

有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后各项指标比较 治疗前两组患者孕激素、雌激素及子宫肌瘤体积比较无明显差异, $P>0.05$; 治疗后两组患者孕激素、雌激素及子宫肌瘤体积均有所下降, 且观察组下降程度优于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗前后各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	孕激素(nmol/L)		雌激素(pmol/L)		子宫肌瘤体积(cm ³)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	29	2.5±1.1	1.7±1.4	26.7±11.2	13.9±9.4	5.2±1.2	2.8±1.2
观察组	29	2.6±1.6	1.0±0.9	27.9±11.7	9.5±7.2	5.1±1.1	1.7±1.1
t		0.709	2.265	0.731	1.579	0.331	3.639
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组临床疗效比较 观察组临床治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较

组别	n	无效(例)	有效(例)	显效(例)	治愈(例)	总有效率(%)
对照组	29	8	10	8	3	72.4
观察组	29	2	11	9	7	93.1
χ^2						4.350
P						<0.05

3 讨论

子宫肌瘤是一种常见的妇科疾病, 临床上关于该病的发病因素尚不十分清楚。通过研究观察发现, 大多数患者绝经后子宫肌瘤的体积不再增长, 甚至萎缩变小, 但当患者处于妊娠期时, 因体内性激素的变化可导致子宫肌瘤增大。因此, 临床上认为子宫肌瘤与人体的激素水平有关^[3]。此外, 良性子宫肌瘤可给予药物治疗, 但当子宫肌瘤出现恶性病变时, 单一的保守治疗并不能达到治疗疾病的目的。因此,

临床上应根据患者的实际病情, 选择合适的治疗方式。手术治疗子宫肌瘤存在子宫破裂的风险, 导致患者的生育能力受损, 甚至因此造成患者被迫切除子宫, 从而使患者失去生育功能^[4]。

米非司酮是一种可以影响患者体内孕激素分泌水平的药物, 其药理作用在于降低孕酮活性, 缩小子宫肌瘤体积^[5-6]。桂枝茯苓胶囊的药物组成主要为茯苓、桂枝、白芍、桃仁、牡丹皮等。茯苓有健脾胃的功效, 桂枝可以益气健脾, 白芍舒经通络、祛瘀活血, 桃仁有助于加强血液循环, 牡丹皮能够清热化瘀。

本研究结果显示, 治疗后两组患者孕激素、雌激素及子宫肌瘤体积均有所下降, 且观察组下降程度优于对照组, $P<0.05$; 观察组临床治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$ 。说明使用米非司酮联合桂枝茯苓胶囊治疗子宫肌瘤的疗效优于单一西医治疗。综上所述, 中西医结合治疗子宫肌瘤, 不仅能缩小肿瘤体积, 还能均衡患者体内雌激素和孕激素分泌水平, 促进患者早日康复。

参考文献

- [1]王艳芬. 中西医结合在子宫肌瘤患者治疗中的临床疗效研究[J]. 中医临床研究, 2014, 6(13): 81-82
- [2]易友珍. 中西医结合治疗子宫肌瘤 50 例疗效观察[J]. 河北中医, 2014, 36(7): 1033-1034
- [3]王秀蓉. 桂枝茯苓胶囊联合米非司酮治疗子宫肌瘤临床疗效观察[J]. 海峡药学, 2011, 23(10): 127-129
- [4]张文平. 中西医结合治疗子宫肌瘤 28 例疗效分析[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(23): 86-87
- [5]周艳. 中西医结合治疗子宫肌瘤 50 例临床观察[J]. 中国现代医生, 2017, 55(4): 132-134
- [6]向粤梅. 中西医结合治疗子宫肌瘤 32 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(3): 48-49

(收稿日期: 2017-08-05)

经尿道钪激光膀胱肿瘤完整切除术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤的临床效果探讨

管庆军 单中杰 韩前河 马杰锋

(河南省郑州人民医院泌尿外科 郑州 450003)

