DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.02.029

癌的敏感指标,而组织胺、激肽类特异性较差。小便中5-HT代谢产物5-HIAA可增高。肾上腺素试验阳性有助于诊断。本例根据症状、体征、血清学检查、肾上腺素试验、治疗效果,临床诊断CS。确定类癌的部位有时较困难。如有肝转移提示类癌多位于消化道。胃肠道外类癌不能忽视,尤其是女性生殖系统。该病人所作检查均未确定类癌部位,可能是癌细胞弥漫分布于胃肠道粘膜,或类癌瘤体很小,或位于极少见部位,如神经节、腹膜后等处。有待随访。

内科治疗以对抗肿瘤分泌的生物活性物质为主。常用的药物有:5-HT合成抑制剂甲基多巴;5-HT拮抗剂赛庚啶;激肽释放酶抑制剂抑肽酶等。抗组胺药物、激素、抗肿瘤药物可酌用。本例用苯海拉明、赛庚啶后,症状、体征消失,血5-HT降至91.18 ng/ml,组织胺降到82.29 ng/ml。若类癌部位明确,手术切除效果好,术后5年生存率约71%。

在剧烈运动、进食、饮酒、手术等诱因下,类癌瘤组织可释放大量生物活性物质导致血管扩张、血压下降、晕厥、休克,称类癌危象。患者病后曾"昏倒"4次,应考虑类癌危象。抢救时,儿茶酚胺类药物,如肾上腺素等属禁忌,应首选血管紧张素或甲氧胺。

参 考 文 献

1. 郑芝田,主编。胃肠病学。第一版。北京:人民卫生出版社,1984:412~421
2. Philips E C ryer. The Carcinoid Syndrome. Cecil Textbook of Medicine. 17th ed, London: WB Saungers Company, 1985 1412

(收稿:1988.1.15;修回:1988.3.29)

纵隔巨大囊性畸胎瘤误诊为胸腔积液的经验教训

陈玲玉※ 沈寒放 (西南医院 呼吸科)

本文报告1例大量"胸腔积液"历经各大医院诊治,病程3年终疑及胸腔良性肿瘤行手术术切除。现介绍如下。

女性,30岁。间歇胸闷、气促、乏力2年。于85年10月11日入我院。

于83年12月初感胸闷、气促且渐加重入当地医院。抽胸水检查为淡黄色清亮液体,比重1.010、蛋白0.2 g %、WBC 22个/mm^3。血沉正常。按结核性胸膜炎予抗痨治疗2月无效。予胸腔内注入50%葡萄糖液20 ml及四环素0.5 g,共2次,亦无效。出院后入省内各大医院,反复抽胸水8次,以链霉素、异菸肼、利福平等治疗共1年半,胸水仍不断增长,症状不减乃入我院。

病后无发热、盗汗,不咳亦无胸痛。77年胸透发现右肋膈角变钝,服异菸肼1月。80年胸透仍有

入院查体 发育正常,营养中等。双颌下有小淋巴结扪及。颈静脉稍怒张,气管左偏。右胸廓饱满,呼吸动度减弱,叩诊发实,呼吸音低弱。心界稍向左移,心音正常。

入院后多次胸水检查 淡黄透明,有少许沉渣,比重1.006~1.010,细胞总数(3.15~7)×10^9/L,白细胞15~150个/mm^3,胸水/血清蛋白比值<0.5,LDH比值<0.6,乳糜试验阴性。胸膜活检两次为慢性炎症,每次抽胸水1000~1700 ml,多次抽胸水后摄胸片及分层片,均未见胸腔块影。OT试验1:1000阴性,肺吸虫抗原皮试阴性。右肘正中静脉压0.686 kPa 因胸水增长迅速,于12月11日起间歇胸腔注入四环素每次0.5 g,共7次,其间CT检查见侧及前下胸膜均增厚,胸腔有多个分隔及液平,挤压肺组织移向纵隔,纵隔内未见肿大淋巴结,奇、半奇静脉未见异常。86年元月10日,感右胸压迫不适,眼睑、面部、双手肿胀,颈围增粗,颈静脉怒张,静脉压2.94 kPa,两次奇静脉造影,

