

于对照组 ($P<0.05$); 治疗 1 周后, 两组 CRP、IL-10、IL-8、IL-6、TNF- α 水平均较治疗前明显降低, 且观察组显著低于对照组 ($P<0.05$)。说明活血清胰汤灌肠辅助手术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎, 能够显著提升临床疗效, 大幅改善炎症因子水平, 利于患者预后。分析其原因在于, 活血清胰汤方中黄芩味苦性寒, 归肺、胆、脾、小肠、大肠经, 主治高热烦渴、胸闷呕恶、黄疸痞满, 可达止血解毒、清热燥湿之功效, 为君药; 木香味苦性温, 归脾、胃、胆、三焦、大肠经, 主治胸脘胀痛、食积不消, 可调中导滞、行气止痛; 柴胡味辛性寒, 归肝、胆、肺经, 治胸胁胀痛, 可达退热截疟、和解表里之功; 白芍味甘性温, 解毒镇痉、祛风除湿, 与木香、柴胡同为臣药; 赤芍味苦性寒, 归肝经, 散瘀止痛, 清热凉血, 可治癰疽腹痛、肝郁胁痛; 丹参味苦性寒, 归心、肝经, 通经止痛、活血祛瘀, 用于疮疡肿痛、腕腹胁痛; 大黄味苦性寒, 归心、肝、脾、胃经, 可治湿热黄疸、肠痈疔疮、积滞腹痛; 芒硝味咸性寒, 归胃、大肠经, 润燥软坚, 主治积滞腹痛, 与赤芍、丹参、大黄同为佐药; 黄连味苦性寒, 归心、脾、胃、肝、胆、大肠经, 泻火解毒、清热燥湿, 可治呕吐吞酸、黄疸泻痢, 为使药。以上诸药共用可达退热截疟、行气止痛、调中导滞、和解表里之功^[8-9]。现代药理学研究发现, 柴胡主要含有多糖、柴胡皂苷、挥

发油、腺苷、色氨酸等化学成分, 具有免疫调节、抗肝损伤、保护胃黏膜等作用^[10]。综上所述, 活血清胰汤灌肠辅助手术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎的效果显著, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]谢红,张雅卫,吴丹阳.重症急性胰腺炎继发胰腺感染的临床特点和影响因素分析[J].中华医院感染学杂志,2019,29(5):730-733
[2]侯建明.早期内镜治疗胆源性急性胰腺炎的临床效果观察[J].现代诊断与治疗,2017,28(13):2517-2519
[3]张玉,张莹,余曦,等.微创穿刺引流治疗重症急性胰腺炎的临床疗效分析[J].贵州医药,2018,42(3):326-327
[4]中华医学会外科学分会胰腺外科学组.急性胰腺炎诊治指南[J].中国实用外科杂志,2015,35(1):4-7
[5]中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(9):4085-4088
[6]李军祥,陈詒,唐文富.急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(12):901-909
[7]李含章.健脾通腑方联合生长抑素治疗急性胰腺炎的疗效分析[J].实用中西医结合临床,2018,18(10):25-28
[8]赵洪涛.活血清胰汤灌肠辅助经内镜逆行性胰胆管造影术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎疗效及对免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(22):2455-2458
[9]李树栋,孟兴凯.清胰汤在重症急性胰腺炎常规治疗中的应用进展[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(61):66-68
[10]颜美玲,杨柳,韩华,等.柴胡化学成分及药理作用研究进展[J].中药信息,2018,35(5):103-109

(收稿日期: 2019-06-29)

前列腺增生应用半导体激光汽化术治疗的效果及预后研究

李文欢

(广东省汕尾市人民医院泌尿外科 汕尾 516600)

