

些患者烧伤后最初4天P-FN浓度无明显增加( $P < 0.05$ ),但经外科治疗后的这一期间则倾向于增加。败血症发生以前P-FN浓度有降低趋势,但对败血症进行治疗7天后,P-FN浓度显著增加( $P < 0.05$ )。另外还观察到,无论是伴有还是不伴有败血症的烧伤患者,其P-FN降低程度与组织受损程度有明显关系。

烧伤或外伤后P-FN缺乏的可能原因是在清除血源性颗粒物如细胞碎屑、血小板聚集物、微血栓时消耗的,因为这一过程由RES完成,而后者需要P-FN的调理;也可用P-FN合成减少和/或分解增多来解释。

已有报道,P-FN缺乏可使创伤患者易发生败血症,而烧伤患者P-FN的恢复则可增加对血液中细菌、细胞碎屑和聚集物的吞噬作用,从而改善宿主的防卫功能,由此看来给烧伤患者输入纤维结合蛋白可能是重要的。

(王相译 付增祺校)

## 乙胺碘呋酮的神经系统毒性

[M.E. Charness et al Neurology 1984; 34: 669—71 (英文)]

乙胺碘呋酮(Amiodarone)是治疗心律失常的有效药物,过去认为对神经毒性不常见。但本文作者观察到在54例病人中有29人出现神经系统副作用(54%)。其中开始服药一周内出现症状者占41%,1周至1月间者11%,1至4月间者26%,4个月后者22%。

最早和最常见的反应是震颤,共21人(39%)。在掌指、腕肘关节处出现的6~10周的屈伸动作与原发性和震颤不能区别,震颤随姿势变化,在指鼻试验终末期幅度增大,且多以一侧显著。

自己发现震颤的17例,4例自己无感觉。其中18例服药前无震颤,服药后使两名原发性震颤和一名帕金森病人的震颤加重。

第二个常见副作用是步态异常,有20人(37%)。常见主诉为容易跌倒,摇摆和不能提裤子。明显行走困难者10人(18%);所有病人在服药前走路都是正常的,检查可见步态共济失调,没有长束征和感觉异常。20人中有9人同时伴有肢体共济失调(44%),3例(6%)在治疗4月后发生周围神经病,为手脚麻木及刺痛,一例为大腿远端无力,

检查发现膝反射和小腿震颤觉丧失。另5名有周围神经病者可能伴有其它原因(三例糖尿病,两例慢性酒精)。

仅一例病人叙述有轻微头昏或眩晕。一例有眼球震颤,而所有其它病人均无眼震。全部有神经系统副作用者无病理反射及脑病表现。

伴有神经系统症状者29人中21人每日口服药量为800mg(72%),5人为600mg(17%),2人为400mg(7%),1人200mg(3%)。在等量服药时,有并发症及无并发症两组间血中药物浓度对比是相近的。年龄两组间对比也无大差别。(62.7±14岁比60.4±11岁 $P > 0.05$ )。

54人中16人单服乙胺碘呋酮,发生神经系统症状者9人(56%)。38人并服其它抗心律失常药,发生者为20人(53%)。在本文之外统计门诊病人中共共济失调和震颤的发生率为40%。

对54人中副作用严重的4人被迫停药后两周内,副作用随之缓解。对有症状的79%的病人药物减至200~400mg/日后的2日至4周内,大部分病人的副作用消失或减轻。减药后仍有震颤者加服心得安30~40mg/日,两名病人震颤症状均改善。

(杨金升译 金则斗校)

## 脑死亡病人罕有的自发运动

[Ropper A H: Neurology. 1984; 34: 1089 (英文)]

作者观察60例脑死亡病人,停用人工呼吸机几小时后,5例出现明显的肢体运动。脑死亡诊断标准:深昏迷,瞳孔光反应、角膜反射消失,冰水灌注外耳道无眼前庭反应,不用呼吸机时动脉PCO<sub>2</sub>50托以上无呼吸,EEG记录30分钟放大1μV/mm无波形。所有病人不用药品观察48小时。

运动分两类:一类是自发运动,称“乞丐征”(Lazarus's sign “乞丐手势”),4例在呼吸机移去后4~8分钟开始有臂、躯干立毛反应,臂轻度颤抖,双肘在30秒内迅速屈曲,或如机器人齿轮样,手放于脑骨部抓几下,以后手迅速移到颈或下颌,或抬高离胸骨几吋。有时第3、4掌指关节伸展,远端或近端指间关节轻度屈曲。臂强硬,难以落下。肩部轻度内旋内收,有轻度背弓,以后双手于胸前交叉接触,最后双手同时或分别先后落于床上。1例在臂到达颈时,头四肌、三角肌、斜方肌有

