维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

本组48例，超声诊断与手术符合率达92%，其中急性单纯性阑尾炎29例，化脓性阑尾炎12例，坏死性阑尾炎5例，超声未显示2例（主要原因是肠胀气明显，阑尾未能清晰显示），超声均符合。

急性阑尾炎的超声声像图特征如下：① 急性单纯性阑尾炎阑尾呈轻度肿胀，直径0.7～1.3 cm，肌层回声低，粘膜层较薄呈强回声。阑尾纵断面形似蚯蚓状，横断面形似靶环状，腔内呈均匀弱回声。当发炎阑尾周围有渗出时，可见少量积液形成的不规则无回声区。回盲部肠管壁轻度增厚约0.6～0.8 cm，回声较低。② 化脓性阑尾炎阑尾明显肿胀，直径1.0～2.0 cm，粘膜层明显增厚，回声增强，肌层呈低回声，管腔内呈无回声，有时可见细小光点。阑尾纵切面成腊肠型，横切面呈圆形。其周围不规则无回声区更为明显。回盲部管壁改变同急性单纯性阑尾炎，并可伴有肠管轻度扩张。③ 坏死性阑尾炎阑尾明显肿大，如同化脓性阑尾炎，但粘膜层增厚不明显或部分消失，阑尾腔可同时存在片状弱回声和无回声，有时全为无回声。阑尾周围可见较大范围无回声区，回盲部肠管回声与化脓性阑尾炎相似。④ 阑尾炎合并粪石时，阑尾腔内显示强回声并伴声影。

3 讨论

超声因其快速、敏感、特异性较强而应用广泛，且可床边操作，其优越性已为临床医生所认可，尤其对于患者肥胖，肠气过多，阑尾异位及小儿不配合所致的可疑急性阑尾炎诊断的准确性带来困难，必要时加上逐级加压扫查法，曾有人报告了逐级加压扫查法的敏感性为75%，特异性100%。所谓逐级加压扫查法是用来评价阑尾管壁柔韧性的一种方法，是指一般情况下，当中等程度加压时，正常小肠壁容易萎陷，然而炎性梗阻的阑尾不能被压缩。应用探头在右下腹逐渐施加压力，该区正常肠管内的液体及肠内容物可被挤出，从而使急性炎症肿大且不能压缩的阑尾清楚显示出来。超声显示腰大肌和髂外动、静脉可作为判断加压是否适当的重要解剖标志，如果腰大肌和髂外动、静脉没有显示清楚，表明压力不足，不能诊断。如能严加掌握上述因素将进一步提高诊断准确性。

（编辑：张天飞）

糖尿病肾病患者的饮食治疗

张 玲 （第三军医大学附属西南医院预防保健科，重庆 400038）

[关键词] 糖尿病；肾病；饮食治疗
[中图分类号] R473.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)03－0204－02

糖尿病是一种慢性内分泌代谢性疾病，肾病为糖尿病并发症之一，要防止糖尿病肾病进展，饮食治疗是糖尿病肾病防治中一个重要环节[1]。2000年以来，通过对19例糖尿病肾病的饮食治疗，效果较满意，现报告如下。

1 资料与方法

糖尿病肾病19例，男11例，女8例，平均55.3岁，均为Ⅱ型糖尿病并发不同程度肾功能损害。低盐饮食，每日3 g左右；合理蛋白质饮食，每公斤体重0.8 g为宜；制定适宜的总热量，每天需要摄入30～35 kcal/kg体重的热量；合理的脂肪饮食，每日脂肪的进含量不应超过热量的30%。

2 结果

随访4年，本组19例糖尿病肾病患者第二次住院人数仅1人，实践证明通过饮食治疗，可以提高糖尿病肾病患者的生活质量和生命质量。

3 讨论

糖尿病饮食治疗中首先应确定总热量，在总热量确定的前提下，重视饮食中热源质营养的比例并使热源质营养素三者之间保持适当的比例，以适应代谢的变化。建议碳水化合物、脂肪、蛋白质占能量之比分别为60%～70%，20%～25%和10%～15%为宜。为了减少糖尿病患者并发心血管疾病，糖尿病者必须强调重视脂肪的质与量，以利于改善脂代谢紊乱。

