

例,有黄疸者 20 例。肝肿大者 30 例。通过 B 超、胆系造影证实,肝内外胆管均有结石者 35 例,肝内胆管结石者 40 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 中药治疗 采用舒肝利胆、消炎、攻下之法,方剂:柴胡、木香、枳壳、黄芩、茵陈、栀子、赤芍、桃仁、元胡、大黄、芒硝等。

1.2.2 “总攻”排石疗法 31 例在中药治疗的基础上采用“总攻”排石疗法^[1],本组病例“总攻”治疗最少 1 次,最多 5 次,总攻治疗次数和间隔时间可根据病人的体质和攻后反应决定。一般每周 1~2 次,4~6 次为一疗程。

1.2.3 溶石疗法 6 例应用复方桔油乳剂^[3,4],经 T 管置入的细塑管灌注溶石。疗法为将溶液 150~250 mL 加温至 37℃左右,经 T 管以 12 滴/min 的速度滴入,约 5 h 左右滴完。滴入时根据结石位置改变病人体位,一般头低脚高位。每 10 次为 1 疗程,本组灌注最少 1 个疗程,最多 3 个疗程。

1.2.4 中转手术 6 例因用中药及“总攻”疗法效果不佳,Charcot 征不能得到控制者,在 24 h 后即行手术治疗。

2 治疗效果

治疗后临床症状、体征消失者 60 例,好转 9 例,6 例因 Charcot 征未得到控制而中转手术,手术证实为较重的肝胆管结石梗阻及合并感染。31 例经过中药及“总攻”治疗后排石者 20 例。6 例进行药物溶石,经胆系造影,结石均有不同程度的缩小,其中 2 例完全消失。

3 讨论

肝内胆管结石在我国发病率较高,大约占胆石病的 15%~30%^[5],一直是胆道良性疾病中病死率最高的^[6]。特别是手术后若结石残留和症状复发,再次手术有技术上的困难及一定的危险性。应用中药舒肝利胆、消炎、攻下之法,不仅可增加胆汁流量起到胆道内由上而下的“内冲洗”的作用,从而使肝内胆石松动,下移并便于排出,同时药物还有解除括约肌痉挛及控制炎症的作用。中药的“内冲洗”作用有利于胆石排出并防止结石再次形成。

总攻疗法其机制是运用中药行气利胆排石之剂^[2],采用以通为用的治疗原则,根据机体排胆机能的特点,以及有关药物和治疗措施有机地结合起来,促进胆汁分泌,以达最大程度地促进机体的排石反应。总攻疗法的关键是适应证的

选择和创造良好的排石通路。在积极消除胆道炎症,特别是下端括约肌水肿、充血得到改善后,胆道下端通畅,则总攻效果就好。此治疗前如炎症明显,或治疗前经造影或内窥镜检查有肝胆管及括约肌真性狭窄者,则不宜总攻治疗。

本组 6 例溶石疗法的患者均为术后带 T 管的肝胆管残余结石。对肝内局限性难以排出的残石,可通过 T 管置入塑胶管每次 5 h 左右缓慢滴入 200 mL 左右复方桔油乳剂,每 10 次为 1 疗程。在溶石治疗中,要注意溶液与结石有效的接触及接触的时间,故我们一般取头低脚高位,经溶石治疗待结石变小或崩解后进行“总攻”排石疗法。本组由于病例太少,有待今后探讨。溶石疗法后有少数病例丙氨酸转氨酶(ALT)增高,中断该治疗并且护肝治疗后 ALT 恢复正常。复方桔油乳剂引起的 ALT 增高机理尚未清楚,有待同道探讨。

本组有 6 例因 Charcot 征不能得到控制,在 24 小时后中转手术,此类病人病情均较严重复杂,有相当的危险性,这 6 例患者手术证实肝胆管结石较重的梗阻及合并感染。我们认为:肝胆管结石有严重梗阻及合并感染,Charcot 征不能得到控制者应积极中转手术治疗,对治疗效果起着关键的作用。

