

表 1 两组手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量(ml)	切口长度(cm)	手术用时(h)	住院时间(d)
研究组	34	44.81±7.62	4.12±1.08	0.76±0.25	4.28±0.82
对照组	34	55.18±9.76	6.76±1.16	1.26±0.42	5.89±0.95
t		4.883	9.713	5.965	7.481
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组生活质量评分比较 对患者出院后进行为期 3 个月的随访,结果显示,研究组生活质量明显优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组生活质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	躯体功能	社会功能	心理功能	情绪生活
研究组	34	89.31±3.45	87.22±4.32	87.68±3.42	89.10±4.14
对照组	34	72.12±3.52	74.58±4.11	75.16±3.51	76.78±4.03
t		20.336	12.361	14.897	12.434
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 不良反应比较 研究组共出现切口感染 3 例,发生率 8.82%; 对照组共出现切口感染、甲状腺功能损伤等 10 例,发生率 29.41%,研究组不良反应发生率显著低于对照组 ($\chi^2 = 4.660, P = 0.031$)。

3 讨论

甲状腺腺瘤是普外科临床常见疾病之一,患者可表现为腺瘤附近组织受压迫症状,治疗不及时则有继发甲亢或病变恶化的可能。因此,该疾病一经确诊后即应及时治疗。目前对于甲状腺腺瘤尚无有效的药物治疗方案,大部分患者需通过手术方案治疗^[4]。传统的手术方式为常规甲状腺切除术,该术式存在切口长、创伤大、愈合久、预后差、不美观以及易造成喉返神经损伤等多种弊端,应用频率已大大减少。随着医疗技术的发展,超声刀在甲状腺手术中的应用逐渐普及起来。强生公司生产的 FOCUS 超声刀刀头外形类似止血钳,能够在甲状腺手术中提

供精细操作^[5]。本研究中,即使在所遇腺瘤较大,与周围组织存在粘连时,超声刀手术过程中也未出现明显增多的出血,未对患者造成不良影响。

低领式小切口微创手术中将超声刀功能面朝向瘤体,非功能面朝向背侧,由于止血可靠甲状腺残余创面不再需要反复缝合,有效地避免了喉返神经的损伤,也不会导致患者甲状旁腺损伤造成术后并发手足抽搐、声音嘶哑等情况。微创手术切口短,对患者机体造成的创伤小,还能减少患者术中术后并发症及不良反应的发生率,且由于采取低领式小切口非常隐蔽,具有良好的美观效果,加之术后恢复速度快,不易在患处留下疤痕^[6],不仅能够有效治疗患者的生理疾病,还使患者因对手术伤疤的恐惧而产生的不良心理情绪得到良好缓解。可见,微创手术在甲状腺腺瘤的临床治疗中效果显著。综上所述,低领式小切口微创手术治疗甲状腺腺瘤具备较高的安全性,能够有效提升患者的生活质量,临床效果理想。

参考文献

- [1]沈晓波.改良小切口与传统甲状腺切除术治疗甲状腺腺瘤的疗效比较[J].中国基层医药,2014,21(7):1076-1077
- [2]李章健,赵红,朱海路,等.超低位颈前小切口手术治疗甲状腺腺瘤 36 例临床分析[J].中国民康医学,2014,26(1):21-22
- [3]邱海江,方孙阳,吴志明,等.超声刀在开放性甲状腺手术中应用的前瞻性研究[J].中国普通外科杂志,2014,23(5):639-642
- [4]李国权.改良 Miccoli 与小切口术式治疗甲状腺腺瘤的临床效果比较[J].中国急救医学,2015,35(2):256-257
- [5]徐群,傅宇.Focus 超声刀在双侧甲状腺手术中的应用[J].中华内分泌外科杂志,2012,6(1):49-50
- [6]陈安芳.使用改良的小切口瘤体切除手术治疗甲状腺腺瘤的效果分析[J].当代医药论丛,2016,14(24):63-64

(收稿日期:2017-03-01)

初诊为鼻咽癌患者的血清 CRP 水平与中医辨证分型的关系

陈平 黄圆圆 李婷炜 丘惠娟 张蓓
(广东中山大学肿瘤防治中心 中山 510060)

