

白眉蛇毒血凝酶控制早期创伤性前房出血临床疗效分析

周 红, 彭家民(贵州航天医院眼科中心, 贵州 遵义 563003)

【摘要】 目的 观察和评估白眉蛇毒血凝酶对创伤性活动性前房出血的控制效果。方法 针对前房出血发病在72 h内的病例,对2007年7月至2009年6月应用传统用药控制前房出血(对照组)及2009年7月至2012年6月采用传统用药加白眉蛇毒血凝酶控制前房出血(治疗组)患者的治疗情况进行回顾性分析,记录两组患者出血吸收时间,并进行对照分析。结果 治疗组有效率为90.14%,多数患者在治疗第2天可有效控制活动性出血,前房积血量减少;对照组有效率为64.29%,部分患者因前房持续出血,未能有效控制病情,出现继发性青光眼。结论 白眉蛇毒血凝酶治疗早期创伤性前房出血疗效肯定,且更快捷、安全,值得在临床推广应用。

【关键词】 巴曲酶; 蛇毒液类; 创伤和损伤; 前房出血; 治疗结果; 白眉蛇毒血凝酶

doi: 10.3969/j.issn.1009-5519.2013.23.049

文献标识码: B

文章编号: 1009-5519(2013)23-3615-02

前房出血是一种临床现象,常见于眼损伤,如果出血量多,加之处理不当易引起很多并发症,如继发性青光眼,虹膜、房角粘连,角膜血染等,重者可造成视功能严重损害,因此,及时正确的治疗是减少并发症、保护视功能的重要措施。本中心2007年7月至2009年6月应用止血芳酸、安络血治疗前房出血,2009年7月至2012年6月在传统用药基础上加用白眉蛇毒血凝酶治疗前房出血,并对两种方法治疗结果进行对照分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将72 h内前房出血患者分为2007年7月至2009年6月应用传统用药控制前房出血的对照组42例和2009年7月至2012年6月采用传统用药加白眉蛇毒血凝酶控制前房出血的治疗组71例。113例患者中男99例(87.61%),女14例(12.39%),均为单眼出血,发病年龄最小4岁,最大78岁,多发生于儿童及男青年。致伤原因以弹伤最多,其次为爆炸冲击、拳击、碰伤等。根据Okasla分类法^[1]将前房出血分为3级: 级:积血量小于或等于前房1/3,26例(23.01%); 级:积血量占前房大于1/3~1/2,48例(42.48%); 级:积血量大于前房1/2,39例(34.51%)。并发症中发生继发性青光眼54例,角膜钝挫伤21例,玻璃体出血9例,虹膜根部离断9例,视网膜脱离5例,复合损伤15例。

1.2 治疗原则 积极控制持续性出血,促进眼内积血吸收,防止继发性青光眼及角膜血染的发生,切实有效的防止视功能损害的发生。

1.3 治疗方法 (1)积极控制出血:对照组止血药采用止血芳酸0.3 g 静脉滴注,2~5 d,安络血每次5 mg,每天3次口服,常规使用3 d,一般不超过5 d;治疗组在传统用药基础上加用白眉蛇毒血凝酶0.5 kU 肌内注射2~3 d。(2)制动:采取半卧位或侧卧位,必要时给予镇静剂。(3)对症治疗:针对 级出血选择性应用甘露醇、皮质内固醇、抗生素预防量及能量支持治疗,以控制眼压和减轻组织创伤性应激反应。(4)活血化瘀治疗:止血药控制72 h后给予活血化瘀治疗。(5)散、缩瞳:不散瞳也不缩瞳。(6)前房冲洗:对以上治疗无效、出血吸收不明显、眼压高控制不理想患者,行前房冲洗术。以上(2)~(6)方法在两组研究中均有使用。

1.4 疗效判定 以观察到前房出血量减少为有效,出血量无变化甚至增加为无效。

2 结果

两组前房出血治疗结果见表1。治疗组患者在用药24~48 h内前房积血量减少,病情得到有效控制,有效率为90.14%(64/71)。对照组治疗有效率为64.29%(27/42),部分患者因继发性前房出

血,未能有效控制病情,出现相关并发症行手术治疗。两组治疗有效率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组创伤性前房出血治疗结果(n)

