

本放置 4.5 h 离心并测定的血糖,其浓度比 0.5 h 测定的血糖浓度下降 1.40 mmol/L(26.9%),这充分证明了第一方面的原因。因此,实验室收到血液标本后应尽快离心,虽不能立即测定,但也可缓解血糖浓度下降的幅度。

参考文献

- [1] 覃瑜,戴庆忠.血标本采集质量对检验结果的影响[J].检验医学与临床,2009,6(6):425-426.
- [2] 郭明卫,李青果.真空采血管分离胶采血放置时间对血糖

的影响[J].检验医学与临床,2004,30(12):119.

- [3] 刘君.标本放置时间对血糖浓度的影响[J].中华医学研究杂志,2007,7(3):258-259.
- [4] 刘延东,张晓红.同一标本血糖测定结果在不同时间条件下的差异与分析[J].中华现代内科学杂志,2007,10(4):10.

(收稿日期:2010-12-28)

应用乳胶导尿管做改良胸腔闭式引流术治疗气胸的研究

钟文木(重庆市丰都县中医院急诊科 408200)

【摘要】目的 应用乳胶导尿管做改良胸腔闭式引流术治疗气胸的临床研究。**方法** 丰都县中医院急诊科 45 例患者为治疗组,外科及内科 45 例患者为对照组。治疗组采用乳胶导尿管(16F)作为引流导管行胸腔闭式引流术。对照组外科采用传统大口径胸腔引流导管,内科采用中心静脉导管行胸腔闭式引流术。分别观察两组治愈率、置管留置及拔管时间、切口愈合时间,置管后对呼吸、咳嗽、自理生活和活动的影响、患者的耐受、皮下气肿、引流管堵塞等并发症发生情况。**结果** 治疗组总有效率 97.7%,治愈率 93.3%;对照组总有效率 95.5%,治愈率 93.3%。两组治愈率、有效率、置管留置时间差异无统计学意义($P>0.05$),但治疗组并发症发生较对照组少,拔管后伤口愈合时间短,尤其在置管后对呼吸、咳嗽、自理生活和活动的影响、患者的耐受、皮下气肿、引流管堵塞等并发症发生均较对照组为优,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 采用乳胶导尿管(16F)作为引流导管行胸腔闭式引流术治疗气胸,具有手术操作简单,易掌握,疗效确切等优点。

【关键词】 乳胶导尿管; 胸腔闭式引流术; 治疗; 气胸

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.09.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)09-1132-02

传统的胸腔闭式引流术是在胸腔内置入较粗大(F22-24)的引流管,多年的临床实践,虽然疗效肯定,但创伤相对较大,管径粗大且僵硬,置管后患者活动明显受限,痛苦难忍,置管不易固定,容易滑出,容易形成皮下气肿,并发症多。为克服其缺点,临床上对胸腔闭式引流方法做了许多探索,以中心静脉导管、静脉留置针等代替传统的胸腔引流管行胸腔闭式引流术,但由于管径小易出现堵塞或不畅,影响疗效,且易出现皮下气肿,取材不便,价格昂贵等诸多缺点。作者自 2002 年在急诊科工作以来采用乳胶导尿管(16F)代替传统的胸腔闭式引流管行胸腔闭式引流术治疗气胸,并与本院其他科室实施的其他胸腔闭式引流方法相比较,其操作简单,疗效肯定确切,并发症少,不易形成皮下气肿,置管后患者自理生活不受限制,痛苦极少,经济适用,优点明显,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002 年 10 月至 2010 年 8 月本院共收治的气胸患者资料齐全符合入选条件的 90 例,所有病例均依据临床症状、体征、胸部 X 线片及胸部 CT 确诊。将本科室收治的气胸患者列为治疗组,其他科室收治的气胸患者列为对照组。治疗组 45 例,其中男 43 例,女 2 例;年龄 18~70 岁。肺组织压缩 30%~50%者 20 例,大于 50%者 25 例,其中双侧气胸 2 例,压缩肺组织达 80%以上。病因有自发性气胸、慢性阻塞性肺病的气胸、肺结核的气胸、外伤性气胸。采用乳胶导尿管改良胸腔闭式引流术治疗。对照组 45 例,全为男性;年龄 18~70 岁。肺组织压缩 30%~50%者 22 例,大于 50%者 23 例,均为单侧气胸。病因有自发性气胸、慢性阻塞性肺病的气胸、肺结核的气胸、外伤性气胸。外科采用传统大口径胸腔引流管

