

其诊断及鉴别诊断的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 120 例中男 55 例,女 65 例,年龄 4~7 岁,患儿有食欲不振、腹胀、腹痛,腹痛多为阵发性发作,表现为隐痛,疼痛多位于脐周,发作间歇期多数患儿感觉较好。

1.2 仪器 采用 A loka-4000 Maly150,探头频率 7~12 MHz。

1.3 检查方法 患儿仰卧位,常规全腹检查,结合临床及其他影像学检查,且超声未见其他异常征象,重点探查脐周及右下腹区域肠系膜,对有肿大淋巴结行纵、横斜多切面扫查,必要时稍加压,观察其大小、形态、数目、内部结构及血流分布情况。结合国内外确定淋巴结肿大的标准,肿大标准为同一区域肠系膜上有 2 个以上淋巴结显像,测量淋巴结最大长径与横径,长轴直径大于 10 mm,短轴直径大于 5 mm,纵横径之比大于或等于 2 视为肿大^[1]。

1.4 治疗与转归 均抗炎、抗病毒及对症治疗后,3~5 d 后腹痛减轻;临床症状缓解,10~15 d 后复查 B 超,肿大淋巴结有不同程度缩小,部分数目减少,治疗效果好。

2 结果

2.1 所有患儿均显示肠系膜淋巴结肿大。 淋巴结分布:脐右侧 67 例,脐周 26 例,右下腹 13 例,脐右侧及右下腹 14 例。

2.2 超声声像表现 呈簇状或串珠状分布,但无融合状,边缘光滑、完整,皮髓质分界欠清。最大为 24 mm×15 mm,最小为 8 mm×4 mm。彩色多普勒超声:大部分淋巴结内部未探及明显血流信号,极少数可探及 1~2 条细小动脉血流信号,由淋巴门向淋巴结内伸入。

3 讨论

肠系膜淋巴结炎又称 Brenemann 综合征,好发于学龄前儿童,小肠系膜含丰富的淋巴结,多沿肠系膜血管走行排列,以回肠末端及回盲部的淋巴结最丰富。小儿淋巴系统发育尚未成熟,屏障作用差,所以呼吸道、胃肠道的细菌、病毒等感染常累及肠系膜,引起肠系膜淋巴结肿大^[2]。因病变主要侵犯回肠末端及升结肠部分区域淋巴结,故以右下腹及脐周腹痛常见,

因此肿大淋巴结常位于脐右侧及右下腹^[3]。因小儿腹壁薄,皮下脂肪组织少,肠系膜距体表浅,应用高频探头探查可直接观察肿大淋巴结的部位、数目、大小、形态、内部回声及血流分布情况,简便易行、重复性好,无痛苦,儿童易于接受。

肠系膜淋巴结炎常需与其他疾病鉴别。(1)急性阑尾炎:可见右下腹低回声管状结构形如手指,横切呈强弱相间的环形回声;有时阑尾炎可合并淋巴结肿大,但肿大淋巴结数量大多少于 3 枚,因此在发现肠系膜淋巴结肿大时,应仔细观察阑尾是否增粗。(2)肠套叠:超声表现为纵切面呈“套筒征”,横切面为“同心圆”征。结合临床患儿有阵发性哭闹、呕吐、血便、腹部扪及包块等,较易与肠系膜淋巴结炎相鉴别。(3)肠系膜淋巴结核:肿大淋巴结包膜不完整,或有融合,内部回声可见液、钙化回声,常合并腹水,腹膜增厚。(4)恶性淋巴结肿大:超声可见其形态失常,呈球形,淋巴结门部强回声消失或偏移,而良性淋巴结门部强回声规则存在,纵径/横径之比小于 2;恶性淋巴结可有融合,中心坏死,点状钙化^[4]。血流阻力指数 RI>0.7,一般的抗炎治疗无效。

综上所述,高频彩超是临床诊断小儿肠系膜淋巴结肿大的首选检查方法,对临床诊断及病例追踪具有重要的指导意义。

参考文献

- [1] 孙彬,陶静,初洪钢,等. 浅表淋巴结病变的声像特征及病理分析[J]. 中华超声影像学杂志,2001,10(11):679.
- [2] 李灿霞,李丽. 高频彩超对小儿肠系膜淋巴结炎的诊断价值[J]. 中国超声诊断杂志,2006,8(5):291-293.
- [3] 张素桂,盖志敏. 小儿胃肠病诊断与治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:288.
- [4] 张韬,陈悦. 高频超声诊断小儿肠系膜淋巴结炎及合并症价值[J]. 上海医学影像,2005,14(1):60-62.

