

慢性前列腺炎的重要原因。混合感染的原因,除了部分病人为多次反复感染外,与治疗过程中抗菌药物的不规则、不合理应用有直接关系。

以往认为,细菌性前列腺炎的常见致病菌中大肠杆菌占主要地位,其他细菌则较少。但近年来,前列腺液中的细菌谱有了多元化和难治性的倾向。由表 3 可以看出,本组致病菌以革兰阳性球菌为主;其次才是革兰阴性杆菌。其中值得注意的是表皮葡萄球菌。该菌血浆凝固酶阴性,致病力弱,一般被看作男性前尿道的正常菌群。表皮葡萄球菌的致病性主要与其产生的大量粘质有关。粘质有助于延长表皮葡萄球菌的感染病程,同时对机体的免疫应答起抑制作用,因此它引起的感染有病程长的特殊性。刘培跃、山长武等报道表皮葡萄球菌已成为慢性前列腺炎的主要致病菌^[5,6]。本组表皮葡萄球菌检出率为 37.0%,与其结果基本一致,可能与抗生素的不合理应用造成或加重菌群失调,使表皮葡萄球菌的感染上升有关。

临床上几乎所有前列腺炎患者均使用抗生素治疗,但抗生素对大部分慢性前列腺炎却无效或疗效差,甚至有明确病原菌的前列腺炎,抗生素治疗也未必有效^[7]。究其原因,除了前列腺解剖结构的特殊性以外,病原体的多样也是一个重要原因。本组所检出的 6 种病原体各有各的抗菌谱,每种病原体的耐药菌株又不断增加。有报道,UU、MH 对四环素、红霉素的耐药率达 27%~66%^[8],本组

3 种主要致病菌对 8 种临床常用抗生素的耐药也达相当高的程度。而频繁盲目使用抗生素又会引起新的耐药菌株产生,加重菌群失调,使病人对治疗丧失信心,加大治疗难度。本组 54 例细菌感染中,37 例为混合感染,与滥用抗生素所致的菌群失调不无关系。

参考文献

- 1 叶应妩,王毓三主编 全国临床检验操作规程 第 2 版 南京:东南大学出版社,1997 437~575
- 2 洪伟平,林观平,柯水源,等 性传播性尿道炎后慢性前列腺炎,中华泌尿外科杂志,2002;23(5) 299
- 3 Meares EM. Prostatitis Med Clin North Am, 1991; 75 405~423
- 4 Holmes KK, M srdh PA, Sparling PF, et al Sexally Transmitted. New York: M cgraow-Hill Press, 1990 181~193
- 5 刘培跃,徐欣昌,代俊合,等 性病患者葡萄球菌感染耐药性分析 陕西医学杂志,2002;31(6) 515
- 6 山长武,曹 卉 表皮葡萄球菌所致慢性前列腺炎特殊性的研究 中国现代医学杂志,1997;7(5) 15
- 7 Roberts RO, Lieber MM, Bostw ick DG, et al. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes. U rology, 1997; 49 809
- 8 何 涛,袁红瑛,王 勇 宫颈分泌物解脲支原体和人型支原体药敏结果比较 中国综合临床,2002;18(1) 85

(收稿:2002-10-22)

经皮穿刺注射乙醇治疗精液囊肿 32 例疗效分析

河南省濮阳市人民医院泌尿外科(濮阳 457000) 杜 斌 朱小丽 石奇刚

摘 要 目的:评价经皮穿刺注射 95% 乙醇治疗精液囊肿的安全性和疗效。方法:对 32 例精液囊肿进行囊肿穿刺注射 95% 乙醇治疗,囊肿直径为 3.6~9.2cm,治疗后通过体检和 B 超检查随访。结果:32 例中 29 例得以随访,平均随访时间为 56 个月,治愈 9 例,显效 11 例,有效 6 例,无效 3 例,有效率为 89%。均未出现并发症。结论:经皮穿刺注射硬化剂 95% 乙醇治疗精液囊肿是一种创伤较小、简单安全、比较有效的治疗方法。

