

# 不同手术方法治疗CIN III期合并高危型HPV阳性患者临床效果观察

金晶

宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)是常见的一种疾病,流行病学调查显示其发病率呈不断上升趋势,且呈年轻化趋势,严重影响人们身心健康和生活质量<sup>[1]</sup>。高危型人乳头瘤病毒(human papillomavirus, HPV)感染是致使CIN和宫颈癌的首要致病因素<sup>[2]</sup>。目前,临床上对于CIN合并高危型HPV阳性主要采用不同手术方法治疗,但其临床效果不一<sup>[3]</sup>。本次研究探讨不同手术方法治疗CIN III期合并高危型HPV阳性患者临床效果,旨在为临床治疗提供一定参考意义。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选自2014年1月至2015年6月绍兴市嵊州市人民医院收治的CIN III期合并高危型HPV阳性患者78例,其中年龄24~40岁,平均年龄(31.67±3.51)岁;妊娠次数2~6次,平均(3.06±0.57)次。入组标准:①已婚妇女;②宫颈组织病理证实为CIN III期,且证实为高危型HPV阳性;③均已经医院伦理委员会审核,且入组患者均签订知情同意书。排除标准:①合并严重系统性疾病;②合并肺、肾、肝等功能异常者;③子宫恶性病变者;④精神疾病者;⑤哺乳期或妊娠期妇女。按照不同手术方法分为宫颈环形电切术组39例与宫颈冷刀锥切术组39例。宫颈环形电切术组年龄24~40岁,平均年龄(31.27±3.45)岁;妊娠次数2~5次,平均(3.02±0.54)次。宫颈冷刀锥切术组年龄25~39岁,平均年龄(32.03±3.56)岁;妊娠次数2~6次,平均(3.10±0.61)次。两组患者的年龄、妊娠次数比较,差异均无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

1.2 方法 宫颈环形电切术组于患者月经干净后3~7 d行宫颈环形电切术治疗。应用宫颈环形电切

术高频电刀,电凝功率为30~40 W,频率为3.8 MHz。取患者膀胱截石位,给予患者常规消毒铺巾,阴道内窥器充分暴露宫颈,采用卢戈氏碘液和5%醋酸涂抹宫颈,确定患者病变范围。然后再于患者病灶外缘3~5 mm处进出电极,由宫颈下唇进刀,切除部分宫颈,按照患者病变范围和程度决定切除的宫颈深度。术后口服消炎止血药。宫颈冷刀锥切术组:于患者月经干净后3~7 d行宫颈冷刀锥切术治疗。取患者膀胱截石位,采用腰-硬联合麻醉,给予患者常规消毒铺巾,暴露宫颈部,宫颈间质注射稀释的肾上腺素,然后再采用2%复方碘溶液涂抹宫颈表面,在宫颈部碘不着色区以外0.5 cm处由浅入深作一圆锥形切除,锥高1.5~2.5 cm,锥底宽1.5~3.5 cm。电凝止血,可吸收线缝合及阴道填塞纱布压迫48 h后再取出。

1.3 观察指标 ①观察两组患者手术时间、切口愈合时间、术中出血情况;②观察两组术后并发症发生情况;③观察两组患者治疗后6个月和12个月HPV-DNA转阴情况。HPV-DNA转阴标准:治疗前HPV感染,且经治疗后复查HPV-DNA为阴性。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。计量资料采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组手术情况和术后并发症发生情况比较见表1

由表1可见,宫颈环形电切术组手术时间短于宫颈冷刀锥切术组,切口愈合时间快于宫颈冷刀锥切术组,术中出血量少于宫颈冷刀锥切术组,差异均有统计学意义( $t$ 分别=18.06、11.45、17.14,  $P$ 均<0.05)。宫颈环形电切术组术后并发症发生率低于宫颈冷刀锥切术组,差异有统计学意义( $\chi^2=4.52, P<0.05$ )。

表1 两组手术情况和术后并发症发生情况比较

组别	n	手术时间 /min	切口愈合时间 /d	术中出血量 /ml	术后并发症 / 例			并发症发生率 /例(%)
					感染	宫颈残端出血	宫颈粘连	
宫颈环形电切术组	39	11.87 ± 2.45*	22.79 ± 5.46*	20.32 ± 4.57*	1	1	1	3(7.69)*
宫颈冷刀锥切术组	39	31.98 ± 6.51	39.82 ± 7.51	58.76 ± 13.24	3	4	3	10(25.64)

