

顺德市第一人民医院
医学论文集

(1996 年度)

6

上海市第一人民医院

医学论文集

(1954-1955)

6

目 录

肾细胞癌的治疗进展	1
299 例高脂血症的流行病学调查及对策	5
CT 引导下经纤维支气管镜对纵隔肿大淋巴结的穿刺活检	7
我院 1995 年医院感染监测分析	10
肝癌伴腹腔淋巴结肿大腹主动脉开口闭塞 1 例	11
关于上颌窦血肿的诊治	12
颈部恶性原始神经外胚层瘤	13
右侧口底异位结节性甲状腺肿 1 例	14
53 例散发性脑炎的脑电图与 CT 诊断对比分析	15
CT 定位锥颅血肿碎吸术治疗脑出血 29 例报告	16
切面超声心动图对心包积液的定量诊断	19
心包积液增长速度与病因及预后关系探讨	21
胃 Dieulafoy 病误诊 4 例分析	24
肠扭转 56 例诊治体会	26
上消化道出血盲目胃大部切除术后再出血分析	27
内镜在 Dieulafoy 病诊治中的价值	28
细针针吸细胞学检查对乳腺肿块的诊断价值	30
祛湿法临床应用验案举隅	31
中西医结合治疗 64 例面神经麻痹	32
以神经精神症状为突出表现的伤寒 1 例	33
潘生丁治疗流行性感冒疗效观察	34
Stevens-Johnson 综合征 1 例延误诊断分析	35
丽珠肠乐治疗慢性肝病所致肠功能紊乱 25 例疗效观察	36
风湿性心脏病 160 例分析心律失常	37
旋覆代赭汤治验二则	38
隔姜灸治疗消化道溃疡 30 例	39
肢体坏死性筋膜炎	40
爱儿宝口服液促性腺激素样作用的研究	41
爱儿宝保健功效的研究	44
丹参在心血管疾病中的药理作用	48
用多聚酶链式反应技术筛查沙眼衣原体肺炎(附 14 例分析)	49
胆管癌的 IRCP 诊断(附 13 例分析)	51
肺泡微结石症 3 例报告	52

中西医结合治愈红皮病型银屑病 1 例报告	53
PCR 技术在病毒性肝炎检测的应用及临床意义	54
人胎 LAK 细胞回输治疗慢性乙型肝炎治疗现状	56
我国病毒性乙型肝炎 16 例临床分析	57
病毒性肝炎 B 超胆系图像改变的处理(附 350 例分析)	59
手法拉压复位治疗腰椎间盘突出症的护理	61
坏死性淋巴结炎 10 例临床病理分析	62
卵巢宫内膜样癌伴发子宫内膜癌 2 例	64
阔韧带子宫内膜异位症误诊卵巢囊肿 1 例	66
73 例宫外孕 B 超诊断分析	66
换血疗法抢救新生儿重症高胆红素血症 2 例	66
顺德市人群中高脂血症的分布	68
经支气管穿刺活检在常规纤维支气管镜检查中的作用	70
上唇皮肤混合瘤 1 例报告	71
原发性十二指肠肿瘤 14 例报告	72
肝外胆管癌 68 例临床分析	74
PCR 快速检测小儿沙眼衣原体肺炎病原体	77
男性计划生育研究现状与展望	78
硫酸普拉酮钠在中期妊娠引产中的应用	81
米非司酮配伍米索前列醇抗早孕 500 例临床观察	83
基层医院新生儿急腹症的特点及其围手术期问题	84
小儿重症胰腺炎的抗胰酶治疗	86
潘生丁的临床应用	87
新生儿窒息后血钙变化及其与并发症和死亡关系的探讨	88
护士参与病房管理的体会	89
家属心理素质与肾病综合症患儿疗效的关系浅析	91
护理工作与中医的“天人相应”	92
61 例戊型肝炎病人的观察及护理	92
老药新用治疗婴幼儿秋季腹泻	94
颅脑外伤的急救护理探讨	95
5 例恙虫病患者的观察及护理	96
一例羊水栓塞致心跳骤停 20 分钟的抢救体会	98
结扎术后腹部伤口愈合不良的处理	99
晚期妊娠自发性子宫破裂一例报告	100
61 例自杀病例统计分析	100

脑电图在精神型病毒性脑炎中的诊断作用	103
胃粘膜恒径小动脉出血诊治体会	103
141名临床医师康复观察的调查	104
中西医结合治疗带状疱疹22例	105
大黄的药理作用及临床新用	106
三棱与莪术的比较鉴别	107
番泻叶治疗急性肠梗阻	108
非淋菌性尿道炎(宫颈炎)病原体临床分析	109
恙虫病70例临床分析	110
33例顽固性癌痛临床治疗	112
病态窦房结综合征治验1例	112
一例纵隔脓肿的诊断和治疗	113
浅谈药库管理	113
烤瓷冠桥与美容牙科	114
预防爱婴区交叉感染的护理对策	116
132例非司酮配伍Misoprostol 终止早孕的护理	117
孕妇产前心理特征和护理	118
抢救1例800克极低出生体重儿体会	119
顽固性尿血治验一则	119
化痰祛湿治疗高脂蛋白血症120例观察	120
小儿肝脾破裂在诊治上应注意的问题	121
用多聚酶链式反应技术筛查沙眼衣原体肺炎14例分析	121
顺德市186例戊型肝炎病例分析	121

