

担<sup>[4]</sup>。以往有研究表明,机体的免疫功能与结肠癌的发生发展有关,当人体免疫功能低下的时候,发病的风险会明显增加,而免疫功能抑制则会对患者的预后造成不良的影响<sup>[5]</sup>。

术后疼痛已成为评价医疗服务质量的指标,人体存在不同的疼痛调节,当患者进行结肠癌根治术时,无可避免会对组织造成损伤。尤其是术后疼痛,神经递质与受体结合从而导致患者疼痛,随着手术时间、切口、疼痛忍受程度等因素有关,以往认为术后疼痛不会对患者造成较大的影响,但最新研究发现,严重的疼痛会加大人体氧气的消耗、心肌缺血及引发各种并发症,不利于预后恢复。手术伤口及炎性介质会释放酶化合物,增加疼痛敏感性,右美托咪啶具有半衰期短、用量少等特点,经皮下注射或肌注后可快速吸收,在1h内可到达峰值,具有有效的镇痛作用,且可与其他镇静麻醉药物搭配使用,具有协同、增强镇痛作用。在李爱国<sup>[6]</sup>等作者的研究中表明,右美托咪啶作用于皮层下蓝斑核,可降低交感神经活性,保护神经系统,减少不良反应。右美托咪啶能够抑制儿茶酚胺分泌,由体内广泛代谢后随尿液排出作用于交感神经突触前膜 $\alpha_2$ 受体<sup>[7]</sup>。本研究显示,采用联合右美托咪啶治疗的患者各时间段VAS评分显著优于采用利多卡因治疗的患者。说明了联合右美托咪啶可加强镇痛效果,抑制交感活动效应,减轻术后疼痛,促进预后恢复。本研究通过对两组围术期间的观察发现,采用右美托咪啶治疗的患者不良反应总发生率更低。说明了联合右美托咪啶可降低疼痛带来的并发症,减轻患者的坦痛苦,提高术后生活质量,安全有效。

通过患者自主呼吸恢复时间、苏醒时间可分析麻醉药物的镇静效果,在麻醉苏醒期,躁动会造成生命体征波动,稳定的生命体征与躁动、应激反应、炎症反应有关。本研究显示,采用联合右美托咪啶治疗的患者苏醒时间、第一次排气时间、自主呼吸恢复时间、进食普通食物时间、拔管时间,SBP、DBP、MAP指标更佳。说明了联合右美托咪啶能够提高稳定生命体征、减少躁动程度、避免延长苏醒时间。

腹部手术会造成胃肠动能改变,使胃肠道内容物无法有效传输,从未导致肠麻痹。基础研究表明<sup>[8]</sup>,

肠麻痹是腹部手术后的常见并发症,与胃肠道激素、炎性介质以及自主神经兴奋有关,虽然微创手术可减轻对患者胃肠道的损伤,但仍不可避免引起气腹,可引发肠麻痹。因此,减轻手术应激反应,缩短肠麻痹时间具有重要的意义。右美托咪啶在辅助镇静中,可减少麻醉药物的用量,可增强其他麻醉药物的镇痛效果,减轻手术刺激,减轻麻醉药物对肠道抑制。本研究显示,采用右美托咪啶的患者第一次排气时间、进食普通食物时间、肠鸣音恢复时间均更低。说明了右美托咪啶能减轻对于患者的创伤,缩短肠麻痹时间,促进胃肠动力恢复。

