

平均为(60.3±4.7)ml。观察组平均年龄为(69.2±2.3)岁,前列腺体积平均为(70.1±5.4)ml,膀胱残余尿量平均为(59.4±5.1)ml。两组患者在基本资料的对比上无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。术后随访患者前列腺症评分(International prostate symptom score, WSS)、生活质量评分(Quality of life, QOL)、最大流率(Maximum urinary flowrate, Qmax)等,并观察尿道狭窄、尿失禁等不良反应。

1.2 治疗方法

对照组采用等离子切除术,患者麻醉后,采用等离子切割系统,连续灌输生理盐水,直视下经尿道置入电切镜,然后观察尿道、前列腺增生情况以及膀胱等。先行5~7点范围的腺体切割,深度尽量达前列腺包膜,再向内侧切,最后修整精阜周围腺体和整个创面。

观察组采用钬激光剝除术,患者麻醉后,连续灌输生理盐水,直视下经尿道置入剝除镜,观察尿道、前列腺各叶增生程度、双侧输尿管开口等。置入直径60 μ m直射光纤,使用时,根据具体情况调整激光频率及能量,以膀胱5~7点为起点,以沟状切面切开前列腺。精阜上缘横向切开沟状切面,将前列腺切面剝除后推入膀胱,然后在12点以光纤切开前列腺,处理右侧叶,进行止血,组织粉碎器吸出膀胱内前列腺组织。

1.3 观察指标

观察两组患者围手术期的基本情况、并发症发生情况。

1.4 统计分析

采用SPSS16.0统计软件对数据进行统计处理,计量数据以($\bar{X} \pm s$)表示,计量采用t检验,计数资料采用方差分析, $P<0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期观察对比

对两组患者围手术期一般情况观察对比,观察两组手术时长、血红蛋白下降、膀胱持续冲洗时间以及住院时间, $P<0.05$,具有统计学意义,如表1。

表1 两组患者围手术期的基本情况对比($\bar{X} \pm s$)

组别	例数	手术时长 (min)	血红蛋白 下降(g/L)	留置尿管 时长(h)	住院时长 (d)
对照组	126	60.2±11.5	1.1±0.4	66.9±21.4	11.2±2.7
观察组	110	71.3±13.6	1.7±0.8	27.1±12.5	6.2±1.4
P值	—	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

2.2 两组患者并发症发生概率对比

观察组并发症的总发生情况要低于对照组, $P<0.05$,具有统计学意义,如表2。

表2 两组患者并发症发生概率对比(n,%)

组别	例数	性功能障碍	术后大出血	尿道狭窄	尿失禁	总发生概率
对照组	126	9(7.6%)	7(5.9%)	10(8.5%)	7(5.9%)	33(28.0%)
观察组	110	6(5.1%)	1(0.8%)	4(3.4%)	6(5.1%)	17(14.4%)
P值	—	$P>0.05$	$P<0.05$	$P<0.04$	$P>0.005$	$P<0.05$

3 讨论

良性前列腺增生(BPH)是老年男性的常见病,发病率高,对生活质量影响严重,外科手术仍是治疗BPH的最有效手段。前列腺增生症的腔内治疗因其组织损伤小,疗效确切,并发症少,在临床应用广泛[5],经尿道前列腺电切术是良性前列腺增生治疗的金标准,由于并发症较多,仍存在不足之处需要不断改进[6-8]。近年来有

很多微创技术用于治疗前列腺增生,经尿道前列腺钬激光剝除术与经尿道前列腺等离子剝除术就是其中两种,对于前列腺增生患者均有较好疗效。HOLEP相比PKRP具有更小出血风险,HOLEP只需在剝除至包膜后,出血血管进行止血,而PKRP在每次腺体切割后均需止血后再次切割直至包膜。HOLEP组剝除腺体质量大于PKRP组,说明HOLEP能剝除更多的前列腺腺体。钬激光微创手术治疗逐渐应用于良性前列腺增生治疗中,这种治疗方法对患者的创伤更小[9-11],并发症的发生概率也更低,随着医疗卫生事业的不断发展,钬激光微创手术将会有非常广阔的发展空间[12-13]。

本研究显示,观察组围手术期患者的基本情况要明显优于对照组, $P<0.05$,具有统计学意义。这表明了经尿道钬激光剝除术中出血更少,患者在手术期间的安全性更高。在并发症发生概率的对比上,观察组的总发生概率要明显低于对照组, $P<0.05$,具有统计学意义。