肾细胞癌的治疗进展

虞湘才 冯景唐 范宠仁

现代超声诊断、X线影像学及各种生物瘤标诊断手段的发展，对肾细胞癌的诊断已不困难。在明确诊断的病人中几乎有 30% 的病人已有远处转移需行全身治疗；无转移者可经外科手术获得治愈。现就近年来肾癌治疗方面某些新理论和新方法综述如下。

一、根治性肾切除

根治性肾切除就是首先控制肾蒂血管，在盖氏筋膜内切除肾脏后同时作同侧的局部淋巴结清扫及肾上腺切除。本法较单纯性肾切除更能提高病人术后存活率。因在手术中发现大约 45% 的病人已有肾癌肿侵犯肾周围组织，故施行根治性肾切除术是符合逻辑的。根治性肾切除术 5 年存活率 I 期为 56%~82%，II 期为 43%~100%，III 期 8%~51%，IV 期 0~13%。10 年存活率 I 期为 20%~72%，II 期 0~67%，III 期 0~38%，IV 期 0~7%^[1]。

二、术前肾动脉栓塞疗法

术前肾动脉栓塞有助于根治性肾切除的手术操作。其优点是栓塞后可造成肿瘤血管减少，术中可及早地结扎肾静脉，这样既利于手术操作也大大地减少术中出血，而且还可防止癌栓进入体循环。该法适用于巨大肿瘤已侵犯到肾静脉和腔静脉的患者。肾癌发生腔静脉转移者约占 7%~9%，若无淋巴结及远处转移（T3cN0M0 期），外科手术仍然是有效的方法，其方法取决于癌栓的范围，若癌栓位于肝静脉以下的腔静脉，可用心耳钳钳夹癌栓以下的下腔静脉，切开静脉壁，取出癌栓。若癌栓已浸润下腔静脉壁，但范围较小，可切除部分下腔静脉，若腔静脉周径大部分被肿瘤浸润，对于右肾癌可切除该段腔静脉，结扎下腔静脉下端，而将上段与左肾静脉吻合。对于左肾癌，可将右肾静脉与门静脉端侧吻合。若癌栓位于肝静脉以上的腔静脉，其手术难度增加，危险性增大，需行胸腹联合切口或腹正中胸骨劈开切口，在胸腔内阻断腔静脉，如联合应用心肺旁路低温体外循环技术，可提高手术安全性，减少术中大出血，降低癌转移及肺栓塞的可能。一旦右心房发生转移癌时可经心房手术切除肿瘤。

对确诊腔静脉已有转移癌的病人，应在肾切除的同时切开腔静脉摘除癌肿，其手术死亡率大约 4%~14%，术后 1 年存活率可达 75%。Schefft 等报告 12 例。其中 6 例早期腔静脉孤立转移癌术后存活了 14 个月~10 年，平均 25 个月。Skinner 等报告腔静脉受累而无远处转移的病人 5 年存活率达 54%。其治疗结果令人鼓舞，但对腔静脉转

移癌同时合并有远位器官转移的患者其治疗效果不佳。因此，肾癌腔静脉受累且有远处转移的患者一经确诊即应非手术治疗。

三、淋巴结清扫术

根治性肾切除是否同时行肾周淋巴结清扫术仍有争论，且其清扫的范围意见不一。在无转移癌征象的患者中，肾周淋巴结病检阳性率达8%~22%，这类病人存活率较低，存活5年者仅5%~21%，存活10年者仅3%~16%。肾癌已有淋巴转移时，则应采用淋巴结广泛切除。包括肾上腺周围孤立的淋巴结转移灶，以期提高患者的存活率。另一些学者认为转移癌是经血行播散，故淋巴清扫术未必十分需要，也不应作为肾癌手术的规范治疗方法。在一组515例肾癌病例中，经病理证实淋巴转移的103例（占20%）除7例外，96例为单侧区域性淋巴清扫术，即左肾癌作腹主动脉旁清扫，右肾癌作下腔静脉旁及下腔静脉与腹主动脉之间清扫。无论是左或右，其上界应达到肠系膜上动脉起始部，下界为肠系膜下动脉起始部，在伴有淋巴结转移的全部病例中，手术时即已发生远处转移病例占2/3，因此，103例中总生存率1年为46.1%，3年为21.5%，5年仅为13.1%。

