且有2例合并 T_3 或 T_4 的增高。因此，对具有前述特征的甲状腺多发结节同样应考虑其恶性的可能，必要时可行细针穿刺活检。

2. 甲状腺微小癌术中误诊原因　病变不典型，术中探查不仔细及手术医师经验不足是造成术中误诊的最主要原因。本组10例中有4例术中未做冰冻检查即可说明这一点。另有2例虽做了冰冻，但回报为良性，其中1例是由于病灶钙化程度较重，冰冻切片检查出现困难而漏诊、误诊。另1例则是由于手术医师只切取了部分病变，而遗漏了主要病灶所致。因此，手术医师应注意以下几点：①全面、仔细探查双侧甲状腺及峡部，防止病变遗漏；②对结节虽小，但质地较硬、边界不清或无完整包膜者应立即送冰冻检查；③送冰冻病理检查的组织应是病变的全部及周围部分正常的甲状腺组织；④对冰冻病理回报为良性，但临床高度可疑者应行连续切片检查；⑤甲状腺微小癌亦可出现周围淋巴结转移(本组2例淋巴结肿大，1例转移)，故应同时检查周围有无肿大淋巴结，以防遗漏。

3. 治疗　一旦确定为甲状腺微小癌，应尽早手术治疗。术式应根据病灶病理类型及恶性程度而定。一般癌肿只限于一叶者行患侧腺叶加峡部切除，两叶均累及的行包括峡部的甲状腺次全或大部分切除术。伴有颈部淋巴结转移者应根据病变侵袭范围及病人的具体情况施行标准的根治性颈淋巴廓清术或改良式(功能性)颈部淋巴结廓清术。但对于分化程度较高的包膜完整的乳头状腺癌，如已作了病灶切除，也可考虑密切观察或辅以药物治疗。本组10例全部于手术当日及1周内再次手术，随访至今无一例复发。

[作者简介]杨建光(1969－)，男，主治医师。

(收稿日期：1998-05-26)

高聚金葡素与顺铂胸腔内注射治疗恶性胸水12例体会

湖北省孝感市一医院胸外科(432100)
程友苏　黄国洲　吴峰

[关键词]　胸腔积液；　胸腔内注射治疗
[中图分类号] R561.3　　[文献标识码] A
[文章编号] 1005-6483(2000)05-0319-02

恶性胸水多由胸腔内原发恶性肿瘤或其它部位恶性肿瘤胸腔内转移所致，是晚期恶性肿瘤并发症之一。1995年1月至1996年6月，我院收治恶性胸腔积液患者12例，采用高聚金葡素与顺铂联合胸腔内注射治疗，取得较好的疗效，报告如下。

临床资料

1. 一般资料：本组12例中，男5例，女7例，年龄30～68岁，平均52岁。全部病例均经病理组织学或细胞学检查证实为恶性肿瘤，其中胸腔内转移病灶形成胸水者7例(乳腺癌3例，肝癌2例，卵巢癌1例，恶性淋巴瘤1例)，胸腔内原发病灶致恶性胸水5例(肺鳞癌2例，肺腺癌1例，食管癌1例，恶性胸膜间皮瘤1例)，临床症状均有呼吸困难，伴有心慌气急以及不同程度的胸部胀痛。

所有患者行胸部X线片和/或B超检查均有胸腔积液，12例患者为单侧，左侧8例，右侧4例。大量胸腔积液8例，中等量的胸腔积液4例。其中10例在胸水中找到癌细胞。

2. 治疗方法：常规作胸穿，尽量抽尽胸水，用顺铂40～80 mg，高聚金葡素4000～5000 U，用等渗盐水稀释到50～80 ml后注入胸腔。注入后让患者变动体位，使药物充分散布在胸腔内，用药后根据胸水量的变化，决定注药时间的间隔，一般为每周用药1次，3次为一疗程，并且每周胸透以及B超检查，每月拍X线胸片观察疗效。

