

流并化疗,取得较好效果。长期临床实践认为,用药数小时后腔内浓度是血浆的 400 倍,同时可维持较长时间,利于与肿瘤细胞接触而抑制或杀死^[6]。胸腔内灌注大量 HCPT 其主要机制为:HCPT 主要对增殖细胞敏感,为细胞周期特异性药物,作用于 S 期,并对 G2 及 M 期边界有延缓作用,在较高浓度时对核分裂有抑制作用,阻止细胞进入分裂期,可选择性抑制拓扑异构酶而干扰 DNA 的复制^[7]。

香菇多糖是一种生物活性物质,是一种生物反应增强剂和调节剂,能增强体液免疫和细胞免疫功能,无直接细胞毒性作用,通过宿主增强诱导活化的巨噬细胞及杀伤 T 细胞,提高自然杀伤 NT 细胞核增强抗体依赖性,提高巨噬细胞毒性作用而发挥抗肿瘤作用^[8,9]。香菇多糖腔内注射能激活胸腔内免疫细胞功能,肿瘤特异性的杀伤性 T 淋巴细胞诱导增强,并可抑制胸腔粘连、胸膜腔闭塞。临床多采用多次抽取胸水,腔内注射顺铂等化疗药物的方法,虽有一定疗效,但往往造成胸膜肥厚、粘连或胸水网格化等,影响患者生活质量。本研究显示,LNT+HCPT 在治疗恶性胸腔积液有良好效果,同时患者的 KPS 评分均有较大提高,值得临床推广。

[参考文献]

[1] 张铭忱,徐玉珍,杨瑞光.经细胸管同期灌注 HCPT、yhi-2 治疗

恶性胸腔积液的临床研究[J].中华综合临床医学杂志,2005,7(11):34-36.

[2] 李英杰.复方苦参注射液与顺铂联合胸腔注射治疗癌性胸水的临床价值[J].现代预防医学,2008,11(35):1978-1979.

[3] 王 东.肿瘤急症治疗学[M].北京:人民军医出版社,2006.68-70.

[4] 张郭华.实用胸膜疾病[M].上海:上海医科大学出版社,1997.175-193.

[5] 李恒文.胸腔置管持续引流并腔内注射治疗恶性胸水[J].泰山医学院学报,2007,28(6):46.

[6] 许仁和.肿瘤治疗的一些进展[J].国外医学·肿瘤学分册,1994,1.

[7] 王义明.羟基喜树碱的抗癌和临床应用[J].中国肿瘤临床,2000,27(增刊):33-36.

[8] 孙 燕.香菇多糖(Lentinan)[J].实用癌症杂志,1988,3(2):127-132.

[9] 韩 锐.肿瘤化学预防及药物治疗[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1991.153.

马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 皮试判断标准及脱敏注射法的探讨

仇秋菊

(南华大学附属南华医院急诊科,湖南衡阳 421002)

[摘要] 目的 探讨马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 皮试结果判断标准和注射方法。方法 将 300 例急诊外伤患者随机分为传统组(n=140)和改进组(n=160),分别用不同的判断标准和注射方法进行对照研究。结果 传统组阳性 91 例(65%),改进组 7 例(4.38%),两组间比较差异具有显著统计学意义(P<0.01);两组脱敏后传统组出现 14 例过敏反应,改进组出现 1 例过敏反应。结论 改进后的马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 皮试的判断标准和脱敏注射方法较传统方法阳性率大幅度降低,阳性者中过敏反应极低,而且该法省时、安全、有效、患者痛苦小。

[关键词] 马破伤风免疫球蛋白;皮试;判断标准;脱敏注射法

[中图分类号] R979.5 [文献标识码] A [文章编号] 1001-5639(2014)01-0048-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5639.2014.01.018

破伤风是一种由破伤风杆菌感染引起的疾病,如处理不当,死亡率达 10% 左右^[1]。目前,对具有破伤风高危因素的患者主要采用被动免疫接种的预防措施,注射含有特异性抗体 F(ab')₂ 和免疫球蛋白(immunoglobulin G, IgG)的具有中和破伤风毒素作用的破伤风抗毒素(tetanus antitoxin, TAT)^[2]。TAT 的疗效确切,至今仍在临床上得到广泛应用。然而,由于 TAT 含有异源蛋白,给药后易引起过敏反应。自 2008 年马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 上市以来,因其异源蛋白含量降低,过敏性休克和血清病的发生率较低,临床上使用更安全。但因该药上市时间较短,对其皮试的判断标准及脱敏注射法的临床数据有限,说明书目前是参照 TAT 相同标准,少见有文献报道。我科通过对 300 例患者的马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 皮试结果进行观察与分析,

