

[3] 何杜. 2003~2007 年成分输血的调查与分析[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(4): 275-277.

[4] 刘利明, 陈蓉. 成分输血不合理现象浅析[J]. 中国输血杂志, 2006, 19(6): 486-487.

[5] 高峰. 临床用血[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003.

[6] 高峰. 输血与输血技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.

(收稿日期: 2011-07-11)

来宾地区妇女高危型人乳头瘤病毒核酸定量检测结果分析

覃庆开, 罗雪林, 何忠发, 曾 光, 蒙顺武(广西壮族自治区来宾市人民医院检验科 546100)

【摘要】 目的 分析来宾地区妇女高危型人乳头瘤病毒(HPV16、18)感染率及年龄特征, 为预防 HPV 感染和宫颈防治提供理论依据。**方法** 采用高危型 HPV(8 个型)核酸定量检测试剂盒(聚合酶链反应荧光法), 对来自本院妇科门诊及部分机关单位职工体检的 1 026 例妇女泌尿、生殖道分泌物棉拭子进行 HPV 检测。**结果** 1 026 例妇女中 HPV 感染例数 159 例, 感染率为 15.5%, 31~40 岁年龄段 HPV 感染率最高, 占 7.21%, 各年龄段 HPV 感染检出率差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 来宾地区妇女高危型 HPV 感染率为 15.5%, 31~40 岁年龄段 HPV 感染率最高。

【关键词】 高危型人乳头瘤病毒; 病毒感染; 年龄特征; 核酸定量

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.047 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)01-0081-02

人乳头瘤病毒(HPV)由病毒衣壳和双链环状 DNA 组成, 主要通过性接触感染人皮肤、黏膜的上皮细胞, 在易感细胞内引发良性或恶性病变。分子生物学研究结果显示, 90% 以上宫颈腺癌伴有 HPV 感染, 主要为 HPV16、18 亚型^[1]。采用高危型 HPV(8 个型)核酸定量检测试剂盒[聚合酶链反应(PCR)荧光法], 对来宾地区 2010 年 1 月至 2011 年 6 月来本院妇科门诊及部分机关单位职工体检的 1 026 例妇女泌尿、生殖道分泌物棉拭子进行 HPV 检测, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 标本来源 2010 年 1 月至 2011 年 6 月来本院妇科门诊及部分机关单位职工体检的 1 026 例妇女泌尿、生殖道分泌物棉拭子, 年龄 16~80 岁。

1.2 标本采集 由妇科医生用无菌生理盐水棉球洗去宫颈外分泌物, 再用无菌棉拭子插入宫颈内, 捻动棉拭子采集宫颈分泌物, 将棉拭子置入无菌试管内, 密闭送检, 置于一 20 ℃ 冰箱中待检。

1.3 制备标本

1.3.1 向试管中加入 1 mL 灭菌生理盐水, 充分振荡摇匀, 挤干棉拭子。

1.3.2 吸取全部液体转至 1.5 mL 离心管中, 12 000 r/min 离心 5 min。

1.3.3 去上清液, 沉淀加灭菌生理盐水 1 mL 混匀, 12 000 r/min 离心 5 min。

1.3.4 去上清液, 沉淀中加入 50 μ L DNA 提取液充分混匀, 100 ℃ 恒温处理 10 min。

1.3.5 12 000 r/min 离心 5 min, 备用。

1.4 试剂与仪器 高危型 HPV(8 个型)核酸定量检测试剂盒(PCR 荧光法)及 DA700 荧光定量 PCR 扩增仪均由广州中山大学达安基因公司提供。

1.5 测定方法 PCR-荧光法的反应体系、条件: 50 ℃ 尿嘧啶-N-糖基化酶反应 2 min; 94 ℃ 预变性 2 min; 94 ℃ 变性 10 s; 60 ℃ 退火 30 min; 40 个循环后, 用 530 nm 检测荧光, 35 ℃ 仪器冷却 10 s。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 统计软件包进行 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 1 026 例妇女中 HPV 感染 159 例, 感染率为 15.5% (159/1 026), 31~40 岁年龄段 HPV 感染率最高, 占 7.21% (74/1 026)。

