DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.10.037

:3 S-KP-β-CD 灌胃(相当于 S-KP 5 mg·kg^{-1}),1周后将两组实验兔对换给药(自身对照法),给药后于 0.25、0.50、10.00、1.50、2.00、3.00、5.00、7.00、10.00 h 采取耳缘静脉血 1.0 ml 于干燥具塞抗凝管中,离心 5 min(3 000 r·min^{-1}),取血浆 0.5 ml 按前述方法处理样品逼供内进行 HPLC 分析,测得的 S-KP 的血药浓度数据用 3P97 药动学程序处理,其药动学参数数据见表1。

表1 S-KP 和 S-KP-β-CD 包合物的药代动力学参数($\bar{x}\pm s$, $n=6$)

参数	单位	S-KP	S-KP-β-CD 包合物
Ke	h^{-1}	0.4±0.2	0.36±0.1
$T_{1/2}$	h	0.2±0.02	0.18±0.04
CL	$ml\cdot min^{-1}$	13.6±0.3	12.9±0.1
Vd	$L\cdot kg^{-1}$	34.1±3.4	35.7±3.9
T_{max}	h	1.0±0.003	0.5±0.004 *
C_{max}	$\mu g\cdot ml^{-1}$	4.1±0.1	6.2±6.1 *
AUC_{0-24}	$\mu g\cdot ml^{-1}\cdot h^{-1}$	13.2±0.5	17.1±1.0 *

*: $P<0.05$, 与 S-KP 相比

3 讨论

右旋酮洛芬-β-环糊精包合物(制剂)与右旋酮洛芬原药(对照制剂)比较,其右旋酮洛芬的 C_{max}、T_{max} 和 $AUC_{0-\infty}$ 均有显著的统计学差异($P<0.05$);其中右旋酮洛芬-β-环糊精包合物相对于 S-KP 的相对生物利用度为 130.27%,两者的药代动力学参数 $AUC_{0-\infty}$ 存在显著性差异,说明两者生物不等效,经改进工艺,采用包合技术将药物制成包合物,改善了药物的水溶性,促进了药物的吸收,S-KP-β-CD 的生物利用度明显提高。

关键词:右旋酮洛芬;生物利用度;高效液相色谱法
中图法分类号:R969.1 文献标识码:B

参考文献:

[1] 田怀平,王美纳. 奥硝唑的药理作用与临床应用[J]. 中国药房,2003,14(1):50-51.
[2] 梁小庆,石 涛. 奥硝唑注射液的 HPLC 测定[J]. 中国医药工业杂志,2002,33(2):93-94.
[3] Heizmann P, Geschke R, Zinapold K. Determination of omidazole and its main metabolites in biological fluids[J]. Chromatogr, 1990, 534: 233-240.

(编辑 栾 嘉)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2004)10-0934-01

左主支气管软骨瘤1例

Left main bronchial chondroma: a case report

沈渝菊,熊 玮,陈永锋 (第三军医大学西南医院呼吸内科,重庆 400038)

患者,女性,52岁,居民,因半月前痰中带血1次,感呼吸困难于2003年11月17日前来我院就诊。曾作胸片示双下肺纹增多,平时痰多,胸部 CT 提示左主支气管开口处腔内结节影待查,建议结合支气管镜明确诊断。体检:一般情况可,气管居中,甲状腺不大,胸廓对称,心肺听诊阴性。纤维支气管镜(纤支镜)检查前查血常规、凝血三项及心电图,各项检查正常。纤支镜术前肌注阿托品 0.5 mg,利多卡因 100 mg 雾化麻醉。纤支镜进入气管及右侧支气管未见异常。在左主支气管下端距隆突约 1.5~2 cm 处见一息肉样新生物阻塞管腔近2/3,新生物表面光滑且有丰富的毛细血管,有一蒂与气管壁相连,新生物呈卵圆形,随呼吸上下运动,新生物周围粘膜光滑,未见浸润征象。纤支镜勉强进入下端气管,见各叶段支气管粘膜光滑,分嵴锐利,开口正常,管腔通畅,未见腔内肿物及腔外压迫征象。遂行活检。钳夹时新生物质硬,不易钳取,出血不多,经反复多次钳夹,取出一 1.2 cm×0.8 cm×1 cm 大小新生物(纤支镜一同退出),肉眼观察新生物呈乳白色胶状,手感质硬。纤支镜再次进入左主支气管,见管腔明显扩大,原新生物附着处有肉芽,经反复钳夹,基本将肉芽清除干净,管腔明显扩大,纤支镜已能顺利通过左主支气管进入下级各段支气管。新生物及肉芽组织送病理检查,病理组织学诊断左主支气管下端软骨瘤及气管粘膜慢性炎症。

讨论

支气管软骨瘤来源于气管、支气管和细支气管的软骨,属于罕见的良性肿瘤。软骨瘤呈椭圆形或圆形,可有分叶,质地较硬。软骨瘤在支气管内生长缓慢,临床表现早期不明显,当肿瘤增大支气管分泌物引流不畅时可造成阻塞性肺炎、肺不张,临床上可表现为咳嗽、咳痰、呼吸困难、发热等症状。纤支镜检查是诊断本病的有效手段,若检查时发现表面光滑、质硬、有包膜、难于活检的椭圆形肿物,要注意软骨瘤的可能。如诊断明确,多主张采取手术治疗,预后良好,亦有报道[1]经纤维支气管镜介入治疗。本例亦采用纤维支气管镜介入治疗顺利将卵圆形软骨瘤取出,建议消炎治疗后3月至半年随访复查。

关键词:软骨瘤;气管
中图法分类号:R738.3 文献标识码:B

参考文献:

[1] 杨印楼,白雪莹,史秀华,等. 经纤维支气管镜介入治疗支气管软骨瘤1例[J]. 济宁医学院学报,2000,23(1):37.

(编辑 陈聪连)

作者简介:沈渝菊(1964-),女,上海市人,主管技师,主要从事纤维支气管镜及肺功能临床应用方面的研究,发表论文15篇。电话:(023)68754000-65182

收稿日期:2004-04-28;修回日期:2004-05-05

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net