

验质控结果情况及质控趋势。

3 讨 论

乙型肝炎作为国内最为常见的感染性疾病,抗病毒治疗是其常用的治疗方法。为检测抗病毒治疗的有效性,需要定量检测患者血清(浆)中的 HBV DNA。目前国内使用最普遍的是实时荧光定量 PCR 技术^[2]。为了保证检验结果的有效性,必须通过实验室的室内质量控制和室间质量控制来评价,而实验室的室内质量控制是由实验室工作人员采用一系列的方法,连续评价本实验室工作的可靠程度,控制本实验室的重复性、精密度,确定报告能否发出,是临床检验质量控制的核心。室内质量控制多借助于室内质控血清进行,因此选择室内质控血清尤为关键^[3]。

理想的室内质控样本的条件为:基质与待测标本一致,所含待测物浓度应接近试验的决定水平,有很好的稳定性,靶值或预期结果已定,无已知的生物传染危险性,单批可大量获得^[4]。本室自制的质控品为基因合成的标准品与人混合血清的复合物。该质控物去除了基质效应,而且血清经过了灭活,没有已知的生物传染的危险性。尽管已有直接利用 HBV DNA 阳性血浆(清)为基质配制标准品和质控品的报道^[2,5],但该方法存在着潜在的生物传染可能。其次是待测物浓度方面,李金明等^[6]认为目前定量 PCR 测定 HBV DNA 弱阳性质控样本的拷贝数以 10^5 copy/mL 较为合适。此次实验质控品的浓度为 3.63×10^4 copy/mL,与他们的要求一致。再是本次实验自制的质控品在未加任何防腐剂的情况下半年内能够保持稳定。如图 2 所示,在 45 次测试中没有出现超出 $3s$ 的现象,超出 $2s$ 的有 3 次,基本符合正态分布的要求。最后就是质控品的靶值与预测值及单批可大量获得的问题,该质控品的靶值通过 20 次试验的测定可得暂定靶值,再以暂定靶值为靶值做下个月的质控,而且在配制的过程中,可以计算出他的预测值。本次试验计算的预测值为 5.0×10^4 copy/mL,实际的靶值为 3.63×10^4 copy/mL,差异无统计学意义($P > 0.05$)。关于单批大量

获得的问题,可根据需要自行设定。

根据李金明^[1]所述,临床 PCR 检验的室内质控品要求除了有阴性质控品外,还应有高、中、低值 3 种浓度的质控样本。在本次试验中,只对临界阳性的质控品进行了制备及应用,应用结果可达到临床的要求,同时,也可用同样的方法进行高、中和低值质控品的制备和应用,相信亦能达到满意的结果。

综上所述,本实验室自制的临界阳性质控品能够满足临床实验室的需求。一个好的质控品,不仅为实验室的质量控制提供了基本的保障,而且也节约了实验室的成本。但是如果要把实验室的质量控制做好、做强,单单有好的质控品是不够的,这还需要检验人员对质量控制在思想意识上的强化。只有真正意识到质量的重要性,树立一切为了患者,服务患者的观念,才能够配合好临床,为临床出具更多及时、准确的检验报告。

参考文献

- [1] 李金明. 实时荧光 PCR 技术[M]. 北京:人民军医出版社,2007:190.
- [2] 王露楠,邓巍,申子瑜,等. 乙型肝炎病毒 DNA 标准物质的研究[J]. 中华肝脏病杂志,2007,15(2):107-110.
- [3] 杨继明. 乙肝抗原、抗体免疫测定室内质控品的制备及使用[J]. 实验与检验医学,2009,27(2):201-202.
- [4] 申子瑜,李金明. 临床基因扩增检验技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:145-146.
- [5] 孔令和,钟小萍,高素香. 自制临界血清坚持乙肝病毒 DNA 定量检测室内质控[J]. 江西医学检验,2006,24(1):627-628.
- [6] 李金明,邓巍,王露楠,等. PCR 测定乙型肝炎病毒 DNA 弱阳性质控血清的适用性研究[J]. 临床检验杂志,2000,18(1):6-7.

