

胃癌的早期诊断率,对于广大临床工作者来说,是极其重要的任务。

在 20 世纪 80 年代以前,胃癌的诊断方法常常采用上消化道钡餐成像技术,这是一种侵入性诊断胃癌的方法,在检查时,需要患者吞服硫酸钡后,由放射科医师在放射线下,根据不同的位置和角度,观察胃的形状、轮廓和运动的变化,从而确诊胃癌病变。消化道钡餐成像技术对晚期胃癌患者的诊断率比较高,但是对于早期胃癌的诊断,成功率较低^[6]。目前,胃镜检查是临床上最有价值的胃癌诊断方法,对于直径在 4 mm 以上的早期胃癌病灶都可以被发现^[7]。窄带成像(NBI)技术能发现直径更小的早期胃癌病灶,NBI 的发明能准确地检查出早期胃癌病变,极大地提高了胃癌的诊断率。但是 NBI 检查是一种侵入性检查,患者有强烈的不适感,并且 NBI 技术成本较高,患者依从性差,从而限制了其在大规模胃癌筛查中的应用^[8]。

由于早期胃癌病理症状不明显,典型性不强,所以漏诊的概率很大,导致患者错过了最佳治疗时期。因此,胃癌的早期诊断,对于改善预后,具有重要意义。肿瘤标志物检测为提高早期胃癌的诊断率,提供了较好的辅助^[9]。目前,发现了很多胃癌相关肿瘤标志物,并且有一些已经应用于临床,但是单一的肿瘤标志物检测特异性不高,阳性率较低,并且传统的血清肿瘤标志物如 NSE、TRF、CA242 在胃癌中表达无特异性^[10]。所以本研究通过比较健康人和胃癌患者的肿瘤标志物水平,以期找到更加有效的胃癌肿瘤标志物。本研究发现,在胃癌患者 CA19-9、CEA、AFP、CA15-3、CA72-4 水平较健康对照组显著上升($P<0.05$),说明这些肿瘤标志物具有成为胃癌诊断指标的潜力。

综上所述,肿瘤标志物的检测对于胃癌的诊断和病情监测,具有重要意义。

参考文献

[1] 解庭波,张蕾. 人工神经网络在消化道肿瘤检测和诊断中的应用进展[J]. 长江大学学报自然科学版:医学卷, 2009,6(3):69-72.

[2] 王海霞,王先民. 概述检测肿瘤标志物的方法[J]. 中国现代药物应用,2009,3(15):112-113.

[3] Diamandis EP. Practice guidelines and recommendation for use tumor markers in the clinic[M]. Washington DC: AACC Press,2002:412-413.

[4] 严丽丽. 肿瘤分子标记物检测的进展[J]. 局解手术学杂志,2007,16(6):428-429.

[5] 李娟. 肿瘤标志物检测对肺癌诊断的临床应用价值[J]. 中国保健营养,2012,22(11):4263-4264.

[6] 林俊. X 线钡餐检查在胃癌确诊中作用的研究[J]. 中国中医药咨讯,2010,2(1):165.

[7] 杨翅,黄媚,彭力冬,等. 超声内镜在胃癌术前分期检查中的应用价值[J]. 中国医药导报,2012,8(35):168-169.

[8] 易明兰,袁晋华,胃镜. 胃镜检查对早期胃癌的诊断价值[J]. 中华医学研究杂志,2004,4(7):628-629.

[9] 曾聪,全国莉,王春莲. 联合检测 6 种血清肿瘤标志物在肺癌诊断中的意义[J]. 广东医学,2012,33(6):808-810.

[10] Wu J,Fu Z,Yan F,et al. Biomedical and clinical applications of immunoassays and immunosensors for tumor markers[J]. Trends Anal Chem,2007,26(7):679-688.

(收稿日期:2015-10-27 修回日期:2016-01-21)

• 临床探讨 •

阴式与开腹全子宫切除术在治疗子宫肌瘤中的临床效果比较

阙兴芹¹,姚婷婷²,范玉兰¹,张 梅¹(1. 重庆市渝北区人民医院 401120;2. 中山大学孙逸仙纪念医院,广州 510120)

【摘要】 目的 对比阴式与开腹全子宫切除术在治疗子宫肌瘤中的临床效果。**方法** 采用回顾性研究比较 2006 年 1 月至 2014 年 12 月该院收治的 84 例非脱垂子宫阴式子宫切除术(研究组)与同期 87 例开腹全子宫切除术(对照组)患者的临床效果。**结果** 研究组手术时间与对照组相当,差异无统计学意义($P>0.05$),但术中出血量、术后肛门排气时间、术后疼痛、术后发热均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 阴式子宫切除术相对开腹子宫切除术具有出血少、肠道功能恢复快、术后疼痛轻等优势,值得推广。