※本院呼吸科进修医生

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

奇静脉宽0.2～0.3 cm，僵直、纤细。诊断考虑慢性非特异性纵隔炎伴上腔静脉综合征。以低分子右旋糖酐、肝素、丹参静滴，口服强地松后，胸闷减轻，浮肿消失，胸水增长减缓，静脉压降为1.08 kPa，于6月初出院。住院2月共抽胸水30余次，计26860 ml。出院月余症状再起，会诊疑为胸腔良性肿瘤，转入我校三院胸科。3月3日在全麻下开胸见：右胸腔广泛粘连，肿瘤囊壁厚1 cm，从囊腔抽出囊液3000 ml(术前1日抽胸水2000 ml)；肿瘤将右肺推移压迫，切开瘤体见大小不等囊腔15个，内有白色毛发。将肿瘤完整切除重约4 kg，体积42× 15× 10 cm^3，取瘤后经插管吹气肺即复张。病理检查为纵隔囊性成熟性畸胎瘤。痊愈出院，次年随访完全康复。

讨　论

纵隔原发肿瘤以畸胎类肿瘤为常见(27.1%)，病理分为实质性为主的畸胎囊肿和囊性为主的畸胎囊肿(即皮样囊肿)，多位于前上纵隔，如本例囊肿占据整个右胸腔实属罕见，以致误诊。以下4点有助鉴别：

1. 年龄。畸胎类肿瘤多见于30岁以下，女多于男。症状轻微，若无继发感染常不出现发热等中毒症状，本例大量胸腔积液而轻活动时全无呼吸困难，仅在胸腔继发感染后出现上腔静脉综合征始气急、不能平卧。住院抽胸水26860 ml，而营养仍佳良。

2. 在无胸腔继发感染时，胸水为漏出性。

3. 纵隔移位情况。本例气管稍向左移，左侧卧位时心脏移位不显著，移位程度与液体量不成比例，对抽除胸液耐受性强，1次抽液达1700 ml，术后亦无明显不适，考虑为抽液仅影响囊内压，而对胸内压影响较少之故。

4. 胸片为诊断重要依据，患侧肋膈角常清晰、尖锐，与胸腔积液肋膈角模糊变浅、消失迥然不同。

(收稿：1988.5.10；修回：1988.8.22)

试用盐水置换法采浆2023例报告

肖瑞卿　华丽娟　林武存　梁秀娥　郭水芳　成小玲　李　兵　帅桂珍　史曦凯　(西南医院　输血科)

单采血浆术是提供血浆的一种主要方法。常规使用双程法，采浆400～500 ml约需60～90 min。从85年6月起，我们试用在采第一袋全血后输给等量生理盐水，可缩短时间1/3。现报告如下：

方　法

1. 献浆者半卧位，常规采血400 ml于ACD血袋中(第一袋)，快速滴注500 ml生理盐水后，再采全血400 ml(第二袋)，生理盐水慢速滴注维持静脉通道。对两袋全血离心及分浆后，加生理盐水输还给献浆者。献浆者均为50 kg以上健康男性，每月采浆一次。

2. 试用本法初期，对50例献浆者于采血前及采血800ml后，测量血压脉搏并观察纪录其变化。

3. 观察统计晕厥发生率。

结　果

1. 1985年6月～1986年12月期间采浆1272例次，1987年1月～10月751例次。

2. 其初期50例献浆者血压脉搏变化如下表：

	采血前		采血后		t值	p值
	均数	标准差	均数	标准差		
收缩压	118.64	11.72	114.84	12.5	2.14	<0.05
舒张压	79.24	8.53	76.84	11.31	1.60	>0.05
脉　搏	80.84	12.02	85.74	9.42	4.05	<0.01

3. 晕厥发生率为0.88% (10/1139)。1987年0.27% (2/751)。

讨　论

按照国际标准，一次采血量不应超过全身血量

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