

基层适宜技术

慢性胰腺炎的诊断与治疗

慢性胰腺炎是指各种原因导致的胰腺局部、节段性或弥漫性慢性进展性炎症,伴随胰腺内外分泌功能不可逆性损害,临床表现为反复发作或持续性腹痛、腹泻或脂肪泻、消瘦、黄疸、腹部包块等。

我国慢性胰腺炎多见于中年男性,男女比例为2.6:1,与西方国家基本相似。

发病原因
慢性胰腺炎病因较多,胆道疾病的长期存在为主要危险因素,近年来酗酒逐渐上升为主要危险因素。

各种胆管疾病:感染、炎症或结石引起胆总管下段或胆总管交界处狭窄与梗阻,胰液流出受阻,胰管压力升高,导致胰腺腺泡、胰腺小导管破裂,损伤胰腺组织与胰管系统,反复发作,逐渐发展为慢性胰腺炎。

酒精:西方国家70%~80%的慢性胰腺炎与长期过量摄入酒精有关,近年来酗酒逐渐上升为我国慢性胰腺炎的主要危险因素。关于酒精性慢性胰腺炎

的发病机制,大多数学者认同蛋白质分泌过多导致梗阻与坏死-纤维化学说。酒精及其代谢产物直接使胰液中脂质微粒体酶的分泌及脂肪酶降解增加,并使脂质微粒体酶与胰液混合,激活胰蛋白酶原为胰蛋白酶,胰液中胰酶和蛋白质含量增加,钙离子浓度增加,易形成胰管内蛋白沉淀,这些蛋白沉淀又与其他杂质(如脱落的上皮细胞等)形成栓子阻塞小胰管,使胰管内胰液流出受阻,胰管内压力增高,导致胰腺腺泡、胰腺小导管破裂,损伤胰腺组织及胰管系统。

B组柯萨奇病毒:可引起急性胰腺炎,部分病例可能发展为慢性胰腺炎,病毒感染期间饮酒可增加胰腺炎的发生率。

遗传性胰腺炎:较为少见,占慢性胰腺炎总发病率的1%~2%。遗传性慢性胰腺炎属于显性遗传性疾病,发病年龄早,一般在20岁前发病,胰腺钙化明显。患者多有家族史,胰腺癌发病率较高。

特异性胰腺炎:指病因不明的慢性胰腺炎,发病可能与基因突变有关,患者无家族史。

自身免疫性胰腺炎:患者血清中有多种免疫抗体产生,如免疫球蛋白G4、抗碳酸酐酶抗体II和抗碳酸酐酶抗体V、抗胰蛋白酶等,体液免疫、细胞免疫、补体系统、淋巴细胞参与致病。系统性红斑狼疮、干燥综合征、原发性胆管炎、原发性胆汁性肝硬化均可并发慢性胰腺炎。

代谢因素:高血钙和高血脂均可导致慢性胰腺炎。慢性胰腺炎的发病机制尚未明确。胆胰疾病、慢性酒精中毒、病毒感染、遗传、基因突变、自身免疫及代谢因素等均与其发病有关。

均可导致慢性胰腺炎。慢性胰腺炎的发病机制尚未明确。胆胰疾病、慢性酒精中毒、病毒感染、遗传、基因突变、自身免疫及代谢因素等均与其发病有关。

病理表现
慢性胰腺炎的病变程度轻重不一。炎症可局限于局部胰小叶,也可累及整个胰腺。基本病变是胰腺腺泡萎缩,有弥漫性纤维化或钙化;腺管有多发性狭窄和囊状扩张,管腔内有结石、钙化和蛋白栓子。胰管阻塞区可见局灶性水肿、炎症和坏死,也可合并假性囊肿。上述病理过程具有不可逆性、进行性的特点。后期胰腺变硬,表面苍白呈不规则结节状,体积缩小,胰岛亦可萎缩。

临床表现
慢性胰腺炎的病程长达数年,临床表现为无症状期与症状轻重不等的发作期交替出现,也可无明显症状而发展为胰腺功能不全的表现。典型病例可出现五联征:腹痛、胰腺钙化、胰腺假性囊肿、脂肪泻及糖尿病。

