



### 慢病专家谈

近年来,随着临床用药种类的日益增多,可引起药物性肝炎的药物也越来越多,其中药物性肝炎占所有药物损害病例的10%~15%。中山大学附属第二医院消化内科主任医师詹俊指出,由于药物性肝炎的临床表现不明显,容易造成误诊、漏诊,应重视药物性肝炎的防治。

#### 诊断:用药史+临床表现

据詹俊介绍,目前引起药物性肝炎常见药物中,抗结核药占的比例最大(约43.78%),中药约占16.17%,抗微生物药物约占12.60%,抗甲亢药约占5.60%,抗肿瘤药约占5.11%。其中肝细胞型药物性肝炎患者约占62.73%,胆汁淤积型药物性肝炎患者约占20.74%。混合型药物性肝炎患者约占16.52%。詹俊提醒,“临床上,药物性肝炎患者无症状者占绝大多数,用药过程中应注意监测,检查发现一过性转氨酶升高时应高度重视;有肝病基础的患者更应积极防治药物性肝炎。”

标准为:一、RUCAM简化评分系统;二、Maria药物性肝炎的评分诊断标准;三、药物性肝炎诊治建议(草案,2007年发布)。“然而,临床医生特别是基层医生应用上述标准诊断复杂而繁琐,实际操作难,现仅作为实验研究判断的必备标准。药物性肝炎的诊断还应凭临床经验和推理(用药等病史)来实施,必要时行肝穿活检,以排除肝脏原有疾病。”

据介绍,对于有症状的患者:一、出现症状前1~8周或1年内有明确用药史。二、初发症状有发热、皮疹、瘙痒等过敏现象。三、血常规检查嗜酸性粒细胞大于6%。四、有肝实质细胞损害或肝内胆汁淤积的病理和临床表现。五、排除其他原因所致的肝功能异常或黄疸。部分原有乙型肝炎病毒血清标志物阳性,脂肪肝或血吸虫性肝病患者在服药前检查肝功能正常。六、停药后临床表现于数天内消失而转氨酶在一周内下降大于75%;七、偶然再次给药后又发生肝损害。凡具备上

述第1条,加上第2~7条中任何两条者即考虑为药物性肝炎。

#### 治疗:积极主动,监测停药指标

“药物性肝炎一旦发生,应马上停用可疑药物,避免进一步损害。”詹俊表示,可选用护肝药物如多烯磷脂酰胆碱、还原型谷胱甘肽、甘草酸苷、维生素C等稳定细胞、促细胞增生的药物,同时应积极应用退黄药物如腺苷蛋氨酸、熊去氧胆酸、托尼奈酸等。

抗结核药物的肝损害是目前药物性肝炎发生的第一因素,发生药物性肝炎后应视病情停用抗结核药及其他损害肝功能的药物,卧床休息。随后在给予保肝、支持治疗的同时,给予谷胱甘肽以补充肝内巯基,促进损伤药物生物转化。对于淤胆者可使用丁二磺酸腺苷蛋氨酸、低分子右旋糖酐等,有适应证者可用糖皮质激素。

关于抗结核药的停药指征,詹俊指出:“在抗结核治疗时,必

须密切监测肝功。一般来说,转氨酶升高若伴有持续恶心、呕吐、乏力、黄疸,应停药。肝功能异常伴发热、皮疹、关节炎、嗜酸性细胞增多等全身变态反应者,应停药。”

“临床上无明显黄疸,仅有肝功能化验异常时,如仅出现单项转氨酶轻度升高,在继续使用原抗结核药物过程中,肝功能可恢复正常。但出现以下情况须停药:

一、具备转氨酶为正常上限值3倍、碱性磷酸酶为正常值1.25倍及总胆红素为正常上限值1.5倍中之一项者,应在72小时内至1周内复查,仍超过上述值时应停药。

二、具备转氨酶为正常上限值5倍、碱性磷酸酶为正常上限值1.5倍及总胆红素为正常值上限2倍中之一项者,应立即停药。”詹俊补充道。

此外,用多种药物同时治疗一种以上疾病,毒性作用随用药种类增加。如在使用降血糖、抗肿

瘤、抗癫痫、抗甲状腺机能亢进药物及某些皮肤病治疗过程中,一定要随时注意观察患者病情变化、临床表现,应定期复查肝功能,注意药物性肝炎的发生。不能忽视恶心、乏力、食欲不振、尿黄等临床症状以及黄疸等肝功能检查。应仔细采集病史,询问用药情况(包括保健营养品及化学物品特别注意时间和剂量),及时停用可疑药品并追踪观察。

