

■ 技术·思维

# 宫颈上皮内瘤变的诊疗策略

□李灿宇

宫颈鳞状上皮内病变(SIL)是与宫颈浸润癌密切相关的一组宫颈病变,常发生于25岁~35岁妇女。大部分低级别鳞状上皮内病变(LSIL)可自然消退,但高级别鳞状上皮内病变(HSIL)具有癌变潜能。SIL反映了宫颈癌发生发展中的连续过程,从宫颈癌前病变(CIN)发展到宫颈癌,是较长时间连续发展的过程,大约需要10年。因此,通过筛查发现SIL,及时治疗高级别病变,是预防宫颈浸润癌行之有效的措施。

## 发病因素

SIL和宫颈癌与人乳头瘤病毒感染、有多个性伴侣、吸烟、性生活过早(<16岁)、性传播疾病、经济状况低下、口服避孕药和免疫抑制等因素相关。

2014年,WHO(世界卫生组织)对CIN进行了新的二级分类:CIN1相当于LSIL,CIN2和CIN3相当于HSIL。CIN2可以采用p16免疫组化染色,p16阳性的CIN2按照CIN3处理,p16阴性的CIN2按照CIN1处理。另外,Ki-67免疫组化染色在CIN2的分流中也是比较有潜力的方法。目前,有些病理学家将难以区分的CIN2和CIN3归类为CIN2,3。

## 分级及病理学诊断

1.HSIL:细胞核极性紊乱,核浆比例增加,核分裂象增多,异型细胞扩展到上皮下2/3层甚至全层,p16在上皮>2/3层面内呈弥漫连续阳性。2.LSIL:鳞状上皮基底及副基底样细胞增生,细胞核极性轻度紊乱,有轻度异型性,核分裂象少,局限于上皮下1/3层,p16染色阴性或在上皮内散在点状阳性。

## 临床表现

无特殊症状,偶尔有阴道排液增多,伴或不伴臭味。部分患者可能有接触性阴道出血病史。对患者进行查体,结果显示:宫颈局部表现为光滑或轻度糜烂,类似慢性宫颈炎的外观,未有明显病灶。

## 诊断

HPV(人乳头瘤病毒)检测 敏感性较高,特异性较低,可与细胞学检查联合应用于25岁以上女性的宫颈筛查;可用于21岁~25岁女性细胞学初筛为轻度异常的分流,当细胞学为意义不明的非典型鳞状上皮细胞(ASCUS)时进行高危型HPV检测,阳性者进行阴道镜检查,阴性者12个月后进行细胞学检查;可作为25岁以上女性的宫颈癌初筛手段,阳性者用细胞学分流,阴性者

常规随访。

宫颈细胞学检查(液基薄层细胞学检查或者宫颈刮片) 这是SIL和早期宫颈筛查的基本方法,细胞学检查特异性高,但敏感性较低。可选用巴氏涂片法或液基薄层细胞学涂片,筛查应在患者开始性生活3年后,或21岁以后开始并定期复查。我国目前使用的巴氏V级宫颈细胞学分类逐渐被TBS(一种描述性诊断,用来描述宫颈细胞的情况)的宫颈细胞

学分类取代。TBS的宫颈细胞学分类主要为低级别鳞状上皮内病变(LSIL)、高级别鳞状上皮内病变(HSIL)、无明确诊断意义的非典型鳞状上皮细胞(ASCUS)、无明确诊断意义的非典型腺细胞(AG-CUS)等。细胞病理学阳性诊断有ASCUS、LSIL、HSIL及鳞癌。

阴道镜检查 筛查发现有异常,如细胞学AS-CUS伴HPV检测阳性,或细胞学LSIL及以上,或

HPV检测16/18阳性者,建议进行阴道镜检查。

宫颈定位多点活体组织检查 常规采用3点、6点、9点、12点4处,对病变严重者优先取材于病变最严重的部位,或在阴道镜指导下进行定位活检,结果更准确。宫颈定位多点活体组织检查是确诊宫颈鳞状上皮内病变的可靠方法。

