

很明显。因此临床上难以广泛应用^[3]。穿透性角膜移植术可以彻底清除病灶,是治疗真菌性角膜溃疡的有效措施^[4-6]。但由于我国角膜供体来源有限,远不能满足临床需要,因此大部分病人未能施行角膜移植手术。我们采用局部清创联合结膜瓣遮盖术治疗真菌性角膜溃疡,局部清创、烧灼一方面清除了溃疡面的分泌物及坏死组织,有利于药物在组织内的渗透,另一方面碘能氧化病原微生物原浆蛋白的活性基因,并与蛋白质的氨基结合而使其变性失活,同时破坏酶蛋白,有强大的杀菌作用。结膜瓣遮盖术因结膜两端带蒂、血运良好、不坏死、覆盖的结膜瓣可提高药物的通透性。随着时间的延长,术后结膜上皮可转化为透明角膜上皮,病灶区仅留一层薄翳,视力有所改善^[7]。因此结膜瓣遮盖术治疗真菌性角膜溃疡具有经济、简单、有效、无排斥反应的优点,不失为角膜供体缺乏及基层医院挽救眼球的有效方法。

参 考 文 献

- [1] 程广印,贾 卉. 真菌性角膜炎的手术治疗[J]. 中国实用眼科杂志,2003,21(10):723-724.
- [2] 谢立信. 角膜移植学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:209.
- [3] 张文华. 应重视感染性角膜病的综合治疗[J]. 中华眼科杂志,1998,34(1):5-7.
- [4] 坑彩霞,徐艳萍. 角膜移植治疗严重真菌性角膜溃疡[J]. 眼外伤职业眼病杂志,2007,29(1):40-42.
- [5] 刘祖国. 眼表疾病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:386.
- [6] 许运新. 药物或药物联合结膜瓣遮盖术治疗真菌性角膜溃疡21例临床分析[J]. 广西医学,2005,27(8):1268-1269.
- [7] 赵宪孟. 近全角膜遮盖术治疗重症真菌性角膜溃疡[J]. 中国实用眼科杂志,2005,23(5):553.

(收稿日期:2008-04-11 修回日期:2008-05-09)

胰 性 胸 腹 水 3 例 报 告

黄家平

(广西桂东人民医院消化内科,梧州市 543001)

【关键词】 胸水;腹水;胰腺疾病

【中图分类号】 R 442.5 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)07-1082-02

胰性腹水和胰性胸水并存临床甚少见,Cameron等^[1]报告34例慢性大量胰性胸腹水,12例单有胰性胸水。近年来我院收治3例慢性胰腺炎并发胰性胸腹水,现结合有关文献讨论如下。

1 临床资料

例1:男,50岁,因腹痛,进行性腹胀18d于2005年12月19日入院。酗酒史25年。查体:T 36.0℃,消瘦,右侧肺部呼吸音减弱-消失,腹膨隆,腹部稍压痛,无反跳痛,腹部移动性浊音阳性。上腹部CT及B超提示“胰腺颈部囊肿,胰体及尾部萎缩,胰管扩张,大量腹水,右侧中量胸水”。血淀粉酶3521 U/L(正常值:0~120 U/L)、尿淀粉酶18100 U/L(正常值:0~500 U/L)。腹水淀粉酶31966 U/L,蛋白定量33.6 g/L,胸水淀粉酶29747 U/L,蛋白定量31.1 g/L。入院经禁食,持续胃肠减压,抑酸,抑制胰液及胰酶分泌,营养支持,多次抽腹水、胸水等内科保守治疗3周症状体征消失,病情治愈出院。

例2:女,82岁,因腹胀、腰痛、气促3d于2006年10月25日入院。查体:T 36.4℃,两肺第3前肋以下呼吸音减弱-消失,全腹稍隆起,移动性浊音阳性。胸腹部CT及B超提示“两侧胸腔积液(中等量),大量腹水,胰腺萎缩,胰管扩张,慢性胰腺炎”。血淀粉酶2721 U/L,左、右胸水淀粉酶大于3100 U/L,腹水淀粉酶3180 U/L,胸腹水蛋白定量大于30 g/L,入院经内科保守及胸水、腹水穿刺治疗后症状减轻,胸腹水减少,病情好转要求出院。

