

Pick C1 Like 1, NPC1L1) 结合, 抑制小肠上皮细胞对饮食中胆固醇、植物固醇和胆汁输送到肠道的胆固醇的吸收, 进而减少胆固醇由肠道向肝脏的转运, 减少肝脏中胆固醇的储存量, 增加血液中胆固醇的清除, 达到降低血浆胆固醇水平的目的。依折麦布常用剂量为 10 mg/d。

血浆胆固醇主要来源于肝脏的合成和肠道的吸收。他汀和依折麦布联合应用可通过互补机制双重抑制胆固醇合成和吸收, 增强降脂疗效。临床研究发现^[5-8], 无论先前使用何种他汀药物, 加用依折麦布均能使 LDL-C 进一步下降 14%~25%、使 TG 进一步下降 17%~32%, 而且使高敏 C 反应蛋白 (hsCRP) 降低 31%。Davidson 等^[5] 研究显示, 辛伐他汀 10 mg/d 联合依折麦布 10 mg/d 降低 LDL-C 的作用与单用辛伐他汀 80 mg/d 相似, 降幅均为 44%。单用依折麦布治疗, 也可使高胆固醇血症患者的 LDL-C 下降 18%~25%^[7]。

4 例均为有以下几种特殊情况的极高危患者^[1]: (1) 基线 LDL-C 水平很高, PCI 后经强化剂量他汀治疗后 LDL-C 仍不能达标; (2) 基线 LDL-C 和 TG 水平均高, PCI 后经他汀和贝特类药物规律治疗后 TG 仍重度升高; (3) PCI 后因肌酶升高或肝酶升高不能耐受或仅能耐受小剂量他汀治疗, LDL-C 不达标。本研究对象中 15 例 (75%) 属上述第一种情况, 后两种情况为少数病例。本研究将依折麦布与他汀及贝特类药物联合应用, 使 LDL-C、TG 明显下降, 与文献^[5~8] 报道相似。依折麦布不影响细胞色素 P450 的活性, 所以与他汀或贝特类药物联合应用时安全性和耐受性良好^[4-8]。本研究使用依折麦布后, 患者肝酶肌酶和肾功能均在正常范围内。

依折麦布与他汀或贝特联合应用可以达到单药不能达

到的额外降脂效益和抗炎作用^[5-8], 联合调脂在冠心病强化降脂治疗中是有良好前景的治疗策略。

参 考 文 献

- [1] 《中国成人血脂异常防治指南》制定联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008
 - [2] 第二次中国临床血脂控制状况多中心协作研究组. 第二次中国临床血脂控制达标率及影响因素多中心协作研究 [J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(5): 420
 - [3] 陈浩, 许长青, 李瑞林等. 他汀类药物的药理作用与临床应用 [J]. 武警医学, 2005, 16(11): 862
 - [4] Davis HR. Fost in a new class of cholesterol absorption inhibitors [J]. International Congress series, 2004, 1262: 243
 - [5] Pearson TA, Ballantyne CM, Veltri E, et al. Pooled analyses of effects on C-Reactive protein and low density lipoprotein cholesterol in placebo-controlled trials of Ezetimibe monotherapy or Ezetimibe added to baseline statin therapy [J]. Am J Cardiol, 2009, 103: 369
 - [6] Davidson MH, McGarry T, Bettis R, et al. On behalf of the Ezetimibe Study Group. Ezetimibe coadministered with simvastatin in patients with primary hypercholesterolemia [J]. JACC, 2002, 40: 2125
 - [7] Knopp RH, Gitter H, Truitt T, et al. Effects of ezetimibe, a new cholesterol absorption inhibitor, on plasma lipids in patients with primary hypercholesterolemia [J]. Eur Heart J, 2003, 24(8): 729
 - [8] Farnier M, Freeman MW, Macdonell G, et al. Efficacy and safety of the coadministration of ezetimibe with fenofibrate in patients with mixed hyperlipidaemia [J]. Eur Heart J, 2005, 26: 897
- (2009-06-29 收稿, 责任编辑 尤俊杰)

小儿跛行 64 例

华颖 徐晓华 (无锡市人民医院儿内科, 无锡 214000)

