

研究中,ROC 曲线分析结果显示,CA199 单独检测诊断肺癌的 AUC 为 0.786,优于 CYFRA21-1、NSE 和 SCC 单独检测,与上述研究结果不一致,考虑可能与以下因素有关:肺癌细胞坏死或脱落时,大量的淀粉酶进入血液循环导致 CA199 水平升高;CYFRA21-1 对小细胞肺癌的诊断价值较高,而本研究纳入的小细胞肺癌患者较少,从而影响其诊断效能。此外,本研究 CYFRA21-1、CA199、NSE、SCC 4 项指标联合检测诊断肺癌的 AUC 为 0.870,高于 4 项指标单独检测,与部分研究结果一致^[7-9]。提示临床在诊断肺癌时可采用多项联合检测的方式来提高诊断的准确性,减少漏诊与误诊。

综上所述,肺癌患者 CYFRA21-1、CA199、NSE、SCC 水平显著升高,且不同病理类型肺癌的肿瘤标志物水平存在差异;联合检测血清 CYFRA21-1、CA199、NSE、SCC 可显著提高肺癌诊断的准确性。

参考文献

[1] CHEN F,WANG X Y,HAN X H,et al. Diagnostic value of Cyfra21-1, SCC and CEA for differentiation of early-stage NSCLC from benign lung disease[J]. Int J Clin Exp Med,2015,8(7):11295-11300.

[2] 高世乐,董六一,王崇,等. 全身 PET/CT 断层显像联合肿

瘤标志物检测在肺癌诊断及鉴别诊断中的临床意义[J]. 安徽医药,2015,19(4):702-705.

[3] JIANG R,DONG X,ZHU W,et al. Combining PET/CT with serum tumor markers to improve the evaluation of histological type of suspicious lung cancers[J]. PLoS One,2017,12(9):e0184338.

[4] 中华医学会,中华医学学会肿瘤学分会,中华医学杂志社. 中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018 版)[J]. 中华肿瘤杂志,2018,40(12):935-964.

[5] 董瑞兰. CYFRA21-1、NSE、CEA、SCCAg 肿瘤标志物检测在肺癌中的诊断价值[J]. 现代中西医结合杂志,2015,24(1):87-89.

[6] 欧阳玥,谢媛媛. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期肿瘤标志物与炎性标志物的变化[J]. 国际检验医学杂志,2017,38(17):2467-2469.

[7] 陈一超,鞏伟奇,冉静,等. 肿瘤标志物联合检测对肺癌诊断、病理分型和临床分期的临床价值[J]. 国际检验医学杂志,2018,39(1):32-37.

[8] 吴伟晴,廖淑萍,王明飞,等. TK1 与 CEA、CYFRA21-1、NSE、SCC 联合检测在肺癌诊断中的意义[J]. 实用预防医学,2016,23(6):752-754.

[9] 王秀梅. 联合检测肿瘤标志物在肺癌诊断中应用价值探讨[J]. 内蒙古医学杂志,2016,48(7):837-839.

(收稿日期:2019-05-05 修回日期:2019-09-20)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.05.035

48 例浆细胞性乳腺炎患者的诊断与治疗方法回顾

韦 猛

重庆市长寿区妇幼保健计划生育服务中心乳腺外科,重庆 401220

摘要:目的 回顾性分析浆细胞性乳腺炎(PCM)的诊断及治疗方法,为临床工作提供参考依据。**方法** 回顾性分析 2017 年 3 月至 2018 年 3 月该院乳腺外科收治的 48 例 PCM 患者的临床资料,分析其诊断及治疗方法。**结果** 48 例 PCM 患者经手术病理检查证实为隐匿型 8 例、肿块型 29 例、窦道型 6 例、脓肿型 5 例;48 例患者手术治疗后均达到临床治愈,手术方式包括:37 例患者从乳头根部切断病变导管及锥形切除病变周围部分乳腺组织;6 例患者切除窦道及病变周围部分组织;5 例患者切除乳房部分或全部。术后随访 6~9 个月,有 3 例患者复发,复发率为 6.25%,进行二次手术后均治愈。**结论** PCM 诊断困难,临床误诊率较高,但通过多种方式联合诊断可显著提高诊断的准确率。手术治疗 PCM 疗效佳,复发率低,临床应结合患者实际情况合理选择手术方式。

