

率更为明显。

参 考 文 献

- [1] 姚宏伟,张忠涛. 精准医学在结直肠癌诊治中的共识与争议[J]. 中国实用外科杂志, 2018, (1): 68-71.
- [2] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.
- [3] 于长涛. 直肠癌肠系膜下动脉根部区域淋巴结转移的相关临床因素分析[D]. 蚌埠医学院, 2017.
- [4] 顾晋,杜长征. 从解剖学角度谈中低位直肠癌术式选择[J]. 中国实用外科杂志, 2009, (4): 300-302.
- [5] 张峪东,渠浩,杜燕夫,等. 肠系膜下动脉低位结扎及根部淋巴结廓清在腹腔镜低位前切除术中的临床意义[J]. 腹腔镜外科杂志, 2014, 19(11): 847-850.
- [6] 韩玉栋. 直肠癌手术肠系膜下动脉低位与高位结扎的临床研究[D]. 福建医科大学, 2014.
- [7] 仇爱峰,施育华,王学斌,等. 保留左结肠动脉低位结扎肠系膜下动脉技术在腹腔镜直肠癌前切除术中的应用及疗效分析[J]. 中华医学, 2017, 36(25): 27-29.
- [8] Matsuda K, Hotta T, Takifuji K, et al. Randomized clinical trial of defecatory function after anterior resection for rectal cancer with high versus low ligation of the inferior mesenteric artery [J]. Br J Surg, 2015, 102(5): 501-508.
- [9] 黄进林,严伟华,伍志辉. 低位结扎 IMA 与高位结扎 IMA 治疗直肠癌的手术疗效及术后生命质量比较[J]. 广州医学院学报, 2017, 45(3): 69-72.
- [10] 徐景志,吴家辅,赵跃鹏,等. 低位结扎 IMA 与高位结扎 IMA 治疗直肠癌的手术疗效及术后生命质量比较[J]. 湖南师范大学

- 学报(医学版), 2018, (4): 174-177.
- [11] 兰海生,黄海舫,黄许森,等. 直肠癌根治术中肠系膜下动脉结扎部位的临床研究进展[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 26: 194-196.
- [12] 李敏,吴兴桂. 肠系膜下动脉高、低位结扎治疗直肠癌手术的效果研究[J]. 中外医学研究, 2019, 17(6): 163-165.
- [13] 臧璐,马君俊,郑民华. 直肠癌根治术中保留左结肠动脉对吻合口瘘及手术时间的影响[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(4): 386-387.
- [14] 宗亚光,王夫景,徐训政. 全直肠系膜切除根治术中保留左结肠动脉的临床疗效观察[J]. 结直肠肛门外科, 2017, 23(2): 154-157.
- [15] Guo Y, Wang D, He L, et al. Marginal artery stump pressure in left colic artery-preserving rectal cancer surgery: a clinical trial [J]. Anz J Surg, 2015, 87(7-8): 576-581.
- [16] 王庆广,张彩坤,张豪英,等. 肠系膜下动脉结扎水平对直肠癌术后排便功能的影响[J]. 中华胃肠外科杂志, 2015, 18(11): 1132-1135.
- [17] 尤小兰,王元杰,程之逸,等. 腹腔镜直肠癌全直肠系膜切除术中保留左结肠动脉的临床研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(10): 1162-1167.
- [18] 杨晓晔,李恒,吴伟. 保留与不保留左结肠动脉第三站淋巴结清扫术在直肠癌腹腔镜 D3 根治术中的应用对照[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(6): 1326-1330.

