

年内仍有 CIN 病变存在且高危型 HPV 检测持续阳性为 CIN 残留;治疗后无 CIN 存在,但高危型 HPV 检测持续阳性,1 年后再次发现 CIN 者为复发。

1.2.5 统计学处理 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效 研究组治愈率显著高于对照组 ($P < 0.05$),残留率显著低于对照组 ($P < 0.05$),复发率两组比较无显著性差异。见表 1。

组别	n	治愈	残留	复发
对照组	50	40(80.0)	7(14.0)	3(6.0)
研究组	67	64(95.5)	2(3.0)	1(1.5)
		$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$

2.2 随访 两组患者均获随访,随访率 100%。研究组有 1 例患者环切术后病理升级为宫颈原位癌,再次行腹式子宫全切除术;对照组有 1 例患者环切术后病理升级为宫颈鳞状细胞癌,转上级医院进一步确诊和治疗。

3 讨论

宫颈 CIN 有逐年上升的趋势,它反映宫颈癌发生、发展中的连续过程,它除了有生长、发展为宫颈浸润癌的可能外,还有回归为正常上皮的可能。在轻度或中度的 CIN 病变中可因刺激因素的停止或其它原因而逆转为正常上皮,也可因刺激因素持续存在而保持原有状态,甚至向重度发展。CIN III 逆转的可能性较小,它在一定时间后可能发展为早期浸润癌^[3]。有文献报道,CIN 发展成宫颈癌的危险性是正常宫颈的 7 倍,CIN I、CIN II 及 CIN III 发展成宫颈癌的危险性分别是 15%、30%和 45%^[4]。所以早期筛查、早期诊断、早期治疗 CIN 极为重要。目前宫颈常见的治疗方法有冷冻、电凝、灼烧和激光治疗、冷刀锥切术及子宫全切除术等,均存在一定的缺陷。宫颈环形电切术是一种新型的电切疗法,是使用高频电刀迅速加热组织内水分,形成蒸气波,快速切割组织,不会发生传统电刀的组织拉扯、碳化改变,

不影响切口组织,不影响病理检查的完好的组织标本。其手术简单、易操作、安全有效、治愈率高、出血少、时间短,患者无痛苦、易接受,又能达到保留生育功能的目的,切除宫颈的异常结构病变部位能达到一定深度。

众所周知,HPV 是一种嗜上皮性病毒,在人和动物中广泛分布,HPV 感染是引起宫颈 CIN 的病因所在。而感染 HR-HPV 8~10 年后可发生高级别 CIN (CIN II、CIN III),从高度病变进展为宫颈癌的年限为 5~10 年。有研究显示,99.80%的宫颈癌患者病变组织中都存在 HPV 感染^[5]。重组人白介素 -2 是一种淋巴因子,可使细胞毒性 T 细胞、自然杀伤细胞和淋巴因子活化的杀伤细胞增殖,并使其杀伤活性增强,还可以促进淋巴细胞分泌抗体和干扰素,具有抗病毒、抗肿瘤和增强机体免疫功能等作用。在宫颈电环切术后应用重组人白介素 -2 治疗,既根治 CIN 又去除 CIN 的病因,有助于清除继续存在的微生物,预防复发。本研究组在电环切术后使用重组人白介素 -2 治疗 2 个月,治愈率显著高于对照组 ($P < 0.05$),随访复发率低,疗效肯定。

总之,宫颈环形电切术联合重组人白介素 -2 治疗宫颈 CIN,其中重组人白介素 -2 能去除引起 CIN 的病原微生物且预防复发,而电切术能切除瘤样病变组织,两者结合可达到根治宫颈 CIN 的目的,是一种既简便又安全的方法,值得临床推广。

参考文献

- [1]宋学红.子宫颈病变诊治技术的进展[J].现代妇产科进展,2003,12(1):1
- [2]丰有吉,沈铿.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.308
- [3]沈铿.宫颈上皮内瘤变治疗方法的选择[J].中华医学杂志,2006,86(5):291
- [4]郎景和.宫颈上皮内瘤变的诊断和治疗[J].中华妇产科杂志,2002,36(5):262
- [5]Tarkanen J,Auvinen E, Nieminen P,et al.HPV DNA testing as an adjunct in the management of patients with low grade cytological lesions in finland [J].Acta Obstet Gynecol Scand,2007,86:367-372

(收稿日期:2011-03-21)

小切口治疗大隐静脉曲张 100 例体会

徐亦熊 柯子君 沈炜 杜君福
(江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

关键词:小切口;大隐静脉曲张;体会

中图分类号:R 543.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.032

下肢静脉曲张是一种常见病,传统手术方法切口大、出血多。我院自 2000 年 7 月~2010 年 12 月采用小切口的手术方式治疗大隐静脉曲张 100 例,效果良好。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 100 例患者均为我院住院病人,其

中男性 72 例,女性 28 例;年龄 31~72 岁,平均 50.2 岁;双侧 35 例,单侧 65 例。主要表现:下肢浅静脉曲张 135 条腿、下肢沉重胀痛 85 条腿、溃疡 44 条腿、足靴区色素沉着 61 条腿、湿疹样皮炎 30 条腿。

1.2 手术方法 术前常规检查或静脉造影了解深静脉通畅度、深浅静脉和交通支瓣(下转第 70 页)