综上所述,右美托咪啶对结肠癌根治术后的镇痛效果显著,能够提高镇痛镇静作用,减少生命体征波动,可促进胃肠道功能更快恢复,减少不良反应。

#### 【参考文献】

- [1] 邢宝成,李晓华,赵辉,等.右美托咪啶辅助舒芬太尼用于结肠癌术后静脉镇痛对SIRS评分影响[J].中国老年学杂志,2015,35(11):3133~3134.
- [2] Huang L, Zhang S, Zhou J, et al. Effect of resveratrol on drug resistance in colon cancer chemotherapy[J]. RSC Advances, 2019, 9(5):2572~2580.
- [3] 周斌,肖凡,陈勇,等.围术期应用右美托咪啶对结肠癌根治术后肠麻痹的影响[J].临床麻醉学杂志,2016,32(04):328~332.
- [4] 陈裕强.右美托咪啶联合舒芬太尼应用于结肠癌术后的镇痛效果[J].检验医学与临床,2016,13(08):1057~1059.
- [5] 康清杰,向征.结肠癌筛查和诊疗的研究进展[J].重庆医学,2015,44(28):4001~4003.
- [6] 李爱国,陈治军,蒋奕红,等.右美托咪啶复合罗哌卡因在结肠癌术后镇痛的应用及其对患者免疫功能的影响[J].肿瘤药学,2018,8(02):179~183.
- [7] Jurowich C, Lichthardt S, Matthes N, et al. Comparison of conventional access routes for right hemicolectomy in colon cancer—data from the DGAV StuDoQ registry[J]. International Journal of Colorectal Disease, 2019, 34(1):161~167.
- [8] 唐珩,张培俊,李艳华,等.利多卡因联合帕瑞昔布在老年人腹腔镜结肠癌根治术中的应用[J].世界华人消化杂志,2014,22(14):2059~2063.

【文章编号】1006-6233(2019)08-1394-04

## 阴道镜检查 and 颈管内膜刮取术在 HSIL 诊断中的应用研究

尹东辉, 孙云霞, 杨 洁

(安徽省宣城市人民医院妇科, 安徽 宣城 242000)

【基金项目】安徽省自然科学基金项目,(编号:091413117)

【通讯作者】孙云霞

**【摘要】目的:**研究阴道镜检查与颈管内膜刮取术在高级别子宫颈病变(HSIL)诊断中的应用价值。**方法:**选取我院门诊2017年1月至2018年1月就诊的68例可疑HSIL患者,均进行阴道镜检查及颈管内膜刮取术,用宫颈环形电切术治疗的病理结果为黄金标准。分析阴道镜检查与颈管内膜刮取术在宫颈上皮内瘤变(CIN)诊断中的价值。**结果:**术后病变诊断CIN I病变16例、CIN II病变24例、CIN III病变18例及浸润性癌病变10例;阴道镜与颈管内膜刮取术诊断CIN I病变10例、CIN II病变20例、CIN III病变22例及浸润性癌病变6例,阴道镜检查与颈管内膜刮取术诊断结果和术后病理诊断结果的相符率为73.53%(50/68),不符合者为26.47%(18/68),诊断过度者为5.88%(4/68),诊断不足者为20.59%(14/68)。阴道镜检查与颈管内膜刮取术和术后病理对CIN I、CIN II、CIN III及浸润性癌的诊断比较无统计学差异( $P>0.05$ )。**结论:**阴道镜检查与颈管内膜刮取术为防治子宫颈癌变的重要手段,能够一定程度的增加病理活检准确性,为其临床治疗提供可靠依据。

**【关键词】** 高级别子宫颈病变; 阴道镜; 颈管内膜刮取术; 诊断

**【文献标识码】** A **【doi】**10.3969/j.issn.1006-6233.2019.08.043

## Application of Colposcopy and Endocervical Scraping in the Diagnosis of HSIL

YIN Donghui, SUN Yunxia, YANG Jie

(Xuancheng People's Hospital, Anhui Xuancheng 242000, China)

**【Abstract】Objective:** To study the value of colposcopy and endocervical curettage in the diagnosis of high-grade cervical lesions (HSIL). **Methods:** 68 suspected HSIL patients from January 2017 to January 2018 were selected from outpatient clinic of our hospital, all performed colposcopy and endocervical scraping, the pathological results of the hysterectomy were the gold standard. To analyze the value of colposcopy and endocervical scraping in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia (CIN). **Results:** 16 cases of CIN I lesions, 24 cases of CIN II lesions, 18 cases of CIN III lesions and 10 cases of invasive cancer lesions were diagnosed by postoperative lesions. 10 cases of CIN I lesions, 20 cases of CIN II lesions, 22 cases of CIN III lesions and 6 cases of invasive cancer were diagnosed by colposcopy and endotracheal curettage. The coincidence rate between colposcopy and endoscopic scraping was 73.53% (50/68), and non-conformity was 26.47% (18/68), of which were over-diagnosed 5.88% (4/68), under-diagnosed 20.59% (14/68). colposcopy examination and neck lining scrape intraoperative and postoperative pathology of CIN I, CIN II, CIN III and invasive cancer diagnosis is no statistical difference ( $P>0.05$ ). **Conclusion:** Colposcopic examination and endocervical curettage are important means to prevent and treat cervical cancer, which can increase the accuracy of pathological biopsy to a certain extent and provide reliable basis for clinical treatment.