#### 链接:

#### 药物性肝炎

指在药物治疗过程中肝细胞受药物本身或其代谢产物损害或发生过敏反应所致的器质性肝病。其发病机制可能是通过改变肝细胞的物理和化学特性,抑制细胞膜上Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP酶活性,干扰肝细胞的摄取过程,破坏细胞骨架功能,在胆汁中形成不可溶性的复合物等途径导致肝损伤,也可选择性地破坏细胞成分,间接地引起肝损伤,引起肝细胞变性、坏死或肝内淤胆或同时存在。(王雪敏)



### 精神障碍患者的膳食误区

河南省精神卫生中心 张冬红 胡丙申

精神障碍是所有精神疾病的统称,泛指各种因素造成的大脑功能失调,表现为感知、思维、注意、记忆、智能、情感以及意志行为等某个方面或几个方面发生了显著变化,而且已经影响了社会功能。许多人认为,精神障碍患者胃肠道消化吸收功能正常,膳食治疗就是日常吃饭,多吃少吃无所谓,对于患者只要营养充足就好,甚至吃的越多、营养越丰富越好,实际上这些都是误区。

#### 误区一:精神病医院的膳食不是治疗的一部分

许多人认为精神病医院的营养科像饭店一样,只是简单地给患者提供饮食,谈不上治疗问题,甚至许多医院的管理体系将营养科归属于后勤部门,有的归属于医技科室,很少归属于临床科室。实际上医院里的膳食并非是非后勤保障,而是一种医疗行为,患者饮食与正常人饮食不同,许多食物种类在疾病状态下受限制。在医院膳食中,许多调味品根据患者的病情是限制使用的,例如味精,味精的主要成分是谷氨酸钠,会不利于一部分病人的身体恢复;再比如食盐,食盐的主要成分是氯化钠,对于低钠血症、高血压、水肿的患者每天食用量是不一样的,更不能依照个人的口味而定。

另外,从烹调方法上与普通饮食也是有区别的,餐饮业多是“煎炒烹炸”,而医院膳食是“蒸煮炖”。在患者住院期间,接受医院膳食本身也是一种治疗。根据患者的患病程度和疾病种类不同,如何使营养达到治疗的目的,就不是单纯的提供吃饭问题了。

#### 误区二:精神障碍患者营养越充足越好

大多数人认为,人体患病以后就要加强营养,想吃什么就吃什么,吃的越多越好,其实不然。营养实际上是平衡的观念,所谓平衡是指两个方面,一是各种食物所提供给人体的营养素是合理的、符合科学规律的,不可以偏食,吃的种类越多越好;二是每日摄入的营养素,既不缺乏也不过量,如果缺乏了会导致营养不良,过量了会引起营养过剩导致肥胖。对于精神障碍患者,应根据患者病情的变化、活动量的大小、精神药物的应用等情况综合考虑其所需的营养素,保持营养素的供需平衡才是最佳的营养治疗策略。

另外,精神障碍患者由于认知存在缺陷,抗精神病药物会导致食欲的增加,往往会出现暴饮暴食,因此并不是患者吃的越多越好,需要根据情况制定个体化的营养治疗方案。

#### 误区三:精神障碍患者的膳食治疗就是日常吃饭

精神障碍患者患病以后,由于疾病的因素,治疗环境的限制缺乏适当的体育锻炼、抗精神病药物的应用、不良的生活方式等综合因素的影响,极易出现肥胖、高血压、高血糖以及代谢综合征。因此,其膳食治疗就有别于常人的日常吃饭,必须控制总能量的摄入,合理调整膳食结构,减少单糖的摄入,提倡食用完整的谷粒和豆类等“延缓碳水化合物”及高纤维膳食,适度增加不饱和脂肪酸的摄入。

另外对于不同的疾病类型,应给予不同的膳食食谱。比如,对于失眠症的患者,多给予安神的天然食品如小米、芝麻、银耳、大枣等,对于抑郁症的患者,多给一些提高情绪的快乐食品如香蕉、南瓜、菠菜等,这样可以促进患者疾病的恢复。由此可见,精神障碍患者的饮食并不是简单的日常吃饭,而是一门科学。

