生活时间早,且较经济等优点,同时手术后近期疗效与MED相似,具有广阔的发展前景。

参考文献:

[1] 唐天驷,郑召民.积极健康地发展我国的微创脊柱外科[J].中国脊柱脊髓杂志,2003,13(2):69-70.

[2] Hoogland T, Schubert M, Miklitz B, *et al*. Transforaminal posterolateral endoscopic discectomy with or without the combination of a low-dose chymopapain: a prospective randomized study in 280 consecutive cases[J]. Spine, 2006, 31(24):E890-E897.

[3] Fairbank J C, Pynsent P B. The oswestry disability index[J]. Spine, 2000, 25(22): 2940-2952.

[4] Carlsson A M. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale[J]. Pain, 1983, 16(1): 87-101.

[5] Macnab I. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve-root involvement in sixty-eight patients[J]. J Bone Joint Surg Am, 1971, 53(5): 891-903.

[6] Ahn Y, Lee S H, Park W M, *et al*. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for recurrent disc herniation: surgical technique, outcome, and prognostic factors of 43 consecutive cases[J]. Spine, 2004, 29(16): E326-E332.

[7] 张 超,周 跃,初同伟,等.椎间盘镜下与开放手术治疗腰椎间盘突出症对椎旁肌损伤程度的比较研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2006,21(4):287-289.

[8] Hoogland T, K van-den-Brekel-Dijkstra K, Schubert M, *et al*. Endoscopic transforaminal discectomy for recurrent lumbar disc herniation: a prospective, cohort evaluation of 262 consecutive cases[J]. Spine, 2008, 33(9): 973-978.

[9] 王 建,周 跃,张正丰,等.经皮内窥镜下腰椎间盘切除术治疗极外侧型腰椎间盘突出症[J].中国脊柱脊髓杂志,2008,18(7):494-497.

(编辑 栾 嘉)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2009)09-0846-01

肺吸虫病引起机化性血胸1例

席学莉[1],刘 文[2],胡 晓[2] (贵阳医学院附属医院:[1]呼吸内科,[2]胸外科,贵阳 550004)

肺吸虫病是以肺部病变为主的全身性疾病,临床表现多变而复杂[1]。2008年8月我院收治1例因感染肺吸虫病而引起的机化性血胸患者,经口服吡喹酮及手术处理而治愈,现报告如下。

1 临床资料

患者,男性,25岁。活动后呼吸困难3年,半年前就诊当地医院,胸腔穿刺抽出咖啡色胸腔积液,病情无好转,就诊我院,胸片检查示:右侧大量胸腔积液,以"胸腔积液"于2008年8月21日收入我院。查体:气管左偏,右侧胸廓饱满,右肺叩实音,左肺叩清音,右肺呼吸音消失,左肺呼吸音增强,未闻干湿啰音。心脏、腹部检查(-)。辅助检查:血常规:WBC 11.24×10^9/L,N 0.710,L 0.165,E 0.002。大便查虫卵(-)。予胸腔置管引流,胸水细胞数40.0×10^9/L;胸水生化:乳酸脱氢酶1 629.00 U/L,蛋白70.61 g/L,葡萄糖1.97 mmol/L,胸水腺苷脱氨酶27.00 U/L。胸水脱落细胞检查未见恶性细胞,血清肺吸虫抗体阳性,追问病史在13岁时生吃溪蟹7~8只,诊断肺吸虫病,给予吡喹酮治疗,剂量按每次25 mg/kg,每日3次口服,3 d为1个疗程。住院期间共引流胸水8 000 ml,做胸部CT示右侧液气胸(肺压缩约40%),右侧胸膜增厚并胸膜上结节。因经济原因出院,于第2疗程吡喹酮治疗,出院12 d后感呼吸困难再次入院,胸腔B超示右侧大量胸腔积液,予胸腔闭式引流,复查血清肺吸虫抗体阳性。吡喹酮第3个疗程治疗,每日胸腔引流量100~300 ml,住院期间突发畏寒高热,体温39~40 ℃,查血常规:WBC 24.83×10^9/L,N 0.874,L 0.217,E 0.000,予苯唑青霉素治疗,体温下降,但仍中低度发热,考虑脓胸可能,恶性胸膜间皮瘤待排转入胸外科行右胸腔探查术。开胸后见右胸腔内有暗红色液体500 ml,取液体20 ml行胸水细菌培养。检查胸腔内有大量褐色坏死组织,壁层胸膜增厚约0.5 cm,切除部分增厚的壁层胸膜送冰冻切片检查示:纤维组织增生并玻璃样变性,较多慢性炎症细胞浸润,诊断机化性血胸。彻底清除右胸腔内积液后,见右肺膨胀不良,表面有致密纤维板束缚,纤维板厚0.3~0.5 cm,剥离大部分致密纤维板,松解受束缚的肺,修补右肺表面破损,膈肌上纤维板黏连致密,仅能做"井"松解,置胸腔引流管,逐层关胸,手术顺利。术后第3天体温正常,每日引流暗红色液体100 ml,有少量气体溢出,胸水细菌培养示金黄色葡萄球菌,根据药敏予苯唑青霉素静滴,同时庆大霉素加盐水冲洗胸腔,复查胸部CT示右侧液气胸,予凝血酶加盐水注入右胸腔,吡喹酮第4个疗程治疗。经以上处理胸水引流量逐渐减少,无漏气,拔胸腔引流管后出院。

