

给 65 例患者制定化疗方案: 5- Fu1 5g+ 5% 葡萄糖注射液 1500ml 静脉滴注维持 24 小时。连续 1d- 4d 顺铂 50mg/m² 作为化疗的第一天用药, 化疗前需先水化, 疗程时间间隔 3 周, 先给予 2 个疗程的化疗。

其中, 宫颈癌先期化疗的常用药物、给药途径和疗程, 化疗方案正在做进一步的研究与探讨, 目前临床研究多采用宫颈癌的先期化疗, 其疗程一般为 2- 3 个疗程左右, 以肿瘤手术为准, 依据“见好就收”的方针。对化疗增敏和宫颈癌有效的药物有: 丝裂霉素 (MMC)、博来霉素 (BLMU +)、DDP、5F 长春新碱 (VCR)、泰素 (Taxol)、异环磷酰胺 (IFO)、拓扑替康 (Popotecan) 等。通常国内采用 PVB 为方案, 均取得显著的疗效。宫颈癌先期化疗给药途径一般采用动脉插管介入给药和静脉全身给药。

1.3 临床疗效判定: 结合阴道镜、妇科观察超声判定肿瘤变化情况, 衡量标准为: 肿瘤完全消失; 肿瘤缩小超过 30%; 肿瘤增大超过 20%; 完全缓解 (CR); 部分缓解 (PR); 肿瘤进展 (PD); 肿瘤缩小不足 30%; 肿瘤稳定 (SD); 肿瘤增大不足 20%。宫旁缓解的评价: 先期化疗后原宫旁增厚处逐渐变软, 宫旁有缓解会感觉结节感消失, 否则是为无明显变化。部分缓解及完全缓解视为有效, 对进展及稳定的患者先期化疗有效者做手术治疗, 在末次化疗结束后 3 周内进行手术, 手术采取方式为盆腔淋巴结清扫术 + 广泛性子官切除, 先期化疗无显著疗效者如为 IIa 期或 IIb 期的也可手术, 其余患者建议行放射治疗。本组 65 例患者均进行先期化疗, 63 例手术。手术患者若术后病理检查报告宫旁或阴道残端有癌浸润, 盆腔淋巴结阳性则建议术后辅助化疗加放疗。

1.4 手术时间: 一般先期化疗结束 1 周到 2 周, 所有患者均采用全身麻醉下行广泛全宫切除术 + 盆腔淋巴结切除。

1.5 化疗毒副反应: 毒副反应主要包括胃肠道反应 (包括呕吐、恶心、食欲下降)、骨髓抑制、肝肾功能受损、过敏性休克及神经性反应等。其中, 在先期化疗不同疗程中有 47 例患者在出现过白细胞下降的状况, 经皮下注射粒细胞集落刺激因子针, 使患者的白细胞的数目上升至正常值, 在化疗过程中有 15 例患者出现肝功异常, 通过护肝治疗变为正常; 3 例患者出现肾功能出现异常, 先期化疗结束后, 术前检查恢复正常; 随时观察患者毒副反应的发生情况。

1.6 随访: 所有患者治疗完成后要定期随访, 最初每月 2 次, 连续 3 月, 以后每 2 月检查 3 次。随访内容主要包括阴道残端细胞学检查、盆腔 B 超和科检查等。随访至 2009 年 1 月, 随访时间为 14- 54 个月, 平均 33.6 个月。

2 结果

2.1 化疗结束 7d- 14d 随时观察肿瘤变化情况, 结果 65 例中 13 例, 肿

块缩小大于 50%; 50 例, 肿块缩小小于 50%; 1 例无明显变化, 1 例增大。临床显著有效率达 98% (CR + PR), 65 例均可接受手术。

2.2 病理: 65 例盆腔淋巴结均阳性, 65 例诊断至今存活。

表 1 各期肿瘤平均直径化疗前后的变化 (m. x ± s)

分期	化疗前	化疗后	P
IIb2	4.4 ± 0.3	2.1 ± 0.7	< 0.05
IIa	4.6 ± 0.4	2.2 ± 0.3	< 0.05
IIb	4.8 ± 0.5	2.6 ± 0.2	< 0.05

