

Lynch 缝合术值得在基层医院推广应用。

参考文献

[1] 沈铿,马丁. 妇产科学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2015:103.

[2] 吴江平,黄达元. 子宫动脉结扎术在剖宫产术中大出血的临床应用[J]. 检验医学与临床,2013,10(19):2581-2582.

[3] 刘海华,崔玉萍. 改良 B-Lynch 缝合术在产后出血中的应用[J]. 实用妇产科杂志,2011,27(5):395-396.

[4] 严宇,孙江川,常淑芳. 宫缩乏力性产后出血治疗现状[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2010,20(2):149-151.

[5] 陈冰,任东平,侯朝晖. 子宫动脉栓塞介入治疗难治性产后出血的临床观察[J]. 检验医学与临床,2013,10(10):1212-1213.

[6] 王颖. 产后出血致子宫切除的相关因素分析[J]. 中国妇幼保健,2013,28(19):3097-3100.

[7] 胡珊,胡燕. 米索前列醇预防产后出血 52 例分析[J]. 重庆医学,2012,41(18):1832-1833.

[8] Park JK,Shin TB,Baek JC,et al. Failure of uterine artery embolization for controlling postpartum hemorrhage[J]. J Obstet Gynaecol Res,2011,37(8):971-978.

[9] 马之淑,张青玲. 背带式缝合治疗宫缩乏力性产后出血 13 例分析[J]. 检验医学与临床,2013,10(17):2302-2303.

[10] 龚琼华,曾丽,邵勇. 产后出血致子宫切除 35 例临床分析[J]. 重庆医学,2011,40(19):1934-1936.

[11] Obiechina NJ, Eleje GU, Ezebialu IU, et al. Emergency peripartum hysterectomy in Nnewi, Nigeria: a 10-year review[J]. Niger J Clin Pract, 2012, 15(2):168-171.

[12] 丁静,谢书琼,李英. 子宫全切除术对卵巢内分泌功能远期影响的临床研究[J]. 中国妇幼保健,2014,29(6):866-868.

[13] 刘艳,蒋小亚,吴婉林. 子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的临床应用研究[J]. 实用妇产科杂志,2012,28(2):155-156.

[14] 鄧玲玲,马秀华,王会芝,等. 改良 B-lynch 缝合术在剖宫产中产后出血的临床应用[J]. 重庆医学,2013,42(5):559-560.

[15] 王晓霜. 产后出血行 Blynch 缝合术对子宫复旧的影响[J]. 检验医学与临床,2011,8(16):1980-1981.

[16] 王静,陶航,王文杰,等. B-Lynch 背包式缝合术在产后出血中的应用观察[J]. 中国妇幼保健,2013,28(11):1843-1844.

(收稿日期:2016-06-25 修回日期:2016-07-13)

• 临床探讨 •

等离子前列腺剝除术在大体积前列腺中的应用分析

陈 斌

(河北省张家口市崇礼县人民医院外科 076350)

摘 要:**目的** 探讨等离子前列腺剝除术治疗大体积前列腺增生的临床效果和安全性。**方法** 将 70 例经该院临床确诊的大体积前列腺增生(>80 g)患者纳入研究,并根据手术方法不同分为对照组(前列腺双极电切术)和观察组(等离子前列腺剝除术),每组 35 例,对比 2 组手术情况、临床疗效及并发症情况。**结果** 2 组患者手术时间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组血红蛋白丢失量、膀胱冲洗时间、留置导尿管时间和平均住院时间(10.85 ± 1.77)g/L、(2.71 ± 0.54)d、(4.25 ± 0.42)d、(7.79 ± 0.51)d,均较对照组相应数值明显减少($P<0.05$);观察组切除腺体质量(108.73 ± 8.45)g,较对照组相应数值明显增加($P<0.05$)。观察组与对照组患者手术后残余尿量(RUV)、国际前列腺症状评分(IPSS)、生活质量(QOL)评分及最大尿流率(Qmax)均较本组手术前明显改善($P<0.05$),但两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组并发症发生率 5.71%,较对照组(22.86%)明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 等离子前列腺剝除术治疗大体积前列腺增生疗效显著,安全性高。

关键词: 等离子前列腺剝除术; 大体积前列腺增生; 手术时间; 血红蛋白

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.047 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)02-0272-03

良性前列腺增生是目前临床常见的一种泌尿系统疾病,易导致中老年男性排尿困难,影响其生活质量,而随着我国老龄化进程的加速其患病率也逐年攀升,手术切除是临床治疗的常见手段^[1-2]。经尿道前列腺切除术一直是治疗良性前列腺增生的金标准,但对于大体积前列腺增生患者,手术治疗的风险增加而术后并发症增多,临床应用受到限制^[3]。因此,需寻求安全、有效的手术方式。本研究探讨经尿道等离子前列腺剝除术在大体积前列腺增生治疗中的应用价值,现对研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院临床检查并确诊的 70 例大体积前列腺增生患者纳入研究,均伴有明显的下尿路症状。患者年龄为