腹痛:较为突出的症状,90%以上的慢性胰腺炎患者有程度不等的腹痛。腹痛初为间歇性,后转为持续性,性质可为隐痛、钝痛、钻痛甚至剧痛,多位于中上腹,可偏左或偏右,可放射至后背、两肋部。患者取坐位,膝关节呈屈曲位时疼痛有所缓解;躺下或进食时,疼痛加剧。腹痛的发病机制可能主要与胰管梗阻与狭窄等原因所致的胰管内高压有关。另外,胰腺本身的炎症(合并急性胰腺炎或病灶周围炎等)、胰腺缺血、假性囊肿以及合并的神经炎,也可以引起疼痛。

胰腺功能不全的表现:慢性胰腺炎后期可出现吸收不良综合征和糖尿病等表现。由于胰腺外分泌功能障碍,引起腹胀、食欲减退、恶心、嗝气、厌食油腻、乏力、消瘦、腹泻甚至脂肪泻。常伴有维生素A、维生素D、维生素E、维生素K缺乏症,如夜盲症、皮肤粗糙、肌肉无力和出血倾向等。约半数的慢性胰腺炎患者可因胰腺内分泌功能不全发生糖尿病。

其他:少数患者可出现腹水和胸水,消化性溃疡和上消化道出血,多发性脂肪坏死,血栓性静脉炎或静脉血栓形成及精神症状。

体征:腹部压痛与腹痛不相称,多数仅有轻度压痛。当并发假性囊肿时,腹部可扪及表面光滑的包块。当胰头肿大和纤维化肿块及胰腺囊肿压迫胆总管时,可出现黄疸。

影像学检查
腹部X线平片:观察位于第1~第3腰椎左侧胰腺区钙化或结石,对诊断有意义。
腹部超声和CT(计算机断层扫描)检查:可见胰腺增大或缩小、边缘不清、密度异常、钙化斑或结石、囊肿等改变。
经内镜逆行胆胰管造影检查:对诊断慢性胰腺炎有重要价值。经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎:可显示主胰管口径增大,不规则;可呈串珠状,胰管扭曲变形;可有胰管不规则狭窄或胰管中断,胰管小分支有囊性扩张,还可显示胆管系统病变。

磁共振胆胰管成像检查:在显示主胰管病变方面,磁共振胆胰管成像检查慢性胰腺炎的效果与经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎相同。
超声内镜检查:由于探头更接近胰腺组织,可提供更准确的信息。在超声内镜引导下进行细针穿刺活检,对慢性胰腺炎的确诊,以及与胰腺癌的鉴别诊断有重要价值。

诊断鉴别
慢性胰腺炎的诊断标准:有明确的胰腺炎组织学诊断;有明确的胰腺钙化;有典型慢性胰腺炎的症状、体征,有明显的胰腺外分泌功能障碍和经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎等典型慢性胰腺炎影像学特征,胰腺癌除外;超声内镜检查有典型的慢性胰腺炎影像学特征。目前尚无可用于慢性胰腺炎早期诊断的检查手段。

慢性胰腺炎与胰腺癌的鉴别
尤为重要,且有一定的难度,需要进行细针穿刺活检组织检查,甚至剖腹手术探查。慢性胰腺炎的腹痛与脂肪泻,需要与其他疾病鉴别,如胆道疾病、小肠性吸收功能不良、慢性肝病等。

治疗
慢性胰腺炎的治疗目的是消除病因,控制症状,改善胰腺功能,治疗并发症,提高生活质量。

内科治疗
病因治疗:包括祛除病因(如戒酒)、积极治疗胆道疾病,防止急性发作,宜进食低脂肪、高蛋白的食物,避免饮食过饱。
对症治疗
腹痛:胰酶制剂替代治疗有一定止痛作用;止痛药尽量先用小剂量非成瘾性镇痛药,对顽固

性疼痛进行腹腔神经丛阻滞或浆液腺管内胰岛素储备减少。

影像学检查
腹部X线平片:观察位于第1~第3腰椎左侧胰腺区钙化或结石,对诊断有意义。

腹部超声和CT(计算机断层扫描)检查:可见胰腺增大或缩小、边缘不清、密度异常、钙化斑或结石、囊肿等改变。
经内镜逆行胆胰管造影检查:对诊断慢性胰腺炎有重要价值。经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎:可显示主胰管口径增大,不规则;可呈串珠状,胰管扭曲变形;可有胰管不规则狭窄或胰管中断,胰管小分支有囊性扩张,还可显示胆管系统病变。