例3:男,48岁,因腹胀2周于2007年1月12日入院。有酗酒史15年。查体:T 36℃,左侧胸腔少量积液,腹部膨隆,无明显压痛,腹部移动性浊音阳性。腹水淀粉酶31800 U/L,血淀粉酶11050 U/L,尿淀粉酶11010 U/L,胸水淀粉酶27700 U/L,胸水蛋白定量33.0 g/L,腹水蛋白定量34.5 g/L。CT示:胰腺炎伴胰腺头部假性囊肿,胰体、胰尾萎缩,较大量腹水,诊断:慢性胰腺炎,胰头假性囊肿,腹水。内科治疗疗效欠佳,择期行内引流与囊肿-胃吻合术。术后支持治疗及应用抑制胰腺分泌药物,术后10d治愈出院。

2 讨 论

2.1 胰性胸腹水的概念 胰性胸腹水是慢性胰腺良性疾病所引起的富含淀粉酶的胸、腹腔积液。胰性胸、腹水不包括重症急性胰腺炎时的胸、腹腔炎性渗出及胰腺癌转移所致的癌性胸腹水。其病因有长期饮酒、胰腺假性囊肿破裂、胰腺外伤、胰管阻塞或异常、Oddi括约肌异常或特发性等。

2.2 胰性胸腹水的诊断

2.2.1 临床表现:胰性胸腹水患者常消瘦,出现胸水时可有呼吸困难、胸闷、胸痛、咳嗽,有腹水时腹痛、腹胀等。体征可有胸水征及腹部明显膨隆,可有轻压痛,叩诊有移动性浊音,腹水量常较多。

2.2.2 辅助检查:(1)血、尿淀粉酶均增高,可作为筛选试验。(2)胸腹水检查:有决定性意义,外观清亮,呈淡黄色,偶呈血性和乳糜性,胸腹水淀粉酶及蛋白含量明显增高,一般无细菌生长,本文3病例胸腹水淀粉酶明显高于血淀粉酶。3例胸腹

水蛋白均 30 g/L 以上。(3)血液检查:由于腹水丢失蛋白,营养不良,多数病人有低蛋白血症。(4)B超及CT:可发现胰腺囊肿、胰管扩张等慢性胰腺炎改变。(5)内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)检查:为另一有效的诊断手段,除胰管狭窄或扩张外,部分病例可看到造影剂外溢,从而确定胰管破裂的部位。

2.3 胰性胸腹水的治疗

2.3.1 内科治疗:采用内科保守治疗,有 40%~60% 的患者在 2~3 周治愈^[2,3]。治疗原则是减少胰液分泌,让胰腺得到“休息”,供给足够营养支持,促进引流和胰管瘘或假性囊肿破裂口的自行封闭愈合。措施有:(1)禁食及胃肠减压,减少胰液分泌。(2)全胃肠外高营养,补充足够的热量与蛋白质,及时纠正水、电解质紊乱,改善全身营养状况,同时为需要手术的患者创造良好条件。(3)抑制胰腺分泌的药物:临床上应用生长激素释放抑制因子(SS)及其类似物(善宁、施他宁),使胰性胸腹水的治疗取得进展,需外科手术治疗的病人减少,同时降低了手术的风险,治疗后病人胸腹水减少,囊肿自行塌陷,血液及浆膜腔淀粉酶下降。(4)胸腔、腹腔穿刺:大量胸水可以反复穿刺抽液或闭式引流,以缓解症状,促进破口覆盖闭合。口服乙酰唑胺及使用利尿剂减少胸腹水无效。

2.3.2 放射治疗:抑制胰腺的外分泌功能促进胰瘘的闭合,适用于内科治疗无效而外科手术风险高的病人。低剂量的放疗可减少胰腺分泌,而大剂量放疗可致腺体纤维化。低剂量放疗经短时间后胰腺功能可基本恢复。放射治疗远期疗效及并发症还有待于进一步观察。