中西医结合治疗术后肝内胆石症的研究有着极丰富的内容,无论在临床或实验研究方面,都还存在大量没解决的问题,今后需认真积累经验和总结规律,逐步地建立起更为完善的中西医结合治疗胆石病的新方法。

参考文献:

- [1] 石景森. 肝内结石的手术抉择[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(2): 76.
- [2] 吴金术. 临床胆石病学[M]. 长沙: 湖南科学出版社, 1998. 223.
- [3] 裴德恺. 肝内胆管结石的溶石研究[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(2): 69.
- [4] 傅华群, 陈安球, 李建业, 等. 复方桔油乳剂溶解胆管残留结石的临床研究[J]. 中西医结合杂志, 1985, 5(10): 595.
- [5] 刘瑾琨, 谭毓铨. 肝内胆管结构解剖与外科临床[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(2): 66.
- [6] 黄志强. 应重视肝内胆管结石的诊断与治疗研究[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(2): 65.

(编辑 刘清海)

耳鼻咽喉科咳嗽变异性哮喘的诊断

江远仕¹, 陈锦生², 林广裕³, 杨 楚¹

(1. 汕头市中心医院耳鼻咽喉—头颈外科, 广东 汕头 515031; 2. 潮州市中心医院耳鼻咽喉科, 广东 潮州 515600; 3. 澄海市人民医院哮喘专业门诊, 广东 澄海 515800)

摘 要:【目的】探讨耳鼻咽喉(ENT)科门诊中以咳嗽为主诉的咳嗽变异性哮喘的识别和处理。【方法】在 ENT 科门诊中以慢性咳嗽为主诉的病人,通过峰流速值的检测,部分患者应用支气管扩张剂行诊断性治疗的方法,分析统计咳嗽变异性哮喘患者的例数及其诊断、治疗过程和结果。【结果】415 例以慢性咳嗽为主诉的患者中,运用以检测峰流速值为主的方法,诊断为咳嗽变异性哮喘 178 例(42.9%),其中有夜间

收稿日期:2002-07-03

作者简介:江远仕(1960—),男,广东澄海人,副主任医师。

咳嗽史 162 例(91%), 伴过敏性鼻炎 96 例(53.9%), 皮肤过敏症状 25 例(14%), 患者中一级亲属有过敏性疾病 62 例(34.8%)、一级亲属中有哮喘患者 32 例(20%)。所有患者经以吸入皮质激素为主的治疗效果显著。【结论】ENT 科门诊以慢性咳嗽为主诉患者中, 咳嗽变异性哮喘常见, 诊断“慢性咽炎”、“慢性喉、气管炎”要慎重。ENT 科医生掌握哮喘知识, 可使大部分咳嗽变异性哮喘患者得以及时诊治。

关键词: 咳嗽; 咳嗽变异性哮喘/诊断; 峰流速值

中图分类号: R562 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0142-03

慢性咳嗽、咽喉不适感是耳鼻咽喉科(简称 ENT 科)门诊病人常见的主诉之一。由于该类病人体检常见咽喉充血、咽滤泡增生、声带轻度充血水肿, 故既往此类病人多诊断为“慢性咽喉炎”、“慢性喉、气管炎”, 往往治疗效果欠佳, 病程迁延难愈。近年来我们发现该类病人中相当一部分其实为咳嗽变异性哮喘。国内 ENT 科对此病鲜见研究与报道。为进一步提高对本病的认识, 现将笔者所在医院自 2000 年 3 月至 2001 年 12 月间, 在 ENT 科门诊中 178 例咳嗽变异性哮喘患者的诊治情况报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

研究对象为笔者所在医院 ENT 科以慢性咳嗽为主诉的患者共 415 例, 其中男 194 例, 女 221 例, 年龄 12~63 岁, 平均(32.7±21.5)岁, 病程 3 月~4 年, 平均(7.8±5.7)月。

