

治疗,硝酸甘油日均用量均有不同程度减少,治疗组治疗后硝酸甘油用量明显低于治疗前和对照组($P < 0.05$,表 2)。

表 2 两组治疗前后硝酸甘油用量比较(片/天)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	30	2.18±0.51	0.42±0.63
治疗组	30	2.20±0.46	0.29±0.18* [△]

△:与治疗前比较, $P < 0.05$;*:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应 两组治疗后肝、肾功能以及血、尿、粪常规指标均无明显变化。对照组治疗过程中有 3 例出现轻度头痛、头晕、面红,降低输液速度后症状消失,均未影响继续治疗。

3 讨 论

UAP 是一种严重的具有潜在危险的疾病,易发展为急性心肌梗死或发生急性心血管事件。冠状动脉粥样硬化斑块破裂、出血、继发血栓形成是 UAP 的主要发病机制^[2-3],在此过程中,不稳定斑块绝大多数构成轻至中度狭窄,斑块的破裂启动血小板的激活与聚集,凝血酶激活,形成富含血小板的非闭塞性白色血栓,使病变血管的狭窄加重,该类患者发生心血管事件的危险性显著增加^[4]。因此,抗血小板聚集、抑制血管内血栓形成成为治疗 UAP 的主要目的和手段。一些中药制剂能很有效地防止血小板聚集黏附及改善微循环,降低血黏度,防止微血栓形成,调节血管张力,提高冠状动脉血流量和增加能量代谢^[5],本研究旨在探讨联合多种中药制剂治疗 UAP 的作用机制。

复方川芎胶囊是由川芎、当归组方而成的纯中药制剂,主要有效成分川芎嗪抗心肌缺血机制为扩张冠状动脉,增加血供,降低动脉压及冠状动脉阻力,解除冠状动脉痉挛,保护冠状动脉内皮,改善微循环,增加心肌营养及血流量,降低心肌耗氧,抗血小板聚集和血栓形成等^[6]。丹红注射液其主要成分为丹参、红花。现代药理研究表明丹参所含有的丹参酚酸及丹参酮有较强的抗血小板聚集作用,可以显著降低血浆血栓素 A₂ (TXA₂)水平,还具有改善微循环,抗氧化损伤作用^[7];而红花则能有效抑制血小板黏附聚集,激活和释放 TXA₂,激活血管内皮细胞释放前列腺素 I₂ (PGI₂),纠正外周循环中 TXA₂/PGI₂ 平衡失调^[8]。

· 经验交流 ·

托吡卡胺眼液治疗 LASIK 术后屈光回退的疗效观察

罗启惠,汪 辉,任 茜,胡春明

(第三军医大学西南眼科医院屈光中心,重庆 400038)

摘要:目的 评价 LASIK 手术后出现屈光回退的患者经托吡卡胺眼液治疗后的疗效。方法 对行 LASIK 手术后 58 例屈光回退的患者给予托吡卡胺眼液点眼:睡前点 1 次,5min 后再点 1 次,连续使用 1 个月。最短随访时间 6 个月。结果 LASIK 术后 3~6 个月、6~12 个月出现屈光回退小于 -1.00D 的患者,有效率分别为 83%、80%。LASIK 术后 3~12 个月出现回退 -1.00~-2.00D 的患者,有效率占 25%。用药后裸眼远视力及屈光度较用药前均明显改善。结论 LASIK 术后出现屈光回退的患者,可采用托吡卡胺眼液治疗,以放松眼部的过度调节,降低屈光度,达到提高裸眼远视力的目的。其中,屈光回退较少的患者,通过其治疗可以得到显著的疗效,而对屈光回退较多的患者疗效不显著。