**【Key words】** High grade cervical lesions; Colposcope; Endocervical curettage; Diagnosis

子宫颈病变是发生于宫颈区域的的常见妇科疾病,子宫颈受到生育、内分泌等影响容易出现感染及损伤,其中高级别子宫颈上皮内瘤变(HSIL)可能发展为宫颈癌,影响临床预后。相关研究已表明<sup>[1]</sup>,尽早发现HSIL可指导临床手术介入,降低宫颈癌发病率。阴道镜检查为宫颈病变筛查的重要方式,通过充分暴露并放大阴道及宫颈,发现和癌变相关的异型血管及异型上皮,对可疑部位进行定位活检,指导临床管理<sup>[2]</sup>。阴道镜下活检为既往宫颈上皮内瘤变(CIN)诊断的黄金标准,但近年来有研究发现其敏感性相对较低,认为其存在一定程度的估计过度或者不足<sup>[3]</sup>。宫颈管内膜刮取术在内生型宫颈癌中的价值已得到临床认可,但如何将其和阴道镜结合以尽可能的减轻患者损伤,提高诊断准确率,仍需进一步探讨。本研究旨在分

析阴道镜检查与颈管内膜刮取术在HSIL诊断中的价值。以指导临床实践。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料:**选择我院门诊2017年1月至2018年1月收治的68例可疑HSIL患者,纳入标准:因接触性出血、阴道不规则流血、白带异常等症状就诊,人乳头瘤病毒(HPV)及液基细胞学检查异常;有性生活史;宫颈完整,均行阴道镜及颈管内膜刮取术治疗;非哺乳或者妊娠阶段。排除标准:急性生殖道炎症;妇科手术史;近期内采用性激素药物治疗;阴道镜检查禁忌症。所有患者年龄22~58岁,平均(43.11±8.20)岁;平均孕次(5.43±1.12)次;平均产次(3.21±0.85)次。

**1.2 方法:**所有患者均在月经干净后4~7d内进行检查,于检查前24h内禁止阴道上药、冲洗及性交等操

作。嘱患者检查前排空膀胱,取截石位,采用窥阴器充分显露宫颈。取生理盐水擦拭宫颈内分泌物,初步观察阴道穹窿区、转化区和宫颈阴道区。于宫颈涂抹适量5%冰醋酸溶液,查看有无醋白上皮、点状血管等异常现象,于阴道镜下查看宫颈内异常图像部位(镜下无可疑病变则常规在磷柱交界3、6、9、12点取组织活检),随机选择1~4个点进行阴道活检。同时采用宫颈管刮取术,选择5号刮勺,宫颈管刮取深度为1~2cm,及时对刮取内膜组织进行病理检测。均于颈管内膜刮取术后1个月内进行宫颈环形电切术(LEEP)治疗。

### 1.3 观察指标

**1.3.1 病理诊断标准:**病变在鳞状上皮下1/3,细胞核核分裂象和异型性较轻微为CIN I;细胞核核分裂象和异型性和为鳞状上皮下2/3,细胞核核分裂象及异型性和重于CIN I为CIN II;病变侵及鳞状上皮上1/3,核分裂象增加,细胞核异型显著,可见不典型的核分裂象为CIN III。CIN I为低级别宫颈上皮内瘤变(LSIL),CIN II、CIN III及浸润性癌为HSIL。以LEEP术的病理结果为诊断金标准,比较阴道镜和颈管内膜刮取术诊断结果。

**1.3.2 阴道镜图像诊断:**①正常阴道镜所见:包含成熟鳞状上皮、转化区上皮、柱状上皮及萎缩鳞状上皮。②异常阴道镜所见:厚、薄醋白上皮,粗细点状血管,白斑,粗细镶嵌,异型血管,溃疡和碘不染区等。③可疑癌:脆性血管、非典型血管、病变表层不规则,坏死性溃