近年来人们对高纤维素膳食在糖尿病患者中的应用颇感兴趣。流行病学的调查与研究提示，饮食过于精细而致膳食纤维摄入不足可能是糖尿病、冠心病、结肠癌、直肠癌等患病率升高的直接或间接原因。因此，改变饮糖上升及改善葡萄糖耐量的作用，在这方面可溶性膳食纤维的效果要优于不溶性膳食纤维，前者还有利于血脂的改变。关于膳食纤维对血糖的影响机制仍在研究中，可能是由于水溶性纤维延缓了胃排空时间，从而降低了肠内葡萄糖浓度，还可减少小肠对糖类的吸收，这可能是纤维包裹了糖类分子，使它们既与消化液隔离，又不能与肠粘膜直接接触；膳食纤维可增加组织对胰岛素的敏感性，影响肠道激素的释放，减少胰高血糖素的分泌，使葡萄糖代谢加强，维持血糖在较低水平等。故在糖尿病饮食治疗中膳食纤维的重要作用是不容忽视的。

蛋白质的摄入会导致分解产物蓄积，肾功能恶化，体内尿毒素迅速升高。因此采取低蛋白饮食，是延缓肾病进展的重要措施，而单纯的低蛋白饮食容易发生营养不良（营养不良又会加速肾衰进展）。所以，合理制定每日蛋白质的食量非常重要。糖尿病肾病肾功能正常者，每日蛋白质以每公斤体重0.8 g为宜，肾功能不全非透析期以每公斤体重0.6 g，透析后按透析要

[收稿日期] 2004－11－25 [修回日期] 2004－12－29

维普资讯 http://www.cqvip.com

求增加蛋白量。在胃肠道功能能耐受的情况下，主食中掺入适量的黄豆粉既可以提高蛋白质的生理效用，又可减轻饥饿感。因粮食中每百克含碳水化合物76 g，蛋白质10 g，而黄豆粉每百克含碳水化合物28 g，蛋白质40 g，且含有粮食中较缺乏的赖氨酸，两者混合，通过蛋白质互补作用，提高蛋白质的生理效用。如果碳水化合物总量不变，混合食用可多吃些，对防止饥饿感有帮助。

糖尿病是一种慢性长期的内分泌代谢性疾病，一得病就要终身持续控制。血糖、尿糖得到理想的控制同时坚持饮食控制。糖尿病饮食制订必须符合科学性，同时应强调个体化原则。据国内资料统计[2]，单纯使用饮食治疗者仅占7%～10%。较国外为低。可见饮食治疗还存在不足，有待于临床医生不断摸索提高，形成一套科学的管理办法。

[参考文献]

[1] 邓宝春，杨丽勤．浅析糖尿病患者的饮食疗法[J]．山西临床医药杂志，2002，11(6)：444－446.
[2] 王 建，徐 静，李明秀，等．饮食控制对早期糖尿病肾病影响的观察[J]．第三军医大学学报，2002，24(6)：698.

（编辑：左艳芳）

甲状腺乳头状腺癌的外科治疗体会

覃 旭，邹京晨，柏庆堂 （桦南林业局职工医院外科，黑龙江 桦南 154400）

[关键词] 甲状腺；乳头状腺癌；外科治疗
[中图分类号] R736.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)03－0205－01

甲状腺乳头状腺癌（papillary adenocarcinoma of thyroid）约占甲状腺癌的50%～60%，分化好，恶性度低，生长慢，主要转移至颈部淋巴结，术后存活时间长。患者多为年轻女性，其主要治疗方法是手术加甲状腺素片辅助治疗。我科自1997年至今对12例不同病情的患者采用不同的术式进行手术治疗，取得了良好的效果，现将治疗体会报道如下。