肌束颤。1例肩内收同时出现3秒钟用力呼出。另1例有角弓反张。患者面肌、小腿、腹部均无运动。Babinski氏征均为阴性。有自动运动时3例测不到血压，1例测得血压是65，另1例插管测出是110。另一类是由被动动作引出的。2例被动屈颈时可见四肢迅速抬高离床1/2~8寸，此反应随重复屈颈而减少。1例在屈颈仅10~30度即引起肢体轻度伸展旋前。5例中4例划足底外侧有屈肌反应。转头时均无强直性颈反应。2例有膝反射，2例引出正中神经体感诱发电位。

**讨论：**一般认为有姿势运动不能诊断脑死亡，但Ivan报告52例脑死亡中75%有某种形式的脊髓反射。由颈部中等快速屈曲引出反射，他认为C<sub>1</sub>以下脊髓休克恢复所致。Jorgensen的63例中1/3刺激皮肤引出臂反射性伸展旋前。Mandel等还见到类似moro反射。本组有‘乞丐征’者无自主呼吸，诱发电位可引出颈髓反应，说明延髓已无功能，但上颈髓尚完整。这种自动运动是由颈髓神经元产生的。颈髓与神经系上部已完全分离的病人，在极度低血压、低氧时仍可有自动运动。2例仍可测得血压，说明脊髓、周围神经、肌肉仍有低氧血灌注。乞丐征和屈颈引出的运动同时存在，表明上颈段运动神经元对机械刺激、低氧是敏感的。

(韩筱玉译 金则斗校)

## 喉梭形细胞瘤

[Katholm et al Acta Otolaryngol  
1984;98:163 (英文)]

上呼吸道肿瘤多见于喉和咽部，但梭形细胞瘤则少见。此肿瘤以往曾被命名为假性肉瘤、多形性癌、癌肉瘤等，它们大都反映了对组织类型和梭形细胞来源的不同解释。近年来电镜的应用，对梭形细胞肿瘤的认识有了很大进展。不少喉和咽部的鳞状细胞癌，可转变为梭形细胞癌，但其它部位的梭形细胞癌多源于中胚层。作者在704例患者中，大多以光镜检查为基础进行确诊，同时愈来愈多的使用了电镜。本文目的在于提醒注意对喉的梭形细胞癌与结缔组织肿瘤的可能混淆及二者鉴别的可能性。举例如下。

**病例报告：**男性，50岁，间歇性声哑6个月，每日吸烟半包已30年，间接喉镜见左侧声带充

血、肥厚，直接喉镜见左侧声带充血，肥厚区为一软而无浸润的孤立的新生物，多次组织活检未发现明显间变。因患者哑声日趋严重，遂在直达喉镜下摘除一约6×5×5mm带蒂的新生物，光镜下新生物呈息肉样改变，表面溃烂，肿瘤细胞较大呈梭形、束状交错排列，胞核及核仁为多形性，异常核分裂象较多。电镜下可见线粒体和细胞间桥小体，多考虑肿瘤来源于鳞状细胞。患者放疗后存活22个月，无复发体征，邻近淋巴结及全身亦无转移。

梭形细胞癌患者男多于女，在一组报告中，男性超过90%，以60~70岁之间为高发年龄。学者们通过光镜和电镜观察，认为此梭形细胞是由鳞状上皮细胞的基底层变异而来。此瘤可发生在喉的任何部位，但以声带居多。临床型态分二型，即息肉型和浸润型，二型亦可同时发生，前者如能早期切除，一般预后满意，后者则预后较差。喉的梭形细胞瘤治疗以放疗和手术为主。

梭形细胞癌有时与非放射性敏感的肉瘤易混淆，尤其在未发在鳞癌病灶时易误诊，如能利用电镜，证实梭形细胞来源于上皮即可获得组织学上的正确诊断，并能确定治疗和预后。

(李志勇译 王保华校)

## 30例免疫低下患者 肺结核的控制

[Dautzenberg B et al The  
Management of Thirty  
Immunocompromised Patients  
with Tuberculosis,  
Am Rev Respir Disase 1984; 129  
(3): 494(英文)]

在工业发达的国家里，由于对癌肿和全身性疾病治疗技术的进展和脏器移植的增多，致使免疫低下(immunocompromized)患者日趋增加。因其合并结核病发病率较高给治疗带来了一定的困难，本文对30例患者作了回顾性研究。

**方法：**作者将1978~1981年3年中住院的232-185名经细菌学证实为结核病的870名患者，通过多种方法证明为免疫低下患者30例(男22，女8平均年龄为53.9±19岁，病因分别为内脏癌肿11(肺癌4，咽癌5，消化道癌2)，恶性血液病7，肾