维普资讯 http://www.cqvip.com

附表　两组治疗效果比较

组别	例数	CR	PR	NC	(CR+PR) 有效率 (%)
联合组	20	8	10	2	90.00
单纯组	19	4	8	7	63.15

2．副作用

联合组中 11 例发热，占 55.00%，6 例畏寒、寒战，占 30.00%，5 例胸疼，占 25.00%，11 例恶心、呕吐，占 55.00%。上述症状出现后经对症治疗缓解。单药组有 50.00% 患者出现发热，25.00% 的患者有畏寒，15.00% 有恶心、呕吐。其余病例未见明显毒副作用。两组均未见肺复张后水肿及纵隔摆动。

三、讨论

恶性胸腔积液的治疗，以往多采用胸腔反复穿刺，然后注入化疗药及生物制剂或胸膜粘合剂，此方法不易使胸水排净，而造成胸水药物浓度不高；同时也增加了胸膜休克及癌细胞胸壁种植的机会。锁骨下静脉导管闭式引流胸水有如下特点：1. 操作方便安全，创伤小，引流效果好。2. 胸腔内注药方便，利于胸膜粘连。3. 可控制胸水引流速度，避免短期内大量放胸水所致的急性肺水肿。4. 减少胸壁损伤和胸腔感染。但是，由于导管细的原因，往往对粘稠胸液引流不畅，这是该法不足之处。

文献[2]报导向胸腔直接注入白介素 2，其有效率为 68%。也有报道[3]应用小剂量白介素 2 多次胸腔灌注控制胸水其有效率为 76%。而顺铂单用对癌性胸水的有效率在 60% 左右[4]。本组单用白介素 2 的有效率为 63.15%，联合组有效率为 90.00%。联合组的疗效优于单纯组 ($P<0.05$)。顺铂是广泛抗肿瘤药，抗瘤作用强，胸腔内注药后，即可直接杀伤肿瘤细胞，又可致胸膜硬化，从而有效控制胸水。白介素 2 是 T 淋巴细胞分泌的一种淋巴因子，是免疫系统中重要的分子之一，可诱导 LAK 细胞、肿瘤坏死因子的产生和释放，具有显著的免疫增强作用。将顺铂和白介素 2 并用治疗恶性胸腔积液，即增强肿瘤杀伤作用，又增加机体的免疫功能，二者有协同作用。本组病例疗效好之关键在于胸水引流干净及两药的协同作用。临床应用安全，值得推荐。

参考文献

1. 李振, 许德顺, 王化洲, 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. 白介素-2 II 期临床试验协作组, 白细胞介素-2的 II 期临床试验报告. 癌症, 1994, 13 (3) : 30.
3. 方正, 门奋勇, 李海金, 等. 白细胞介素 -2 浆膜腔内注射治疗恶性积液. 中国肿瘤临床, 1997,24 (5) : 390-391.
4. 张华满. 顺铂联合氟尿嘧啶腔内治疗恶性胸腹腔积液的临床分析. 实用肿瘤杂志, 1997, 12 (5) : 221.

(收稿：2001-08-23)

脑转移瘤 65 例临床分析

高 凯* 兰学英* 殷陶治* 杨铁成*

脑转移瘤在临床上并不少见，国内报道其发病率约占颅内肿瘤的 6%～10%[1]，我院自 1980 年～1997 年间共收治脑转移瘤患者 78 例，约占同期脑肿瘤的 7.5%。其中经开颅手术并获得病理结果的 65 例。现通过临床病案分析，对脑转移瘤的有关问题加以分析讨论。

一、临床资料

1．性别和年龄：65 例中男 44 例 (67.5%)，女 21 例 (32.5%)。年龄最小 26 岁，最大 79 岁，平均 54.6 岁。其中 21～30 岁组中男 1 例，31～40 岁组中男 5 例，女 3 例；41～50 岁组中男 8 例，女 5 例；51～ 60 岁组中男 22 例，女 9 例；60 岁以上组中男 9 例，女 3 例。

2．原发肿瘤与脑转移瘤的时间关系：65 例中确诊原发肿瘤后再发现脑转移瘤者 34 例，间隔 1～3 个月者 22 例，4 个月～1 年者 9 例，1～3 年者 3 例。其中 1 例甲状腺癌 12 年后发生脑转移。发现脑转移后追查到原发灶者 22 例，始终未查到原发病者 9 例。

3．脑转移瘤的病程：从出现颅内症状到就诊时间 3 天内者 1 例，4 天到 3 个月者 49 例，3 个月以上者 15 例。

4．脑转移瘤的临床表现：本组 65 例就诊时间均有神经系统症状和体征，主要表现有头痛、恶心呕吐、四肢瘫痪、癫痫等，见表 1。

5．脑转移瘤的部位

表 1　脑转移瘤患者神经系统症状和体征

症状和体征	例数	百分率(%)
头痛	49	75.4
恶心、呕吐	31	47.7
肢体瘫痪	42	64.6
癫痫	18	27.6
面瘫	7	10.8
吞咽困难	4	6.2
视乳头水肿	49	75.9