1.2 诊断方法

所有病人就诊后详细询问病史, 认真体检, 配合胸片、心电图、纤维支气管镜等, 在排除了其它明显的 ENT 科疾患, 肺结核、肺心病等之后, 根据下列方法^[1]诊断为咳嗽变异性哮喘: ①如患者就诊时峰流速值(peak exhale flow, PEF)低于正常预计值的 70%, 令其吸入支气管扩张剂舒喘灵 200 mg, 15 min 后复查如 PEF 改善率 $\geq 15\%$, 可确诊本病; ②如患者就诊时 PEF $\geq 70\%$ 正常预计值, 则予连续 3 d 测量 24 h 内 PEF 昼夜变化, 若 PEF 变异率 $\geq 20\%$, 可确诊本病; ③诊断性试验治疗: 对不能用上述方法确诊患者, 则予支气管扩张剂(β_2 受体激动剂、氨茶碱)治疗, 如咳嗽明显减轻或消失, 也可诊断本病。少数疗效不显著者, 予吸入皮质激素丙酸倍氯米松(必可酮)或丙酸氟替卡松(辅舒酮), 如 1~2 周内症状明显缓解, 也可诊断本病。

1.3 治疗方法

对诊断为咳嗽变异性哮喘的患者, 均给予必可酮 250~500 mg 或辅舒酮 125~250 mg 吸入, 每日 2 次, 酮替芬 0.5~1.0 mg, 每日 2 次; 氨茶碱 0.1 g, 每日 2~3 次治疗。伴过敏性鼻炎者给予辅舒良吸入, 每日 2 次, 每次 2 喷。观察其临床疗效并于疗程 1 个月和 3 个月时复查 PEF。

2 结果

2.1 诊断情况

2000 年 3 月至 2001 年 12 月间, 笔者所在医院 ENT 科门诊共接诊的较长时间(3 个月以上)慢性咳嗽患者共 415 例, 经检查诊断为咳嗽变异性哮喘 178 例(42.9%), 其中根据上述诊断方法①作出诊断者 107 例, 诊断方法②为 23 例, 诊断方法③为 48 例。178 例中有夜间咳嗽史 162 例(91%)、皮肤过敏症状 25 例(14%)、伴过敏性鼻炎 96 例(53.9%)、一级亲属中有过敏性疾病患者 62 例(34.8%)、其中一级亲属

中有哮喘病人 32 例(20%)。

2.2 临床治疗效果

178 例患者中, 有 156 例(占诊断人数的 87.6%)患者完成了 3 个月以上治疗, 10 例未按医嘱完成疗程, 余 12 例失访。156 例患者经上述方法治疗后, 半个月症状消失 98 例(62.8%)、1 个月症状消失 24 例(15.4%)、2 个月症状消失 18 例(11.5%)、3 个月症状消失 10 例(6.4%)、至 3 个月症状未完全消失但明显减轻 6 例(3.8%)。10 例未按医嘱治疗患者, 3 例病情无明显变化, 4 例病情有所减轻, 3 例患者分别于 2 个月、5 个月和 6 个月复诊时症状加重, 肺部出现典型哮鸣音, PEF 降至 50% 以下, 确诊为支气管哮喘。

2.3 PEF 恢复情况

130 例治疗前 PEF 有异常的患者, 坚持 3 个月以上的疗程者, 有 125 例。其中 104 例治疗前 PEF $< 70\%$ 患者, 于治疗后 1 个月和 3 个月分别有 60 例和 41 例恢复正常; 21 例治疗前 PEF 变异率 $\geq 20\%$ 者于治疗后 1 个月和 3 个月分别有 13 例和 6 例恢复正常。