四、双肾或孤肾肾癌的治疗

同时或非同时发生的双肾癌占1.8%~3.8%，孤肾癌同样可以发生在先天性孤肾或因良性病变行肾切除的孤肾中。外科治疗的目的是切除肿瘤，保留足够肾组织，不依赖血液透析维持生命。同时发生双肾癌肿瘤最小侧行肾部分切除术，对侧行根治性肾切除术；双肾肿瘤均较小时，可同时行肾部分切除术，也可采用一侧一侧地行肾部分切除的保守性手术。Viets等应用此保守性手术治疗3例同时发生的肾癌病人，术后存活6个月~5年。双肾癌已有远处转移的病人术后预后极差。孤肾无转移时应力争行肾部分切除术。Malek等报告12例病人，其中10例生存2~18年，无肿瘤复发。另一组资料表明孤肾肾癌行肾部分切除术后，平均随访31个月约有72%的患者存活。而非手术治疗仅有25%的病人存活。孤肾肾肿瘤位于肾中央或多发肿瘤可行离体肾手术和自体肾移植。但已行肾部分切除的患者无需考虑离体肾手术。对双肾或孤肾肿有人提倡单纯从肾实质内剝出肿瘤，本法一旦肿瘤未切净即有复发机会。Noviek等报告17例，其中有4例肿瘤复发。双肾或孤肾肾癌肾实质侵犯太广泛，部分切除后存留的肾组织又不能维持生命，则应在根治性肾切除后行血液透析，观察1~2年再行肾移植，以免肾移植后再发肿瘤。目前，已有根治性肾切除术幸存15个月后行肾移植成功报道。

双肾或孤肾同时发生多发肿瘤者可采用保留肾脏组织的手术 Didier 报道了

1971-1990 年 727 例手术切除肾实质恶性肿瘤病理报告发现 61 例多发肿瘤, 占 8.4%。研究发现肿瘤大小并不增加或降低肿瘤多发的机率, 保留肾脏性的术后约有 10% 复发率。而 10 例患者第二肿瘤紧邻最大肿瘤, 提示这些肿瘤可经肾部分切除而不能仅行单纯肿瘤剝出术, 也表明肾部分切除术比肿瘤剝出术效果好。为减少复发率尚需对整个肾实质进行仔细的影像学检查, 以发现多发灶。

五、栓塞性肾切除

采用经皮穿刺肾动脉造影下栓塞肾肿瘤血管, 根据其栓塞的目的不同, 可选择不同的栓塞材料, 应用永久性栓塞材料则可产生“肾切除”的效果, 适用晚期肾癌病人的治疗。虞湘才曾采用无水乙醇作为栓塞剂, 作术前肾动脉栓塞, 试图作肾切除未成功。因肿瘤体积巨大, 即再次肾动脉栓塞, 病人长期存活5年以上。一例单用肾动脉栓塞的病人肺部转移癌自然消失。假若栓塞疗法的良好效应是免疫学方面的机理的话, 那么已有转移的肾癌患者应用该方法是良好指征。MacDonald等报告50例已有转移癌病人, 应用肾动脉栓塞术有效率达 46%。

六、放射治疗

术前放疗者有利于手术操作, 术后放疗减低局部复发但均不能改善病人的存活率。企图在局部淋巴结使用一定剂量放射线对提高疗效也无济于事, 且常常影响胃肠道及肝功能。但近年来, 术后放疗被多数学者所推崇, 尤其是用于 I、II 期肾癌。研究发现术后放疗对提高病人存活率有肯定作用。但右侧肾癌放疗后常并发放射性肝炎, 也是使术后放疗存活率降低的原因。周菊英等报告术后放疗32例, 5年与10年生存率为 68.2% 和 54.5%, 较文献报道为高。有鉴于放疗的实际应用价值众说不一, 因此, 肾癌患者术前与术后放疗可否作为常规应用仍是一个挑战性的课题。

七、内分泌激素治疗

激素治疗源于动物实验, 该实验显示肾肿瘤可以受激素作用而缓解。最近研究发现某些人类癌细胞表面存在孕激素、雌激素及雄激素受体, 但不同于乳腺癌的是这些受体似乎与激素治疗反应无关。最初报告孕酮有效率为 20%, 但严格标准后只有不足 5%, 而且所谓有效可能仅仅是自然缓解的表现。晚期肾癌患者应用孕酮和睾丸酮治疗有效率是 16%, 激素的最佳效应一般在用药开始后 6 周内。其它如雄激素、雌激素拮抗剂如三苯胺的有效率均在 10% 以下。肾切除后辅助性应用孕激素也不能减少复发率。激素治疗晚期肾癌的实际效应很小, 有无必要使用值得进一步商榷。

八、化学药物治疗

非激素性化学药物对晚期肾癌患者无效。文献报告长春新碱的有效率为

15%-30%，所谓有效仅指肿瘤体积暂时缩小 50% 以上而言，有效期短，生存期无改变。与其它药物相比，长春新碱性较小，包括胃肠道，骨髓抑制，脱发，神经毒性等。有学者主张联合用药，虽然有效率有所提高，但性也随之加大。新药中氟尿嘧啶效果最好，持续静脉给药，有效率达 33%。其它药物如氮芥类化合物如苯丁酸氮芥，环磷酰胺，6MP，争光霉素和自力霉素 C 多为部分效应，最佳效应也仅仅达 10%。最近报告应用 Methotrexate 并 Citrovorumrescue 单用或联合应用的部分效应达 20%，病情稳定者占 25%，治疗有效者可获得较长期的存活。应用 Mitoguasone (Metgyl-GAG) 治疗 25 例患者，客观有效率达 16%，联合化疗比单一化疗的效果更好。对于 I、II 期肾癌患者化疗不宜作为常规应用，对积极要求的患者可予 1-2 个疗程的新药治疗。

