

2 结 果

2.1 B 超检查结果 (1)子宫大小:子宫萎缩 8 例,子宫大小正常 13 例,子宫增大如孕 50⁺ d 18 例,子宫增大如孕 3⁺ 个月 6 例。(2)宫腔内回声:单纯子宫内膜增厚,其中更年期 13 例,内膜厚度 11~19 mm,绝经期 11 例,内膜厚度 6~12 mm,宫腔内见增强光团 21 例,光团边界不规则,内部回声不均质,不同程度向肌层、浆膜层或宫颈内浸润。宫腔内低回声暗区,或宫腔内大量液性暗区 6 例。(3)宫旁组织、宫颈转移性包块:卵巢转移性包块 9 例,宫颈转移性包块 6 例,包块均为边界不清,内部回声紊乱,不均质的混合性光团。

2.2 术后病理结果 腺癌 27 例,腺鳞癌 6 例,腺棘癌 4 例,乳头状腺癌 2 例。按 FIGO 2009 年子宫内膜癌手术分期标准 I 期 19 例, II 期 13 例, III 期 5 例, IV 期 2 例。

3 讨 论

子宫内膜癌又称子宫体癌,与雌激素、肥胖和子宫内膜增生有关^[2]。病变多见于子宫底部内膜,也可以发生于子宫角附近甚至宫颈部,约 80% 为绝经后妇女。最常见的病理类型是腺癌,转移缓慢,是直接蔓延或经淋巴结及血行转移^[3]。

子宫内膜癌早期应利用彩色多普勒或能量血流图协助检查。子宫内膜癌分为局限型和弥漫型,其宫腔声像表现需与子宫内膜息肉、子宫内膜增殖、子宫黏膜下肌瘤等鉴别。经阴道彩色多普勒超声检查是利用高频阴道探头紧贴子宫及附件进行,能清晰显示病灶回声、边界及其对肌层的浸润情况,能清晰显示病灶及周围肌层内血流分布情况。因此其对子宫内膜癌的诊断准确率较高,目前已成为各种妇科疾病的常规第一步检查^[4]。研究证实,恶性肿瘤内新生血管网为其生长与浸润提供了营养,内膜癌病灶内散在的新生血管及动静脉吻合支为内膜癌提供了生存条件,经阴道彩色多普勒超声可显示这些异常血管。根据病理结果及文献报道,子宫内膜癌对肌层浸润的深度与血供丰富程度密切相关,对肌层浸润越深,其血供越丰富,流速越快,血流阻力越低,深肌层浸润者多为 2~3 级血流,无肌层浸润者及浅肌层浸润者多为 0~1 级血流^[5]。结合二维图像及血供特点,经阴道彩色多普勒超声可对内膜癌肌层浸润程度

做出较准确的判断,从而为临床选择合理治疗方案提供了可靠的依据。

虽然子宫内膜癌用诊断性刮宫能确诊,但患者较难接受,属于有创检查^[6]。超声检查子宫内膜病变较方便、直观,可定时或反复检查以及普遍筛查。超声诊断子宫内膜癌准确率较高,又可鉴别诊断子宫内膜增生、子宫内膜息肉、子宫黏膜下肌瘤,有利于临床选择治疗方案、决定手术方式及预后;而经阴道彩色多普勒超声在范围与深度方面检测的不断发展,使得侵袭性的诊断措施减少。超声对子宫内膜癌的诊断显示了其优良价值,可更好地服务于临床。

参考文献

- [1] Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2009, 105(2):103-104.
- [2] 谷春霞,何方方,向阳,等. 阴道超声测量子宫内膜厚度用于内膜病变的鉴别诊断[J]. 中华妇产科杂志, 2008, 29(2):720.
- [3] 王淑贞. 妇产科理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1981.
- [4] 高水良,于爱军,陈鲁,等. 盆腔淋巴清扫术用户与子宫内膜癌等治疗的谈论[J]. 中华妇产科杂志, 2010, 35(2):264.
- [5] Lee CN, Cheng WF, Chen CA, et al. Angiogenesis of endometrial carcinomas assessed by measurement of intratumoral blood flow, microvessel density, and vascular endothelial growth factor levels[J]. Obstet Gynecol, 2000, 96(4):615-621.
- [6] 应伟霞,叶正风,谢幸. 经阴道三维超声诊断子宫内膜癌肌层浸润的价值[J]. 中华妇产科杂志, 2011, 39(3):148.

