

不同高危亚型 HPV 感染对宫颈致病性的比较

袁爱萍¹, 张 萍¹, 陈秀华²

(上海市松江区妇幼保健院:1. 宫颈科;2. 妇保所 201620)

摘要:**目的** 观察不同高危亚型人乳头瘤病毒(HPV)感染对宫颈的致病情况。**方法** 选取该院 2013 年 1 月至 2015 年 12 月 1 764 例高危型 HPV 患者作为研究对象,对其细胞学检测结果和阴道镜下活检结果进行分析,比较 HPV16、18、HPV31、33 与其他 HPV 亚型的宫颈病变情况。**结果** HPV31、33 组的患者发生癌前病变及宫颈癌者比例低于 HPV16、18 组,但明显高于其他亚型组,差异有统计学意义($P<0.05$),宫颈细胞学异常率也明显高于其他亚型组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** HPV31、33 对宫颈有致病变作用,临床上应当高度重视,需定期随访。

关键词:人乳头瘤病毒; 亚型; 致病性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)05-0732-03

人乳头瘤病毒(HPV)感染已经被公认为是宫颈癌发生的病因之一^[1]。高危型 HPV 检测有效地提高了宫颈癌前病变诊断的敏感性,显著地降低了漏诊率,已成为宫颈癌筛查的重要方法。不同亚型 HPV 感染的致病性和后果不同^[2]。2016 年美国阴道镜和宫颈病理学会(ASCCP)新指南提出:对于宫颈细胞学无异常而 HPV 阳性的 30 岁以上的妇女,如其为 HPV16、18 感染者,应立即进行阴道镜检查;HPV16 是发生高度上皮内瘤变(HSIL)风险最高的亚型,其次是 HPV31、33^[3]。有学者提出,HPV31、33 感染者也建议行阴道镜检查^[4]。但目前对 HPV31、33 致宫颈癌和癌前病变的报道不多,因此,本院宫颈科对感染 HPV16、18、HPV33、31 与除 HPV 16、18、31、33 以外的其他 13 种亚型的 3 组妇女,通过阴道镜下活检的病理学比较,发现 HPV16、18 的致病性最高,而 HPV31、33 的致病性也明显高于其他(除 HPV 16、18、31、33 外)的高危亚型组。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2015 年 12 月本院收治的感染高危型 HPV 的 1 764 例患者,年龄 19~69 岁,平均(38.25±10.23)岁。所有研究对象性生活史有 2 年以上,避开月经期,排除全子宫切除术、既往宫颈癌及宫颈癌前病变患者。本研究分 3 组进行比较,第 1 组是 HPV16、18 组,第 2 组为 HPV31、33 组,第 3 组为其他亚型组,是除 HPV16、18、31、33 以外的 13 个高危亚型组(包括 HPV 35、39、45、51、52、53、56、58、59、66、67、68、73)。3 组患者均进行了细胞学检测和阴道镜下定位活检,以病理学诊断为金标准(对多重感染,各亚型的阳性率重复计算)。

1.2 仪器与试剂 阴道镜为金科威公司的 DVIS-C 阴道镜数字成像系统。醋酸溶液为 5%冰醋酸加蒸馏水配置而成,碘溶液为上海运佳黄浦制药有限公司的碘酊溶液。

1.3 方法

1.3.1 超薄细胞学检测(TCT) 采用 TBS 分类法,分为正常范围、意义不明的鳞状上皮细胞(ASC-US)、非典型鳞状细胞不排除高级别鳞状上皮内瘤变(ASC-H)、低度上皮内瘤变(LSIL)、HSIL、宫颈恶性肿瘤。

1.3.2 HPV 分型检测 1 764 例患者均进行高危型 HPV 分型检测,采样前先用棉签拭去过多白带,然后用采样刷刷去宫颈脱落细胞。HPV 分型检测试剂盒以多种聚合酶链反应和基

因芯片法,分型检测 26 种 HPV 亚型,包括 17 种高危亚型(HPV16、18、31、33、35、39、45、51、52、53、56、58、59、66、67、68、73),以及 9 种低危亚型(HPV6、11、40、42、43、44、54、55、57)。

