

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

和 PBH 的诊断及鉴别诊断中的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2009 年 6 月至 2010 年 11 月在本院门诊和住院诊疗中确诊的 PCa 患者(PCa 组)31 例,年龄 59~85 岁,平均 66.3 岁;BPH 患者 127 例(BPH 组),年龄 51~82 岁,平均 65.4 岁;同时收集健康体检者(对照组)100 例,年龄 41~79 岁,平均 63.1 岁。

1.2 标本采集 所有受检人员抽血前一天禁止做影响检测结果的检查,空腹抽取静脉血 3 mL,分离血浆待检。

1.3 仪器与试剂 仪器为美国雅培公司生产的 i2000SR 全自动化学发光免疫分析仪,试剂为配套的原装进口试剂,操作按说明书执行。

1.4 统计学方法 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 *t* 检验比较各组数据之间的显著性。

2 结果

2.1 3 组 T-PSA、PSA、F-PSA 和 F/T 检测结果 见表 1。100 例健康体检者中未发现 T-PSA 和 F-PSA 大于正常参考值范围,F/T 正常(本室参考范围 T-PSA:0~4.0 ng/mL、F-PSA:0~2.0 ng/mL、F/T>0.25)。

表 1 3 组 T-PSA、F-PSA 和 F/T 结果

组别	n	T-PSA(ng/mL)	F-PSA(ng/mL)	F/T
对照组	100	1.36±1.02	0.34±0.23	0.30±0.15
BPH 组	127	6.78±3.98*	1.09±0.89*	0.23±0.13*
PCa 组	31	107.80±90.1**	10.50±8.98**	0.12±0.09**

注:与对照组比较,**P*<0.01;***P*<0.01。

2.2 位于诊断在区的两组 T-PSA、PSA、F-PSA 和 F/T 检测结果 见表 2。在 PCa 组和 BPH 组中分别有 4 例和 32 例 T-PSA 位于 4.0~10.0 ng/mL 之间,即临床所称的“诊断灰区”中。

表 2 位于“诊断灰区”内的 PCa 组和 BPH 组的检测结果

组别	n	T-PSA(ng/mL)	F-PSA(ng/mL)	F/T
PCa 组	4	8.12±1.13	0.97±0.69	0.11±0.07
BPH 组	32	6.67±1.76	1.31±0.98	0.20±0.09*

注:与 PCa 组比较,**P*<0.01。

3 讨论

PSA 是由前列腺上皮细胞合成的一种丝氨酸蛋白酶。正常情况下,PSA 被分泌到前列腺导管系统内成为精浆的一部分,由于前列腺导管系统的屏障作用,血液循环中的 PSA 维持在较低水平。当肿瘤发生时,前列腺和淋巴系统间组织屏障破坏,前列腺内容物进入血液循环,血中 PSA 升高^[2]。但良性前列腺疾病如:BPH、慢性前列腺炎等也可引起血中 PSA 升高,这就大大降低了 PSA 作为诊断前列腺疾病特别是 PCa 的灵敏度和特异性。因此如何更好地利用 T-PSA 和 F-PSA 诊断和鉴别诊断前列腺疾病一直是医学研究的方向。近年对 F/T 的

引入及其作用越来越受到重视。本组实验统计结果显示,T-PSA、F-PSA 和 F/T 在 PCa、PBH 和健康对照组之间均有显著性差异,因此,当 T-PSA 异常升高时,T-PSA、F-PSA 和 F/T 对前列腺疾病有很好地诊断价值,其灵敏度和特异性均较好,也能很好地鉴别诊断 PCa 和 PBH。

在临床实际工作中,有部分 PCa 患者,其血浆 T-SPA 浓度处于 4.0~10.0 ng/mL 之间,与 BPH 之间有重叠,被称为“PCa 诊断的灰色区域”,此时二者很难区分。本组中有 4 例 PCa 和 32 例 BPH 患者的 T-PSA 落在“诊断灰区”,虽然 PCa 的 T-PSA 比 BPH 稍高,但二者差异无统计学意义,PCa 的 F-PSA 比 BPH 稍低,二者差异也无统计学意义,因此不能作为鉴别 PCa 和 BPH 的依据。近年来研究发现,T-PSA 中有 80% 的 PSA 以各种结合形式存在,称为复合 PSA(C-PSA);20% 的 PSA 以未结合的形式存在,即 F-PSA,PCa 患者血清中的 PSA 大部分以 C-PSA 形式存在,高达 90% 以上,显著高于 BHP,而 BHP 患者血清 F-PSA 所占比例则高于 PCa 组,为了提高 PSA 对 PCa 诊断的灵敏度和特异性,以 F/T 作为鉴别诊断指标较为合适^[3]。本组病例中,落在灰区内的 PCa 和 BPH 患者的 F/T 有显著性差异,PCa 患者的 F/T 比 BPH 患者低。由此可见,对 T-PSA 测定值在 4.0~10.0 ng/mL 范围内的前列腺疾病者,其 F/T 可有效地区分 PCa 和 PBH,提高诊断的准确性,对 PCa 的早期发现和早期治疗都有很好的指导意义。有文献报道,将 F/T<0.16 作为判断良、恶性前列腺疾病的界限,有较高的特异性,又不降低其敏感性,同时又有好的阳性预测值和阴性预测值^[4]。

总之,血浆 T-PSA、F-PSA 和 F/T 能很好地作为前列腺疾病和非前列腺疾病的诊断和鉴别诊断指标。在 T-PSA 异常升高的情况下,T-PSA、F-PSA 和 F/T 能很好地鉴别诊断 PCa 和 BPH,但对于 T-PSA 落在“诊断灰区”的 PCa 与 PBH 患者,T-PSA 和 F-PSA 均不能作为二者鉴别诊断的依据,而 F/T 能很好地鉴别二者,提高诊断的准确性,使患者免于不必要的前列腺活检,为 PCa 的早期诊断和早期治疗提供重要依据。

参考文献

[1] 吴在德.外科学[M].5 版.北京:人民卫生出版社,2000:891-892.
 [2] 袁红纲.前列腺特异性抗原与前列腺疾病的研究进展[J].陕西医学检验杂志,2008,37(1):109-110.
 [3] 王鸿利.实验诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2001:244.
 [4] 黄伟刚,赖建生,林津,等.F-PSA 和 F/T 比值在前列腺癌“诊断灰色区”的临床应用[J].现代检验医学杂志,2004,19(3):33-34.

(收稿日期:2010-12-07)