

入治疗间隔期间及之后 1 个月至 2 年复查,通过 CT、MRI 或血管造影了解治疗效果。介入治疗有效性主要观察指标:治疗前后肿瘤体积是否缩小;肿瘤边界是否变清晰;周围淋巴结是否变小;患者一般状况是否改善(如疼痛等不适症状减轻、食欲增加、体质量上升、患者精神状态好转等)。

2 结 果

122 例患者中有 78 例肿瘤病灶明显缩小。有 53 例患者介入治疗前,肿瘤周围广泛组织侵犯,治疗后 CT 表现肿瘤边界逐渐清晰,为手术切除创造了条件。有 15 例进行了病灶切除。手术证实,原无法切除肿瘤,经介入治疗后,肿瘤易于剥离,周围淋巴结显示为坏死组织,未见癌细胞。122 例患者中 79 例临床症状不同程度改善,如食欲增加、体质量上升、患者精神状态好转等。其中 8 例疗效显著,经过几次介入化学治疗后,CT 及造影检查已无法发现病灶。

15 例患者介入化疗后肿瘤缩小后,进行了病灶切除。1 例患者卵巢恶性肿瘤骨转移髂骨已有骨破坏,经 4 次介入化学治疗,骨质破坏已修复,原发肿瘤变小,予手术切除,生存至今。

122 例中有 12 例疗效较差,1 例卵巢恶性肿瘤患者 4 次介入化疗后 2 个月出现腹壁转移窦道形成。另 1 例患者化疗 3 次后出现肾功能损害,无尿、大量腹腔积液。这 2 例患者介入术前身体状况较差,精神状态较差,肿瘤染色较轻,但无明显远处转移。10 例患者肿瘤广泛转移,一次介入治疗后无任何好转迹象,放弃介入治疗。治疗失败可能与肿瘤对化疗药物不敏感、肿瘤血供少及免疫功能低下有关。

3 讨 论

介入治疗的优点:操作较简单、创伤较小,与全身化疗相

比局部药物浓度高,更好地发挥抗肿瘤药物疗效^[1]。大部分患者可以同时进行栓塞治疗,阻断或部分阻断肿瘤的血供。于介入治疗效果差的原因:①肿瘤血供差或多支血管供血;②患者免疫力低下;③肿瘤细胞类型对化疗不敏感;④已有远处转移等。对于这些情况应采取多种方法综合治疗,如动脉介入化疗加栓塞、静脉栓塞、B 超或 CT 引导下穿刺介入疗法,放射性粒子肿瘤内植入,伽玛刀并结合手术或放疗多能取得较好疗效^[2-4]。

总之,综合治疗效果远优于单纯疗法。由于患者情况不同,医生应在治疗过程中,密切观察患者反应,关注化疗效果,及时调整治疗方案,尽最大努力挽救患者生命。此外,经多年临床调查,精神状态好、战胜疾病信心足的患者,即使病情分期晚也大多会有良好的治疗效果。因此,在提高治疗水平,提倡多种方法综合治疗的同时,树立恶性肿瘤患者的生存信心至关重要^[5]。

参 考 文 献

- [1] 郭彦君. 局部动脉介入治疗在中、晚期大肠癌综合治疗中的应用. 中国癌症杂志, 2002, 12(4): 330-335.
- [2] Meyerhardt JA, Mayer RJ. Systemic therapy for colorectal cancer. N Engl J Med, 2005, 352(5): 476-487.
- [3] Martin MJ. Current stage-specific chemotherapeutic options in colon cancer. Expert Rev Anticancer Ther, 2005, 5 (4): 695-704.
- [4] 胡庭杨, 袁建华, 茹国庆, 等. 大肠癌术前动脉灌注化疗的组织学疗效分析. 中国肿瘤, 2001, 10(1): 44-45.
- [5] 盖保东. 消化系统恶性肿瘤的局部微创治疗. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(3): 209-213.

