DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.03.028

腔内未见肿块及浸润征象仅见管腔受压狭窄者为外压型。本文鳞癌、小细胞癌和未分化癌均以增殖型为主(占2/3以上),浸润型次之占1/4左右,外压型最少。而腺癌却以浸润型最多(占1/2以上),增殖型次之(占2/5左右)。

3 讨论

肺癌人群分布特征男性多于女性,45岁以上多于45岁以下,吸烟者多于不吸烟者,这些方面已有许多报道,故不赘述。本文仅就不同病理类型肺癌在性别、年龄、吸烟、好发部位大体类型,纤支镜所见等方面的差别作一评价。根据前述资料分析结果,我们认为肺癌不同病理类型存在如下差别:

男性以鳞癌占优势,女性以腺癌多见。此结果与国内外有关报告结果一致[2,3]。

鳞癌吸烟率最高,腺癌吸烟率最低,二者差别有极显著性意义,说明吸烟对鳞癌作用较强,而对腺癌作用较弱。支持Lubin[4]、黄志英[3]等人的观点。

胡华成[5]在纤支镜对肺癌的诊断综述中指出:增殖型多见于鳞癌,浸润型多见于小细胞癌和腺癌。本文结果所见略同,腺癌浸润型居多,其他病理类型则以增殖型多见。

本文腺癌周围型比例明显高于其他病理类型,支持贺希监[6]关于周围型肺癌以腺癌居多的见解。且8例弥漫性肺癌均为腺癌,与黄志英[3]报告弥漫性肺癌仅见于腺癌的结果相吻合。

综上所述,肺癌各种病理组织学类型中,腺癌在性别分布、吸烟程度、好发部位,纤支镜所见、大体类型诸方面存在着明显的差别,这种差别提示肺腺癌具有一定的特殊性,在病因探讨和临床防治工作中,应予以区别对待。

关键词 肺肿瘤/病理学

中图法分类号 R734.2

参考文献

1 程汉涛,周有尚.武汉市肺癌流行因素的多元Logistic回归分析.中国卫生统计,1989,6(1):14

2 Vincent RG, Pickren JW, Lane WW, et al. The changing histopathology of lung cancer. A review of 1682 cases Cancer,1977,39:1647

3 黄志英,徐佩钦,周 冕.1286例支气管肺癌病理变化与预后分析.中华结核与呼吸杂志,1988,11:330

4 Lubin JH, Richter BS, Blot WJ. Lung cancer risk with cigar and pipe use. JNCI,1984,73:377

5 胡华成.纤支镜对肺癌的诊断.内镜,1989,6:174

6 贺希监.肿瘤病理组织学分类的新见解.国外医学:肿瘤学分册,1989,2:89

(收稿:1993-10-20;修回:1994-04-03)

严重烧伤后血清纤维连接蛋白变化的临床意义

刘旭盛 罗中华 杨宗城 黎 鳌 (第三军医大学西南医院烧伤研究所) 630038

严重烧伤后所发生的MOF已成为当今烧伤主要的死亡原因之一,但其发病机制尚不明了,为此本研究检测了24例烧伤病人血清纤维连接蛋白的变化及其与内脏功能损害,全身严重感染的关系,试图解释MOF的部分发病机制。

1 材料与方法

24例烧伤病人,男17,女7例,平均年龄29±9岁,烧伤面积70%±21%,Ⅲ°26.38%±31.77%,24例中有9例发生全身严重感染,其中败血症11例次,创面脓毒症3例次,7例并发内脏功能损害(OI:organ injury,均有肺衰),其中3例发生MOF(均累及心、肝、肺、肾)并最终死亡。MOF诊断标准参照杨宗城等[2]的标准。7例内脏功能损害(OI)病人有6例发生全身严重感染,而17例非OI组仅3例发生,差别显著,3例MOF病人均伴有全身严重感染,24例均于伤后1、2、3、、5、、7、10、14和21 d抽取静脉血,以琼脂凝胶单扩散法测定血清FN含量。并将病人分别分为MOF和non-MOF组,OI和non-OI组,全身严重感染组和轻度感染组,并比较败血症发生前后的不同。另测46例(男25,女21例)正常健康人血清FN作为正常对照。