磁共振胆胰管成像检查:在显示主胰管病变方面,磁共振胆胰管成像检查慢性胰腺炎的效果与经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎相同。
超声内镜检查:由于探头更接近胰腺组织,可提供更准确的信息。在超声内镜引导下进行细针穿刺活检,对慢性胰腺炎的确诊,以及与胰腺癌的鉴别诊断有重要价值。

诊断鉴别
慢性胰腺炎的诊断标准:有明确的胰腺炎组织学诊断;有明确的胰腺钙化;有典型慢性胰腺炎的症状、体征,有明显的胰腺外分泌功能障碍和经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎等典型慢性胰腺炎影像学特征,胰腺癌除外;超声内镜检查有典型的慢性胰腺炎影像学特征。目前尚无可用于慢性胰腺炎早期诊断的检查手段。

慢性胰腺炎与胰腺癌的鉴别
尤为重要,且有一定的难度,需要进行细针穿刺活检组织检查,甚至剖腹手术探查。慢性胰腺炎的腹痛与脂肪泻,需要与其他疾病鉴别,如胆道疾病、小肠性吸收功能不良、慢性肝病等。

治疗
慢性胰腺炎的治疗目的是消除病因,控制症状,改善胰腺功能,治疗并发症,提高生活质量。

内科治疗
病因治疗:包括祛除病因(如戒酒)、积极治疗胆道疾病,防止急性发作,宜进食低脂肪、高蛋白的食物,避免饮食过饱。
对症治疗
腹痛:胰酶制剂替代治疗有一定止痛作用;止痛药尽量先用小剂量非成瘾性镇痛药,对顽固

性疼痛进行腹腔神经丛阻滞或浆液腺管内胰岛素储备减少。

影像学检查
腹部X线平片:观察位于第1~第3腰椎左侧胰腺区钙化或结石,对诊断有意义。
腹部超声和CT(计算机断层扫描)检查:可见胰腺增大或缩小、边缘不清、密度异常、钙化斑或结石、囊肿等改变。
经内镜逆行胆胰管造影检查:对诊断慢性胰腺炎有重要价值。经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎:可显示主胰管口径增大,不规则;可呈串珠状,胰管扭曲变形;可有胰管不规则狭窄或胰管中断,胰管小分支有囊性扩张,还可显示胆管系统病变。

磁共振胆胰管成像检查:在显示主胰管病变方面,磁共振胆胰管成像检查慢性胰腺炎的效果与经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎相同。
超声内镜检查:由于探头更接近胰腺组织,可提供更准确的信息。在超声内镜引导下进行细针穿刺活检,对慢性胰腺炎的确诊,以及与胰腺癌的鉴别诊断有重要价值。

诊断鉴别
慢性胰腺炎的诊断标准:有明确的胰腺炎组织学诊断;有明确的胰腺钙化;有典型慢性胰腺炎的症状、体征,有明显的胰腺外分泌功能障碍和经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎等典型慢性胰腺炎影像学特征,胰腺癌除外;超声内镜检查有典型的慢性胰腺炎影像学特征。目前尚无可用于慢性胰腺炎早期诊断的检查手段。

慢性胰腺炎与胰腺癌的鉴别
尤为重要,且有一定的难度,需要进行细针穿刺活检组织检查,甚至剖腹手术探查。慢性胰腺炎的腹痛与脂肪泻,需要与其他疾病鉴别,如胆道疾病、小肠性吸收功能不良、慢性肝病等。

治疗
慢性胰腺炎的治疗目的是消除病因,控制症状,改善胰腺功能,治疗并发症,提高生活质量。

内科治疗
病因治疗:包括祛除病因(如戒酒)、积极治疗胆道疾病,防止急性发作,宜进食低脂肪、高蛋白的食物,避免饮食过饱。
对症治疗
腹痛:胰酶制剂替代治疗有一定止痛作用;止痛药尽量先用小剂量非成瘾性镇痛药,对顽固