【关键词】 跛行 小儿 【中国图书分类号】 R441

跛行是儿科医师碰到的常见症状之一, 其特征为因一侧下肢疼痛或运动受限, 而采取的身体向患侧倾斜的行走步态。由于病因众多, 小儿又不能明确地诉说疼痛、麻木等主观感受, 经常会误诊。2007 年 9 月~2009 年 1 月, 在我科门诊就诊及入院治疗的跛行患儿共 64 例, 多数明确了病因。

1 临床资料

1.1 一般资料 64 例中, 男 30 例, 女 34 例, 年龄 13 个月至

14 岁。所有患儿均排除骨折、骨与关节外伤、下肢软组织感染、化脓性骨髓炎及关节炎等需外科即刻处理的情况。其中急性起病者 56 例, 慢性起病者 8 例。发病前 3~7 d 有明确上呼吸道感染者 38 例, 起病前或起病同时有发热者 5 例。起病后持续性跛行 63 例, 间歇性跛行 1 例。

1.2 诊断方法 所有患儿均进行认真的病史询问及细致的体格检查, 尤其是严格的神经系统查体及骨科检查, 根据具体情况有针对性地进行实验室检查。急性起病者 56 例均行血常规、红细胞沉降率、抗“O”检查。有肌肉酸痛者行心肌酶谱检查 5 例。所有有关节疼痛等症状或体检有关节情况的进行针对性的髋关节、膝关节、踝关节等的摄片检查 50

作者简介: 华颖, 女, 1973 年出生。副主任医师, 硕士, 主要从事小儿神经内科的临床工作。

例,摄片无异常发现者35例中,34例行病变侧髋关节B超检查,1例行髋关节MRI检查。3例表现为足部无力、足下垂患儿行肌电图检查。3例慢性起病临床怀疑脑瘫患儿行头颅MRI检查。

1.3 结果

1.3.1 骨外科疾病 共49例。髋关节摄片阳性15例;2例确诊为先天性髋关节脱位,为学步不久的幼儿,从学步起即发现跛行,查体两腿不等长,患侧髋关节外展受限,X线片上髋臼发育不良,转骨科进一步治疗;其余13例髋关节摄片阳性者表现为关节囊轻度肿胀,考虑髋关节一过性滑膜炎。34例行髋关节B超检查,B超诊断标准参照文献[1],有28例患侧髋关节表现为股骨颈颈前间隙增宽 $> 6.0\text{ mm}$,患侧与健侧股骨颈颈前间隙差值均 $> 1.0\text{ mm}$,其中6例患儿关节囊内有不同程度积液。有6例患儿经髋关节X线检查及B超检查无阳性结果,各项血生化及免疫指标未见异常。上述47例患儿均临床诊断为髋关节一过性滑膜炎,40例患儿经局部制动及置患髋关节于轻度屈曲外旋位,经门诊随访均于10d内恢复正常,3岁以内的婴幼儿恢复尤其快,一般均在3~5d内恢复正常。7例患儿因病情较重入骨科病房行皮牵引及对症治疗后好转出院。

1.3.2 神经系统疾病 共6例。3例行头颅MRI检查;2例诊断为脑性瘫痪,其中1例头颅MRI提示缺血缺氧后遗症表现,1例正常,结合出生史及智力运动发育情况,查体双下肢肌张力明显增高,做出上述诊断;另一例头颅MRI表现为双侧侧脑室旁白质对称性长 T_2 信号,转至北京大学第一医院经基因检查确诊为先天性肌营养不良。3例表现为足下垂患儿行肌电图检查,均诊断为腓总神经麻痹,1例与外伤有关,1例伴有呼吸道感染,经激素应用、营养神经治疗结合康复治疗病情明显好转,另1例病因不明,病情恢复不理想,予矫形鞋治疗。

1.3.3 感染性疾病 共6例。有肌肉酸痛5例患儿行心肌酶谱检查异常4例,表现为肌酸磷酸激酶明显升高,结合临床诊断为病毒感染导致的良性肌炎,1例心肌酶谱正常患儿伴发热,经抗病毒治疗后3d肌痛即消失,考虑为一过性的病毒血症。1例间歇性跛行患儿行髋关节MRI检查,结果显示股骨头的炎性浸润及关节囊的肿胀,结合患儿不规则低热,PPD检查强阳性,诊断为髋关节结核。