宫颈管搔刮术 若需要了解宫颈管的病变情况,应进行宫颈管搔刮术。

## 治疗

CIN1的处理 65% CIN1多自然消退,特别是年轻女性及孕妇;20%的病变持续存在,保持不变;15%的病变继续发展。因此,对CIN1的处理比较保守,需要观察。对CIN1的处理,除年轻女性及孕妇外,需要结合之前的细胞学及HPV检查结果,进行综合评价。1.对于细胞学检测为ASCUS、LSIL或HPV检测为HPV16(阳性)、18(阳性)或持续HPV感染的CIN1患者,建议12个月时进行联合筛查,如果联合筛查结果为阴性,则3年时进行依据年龄的筛查,3年时筛查结果再次为阴性,则回归常规筛查。若细胞学病变为ASCUS及以上或HPV阳性,则进行阴道镜检查。2.对于细胞学检测结果为意义不明确的非典

型鳞状上皮细胞不除外高级别鳞状上皮内病变(ASC-H)或HSIL的CIN1患者,如果阴道镜检查充分且宫颈管取样阴性,推荐诊断性锥切或在12个月、24个月时进行联合筛查,如联合筛查发现HPV阳性或者细胞学病变未到达HSIL,则进行阴道镜检查;如果联合筛查结果为阴性,则在3年时依据年龄重新筛查。21岁~24岁的年轻女性及孕妇因逆转率比较高,CIN1的处理相对保守,处理更需要个体化。

CIN2、CIN3的处理 CIN3进展为癌症的概率非常高,一旦诊断,需要积极处理。CIN2中包括肿瘤性病变以及非肿瘤性病变(反应性鳞状上皮化生、萎缩以

及上皮修复性改变等),并且不同的病理医生对于CIN2、CIN3诊断的一致性和重复性较低。为了更好地地区分肿瘤性病变CIN2,采用p16免疫组化染色,p16阳性的CIN2按照CIN3处理,p16阴性的CIN2按照CIN1处理。另外,Ki-67免疫组化染色在CIN2的分流中也是比较有潜力的方法。目前,有些病理学家将难以区分的CIN2和CIN3归类为CIN2,3。a.初始处理:除年轻女性及孕妇外,对于复发的CIN2、CIN3及CIN2,3,阴道镜检查不充分或宫颈管活检发现CIN2、CIN3、CIN2,3及不能分级的CIN,均推荐诊断性锥切,不建议破坏性治疗,但是子宫切除不作为首选治疗。b.治疗后随访:推荐在治疗后12个月

和24个月时进行联合筛查,如果联合筛查结果阴性,3年后重新筛查;如果联合筛查中任何结果异常,推荐在阴道镜检查的同时进行宫颈管取样;如果所有筛查结果均阴性,即使年龄超过65岁,仍然需要至少25年才回归常规筛查。

孕期的CIN 大部分妊娠期的患者为LSIL,约14%为HSIL。75%的孕期CIN可在产后半年消退,故更主张保守观察。

亚临床HPV感染 亚临床HPV感染可用药物治疗,或者随访观察并在1年后进行液基薄层细胞学及HPV复查。但如果是16、18型,或合并CIN,或病变范围较大,或无随诊条件,则应进行物理治疗或者LEEP(宫颈环形电刀切除术)。

(作者供职于河南省妇幼保健院)

■ 医学影像

# 外侧柱缺损之股骨头坏死的非手术疗法

□陈献韬 文/图



图1

股骨头坏死的原因复杂多样,坏死的部位也比较多,有的是全头坏死,有的是前方坏死,有的在外侧,有的在后方外侧,有的在内侧,有的呈点状,有的由点连片……其中,波及外侧柱的股骨头坏死,一般患者无论手术与否,塌陷率均较高。对这类患者的治疗,对医生是一个很大的挑战。我今天介绍一个病例。一位35岁的男性患者,整个外侧柱均受波及,股骨头塌陷,是换还是保?从患者的影像图(图1)可以看出:股骨头已经塌陷,关节面毛糙,坏死面积很大……

