

- CD133 在胃癌组织的表达及其与胃癌发生发展的关系[J]. 中华实验外科杂志, 2015, 32(1): 165-167.
- [7] 徐华明. 老年胃癌患者的临床特点分析[J]. 中华老年医学杂志, 2013, 32(11): 1212-1214.
- [8] Bathaie SZ, Hoshyar R, Miri H, et al. Anticancer effects of crocetin in both human adenocarcinoma gastric cancer cells and rat model of gastric cancer[J]. Biochem Cell Biol, 2013, 91(6): 397-403.
- [9] 王旭林, 王红梅, 牟永华, 等. 早期肠内营养对老年胃癌病人术后血清 SOD、MDA 和 T 细胞免疫功能的影响[J]. 肠外与肠内营养, 2012, 19(2): 74-77.
- [10] Zhao H, Zhao H, Wang Y, et al. Randomized clinical trial of arginine-supplemented enteral nutrition versus standard enteral nutrition in patients undergoing gastric cancer surgery[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2013, 139(9): 1465-1470.
- [11] 郑云丽. 老年胃癌患者术后早期肠外联合肠内营养支持对其预后的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(19):
- 临床探讨 •
- 5519-5520, 5521.
- [12] 鲁力, 谢敏, 魏少忠, 等. 术前与术后早期肠内营养对老年胃癌患者术后免疫功能及营养状态的影响[J]. 中国肿瘤临床, 2014, 41(18): 1170-1173.
- [13] 李卫国, 朱盼盼, 党诚学, 等. 老年胃癌患者术后并发症发生情况分析[J]. 实用癌症杂志, 2015, 30(9): 1342-1343, 1353.
- [14] 马娟, 余莲英, 廖山婴, 等. 胰十二指肠同源基因 1 在胃癌中的表达及对胃癌生物学行为的影响[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2014, 35(2): 215-223.
- [15] 马汉伟, 张含花, 郭晓燕, 等. 胃癌高发区居民胃癌前疾病的影响因素分析[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2012, 41(2): 244-248, 252.
- [16] 杨庆民, 郭雄飞. 胃肠道手术后肠内肠外营养支持疗法与肠外营养支持疗法的对照研究[J]. 河北医药, 2014, 36(24): 3717-3719.

(收稿日期: 2016-07-18 修回日期: 2016-10-10)

阿托伐他汀对老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者的疗效及患者动态血压分析

陈玲园¹, 黄天国¹, 韩 辉²

(广西壮族自治区河池市人民医院: 1. 药剂科; 2. 心内科 547000)

摘要:目的 探讨阿托伐他汀对老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者的疗效及患者动态血压特征分析。方法 选择 2013 年 3 月至 2015 年 12 月河池市人民医院收治的 80 例老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者, 按就诊单双号随机分为对照组(常规治疗, 40 例)与观察组(常规治疗+阿托伐他汀, 40 例), 两组患者均连续治疗 26 个月, 比较两组患者治疗前后颈动脉粥样硬化斑块面积、颈动脉内膜中层厚度(IMT)、血脂[三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白(HDL)、低密度脂蛋白(LDL)、氧化低密度脂蛋白(ox-LDL)]水平变化及动态血压情况。结果 与治疗前比较, 两组 IMT 和颈动脉内膜斑块面积、TG、TC、LDL、ox-LDL 水平均明显降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$), HDL 水平则明显升高($P < 0.05$); 治疗后与对照组比较, 观察组的颈动脉内膜斑块面积与颈动脉 IMT、TG、TC、LDL、ox-LDL 水平均明显降低($P < 0.05$), HDL 水平明显升高($P < 0.05$)。与治疗前比较, 两组动态血压各项参数 24 h、日间、夜间的平均收缩压、平均舒张压、平均动脉压均明显降低($P < 0.05$); 治疗后与对照组比较, 观察组的 24 h、日间、夜间的平均收缩压、平均舒张压、平均动脉压均明显降低($P < 0.05$)。结论 阿托伐他汀联合抗高血压药物对于老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者疗效明显, 可较好控制血压, 降低血脂, 改善动脉粥样硬化情况, 适于老年高血压合并动脉粥样硬化患者长期服用。