(收稿日期:2012-10-09 修回日期:2012-12-28)

• 临床研究 •

联合检测 D-二聚体和纤维蛋白原在肺栓塞中的诊断价值

王玢玲¹, 肖楠² (1. 北京大学第一医院检验科 100034; 2. 北京市民航总医院检验科 100025)

【摘要】目的 探讨联合检测 D-二聚体(D-D)和纤维蛋白原(FIB)在肺栓塞(PE)诊断中的意义。**方法** 回顾性分析北京大学第一医院呼吸内科 2009 年 1 月至 2011 年 12 月住院的 32 例肺栓塞患者与 116 例有肺栓塞临床表现的呼吸系统其他疾病患者的 D-D、FIB 和血小板(PLT)。**结果** 肺栓塞患者的 D-D 和 FIB 与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),而肺栓塞患者的 PLT 与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。D-D 和 FIB 综合诊断 PE 时的 ROC 曲线下面积为 0.741(95%CI=0.635~0.847),灵敏度为 62.5%,特异性为 82.76%,阳性预测值(PPV)为 50%,阴性预测值(NPV)为 88.9%,其中 ROC 曲线下面积、PPV 和 NPV 都较单独诊断时高。**结论** 联合检测 D-D 和 FIB 对早期诊断 PE 具有快速、简便、价廉等优势,值得在临床诊治过程中广泛推广。

【关键词】 肺栓塞; D-二聚体; 纤维蛋白原

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.08.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)08-0983-03

肺栓塞(PE)发病率、病死率及误诊率均颇高,已成为国内外重要的医疗保健问题之一^[1]。因此,正确认识本病的临床特征,早期诊断和治疗是临床医师共同关注的课题。作者对疑似

PE 患者及确诊 PE 患者 D-二聚体(D-D)、纤维蛋白原(FIB)及血小板(PLT)结果进行统计学分析,探讨其在 PE 诊断中的价值,从而为临床提供更为简便易行、安全可靠的早期诊断方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入病例为本院呼吸内科 2009 年 1 月至 2011 年 12 月住院的可疑 PE 患者 148 例,均有呼吸困难、胸痛、喘憋、咳嗽等症状,其中男 79 例,女 69 例,年龄在 20~94 岁,平均 69.4 岁。其中确诊 PE 患者 32 例,均符合中华医学会呼吸病分会 2001 年制定的《肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)》的诊断标准^[2],平均年龄(65.13±15.94)岁。对照组 116 例为其他呼吸系统疾病,如肺炎、慢性阻塞性肺病、肺癌、呼吸衰竭等,平均年龄(70.65±12.78)岁。两组性别构成比、平均年龄差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。排除病历资料不完整以及入院前使用抗凝药物治疗的患者。

1.2 仪器与试剂 D-D、FIB 测定分别采用免疫比浊法和 Cluass 凝固法,选用 Beckman-Coulter 公司生产的 ACL TOP 全自动凝血分析仪及其配套试剂盒进行检测;PLT 测定采用光散射原理,选用西门子公司生产的 ADVIA2120 血细胞分析仪及其配套试剂进行检测,操作过程严格按照仪器、试剂使用说明书进行。

1.3 方法 患者入院后第一时间(未使用任何抗凝药物前)用真空采血管采集静脉血 2 管,其中一管为枸橼酸钠 1:9 抗凝,

以 3 000 r/min 离心 10 min 后,进行 D-D 及 FIB 测定;另一管为乙二胺四乙酸二钾(EDTA-K₂)抗凝,进行 PLT 测定。测定均在采血后 2 h 内完成。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件包进行统计处理,对组间检测值差异的计算使用 *t* 检验和秩和检验,计算诊断效力和疾病预测方程时使用二元 Logistic 回归和 ROC 曲线分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

PE 组 D-D 和 FIB 与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$);PLT 在两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。D-D 单独作为 PE 诊断标准的 ROC 曲线下面积为 0.709 (95%CI=0.604~0.813),灵敏度 78.12%,特异性 56.03%,阳性预测值为 32.90%,阴性预测值为 88.50%;FIB 单独作为 PE 诊断标准的 ROC 曲线下面积为 0.682(95%CI=0.601~0.756),灵敏度 50.00%,特异性 83.62%,阳性预测值 45.7%,阴性预测值 85.80%;D-D 和 FIB 综合诊断 PE 时的 ROC 曲线下面积为 0.741(95%CI=0.635~0.847),灵敏度 62.50%,特异性 82.76%,阳性预测值 50%,阴性预测值 88.9%。D-D 和 FIB 综合诊断指标的 PPV 和 NPV 都较单独诊断时高,见图 1。

表 1 两组年龄和各指标值及其区别

组别	n	年龄		D-D		FIB		PLT	
		($\bar{x}\pm s$,岁)	95% CI	(中位数, mg/L)	95%CI	($\bar{x}\pm s$,g/L)	95% CI	($\bar{x}\pm s$, $\times 10^9$ /L)	95% CI
病例组	32	65.13±15.94	59.377~70.873	0.92	0.640~2.429	3.64±1.14	3.232~4.051	199.53±65.20	176.024~223.039
对照组	116	70.65±12.78	68.296~72.997	0.53	0.391~0.649	4.55±1.36	4.301~4.801	230.94±91.42	214.127~247.752
P		0.077		0.000 3		0.001 6		0.208 5	

