DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.06.048

有报道血脂康除对糖尿病脂代谢异常有调节作用外,本身还有一定降糖作用[7]。其机制可能是由于多种不饱和脂肪酸抑制了甘油三脂和脂肪酸的合成,并加速其代谢而增加了胰岛β细胞胰岛素的分泌或提高了周围组织对胰岛素的敏感性。所以糖尿病患者使用血脂康的益处值得进一步的观察和探讨。

参考文献:

[1] Ross R. The pathogenesis: a perspective for the 1990s[J]. Nature, 1993, 362(6423): 801-809.
[2] Luscher T F, Noll G. The pathogenesis of cardiovascular disease: role of the endothelium as a target and mediator[J]. Atherosclerosis, 1995, 118(Suppl): S81-90.
[3] 郑晓伟,曾定尹,王晓静,等.血脂康对高脂饮食家兔内皮细胞功能的保护作用[J].中华内科杂志,1998,37(6):367-370.
[4] 中国人民解放总后勤部卫生部编.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].第2版.北京:人民军医出版社,1998.130-131.
[5] Liischer T F, Wenzel R R. Endothelin and endothelin antagonists: pharmacology and clinical implications[J]. Agents Actions, 1995, 45(Suppl): 237-253.
[6] Rfongen G A, Smits P, Thien T. Endothelium and the regulation of vascular tone with emphasis on the role of nitric oxide. Physiology, Pathophysiology and clinical implications[J]. Nath J Med, 1994, 44(1): 26-35.
[7] 孙美珍,田林华,迟家敏.血脂康对2型糖尿病糖脂代谢的影响[J].中华内科杂志,1998,37(6):374-376.

(编辑 冯崇英)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2001)06-0728-01

高压氧、尼莫通联合治疗创伤性脑弥漫性轴索损伤的临床分析

Clinical analysis of the therapeutic effect of hyperbaric oxygen combined with Nimotop on brain diffuse axonal injury

张香菊[1],郑世钢[1],王湘渝[1],晏莉娜[1],谭 聪[1],杨东红[2],沈光建[2],陈广鑫[2] (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所:[1]高压氧治疗科;[2]神经外科;重庆 400042)

创伤性脑弥漫性轴索损伤是一种病情复杂,死亡率及伤残率较高的特殊类型脑损伤。临床救治极其困难。我院自1994年以来,共救治创伤性脑弥漫性轴索损伤72例,我们从中选择资料完整的54例病人作为研究对象。全部病例分为2组,即对照组(常规治疗)和治疗组(高压氧加尼莫通治疗),进行临床对照分析研究,现报告如下。

1 临床资料

1.1 资料

本组54例,男性31例,女性23例,年龄13~61岁,平均42.5岁。致伤原因:车祸伤41例,高处坠落伤13例。病例选择:对照组选择1994年4月至1997年2月以来未作高压氧和尼莫通治疗27例。治疗组选择1997年4月至1999年4月伤后即早期应用高压氧、尼莫通治疗27例。

1.2 临床表现及诊断标准

临床表现:①意识障碍:54例伤后均有原发性昏迷。入院时GCS 3~4分24例,5~6分14例,7~8分16例。②去大脑强直及肢体活动:15例表现有去大脑强直,26例无肢体活动反应。诊断标准[1]:①创伤后持续昏迷大于6 h。②颅内压正常但临床状态差。③CT示脑组织撕裂出血或正常。④弥漫性脑肿胀,脑池及蛛网膜下腔出血。

治疗方法:①对照组:27例采用常规脱水降颅内压、激素、神经活化剂、预防和控制感染,调节水电解质平衡,保持呼吸道通畅等综合治疗。②治疗组:在常规治疗的基础上早期应用高压氧和尼莫通。高压氧治疗采用大型空气加压舱,治疗压力2.0个ATA,升压时间20 min,稳压戴面罩吸纯氧70 min,中间休息10 min,30 min减压出舱。10次为1疗程,治疗疗程视病情而定。本组1~2个疗程7例,2~3个疗程9例,3~4个疗程8例,4~5个疗程3例。尼莫通治疗:即尼莫通50 ml/d静脉输入,20 d为1疗程。