#### 误区四:治疗膳食口感好就是营养好

在临床上经常有的精神障碍患者,甚至有的医务人员说医院的膳食口感不好,不如饭店中制作的饭菜口感好,实际上很多口感好的食品如油炸食品、膨化食品、奶油蛋糕等都是卫生部认定的垃圾食品,它们富含能量,但是营养价值低,还含有对人体有害的反式脂肪酸、饱和脂肪酸等,反式脂肪酸、饱和脂肪酸是心血管疾病及“三高症”的危险因素。

有句话讲得好,食物无好坏,膳食有原则。有些食物我们不能吃,而是要少吃,一定要适度。



河南省卫生厅疾控处 主办

河南省精神卫生中心 协办

咨询电话:(0373)3373990 3373992  
地址:新乡市建设中路388号

## 特殊时期女性,拔牙知多少

本报记者 李莉 通讯员 高歌

女性一辈子总有几个特殊时期令人难以忘怀:从少女怀春开始每月一次的那几天(月经期)到不经意间降临的更年期,从婚后喜喜的妊娠期到孩子呱呱坠地后的哺乳期。在这些阶段中,女性是脆弱的,方方面面都应加倍呵护。常言道,牙疼不是病,疼起来要命。小小的牙病,有时会牵一“牙”而动全身。河南省人民医院口腔医学中心副主任、主任医师王永功告诉记者,对于特殊时期的女性而言,拔牙更要特殊对待。

#### 月经期应避免拔牙

女性在月经期原则上应当避免拔牙,由于在此期间女性的血液凝固性降低,牙槽可能发生代偿性出血。“拔牙本身是一个手术,手术一般在月经期是禁忌的。”王永功说。另外,月经期间妇女的痛觉神经较敏感,全身抵抗力相对较差,常感到疼痛,较容易引起感染。

#### 妊娠期拔牙要选对时间段

“龋齿会引起根尖周炎、脓肿,又疼又肿。做治疗,用药,对孕妇和胎儿都不好。关于智齿冠周炎,每年都能碰到好多例,本身已经怀孕3~5个月,智齿发炎。有的发炎肿得很厉害,里面都是脓。需要做手术切开去排脓,还要打消炎药。不管是手术还是打针,对孕妇对胎儿都不好。应在怀孕前做口腔检查,提前预防。有龋齿,及时补牙;若智齿发炎,及早拔除。这样就可以安全度过孕期。”关于妊娠期拔牙问题,王永功解释道。

有人认为妊娠期一律不可拔牙,因为可能导致流产。孕妇常常会有恶心、呕吐等妊娠反应,身体比较虚弱,这个时候拔牙容易引起流产。针对此问题,王永功说,妊娠期的前3个月最好不要拔牙,因为这一时期胎儿的各个器官正在发育成形。由于胎儿唇部和腭部的发育一般都在12周之前,应避免刺激,否则易出现唇腭裂现象,就是老百姓常说的“豁子唇”。(妊娠期)后3个月拔牙,孕妇受到刺激,可能会早产。若孕妇确实需要拔牙,就应两害相权取其轻,选择在中间4~6个月这样一个相对安全的阶段。因此,妊娠期并非说绝对不能拔牙,但要选对时间段。

在拔牙之前孕妇应该充分休息,放松心情,拔牙时要进行充分麻醉,操作时尽可能轻柔,减少对胎儿的刺激。但对有习惯性流产或习惯性早产史的病人,在妊娠期应禁止拔牙。

#### 哺乳期拔牙相对要慎重

有人说女性在哺乳期拔牙,会使乳汁分泌中断或减少。临床实践表明,对乳汁分泌没有影响。但哺乳期的女性拔牙还是相对要慎重。有观点认为,因为拔牙要使用麻醉药,麻醉药的成分会随着哺乳的乳液被孩子吸收,对小孩子神经系统生长发育不好。对此,王永功表示:“不是麻药的问题,那个量非常小,这方面的影响几乎是微不足道的,关键是感染的问题。”拔牙的时候,会产生菌血症,外来的细菌通过拔牙后的创口进入血液系统,发生感染;另外,拔牙后往往还要吃消炎药,而这些对胎儿都会有一定影响。

#### 更年期可拔牙更要护牙

女性在更年期可以放心拔牙。然而,由于处于更年期的女性牙槽骨最先疏松萎缩,牙齿逐渐松动脱落。更应当注意保持口腔卫生,坚持每天按摩牙龈,可预防和延缓牙槽骨萎缩,使牙齿脱落时间向后推迟。