九、免疫治疗

免疫治疗是以自然界存在的某种物质激活免疫系统，继而杀灭癌肿的疗法。已试用的免疫抑制剂有干扰素，白介素 2 (IL-2)，淋巴因子活化的杀伤细胞 (LAK 细胞)，肿瘤浸润淋巴细胞 (TIL 细胞)，香豆素和西米替丁等。Kuebler 等应用 IL-2 与长春新碱或 LAK 细胞联合治疗转移性肾癌，19 例单用 IL-2，15 例在 IL2 治疗后加用化疗表明联合用药并未提高疗效，且骨髓抑制增加，而单用 IL-2 生物治疗确实可使肾癌缓解。应用免疫 RNA 转移因子，BCG，自体瘤细胞疫苗治疗晚期肾癌，试图改善病人存活率已在临床应用。干扰素分为 α 、 β 、 γ 三种，以 α 干扰素研究资料最多，它有细胞毒性及细胞调节双重作用。治疗总有效率为 6%-27%。回顾总结 1532 例患者总有效率为 16%，高于自然缓解率，且有较多的副作用，长期使用多不能耐受。IL-2 在试管实验中可刺激 T 淋巴细胞扩增，故称 T-细胞生长因子，而在体内可激活 NK 细胞并产生淋巴因子激活杀伤肿瘤细胞，在 γ -干扰素的诱导下，IL-2 还可增强巨噬细胞抗肿瘤效应。通常治疗程序是静脉给予大剂量 IL-2，其后以白细胞分离技术获得淋巴细胞，后者在试管内和 IL-2 混合培养产生大量 LAK 细胞，再将这些 LAK 细胞与 IL-2 一起回输给患者，其他一些患者只接受 IL-2，多数实体癌相对不敏感，但肾癌属有效率最高者之一。合用 IL-2 与 LAK 细胞者达 35%，单用 IL-2 者为 21%，但费用昂贵，副作用大。Marashall 等报告一组 42 例患者联合应用香豆素与甲氰咪呱，其有效率 33%，与 IL-2 最佳效果近似，且毒性反应极小，值得临床推广应用。

十、未来展望

目前，肾癌的治疗仍以早期诊断后及时外科手术可望获得较好的治疗效果。对多数晚期肾癌患者，尤其是一般状况差者，支持疗法仍是合理的治疗，包括化疗和免疫治疗等，这方面的治疗进展仍依赖于基础生物学和免疫学新理论的发展。

299例高脂血症的流行病学调查及对策

郭 苏¹ 全屏寿² 李崇虹¹ 叶凯云¹ 卢剑华¹ 李彩华¹

摘要 血脂增高者 299 例占健康受检人群的 64.16%, II a 型占血脂增高者的 78.26%, II b 型占 9.37%, IV 型占 12.04%, I 型占 0.33%。增高者 HBP、BMI>24 和 HBG 的发生率均大于正常组。饮酒者的 TG 显著高于正常组。受检人群平均 BMI 为 23.14。BMI>24 时 HBP 和 HBG 的发生率亦显著大于 BMI<24 者,提示肥胖与高脂血症、HBP 和 HBG 密切相关。

为加强 CHD 的预防,我们对顺德市某单位发现的高脂血症者做了流行病学调查,并提出初步对策。

对象和方法

一、对象:

1. 某单位成员 474 人,排除继发性高脂血症等余 466 人(男性 422 人,90.6%;女性 44 人,9.4%。平均年龄 48.4 ± 7.6 岁,年龄分布 26~69 岁),其中血脂增高者 299 例,占 64.16%,平均年龄 49.13 ± 8.73 岁。结合文献将血脂增高分下述四型:

(1) II a 型(原发性高胆固醇血症),TC 和 LDL-C 均高,TG 正常或轻度增高 234 例(78.26%),本型临界增高(TC5.18-6.2mmol/L,LDL-C3.4-4.1mmol/L,浓度单位下同)125 例(41.81%)和增高(TC>6.2,LDL-C>4.1)109 例(36.45%)。

(2) II b 型或 III 型(混合性)TC 和 TG 均高,但 TG>TC 的 1-3,28 例(9.37%)。

(3) IV 型(原发性高 TG 血症)TG 增高,TC 正常或轻度增高,其中临界高(TG2.3-4.5),增高(4.5-11.3)和极高(>11.3)36 例(12.04%)。