关键词: 屈光回退;LASIK;托吡卡胺眼液

中图分类号:R778.1

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)01-0105-03

准分子激光原位角膜磨镶术(excimer laser in situ keratomileusis, LASIK)是目前倍受瞩目的角膜屈光手术,因其准确

本研究结果显示,在常规治疗的基础上,加用复方川芎胶囊联合丹红注射液的治疗组总有效率为 86.7%,疗效优于对照组(70%),且心电图明显改善,硝酸甘油日用量明显减少,临床上也未发现有肝、肾功能损害等不良反应,可见两药合用安全有效,为临床治疗 UAP 提供新的选择。本组治疗结果说明二者联用通过抑制血小板聚集、改善微循环、扩张血管、增加冠脉血流量、降低心肌耗氧、抗氧化损伤等多种途径有效控制 UAP,在治疗和预防急性心血管事件中疗效更确切,是治疗缺血性心脏病的一种新途径。

参考文献:

- [1] 陈纪林,宁田海,朱文玲,等. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J]. 中华心血管病杂志,2000,28(6):409.
- [2] Koiwaya Y, Nagoshi T, Doi H, et al. Angiographic features at ischemia or infarct related sites in patients with acute coronary syndrome; Morphology changing in a relatively short time[J]. J Cardiol, 2001, 38(4):187.
- [3] Terazawa M, Morimoto S, Hirayama H, et al. Histopathologic evaluation of coronary artery thrombi obtained by directional coronary atherectomy in patients with restenosis induced unstable angina pectoris[J]. Jpn Circ J, 2001, 65(6):505.
- [4] 李元宝,王慧林. 低分子肝素钙治疗 37 例不稳定型心绞痛的临床观察[J]. 重庆医学,2006,35(14):1303.
- [5] 秦淑琴. 舒血宁联合低分子肝素钙治疗不稳定型心绞痛 60 例观察[J]. 山西医药杂志,2008,37(2):121.
- [6] 张洁,王健,周其全. 川芎嗪抗心肌缺血作用的研究进展[J]. 中国微循环,2003,7(4):257.
- [7] 陈向荣,陆京伯,石汉平. 丹参的药理作用研究新进展[J]. 中国医院药学杂志,2001,21(1):44.
- [8] 王淑君,熊建华. 红花注射液对脑出血-再灌注损伤家兔血浆 TXA₂/PGI₂ 水平的影响[J]. 中国现代应用药学杂志,2003,20(2):100.

(收稿日期:2009-06-23)

性高和安全性好已得到人们的普遍认可^[1],但仍有部分患者术后出现屈光回退^[2],严重影响手术效果。在临床上对于屈光回

退影响视力的患者,往往采用二次手术矫正^[3],一部分屈光回退少及不适合接受二次手术的患者往往得不到较好的治疗。本研究主要采用托吡卡胺眼液治疗 LASIK 术后屈光回退,观察其疗效及可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2004~2006 年在本院行 LASIK 手术的患者 58 例,均出现屈光回退(术后 3 个月以上,屈光度大于或等于 -0.50D)。其中,男 26 例,女 32 例,年龄 20~50 岁。术前:等值球镜屈光度(-7.42 ± 2.48)D($-4.00 \sim -11.00\text{D}$),矫正视力 $1.08 \pm 0.12(0.9 \sim 1.2)$,角膜地形图 SimK 值 43.75 ± 0.85 。用药前:等值球镜屈光度(-1.06 ± 0.54)D($-0.50 \sim -2.00\text{D}$),裸眼视力 $0.68 \pm 0.11(0.2 \sim 0.8)$,角膜地形图 SimK 值(39.42 ± 1.57);用药后:等值球镜屈光度(-0.41 ± 0.66)D($0 \sim -2.00\text{D}$),裸眼视力 $0.85 \pm 0.26(0.2 \sim 1.2)$,角膜地形图 SimK 值(39.59 ± 1.59)。

1.2 一般方法 所有病例分为 A、B、C 组。A 组为术后 3~6 个月出现屈光回退小于 -1.00D 的患者,20 例;B 组为术后 6~12 个月出现回退小于 -1.00D 的患者,28 例;C 组为回退 $-1.00 \sim -2.00\text{D}$ 的患者,10 例。所有屈光回退的患者给予托吡卡胺眼液点眼:睡前点 1 次,5min 后再点 1 次,连续使用 1 个月。

1.3 主要观察指标 用药前及用药后 1、3、6 个月的裸眼远视力、散瞳、小瞳验光、角膜地形图检查,采用回顾性分析,观察各阶段用药后裸眼远视力、屈光度及角膜地形图 SimK 值的变化,并进行统计学分析。