性疼痛进行腹腔神经丛阻滞或浆液腺管内胰岛素储备减少。

影像学检查
腹部X线平片:观察位于第1~第3腰椎左侧胰腺区钙化或结石,对诊断有意义。

腹部超声和CT(计算机断层扫描)检查:可见胰腺增大或缩小、边缘不清、密度异常、钙化斑或结石、囊肿等改变。
经内镜逆行胆胰管造影检查:对诊断慢性胰腺炎有重要价值。经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎:可显示主胰管口径增大,不规则;可呈串珠状,胰管扭曲变形;可有胰管不规则狭窄或胰管中断,胰管小分支有囊性扩张,还可显示胆管系统病变。

磁共振胆胰管成像检查:在显示主胰管病变方面,磁共振胆胰管成像检查慢性胰腺炎的效果与经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎相同。
超声内镜检查:由于探头更接近胰腺组织,可提供更准确的信息。在超声内镜引导下进行细针穿刺活检,对慢性胰腺炎的确诊,以及与胰腺癌的鉴别诊断有重要价值。

诊断鉴别
慢性胰腺炎的诊断标准:有明确的胰腺炎组织学诊断;有明确的胰腺钙化;有典型慢性胰腺炎的症状、体征,有明显的胰腺外分泌功能障碍和经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎等典型慢性胰腺炎影像学特征,胰腺癌除外;超声内镜检查有典型的慢性胰腺炎影像学特征。目前尚无可用于慢性胰腺炎早期诊断的检查手段。

慢性胰腺炎与胰腺癌的鉴别
尤为重要,且有一定的难度,需要进行细针穿刺活检组织检查,甚至剖腹手术探查。慢性胰腺炎的腹痛与脂肪泻,需要与其他疾病鉴别,如胆道疾病、小肠性吸收功能不良、慢性肝病等。

治疗
慢性胰腺炎的治疗目的是消除病因,控制症状,改善胰腺功能,治疗并发症,提高生活质量。

内科治疗
病因治疗:包括祛除病因(如戒酒)、积极治疗胆道疾病,防止急性发作,宜进食低脂肪、高蛋白的食物,避免饮食过饱。
对症治疗
腹痛:胰酶制剂替代治疗有一定止痛作用;止痛药尽量先用小剂量非成瘾性镇痛药,对顽固

性疼痛进行腹腔神经丛阻滞或浆液腺管内胰岛素储备减少。

影像学检查
腹部X线平片:观察位于第1~第3腰椎左侧胰腺区钙化或结石,对诊断有意义。
腹部超声和CT(计算机断层扫描)检查:可见胰腺增大或缩小、边缘不清、密度异常、钙化斑或结石、囊肿等改变。
经内镜逆行胆胰管造影检查:对诊断慢性胰腺炎有重要价值。经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎:可显示主胰管口径增大,不规则;可呈串珠状,胰管扭曲变形;可有胰管不规则狭窄或胰管中断,胰管小分支有囊性扩张,还可显示胆管系统病变。

磁共振胆胰管成像检查:在显示主胰管病变方面,磁共振胆胰管成像检查慢性胰腺炎的效果与经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎相同。
超声内镜检查:由于探头更接近胰腺组织,可提供更准确的信息。在超声内镜引导下进行细针穿刺活检,对慢性胰腺炎的确诊,以及与胰腺癌的鉴别诊断有重要价值。

诊断鉴别
慢性胰腺炎的诊断标准:有明确的胰腺炎组织学诊断;有明确的胰腺钙化;有典型慢性胰腺炎的症状、体征,有明显的胰腺外分泌功能障碍和经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎等典型慢性胰腺炎影像学特征,胰腺癌除外;超声内镜检查有典型的慢性胰腺炎影像学特征。目前尚无可用于慢性胰腺炎早期诊断的检查手段。

慢性胰腺炎与胰腺癌的鉴别
尤为重要,且有一定的难度,需要进行细针穿刺活检组织检查,甚至剖腹手术探查。慢性胰腺炎的腹痛与脂肪泻,需要与其他疾病鉴别,如胆道疾病、小肠性吸收功能不良、慢性肝病等。

治疗
慢性胰腺炎的治疗目的是消除病因,控制症状,改善胰腺功能,治疗并发症,提高生活质量。

内科治疗
病因治疗:包括祛除病因(如戒酒)、积极治疗胆道疾病,防止急性发作,宜进食低脂肪、高蛋白的食物,避免饮食过饱。
对症治疗
腹痛:胰酶制剂替代治疗有一定止痛作用;止痛药尽量先用小剂量非成瘾性镇痛药,对顽固