(F22~24)及肋间常规切口方法行胸腔闭式引流术。内科采用深静脉导管肋间胸腔置入方法行胸腔闭式引流术。两组在年龄、性别、肺组织压缩程度及病因等方面差异均无统计学意义。

1.2 材料准备 (1)乳胶导尿管 1 根,(16F),管径 5.3 mm;(2)胸腔闭式引流瓶 1 套;(3)无菌生理盐水 500 mL。

1.3 手术方法 根据 X 线片胸部检查准确定位,对胸膜有粘连的慢性阻塞性肺病或肺结核患者应根据胸部 CT 检查准确定位,确定引流管植入点。患者取半卧位,常规消毒铺巾局部麻醉后,以确定好的引流管植入点的肋间隙皮肤切开 0.5~1.0 cm 用血管钳钝性分离撑开肋间组织达壁层胸膜,用血管钳钳夹已备的乳胶导尿管尖端置入胸腔内 10 cm,连接引流瓶装置,证实水封瓶内有气泡溢出后,向使用乳胶导尿管水囊内注入生理盐水 10~15 mL,并将乳胶导尿管向外牵拉至不动时,缝合皮肤切口 1 针并固定乳胶导尿管。以无菌敷料包扎切口,以纸胶带固定敷料及引流管于胸壁上。

1.4 判断标准 治愈:症状消失,水封瓶无气泡溢出,24 h 后经胸部 X 线片检查证实肺复张良好;有效:症状消失或明显减轻,24 h 后经胸部 X 线片检查证实肺大部分复张,残留气体小于或等于 10%,水封瓶无气泡溢出;未愈:症状不减,肺未复张,水封瓶不断有气泡溢出。总有效率=治愈+有效。

1.5 统计学方法 数据分析采用 SPSS12.0 统计软件。

2 结果

治疗组治愈 42 例,有效 2 例,未愈 1 例。总有效率 97.7%,治愈率 93.3%。有效 2 例均在 4 d 后拔管,随访 1 周经胸部 X 线片证实气胸吸收。未愈 1 例转上级医院行肺大泡

切除及瘘口修补,最终死于严重肺部感染。对照组 45 例,治愈 42 例,有效 1 例,未愈 2 例。总有效率 95.5%,治愈率 93.3%,有效 1 例均在 7 d 后拔管,随访 1 周经胸部 X 线片证实气胸吸收。未愈 2 例均转上级医院手术治愈。治疗组与对照组治愈率、有效率、置管时间差异无统计学意义($P>0.05$),但治疗组拔管时间及伤口愈合时间比对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$),并且置管后疼痛、活动受限、皮下气肿等并发症的出现极少,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

气胸是常见病,多发病,也是常见危急重症之一。气胸的发病率近年有上升趋势,特别是外伤和继发于慢性阻塞性肺病气胸的发病率近年明显上升。由于病情凶险如处理不及时,患者在未安置胸腔闭式引流术前可迅速死亡^[1]。胸腔闭式引流是临床治疗气胸最常用的方法,其连续不断的排气,使肺在短时间快速复张,治愈率高,闭式引流导管的粗细和软硬度要适合,过细和过软的中心静脉导管及静脉留置针引流管易发生堵塞和皮下气肿^[2]。传统的胸腔闭式引流使用粗硅胶管,虽有管径粗,排气量大,不易发生堵塞,引流效果好等优点,但由于管径粗,较硬,局部损伤较大,患者置管后疼痛难忍使活动明显受限,不易耐受,极易发生皮下气肿,拔管后伤口愈合时间长且遗留较大疤痕,影响美观^[3]。

乳胶导尿管管径适中,硬度合适,组织相容性极好,患者置管后不会因深呼吸、咳嗽、自理生活的活动而疼痛难忍,活动不受限制,没有明显的不适感。特别是置入后前端的水囊充盈时有内固定引流管的作用,避免滑脱,使引流持续进行,前端的水囊充盈后有密封壁层胸膜破口的作用,避免了皮下气肿的发生,且有压迫止血的作用,可以避免损伤性血胸的发生。本组资料显示,乳胶导尿管(16F)作为胸腔闭式引流术的引流导管行胸腔闭式引流术治疗气胸,治疗效果好,可靠性、安全性极

