

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,

脑叶出血 5 例,蛛网膜下腔出血 2 例,小脑出血 2 例,小脑梗死 2 例,脑干梗死 2 例,短暂性脑缺血 3 例,小脑囊肿 1 例;耳源性眩晕 25 例,占总数的 19.5%,其中良性阵发性位置性眩晕 16 例,梅尼埃病 7 例,前庭神经元炎 2 例;全身性疾病性眩晕 32 例,占总数的 25%,其中原发性高血压 13 例,高血压危象 4 例,低血压 5 例,心动过速 4 例,心动过缓 1 例,心律失常 1 例,严重贫血 1 例,神经官能症 1 例,药物性中毒 2 例。

2.2 128 例眩晕患者眩晕分类与发病年龄的关系 见表 1。

表 1 各年龄段眩晕分类情况

年龄(岁)	n	神经源性眩晕	耳源性眩晕	全身性眩晕
18~39	21	5	9	7
40~60	45	25	11	9
>60	62	33	10	19

3 讨 论

眩晕是指患者感到自身或周围的景物在旋转、摇晃、移动或感觉头昏、头重脚轻、自身倾倒感、不敢睁眼等临床综合症状,是大脑皮质的一种自我感觉,乃个体对自身所处空间位置关系的感觉失常,对自身平衡觉得会错误,引发自身或周围环境的虚假运动感觉。因而是一种关于人体与环境空间关系的错觉和运动幻觉等^[2],看到或感觉到并不存在的运动。通过对本组 128 例眩晕患者经全面检查明确诊断后分类,神经源性眩晕 71 例,占总数的 55.5%,;耳源性眩晕 25 例,占总数19.5%;全身性疾病性眩晕 32 例,占总数的 25%。18~39 岁眩晕患者主要引起的疾病为耳源性眩晕,有 9 例;40~60 岁、>60 岁主要是神经源性眩晕,分别为 25 例和 33 例;全身性疾病性眩晕分别为 9 例和 19 例,提示随着年龄的增加,全身性疾病性眩晕患者数逐渐增加,耳源性眩晕主要发生在中青年^[3]。

观察到急诊院内急救的眩晕患者多为神经系统的急症,占总数的 55.5%,其中急性脑卒中 15 例,占本组眩晕患者的 21.1%,发病率较高,与刘晓红等^[4]研究较一致。由于全身性

疾病引起的眩晕症状的患者占总数的 25.0%。耳源性眩晕发病比例较小,仅占 19.5%。表明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,对眩晕患者不能单凭眩晕主观症状作出诊断,必须详细询问病史、全面体检,尤其是神经系统检查,并结合相关辅助检查进行综合分析,才能作出正确的诊断。临床上对突发眩晕患者,要警惕脑干、小脑等后颅凹疾病,必要时需作头颅 CT、MRI 检查。尤其对年龄超过 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,明确诊断。李龙^[5]研究发现,老年人眩晕以神经系统和心血管系统疾病居多,自限性差,是疾病预后不良的危险因素。对眩晕患者的各项检查中,尤其以急诊头颅 CT 和 MRI 更为重要,对于怀疑急性脑卒中性眩晕者应第一时间行此类检查,对有条件的患者应常规检查^[6]。此外由于疾病的发生、发展及症状的出现有一个过程,并非所有的症状同时出现,故对眩晕患者尤其是原因未明者应加强追踪观察,严密监护,以避免漏诊。

参考文献

[1] 陈文彬,潘祥林. 诊断学常见症状[M]. 北京:人民卫生出版社,2008;63-64.

[2] 史玉泉,周考达. 实用神经病学[M]. 3 版. 上海:上海科学技术出版社,2004;1487.

[3] 王维治. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006;203-210.

[4] 刘晓红,周维智,朱咏新. 267 例眩晕临床分析[J]. 卒中与神经疾病杂志,2006,13(5):303-304.

[5] 李龙. 645 例眩晕症患者院内急救的诊断体会[J]. 中国医药导报,2010,7(7):155-156.

[6] 范显振,宋瑛玉. 头颅 CT 和 MRI 在眩晕诊断上的价值[J]. 上海医学影像杂志,1994,3(2):81-82.

(收稿日期:2011-07-19)

• 临床研究 •

胶乳增强免疫透射比浊法测定血清胱抑素 C 的方法学评价

胡修全,戴晓强(江西省九江市中医医院检验科 332000)

【摘要】 目的 对胶乳增强免疫透射比浊法测定血清胱抑素 C 进行方法学评价。方法 用免疫透射比浊法测定血清胱抑素 C,依据美国临床实验室标准化委员会 EP9-A2 文件要求进行精密度、线性关系、回收试验、干扰试验以及与颗粒增强的免疫散射比浊法比较等系列试验。结果 胶乳增强免疫透射比浊法在 0.64~8.05 mg/L 范围内线性良好,相关方程为 $Y=1.0248X-0.0943$;批内、批间平均变异系数均小于 5%;平均回收率为 94.7%;5.0 g/L 和 10.0 g/L 血红蛋白、3.5 mmol/L 和 8.0 mmol/L 三酰甘油、79.3 μmol/L 胆红素干扰物对测定干扰均小于 3%;与颗粒增强散射免疫比浊法比较,回归方程为 $Y=1.007X-0.0164$, $r=0.9937$,两种方法具有高度相关性($P<0.01$)。结论 胶乳增强免疫透射比浊法法干扰因素少、重复性好、线形范围较宽并与颗粒增强散射免疫比浊法有很好的相关性,操作简单,完全符合实验室常规检测的需要。

【关键词】 血清胱抑素 C; 胶乳增强免疫透射比浊; 方法学评价

DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 22. 045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)22-2775-03

胱抑素 C(CysC)又称半胱氨酸蛋白酶抑制剂 C,近年来其作为理想的反映肾小球滤过率(GFR)的灵敏指标日益受到临

床重视。目前已建立了多种测定方法,包括单项免疫扩散(SRID)、放射免疫测定(RIA)、免疫荧光测定(FIA)、酶联免疫