总之，波姆光治疗技术操作简单易行、疗效高、安全性好、副作用少，而且仪器体积小，便于携带，特别适于配合大规模妇女病普查治疗。因此波姆光在治疗宫颈糜烂、预防宫颈癌方面有广阔的前景。

参考文献

1　张苗苗.CO_2激光治疗宫颈糜烂229例报告. 中华妇产科杂志，2004，26：239

2　徐信芳. 冷冻治疗宫颈糜烂1 829例临床分析. 黄河医学，2004，10：109

3　乐　杰主编. 妇产科学. 第6版，北京：人民卫生出版社，2004：265～266

4　刘凤宁，陈肖华. Nd：YAG激光治疗宫颈糜烂临床观察. 中国妇幼保健，2004，19(10)：22

电脑腹水超滤浓缩回输并腹腔灌注化疗药物治疗癌性腹水临床观察

陈国祥　向　梅

(新疆兵团农二师焉耆医院内五科，新疆焉耆，841100)

中图分类号：R452　　**文献标识码**：A

癌性腹水是晚期恶性肿瘤的常见并发症，生长迅速，是恶性肿瘤进入晚期的重要标志，如无有效的治疗方法，患者多于1～6月内死亡，平均2月内死亡，1年生存率小于10%，癌性腹水导致患者顽固性腹胀，采用利尿、局部或全身化疗的方法治疗癌性腹水，副作用大，疗效差，对症处理通常不能缓解，预后较差，影响患者进食，严重影响患者的生命质量，近年来强调对晚期肿瘤的治疗与康复并以改善其生存质量为目标[1]，我们采用电脑腹水超滤浓缩回输腹腔并腹腔灌注化疗治疗癌性腹水取得满意疗效，现报告如下。

1　资料和方法

1.1　一般资料　全组41例均经腹部B超、CT等确诊有中到大量腹水，腹水细胞学找到恶性肿瘤细胞，原发肿瘤均有明确的病理诊断。全部患者按入院顺序随机分为治疗组和对照组，其中治疗组21例，男13例，女8例，年龄29岁～69岁，平均56岁。病种分类：胃癌4例，卵巢癌5例，大肠癌4例，肝癌4例，胰腺癌2例，淋巴瘤2例。对照组20例，男14例，女6例，年龄31～72岁，平均51岁，病种分类：胃癌5例，卵巢癌4例，大肠癌3例，肝癌4例，胰腺癌2例，乳腺癌2例。

1.2　两组一般情况　性别构成$\chi^2=0.299$，$P>0.05$。两组资料相比较各类情况相似，具有可比性($P>0.05$)，见表1。

1.3　治疗方法　41例患者治疗前均符合下列条件：karnofsky评分≥60分，心肺功能正常，肾功能、心电图、血常规正常。治疗组采用WLFHY－500型伟力电脑腹水超滤浓缩回输系统行腹水浓缩回输腹腔治疗，患者取半卧位，常规消毒左下腹、右中腹，分别进行腹腔穿刺，穿刺成功后将腹水自左下腹引入动脉导管内，以正压泵控制腹水流速为120～180ml/min，腹水通过纤维滤过器后在负压泵的作用下将水及中、小分子等物质滤出，浓缩后的腹水经静脉导管自患者右上腹回输入腹腔，静脉导管端连接有10μm以下的细胞过滤器，因肿瘤细胞直径＞12μm，因此选择10μm以下的细胞过滤器可有效地过滤肿瘤细胞，从而预防肿瘤细胞种植转移。全过程为密闭无菌操作，滤出液体量为2 000～12 000ml，平均5 600ml，每次治疗时间为1.5～3.0小时，腹水浓缩后腹腔灌注0.9%生理盐水20ml＋羟基喜树碱20mg，5－FU 750mg，高聚金葡素4 000U，同时注入地塞米松10mg，2%利多卡因10ml，每周腹腔灌注2次，连续用药3周，如回输后腹水增多可再次回输治疗。对照组经腹穿置入中心静脉导管外接引流袋引流腹水，引出腹水量为3 000～10 500ml，平均6 300ml，至引流不出腹水后，腹腔灌注0.9%生理盐水20ml＋羟基喜树碱20mg，5－FU 750mg，高聚金葡素4 000U，同时注入地塞米松10mg，2%利多卡因10ml，每周腹腔灌注2次，连续用药3周，两组均

