

立迈青在断指再植中的应用

陈平 张桂红 张兴奎

断指再植术中及术后,抗凝治疗至关重要。长期以来,均使用普通肝素(SH)作为首选药物^[1],虽然抗凝效果好,但有明显出血倾向,其安全性是困惑临床医生的一个难题。1999年10月以来,我院试用立迈青——低分子肝素钙替代普通肝素治疗,取得了较满意结果,现总结如下。

临床资料

一、分组方法

我院自1999年10月至2000年7月收住断指(肢)再植患者54例,其中单指离断39例,多指离断7例,手掌离断3例,前臂离断2例,足趾离断3例。将这些患者随机分为A、B两组,A组(立迈青组)26例,年龄4.5~57岁,平均25.8岁;B组(普通肝素组)28例,年龄8~55岁,平均26.6岁。所有患者入院前均无明显出血性疾患,术前检查出、凝血时间均正常。

二、用药方法

A组:术前半小时内皮下注射立迈青5000 IU,术后每日应用立迈青2500~5000 IU,每12 h皮下注射一次,连续用药7 d。

B组:术前30 min~1 h开始静脉滴注普通肝素2500 IU,滴速15~20滴/min,术后使用普通肝素1250 IU+低右500 ml,静点每日两次,滴速每分钟10~15滴,24 h维持,术后连续用药7 d。用药过程中严密监测,如有出血倾向,随时调整剂量或停止用药。

三、实验室监测指标

分别于用药前及术后1 h、3 d、7 d抽取标本,化验监测,其中用药前一组数据为所有两组病例的平均值。A、B两组数据分别为各组术后1 h、3 d、7 d,化验数据的平均值,详见表1。

表1 实验室监测指标

项目	AT-III 活性	Fxa 活性	BT	CT (试管法)	APTT	FDP (mg/L)
用药前平均值 54例	0.97	1.02	2min24s	8min55s	41s	2.6
A(立迈青)组 (26例)	1.22	0.37	3min18s	12min20s	1min9s	11.3
B(普通肝素) 组(28例)	1.56	0.58	4min35s	25min32s	1min25s	18.8

注:AT-III凝血酶原III, Fxa因子xa, BT出血时间, CT凝血时间, APTT活性部分凝血酶原时间, FDP血清纤维蛋白降解产物。

四、不良反应监测

普通肝素及立迈青的主要不良反应包括皮肤粘膜出血(血尿、消化道出血),关节出血和伤口出血等。监测结果表明使用

普通肝素的患者出血机率明显高于用立迈青者。具体如表2。

表2 54例患者出血倾向监测结果(例)

分 组	皮肤 瘀斑	鼻腔 出血	齿龈 出血	血尿	大便 潜血	伤口 出血
立迈青组 (26例)	1	0	0	1	0	3
普通肝素组 (28例)	3	2	3	2	1	5

五、结果

通过对两组病例观察结果表明,应用普通肝素及立迈青,两者抗凝效果相差不大,患指(肢)发生动、静脉危象,及再植成活率相近。但使用普通肝素出血倾向大大高于使用立迈青患者,且需24 h持续用药,严格控制滴速,严密进行临床监测,给治疗和护理增加不小难度。而使用立迈青只需要每日两次皮下注射,出血倾向低,无须严密监测,因此临床应用前景看好。详见表3。

表3 54例患者抗凝效果观察(例)

分 组	动脉 危象	静脉 危象	cap 反应灵敏	再植 指坏死	成活率 (%)
普通肝素组 (28例)	2	4	25	3	89.2
立迈青组 (26例)	2	3	24	2	92.3

讨 论

1. 断指(肢)患者凝血和血栓形成原因

断指(肢)患者,由于各种原因造成血管壁损伤,血流减慢和血液凝固性增高。血管壁损伤、血流减慢均使血小板激活,活化的血小板聚集在血管受损处,并释放因子V(FV)、纤维蛋白原(Fg),使血栓形成过程更集中、更快速。创伤直接破坏了血管内皮细胞,暴露内皮下胶原等成分,激活了内源性凝血途径;同时创伤也破坏了局部组织,大量的组织因子(TF)在短时间内进入血液,快速启动了外源性凝血途径,进一步促进了血栓形成^[2]。

2. 普通肝素和立迈青抗凝血机理及差别

目前认为普通肝素(SH),通过激活抗凝血酶III(AT-III)而发挥抗凝血酶作用,AT-III是一种血浆 α_2 球蛋白,它作为普通肝素的辅助因子,可与许多凝血因子结合并抑制这些因子的活性。因此影响凝血过程的许多环节,包括:①灭活凝血因子

色素标记乳腺小肿瘤术前定位 27 例报告

杨清峰 胡 彬

我科于 2000 年 6 月至 2001 年 2 月采用术前超声、钼靶摄片及红外线检查术前定位,对肿瘤表面注入无害色素进行标记,经过 27 例试验取得较好效果,现报告如下:

临床资料

一、对象

本组 27 例均为女性,全部来自门诊,年龄 22~58 岁,平均 40 岁。24 例肿瘤直径 0.5~2.0 cm,4 例为腺体增厚灶内的小结节。2 例由 1% 美蓝着色,25 例为 1% 龙胆紫着色定位。