1.4 手术方法 采用 ALLEGRETTO 鹰视酷眼准分子激光系统,参数如下:激光波长 193nm,跟踪及激光发射频率均为 400Hz,每次手术前均测试激光系统。切瓣采用 Moria 公司生产的 M2 自动旋切式板层刀。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 12.0 统计软件包对所得结果进行统计学处理。

2 结果

2.1 用药后远视力及屈光度变化 各组用药后裸眼远视力及屈光度与用药前比较均存在显著改善,A、B 组优于 C 组;各组裸眼远视力及屈光度在用药后的 1、3、6 个月各期差异无统计学意义。见表 1 和表 2。

表 1 各组用药前后不同时间裸眼远视力

组别	用药前	用药后 1 个月	用药后 3 个月	用药后 6 个月
A 组	0.68 ± 0.11	0.93 ± 0.19^{acd}	1.02 ± 0.11^{acd}	1.01 ± 0.12^{acd}
B 组	0.64 ± 0.08	0.96 ± 0.04^{acd}	1.01 ± 0.07^{acd}	0.99 ± 0.08^{acd}
C 组	0.43 ± 0.09	0.51 ± 0.09^{bd}	0.53 ± 0.08^{bd}	0.51 ± 0.08^{bd}

与术前比较,^a: $P < 0.01$;^b: $P < 0.05$;^c:与 C 组比较, $P < 0.01$;^d:组间比较, $P > 0.05$ 。

表 2 各组用药前后不同时间屈光度变化

组别	用药前	用药后 1 个月	用药后 3 个月	用药后 6 个月
A 组	-0.68 ± 0.21	-0.08 ± 0.09^{acd}	-0.04 ± 0.08^{acd}	-0.05 ± 0.08^{acd}
B 组	-0.71 ± 0.12	-0.10 ± 0.12^{acd}	-0.06 ± 0.11^{acd}	-0.08 ± 0.10^{acd}
C 组	-1.49 ± 0.37	-1.12 ± 0.25^{bd}	-0.98 ± 0.31^{bd}	-1.06 ± 0.29^{bd}

与术前比较,^a: $P < 0.01$;^b: $P < 0.05$;^c:与 C 组比较, $P < 0.01$;^d:组间比较, $P > 0.05$ 。

2.2 各组用药后有效率(裸眼远视力提高 2 行以上)的分布情

况 从表 3 中可见,A、B 组间用药后的有效率比较无统计学差异,A、B 组与 C 组比较差异有统计学意义。

表 3 各组用药后有效率的分布情况

组别	眼数(n)	用药后视力提高 2 行以上(n)	有效率(%)
A	20	17 ^{ab}	83 ^{ab}
B	28	22 ^a	80 ^a
C	10	3	25

^a:与 C 组比较, $P < 0.01$;^b:与 B 组比较, $P > 0.05$ 。

2.3 角膜地形图 SimK 值变化 从表 4 中可见,术前、术后 SimK 值比较具有显著性差异,用药前与用药后比较则差异无统计学意义。

表 4 角膜地形图 SimK 值变化

模拟角膜球柱镜	术前	(术后)用药前	用药后
SimK1	44.55 ± 0.96	39.82 ± 1.55^a	39.59 ± 1.54^{ab}
SimK2	43.09 ± 0.86	39.02 ± 1.60^a	39.21 ± 1.53^{ab}

^a:与 C 组比较, $P < 0.01$;^b:与 B 组比较, $P > 0.05$ 。

3 讨论

临床上所谓屈光回退即术后随着时间的推移屈光力逐渐向术前同种屈光力转变^[4],屈光回退是 LASIK 术后常见的并发症之一,严重的影响了患者的视力及手术效果。对于屈光回退的患者,近年来最常用的方法是实施二次手术^[5],但大量屈光回退少及不适合接受二次手术的患者目前还缺乏有效的治疗手段。