关键词:浆细胞性乳腺炎; 诊断; 治疗

中图法分类号:R655.8 **文献标志码:**A

文章编号:1672-9455(2020)05-0682-04

浆细胞性乳腺炎(PCM)是一种常见的乳腺非细菌性慢性炎症,多发于 40~60 岁中老年女性,具体病因尚不明确,有学者认为该病的发生可能与自身免疫相关^[1]。PCM 的临床类型及病理表现复杂多变,极易误诊为乳腺癌,目前临床上多根据病史、临床表现和辅助检查进行诊断^[2]。PCM 的治疗主要依据乳腺导管的扩张程度及炎症情况选择不同的治疗方案,但

处理不当可造成乳管萎缩,病情反复等^[3]。本研究回顾性分析了 48 例 PCM 患者的临床资料,探讨其诊断、治疗方法,以期为临床诊治 PCM 提供参考,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 3 月至 2018 年 3 月本院乳腺外科收治的 48 例 PCM 患者为研究对象。所

有患者均为女性;年龄 22~66 岁,平均(45.81±8.59)岁;未婚未育 8 例,未婚已育 2 例,已婚未育 7 例,已婚已育 31 例;病程 21 d 至 6 年,平均(13.24±4.47)个月;患病部位:左侧乳房 24 例,右侧乳房 21 例,双侧乳房 3 例。纳入标准:(1)符合中华预防医学会妇女保健分会颁布的《非哺乳期乳腺炎诊治专家共识》中 PCM 的诊断标准^[4];(2)年龄 18~70 岁者;(3)首次接受治疗者;(4)临床资料完整者。排除标准:(1)哺乳期及妊娠期或计划 6 个月内妊娠女性;(2)先天性心、肝、肾功能不全者;(3)合并关节炎、糖尿病等慢性疾病者;(4)合并血液系统疾病及其他器官恶性肿瘤者。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法 (1)临床表现判断依据^[5]:发病部位以单侧乳晕部周围为主,多伴有乳头内陷,凹陷部常分泌出恶臭味的渣样物质,少数患者会出现乳头溢液现象;乳晕周围有红色肿块,按压有疼痛感,肿块表皮破溃后分泌出恶臭味脓液且无法愈合,甚至形成乳痿;乳晕部肿块与皮肤粘连,病情反复发作。(2)乳腺超声检查判断依据:病灶位于乳晕周围或乳晕后,肿块内部呈不规则低回声,有包膜,导管呈囊状或串珠样扩张,扩张范围为全程或阶段性^[6]。(3)乳腺钼靶 X 线片检查判断依据:病变部位集中于乳晕周围,囊状、透亮,边缘光滑,呈致密均匀影,可与乳腺实质融合,导管迂曲或不规则。

1.2.2 治疗方案 合并细菌感染的患者先给予注射用头孢美唑钠(哈药集团制药总厂,规格:0.5 g,国药准字:H20070240),0.15 mg/kg,1 天 2 次,静脉滴注,

连续抗感染治疗 3 d,待皮肤肿胀消失或肿块缩小后再进行手术治疗。手术治疗方式选择:(1)乳腺内尚未形成肿块,仅乳晕下管壁增厚、乳头可触及乳管的患者,采用经乳头根部切断病变导管及锥形切除病变周围部分乳腺组织的手术方式进行治疗;(2)乳腺内已经形成肿块的患者,采用切除整个肿块及肿块周围部分乳腺组织的手术方式,若肿块已经破裂并形成窦道或瘘管,则应将窦道以及病变组织全部切除;(3)乳腺内出现较大体积的肿块且形成多处窦道或已与皮肤粘连的患者,应选择全乳房切除术治疗。所有患者术后均给予枸橼酸他莫昔芬片(山东健康药业有限公司,规格:10 mg,国药准字:H37022925),10 mg,1 天 2 次,口服,连续服药 6 个月。