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院神经外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

转移灶大多数为幕上单发病灶，共41例(63.1%)，多位于灰白质交界区。其中额叶21例，颞叶8例，顶叶11例，枕叶1例。幕下单发灶2例，均位于小脑半球。多发转移灶幕上者亦占多数，共18例。幕下者仅1例，幕上下均有转移者3例。见表2。

6．脑转移瘤的来源及病理类型

本组65例均经开颅手术获得病理结果，其中原发灶与转移灶均有病理者41例，仅转移灶有病理者24例，其中9例原发灶不明。见表3。

表2 脑转移瘤的分布

转移灶数目	部位			合计
	幕上(例)	幕下(例)	幕上下(例)	
单发	41	2		43
多发	18	1	3	22

表3 脑转移瘤的来源及病理类型

原发癌部位	病理类型	例数			百分率（%）		
		男	女	合计	男	女	合计
肺	腺癌	21	7	28	32.3	10.8	43.1
	鳞癌	7	4	11	10.8	6.2	17
乳腺	髓样癌	—	5	5	—	7.7	7.7
	乳头状癌	—	2	2	—	3.1	3.1
颈部淋巴结	恶性淋巴瘤	2	1	3	3.1	1.5	4.6
鼻咽部	鳞癌	2	—	2	3.1	—	3.1
甲状腺	未分化癌	1	—	1	1.5	—	1.5
胃	腺癌	1	1	2	—	1.5	3.0
面部	恶性黑色素瘤	—	1	1	1.5	1.5	1.5
胆囊	腺癌	1	—	1	1.5	—	1.5
原发灶不明	腺癌	4	1	5	6.2	1.5	7.7
	鳞癌	3	1	4	4.6	1.5	6.1

二、结果

近期手术疗效，好转46例(70.77%)，无变化16例(24.62%)，死亡3例(4.61%)。

三、讨论

1．根据本组资料显示：脑转移瘤好发年龄在40岁以上，共56例，占86.72%。从病理类型来看，腺癌居多，占55.38%。其中男性以肺癌脑转移最多见，占32.3%。女性以乳腺癌脑转移最多见，占10.8%。从肿瘤分布上看，以幕上单发转移灶最多，占63.1%，且多位于大脑中动脉供血区，这可能是大脑中动脉口径较粗，血流量大，肿瘤栓子易进入该区有关[2]。但肿瘤在左右半球的分布上却无明显差异。

2．诊断：典型的病例，一般先发现原发的恶性肿瘤，以后出现脑部的症状体征。但是本组有22例是以神经系统症状体征为首发表现，经追溯病史及体检而发现原发病灶，且有9例甚至经手术和病理证实为脑转移癌而原发肿瘤始终未能找到。因此对于短时间起病且病程进展迅速的中年以上的脑瘤患者应警惕脑转移瘤的可能性。目前CT或MRI是诊断脑转移瘤的有效手段。本组病例均行头部CT平扫或增强扫描，病灶多位于灰白质交界处。直径从数毫米至数厘米不等，但多在2～3cm之间，病灶可呈结节样、环状或团块样，生长迅速的较大病灶可有中心部液化坏死区，病灶均有不同程度强化。多发病灶与单发病灶影像特点基本一致。MRI与CT所示肿瘤形态大致相仿，但有时可发现CT未显示的微小转移灶。除此之外，因转移灶的部位及大小不同，可见脑室受压脑积水，中线移位等影像。但无论CT或MRI扫描表现均无特异性，特别是无原发癌表现的病例，仅凭影像学进行定性诊断比较困难，有时难以与胶质瘤、脑出血卒中、脑肿胀、脑炎等相鉴别。随着现代免疫学的进展，可以用各种抗肿瘤的单克隆抗体，对转移癌组织进行免疫组织化学标记，从而找出原发灶，为临床尽早诊治原发癌提供帮助[3]。

3、治疗：脑转移瘤的治疗是较为困难和棘手的问题，各家意见颇不一致。近年来多主张以手术为主的综合治疗[4]，手术目的在于解除或减轻颅内压增高症状，延长生命。一般在发现原发灶的同时确诊为有脑转移癌者，应按病灶症状的主次确定治疗方案，若原发病可以手术，颅内转移瘤也处于稳定状态，应先切除原发灶，后治转移瘤。如转移瘤严重威胁生命者，应先切除颅内转移瘤，然后再处理原发灶。原发灶已切除，再发现颅内转移者，亦先考虑手术切除，对于极度恶性和广泛转移并累及肝肾等器官的晚期转移癌，应视为手术禁忌。如转移瘤引起脑积水，而病人身体条件较差无法耐受开颅手术，可行分流术以缓解颅内压增高。值得提出的是，不论转移瘤切除与否，均应辅以放疗、化疗。近