摘要:目的:探讨初次诊断为鼻咽癌患者血清 C 反应蛋白(CRP)水平与中医辨证分型之间相关性。方法:选择 2013 年 1 月~2015 年 6 月在我院初次诊断为鼻咽癌的患者 150 例为研究对象,根据《肿瘤中医诊疗指南》进行中医辨证分型,并检测患者治疗前的 CRP 水平,分析它们之间的相关性。结果:热邪犯肺组 32 例、肝郁痰阻组 54 例、血瘀阻络组 38 例、气阴两虚组 26 例的 CRP 水平依次是(8.43±1.45) mg/L、(8.95±1.21) mg/L、(12.97±2.63) mg/L 和 (10.58±2.26) mg/L,CRP 水平最高的为血瘀阻络组,且各组间的差异有统计学意义, $F=8.46, P < 0.05$ 。结论:初次诊断为鼻咽癌患者的血清 CRP 水平与中医证型之间具有一定的相关性,其中血瘀阻络型的 CRP 最高,热邪犯肺型的 CRP 最低,CRP 水平在一定程度上可反映出鼻咽癌初诊患者的辨证分型,为初诊鼻咽癌患者的中医临床诊治提供指导。

关键词:鼻咽癌;血清 C 反应蛋白;中医辨证;相关性

中图分类号: R739.62

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.023

鼻咽癌在我国华南地区较为常见,发病隐匿,解剖位置隐蔽,早期无典型表现,多见涕血,随着瘤体的不断扩大,可压迫咽鼓管、咽口,出现淋巴结肿

大,甚至远处转移,危害较大^[1]。放化疗是治疗鼻咽癌常用的方案。大量研究表明,CRP 与人类多种肿瘤之间有相关性,鼻咽癌分期越晚的患者 CRP 值

越高。本研究旨在分析鼻咽癌患者不同中医分型与 CRP 水平的相关性,为临床诊治提供参考。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月~2015 年 6 月在我院初次诊断为鼻咽癌的患者 150 例为研究对象,其中男 105 例,女 45 例;年龄 32~64 岁,平均年龄(45.3±2.4)岁。参照 2002AJCC/UICC 分期标准: I 期 3 例, II 期 41 例, III 期 74 例, IV 期 32 例;未分化非角化癌 138 例,分化非角化癌 10 例,角化癌 2 例。中医辨证分型:热邪犯肺 32 例,肝郁痰阻 54 例,血瘀阻络 38 例,气阴两虚 26 例。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)均经病理学和影像学检查确诊为鼻咽癌,中医分型标准参照中华中医学学会拟定的《肿瘤中医诊疗指南》^[2]; (2)属于下列四种中医辨证分型:热邪犯肺型,以口干口苦、口腔糜烂、鼻塞涕血为主症,舌红苔薄黄,脉细数,潮热盗汗、失眠心悸为次症;肝郁痰阻型,以咽喉燥痛、口腔糜烂、口渴喜饮为主症,舌红苔黄、脉滑、大便干结为次症;血瘀阻络型,以头晕耳鸣、气短乏力、痛处固定为主症,唇甲黯淡,舌下静脉曲张、脉细涩、结代为次症;气阴两虚型,以形瘦恶风、咳声低弱、面色晄白为主症,以舌淡红苔薄白、脉虚细、结代为次症; (3)均为初诊,尚未开始放化疗; (4)患者均了解此次研究且签署相关知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1)合并血液系统疾病或心脑血管等重要脏器损伤者; (2)既往有精神系统疾病无法配合研究者。

1.3 方法 治疗前抽取患者空腹外周血 3 ml,以转速 4 000 r/min 离心 10 min,分离血清,使用速率散射比冲法测定 CRP 值。所用仪器为美国 BECKMANAR-RAY360 自动分析仪及其配套试剂。CRP 正常值应<8.2 mg/L。

1.4 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

不同中医辨证分型如下表所示,组间比较,差异有统计学意义, $F=8.46, P < 0.05$;组间相互比较,热邪犯肺组与肝郁痰阻组相比较, $t=2.00, P=0.04$,与血瘀阻络组相比较, $t=9.14, P=0.00$,与气阴两虚组相比较, $t=4.77, P=0.00$;肝郁痰阻组与血瘀阻络组相比较, $t=9.86, P=0.00$,与气阴两虚组比较, $t=4.21,$