2 结果

疗效判定采用格拉斯哥昏迷量表(GOS)的5级划分:恢复良好、中残、重残、植物生存、死亡。疗效判定时间为伤后6个月。①对照组:恢复良好8例(29.62%),中残4例(14.5%),重残2例(7.40%),植物生存2例(7.40%),死亡11例(40.74%)。生存者伤后平均昏迷时间24 d。②治疗组:恢复良好15例(55.55%),中残4例(14.8%),重残2例(7.40%),死亡6例(22.22%)。生存者伤后平均昏迷时间16 d。两组治疗结果其死亡率和伤后昏迷时间对照分析 $P<0.01$,差异显著。治疗组效果优于对照组。

随访:治疗组伤后6~15月有随访记录者14例,其中恢复良好能参加工作8例,仍需陪伴照顾生活4例,死亡2例。对照组有随访记录者12例,其中恢复良好6例,仍需陪伴照顾生活3例,死亡3例。

3 讨论

随着对创伤性脑弥漫性轴索损伤(Diffuse axonal injury, DAI)的进一步研究表明,继发性脑损害将直接影响DAI的转归。脑创伤后造成继发性脑损害是由多种因素所致,微循环功能障碍,微循环结构破坏,细胞内Ca^{2+}浓度增加是DAI继发脑

作者简介:张香菊(1954-),女,河北省邢台市人,副主任技师,主要从事高压氧治疗新生儿缺氧缺血性脑病方面的研究,发表论文15篇。电话:(023)68757734

收稿日期:2000-07-10;修回日期:2000-12-05

(下转730页)

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

上尿路造影是诊断输尿管癌的重要手段。静脉肾盂造影常提示患侧不显影或仅显示患侧积水,少数可显示充盈缺损或狭窄等征象。肾盂穿刺造影可提高阳性检出率。如肾盂积水、输尿管扩张、倒杯口样、鸟嘴样充盈缺损等。本组肾积水或/和输尿管扩张 18 例,占 85.7%,充盈缺损 9 例,42.9%,比 Killi 等[3] 报道的 19%高。逆行输尿管插管造影具有极为重要的诊断价值。若插管时输尿管导管出现卷曲、盘绕,以及局部扩张呈杯口样改变,其上段有充盈缺损之 Bergman 征[4],高度提示本病。B 超、CT、MRI 对输尿管肿瘤有一定的诊断价值,可显示肾盂输尿管积水、扩张及转移病灶,很难发现输尿管肿瘤,本组仅有 2 例 CT 提示本病,占 9.52%。输尿管镜多可明确输尿管肿瘤部位和性质,并可行组织学活检和治疗,是该病诊治的发展方向,但受技术和条件的限制。

3.2 *治疗*

主要是手术治疗,多主张同侧肾、输尿管和膀胱袖套状切除,此术式可明显提高患者 5 年生存率。本组随访 17 例中 6 例存活 5 年以上,占 35.29%。保留肾脏的手术如输尿管部分切除、输尿管镜下手术等适应范围有所扩大。有人认为,保守性手术的远期疗效并不比肾、输尿管及膀胱袖套状切除差,但多强调严格掌握适应症范围[5]:①双侧或孤立肾输尿管癌;②伴肾功能不全者;③肿瘤恶性程度低(1~2 级)、早期(a~b 期)、位于输尿管下段、瘤体小、单发、有蒂;④高龄或体质差不能耐受根治性手术者。对高度恶性、多发肿瘤及有外膜侵润者,仍应行根治性手术。腹腔镜切除肾、输尿管是治疗上尿路恶性肿瘤又一重要手术方式,对照研究显示:其 5 年生存率、复发率与肾、输尿管加膀胱袖套状切除相近,且创伤小、恢复快,是治疗原发输尿管癌的发展方向[6]。输尿管镜治疗属保守性局部手术,易复发。如何减少输尿管癌手术治疗后复发,有待进一步探索。放疗、化疗可用于晚期及有转移的病人,但疗效较差。

3.3 *随访及预防复发*

无论是根治性手术治疗还是保守性手术治疗,病人都要严格定期行尿常规、尿脱落细胞学、X 线、膀胱镜检查,有条件可行输尿管镜检查及尿流式细胞学分析。Stifelman 等[6] 认为影响上尿路癌肿的预后因素是肿瘤的分级、分期,其次是 DNA 倍体类型和肿瘤数目。所以术后必须采取有效的辅助治疗。主要是 BCG、化疗药物(如丝裂霉素或噻替哌)等行肾盂或膀胱内灌注治疗,这是目前预防复发较为有效的方法。输尿管上段癌继发膀胱肿瘤为 16.7%,下段为 41.7%。发病时间 2 个月至 12 年 8 个月,平均 7 个月。因输尿管癌患者随后发生膀胱癌的机会较多,术后膀胱镜随诊及膀胱灌注治疗非常重要。

参考文献:

[1] 顾方六. 输尿管肿瘤[A]. 见:吴阶平 主编. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1993. 493-495.