以验证马破伤风免疫球蛋白皮试结果的判断标准及脱敏注射法的安全可行性,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2010 年 3 月~2011 年 3 月我院急诊科门诊收治外伤接受 F(ab')₂ 治疗患者 300 例,均排除上呼吸道感染、饮酒、既往药物过敏史者。将患者按数字随机抽样法分为传统组和改进组。传统组 140 例,男 98 例,女 42 例,年龄 12~72 岁;改进组 160 例,男 96 例,女 64 例,年龄 11~79 岁。两组患者的性别、年龄及病情比较差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 皮试方法 两组患者皮试液配制均相同,均采用 1 ml 一次性注射器抽取 1500 u(1 支,0.75 ml)的原液,用生理

盐水稀释成 1 ml, 再将已稀释好的药液推回 0.9 ml 至安瓿内, 留取 0.1 ml 加生理盐水至 1 ml, 在前臂腕横纹上 3 横指正中处与腕横纹平行进行皮内注射, 注射量为 0.1 ml (15 u), 皮丘直径 0.5~1.0 cm^[3], 30 min 后观察皮试结果。

1.2.2 皮试结果判断标准 (1)传统组。①阴性:皮丘直径 ≤ 1 cm, 周围无红晕, 无伪足, 全身无反应; ②阳性:皮丘直径 > 1 cm, 周围有红晕伴伪足或有痒感; ③强阳性:皮丘直径 > 1.5 cm, 周围有红晕伴伪足和(或)出现荨麻疹、鼻咽刺痛、喷嚏等过敏反应。(2)改进组。①阴性:皮丘直径 ≤ 1.5 cm, 红晕 < 4 cm, 全身无反应; ②阳性:皮丘直径 > 1.5 cm, 红晕 ≥ 4 cm, 伪足 ≤ 3 个, 有痒感, 但无荨麻疹、无鼻咽刺痛、无喷嚏等过敏反应; ③强阳性:皮丘直径 > 1.5 cm, 红晕 ≥ 4 cm, 伪足 > 3 个, 和(或)有荨麻疹、鼻咽刺痛、喷嚏等过敏反应。

1.2.3 注射方法 (1)传统组。阴性者将 1500 u 马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 1 次皮下注射, 观察 30 min; 阳性者将 1500 u 马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 每隔 30 min 分别吸取 0.1 ml、0.2 ml、0.3 ml、0.4 ml 加生理盐水稀释至 1 ml 于皮下注射, 注射完毕观察 30 min。(2)改进组。阴性者将 1500 u 马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 分 2 次注射, 间隔 30 min, 第

1 针将皮试所剩余的药液皮下注射, 第 2 针将余量皮下注射; 阳性者分 4 次注射, 首先从原液 1 ml 中抽取 0.2 ml 用生理盐水稀释成 2 ml, 第 1 针为 2 ml 中的 0.2 ml, 第 2 针为 2 ml 中的 0.4 ml, 第 3 针为 2 ml 中的 0.8 ml, 最后 1 针为剩余的所有药液(包括原液中剩余液 0.7 ml、皮试液中剩余液 0.9 ml、未注射完的 0.6 ml)行肌肉注射, 注射完毕观察 30 min。两组强阳性者不用该药, 建议患者注射人破伤风免疫球蛋白(human tetanus immunoglobulin, TIG)。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计学分析, 计数资料组间比较采用 Fisher 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

传统组 140 例患者中, 阴性 42 例, 占 30%; 阳性 91 例, 占 65%; 强阳性 7 例, 占 5%。改进组 160 例患者中, 阴性 152 例, 占 95%; 阳性 7 例, 占 4.375%; 强阳性 1 例, 占 0.625%。马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 注射后, 传统组阴性者出现 1 例过敏反应, 改进组无过敏反应; 传统组阳性者出现 14 例过敏反应, 改进组阳性者出现 1 例过敏反应, 差异具有统计学意义($P<0.01$)。两组患者皮试判断结果比较, 见表 1。

表 1 两组患者皮试判断结果比较

组别	例数	皮试结果						过敏反应				总过敏 率(%)
		阴性		阳性		强阳性		阴性		阳性		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
传统组	140	42	30	91	65	7	5	1	2.381	14	15.385	11.278
改进组	160	152	95	7	4.375	1	0.625	0	0	1	14.286	0.629

