维普资讯 http://www.cqvip.com

穿;NR 为无效。本组病例中 CR 为 3 例,均为周型型腺癌合并少量胸水,PR 为 14 例,总有效率达 73.9%。6 例无效患者就诊时均以出现多脏器转移且一般状态较差。

2.本组病例中 CR 3 例及 PR 7 例,在治疗期间均进行了放疗和化疗,原发肿瘤得到有效控制。

三、讨论

肺癌的发病率逐年上升,以成为全世界威胁人类健康的主要疾病。大量的临床实践证明肺癌的治疗效果,五年生存率与临床分期密切相关。其早期诊断及治疗已成为肺癌治疗的关键。然而就诊的肿瘤病人中有相当一部分已属 III 期、IV 期,特别是合并胸水的 IV 期患者,既无手术可能,又因为出现癌性胸水,这种胸水为顽固性持续增长,这样患者逐渐消耗,最后呼吸循环功能不全致死亡。由于胸水不能很好控制,也为其他非手术治疗,如系统的放疗和化疗增加了困难,甚至不能进行。所以,临床上控制顽固性癌性胸水,以提高晚期肺癌患者的生存率,已成为重要课题。全身给抗癌药,胸腔内药物分布很少,效果差。故国内外专家一致认为,局部胸腔化疗,为控制癌性胸水的唯一有效方法,虽然各种抗癌药相继被开发,但尚无效果肯定的药物,且临床经验还需要进一步完善。

干扰素是 1957 年首先由 Issacs 和 Lindemahn 作为一种天然的抗病毒物质而提出[2],其后发现该物质具有抗肿瘤特性和广泛生物学活性的调节蛋白。干扰素有 α、β、γ 三种,是一组结构与功能密切相关的糖蛋白分子。除抗病毒作用外,还具有调节细胞基因表达,直接抑制肿瘤细胞增殖和活化淋巴细胞、增加 NK 细胞、单核细胞的细胞毒活性作用。近十年来,临床研究应用最多的就是 α-干扰素,其对 10 多种实体瘤有效,其中对血液系统肿瘤疗效最佳。α-干扰素与其它化疗药物或细胞因子合用,可望提高胸腔局部化疗的疗效。Katade 等研究发现干扰素可增加肿瘤细胞对抗癌药物的吸收率,并延长细胞周期时间,有利于同步化疗[3]。

本组病例均为合并癌性胸水的 IV 期肺癌患者。应用大剂量干扰素 α-2a 与卡铂联合胸腔化疗,总有效率为 73.9%,其中完全缓解 3 例,部分缓解 14 例,而且其中 10 例病人进一步做了放疗和化疗,明显改善了症状,最大限度地延长了患者生命,为干扰素与其它化疗药联合控制顽固性癌性胸水找到一条切实可行的方法。由于本组病例观察时间较短,有关用药剂量,时间及与其他药物联合应用等有关问题,还有待于进一步研究观察。

参 考 文 献

1.刘宝江,单学健,冯海华.自制留置式胸腔引流器治疗癌性胸腔积液.中国肺癌杂志,2000,3(1):65.

2.汤钊猷,主编.现代肿瘤学.上海:上海医科大学出版社,1998.121-139.

3.胡长坤.干扰素的抗肿瘤作用.国外医学·肿瘤学分册,1992,19:274.