二、方法

患者一般仰卧位,根据临床体检,结合 B 超、钼靶、红外线检查,用记号笔或龙胆紫标记切口,穿刺针具采用 1 ml 注射针管(皮试针管),7 号针头。操作步骤:①常规消毒铺巾;②以左手触及肿瘤或肿块;③沿标记线的一端点进针,针刺入至病灶前方或侧旁,将事先吸有龙胆紫的注射器接上,并推注约 0.01~0.02 ml。退针过程中,稍再推注微量,使针道着色呈线状。

三、结果

本组 27 例,其中左乳外上 8 个病灶,外下 8 个,内上 2 个;右乳外上 6 个,内上 3 个。着色病灶 5~10 mm 15 个,11~15 mm 6 个,16~20 mm 4 个。最先用 1% 美蓝 0.3 ml 定位 2 例,术中见大片组织着色范围 3.0~5.0 cm,手术时不能准确定位寻找。其余 25 例予 1% 龙胆紫着色,剂量在 0.01~0.02 ml,着色范围 1~1.5 cm。术前注射美蓝后,1 例在 5 min 内手术,另 1 例在 30 min 左右手术,均见美蓝扩散明显。注射龙胆紫后即刻手术和 30 min 手术,着色范围均在 1.5 cm 左右无明显差别。在经手术的 27 例病人中,良性纤维瘤 23 例,腺病 3 例,乳腺癌 1 例。

讨 论

在临床上医师常遇到乳腺 0.5~1 cm 大小的肿瘤,特别是

在腺体深部需手术切除或切检者,往往在局部药物注射麻醉后术中不易触及,甚至难以切除^[1]。以前我们多采用注射美蓝法或坐标定位法^[2],效果均不满意。近来我们采用龙胆紫着色,收到良好效果。临床证明,龙胆紫着色范围小,不易扩散,便于手术中寻找,定位准确,而美蓝口服吸收不良,静脉注射作用迅速,易扩散^[3]。注射针固定法,不便术中操作。龙胆紫又称甲紫,是人工合成的一种外用抗菌药物^[4],一般以 0.5%~1.0% 的溶液外用灭菌,可口服用作驱虫^[5];吸收体内无毒副作用^[6]。

在着色过程中,色素应标记在乳腺肿块的上方,最好不要注入瘤体。穿刺针以 1 ml 皮试针管最好,色素量宜在 0.01~0.02 ml,不能太多,否则着色面太大,定位性差。着色法操作简单,能快速找到肿瘤,且定位准确,减少了对肿瘤周围组织的切除范围,术后乳腺变形较小。此法简单,便于基层医院开展。但在操作时色素量不易控制,需反复练习,才能掌握适宜的推注力度。

参 考 文 献

- 1 李树玲. T₀ 期乳腺癌 74 例(77 例次) 检诊经验. 中国肿瘤临床, 1988; 15(3): 139
- 2 李树玲, 刘奇, 于金明主编. 乳腺癌研究进展. 第 1 版. 济南: 济南出版社, 1996: 298
- 3 苏逢锡, 贾渭娟, 李海刚, 等. 哨兵淋巴结活检对预测乳腺癌腋窝淋巴结转移的价值. 中华外科杂志, 2000; 38: 786
- 4 刘丽娟, 魏爱英主编. 医院外用制剂手册. 第 1 版. 济南: 山东科学技术出版社, 1999: 29
- 5 樊德厚, 王永利主编. 中国药物大全. 西药卷. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 534
- 6 陈钟荣, 刘天培, 杨玉主编. 临床药物手册. 第 3 版. 上海: 上海科学技术出版社 1999: 689

(2001-03-26 收稿 2001-05-10 修回)

[李安荣 编 陶际明 校]

作者单位: 230001 合肥市妇幼保健院乳腺外科

XIIb, XIa, Xa, II a, VIIIa; ② 络合凝血酶原(II a); ③ 中和组织凝血活素(III) 等。普通肝素钠与 AT-III 结合后可加速 AT-III 的抗凝血作用。所以普通肝素可延长凝血时间、凝血酶原时间及凝血酶时间,在抗凝血的同时,有明显的出血倾向。立迈青属低分子量肝素,其抗 Xa 因子的作用强于 SH,具有抗血栓形成作用,但其抗凝血酶的活性较低,对凝血时间影响不大,故出血倾向弱^[3]。临床一般不需监测凝血状态。立迈青平均分子量低,约 4000~6500 U。皮下注射容易吸收,生物利用度高,其半衰期约是 SH 的两倍,故可延长给药时间间隔。

参 考 文 献

- 1 陈仲伟, 张光健. 黄家驷外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 2225
- 2 王成琪, 陈中伟. 实用显微外科学. 北京: 人民军医出版社, 1994: 103
- 3 张强. 抗凝疗法在血管外科的应用. 中国实用外科学杂志, 2000; 20(6): 327

(2000-08-17 收稿 2000-11-27 修回)

[李安荣 编 陶际明 校]