

3 讨论

3.1 滤泡癌与不典型腺瘤的鉴别 在病理上真正区别也确实困难,根据文献报道和临床体会,区别于腺癌的特征有:①有完整包膜,瘤体在包膜内生长;②瘤细胞丰富常呈束状、条索状、巢体排列、血管丰富,多不形成滤泡或仅形成小滤泡;③瘤细胞增生活跃,核分裂可见,瘤细胞异型明显,但并无血管、淋巴管和包膜的侵犯,周围也找不到转移灶^[1]。

3.2 甲状腺癌的病理诊断标准 根据具体观察和国内有关资料提出各类型甲状腺癌病理诊断的共同特点是:①癌组织浸润包膜或浸润间质、血管、淋巴管的管壁,或已侵入管腔内,累及邻近软组织。②镜下肿瘤细胞异型,有核间变,大小形态不等,染色深,核有角、沟、裂或出现核重叠,核毛玻璃样变以及核分裂。③出现砂粒体或钙化灶。④有淋巴结或远处脏器转移^[2]。

一般典型的甲状腺癌的诊断并不困难,但在日常工作中很多将分化好的乳头状腺癌和滤泡状腺癌诊断为腺瘤或将细胞生长较活跃的良性瘤诊断为癌。为了避免和减少误诊,笔者提出对大体标本应作多个切面观察,多点取材,镜下应反复观察全面分析,从而提高甲状腺肿瘤病理诊断的准确性。

3.3 乳头状癌细胞核毛玻璃样和砂粒体形成的机理 本组 24 例乳头状腺癌有 12 例出现砂粒体多钙化,有 11 例出现毛玻璃样核。自 1906 年首次报告砂粒体出现于甲状腺乳头状癌的乳头间质透明变性的疏松结缔组织间质中,其形成机理被认为是瘤细胞死亡后的再群集,其镜下特点为圆形、分层状、嗜碱性钙化球。这种砂粒体也偶可见于滤泡性癌、未分化癌、髓样癌等,但在非癌性的甲状腺病变内则极其少见^[1]。本组 207 例良性肿瘤占 89% 中未发现有砂粒体形成。

乳头状癌细胞核毛玻璃样变的发生,目前有 3 种说法:①认为由于细胞核内染色质的弥漫分布而形成;②认为是一种包涵体,胞浆陷入核内,又称原浆型息肉现象;③认为是细胞内 DNA 减少所致^[2],有待进一步研究探讨。

参考文献

- [1] 严安国. 甲状腺癌 24 例病理分析. 实用病理学杂志, 1987, 3(2): 52
[2] 曾金华. 甲状腺癌病理诊断的几个问题. 实用病理学杂志, 1986, 2(3): 89

收稿日期: 2002-02-12; 修回日期: 2002-04-16 责任编辑: 刘继烈

北京石景山医院住院 331 份病历联合用药不合理配伍分析

翟静贤 王金兰

主题词: 药物疗法, 联合; 药物配伍禁忌

中图分类号: R91

文献标识码: A

文章编号: 1009-6647(2002)06-0886-02

1 对象和方法

随机抽取我院住院部的住院病历 331 例, 对病历的诊断、用药情况、药品名称、规格、用法、用量分别进行统计分析。

2 结果

本组用药不合理病历 29 份 (8.76%), 其中重复用药 4 份 (1.2%), 物理化学方面的不合理配伍 12 份 (3.6%), 药理作用方面的不合理配伍 13 份 (3.9%)。

3 讨论

3.1 重复用药 ①乳酸菌素和培菲康同时伍用, 同属微生态调节剂, 用药重复。②康利脂和血脂康同时伍用, 同属新型降脂药, 用药重复。③血栓通针剂和川芎嗪针剂同时伍用, 同属治疗心脑血管的活血化淤药, 用药重复。