1.3.3 阴道镜下定位活检、病理学检查 充分暴露宫颈,干棉球拭去宫颈分泌物,用 5%冰醋酸涂抹宫颈表面保持 2 min 以上,观察醋白反应;用碘酊涂宫颈观察宫颈着色情况,选取异常区域活检;组织分瓶保存送病理检查。

1.4 诊断标准 病理诊断标准分为宫颈炎、LSIL、HSIL、宫颈癌。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计数资料以例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组 HPV 感染的细胞学情况比较 HPV16、18 组共 700 例,其中细胞学阳性 408 例;HPV31、33 组共 226 例,细胞学阳性 151 例;感染 HPV 其他亚型组 838 例,细胞学结果阳性 488 例。HPV16、18 组的细胞学阳性明显高于 HPV31、33 组,差异有统计学意义($\chi^2=5.19, P<0.05$);HPV31、33 组的细胞学阳性明显高于其他亚型组,差异有统计学意义($\chi^2=5.46, P<0.05$)。HPV16、18 感染最易引起宫颈细胞学异常,其次是 HPV31、33。见表 1。

表 1 3 组 HPV 感染的细胞学情况比较[n(%)]			
组别	n	细胞学阴性	细胞学阳性
HPV16、18 组	700	292(41.71)	408(58.29)
HPV31、33 组	226	75(33.19)	151(66.81)
其他亚型组	838	350(41.77)	488(58.23)

2.2 3 组致病性比较 HPV16、18 组致病性最强,HPV31、33 组次之,其他亚型组最弱。3 组致病性差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 3 组致病性比较(n)			
组别	n	LSIL 及以下病变	HSIL 及宫颈癌
HPV16、18 组	700	403	297
HPV31、33 组	226	154	72
其他亚型组	838	703	135

2.3 3 组细胞学阴性者病理结果比较 HPV16、18 组共 292 例,其中 HSIL 及宫颈癌占 13.01%; HPV31、33 组共 75 例,其中 HSIL 及宫颈癌占 9.33%;其他亚型组共 350 例,HSIL 及宫颈癌占 6.57%。HPV16、18 组与 HPV31、33 组病理结果比较,差异无统计学差异($\chi^2=1.34,P>0.05$),HPV31、33 组的病理结果与其他亚型组比较,有统计学差异($\chi^2=66.96,P<0.05$)。HSIL 发生率由高到低依次为 HPV16、18 组,HPV31、33 组,其他亚型组。见表 3。

表 3 3 组细胞学阴性者病理结果比较[n(%)]

组别	n	病理诊断	
		宫颈炎及 LSIL	HSIL 及宫颈癌
HPV16、18 组	292	254(86.99)	38(13.01)
HPV31、33 组	75	68(90.67)	7(9.33)
其他亚型组	350	327(93.43)	23(6.57)

3 讨 论

据世界卫生组织估计,宫颈癌的发生率在发展中国家更高^[5],约为发达国家的 6 倍,我国宫颈癌新发病例占世界人口的三分之一。最近我国明确了 HPV 检测的亚型范围,只针对宫颈癌相关的 18 种 HPV 基因核酸检测,建议将 HPV16、18、31、33、35、39、45、51、52、56、59、68 共 13 种基因型列为高危型,HPV26、53、66、73、82 共 5 种基因型列为中等风险型^[6]。本研究所采用的 HPV 分型检测技术符合国家食药监总局的要求。HPV 检测近几年被不断推广,目前本市社区一级卫生中心也开展了 HPV 检测,HPV 阳性人群不断增加。目前临床医生虽然对 HPV16、18 的致癌性有了共识,但对 HPV 其他亚型阳性者缺乏统一的认识和处理方案。陶琨等^[7]在上海市长宁区中心医院的 HPV 阳性病例统计中发现,HPV 感染前 6 位依次为 16、58、33、52、31、18 亚型,说明 HPV33、31 在我国感染率居前。本研究 HPV31、33 组的细胞学阳性人数低于 HPV16、18 组,但明显高于其他亚型组,与前面的研究结果一致。故对持续性 HPV16、18 感染者应密切随访和治疗,同时对 HPV31、33 感染者也应加强管理。