(收稿日期:2010-12-07)

电离子联合卡介菌多糖及重组人 a-2b 干扰素凝胶 治疗复发性尖锐湿疣疗效观察

河北省廊坊市人民医院(065000) 赵桂云 解其伟 孙 焱

尖锐湿疣是由人类乳头瘤病毒感染(HPV)所致的一种常见的性传播疾病,笔者在电离子治疗的基础上联合应用卡介菌多糖及重组人 a-2b 干扰素凝胶(尤靖安)治疗复发性尖锐湿疣 60 例,获得了满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料:将全部 90 例经临床或病理确诊的复发性尖锐湿疣患者随机分为治疗组和对照组。2 组患者性别、年龄、病程、发病部位及皮损形态等差异无统计学意义。其中男性 21 例,女性 69 例;年龄 19~55 岁,中位年龄 32 岁;病程 3~6 个月者 85 例,1~2 年者 5 例。男性患者发病部位以阴茎、冠状沟及尿道口、肛周为主;女性患者发病部位以大小阴唇、阴道口、尿道口、阴道壁、宫颈、宫颈口及肛周为主。皮损形态为菜花状、鸡冠状、乳头状、丘疹状。全部病例既往均经过激光、电

灼或冷冻治疗,或辅以其他药物治疗,效果欠佳,反复发病。

1.2 治疗方法:入组患者在治疗及随访期间避免性生活并鼓励性伴侣同时接受诊治。2 组均首先采用电离子烧灼清除疣体并外用尤靖安每日 4 次涂患处。治疗组 60 例给予卡介菌多糖肌肉注射,每次 0.35 mg×2 支,隔日 1 次,10 次为 1 个疗程。对照组 30 例给予聚肌胞肌肉注射,每次 2 mg,隔日 1 次,10 次为 1 个疗程。1 个疗程结束后,行醋酸白试验进行评估,阳性者继续按疗程接受治疗。每疗程间用药无间隔。

1.3 统计学处理:采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 疗效标准:经治疗疣体无新发,醋酸白试验阴性,且追踪观察 3 个月无复发者判为治愈。治疗结束后,随访 3 个月内,

醋酸白试验阳性或疣体新发者判为复发。

2.2 疗效比较: 治疗组病例用药 1 个疗程治愈者 16 例, 2 个疗程治愈者 23 例, 3 个疗程治愈者 18 例。复发 3 例。治愈率 95%。对照组病例用药 1 个疗程治愈者 3 例, 2 个疗程治愈者 9 例, 3 个疗程治愈者 12 例, 复发 6 例, 治愈率为 80%。2 组疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

尖锐湿疣又称生殖器疣, 是 HPV 的感染后引起的增生性疾病。HPV 的感染与尖锐湿疣的复发跟机体的免疫功能有重要的关系, 尤其是与细胞免疫功能有关。研究发现, 尖锐湿疣患者存在免疫功能异常^[1]。由于该病易反复发作, 患者心理压力, 精神负担重, 从而造成机体免疫力下降, 这又成为促进病情反复发作的病因之一。目前尖锐湿疣的治疗方法很多, 主要是集中在物理治疗、局部外用药物治疗以及免疫调节治疗这 3 个方面, 但无论何种疗法, 都有复发的可能, 最好采用联合方法治疗。该病复发率高的 2 个主要原因为: ①病毒的潜伏感染; ②病毒的重复感染。卡介菌多糖核酸是一种免疫调节

剂, 具有增强细胞免疫能力、调节体液免疫水平、明显增强单核巨噬细胞系统功能的作用。尤靖安具有调节免疫功能且有广谱抗病毒作用, 可增强机体对 HPV 的防御性及巨噬细胞的功能, 抑制疣组织细胞增殖。我们应用卡介菌多糖核酸、尤靖安治疗复发性尖锐湿疣并获得满意疗效, 就是从调节机体细胞、体液免疫功能入手, 刺激网状内皮系统, 激活单核细胞、巨噬细胞系统功能, 整体调节免疫水平, 从而治愈或减少尖锐湿疣的复发。同时, 对患者进行必要的心理治疗帮助, 鼓励性伴侣共同治疗, 有助于减轻患者心理压力与精神负担, 增强自身免疫功能, 减少重复感染。通过调节免疫水平来减少潜伏感染, 通过性伴同治减少重复感染, 从而达到减少复发的目的。

参考文献

- [1] 吉玺, 骆丹, 缪旭, 等. 5%咪喹莫特乳膏对小鼠皮肤 3 种细胞因子 mRNA 表达的影响. 临床皮肤科杂志, 2006, 35 (1): 9-11.