2.2 HPV 感染年龄分布 1 026 例妇女中 HPV 感染率较高的年龄段是 20~30 岁和 31~40 岁, 各年龄段 HPV 感染检出率差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

表 1 HPV 感染年龄分布

年龄(岁)	检测例数(<i>n</i>)	HPV 感染(<i>n</i>)	感染率(%)
<20	47	7	14.9
20~30	299	53	17.7
31~40	407	74	18.8
41~50	196	17	8.7
51~60	38	3	7.9
≥61	39	5	12.8
合计	1 026	159	15.5

3 讨 论

高危型人乳头瘤病毒(HPV16、18)的感染与宫颈癌的发生有密切联系^[1], 几乎所有宫颈癌患者的病理样本中均能找到 HPV 高危型病毒^[2], HPV 的诊断完全依赖于临床标本中 HPV 的检测^[3]。

本研究结果显示, 20~40 岁为女性性活跃阶段, HPV 主要通过性接触感染, 与文献报道一致^[4]。

本调查采用高危型 HPV(8 个型)核酸定量检测 HPV16、18 亚型, 了解了来宾地区妇女感染 HPV 的情况和年龄的分布特征, 为指导女性进行宫颈癌的预防、筛查及早期诊断、早期治疗、减少宫颈癌的发生提供了理论依据。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 288.

[2] 李洁, 刘宝印. 中国妇女宫颈癌组织中人乳头瘤病毒感染

及地理分布的调查[J]. 中华实验和临床病毒学杂志, 1996, 10(1): 50-55.

- [3] 翟文珍, 邹先进. FQ-PCR 检测宫颈涂片剩余细胞内 HPV16、18 型感染的临床意义[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(2): 80-82.

- [4] 王瑜敏, 陈洁, 周武, 等. 温州地区宫颈疾病妇女人乳头状瘤病毒感染现状分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(19): 2958-2960.

(收稿日期: 2011-07-19)

三踝关节骨折患者的治疗及疗效分析

徐 刚(贵州省湄潭县医院骨科 564100)

【摘要】 目的 探讨三踝关节骨折手术治疗方法及临床效果。**方法** 回顾性分析该院 2000~2009 年手术治疗的 38 例三踝关节骨折患者。**结果** 随访 38 例患者均骨性愈合, 按苟三怀提出的标准, 优良率为 86.8%。**结论** 正确的术前诊断及手术入路的选择, 良好的骨折复位和有效的内固定, 加上早期功能锻炼, 是恢复踝关节正常功能的有效方法。

【关键词】 三踝骨折; 手术内固定; 临床效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.048 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)01-0082-02

三踝关节指的是内踝关节、外踝关节、后踝关节。内踝是胫骨远端的, 外踝关节为腓骨远端。后踝关节又称为后唇, 是胫骨和距骨关节面的后缘。本院自 2000~2009 年采用手术治疗 38 例三踝关节骨折患者, 取得满意的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析本院 2000~2009 年手术治疗的 38 例三踝关节骨折患者, 男 26 例, 女 12 例; 年龄 18~71 岁, 平均 37.6 岁。受伤肢体左侧踝关节 23 例, 右侧踝关节 15 例。致伤原因: 交通伤 20 例, 扭伤 9 例, 坠落伤 5 例, 砸伤 4 例。其中开放性骨折 6 例, 闭合性骨折 32 例。按 Danis-Weber 分型: A 型 4 例, B 型 24 例, C 型 10 例。受伤至手术时间 6 h 至 14 d, 平均 9 d。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 本组患者在入院后积极完善术前检查, 拍摄踝关节正侧位片, 对于复杂或可疑的三踝关节骨折行应力位 X 线检查及 CT 扫描, 以便更准确了解骨折损伤的类型、程度及移位情况。