托吡卡胺眼液为睫状肌麻痹剂,可调节放松,解除痉挛,阻断恶性循环,使调节得以放松后恢复,临床上主要用于散瞳验光及治疗假性近视、部分低度近视。已有文献报道托吡卡胺眼液用于防治调节性近视,其机制和理论依据是睡眠后的睫状肌和眼的调节系统进入放松和休息状态,在睡眠中使用托吡卡胺有事半功倍之效。然而,由于调节性近视患者的调节痉挛,不能在睡眠中自动解除痉挛和放松,需要药物帮助放松,点一次托吡卡胺往往不能解除痉挛,5~10min 后再点 1 次,可确保夜间药物效果得以较好维持。因此,此方法防治调节性近视疗效高,无不良反应,是防治调节性近视的最佳方法^[6]。为此,作者尝试着将托吡卡胺眼液用于治疗 LASIK 手术后出现屈光回退的患者,取得了令人惊喜的疗效。

对于屈光回退的近视患者,有必要评价用药后对其裸眼远视力及屈光度造成的影响。本研究采用托吡卡胺眼液治疗 LASIK 手术屈光回退,从表 1、表 2 中可以看出,用药后各组患者的裸眼远视力及屈光度与用药前比较均显著提高,充分显示了托吡卡胺眼液治疗屈光回退的有效性。A、B、C 组在用药后的 1、3、6 个月各期均无明显变化,也说明托吡卡胺眼液治疗屈光回退有较好的稳定性。其中 A、B 组疗效优于 C 组,表明屈光回退低的患者治疗效果比屈光回退高的患者治疗效果好。

本研究的重点在于观察屈光回退的患者经托吡卡胺眼液治疗后的疗效,分析使用其治疗的可行性。从表 3 中可以看出,A、B、C 组的有效率分别为 83%、80%、25%。A 组与 B 组比较差异无统计学意义,而 A、B 组与 C 组比较差异有统计学意义,进一步表明了屈光回退小于 -1.00D 的患者使用托吡卡胺眼液治疗的有效性,而屈光回退大于 -1.00D 的患者效果则不理想。

作者在观察了裸眼远视力、屈光度、用药后有效率外,还观

察了角膜地形图 SimK 值的变化。因为角膜地形图可同时显示患者术前、术后不同时期的角膜表面屈光力的变化,具有信息量大、精确度高、直觉性强等优点^[7]。从表 4 中可以看出,术后 SimK 值明显低于术前,说明了 LASIK 手术的有效性。而用药后 SimK 值与用药前比较没有明显差别,这也从另一个角度说明托吡卡胺眼液治疗术后屈光回退主要原理在于放松睫状肌痉挛,而并非降低眼表曲率。

综上所述,LASIK 术后出现屈光回退的患者,可采用托吡卡胺眼液治疗,以放松眼部的过度调节,达到降低屈光度,提高裸眼远视力的目的。其中,屈光回退较少的患者,通过托吡卡胺眼液治疗可以得到显著的疗效;而屈光回退较多的患者疗效不如屈光回退少的患者疗效显著,对于这部分患者仍需要采用二次手术或重新配镜治疗。托吡卡胺眼液为一种散瞳药,有升高眼压的作用,故眼压偏高或有青光眼家族史者禁用此法。

参考文献:

[1] 沈志斌,吴松,王渝,等.准分子激光原位角膜磨镶术治疗近视的临床研究[J].重庆医学,2006,35(11):1015.

· 经验交流 ·

注射用兰索拉唑治疗十二指肠溃疡出血临床观察

李晓昕¹,张宜山¹,张方信²

(1.江苏奥赛康药业有限公司,南京 211112;2.兰州军区兰州总医院消化内科,兰州 730050)

摘要:目的 评价注射用兰索拉唑治疗十二指肠溃疡出血疗效及安全性。方法 采用随机、盲法、阳性药物、平行对照的临床试验。试验组:注射用兰索拉唑;对照组:注射用奥美拉唑钠(洛赛克)。结果 共有 38 例患者参加,1 例由于不符合入组条件而被剔除,其余均完成试验。经过治疗后,两组治疗十二指肠溃疡出血有效率相比,差异无统计学意义($P=1.0000, P>0.05$);两组止血时间和止血率相比 P 值分别为 0.3471 和 0.4737,说明差异无统计学意义($P>0.05$)。试验组与对照组的不良反应比较,不良反应主要为皮疹,但两组比较,差异无统计学意义($P=1.0000, P>0.05$)。结论 注射用兰索拉唑治疗十二指肠溃疡出血是有效而安全的,有较高的临床应用价值。