关键词: 阿托伐他汀; 高血压; 动脉粥样硬化; 动态血压

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2017. 01. 034 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)01-0089-04

高血压为最常见的慢性病, 是心脑血管疾病最主要的危险因素, 可促进动脉粥样硬化发生、发展^[1-2], 动脉粥样硬化导致的血管狭窄又可进一步引发继发性高血压。研究显示高血压是可以预防和控制的疾病^[3-4], 降低高血压患者的血压水平, 可降低脑卒中及心血管疾病发生率, 显著改善患者的生存质量。目前国内外研究较少报道他汀类药物对服用降压药物后血压控制为轻度高血压的老年患者血压的影响^[5-6], 本研究选择经降压药物治疗后血压控制为轻度高血压合并动脉粥样硬化的老年患者, 给予阿托伐他汀药物治疗, 并密切观察药物对患者的影响, 探讨阿托伐他汀对老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者的疗效及患者动态血压特征分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 3 月至 2015 年 12 月本院收治的 80 例老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者为研究对象。

入选标准: (1) 年龄 60 岁以上患者; (2) 确诊为原发性高血压, 经口服降压药后, 血压控制为轻度高血压, 均符合 2010 年《中国高血压防治指南》中 I 级高血压的诊断标准; (3) 所有患者颈动脉粥样硬化斑块均经影像学检查确诊; (4) 坚持口服药物、依从性较好的老年患者。将所有患者按就诊单双号随机分为对照组(40 例)与观察组(40 例)。对照组中男 22 例、女 18 例, 年龄 60~76 岁、平均(65.8±5.2)岁, 平均病程(2.5±1.2)年; 观察组中男 19 例、女 21 例, 年龄 60~78 岁、平均(67.2±5.6)岁, 平均病程(2.8±1.3)年。两组患者年龄、性别、病程等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究方案通过本院医院伦理委员会批准, 所有患者均签署知情同意书。

1.2 排除标准 排除: 有脑梗死伴肢体功能障碍的患者; 妊娠或哺乳期妇女; 继发性高血压患者; 甲状腺功能亢进, 原发性醛固酮增多症, 肾动脉狭窄, 肾病综合征或肾功能损害者; 活动性

肝病,慢性肝炎或肝功能不全者;有酗酒或药物滥用史;慢性充血性心力衰竭、痴呆、进展性脑血管病、严重肺部疾病、恶性肿瘤或其他由研究者认为可能妨碍本研究顺利进行的显著异常。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法 对照组:给予患者口服奥美沙坦酯片(南京正大天晴制药有限公司生产),20 mg/d,每天 1 次;氢氯噻嗪片(华润双鹤药业股份有限公司生产),12.5 mg/d,每天 1 次,连续治疗 26 个月。观察组:患者在对照组给药的基础上治疗 2 个月,之后每天加服阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司生产),每次 20 mg,每天 1 次,再连续治疗 24 个月。