从 (表 1 可以看出) 不同分期宫颈癌患者化疗后肿瘤直径与化疗前相比有着不同程度的缩小, 差异具有显著意义 (P < 0.05) 65 例患者均有不同程度的消化道反应及骨髓抑制, 予对症处理后均恢复正常。

3. 讨论

先期化疗作为宫颈癌的治疗手段, 先期化疗在治疗妇科恶性肿瘤方面虽取得显著的疗效, 但正处于临床试验的研究阶段, 目前小样本、回顾性的文献报道比较多, 还需深入期待多中心、大样本、前瞻性的临床研究, 以探析其临床意义, 使其治疗方案更加的完善。原发肿瘤的缩小完全是因为运用了先期化疗的治疗方法, 致使下一步手术能够顺利进行, 即减少了术后复发还不同程度的减少了预后的不良因素。

综上所述, 对肿瘤较大的晚期宫颈癌患者讲, 先期化疗能使肿瘤缩小或消失, 使晚期肿瘤患者又从新获得了生存的希望, 因而改善了无瘤生存时间和生存率。因此先期化疗在治疗妇科恶性肿瘤中发挥着重要作用。

参考文献

[1] 段迎春, 胡平. 宫颈癌的治疗进展 [J]. 国外医学妇产科分册, 2007, 34 (2): 137- 139.
 [2] 程晓东, 吕卫国, 叶枫, 等. 局部晚期宫颈癌先期化疗价值的评估 [J]. 中华妇产科杂志, 2006, 41 (2).
 [3] 吕卫国, 石一复, 赵承洛, 等. 宫颈癌先期化疗前后 PCNA 表达的研究 [J]. 实用妇产科杂志, 1999, 15 (3): 147.
 [4] 曹泽毅, 张惜阴, 郎景和, 等. 妇科常见恶性肿瘤诊断与治疗规范 [M], 2002: 10- 29
 [5] 曹泽毅. 中华妇产科学 [M], 1999, 1764- 1788

膝关节周围骨坏死的 MR 诊断与临床联系

田洪梓 肖 林

山东烟台 107 医院影像中心, 山东 烟台 264000

【摘要】目的: 分析膝关节周围骨坏死的 MR 信号特征以及临床联系, 加深对骨坏死疾病的认识。方法: 回顾复习膝关节周围骨坏死的 MR 图像和临床资料, 并分类归纳、总结。结果: 膝关节周围骨坏死 MR 信号表现多样, 大部分病例与临床病史关系密切。结论: MR 可以敏感检测出膝关节周围骨坏死病灶, 但需要结合临床资料来帮助医师明确诊断。

【关键词】骨坏死; MR

doi 10.3969/j.issn.1006-1959.2011.01.015 文章编号: 1006-1959(2011)-01-0018-02

【Abstract】Objective Analysis the MR signal characteristics and clinical of osteonecrosis of knee find the relationships of them and deepen our understanding. Methods Review osteonecrosis of the knee MR images and clinical data and classified summary them. Result Osteonecrosis of the knee MR signal was diverse, many cases are closed related to clinical data. Conclusion MR can be sensitive to detect osteonecrosis lesions of the knee, but the clinical data necessary for doctors to confirm the diagnosis.

【Key words】Osteonecrosis MR

高-雪氏病患者血清碱性磷酸酶骨坏死在临床上较为常见, 股骨头、肩关节等位置均可发病, 本文仅讨论位于股骨下端、胫骨上端等膝关节周围骨的病变, 解释骨坏死病变的 MR 信号表现, 及其临床现象的相关性分析, 现将我院诊治的 47 例膝关节周围骨坏死的 MR 及临床资料, 现报告如下:

1 材料与与方法

1.1 一般材料: 回顾性分析本院 2008 年 8 月~ 2010 年 4 月进行膝关节检查的 47 例膝关节, 男性 21 例, 平均年龄 51.5 岁, 女性 26 例, 平均年龄 55 岁。其中有 6 例行双膝扫描, 共发现异常信号 74 处; 临床资料复杂, 病程长短不一, 其中有明确外伤史者 12 例, 长期服用激素类药物者 8 例, 长期大量饮酒者 5 例, 3 例患者有药物化疗病史; 其他病例病史没有特殊。