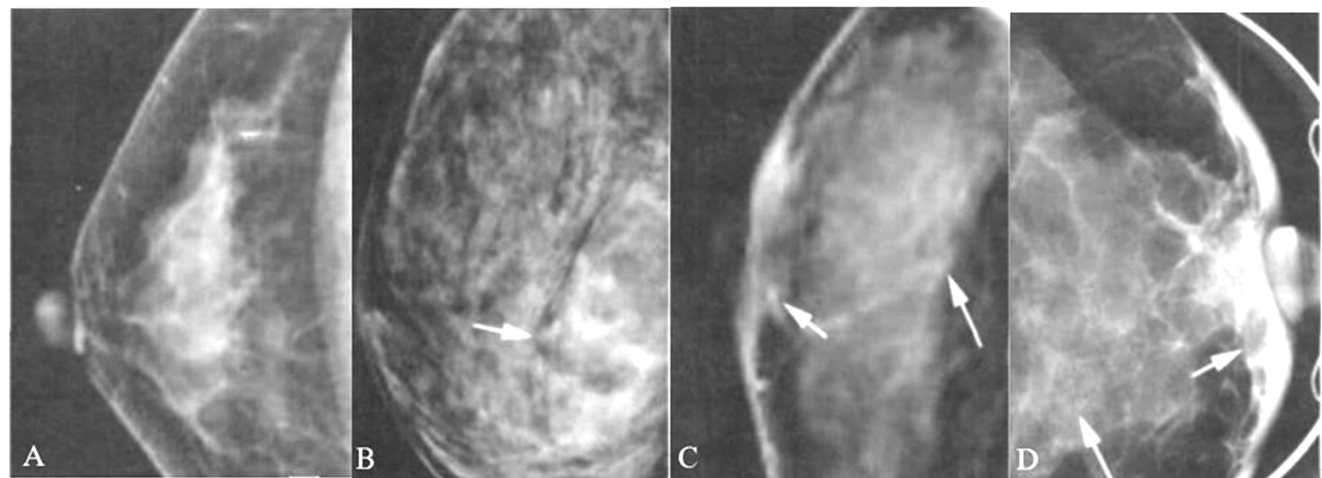
1.3 统计学处理 采用 Microsoft Excel 2010 对数据进行处理。

2 结果

2.1 诊断结果

2.1.1 临床表现诊断结果 入院时根据临床表现对 48 例患者进行临床诊断,其中 5 例(10.42%)出现乳头异常分泌物,诊断为隐匿型;25 例(52.08%)出现明显肿块,诊断为肿块型;6 例(12.50%)出现瘘管,诊断为窦道型;5 例(10.42%)出现脓肿,诊断为脓肿型;7 例(14.58%)误诊为乳腺癌,误诊率为 14.58%。

2.1.2 乳腺钼靶 X 线片检查结果 42 例患者接受了乳腺钼靶 X 线片检查,41 例(97.62%)显示乳晕下呈现致密均匀影;36 例(85.71%)与乳腺实质融合;14 例(33.33%)导管出现迂曲或不规则;8 例(19.05%)导管出现钙化点。见图 1。



注:A 为右乳轴面正常对照片;B 为右乳斜位片,显示右乳后方一大小约 75 mm×51 mm 肿块影,密度欠均匀且稍高于腺体,边界清,可见透亮晕,周围腺体结构较乱,部分腺体被推移;C 为右乳乳晕区局部加压片,显示右乳乳晕后方一大小约 44 mm×22 mm 腺体样密度肿块影(长箭头),边界不清,导管扩张,乳晕区皮肤增厚(短箭头);D 为左乳局部加压片,显示左乳乳晕后方一大小约 14 mm×13 mm 腺体样密度肿块影(长箭头),乳晕区皮肤明显增厚(短箭头),皮下脂肪层增厚。