摘要:目的:探讨应用 1 470 nm 半导体激光汽化术治疗前列腺增生患者的效果, 及对患者炎症及应激反应的影响。方法:选取 2017 年 1 月~2018 年 12 月收治的良性前列腺增生患者 100 例, 随机分为激光组和 TURP 组各 50 例。激光组采用 1 470 nm 半导体激光汽化术治疗, TURP 组采用尿道前列腺电切术治疗, 观察两组围手术期指标, 手术前、术后 24 h 白细胞介素及应激激素的含量, 术后 1 个月内并发症发生情况。结果:两组手术时间比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 激光组、膀胱冲洗时间、留置尿管时间短于 TURP 组, 术中出血量少于 TURP 组, 术后白细胞介素-2、白细胞介素-4、皮质醇及肾上腺素均明显低于 TURP 组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。激光组有 9 例出现拔管后尿频, 多于 TURP 组的 2 例, 激光组不良反应发生率 18.00% 高于 TURP 组的 4.00%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:1 470 nm 半导体激光治疗良性前列腺增生止血效果优于 TURP 术治疗, 对患者创伤更小, 引起的机体术后炎症反应更小。

关键词:前列腺增生; 半导体激光汽化术; 经尿道前列腺电切术

中图分类号: R697.3

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.013

良性前列腺增生已逐渐成为困扰老年男性人数最多的疾病。尿道前列腺电切术 (TURP) 是治疗良性前列腺增生的金标准, 但存在术中出血量大的缺陷^[1]。近年来, 1 470 nm 半导体激光汽化术已逐渐成为治疗前列腺增生的主流方法之一, 通过将能量聚集于增生的前列腺组织局部, 实现将组织汽化, 局部组织凝固、坏死^[2]。本研究探讨 TURP 与 1 470 nm 半

导体激光汽化术治疗前列腺增生的疗效, 并观察它们对患者机体炎症状态及应激程度的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 1 月~2018 年 12 月收治的前列腺增生患者 100 例, 随机分为激光组和 TURP 组, 各 50 例。激光组年龄 50~80 岁, 平

均(70.45± 6.82)岁;病程 3.5~7.1 年,平均(5.21± 1.37)年;前列腺体积 60~145 ml,平均(108.72± 33.56)ml。TURP 组年龄 52~81 岁,平均(69.29± 7.03)岁;病程 3.7~7.0 年,平均(5.40± 1.42)年;前列腺体积 62~143 ml,平均(113.58± 30.76)ml。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:符合良性前列腺增生的诊断^[3];患者及其家属对本次研究知情且自愿签署知情同意书。排除标准:合并心肺功能及凝血功能异常,甲亢、嗜铬细胞瘤等基础应激状态紊乱的疾病以及全身感染性疾病。

1.3 治疗方法

1.3.1 激光组 采用武汉奇致激光技术股份有限公司生产的 1 470 nm 半导体激光手术治疗系统治疗。输出功率设定为 150 W,以 0.9%氯化钠溶液作为灌洗液。在膀胱颈 5 点与 7 点方向各切开 1 条深达外科包膜的纵沟,并在精阜上缘以一横切线使两沟相连,然后从膀胱颈开始汽化,采用“刀削面式”手术模式进行,止血时将功率调整为 50 W,无明显出血及组织残留,被动排尿试验满意后,常规留置尿管、持续冲洗膀胱。

1.3.2 TURP 组 采用 TURP 术治疗。手术切除功率 130 W,电凝功率 80 W,0.9%氯化钠冲洗灌注。经尿道置入电切镜,一般先在膀胱颈 5~7 点切至精阜,深达外科包膜,形成标志沟,将两侧叶组织切除后,再将电切镜转向 12 点方向逆时针行增生组织切

除。后续操作同激光组。

1.4 观察指标 观察两组手术时间、膀胱冲洗时间、留置尿管时间、术中出血量等围手术期指标;于手术前、术后 24 h 检测两组血清中白细胞介素(IL)及应激激素的含量,IL 包括促炎介质白细胞介素-2(IL-2),抗炎介质白细胞介素-4(IL-4)。应激激素包括皮质醇(Cor)、去甲肾上腺素(NE)、肾上腺素(E)。观察两组术后 1 个月内并发症的发生情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件对数据进行分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围手术期指标比较 两组手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),激光组、膀胱冲洗时间、留置尿管时间短于 TURP 组,术中出血量少于 TURP 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组围手术期指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	膀胱冲洗 时间(h)	留置尿管 时间(d)	术中出血量 (ml)
激光组	50	61.45± 19.79	5.63± 1.45	3.11± 0.68	152.41± 28.86
TURP 组	50	55.81± 20.42	19.86± 3.07	4.52± 0.74	209.65± 34.76
<i>t</i>		1.402	29.636	9.921	8.959
<i>P</i>		0.164	0.000	0.000	0.000