佳,与传统方法相比优点多,并发症少,患者耐受性好,易于接受。

总之,应用乳胶导尿管(16F)作为胸腔闭式引流术的引流导管行胸腔闭式引流术治疗气胸,具有以下优点:(1)置入后前端的水囊充盈时有内固定引流导管的作用,避免滑脱,使引流持续进行;(2)前端的水囊充盈后有密封壁层胸膜破口的作用,避免了皮下气肿的发生;(3)充盈的水囊有压迫止血的作用,可以避免损伤性血胸的发生;(4)器械材料来源广泛,易得,成本低廉,组装简单,不需特殊制作,便于取材,适用于急救;(5)手术操作简单,易学易掌握;(6)疗效确切,安全可靠;(7)引流导管的组织相容性极好,粗细硬度极佳,刺激性小,置管后患者携带引流装置可随时下床活动,自理生活,咳嗽、呼吸不受限制,易被患者尤其是老年、体弱患者接受;(8)手术并发症少,切口愈合疤痕小,不影响美观易被患者接受,特别是女性患者更易接受。

综上所述,此方法适宜各级医疗机构,特别是基层医疗机构,可作为胸腔闭式引流的首选方法,值得广大临床工作者推广应用。

参考文献

- [1] 任少华,胡华成. 自发性气胸的研究进展[J]. 中国实用内科杂志,2000,20(3):188-189.
- [2] 颜杰. 36 例自发性气胸诊断与治疗分析[J]. 临床肺科杂志,2005,10(3):331-332.
- [3] 卓超洲,龚华,范春红,等. 中心静脉导管闭式引流联合持续负压吸引治疗自发性气胸的疗效分析[J]. 临床肺科杂志,2009,14(6):811-812.

(收稿日期:2010-12-18)

血浆前列腺特异性抗原测定在前列腺疾病诊断及鉴别诊断中的临床价值

李录芝(云南楚雄州人民医院检验科 675000)

【摘要】 目的 探讨血浆总前列腺特异性抗原(T-PSA)、游离前列腺特异性抗原(F-PSA)和 F-PSA 与 T-PSA 比值(F/T)对前列腺癌(PCa)和良性前列腺增生(BPH)的诊断和鉴别诊断的意义。**方法** 用美国雅培公司的 i2000 SR 全自动化学发光免疫分析仪和微粒子酶免疫分析法(MEAI)分别检测经临床确诊的 31 例 PCa、127 例 BPH 患者及 100 例健康体检者血浆 T-PSA、F-PSA,并计算 F/T。**结果** PCa 组和 BPH 组的 T-PSA、F-PSA 及 F/T 差异均有统计学意义,PCa 组和 BPH 组分别有 4 例和 32 例 T-PSA 测定值在 4.0~10.0 ng/mL 范围内,且 T-PSA、F-PSA 在两组之间无显著性差异,但 F/T 差异有统计学意义。**结论** T-PSA、F-PSA 及 F/T 等是诊断和鉴别诊断 PCa 和 BPH 的很好指标,但当 T-PSA 在 4.0~10.0 ng/mL 范围内时,T-PSA、F-PSA 不能作为 PCa 和 BPH 鉴别诊断的依据,必须结合 F/T 才能更好地鉴别诊断 PCa 和 BPH。

【关键词】 前列腺肿瘤; 前列腺增生; 前列腺特异性抗原; 诊断; 鉴别诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.09.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)09-1133-02

前列腺癌(PCa)在男性泌尿系统肿瘤中占重要地位,在美国国家患病率居男性肿瘤第 1 位,病死率仅次于肺癌,居第 2 位。随着前列腺特异性抗原(PSA)筛查手段的推广和暴露因素改变的影响,国内发达地区 PCa 患病率有明显上升趋势。前列腺增生(BPH)是中老年男性常见病,35 岁以上男性均有

不同程度增生,50 岁以后开始出现症状^[1]。总 PSA(T-PSA)和游离 PSA(F-PSA)用于 PCa 和 PBH 的诊断及鉴别诊断已有多年,近年来 F-PSA 与 T-PSA 的比值(F/T)的意义也越来越被重视。本组测定了 PCa 组、BPH 组和健康体检者 T-PSA、F-PSA,并计算 F/T,目的是进一步观察这些指标在 PCa