维普资讯 http://www.cqvip.com

年来随着X-刀和γ-刀的临床应用，对较小的深在的或位于重要功能区的脑转移瘤的治疗提供了有效的方法。

4．预后：本组65例术后随访到34例、平均生存期为9个月，其中6个月内7例，7个月～1年21例，12个月以上6例。经综合治疗（手术、放疗、化疗、中医药治疗）的有21例，平均生存期为11.5个月，单纯手术治疗的13例平均生存期为6个月。60岁以上患者平均生存期为4个月，60岁以下患者平均生存期为12个月。而我院同期有13例脑转移癌患者未经手术治疗，平均生存期仅为2.1个月。本组65例中有24例转移灶与原发灶均切除，其中平均生存期为11.3个月。而另41例仅行脑转移瘤单纯切除，其平均生存期为7.9个月。由此可见，脑转移瘤预后不良，生存5年以上者极少见，手术治疗较非手术治疗者生存时间延长。因此手术治疗对延长生命是有价值的，而原发灶切除与否，是否进行综合治疗及年龄等因素对脑转移瘤的预后均有一定影响。

参考文献

1.王忠诚，主编．神经外科学．北京：人民卫生出版社．1979．380-389．
2.何启，蔡启明．肺癌脑转移108例临床分析．临床神经科学，1995,4(3):219．
3.张福林，等．脑转移性肿瘤的原发灶探讨．临床神经科学，1995,3(3):137-142．
4.李树玲，主编．头颈肿瘤学．天津：天津科学技术出版社，1993.216．

（收稿：2001-08-22）

尿道损伤187例治疗体会

李方义* 赵永* 何旭革* 邱创规*

尿道损伤较为常见，早期合理的治疗对预后意义重大，我院1975年～1997年对187例不同部位、程度的尿道损伤采用不同治疗方法，取得满意疗效，现报告如下。

一、临床资料

患者均为男性、年龄18～72岁，平均48岁，前尿道球部损伤99例，后尿道损伤88例，均有不同程度下腹部、会阴部损伤。其中，后尿道损伤均伴有不同程度骨盆骨折或耻骨联合分离，187例均有尿潴留，后尿道损伤伴有休克者43例，合并其它脏器损伤9例。99例前尿道球部损伤，导尿成功11例(11.1%)，尿道会师21例(21.2%)，损伤修补吻合术67例(67.6%)，后尿道损伤行尿道会师79例(89.7%)，因休克及合并其它脏器损伤行膀胱造瘘择期行尿道套入术9例(10.2%)。

二、结果

疗效判定：治愈：排尿通畅，尿线正常或接近正常，可通过16F以上尿道探子，近年来用尿流率测定，最大尿流率>15ml/s。失败：自觉排尿困难、尿线细，16F尿道探子不能通过尿道，最大尿流率< 10ml/s，甚至出现尿潴留。

187例随访3个月～22年。前尿道球部损伤导尿成功11例，全部治愈；导尿失败行尿道会师21例，16例治愈(76.2%)，5例失败(23.8%)；2次行损伤修补吻合术，全部治愈；行损伤修补吻合术67例，全部治愈；后尿道损伤行尿道会师79例，治愈率59.2%；因狭窄或二期行尿道套入术41例，5例出现不同程度尿失禁，占10.4%，明确继发阳痿者7例，占4.2%。

三、讨论

(一)尿道损伤的诊断

准确判断尿道损伤的部位，估计尿道损伤程度，确定有无其它脏器合并伤是术式选择及促进良好预后的关键。尿道损伤的诊断应强调以下几点：

1．导尿是诊断及治疗尿道损伤的重点措施。行诊断性导尿时应动作轻柔，不宜暴力插入，以免加重尿道损伤或假道形成。尿道不完全断裂者，导尿管多数能顺利插入，可解除尿潴留之痛苦，也免除尿外渗之忧、留置二周即可达到治疗目的。导尿失败者，不宜反复试插，更忌用硬质或金属管探，以免加重组织损伤，应视为尿道严重损伤或完全断裂，须及时手术治疗。

2．受伤方式及直肠指诊有助于明确损伤部分。球部尿道损伤多因会阴部跨骑伤所致，直肠指诊，直肠前壁无压痛肿胀，前列腺位置正常。后尿道损伤多因骨盆骨折所致，直肠指诊，直肠前壁压痛肿胀，前列腺位置上升浮动感。

3．尿道造影可确诊，但有加重损伤导致感染及局部瘢痕狭窄的可能。

(二)前尿道损伤的治疗

前尿道损伤常见于跨骑伤或会阴部挫伤所致，多损伤球部尿道，其手术方法有尿道会师术和损伤修补吻合术等。尿道会师术简单易行，实有可取之处，但尿道会师术实质上是二期愈合过程，尿道缺损部位被瘢痕组织替代暂时恢复尿道连续性，术后必然引起瘢痕性尿道狭窄，是尿道会师术失败的重要原因，故会师术后坚持定期尿道扩张十分重要。尿道扩

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院泌尿外科