1.2 扫描方法与参数: 应用 GE1.5THD MR 系统, 被检查者脚先进, 身体方式仰卧扫描床上, 被检者双膝自然伸直, 采用 Quadknee 线圈进行信号采

集, 以 FSE-XL 作为扫描序列, 矢状 T₁WI TR500ms TE15.9ms 矩阵 320 × 192, 层厚 4.0mm, 层间距 1.0mm, FOV 为 18cm × 18cm, NEX 2.0 矢状 T₂WI TR 2420ms TE 30.9ms 矩阵 288 × 224 层厚 4.0mm, 层间距 1.0mm, FOV 为 18cm × 18cm, NEX 4.0 冠状 T₁WI TR 440ms TE 9.9ms 矩阵 288 × 192 层厚 4.0mm, 层间距 1.0mm, FOV 为 18cm × 18cm, NEX 2.0 扫描完成后图像传输到 GE-ADW 4.3 工作站进行分析, 并对病变部位进行统计分析。

2 结果

本组资料 47 例患者 53 个膝关节, 共发现病灶 74 处。其中男性 21 例患者 22 个膝关节, 病灶 29 处, T₁WI 低、T₂WI 高信号者 15 处, T₁WI 低、T₂WI 低信号者 10 处, 4 处病灶为高、低混杂信号。女性 26 例患者 31 个膝关节, 发现 41 处病灶, T₁WI 低、T₂WI 高信号者 19 处, T₁WI 低、T₂WI 低信号者 15 处, 7 处为高、低混杂信号。

3 结论

按国际骨循环学会 (association research circulation osseous ARCO) 的定义, 骨坏死是指由于各种原因 (机械、生物等) 使骨循环中断, 骨的活性成分死亡及随后修复的一系列复杂病理过程^[1]。可见, 骨坏死病变是持续进展的过程, 在不同的阶段, 骨坏死成分亦会有所不同, 这些病理改变在 MR 图像上也有所体现。骨坏死早期, 病理上主要为均匀或不均匀性的水肿, 在 MR 上可见关节面下小片异常信号, T_1WI 为低信号, T_2WI 信号略升高, 边缘较模糊, 软骨层完整, 此时, 骨小梁结构尚完整, 如果病变诱因不能及时祛除, 继续进展即可出现骨小梁塌陷、破坏, 脂肪细胞坏死和出血, 可以形成小囊, 周围伴有新生毛细血管瘤生长, 形成肉芽组织^[2], MR 表现为 T_2WI 稍高信号, 如果病灶面积稍大, 肉芽组织在周围生长, 可以形成 T_1WI 低、 T_2WI 高的信号环, 随着病变时间的推移, 周围反应性的硬化边出现, 则形成典型的低信号环绕的高信号区, 此为骨坏死的特征性病变, 因为只有坏死才会导致产生剥脱的髓腔脂肪区, 以此可和肿瘤等其它髓腔病变进行鉴别^[3]。此时坏死和修复可以共存, 信号表现非常复杂。在本组资料中, 11 处病灶处于此期, 而且大多出现在老年病例中, 这可能是坏死诱因持续存在, 陈旧病灶未完全修复, 旁又出现新的坏死灶, 导致新、旧病灶共存, 这是 MR 复杂信号的病理基础。骨坏死中晚期, 坏死骨组织被逐渐吸收, 由新生骨取代, 同时肉芽组织变为纤维组织, 此区域 T_2WI 信号略减低, 呈 T_1WI 稍低、 T_2WI 等或稍高信号; 如果坏死面积稍大, 内部不能完全产生成熟骨, 而由纤维成分取代, 为 T_1WI 低、 T_2WI 低信号表现, 本组资料中 25 处病灶符合此类病变。