1.3.2 检测方法及检测指标 (1)颈动脉内膜斑块面积及 IMT 检测:治疗前后患者取平卧位,采用美国 GE Vivid7 彩色多普勒超声诊断仪检测颈动脉 IMT:患者双侧颈总动脉距分叉 1 cm 处,颈动脉纵向超声显示由相对较低回声相间两条细线状强回声,两线间距离。动脉斑块:测量患者双侧颈总动脉、颈动脉分叉处、颈内动脉起始处 2 cm 处 IMT,若有多块斑块取平均值。判断标准:IMT<1.0 mm,为正常;IMT1.0~1.3 mm,为内膜中层增厚;IMT>1.3 mm,为斑块。观察颈动脉分叉处与颈内动脉斑块情况,如发现斑块,横纵向冻结图像,测量其厚度,若在同一动脉段发现多个斑块,记录斑块数目及测量最大斑块厚度。(2)血生化指标:治疗前后所有患者抽血前禁高脂饮食 3 d,并于清晨空腹采集 5 mL 静脉血,离心,取血浆,采用日立 7600-110 全自动生化分析仪检测三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白(HDL)、低密度脂蛋白(LDL)水平,采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测氧化低密度脂蛋白(ox-LDL)水平,严格按照试剂盒说明书进行,试剂盒购自厦门慧嘉生物科技有限公司。(3)动态血压监测:采用德国 DelMAR P6 型动态血压监测仪监测患者在平静状态 24 h、昼间、夜间收缩压、舒张压和动脉压,24 h 检测时间:上午 08:00—09:00 至次日上午 08:00—09:00,昼间 06:01—22:00(检测频率 1 次/30 min),夜间 22:01—06:00(检测频率 1 次/1 h),记录并计算 24 h、昼间、夜间的平均收缩压、平均舒张压、平均动

脉压,若有效血压检测次数小于获得次数的 80%,则需重新检测。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 20.0 统计软件进行分析,计数资料以率表示,比较用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验;等级资料用非参数检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗前后颈动脉内膜斑块面积与颈动脉 IMT 比较 对两组患者治疗前后颈动脉内膜斑块面积与颈动脉 IMT 进行比较,发现与治疗前相比,对照组和观察组 IMT 和颈动脉内膜斑块面积均明显减少,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组的颈动脉内膜斑块面积与颈动脉 IMT 与对照组相比均明显减少,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 治疗前后血脂水平比较 对两组患者治疗前后血脂水平进行了比较,发现与治疗前比较,对照组和观察组 TG、TC、LDL、ox-LDL 水平均明显减少,差异有统计学意义($P<0.05$),对照组和观察组 HDL 水平明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后与对照组比较,观察组的 TG、TC、LDL、ox-LDL 水平均明显减少,差异具有统计学意义($P<0.05$),HDL 水平明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者治疗前后颈动脉内膜斑块面积与颈动脉 IMT 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	斑块面积(mm ²)	IMT(mm)
对照组	40	治疗前	27.22±2.41	1.59±0.21
		治疗后	23.91±2.31 [*]	1.38±0.19 [*]
观察组	40	治疗前	26.84±2.27	1.56±0.20
		治疗后	21.03±2.18 ^{*#}	1.19±0.18 ^{*#}

注:与组内治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与治疗后对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后血脂水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	TG(mmol/L)	TC(mmol/L)	LDL(mmol/L)	ox-LDL(mg/L)	HDL(mmol/L)
对照组	40	治疗前	5.48±0.39	2.10±0.30	3.49±0.35	41.74±6.08	1.20±0.28
		治疗后	5.37±0.44 [*]	2.01±0.31 [*]	3.38±0.37 [*]	40.13±6.91 [*]	1.28±0.31 [*]
观察组	40	治疗前	5.41±0.42	2.06±0.29	3.42±0.39	42.36±5.89	1.24±0.29
		治疗后	4.52±0.37 ^{*#}	1.74±0.28 ^{*#}	2.35±0.36 [#]	29.15±6.25 ^{*#}	1.55±0.34 ^{*#}

注:与组内治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与治疗后对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表 3 两组患者治疗后动态血压水平比较($\bar{x}\pm s$,mm Hg)