(收稿日期:2019-04-19)

(本文编辑:隋会敏)

术前留置尿管对超声定位下经直肠前列腺 12 针穿刺术结果及尿道损伤发生的影响

邓利民 张河元 余自强 黄敏志 黄裕清

【摘要】 目的 探讨术前留置尿管对超声引导下经直肠超声定位实施前列腺 12 针穿刺的阳性率及对受检者尿道的影响。**方法** 选择 2016 年 12 月—2019 年 2 月本院收治的 70 例行超声定位下前列腺穿刺活检的受检者作为研究对象,按随机数表法将受检者分为观察组与对照组两组,每组各 35 例。所有患者均采用经直肠超声定位下前列腺 12 针穿刺术,其中观察组在穿刺术前给予受检者留置 F18 号尿管,对照组在穿刺术前不置留尿管,观察两组穿刺阳性率及穿刺后血尿的发生情况。**结果** 观察组穿刺阳性率为 25.71% (18/70),同对照组 24.29% (17/35) 的阳性率无显著差异 ($P>0.05$),两组在不同 PSA 水平受检者穿刺阳性率上也无显著差异 ($P>0.05$);观察组穿刺后血尿发生率为 5.71%,显著低于对照组的 25.71% ($P<0.05$)。**结论** 在行经直肠超声定位下前列腺 12 针穿刺术前,给予受检者留置尿管,可以降低穿刺对受检者尿道的损伤,值得推广。

【关键词】 经直肠超声定位; 前列腺 12 针穿刺术; 尿管; 血尿

[中图分类号] R697.3 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.18.028

前列腺癌是前列腺疾病中一种较为常见的疾病,其发生率一直居高不下,且每年都呈增长趋势。对前列腺癌的早期诊断,可以让受检者及时接受有效的治疗,从而降低患者的死亡率^[1]。前列腺恶性肿瘤早期诊断的方法中,经直肠超声检查是常用的诊断方式。在行穿刺检查时,经常发现受检者会

出现血尿、血便、血精等情况,引起尿道损伤,分析原因可能是因为在前列腺穿刺的时候,没能避开尿道,如此就会引起尿道损伤等情况的发生^[2]。为了尽可能的提高检测阳性率及降低受检者尿道损伤的发生率,近年来本院在使用经直肠超声定位检测的时候,采用前列腺 12 针穿刺术的活检方案,取得了满意的效果,现报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:选取 2016 年 12 月—2019 年 2 月本院收治

作者单位:514310 梅州市人民医院泌尿外二科

通信作者:黄裕清,Email:271638949@qq.com

的行前列腺穿刺活检的 70 例受检者作为研究对象。纳入标准:(1)所有的受检者均有前列腺穿刺活检指征,具体如下:①受检者血清前列腺特异性抗原(PSA) $>4.0 \mu\text{g/L}$;②tPSA/PSA <0.16 ;③PSA 上升速率 $>0.75 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1} \cdot \text{年}^{-1}$;④直肠指检可触及前列腺硬结样结节^[3]。(2)受检者的临床资料均完整,本研究经医学伦理会批准,受检者均签署知情同意书。排除标准:(1)合并患有严重心、肝、肾等器官功能障碍的受检者。(2)临床资料不完整或患精神类疾病受检者。(3)凝血功能障碍及泌尿系统感染的受检者。按照随机数表法将受检者分成观察组和对照组两组。观察组 35 例,年龄 53~91 岁,平均(78.6 \pm 2.6)岁;前列腺体积 40~72 ml,平均(56.6 \pm 14.5)ml;PSA 平均值为(23.6 \pm 2.6) $\mu\text{g/L}$ 。对照组 35 例,年龄 53~89 岁,平均(77.9 \pm 2.8)岁;前列腺体积 42~73 ml,平均(55.9 \pm 14.7)ml。PSA 均值(22.9 \pm 2.7) $\mu\text{g/L}$ 。对比两组受检者在一般资料上无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

2.方法:两组均行经直肠超声定位下穿刺活检,在术前均清洁受检者的肠道,在穿刺前 2 天开始为受检者口服抗生素行肠道准备,穿刺后继续使用抗生素防治感染。经直肠下超

声定位穿刺方法:辅助受检者为左侧卧位,无需麻醉,在 B 超的引导下,应用美国福尔康盛公司生产的 18G 全自动型穿刺活检枪进行穿刺,选取前列腺底、中、尖外周外侧内侧各 1 针,连续进针 12 次为基本方案。在穿刺前予观察组受检者留置双腔 F18 号导尿管,对照组无导尿处理。