关键词 囊肿/诊断 囊肿/药物治疗 醇,乙/治疗应用 穿刺术/利用

精液囊肿是阴囊内常见病变,多见于男性青壮年,传统治疗方法为手术切除^[1]。精液囊肿位置表浅,经皮穿刺容易,适于穿刺治疗。但单纯囊肿

穿刺囊肿复发率高,所以穿刺后需注射硬化剂使囊壁硬化,应用此方法患者痛苦小,费用低。95% 乙醇是一种被广泛应用、安全有效的硬化剂^[2],我

院于 1993 年 10 月至 2001 年 10 月经皮穿刺注射 95% 乙醇治疗精液囊肿 32 例, 现分析报告如下。

资料与方法

1 临床资料 本组精液囊肿 32 例, 囊肿直径 3.6~9.2cm, 其中右侧 19 例, 左侧 13 例, 年龄 23~72 岁, 平均 53 岁。其中 20 例表现为患侧阴囊坠胀, 12 例无任何症状, 无意中发现囊肿就诊。临床评价包括病史、体检和阴囊透光试验, 所有患者进行阴囊 B 超检查, 证实为精液囊肿。需要再生育、合并同侧腹股沟疝以及同时存在阴囊内其他病变者不适于硬化治疗。部分患者因有症状就诊, 部分患者无意中发现囊肿, 因心理压力较大要求治疗。治疗前告知患者可能存在的副作用并征得患者同意。

2 治疗方法 囊肿穿刺均在门诊进行, 阴囊无须备皮, 安尔碘消毒阴囊皮肤, 助手轻轻挤压固定囊肿, 同时用高亮度的纤维光源照射囊肿, 以利准确穿刺。应用 7 号头皮针进行囊肿穿刺, 头皮针连接三通接头, 三通接头管末端连接 60ml 注射器。记录穿刺液的量, 标本送常规、生化、细菌培养和细胞学检查, 以排除感染和肿瘤, 证实精子的存在。囊液抽净后, 向囊内注入相当于 20%~25% 囊液量的 95% 乙醇, 最大用量为 100ml, 内加 2% 利多卡因 5ml, 拔除头皮针后轻压阴囊穿刺点, 干燥敷料包扎 24h。穿刺前无须麻醉, 治疗后也无须止痛药物。患者均预防性应用诺氟沙星胶囊 200mg, 每日 3 次口服, 连用 3d。第 1 次治疗无效时, 6 个月后进行第 2 次穿刺。治疗后 3 个月、6 个月、12 个月时各复查 B 超 1 次, 以后每 12 个月复查 B 超 1 次。

3 疗效判断 随访时根据体检和 B 超检查确定治疗效果, 囊肿消失或直径小于 1cm 为治愈, 囊肿直径缩小 50% 以上为显效, 囊肿直径缩小不足 50% 为有效, 治疗前后囊肿大小无明显变化为无效。

结果

32 例患者中 29 例获得随访, 随访时间 10~96 个月(平均 56 个月)。治愈 9 例, 显效 11 例, 有效 6 例, 无效 3 例, 有效率为 89%。2 例患者第 1 次治疗后效果不佳, 要求开放手术。6 例第 1 次治疗失败后进行第 2 次治疗, 治愈 1 例, 显效 2 例, 有效 2 例, 1 例第 2 次穿刺硬化治疗后效果不佳

改行手术切除。

治愈和显效占患者总数的 69% (20/29), 多数患者对治疗感到满意。穿刺后患者均未出现血肿、局部感染和炎症等并发症, 治疗过程均在 10min 以内完成, 患者治疗后不影响正常活动。

讨论

传统精液囊肿的治疗方法为手术切除, 但手术可能会引发阴囊水肿、血肿和感染等并发症, 手术需要区域或局部麻醉, 费用相应增加。经皮穿刺注射硬化剂治疗囊肿已有几十年的历史, 近年来由于硬化剂的应用, 疗效明显提高, 囊肿复发率下降, 使这一方法得到进一步推广。精液囊肿经皮穿刺创伤小, 穿刺容易, 病人能很好耐受, 无须住院, 费用较低。治疗过程简单, 患者痛苦小, 治疗后就可开始正常活动。治疗前无须麻醉, 治疗后也无须止痛药物。

本组穿刺硬化疗法有效率为 89%, 和其他作者报道结果相似^[3], 多数患者对治疗感到满意, 穿刺硬化疗法的效果只是稍低于传统的手术切除。第 1 次治疗失败后可重复治疗, 重复穿刺治疗并未增加患者的并发症和痛苦, 费用也未明显增加。精液囊肿是一种良性病变, 确定治疗方案前医生应当告知患者各种治疗方式的优缺点, 以利患者选择治疗方式。我们治疗的体会是没有必要过度稀释硬化剂, 应用相对小量和高浓度的硬化剂可能会增强疗效, 尤其是在治疗较大囊肿时, 注入大量的硬化剂可能会影响囊壁的粘连和融合。穿刺过程中应用大功率的纤维光源照射囊肿有助于准确穿刺及避免损伤睾丸, 可将纤维导光索放入无菌手套, 利于操作。

