高聚生(高聚金葡素)治疗难治性自发性气胸3例

徐建勋 李 立 黎毅仁 周云生
上海市徐汇区中心医院 (上海市 200031)

慢性阻塞性肺疾患(慢阻肺,COPD)和人工呼吸机治疗中合并难治性自发性气胸的治疗是临床上常遇到的棘手问题。我科用高聚生(高聚金葡素)治疗3例,疗效显著,现报道如下。

1 材料与方法

例1,男,65岁。COPD 10年,1998年3月18日剧烈咳嗽后突感胸闷、气促,胸片示右侧气胸,即行闭式引流术,3天后肺复张,拔除引流管;4月1日症状复发,胸片示右侧液气胸,再置闭式引流管,因持续Ⅲ度漏气,4月21日转入我科。入院时体温37.8℃,两肺可闻干湿音,胸部CT示右侧液气胸,右上肺感染,两肺均有1~4cm大小不等的多发性肺大泡,EKG为非阵发性结速,难以接受手术。于右第二前肋间插入并留置中央静脉导管,隔日注入高聚生2 000U,第4日咳嗽时已无气泡溢出,予以负压吸引和抽吸胸液加强抗生素治疗,5月1日复查胸片,已完全复张,胸水吸收,拔除引流管后于5月2日痊愈出院,至今健在。

例2,男,68岁。COPD 20年,1992年以来两侧反复发生自发性气胸,1998年3月1日无诱因下突感胸闷、气促,胸片示左侧气胸,在外院行两次胸腔闭式引流术,持续Ⅲ度漏气,3月13日转入我科。胸部CT示左侧液气胸,双侧多发性肺大泡,拟行急症手术,麻醉诱导、气管插管、机械通气后,突然气道阻力增高,EKG监测心电活动消失,心跳骤停,右侧呼吸音消失,诊断为右侧高张性气胸,紧急行胸腔闭式引流术和胸外心脏按压,同时在气管导管内分次注射肾上腺素1mg和2mg,3分钟后EKG监测已出现心电活动波形,旋即恢复窦性心律,复苏成功。36小时病者渐清醒,双侧引流管持续Ⅲ度漏气,并反复发生6次局限性张力性气胸。两侧肺部感染,多次培养为金黄色葡萄球菌生长,凝固酶阳性。尿培养霉菌生长,在肠管内及外营养支持下,先后以罗氏芬,利福平,头孢呋肟,大扶康等控制感染,于3月31日和4月7日分别左、右两侧胸腔置放导管,高聚生2 000U隔日注入,左侧6次,右侧4次后治愈,随着肺部感染的控制,4月20日撤离呼吸机,5月26日出院,经随访,生活完全自理。

例3,男,51岁。因突然发热,咳嗽,痰中带血3周于1998年4月3日入院,胸部X线片示右上肺实变,CT示右上叶支气管开口中断,上叶肺实变,右胸腔积液,气管前、隆突前淋巴结肿大,纤支镜亦窥见右上叶开口处管腔狭窄,粘膜增粗,活检找到癌细胞,诊断为肺癌$T_4N_2M_0$,先后于4月9日和4月30日以MVP作术前化疗,达到PR。5月28日行右全肺切除术,病理诊断为中低分化腺癌,肺门、主支气管旁淋巴结均见癌转移。术毕返回病房途中骤发左侧高张性气胸,心跳呼吸骤停,立即行闭式引流术,同时于静脉和气管导管内分次注射肾上腺素各2mg,胸外心脏按压4分钟后心跳恢复,第9天脑复苏成功,因左胸腔持续Ⅲ度漏气,6月12日和13日分次注入高聚生2 000U,漏气终止,6月14日拔除左胸引流管,情况好转,嗣后并发右侧脓胸、支气管胸膜瘘而自动出院。

2 小结

Tschopp认为难治性自发性气胸应符合:1)复发性自发性气胸;2)持续自发性气胸(插引流管引流7天后持续漏气);3)严重肺部疾病的继发性自发性气胸。本文3例均符合以上标准。难治性自发性气胸的治疗可分为保守疗法和手术治疗;前者包括胸腔内注射化学粘连剂,如四环素、红霉素、高渗葡萄糖、氯化钙、滑石粉等,不仅疗效不确切,还可引起局部剧烈疼痛;手术治疗有肺大泡切除缝合术和肺减容术,但对双侧多发性肺大泡、心肺功能严重减损不能耐受两侧同期手术者,胸内注入高聚生却是行之有效的治疗方法。