图 1 PCM 的乳腺钼靶 X 线片典型表现

2.1.3 乳腺超声检查结果 36 例患者接受了乳腺超声检查,33 例(91.67%)出现乳腺导管扩张现象;17

例(47.22%)乳头及乳晕处有明显管状液性暗区且伴有点状低回声;8例(22.22%)出现导管全程扩张且呈长管状;9例(25.00%)出现导管阶段型扩张。

2.1.4 术后病理诊断结果 根据 PCM 的临床分型标准^[6],结合术后病理结果,48例患者中,术后证实为隐匿型的有8例(16.67%),表现为乳头有透明或淡黄色溢液,呈间歇性;肿块型有29例(60.42%),表现为乳晕部或其周围出现质地较硬的肿块,部分患者乳头凹陷;窦道型6例(12.50%),表现为乳晕旁形成瘘管;脓肿型5例(10.42%),表现为乳腺出现脓肿。

2.2 治疗效果 48例患者均采用手术治疗获得临床治愈。11例患者因合并细菌感染形成不同程度的脓肿,在予以引流术切开脓肿后,生成瘘管6例,后经手术切除窦道及病变周围部分组织;生成多处窦道或与皮肤粘连5例,经患者本人同意手术切除乳房部分或全部。其余37例患者均仅从乳头根部切断病变导管及锥形切除病变周围部分乳腺组织。

2.3 预后 术后随访6~9个月,3例患者术后复发,复发率为6.25%,其中2例分别为窦道型和肿块型,进行二次手术后达到临床治愈;1例为右侧乳房反复脓肿,出现多处瘘管,行乳房切除术后痊愈。

3 讨论

PCM 是一种多发于非哺乳期,以浆细胞浸润或导管扩张为主要病理表现的非细菌性慢性乳腺炎,临床表现复杂多变,常被误诊为乳腺癌,误诊率可达50%^[7]。相关研究认为,PCM 是由于患者乳头发育不良或炎性损伤造成乳腺导管阻塞,乳管上皮退化,丧失分泌功能,导致脂性分泌物和上皮细胞碎屑聚集于导管之中,引起导管扩张;同时,乳管上皮发生破裂可引起慢性炎症,造成周围纤维组织增生,最终引发 PCM^[8]。

PCM 病情发展可分为3个阶段,(1)急性期:乳房红肿,伴有灼热感和疼痛,乳腺内可用手触及硬结且边界不清,无发热或畏寒现象,易与急性化脓性乳腺炎混淆;(2)亚急性期:临床症状较急性期减轻,硬结区域缩小;(3)慢性期:急性期的临床症状消失,形成界限不清、质地较硬的肿块或在乳晕周围形成乳瘘^[9]。

PCM 诊断困难,本研究根据临床诊断及辅助检查(乳腺超声检查和乳腺钼靶 X 线片检查)结果,41例患者在术前已确诊为 PCM,其中隐匿型5例,肿块型25例,窦道型6例,脓肿型5例,确诊率为85.42%。李超等^[10]研究发现,肿块型 PCM 常位于乳晕附近,触碰有疼痛感,乳腺钼靶 X 线片检查表现为导管扩张伴钙化,与本研究观察到的结果一致。本研究中,有7例患者术前误诊为乳腺癌,误诊率为14.58%。临床上可通过如下特点进行鉴别诊断:(1)

PCM 的病灶位置一般较浅,可突破乳房的皮下脂肪层接近皮肤真皮层,且皮肤表层无浸润表现,而乳腺癌病灶若位置较浅时,常与皮肤发生粘连而导致皮肤发生凹陷或产生“桔皮样”变;(2)PCM 患者在急性期或亚急性期触碰结节或肿块时有疼痛感,伴有红肿症状及导管扩张表现,经抗菌药物治疗后无明显好转,而乳腺癌患者无上述临床症状,在早期仅可触及肿块^[11]。本研究7例患者出现术前误诊,可能是由于患者的肿块已与皮肤发生粘连,位于乳腺的外周,表现与乳腺癌类似。