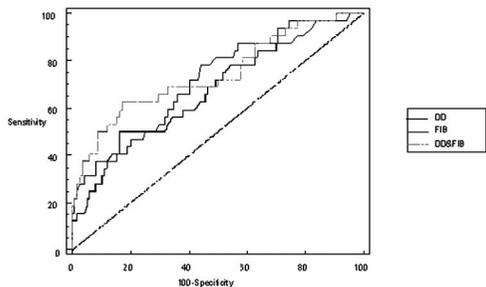


图 1 D-D 和 FIB 单独以及二者综合诊断 PE 时的 ROC 曲线

3 讨论

PE 的病因复杂,病情危重,临床表现常为不典型,误诊率和漏诊率较高。目前我国 PE 的年发病率为 0.1%^[3]。如未经及时诊治,肺栓塞病死率可高达 30%,但经过充分治疗,病死率可降至 6%~8%^[4],由此可见肺栓塞的早期正确诊断意义重大。PLT 是一种具有黏附、聚集、释放等多种生理功能的无核细胞,在血栓的形成中发挥重要作用,它与动静脉血管疾病有关^[5-6]。但本组资料显示,PLT 对肺栓塞并不具有临床诊断的意义。

D-D 是纤溶酶水解交联蛋白形成的特异性降解产物,是特异性反映体内高凝状态和继发性纤溶亢进的标志物之一^[7-8]。本组资料显示,在 PE 患者血浆中 D-D 水平均明显高于对照组(非 PE 患者),两者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。D-D

对 PE 诊断的敏感性(78.12%)和阴性预测值(88.50%)较高,但特异性(56.03%)和阳性预测值(32.90%)不高。其特异性较低主要原因是在各类血栓性疾病如深静脉血栓(DVT)、弥散性血管内凝血(DIC)以及呼吸系统多种疾病,尤其是慢性阻塞性肺病(COPD)、呼吸衰竭和两种以上的呼吸系统并发症中 D-D 水平均可升高,且随着年龄的增大,D-D 的特异性也会有所降低,在 30~39 岁年龄段其特异性为 72%,但在 80 岁以上年龄段,其特异性会下降到 9%^[9]。许多研究表明,D-D 检测的临床价值在于其阴性结果,对于无或较低肺栓塞倾向(Wells 评分小于或等于 5)的患者,D-D 阴性可基本排除肺栓塞。另一方面对于高度肺栓塞倾向(Wells 评分大于 5)的患者,即便 D-D 水平正常也有可能发生肺栓塞^[10]。

凝血过程中 FIB 在凝血酶的作用下转化为纤维蛋白并交联成网,使得血浆及全血黏度增加;FIB 还可促进红细胞和血小板聚集,从而促进血栓形成。FIB 属于 II 类急性时相反应蛋白,在机体受损时其浓度成倍增高^[11]。近年来人们发现血浆 FIB 升高是血栓性疾病的重要危险因素,可作为判断血栓前状态及肺组织损伤的重要指标。本组资料显示,PE 患者血浆 FIB 水平要比对照组低,而对 PE 诊断的特异性(83.62%)和阴性预测值(85.80%)较高。这可能是由于 PE 患者不仅处于高凝状态同时也存在继发性纤溶亢进,使得 FIB 水平并没有明显变化;而对照组多为肺炎、慢性阻塞性肺病急性加重期及肺癌的患者,这些均属急性时相反应疾病,均会引起 FIB 不同程度的升高^[12];且随年龄的增长人体对 FIB 的清除能力也会有

所下降,表现为相对升高^[13]。本组资料中 PE 组的平均年龄 [(65.13±15.94)岁]要低于对照组 [(70.65±12.78)岁],这也是 PE 组 FIB 低于对照组的原因之一。但 FIB 对 PE 诊断的敏感性(50%)较低,并不适宜单独作为 PE 的诊断指标。

本研究采用二元 Logistic 回归和 ROC 曲线分析,发现 D-D 和 FIB 联合诊断 PE 时的 ROC 曲线下面积、阳性预测值和阴性预测值都较单独诊断时高,因此在临床中同时检测 D-D 和 FIB 对 PE 的早期诊断与治疗具有相当重要的意义。由于本研究属回顾性研究,很难排除一些对检测项目有影响的因素,如患者有无吸烟史、有无基础疾病等,这些在今后的研究分析中还有待完善。