作者曾在治疗1例肺结核合并难治性出血性胸膜炎时,曾分两次各注入高聚生1 000U,胸液完全吸收,50天后手术治疗,发现脏层胸膜覆盖着2mm厚的纤维膜,受其启发,试用于治疗难治性自发性气胸,收到了显著的治疗效果。

高聚生不仅对损伤组织具有显著的修复作用,

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

而且还含有游离凝固酶862U/2ml，虽不直接作用于血浆纤维蛋白原，但当有凝固酶反应因子存在时，它和凝固酶原形成稳定的复合物，此复合物具有凝血酶样活性，使纤维蛋白原转成不溶性纤维蛋白。脏层胸膜覆盖着的纤维膜证实了高聚生中的凝固酶作用，并藉其修复了肺大泡的破口而获愈。本文3例的治疗结果也说明了高聚生的效果显著、简便、且无副作用。是值得进一步推广的治疗方法。

（1999－03－01收稿）
（1999－03－29修回）
（范锡凤校对）

中晚期肝癌切除术后肝动脉栓塞术的研究

苏明涛　曾维英　陈裕明
汕头市中心医院放射科　（广东省汕头市　515031）

肝动脉化疗栓塞术（TAE）已广泛应用于治疗中晚期肝癌，我们还应用于中晚期肝癌切除术后的治疗，最近我们发展到采用肝段动脉栓塞术，疗效不断提高，现报道如下。

1　临床资料

1990年6月至1996年5月我科收治了中晚期肝癌切除术后57例，其中男52例，女5例，年龄17～64岁，39例经CT检查肿瘤直径6～16.5cm，平均8.6cm，其中肝内单个结节23例，2个8例，3个或3个以上8例；15例切除术后拟残癌存在；3例CT检查未见占位病灶，但AFP显著升高。TNM分期：Ⅰ期18例、Ⅱ期28例、Ⅲ期11例。肝功能Child分级：A级45例，B级12例。心、肺、肾功能正常，CT和血管造影二维平面估计肿瘤体积小于残肝的50%。

2　治疗方法

Seldinger技术经皮股动脉或左锁骨下动脉前壁穿刺插管行肝动脉DSA造影，然后将导管尖置肝固有动脉或以远的供血动脉。化疗药物为丝裂霉素C 10mg、阿霉素或表阿霉素或吡柔比星20～80mg、顺铂40～60mg或卡铂300mg，超液化碘油（lipiodol）每次用量为1～2ml/1cm肿瘤直径计算，碘油和化疗药物抽吸混匀后经导管注入，谓之Lp－TAE。其中15例为术后3周行预防性TAE，18例行肝动脉主干明胶海绵颗粒栓塞，10例经肿瘤供血的肝段动脉用小明胶海绵颗粒栓塞。每例行2～6次治疗，总共173次，平均3次。

3　结果

生存率　本资料1年和2年的生存率分别为73.7%（42/57）和54.4%（31/57），8例治疗后肿瘤缩小获再次手术切除。15例预防性TAE后行CT显像，5例检出0.2～0.5cm的癌灶。10例肝段动脉栓塞者1年和2年生存率分别为80%（8/10）和70%（7/10）。

副反应和并发症　多数病例术后有发热，38℃左右，约1/3的病例有恶心、呕吐、肝痛、腹胀，少数有一过性转氨酶升高，经对症和护肝治疗后4～10天症状消失，约两周转氨酶恢复正常。本组病例无消化道出血、肝昏迷等严重并发症。

4　小结

本研究的结果显示了TAE是中晚期肝癌术后复发良好和安全的治疗方法，外科手术切除加TAE可提高中晚期肝癌的生存率和降低复发率。

肝段动脉栓塞术是先插入5F或6F导管，通过上述导管插入3F导管行高选择性插管术，将导管尖送达肿瘤供血的肝段动脉，操作时要注意选择匹配的导管和导丝，术者应熟悉肝段血管解剖学，化疗药物和碘油混合乳剂注射后再注入小明胶海绵颗粒。由于导管尖靠近肿瘤供血的靶动脉，药物不向邻近的肝组织分流，显著的提高了抗癌效应，肿瘤栓塞彻底，肝组织损伤程度最小，患者生存期长。本资料10例，1年和2年生存率分别为80%（8/10）和70%（7/10），与常规TAE比疗效显著提高（$P<0.01$），有临床应用前景，值得广泛推广。

（1998－10－30收稿）
（1999－01－12修回）
（范锡凤校对）

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