注:皮试结果: $\chi^2=153.050, P=0.000<0.01$; 两组过敏反应比较, $\chi^2=15.054, P=0.000<0.01$, 差异具有显著统计学意义。

3 讨论

在破伤风防治免疫制品中, 目前国内临床最常用的仍是 TAT, 而 TAT 的皮试阳性率高、过敏反应发生率高, 临床应用受到相当的限制, 致使许多过敏患者需要改用 TIG。然而, 目前 TIG 在全国都处于供应不足状态, 而马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 是借鉴国外纯化 TAT 的先进经验, 在原有使用马血清生产 TAT 工艺的基础上, 经加用柱色谱法纯化工序降低 IgG 等大分子蛋白的含量, 提高有效成分抗体片段 F(ab')₂ 的相对含量, 使之安全性得到很大提高^[2]。作为一种低致敏性抗毒素制品, 售价低于 TIG, 而且与 TAT 相比, 马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 具有两大优势: (1)更安全、更有效。(2)质量标准达到国际先进水平^[2]。目前在我院已广泛使用, 因此探讨一个既能保证患者安全, 又能省时的注射方法, 是该项亟待解决的问题。

本研究观察发现, 传统组马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 判断标准的阳性率高, 为 65%; 而改进组以皮丘直径 > 1.5 cm, 红晕 ≥ 4 cm, 伪足 ≤ 3 个, 有痒感, 但无荨麻疹、无鼻咽刺痛、无喷嚏等过敏反应为判定标准, 其阳性率为 4.375%, 明显低于传统组。传统组阴性患者中 1 例发生过敏反应, 而改进组无 1 例过敏反应。传统组患者中 65%至少需 4 次脱敏注射, 耗时 150 min, 且发生 14 例过敏反应; 改进组患者中 95%仅注射 2 次, 需 90 min, 仅 4.375%患者需注射 4 次, 耗

时虽需 150 min, 但过敏反应低, 因此, 总的时间较传统组明显缩短, 改进后的判断标准阳性率极低, 而且具有痛苦小, 注射次数少、省时、安全等优点。

过敏试验受多种因素的影响, 如皮试浓度高、针头过大、注射药物过多、饮酒、注射部位等均可引起皮试结果出现假阳性, 反之出现假阴性, 故操作者应严格按照规程操作, 排除可能存在外在因素的影响, 避免假阳性和假阴性的出现, 提高判断结果的准确性^[4]。同时近期应用马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 的患者, 再次皮试时阳性率明显增高, 故应详细询问上次用药时间、用药剂量及有无过敏反应。10 岁以下创伤儿童可以不注射马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂, 这主要与政府采取了初级的计划免疫(小儿注射百白破)措施有关, 破伤风类毒素(TD)的抗体有效性最低保护水平(0.01 IU/ml)能够保持 10 年^[5]。以下情况应放弃使用: (1)马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 皮试阳性者, 若脱敏时发生严重过敏反应, 应争分夺秒进行抢救, 并放弃使用马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂; (2)皮试强阳性者, 最好不使用马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂; (3)过敏体质者、儿童尤其是婴幼儿, 不宜注射马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂。上述不宜使用马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 的对象可改用 TIG。

本文通过对改进的马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 皮试的判断标准和脱敏注射方法与传统方法进行比较, 从而证明

改进后的注射方法阳性率低、省时、安全、患者痛苦少,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 新南威尔士州医疗卫生服务处. 白喉、破伤风、百日咳(dtpa)疫苗:给家长与子女的信息[EB/OL]. [2012-08-18]. http://www.health.nsw.gov.au/resources/PublicHealth/Immunisation/school_prog/pdf/chinese_dtpa.pdf.
- [2] 丁天然,张永信. 马破伤风免疫球蛋白 F(ab')₂ 及其临床应用

前景[J]. 上海医药, 2012, 33(19): 13-15.

- [3] 黄叶莉,朱晓法,黄建萍,等. 破伤风抗毒素皮试结果判断标准及脱敏注射法的研究[J]. 实用护理杂志, 2002, 18(6): 5-6.
- [4] 王月焕,赵桂华,张美丽. 破伤风抗毒素皮试结果判断标准及脱敏注射法的探讨[J]. 包头医学院学报, 2004, 20(3): 234-235.
- [5] 杨胜军,刘军生,高祥云,等. 人破伤风免疫球蛋白与马血清破伤风抗毒素临床应用[J]. 中华急诊医学杂志, 2004, 5(13): 350-351.