综上所述,经尿道钬激光剝除术相比于经尿道等离子电切术的治疗效果能更好,患者受到的创伤更小,安全性更高,值得推广。

参考文献

- [1]张诚,花雪琴.前列腺增生症趋于年轻化的探讨[J].中国医学物理学杂志,2004,21(5):289-290.
- [2]顾方六.前列腺疾病(一)良性前列腺增生和前列腺癌的流行病学[J].实用医学杂志,2000,16(12).
- [3]卢智泉(综述),袁绍发(审核).良性前列腺增生的流行病学研究现状[J].国际泌尿系统杂志,2007,27(3):351-355.
- [4]吴阶平,吴阶平泌尿外科[M].山东科学技术出版社,2004.
- [5]潘家强,章展强.良性前列腺增生的腔内治疗现状与进展[J].医学综述,2011,17(10):1525-1527.
- [6]刘强,荀险峰,李建国,等.经尿道等离子与钬激光前列腺剝除术治疗良性前列腺增生的疗效比较[J].临床医药文献电子杂志,2016,20(11):1245-1247.
- [7]王成明,陶俊,曹强,等.经尿道前列腺钬激光剝除术治疗良性前列腺增生伴急性尿潴留患者的疗效和安全性分析[J].南京医科大学学报(自然科学版),2016,37(06):2013-2014.
- [8]隋广涛.经尿道前列腺钬激光剝除与前列腺汽化电切治疗前列腺增生的临床疗效比较分析[J].中国现代药物应用,2016,7(12):159-161.
- [9]Montorsi F, Naspro R, Salonia A, et al. HOLMIUM LASER ENUCLEATION VERSUS TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE: RESULTS FROM A 2-CENTER, PROSPECTIVE, RANDOMIZED TRIAL IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA[J]. Journal of Urology, 2004,172(5 Pt 1):1926-9.
- [10]Sun N, Fu Y, Tian T, et al. Holmium laser enucleation of the prostate versus transurethral resection of the prostate: a randomized clinical trial[J]. International Urology & Nephrology, 2014, 46(7):1277-1282.
- [11]镇樱树.经尿道前列腺等离子电切术与钬激光剝除术治疗BPH的创伤程度比较[J].海南医学院学报,2016,32(14):546-548.
- [12]史利华.经尿道前列腺钬激光剝除术和前列腺电切术的疗效比较[J].医学理论与实践,2015,23(08):789-791.
- [13]BasiD, Stankovi J, PotiM, et al. Holmium laser enucleation versus transurethral resection of the prostate: a comparison of clinical results.[J]. Acta Chirurgica Iugoslavia, 2013, 60(1):15-20.

院前急救使用止血药物对脑出血患者近期疗效和远期康复的影响

田源

(灌云县人民医院 222200)

【摘要】目的:分析院前急救时使用止血药物对急性脑出血患者的近期疗效和远期康复的影响。**方法:**选择灌云县人民医院2015年2月—2016年6月收治76例急性脑出血患者为研究对象,随机分为对照组36例,观察组40例。对照组患者采用常规急性脑出血院前急救治疗,观察组患者在此基础上以蛇毒血凝酶止血治疗,入院后两组患者常规治疗。比较患者颅内出血量、死亡率差异,及出院后3月、6月的NIHSS评分及ADL评分差异。**结果:**对照组患者总出血量和血肿扩大量显著高于观察组, $P<0.05$;对照组死亡率为,显著高于对照组的, $P<0.05$;在患者出院后3月、6月时间点对照组患者NIHSS评分显著高于观察组, $P<0.05$,ADL评分均显著低于观察组, $P<0.05$ 。**结论:**对脑出血患者在院前急救时便采用止血治疗可以有效提高近期治疗效果,同时对远期康复也有明显作用。

【关键词】院前急救;脑出血;近期疗效;远期康复

脑出血是指由外伤或者其他内在因素造成血管破裂而导致的脑实质内出血,血脂代谢异常、高血压及糖尿病等引起的脑血管病变是急性脑出血发生的常见病因[1]。脑出血发病急骤,病情变化凶险,以头痛、喷射性呕吐及不同程度意识障碍和大小便失禁等为主要临床表现,且致死率和致残率高,多数患者由院前急救入院。在院前急救对患者采用积极、有效的治疗措施,被认为是治疗脑出血和后期康复的关键步骤[2]。据相关报道,在院前急救的超早期使用止血药物可以有效控制颅内继续出血和改善继发其他合并症。本研究对脑出血患者在院前急救时便采用蛇毒血凝酶止血治疗,评价其对近期疗效和远期康复的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择灌云县人民医院2015年2月—2016年6月收治76例急性脑出血患者为研究对象,按照数字原则随机分为对照组36例与观察组40例。对照组:男19例,女17例,年龄:45—71岁,平均年龄63.1±12.7岁,发病到院前急救时间:0.6h—2.5h,平均:1.2±1.1h;观察组:男22例,女18例,年龄:47—70岁,平均年龄62.6±11.5岁,发病到院前急救时间:0.5h—2.3h,平均:1.3±1.0h。纳入标准:①:患者经过头颅CT或MRI检查诊断明确,均为急性发作(6h内),全部由我院急救车收治入院;②:患者为单侧基底节区出血,中度出血量(30mL—60mL),未出现严重合并