关键词:兰索拉唑;十二指肠溃疡;止血

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2010)01-0107-02

十二指肠溃疡引起上消化道出血是常见的危害人体健康的疾病,需积极有效的救治。高胃酸是溃疡发生及其出血的重要致病因素,因此,迅速强有效的抑制胃酸是治疗十二指肠溃疡出血的主要措施之一。兰索拉唑(lansoprazole)是一苯并咪唑衍生物,是继奥美拉唑后又一强有效的质子泵抑制剂,通过抑制胃壁细胞质子泵 H^+/K^+-ATP 酶的活性,从而有力并持久地抑制胃酸分泌,用药后 24h 内对基础和刺激引起的胃酸分泌均有较好的抑制作用,对十二指肠活动期溃疡是高效、安全和不良反应轻微的药物^[1-3]。本文对十二指肠溃疡出血应用兰索拉唑进行了随机、盲法、阳性药物、平行对照的临床试验研究,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 38 例经胃镜证实十二指肠溃疡出血的受试者;男 26 例,女 12 例,年龄 19~60 岁。治疗前除 1 例由于尿素氮不符合入组条件而被剔除,其余受试者血常规、肝肾功能检查正常;血压、脉搏、体温、呼吸等差异均无统计学意义($P>0.05$);签署知情同意书。故实际完成 37 例,分为两组,试验组 20 例,对照组 17 例。

1.2 研究方法 本试验采用随机、盲法、阳性药物、平行对照的临床试验研究方法^[4-5]。试验组:注射用兰索拉唑,先用

[2] 杨渝华,方钢. LASIK 治疗近视的并发症临床分析[J]. 重庆医学,2004,33(2):279.
 [3] 田海涛,李培高,张风进,等. 二次 LASIK 手术的临床观察[J]. 眼科新进展,1999,19(6):404.
 [4] 王勤美. 屈光手术学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:93.
 [5] 范伟,朱少栋,贺权,等. LASIK 术后的二次激光疗效评估[J]. 中国实用眼科杂志,2005,23(8):835.
 [6] 奚峰,张勤兰,郑美英. 托吡卡胺眼液睡前 2 次滴眼防治调节性近视的观察[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(20):2777.
 [7] Chakrabarti HS, Craig JP, Brahma A, et al. Comparison of corneal thickness measurements using ultrasound and Orbscan slit-scanning topography in normal and post-LASIK eyes[J]. J Cataract Refract Surg, 2001, 27(11): 1823.

(收稿日期:2009-05-20 修回日期:2009-06-20)

5mL 注射用水完全溶解,用生理盐水 100mL 进一步稀释,然后用带过滤器装置的输液器静滴,输注时间不得少于 30min。每间隔 12h 1 次,连用 5d。

对照组:注射用奥美拉唑钠,用生理盐水 100mL 溶解并稀释,经稀释的药液滴注时间不得少于 30min。本品溶解和稀释后必须在 4h 内用完。每间隔 12h 1 次,连用 5d。

1.3 药品来源 注射用兰索拉唑由江苏奥赛康药业有限公司提供,规格:30mg,批号:20050301。注射用奥美拉唑钠由阿斯利康制药有限公司提供,规格:40mg,批号:F16427。

1.4 观察指标 治疗前及治疗后第 1、2、3、4、5 天分别记录以下临床症状及体征:心率、血压、呕血量、便血量、输血量。主要观察指标:呕血量、便血量、止血时间。次要观察指标:输血量、血红蛋白含量、疼痛程度。

1.5 统计学方法 本次试验采用 SAS 9.00 统计软件包进行分析,所有的统计分析均采用双侧检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效分析 治疗后试验组的临床显效率为 95.00%,有效率为 95.00%,对照组的临床显效率为 94.12%,有效率为 100.00%,两组相比差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。止