1.3.4 风湿性疾病 共3例。体检后发现双下肢高出皮面的暗红色斑丘疹2例,诊断为过敏性紫癜。1例11岁男孩发热跛行右侧髋关节疼痛,入院后经各项免疫指标检查诊断为幼年型类风湿关节炎少关节型。

2 讨论

跛行病因复杂多样,诊断较为棘手。本组资料显示,跛行病因诊断牵涉到儿内科、骨科、风湿免疫科等,有许多门诊患者来自于多个临床专科,却得不到及时的诊治,即使入院患者,误诊误治也屡见不鲜。经常有一些最终诊断为髋关节

滑膜炎患者,做了不必要的肌电图等有创检查,增加了患者的痛苦。因此,提高小儿跛行的诊断水平非常必要。

明确诊断的前提是询问病史及查体,尤以查体最为重要。许多婴幼儿不可能有明确的疼痛等主诉,因此查体过程中应付出更多的细心和耐心。本组过敏性紫癜2例患儿通过查体,未经实验室检查即明确了病因。其余患者经过仔细的体格检查明确了可能的病因,进而分别进行骨关节X线、B超及神经系统的头颅MRI、肌电图等专项检查。

本组资料表明,小儿跛行急性起病者多见,其中最常见的原因髋关节滑膜炎,占急性起病患儿的84%。该病虽属于骨科范畴,但往往在儿内科首诊。因此,作为儿科医师,对急性发病的跛行患者首先应该考虑髋关节滑膜炎,并通过详细的病史询问及仔细的体格检查、相应的实验室检查寻找诊断证据。儿童髋关节暂时性滑膜炎是一种可自愈的非特异性炎症^[2],其病因尚不十分明确,一般认为是由于免疫反应或过敏引起的非特异性炎症,和病毒感染、细菌感染及外伤等多种因素有关。孙客等^[3]曾做过该病的流行病学分析,发现该病呈四季散发,与上呼吸道感染、剧烈活动或外伤密切相关,患儿常于发病前的1~2周内有上呼吸道感染史。该病治疗方法较为简单,有作者建议将患侧髋关节局部制动,置于外展 30° ,中立位,给予皮牵引及对症治疗^[4],避免负重,很多患儿可以治愈。本组大多数患儿未入院治疗,经患肢制动,轻度屈曲外旋位,预后满意。另外,婴幼儿的骨关节先天畸形占一定比例,如先天性髋关节脱位,应足够重视。

对于慢性起病的患儿,神经系统疾病较多见。通过详细的神经系统感觉、运动、深反射的检查可以鉴别是否为神经系统疾病,是中枢神经疾患或是外周神经疾患,从而选择相关的中枢神经系统影像学,或是针对外周神经的肌电图等检查,避免不必要的检查。

对于跛行伴发热的年龄较大的患儿,感染性疾病多见,但需警惕易导致机体永久性损伤的风湿性疾病。一些特殊感染,如骨关节结核等情况少见,但亦需鉴别诊断。

总之,小儿跛行是一组病因复杂的疾病,存在各学科间的交叉,碰到诊断困难的患者,需及时各科会诊,以明确诊断,争取最好的治疗效果。对儿内科医师而言,也要掌握相应的骨科知识,诊断不能仅局限于内科病。

参 考 文 献

- [1] 董忠丽,王树群,刘振利,等. 小儿一过性髋关节滑膜炎的超声诊断及预后评价[J]. 中国超声诊断杂志,2006,7(5):372
- [2] 潘少川. 实用小儿骨科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2005.376
- [3] 孙客,唐盛,于薇等. 儿童髋关节暂时性滑膜炎临床流行病学分析[J]. 实用儿科临床杂志,2007,22(3):230
- [4] 尹航,张锡庆,王晓东,等. 急性髋关节一过性滑膜炎的诊断与治疗[J]. 苏州大学学报(医学版),2007,27(3):483

(2009-04-23收稿,责任编辑 梁秋野)