指标	对照组(<i>n</i> =40)		观察组(<i>n</i> =40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
24 h 平均收缩压	148.62±13.38	136.49±14.06 [*]	147.63±12.57	132.63±12.57 ^{*#}
24 h 平均舒张压	96.87±9.17	84.15±10.48 [*]	98.24±9.19	79.54±9.19 ^{*#}
24 h 平均动脉压	104.23±11.39	95.03±11.39 [*]	105.78±10.84	92.78±10.84 ^{*#}
昼间平均收缩压	151.09±14.06	138.07±13.52 [*]	150.32±12.98	134.76±13.98 ^{*#}
昼间平均舒张压	99.85±10.48	86.45±9.79 [*]	100.17±9.32	81.32±9.44 ^{*#}
昼间平均动脉压	106.42±10.90	97.26±11.64 [*]	108.34±11.25	94.53±11.26 ^{*#}
夜间平均收缩压	146.49±13.51	128.94±13.87 [*]	145.65±12.01	129.90±12.62 ^{*#}
夜间平均舒张压	94.11±9.25	81.31±10.04 [*]	97.12±9.26	77.24±9.07 ^{*#}
夜间平均动脉压	102.07±11.14	94.37±10.95 [*]	103.74±10.32	90.96±10.57 ^{*#}

注:与组内治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与治疗后对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 动态血压水平比较 对两组患者治疗前后动态血压水平进行了比较,发现与治疗前相比,对照组和观察组 24 h、昼间、夜间的平均收缩压、平均舒张压、平均动脉压均明显降低,差异具有统计学意义($P<0.05$);治疗后与对照组比较,观察组的 24 h、昼间、夜间的平均收缩压、平均舒张压、平均动脉压均明显降低,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 不良反应情况 治疗过程中,观察组有 1 例发生症状性低血压,对照组有 1 例发生心绞痛,经对症治疗后消失,两组均未见高钾血症、心律失常等严重不良反应,两组不良反应发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨 论

高血压为常见心血管疾病,多发于老年人,高血压个体化策略及分层防治对于早控制高血压具有重要作用^[7-8]。2010 年修订版《中国高血压防治指南》中坚持预防为主,防治结合,提出从控制危险因素、早诊早治和患者规范化管理入手。但对于已服用抗高血压药物后控制为轻度高血压患者,如何切实、可靠地控制血压,减少用药,防止并发症发生尤为重要。研究发现,阿托伐他汀联合抗高血压药物可更好地控制老年轻中度高血压患者的血压水平,长期用药过程中无严重不良反应^[9]。动脉粥样硬化为老年高血压患者心脑血管不良事件发生的病理基础,LDL 为引发动脉粥样硬化的基本因素^[10-11],他汀类药物可有效降低 LDL 水平,为目前作用明确的抗动脉粥样硬化药物^[12]。

ox-LDL 在动脉粥样硬化病变过程中具有重要作用,为内皮损伤标志物。LDL 在内皮损伤后进入动脉内皮下氧化为 ox-LDL,ox-LDL 被巨噬细胞吞噬后形成泡沫细胞,ox-LDL 增加引发金属蛋白酶分泌升高,纤维蛋白基质被过度降解,引发斑块破裂,血小板聚集,导致血栓形成,诱发心脑血管事件^[13-14]。长期高血压损伤血管壁,内皮损伤后脂质进入增加,较多的 ox-LDL 沉积于血管壁,另外高血压导致血管局部氧化应激增多,加重内皮损伤与动脉粥样硬化。本研究结果表明,两组患者治疗后 IMT 和颈动脉内膜斑块面积、TG、TC、LDL、ox-LDL 水平均明显降低;HDL 水平则明显升高;观察组的颈动脉内膜斑块面积与颈动脉 IMT、TG、TC、LDL、ox-LDL 水平均明显低于对照组,HDL 水平明显高于对照组;提示阿托伐他汀联合抗高血压药物对于老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者疗效明显,可降低血脂水平,改善动脉粥样硬化情况,有效减少患者动脉粥样硬化斑块及 IMT 厚度。本结果中两组患者治疗后动态血压各项参数 24 h、昼间、夜间的平均收缩压、平均舒张压、平均动脉压均明显降低;治疗后与对照组比较,观察组的 24 h、昼间、夜间的平均收缩压、平均舒张压、平均动脉压均明显降低;提示阿托伐他汀联合抗高血压药物对于老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者疗效明显,可较好控制血压。24 h 动态血压监测在高血压诊断治疗中具有重要作用^[15-16],对于高血压患者应尽早发现靶器官损伤,基于患者整体综合评估情况,尽早启动降压治疗。由于高血压为慢性病,患者需长期服药,本研究观察患者治疗过程中不良反应的发生情况,两组不良反应发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。