3. 结果：本组12例中显效8例，有效2例，无效2例，总有效率83.8%。显效8例中，第1次抽胸水1000～2000 ml后胸腔内注药，1周后第2次抽胸水400～500 ml，第3次抽胸水时仅剩200 ml左右，1个月后经胸透提示胸水消失，患者无胸部胀痛，呼吸困难解除。有效2例，经治疗1个月后复查，仍有少量胸水需胸穿抽液2次，以后不需穿刺或引流。无效2例，经治疗后胸腔积液减少不明显，1个月后恢复到原积液水平的1/2以上，仍需反复抽液。本组病例达到有效的胸腔内给药次数为3次9例，4次2例，5次1例，显效病例中，患者食欲好转，食量增加，体力状况明显改善，能做家务及轻微劳动，生活质量有明显提高。本组用药后，未发生明显的肝肾功能损伤，无骨髓抑制，有3例出现胃肠道反应，发热4例，体温37.2 ℃～38 ℃，经口服萘普生或停药后症状消失。

讨　论

恶性胸水影响心肺功能，使病情迅速恶化，而且严重影响患者生存质量，危及生命。目前，对恶性胸水的治疗最常用的是胸穿抽液加胸腔内局部给药化疗相结合。本组病例采用生物制剂高聚金葡素与抗肿瘤药物顺铂胸腔内注射治疗，比较其它单一药物治疗，反复胸穿和胸膜切除术等，提高了治疗有效率，且副反应轻。目前生物制剂治疗已成为公认的恶性肿瘤治疗的主要手段之一，高聚金葡素不仅具有增强机体免疫功能特点，提高机体防御能力，增强抗肿瘤细胞的杀伤力，同时有刺激胸膜使胸膜粘连固定，减少肿瘤血管通透性，而且还能修复损伤的组织细胞。促进胸腔癌性渗出物的吸收，基本无明显毒性反应[1]。顺铂注入胸腔后，其铂原子能透过细胞膜抑制癌细胞DNA合成，并使DNA聚合酶失活，不能发挥催化作用，从而抑制癌细胞生长。顺铂在胸腔内可通过直接接触和表面渗透作用，又可通过毛细血管的运输，使药物更多地进入胸腔内原发或转移肿瘤内部，起到抗癌作用。

本组资料表明，高聚金葡素与顺铂的联合应用治疗恶性胸水，有一定改善症状作用，副作用小，操作安全可靠，适合一般情况差，对放疗化疗不能耐受、失去手术治疗机会的恶性胸腔积液的患者。

参考文献

[1] 葛广华，门奋勇，吴金川，等.生物制剂联合胸腔内注射治疗恶性胸

* 程友苏现在孝感市妇幼保健院

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

水疗效观察·临床肿瘤学杂志,1998,3(2)燊0-61

[作者简介]程友苏(1954－),男,副主任医师。

(收稿日期:1999-09-13)

骶管冲击疗法治疗腰椎间盘突出症173例报告

武汉市三医院骨科(430060)
方红育　程方德　杨流万

[关键词]　腰椎间盘突出症;　骶管冲击疗法
[中图分类号]R681.5+3　　[文献标识码]A
[文章编号]1005-6483(2000)05-0320-01

我院自1994年4月至1999年4月采用骶管冲击疗法治疗腰椎间盘突出症173例,疗效满意,现报告如下。

临床资料

1.一般资料:本组173例中,男101例,女72例,年龄23～74岁,平均49.3岁。病程最短8 d,最长5年。173例均有下腰段疼痛,下肢疼痛140例,麻木28例,跛行95例,直腿抬高试验阳性163例,加强试验阳性127例,膝、踝反射异常9例,拇趾背伸力减弱93例。临床诊断35例,CT 证实92例,MRI 证实21例,椎管造影证实25例。

2.药物配方:第1组:1%利多卡因5 ml;第2组:生理盐水10 ml＋地塞米松10 mg;第3组:生理盐水10 ml＋康尼克通-A 40 mg。

3.操作方法:患者俯卧于硬板床上,耻骨联合处垫枕,抬高臀部,以骶管裂孔为标志,常规消毒皮肤、铺洞巾、局麻。用9号腰穿针与皮肤或45°角向前上方从骶管裂孔穿入,当刺破骶尾韧带时有明显"落空感",使针与皮肤成30°角继续推进1～2 cm,回抽无血及脑脊液,注气无阻力且皮下无气囊感,表明穿刺成功。缓慢推入第1组药物,边推边询问患者有无不适,较快速推入第2组及第3组药物,此时患者常述有"凉水"向背心流注,臀部、下肢有酸胀感。总推注时间约4～5 min。改平卧位,观察20 min,注意测量脉搏、血压。治疗每周1次,连续3～4次为一疗程。如疗效不满意,间歇2周进行第2疗程。