症;③:排除严重心、肝、肾、肺疾病,排除恶性肿瘤及血液系统疾病,排除凝血异常疾病。所有患者及家属均知晓本研究目的、过程及意义,签署知情同意书。两组患者在性别、年龄、出血部位和出血量等一般资料比较中无差异, $P>0.05$ 。

1.2 方法 两组患者均常规现场急救:保护患者头部及保持呼吸道通畅,检查血压、脉搏、呼吸、意识,迅速对患者进行病情判定;迅速建立静脉通道,予以吸氧、降低颅内压、控制血压等治疗;转运过程中密切注意患者并且变化,与急诊科做好沟通,随时通报病情变化。观察组在以上治疗基础上加行蛇毒血凝酶(兆科药业(合肥)有限公司,国药准字H20060895)2ku,100mL生理盐水稀释,静脉滴注。入院后完善CT、MRI及实验室等常规检查,对患者进行止血、降颅内压等对症治疗。存活患者完成治疗后均进行常规康复训练。

1.3 评价指标 ①:比较两组患者总出血量和血肿扩大量差异;②:比较患者死亡率差异;③:在出院后3月、6月采用美国国立卫生研究院制定的脑卒中评定量表(NIHSS)及日常生活活动能力量表(ADL)评分评价患者康复情况;NIHSS参照相关文献进行评分[3],其得分越高表示患者神经功能越差;ADL包括进食、移动、大小便等10个日常生活条目,每个条目10分,总分100分,得分越高表示患者生活自理能力越强。

作者简介:田源,灌云县人民医院,内科,主治医师,本科,主要从事神经内科疾病的诊断与治疗。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 进行统计学分析。计量资料以 $\bar{X} \pm s$ 描述,采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。所有结果均以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者出血量和死亡率差异 对照组患者相较于观察组患者,其总出血量和血肿扩大量都明显增加, $P < 0.05$,差异有统计学意义;对照组死亡率显著高于观察组, $P = 0.028$,差异有统计学意义。见表 1。

表 1 患者出血量和死亡率差异

组别	n	总出血量(mL)	血肿扩大量(mL)	死亡率(例,%)
对照组	36	31.3±7.2	15.1±6.5	4(11.1)
观察组	40	22.7±5.2	7.2±3.1	1(2.5)
t/ χ^2 /P		4.379/0.001	4.486/0.001	4.217/0.028

2.2 患者 NIHSS 评分及 ADL 评分比较 在治疗后 3 月和 6 月时,观察组患者 NIHSS 评分显著低于对照组, $P < 0.05$,差异有统计学意义;在治疗后 3 月和 6 月时观察组患者 ADL 评分明显高于对照组, $P < 0.05$,差异有统计学意义。见表 2。

表 2 患者 NIHSS 评分及 ADL 评分比较

组别	n	NIHSS 评分(分)		ADL 评分(分)	
		3 月	6 月	3 月	6 月
对照组	32	15.1±3.2	12.7±2.1	41.5±7.2	59.2±8.1
观察组	39	13.0±2.5	9.3±1.7	48.3±6.6	65.9±10.3
t/P		3.271/0.036	4.208/0.001	3.679/0.023	4.783/0.001

3 讨论

脑出血被认为是脑卒中最重要亚型,是脑卒中引起死亡或者致残最重要的原因。脑出血患者因为血管突然破裂而导致的脑实质内出血,常伴有突发的神经系统临床体征,而出血使得颅内高压,导致头痛、呕吐及部分状态的意识障碍发生。脑出血可分为继发性和原发性,包括性别、年龄、人群,及高血压、高血脂、糖尿病等基础疾病均是脑出血的危险因素[4]。研究显示,在脑出血发生最初的 24h 内血肿增加量超过 30% 的患者占比超过 38%,而多数患者在 3—4h 内可出现明显血肿增加的情况[5]。不能有效控制出血,血肿量增加可以压迫颅内其他神经组织,导致病情进一