组别	n	有效			无效		
		级	级	级	级	级	级
治疗组	71	15	28	21	0	1	6
对照组	42	7	13	7	4	6	5

3 讨论

在眼损伤中,前房出血是较为常见的一种临床现象,主要为虹膜大环和睫状体撕裂所致,从解剖生理看,出血的吸收主要是通过小梁网和巩膜静脉窦^[2]。临床上可分为原发性积血和继发性积血^[3]。由于患者对就诊前病情的描述不清,本组病例仅针对发病在72 h内的前房出血进行观察,不予原发性和继发性分类。前房出血本身对视力的影响是暂时的,大多可随积血的吸收而恢复,但其并发症,如继发性青光眼、角膜血染等常常导致严重的视力丧失。因此,在治疗创伤性前房出血中,如何尽快控制出血,使积血在最短时间内吸收是关键^[4]。

众所周知,人体受物理损伤后,血小板会受到损伤部位激活因素的刺激,出现血小板聚集,成为血小板凝块,起到初级止血作用^[5]。血小板又经过复杂的变化产生凝血酶,凝血酶能直接作用于凝血的第三阶段,促使血液中的纤维蛋白原转变为纤维蛋白,互相交织的纤维蛋白使血小板凝块与血细胞缠结成血凝块。同时,血小板的突起伸入纤维蛋白网内,血小板微丝(肌动蛋白)和肌球蛋白的收缩使血凝块收缩,血栓变得更坚实,能更有效的起止血作用。因此,应用具有凝血酶功能的止血药物很重要。

以往,本院在控制出血方面主要使用止血芳酸、安络血等药物。其作用机制是,止血芳酸能抑制纤维蛋白溶酶原的激活因子,阻止纤维蛋白溶解,延长血栓溶解时间,避免再出血;安络血能增强毛细血管对损伤的抵抗力,缩短止血时间,减少毛细血管通透性,并能使毛细血管断端回缩而止血^[1]。本研究对照组治疗结果显示,止血芳酸和安络血控制前房出血有效率为64.29%,结果欠理想。

白眉蛇毒血凝酶是从长白山白眉蝮蛇冻干蛇毒中提取分离得到的血凝酶,其中含有蛇毒类凝血酶和磷脂依赖性凝血因子激活物(FXA),2种有效成分具有类凝血酶和类凝血酶样作用^[6]。类凝血酶在Ca²⁺存在下,能活化因子、和,促使出血部位的血小板聚集形成血小板血栓止血;类凝血酶依靠血小板第因子激活,促使凝血酶原变成凝血酶,也可活化因子,并影响

因子^[7],因而对血液产生凝血和止血的双重作用。2009年7月以来,本中心在传统治疗的基础上加用白眉蛇毒血凝酶治疗创伤性前房出血,从出血的各个环节给予相应的药物控制,经观察治疗组控制效果,有效率明显提高,为90.14%,优于对照组。

综上所述,止血芳酸和安络血联合白眉蛇毒血凝酶控制前房出血疗效肯定,而且蛇毒血凝酶的急性毒性较低,对正常血管无促进血栓形成作用,也未发现其引起血管内凝血或其他组织病理改变,对血中纤维蛋白原含量亦无明显影响,临床应用未发现任何全身或局部不良反应^[8-9],值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:3248-3248.

[2] 白宁艳,陆卫星,刘雪莲. 挫伤性前房积血102例分析[J]. 中国误诊学杂志,2006,6(19):3795-3796.

[3] 李绍珍. 眼科手术学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2006:827.

[4] 温志雄,曾间宽,刘小佳. 前房积血治疗中两种体位的效果观察[J]. 中国误诊学杂志,2005,5(9):1679-1680.

[5] 杨春海. 脑卒中急性期凝血机制变化的临床研究[J]. 中国临床实用医学,2010,4(1):50-51.

[6] 金丽君,周宏斌. 注射用白眉蛇毒血凝酶治疗上消化道出血320例临床观察[J]. 中国基层医药,2008,15(2):319-320.

[7] 李晓勇,贺爱军. 注射用白眉蛇毒血凝酶在普通外科手术中的应用研究[J]. 中国综合临床,2008,24(8):826-827.

[8] 于洪儒,王洪新,贾振庚,等. 注射用白眉蛇毒血凝酶对外科手术切口的止血效果[J]. 中国新药杂志,2005,14(1):106-108.

[9] 曾庆东,张波,李占元. 立止血在腹部外科围手术期的应用观察[J]. 中国药房,2002,13(10):612-613.