3.2 药物理化性质不合理配伍 ①氨茶碱与维生素 C 同时服用, 后者使前者排泄增加, 从而降低前者药物作用^[1]。②维生素 B₂ 和维生素 C 同时服用, 后者具有较强的还原性, 在碱性溶液中易于氧化失效。而前者为两性化合物, 其氧化性大于还原性, 同时服用将产生氧化还原反应, 后者使前者破坏由两性化合物生成还原型 B₂ 而无效。③速力菲与胃速乐同时服用, 因胃速乐为复方制剂, 可覆盖在胃粘膜上形成一层保护膜, 还可改变胃、十二指肠的酸性环境, 影响铁的吸收。④速力菲、硫酸亚铁分别

与碳酸氢钠同服, 因碳酸氢钠能与铁产生难溶的复合物沉淀而阻碍铁的吸收。⑤速力菲与山莨菪碱同时服用, 因速力菲必须在胃内的酸性环境中转变为 Fe²⁺ 才能吸收, 而山莨菪碱能降低胃内酸的浓度而不利于铁的吸收。⑥复方新诺明与维生素 C 同时服用, 因维生素 C 能使胃肠道的 pH 值降低影响复方新诺明的胃肠道溶解度, 使复方新诺明吸收减少, 影响疗效。必须伍用时两药应间隔 2~3 h, 另外磺胺的乙酰化物溶解度低, 在酸性尿液中更低, 因此易导致结晶尿和血尿的发生。

3.3 药理作用方面的不合理配伍 ①安体舒通与补达秀合用, 因安体舒通与内源性醛固醇竞争, 可引起钾潴留, 促使钠排泄, 如果同时补钾可增加钾的蓄积, 可致严重高钾血症, 并有可能引起心力衰竭和停搏, 当患者肾功能受损时可进一步增加高钾症的危险。②开搏通和消炎痛同时服用, 因开搏通能促进具有血管扩张作用的前列腺素的合成, 而消炎痛可抑制前列腺素的合成, 两者合用可使开搏通的降压作用明显降低, 所以二者不宜合用。③开搏通分别与补达秀、安体舒通合用, 有可能引起高血钾, 因开搏通单用可出现血钾升高, 所以该反应可视为相加作用所致, 因此应慎用, 只有在严密监测血钾的情况下方可应用, 必要时减量或停用一种药。④强的松分别与消炎痛、芬必得合用, 因强的松抑制蛋白质的合成, 增高凝血酶原, 促进血栓形成, 降低肠壁细胞的抵抗力可诱发胃溃疡引起出血。消炎痛、芬必得作用于 P·G 合成酶, 抑制胃粘膜前列腺素的合成, 改变了胃微循环的正常状态, 导致胃粘膜内局部缺血, 使胃粘膜对胃酸及蛋白酶的侵蚀性敏感而造成粘膜细胞的分化, 组织坏死。

和糜烂,从而形成消化道溃疡,所以为了避免诱发消化道溃疡,强的松不应与消炎痛或芬必得同时服用。⑤哌唑嗪分别与钙离子拮抗剂硝苯地平、络活喜同时服用可发生血压急剧下降^[2],是由于扩血管作用的相加所致。有人报道两者合用只能在严密监护下进行,当在哌唑嗪治疗的基础上加用硝苯地平时,应在卧位的情况下给予 5 mg 的试验剂量,若患者已用了硝苯地平时则先给予 0.5 mg 的哌唑嗪试验剂量。同样的注意事项宜适用于其他钙通道阻滞剂。⑥普瑞搏思和信法丁合用时,因普瑞搏思能引起胃排空速度改变,使信法丁的口服吸收减少,从而延

迟信法丁血峰值的到达时间,影响信法丁的药物作用,所以两药不宜合用。

参考文献

- [1] 陈新谦,金有豫,主编.新编药物学.第 14 版.北京:人民卫生出版社,1997.37
 [2] 高东宸,张丽雅,主编.药物不良反应监察指南.第 1 版.北京:中国医药科技出版社,1991.250