综上所述,联合检测 D-D 和 FIB 对早期诊断 PE 具有快速、简便、价廉等优势,值得在临床诊治过程中广泛推广。

参考文献

[1] 贾卫滨,李方,崔铁军,等.我国肺动脉栓塞误诊调查分析[J].中华心血管病杂志,2002,30(7):406-409.
 [2] 中华医学会呼吸病学分会.肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)[J].中华结核和呼吸杂志,2001,24(5):259-264.
 [3] Yang Y, Liang L, Zhai Z, et al; Investigators for National Cooperative Project for Prevention and Treatment of PTE-DVT. Pulmonary embolism incidence and fatality trends in chinese hospitals from 1997 to 2008: a multi-center registration study [J]. PLoS One, 2011, 6 (11): e26861.
 [4] 宋浩明,王乐民.肺栓塞治疗的进展[J].心脏杂志,2010,22(2):296-298.
 [5] Chu SG, Becker RC, Berger PB, et al. Mean platelet vol-

ume as a predictor of cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis [J]. J Thromb Haemost, 2010, 8 (1):148-156.
 [6] Braekkan SK, Mathiesen EB, Njølstad I, et al. Mean platelet volume is a risk factor for venous thromboembolism: the Tromsø Study [J]. J Thromb Haemost, 2010, 8(1): 157-162.
 [7] 黄蔚国,王鸿利,张颖琪,等.血浆 D-二聚体检测及其临床应用[J].中华检验医学杂志,1995,18(2):71-74.
 [8] 王榕生.肺栓塞患者血浆 D-二聚体检测结果分析[J].中国实用医药,2009,4(4):100-101.
 [9] 胡云建,陶凤荣,王厚东,等.D-二聚体测定在肺栓塞诊断中的应用价值[J].中华检验医学杂志,2002,25(2):95-97.
 [10] den Exter PL, Klok FA, Huisman MV. Diagnosis of pulmonary embolism: Advances and pitfalls [J]. Best Pract Res Clin Haematol, 2012, 25(3):295-302.
 [11] 刘莹,曹军皓.纤维蛋白原临床研究进展[J].华南国防医学杂志,2010,24(1):75-76.
 [12] 杨友新,覃佩枝,吴子娟.细菌性肺炎血清超敏-CRP、白细胞介素-6 及纤维蛋白原的变化[J].海南医学,2010,21(21):110-111.
 [13] Kucher N, Kohler HP, Dornhofer T, et al. Accuracy of D-dimer/fibrinogen ratio to predict pulmonary embolism: a prospective diagnostic study [J]. J Thromb Haemost, 2003,1(4):708-713.

(收稿日期:2012-10-10 修回日期:2012-12-11)

• 临床研究 •

针灸治疗阿片类药物性便秘疗效观察

徐海燕,杨红(重庆市肿瘤研究所中医科 400030)

【摘要】目的 探讨针灸治疗晚期肿瘤患者服用阿片类药物引起便秘的疗效观察。**方法** 选择接受阿片类药物治疗的便秘患者 72 例,随机分为观察组和对照组,观察组针灸选穴为天枢、大肠俞、上巨虚、支沟、照海,每日 1 次,10 次为 1 个疗程;对照组麻仁润肠丸 6 g,开水口服,早晚各 1 次,连续服用 10 d。**结果** 两组各 36 例,其中观察组有效 34 例,有效率为 94.4%;对照组有效 26 例,有效率为 72.2%。两组疗效比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 针灸治疗由阿片类药物引起的便秘疗效显著,能够减轻患者痛苦,提高患者的生活质量,值得临床推广。

【关键词】 针灸; 阿片类药物; 便秘

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.08.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)08-0985-02

阿片类药物引起便秘的特点是,患者不会因长期用药而对阿片类药物的便秘产生耐受,便秘不仅出现于用药初期,而且还会持续存在于阿片类药物止痛治疗的全过程^[1]。便秘如得不到及时控制,可引起严重并发症,成为有效缓解疼痛的最大障碍,严重影响患者的生活质量。为安全、有效地治疗由阿片类药物引起的便秘,本研究采用针灸治疗,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均为 2011 年 4~12 月在本科住院

患者中出现疼痛而应用阿片类药物引起便秘患者,共 72 例。阿片类药物引起便秘诊断依据参照《中医内科》^[2],为使用阿片类药物后,排便间隔时间超过自己习惯 1 d 以上或间隔时间 3 d 以上;大便干结排便费力伴有不适或痛苦感或大便不尽感;排除器质性病变因素^[3]。其中男 57 例,女 15 例;年龄 46~91 岁,平均年龄 68.6 岁,住院 7~132 d,平均 19.7 d。其中肺癌 38 例、胰腺癌 2 例、胃癌 9 例、乳腺癌 11 例、肝癌 8 例、卵巢癌 4 例。按住院时间随机分为观察组和对照组各 36 例。两组性别、年龄、原发肿瘤情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),