(4) I 型或 V 型 TC 中度到显著增高(>7.7)的同时,TG 高达 >11.3,此时血浆呈乳糜样,只 1 例,占 0.33%。

2. 受检对象除详细的物理检查外,均拍 X 线胸片,常规 12 导联 ECG、肝胆 B 超、血的发生率显同于正常组($\chi^2=4.47, P<0.05$);BMI<24 者仅 II b 型 HBG 的发生率显著大于正常组($\chi^2=4.37, P<0.05$)。四组间的 BMI 值有显著差异($\chi^2=12.43, P<0.02$)。

四、生活习惯与血脂水平:

1. 饮食习惯:周在外进食中晚餐 1-3 次以上,早、晚茶 3 次以上者 TC、LDL-C 和 TG 含量与无在外就餐及早晚茶者相比无统计学意义($P>0.5$)。

2. 饮酒与血脂:每天饮酒超过一两者为经常饮酒,结果 110 例饮酒者与 216 例不常饮酒者比较,前者 TG 含量显著高于后者($t=3.25$, $P<0.05$)。

3. 吸烟与血脂:140 例吸烟(>1 支/天)与 186 例非吸烟者比较,血脂含量无显著差别($P>0.5$)。

4. 运动与血脂:每周跑步多于 4 次以上与不常运动者比较,两者无显著差异($P>0.5$)。

讨 论

本文高脂血症平均发病年龄 49.13 岁,占受检人群的 64.16%,平均血清 TC、LDL-C 和 TG 既高于广州工人(分别为 4.64、3.09 和 1.15mmol/L),亦高于 20 岁以上美国成人。以 II a 型发病率最高,占 78.76%,值得重视。LDL-C 占 TC 的 60%~70%,与动脉粥样硬化斑块的形成密切相关,且最具特异性。

血脂有随年龄增长而升高的趋势,尤以妇女为著。受检人群 BMI >24 者占可统计者的 37.85%,平均值 23.14 时,TC 为 5.66;广州工人 BMI 平均 21.6,TC 为 4.46;美国工人 BMI 平均 25.4,TC 为 6.41。本文各型高脂血症血压升高的占 32.88%(98/298),显著高于正常组的 23.95%(40/167)($\chi^2=4.10$, $P<0.05$);血压升高者 BMI >24 的 76 例,占 73.79%,而 BMI <24 的只 27 例,占 26.21%;BMI >24 者 HBG 的发生率亦显著高于 BMI <24 者($\chi^2=4.56$, $P<0.05$)。资料再次提示肥胖与高脂血症、高血压和血糖增高密切相关;各型血脂异常者平均年龄均大于正常组。

实践证明,降低血清 LDL-C 含量对预防以至治疗 CHD 是有效的并可减轻已形成的动脉粥样硬化斑块,延缓动脉粥样硬化的进程,改善动脉壁的损伤,减少 CHD 事件发作,从而减少 CHD 死亡。因此,Smith 等提出对已有 CHD 或其他血管病者,应迅速广泛和有效的减少包括降低血清 LDL-C 和 TG 等在内的 CHD 危险因素,改善病人的生活质量及因心脏事件发作而给病人带来的巨额经费开支,并提出治疗的具体措施。

对本次高脂血症的流行,以控制食物中胆固醇和减少烟酒等摄入,增强体力活动,减轻体重及口服必要的降脂药物治疗,降低血清 TC、LDL-C 和 TG,并广泛宣传饮食卫生,增强群众对预防 CHD 的意识。HDL-C 是负性 CHD 危险因素,当 >1.6 时可抵消一个危险因素,每增 1%,可减少 0.6%~2.3% 的 CHD 的发生率。本文正常组 HDL-C 含量平均值 1.64,全体受检人群平均值为 1.57。本次调查均属无症状型高脂血症,其意义尚需作进一步追踪观察。

CT引导下经纤维支气管镜对纵隔 肿大淋巴结的穿刺活检

荣 福 崔 冰 郭 苏 龚颜欢 陆尚治

摘要 为明确肺癌合并的纵隔肿大淋巴结的性质,在CT直接扫描定位下,对33例的45个部位肿大纵隔淋巴结进行经纤支镜的穿刺活检(TBNA)。结果表明,20例的25个部位肿大淋巴结为肿瘤侵犯所致,其中9例涂片结果与所取支气管内肿物的病理一致;8例的15个部位肿大淋巴结为炎症所致,5例为正常淋巴结。CT提示的肿瘤合并淋巴结肿大,33.3%可能为非肿瘤的炎症等因素所致。合并纵隔淋巴结肿大的肺癌患者在选择治疗时必须明确淋巴结的性质。CT扫描定位与TBNA的结合运用是一种穿刺定位准确、结果准确、操作较简单、安全的临床实用检查手段。

主题词 肺肿瘤 淋巴转移 支气管镜检查 断层摄影术,X线计算机

Transbronchial needle aspiration under CT guide for enlarged mediastinal lymph node biopsy Rong Fu,Chui Bing,Guo Su,et al. Shunde First People's Hospital,Shunde 528300

Abstract To ascertain the nature of enlarged mediastinal lymph nodes transbronchial needle aspiration (TBNA) was performed under CT guide through bronchoscopy. Forty-five enlarged mediastinal lymph nodes from 33 lung cancer patients were biopsied. The results indicated that 25 enlarged lymph nodes from 20 patients were due to cancer metastasis while 15 enlarged lymph nodes from 8 case were due to inflammation, and those from the remaining 5 cases were normal. Therefore, about 40% of the enlarged mediastinal lymph nodes in lung cancer patients result from non-cancerous inflammatory changes. TBNA under CT guide has the advantage of accurate localization, is easy to perform and safe.