硝酸甘油联合醋酸奥曲肽治疗肝硬化继发上消化道出血的疗效观察

汤 海

(广西宾阳县黎塘镇卫生院外科, 广西宾阳 530409)

[摘要] 目的 观察硝酸甘油联合醋酸奥曲肽治疗肝硬化继发上消化道出血的疗效和安全性。方法 选择我院 2012 年 1 月~2013 年 12 月收治的肝硬化继发上消化道出血患者 96 例,采用隐匿数字随机法分为两组,对照组 48 例给予常规止血,观察组 48 例在常规止血基础上给予硝酸甘油联合醋酸奥曲肽治疗,并对两组疗效及不良反应进行评价。结果 观察组显效 20 例,有效 15 例,总有效率为 93.75%;止血效果明显,平均止血时间为(10.28±2.07)h,明显短于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 硝酸甘油联合醋酸奥曲肽可缩短肝硬化继发上消化道出血的出血时间,提高疗效,而且不增加不良反应,用于肝硬化继发上消化道出血的治疗效果显著。

[关键词] 硝酸甘油;醋酸奥曲肽;肝硬化;上消化道出血;疗效

[中图分类号] R575.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1001-5639(2014)01-0050-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5639.2014.01.019

上消化道出血是肝硬化患者最主要的并发症之一^[1],也是肝胆外科的常见急症,发病原因主要是食管或胃底静脉曲张破裂所致,发病特点是起病急、病因复杂、危险性大及病死率高^[2]。因此,迅速、有效、合理的止血药物是挽救患者生命,提高预后的非手术治疗手段^[3]。作者在常规止血基础上加用硝酸甘油和醋酸奥曲肽治疗肝硬化继发上消化道出血,取得了满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2012 年 1 月~2013 年 12 月收治肝硬化继发上消化道出血患者 96 例,均经内镜、胃肠钡餐确诊,

均在知情同意书上签字。96 例患者均无消化性溃疡病史,同时排除合并肝癌患者,严重心、脑、肾疾病患者,行门腔静脉吻合术或静脉曲张结扎术引起的消化道出血患者。临床表现为不同程度的上腹疼痛,头晕、反酸、嗝气,乏力,面色苍白、出冷汗等。将患者采用隐匿数字随机法分为两组,对照组 48 例,男 26 例,女 22 例,年龄 33~75 岁,平均(49.5±12.5)岁;观察组 48 例,男 25 例,女 23 例,年龄 32~73 岁,平均(47.8±11.7)岁。两组患者在年龄、性别、肝功能 Child-Pugh 分级、肝硬化类型等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者的一般资料比较(n,%)

组别	n	肝功能 Child-Pugh 分级						肝硬化类型					
		A 级		B 级		C 级		乙型肝炎		酒精性		丙肝	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
观察组	48	14	29.17	30	62.5	4	8.33	37	77.08	6	12.5	3	6.25
对照组	48	15	31.25	29	60.42	4	8.33	37	77.08	7	14.58	2	4.17

1.2 治疗方法 (1)对照组:患者入院后常规禁食,给予止血治疗,包括插胃管、口服冰盐水、奥美拉唑、乳果糖,给予去甲肾上腺素局部止血,同时根据患者情况积极对症支持治疗,包括补液,维持酸碱、水电解质平衡,预防感染,抗肝昏迷等,失血量多的患者给予输血治疗。确认为食管胃底静脉曲张破裂出血的患者采用三腔双囊管压迫止血,并密切观察患者出血情况。(2)观察组:在对照组治疗基础上给予 0.1 mg 醋酸奥曲肽注射液(上海华润药业科技有限公司)+20 ml

0.9%氯化钠注射液持续静脉滴注 48 h,滴注速度保持在 0.025~0.05 mg/h,同时舌下含服硝酸甘油 0.5 mg/h。

1.3 观察指标 观察两组患者出血停止时间(根据患者呕血、黑便次数、尿量、血压、红细胞计数、血红蛋白浓度及红细胞压积等指标综合判定),同时记录治疗期间的不良反应,并对治疗效果进行评价。

1.4 疗效判定 参照文献^[4]进行。显效:治疗后 24 h 内停止呕血,大便由黑色转为黄色,生命体征包括心率、脉搏、肠