【关键词】 子宫切除术; 阴道式; 子宫肌瘤

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)08-1121-03

自 1813 年 Langgenbeck 首次开展阴式全子宫切除术(TVH)以来已有 200 年历史^[1-2],很长一段时间其主要用于脱垂子宫的切除。TVH 不切开腹壁,具有创伤小、腹腔干扰小、粘连轻、术后恢复快、术后腹部无疤痕、美观等优点。但因其术野小、暴露差、操作困难、对术者要求高妨碍了其在临床上的普及^[3]。但随着微创技术的发展和手术器械的更新,阴式手术近年来又重新被重视,手术指征也逐渐扩大,非脱垂大子宫也开展了阴式子宫全切。现将重庆市渝北区人民医院 84 例接受 TVH 与 87 例接受开腹全子宫切除术(TAH)患者的临床效果

比较报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2006 年 1 月至 2014 年 12 月期间重庆市渝北区人民医院收治的有子宫切除指征的子宫肌瘤患者 84 例作为研究组行 TVH,均为正常位置非脱垂子宫,子宫大小 10~14 周。其中子宫大小在 10~12 周者 50 例,12~14 周者 34 例。随机选择本院同期 TAH 患者 87 例作为对照组,其中子宫大小在 10~12 周者 53 例,12~14 周者 34 例。两组均有自然分娩史,术前检查子宫活动度均可,均无特殊部位的肌瘤

(如阔韧带肌瘤、宫颈肌瘤),无严重粘连,无急性炎症。患者年龄、孕产次、体质量、腹部手术史、子宫大小等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。术前排除宫颈癌、子宫内膜癌等恶性疾病。

1.2 手术方法 研究组均行腰硬联合麻醉,体位采取膀胱截石位,臀部略高于头部,且超出床沿 3~5 cm,双腿充分外展,遮挡肛门。于阴道穹窿部阴道黏膜下注射 1/200 000 稀释肾上腺素液或生理盐水(合并有高血压者)形成水垫,便于找到间隙同时减少出血,环形切开宫颈阴道部黏膜及其下层,前方在膀胱横沟水平上 1~3 mm,在相对应水平切开,分离膀胱宫颈间隙、直肠宫颈间隙,手指钝性向上分离,小 S 拉钩推膀胱、直肠。处理子宫主骶韧带时用大弯钳钳夹尖与子宫颈八字分开,7 号丝线缝扎,部分患者需打开后腹膜。处理子宫血管时大弯钳钳夹,必要时两次钳夹、缝扎。用齿钳从子宫侧方进入一并勾出卵巢固有韧带、输卵管、圆韧带,直齿钳钳夹切断后双重缝扎,或从子宫侧方逐次钳夹阔韧带、卵巢固有韧带、输卵管、圆韧带;能翻出子宫者,如开腹手术一样钳夹卵巢固有韧带、输卵管峡部、圆韧带,双重缝扎。子宫大者需将子宫“减体”后再行取出。需切除附件者,切断圆韧带后,用大弯钳钳夹骨盆漏斗韧带及输卵管系膜,切断后 7 号丝线双重缝扎。检查各断端无活动性出血。缝合阴道断端时将阴道前后壁与前后腹膜四层缝合在一起,阴道残端包埋光滑。对照组均行腰硬联合麻醉,体位采取平卧位,按常规 TAH 手术步骤进行操作^[4]。

1.3 观察指标 手术时间、术中出血量、术中损伤、术后疼痛情况、术后发热、肛门排气时间、切口愈合情况。

1.4 术后随访 术后 1、2、3 个月随访时,两组阴道残端均愈合良好,阴道残端无出血、感染、息肉形成,无残端感染,无深静脉血栓形成,无盆腔血肿、感染性包块形成。术后部分患者有下坠感,2 个月后下坠感消失,且手术 3 个月后恢复性生活。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件包进行统计学处理,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间均数比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组手术时间、术中出血、术后肛门排气时间比较情况,见表 1。研究组与对照组手术时间相当($P>0.05$),但研究组术中出血量少于对照组,术后肛门排气时间短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。对照组有 1 例发生术中副损伤,为膀胱损伤,该患者术前有剖宫产手术史,术中见子宫峡部膀胱腹膜反折处粘连紧密,下推膀胱时损伤膀胱,术中修补术后愈合好;研究组无患者发生术中副损伤;两组术中副损伤发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。研究组术后疼痛(指术后 48 h 内以患者主观感觉需用止痛药)者和术后发热(指术后 96 h 内体温大于 37.5℃)者均少于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。对照组腹部伤口延期愈合者 4 例,研究组患者均于术后 11~12 d 愈合伤口。

