

检测的干扰,与文献记载 EDTA 在常规用量下对直接胆红素钒酸盐氧化法测定没有影响不符<sup>[2]457</sup>,可能与所采用的 EDTA-K<sub>2</sub> 抗凝管有关,其原因有待进一步研究。

因此,作者认为在没有肝素的情况下, TBIL、TP、ALB、ALT、AST、GGT 可以用血常规剩余血浆来检测,特别是对于抽血困难,血常规和肝功能都需要测定的患者,或是急诊项目。以上发现均基于迈瑞 Bs-330 全自动生化分析仪及原装配套试剂和江西容和实业有限公司的 EDTA-K<sub>2</sub> 试管,因不同试剂配方可能存在较大差异,请同道们共同探讨。

参考文献

[1] 吴雁. 使用快速分离胶制备的血清在急诊时测定常规生化项目结果的评价[J]. 中国医学检验杂志, 2004, 5(2):

136.

[2] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006.  
 [3] 俞善丁. 临床基础检验学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:23-24.  
 [4] 蒋秉坤,范钦信. 临床生物化学及生物化学检验[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:7-8.  
 [5] 李栋,李艳,余红,等. 现代医院检验科“速度管理”的必要性[J]. 中华检验医学杂志,2004,27(6):344-345.  
 [6] 陈正炎. 临床生物化学和生物化学检验实验指导[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:205-206.

(收稿日期:2012-06-21)

## 输尿管镜辅助尿道会师治疗后尿道损伤 13 例临床报告

涂 果,刘 颖(重庆市江津区中心医院泌尿外科 402260)

**【摘要】 目的** 探讨输尿管镜在后尿道损伤治疗中的治疗作用。**方法** 对 13 例后尿道损伤患者采用输尿管镜辅助尿道会师术治疗。**结果** 13 例手术成功,术后留置导尿管约 3~8 周。拔除导尿管后进行不定期尿道扩张。13 例获随访 6 个月至 3 年,10 例排尿通畅,无尿失禁、尿道狭窄及阴茎勃起功能障碍,3 例尿道狭窄行尿道瘢痕切除术。**结论** 输尿管镜辅助尿道会师术治疗尿道损伤具有安全、操作简单、创伤小、出血少、恢复快、疗效确切的优点。

**【关键词】** 输尿管镜; 尿道损伤; 尿道会师术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2879-02

尿道损伤是泌尿外科常见的急症。随着泌尿外科腔道技术的发展,输尿管镜诊断尿道损伤的方法有替代传统逆行尿道造影检查的趋势<sup>[1]</sup>。2008 年 1 月至 2011 年 8 月本院应用输尿管镜辅助尿道会师术治疗后尿道损伤 13 例,疗效满意,报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 13 例,为 2008 年 1 月至 2011 年 8 月就诊的后尿道损伤患者,年龄 23~68 岁,平均 45.4 岁。致伤原因:道路交通伤骨盆骨折 8 例,建筑工地坠落伤骨盆骨折 2 例,下楼跌伤骨盆骨折 3 例。尿道膜部不全性断裂 9 例,完全断裂 4 例。主要表现:伤后患者均伴会阴疼痛、下腹胀痛、排尿困难、尿道滴血。入院时均不能自行排尿,5 例在院外导尿治疗失败,8 例在本院导尿失败。入院时生命体征均平稳,骨盆骨折请骨科会诊考虑为稳定型骨折,可支持截石卧位。

**1.2 手术方法** 输尿管镜辅助尿道会师术采用丁卡因表面麻醉或腰硬膜联合麻醉,取截石位,备 WOLF9.8F 硬性输尿管镜、斑马导丝、灌注泵、F18~F22 三腔气囊导尿管等。予生理盐水灌注泵持续灌注冲洗,灌注压力 50~80 cm H<sub>2</sub>O。缓慢推镜并观察尿道情况,至尿道断裂处可发现尿道黏膜连续性部分或完全中断,抵达损伤部位,仔细寻找到尿道损伤的近端。并经操作孔插入 F5 输尿管导管引导,输尿管镜越过尿道断端进入膀胱,检查膀胱无破裂,取出输尿管导管,插入并留置斑马导丝,退出输尿管镜。将三腔气囊导尿管顶端以空针沿轴线穿破,并能套入斑马导丝,循导丝推导管入膀胱。气囊注水 30 mL 抽出导丝,连接引流袋,500 g 重量牵引导尿管 1 周,利于断端对拢吻合。术后常规留置导尿管 3~8 周。