(收稿日期: 2010-10-18)

老年股骨粗隆间骨折合并骨质疏松行人工半髋关节置换 21 例临床观察

山西省中西医结合医院(030013) 樊春亮 黄亚生

我院 2003 年 1 月至 2008 年 12 月应用人工髋关节置换术治疗老年股骨粗隆间骨折合并骨质疏松 21 例, 取得了比较满意的疗效, 现分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 本组 21 例患者, 男性 10 例, 女性 11 例; 年龄 65~93 岁, 平均(80±3)岁; 摔伤 16 例, 交通伤 5 例; 全部为闭合性骨折; 左侧 8 例, 右侧 13 例。Tronzo-Evans 分型: III 型 8 例, IV 13 例。受伤至入院时间 2 h 至 14 d。入院前均未做特殊处理。并发症: 高血压 15 例, 糖尿病 10 例, 脑梗死后遗症 12 例, 合并前列腺增生 5 例, 合并胆囊炎、胆石症 2 例。

1.2 手术方法: 采用蛛网膜下腔阻滞联合硬膜外麻醉或全身麻醉。健侧卧位, 后外侧入路, 切口平均长 10 cm, 逐层切开皮肤、皮下、阔筋膜, 分离股外侧肌, 经关节囊前侧显露髋关节。在距小粗隆上缘 1.5 cm 至大粗隆基底部用摆锯截骨, 取头器取出股骨头。屈曲内旋髋关节, 显露股骨近端, 注意保护与骨块相连的软组织。在股骨颈残端紧靠大粗隆侧开槽, 髓腔锉扩髓至合适大小, 大量 0.9%氯化钠注射液冲洗髓腔, 打入骨水泥, 保持 15°前倾角, 插入人工双动股骨头柄假体, 根据病情需要用加长柄或正常柄。股骨距部分的骨缺损用骨水泥充填塑造。安放头颈试件, 复位。见长短合适, 屈伸旋转稳定。取出试件, 安放双动头, 复位。复位大粗隆并行缝扎固定或用钢针钢丝固定, 以建立初始稳定性, 恢复股骨近端解剖结构。取股骨头松质骨植入骨折间隙, 防止骨水泥进入影响骨折愈合。冲洗伤口后放置负压引流, 逐层缝合。

1.3 围手术期处理: 术前因骨折出血较多, 同时因疼痛饮食减少, 导致患者血容量不足, 会出现患者尿少、血压偏低, 口渴等休克前期症状。同时老年人容易出现电解质紊乱。根据患者体质量补充液量、调节电解质。补液后可能真正反映出贫血的表现, 术前最好输血 2~4 U, 实验室检查至正常范围。术晨用 500 U 低分子右旋糖酐扩容, 因老年患者血管弹性差, 蛛网膜下腔阻滞血管扩张容易低血压, 甚至休克。术前 30 min 输抗生素 1 次。患者骨折后常规口服非甾体类止痛药, 减轻患者痛苦。入院后常规应用胃黏膜保护剂, 避免应激性溃疡。骨质疏松患者常规应用鲑鱼降钙素, 肌肉注射或鼻喷 2~3 个月。对患者并发症请内科医生做相关会诊, 对患者心脑血管疾病及血糖进行调整和评估。

2 结果

21 例患者全部进行随访, 随访时间 18~48 个月, 平均 30 个月。有 2 例患者 1 年后因心脑血管疾病死亡。切口均在 10~14 d 后拆线, 无切口感染。术后发生肺内感染 1 例, 泌尿系统感染 4 例, 下肢深静脉血栓形成 1 例。经抗感染、抗凝治疗, 感染得到控制, 肢体肿胀消退。髋关节功能得到满意恢复, 生活能够自理。根据 Harris 评分标准评定: 优 14 例, 良 6 例, 可 1 例。优良率 95%。

3 讨论

老年人骨质疏松症患者粗隆部的骨质更松脆, 骨折常为粉碎性骨折, 多为不稳定性或难重建稳定性骨折, 保守治疗需要较长时间的卧床。对于老年股骨粗隆间骨折, 只要患者一般