注: \*:与宫颈冷刀锥切术组比较,  $P < 0.05$ 。

## 2.2 两组HPV-DNA转阴情况比较见表2

表2 两组HPV-DNA转阴情况比较/例(%)

组别	n	治疗后6个月	治疗后12个月
宫颈环形电切术组	39	34(87.18)*	37(94.87)*
宫颈冷刀锥切术组	39	25(64.10)	30(76.92)

注: \*:与宫颈冷刀锥切术组比较,  $P < 0.05$ 。

由表2可见,宫颈环形电切术组治疗后6个月和12个月HPV-DNA转阴率高于宫颈冷刀锥切术组,差异均有统计学意义( $\chi^2$  分别=5.64、5.19,  $P$ 均 $< 0.05$ )。

## 3 讨论

HPV是广泛存在于自然界的一种DNA病毒,其外壳由72个衣壳体组成,且是没有包膜的一种病毒颗粒。CIN病变的最初原因主要是由于HPV感染。高危型HPV持续感染时导致女性CIN和宫颈癌的主要病因,且与CIN和宫颈癌发生、发展密切相关<sup>[4]</sup>。流行病学调查研究表明90%以上CIN患者存在HPV感染,而其中一些妇女在感染HPV后可自行消退,而仅部分患者发展为HPV持续感染<sup>[5]</sup>。目前,临床上对于CIN III期合并高危型HPV阳性患者主要采用手术治疗。大部分学者认为对于有生育功能意愿或者年轻的CIN术后切缘阳性者,尽可能保留子宫,针对确实需要或强烈要求切除子宫的CIN III期患者,应于排除浸润癌诊断后,选择手术<sup>[6,7]</sup>。

宫颈冷刀锥切术能够切除较大块的宫颈组织,且可以进行病理检查,了解患者病变分级、病变范围、浸润深度和宫颈管情况,且还能评估切缘情况,克服了阴道镜多点活检缺点,同时还避免了对浸润癌的漏诊<sup>[8]</sup>。但宫颈冷刀锥切术是在宫颈阴道部实施的手术操作,但因其手术范围相对较为局限,以及宫颈组织的血供和解剖特点,这些并发症均可能与病变部位、病变程度及切除范围有关,切除范围越大,发生出血可能性越大,术后越容易感染<sup>[9]</sup>。宫颈环形电切术手术简单、无需麻醉,应用于宫颈病变治疗,其原理主要是当高频电刀接触人体组织产生组抗时,经产生的局部发热,能够及时和快速地

切除发生病变的组织。且应用宫颈环形电切术治疗具有手术持续时间短、手术创伤小、术中出血少、并发症少等特点<sup>[9]</sup>。临床研究表明,宫颈环形电切术能够有效消除高危型HPV,以及阻断CIN进一步发展、恶化,从而能够在一定程度上减少宫颈癌的发生风险<sup>[10]</sup>。但笔者认为应用宫颈环形电切术治疗需注意以下几方面:①需行碘试验,明确患者病变范围,从而能够有助于病变切除;②排除浸润性宫颈;③严格把握手术适应证。本次研究结果显示,宫颈环形电切术组手术时间短于宫颈冷刀锥切术组,切口愈合时间快于宫颈冷刀锥切术组,术中出血量少于宫颈冷刀锥切术组( $P$ 均 $< 0.05$ ),说明宫颈环形电切术治疗可缩短手术时间、加快切口愈合及降低术中出血量;宫颈环形电切术组术后并发症发生率低于宫颈冷刀锥切术组( $P$ 均 $< 0.05$ ),说明宫颈环形电切术治疗术后并发症少;宫颈环形电切术组治疗后6个月和12个月HPV-DNA转阴率高于宫颈冷刀锥切术组( $P$ 均 $< 0.05$ ),说明宫颈环形电切术治疗可提高HPV-DNA转阴。

综上所述,宫颈环形电切术治疗CIN III期合并HPV阳性患者临床效果优于宫颈冷刀锥切术治疗,且其术后并发症少,HPV-DNA转阴率高,具有重要临床研究意义。

## 参考文献

- 1 梁洁琼,赵敏. 高危型人乳头瘤病毒整合态与宫颈上皮内瘤变及宫颈癌关系的探讨[J]. 中国药物与临床, 2014, 14(4):431-433.
- 2 王艳杰. 高危型人乳头瘤病毒与宫颈上皮内瘤变宫颈电热圈环切术后转归的关系研究[J]. 中国医刊, 2014, 49(3):78-80.
- 3 高坤炆,刘荆银,高显舜,等. 宫颈上皮内瘤变患者合并人乳头瘤病毒感染采用宫颈环形电切术治疗的动态监测分析[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(11):11-13.
- 4 陈红,冯莉. 宫颈TCT及高危型人乳头瘤病毒检测对宫颈上皮内瘤变宫颈LEEP术后残留复发的意义[J]. 医药与保健, 2014, 25(8):19-21.