本研究48例患者均进行了手术治疗,术后随访6~9个月,有3例患者复发,复发率为6.25%,在进行了二次手术后均治愈,疗效显著,与卢文亮等^[12]研究结果类似。通过手术切除病灶是治疗 PCM 最为有效的方法,手术术式和时机应根据患者的具体情况进行选择,结合相关研究关于 PCM 再次手术原因分析的结果^[13],本研究认为,PCM 治疗术式选择应该根据患者实际情况而定,一般只进行局部病灶切除,包括部分正常组织,如已形成多处窦道或与皮肤发生粘连,同时伴有乳房严重变形,在征得患者同意后予以单纯乳房切除术;针对临床症状明显的急性或亚急性期患者先予以抗感染(以头孢美唑钠为主的抗厌氧菌药物)治疗;对于形成脓肿的患者予以切开引流,待炎症得到控制后再进行病灶切除手术,防止术后切口感染而引发乳管瘘;已经形成瘘管的患者选择在瘘口无明显溃破或分泌物较少的静止期予以病灶切除手术,手术时应完全切除病灶及受累导管,防止复发。

综上所述,PCM 诊断困难,误诊率较高,但通过多种方式联合诊断可显著提高诊断的准确率。手术治疗 PCM 疗效佳,复发率低,但临床应结合患者实际情况合理选择手术方式。

参考文献

- [1] 吴越,吴永强,洪日,等.西黄丸联合抗生素治疗急性肿块期浆细胞性乳腺炎疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2016,36(6):760-762.
- [2] 贾巍,张红真,王文娟,等.早期浆细胞性乳腺炎超声引导穿刺抽液与区段切除的效果对比[J].实用医学杂志,2017,33(22):3749-3751.
- [3] 张坤,周兴伟,余洁,等.浆细胞性乳腺炎超声误诊分析[J].临床误诊误治,2017,30(9):73-75.
- [4] 周飞,刘璐,余之刚.非哺乳期乳腺炎诊治专家共识[J].中国实用外科杂志,2016,36(7):755-758.
- [5] 王华,倪青.浆细胞性乳腺炎临床研究进展[J].分子影像学杂志,2016,39(1):51-53.
- [6] 张爱华.浆细胞性乳腺炎的超声诊断及分期分型[J].实用临床医药杂志,2017,21(5):207-208.
- [7] 张慧,王砺聪,周凤英.超声弹性应变率对浆细胞性乳腺

炎与乳腺癌鉴别诊断价值[J]. 中国超声医学杂志, 2016, 32(10):874-876.

[8] 杨朋来, 孙国栋. 浆细胞性乳腺炎的发病机制及中西医治疗进展[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(4):186-188.

[9] 陆清, 夏亚琳, 李琼, 等. 不同时期浆细胞性乳腺炎患者的免疫功能[J]. 广西医学, 2017, 39(12):1788-1790.

[10] 李超, 骈林萍. 86 例浆细胞性乳腺炎超声表现与病理结果对照分析[J]. 医药论坛杂志, 2017, 38(7):125-126.

[11] 廖春雁, 陈圆圆, 曾健, 等. 常规超声结合弹性成像对非哺乳乳腺炎与乳腺癌的鉴别诊断价值[J]. 中国超声医学杂志, 2016, 32(1):16-18.

[12] 卢文亮, 郑媛, 魏刚, 等. 224 例浆细胞性乳腺炎的手术治疗[J]. 中华普通外科杂志, 2016, 31(4):342-343.

[13] 杨浩鑫. 浆细胞性乳腺炎再次手术原因分析及治疗研究[J]. 医学综述, 2016, 22(3):589-591.