(收稿:2001-04-09)

坏死性筋膜炎治疗的体会

李文斌* 赵红宇** 曲学延* 柳朝阳*

坏死性筋膜炎是一种少见的以筋膜、皮下组织、皮肤广泛进行性坏死为主的全身感染性疾病,早期缺乏特征性,加之没有一个标准化治疗方案,故死亡率可高达 64%[1]。作者自 1991 年~2000 年共收治坏死性筋膜炎 8 例,死亡 1 例,治愈 7 例,现总结如下。

一、临床资料

1.一般情况:8 例中,男性 6 例,女性 2 例。平均年龄 43 岁。4 例有诱因,其中 1 例为肛周脓肿切开引流术后,1 例发生在烧伤后,1 例发生在外痔感染后,1 例有臀部肌注史。2 例合并有其他疾病,其中 1 例合并糖尿病,1 例合并一氧化碳中毒。病灶位于双侧前臂 1 例,左小腿 2 例,臀、腰部 1 例,下腹、会阴 1 例,右大腿 1 例,下腹、会阴、左大腿 1 例。

2.临床表现:本组均发病急骤,7 例有全身中毒症状。早期局部体征隐匿,数小时内出现红肿热痛,如未能及时治疗,数日后皮肤出现散在的暗红色斑片状改变,进而中心区呈紫黑色坏死,表面有水泡或血泡,感觉减弱或消失。7 例有皮下捻发音,清创时本组 8 例坏死区皮下均有坑道状损害和栓塞的小血管,并有恶臭的脓液或血性渗液,本组均未发现有肌坏死。

3.实验室检查:8 例白细胞均增高 2~24×10⁹/L,6 例出现低蛋白血症,血红蛋白为 70~110 g/L;X 线检查有 2 例皮下积气;感染区渗液或穿刺液涂片均未见革兰氏阳性粗大杆菌;对 12 处感染部位的脓汁、渗液和坏死组织进行 14 次细菌培养,其阳性结果为:溶血性链球菌出现 6 次,大肠杆菌出现 5 次,脆弱类杆菌出现 4 次,消化链球菌出现 3 次,金黄色葡萄球菌出现 3 次、绿脓杆菌出现 1 次、丙酸杆菌出现 1 次。

二、结果

7 例治愈,1 例死亡,死亡率为 12.5%,死亡原因:合并有糖尿病,年龄大(74 岁),发病至就诊时间长达 8d,最终死于毒血症。皮下坏死面积 1.5%~10%,平均为 3%;皮肤坏死面积小于 3%,平均为 1%。后期有 3 例行植皮术修复缺损的皮肤。

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第二附属医院
** 佳木斯大学基础医学院

维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

急性坏死性筋膜炎在 1871 年由美国外科医生 Joseph Jones 首次描述，以后相继有报道但命名混乱，直到 1952 年 Wilson 建议将皮肤、皮下脂肪、浅深筋膜急性进行性疽统称为急性坏死性筋膜炎，而后被广泛采用，直到现在仍在沿用[2]。

1. 病因及机理：急性坏死性筋膜炎多发生于腹部、会阴部术后，皮肤损伤口，特别是合并糖尿病等慢性病者因免疫力下降、白细胞趋化功能差而更易发生，致病菌多为溶血性链球菌、大肠杆菌、类杆菌、消化链球菌。本病多为需氧菌和厌氧菌混合感染，Pessa 报告的 33 例中 30 例为混合感染[3]。本组病例为混合感染。感染在皮下筋膜广泛迅速扩展，与机体免疫力下降，细菌协同作用及易感部位的解剖特点有关。溶血性链球菌产生溶纤维蛋白酶、透明质酸酶、破坏纤维素形成的脓腔壁；消化链球菌等厌氧菌分解糖类产生气体，使组织张力增加，血液供应减少，以及毒素的作用可引起血栓形成，血运障碍；易感部位皮下筋膜、脂肪丰富，但血运差。局部缺血导致吞噬细胞、抗体不能达到坏死组织，故感染易扩散。

2. 诊断：近年来有的学者报告[3,4]，本病在严重感染时或晚期可以侵及肌肉，但根据有关文献报导[5]和本组病例检查情况，仍然认为肌肉不受累是本病的特点，并且早期在感染区内渗液或脓液涂片检查有无革兰氏阳性粗大杆菌有助于鉴别诊断。Fisher 提出了诊断标准[5]：①皮下浅筋膜广泛坏死伴潜行坑道状损害；②全身中毒症状；③未累及肌肉；④伤口血培养未发现梭状芽胞杆菌；⑤清创时见皮下微血管栓塞。