综上所述,阿托伐他汀联合抗高血压药物对于老年轻度高血压合并动脉粥样硬化患者疗效明显,可较好控制血压,降低血脂,改善动脉粥样硬化情况,适于老年高血压合并动脉粥样硬化患者长期服用。

参考文献

- [1] 马军.阿托伐他汀对高血压合并动脉粥样硬化患者内皮功能的影响[J].实用临床医药杂志,2014,18(3):63-65.
- [2] Luijendijk P,Bouma BJ,Vriend J,et al. Beneficial effect of high dose statins on the vascular wall in patients with repaired aortic coarctation? [J]. Int J Cardiol, 2014, 176 (1):40-47.
- [3] 林晓燕,林秋平,许昌声,等.阿托伐他汀通过 RXR α 介导的抗氧化应激效应抑制高脂喂养糖尿病 ApoE $^{-/-}$ 小鼠动脉粥样硬化的形成[J].中国病理生理杂志,2014,30(9):1537-1545.
- [4] 陈安,王东之,徐更华,等.氨氯地平阿伐他汀钙对老年高血压并存高脂血症患者动脉粥样硬化水平的影响[J].中华老年医学杂志,2012,31(6):469-471.
- [5] 易春,康峰,梁希武,等.氨氯地平/阿托伐他汀治疗高血压合并高脂血症的疗效观察[J].中国心血管病研究,2013,11(6):421-424.
- [6] Athyros VG,Katsiki N,Karagiannis AA. Combination of statin plus renin angiotensin system inhibition for the prevention or the treatment of atherosclerotic cardiovascular disease[J]. Curr Pharm Des,2014,20(40):6299-6305.
- [7] 保彦昕.阿托伐他汀钙对原发性高血压患者血清炎症因子及颈动脉粥样斑块的影响[J].心脑血管病防治,2014,14(5):398-400.
- [8] 刘经梁,夏菊琴,徐律,等.降压联合他汀类治疗对高血压患者颈动脉内中膜厚度的影响[J].国际心血管病杂志,2012,39(2):121-123.
- [9] 韩冷,刘波,曹东来,等.阿托伐他汀治疗老年轻中度高血压患者的效果[J].心血管康复医学杂志,2014,23(3):309-311.
- [10] Tanaka M,Nishimura R,Nishimura T,et al. Effect of single tablet of fixed-dose amlodipine and atorvastatin on blood pressure/lipid control,oxidative stress,and medication adherence in type 2 diabetic patients[J]. Diabetol Metab Syndr,2014,6:56-61.
- [11] Kucera M,Oravec S,Hirnerova E,et al. Effect of atorvastatin on Low-Density lipoprotein subpopulations and comparison between indicators of plasma atherogenicity;a pilot study[J]. Angiology,2014,65(9):794-799.
- [12] 任川,祖凌云,郑乐民,等.氨氯地平/阿托伐他汀复方制剂对初发高血压伴边缘血脂异常患者血管内皮功能的影响[J].中国心血管杂志,2014,19(2):86-90.
- [13] Oshchepkova EV,Lazareva NV. Painless myocardial ischemia in patient with extensive constrictive atherosclerosis of coronary arteries[J]. Kardiologiya,2012,52(2):91-96.
- [14] Alexopoulos N,Melek BH,Arepalli CD,et al. Effect of intensive versus moderate Lipid-Lowering therapy on epicardial adipose tissue in hyperlipidemic Post-Menopausal women a substudy of the BELLES trial (beyond endorsed lipid lowering with EBT scanning)[J]. J Am Coll Cardi-

ol, 2013, 61(19):1956-1961.

[15] 李爱民, 张荣健. 阿托伐他汀对老年高血压患者颈动脉内膜中层厚度的影响[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2012, 14(9):987.