65~83 岁,病程为 11 个月至 11 年,术前均经直肠 B 超、直肠指诊及术后病理等检查确诊,并测得前列腺体积 80~162 mL,其中伴有膀胱结石 8 例,急、慢性尿潴留 30 例,充盈性尿失禁 4 例。经直肠前列腺穿刺活检排除前列腺恶性病变者;排除神经源性膀胱、尿路狭窄、严重尿路感染者;排除有前列腺、尿道、膀胱手术史或明确手术禁忌证者等。本研究内容报医院伦理委员会审核并经讨论通过,研究所选患者均知情同意并签署知情同意书,按照手术方法不同将患者分为 2 组,其中对照组 35 例,患者年龄为 65~82 岁,平均(75.12 ± 3.60)岁;病程为 11 个月至 10 年,平均(4.10 ± 0.68)年;前列腺体积 83~150 mL,平均(122.54 ± 8.93)mL。观察组 35 例,患者年龄 63~83 岁,平均(75.94 ± 3.44)岁;病程为 12 个月至 11 年,平均($4.67\pm$

0.45)年;前列腺体积 80~162 mL,平均(119.84±10.72)mL。2 组上述资料经统计学分析差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 观察组患者行等离子前列腺剜除术,采用连续硬膜外麻醉,患者取截石位,于监视器下直视入镜,并观察尿道和前列腺的增生情况,以精阜为标志选择 5-7 点处点切尿道黏膜,使用电切镜镜体逆推增生腺体,深达前列腺外科包膜内并沿平面进行钝性剥离,同时电凝、剥离血管断端,切断纤维粘连带,剥离包膜后快速切碎剥离的腺体组织,并立即冲出,对创面进行切平修整等处理,并电凝止血,留置导尿管,对膀胱进行持续反复冲洗,切除组织送病理检查。对照组患者采用连续硬膜外麻醉,取平卧位,行前列腺双极电切术治疗,将切除组织送病理检查。

1.3 评价指标 记录患者手术时间、血红蛋白丢失量、切除腺体质量、膀胱冲洗时间、留置导尿管时间及平均住院时间,并进行对比分析。术后 3 个月时行残余尿量(RUV)、国际前列腺症状评分(IPSS)、生活质量(QOL)评分及最大尿流率(Q_{max})

检查,术后对患者进行 6 个月随访,统计并发症发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,2 组间比较采用两独立样本 t 检验,而同组治疗前后比较采用配对 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者围术期情况比较 2 组患者手术时间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组血红蛋白丢失量、膀胱冲洗时间、留置导尿管时间和平均住院时间(10.85±1.77)g/L、(2.71±0.54)d、(4.25±0.42)d、(7.79±0.51)d,均较对照组相应数值明显减少($P<0.05$);观察组切除腺体质量(108.73±8.45)g,较对照组相应数值明显增加($P<0.05$)。见表 1。

2.2 患者手术前后各项指标比较 观察组与对照组患者手术后 RUV、IPSS、QOL 及 Q_{max} 均较本组手术前明显改善($P<0.05$),但两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 1 患者围术期情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (d)	血红蛋白丢失量 (g/L)	切除腺体质量 (g)	膀胱冲洗时间 (d)	留置导尿管时间 (d)	平均住院时间 (d)
对照组	35	89.54±7.33	15.05±2.05	85.33±9.34	4.55±0.34	6.34±0.67	11.03±0.88
观察组	35	99.56±8.56	10.85±1.77 ^a	108.73±8.45	2.71±0.54 ^a	4.25±0.42 ^a	7.79±0.51 ^a

注:与对照组患者进行比较,^a $P<0.05$ 。

表 2 患者手术前后各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	RUV (mL)	IPSS (分)	QOL (分)	Q _{max} (mL/s)
对照组	手术前	166.34±10.56	28.55±3.45	5.88±0.65	7.21±0.44
	手术后	13.87±1.55 ^a	6.43±1.41 ^a	1.32±0.34 ^a	24.85±2.23 ^a
观察组	手术前	154.60±9.66	26.93±3.02	11.37±1.62	7.52±0.51
	手术后	12.26±1.21 ^a	5.82±1.33 ^a	1.14±0.22 ^a	25.43±2.55 ^a