3. 治疗：本组病例经确诊后进行标准化的治疗，死亡率明显降低。死亡者因合并糖尿病，感染未能得到控制。标准化治疗包括：彻底切除病灶，升高感染区的氧化还原电位，全身给予大量敏感的抗菌素及支持疗法。本文特别强调局部一期切除坏死组织的彻底性以及多处脓汁、坏死组织的细菌培养对指导全身用药的重要性。

一经确诊，尽早行多处小切口引流，切口间距保持 5cm 以上，以免影响皮肤血运；一期彻底切除坏死区的脂肪、筋膜、如有皮肤坏死一并切除，但勿损伤筋膜；分离皮下潜行坑道至正常组织；二期反复清创；用 3% 双氧水或 1:5000 高锰酸钾冲洗，提高感染区氧化还原电位，造成不利于厌氧菌生长的环境，冲洗后用甲硝唑纱布湿敷；严密观察病情，及时换药，从而减少细菌和毒素作用时间。

全身应用大量联合敏感抗生素。做细菌培养药敏试验时，要多处取材，因不同部位致病菌有可能不同。本组 8 例 12 处取材，发现 2 例因部位不同而致病菌不同。在无药敏结果前，一般选用甲硝唑、林可霉素、氨基糖甙类抗菌素及第三代头孢抗菌素联合应用。同时要注意到因创面大量渗液，及时纠正酸碱平衡、多次输血及白蛋白等支持疗法。

参 考 文 献

1. 王宗义，孙华民. 急性坏死性筋膜炎 2 例. 中国实用外科杂志，1997，17(1)：26.
2. 闫喜魁. 小儿急性坏死性筋膜炎 9 例. 河北医学院学报，1991，12(4)：223.
3. 林治瑾，主编. 临床外科学. 天津科学技术出版社，1994. 171.
4. 张绍锦，张 源，张慧玲，等. 小儿急性坏死性筋膜炎. 中华小儿外科杂志，1996，17(4)：237
5. 吴阶平，裘法祖，主编. 黄家驷外科学. 北京：人民卫生出版社，1992. 115
6. 姜世杰. 小儿急性坏死性筋膜炎 9 例报告. 中华小儿外科杂志，1986，7：104.

(收稿：2001-05-08)

电视透视下输卵管造影术 167 例临床分析

徐超珉* 袁 军*

引起不孕症的原因很多，但输卵管因素引起的不孕症比较多见。本文对 1998 年元月～2001 年 2 月在本院行电视透视下输卵管造影术 167 例患者进行分析。

一、资料和方法

1. 一般资料：检查者在当地医院或本院门诊已行输卵管通水术，均为输卵管不通畅或通畅仍无妊娠，要求行输卵管造影术者。年龄 22 岁～37 岁，不孕时间 1 年～16 年，原发性不孕 47 人，继发性不孕 120 人(以最后一次终止方式为统计，其中正常分娩 12 人，引产 13 人，药物流产 22 人，人工流产 73 人)。人工流产及药物流产最多 4 次，最少 1 次。

2. 方法：造影术的术前要求同输卵管通水术。常规消毒后，宫腔插入子宫双腔造影导管，在电视透视监护下缓慢注入 76% 复方泛影葡胺 10～20ml，并摄片以供术后参考。

二、结果

输卵管造影结果见表 1。

表 1 输卵管通水术与输卵管造影术结果比较

通水术结果	例数	造影术结果		
		双侧阻塞、积液	单侧阻塞、积液	双侧通畅
不通畅	128	65(50.8%)	48(37.5%)	15(11.7%)
通 畅	39	11(28.2%)	7(17.9%)	21(53.9%)

* 作者单位：533000 广西百色地区人民医院妇产科