3.观察指标:(1)穿刺阳性率:参照 PSA 水平的差异对穿刺阳性率进行记录,具体包括 PSA $\leq 4.0 \mu\text{g/L}$ 、 $4.0\mu\text{g/L}<\text{PSA} \leq 10.0 \mu\text{g/L}$ 、 $10.0 \mu\text{g/L}<\text{PSA} \leq 20.0 \mu\text{g/L}$ 及 $>20.0 \mu\text{g/L}$ 四种层次;(2)记录两组受检者穿刺后血尿发生率。

4.统计学处理:使用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析,计数资料用[$n(\%)$]表示,进行 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

1.穿刺阳性率比较:经直肠穿刺 70 例受检者阳性 35 例,阳性率为 50.00%。依据 PSA 水平进行分层评价两组穿刺阳性率情况,显示观察组 35 例中检出 18 例阳性,阳性率为 25.71%,对照组检出 17 例阳性,阳性率为 24.29%。同时在不同 PSA 分层上两组阳性率对比差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组受检者穿刺 PSA 不同水平受检者的阳性率比较[$n(\%)$]

组别	PSA $\leq 4.0 \mu\text{g/L}$	$4.0\mu\text{g/L}<\text{PSA} \leq 10.0 \mu\text{g/L}$	$10.0 \mu\text{g/L}<\text{PSA} \leq 20.0 \mu\text{g/L}$	PSA $>20.0\mu\text{g/L}$
观察组($n=35$)	5(14.29)	2(5.71)	4(11.43)	7(20.00)
对照组($n=35$)	5(14.29)	2(5.71)	3(8.57)	7(20.00)
χ^2 值	0.000	0.000	0.159	0.000
P 值	1.000	1.000	0.690	1.000

2.两组穿刺后血尿发生情况:观察组穿刺后血尿的发生率明显要高于对照组($P<0.05$),见表 2。

表 2 血尿发生率对比

组别	血尿(n)	无血尿(n)	血尿发生率($\%$)
观察组($n=35$)	2	33	5.71
对照组($n=35$)	9	26	25.71
χ^2 值			5.285
P 值			0.022

讨论 随着生活水平的不断提升,人们对自身身体健康的关注度不断提升,临床体检的次数也在不断增加,这为疾病的早期诊断及治疗提供重要帮助^[4]。临床体检时,很多的男性会行前列腺检查,以排查前列腺癌。在前列腺癌确诊方法中,穿刺活检是最常用的检查方式。

前列腺的穿刺活检常常借助超声的引导,其中经直肠超声引导因具有良好的效果,所以受到临床中的广泛重视及使用^[5]。在经直肠超声引导下前列腺穿刺时,最初开展 6 点穿刺活检术,然而这种方法经临床证实活检阳性率较低,受临床体检的需求,之后逐渐发展为 8 针法、10 针法、12 针法、13 针法、24 针法等,其中 10 针以上的穿刺方案诊断阳性率显著高于 10 针以下,12 针则为最稳妥的方案,超过 12 针不但活检操作难度增加,而且对活检阳性率的提升也不大。

在行前列腺 12 针穿刺术的时候,术前是否留置尿管一直都是人们关注的重点^[6]。有研究表明,在术前留置尿管的受检者发生尿道损伤的概率比未留置者低 20%~50%,但是有些研究则显示有无尿管对尿道损伤的影响不大,这一争议持