Subject words Lung neoplasms Lymphatic metastasis Bronchoscopy Tomography, X-ray Computed

80年代中后期,国外开展的经纤维支气管镜穿刺活检(transbronchial needle aspiration TBNA)是一种特异性较高的方法,但由于穿刺点的定位不明确,灵敏度较低。

我们拟利用 CT 的高灵敏性和经纤支镜穿刺活检的高特异性的优势，直接在 CT 扫描下对纵隔肿大淋巴结进行经纤支镜的穿刺活检，并探讨其临床应用的价值和意义。

材料与方法

33 例原发性肺癌患者，男 22 例，女 11 例。年龄 59.7 ± 12.22 岁。经 CT 扫描后发现 45 个部位的纵隔淋巴结肿大（CT: Xpeed II，层厚 10mm，增强扫），淋巴结所处部位按《美国胸科协会胸内淋巴结分类区》标准附表。先根据 CT 定位片及薄层扫描片初步确定穿刺部位、角度及深度。方法是：以隆突或支气管分嵴为基点，从定位片测出从基点向上或向下的距离，从薄层扫描片上测出穿刺的角度（按顺时针钟点数计）及深度。

以 4% 利多卡因行鼻腔、咽喉部喷麻及进入气管后的逐步麻醉。患者平卧于 CT 扫描床上，纤支镜（Olympus 1T20）从鼻孔插入。为避免污染，先进行穿刺活检，后行其他检查（如钳检等）。生理盐水 10ml 冲洗预定穿刺部位。将穿刺针尖露出套外少许，刺入粘膜作为固定点，然后将纤支镜前端贴近粘膜，再用一定力度将穿刺针穿

附表 33 例肺癌患者纵隔肿大淋巴结分布部位及数目

肿大淋巴结部位	数目
右气管上端淋巴结	1
前隆突淋巴结	16
后隆突淋巴结	1
右气管下端淋巴结	10
左气管下端淋巴结	5
右主支气管淋巴结	7
左主支气管淋巴结	2
右肺门淋巴结	3
总数	45

入淋巴结，这样就可解决穿刺针因无法固定而摆动、不易穿透气管、支气管壁的问题。在按预定的角度及深度刺入预定部位后行 CT 扫描（层厚 10.0mm，扫描时间 3 秒，纵隔窗窗口技术，WL40~50，WW250~500）。如果 CT 扫描显示穿刺针在淋巴结

内（如图 1、2 所示，如果穿刺针与 CT 扫描层相平行，则可呈水平状的穿刺针；如果相垂直，则穿刺针呈点状）则进行抽取，否则按 CT 室医生提出的新的参数进行重新穿刺。抽吸时用 50ml 的一次性注射器，抽吸过程中不断抽动穿刺针（针尖不退出粘膜），在抽至 50ml 刻度时持续 20 秒左右后拔针，拔针前将注射器与穿刺针分离，以免负压吸取上皮组织及分泌物。将穿刺针内的抽吸物直接喷在玻片上涂匀，风干后用 95% 酒精固定。一般在确定的穿刺部位反复穿刺 3~4 次，范围不超过 2.0cm^2 ，涂片经染色后行细胞学检查。钳检物行组织学检查。

结 果

对 33 例肺癌患者的 45 个肿大淋巴结进行 CT 定位下的穿刺抽吸行细胞学检查，对其中 11 例支气管内有肿物的做钳检行组织学检查，结果表明，20 例的 25 个肿大淋巴结为肿瘤侵犯所致，其中 9 例有肿物钳检的组织学结果（腺癌 5 例、鳞癌 4 例）与细胞涂片的检查结果完全符合；8 例患者的 15 个肿大淋巴结为炎性表现（其中 2 例有组织学检查，1 例为鳞癌，1 例为燕麦细胞癌）；5 例淋巴结涂片结果显示阴性。

肺癌扩散所致的淋巴结肿大抽吸物多呈红色，较易抽出，涂片中有较多的淋巴细胞和散在或成团的癌细胞，炎症引起的淋巴结肿大，抽出液多呈淡红色或浅白色，涂片中有较多的白细胞和淋巴细胞相混合。阴性结果的淋巴结部位较单一，抽吸物呈淡红色，不易抽出，涂片多为均匀蛋白红染，散落数个淋巴细胞。