摘要:目的: 探讨经尿道钪激光膀胱肿瘤完整切除术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤的临床效果。方法: 选取 2013 年 2 月~2015 年 2 月我院收治的非肌层浸润性膀胱肿瘤患者 66 例, 随机分为对照组 32 例和观察组 34 例。对照组行经尿道膀胱肿瘤电切术(TURBT), 观察组行经尿道钪激光膀胱肿瘤完整切除术。比较两组手术用时、术中出血量、尿管留置时间、住院时间、术后并发症发生率及复发率。结果: 观察组手术用时、术中出血量、尿管留置时间、住院时间以及术后并发症发生率均明显低于对照组($P<0.05$); 经 1 年随访, 观察组未见复发, 对照组复发率 15.63%, 两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论: 经尿道钪激光膀胱肿瘤完整切除术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤效果理想, 安全性高, 值得临床推广应用。

关键词: 非肌层浸润性膀胱肿瘤; 经尿道钪激光膀胱肿瘤完整切除术; 并发症; 复发

中图分类号: R737.14

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.053

膀胱肿瘤为泌尿系统常见的恶性肿瘤, 其中约 75% 的患者为非肌层浸润性膀胱肿瘤, 临床主要采取手术治疗^[1-2]。经尿道膀胱肿瘤电切术(TURBT)是

目前治疗膀胱肿瘤的金标准。随着钪激光技术的不断发展, 经尿道钪激光膀胱肿瘤完整切除术因其出血少、无闭孔神经反射等优势, 在治疗膀胱肿瘤的地

位日益凸显^[3-4]。本研究旨在探讨经尿道钬激光膀胱肿瘤完整切除术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 2 月~2015 年 2 月我院收治的非肌层浸润性膀胱肿瘤患者 66 例,随机分为对照组 32 例和观察组 34 例。对照组:男 26 例,女 6 例;年龄 46~82 岁,平均(62.35±6.54)岁;膀胱肿瘤组织学分级:高级别癌 3 例,低级别癌 29 例。观察组:男 27 例,女 7 例;年龄 46~81 岁,平均(62.29±6.44)岁;高级别癌 5 例,低级别癌 29 例。两组一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均行腰硬联合麻醉,取截石位。对照组行 TURBT 术,使用电切环自肿瘤表面开始逐次切割,直至深肌层,同时电凝止血;术后用生理盐水持续冲洗。观察组行经尿道钬激光膀胱肿瘤完整切除术,采用 Vela XL 激光手术仪(德国 StarMedTec GmbH 公司)2 μm 激光,于距肿瘤基底外缘 5~10 mm 处进行汽化切割,逐次汽化切割至深肌层,到肌层、浆膜层的疏松层面时锐性分离;完整保留肿瘤组织、基底组织,并送病理学检查;术后用生理盐水持续冲洗。两组术后均留置导尿管,术后即刻对患者用 1 000 mg 吉西他滨(国药准字 H20103386)行膀胱内灌注化疗,留置 30 min 后持续膀胱冲洗。术后 1 周后,行膀胱内灌注吉西他滨治疗,1 次/周,持续化疗 8 次后,改为 1 次/月,化疗时间共 1 年。

1.3 观察指标 (1)记录两组手术用时、术中出血量、尿管留置时间及住院时间;(2)比较两组术后并发症发生情况。(3)化疗完成后展开 1 年随访,记录肿瘤复发情况。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 观察组手术用时、术中出血量、尿管留置时间、住院时间均明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术用时 (min)	术中出血量 (ml)	尿管留置 时间(d)	住院时间 (d)
对照组	32	52.64±3.26	8.40±1.63	4.75±1.23	6.17±1.32
观察组	34	47.48±4.11	2.13±0.85	3.28±1.16	4.15±1.08
t		2.635	4.080	2.038	3.690
P		0.020	0.000	0.036	0.000

2.2 两组术后并发症发生率比较 两组术后并发症发生率低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生率比较

