

色变淡, 供血动脉变细。

30例中, 其中6例栓塞术后1.5~4个月死亡。

2例从1988年11月治疗后至今存活, 并且上班工作。我们根据临床检查粗略分为显效, 有效, 无效三类。显效: 肿块缩小, 甲胎蛋白下降, 治疗后存活6个月以上。有效: 肿块增长不明显或缓慢, 临床症状和体征好转, 治疗后存活4个月以上。无效: 达不到上述标准者。结果: 显效7例, 有效18例, 无效5例。

讨 论

一、肝动脉灌注和栓塞治疗的价值: 对于原发性肝癌诊断后存活期平均为4个月已被公认, 而且手术切除的机会仅为10%左右。自从开展此项治疗方法以来, 对于肝癌治疗后的存活率国内、外已有许多报道, 均有不同程度的延长。本组随访的30例中显效率23%, 有效率60%, 无效17%。

二、灌注药物和栓塞方式的选择: 我们采用的化疗药物根据文献及经验使用丝裂霉素、阿霉素、氟脲嘧啶进行一次冲击疗法。

对于栓塞剂的选择, 我们采用40%碘化油与丝

裂霉素乳化油包水型的方法, 我们通过临床观察认为: (1) 碘化油在肝内可持续1个月以上才逐渐吸收。(2) 在肿瘤周围及肿瘤内形成栓塞, 这样不但阻断了肝动脉的血供, 同时使门静脉的血供也不易形成侧支循环。(3) 导管置入肝动脉即可进行栓塞。(4) 病人术中及术后的反应较轻微。

(5) 对于包在碘化油内的化疗药物可以持续缓慢释放。

三、重复治疗的意义: 从本组病例中可以看出, 存活较长的病例均为重复治疗的患者。术后随访可见近期肿块缩小、AFP下降。但间隔1.5月后, 部病人可出现肿块增长和AFP上升的改变, 临床症状、体征也有进展的变化。

四、影响疗效的因素和禁忌症: 本组中疗效不佳的病例, 我们寻找的初步原因为: (1) 肝转移癌, 原发病变已晚期, 肝转移同时伴有其它脏器的转移。(2) 肿瘤特大, 占据肝脏体积的80%以上。(3) 临床的一般情况较差。(4) 明显食管静脉曲张和腹水。以上原因在选择病例时要慎重, 虽然可以治疗, 但远期效果不一定满意。

291例老年性白内障手术的临床观察和管理

赵喜珍 (本钢职工总医院眼科)

关键词 老年性白内障 晶体摘除术

白内障是老年人三大主要致盲疾病之一。白内障手术是一种复明手术, 手术方法较多, 兹将我院1985~1989年291例老年性白内障手术及其管理介绍如下:

临 床 资 料

一、一般类料: 我科于1985~1989五年间, 行白内障手术355例, 其中老年性白内障291例, 外伤性白内障52例, 先天性白内障12例。

二、手术操作常规: 1983年以来, 我科开展了双瓣(结膜及巩膜瓣)晶体囊内、囊外摘除术, 已成为我科常规手术术式, 其做法是: (1) 术前按内眼手术常规准备, 并以20%甘露醇或醋酐酰氨降低眼内压。皮肤常规消毒、铺巾。(2) 2%利多

卡因球后、眼轮匝肌及结膜浸润麻醉。(3) 做以角膜缘为基底4mm宽结膜瓣约180°, 並加以角膜缘为基底, 2mm宽、1/2厚巩膜瓣半周(即所谓双瓣)分离至角膜缘部, 预置缝线三根后全层切开约达180°。(4) 虹膜根部切除或全切。(5) 以冷冻或1:5000α-糜蛋白酶行囊内摘除或囊外摘除。

(6) 闭合切口, 结扎预置缝线, 可补缝6~11针结膜结节缝合。(7) 结膜下注射庆大霉素2万u+氟美松2mg涂膏, 双眼包封、术毕。

讨 论

一、老年性白内障是我国老年人致盲残的主要疾病之一。为挽救老年人的有用视力, 使其脱盲脱残是我们眼科医务工作者重要任务之一。临床实践证明, 经我们的努力, 确实挽救了不少病人视力,