(收稿日期:2011-06-23)

• 临床研究 •

高频电波刀电圈切除术诊治宫颈上皮内瘤变的临床观察

陈宁静¹,涂千卿²(1. 重庆现代女子医院 400060;2. 重庆市中山医院 400013)

【摘要】 目的 探讨高频电波刀电圈切除术(LEEP)诊断和治疗宫颈上皮内瘤变(CIN)的临床效果。**方法** 选择重庆现代女子医院 2008 年 6 月至 2010 年 3 月就诊的 CIN 患者 56 例行 LEEP,观察其疗效。并将术后切除病变组织病理检查结果与该患者术前阴道镜下点状活检结果进行比对。**结果** 56 例 CIN I ~ II 级患者治愈率 96.43%(54/56)。术前和术后病理诊断结果一致者 33 例,占 58.93%(33/56),术后诊断级别上升者 17 例,占 30.36%(17/56),术后诊断级别下降者 6 例,占 10.71%(6/56),差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** LEEP 用于诊治 CIN 是一种较理想的方法,操作简单、安全、有效、并发症少、微创、痛苦小、不需住院、康复快,值得临床推广应用。

【关键词】 高频电波刀电圈切除术; 宫颈上皮内瘤变; 疗效; 诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)22-2772-03

宫颈癌是妇女恶性肿瘤中仅次于乳腺癌而居第 2 位的癌症,严重威胁着广大妇女的健康。随着宫颈细胞学检查技术提高,阴道镜下活检及宫颈高频电波刀电圈切除术(LEEP)在宫颈上皮内瘤变(CIN)诊治中的应用,得以早期诊断、早期治疗,有效阻止了宫颈癌前病变发展成为宫颈癌,使宫颈癌的发病率

明显下降^[1]。本文对 2008 年 6 月至 2010 年 3 月在本院门诊行阴道镜下多点活检,诊断为 CIN 的 56 例患者行 LEEP,观察其疗效,并将术后切除病变组织做病理检查与该患者术前宫颈活检结果比对,探讨 LEEP 诊断和治疗 CIN 的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择 2008 年 6 月至 2010 年 3 月在本院门诊经宫颈细胞学检查、阴道镜检查异常并行多点活检,诊断为 CIN 的患者 56 例,年龄 20~46 岁。其中 CIN I 并累及腺体 15 例(这 15 例患者为持续 CIN I 1 年以上),CIN I~II 并累及腺体 31 例,CIN II 并累及腺体 10 例。

1.2 方法 全部在门诊部采用美国 WALLACH 公司制造的 QUANTUM2000LEEP 进行手术治疗。患者于月经干净后 3~7 d,无性生活,术前排空膀胱,取膀胱截石位,常规消毒外阴、阴道,铺消毒洞巾,阴道内置窥阴器暴露宫颈,再次消毒阴道壁及宫颈表面。采用静脉麻醉(征得患者同意的采用),根据 CIN 级别选择不同型号的 LEEP 刀头,按阴道镜提示,确定病灶范围,以一定顺序切除病灶。宫颈环形电切术切除深度为 0.6~1.0 cm,宽度为病灶外 0.3~0.5 cm,宫颈环形锥切术切除深度 1.0~2.0 cm,不超过 2.5 cm,宽度为病灶外 0.5 cm,切除后的宫颈创面呈圆锥样。创面及四周边缘用电凝止血。术中尽量保持锥形标本的完整性,如病变范围超出刀头电圈的尺寸,应补切至病灶切净,并按补切位置顺序进行标记,将切除病变组织一并送检。

1.3 疗效判定 术后 3 个月阴道镜复查宫颈糜烂面消失,恢复呈自然形态,并在术后 6 个月行液基薄层细胞学检查(TCT)

无 CIN,视为治愈。术后无 CIN,在 6 个月内发现 CIN,为病变复发^[2]。术后切除标本切缘发现 CIN 为手术残留。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 宫颈 CIN 患者 LEEP 术后疗效情况 见表 1。

表 1 宫颈 CIN 患者 LEEP 术后疗效情况(n=56)

项目	CIN I	CIN I~II	CIN II	合计
治疗前例数	15	31	10	56
术后残留例数	0	1	1(宫颈浸润癌)	2
术后复发例数	0	0	0	0
治愈例数	15	30	9	54
治愈率(%)	100.00	96.77	90.00	96.43

2.2 LEEP 术后切除病变组织与术前阴道镜下活检结果对比 见表 2。

2.3 LEEP 术后切除病变组织较术前阴道镜下宫颈活检结果升降级统计 见表 3。

表 2 LEEP 术后切除病变组织与术前阴道镜下活检结果对比(n=56)