划一下重点,看图2,箭头1、2、3、4表示关节面节裂的部位,箭头5、6、7、8表示坏死的范围,可以看到外侧柱压缩碎裂。如果有足够的勇气,这个时候赌一把还是可以的:进行植骨重建。但是,医生给不了患者治愈的承诺,患者也不愿意尝试做手术,这就比较尴尬了。果不其然。尽管不断进行保守治疗(中药、西药+冲击波),患者的股骨头还是继续塌陷。但是,让人感到有一点欣慰的是,股骨头坏死的范围似乎在缩小。

患者的蛙位片显示情况不容乐观,可以看到骨头周围有骨赘形成。股骨头坏死的治疗往往不会一帆风顺,治疗过程很考验医生的耐心和患者的勇气。继续治疗,患者可能面临金钱和时间的双重损失。又过了4个月,患者进行复查。正位片提示,股骨头的骨质重建似乎又有所改善,关节面变得更加连续。蛙位片给人的整体感觉是股骨头内不稳定,骨生成与骨吸收处于一个矛盾的不平衡状态——这继续考验着医生和患者的耐心与毅力。患者自我感觉疼痛减轻了,可影像检查结果提示好像在加重!疗效评价的标准有两个方面:一是影像,二是患者的疼痛和功能情况。不好取舍,也无法做出预测。在犹豫和不安中,患者断断续续治疗了一年,来到医院进行复查。正位片显示骨密度减低区明显缩小,外侧柱没有继续塌陷。侧位片显示之前的关节面节裂消失,关节间隙没有明显变窄,骨坏死区也修复得比较

完美。这是一个让人兴奋的结果。患者获得了一个无痛、功能接近正常的关节。太不容易啦!很多人会质疑,偶然的因素导致了这样的成功,不值得推广和炫耀。回过头来看,这个病例存在一定成功基础。根据影像学检查结果可以得知,患者的骨密度并不太差,提示存在自身修复的能力,而不是一旦坏了就被罐子一摔到底的类型;中药、西药联合冲击波,对坏死区的修复做到了精准、高效治疗;根据病情适当扭拐、进行分期功能锻炼,有利于股骨头关节面的模造(通过持续的力学刺激,达到对股骨头的塑形、改造,以达到更适合头臼同心圆的要求)和修复。通过持续、适当的力学刺激,对修复中的股骨头不断塑形、改造,以达到适合头臼同心圆的要求,有利于恢复关节功能。只是这样的病例对医生和患者来说都是双重考验:既考验医生对病情的分析、预后的判断,又考验患者能否坚持、能否承受得起失败。怎么说呢?治病需要医患双方为了一个共同的目标一起努力。而医生,肯定是希望患者尽快痊愈的人。(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

激,达到对股骨头的塑形、改造,以达到更适合头臼同心圆的要求)和修复。通过持续、适当的力学刺激,对修复中的股骨头不断塑形、改造,以达到适合头臼同心圆的要求,有利于恢复关节功能。只是这样的病例对医生和患者来说都是双重考验:既考验医生对病情的分析、预后的判断,又考验患者能否坚持、能否承受得起失败。怎么说呢?治病需要医患双方为了一个共同的目标一起努力。而医生,肯定是希望患者尽快痊愈的人。(作者供职于河南省洛阳正骨医院)



