	418	341(81.58)	55(13.16)	22(5.26)
HBsAg, 抗Hbc 均阳性	341	253(74.19)	77(22.58)	11(3.23)
HBsAg, HBeAg 均阳性	33	0(0)	33(100.00)	0(0)
抗Hbs 阳性	22	22(100.00)	0(0)	0(0)
均阴性	44	44(100.00)	0(0)	0(0)

3 讨论

为了统计学处理和叙述的方便,现将HBsAg, HBeAg, 抗

Hbc 均阳性和结果相似的HBsAg, HBeAg 均阳性模式归为一组,将HBsAg, 抗HBe, 抗Hbc 均阳性和结果相似的HBsAg, 抗Hbc 均阳性模式归为另一组,两组HBV DNA 阳性率比较,存在统计学差异($\chi^2 = 675.82, P < 0.005$)。

研究结果显示HBsAg, HBeAg, 抗Hbc 均阳性和HBsAg, HBeAg 均阳性模式与HBV DNA 呈正相关,HBV DNA 检出率分别为90.91%和100%;与文献^[1-2]报道近似。HBsAg, HBeAg, 抗Hbc 均阳性模式在HBV DNA 10^6 U/ml的高滴度样本中所占比例也最高,达90.9%,但是,从表1可以看出该模式中仍有36.36%(220/605)的样品HBV DNA 的表达在 $10^3 \sim 10^5$ U/ml的低水平,9.1%(55/605)的样品在 10^3 U/ml以下或检不出。因此仅凭HBV M 用于HBV 感染者和乙肝患者的疗效监测及传染性评估已显不够真实、准确和科学。

HBsAg, 抗HBe, 抗Hbc 均阳性和HBsAg, 抗Hbc 均阳性模式,HBV DNA 检出率分别为18.42%(77/418)和25.81%(88/341);可能的是因为乙肝患者或HBV 感染者由免疫耐受期向活跃期转变的起始阶段HBV M 与HBV DNA 不同步所致。

HBV M 与临床关系较为复杂^[3],必须结合临床特点,对各项检测结果进行综合分析。在乙型肝炎的诊断和献血人员的筛选方面HBV M 具有独特的优势;在评估HBV 体内复制情况、传染性大小和治疗药物疗效方面HBV DNA 定量检测的参考价值最大。所以HBV M、HBV DNA 和肝功能试验联合检测,可达到相互补充、相互协同的总和效果,为乙型肝炎的诊断、治疗和预防提供充分、科学和确切的依据。

【参考文献】

- [1] 杨育青,梅序桥,高海闽.乙型肝炎血清两对半与HBV-DNA 检测相关性探讨[J].检验医学与临床,2007,4(3):164-165.
- [2] 任力,黄连贵,胡悦,等.湖北松滋地区乙型肝炎病毒感染状况调查[J].检验医学与临床,2007,4(3):188-189.
- [3] 王艾琳.肝炎病毒及检验 //刘运德.微生物学检验[M].2版.北京:人民卫生出版社,2006:426-440.

收稿日期:2009-01-10;修回日期:2009-04-08 责任编辑:李新志

安宫牛黄丸、清开灵及脑活素治疗重症病毒性脑炎疗效观察

要建民,白爱林,刘金梅

【主题词】 脑炎,病毒性/药物疗法;清开灵注射液/治疗应用;利钠肽,脑/治疗应用;安宫牛黄丸/治疗应用;人类

【中图分类号】 R 725.123.053 【文献标识码】 A

我院内科在传统抗病毒、脱水、激素治疗的基础上,采用中西医结合方法,联合应用安宫牛黄丸、清开灵及脑活素治疗重症病毒性脑炎46例,取得了明显的临床效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 总结2003-01/2006-12 在我院内科住院治疗的92例病毒性脑炎患者,根据病史、临床症状和体征,结合脑脊

【文章编号】 1009-6647(2009)19-4608-02

液(CSF)检查、头颅CT、MRI及脑电图检查确诊。其中男49例,女43例,年龄14~67(32.1±2.1)岁。均有意识障碍或精神症状,发生抽搐者29例,出现言语障碍和肢体偏瘫者31例。脑电图检查22例,其中脑电图异常12例。全部患者均行腰穿CSF检查和头颅CT、MRI检查,其中颅压增高、蛋白增高、白细胞数异常68例;头颅CT、MRI检查异常75例(提示脑实质不规则片状低密度影、混杂密度影或长T1、长T2异常信号)。将92例患者按单双号随机分为2组:治疗组46例,男25例,女21例,年龄(32.6±2.3)岁;对照组46例,男24例,女22例,年龄(31.2±2.5)岁。

作者单位:河北省南和县医院内科 054400

重症标准采用格拉斯哥评分(GCS),全部患者均GCS 8。两组患者年龄、临床表现、病情危重程度、辅助检查及传统治疗措施均无差异($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组应用阿昔罗韦、甘露醇及肾上腺皮质激素等治疗;治疗组在对照组基础上加用安宫牛黄丸1粒,每日两次鼻饲或口服;清开灵注射液40ml、脑活素10ml分别加入生理盐水200~250ml静滴,1次/d,10~15d为1个疗程。