### 2 结 果

本组 13 例手术均顺利完成,13 例输尿管镜下置导尿管成

功,手术操作时间 15~32 min,平均手术时间 25 min,术后 2 例并发尿外渗行会阴部切开引流,术后 1 周内 5 例尿道少量出血,均自行止血。本组所有患者均随访 6 个月至 3 年,10 例排尿通畅,无尿失禁、尿道狭窄或轻微狭窄,尿流率大于 15 mL/s,无阴茎勃起功能障碍,3 例尿道狭窄行尿道瘢痕切除术。

### 3 讨 论

**3.1 本术式的适应证** 除严重损伤、活动性盆腔出血,或并发膀胱直肠损伤及其他脏器损伤外,一般急性后尿道损伤患者均可选择内镜治疗<sup>[2]</sup>。

**3.2 本术式的优缺点及注意事项** 创伤性闭合性尿道损伤患者插尿管失败后行传统开放手术有一定的创伤及并发症,其主要原因是由于手术中尿道的再损伤,并且再次手术的风险较高。输尿管镜的应用在处理尿道损伤重建上具有微创、准确等优点,可在直视下进行精确操作,视野清晰,术中可最大限度避免创面大出血而影响手术和加重尿道损伤。尿道损伤后尿道相对狭窄,甚至存在尿道漂移,而输尿管镜因为口径小,在尿道内容易操作,较容易通过断端,从而达到尿道会师的目的。输尿管镜辅助尿道会师术具有如下优点:(1)手术时间短,创伤小,术后处理简单,患者较舒适;(2)能明确尿道损伤的程度,术后牵引利于膀胱下降,缩短尿道断端距离,尿道轴线移位小,即便术后出现尿道狭窄,也方便行尿道内切开;(3)未破坏会阴部黏膜神经丛,尽可能保留性功能,提高了患者的生活质量;(4)即使置管失败也可以即刻改开放手术,不影响手术效果。缺点:本术式由于断端尿道复位无端端吻合确切,致尿道狭窄和尿道出血可能性较大。注意事项:尿道损伤术后尿管留置时间临床上存在争论,目前无统一标准。黄广林等<sup>[3]</sup>进行尿道损伤后上皮修复过程的实验观察,尿道断裂术后修复 8 周,被覆

上皮才成熟。颜加强等<sup>[4]</sup>认为尿道会师术后 4~8 周拔尿管比较合适。尿道损伤治疗中留置尿管的作用主要有 2 个方面：一是保证尿道两断端在愈合过程中尽可能恢复解剖学部位，尿道轴线变化小；二是起支架作用，上皮在损伤处修复创面。作者认为，尿道挫裂伤留置尿管 3 周，尿道部分断裂留置尿管 4 周，尿道断裂则留置尿管 8 周为宜。

### 3.3 并发症处理

**3.3.1 尿道狭窄** 采用输尿管镜辅助尿道会师治疗后尿道损伤缺点是由于断端尿道复位无端端吻合确切，远期有疤痕狭窄的可能。本组有狭窄 3 例，均为尿道完全断裂，行尿道扩张效果均不佳，行尿道内切开术疗效满意。

**3.3.2 尿道出血** 尿道出血是输尿管镜辅助尿道会师并发症，由于尿道损伤处只予尿管支撑、牵引，让其自然愈合，故有出血的可能。本组患者术后 1 周内 5 例尿道少量出血，未行特殊处理自行止血。

**3.3.3 并发症预防方法** 术中注意保持术野清晰，控制灌注液量，避免液体大量渗出组织间隙，若存在严重尿外渗，尽早切开引流，避免感染导致尿道狭窄；仔细寻找尿道近端黏膜，并插入导管，插入困难时，应在导丝引导下反复轻柔试探；500 g 重量牵引导尿管，缩短尿道断端距离；术后选用敏感抗生素控制感染，保持导尿管通畅及尿道口清洁。

本组 13 例患者中均应用输尿管镜辅助尿道会师治疗获得成功，术后尿道狭窄的患者主要是尿道损伤重，尿道完全断裂。本组患者没有感染和尿痿的发生。输尿管镜辅助尿道会师治疗后尿道损伤，对尿道损伤小，术后并发症少，治愈率高，是一种较好的微创治疗方式。

### 参考文献

[1] Kielb SJ, Voeltz ZL, Wolf JS. Evaluation and management of traumatic posterior urethral disruption with flexible cystourethroscopy[J]. J Trauma, 2001, 50(1):36-40.

