DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.23.029

实。本研究结果表明,2型糖尿病患者CCT与对照组比较,差异无显著性,这与Lasson等[5]的报道一致。糖尿病患者角膜内皮形态及功能改变机制尚不明了,可能与血糖增高导致内皮细胞Na^+-K^+ ATP酶活性降低,内皮细胞"泵功能"降低有关[6]。另外可能与醛糖还原酶活性增加,山梨醇在细胞内堆积导致细胞内高渗状态及无氧代谢[7]有关。

血浆糖化血红蛋白反映过去2~3个月血糖平均水平,是了解糖尿病患者在较长时间内血糖控制水平的良好指标。糖尿病患者CD与血浆糖化血红蛋白水平呈负相关,说明血糖对糖尿病患者内皮细胞有影响。由于血糖检测只能反应瞬时的血糖水平,且波动大,且糖尿病患者往往是出现并发症以后就医,对糖尿病病程无确切的估计,故未将血糖水平及病程纳入研究指标中。糖尿病患者年龄、血肌酐、血尿素氮、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、胆固醇、甘油三酯及血浆糖化血红蛋白质等全身因素均对CCT无显著影响。

本研究表明糖尿病患者较正常人角膜内皮细胞的密度降低,细胞面积变异系数增加,说明在高糖环境下角膜内皮细胞结构受到损害,功能低下,且随糖尿病视网膜病变的加重变化更加明显。这一结果提示我们,糖尿病患者应积极控制血糖,同时在内眼手术及眼外伤手术时应特别注意保护角膜内皮,防止角膜内皮功能失代偿,尤其是增殖性糖尿病视网膜病变患者。

参考文献:

[1] Saini J S, Mittal S. *In vivo* assessment of corneal endothelial function in diabetes mellitus[J]. Arch Ophthalmol, 1996, 114(6): 649-653.
[2] Matsuda M, Bourne W M. Long-term morphologic changes in the endothelium of transplanted corneas[J]. Arch Ophthalmol, 1985, 103(9): 1343-1346.
[3] Meyer L A, Ubels J L, Edelhauser H F. Corneal endothelial morphology in the rat. Effects of aging, diabetes, and topical aldose reductase inhibitor treatment[J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 1988, 29(6): 940-948.
[4] Neuenschwander H, Julia C, Wyman M, *et al*. Endothelial changes in galactose-fed dogs[J]. Curr Eye Res, 1995, 14(4): 319-322.
[5] Lasson L I, Bourne W M, Pach J M, *et al*. Structure and function of the corneal endothelium in diabetes mellitus type Ⅰ and type Ⅱ[J]. Arch Ophthalmol, 1996, 114(1): 9-14.
[6] Whikehart D R, Montgomery B, Angelos P, *et al*. Alteration of ATPase activity and duplex DNA in corneal cells grown in high glucose media[J]. Cornea, 1993, 12(4): 295-298.
[7] Ziadi M, Moiroux P. Assessment of induced corneal hypoxia in diabetic patients[J]. Cornea, 2002, 21(5): 453-457.

(编辑 栾 嘉)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)23-2134-01

烧伤并发消化道应激性溃疡大出血16例的救治体会

Cure of stress ulcer hematorrhea in the digestive tract after burn: a report of 16 cases

毛远桂,曾元临,肖长辉,余於荣,辛国华,李国辉,苏子毅 (江西医学院第一附属医院烧伤科,南昌 330006)

自1990-2002年救治烧伤并发消化道应激性溃疡大出血16例,治愈13例,死亡3例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组16例,男14例,女2例,年龄4~58岁,烧伤面积26%~96%,Ⅲ度烧伤面积16%~70%。休克6例,休克期度过不平稳9例,脓毒症7例,切削痂或自体皮移植等大手术1~3次。消化道大出血时间:伤后7~25 d。

1.2 临床表现

出血前:腹胀2例、腹痛1例、黑便3例;出血方式:呕血5例,便血4例,二者兼具7例。血红蛋白4~11 g/L,平均7.8 g/L。24 h出血量:400~8 000 ml,平均1 800 ml。出血量情况见表1。