(收稿日期:2010-09-29)

· 临床研究 ·

宫颈锥切术治疗宫颈上皮内瘤变 50 例疗效分析

石 丽(重庆市第七人民医院 400054)

【摘要】目的 探讨宫颈锥切术对子宫颈上皮内瘤变(CIN)的治疗效果和意义。**方法** 对 2007 年 3 月至 2009 年 9 月术前经液基细胞检测、阴道镜下多点活检病理证实为 CIN II 的 50 例患者实施宫颈锥切术后的情况进行调查分析。**结果** 宫颈锥切术后病理证实为 CIN I 或 CIN II 者占 98%,2 例为 CIN III,其中 1 例行全子宫切除术,1 例门诊随访 1 年未发现浸润癌;治愈 22 例,显效 27 例,无效 1 例。**结论** 宫颈锥切术治疗宫颈上皮内瘤变具有操作简单、出血少、临床效果好、并发症少、费用低廉等优势。因此,宫颈锥切术对各级 CIN 的治疗及预防宫颈浸润癌至关重要。

【关键词】 宫颈上皮内瘤变; 液基细胞; 宫颈锥切术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.05.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)05-0600-02

治疗宫颈上皮内瘤变(CIN)是预防宫颈浸润癌的重要手段。作者采用宫颈锥切术(LEEP)治疗 CIN 取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对 2007 年 3 月至 2009 年 9 月在本院接受

LEEP 治疗的 50 例 CIN 患者进行分析,术前经液基细胞检测及阴道镜检查,并经阴道镜下多点活检后病理证实为 CIN I~II,年龄 30~60 岁。所有患者均有性生活史,其中有分娩史 49 例,无分娩史 1 例,患者主动要求手术治疗。

1.2 治疗方法 于月经干净后 3~7 d 行 LEEP,患者取截石

位,在静脉麻醉下暴露宫颈,予 5%的冰醋酸和碘溶液涂宫颈,完整切除醋酸白色反应区和碘试验阳性区,锥顶深度 1.5~2.0 cm,病变外缘小于 0.5 cm,切除标本用 10%甲醛固定,送病理检查,创面行电凝止血,电凝功率 40 W。

1.3 疗效判定 (1)治愈:宫颈光滑,形态基本正常,无接触性出血。(2)显效:宫颈欠光滑,创面愈合欠佳。(3)无效:宫颈创面未愈合,有出血。

2 结 果

术后病理证实为 CIN I 或 CIN II 者占 98%,2 例为 CIN III,其中 1 例行全子宫切除术,1 例门诊随访 1 年,未发现浸润癌。治愈 22 例,显效 27 例,无效 1 例。

3 讨 论

CIN 是宫颈癌前病变,早期诊断和治疗可防止宫颈癌的发生,阴道镜下多点活检,避免了常规宫颈活检造成的盲目性,提高了宫颈活检阳性率。CIN 的治疗随着诊断技术的提高而得到重视,目前 CIN 发病率有上升趋势。据文献报告,美国每年超过 100 万人被诊断为 CIN I,约 50 万人被诊断为 CIN II 或 CIN III^[1]。CIN 作为宫颈癌的癌前病变已引起人们广泛关注,由于 CIN I、CIN II、CIN III 发展为宫颈癌的危险性分别为 15%、30%、45%^[2],因此积极治疗各级 CIN 对预防宫颈浸润癌非常必要。很多专家建议对 CIN I 采取物理治疗,CIN II 采用 LEEP 或激光治疗^[3],CIN III 采用 LEEP 或全子宫切除

术^[4]。LEEP 广泛应用于宫颈疾病的治疗,具有操作简单、出血少,临床效果好,尤其对组织的热损伤小,不影响病理组织标本等特点^[5]。本组病例有效率达 98%,治疗 3 个月、6 个月后随访,阴道镜检查无复发。