在整个操作过程中，除穿刺处有少许出血外，未出现气胸、大出血等并发症，术后追踪 1 周并进行胸片检查，未发现纵膈炎发生，其中 1 例患者在术后 3 天复查纤支镜，发现穿刺处有轻度红肿。

讨 论

肺癌患者是否合并纵膈淋巴结转移是决定能否手术治疗的重要因素。通常认为，隆突下或病灶对侧的淋巴结受肿瘤侵犯，应放弃手术治疗。临床医生多年来一直在探索一种能明确肿大纵膈淋巴结性质的方法。纵膈镜检查由于损伤大、受检部位局限（不能检查主动脉弓下和隆突下）、有一定危险性，因而未能广泛使用；开胸探查亦受到条件的严格限制。CT 的发展，对探查纵膈淋巴结肿大提供了一个灵敏的手段。通常的诊断标准是，如果淋巴结大于 $1-1.5\text{cm}$ 则认为肿大。据报道，CT 提示的淋巴结肿大，有 30%-40% 为非肿瘤因素所致而非肿瘤因素中以炎性为主。因此，肺癌患者合并淋巴结肿大，必须明确其性质，从而可选择适当的治疗方法。经纤维支气管镜对

纵隔淋巴结进行穿刺活检是一项较新的技术，国外 80 年代开始应用于临床，取得了较好的效果和一定的经验。其操作较简便、穿刺的部位广泛（从气管上端直至肺门），但由于单纯以 CT 扫描片作为定位手段，不能明确肯定穿刺针位于淋巴结内，抽吸物的可靠性较低。本检查利用 CT 的高灵敏度和经纤支镜穿刺活检的高特异性，成功地将二者结合起来组成一个新的检查技术。在穿刺活检过程中，确定穿刺针在淋巴结内才进行抽吸，检查结果可靠，为临床的诊断和治疗提供了准确的依据，可提高临床诊断率。本检查中有 11 例患者通过穿刺活检而明确诊断。在对 33 例患者的检查过程中及术后追踪，未发现大出血、气胸、纵隔炎等并发症，国外类似检查报道亦未亦未出现过严重的并发症，是一项较安全的检查。

我院 1995 年医院感染监测分析

韩佳音

对我院 1995 年 1~12 月出院的 9950 例病历进行回顾性调查，其中 318 例发生医院感染，计 350 例次。医院感染率，感染例次率分别为 3.2%、3.5%。在各科室中以儿科、神经内分泌血液科、骨烧伤科的感染率居前 3 位。感染部位以下呼吸道、上呼吸道、胃肠道、皮肤伤口多见。内科系统以上、下呼吸道、胃肠道皮肤感染为主。外科系统以伤口、下呼吸道、胃肠道感染多见。妇产科以生殖道感染多见。儿科以上呼吸道（口腔）、下呼吸道，胃肠道感染多见。五官、康复科以上呼吸道感染，伤口感染多见。儿科又以新生儿感染为主，感染例次率为 25.6%。根据上述资料，将新生儿区作为重点部门，针对新生儿的病理特点，从消毒隔离制度、新生儿用药等方面制订了相应的措施。

重新规划了新生儿区，专门设立了早产儿室、隔离病房、观察室、严格制定了探访制度。增加一次性尿布的使用，改传统的肥皂为浴液，用流动水冲洗，病区安装空调设备，强调医护人员手与听诊器的清洁，各种设备和暖箱由专人负责清洁。增强医护人员的无菌操作观念，尽量切断新生儿感染的传播途径。对各科的薄弱环节采取相应的措施。继续加强宣传教育和专业培训，开展多层次、多方位的监测和研究，真正将医院感染工作提升到新的高度。

肝癌伴腹腔淋巴结肿大致腹腔动脉开口闭塞 1 例

王 健 罗鹏飞

患者，男，58 岁。因上腹部胀痛伴纳差乏力 2 个月入院。体查：面色晦暗，全身皮肤及巩膜未见黄染，浅表淋巴结未触及肿大，腹平尚软，未见腹壁静脉显露，肝右肋下 3 横指，上腹部隐约可扪及肿块，边界不清，压痛 (+)，反跳痛 (-)，肝区叩痛 (+)，腹水征 (-)。化验检查：血常规、胆红素正常，ALT119U/L，AST115U/L，A/G 37.2/39.4，AFP1658.3ng/ml，胸透：右膈运动减弱，未见积液。B 超：肝右后叶肝癌，肝硬化，脾大，上腹部多个实性光团，疑淋巴结。CT 检查：肝右叶肝癌，脾大，腹膜后及肠系膜淋巴结多发肿大，呈占位效应。于是行肝癌介入治疗，常规经右股动脉穿刺插管，经反复多次试插，试注造影剂，未发现腹腔动脉 (CA) 开口，后经肠系膜上动脉 (SMA) 造影示：距 SMA 开口约 3cm 造影剂经胰十二指肠下动脉充盈肝、脾动脉，CA 完全闭塞，胰十二指肠下动脉扩张，迂曲，其直径约 1cm，并形成曲张团状分支，肝动脉变细，肝肿瘤乏血。遂于 SMA 内，胰十二指肠下动脉开口处留置导管，连接药盒埋植于右下腹皮下，经导管药盒系统进行灌注化疗。