为了提高和维持经皮穿刺注射硬化疗法的疗效, 有多种硬化剂和不同的用药方法在临床上使用, 如乙醇胺、纤维蛋白胶、四环素和滑石粉等^[4~6], 多数取得满意的效果, 但现仍有待寻找一种效果更好、副作用小的硬化剂。

95% 乙醇有较好的硬化作用, 毒副作用较小, 可以灭活囊壁的分泌细胞, 使囊壁细胞脱水、蛋白凝固变性, 失去分泌功能, 预防囊肿复发, 同时乙醇可以使囊壁纤维组织增生, 并产生无菌性炎症, 导致囊壁粘连、闭合、消失^[2]。经皮穿刺注射硬化剂 95% 乙醇治疗精液囊肿是一种创伤小、简单安全、费用低和较有效的方法。

参考文献

- 1 Tanagho-Emil A. Smith's general urology. California: McGraw-Hill Companies Inc, 2000 688~ 689
- 2 柳伟明 无水乙醇的临床新用途 医师进修杂志, 2002; 25(6) 58
- 3 Fracchia J, Amenacas N, Kohan A. Cost-effective hydrocele ablation J Urol, 1998; 159(1) 864
- 4 Cecchi M, Sepich C, Pagni G, et al Painless treatment of hydrocele EMLA cream anesthesia and fibrin adhesive sclerotherapy. Int Urol Nephrol, 1997; 29(2) 457
- 5 Daehlin L, Tonder B, Kapstad L. Comparison of polidocanol and tetracycline in the sclerotherapy of testicular hydrocele and epididymis cysts Br J Urol, 1997; 80(2) 468
- 6 Yemaz U, Tatlisin A, Ekmekcioglu O. Talc sclerotherapy for hydroceles Br J Urol, 1998; 82(2) 440

(收稿: 2002-09-12)

糖尿病患者血液流变学分析

延安大学医学院病理生理学教研室(延安 716000) 王圣巍

摘要 目的: 探讨糖尿病患者血液流变学异常变化的特点及机制。方法: 对 40 例 2 型糖尿病患者与 44 例健康体检者进行血液流变学常规检测, 分析其异常特点及形成机制。结果: 糖尿病患者血液流变学异常主要表现为红细胞变形性降低、聚集性增强、血液粘度增加, 与对照组相比有显著性差异。结论: 增强红细胞变形能力、降低红细胞聚集性从而改善微循环是减少并发症的重要措施之一。

关键词 糖尿病/血液 血液粘度/分析 红细胞, 异常/分析

血液流变学是研究血液流动性、粘稠性、凝固性和变形性及其影响因素的新兴学科, 已广泛应用于医学临床领域。其异常主要表现为血液粘度的增高, 从而对血液循环, 尤其是对微循环产生显著影响。糖尿病(Diabetes mellitus, DM) 微血管病变是 DM 各种并发症的病理基础^[1]。慢性并发症是糖尿病患者致残和死亡的重要原因^[2]。

资料与方法

1 一般资料 实验组: 根据 1999 年 WHO 的诊断标准, 选择 2 型糖尿病患者 40 例为研究对象, 其中男 26 例, 女 14 例, 平均年龄 56.93 ± 9.95 岁。对照组: 选择同期健康体检者 44 例, 未发现心、肺、肝、肾等疾病, 其中男 34 例, 女 10 例, 平均年龄 55.73 ± 10.84 岁。

2 方法 清晨空腹肘静脉取血, 在 2h 内完成血液流变学各项指标的测试。粘度测量: 采用北京中勤世帝科学仪器有限公司生产的 R80A 全自动血液粘度仪测不同切变率的全血粘度(切

变率分别选择为 200/s, 30/s, 5/s, 1/s)、血浆粘度; 魏氏法测血沉(ESR), 温氏法测红细胞压积(HCT); 全血还原粘度、全血相对粘度、红细胞聚集指数等, 均通过公式计算, 由电脑给出。

3 统计学处理 实验数据用 $\bar{x} \pm s$ 来表示, 组间比较采用 *t* 检验。

结果

糖尿病患者与正常对照组血液流变学测定结果见附表。可见, 除红细胞压积、血浆粘度与对照组无明显差异($P > 0.05$)外, 糖尿病患者在高中、低各种切变率下的全血粘度, 全血高切、低切还原粘度, 全血高切、低切相对粘度, 血沉方程 K 值、红细胞聚集指数与对照组相比有显著性差异($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$); 红细胞刚性指数、红细胞变形指数与对照组相比, 差异非常显著($P < 0.01$); 说明糖尿病患者血液流变学改变呈低变形性、高粘滞、高聚集的特点。