2 讨论

肺吸虫病是因人生吃、腌吃、醉吃溪蟹或喇蛄而感染,也可因饮用含有囊蚴的生水而受到感染。肺吸虫病发病过程多缓慢,早期症状不明显,潜伏期不易确定,或长或短。症状可在感染后数天至1个月出现,迟者至数年。如有生食溪蟹史,应考虑肺吸虫病可能。血清肺吸虫抗体测定对肺吸虫的感染有很高的特异性和敏感性,具有相当高的诊断价值。本例患者有生食

(下转849页)

作者简介:席学莉,女,河南省洛宁县人,副主任医师,主要从事呼吸系统疾病方面的研究。电话:(0851)6774226,E-mail:xixueli2664@sina.com

收稿日期:2008-12-29;修回日期:2009-02-22

基因，不同人群中表达异常，使不同易感人群对外界环境致癌因素反应不同，可能是贲门癌高发家族贲门癌高易感性发生的机制之一，进一步研究这些区域所定位的基因与贲门癌关系及在不同易感贲门癌患者中的表达情况，可能对加深了解贲门癌遗传高易感性发生机制具有重要作用。另外本研究还发现：1q、3q、6q/p、7p、8q、13q/p、20q/p 染色体部位 DNA 拷贝数扩增和 1p、17q/p、19p 染色体部位 DNA 拷贝数丢失在肿瘤家族史阳性和阴性贲门癌患者中均发生超过 20%，与以往研究基本一致[7]。定位于 20q13.2 的 CYP24 是公认的原癌基因[8]，EGFR、HGF、MET、CTSB 和 MYC 基因均位于 7、8 号染色体上，过度扩增参与贲门癌发生[9]，TP53 基因位于 17q，控制的 P53 蛋白可以调节细胞增生和恶性转化，贲门癌中存在 TP53 的失活[10]，这些异常区域所定位的基因异常表达可能与外界环境因素关系密切，可能是与环境因素相关的贲门癌关键基因，在外界致癌因素作用下发生表达改变而导致肿瘤发生。Array-CGH 技术相较 CGH 技术有更高的分辨率，但也只是精确到区域并未定位基因，而且代价昂贵。本实验室利用 CGH 技术进行粗筛，了解家族史阳性/阴性贲门癌染色体异常变化情况，为后继工作提供参考。

贲门癌的发生和演变是多因素共同作用的结果，涉及多种染色体异常的积累，与多个遗传染色体上的分子生物学改变有密切关系[11]。本研究发现贲门癌家族史阳性患者中多个染色体部位基因表达差异，进一步研究这些区域所定位的重要基因与贲门癌高易感性发生的关系，对加深贲门癌发生机制的认识有重要意义。

参考文献：

[1] Li J Y, Ershow A G, Chen Z J, *et al*. A case-control study of cancer of the esophagus and gastric cardia in Linxian[J]. Int J Cancer, 1989, 43(5): 755 - 761.

[2] 熊　玮，钱桂生，黄桂君. 原发性肺癌染色体比较基因组杂交研究[J]. 第三军医大学学报，2006，28(4)：351 - 353.