图2

# 术中腹腔盆腔消化液意外污染的处理

□赵玉洲

今天,我和大家讨论一下腹腔镜手术术中因消化道空腔脏器内容物溢出所导致的腹腔污染的处理策略。从上往下说,先说食管内容物的意外污染。如果胃癌或者贲门癌合并梗阻,则很可能在食管内有消化液积聚,标本离断后,开放荷包钳时会有消化液污染术区的可能。原则上迅速吸走消化液,局部消毒、局部冲洗即可。再说胃内容物。普通胃液含菌量极少,原则上吸引、消毒即可。但是,如果合并胃内容物,则需要吸净胃内容物,局部消毒加冲洗。十二指肠及空肠起始部含菌量也比较少,往往吸引消毒即可。小肠中段至回肠含菌量逐渐增加,需要吸引、消毒加局部冲洗。胆汁的污染的处理简单吸引、消毒即可,必要时使用适量无菌盐水冲洗。对胰液一般吸引即可,往往不用特殊处理。回肠末端及结肠内含菌量明显增加,需要吸引、消毒加局部反复冲洗。需要强调的是,回肠末端和结肠也是梗阻比较容易发生的地方。一旦出现因消化道开放而导致的术区污染,会因为肠内容物多,并且肠腔内压力高而很难被迅速控制。我们的经验是能减压则尽量提前减压,不能减压就尽可能使用直线切割闭合器在封闭的情况下离断消化道;同时,注意控制消化道内压力,以免发生意外破溃而污染腹腔。万一遇到因消化道意外开放而污染术区的情况,我们的处理经验是这样的:首先,不要慌张,避免忙中出错。其次,在用大口径吸引器迅速吸引的同时,使用钳子尝试闭合破溃处。如果初步处理有效,也可考虑使用直线切割闭合器确切闭合破溃处。在溢出的肠内容物没有被吸引器、干纱布或者干纱垫等有效清理之前,不建议局部冲洗或者消毒,因为这样反而容易使污染物扩散,增加术区污染的程度。即使溢出的肠内容物被完全清理,并且消化道破溃处也被有效封堵,也不建议做广泛的术区冲洗。原则上建议仅在局部做有限范围的冲洗消毒。当然,很多事情往往说是容易做着难。就拿右半结肠梗阻来说,除非提前做了充分的梗阻消化道内肠内容物减压,否则极度扩张的右半结肠因肠腔内压力骤升,会在肠壁薄弱处破溃,发生肠内容物污染术区。往往即使破口很小,也会有锐不可当甚至排山倒海之势,数秒钟涌出数千毫升的肠内容物也很常见。这个时候,口径再大的吸引器也会变得“苍白无力”。正如前面说的,再好的处理措施,都不如提前减压,防患未然。如果没有做到防患未然,在“望洋兴叹”的同时迅速使用浸满消毒液的湿纱垫保护尚未被污染的术区,也不失为一种有效的止损方法。在尽可能保护好周围未被污染区域的同时,上一台“龙吸水”,直至抽干所有肠内容物或抽干绝大部分肠内容物,然后得以有效关闭肠壁破溃处。当遇到这种情况,也就是肠内容物自破溃处喷涌而出,迅速占领整个术区,从最低处一直溢到切口,除了尽可能保护未被污染的术区和持续吸引外,整个手术团队似乎什么也做不了。其实这样已经很不错了。只要沉着应对,紧张而不慌乱,还是有机会把污染控制在尽可能小的范围之内。有的时候,手术团队由于缺乏经验,忙中添乱,在清理污染物时可能造成污染范围进一步扩大,最终事与愿违。下面是近期我们对一个病例的处理方法。这是一个梗阻的右半结肠癌患者,肿瘤位于升结肠中段,近端的升结肠、盲肠和末端回肠均有明显梗阻,导致在游离过程中不慎发生回肠梗阻的薄弱部位破溃,污染术区。迅速使用大弯钳控制破溃处回肠的两端,用吸引器迅速吸引,清理被污染的术区。当时溢出的肠内容物大概有200毫升,用吸引器清理后使用浸满碘伏的纱布消毒被污染的术区数遍。保护好周围未被污染的术区。使用干净的湿纱垫,再以稀碘伏反复冲洗被污染的区域,再用直线切割闭合器离断破溃处肠腔。手术得以继续进行。术毕,特意在被污染区域多放置一根引流管,引流可能的渗出血、积液。术后一周,患者恢复良好,体温、血象正常,引流管无异常,排气排便均通畅。事后回想,这个患者出现术中意外污染,主要有3个原因:1.患者为慢性梗阻,导致手术团队有些轻敌(如果是急性梗阻,重视程度会高一些)。2.高龄(患者已87岁,组织薄弱)。3.手术团队的关注重点在结肠,没有重视扩张的回肠中段,也就没有重点观察回肠末端扩张破裂前的危险迹象。(作者供职于河南省肿瘤医院)

## 征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。联系人:贾领珍电话:(0371)85966391投稿邮箱:337852179@qq.com邮编:450046地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部