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

嘱患者多次变换体位,使药物与腹膜充分接触,结束治疗后 1 月评价疗效。

表 1 两组一般情况比较

组别	例数	性别 男	女	年龄(岁) $\bar{x}\pm s$	治疗前腹水量(ml) $\bar{x}\pm s$	脱水量(ml) $\bar{x}\pm s$	治疗前血清总蛋白(g/L)	治疗前血清白蛋白(g/L)
治疗组	21	13	8	56±13.9	7300±560	5600±610	53.2±9.3	24.8±8.7
对照组	20	14	6	51±12.3	7120±530	6300±680	56.5±11.7	23.6±9.2
		$\chi^2=0.299$		$t=1.217$	$t=1.134$	$t=0.9956$	$t=1.0$	$t=0.43$
		$P>0.05$		$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$

1.4 疗效评定标准 治疗前、后化验肝功能,测定血清总蛋白及白蛋白含量。腹水量以 B 超下液体暗区的厘米数表示,将腹水分成大量、中量及少量,全腹腔、肝脏周围均有腹水为大量;盆腔内有液体为中量;仅膀胱后壁及周围有液体,且液体暗区小于 5cm 为少量。由专人操作,分别测定治疗前、后腹水量的变化,参考世界卫生组织规定标准:①完全缓解(CR):腹腔积液消失至少维持 4 周以上;②部分缓解(PR):腹腔积液显著减少(超过 50%) 并维持 4 周以上;③稳定(SD):腹腔积液减少不足 50%,增加不足 25%至少维持 4 周以上;病变进展(PD):腹腔积液增加超过 25%以上。有效率(CR+PR),毒副作用按 WHO1989 年统一标准评定。

1.5 统计学分析 临床资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验,具体见表 2~5。

2 结果

2.1 疗效 两组在化疗一致的情况下,治疗组有效率达 85.7%,治疗后血清总蛋白($t=4.55, p<0.01$)及白蛋白($t=2.64, p<0.05$)均升高,差异有统计学意义。对照组有效率达 55%,治疗后血清总蛋白及白蛋白均稍降低,但差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗组与对照组治疗后血清总蛋白($t=4.335, p<0.01$)及白蛋白($t=4.32, p<0.01$)含量差异有统计学意义,治疗组与对照组化疗后疗效差异有统计学意义(χ^2 值 4.668,p 值 <0.05),两组治疗前后血清总蛋白的差值比较差异有统计学意义($t=4.31, p<0.01$),两组治疗前后血清白蛋白差值比较差异有统计学意义($t=2.169, p<0.05$)。结果显示治疗组疗效优于对照组,详见表 2~5。

表 2 两组化疗疗效比较(χ^2 检验)

组别	总例数	疗效(%) CR	PR	SD	PD
治疗组	21	11(52.4)	7(33.1)	2(9.5)	1(4.7)
对照组	20	8(40.0)	3(15.0)	5(25.0)	4(20.0)

$\chi^2=4.668, p<0.05$。

表 3 两组治疗后血清总蛋白及白蛋白含量变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗后血清总蛋白(g/L)	治疗后血清白蛋白(g/L)
治疗组	21	68.5±11.8	31.9±8.3
对照组	20	54.3±8.9	21.8±6.5
	t	4.335	4.32
	p	<0.01	<0.01

表 4 两组治疗前后血清总蛋白及白蛋白的差值变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前后血清总蛋白差值(g/L)	治疗前后血清白蛋白差值(g/L)
治疗组	21	17.6±5.3	8.3±3.1
对照组	20	3.6±2.7	2.9±1.6
	t	10.57	6.9550
	p	<0.01	<0.01

2.2 两组病人治疗的毒副反应相近,均为 0~2 级的消化道反应、低热及骨髓毒性,无肝肾功能损害。

2.3 随访情况 两组病例经 1 年以上随访,失访 2 例,治疗组平均缓解期 9.3 月(3~13 月),对照组平均缓解期 5.7 月(2~11 月),($t=2.734, p<0.01$)差异有统计学意义,治疗组平均缓解期长于对照组,具体见表 5。

表 5 两组治疗后平均缓解期比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	平均缓解期(月)
治疗组	20	9.3±4.3
对照组	19	5.7±3.9

$t=2.734, p<0.01$。

3 讨论

癌性腹水的治疗包括全身化疗及针对腹水的治疗,全身静脉化疗由于药物在腹腔内浓度低、疗效较差,而腹腔化疗能改善静脉化疗无法完成的腹腔内游离癌细胞阳性和镜下浆膜转移患者的抗肿瘤效果[2]。大容量化疗药物灌注可使化疗药物充分与腹腔脏器及腹膜接触,消除癌细胞初期着床状态的腹膜微小转移灶[3]。针对腹水的治疗方法有腹腔化疗和腹水超滤浓缩回输及置管引流腹水以及大量放腹