讨论：原发性肝癌伴腹腔淋巴结转移在临床上并不鲜见，但肿大淋巴结直接压迫 CA 开口至完全闭塞则较为少见，这种情况不同于血管先天变异，无书可循，给临床介入手术带来一定的难度。我们认为，在术前有充分的临床资料，如 B 超，CT 等，证实肝癌伴有腹腔淋巴结肿大，需高度重视。术中若反复试插未能发现 CA，应该意识到肿大的淋巴结压迫 CA 致闭塞的可能性，从而扩宽搜索范围，尝试在 SMA 或其他动脉发现代偿增粗之侧支循环供血肝脏。在治疗上，由于肝癌的异常途径供血，导管不可能超选择插至肝固有动脉内，故禁用碘油栓塞；由于肝癌已伴有腹腔淋巴结转移，外科手术切除根治机会微，故介入治疗当为最有效之治疗手段；由于动脉灌注化疗需兼顾肝囊以及受侵犯的淋巴结，故采用植入导管药盒系统则为首选方法，将导管留置于肝癌供血血管内作定期的、长期的灌注化疗，以提高疗效，我们多采用 FAD 方案，即 ADM50mgD1，5-FU0.5g D1-5，CDDP60mgD5。此外，由于常规的穿刺途径为股动脉，在 CA 受压的特殊情况下改用植入导管药盒系统，埋植药盒的操作技术要求较高，留管经股动脉穿刺口引出后需在皮下作较大弧度的隧道，将留置管引至下腹部连接药盒，以免因髋关节的屈曲活动造成留置管成角堵塞或扯脱出靶血管。

关于上颌窦血肿的诊治

陈 勇 明

上颌窦肿既非肿瘤,亦非特种传染,是依其病理形态来诊断的。由于它在临床上虽属良性病变,但具恶性肿瘤的某些临床体征,临床病例相对少见,国内有关文献报告较少,故给临床诊治带来一定困难。现将我科经手术及病理证实的上颌窦血肿 4 例报告如下。

例 1: 钟 XX, 男, 40 岁, 住院号 23725。因右侧鼻腔出血 3 月余入院。现病史: 1982 年 12 月起右侧鼻腔无诱因经常性涕血, 近 2 月头痛, 右耳鸣、颈部麻木感。曾在某大医院诊治, 疑为 "上颌窦血管瘤"。并行鼻咽活检排除鼻咽癌。上颌窦造影提示 "上颌窦占位性病变", 否认有外伤及手术史。

体检: 鼻腔外形正常, 右侧鼻中道可见少量血迹, 面颊部无畸形。

X 线报告(69503): 右上颌窦占位性病变, 无骨质破坏。

治疗方法: 取上颌窦根治术式行探查术, 术中见窦腔内多量机化血块。病理报告为 "上颌窦血肿块"。

例 2: 肖 XX, 男, 34 岁, 住院号 72325。因右侧颜面部肿痛伴同侧鼻阻、涕血 2 月入院。现病史: 一个半月前起右侧颜面部无诱因出现肿痛, 并同侧上列牙痛。稍后出现同侧鼻阻及涕中带血, 抗炎治疗无效, X 线摄片提示 "恶性肿瘤" 入我科治疗。既往有左侧鼻外伤史。

体检: 鼻腔粘膜无肿胀, 各鼻道清洁, 右侧面颊部较左侧膨隆, 轻触痛, 右上列牙 II - V 轻度松动, 叩痛阳性。上颌窦穿刺为不凝固血液 2 毫升。

X 线报告(45000): 右上颌窦腔密度明显增加, 均匀性; 鼻腔外侧壁骨质稍吸收, 边缘模糊。CT 报告(4477) 右上颌窦完全被软组织影占位, CT 值 33.56Hu, 向外上方生长, 外上壁缺损, 骨质吸收破坏累及筛窦及眶下壁。

治疗方法: 取上颌窦根治术式行探查术, 术中可见上颌窦后上壁有两块机化的血块。病理检查 (44952) 符合肿改变。

例 3: 王 XX, 女, 24 岁, 住院号 75468。因左侧脓血涕 1 年余, 同侧面部肿胀 6 月余入院。现病史: 左侧鼻腔经常性无原因出现涕中带血或脓血涕并鼻阻。6 个月后出现左侧面颊麻木肿痛, 同时伴左侧上列牙麻木感, 门诊 X 线提示 "左上颌窦恶性肿瘤"。

体检: 左鼻腔粘膜充血, 血性胶冻状分泌物潴留, 未见新生物, 鼻腔外侧壁内移; 左上颌窦区呈半球状膨隆, 波及耳前, 色紫, 触痛明显。左唇龈粘膜高度肿胀呈赘生物状, 活检为 "纤维素性血凝块改变"。左上列牙触痛明显。

X 线报告: 左上颌窦占位性病变, 伴骨质吸收。