(收稿日期:2019-07-08 修回日期:2019-11-23)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.05.036

醒脑开窍针治疗脑梗死的疗效及对炎症因子、神经功能缺损程度的影响

李发志¹, 秦 峰^{2△}

陕西省商洛市中医医院:1、内四科;2 急诊科, 陕西商洛 726000

摘 要:目的 研究醒脑开窍针联合常规方法治疗脑梗死的疗效及对脑梗死患者炎症因子、神经功能缺损程度的影响。方法 选取 2017 年 4 月至 2019 年 4 月该院收治的 124 例脑梗死患者为研究对象, 采用随机数字表法将其分为对照组(常规药物治疗)和观察组(在对照组的基础上联合醒脑开窍针治疗), 每组各 62 例。比较两组治疗有效率;比较两组治疗前后卒中量表(NIHSS)评分和改良 Rankin 量表(mRS)评分;比较两组治疗前后血流介导的血管扩张功能(FDM)、同型半胱氨酸(Hcy)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素(IL)-6 及肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 水平。结果 观察组患者治疗有效率为 90.32%, 高于对照组的 72.58% ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后 NIHSS 和 mRS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$), FDM 水平高于对照组 ($P < 0.05$), Hcy、hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 醒脑开窍针联合常规方法治疗脑梗死疗效确切, 可减轻患者的神经功能缺损程度, 降低患者体内的炎症反应水平, 改善血管内皮功能及预后, 值得在临床推广使用。

关键词:脑梗死; 醒脑开窍针; 炎症因子; 神经功能缺损

中图法分类号:R743.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)05-0685-04

脑梗死又称为缺血性脑卒中, 为多种原因导致的局部脑组织血液供应障碍所引起的脑组织缺血缺氧坏死, 其主要表现为神经功能缺失症状。脑梗死包括脑血栓、脑栓塞、腔隙性脑梗死等多种类型^[1]。目前临床上主要以营养神经及活化脑细胞为主要治疗方式, 但效果并不理想。针灸是我国传统医学的重要治疗方法, 其中醒脑开窍针可通过刺激神经末梢穴位, 促进神经元再生、重建。本研究通过探讨醒脑开窍针联合常规方法治疗脑梗死的疗效及其对炎症因子水平、神经功能缺损程度的影响, 旨在为临床治疗提供参考, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 4 月至 2019 年 4 月于本院就诊的 124 例脑梗死患者为研究对象。纳入标准: (1) 经头部 CT 或 MRI 检查, 确诊为脑梗死患者^[2]; (2) 年龄 ≥ 50 岁; (3) 有吞咽、语言或运动功能障碍的患者; (4) 患者或家属同意参与本研究, 并签署知情同意书。排除标准: (1) 合并严重心、肺、肝、肾等脏

器疾病的患者; (2) 哺乳期或妊娠期女性; (3) 入院前已经过抗凝、溶栓、降纤及抗血小板治疗; (4) 合并精神障碍患者; (5) 合并恶性肿瘤患者; (6) 依从性差, 不能按医嘱规律服药者。采用随机数字表法将研究对象分为对照组(使用常规药物治疗)和观察组(在对照组的基础上联合醒脑开窍针治疗), 每组各 62 例。对照组中男 39 例, 女 23 例; 年龄 54 ~ 74 岁, 平均 (64.48 ± 5.62) 岁; 病程 5 ~ 9 d, 平均 (7.31 ± 0.58) d; 其中合并高血压 32 例, 动脉粥样硬化 10 例, 高脂血症 8 例, 糖尿病 5 例, 冠心病 7 例。观察组中男 40 例, 女 22 例; 年龄 55 ~ 75 岁, 平均 (65.17 ± 5.76) 岁; 病程 5 ~ 9 d, 平均 (7.28 ± 0.64) d; 合并高血压 34 例, 动脉粥样硬化 12 例, 高脂血症 7 例, 糖尿病 6 例, 冠心病 3 例。两组患者性别、年龄等基本资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经本院伦理委员批准。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规药物治疗, 阿司匹林(江西

[△] 通信作者, E-mail: qinfeng197406@163.com.