性疼痛进行腹腔神经丛阻滞或浆液腺管内胰岛素储备减少。

影像学检查
腹部X线平片:观察位于第1~第3腰椎左侧胰腺区钙化或结石,对诊断有意义。

腹部超声和CT(计算机断层扫描)检查:可见胰腺增大或缩小、边缘不清、密度异常、钙化斑或结石、囊肿等改变。
经内镜逆行胆胰管造影检查:对诊断慢性胰腺炎有重要价值。经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎:可显示主胰管口径增大,不规则;可呈串珠状,胰管扭曲变形;可有胰管不规则狭窄或胰管中断,胰管小分支有囊性扩张,还可显示胆管系统病变。

磁共振胆胰管成像检查:在显示主胰管病变方面,磁共振胆胰管成像检查慢性胰腺炎的效果与经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎相同。
超声内镜检查:由于探头更接近胰腺组织,可提供更准确的信息。在超声内镜引导下进行细针穿刺活检,对慢性胰腺炎的确诊,以及与胰腺癌的鉴别诊断有重要价值。

诊断鉴别
慢性胰腺炎的诊断标准:有明确的胰腺炎组织学诊断;有明确的胰腺钙化;有典型慢性胰腺炎的症状、体征,有明显的胰腺外分泌功能障碍和经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎等典型慢性胰腺炎影像学特征,胰腺癌除外;超声内镜检查有典型的慢性胰腺炎影像学特征。目前尚无可用于慢性胰腺炎早期诊断的检查手段。

慢性胰腺炎与胰腺癌的鉴别
尤为重要,且有一定的难度,需要进行细针穿刺活检组织检查,甚至剖腹手术探查。慢性胰腺炎的腹痛与脂肪泻,需要与其他疾病鉴别,如胆道疾病、小肠性吸收功能不良、慢性肝病等。

治疗
慢性胰腺炎的治疗目的是消除病因,控制症状,改善胰腺功能,治疗并发症,提高生活质量。

内科治疗
病因治疗:包括祛除病因(如戒酒)、积极治疗胆道疾病,防止急性发作,宜进食低脂肪、高蛋白的食物,避免饮食过饱。
对症治疗
腹痛:胰酶制剂替代治疗有一定止痛作用;止痛药尽量先用小剂量非成瘾性镇痛药,对顽固

性疼痛进行腹腔神经丛阻滞或浆液腺管内胰岛素储备减少。

影像学检查
腹部X线平片:观察位于第1~第3腰椎左侧胰腺区钙化或结石,对诊断有意义。
腹部超声和CT(计算机断层扫描)检查:可见胰腺增大或缩小、边缘不清、密度异常、钙化斑或结石、囊肿等改变。
经内镜逆行胆胰管造影检查:对诊断慢性胰腺炎有重要价值。经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎:可显示主胰管口径增大,不规则;可呈串珠状,胰管扭曲变形;可有胰管不规则狭窄或胰管中断,胰管小分支有囊性扩张,还可显示胆管系统病变。

磁共振胆胰管成像检查:在显示主胰管病变方面,磁共振胆胰管成像检查慢性胰腺炎的效果与经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎相同。
超声内镜检查:由于探头更接近胰腺组织,可提供更准确的信息。在超声内镜引导下进行细针穿刺活检,对慢性胰腺炎的确诊,以及与胰腺癌的鉴别诊断有重要价值。

诊断鉴别
慢性胰腺炎的诊断标准:有明确的胰腺炎组织学诊断;有明确的胰腺钙化;有典型慢性胰腺炎的症状、体征,有明显的胰腺外分泌功能障碍和经内镜逆行胆胰管造影检查慢性胰腺炎等典型慢性胰腺炎影像学特征,胰腺癌除外;超声内镜检查有典型的慢性胰腺炎影像学特征。目前尚无可用于慢性胰腺炎早期诊断的检查手段。

慢性胰腺炎与胰腺癌的鉴别
尤为重要,且有一定的难度,需要进行细针穿刺活检组织检查,甚至剖腹手术探查。慢性胰腺炎的腹痛与脂肪泻,需要与其他疾病鉴别,如胆道疾病、小肠性吸收功能不良、慢性肝病等。

