发生率 38 .9% (7/18), 其中 1 例 18 个月内又栓塞桡动脉及冠状动脉, 以上情况与文献报道相符[2,3]。4 例心房 B 超发现血栓。观察期间,17 例未出现血栓,3 例心房血栓消失, 1 例 2 处血栓 1 处消失 1 处缩小, 留下机化血栓。本组病例华法令维持量为 1 .5～3 .1mg/d, INR 在 1 .3～2 .2 为部分抗凝, 部分抗凝可获防治血栓疗效与文献报道相符[6]。部分抗凝有效, 提高了使用华法令的安全性。华法令作用是抗凝与预防新的血栓形成, 但确见溶栓作用, 可能是在华法令抑制新的血栓形成前提下, 原有血栓受自身纤溶系统作用而溶解消失[6]。本组病例有 2 例发生球结膜出血, INR 是 1 .6 及 1 .3, 非抗凝过度, 可能与老年人血管脆性大且血压偏高有关。提示老年人抗凝时需控制好血压, 可适当加用维生素 E 及降脂药延缓动脉硬化。

3 .2　*老年人抗凝剂量明显偏低*　文献报道华人患者对华法令作用较白人为敏感, 推荐首 2 日标准负荷剂量为 5mg/d[7], 或首 3 日 5mg/d[8]。本组负荷剂量为首 3 日 2 .5mg/d 或 3 .75mg/d, 维持量亦偏小, 为 1 .5mg/d～3 .1mg/d。可能与本组为老年人、平均年龄 68 .6 岁有关。年龄是华法令需要量的决定因素[7]。本组病人维持量: 70 岁以上组较 70 岁以下组量小 (1 .7±0 .4mg/d 对 2 .1±0 .6mg/d), 有血栓或栓塞史者较无上述者量大 (2 .1±0 .5mg/d 对 1 .6±0 .2mg/d), 瓣膜病房颤较非瓣膜病房颤量大(2 .3±0 .8mg/d 对 1 .8±0 .3mg/d)。

3 .3　*注意联合用药对华法令血药浓度的影响*　老年人常患多种疾病需联合用药, 大多数抗菌素、强心利尿药、抗心律失常药、调脂降糖药、镇静药、制酸药、非甾体消炎药等均会增加或降低华法令的血药浓度, 医师必须熟知, 对于必需长期联合用的药应尽力选择同类而不干拢华法令血药浓度的药。并经常监测 INR, 及时调整剂量, 以免发生抗凝过度或无效抗凝。

参考文献

1　毛焕元, 杨心田, 主编 .心脏病学 [M] .北京: 人民卫生出版社, 1995 .1311 .

2　中华心血管病杂志编辑委员会 .心房颤动的临床与研究进展 [J] .中华心血管病杂志, 1996, 24 (6): 467 .

3　中华心血管病杂志编辑委员会 .心房颤动的诊断和治疗进展 [J] .中华心血管病杂志, 1993, 21 (4): 241 .～242 .

4　Morleyj, Marinchak R, Rials sj, et al .Atrial fibrillation, anticoagulation, and stroke [J] .Amj Cardio, 1997, 77: 38A～44A .

5　俞梦越, 刘　晗 .非瓣膜病心房颤动的抗血栓栓塞治疗 [J] .中华心血管病杂志, 1998, 26 (4): 318～319 .

6　马长生, 刘　旭, 董建增, 等 .二尖瓣狭窄合并左心房血栓患者小剂量华法令抗凝溶栓作用评价 [J] .中华心血管病杂志, 1996, 24 (4): 285～287 .

7　陈恩强 .华法令在华人患者中的安全应用——来自药物流行病学研究的文献 [J] .流行病学杂志, 1997, 6 (3): 134～135 .

8　黄寿吾 .抗凝治疗及其评价 [J] .中华实用内科杂志, 1997, 7 (9): 526 .