4.治疗结果:优:症状消失,直腿抬高试验阴性。本组72例,占41.6%。良:症状明显减轻,直腿抬高试验≥60°。本组68例,占39.3%。好转:症状减轻,直腿抬高试验＜60°。本组26例,占15.0%。无效:症状无明显改善或改善后很快复发。本组7例,占4.1%。

本组治疗中有19例出现一过性头昏、心慌、恶心等不适,休息后能自行缓解。2例出现月经提前,治疗结束后恢复正常。

讨　论

腰椎间盘突出症是因椎间盘变性,纤维环破裂,髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所表现的一种综合征,以腰$_{4,5}$、腰$_5$骶$_1$间隙发病率最高,约占90%～96%,临床上以坐骨神经痛最为多见。由于突出的椎间盘对神经根的机械压迫或破裂的椎间盘组织产生的化学性物质(如髓核液里的糖蛋白、β蛋白质)的刺激,以及自身免疫反应,使神经根水肿、充血、与周围组织粘连,导致腰腿痛。骶管冲击疗法将药物直接注入骶管,药物容易达到病变部位而收到治疗效果。一般骶管腔约20～30 ml,注入25 ml 左右液体能使骶管腔充分扩张,并向下腰段硬膜外腔"冲击",对神经根产生推移作用,初步松解神经根与周围组织的粘连,适当的注射速度将有助于该推移作用的产生。第1组药物利多卡因对感觉过敏的神经根起封闭作用,解痉镇痛,快速消除患者腰腿痛的症状。第2组药物地塞米松具有抗炎、抗过敏作用,能抑制结缔组织的增生,降低毛细血管的通透性,减少炎症的渗出,并能抑制组织胺及其它有毒物质的形成和释放,从而减轻神经根水肿、充血,松解粘连,抑制瘢痕的产生。第3组药物康尼克通-A(丙酮缩去炎舒松)抗炎作用比氢化可的松、氢化泼尼松均强,经1～2 d 达最大效应,作用维持时间达2～3周,因而长时间解除炎性物质对神经根的刺激,有利于受损神经根的修复,使突出的椎间盘产生的局部充血、水肿吸收,逆转恶性循环。

注意事项:①由于骶管注射可引起硬膜外腔内压力升高,进一步导致颅内压升高,可引起头昏、心慌、恶心等症状。由于均为一过性,休息后缓解,故应注意注药速度不可过快。②康尼克通-A 可引起类 Cushing 综合征。本组出现月经不调2例,占1.2%,治疗结束后恢复正常。③利多卡因误入蛛网膜下腔可引起全脊髓麻醉,严重时可导致呼吸心跳停止。故注药前应确定回抽无脑脊液。

本组治疗中,我们发现对以下肢疼痛为主要症状的患者治疗效果较好,均达到优良,而对麻木为主的则效果一般。对注药过程中述有"凉水"向背心流注,臀部、下肢有酸胀感的患者治疗效果亦较好。而对病史长,反复发作,症状重的患者治疗效果不佳。

结合临床、CT、MRI、椎管造影,我们认为骶管冲击疗法适用于病史短,一般半年以内,或病史长,但以根性疼痛为主要表现者;或腰椎间盘膨出压迫硬脊膜囊和神经根不显著者;或临床症状不严重者。

[作者简介]方红育(1969－),男,医师。

(收稿日期:2000-03-03)

小儿先天性巨结肠改良灌肠的体会

湖北省宜昌市中心医院小儿外科(443003)
邢辉　张万玲　赵永尧　曾志华　尹宁　梁本蓉

[关键词]　小儿巨结肠病;　灌肠
[中图分类号]R574.62　　[文献标识码]A
[文章编号]1005-6483(2000)05-0320-02

回流灌肠常用于小儿先天性巨结肠病(Hirschsprung's disease, HD)的术前肠道准备,但操作繁琐,时间长,生理盐水用量大,并发症多。1989年4月～1999年7月我们对这一灌肠方法进行改良,应用于19例 HD 患儿术前肠道准备,效果良好,报告如下。

临床资料

1.一般资料:全组35例,男21例,女14例。年龄6个月～10

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