续了较长时间,一直以来无定论,为此在实际进行穿刺活检的时候,常常是根据受检者耐受情况选择是否在术前为受检者留置尿管^[7]。本研究对比了在行前列腺 12 针穿刺术前是否留置尿管对检测阳性率及尿道损伤的影响,结果显示在活检阳性率上,有尿管的观察组与无尿管的对照组在总阳性率上无显著差异,且对不同水平的 PSA 研究对象,活检阳性率上也无显著差异,提示前列腺穿刺术前有无尿管并不影响活检的阳性率。而在穿刺后血尿的发生率上,观察组明显低于对照组,该结果表明前列腺穿刺术前给予受检者留置尿管可降低穿刺术对受检者尿道的损伤。分析留置尿管保护尿道的机制,本研究认为:在实施前列腺穿刺术之前,若留置了导尿管,在实际操作的过程中,借助 B 超引导导尿管可以清楚的显示受检者的尿道走形状况,这样在穿刺中线的时候就可以很好的避开尿道,降低穿刺后血尿的发生率。然而如果穿刺前没有给患者留置尿管,尿道就会处于闭合的状态,同时若患者存在前列腺增生情况,还会引起尿道走形的变化,这使得尿道在 B 超下难以显示内部状况,引起穿刺失误^[8]。且因多数受检者前列腺增生时,左右叶常常不对称,这常常导致患者的尿道偏向于一侧,如此就会导致穿刺部位不准确情况,从而引起血尿。

综上所述,针对临床中行经直肠超声引导下前列腺 12 针穿刺术的患者,在穿刺前根据受检者耐受情况可给予患者留置导尿管,在确保阳性率的同时降低尿道损伤的发生率,提高检测效果,值得临床推广使用。

参 考 文 献

[1] 周立,张凯忠,叶光孟.超声引导下经直肠 10~12 针前列腺穿刺

- 活检术诊断前列腺癌的临床分析[J].中国当代医药,2018,4(36):88-90.
- [2] 薄祥树,孙肖宁,谈健.超声引导下经会阴与经直肠 12+X 针前列腺穿刺活检的对比分析[J].中国综合临床,2016,32(9):162.
- [3] 王辉,邵胜,周骏,等.经直肠超声引导下 12+X 前列腺穿刺法诊断前列腺癌的优势性分析[J].中华泌尿外科杂志,2016,37(8):611.
- [4] Jo JK, Hong SK, Byun SS, et al. Urinary Continence after Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: The Impact of Intravesical Prostatic Protrusion [J]. Yonsei Med, 2016, 57(5): 1145-1151.
- [5] 郭永华,肖保军.经直肠超声引导两种 13 针方案在前列腺穿刺活检中的对比研究[J].临床超声医学杂志,2016,3(12):47-50.

- [6] 曾俊怡,马洪.超声引导下经直肠前列腺穿刺活检术 10 点法与 6 点法在前列腺癌诊断中的临床价值比较[J].数理医药学杂志,2017,30(12):1765-1767.
- [7] 陈楚义,李冠奕,黄星华,等.超声引导下经不同针数直肠前列腺穿刺活检对前列腺癌的早期诊断效果对比[J].国际泌尿系统杂志,2018,38(1):28.
- [8] Student V, Vidlar A, Grepl M, et al. Advanced Reconstruction of Vesicourethral Support (ARVUS) during Robot-assisted Radical Prostatectomy: One-year Functional Outcomes in a Two-group Randomised Controlled Trial [J]. Eur Urol, 2016, 71(5): 822.

(收稿日期:2019-04-15)

(本文编辑:郭俊杰)

胃溃疡伴霉菌感染误诊胃癌 1 例

邢玉龙 吴泽辉 余炳锋 刘刚 史良会

[中图分类号]R573.4 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2019.18.029

胃溃疡并霉菌感染临床上极为少见,无特征性表现,此病临床表现及相关辅助检查诊断酷似胃癌,极易误诊,2019年3月15日本院收治1例贲门下巨大溃疡伴霉菌感染患者误诊贲门癌,行腹腔镜胃癌根治切除术,现分析如下。