2.3.3 内镜治疗:内镜下鼻胰管引流(ENPD)、胰管支架引流术(ERPD)治疗与主胰管相通的胰瘘或假性囊肿破裂引起的胰性胸腹水获得较好疗效。ERPD 能解除胰管狭窄或梗阻,降低 Oddi 括约肌及胰管内压力,使近端胰管引流通畅,胰瘘闭合、囊肿逐步缩小甚至消失,从而促进胰源性胸、腹水的吸收,同时应用奥曲肽治疗;若胰瘘引起难治性胸腹水,内镜下可将支架置入胰管并超越胰瘘口处,常可取得疗效。Barthet 等^[4]报告了 30 例胰腺假性囊肿患者支架治疗效果,平均随访 15.3

个月,23 例(76.7%)治愈,7 例失败。目前 ERPD 治疗胰性胸腹水远期疗效的相关数据尚缺乏。与 ERPD 比较,ENPD 的优点是无需多次 ERP 插管可使胰管重复显影;允许间歇性负压抽吸胰液更利于胰瘘闭合;可减少胰腺炎并发症;放置时间短,不会引起胰腺形态学改变。此外,经内镜超声(EUS)腔内(胃或十二指肠)引流紧贴胃或十二指肠壁的胰腺假性囊肿亦成为治疗胰性胸腹水的良好治疗手段。

2.3.4 手术治疗:经内科系统治疗,病情无好转或恶化应采用手术治疗。手术治疗必须先明确胰管的基础疾病,胰管损伤的位置,然后引流与此相通的囊肿,使胰管系统减压,以致渗漏的胰管封闭。手术方法的选择是根据患者胰腺病变的范围和胰管的位置决定。(1)如果近段胰管扩张渗漏而无假性囊肿,可行胰管空肠吻合术。(2)如果胰管破裂在胰腺尾部,近段胰管正常,可行胰管结扎,胰腺远段切除及残余部分缝合。(3)如果破裂的假性囊肿与胰管交通,可行囊肿-空肠吻合术,囊肿-胃吻合术。

参 考 文 献

- [1] Cameron JL. Chronic pancreatic ascites and pancreatic pleural effusion[J]. *gastroenterology*, 1978, 74(1):134-140.
- [2] Safadi BY, Pinkas H, Brady PG, et al. Pancreatic-pleural fistula: the role of ERCP in diagnosis and treatment[J]. *Gastrointest Endosc*, 2000, 51(2):213-215.
- [3] Yasuda H, Hildenbrand R, Wostbrock B, et al. A case of pancreatic pleural effusion and mediastinal pancreatic pseudocyst: management by a somatostatin analogue octreotide[J]. *Pancreas*, 1999, 19(4):410-412.
- [4] Barthet M, Sahel J, Bodiou-Bertei C, et al. Endoscopic Trans-Spillary drainage of pancreatic pseudocysts[J]. *Gastrointest Endosc*, 1995, 42(2):208-213.

(收稿日期:2008-03-13 修回日期:2008-04-10)

局部封闭结合免疫治疗斑秃 500 例临床观察

莫报翰

(广西医科大学第五附属医院、广西柳州市人民医院皮肤科,柳州市 545001)

【关键词】 斑秃;曲安奈德;免疫治疗;局部封闭

【中图分类号】 R 758.71 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)07-1083-02

斑秃为突发性的非炎症性、非瘢痕性片状脱发^[1]。我科 2000 年 1 月至 2006 年 12 月诊治斑秃患者 500 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 入选标准:年龄 18 岁以上,性别不限,临床症状典型,头部有 2 cm 以上的 1 片或 2 片以上脱发,头皮正

常,无自觉症状,病程 2 个月以上。患者知情同意。共入选病例 500 例,其中男 312 例,女 188 例;年龄 18~55 岁,平均 36.5 岁;其中只有 1 片斑秃为 120 例,2 片以上为 380 例,脱发面积每片均在 2 cm 以上。治疗前血及尿常规、肝功能(ALT、AST)、肾功能(尿素氮、肌酐)、血脂(总胆固醇、甘油三酯)检查均正常。

排除标准:妊娠期及哺乳期妇女,糖尿病,接受过化疗的