组别	n	膀胱穿孔 (例)	闭孔神经 反射(例)	术后膀胱 刺激征(例)	总发生率 (%)
对照组	32	3	2	2	21.88
观察组	34	0	0	1	2.94
χ^2					5.548
P					0.019

2.3 两组肿瘤复发情况比较 经 1 年随访,对照组复发率为 15.62%(5/32),观察组未见复发,两组差异具有统计学意义, $\chi^2=5.748$, $P=0.017$ 。

3 讨论

TURBT 是现阶段治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤的常用微创术式之一,具有操作简便、术后恢复快、可反复操作等优势,仍是浅表性膀胱肿瘤治疗的金标准。但有研究发现^[5],TURBT 术中切割电击所带的高频电流、混杂的低频电流等易对侧壁肿瘤处闭孔神经造成刺激,诱发闭孔神经反射,导致膀胱穿孔、出血。近年来,随着钬激光技术在泌尿外科的广泛应用,经尿道钬激光膀胱肿瘤完整切除术在非肌层浸润性膀胱肿瘤治疗上得到了高度认可。钬激光波长为 2 μm ,其能量可被目标组织内水分子高效吸收,因此具有较高的软组织切割、汽化和凝固效率,在术中可发挥的良好止血效果,术中出血量少,手术视野更加清晰^[6]。此外,经尿道钬激光膀胱肿瘤完整切除术术中不会产生电流,切除温度仅为 40 $^{\circ}\text{C}$ ~75 $^{\circ}\text{C}$,不会引发闭孔神经反射,手术安全性更高。

本研究结果显示,观察组手术用时、术中出血量、尿管留置时间、住院时间以及术后并发症发生率均明显低于对照组($P<0.05$);经 1 年随访,观察组未见复发,对照组复发率 15.63%,两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。说明经尿道钬激光膀胱肿瘤完整切除术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤,可有效缩短手术时间、尿管留置时间及住院时间,减少术中出血量,降低术后并发症发生率及复发率。综上所述,经尿道钬激光膀胱肿瘤完整切除术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤效果理想,术后恢复快,安全可靠,值得临床应用。

参考文献

- [1]程永毅,孙羿,屈卫星,等.经尿道内镜黏膜下剥离术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤临床分析[J].现代泌尿外科杂志,2015,7(3):136-140
- [2]马强,方堃,张超,等.经尿道等离子电切术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤的临床体会[J].宁夏医学杂志,2015,37(10):893-894
- [3]张翼飞,梁朝朝.非肌层浸润性膀胱肿瘤的手术治疗新进展[J].中华泌尿外科杂志,2017,38(1):69-71

- [4]林繁录,吴濯莹,安瑞华.经尿道钬激光膀胱肿瘤完整切除术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤的获益分析[J].现代泌尿外科杂志,2016,21(9):670-672
- [5]白云金,唐寅,韩平,等.经尿道钬激光治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤

- 的临床疗效分析[J].现代泌尿外科杂志,2015,20(8):547-549
- [6]程永毅,李晶,屈卫星,等.经尿道内镜黏膜下剥离术治疗非肌层浸润性膀胱肿瘤 82 例分析[J].现代肿瘤医学,2016,24(20):3249-3252
- (收稿日期:2017-08-01)

脑心通胶囊联合辛伐他汀对脑梗塞患者血脂代谢的影响

黄青玲

(河南省新乡市职业病防治研究所内科 新乡 453000)

摘要:目的:观察脑心通胶囊联合辛伐他汀对脑梗塞患者血脂代谢的影响。方法:选取我院 2015 年 1 月~12 月收治的脑梗塞患者 90 例,随机分为对照组和观察组各 45 例。对照组给予辛伐他汀治疗,观察组在对照组基础上加用脑心通胶囊,比较两组临床疗效和血脂水平。结果:对照组治疗总有效率明显低于观察组($P<0.05$);观察组 TC、TG、LDL-c 水平明显低于对照组,HDL-c 水平明显高于对照组($P<0.05$)。结论:脑心通胶囊联合辛伐他汀治疗脑梗塞效果显著,可有效调节患者血脂水平,提高患者生活质量,值得临床推广应用。