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

水等，后两者可致大量蛋白丢失及导致电解质紊乱，有效循环血量减少，导致肾功损害及少尿等，副作用多。而腹水超滤浓缩回输腹腔治疗中，经滤过器过滤后排出体外的主要是水分，而蛋白质则被回输到体内，随着水分排出增加，腹水中的蛋白浓度将不断增高，腹水中的蛋白经毛细血管和淋巴管持续进入血液，使血浆胶体渗透压提高，防止低血容量休克。本组治疗组中脱水量最多达到12 000ml，血压无明显变化，此外，随着血浆胶体渗透压提高，有效循环血量增加，可使肾血流灌注不足得到纠正，而腹压下降，使泌尿系统受压的情况得以改善，尿量增加。对各类中晚期癌症伴大量腹水的患者，应用腹水超滤浓缩回输术，可于短时间内解除胸腹部压迫症状，对腹胀、食欲不振、尿少、呼吸困难等临床症状有明显改善，而且将腹水的大量蛋白质经过浓缩再输入腹腔，有利于重新吸收，提高血浆胶体渗透压，利于水肿的减轻，对腹水的形成有预防作用[4]，另外，可减少外源性蛋白的需求，节省费用，同时进行腹腔化疗，减少再次穿刺化疗的麻烦。腹水回输腹腔后，通过内脏血液的动态变换而使血清白蛋白及总蛋白量增加，减少外源性蛋白用量，对肿瘤及其他原因所致腹水起到协助治疗的作用。本疗法可避免静脉回输疗法的副反应及并发症，技术操作简单，痛苦少，患者易接受，安全可靠。本组治疗组有效率为90.5%，疗效显著。腹腔化疗的概念是美国癌症协会1970年提出的，是腹腔转移癌的一种有前途区域化疗措施。腹腔化疗用药数小时内其腹腔内药物浓度是血浆浓度的2.5～8倍，并延长了药物与肿瘤直接接触时间，并不增加不良反应[5]。总之，腹水超滤浓缩回输并化疗能提高恶性腹水的治疗效果，改善患者饮食及精神状态，提高生存质量且副作用轻微，患者易于接受，是目前治疗恶性腹水的理想方法，值得推广应用。

参考文献

1　张　俊，连正杰，腹腔内灌注化疗治疗癌性腹水，中国肿瘤临床与康复，2001，8(3)：55～56

2　Dedrick RL，Flessner MF．Pharmacokinetic problems in peritoneal drug administration：tissue penetration and surface exposure．Natl Cancer Inst，1997，89(7)：480～487

3　Kawasaki S，Nagai K，Maruygama S，et al，Effect of intraperitoneal chemotherapy with inplantable reservoir against umresectable gastric cancer Gan－To－Kagaku－ryoho，1995，22(2)：215

4　常　江，杨晋辉，琚　坚，等．自体腹水浓缩回输腹腔治疗癌性腹水50例疗效观察．中国医师杂志，2000，4(2)：187～188

5　周际昌，实用肿瘤内科学，第二版，北京：人民卫生出版社，2003，95

两种制备洗涤红细胞方法的比较

殷　勤[1]　张红梅[2]

(1.新疆石河子市中心血站；2.石河子大学医学院第一附属医院，新疆石河子，832000)

中图分类号：Q2－33　　**文献标识码**：A

洗涤红细胞(Washed Red cell，简称WRC)是一种采用离心沉淀、洗涤的方法除去全血中大部分血浆、白细胞及血小板的血液制品。该制品对免疫系统功能紊乱尤其是对输注的血液制品中所含的白细胞、血浆等成分有不良反应的患者具有较大的临床使用价值。目前，国内多数血站制备WRC主要是以手工方法为主，为了减少人为因素在制备过程中的影响，笔者对目前国内血站两种常用的制备方法进行了对比实验[1]，报告如下。

1　材料和方法

1.1　材料　当日及4～6℃条件下保存24、48、72h的CPDA-1抗凝全血400ml(2U)各20人份。全部样品均于当日检测血浆总蛋白和白细胞总数。低温高速离心机RC－3B(日本产)，SW-C-2F净化台(苏州安全技术公司生产)，MEK-6318K型血细胞分析仪(日本产)，日立7170全自动生化分析仪(日本产)，血浆挤压器、分离夹(本站自制)，生理盐水。

1.2　方法　①将当日及库存24。48、72h全血2U各10人份22±2℃RCF1160g，8分钟离心沉淀后，在净化台内以无菌方式将分离出的血浆挤入一空袋内。当分离袋内血浆即将移净，残留的血浆量约10ml左右时，热合封闭血浆袋制备成新鲜或普通冰冻血浆。同时，用分离夹在白膜层下约0.5cm处夹

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net