临床病例资料:男,43岁,因进食哽咽感8月入院,偶解黑便,未予以重视,近期感症状加重,胃镜提示贲门下Ca,近一月体重下降1kg,查体:体质稍瘦,皮肤无黄染,浅表淋巴结无肿大,腹软,未触及包块,全腹部无压痛,无反跳痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常,本院胃镜示贲门下Ca(图1),活检病理粘膜急性慢性炎症,伴大量炎性渗出,术前多考虑为胃镜下活检取材表浅,取材部位不当,取材较少,血清学可见Ca199及Ca724偏高,血色素正常,全腹部增强CT:胃小弯侧-贲门初占位,考虑癌可能大,伴周围及腹膜后多发淋巴结肿大,(图2)初步诊断为贲门Ca,2型糖尿病,术中可见肝胆胰脾质地正常,无腹水,胃小弯侧可及肿块伴周围多发淋巴结肿大,疑似恶变,行腹腔镜全胃根治性切除术,病理诊断为贲门下小弯侧慢性溃疡伴霉菌感染,(图3),术后各项恢复良好,治愈出院。

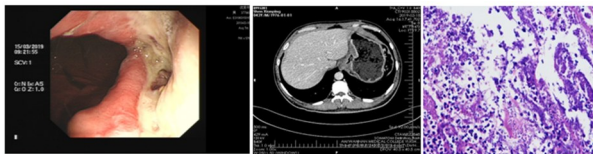


图1

图2

图3

讨论 霉菌广泛存在于自然界中,可随食物进入人类胃肠道系统,但属于条件致病菌,当人体抵抗力下降,胃肠道粘膜受损,胃功能障碍时形成慢性溃疡灶成为霉菌感染的重要

条件,霉菌感染溃疡灶时,可在溃疡坏死病灶表面形成白色脓苔,糜烂物质及破坏胃内pH升高提供霉菌生长需要的营养物质和生存环境,进一步有利于霉菌的繁殖,且使溃疡顽固,制酸剂效果不明显。分析其误诊原因可能为:(1)此类疾病少见,该患者进食哽咽病程较长,病情反复,且临床表现及辅助检查无特异性指示,缺乏对此疾病的考虑;(2)当霉菌感染后可反复侵犯胃粘膜,胃镜下可见贲门巨大溃疡灶,质硬,表面出血坏死,与胃癌无明显区分,术前病理提示急慢性炎症改变,术前讨论认为胃镜下取材不当,取材过浅;(3)血清学检测可伴有多种肿瘤相关标志物升高,倾向于恶性病变;(4)手术探查可见病变部位可触及肿块,质硬,易出血,伴周围及腹膜后多发淋巴结肿大,术中探查认定为癌性改变,行胃癌根治术。

综上所述,对难以明确诊断的胃巨大溃疡合并有手术指征者,应及时行手术治疗,术中应送快速病理明确诊断,可指导手术术式,防止创伤范围过大或手术不彻底。术前诊断必须胃镜下多点取材,大块取材,深度取材,病理检查寻找霉菌而不见癌细胞者,可予以清创联合药物治疗,术后不必要抗菌药物治疗,需密切跟踪随访。对于此类少见病,临床医师应提高认识,综合分析,降低误诊,使患者避免不必要创伤。

参 考 文 献

- [1] 李娜,黄莉,焦捷英,等.清创联合药物治疗霉菌性胃溃疡的疗效[J].吉林医学,2010,31(35):6441-6442.
- [2] 林才照,于吉人,郑树森.霉菌性胃溃疡的诊断与治疗[J].中华胃肠外科杂志,2004,7(3):191.
- [3] 李绍员,漆慧敏,谌建建.胃溃疡并发霉菌感染误诊为胃癌9例临床分析[J].中国基层医药,2006,13(11):1926-1927.
- [4] 张炼,毛建生,何晓燕.霉菌性胃溃疡的临床资料及内镜特征分析[J].浙江临床医学,2015,17(10):1762-1763.

(收稿日期:2019-04-26)

(本文编辑:郭俊杰)

作者单位:241000 安徽芜湖,皖南医学院第一附属医院弋矶山医院胃肠三科

通信作者:史良会,Email:slh1020@163.com