辽宁 本溪 117009

提高了视功能，为其工作和晚年生活提供了方便。自1983年我科始用双瓣晶体摘除术，成为我科常规手术术式，收到满意效果。几年实践我们体会，双瓣晶体摘除术优点是：①有2mm宽巩膜瓣复盖切口上面，加强了对切口的保护作用。②巩膜缝线较密，牢固封闭切口，减少受外伤、炎症的影响，缝线操作也容易掌握。③减少了拆除角膜缝线的弊病和麻烦。④切口对合好，不影响角膜，致使角膜散光很小。⑤缩短拆线日期和住院日期，减少病人经济负担，加速病床周转。⑥切口封闭牢实，不需要传统的纱袋固定头部，不需绝对卧床，减少病人卧床之苦，减少陪护。

二、娩核：我们曾用冷冻法娩核，目前使用较

多是用1:5000α-糜蛋白酶溶解晶状体悬韧带全囊摘除晶体。在临床实践中，偶遇虹膜色素脱失少许，但术后未见明显影响视力及伤口愈合，故认为α-糜蛋白酶在白内障囊内摘除术中有一定使用价值，提高了囊内摘除术的成功率。目前我们又采用了同步注吸器应用于囊外摘除术，亦起到了提高视功能的作用。

三、玻璃体疝可致使前房形成延迟，角膜混浊，瞳孔移位，虹膜前粘连或青光眼等。为此，预防玻璃体疝的发生，术后即刻缩瞳，前房内注入消毒空气气泡，确实可起到一定作用，亦可在采用降压措施同时，充分散瞳，仰卧，待疝囊还纳至瞳孔平面后再缩瞳；也起到一定治疗作用，对增视创造了条件。

小角度体层摄影的应用体会

于成才 (鞍钢铁东医院放射科)

关键词 体层摄影 小角度体层摄影

小角度体层摄影，一般指体层摄影的摆角角度在5°~10°左右而言。我院自1984年以来，在开展普通体层摄影的同时，也对小角度体层摄影进行了探讨，现将收集的四组体层摄影及小角度体层摄影的资料，对比简介如下。

资料来源：四组对比资料中，第1组：上颌窦正位体层摄影8例。其中男性5例，女性3例。第

2组：髋关节正位体层摄影11例。其中男性9例，女性2例。第3组：纵隔正位体层摄影7例，其中男性3例，女性4例。第4组：胸部（肺）正位病灶体层摄影12例，其中男性7例，女性5例。

对比分析：对上述四组材料，在体层摄影时，都采用小角度体层摄影及普通体层摄影进行对照。其对比结果，见表1。

表1 四组对比资料表

部 位	例数	摆 角 角 度		效 果	
		小角度	普遍角度	小 角 度	普 遍 角 度
上颌窦正位体层摄影	8	5°~10°	30°以上	显示窦腔清晰，白线显示明显，四周边缘关系明确	窦腔显示模糊不清，边缘关系显示不明确
髋关节正位体层摄影	11	5°~10°	30°以上	股骨头部及髌臼各部显示清晰，骨内结构清晰显示	骨内结构显示不清，关节腔不易看清
纵隔正位体层摄影	7	5°~10°	30°以上	纵隔各部及气管显示清晰、各组织组织结构观察明确	纵隔及气管各部位显示较模糊，分辨不清
胸部（肺）球型病灶体层摄影	12	5°~10°	30°以上	显示病灶模糊不清，二、三级气管不易显示	病灶显示清晰 二、三级气管及微型（小于1.0cm）病灶尚可显示

说明：进行对照的体层摄影照片，除摆角外，其他部位、层次、摄影条件、暗室冲洗等客观因素，均完全相同。

讨论：应用小角度体层摄影时，所获层面较厚。可使照片显示内容多而减少主体层外晕残象的明显干扰，故较为适合于上颌窦，髋关节、骨盆、

纵隔等部位的体层摄影。对于气管、支气管、上部胸椎以及蝶鞍、下颌骨等部位，虽然主体层上、下有较高密度的组织结构，但远离主体层时，也可取小角度体层摄影。此外，小角度体层摄影，对于在

辽宁 鞍山 114002