疡,外生型病变,肿瘤或者新生肿瘤物,加入醋酸后在短时间内产生浓密性的黄白色或者灰白色,并维持较长时间;碘试验呈阴性。④其他:息肉、湿疣、宫颈治疗后的变形、狭窄、疤痕、扭曲、黏膜脆性增加、宫颈内异症等改变。HSIL阴道镜图像表现:病变边界轮廓分明、锐利,醋酸白上皮污浊、浓厚、不透明呈灰色或者牡蛎白色,出现快,消失慢;点状、粗大血管和镶嵌;碘试验多数为阴性,可为芥末黄色或者亮黄色,病变累及腺体时醋白上皮能够遮盖柱状上皮。

**1.4 统计学分析:**数据处理选用SPSS18.0进行,用n(%)表示计数资料,比较用KaPPa检验,计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示,选用t检验,P<0.05表示差异有统计学意义。

## 2 结果

阴道镜检查与颈管内膜刮取术和术后病理比较:术后病变诊断CIN I病变16例、CIN II病变24例、CIN III病变18例及浸润性癌病变10例;阴道镜与颈管内膜刮取术诊断CIN I病变10例、CIN II病变20例、CIN III病变22例及浸润性癌病变6例,阴道镜检查与颈管内膜刮取术诊断结果和术后病理诊断结果的相符率为73.53%(50/68),不符合者为26.47%(18/68),诊断过度者为22.22%(4/18),诊断不足者为77.79%(14/18)。阴道镜检查与颈管内膜刮取术和术后病理对CIN I、CIN II、CIN III及浸润性癌的诊断比较无统计学差异(P>0.05),见表1。

表1 阴道镜检查与颈管内膜刮取术和术后病理比较 n(%)

组别	CIN I	CIN II	CIN III	浸润性癌
术后病理诊断	16(23.53)	24(35.29)	18(26.47)	10(14.71)
阴道镜与颈管内膜刮取术	10(14.70)	20(29.41)	22(32.35)	6(8.82)
K			0.816	
P			0.809	

## 3 讨论

CIN是一组和宫颈浸润癌紧密相关的癌前病变,多发生于性生活活跃期或者绝经前期,主要表现为阴道排液增加,接触性出血,能够反映宫颈癌发生发展中的变化,其中HSIL具有癌变可能,可进展至宫颈癌<sup>[4]</sup>。早期通过及时诊治可有效抑制HSIL癌变,对降低宫颈癌发生,改善患者预后具有重要价值。传统细胞学检查在宫颈癌防治中起到重要作用,但近年来研究表明取样器、涂片方式和固定方法对其结果均有一定影响,其采用刮板取材难以收集鳞状交界细胞,且涂

片时所转移的细胞无随机性,多数可遗留在取样器上,加上宫颈细胞、血细胞及分泌物的重叠,破坏细胞形态,导致涂片背景过厚、不清晰等。随着医学技术的进步,宫颈液基薄层细胞学检查已成为宫颈癌实用、简单及经济的筛查方法,其在取材方法和标本制作上进行了改进,可提供足够量标本,改善涂片质量,但其无法定位,假阴性率较高。

阴道镜作为一种特殊放大镜,通过强光源照射扩大宫颈阴道部上皮组织,图像具有近聚、远聚、缩小等功能,可发现肉眼难以查看的微小病变,对可疑部位进

行定点活检,并结合病理学检查进行诊断,有利于增加对宫颈病变判断的准确性,为疾病早期诊治提供参考依据。阴道镜检查的操作简便,重复性高,患者无痛苦,能够保留高质量的图像资料,便于临床对比分析和会诊,可作为诊断宫颈癌前病变及宫颈癌,和动态观察病变进展的重要手段。临床研究表明<sup>[5]</sup>,准确分析阴道镜图像,能够提高阴道镜检查相符率。醋白上皮是CIN最常见图像特征,可客观反映出CIN由低级进展至高级的趋向发展,分级越高的CIN醋白上皮越明显,还可出现异型性血管交叉、重叠和镶嵌等情况<sup>[6]</sup>。但有研究发现<sup>[7]</sup>,阴道镜表现较差者更容易定位到最严重部位,同时阴道镜下活检难以发现宫颈管内病变,无法获得足够的宫颈组织,加上医生的主观经验可能对诊断有所影响,存在一定的局限性。阴道镜检查难以正确评估宫颈情况,转化区可能转移至宫颈管内,活检时可能无法准确定位至严重区域,一定程度的影响活检结果,因此对于此类患者临床推荐颈管内膜刮取术。其在宫颈癌前病变及宫颈癌诊断中有重要价值,可方便快捷的采集宫颈管内病变组织,从而弥补阴道镜活检取材不全的不足。阴道镜联合颈管内膜刮取术能够提高临床对宫颈病变的诊断结果。术后病理诊断为HSIL的黄金诊断标准,本研究发现,阴道镜与颈管内膜刮取术和术后病理诊断结果的相符率为78.09%,其中诊断不符率为21.91%,说明阴道镜联合颈管内膜刮取术对CIN病理分级有一定诊断价值,但仍存在一定的不足。分析其原因考虑和阴道镜下活检取材部位相对较为表浅,难以准确判断CIN浸润情况和腺体累