注:与本组患者手术前进行比较,^a $P<0.05$ 。

2.3 术后并发症 观察组患者出现前列腺包膜穿孔 1 例,压力性尿失禁 1 例,并发症发生率为 5.71%;对照组患者出现前列腺包膜穿孔 4 例,压力性尿失禁 2 例,尿道外口狭窄 1 例,电切综合征 1 例,并发症发生率为 22.86%。观察组并发症发生率较对照组明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

良性前列腺增生的微创治疗已逐渐开展,并成为日后临床治疗的发展方向,但对于大体积患者以往以开放手术治疗为主,效果确切、手术时间短,一直被作为临床治疗的首选^[4-5]。但开放手术创伤大、并发症较多、术后恢复慢而增加患者痛苦,因此,临床正努力探索一种手术创伤小、术后恢复快、前列腺组织可完整切除并能有效防止复发的手术方法作为研究的重点^[6-7]。

经尿道等离子前列腺剜除术是目前临床治疗前列腺增生的重大突破,并得到国内外泌尿外科专家的一致认可,能够将腺体沿外科包膜作完整剥离,具有腺体剜除彻底的优势,同时剥离过程中血管清晰,止血迅速,且腺体血供被阻断而无明显出血,操作术野清晰,解剖层次明确,手术操作精确,可完整切

除前列腺组织,治疗效果接近开放手术^[8-10]。本研究将等离子前列腺剜除术用于大体积前列腺增生的治疗,并与前列腺双极电切术治疗进行比较,结果显示 2 组患者手术时间比较无显著差异,等离子前列腺剜除术治疗患者血红蛋白丢失量、膀胱冲洗时间、留置导尿管时间和平均住院时间均较前列腺双极电切手术治疗明显减少,而切除前列腺体质量明显增加,说明等离子前列腺剜除术治疗效果良好,手术出血少,对机体损伤小,大大减少手术对尿路刺激而减少膀胱冲洗时间,术后恢复快。另外,临床结果显示,2 种手术方法治疗后患者 RUV、IPSS、QOL 及 Q_{max} 均较本组手术前明显改善,但两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。说明等离子前列腺剜除术可在前列腺增生腺体和外科包膜间游离,取得显著治疗效果。等离子前列腺剜除术治疗患者并发症发生率明显降低,但对于手术的熟练性要求较高,初学者掌握需较长时间,且术中容易造成包膜穿孔、膀胱组织损伤等,导致相应并发症出现,而增生腺体切除完全使得尿道内压低于膀胱内压,易出现压力性尿失禁。

综上所述,等离子前列腺剜除术可通过微创手术取得显著治疗效果,用于临床治疗大体积前列腺增生,既保持了微创特点,又能完整切除腺体组织,疗效显著,且手术并发症少,安全性高,是目前临床治疗大体积前列腺增生的理想手段。

参考文献

[1] 袁磊,王志强,卢洪凯.经尿道等离子双极膀胱颈部前列腺顺切联合剜除术治疗大体积前列腺增生[J/CD].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2013,7(1):22-24.

[2] 孙建明,孙飞龙,李勇,等.经尿道等离子前列腺剜除术[J].海南医学,2011,22(13):85-87.

[3] 张吴,张庄文,莫正雄,等.经尿道等离子前列腺剜除术治

- 疗前列腺增生症的初步报告[J]. 中华全科医学, 2011, 9(11): 1704-1705.
- [4] 王朝, 盛玉文, 刘奔, 等. 经尿道前列腺等离子腔内剝除术治疗大体积良性前列腺增生的临床疗效[J]. 北京医学, 2014, 36(2): 102-105.
- [5] 徐遵礼, 朱建平, 张前兴. 经尿道前列腺电切剝除术与开放手术治疗大体积前列腺增生疗效比较[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(23): 3820-3822.
- [6] 王旭亮, 于志坚, 赵一俊, 等. 等离子前列腺剝除术在大体积前列腺治疗中的应用[J]. 医学研究杂志, 2014, 43(5): 93-96.
- [7] 饶建明, 任毅馨, 陈宏伟, 等. 经尿道前列腺等离子腔内剝除与开放手术治疗大体积良性前列腺增生的临床对照研究[J]. 中国医师杂志, 2011, 13(5): 648-650.
- [8] 关刚强, 谢小平, 何燊, 等. 经尿道前列腺电切术与经尿道前列腺剝除加腹部小切口手术治疗大体积前列腺增生的疗效比较[J/CD]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2012, 6(2): 28-30.
- [9] 卓栋, 敖平, 姜书传. 经尿道前列腺等离子剝除术临床应用研究[J]. 安徽医学, 2012, 33(12): 1601-1603.
- [10] 游志勇, 俞金水, 刘振明. 经尿道等离子体前列腺剝除术治疗巨大体积前列腺增生[J]. 中国医药指南, 2014, 12(4): 123-124.
- (收稿日期: 2016-08-12 修回日期: 2016-10-18)
- 临床探讨 •