步恶化。既往由于对脑出血认识不够深入,故不主张在早期使用止血药物,但是越来越多的研究发现,在早期或超早期使用止血药物对抗颅内出血是阻止血肿继续扩大的最佳方式之一,可以明显提高治疗效果和改善预后。止血治疗也成为众多神经科学者和医师研究、关注的焦点。

本研究对脑出血患者在院前急救阶段便使用止血药物,旨在以最快的速度抑制颅内继续出血。蛇毒血凝酶是一种类凝血酶样分子,由蝮蛇的毒液分离,但是不含有其他神经毒素,可以有效聚集血管破坏部位的血小板,促进纤维蛋白原降解,促进出血部位止血效应。我们的研究结果显示,在院前急救时才用蛇毒血凝酶止血治疗的观察组患者总出血量为 22.7 ± 5.2 mL,显著低于对照组的 31.3 ± 7.2 mL, $P = 0.001$,且血肿增加量也显著低于对照组, $P = 0.001$,提示院前急救时止血治疗可以有效阻止出血。在死亡率的比较中,观察组为 2.5%,而对照组却高达 11.1%, $P = 0.028$,差异有统计学意义。表明观察组患者近期疗效有明显好于对照组。

对脑出血患者而言,后期康复效果是影响其生活质量的最重要因素,随着现代人文—生物医学模式的发展,提高患者生活质量也成为疾病治疗重点方向。本研究比较了患者完成治疗后 3 月、6 月时 NIHSS 评分、ADL 评分,结果显示观察组患者 NIHSS 评分显著低于对照组、ADL 评分显著高于对照组,提示观察组患者有更好的康复效果。

综上所述,在院前急救时才有止血治疗可以明显提高脑出血患者近期疗效,并且对远期康复也有积极作用,值得临床推广应用。

参考文献

[1] Charidimou A, Pasi M, Fiorelli M, et al. Leukoaraiosis, Cerebral Hemorrhage, and Outcome After Intravenous Thrombolysis for Acute Ischemic Stroke: A Meta-Analysis (v1)[J]. Stroke, 2016, 47(9):2364—2372.
[2] Zeng Y, Zhang L, Hu Z, et al. Association of protein Z and factor VII gene polymorphisms with risk of cerebral hemorrhage: a case—control and a family—based association study in a Chinese Han population[J]. J Genet, 2016, 95(2):383—388.
[3] Wei H, Zhang T, Liu B, et al. Choriocarcinoma of unknown origin with multiple organ metastasis and cerebral hemorrhage: A case report and literature review[J]. Oncol Lett, 2016, 11(6):3749—3752.
[4] 马国胜,彭彩丽,张东,等急性重症脑出血死亡风险的多因素分析及预测[J].中华老年心脑血管病杂志,2013,15(5):540—541.
[5] Carcel C, Wang X, Sato S, et al. Degree and Timing of Intensive Blood Pressure Lowering on Hematoma Growth in Intracerebral Hemorrhage: Intensive Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Hemorrhage Trial—2 Results[J]. Stroke, 2016, 47(6):1651—1653.

血液灌流直接穿刺肱动脉效果比较

高海燕

(内蒙古兴安盟人民医院 137400)

【摘要】 血液灌流在临床上是对急性药物、毒物中毒进行抢救的主要方法,要实施血液灌流,必要的条件就是要建立有效的动脉血管通路,主要有直接穿刺法和静脉导管法两种,本文就血液灌流直接穿刺肱动脉效果进行比较。

【关键词】 血液灌流;肱动脉;直接穿刺

【Abstract】 Hemoperfusion is the main method to rescue acute drug and toxicant poisoning in clinic, To implement hemoperfusion, the necessary condition is to establish effective arterial access, there are two kinds of direct puncture and venous catheter, In this paper, the direct perfusion of blood perfusion brachial artery results were compared.

【Key words】 hemoperfusion; brachial artery; direct puncture

血液灌流在临床上是对急性药物、毒物中毒进行抢救的主要方法,主要是把患者的血液引出到体外,然后应用具有广谱解毒效应的血液灌流器,应用吸附方法对患者体内有害的代谢产物或者是外源性毒物进行清除。最后把经过净化的血液回输到患者的体内,属于一种血液净化的方法。要实施血液灌流,必要的条件就是要建立有效的动脉血管通路,临时性的血管通路主要有直接穿刺法和静脉导管法两种,静脉导管法护士不能自己单独进行操作,直接穿刺法护士可以自己独立的进行操作。本文应用直接穿刺法并选用了两种不同材料的穿刺针进行效果的比较,现将相关情况汇报如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