1.2.2 手术方法 采用持续硬膜外麻醉, 患者仰卧位, 术中使用止血带, 手术顺序为后—外—内踝关节。对后、外踝关节骨折的处理: 采用外后弧形切口, 方便暴露后踝关节, 不做皮下分离, 直接进入, 尽量减少骨膜的剥离, 术中避免腓肠神经和腓浅神经损伤。后踝关节以 1~2 枚加压螺钉由后踝关节向胫前固定(对位好, 小于 1/3 骨折块可不固定); 外踝关节选用解剖钢板或 1/3 管形钢板固定。对内踝关节骨折的处理: 以内踝关节尖为中心做一小切口或弧形切口, 术中避免隐神经和隐静脉损伤, 整复内踝关节骨折, 两枚松质骨拉力螺钉交叉或平行固定。踝部骨折需获得肉眼下的解剖复位。对于下胫腓关节分离需手术固定者, 将踝关节背屈, 在离胫距关节 2~3 cm 处, 由后外向前内 20°~25° 打入 1 枚松质骨拉力螺钉, 平行胫距关节面。6 例开放性骨折患者均急诊清创后行 I 期内固定术。

1.2.3 术后处理 术后常规应用抗生素预防感染 3~5 d, 使用持续被动活动(CPM)进行下肢功能锻炼, 术后第 2 天可坐起。嘱患者在床上进行踝关节主动活动, 12~14 d 拆线, 36 例患者切口 I 期愈合, 术后 4 周患者非负重行走; 以后根据 X 线复查情况, 开始部分或完全负重行走练习。若踝关节脱位伴韧带损伤, 在行韧带修补后, 石膏外固定 4~6 周, 拆除石膏后积极行下肢功能锻炼。

1.2.4 功能评定标准 根据苟三怀提出的标准^[1]。优: 无痛、无畸形, 功能正常或接近正常, X 线显示骨折愈合。良: 劳累后踝关节轻度疼痛不适, 背伸或跖屈受限在 10°~15°, X 线显示骨折愈合。可: 有时感觉踝关节酸痛无力, 背伸或跖屈受限在 16°~30°, X 线显示踝关节轻度畸形。

2 结 果

2.1 本组 38 例患者均获随访, 时间 6~24 个月, 平均 12.4 个月。功能评定优 29 例, 良 4 例, 可 2 例, 优良率达 86.8%。

2.2 术后并发症 本组 2 例开放性骨折患者术后出现切口感染, 将伤口感染部位拆线, 减张缝合, 加强换药, 3 周后切口愈合。

3 讨 论

踝关节由胫骨、腓骨下端和距骨构成, 属于屈戌关节, 以屈伸为主要动力方向, 以负重为主要功能。三踝关节骨折是踝关节严重损伤, 往往是联合损伤的结果, 多见于 Danis-Weber 分型中的 B 型、C 型, 如果治疗不当, 不能重建踝关节的正常解剖关系, 极易影响关节的稳定性, 从而引起踝关节疼痛、功能障碍等创伤性关节炎的表现。

目前手术是三踝关节骨折公认的最佳治疗方案, 手术内固定方法较多, 其中包括克氏针、张力带、普通螺钉、加压螺钉等等。克氏针内固定及普通螺钉固定不稳定是其最大弱点; 加压螺钉是近年来公认的固定短小肢端骨折的有效方法, 固定坚强且稳定。本组 38 例患者全部手术治疗, 采用的固定方式为: 后踝关节骨折以 1~2 枚加压螺钉固定; 外踝关节骨折选用解剖钢板或 1/3 管形钢板, Weber 在 1981 年强调在治疗踝关节骨折时必须恢复腓骨的正常长度^[2]; 内踝关节以 2 枚松质骨拉力螺钉交叉或平行固定。骨折的稳定性得到保障, 有利于早期功能锻炼, 恢复踝关节的正常功能。

三踝关节骨折的手术指征: (1) 保守闭合复位失败的患者; (2) 外踝关节及距骨向外移位 2 mm 以上者; (3) 后踝关节骨折大于胫骨远端关节面(1/4)~(1/3); (4) 垂直压缩型骨折(Pilon 骨折); (5) 开放性骨折合并脱位。手术原则: (1) 三踝关节骨折要求解剖复位; (2) 内固定必须稳定, 以便早期进行功能锻炼; (3) 掌握合理的手术时机。

三踝关节骨折的手术顺序尚有较大争议。AO 推荐的方法是: 后踝关节依据术前定位骨块位置采用跟腱后内侧或后外侧切口以利于骨折的显露, 有时要将跟腱 Z 型切开以暴露后踝