关键词:脑梗塞;脑心通胶囊;辛伐他汀;血脂代谢

中图分类号:R743.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.054

脑梗塞是临床上常见疾病,具有较高的致残率和死亡率,严重威胁患者的生命健康^[1]。脑梗塞病因较为复杂,高血脂、高血糖、高血压、基因多态性等均与脑梗塞发病有关,辛伐他汀作为治疗脑梗死的常用药物,调脂效果显著,但长期服用会引发嗜睡、胃痛、头晕等不良反应。研究发现脑心通胶囊联合辛伐他汀治疗脑梗塞效果显著,可有效调节血脂水平^[2]。本研究旨在观察脑心通胶囊联合辛伐他汀对脑梗塞患者血脂代谢的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 1 月~12 月收治的脑梗塞患者 90 例,随机分为对照组和观察组各 45 例。观察组男 23 例,女 22 例;年龄 45~76 岁,平均年龄(62.35 ± 3.62)岁。对照组男 24 例,女 21 例;年龄 46~75 岁,平均年龄(62.05 ± 3.56)岁。两组患者一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准:符合脑梗塞诊断标准;取得患者知情同意并签署同意书。排除标准:严重精神病患者;合并心肝肾等严重疾病者;依从性较差,无法配合完成治疗者;过敏反应严重者。

1.3 治疗方法 两组患者入院后均给予常规对症支持治疗,具体如下:保持呼吸道通畅,调节血压水平,积极纠正脑水肿与颅内压,改善循环、扩张血管、抗血小板聚集、预防感染、营养脑细胞等。对照组给予辛伐他汀片(国药准字 H20153047)口服,20 mg/次,2 次/d。观察组在对照组基础上加用脑心通胶囊(国药准字 Z20025001)口服,4 粒/次,3 次/d。两组患者均持续治疗 1 个月。

1.4 观察指标 (1)比较两组患者临床疗效。采用神经功能缺损程度(NIHSS)^[3]判定疗效:临床症状消

失,NIHSS 评分减少 90%以上为显效;临床症状有所改善,NIHSS 评分减少 18%~90%为有效;临床症状无变化甚至加重,NIHSS 评分减少低于 18%或 NIHSS 评分增加为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)比较两组血脂水平,主要包含甘油三酯(TG)、血脂总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-c)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-c)。

1.5 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理,计数资料以%表示,进行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 对照组治疗总有效率明显低于观察组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
对照组	45	23(51.11)	13(28.89)	9(20.00)	36(80.00)
观察组	45	28(62.22)	15(33.33)	2(4.44)	43(95.56)
χ^2					5.075
<i>P</i>					<0.05

2.2 两组患者血脂水平比较 治疗前两组患者血脂水平比较无明显差异, $P>0.05$;治疗后观察组 TC、TG、LDL-c 水平明显低于对照组,HDL-c 水平明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者血脂水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	<i>n</i>	TC	TG	LDL-c	HDL-c
治疗前	对照组	45	6.78 $\pm$ 1.16	3.53 $\pm$ 1.41	4.68 $\pm$ 0.62	0.91 $\pm$ 0.26
	观察组	45	6.68 $\pm$ 1.05	3.54 $\pm$ 1.38	4.53 $\pm$ 0.58	0.90 $\pm$ 0.25
	<i>t</i>		0.429	0.034	1.185	0.186
	<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
治疗后	对照组	45	5.39 $\pm$ 0.91	2.67 $\pm$ 1.11	3.52 $\pm$ 0.35	1.12 $\pm$ 0.32
	观察组	45	3.41 $\pm$ 0.55	1.81 $\pm$ 0.60	1.97 $\pm$ 0.21	1.45 $\pm$ 0.37
	<i>t</i>		12.492	4.572	25.474	4.525
	<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05