治疗
慢性胰腺炎的治疗目的是消除病因,控制症状,改善胰腺功能,治疗并发症,提高生活质量。

内科治疗
病因治疗:包括祛除病因(如戒酒)、积极治疗胆道疾病,防止急性发作,宜进食低脂肪、高蛋白的食物,避免饮食过饱。
对症治疗
腹痛:胰酶制剂替代治疗有一定止痛作用;止痛药尽量先用小剂量非成瘾性镇痛药,对顽固

每周一练 (原发性高血压)

一、恶性高血压病与高血压危象的区别要点是
A.眼底有无视乳头水肿

B.舒张压的高低程度
C.有无肾功能不全
D.有无心功能不全
E.有无脑功能障碍

二、患者为男性,50岁,情绪激动后突感头痛,伴恶心、呕吐和视物模糊2小时来就诊,高血压病病史10年,血压230/140毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),双肺未闻及干湿性啰音,心率100次/分,心律不齐,期前收缩2次/分~4次/分,颈无抵抗,无肢体活动障碍及言语不利。该患者最适宜的治疗措施是
A.静脉推注盐酸利多卡因注射液
B.静脉推注盐酸普鲁帕酮注射液
C.静脉推注地西洋注射液
D.静脉滴注注射用硝普钠
E.静脉滴注咪唑米注射液

三、高血压病患者生气后,血压升至250/120毫米汞柱,出现癫痫样抽搐、呕吐、意识模糊等中枢神经系统功能障碍,脑CT检查未见异常。该患者最可能的诊断是
A.脑出血
B.高血压脑病
C.蛛网膜下腔出血
D.脑梗死
E.高血压危象

四、患者为女性,68岁,高血压病病史5年,药物治疗后血压波动于140~170/50~80毫米汞柱,有糖尿病病史。该患者的收缩压控制目标应低于
A.140毫米汞柱
B.130毫米汞柱
C.125毫米汞柱
D.120毫米汞柱
E.110毫米汞柱

五、患者为男性,75岁,高血压病病史6年,平素血压170/70毫米汞柱,实验室检查:空腹血糖5.6毫摩尔/升,肌酐180微摩尔/升,尿蛋白(++).该患者的收缩压至少控制在
A.130毫米汞柱以下
B.110毫米汞柱以下
C.140毫米汞柱以下
D.120毫米汞柱以下
E.150毫米汞柱以下

本期答案			
一、A	二、D	三、B	四、B
五、A			

两款常用失眠药物的区别

□孙平平

失眠是临床高发的睡眠障碍类型,以入睡困难、睡眠难以维持、日间认知功能受损为核心表现,严重影响患者的生活质量与工作效率。在临床短期失眠干预方案中,佐匹克隆与右佐匹克隆是常用的环吡咯酮类非苯二氮类镇静催眠药,二者名称高度相近,常导致患者甚至非专科医务人员出现认知混淆。本文就两款药物的核心差异与用药规范进行系统性梳理。

从药物化学结构来看,佐匹克隆为早期研发的消旋体手性药物,组分为等量的左旋、右旋对映体构成,即在佐匹克隆中仅50%为具有助眠活性的右佐匹克隆,剩余50%为无任何治疗作用的左佐匹克隆。左旋体不仅无法改善失眠,还会在体内缓慢蓄积,是引发服药后顽固性口苦、中枢神经系统不适的核心原因。右佐匹克隆则是经手性拆分技术得到的单一活性异构体,完全剔除了无效且易致副作用的左旋组分,仅保留高药理活性的右旋结构,药物纯度与作用靶点选择性显著提升。

二者镇静催眠的作用机制完全一致,均通过选择性作用于γ-氨基丁酸受体复合物发挥中枢抑制效果,但是因有效成分纯度差异,临床应用特征区别明显:一是剂量等效性不同。佐匹克隆成人常规治疗剂量为7.5毫克/次,右佐匹克隆成人起始推荐剂量为1毫克,可根据耐受情况增至2毫克或3毫克,老年患者需要酌情减量,临床证实3毫克右佐匹克隆的镇静效果与7.5毫克佐匹克隆基本等效。二是适用人群

不同。佐匹克隆口服起效平缓,更适合睡眠浅、容易夜醒、早醒的睡眠维持障碍人群;右佐匹克隆吸收速率快,服药30分钟内即可达到有效血药浓度,优先适用于入睡困难型失眠患者。三是不良反应差异。右佐匹克隆消除半衰期约6小时,药效更持久,可同比减少夜间觉醒次数、延长总睡眠时间,且代谢途径清晰彻底,次日残留反应与口苦发生率显著降低;佐匹克隆代谢速率较慢,敏感人群服药后易出现次日头昏、乏力等宿醉效应。