(收稿日期:2013-05-29 修回日期:2013-07-08)

左卡尼汀联合他莫昔芬治疗少弱精症临床疗效观察

黄一亮,安黎明,李超(厦门市海沧医院泌尿外科,福建 厦门 361000)

【摘要】 目的 探讨左卡尼汀联合他莫昔芬治疗男性少弱精症的疗效及安全性。方法 根据世界卫生组织《不育夫妇标准检查与诊断手册》标准选择2012年1月至2013年1月门诊少弱精症患者58例,给予他莫昔芬(每次20mg、每天1次)、左卡尼汀口服液(每次1.0g、每天2次)治疗,连服3个月为1个疗程,根据情况,维持治疗1~2个疗程。分别于治疗前、治疗后3个月进行精液分析和测定血清睾酮、卵泡刺激素。结果 随访3个月,有5例患者因各种原因提前退出服药,其余患者治疗后睾酮和卵泡刺激素明显升高,接近正常上限水平,其精子密度及前向运动精子百分率较治疗前显著增加,与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗后女方妊娠11例。治疗期间,所有患者均无明显不良反应。结论 左卡尼汀联合他莫昔芬治疗少弱精症可明显改善患者精子密度及活力,增加妊娠率,无明显不良反应。

【关键词】 弱精子症; 少精子症; 左卡尼汀; 他莫昔芬; 治疗结果

doi:10.3969/j.issn.1009-5519.2013.23.050 文献标识码: B 文章编号: 1009-5519(2013)23-3616-02

男性少弱精症在男性不育症中占相当大的比例,其精液中精子数量低于正常有生育能力的健康男性,且伴有精子活力低、前向运动能力差以及精子畸形率高等精液参数的改变,即少弱精症,是一种较常见的男性不育症之一^[1]。近年来,该病的发病率呈逐年上升趋势,但其发病病因各异,目前缺乏特效的治疗方法^[2]。本院采用他莫昔芬联合左卡尼汀治疗少弱精症58例,取得较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年1月至2013年1月门诊就诊的少弱精症患者58例,年龄23~38岁,平均(28.5±5.5)岁;不育病史1~9年。所有患者均为婚后性生活正常,未采取任何避孕措施而不育1年以上,女方生育力检查正常,男方无生殖系统发育异常,无生殖系统感染,无精索静脉曲张、精道梗阻、逆行射精或不射精等疾病。入组患者按世界卫生组织(WHO)《不育夫妇标准检查与诊断手册》标准常规进行二次以上精液分析,符合以下标准:精子密度小于 $20 \times 10^6 \text{ mL}^{-1}$,精子活力a级小于25%且a+b级小于50%,性激素检查正常。

1.2 标本采集与检测 所有患者禁欲5~7d后,手淫法采集精液行计算机精液分析,分别于治疗前、治疗后3个月行计算机精液分析及用放射免疫法测定睾酮(T)、卵泡刺激素(FSH)水平。

1.3 治疗方法 所有患者给予他莫昔芬每次20mg、每天1次,左卡尼汀口服液每次1.0g、每天2次治疗。2种药物连服3个月为1

个疗程,根据情况,维持治疗1~2个疗程。

1.4 统计学处理 使用SPSS13.0统计软件进行数据分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗3个月后随访,58例患者中,有5例患者治疗期间因各种原因提前退出服药,其余53例患者血清T及FSH水平明显升高,接近正常上限水平,精子密度及前向运动精子百分率较治疗前增加显著。治疗后女方妊娠11例。治疗期间所有患者均无明显不良反应。见表1。

表1 少弱精症患者治疗前后精液参数和性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	n	精子密度 (mol/mL)	精子活力(%)		T (nmol/L)	FSH (U/L)
			a级	(a+b)级		
治疗前	58	14.7±5.2	13.5±5.8	28.5±3.8	10.2±3.5	11.4±2.7
治疗后	53	35.5±5.4 ^a	29.5±4.6 ^a	42.6±8.3 ^a	25.2±3.2 ^a	20.4±2.7 ^a

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨论

少弱精症是男性不育的重要原因,有明确病因的少弱精子症患者,去除病因后其精子活力均能得到明显改善,而病因不明的特发性少弱精症是近年来男性不育治疗中比较棘手的难题^[3]。近年来,左卡尼汀治疗单纯性弱精症取得了较为满意疗效^[4];弱精症患者往往伴有明显的少精,有文献报道,单纯使用左卡尼汀对于提