



• 药物与临床 •

使用小剂量的派罗欣和利巴韦林治疗丙型肝炎所致失代偿期肝硬化的临床效果探析

马晓燕 (湖南省耒阳市人民医院 湖南耒阳 421800)

摘要: **目的** 对小剂量的派罗欣和利巴韦林治疗丙型肝炎所致失代偿期肝硬化的临床效果进行探析。**方法** 随机选择于我院进行治疗的丙型肝炎所致失代偿期肝硬化患者 88 例作为本次的研究对象, 时间为 2015 年 4 月至 2016 年 10 月, 并将其分为对照组与观察组。给予对照组利巴韦林进行治疗, 采用小剂量的派罗欣和利巴韦林治疗观察组患者。观察两组的治疗效果及不良反应发生率。**结果** 观察组的治疗效果及不良反应发生率优于对照组, 且 $P < 0.05$, 有统计学差异存在。**结论** 对丙型肝炎所致失代偿期肝硬化患者采用小剂量的派罗欣联合利巴韦林进行治疗, 能提高治疗的整体效果, 同时降低不良反应的发生几率。

关键词: 丙型肝炎 肝硬化 派罗欣 利巴韦林

中图分类号: R512.63 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 01-152-02

前言

丙型肝炎是一种临床常见的肝脏传染病, 该疾病可通过单采血浆、输血、注射毒品以及血液透析等方式进行传播。部分丙型肝炎患者因未能及时治疗或治疗措施不当, 致使病情逐渐演变为肝硬化^[1]。而失代偿期肝硬化则是指患者的肝硬化未能的到及时的治疗, 导致其肝功能代偿能力出现负荷, 其主要临床症状表现为腹部积水、消化道出血、门脉高压、肝性脑病等^[2]。鉴于此情况, 本文就小剂量的派罗欣和利巴韦林治疗丙型肝炎所致失代偿期肝硬化的临床效果进行探析, 现将具体研究情况作以下报告。

1 资料与方法

1.1 临床资料

随机选择于我院进行治疗的丙型肝炎所致失代偿期肝硬化患者 88 例作为本次的研究对象, 并将其分为对照组与观察组。其中, 对照组 44 例患者中, 男女比例为 19:25, 平均年龄为 (52.64 ± 1.73) 岁, 平均病程为 (7.75 ± 0.34) 年; 观察组 44 例患者中, 男女比例为 24:20, 平均年龄为 (51.94 ± 1.64) 岁, 平均病程为 (7.85 ± 0.47) 年。对比两组患者的临床资料, 发现两组患者的组间差异统计值为 $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方案

治疗前, 采用常规的保肝护肝方式对两组患者进行治疗。给予对照组利巴韦林 (生产企业: 郑州卓峰制药有限公司; 批准文号: 国药准字 H41023268) 进行治疗, 口服, 每日 3 次,

每次 700 ~ 800mg。观察组则在对照组的基础上联合小剂量的派罗欣 (生产企业: 上海罗氏制药有限公司; 批准文号: 国药准字 J20120075) 进行治疗, 皮下注射, 7d/次, 每次 125 ~ 600 μ g。定期对患者的血小板及肝功能进行检查, 并根据检查的结果调整患者用药的剂量。所有患者均治疗 5 个月。

1.3 观察指标

对比两组患者的整体治疗效果及不良反应发生几率。

1.4 疗效评估标准

治疗后, 若患者的肝功能各项指标有一半以上出现好转, 且肝硬化情况有所好转, 则为有效; 若患者的肝功能各项指标均未出现好转迹象, 且肝硬化情况并无减轻, 则为无效; 若患者的肝功能各项指标整体恢复正常, 且肝硬化情况明显好转, 则为显效。

1.5 统计处理方法

在本研究中, 患者的性别比例、病程以及年龄等计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 进行 t 检验; 患者治疗的整体效果、不良反应的发生几率等计数资料以率 (%) 表示, 进行卡方 χ^2 检验。当数据检验结果为 $P < 0.05$ 时, 表明组间统计数据之间差异显著, 且差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组的整体治疗效果

治疗后, 观察组的整体治疗效果优于对照组, 且 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1: 比较两组的整体治疗效果 (n/%)

组别	无效	显效	有效	总有效率
观察组 (44 例)	3 (6.82)	23 (52.27)	18 (40.91)	41 (93.18)
对照组 (44 例)	12 (27.27)	10 (22.73)	22 (50.00)	32 (72.73)
χ^2	6.51	8.19	0.73	6.51
P 值	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 比较两组的不良反应发生情况

治疗后, 观察组 44 例患者中, 有 2 例患者发生了其它不良反应, 其中, 血色素发生变化及甲状腺功能异常各为 1 例, 不良反应发生率为 4.55%; 对照组 44 例患者中, 有 8 例患者发生了其它不良反应, 其中, 甲状腺功能异常及白细胞计数下降各为 3 例, 血色素发生变化为 1 例, 不良反应发生率为 18.18%。对比发现, 观察组的不良反应发生几率低于对照组 ($P < 0.05$, $\chi^2 = 4.06$)。