[2] Chen QQ, Zhang YL, Zhang YS, et al. 20 cases of urethroscope assisted urethral realignment for urethral injury [J]. China Journal End, 2007, 13(12):1332-1334.

[3] 黄广林, 刘流, 王晓峰, 等. 尿道损伤后上皮修复过程的实验观察[J]. 北京医学, 2005, 27(10):592-593.

[4] 颜加强, 蒙明森, 孙道冬, 等. 腔镜下尿道会师术早期治疗闭合性尿道损伤 69 例报告[J]. 局部手术学杂志, 2010, 19(4):289-290.

(收稿日期:2012-06-23)

## 4 种白带涂片检查方法对念珠菌检出率分析

苏悦兴, 张满娥, 陈梅英, 陈淮林, 张园满(福建省龙岩市第二医院检验科 364000)

**【摘要】 目的** 比较白带涂片不同检查法对念珠菌的检出率, 指导临床选择检验方法。**方法** 对 300 份妇科门诊送检白带标本同时采用盐水法、革兰染色法、生理盐水+5%冰醋酸、生理盐水+10%氢氧化钾(KOH)4 种方法镜检念珠菌并计算检出率。**结果** 盐水法念珠菌检出率为 21.0%, 革兰染色法为 33.0%, 生理盐水+5%冰醋酸法为 31.3%, 生理盐水+10%KOH 法为 32.7%, 前者与后 3 种结果差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 后 3 种之间差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 革兰染色法作为标准应用得到确认, 为避免染色法操作复杂、费时、成本高, 可用酸碱法替代。

**【关键词】** 白带涂片; 念珠菌; 检出率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2880-02

白带检查主要观察清洁度及有无滴虫、念珠菌、淋病奈瑟菌、加德纳菌等。本院常用方法为盐水法和革兰染色法, 文献报道改良方法有生理盐水+5%冰醋酸<sup>[1]</sup>和生理盐水+10%氢氧化钾(KOH)<sup>[2]</sup>。4 种方法对念珠菌检出率如何, 作者将所在医院妇科门诊 300 份白带分别采用以上 4 种方法对比分析, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采集 2012 年 1~12 月院妇科门诊患者白带标本 300 份, 患者年龄 16~61 岁。

### 1.2 方法

**1.2.1 标本采集** 用无菌棉拭子采集患者阴道后穹窿处、宫颈口等分泌物, 直接放进装有生理盐水的试管立刻送检。

**1.2.2 检测方法** 每份标本涂片 4 张, 1 张用盐水涂片法镜检, 1 张用革兰染色法, 1 张用生理盐水+5%冰醋酸法, 另一张用生理盐水+10%KOH 法涂片法镜检。(1)生理盐水涂片法: 取标本直接涂片, 镜检, 显微镜下见卵圆形孢子或假菌丝与出芽细胞相连接, 即可报告阳性结果。(2)革兰染色法: 干燥, 加入染色龙胆紫液染色 10 s 之后水洗、甩干; 加入染液碘溶液染色 10 s 之后水洗、甩干; 加入染液脱色液脱色 10~15 s 之后水

洗、甩干; 最后加沙黄溶液复染 10 s 之后水洗, 以滤纸吸干或在空气中干后镜检。(3)5%冰醋酸法: 将生理盐水涂片后加 1 滴 5%冰醋酸溶液溶解透明后再镜检, 显微镜下见卵圆形孢子或假菌丝与出芽细胞相连接, 可报告阳性结果。(4)10%KOH 溶液透明法: 将生理盐水涂片后加 1 滴 10% KOH 溶液溶解透明后再镜检, 显微镜下见卵圆形孢子或假菌丝与出芽细胞相连接, 可报告阳性结果。

### 2 结果

4 种白带涂片检查方法对念珠菌的检出率结果见表 1。由表 1 可见, 其他 3 种方法与盐水法比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 300 份白带标本念珠菌检出率比较

方法	阳性标本数	阴性标本数	检出率(%)
盐水法	63	237	21.0
革兰染色法	99	201	33.0*
生理盐水+5%冰醋酸	94	206	31.3*
生理盐水+10%KOH	98	202	32.7*

注:与盐水法比较, \*  $P < 0.05$ 。