表 1 两组手术时间、术中出血量、肛门排气时间比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术中出血(mL)	排气时间(h)
对照组	87	90.80±9.20	150.33±40.03	31.27±5.01
研究组	84	90.30±10.47	100.46±20.90	26.66±4.22
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组术中副损伤、术后止痛、术后发热情况比较(<i>n</i>)				
组别	<i>n</i>	术中副损伤	术后止痛	术后发热
对照组	87	1	67	6
研究组	84	0	6	0
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

本研究中,研究组手术时间与对照组相当,与文献报道的 TVH 手术时间短于 TAH 不一致^[5-6],可能与本研究中术者的阴式手术水平、手术器械的限制等因素有关。本研究中,TVH 术中未使用专用的阴式手术器械。阴式子宫切除若选择特殊专用器械,可缩短手术时间。一般认为子宫体积小于孕 12 周,质量在 490 g 以下,行 TVH 是安全的^[7]。当患者子宫体积较大,不能一次从阴道取出时,在处理子宫前,先处理完子宫两旁血管韧带后,再粉碎子宫可减少出血,也可行肌瘤剥除、子宫对半切开、子宫中间楔形切除等方法缩小子宫。同时注意保护好周围组织以避免损伤。以前将子宫大于 12 孕周列为 TVH 的禁忌证,随着手术技巧的提高,术者经验的积累,新手术器械的不断问世,子宫大于 12 孕周已不再是 TVH 的绝对禁忌证^[8-9]。TVH 与 TAH 均可能造成临近脏器损伤,术前对患者情况了解和术者手术经验进行综合评估是避免术中副损伤的关键^[10]。本研究中,研究组较对照组术中出血量少,肠道功能恢复更快,术后疼痛更轻,发热者更少,说明 TVH 是一种创伤小、恢复快的微创手术方式^[11-12]。TVH 不切开腹壁,因此没有腹壁切口愈合不良情况。

两种手术方式各有其利弊。TVH 是通过自然腔道进行手术,无需开腹,更符合微创观念,患者术中出血量少,腹部不遗留手术疤痕,术后疼痛症状轻,更早日下床活动,因此,术后恢复更快,但 TVH 手术视野窄,对术者的要求更高。若有特殊专用器械的使用会进一步缩短手术时间。TAH 具有暴露好,视野宽,不受阴道容受性、盆腹腔粘连的限制,特殊部位肌瘤可操作性等优势,其手术适应证更宽。但 TAH 术后遗留手术瘢痕较大,术后疼痛,恢复较慢。因此,术前应反复评估子宫活动度,有无粘连,是否有特殊部位肌瘤影响打开膀胱腹膜反折,把握好手术适应证,合理选择术式。随着术者技术的提高,经验的积累,子宫大小并非 TVH 的绝对禁忌证,但子宫体积大,会增加手术难度及风险性,术前需认真评估,不可贸然施术。

TVH 术中,顺利打开膀胱腹膜反折是手术成功的关键。术者根据经验,切开进腹时触摸前后可滑动之腹膜,在腹膜附着子宫处靠膀胱侧剪开腹膜,若靠子宫剪则进入子宫浆膜下不易进腹,在推开膀胱、直肠后也可不必先打开腹膜,可在处理主骶韧带后自动打开腹膜。根据术中情况自前穹窿进腹,或自后穹窿进腹。本研究中,研究组中 34 例子宫大于 12 孕周的患者均顺利完成 TVH。与 TVH 相比,TAH 最大的缺点是腹壁切口大、创伤大、康复比较慢、易粘连,且术后可能发生感染,但它仍是经典的子宫切除方法,经腹壁切开腹腔,可随意扩大切口以满足术野的暴露,在直视下手术操作精巧、细致、同时可处理并存的盆腔及附件的一些疾病,并且其手术适应范围更广,它不受子宫大小、肌瘤位置、阴道容受性及有无手术史等的限制,在临床很多情况下(如巨大阔韧带肌瘤、宫颈肌瘤、有严重盆腔粘连史、合并有附件肿瘤者、不排除恶性肿瘤者)可列为首

选^[13]。

综上所述,对于子宫小于 14 周,无严重粘连,非特殊部位的子宫肌瘤患者,选择 TVH 优于 TAH,且 TVH 为微创手术,适合在基层医院开展,值得推广。

参考文献

[1] 工藤隆一. 阴式手术的基础及操作[M]. 唐政平,译. 天津:天津科学技术出版社,2001:58.
[2] 柳晓春,谢庆煌,郭晓玲,等. 子宫切除途径的变迁[J]. 中华医学杂志,2003,83(23):2101-2103.
[3] 焦鲁霞,宋磊,赵恩锋. 696 例阴式非脱垂,大子宫切除术临床研究[J]. 解放军医学杂志,2003,28(12):1123-1125.
[4] 苏应宽,刘新民. 妇科手术学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1994:87.
[5] 黄春梅. 改良阴式子宫切除术和腹式子宫切除术的临床疗效比较及其对机体应激反应的影响[J]. 中国现代医学杂志,2012,22(31):97-100.
[6] Abdelmonem A, Wilson H, Pasic R. Observational comparison of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy as performed at a university teaching hospital[J]. J Reprod Med, 2006, 51(12):945-954.
[7] 焦鲁霞,温春燕. 经阴道子宫切除术 1 990 例并发症临床