2.2 两组 IL 及应激激素比较 两组手术前 IL-2、IL-4、Cor、NE、E 含量比较,差异无统计学意义($P>0.05$),手术后,激光组 IL-2、IL-4、Cor、NE 及 E 均明显低于 TURP 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 IL 及应激激素比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	<i>n</i>	IL-2 (μg/L)	IL-4 (μg/L)	Cor (ng/ml)	NE (pg/ml)	E (pg/ml)
治疗前	激光组	50	7.18± 0.86	4.26± 0.61	207.82± 27.86	119.78± 16.29	77.67± 8.23
	TURP 组	50	7.30± 0.89	4.31± 0.64	203.97± 28.15	121.64± 17.11	77.29± 8.45
	<i>t</i>		0.686	0.400	0.687	0.557	0.228
	<i>P</i>		0.495	0.690	0.493	0.579	0.820
治疗后	激光组	50	9.92± 1.47	6.56± 0.95	251.90± 33.89	160.23± 20.54	100.55± 12.31
	TURP 组	50	12.95± 1.85	9.88± 1.07	307.84± 40.17	208.71± 25.87	129.85± 17.26
	<i>t</i>		9.067	16.407	7.526	10.378	9.773
	<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组不良反应发生比较 激光组有 9 例出现拔管后尿频,多于 TURP 组的 2 例,激光组不良反应发生率 18.00%高于 TURP 组的 4.00%,差异有统计学意义($\chi^2=5.005$, $P<0.05$)。两组拔管后尿频经过一段时间观察后自愈,未见其他明显不良反应。

3 讨论

前列腺增生早期症状不典型,随下尿路梗阻加重,临床症状逐步出现并加重^[4]。1 470 nm 半导体激光是一种非接触式近红外激光,手术时当光纤管和组织靠近,才会出现组织汽化效果,避免了术中副损

伤^[5]。1 470 nm 半导体激光手术较传统 TURP 手术具有更好的汽化、止血效果以及组织消融速度,其双重吸收功能使汽化切割创面平整,切割精细,因此手术视野清晰,操作便捷。故本研究结果显示虽然两组手术时间未见明显差异,但激光组术中出血量明显少于 TURP 组。

由于 1 470 nm 半导体激光对前列腺组织汽化后前列腺组织能够形成凝固层,故能够防止副损伤和继发性出血,手术基本处于无血环境下操作。同时血红蛋白对激光能量吸收后其胶原纤维快速萎缩,

闭塞了动静脉,除止血外还能阻止灌注液吸收,故患者很少产生电切综合征^[6]。IL-2 可以瀑布样释放炎症因子而扩大全身炎症反应,是手术创伤后反应性增高最明显的促炎介质;IL-4 是具有抗炎作用的因子,当创伤条件下促炎介质迅速分泌增加时,抗炎介质的分泌量也反应性增加以遏制炎症反应过度加剧^[7]。术后 TURP 组两种 IL 均显著高于激光组,说明 TURP 术对患者的手术创伤更大。

外科手术中,手术创伤会造成患者应激反应显著激活,可导致循环血中垂体-肾上腺皮质激素分泌量急剧增加,Cor、NE、E 等应激激素大量合成,不利于术后创口的愈合,甚至可增加严重并发症的发生^[8]。术后 TURP 组的 Cor、NE、E 均显著高于激光组,证明 TURP 手术引起的应激反应更加剧烈。

值得注意的是,激光组拔管后尿频例数多于 TURP 组,但患者能自行缓解,这可能是由 1 470 nm 激光可以迅速汽化切割前列腺组织,但是由于其穿透能力弱于传统绿激光,故深部凝固组织可以逃避汽化而形成坏死、残留,这就解释了术后尿频发生的可能,但此机制仍需要日后进一步大样本循证医学

证据证实。

综上所述,1 470 nm 半导体激光治疗良性前列腺增生止血效果优于 TURP 术治疗,对患者创伤更小,引起的机体术后炎症反应更小,但两种手术的远期疗效是否存在差异则需要后期的大样本对照研究。