参考文献

- [1] Wright TC, Schiffman M, Solomon D, et al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening [J]. *Obstet Gynecol*, 2004, 103(2): 304-309.
- [2] 卞美璐. 宫颈上皮内瘤样病变的诊断和处理[J]. *中华实用妇科与产科杂志*, 2003, 19(3): 139-140.
- [3] 刘亚滨, 吴蕊, 王芳, 等. 宫颈电环切除术治疗宫颈上皮内瘤变 146 例随访分析[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2007, 23(7): 547-548.
- [4] 戴志琴, 潘凌亚, 黄惠芳, 等. 宫颈上皮内瘤变 III 级患者的术后随访及其影响因素[J]. *中华妇产科杂志*, 2007, 42(1): 107-110.
- [5] 黄明春, 廖丹梅, 李惠珍, 等. 200 例宫颈上皮内瘤变临床结果分析[J]. *检验医学与临床*, 2007, 4(9): 808-809.

(收稿日期:2010-08-22)

• 临床研究 •

心肌肌钙蛋白、肌红蛋白及肌酸激酶同工酶在急性心肌梗死诊断中的应用

李宁利(湖南省冷水江市人民医院检验科 417500)

【摘要】 目的 对肌酸激酶同工酶(CK-MB)、肌红蛋白(Mb)和心肌肌钙蛋白 I(cTnI)进行比较,探讨急性心肌梗死(AMI)早期诊断的检测指标。**方法** 对 176 例急性冠状动脉综合征(ACS)患者在入院后 24 h 内检测 cTnI、CK-MB 和 Mb 水平,比较它们对 AMI 的敏感性和特异性。**结果** 在入院后 24 h 内 cTnI、CK-MB 和 Mb 对 AMI 的敏感性分别为 96.6%、83.9%和 76.3%,特异性分别为 100%、100%和 88.0%。cTnI 和 Mb 联合检测对 AMI 的敏感性为 98.3%,特异性为 88.0%,阳性预期值为 95.0%,阴性预期值为 88.0%;同时检测 CK-MB,结果相同。**结论** cTnI 和 Mb 联合检测对诊断 AMI 具有高度的敏感性和特异性,在此基础上再检测 CK-MB 不会增加其敏感性和特异性,对 AMI 有早期诊断价值。

【关键词】 急性心肌梗死; 肌钙蛋白 I; 肌红蛋白; 肌酸激酶同工酶

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.05.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)05-0601-02

流行病学调查发现,约有 25%的急性心肌梗死(AMI)患者早期可以没有典型的临床症状;约 30%左右的 AMI 患者缺乏心电图的特异改变。在这种情况下,心肌损伤标志物的检测在诊断 AMI 时尤为重要。随着医学的发展,心肌损伤的血液生化标志物以检测酶活力为主的肌酸激酶(CK)及其同工酶(CK-MB)等酶学标志物发展到目前以检测早期标志物[肌红蛋白(Mb)等]和确定标志物(肌钙蛋白等),诊断的敏感性和特异性更趋增强^[1]。心肌肌钙蛋白 I(cTnI)是心肌肌钙蛋白复合物的亚单位之一,具有较高的心肌特异性及敏感度,已越来越多地用于心肌梗死、心绞痛的诊断和鉴别诊断,并有逐渐取代心肌酶的趋势^[2-3]。Mb 是一种氧结合血红蛋白,主要分布于心肌和骨骼肌组织,在急性心肌损伤时,Mb 被释放入血液中。在症状出现约 2~3 h 后,血中 Mb 可超出正常上限,9~12 h 达到峰值,24~36 h 后恢复正常。作者对 AMI 和不稳定性心

绞痛(UAP)患者进行了 cTnI、Mb 和肌酸激酶同工酶(CK-MB)的联合检测,探讨 cTnI、Mb 和 CK-MB 在 AMI 诊断中的应用价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取本院心血管内科急性冠脉综合征(ACS)患者 168 例,其中男 104 例,女 64 例,平均年龄(74.5±11.5)岁。其中 118 例被诊断为 AMI,50 例被诊断为 UAP。

1.2 方法

1.2.1 方法与仪器 cTnI、Mb 测定均采用胶乳增强免疫比浊定量测定法,试剂由太原市川至生物工程有限公司提供。CK-MB 采用免疫抑制一酶动力法,试剂由北京九强生物技术有限公司提供。仪器为日立 7080 全自动生化分析仪。

1.2.2 标本采集 所有对象均在入院 24 h 内采集静脉血,分离血清,检测 CK-MB、Mb 和 cTnI 水平。