- 5 朱阿强,何莲芝. 宫颈环形电切术在治疗合并高危型人乳头瘤病毒感染的宫颈上皮内瘤变临床作用探讨[J]. 黑龙江医学,2016,40(3):210-211.
  - 6 王雁,孔为民,吴玉梅,等. 宫颈冷刀锥切术和全子宫切除术对CINⅢ合并高危型HPV阳性患者治疗结局的影响[J]. 实用妇产科杂志,2016,32(2):122-125.
  - 7 刘丽,陈育梅,张庆元. 人乳头瘤病毒L1壳蛋白与宫颈上皮内瘤变治疗后高危型人乳头瘤病毒持续感染的相关性[J]. 实用医学杂志,2014,14(9):1417-1419.
  - 8 朱端荣. 宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变的临床疗效以及高危型人乳头瘤病毒检测在术后随访中的应用价值[J]. 中国肿瘤临床与康复,2014,26(9):1105-1107.
  - 9 位静波,黄冬梅,孙欣欣. 单磷酸阿糖腺苷治疗宫颈上皮内瘤变3级患者行冷刀锥切术后高危型人乳头瘤病毒持续感染疗效观察[J]. 郑州大学学报(医学版),2014,19(2):294-296.
  - 10 蒋桔莲,柴泽英. 重组干扰素 $\alpha$ -2b栓在高危型人乳头瘤病毒感染宫颈上皮内瘤变患者行宫颈环形电切术后的应用[J]. 中国性科学,2016,25(2):76-78.
- (收稿日期 2016-11-13)  
(本文编辑 蔡华波)

## ·经验交流·

# 痛性眼肌麻痹综合征的磁共振表现及治疗分析

夏恩奎 占焕平 虞寒芬 汤武亨

痛性眼肌麻痹综合征 (tolosa-hunt syndrome, THS)主要是非特异性炎症导致的,以颅神经麻痹和头痛为主要临床表现<sup>[1]</sup>。在神经内科临床上并不常见,此病越早诊断,治疗效果越好。临床上诊断THS通常依据病史和临床表现,主观意识比较强,容易出现漏诊和误诊<sup>[2,3]</sup>。随着影像学检查技术的发展,临床上逐渐利用磁共振诊断方式诊断THS,根据MRI结果提高诊断效果,提高患者预后的生活质量。本次研究总结17例THS的磁共振表现及治疗分析。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年10月至2016年在舟山市妇幼保健院住院确诊的17例THS患者,其中男性10例、女性7例;年龄25~75岁,平均年龄(43.26±3.28)岁;病程1~11年,平均病程(5.53±1.24)年;主要临床症状:头痛8例、全头胀痛3例、偏头痛2例、头痛伴有恶心呕吐4例;其中10例急性起病、7例亚急性起病,其中有5例患者属于复发性疾病。5例患者伴有高血压史、4例伴有糖尿病史、8例伴有冠心病史。所有患者均无严重的肝肾疾病、过敏史和神经障碍者。

1.2 方法 所有患者均采用MRI检查,检测设备选择德国西门子1.5T AVANTO磁共振机,嘱咐患者平卧,对患者的海绵窦和眶区采用平扫和增强扫描的方式进行检查,扫描参数:平扫采用快速自旋回波序列T2WI (TR 2875 ms,TE 375 ms);自旋回波序列T1WI(TR 375 ms,TE 130 ms),反转时间2 200 ms;对患者实施增强扫描诊断时使用自旋回波序列T1WI和T1抑脂像。增强扫描中采用扎喷替酸葡甲胺0.1 mmol/kg作为对比剂。其中5例患者采用三维时间飞跃法实时磁共振血管成像技术检测。在全身情况允许的条件下给予患者地塞米松10~20 mg/d静脉注射,连续应用3~5 d,然后依据患者病情变化继续给予强的松20~60 mg/d口服实施治疗,同时还可以辅以维生素等神经营养药物进行治疗,患者疼痛症状消失后,颅神经麻痹症状得到改善后可以停止服药。

1.3 观察指标 注意观察患者影像学图片变化情况,同时要注意观察治疗之后患者疼痛、复视症状缓解情况。

## 2 结果

2.1 诊断结果 17例患者经过检查后,发现有7例