3 讨论

丙肝病毒 (HCV) 对人体肝脏的破坏是长期性、隐蔽性的, 大部分患者在医院进行肝功能检查时并未查出任何异常情况,

致使其未能及时进行治疗, 因此, 丙肝病毒感染者患上肝硬化、肝炎的几率相对较高。相关研究结果显示, 超过 75% 丙肝病毒感染者会患上肝炎, 超过 20% 的丙肝病毒感染者在感染病毒 15 ~ 20 年内会发生肝硬化, 对患者的生活质量及身体健康会构成严重的影响^[3]。目前, 临床上治疗丙型肝炎的主要药物为降酶护肝类的药物。但此类药物对丙型肝炎所致失代偿期肝硬化患者而言, 其治疗效果并不理想, 甚至无任何效果^[4]。利巴韦林作为一种人工合成的抗病毒药物, 具有惰性、无毒、易溶于水等特征, 该药物进入患者体内后, 能迅速发挥作用, 患者体内的丙肝病毒活性能被黄嘌呤与鸟嘌呤核苷抑制并

(下转第 155 页)



床症状并不明显,仅表现为活动量大时胸闷气短,患者经短暂休息后可缓解,患者往往忽视了早期治疗导致病情恶化。因此目前临床推荐采用利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂、倍他受体阻滞剂改善患者病情,促进瓣膜修复。

本次研究结果表明:治疗组总有效率高于对照组, $P < 0.05$; 治疗组 LVEDD、LVESD、心率均低于对照组, LVEF 高于对照组, $P < 0.05$; 两组不良反应发生率比较无明显差异, $P > 0.05$ 。原因分析为:①常规治疗中采用的依那普利属于竞争性血管紧张素转换酶抑制剂,具有扩管作用,可降低心脏后负荷和血管阻力,减少醛固酮分泌,逆转心室重构。但依那普利只能暂时性抑制醛固酮分泌,因此多与醛固酮受体拮抗剂螺内酯联合治疗,通过远曲小管和集合管阻断 $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ 和 $\text{Na}^+ - \text{H}^+$ 交换,增加 Na^+ 、 Cl^- 、水排泄量,减少 K^+ 、 H^+ 、 Mg^{2+} 排泄量,达到减轻心室重构的效果。②美托洛尔属于心脏高选择性的 β 受体阻断剂,无膜稳定性,通过选择性阻断 β_1 受体可抑制交感神经活性,减少血浆去甲肾上腺素水平,从而降低心肌氧耗和心肌收缩力、减慢心率,有效改善患者心室重构,预防心衰恶化^[6]。③赵淑琴^[7]等人研究表明,常规剂量的美托洛尔并不会对患者支气管平滑肌和血管产生不良影响,增大剂量可能会引发眩晕、头痛、恶心等不良反应,但本次研究所用的酒石酸美托洛尔片吸收速度和吸收率较高,首过效应为 30-60%,且不良反应症状并不会远高于常规治疗,大部分患者均可自行恢复,因此药物安全性高。

综上,美托洛尔可有效改善风湿性心脏病慢性心力衰竭

患者心功能,且具备用药安全性,值得临床应用。

表 3: 两组不良反应发生率比较 [n (%); n=32]

组别	恶心呕吐	头痛	干咳	总发生率
对照组	1	2	1	4 (12.50)
治疗组	1	2	2	5 (15.63)
χ^2	/	/	/	0.129
P	/	/	/	0.719

参考文献

- [1] 秦亚录, 刘天虎. Notch 信号通路在风湿性心脏病炎症相关发病机制中的研究进展 [J]. 心血管病学进展, 2014, 35(6):740-743.
- [2] 马力. 探析琥珀酸美托洛尔依那普利和螺内酯联合治疗风湿性心脏病慢性心衰的有效性 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(20):60-61.
- [3] 盛炜. TGF- β 、MMPs 和 TIMPs 在风湿性心脏病二尖瓣狭窄合并持续性房颤中的作用 [D]. 中国人民解放军军事医学科学院, 2014.
- [4] 佟卓慧, 佟卓增. 关于中西医结合治疗风湿性心脏病的思考 [J]. 按摩与康复医学, 2011, 02(11):16-16.
- [5] 徐书灿. 美托洛尔治疗风湿性心脏病慢性心力衰竭的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2015, 30(1):44-47.
- [6] 惠汝太. β 受体阻滞剂临床应用进展 [J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(4):282-286.
- [7] 赵淑琴, 朱莉, 陆迎. 美托洛尔治疗风湿性心脏病慢性心力衰竭患者的疗效分析 [J]. 中国临床保健杂志, 2016, 19(2):181-183.