$P=0.00$;血瘀阻络组与气阴两虚组比较, $t=3.77, P=0.00$ 。四组的 CRP 水平从高到低依次是血瘀阻络组、气阴两虚组、肝郁痰阻组和热邪犯肺组,组间比较,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表 1 不同中医辨证分型患者的 CRP 水平($\bar{x} \pm s$)

中医辨证	<i>n</i>	CRP (mg/L)
热邪犯肺	32	8.43±1.07
肝郁痰阻	54	8.95±1.21
血瘀阻络	38	12.97±2.63
气阴两虚	26	10.58±2.26
<i>F</i>		8.46
<i>P</i>		0.00

3 讨论

肿瘤的发生、发展一直是临床研究的热点,其中炎症因子学已受到大多数学者的重视,成为肿瘤研究的新领域^[2-3]。血清 CRP 主要由肝细胞合成,与白细胞介素-6、肿瘤坏死因子(TNF- α)等炎症因子共同参与机体的炎性反应。李晓惠等^[4]对 227 例初诊鼻咽癌患者的生物学和分子特征的个性化治疗方案进行了探索,发现患者的 CRP 与患者鼻咽癌分期有一定的相关性,分析其原因可能是肿瘤细胞转移的恶性生物学行为不仅取决于肿瘤细胞表面的生物学特性,还有可能与肿瘤细胞的生存环境相关,恶性肿瘤可通过释放众多细胞因子、炎性介质等,破坏组织微环境,继而促使肿瘤发展^[5]。中医学认为正气不足是鼻咽癌发病的基础,机体因肺气虚损,外感四时不正之气,外邪侵入鼻部,痰瘀互结,诱发鼻咽癌^[6]。辨证论治是中医学的精髓,辨证分型则是中医的精华,根据鼻咽癌的证型判断病情变化来选择合适中药进行中医治疗,两者互相结合是指导正确治疗的关键^[7]。热邪犯肺证患者,应以清热解毒、滋阴养肺为主;肝郁痰阻证患者,应以疏肝解郁、化痰散结为主;热毒之邪伤阴较重,肝失所养,津血耗竭,血脉受损,辨证为瘀血阻络之证,应采取活血化瘀养肝,兼清热养阴;气阴两虚患者肾损严重,可致真阴被劫,元气大伤,应以扶正益气为主^[8-9]。

本研究通过分析 150 例鼻咽癌患者血清 CRP 水平与中医辨证的关系,发现鼻咽癌热邪犯肺、肝郁痰阻、血瘀阻络及气阴两虚等四型患者中,组间 CRP 水平均有明显差异,且血瘀阻络型患者的 CRP 水平明显高于其他三组。从西医角度分析,鼻咽癌发生时,CRP 的升高可释放细胞因子、炎性介质等,引起组织、血管损伤,影响机体血液循环,最终出现瘀血阻络体质,而缺血缺氧环境会进一步促使肿瘤发展,若不及时治疗,则病情进展加快。已往研究发现^[10],血瘀型鼻咽癌中 III、IV 期患者占 93%,而且血瘀型患者

在影像学上也表现为较晚期,预后均较差,这进一步证明了 CRP 水平在中医临床诊疗中的临床价值。

综上所述,初诊鼻咽癌患者的血清 CRP 水平与中医证型具有一定的相关性,其中血瘀阻络型患者的 CRP 水平最高,热邪犯肺型的 CRP 水平最低,且各证型之间的血清 CRP 水平均有明显差异,故 CRP 水平某种程度上可反映鼻咽癌初诊患者的客观辨证分型,为临床诊疗提供参考。但本次研究收集的样本数量有限,研究结果的可靠性及具体机制还有待今后大样本量的验证和进一步研究。