1 资料与方法

本组12例，男4例，女8例。年龄24～52岁，平均42岁。术前均经B超和针刺细胞学或术中快速冰冻切片病理证实甲状腺乳头状腺癌，术后经石蜡包埋切片病理证实术前诊断。其中8例癌肿位于甲状腺一侧，术前和术中未见颈淋巴结肿大。给予患侧叶和峡部切除、对侧叶大部切除。不做预防性颈淋巴结清除。3例癌肿位于甲状腺一侧叶内，术前和术中见颈淋巴结转移肿大，其中2例转移的颈淋巴结与颈内静脉、胸锁乳突肌和副神经无浸润性粘连，给予患侧叶和峡部切除、对侧叶大部切除，同时给予保留胸锁乳突肌、颈内静脉和副神经的改良式颈淋巴结清扫术。另1例转移的颈淋巴结与颈内静脉浸润粘连，给予切除颈内静脉的颈淋巴结清扫术。1例癌肿位于双侧腺叶内，颈淋巴结与颈内静脉浸润粘连，给予甲状腺两叶和峡部囊内切除，并行传统的切除颈内静脉、胸锁乳突肌及副神经的颈淋巴结清扫术。以上患者中有2例术中发现癌肿与胸骨甲状肌浸润粘连，给予患侧胸骨甲状肌和胸骨舌骨肌一并切除。术中如果发现切除组织中可疑为甲状旁腺者，可取出放在生理盐水中，如下沉则可能为旁腺，可将胸锁乳突肌钝性分开将旁腺种植其中。术后给予甲状腺素片120 mg/d口服。

2 结果

该组患者手术效果均良好，除采用传统颈淋巴结清除术的1例患者出现颈部不对称和轻度活动功能障碍外，其余患者均无头颈部静脉回流障碍或活动功能障碍，无喉返神经或甲状旁腺损伤。五年中1例患者出现颈淋巴结复发转移，给予再次局部切除，效果良好。

3 讨论

甲状腺的淋巴结位于甲状腺峡部前面，收纳甲状腺的淋巴，先注入气管前淋巴结和气管旁淋巴结，然后注入颈外侧上深淋巴结。该淋巴结位于颈内静脉上段周围。另有少数淋巴结在枕三角内沿副神经排列，称为颈内静脉外侧淋巴结，又称副神经淋巴结。传统的颈淋巴结清除要求切除颈内静脉、胸锁乳突肌和副神经。一方面造成颈部外观不对称而影响美观；另一方面切除了颈内静脉，影响头颈部静脉回流；切除胸锁乳突肌使头不能向患侧侧屈，同时不能向健侧回旋。副神经支配胸锁乳突肌和斜方肌，其损伤可导致斜方肌瘫痪、同侧肩胛骨下垂。由于甲状腺乳头状腺癌恶性程度较低，一般为单发病灶，多无包膜，主要转移到颈部淋巴结。因此对术前或术中未见淋巴结转移者，现在不主张做预防性颈淋巴结清除。现认为颈淋巴结有无转移并不影响病人的预后和生存，清除了未受癌肿浸润的淋巴结反而破坏了淋巴的正常防线。由于甲状腺乳头状腺癌多无包膜，故凡侵及胸骨甲状肌者应将胸骨甲状肌和胸骨舌骨肌同时切除。对有颈部淋巴结转移者，只要未侵及颈内静脉和胸锁乳突肌，应行保留颈内静脉、胸锁乳突肌和副神经，而清除颈前、颈后三角肌中的淋巴组织和脂肪组织的改良颈淋巴结清除术。该类患者应长期随访，发现颈淋巴结转移随时做局部清除仍可达到好的疗效。

甲状腺乳头状腺癌有TSH受体，术后应终身服用甲状腺素片，一方面弥补由于甲状腺切除而导致的甲状腺功能低下，另一方面抑制TSH从而抑制甲状腺癌的生长，使病灶缩小，抑制复发。

（编辑：张天飞）

[收稿日期]2005－01－15 [修回日期] 2005－02－23