3 讨论

现代哮喘病学在近年取得长足的进步, 尤其是峰流速仪和吸入疗法的应用, 为数以千万计的哮喘患者的正确诊治带来了福音^[2], 而对咳嗽变异性哮喘的认识和研究成果, 更是为哮喘病患者的早期诊断治疗提供了机会。本文资料中的 156 例咳嗽变异性哮喘患者, 正是通过峰流速仪和吸入疗法为主的诊断和治疗, 而使患者得到了及时、正确的处理。然而, 有关资料表明, 在国内, 即便是内科系统的医生, 甚至是哮喘专业医生, 对哮喘病学的新理论、新知识的掌握仍然十分不尽人意^[3,4], 而哮喘病学新知识的掌握对于 ENT 医生来说, 无疑更为迫切。因此, 国内 ENT 学者呼吁 ENT 医生要特别关注支气管哮喘问题^[5]。

“变应性鼻支气管炎”或“整体气道病”等新生术语的出现, 反映了呼吸道变应性疾病的本质统一和部位的一体性, 70% 的哮喘病人有过敏性鼻炎, 20%~50% 的过敏性鼻炎患者有哮喘, 而“全气道炎症和高反应性综合征”(total airway inflammatory and hyperresponsive)的三阶段分法(即: ①鼻炎; ②鼻炎+支气管反应性过高; ③鼻炎+哮喘), 反映了呼吸道的变应性疾病的发展不同阶段的不同严重程度^[5~7]。本组 10 例未坚持正规治疗者, 最终 3 例进入典型哮喘阶段。本文资料表明: 在 ENT 科门诊以慢性咳嗽为主诉的患者中, 近一半(42.9%)为咳嗽变异性哮喘; 在过去由于此类病人的 ENT 科体检所见, 常有咽喉部慢性充血、咽滤泡增生、扁桃腺肿大、充血, 声带轻度充血水肿而没有肺部哮鸣音等体征, 而被长期误诊为“慢性咽喉炎”、“慢性喉、气管炎”, 使病人长期得不到正确治疗, 病程迁延; 估计有不少病人最终进入典型哮喘阶段。其实, 只要 ENT 科医师能重视这一问题, 对病

人进行详细的病史询问, 应该能找到诊断的线索。如本文病例中 91% 的患者咳嗽以夜间明显, 14% 有皮肤过敏症状, 53.9% 伴过敏性鼻炎, 34.8% 患者的一级亲属中有过敏性疾病者, 20% 患者的一级亲属中有哮喘患者。在上述线索的提示下, 再应用 PEF 这一国际上公认的简单、有效诊断手段, 部分患者应用诊断性治疗方法, 均可使绝大部分患者得以明确诊断。

综上所述, 咳嗽变异性哮喘临床上比较常见, 在笔者所在医院的 ENT 科门诊以慢性咳嗽为主诉的病人中, 占 42.9%。因此在 ENT 科临床上, 诊断“慢性咽炎”、“慢性喉、气管炎”应慎重, 而正确应用现代哮喘的诊断治疗手段, 即可使该类患者得到及时的识别和正确治疗。

参考文献:

[1] 季蓉, 何权瀛. 咳嗽性哮喘[A]. 见: 李明华, 殷凯生, 朱栓立

主编. 哮喘病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 494~496.
 [2] Lenfant C. International consensus report on diagnosis and management of asthma[M]. Maryland: National Institute of Health (USA), 1992. 20~21.
 [3] 林广裕, 曾虹, 陈沛金, 等. 哮喘患儿院前诊治情况 300 例调查分析[J]. 中国儿童保健杂志, 2002, 10(1): 63.
 [4] 吴谨淮, 陈育智, 方玫. 8 省 12 市哮喘新知识调查内容结果分析[J]. 中国实用儿科杂志, 2000, 15(2): 172.
 [5] 殷明德. 变应性鼻炎: 全球性健康问题[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2002, 16(5): 195.
 [6] 江远仕, 林广裕, 陈锦生, 等. 哮喘儿童伴鼻炎的治疗与哮喘控制的关系研究[J]. 实用预防医学, 2002, 9 增刊: 1.
 [7] Windom H H, Togiias A. Rhinitis and asthma: manifestations of one disease[J]. ACI Int, 2001, 13(2): 154.