(上接第 152 页)

行逆转,从而减少了患者体内的肾小球、免疫原性的过滤,并对丙肝病毒的繁殖与复制进行有效抑制,进而阻止患者的病情发生进一步的恶化,但该药物的稳定性并不佳^[5]。派罗欣是一种新型的合成药物,其主要成分包括聚乙二醇与干扰素 $\alpha - 2a$, 该药物进入人体后,容易被人体内的蛋白酶所降解,从而延长其在人体内的半衰期,使血药的浓度在相当长的一段时间内保持稳定的状态,相较于一般的干扰素,其抗病毒的能力更持久,进而减少了药物的服用剂量及服用次数,并降低了不良反应的发生几率^[6]。因此,将小剂量派罗欣与利巴韦林联合使用,能提高治疗的整体效果。通过本组研究数据可知,观察组的治疗效果及不良反应发生率优于对照组,且 $P < 0.05$, 有统计学差异存在。

综上所述,对丙型肝炎所致失代偿期肝硬化患者采用小剂量的派罗欣联合利巴韦林进行治疗,能提高治疗的整体效果,同时降低不良反应的发生几率。

参考文献

- [1] 刘丽. 失代偿期丙型肝炎肝硬化患者并发症消除后的抗病毒治疗效果观察 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(35): 33-34.
- [2] 彭小华. 阿德福韦酯在治疗 69 例 HBeAg 阳性失代偿期乙型肝炎所致肝硬化腹水中的临床作用观察 [J]. 中国现代医生, 2015, 53(08): 99-101.
- [3] 熊锦华, 曹建彪, 李绍祥, 等. 失代偿期丙型肝炎肝硬化脾栓塞术后聚乙二醇干扰素联合利巴韦林抗病毒治疗效果观察 [J]. 解放军医药杂志, 2015, 27(09): 77-81.
- [4] 叶翩, 易建华. 聚乙二醇干扰素 $\alpha - 2a$ 联合利巴韦林治疗丙型肝炎肝硬化失代偿期合并丙型肝炎病毒相关性肾炎 1 例 [J]. 肝脏, 2016, 21(12): 1096-1097.
- [5] 张敏, 苏海滨, 周双男, 等. 直接作用抗病毒药物治疗丙型肝炎肝硬化和肝移植术后丙型肝炎复发的初步临床观察 [J]. 传染病信息, 2015, 28(05): 284-287.
- [6] 程亚, 乔晓斐, 英卫东. 特利加压素治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化患者消退腹水的作用及对肝肾功能的影响 [J]. 实用肝脏病杂志, 2016, 19(06): 687-691.

(上接第 153 页)

牙根尖周病属于混合性感染导致的疾病,其对厌氧菌的感染率高达 100%。研究中所使用的甲硝唑,对滴虫、阿米巴等均具有较好的抑制性效果,同时其对厌氧菌的抑菌作用也非常明显,目前在临床上,还未有耐药性菌株的发现研究,因此甲硝唑是目前临床上抗厌氧菌的主要治疗药物,属于硝基咪唑衍生物的一种,处于缺氧状态下,硝基还原产物,仍可以对细菌 DNA 的合成进行阻断,并有效的对细菌的繁殖进行抑制^[5]。而地塞米松,则属于皮质激素类药物的一种,对各种不同因素导致的炎症有较好的治疗效果,抗炎作用较强,同时可对炎症渗出进行减轻,并对白细胞浸润、以及吞噬反应进行作用,将地塞米松、以及甲硝唑进行联合使用,在有效杀灭细菌的同时,也可以减少不良反应的出现^[6]。

综上所述,在对牙根尖周病患者进行治疗的过程中,使用甲硝唑和地塞米松,可有效加强患者的临床治疗效果,提

高患者的治疗过程中的满意度,值得在今后对牙根尖周病患者的临床治疗工作中,进行推广和应用。

参考文献

- [1] 李煜, 姚悦. 甲硝唑和地塞米松治疗牙根尖周病的临床效果 [J]. 中国社区医师, 2016, 32(23):69+71.
- [2] 肖敏. 甲硝唑和地塞米松治疗牙根尖周病的疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2014, 12(15):178-179.
- [3] 陈勇. 甲硝唑和地塞米松治疗牙根尖周病 56 例疗效观察 [J]. 实用医学杂志, 2002, (10):1065.
- [4] 于亦明, 赵宁, 葛少华. 甲硝唑-地塞米松糊剂预防根管治疗术期间急性的临床研究 [J]. 牙体牙髓牙周病学杂志, 2005, (03):159-162.
- [5] 李建明. 地塞米松治疗难治性根尖周炎的临床分析 [J]. 中国民间疗法, 2015, 23(10):79-80.
- [6] 邵波. 甲硝唑地塞米松联合治疗慢性根尖周脓肿的疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(51):75-76.