HSIL 是导致宫颈癌的主要因素,筛查和治疗 HSIL 是宫颈癌防治中的重要环节,如能早期发现和治疗宫颈高级别病变无疑可极大减少宫颈癌的发生。本研究中 3 组发生 HSIL 及宫颈癌的结果分别为 HPV16、18 组 42.43%,HPV31、33 组 31.86%,其他亚型组 16.11%;HPV31、33 组略低于 HPV16、18 组,但明显高于其他亚型组。由此可见,HPV31、33 不管是感染率还是致癌性都高于其他亚型组。故对于 HPV31、33 感染者,应有别于其他亚型者,需积极治疗。

有研究报道,HPV16、18 DNA 和 HPV31、33 DNA 在正常宫颈未发现阳性表达,但在宫颈内瘤变(CIN)中,随着 CIN 级别的上升,发展为宫颈鳞状细胞癌,其阳性表达率及强度均明显升高^[8-9]。通过相关分析,结果显示 HPV16、18 DNA 和 HPV31、33 DNA 之间的表达均呈正相关,高危型 HPV16、18 DNA 和 HPV31、33 DNA 感染可能是宫颈鳞状细胞癌的触发因素^[10-11]。本研究结果显示,1 764 例 HPV 阳性患者中,细胞学阴性共 717 例,HSIL 及宫颈癌的发生率分别为 HPV16、18 组 13.01%,HPV31、33 组 9.33%,其他亚型组 6.57%。HPV16、18 组与 HPV31、33 组高级别病变的发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但这 2 组明显高于其他亚型组,

与以上报道结果相似。细胞学阴性易导致宫颈病变的漏诊,故对于细胞学阴性而感染 HPV31、33 的妇女,也应与 HPV16、18 一样,行阴道镜检查,以便及时发现宫颈高级别病变。高级别病变具有癌变潜能,有一定比例会发生为宫颈癌,被视为癌前病变。故对初次阴道镜检查未发现异常的妇女也不可掉以轻心,应密切随访,防止漏诊及宫颈癌变的发生。所以,不论细胞学正常与否,只要 HPV 阳性都要引起患者和医生的重视,尤其是感染 HPV16、18、31、33,均有必要行阴道镜检查并随访。

HPV 疫苗能有效预防 HPV 感染,是宫颈癌的一级预防措施。有报道在 HPV 疫苗的研究与临床应用中指出:由于目前上市的宫颈癌预防疫苗仅涵盖 HPV16、18 两种高危型,可预防约 70%的宫颈癌,临床试验表明这两种疫苗对其他高危型 HPV 的感染及癌前病变几乎没有预防作用^[12]。故不断地探讨和深入研究除 HPV16、18 外的治疗性疫苗和预防性疫苗是今后宫颈癌防治的方向。本研究中 HPV31、33 的感染率、致病性和致癌性均明显高于其他亚型组,为 HPV 疫苗的研究提供了参考依据。

由于 HPV 亚型决定着宫颈病变的进展,不同的 HPV 亚型致宫颈病变的能力存在着差异,高危型 HPV 的持续感染是促使宫颈癌发生的最主要因素。因此,早期发现 HPV 感染、准确分型对于宫颈癌防治具有非常重要的意义^[13]。对细胞学阴性的 HPV31、33 患者不可忽视,需定期随访,必要时阴道镜活检能有效降低宫颈病变和宫颈癌的发生。

参考文献

[1] Bere A,Tayib S,Kriek JM,et al. Altered phenotype and function of NK cells infiltrating human papillomavirus (HPV)-associated genital warts during HIV infection [J]. Clin Immunol,2014,150(2):210-219.

[2] Munoz N,Bosch FX,De Sanjose S,et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer[J]. N Engl J Med,2003,348(6):518-527.