计深度,因此临床仍需进行术后病理的进一步确诊,尽可能的降低宫颈癌发生风险。

综上所述,阴道镜检查与颈管内膜刮取术为防治子宫颈癌变的重要手段,能够一定程度的增加病理活检准确性,为其临床治疗提供可靠依据。本研究纳入样本量有限,结果缺乏代表性,有待更多大规模、多中心研究进一步分析。

#### 【参考文献】

- [1] 闫占春,葛艳云,欧阳林,等.高危型人乳头状瘤病毒的病毒负荷量与宫颈癌及宫颈上皮内病变的关系[J].中国肿瘤临床与康复,2017,24(9):1091~1093.
- [2] 李翠梅,刘宁侠,高艳娥,等.电子阴道镜在宫颈上皮内瘤变诊治中的应用价值研究[J].中国临床研究,2016,29(3):363~365.
- [3] 丁丁,孔为民,韩超.阴道镜下多点活检联合宫颈管搔刮诊断高度鳞状上皮内病变的临床价值分析[J].检验医学与临床,2017,14(4):495~496.
- [4] 胡萍,胡敏.经阴道彩色多普勒超声联合阴道镜诊断早期宫颈癌及癌前病变的价值[J].山西医药杂志,2016,45(8):903~904.
- [5] 陈燕,江维,曾四元,等.阴道镜活检对宫颈低级别鳞状上皮内病变(CIN1)的诊断分析[J].实用癌症杂志,2016,31(11):1818~1821.
- [6] 张良琴,吴冬梅.高级别宫颈上皮内瘤变阴道镜下宫颈征象证特点研究[J].中国医药,2017,12(2):280~284.
- [7] 何晓明,尤志学,朱岩,等.阴道镜直视下宫颈活检诊断CIN II中漏诊CIN II以上病变的研究及意义[J].现代妇产科进展,2016,25(7):481~486.

【文章编号】1006-6233(2019)08-1397-04

## 接受CRRT的1型心肾综合征患者的预后及影响因素分析

高青豹, 戴喜明, 陈鹏, 林滢雪

(海南省三亚市人民医院, 海南 三亚 572000)

**【摘要】目的:** 研究分析连续性肾脏替代治疗(CRRT)对1型心肾综合征(CRS)患者的预后并对其影响因素。**方法:** 回顾性收集2017年7月至2018年9月我院收治的1型心肾综合征患者66例。根据住院期间死亡与否分为生存组31例,死亡组35例。分别对比两组患者各项临床指标、实验室检查指标、治疗参数以及左室射血分数水平,并作多因素Logistic回归分析。**结果:** 生存组诊治间隔为(3.2±0.8)d,低于死亡组的(5.1±1.2)d,具有显著性差异(P<0.05)。生存组谷丙转氨酶、总胆红素、血肌酐水平均低于死亡组,且具有显著性差异(均P<0.05)。生存组左室射血分数为(60.4±10.3)%,高于对照组的(50.7±9.2)%,具有显著性差异(P<0.05)。经多因素Logistic回归分析发现,诊治间隔是影响CRRT治疗1型心肾综合征患者死亡的危险因素,而左室射血分数为保护因素。**结论:** CRRT对1型CRS患者的预后较差,其中诊治间隔是患者死亡的独立危险因素,而左室射血分数是保护因素。

**【关键词】** 心肾综合征; 连续性肾脏替代治疗; 死亡; 影响因素

【文献标识码】 A

【doi】10.3969/j.issn.1006-6233.2019.08.044