参考文献

[1] 李晓惠,徐冰清,高劲,等.初诊鼻咽癌患者血清C反应蛋白检测临床意义分析[J].中华肿瘤防治杂志,2016,23(11):727-731

[2] 中华中医药学会.肿瘤中医诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2008.1-3

[3] 樊静,陈孟溪,朱道奇.肝郁痰凝型鼻咽癌中医综合治疗减毒增效作用初步观察[J].内蒙古中医药,2016,35(5):8-9

[4] 李晓惠,徐冰清,高劲,等.初诊鼻咽癌患者血清C反应蛋白检测临床意义分析[J].中华肿瘤防治杂志,2016,23(11):727-731

[5] 聂晨阳,陈斌.中医辨证施治鼻咽癌放疗后并发鼻窦炎的疗效及不良反应[J].西南国防医药,2016,26(12):1524-1526

[6] 袁可森,尤建良.尤建良中医治疗鼻咽癌经验简介[J].浙江中医药大学学报,2016,40(9):689-692

[7] 王志祥,石戎,冯献斌,等.中医凉血生津法防治鼻咽癌放疗后口腔黏膜损伤疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(33):3691-3693

[8] 王靖思,孙桂芝,吴洁.孙桂芝诊治鼻咽癌经验介绍[J].辽宁中医杂志,2015,42(2):262-264

[9] 周小军,张丽娟,李少华.鼻咽癌及其不同进展阶段中医体质变化与意义[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2738-2740

[10] 詹文婷,丘惠娟,黄圆圆,等.鼻咽癌中医分型与影像学特征及疗效相关性研究[J].实用医学杂志[J].2012,28(19):3295-3297

(收稿日期:2017-04-06)

中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效

韩瑞华

(河南省漯河市召陵区人民医院 漯河 462300)

摘要:目的:分析中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效。方法:选取2013年1月1日~2017年1月1日我院收治的200例慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍患者,随机分为对照组和试验组,每组100例。对照组采用常规中耳手术治疗,试验组在对照组的基础上实施同期咽鼓管球囊扩张术进行治疗,比较两组慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的缓解率、症状缓解时间、并发症发生率、患者干预前后的纯音听阈气骨导差和 alsalva 动作难易程度。结果:试验组的慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍缓解率高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 试验组症状缓解时间短于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 两组均无穿孔或内陷等并发症发生;干预前,两组纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度比较无显著性差异, $P > 0.05$; 干预后,试验组的纯音听阈气骨导差和 valsalva 动作难易程度优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:采用中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效确切,可有效改善患者的临床症状,且无严重并发症发生,有效提高听力和降低 valsalva 动作难度。

关键词:慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍;中耳手术;咽鼓管球囊扩张术;疗效

中图分类号:R764.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.024

咽鼓管(ET)是连接鼻咽部和中耳的自然管道,常规情况下其处于闭合状态,在打喷嚏和吞咽等情况下短暂开放,以确保中耳和外界压力平衡,发挥鼓室分泌物引流的作用。咽鼓管功能障碍是各种因素导致的ET通气不良,进而引发中耳气压平衡障碍,以耳部闷塞,难以完成 valsalva 动作等为主要表现,是临床多发病。慢性化脓性中耳炎患者容易出现重度咽鼓管功能障碍,病情加重后听力进一步下降,需及时治疗^[1-2]。本研究分析了中耳手术同期咽鼓管球囊扩张术治疗慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年1月1日~2017年1月1日我院收治的200例慢性化脓性中耳炎并重度咽鼓管功能障碍患者,随机分为对照组和试验组,

每组100例。试验组男55例,女45例;年龄16~47岁,平均年龄(32.34±2.13)岁。对照组男57例,女43例;年龄17~47岁,平均年龄(32.31±2.72)岁。两组一般资料相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规中耳手术进行治疗:术前咽鼓管畅通、鼓膜穿孔的情况下将探测耳塞置于外耳道并密封,嘱咐患者用食指和拇指将鼻孔捏住并紧闭嘴巴,用力擤鼻鼓气,压力探头可感知压力升高。鼓膜修补手术后,患者擤鼻鼓气时在耳内镜中可观察到鼓膜隆起,擤鼻鼓气难易程度根据患者的主观感觉进行测评,得出手术前后 valsalva 动作分值。采用中耳分析仪测量纯音听阈气骨导差,将声导抗探管置入外耳道并密封,选择自动模式进行鼓