[3] 龙腾飞. 宫颈病变筛查策略的效果分析[J]. 医学综述,2011,17(14):2154-2158.

[4] Clifford GM,Smith JS,Plummer M,et al. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide:a meta-analysis[J]. Br J Cancer,2003,88(1):63-73.

[5] Steben M,Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection:epidemiology and pathophysiology[J]. Gynecol Oncol,2007,107(Suppl 1):S2-5.

[6] 钟芳芳,沈丽娟,倪勇. 人乳头瘤病毒分型检测在宫颈疾病筛查中的应用[J]. 国际检验医学杂志,2014,35(17):2321-2322.

[7] 陶琨,杨静,杨华,等. 宫颈病变中 HPV 亚型感染特点及意义[J]. 中国妇幼保健,2011,26(15):2342-2344.

[8] 毕蕙,陈锐,赵健,等. HPV16、18、31、33 亚型在≥30 岁妇女宫颈癌筛查中的作用[J]. 中华实验和临床病毒学杂志,2010,24(4):248-250.

[9] 赵会传,张亚,李军川. HPV16/18 及 31/33 感染与宫颈鳞状细胞癌相关性研究[J]. 现代诊断与治疗,2015,26(7):1529-1531.

[10] 刘玲玲,李素红,王全红,等. 宫颈鳞状细胞癌中人乳头

- 瘤病毒感染与 Rb 相关基因蛋白的表达及其意义[J]. 肿瘤研究与临床, 2010, 22(6): 371-373.
- [11] 楼微华, 洪祖蓓, 狄文. 不同人乳头瘤病毒高危亚型与宫颈病变发生的关系[J]. 上海医学, 2013, 36(9): 805-809.
- [12] 唐良茜, 冷若冰. 人乳头瘤病毒疫苗的临床应用[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(3): 172-174.
- 临床探讨 •
- [13] 梅静, 徐海燕, 耿建祥, 等. 宫颈上皮内瘤变组织中人乳头瘤病毒感染基因型的分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(15): 2333-2336.
- (收稿日期: 2016-08-29 修回日期: 2016-11-17)

快速康复理念在提高手术室护理质量中的应用效果

柯丹纯¹, 叶小惠², 黄素华¹

(广东省深圳市宝安区松岗人民医院: 1. 手术室; 2. 外科 518105)

摘 要:目的 研究快速康复理念护理在提高手术室护理质量中的应用效果。方法 选取 2014 年 10 月至 2016 年 3 月在该院行择期腹腔镜胆囊切除术 126 例患者, 按照随机数字表法随机分为观察组和对照组, 每组各 63 例。对照组给予常规护理, 观察组给予快速康复护理, 观察两组患者术后住院时间、首次排气时间、停止输液时间、麻醉清醒时间、切口感染、并发症发生情况, 以及焦虑自评量表(SAS)评分、护理质量评分、护理满意度。结果 观察组患者术后住院时间、首次排气时间、停止输液时间、麻醉清醒时间、切口感染、并发症发生情况优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组 SAS 评分 $[(26.83 \pm 5.02)$ 分]低于对照组 $[(34.02 \pm 6.92)$ 分], 观察组护理质量评分为 (96.33 ± 3.28) 分, 优于对照组的 (83.94 ± 4.87) 分, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组总满意度为 93.65%(59/65), 优于对照组的 77.77%(49/63), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 快速康复护理能够提高手术室护理质量, 减少患者术后并发症的发生, 有利于患者的预后。

关键词:快速康复护理; 护理质量; 腹腔镜胆囊切除术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)05-0734-03