术前阴道镜下活检	n	LEEP 术后切除组织病检					
		无 CIN	CIN I	CIN I~II	CIN II	CIN II~III	浸润癌
CIN I	15	1	8	3	3	0	—
CIN I~II	31	0	3	21	2	5	—
CIN II	10	—	2	—	4	3	1
合计	56	1	13	24	9	8	1

表 3 LEEP 术后切除病变组织较术前阴道镜下宫颈活检结果升降级统计(n=56)

项目	无 CIN	CIN I	CIN I~II	CIN II	CIN II~III	浸润癌	升降率[n(%)]
LEEP 术后升级	—	—	3	5	8	1	17(30.36)*
LEEP 术后降级	1	5	—	0	0	—	6(10.71)*
LEEP 术前、后无变化		8	21	4	—	—	33(58.93)

注:与术前、后无变化比较,* $P<0.05$;—表示无数据。

由表 1 可见,56 例 CIN 患者治愈 54 例,治愈率为 96.43%。有 1 例 CIN I~II 累及腺体者切缘组织病检呈阳性,术后 3 个月复查 TCT 为 CIN I,阴道镜下多点活检结果为 CIN I,故为手术残留。另 1 例 CIN II 级的术后组织病理检查诊断为浸润癌而即行了子宫全切术。

由表 2、3 可见,LEEP 术后切除病变组织病理检查结果与术前阴道镜下多点活检结果对比,56 例患者中,33 例结果完全符合,符合率为 58.93%,术后病理检查结果 CIN 级别上升 17 例,上升率为 30.36%,术后病理检查结果 CIN 级别下降 6 例,下降率为 10.71%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

3.1 CIN 有 3 个转归 (1)自然消退(或称逆转);(2)病情稳定(即持续不变);(3)进展(癌变)。CIN I、II、III 进展为浸润癌的危险分别是正常的 4、14.5 和 46.5 倍。国外曾有报道部

分地区年轻妇女宫颈癌发病率还有上升趋势^[3]。所以 CIN 的早期诊断和治疗非常重要,尤其是 CIN II 及其以上病变更应予以高度重视。

3.2 LEEP 是一种新型的电切疗法。它采用射频电流通过电极尖端产生的高频电弧波,接触病变组织后,由于组织本身的阻抗吸收此高频电弧波而瞬间产生高热,使组织细胞迅速升温,由内部蒸汽的作用产生爆炸而坏死。电极移动并接触到其他组织细胞时,这些细胞也发生爆炸,因此产生切口。由于产生的热量随蒸汽散发,不会传导到电极未接触到的周围细胞产生热损伤而影响邻近组织,所以并发症少。并且 LEEP 操作简单、可无需麻醉、出血量少、时间短,以及术后恢复快、安全、便捷及不需住院等优点^[4],克服了冷刀锥切所需的麻醉及出血多、缝合困难、时间相对长的问题。因此,LEEP 逐渐成为宫颈 CIN 的首选治疗手段。随着 LEEP 的开展,改变了宫颈癌前

病变及原位癌切除子宫的传统方法,保留了子宫,维持了女性生育功能,提高了患者的生活质量。

3.3 CIN 的诊断方法已有 TCT、阴道镜下活检及 LEEP。TCT 具有检查敏感性高、取材方便、对患者无损伤、诊断报告快的优点,但特异性不高。阴道镜下多点活检虽然简单,痛苦小,患者也易接受,又有一定量的活检组织,能确诊大多数 CIN 及部分早期宫颈癌,准确性也高。但因切取组织太浅,又无法取至宫颈管内组织,取材有限,组织量也相对偏少,还是易造成漏诊延误治疗。因此,取材的盲目性和局限性仍是阴道镜下点状活检对宫颈 CIN 和早期浸润癌漏、误诊的主要原因^[4]。LEEP 切除组织量相对增大,标本无热损伤,边缘无碳化,不影响病理诊断,弥补了阴道镜下多点活检的缺欠,减少了漏、误诊,提高了早期诊断率。从本组观察结果来看,LEEP 前、后 CIN 和宫颈浸润癌的诊断结果相差较大,有 17 例患者术后病理诊断级别上升,并发现 1 例宫颈浸润癌,就说明这一点。因此,目前认为宫颈细胞学检查、阴道镜下行多点活检结果不能作为最后诊断^[5],而重新构建了宫颈细胞学检查、阴道镜下行多点活检、LEEP 病理诊断宫颈病变的系统诊断模式。