(收稿: 1999－02－16)

高聚金葡素腔内治疗恶性胸水 26 例

陈　熙

(广西区第二人民医院肿瘤二科　桂林　541002)

恶性胸腔积液是晚期恶性肿瘤的常见并发症, 治疗较为困难, 严重影响患者生活质量, 自 1996 年 5 月至今我科使用高聚金葡素 (HAS) 胸腔内注射的方法治疗恶性胸水, 取得较好疗效, 现报告如下。

1　临床资料

1 .1　*病例选择*　全组 26 例, 均有胸部 X 线、B 超、CT、细胞学或 (和) 组织学检查确诊。其中男性 18 例, 女性 8 例, 年龄 26～68 岁, 中位年龄 51 岁。肺癌 20 例, 其中鳞癌 7 例, 腺癌 9 例, 未分型 2 例, 未分化小细胞癌 1 例; 肺泡癌 1 例; 鼻咽低分化鳞癌 2 例; 乳腺腺癌 2 例; 子宫内膜腺癌 1 例; 非何杰金淋巴瘤 1 例。积液位于右侧 14 例, 左侧 12 例。大量胸腔积液 19 例, 中等量 7 例。9 例在本次治疗前行全身化疗, 6 例在本次治疗过程中行全身化疗。26 例患者行为评分 (Karmofsky 标准评分) 在 30～70 分之间。

1 .2　*治疗方法*　全组均采用针吸排液。患者取坐位, 局麻下于病侧肩胛下角线第 7～9 肋间沿肋骨上缘穿刺进针 (病重者取半卧位, 穿刺点为腋中线 6～7 肋间), 接负压瓶排液, 根据病人耐受能力尽可能排液, 一般为 600～1200ml, 排尽胸水后, 将高聚金葡素 5 000u, 由注射器抽好, 接在穿刺针后胶管上, 回抽少量胸水稀释, 缓慢注入胸腔内, 后拔出穿刺针。注射后嘱病人不断变换体位, 以便药物与体腔表面充分接触。本组每周治疗 1 次, 共 2～5 次。注药后用胸部 X 线, B 超检查观察胸腔积液消长状况。

1 .3　*疗效评价*　根据 B 超或 (和) X 线等影像学检查参考 WHO 标准[1]分 (1) 完全缓解 (CR): 胸腔积液消失并至少维持 4 周以上; (2) 部分缓解 (PR): 胸腔积液显著减少 (超过 1/2) 并维持 4 周以上; (3) 无效 (NC): 未达到上述指标者; (4) 有效率: CR＋PR。

2　结果

本组 26 例, CR8 例, PR13 例, NC5 例, 有效率 80 .7%。

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

副反应：(1) 发热 (37 .5～39 .2℃) 9 例 (34 .6%)，其中低热患者不需特殊处理后自行好转，高热者经肌注安痛定，地塞米松可缓解；(2) 胸痛 7 例 (26 .9%)，多在注药后 3h 内发生，经使用止痛药对症处理可缓解；(3) 全身不适感 4 例 (15 .3%)，类似感冒症状，1～3d 不经处理自行消失；(4) 全组均无胃肠道反应及血液系统反应。

本组病人观察 1～24 个月，平均 13 个月，完全缓解者 (CR) 在观察期胸水无一复发，全组病人中有 7 例因原发灶或转移癌灶恶化死亡，现存活者缓解期超过 2 个月者 5 例，6 个月者 9 例，12 个月者 3 例，18 个月者 2 例，总的缓解期 1～19 个月，平均 5 .8 个月。

3 讨论

高聚金葡素是从高凝集价金黄色葡萄球菌培养物中提取的一种生物活性物质。据研究[2,3]此药可激活宿主的杀伤性 T 细胞，增加 NK 细胞和 LAK 细胞活性，起到杀伤和抑制肿瘤细胞的作用，同时能提高机体免疫功能，提高外周血细胞，对 DNA 有保护作用，从而可对抗放化疗引起的副反应，有明显修复组织和细胞的作用。

在本组应用高聚金葡素胸腔内注射治疗恶性胸水可看到其具有治疗效果好，毒副作用低的优点。临床上治疗恶性胸水常用胸腔内注射抗癌化学药物，抗癌免疫调节剂及放射性核素等方法，其中以注射抗癌化学药物为主，常用有顺铂 (DDP)，足叶乙甙 (V_P～16)，阿霉素 (ADM) 等，有效率在 46%～90%，但其毒副反应大，出现严重的消化系统及血液系统反应，甚至死亡[4,5]，而本组治疗恶性胸水有效率为 80 .7%，接近目前胸水治疗领先水平，且毒副作用低，仅有发热胸痛及类感冒症状，均不危及生命，在对症治疗后可缓解。