膝关节周围骨坏死病例中, 很多是可以追溯到一定病因的。本组资料中 14 例膝关节有明确外伤病史, 但是早期诊断骨坏死有一定难度, 难以和一过性的髓腔水肿鉴别, 而且病变的转归难以预料, 只有长期随访才能明确诊断。另一部分病例为非创伤性骨坏死, 但也可有诱发因素, 比如长期酗酒, 或者激素使用过量、化学药物治疗、全身免疫性疾病、胶原病、氮麻醉、胰腺炎等^[4], 此类病变坏死灶多发, 呈线样、楔形或小圆形病灶, 双膝均可发病, 关节软骨可比较完整。这类病例无法单纯依靠 MR 信号进行鉴别诊断,

需详细采集病史资料, 必要时可借助实验室检验来帮助鉴别, 比如系统性红斑狼疮患者血液中抗核抗体为阳性; 类风湿性关节炎患者类风湿因子阳性; 高雪氏病患者血清碱性磷酸酶、铁蛋白增高; 非典型性肺炎 (SARAS) 患者中, 大约 33.9% 病例出现抗心磷脂抗体阳性^[5]。另外, 还有比较特殊的坏死类型—自发性膝关节骨坏死, 通常发生在中老年人, 女性发病率是男性的 3 倍^[6], 常累及股骨内侧髁, 少数也可累及股骨外侧髁、胫骨平台, 发病多比较突然, 患者在无明确诱因的情况下突然出现膝部疼痛, 伴有功能障碍, 数周后症状可以逐渐减轻, 一般预后较好, 预后较差的患者症状会逐渐加重^[7]。

所以, MR 可以清晰显示膝关节周围骨坏死病灶, 并且提供的信息丰富, 非常有利于检测膝关节周围骨坏死, 但是明确诊断需要结合临床资料, 而且骨坏死有时可以多种致病因素共存, 不应孤立的单一对待。

参考文献

- [1] 孙伟. 骨坏死的发病机制 [J]. 中华关节外科杂志 (电子版), 2008, 2 (1): 63
- [2] 项毅, 杨柳, 段小军, 等. 膝关节骨坏死样病变的 MRI 与组织病理学初步对照研究 [J]. 重庆医学, 2006, 35 (30): 189.
- [3] 孙金霜, 姚安晋, 王万里, 等. 膝关节骨坏死的 MRI 诊断 [J]. 中华骨科杂志, 1996, 16 (8): 490
- [4] 张雪哲. 骨坏死的影像学表现 [J]. 中华放射学杂志, 2004, 38 (8): 882 - 884.
- [5] 孙伟, 李子荣. 严重急性呼吸综合征后骨坏死与抗心磷脂抗体. 中国矫形外科杂志, 2006, 14 (7): 524 - 526.
- [6] Lawrence JA, Ostlere SJ, Dodd CA. MRI diagnosis of partial tears of the anterior cruciate ligament [J]. Injury, 1996, 27 (3): 153
- [7] 杜芳, 李澄, 杜先懋. 膝关节自发性软骨下骨坏死的 MRI 诊断 [J]. 放射学实践, 2007, 22 (7): 735

中枢神经系统感染血钙浓度变化的临床意义

印国强

四川省内江市东兴区人民医院, 四川 内江 641000

【摘要】目的: 探讨中枢神经系统感染时血钙浓度的变化及临床意义。**方法:** 我院 2007 年 1 月至 2008 年 1 月收治的 45 例中枢神经系统感染患者, 采用更昔洛韦联合干扰素治疗, 设为观察组; 同期收治的无器官功能障碍的 30 例患者, 设为对照组, 比较观察组治疗前与对照组的血钙浓度, 以及观察组治疗前后血钙浓度的变化。**结果:** 观察组低钙血症的发生率为 64.4% (29/45), 其往往伴随脏器损伤, 对照组无低钙血症发生, 且观察组的血钙浓度显著低于对照组, $P < 0.05$ 。治疗后观察组血钙显著下降, $P < 0.05$ 。**结论:** 中枢神经系统感染患者易发生低钙血症, 脏器损害与血 Ca^{2+} 浓度相关。对血钙浓度进行检测, 适时进行干预, 有利于改善患者预后。