血常规分析肺癌患者血细胞参数的变化及意义

付小芬, 熊小波

(重庆市开州区人民医院检验科 405400)

摘要:目的 探讨血常规分析肺癌患者血细胞参数的变化及临床意义。方法 收集该院 2015 年 1—12 月收治的 85 例肺癌患者的血常规指标, 并与同期 90 例健康人群的血液三系细胞(红细胞、白细胞及血小板)及血红蛋白数量变化进行比较。结果 肺癌患者的红细胞计数、血小板计数、血红蛋白浓度、红细胞比积、平均红细胞血红蛋白浓度、淋巴细胞比值均明显低于对照组($P < 0.05$); 白细胞计数、红细胞体积分布宽度、中性粒细胞比值、单核细胞比值、嗜酸性粒细胞比值均高于对照组($P < 0.05$); 平均红细胞体积、平均红细胞血红蛋白量、嗜碱性粒细胞比值与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 通过血常规检测分析肺癌患者血细胞参数指标的异常变化, 能为患者病情判断提供依据。

关键词: 血常规; 肺癌; 血细胞参数; 三系细胞

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.048 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)02-0274-03

血常规是医院的基本血液检验项目之一, 通过对血液中的红细胞、白细胞、血小板、血红蛋白等数量的变化及形态分布进行测定及计数, 为疾病的诊断、治疗和预后分析提供重要的依据, 是医生诊断疾病的常用辅助检查手段之一^[1]。研究表明, 多数肿瘤的生长是血管依赖性的, 肺癌的血管生成是肿瘤生长及转移所需的最基本因素。因此, 了解血常规分析肿瘤的血细胞参数的变化对肺癌患者的诊治及预后分析具有十分重要的意义^[2]。目前, 随着医学技术的不断进步, 血细胞分析技术在临床中的应用越来越广泛^[3-5], 但是国内外在血常规分析对肺癌患者血细胞参数的变化及意义方面的研究尚不够全面, 部分报道相对简单。本文收集本院 2015 年 85 例肺癌患者的血常规指标, 通过与同期 90 例健康人群的血液三系细胞(红细胞、白细胞及血小板)及血红蛋白的数量变化进行比较, 为肺癌患者的诊治及预后提供临床依据。现将具体结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 肿瘤组患者为本院 2015 年 1—12 月收治的 85 例肺癌患者。男 54 例, 女 34 例; 年龄 18~87 岁, 平均(51.2±12.1)岁。所有患者根据临床病史, 结合 B 超、CT 等检查诊断并最终经手术病理确诊。排除标准: 患有严重心、肝、肾功能障碍系统疾病、血栓性疾病、糖尿病、感染性疾病等患者。所有肺癌患者在采血前 15 d 内未使用止血剂或抗凝药物治疗。对照组患者为同期检查健康人群 90 例, 男 54 例, 女 36 例; 年龄 17~86 岁, 平均(52.1±12.2)岁。肺癌患者与健康人群在性别、年龄方面, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可

比性。

1.2 方法 所有患者及对照组均使用 1.5~2.2 mg/mL 的乙二胺四乙酸二钾(EDTA-K₂)抗凝剂采静脉血 3 mL, 并采用 BC-3000 Plus 型全自动血液分析仪(深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司)及配套试剂进行标本检测。

1.3 观察指标 观察并比较肺癌组与对照组的三系细胞(红细胞、白细胞及血小板)指标及血红蛋白的数量变化。

1.4 统计学处理 应用 SPSS19.0 软件进行数据统计分析, 正态分布资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用两独立样本 t 检验; 非正态分布资料以 $M(\min, \max)$ 表示, 采用秩和检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肺癌组血液三系细胞及血红蛋白参数的变化情况 红细胞计数正常值范围为 $(3.5 \sim 5.5) \times 10^{12}/L$, 白细胞计数正常值范围为 $(4 \sim 10) \times 10^9/L$, 血小板计数正常值范围为 $(100 \sim 300) \times 10^9/L$, 血红蛋白浓度正常值范围为 120~160 g/L。贫血诊断标准: 男性血红蛋白浓度低于 120 g/L 或红细胞计数低于 $4 \times 10^{12}/L$, 女性血红蛋白浓度低于 110 g/L 或红细胞计数低于 $3.5 \times 10^{12}/L$ 。肺癌组患者的红细胞计数、血小板计数及血红蛋白浓度均明显低于对照组($P < 0.05$), 而白细胞计数高于对照组($P < 0.05$)。与对照组相比, 肺癌组白细胞升高 9 例, 白细胞降低 6 例, 血小板升高 12 例, 血小板降低 8 例。肺癌组患者贫血 15 例, 占 17.6%。见表 1。