将本院在近年来收治的患者共计 80 例作为研究资料,其中男性患者有 45 例,女性患者有 35 例。患者的年龄为 14—66 岁,其中包括的中毒情况为:有机磷中毒、鼠药中毒、百草枯中毒、酒精中毒。将患者随机分为两组:试验组与对照组,每组患者有 40 例。将两组患者的一般资料进行比较,无显著的统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 材料

16G 套管针、16G 钢针、碘伏、消毒棉签、无菌手套、胶布、创可贴、治疗巾、一次性注射器(5ml)一个、一次性输血器一个、无菌剪刀一把。

1.2.2 方法:①制作套管针:操作者要戴无菌手套,应用无菌剪刀将 16G 钢针的针头剪下来,把无菌输血器的小接头也剪下来,应用小接头对套管针进行连接,将针头的钢针剩余部分也剪掉,应用 5ml 的注射器和末端连接起来。②穿刺的方法:试验组:患者的体位为平卧位,将上肢进行穿刺然后平放外展,让患者自然的放松,穿刺位置的下方铺上无菌治疗巾,以穿刺点为中心,将穿刺的部位进行常规的消毒处理,消毒的面积为 8cm^2 ,将套管针的帽取下来,操作者的左手食指在肘窝上 2cm 的位置能够摸到波动的肱动脉,右手拿着套管针的针柄,在离肱动脉波动明显处 0.5cm 处进针穿刺,进针的角度要依据患者局部的脂肪厚度来决定,把穿刺针上的夹子打开,在看见回血之后,并明确通畅的时候,操作者的右手将针柄固定,左手把软管送入到血管中,在肱动脉的上方 5cm 处扎上止血带,将套管针的针芯取下来,再把其余的部分连接在一起,把夹子夹住,把止血带松开,妥善的固定穿刺针,在针眼处用创可贴覆盖上。对照组:患者的肢体准备、消毒、固定方法和试验组是一样的,不同的方面是钢针穿刺见回血之后,不用用止血带捆绑,直接进行固定即可。

1.3 统计学分析

计数资料应用 χ^2 进行检验,计量资料以均数±标准差进行表示,应用 t 进行检验,以 $P < 0.05$ 为有显著的统计学意义。

2 结果

试验组患者的血流量能够达到 210—230ml 每分钟,试验组的穿刺成功率(95%)显著的大于对照组(75%),经比较,有显著的统计学意义。试验组的局部形成血肿的患者例数少于对照组,试验组穿刺时患者疼痛的情况也比对照组要轻,经比较,有显著的统计学意义。

3 讨论

3.1 直接穿刺动脉的意义

为患者实施血液灌流是暂时性的操作,时间很紧张,所以,在对患者进行抢救的时候要抓紧时间,关键的环节是建立急性血管通路。建立急性血管通路要迅速、准确、确保安全。在临床上通常应用直接导管置入较大静脉的方法来建立紧急血管通路。应用导管置入方法的缺点是:患者需要的花费较多,有重复循环,容易发生感染,患者的活动受到限制、穿刺后的并发症发生率高。护士不能自己进行操作。应用直接穿刺法的优势是:患者的经济压力小,无重复循环,不容易发生感染,在治疗结束以后患者的活动不会受到限制,护士可以自己一个人进行操作。

3.2 两种方法的比较

肱动脉是比较深的动脉,在为患者进行穿刺时完全凭着操作者触摸的准确程度与穿刺技巧进行。应用 16G 钢针进行直接穿刺操作比应用 16G 套管针操作方法简单,但是,由于钢针是比较锋利的,容易不小心刺破患者的血管,造成患者血肿的形成,并且在治疗结束之后,由于针眼是比较粗的,若压迫不准确,就容易产生皮下血肿,情况严重的会影响患者的肘关节活动。应用的 16G 套管针的针芯是较细的,在进行穿刺成功之后留在血管内的导管是比较软的,在为患者治疗的过程中,患者的肢体如果发生了无意中的活动也不会损伤血管,所以,不会形成血肿情况。在治疗后,由于针眼细,很容易对穿刺部位进行压迫,也不容易形成血肿。钢针穿刺造成血肿形成的原因:操作者的技术不熟练,护士对患者的动脉血管情况不了解,盲目的进行穿刺,使得针头在皮下盲目的寻找血管,针头是比较粗的,这样就很容易引起患者产生疼痛,血管发生收缩,穿刺时损伤血管,导致皮下出血的发生。而应用套管针就避免了钢针的一些不足。