表1 16例消化道大出血24 h出血量及输血(液)情况

例数	出血量(ml)	输全血量(ml)	乳酸林格液(ml)
6	400~1 000	400~800	1 000~2 000
5	1 000~2 000	600~1 600	1 500~2 500
3	2 000~4 000	1 200~3 000	2 000~3 000
1	5 000	4 200	3 000
1	8 000	6 000	4 000
平均	1 800	1 200	2 500

1.3 治疗方法

按急危重症处理,首选内科药物止血,次选手术治疗。①快速补充血容量:立即输入500~2 000 ml乳酸林格液后输全血200~1 000 ml,以后视病情调整。24 h输血输液情况见表1。输血量200~6 000 ml,平均1 200 ml。②药物止血:各种止血药物及用法见表2。③手术治疗:药物止血24 h无效或反复出血的病例改手术治疗。本组内科治疗无效5例,2例及时手术,1例72 h后手术,2例拒绝手术。手术方法:胃迷走神经切断+胃次全切除术或局部结扎止血。

(下转2137页)

作者简介:毛远桂(1964-),男,江西省奉新县人,副主任医师,副教授,主要从事烧伤外科、特重烧伤的救治等方面的研究,发表论文6篇。电话:(0791)8692536

收稿日期:2003-02-28;修回日期:2003-07-19

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

杆菌的增生, 毛囊角化异常, 毛囊虫的影响等[4]。吴绍熙等[5]从患者皮疹部位做厌氧及需氧细菌培养, 其痤疮丙酸杆菌阳性率达 50%以上, 其它细菌 50%左右, 而痤疮丙酸杆菌为厌氧菌。磷酸克林霉素对需氧革兰阳性菌和厌氧菌均有较强抗菌活性[6], 特别对引起寻常痤疮的致病菌如痤疮丙酸杆菌和金葡菌等有较好的抗菌作用, 外用既能杀灭病菌又能消除症状如脓疱、丘疹、粉刺等。复方克林霉素磷酸酯溶液还针对痤疮患者单用克林霉素所不能杀灭的革兰阴性厌氧菌和增生的毛囊虫等问题, 加入了一定比例的对厌氧菌及增生的毛囊虫有杀灭作用的甲硝唑, 使其起到相互协同互补作用, 弥补了单一克林霉素药理作用的不足, 而水杨酸有抗真菌、止痒及溶解角质的作用, 可改善毛囊角化异常。此新配方的配制提高了治疗脂溢性皮炎、痤疮、细菌感染引起的毛囊性皮肤病疗效, 而且还有副反应低, 用药简便等特性。

本实验曾考虑用同一流动相比例测定 3 种成分的含量, 当流动相为 0.05 mol/L 磷酸二氢钾-乙腈(80∶20)时, 甲硝唑、水杨酸和克林霉素磷酸酯的柱效高, 分离良好, 并且峰形对称, 甲硝唑、水杨酸的保留时间分别为 5.4、6.2 min, 但克林霉素磷酸酯的保留时间为 17.3 min, 这样使整个实验太费时, 故调整流动相的比例, 当 0.05 mol/L 磷酸二氢钾-乙腈的比例为 75∶25 时, 克林霉素磷酸酯的保留时间为 7.2 min, 与甲硝唑、水杨酸二组份能得到良好的分离, 且峰形好, 故选择同一流动相的不同比例来测定其含量。测定 3 批复方克林霉素磷酸酯溶液中主药的含量, 其含量的标示量范围为 92.10%~106.00%, 表明测定结果准确可靠, 可用于该制剂的含量测定。

参考文献:

[1] Fieger Buschges H, Schussler G, Larsimont V, *et al*. Determination of clindamycin in human plasma by high-performance liquid chromatography using coupled columns[J]. J Chromatogr B Biomed Sci Appl, 1999, 724(2): 281-286.