据有关报道[6]高聚金葡素与全身化疗同时进行还可减轻化疗毒副作用，提高机体免疫力，本组 6 例肺癌病人在使用高聚金葡素胸腔治疗同时进行全身化疗，不仅胸水控制好，原发灶亦有缩小，而化疗所致毒副作用明显减轻。总结得出高聚金葡素是一种新型有效的生物反应调节剂，有较好的抗肿瘤作用，能降低化疗毒副作用，减轻患者痛苦，使用安全，值得推广应用。

本组采用的均为针吸排液法，实践证明[7]若采用胸腔置管法，更易于排尽胸水，疗效则更好。这是因为充分排尽胸水，可降低胸膜腔胶体渗透压，减少胸水形成，同时使胸腔内药物保持较高浓度而发挥疗效，还可使肺复张，让脏壁两层胸膜密切接触粘连机化，达到完全控制胸水的目的。故采用胸腔置管排放胸水后注入高聚金葡素治疗，有效率会进一步提高。

参考文献

1 李　振，许德顺，王化训，等 .恶性肿瘤的化学治疗与免疫治疗. 北京：人民卫生出版社，1993 .63 .

2 赵乐修，贾春漠. 高聚金葡素与化疗药物联合应用治疗恶性胸腹水的疗效观察. 肿瘤防治研究，1996，23 (4)：256 .

3 林肖正，林玉诊，刘瑞华，等. 34 例宫颈癌配合高聚金葡素治疗的疗效观察 .肿瘤防治研究，1996，23 (2)：116 .

4 路福顺. 瘤性胸膜炎的局部化学疗法. 国外医学肿瘤分册，1996，18 (1)：46 .

5 华新民，卢卫平，段贵新，等. 顺铂、硫代硫酸钠双途经化学治疗恶性胸腔积液 .中华肿瘤杂志，1995，17 (1)：50 .

6 张淑芝，王子龙. 高聚金葡素综合治疗 40 例恶性肿瘤疗效观察 .肿瘤防治研究，1996，23 (1)：57 .

7 段庚仙，韩福才，谢才良，等. 肺癌合并胸腔积液两种治疗方法比较 .肿瘤防治研究，1994，21 (5)：275 .

(收稿：1999－01－19)

甲状腺癌的 CT 诊断探讨 (附 23 例报告)

韦日宇

(广西柳州地区人民医院 CT 室　545002)

甲状腺癌约占甲状腺肿瘤的 5%～17%[1]，因其形状常与甲状腺其它病变相似，给临床及影像学定性诊断造成较大困难，本文总结分析了经手术病理证实的 23 例甲状腺癌的 CT 表现，对其 CT 诊断价值进行探讨。

1 材料与方法

1993 年 1 月至 1998 年 9 月 23 例经 CT 检查并获手术病理证实的甲状腺癌 23 例，其中男性 7 例，女性 16 例，年龄 21～65 岁，平均 39 岁。病程 3 个月至 6 .5 年，平均 18 个月；单发性肿块 9 例，多发性 14 例；肿块质硬，边界不清，活动度差，颈部淋巴结肿大 8 例，肺部、髂骨转移各 2 例，脑内转移 1 例。本组所有病例均采用 SOMATOM CR CT 机轴位颈部平扫加增强扫描，上自下颌角、下至胸廓入口处，层厚 4/8mm，层距 4～8mm。造影剂为国产 60%复方泛影葡胺，用量为 50～100ml，静脉团注法。

2 结果

2 .1　*病理分类*　本组 23 例甲状腺癌中，乳头状癌 11 例，滤泡癌 5 例，髓样癌 4 例，未分化癌 3 例。

2 .2　*病灶形态大小*　病灶直径为 10～65mm，平均 36mm，卵圆形单发灶 9 例，多发结节灶 14 例，多为不规则形。

2 .3　*病灶密度*　均呈不规则低密度状，CT 值 18～56HU，

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