(编辑 刘清海)

自控微波技术在肾穿刺活检六胺银染色中的应用

张威¹, 梁英杰², 赖英荣²

(1. 广东省人民医院病理科, 广东广州 510080; 2. 中山大学中山医学院病理教研室, 广东广州 510089)

摘要:【目的】应用 MICRO MED 自控微波仪以缩短六胺银染色法显示肾小球毛细血管或肾小球囊壁基底膜的染色时间, 提高染色质量。【方法】对 46 例肾穿切片染色实验分别采用自控微波仪和家用微波炉的处理作对照, 以此促进六胺银染色, 显示肾小球毛细血管或肾小球囊壁基底膜。【结果】应用家用微波炉加热的在 5 次实验中, 每次都出现六胺银染液变黑, 所有的六胺银染液均不能重复使用, 其中 29 例有不同程度的银沉淀和银膜背景, 优质片为 37%(17/46)。应用自控微波仪对上述 46 例肾穿的连续切片染色的实验中, 均没出现银沉淀或银膜背景, 优质片为 100%(46/46)。六胺银工作液染色常规需用 90 min 缩短至 6 min。【结论】应用自控微波处理仪促进肾穿活检快速基底膜染色, 较家用微波炉不仅可以大大加快染色速度, 而且节省试剂, 染色质量更加稳定可靠, 是目前最为理想的一种快速染色方法。

关键词: 染色; 微波; 六胺银; 肾穿刺

中图分类号: R692.6 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0143-02

在肾穿活检病理诊断中, 除了要对肾穿活检组织切片进行常规 HE 染色外, 还需要进行多种特殊染色。用 Gomori 六胺银染色法显示肾小球基底膜是最重要的特殊染色之一。应用 MICRO MED 自控微波处理仪在肾穿活检快速特殊染色, 不仅可以快速地显示肾小球基底膜, 而且染色结果理想, 稳定可靠, 容易操作。现将我们的经验介绍如下。

1 材料与方 法

1.1 材 料

医院送检肾穿活检组织 46 例, 100 mL/L 甲醛液固定, 常规脱水透明, 石蜡包埋。切片厚 3 μm, MICRO MED 自控微波仪为意大利产品。各种试剂和六胺银染色液配制按文献要求来进行^[1]。

1.2 方 法

46 例肾穿组织连续切片分两组, 染色过程中的微波处理, 一组用家用微波炉, 另一组用自控微波仪。两组切片染色各自分 5 次进行。①切片常规脱蜡至水。②5 g/L 高碘酸水溶液微波处理, 37℃氧化 1 min。③流水冲洗 5 min。④

80 g/L 铬酸水溶液微波处理, 37℃氧化 2 min。⑤流水冲洗 5 min。⑥10 g/L 偏重亚硫酸钠水溶液处理 1 min。⑦将切片放入六胺银工作液微波处理, 60℃染色 6 min。⑧蒸馏水洗 3 min。⑨1 g/L 氯化金水溶液调色 2 min。⑩蒸馏水洗 3 min。⑪30 g/L 硫代硫酸钠水溶液处理 3 min。⑫流水冲洗 5 min。⑬伊红浅染作对比染色。⑭常规脱水透明, 中性树脂胶封片。

2 结 果

在 5 次应用家用微波炉加热对 46 例肾穿切片染色的实验中, 每次都出现六胺银染液变黑, 出现频率为 100%(5/5), 所有的六胺银染液均不能重复使用, 其中 29 例有不同程度的银沉淀和银膜背景, 优质片为 37%(17/46)。应用自控微波仪对上述 46 例肾穿的连续切片染色的实验中, 5 次染色均没出现银沉淀或银膜背景, 优质片为 100%(46/46)。六胺银染液也没出现变黑现象, 并可重复使用 2 次。肾小球毛细血管和肾小球囊壁基底膜以及肾小管基底膜经染色后呈黑色, 背景呈红色。采用自控微波处理仪较家用微波炉染

收稿日期: 2002-05-27

作者简介: 张威(1953-), 男, 广东梅县人, 主管技师。