## 女性40岁前一般不要做钼钼照相检查

乳腺癌威胁女性健康,必要的检查是不能少的,但北京大学第一医院乳腺疾病治疗中心赵建新博士认为,40岁以前的女性一般不要做钼钼照相检查,反复的射线照射可能对乳房是有害的。

赵建新认为,年龄、性别、家族史、一侧患乳腺癌、初潮早、绝经晚、肥胖、低剂量照射、精神压力等都是乳腺癌的高危因素,其中家族史很重要。一般来说,乳腺癌20岁之前十分罕见,30岁之前不常见,从35岁开始发病率明显上升,第一胎

足月妊娠超过30岁,不哺乳,进食过量动物来源食品,绝经后超重,长期使用雌激素等生活习惯,也是患乳腺癌的危险因素。

赵建新介绍说,早期发现乳腺癌是确保临床疗效的重要条件,早期发现的方法主要有:自我检查+临床检查+乳腺钼钼照相和B超检查。赵建新建议,18~39岁的女性每2~3年进行一次乳腺临床检查或结合B超检查,40岁以上女性,每1~2年要进行一次钼钼检查,50岁以后,每两年一次钼钼检

## 肥胖人士肠道菌类数量少

美国科罗拉多大学的细菌专家罗布·科尼特发现,肠道细菌能够“控制”我们的食欲,让我们吃得太多,它们甚至会让我们产生强烈欲望,直到我们“缴械投降”,开始大吃特吃零食。

肥胖人士的肠道内拥有与其他人不同的细菌,他们拥有的这些细菌消耗了更多能量,可能还促使它们的“主人”也做相同的事情。科尼特说:“他们在从食品中提取能量方面并没有什么提高。他们只是明显更饿。你体内的微生物细胞比脑细胞还要多。当你在餐馆点菜时,它们可能会“控制”你,令你产生更强的食欲。对肥胖人士进行观察,发现他们肠道包含的菌类的数量与其他人有所不同。肥胖人士的这一数字比健康人士更低。”

科尼特目前正在研究细菌,以及它们对肥胖人士的影响。他利用专业电脑软件分析大量细菌,例如那些在胃里发现的菌类。他与他的科尼特一起,已经制成人体细菌“图表集”,而且已经发现我们携带的细菌类型并不只局限于胃里,而是全身各处。科尼特称,对人体内的细菌进行研究,像对干细胞进行研究一样对人类有好处。

他说:“由于细菌对人类健康可能有影响,因此我把它与干细胞研究排在同一等级,作为当前最有前途的两个研究领域之一。现在发现细菌的速度史无前例,不管我们着眼于哪里,到处都有细菌。”胃虽然是目前已知的一个最恶劣的生物生存环境,但它包含了大约128种细菌,数量高达几十亿。(据《北京青年报》)



科学防癌



前沿探索

## 日本开发出胰腺癌治疗新技术

日本研究人员日前开发出针对胰腺癌的极微小胶囊给药新技术,动物实验已证明这项技术的有效性。

东京大学研究人员报告说,他们利用高分子制造的极微小胶囊封闭化疗药物,注入移植了人体胰腺癌组织的小鼠体内,结果药物被顺利送达癌变部位,成功遏制了癌细胞增殖。

据介绍,肿瘤的毛细血管壁上有孔,微小胶囊随着血流进入血管后,可通过小孔漏到血管外,进入癌细胞释放药物,且胶囊几乎不会进入无关的脏器造成副作用。这项技术已用于卵巢癌等的治疗。但由于胰腺肿瘤血管壁上的孔更小,这种疗法常用的100纳米的胶囊难以漏出,而且血管与癌细胞之间的纤维组织间质会妨碍胶囊的移动,导致药物无法顺利送达。

为此,研究人员开发出只有30纳米的新型胶囊。注射到小鼠体内后,胶囊得以穿过血管壁和间质,聚集到癌细胞周围,持续数天释放药物。研究人员持续观察小鼠16天,没有发现癌细胞增殖。

研究人员说,由于胶囊非常微小,能轻易从胰腺肿瘤的血管中漏出来,且穿透力较强,因此更容易集中到胰腺癌组织周围。新技术将有望提高胰腺癌的治疗效果。(蓝建中)