2 结果

2.1 各组病人烧伤面积比较(见表1)

表1 各组烧伤面积(%)

	OI	non-OI	MOF	non-MOF
TBSA	89.9±9.5	61.8±20.2※	96.3±3.2	66.2±20.7

※:两组间比 $P<0.05$

2.2 总体及各组病人血清FN的变化(见表2、3、4、5、6)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表2　24例烧伤病人血清FN的动态变化(mg/L)

对照	烧伤时间(d)							
(n=46)	1	2	3	5	7	10	14	21
158.5±87.3	108.3±47.7	101.8±40.5**	81.7±37.4**	95.2±40.5**	103.8±38.8**	77.1±36.4**	91.5±27.3**	111.4±52.5**

※※：与对照比 $P<0.01$

表3　MOF组与non－MOF组血清FN的变化(mg/L)

	n	烧伤时间(d)			
		1	2	3	5
MOF	3	97.0±50.9	61.3±11.7**	53.6±15.6	55.5± 5.0**
non－MOF	19	112.8±51.8	113.9±38.1	86.6±38.2	120.1±83.8

※※两组间比 $P<0.01$

表4　OI组与non－OI组血清FN的变化(mg/L)

	烧伤时间(d)							
	1	2	3	5	7	10	14	21
OI(7)	97.0±48.3	87.7±37.2	82.2±51.3	73.4±33.6*	88.4±16.89*	191.0±190.2	136.7± 85.2	214.3±191.0
non－OI(15)	123.3±52.3	113.9±41.9	81.4±30.1	128.8±90.7	126.4±75.10	228.4±548.0	121.5±111.5	136.7±106.7

※：两组间比 $P<0.05$

表5　全身感染与局部感染病人血清FN变化(mg/L)

	烧伤时间(d)							
	1	2	3	5	7	10	14	21
严重感染组(9)	81.3±45.1	108.7±49.1	76.6±45.9	61.0±20.1	81.3±17.3	42.8±22.8	87.0±44.8	99.1±50.4
轻度感染组(15)	128.5±43.9	93.7±30.1	84.4±33.8	115.8±35.4**	115.0±42.1**	91.3±31.4**	93.2±20.7	110.1±55.9

※※两组间比 $P<0.01$

表6　败血症发生前后血清FN的水平变化(mg/L)

n	前	后
9	76.1±38.5	132.7±128.9**

※※　$P<0.01$

3　讨论

FN是一分子量为440 kD的糖蛋白，它可以由包括肝细胞在内的许多细胞分泌[1,2]多种生物学活性，如支持细胞生长，参与血凝块机化，凝血终期介导可溶性纤维蛋白的清除，调理吞噬，协助激活血小板，又能调节炎症反应过程中效应细胞活性[3]，促进创面愈合等。由表2可见，本组病员伤后血清FN自第1天即明显低于正常对照，且直到伤后第21天仍明显低；提示在严重烧伤后普遍存在FN的缺乏。有作者报道[4]，烧伤后单核吞噬细胞系统受抑，是由于FN的缺乏所致，结果使机体自身防御机制功能降低，易于发生全身感染和OI以至MOF。

从表3及表4可以看出，OI组早期FN明显低于非OI组，其中MOF病人则降低更明显，并呈进行性下降，MOF组最终均死亡，但non－MOF组FN则逐渐回升。而OI组伤后10 d亦回升并逐渐高于正常对照和non－OI组，且伤后14 d后4例OI病人均存活；可见FN的变化与内脏功能损害甚至MOF的发生关系密切，有预警意义。由表5及表6可见，血清FN水平的明显降低与全身严重感染的易发性密切相关，严重全身感染病人的血清FN水平明显低于局部轻度感染组，而败血症发生前明显低于发生后。7例OI病人有6例发生全身严重感染，3例MOF均伴有全身感染，但非OI和非MOF病人全身感染发生率明显降低，再次证实严重全身感染与OI及MOF发生密切相关，而血清FN的水平降低提示FN的缺乏与严重全身感染乃至OI、MOF的发生发展密切相关，二者何为因果，有