快速康复理念是一种现代护理理念, 是将多种措施综合起来的护理模式, 通过采取一系列具有医学循证的措施对手术患者进行护理干预, 包括麻醉、手术操作及围术期的护理^[1]。有研究表明, 快速康复护理能够减少手术对患者造成的应激反应, 减少并发症的发生, 效果较临床上常规的护理干预更佳, 有利于提高术后恢复及预后^[2]。手术室护理运用快速康复外科理念有非常重要的意义。为了改善患者的预后, 本研究探讨了快速康复理念在提高手术室护理质量中的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 10 月至 2016 年 3 月在本院行择期腹腔镜胆囊切除术的 126 例患者作为本次研究对象。纳入标准: (1) 年龄 > 18 岁; (2) 满足手术标准; (3) 配合研究患者。排除标准: (1) 有意识障碍; (2) 患有精神疾病^[3]。按照随机数表法分为观察组和对照组, 每组各 63 例。观察组中男 28 例, 女 35 例, 年龄 19~60 岁, 平均 (40.29 ± 3.21) 岁; 对照组 63 中男 29 例, 女 34 例, 年龄 19~61 岁, 平均 (41.02 ± 3.23) 岁。两组患者均同意参与本研究, 本研究已通过本院伦理委员会批准进行。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者采用常规护理, 包括生命体征检查、药物等治疗, 术前常规放置胃管, 备皮剃除毛发, 术前 1 d 清洁灌肠一次, 嘱患者术前 8~12 h 禁食, 6 h 禁饮。麻醉后给予术中常规护理配合。

1.2.2 观察组 观察组患者采用快速康复护理: (1) 给予患者术前护理, 多与患者进行交流沟通, 告知患者在治疗过程中可能会出现的情况及并发症, 并告知其解决方法, 缓解患者的焦虑; 建议患者在术前进行适当的运动, 锻炼器官功能, 如吹气球、爬楼梯等。予营养不良患者采用肠道外或肠道内营养支

持, 术前 1 d 晚上饮用 800 mL 碳水化合物, 术前 6 h 禁止进食, 术前 3 h 饮水 400 mL, 术前 2 h 禁止饮水; 预防用药在手术切皮前 30~60 min 使用抗菌药物, 手术后无需长期使用。(2) 采用全身麻醉联合硬膜外麻醉, 中胸段硬膜外麻醉, 全身麻醉采用短半衰期麻醉。(3) 麻醉生效后, 调整患者所需要的手术体位, 并为患者提供舒适性护理干预措施, 在满足手术体位、预防术中压疮的同时, 还兼顾患者对舒适的个性化要求。(4) 术中保持体温在正常范围, 输入恒温液体, 采用加温液体冲洗腹腔, 利用充气式加温仪保暖, 使用小棉被覆盖肩颈上肢等部位, 减少身体的暴露, 调节室温在 20~25 ℃, 消毒及铺无菌巾前, 适当提高室温, 防止术中低体温发生。(5) 术式尽量采用微创手术, 手术室护士提供娴熟的微创护理配合技术。术中积极配合手术医生彻底止血, 尽量缩短手术时间, 减少患者的术中损伤与应急。仔细处理腹腔病灶, 尽量不放置引流管; 若放置, 患者清醒后拔除。(6) 术后做好相关保暖工作, 能够减少出血及并发症, 降低分解代谢; 若患者的生命体征处于正常情况, 尽量不给予液体输入, 鼓励患者早期进食, 能够减少术后并发症的发生。术后鼓励患者下床进行活动, 为患者制订早期恢复锻炼计划, 确立锻炼目标; 建议患者多听音乐, 分散患者的注意力, 给予患者药物治疗来缓解术后疼痛。

1.3 观察指标 观察两组患者术后住院时间、首次排气时间、停止输液时间、麻醉清醒时间、切口感染、并发症发生情况, 焦虑自评量表(SAS)评分及护理质量评分、护理满意度。SAS 评分采用 4 级评分, 主要评定症状出现的频数, 其标准: 1 表示没有或很少时间有; 2 表示有时有; 3 表示大部分时间有; 4 表示绝大部分或全部时间都有。护理满意度分为非常满意(对所有调查条目都满意)、满意(对 80% 以上的条目为满意)、一般满意(对 60%~<80% 以上的问题满意)、不满意(满意条目不足 60%)。满意度 = (很满意例数 + 满意例数 + 一般满意例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。