## 首届泄血(排瘀)特色疗法 套管针灸刀疗法培训班近期在郑州举办

特色泄血疗法是按照中医理论,由韩国泄血疗法创始人朴楠羲先生创新的绿色疗法。在近20年的临床实践和推广过程中,韩国已有10万余家庭采用此方法用于自治病,我国引进此疗法后,反响热烈,求学者众多。

特色泄血疗法集中医经络、刺血、针灸、拔罐疗法于一体,运用现代科技改进传统工具,容易掌握,一学即会。四个主要安全穴位可有效治疗50多种慢性病,疑难病,无痛微创,没有风险。工具价值低廉(国产全套工具100元左右,进口全套工具2000元左右),常规消毒后可长期使用!适合各级医院特色门诊、美容机构、按摩推拿门诊和社区门诊!

本次培训由泄血疗法创始人朴楠羲先生事业伙伴,韩中自然医学学会会长杨钟国先生(韩国籍);韩中自然医学学会秘书长孙凤女士莅临授课!

培训增设套管针灸刀新疗法,无痛无风险易掌握,2~3分钟快速缓解各种疼痛。主讲老师是北京御舜堂医学研究院院长石洪印教授。

参加培训的学员或机构优先加入河南省医学科学普及学会成为个人会员或单位会员(办理会员证书,发表论文,优惠参加本学会组织的各类新技术培训)。

报名时带近期2寸蓝底彩照3张,身份证复印件2份、学历复印件2份,报名表现场填写。

主办单位:韩中自然医学学会 北京御舜堂医学研究院 河南省医学科学普及学会

培训费用:每人1900元(含培训、考试、合影、结业证),需办理卫生专业资格证书培训费2800元,工具和教材另计;协助安排食宿,费用自理,需报培训的学员开具正式发票,可回单位报销使用。

时间安排:11月20日全天报到;11月21~22日,套管针灸刀疗法;11月23~25日,泄血排瘀特色疗法。

报名地址:郑州市纬五路与经二路交叉口,河南省卫生厅卫生监督局511室,河南省医学科学普及学会教育培训部。

培训地址:郑州市纬五路河南省人民医院对面,河南省医学会505教室。

乘车路线:火车站乘101路到河南省人民医院下车(过纬五路经三路交叉口)向东100米路南即到。

联系电话:(0371)65962891 15037197983  
QQ:442835059 联系人:孟老师

## 河科大二附院主任医师江艳丽—— “乳腺超声诊断进入新时代”

本报记者 刘永胜 通讯员 范海岚

什么是乳腺癌?乳腺癌防治的有效对策是什么?乳腺常规检查和超声诊断的区别有哪些?……在河南科技大学第二附属医院功能科,主任医师江艳丽对诸如此类的问题作出了解答。江艳丽身边,是该院在全洛阳市率先引进的西门口子AcusonS2000ABVS自动乳腺全容积超声诊断系统。

江艳丽说,乳腺癌是发生在乳腺上皮组织的恶性肿瘤。近年来,由于受生存环境及生存压力加大等因素影响,乳腺癌发病率明显呈年轻化趋势,目前已占女性恶性肿瘤首位。调查显示,我国乳腺癌发病率远低于欧美国家,而乳腺癌死亡率却明显高于欧美国家。

“早检查、早发现、早治疗是防治乳腺癌的有效对策!”江艳丽说,常规超声乳腺检查时,由于检查与操作者的技术水平关系较大,同时又无法为临床医生提供读片,因此具有一定的局限性,该院引进的西门口子AcusonS2000ABVS自动

乳腺全容积超声诊断系统,是世界上唯一可实现乳腺全容积成像诊断的高档彩超。该系统克服了传统超声检查时间长、对检查医师经验及手法依赖性、重复性差等局限性,全乳腺、全容积、全自动的创新乳腺超声检查模式。患者采用舒适体位进行乳腺全容积图像信息采集,无痛苦和不适,无放射性,为患者带来了乳腺检查全方位的革新和更优质、便捷的服务。

“有了它,乳腺超声诊断进入了新时代”,江艳丽说,ABVS在乳腺诊断方面具有独特临床价值,一是肿瘤的早期诊断;二是良性肿瘤的鉴别诊断;三是恶性肿瘤分期和分级;四是寻找肿瘤原发灶;五是疗效的评价和预后判断,如乳腺癌经过有效的化疗、放疗等治疗后,肿瘤体积会有所变化,治疗前后及时对病灶进行ABVS成像检查,可了解其治疗效果及预后判断;六是正常随访及筛查等。