

不佳。因此 SASP 在治疗、维持缓解和预防复发方面均无较好作用，且磺胺成分还有潜在的副作用。

3.2.2 艾迪沙和颇得斯安 两者均为 mesalazine (5-ASA) 类药物，无磺胺副作用且口服后大部分从小肠吸收，理论上应对该患者的病情有一定的控制作用，可选择一种应用，但不能作为主要治疗药物，只起协同作用。从病史中看，2003 年患者出院后使用颇得斯安协同强的松和硫唑嘌呤共同治疗，有一定效果。

3.3.3 强的松 是治疗中重度 CD 的一线药物，缓解率约 60%。该患者有使用强的松的指征，从病史中也可看出强的松与硫唑嘌呤和颇得斯安合用对患者的病情活动有一定的控制作用。可继续应用。但要注意：①由于患者肝功能不太正常，应使用强的松龙代替强的松；②由于患者反复出现内瘘，且不能排除结核感染，一旦瘘管合并细菌感染或结核感染被证实，强的松应在抗感染的同时酌情减量甚至停用。

3.3.4 硫唑嘌呤 (6-MP) 6-MP 已证实对顽固性 CD 有良好效果，特别是有助于瘘管的愈合，且可减少激素用量，避免其副作用。只是 6-MP 起效较慢，通常要 6~8 周 (平均 3.1 月)，故对急性期患者帮助不大。该患者可继续使用 6-MP，因为：①属于顽固 CD，对激素、SASP 等治疗无效；②可能存在结核感染，不能长期应用激素；③并发各种瘘管；④曾与强的松和颇得斯安合用，对病情控制似有一定疗效；⑤反复接受手术治疗，6-MP 可使病情稳定并防止复发。

3.3.5 环孢菌素 A 小剂量 CysA 口服 [$<5\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$] 治疗慢性活动性 CD 没有明显效果，也不能有效地维持治疗，这一点已被 20 世纪 90 年代欧洲进行的 3 个大规模对照临床试验证实，同时，也有很多临床研究表明大剂量 CysA 口服 [$>5\text{mg}/(\text{kg}$

$\cdot \text{d})$] 和静脉应用 CysA [$4\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$] 对于治疗活动期 CD 和促进 CD 肠瘘愈合有一定效果，中重度 CD 对大剂量 CysA 的总有效率约为 67%。该患者应用 CysA 后，3~7d 内症状有明显缓解，随诊过程中，在停药后复发。表明 CysA 可以快速诱导应用激素无效的 CD 患者症状缓解，但长期应用维持治疗的作用有限，与国外目前的结论一致。因而 CysA 更适于作为 CD 的过渡治疗药物，为 AZA、6-MP 等慢作用药物起效争取时间，因为荟萃分析表明上述药物于用药 17 周以后才能发挥最佳疗效，目前认为 CysA 重叠用药时间不少于 4 个月。因此，该患者在治疗早期使用 CysA 作为过渡是可行的，但目前不宜再重复 CysA 应用。

3.3.6 抗菌治疗 反复的瘘管形成，加之激素和免疫抑制剂的使用以及营养不良，极易造成合并细菌感染，且患者尚不能除外结核感染。因此，应根据病情酌情使用抗生素和抗结核治疗。

3.3.7 新近推出的治疗药物 Infliximab，一种 TNF- α 的单克隆抗体。临床试验显示，Infliximab 治疗中至重度复发的 CD 病人有效，特别是有助于瘘的愈合。该药比大多数传统 CD 治疗药物起效迅速，且药物不良反应较小。

总之，CD 的治疗强调综合性，药物治疗只是其中的一个环节，不能过分依赖药物而忽视其他的治疗手段。

参与个案讨论的医生：

北京协和医院消化内科刘晓红主任医师

朱峰副主任医师

姚方主治医师

北京朝阳医院消化内科关玉盘主任医师

郝建宇副主任医师

吴东方主治医师

· 加油站 ·

现代生物制药名词解释

基因组药物

genomic derived drugs

指利用基因序列数据，经生物信息分析，高通量基因表达、高通量功能筛选和体内外药效试验，研究开发得到的新药先导物。其工作程序可简列如下：基因组序列→确定药物靶标→结构测定→三维蛋白质结构→配体接合部位→基于结构配体的设计→新药先导物。人类基因组和蛋白基因组将为新药开发提供大量新靶标。

生物新药

new biological drug

又称新生物技术药品。是利用重组 DNA 技术生产的药品。即将生物体内的生理活性物质的遗传基因分离出来，并通过大肠杆菌、酵母菌等宿主进行大量生产的药品 (包括疫苗)，如胰岛素、干扰素、白细胞介素-2 等。