[2] 李光辉, 侯建国, 夏广彬, 等. 原发性输尿管肿瘤[J]. 中华泌尿外科杂志, 1997, 17(8): 475-477.

[3] Killi R M, Cal C, Pourbagher A, *et al*. Doppler sonographic diagnosis of primary transitional cell carcinoma of the ureter. J Clin Ultrasound, 2000, 28(7): 361-364.

[4] Kuwae H, Maruyama T, Kokura K, *et al*. Primary carcinoma of ureter with glandular metaplasia of transitional cell carcinoma: a case report[J]. Hinyokika Kiyo, 1997, 43(7): 509-511.

[5] Nishino Y, Yamamoto N, Komeda H, *et al*. Bacillus Calmette-Guerin instillation treatment for carcinoma in situ of the upper urinary tract[J]. BJU Int, 2000, 85(7): 799-801.

[6] Stifelman M D, Sosa R E, Andrade A, *et al*. Hand-assisted laparoscopic nephroureterectomy for the treatment of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract[J]. Urology, 2000, 56(5): 741-747.

(编辑 张大春)

(上接 728 页)

损害的一个主要因素[2,3]。DAI 发生后造成脑微循环功能障碍,引起能量代谢异常致 Ca^{2+}-ATP 酶活性降低。Ca^{2+} 通道开放,Ca^{2+} 内流,造成神经细胞内 Ca^{2+} 浓度急剧增加。Ca^{2+} 超载使轴索膜性结构水解,细胞膜破坏,通透性增加,从而引起髓鞘、髓板分离,断裂,线粒体肿胀及空泡变、微管和微丝排列紊乱[4]。改善微循环功能,纠正脑缺血、缺氧状态、修复微循环结构,减少细胞内 Ca^{2+} 浓度,是防治继发性脑损害的治疗关键。高压氧和钙离子拮抗剂可以达到这一目的。高压氧可以改善脑微循环,增加脑血氧含量,提高血氧张力,减轻血细胞与内皮细胞的粘附,改善血细胞本身的流变性,减少聚集,消除和减缓血栓形成,促使脑组织缺血、缺氧改善,能量代谢功能恢复,三磷酸腺苷的生成增多。同时在高压状态下吸纯氧,可使椎动脉系统血流明显增加,有助于提高脑干部位的氧分压,改善脑干的缺血缺氧状态和激活上行网状激活系统。有利于脑干功能的恢复,加速觉醒[5]。在高压氧治疗的同时应用 Ca^{2+} 拮抗剂—尼莫通能有效地阻止 Ca^{2+} 内流,降低细胞内 Ca^{2+} 浓度和血脑屏障通透性,有利于减轻继发性脑损害,保护脑功能,促进病情恢复,改善预后[4]。本组病例通过临床对照分析和随访证实,伤后在常规治疗的基础上早期应用高压氧和尼莫通治疗 DAI,与对照组相比提高了治疗效果,降低了死亡率和残存率,改善了病人的意识水平和神经功能,是现阶段 DIA 治疗的有效措施之一。

关键词:高压氧;尼莫通;脑弥漫性轴索损伤
中图法分类号:R651.15 文献标识码:B

参考文献:

[1] 贺晓生, 章 翔, 易声禹. 弥漫性轴索损伤[J]. 中华神经外科杂志, 1999, 13(1): 58-60.

[2] 陈广鑫, 邹咏文, 许民辉, 等. 重型弥漫性轴索损伤 32 例分析[J]. 第三军医大学学报, 1995, 5(1): 412-413.

[3] 朱 诚, 江基尧, 于明琨, 等. 我国颅脑创伤研究现状与展望[J]. 中华神经外科杂志, 1999, 15(1): 1-2.

[4] 徐如祥, 易声禹, 吴生伶, 等. 神经细胞 Ca^{2+} 通道变化及对鼠血脑屏障通透性和外伤性脑水肿的影响[J]. 中华神经外科杂志, 1992, 8(1): 41-44.

[5] Marelers A, Kakarieka A, Brakmank, *et al*. Traumatic Subarachnoid hemorrhage and its treatment with nimodipine[J]. J Neurosurg, 1996, 85(7): 82-84.

(编辑 谢义霞)

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