少宫颈妊娠的发生。

典型的宫颈妊娠早期根据有停经史,尿HCG(+),仔细妇科检查见宫颈管膨大,直径明显增粗,子宫体增大不明显,B超宫腔未见孕囊,宫颈管见孕囊或异常回声,诊断容易。然而多数患者往往待到出血时就诊,或经治医生对宫颈妊娠认识不足,未对不正常出血的患者行血尿HCG检测或检测阴性以及错误的治疗方法,使发生宫颈妊娠流产,容易误诊为功能性子宫出血或宫内妊娠流产,本文2例早期首次在我院就诊确诊,8例外院误诊(2例入我院B超疑流产进行而误诊,1例B超诊断宫颈肌瘤而误诊)。临床医师及B超医生应提高对宫颈妊娠的认识,早孕时应常规行阴道窥器、B超检查以明确孕卵着床部位,出血时做B超检查有时为时过晚。不规则阴道出血常规尿HCG检测,阴性最好行血HCG测定,从而减少误诊。

宫颈妊娠时,由于宫颈主要是由结缔组织组成,平滑肌少,血管丰富,因此蜕膜反应差,不适应胚胎的发育,可引起反复的阴道流血,且为无痛性阴道流血,流血量一般由少到多,在有宫腔操作时易引起大量出血致失血性休克,若止血效果不佳,常危及患者的生命。因此对宫颈妊娠应及早诊断,并根据病情选择积极有效的治疗方法。宫颈妊娠的治疗方法很多,宫颈纱布填塞加宫颈管刮术、宫颈切开缝合术及化疗药物的应用对宫颈妊娠的治疗起到了重要的作用,但传统的治疗方法对及时控制致命大出血疗效不佳,且纱布填塞易致宫腔感染,宫颈切开对患者损伤大,且术中往往大出血,为了抢救患者的生命常行全子宫切除,给患者造成了严

(上接第47页)膜功能,踝部以上曲张静脉作皮肤画线描记,作好术中切口及剥脱的记号。硬膜外麻醉,常规消毒铺巾,用橡皮驱血带自足背向上直至大腿中下1/3处,并以橡皮止血带抽紧达到同时阻断动静脉血流目的。去除驱血带,取患肢耻骨结节外下方2~3cm处横形切口,约3cm,分离寻找大隐静脉主干,靠近卵圆窝切断,结扎大隐静脉主干,五个属支不处理,在大隐静脉的行程上以抽剥器将大隐静脉主干抽剥或分段抽剥,在小腿浅静脉处点状开窗(术前已标记),将曲张的浅静脉及血栓抽剥后间断缝合各个切口。切口敷料覆盖后用弹力绷带自足背包扎至股部,松解止血带。术后抬高患肢,早期下床活动,3d后拆除绷带,7d后痊愈出院。

1.3 结果 100例中,溃疡于术后1~4d全部自行愈合,术后腹股沟创口血肿1例,发生局部小切口

重的伤害,尤其是要求生育的女性。化疗药物副作用较大及化疗时间较长,许多患者难以接受。近年来经皮子宫动脉化疗栓塞术成为治疗宫颈妊娠和剖宫产瘢痕处妊娠的一种有效治疗方法^[1]。宫颈妊娠介入治疗技术具有安全、即刻止血、微创且恢复快的优点^[2],是其他诊疗技术无可替代的。动脉栓塞术作为一种新的有效控制出血的方法,在20世纪70年代开始应用,近20余年逐步应用于妇科和产科的急性出血^[3]。经动脉导管栓塞术治疗宫颈妊娠,栓塞剂直接阻断宫颈病变的血供,与其它传统治疗方法比较具有创伤小、止血快、副作用小等特点,可保留子宫,同时避免清宫时大出血,尤其是在抢救患者生命的同时保留了患者的生育功能^[4]。本文2例大出血患者在输血输液的同时急诊双子宫动脉插管栓塞,很快阴道出血停止,另5例颈管刮术前行动脉栓塞术,患者都保住了子宫。

总之,只要临床医师重视对宫颈妊娠的认识,多可以避免误诊,一旦发生大出血休克急诊行子宫动脉插管栓塞术,不但可挽救患者的生命,同时可保留患者的子宫。

参考文献

[1]Ash S,Farell SA.Hysteroscopic resection of a cervical ectopic pregnancy[J].Fertil Steril,1996,66:842-844
[2]王晓君,欧阳吁,罗明燕,等.11例宫颈妊娠诊断体会[J].中国妇幼保健,2004,11(19):125
[3]谢春明,薛耀勤,冯对平.子宫动脉栓塞术治疗子宫颈妊娠的临床效果观察[J].中华妇产科杂志,2005,40(12):85
[4]金龙,杜湘珂,高健,等.经子宫动脉氨甲喋呤灌注及栓塞在宫颈妊娠保守治疗中的应用[J].中国介入影像与治疗学,2005,2(6):414
[5]钟洁,王中弥.髂内动脉栓塞与结扎治疗难治性产后出血11例临床分析[J].重庆医学,2004,33(5):689
[6]洪莉,梁君,史玉霞,等.选择性子宫动脉栓塞术治疗宫颈妊娠5例分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2001,17(3):185-186

(收稿日期:2011-06-09)

剥脱处小血肿4例,经局部挤压排出积血后好转,术后诉小腿内侧麻木2例,随访3年,未见复发。

2 讨论

传统的下肢大隐静脉曲张手术为大隐静脉高位结扎、主干及皮下浅静脉分段剥脱、交通支结扎^[1]。该手术切口多,切口长,术后疤痕大,影响美观,同时术后相对住院时间长,恢复慢。我院采用小切口手术,除大腿根部切口稍长2~3cm,余切口均小于1cm,创伤小,失血少,疤痕小,外形美观,且缩短手术时间,符合近年提倡的微创观念^[2]。而且该技术难度不大,故完全可以在基层医院开展。

参考文献

[1]叶志东,刘鹏,壬非,等.下肢静脉曲张的外科综合治疗[J].中国医学科学院学报,2007,29(1):40-43
[2]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2005.561-569

(收稿日期:2011-07-14)