分析[J]. 解放军医学杂志,2007,32(12):1299-1301.
[8] 谢庆煌,柳晓春,郑玉华,等. 非脱垂子宫经阴道手术术式分析[J]. 中华医学杂志,2005,85(18):1281-1283.
[9] 柳晓春,郭晓玲. 新式非脱垂子宫经阴道切除术[J]. 中华妇产科杂志,2000,35(3):186-187.
[10] Kovac SR. Transvaginal hysterectomy: rationale and surgical approach[J]. Obstet Gynecol, 2004, 103(6):1321-1325.
[11] Zhu L, Lang JH, Liu C, et al. Clinical assessment for three routes of hysterectomy[J]. Chin Med J, 2009, 122(4):377-380.
[12] Shiota M, Kotani Y, Umemoto M, et al. Total abdominal hysterectomy versus laparoscopically-assisted vaginal hysterectomy versus total vaginal hysterectomy[J]. Asian J Endosc Surg, 2011, 4(4):161-165.
[13] Toma A, Hopman WM, Gorwill RH. Hysterectomy at a Canadian tertiary care facility: results of a one year retrospective review[J]. BMC Women's Health, 2004, 4(1):10.

(收稿日期:2015-10-18 修回日期:2015-12-28)

• 临床探讨 •

血培养病原菌分布及耐药性分析

熊中政,廖俐雅[△](重庆市垫江县人民医院医学检验科 408399)

【摘要】 目的 了解血培养中病原菌分布及其耐药性,为临床医生治疗感染性疾病提供依据。**方法** 收集 14 388 份血标本经 BacT/Alert 3D 全自动血培养仪进行血培养,培养出病原菌后 VITEK2-COMPACT 全自动细菌鉴定与药敏仪进行鉴定和药敏。**结果** 14 388 份血标本共检出 1 646 株病原菌,检出率为 11.4%;1 646 株病原菌中革兰阳性菌占 46.48%,革兰阴性菌占 50.67%,真菌占 2.86%;最多见的病原菌为凝固酶阴性葡萄球菌(MRC-NS)503 株,占 30.56%,其次分别为大肠埃希菌 379 株,占 23.03%,肺炎克雷伯菌 152 株,占 9.23%。革兰阴性菌对亚胺培南敏感性最好,大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌对其耐药率均低于 1.0%,对哌拉西林/他唑巴坦和阿米卡星的耐药率低于 5.0%;不发酵糖革兰阴性杆菌对碳青霉烯类抗菌药物耐药率较高,铜绿假单胞菌对亚胺培南的耐药率为 31.7%,而鲍曼不动杆菌对亚胺培南的耐药率高达 74.4%。耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)和 MRCNS 的检出率分别为 33.0%和 84.2%,未发现对万古霉素和利奈唑胺耐药的葡萄球菌及链球菌。**结论** 监测数据显示革兰阳性菌,尤其是 MRCNS 在血流感染中占有重要地位,需要加强医院感染控制措施以抑制耐药菌的快速传播。

【关键词】 血培养; 病原菌; 耐药性
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.049 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)08-1123-03

血流感染为最常见的临床感染,有较高的发病率及病死率^[1]。早期准确的初始抗微生物治疗对降低发病率和病死率很重要,然而由于病原菌耐药性日益严重常导致临床治疗失败^[2-3]。现对本院的血培养结果报道如下,供临床医生了解血流感染病原菌的构成及其耐药情况,以便指导临床合理用药,减少耐药株的快速传播。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有分离的菌株均都来源于本院 2013 年 1 月 1 日至 2014 年 12 月 31 日临床送检的血培养标本,年龄为

1 d 至 95 岁。
1.2 标本处理 无菌操作抽取静脉血 5~10 mL 迅速注入到血培养需氧瓶及厌氧瓶中,立即送检。仪器报阳时,立即转种至相应的培养基中培养 18~24 h,同时涂片做革兰氏染色并报告危急值;仪器 5 d 未报警,转种血平板和巧克力平板,若培养 24~48 h 均无细菌生长则判读为阴性。
1.3 仪器与试剂 BacT/Alert 3D 全自动血培养仪、VITEK2-COMPACT 全自动细菌鉴定及药敏仪及其配套鉴定卡、血培养瓶及相关培养基均由法国梅里埃生物公司提供。

[△] 通讯作者, E-mail:346702856@qq.com。