参考文献

[1]李树人,郑鸣,蒋庆祥,等.经尿道前列腺钦激光剝除术联合膀胱小切口与经尿道双极等离子前列腺剝除术治疗高危大体前列腺增生的比较研究[J].中国内镜杂志,2015,21(10):1028-1032
[2]王成昊,刘修恒,翁小东,等.经尿道汽化电切术与 1 470 nm 半导体激光汽化术治疗前列腺增生的疗效比较[J].国际泌尿系统杂志,2017,37(6):862-865
[3]谢立平,陈弘.前列腺增生腔内剝除手术的优化-经尿道前列腺汽化剝切术/剝除术(附光盘)[J].现代泌尿外科杂志,2016,21(12):901-903
[4]江东根,肖楚天,庞俊,等.1 470 nm 激光顺行法前列腺剝除术治疗前列腺增生[J].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2017,11(1):4-8
[5]易文发,曹会彦.1 470 nm 半导体激光联合膀胱灌注治疗浅表性膀胱肿瘤的初步探讨(附 27 例报告)[J].临床泌尿外科杂志,2015,30(9):783-785
[6]周发友,张书贤,王允武,等.经尿道 1 470 纳米半导体激光前列腺汽化术灌注液吸收的临床研究[J].中国内镜杂志,2018,24(1):80-83
[7]杨静,夏氢.诱导前应用右美托咪定对 TURP 术中炎症、应激反应及术后疼痛介质分泌的影响[J].海南医学院学报,2018,24(4):567-570
[8]张志涛,王杰,武旗.1 470 nm 半导体激光汽化术与经尿道前列腺电切术后的炎症及应激反应程度比较[J].海南医学院学报,2018,24(3):349-352

(收稿日期: 2019-05-13)

自拟调经助孕方联合西药治疗不孕症的效果分析

支春妹 凌翠

(广东省湛江市第二中医医院 湛江 524000)

摘要:目的:探究自拟调经助孕方联合西药治疗多囊卵巢综合征不孕的临床疗效。方法:选取 2017 年 12 月~2018 年 4 月收治的多囊卵巢综合征不孕患者 80 例作为研究对象,按照入院先后顺序分为研究组与对照组各 40 例。对照组给予常规西药治疗,研究组给予自拟调经助孕方联合西药治疗,比较两组治疗前后中医临床症状积分,雌二醇、促黄体生成素、睾酮、孕酮、促卵泡生成激素水平,临床疗效,并在治疗结束后 1 年内对两组妊娠情况进行随访。结果:治疗后两组中医临床症状积分较治疗前明显改善,且研究组改善程度大于对照组($P<0.05$)。治疗后两组雌二醇、促黄体生长素、促卵泡生长激素、睾酮水平均低于治疗前,且研究组低于对照组($P<0.05$);治疗后两组孕酮均高于治疗前,且研究组高于对照组($P<0.05$)。研究组治疗总有效率及妊娠率高于对照组($P<0.05$)。结论:采用自拟调经助孕方联合西药治疗多囊卵巢综合征不孕症,能改善不孕症患者的不良症状,降低激素水平,提高妊娠率。

关键词:多囊卵巢综合征;不孕症;调经助孕方;性激素
中图分类号:R711.6 文献标识码:B

不孕不育症是临床常见的生殖系统疾病,在我国发病率约为 10%,其中女性因素约占 40%^[1]。不孕症的发病因素较为复杂,输卵管堵塞、多囊卵巢综合征(PCOS)、手术或生殖道感染等均可导致。PCOS 是引起不孕症的临床常见原因之一,以 20~35 岁的育龄期女性多见,主要临床表现为排卵减少或无排卵、高雄性激素水平及多囊卵等。有研究发现,随着现代生活节奏加快及环境污染程度加深,PCOS 不孕的发病率也呈明显上升趋势^[2]。目前临床治疗该

疾病主要以激素治疗为主,但治疗效果并不理想。中医认为,PCOS 不孕的主要病因为肾虚。肾藏精,为先天之本,主生长生殖和发育。《素问·上古天真论》记载:“女子二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故能有子……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也”,说明 PCOS 不孕主要是由冲任不调、肾精亏虚所致。故 PCOS 不孕的治疗应以补肾、活血、调经为主。本研究采用自拟调经助孕方联合西药治疗 PCOS 不孕取得了良好的效

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.014