两款药物均属于国家第二类精神管制药品,不属于非处方药或保健品,需要严格遵循核心用药规范:第一,严禁自行用药。患者必须经专科医师评估失眠病因与分型后凭处方规范使用药物,禁止患者自行购药、调整剂量或更换药物,不对症用药反而会加重睡眠紊乱。第二,用药期间绝对禁酒。乙醇与药物存在中枢抑制协同作用,可诱发呼吸抑制甚至昏迷,属于用药禁忌。第三,严格控制用药疗程。两款药物仅用于短期失眠对症干预,常规疗程为2周~4周,长期滥用会产生药物依赖,扰乱自身睡眠调节节律,停药后易出现反跳性失眠。

总之,右佐匹克隆是佐匹克隆的提纯升级剂型,在药效精准性、用药安全性上更具临床优势。失眠的长期管理需以作息调整、情绪调节为核心,药物仅为短期辅助手段,遵医嘱规范用药是保障睡眠健康的核心原则。
(作者供职于郑州市第八人民医院药学部)



本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。
邮箱:5615865@qq.com
联系人:朱忱飞 电话:13783596707

科学护肠 远离“宿便”误区

□樊志媛

每年5月29日是“世界肠道健康日”。相关数据显示,我国有87.6%的人存在肠道微生态健康问题,但是一些错误的认知正在悄悄伤害肠道健康。下面,笔者将介绍科学的肠道健康知识。

肠道:人体的“第二大脑”
肠道拥有超过1亿个神经细胞,不仅负责食物的消化吸收,还掌管着人体70%的免疫系统,是名副其实的“第二大脑”。肠道的主要功能体现在以下3个方面:

消化吸收:食物经胃和小肠消化吸收后,残渣进入结肠形成粪便,医学上并不存在所谓“宿便”堆积的情况。免疫防御:肠道是人体重要的免疫器官,有70%的免疫细胞在此生存,肠道有益菌形成了一道天然的免疫屏障。代谢调节:肠道菌群参与人体多种代谢过程,菌群失衡者患慢性消化系统疾病的概率是健康人群的3.1倍,免疫球蛋白A的水平较低。

从相关数据来看,肠道健康状况不容乐观。慢性便秘方面,全球患病率为14%~30%,中国成年人患病率达10.9%,患者总数超过1.4亿人;60岁以上人群患病率更高,全球达28%,我国超过35%,且女性患病率是男性的1.6倍。腹泻方面,全球5岁以下儿童患病率为14.4%,中国5岁以下儿童年发病率为1.9次/年,成年人患病率为2.04%。

“宿便”的真相与护肠建议
医学上根本没有“宿便”这一概念,是某些商家创造的营销术语。食物残渣在结肠内停留1天~3天属于正常生理现象,“宿便”有毒的说法更是无稽之谈。这些错误认知不仅让人们产生不必要的焦虑,还可能导致滥用泻药等伤害肠道的行为。肠道菌群失调可以引发全身慢性炎症,与糖尿病、肥胖、心血管疾病等多种慢性病密切相关。久坐、熬夜、高油、高糖饮食,滥用泻药等不良生活习惯,会严重损害肠道健康。

科学护肠指南
正确认识排便规律:每周排便3次或每天排便3次,都属于正常范围,不必过度追求每天一次。建立健康生活方式:保持饮食规律,增加膳食纤维摄入量,多喝水,适度运动,避免久坐和熬夜。科学应对便秘:便秘超过3周或伴有便血、腹痛、体重骤降等症状时,应及时就医;如果需要使用泻药,必须在医生指导下短期使用。合理使用益生菌:优先选用酸奶、发酵食品等食物,补充益生菌;如果需要服用益生菌制剂,建议根据个体菌群检测结果选择合适的菌株。特殊人群重点护理:老年人应增加膳食纤维的摄入量,并适度运动;儿童避免过度使用抗生素,培养良好的饮食习惯;孕妇增加水的摄入量,并坚持适度运动;糖尿病患者控制在血糖的同时,也要关注肠道健康。



河南疾控CDC