1.3 疗效评定 按照国家卫生部颁布的《病种质量控制标准》进行疗效评定。治愈:症状及体征消失,能恢复正常工作或料理生活;好转:症状及体征减轻,仍有不同程度的残留症状及体征;未愈:症状体征无变化;死亡:抢救无效死亡。

1.4 统计学处理 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组治疗后比较 治疗组:治愈41例(89.13%),好转4例(8.69%),未愈1例(2.17%),病死率为0。对照组:治愈31例(67.39%),好转8例(17.39%),未愈3例(其中1例病情恶化,自动出院)(6.52%),死亡4例(8.69%)。治疗组平均住院18d,对照组平均住院32d。经统计学处理两组治愈好转率、平均住院日均有明显差异($P < 0.01$)。

2.2 治疗后脑电图检查 治疗组:脑电图检查12例,改善者8例。对照组:检查者10例,改善者7例。两组比较无统计学差异($P > 0.05$)。

2.3 治疗后脑脊液变化 治疗组:颅压增高、蛋白增高、白细胞数异常好转31例。对照组:颅压增高、蛋白增高、白细胞数异常好转20例。两组比较有统计学差异($P < 0.01$)。

2.4 治疗后头颅CT或MRI变化 治疗组在入院时有38例头颅CT或MRI分别出现不规则片状低密度影、混杂密度影或长T1、长T2信号,治疗后20例低密度灶缩小,10例恢复正常,8例无变化。对照组入院时37例头颅CT或MRI分别出现不规则片状低密度影、混杂密度影或长T1、长T2信号,治疗后9例低密度灶缩小,15例低密度灶扩大,11例无变化,另外又有2例出现新的低密度灶。两组比较有统计学差异($P < 0.01$)。

2.5 不良反应 治疗组有1例出现皮疹,经对症处理后消失,不影响治疗。其余病例均未出现不良反应,未发现肝、肾功能损伤。

3 讨论

引起病毒性脑炎的各种病毒因其特殊性,针对病原体的治疗并无特异性。近年来开发研究的阿昔洛韦、更昔洛韦等药物对但单疱病毒脑炎有一定疗效,但引起脑炎的病毒种类很多,基层医院很难对致病病毒进行分类,因此根本的治疗仍然在于综合性的对症治疗。本治疗组在传统抗病毒、脱水、激素治疗的基础上,之所以能有效治疗重症病毒性脑炎,考虑可能与以下几个药物成分或作用机制有关^[1-4]。西药脑活素是一种大脑所特有的肽能神经营养药物,可通过血脑屏障,能以多种方式作用于中枢神经,调节和改善神经元的代谢,促进突触的形成,诱导神经元的分化,并进一步保护神经细胞免受各种缺血和神经毒素的损害;并且能促进脑内蛋白质的合成,影响呼吸链,具有抗缺氧的保护能力和改善脑内能量代谢作用^[5]。通过上述中西药物合用,能够使患者意识障碍很快好转,抽搐得到控制,体温降至正常,脑水肿消失,病程明显缩短。

综上所述,在传统抗病毒、脱水、激素治疗的基础上,联合应用安宫牛黄丸、清开灵及脑活素等药物,采用中西医结合方法,对治疗重症病毒性脑炎显示出较好的疗效,且无明显不良反应,值得临床推广使用。

【参考文献】

- [1] 雷载权,张廷模.中华临床中医学[M].北京:人民卫生出版社,1998:361-1452
- [2] 王维治.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2006:611
- [3] 李凤华.醒脑静的临床应用[J].临床荟萃,2000,15(21):994-995
- [4] 贾公浮.临床药物新用联合大全[M].北京:人民卫生出版社,2006:1338
- [5] 刘皋林,金进.新编治疗药物学[M].北京:人民卫生出版社,2007:409

收稿日期:2008-11-22;修回日期:2009-03-18 责任编辑:魏建

红花治疗氟尿嘧啶致静脉炎的疗效观察

黄水香

【主题词】 静脉炎/化学诱导;静脉炎/药物疗法;氟尿嘧啶/副作用;红花/治疗应用

【中图分类号】 R543.605.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-6647(2009)19-4609-02

笔者2004-12/2008-06运用红花湿敷患者,同对照组硫酸镁湿敷患者治疗氟尿嘧啶致静脉炎作比较,发现红花湿敷效果满意,明显优于硫酸镁湿敷,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共收集2004-12/2008-06选择外周静脉输注化疗药物氟尿嘧啶后出现静脉炎病例80例,随机分为实验组和

对照组各40例。其中实验组男18例,女22例,年龄29~65岁,其中2例为5min外渗,10例为静脉滴注时间超过30min,其余30min内顺利滴注完毕;对照组男20例,女20例,年龄32~67岁,其中1例为5min外渗,其余为30min内滴注完毕。80例均用生理盐水150ml前后冲管,治疗后均不同时间(1~5d)出现不同程度静脉炎,轻者穿刺部位疼痛并沿血管走向远处放射,重者穿刺部位红肿,疼痛剧烈,局部出现水疱致溃疡,静脉色素沉着和(或)静脉条索状硬结,两组基线资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

作者单位:江西省金溪县人民医院 344800