收稿日期:2002-02-14;修回日期:2002-04-15 责任编辑:刘继烈

芬太尼强化在白内障手术中的应用

刘东涛

主题词:白内障摘除术;芬太尼/投药和剂量

中图分类号:R779.66

文献标识码:A

文章编号:1009-6647(2002)06-0887-02

现今使用的经皮球周麻醉是一种安全有效的麻醉方法,在临幊上广为使用。但有时也因为解剖部位及深度的不足而引起疼痛,大部分的患者则因为对手术的恐惧而引起紧张和焦虑,特别是老年女性患者,往往由于焦虑而引起一系列的心血管反应。芬太尼有很好的抗焦虑作用,我们观察了一组球周麻醉加芬太尼强化患者的疼痛和心血管反应并与单纯球周麻醉做了比较,报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 随机选择白内障患者 60 例行晶体囊外摘除加人工晶体植入术。年龄 40~65 岁,平均年龄 58 岁。其中男 33 例,女 27 例。ASA I ~ II 级。无呼吸循环和内分泌异常。随机将患者分成两组,每组 30 例,A 组选用单纯球周麻醉,B 组选用球周麻醉加芬太尼强化。

1.2 方法 A 组选用 2% 利多卡因 4 ml + 0.75% 布比卡因 4 ml 经皮球周麻醉, B 组选用球周麻醉加用芬太尼 2 μg/kg 强

化。观察患者术前、术中和术后心率及血压的变化,患者疼痛主诉,以及需追加局麻药物的情况,并观察有无嗜睡和呼吸抑制。

1.3 统计分析 所有数据以均数±标准差表示,组内及组间用 t 检验。

2 结果

两组患者一般状况无显著性差异。

手术前和手术中平均血压、心率有差异但无统计学意义。对照组结膜下注射时和手术后 10 min 内血压、心率均明显高于术前($P < 0.01$),芬太尼强化组结膜下注射时及手术后 10 min 内血压、心率高于手术前,但增高幅度明显低于对照组($P < 0.05$)。对照组 5 例有疼痛主诉,3 例需要追加局部麻醉。芬太尼强化组没有疼痛主诉者。疼痛主诉一般发生在固定上直肌时或手术结束做结膜下注射时。两组患者都没有观察到嗜睡和呼吸抑制。见表 1。

表 1 手术前、手术中、手术后两组患者心率和血压的变化

		手术前	手术中的平均值	术后当时结膜下注射	手术后 5 min	手术后 10 min
HR(次/min)	B 组	75±6.4	82±9.3	108±14△	99±10△	95±13
	A 组	71±7.5	81±8.3	120±11★★	111±12★	99±14
SBP(mmHg)	B 组	145±17	145±20	167±23△	161±34△	142±33
	A 组	142±25	151±19	188±32★★	173±35★	160±32
DBP(mmHg)	B 组	78±18	83±18	92±22△	91±26	87±29
	A 组	80±15	82±14	103±21★★	90±18	89±20

与手术前相比★ $P < 0.05$,★★ $P < 0.01$,与对照组相比,△ $P < 0.05$ 。

3 讨论

芬太尼是阿片受体激动剂,是强效麻醉性镇痛药。作用迅速,维持时间短,副作用小。一般用于镇痛或诱导麻醉和麻醉前给药。芬太尼是抗焦虑药,总量小于 3 ml(50 μg/ml)只作为抗焦虑用药,而非引起显著麻醉作用的用量。当患者感到焦虑不安或疼痛不适时,麻醉人员可给予小剂量芬太尼以减轻患者的焦

虑和不适。局部麻醉与阿片制剂混合使用时,可以在疼痛传导通路的不同环节阻滞痛冲动上行,从而产生协同镇痛作用。两类药物的联合应用明显增强镇痛效果。目前使用的经皮球周麻醉是安全有效的局部麻醉方法,但有一些老年患者特别是老年女性患者由于对手术的恐惧而引起焦虑和疼痛。因此在给予有效的球周麻醉的同时相应地给予适量的抗焦虑药是很有帮助的。我们所观察的两组患者中芬太尼强化组没有疼痛主诉者。

当患者受到疼痛刺激时,肾上腺素水平明显增加,从而引