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

待进一步探讨；血清FN水平的降低对严重全身感染的发生以至OI、MOF的发生有预警意义。

关键词 灼伤；血清纤维连接素类(FN)

中图法分类号 R644

参考文献

1 杨宗城，赵琢道，黄跃生. 烧伤后多脏器功能衰竭发病机理的临床研究. 中华整形烧伤外科杂志，1992，8(1)：8

2 吴军正，黄文华，冯素珍，等. 烧伤后某些急性期蛋白反应物的变化及其临床意义. 创伤杂志，1986，2：07

3 Mosher DF, Proctor RA, Grossman JE. Fibronectin: Role ininflammation. Advances in Inflammation Research, 1981, 2:187

4 Guibaud J. Burns and Sepsis: immunological overview in "Lipid mediators in the immunology of shock" edited by M. Pauber－Braquet. NATO ASI Series A: Life Science. New York: Plenum Pr, 1987, 39:8

(收稿：1993-05-31；修回：1994-04-15)

80例直肠癌术后放射治疗的临床分析

庞学利 钟元培 (第三军医大学西南医院肿瘤科) 630038

直肠癌是危害人民健康的常见恶性肿瘤，局部复发和肝脏转移是导致直肠癌患者死亡的主要原因。放射治疗对预防术后复发有重要作用。我们对80例直肠癌术后放疗患者进行了回顾性分析，希望从中取得一些经验教训，从而指导今后的治疗工作。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本组病人为1978年1月至1989年12月在我科放射治疗的Dukes B和C期直肠癌术后患者。随访时间4月～5年，中位随访时间40个月，随访率92.5%。年龄最小20岁，最大72岁，平均45.13±12.91岁。性别：男47例，女33例。组织病理学诊断：腺癌56例，乳头状腺癌6例，粘液腺癌10例，印戒细胞癌5例，绒毛状腺癌1例，鳞状细胞癌2例。临床病理分期：DukesB期54例，C期26例。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术方式：Mile's术52例，前切除术24例，脱出切除术4例。

1.2.2 手术与放疗间隔时间：平均手术与放疗之间的间隔时间为9.6±9.2个月。其中22例在术后3个月内开始放疗，称为计划性术后放疗组。58例在手术3个月以后才开始放疗，多数为会阴部或下腹部疼痛、不适或发现包块，疑为复发或明确诊断复发者，称为非计划性术后放疗组。见表1。

表1 两组一般资料比较

	性别		年龄	病理诊断						临床病理分期	
	男	女		腺癌	粘液腺癌	乳头状腺癌	印戒细胞癌	绒毛状腺癌	鳞癌	Dukes B	Dukes C
计划组	13	9	42.45±12.27	17(77.27%)	3(13.64%)	0	2(9.09%)	0	0	16(72.73%)	6(27.27%)
非计划组	34	24	45.23±12.89	39(67.24%)	7(12.07%)	6(10.34%)	3(5.17%)	1(1.72%)	2(3.45%)	38(65.52%)	20(34.48%)
合计	80			56	10	6	5	1	2	54	26

1.2.3 放射治疗方法与剂量：术后均采用^{60}Co盆腔前后对穿照射，常规分割，总剂量4 000～8 000 cGy，平均5 930±940 cGy，大野照射3 000～4 000 cGy后缩野，部分患者用深部X线对浅在肿块补充照射。

1.3 统计方法

生存率计算用寿命表法，率与率之间比较用卡方检验。

2 结果

2.1 全组1、3、5年的生存率

本组总的1、3、5年生存率分别为89.29%、53.34%和18.18%。

2.2 计划组与非计划组的生存率(见表2)

表2 两组生存率比较

	例数	1年	3年	5年
计划组	22	95.45%(21/22)	68.18%(15/22)	36.36%(8/22)
非计划组	58	86.21%(50/58)	46.55%(27/58)	13.79%(8/58)
P 值		>0.05	>0.05	<0.05

2.3 死亡病例情况

已死亡的68例中，49例死因明确，其中死于局部复发或局

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net