3.4 LEEP 对 CIN 的治疗与病变的分级及手术范围有关^[6],术后观察随访非常重要。本文观察到患者术后 2 周左右宫颈表面痂皮脱落,创面可出现渗血,但大部分患者出血量不多,另有部分患者术后阴道分泌物可能增多,呈淡黄色或淡红色。本组中仅有 1 例出血量较多,即时采用局部上消炎药、填塞棉球压迫止血,经重复 2 次处理后出血明显减少,术后 6~8 周宫颈表面修复;切除病变边缘阴性说明手术成功,但不意味着病变不复发,而切除边缘组织呈阳性,说明手术不满意,更需观察随访,必要时再次手术。所以 LEEP 后 1、2 个月各要随访 1 次,

观察切口愈合情况,术后 3 个月行宫颈细胞学及阴道镜检查,正常者再每 3 个月随访 1 次,2 次正常后,再改为 6 个月复查 1 次,连续 3 次无异常,则可进入常规妇检。CIN 级别越高,LEEP 后随访时间越长。术前人乳头瘤病毒阳性者还需复查人乳头瘤病毒。

综上所述,LEEP 诊治宫颈 CIN 是一种较理想的方法,不仅可以达到治疗的目的,而且可以进一步明确宫颈病变的诊断及病变进程。并且操作简单,并发症少,不需住院,康复快,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 沈铿,郎景和,黄慧芳,等. 子宫颈锥切术在子宫颈上皮内瘤样病诊断和治疗中的价值 [J]. 中华妇产科杂志,2001,36(5):264-266.
- [2] 钱德英,黄志宏. 电环切除术对 203 例宫颈上皮内瘤变的疗效判定[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(8):473-475.
- [3] 卞美璐,陈庆云. 子宫颈疾病[M]. 北京:人民军医出版社,2008:38-39.
- [4] 钱德英. 阴道镜在宫颈癌诊断中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(3):137.
- [5] 宋学红. 三阶梯诊疗程序筛查诊治宫颈癌前病变[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2007,23(7):499-501.
- [6] 张惜阴. 实用妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:634-637.

(收稿日期:2011-06-29)

• 临床研究 •

128 例院内急救眩晕患者的病因分析和诊断体会

曾 敏,陈清蓉(重庆市西郊医院急诊科 400051)

【摘要】 目的 探讨眩晕患者发病原因及诊断体会。**方法** 对 2008 年 1 月至 2010 年 12 月院内急救眩晕患者 128 例明确诊断后进行分类及比较。**结果** 神经源性眩晕 71 例,占总数的 55.5%;耳源性眩晕 25 例,占总数的 19.5%;全身性疾病性眩晕 32 例,占总数的 25%。**结论** 急诊院内急救以眩晕为主要表现的患者应引起医生高度重视,应进行神经系统检查和全身疾病的判断,尤其要重视急性脑卒中的诊断,不要因眩晕症状而忽视其他疾病,特别对年龄超过 40 岁的患者应严格根据临床表现及相应的伴随症状进行综合分析判断及明确诊断,以免造成误诊和误治。

【关键词】 眩晕; 病因诊断; 临床体会

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)22-2774-02

眩晕是由于多种因素不同的发病机制所引起。临床患者感到自我或周围环境物体旋转或摇动的一种主观感觉障碍,常伴有客观的平衡障碍,一般无意识障碍^[1]。可见于多种疾病,如耳源性眩晕、脑性眩晕、高血压、低血压、阵发性心动过速、颈性眩晕等。由于涉及疾病系统较多,临床上容易出现误诊、误治的情况,因此,作者对本院急救的眩晕患者进行了分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科室 2008 年 1 月至 2010 年 12 月收治的院内急救眩晕患者 128 例,其中男 62 例,女 66 例;年龄 16~85

岁,平均 55.2 岁;18~39 岁 25 例,40~60 岁 44 例,>60 岁 59 例。所有患者病程 1 d 至 5 年,平均 8.5 个月。所有患者都经过全面神经系统查体。

1.2 检测方法 血和尿常规、血糖、血脂化验,部分患者行心电图、听神经检测、颈椎 X 线片、颈部及颅内血管多普勒、头颅计算机断层扫描/核磁共振(CT/MRI)及颈椎 CT/MRI 等的检查。

2 结 果

2.1 眩晕分类及构成 128 例患者经全面检查和治疗后,神经源性眩晕 71 例,占总数的 55.5%,其中脑动脉硬化 12 例,