【关键词】 中枢神经系统感染; 血钙浓度; 临床意义

doi 10.3969/j.issn.1006-1959.2011.01.016

文章编号: 1006-1959(2011)-01-0019-02

【Abstract】Objective Explore the central nervous system infection in blood calcium concentration changes and clinical significance **Methods** In January 2007 to fifteen January 2008 45 patients were infected with the central nervous system, adopt more acyclovir combined interferon treatment for the observation group. The same is treated organ dysfunction of 30 patients in control group compared with control group before treatment of blood calcium concentration and the observation group before and after the treatment of blood calcium concentration changes **Results** The observation group hypocalcemia rate were (45), its 29/often accompany visceral injury, no hypocalcemia occurs and the observation group of calcium concentration significantly lower than that of control group $P < 0.05$. After the treatment group calcium decreased significantly ($P < 0.05$). **Conclusion** The central nervous system infection were vulnerable to hypocalcemia and visceral Ca^{2+} damage and blood concentration. Calcium concentration of blood test timely intervention to improve the prognosis of patients

【Key words】 Central nervous system infection; Calcium concentration; Clinical significance

中枢神经系统对各种病原体的侵犯有较强的抵抗力, 但是脑和脊髓一旦受到感染则后果非常严重。中枢神经系统感染包括脑膜炎、大脑海炎、脓肿以及蠕虫感染, 低钙血症所致抽搐在中枢神经系统感染时常发生, 且参与危重病的病理生理过程, 部分患者遗留不同程度的后遗症, 影响患者的身心健康。多方位探讨中枢神经系统感染的发病机制及临床表现, 寻找更为有效的治疗途径是降低病死率的关键。血钙浓度降低可加重细胞损伤, 观察中枢神经系统感染血钙浓度变化, 有利于阻止脑损害^[1]。现将我院 2007 年 1 月至 2008 年 1 月收治的 45 例中枢神经系统感染患者的血钙浓度分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料: 该组患者 45 例, 均为我院收治的中枢神经系统感染患者, 其中男 27 例, 女 18 例, 年龄 12 个月 ~ 54 岁, 平均 37.8 岁。发病季节: 冬、春季 16 例, 夏、秋季 29 例; 病程: 1 周以内 38 例, 1 周以上 7 例。病因: 病毒性脑炎 31 例, 占 68.9%; 化脓性脑膜炎 6 例, 占 13.3%; 新生儿败血症并颅内感染 4 例, 占 8.9%; 麻疹并发脑炎 2 例, 占 4.4%; 结核性脑膜炎 2 例, 占 4.4%。诊断依据为典型临床症状、体征、脑脊液常规和生化特征, 部分患

者进行了病原学、头颅 CT、脑电图、头颅核磁共振检查。将该组患者设为观察组。同期住院无器官功能障碍 30 例患者为对照组。观察组和对照组均无佝偻病和手足搐搦症。

1.2 临床表现: 观察组患者中抽搐 37 例, 发热 (体温 $\geq 39^\circ C$) 26 例, 意识障碍 33 例, 呕吐 13 例, 嗜睡 10 例, 抽搐 9 例, 肢体运动障碍 8 例, 平衡失调 6 例, 肢体运动障碍 4 例, 球结膜水肿 2 例, 浅昏迷状态 2 例。体检发现病理反射阳性者 23 例, 脑膜刺激征阳性者 15 例, 精神萎靡 2 例, 腱反射活跃或亢进者 2 例。

1.3 实验室检查: 脑脊液常规生化: 蛋白 $> 0.4 g/L$ 者 10 例, 细胞数 $> 810 \times 10^6/L$ 者 9 例; 血白细胞计数: $< 10 \times 10^9/L$ 者 27 例, $\geq 10 \times 10^9/L$ 者 18 例; 脑地形图异常者 24 例; 脑电图异常者 16 例, 主要表现为慢波增多。头部 CT 检查 33 例, 异常 4 例, 主要表现为大脑弥漫性脑水肿; 45 例患者均检查血钙, 血钙浓度 $< 2.20 mmol/L$ 即为低钙血症。其中低钙血症 30 例, 根据临床表现将 30 例患者分为轻症组 21 例, 血钙浓度 1.72 ~ 2.20 mmol/L, 重症组 9 例, 血钙浓度 1.68 ~ 1.75 mmol/L。

1.4 治疗方法: 所有观察组患者给予常规抗病毒 (病毒唑或阿糖腺