[2] Menelaou A, Somogyi A A, Barclay M L *et al*. Simultaneous quantification of amoxycillin and metronidazole in plasma using high-performance liquid chromatography with photodiode array detection[J]. J Chromatogr B Biomed Sci Appl, 1999, 731(2): 261-266.

[3] 刘晋华, 李建新, 李冬梅, 等. 高效液相色谱法测定复方替硝唑搽剂中替硝唑和水杨酸的含量[J]. 药物分析杂志, 2000, 20(5), 329-331.

[4] 方跃明, 王金良. 现代实用皮肤性病学及美容学[M]. 上海: 华东理工大学出版社, 1995. 383.

[5] 吴绍熙, 范志莘, 钱伯源, 等, 克林霉素磷酸酯凝胶多中心治疗寻常痤疮[J]. 中华皮肤科杂志, 1998, 31(5): 338-339.

[6] 吴永乐, 王宇倩, 吴卫红, 等, 克林霉素体外抗菌活性研究[J]. 中国抗生素杂志, 1996, 21(6): 427-431.

(编辑　张大春)

(上接 2134 页)

表 2　各种止血药物及用法

药品名称	用法及用量	病例数
洛赛克	20~40 mg 加入生理盐水 40 ml 静脉推注, 2 次/d	13
立止血	1 000 U 肌肉注射, 4~6 次/d	8
凝血酶	500~1 000 U+温牛奶 50 ml 胃内注入, 1 次/h, 4~6 次/d	6
冰盐水加肾上腺素	冰盐水 50~100 ml+肾上腺素 2~4 mg 胃内注入, 4~6 次/d	16
止血敏	1.5~3.0 g 加入葡萄糖或盐水中静脉点滴, 2 次/d	16
云南白药或生大黄粉[1]	5~30 g 加盐水 50 ml 拌匀胃内注入, 4~6 次/d	10

2　结果

治愈 13 例, 死亡 3 例, 病死率 18.7%。内科治愈 11 例, 手术治愈 2 例, 死亡 3 例为内科治疗无效需手术治疗而未手术或未及时手术病例。死亡原因: 多脏器功能衰竭。

3　讨论

烧伤后消化道应激性溃疡出血是烧伤常见并发症, 发病率极高[2]。消化道大出血比较少见, 多发生于重度或特重度烧伤大手术后, 是最严重的烧伤并发症之一, 死亡率较高, 治疗比较棘手。由于病情急、危、重, 需尽快止血。目前尚无特效止血药, 我们的经验是联合用药, 多种办法齐用, 使之产生协同作用, 达到迅速止血的目的。首选内科治疗, 防治失血性休克, 联合用药, 选择 3~6 种同时应用, 效果良好, 24 h 内多数能止血。

内科治疗无效的大出血手术是有效的治疗方法[3]。对于出血量巨大, 药物止血无效的病例, 应手术治疗, 以免失血量过多, 导致重要脏器功能衰竭而贻误抢救时机。手术方式根据患者情况选择胃迷走神经切断+胃次全切除术, 或简单的结扎止血术。当然, 术前做好患者思想工作, 解除其顾虑配合手术治疗是抢救成功的前提。

早期积极的预防措施[4], 包括抑制胃酸分泌, 保护胃肠粘膜能有效减少大出血的发生。对中重度烧伤, 给予甲氰咪胍加维生素 A、D, 特重烧伤用洛赛克加维生素 A、D 或硫糖铝、果胶铋等, 疗程 2~3 周, 大手术前后再用 1~2 周。近 7 年来我科由于采取了有效的预防措施, 发病率明显下降。

关键词: 烧伤; 消化道出血; 治疗
中图法分类号: R644; R573.1　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 焦东海, 杜上鉴. 大黄研究[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000. 353-382.

[2] 黎　鳌. 烧伤学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001. 415-422.

[3] 刘路亮, 袁克俭. 烧伤并发应激性溃疡的临床特点及其手术治疗[J]. 中华外科杂志, 1981, 19(11): 645-655.

[4] 吴在德. 外科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 634-640

(编辑　陈聪连)

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