[3] 常志伟，王立东，王宁博，等. 家族史阳性和阴性食管癌患者癌组织中 FHIT 和 BRCA2 及 MLH1 的表达变化[J]. 中华肿瘤防治杂志，2006，13(18)：1371 - 1174.

[4] Porta J, Kolar C, Kozmin S G, *et al*. Structure of the orthorhombic form of human inosine triphosphate pyrophosphatase[J]. Acta Crystallogr Sect F Struct Biol Cryst Commun, 2006, 62(Pt 11): 1076 - 1081.

[5] Adamowicz M, Radlwimmer B, Rieker R J, *et al*. Frequent amplifications and abundant expression of TRIO, NKD2, and IRX2 in soft tissue sarcomas[J]. Genes Chromosomes Cancer, 2006, 45(9): 829 - 838.

[6] Araki K, Nozaki K, Ueba T, *et al*. High expression of Aurora-B/Aurora and Ipll-like midbody-associated protein (AIM-1) in astrocytomas [J]. J Neurooncol, 2004, 67(1 - 2): 53 - 64.

[7] Wang L D, Qin Y R, Fan Z M, *et al*. Comparative genomic hybridization: comparison between esophageal squamous cell carcinoma and gastric cardia adenocarcinoma from a high-incidence area for both cancers in Henan, northern China[J]. Dis Esophagus, 2006, 19(6): 459 - 467.

[8] Mimori K, Tanaka Y, Yoshinaga K, *et al*. Clinical significance of the overexpression of the candidate oncogene CYP24 in esophageal cancer [J]. Ann Oncol, 2004, 15(2): 236 - 241.

[9] Vissers K J, Riegman P H, Alers J C, *et al*. Involvement of cancer-activating genes on chromosomes 7 and 8 in esophageal (Barrett's) and gastric cardia adenocarcinoma[J]. Anticancer Res, 2001, 21(6A): 3813 - 3820.

[10] Varis A, Puolakkainen P, Savolainen H, *et al*. DNA copy number profiling in esophageal Barrett adenocarcinoma: comparison with gastric adenocarcinoma and esophageal squamous cell carcinoma[J]. Cancer Genet Cytogenet, 2001, 127(1): 53 - 58.

[11] 吕　钢，徐惠绵，王亚晖，等. MMP-7、E-cadherin 和 VEGF 与贲门癌生物学行为的关系[J]. 重庆医学，2008，37(14)：1559 - 1562.

（编辑　龙　亮）

（上接 846 页）

溪蟹史，肺吸虫抗体阳性，肺吸虫病诊断确立。肺吸虫的致病作用主要由童虫和成虫在宿主体内窜行和寄居时对组织造成机械性破坏、虫体代谢产物对宿主化学刺激及虫体异性蛋白引起过敏反应[1]。其病理变化主要为机械性刺激引起的异物肉芽肿反应，血中嗜酸性粒细胞增多，局部嗜酸性粒细胞聚集，虫体在体腔浆膜面寄居、移行引起浆膜的纤维素性炎症，渗出液可机化而引起腹腔内脏的相互黏连、胸腔黏连甚至胸腔闭锁[2,3]。该患者开胸手术所见与胸部 CT 检查表现一致，右胸脏壁层胸膜增厚明显，病理证实壁层胸膜纤维结缔组织增生，右侧因脏层胸膜上纤维束缚膨胀不全形成液气胸。本例患者病程 3 年，未及时治疗，临床表现为大量血性胸腔积液，右胸腔广泛纤维增生并黏连，同时并发脓胸和顽固性液气胸。提示肺吸虫病引起的胸腔积液如不及时治疗，其渗出液可形成机化性血胸并引发感染，损害肺组织，通过吡喹酮治疗及手术处理可治愈。

关键词：肺吸虫病；胸腔积液；机化性血胸
中图法分类号：R561.506　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] 陈兴保，吴观陵，孙　新，等. 现代寄生虫病学[M]. 北京：人民军医出版社，2002：613 - 623.

[2] Sasaki M, Kamiyama T, Yano T, *et al*. Active hepatic capsulitis caused by Paragonimus westermani infection[J]. Intern Med, 2002, 41(8): 661 - 663.

[3] Meehan A M, Virk A, Swanson K, *et al*. Severe pleuropulmonary paragonimiasis 8 years after emigration from a region of endemicity[J]. Clin Infect Dis, 2002, 35(1): 87 - 90.

（编辑　吴培红）