[16] 张元, 张源明, 梁平等. 阿托伐他汀, 替硝唑对动脉粥样硬

• 临床探讨 •

化合并牙周炎兔心肌内 TNF- α , IL-1, MMP-2 的影响[J]. 中华医学杂志, 2013, 93(8):610-613.

(收稿日期:2016-08-25 修回日期:2016-11-01)

HPV 联合 TCT 检测在宫颈疾病筛查中的应用

刘 敏^{1,2}, 余 倩^{1△}

(1. 四川大学华西公共卫生学院, 成都 610041; 2. 成都市温江区妇幼保健院 611130)

摘要:目的 评价 HPV 联合 TCT 检测在宫颈疾病筛查中的应用。方法 选择 2014 年 1 月至 2015 年 5 月来成都市温江区妇幼保健院进行宫颈癌筛查的 5 826 例患者, 按需要进行 HPV、TCT、病理检测。结果 5 826 例患者中检出高危型 HPV 患者 1 377 例, 感染率 23.64%(1 377/5 826), 所有 14 种高危 HPV 基因型都有检出, 其中 35~44 岁及 45~54 岁年龄段的 HPV 阳性率与其他年龄段差异有统计学意义($P<0.05$), 并且 45~54 岁年龄段 HPV16、18 型阳性率与其他年龄段阳性率差异有统计学意义($P<0.05$); TCT 检出阳性并有临床症状的患者 568 例, 经活检确诊阳性 505 例、阴性 63 例, 阳性符合率 88.90%; 不同病理诊断结果与高危型 HPV 感染率、HPV 16 与 18 型阳性率、其他 12 种高危型 HPV 阳性率差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 HPV 联合 TCT 检测在宫颈疾病筛查中有非常重要的应用价值, 不仅可以最大限度地弥补单一方法检测的缺点和不足, 而且可以极大地提高宫颈上皮内瘤变、宫颈癌前病变以及宫颈癌检出率, 减少误诊、漏诊。

关键词: 宫颈癌; 薄层液基细胞学; 人乳头瘤病毒

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.01.035 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)01-0092-03

宫颈癌是女性最常见的生殖系统恶性肿瘤之一, 发病率居女性恶性肿瘤第 2 位, 仅次于乳腺癌, 全世界宫颈癌年死亡 20 万例, 年新增 50 万例, 其中约 1/3 来自于我国^[1]。近年来, 因社会环境的变化, 危险因素的增多, 宫颈癌发病率显著上升, 且患者趋于年轻化。人乳头瘤病毒(HPV)感染是临床常见的性传播疾病, 与宫颈上皮内瘤变(CIN)、宫颈癌密切相关, 调查显示 HPV 感染长病程(>10 年)者发生宫颈癌概率约为 50%^[2]。CIN 是可以逆转的, 筛查 HPV 感染、CIN, 及早开展干预治疗可有效降低宫颈癌发生风险。目前, 宫颈疾病筛查方法主要包括薄层液基细胞学(TCT)、HPV 检测、电子阴道镜、组织病理学检查等, 不同方法各有优劣, 电子阴道镜普及率低、操作复杂, 组织病理学检查具有创伤性, 且操作繁琐。HPV 检查比宫颈细胞学检查敏感性更高, 干扰因素少, 创伤轻、客观、速度快、灵敏, 但其特异度低。TCT 检查技术已基本成熟, 对宫颈病变敏感度高。本院以 HPV、TCT 联合检查筛查诊断宫颈疾病, 效果较好, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014 年 1 月至 2015 年 5 月成都市温江区妇幼保健院妇产科共开展宫颈病变筛查 5 826 例, 年龄 19~60 岁、平均(47.2±6.3)岁。按年龄段 18~24 岁, 25~34 岁, 35~44 岁, 45~54 岁, ≥55 岁这 5 组进行分类统计。纳入标准: (1)取材合格, 取材前 3 d 无阴道用药、冲洗、检查、物理治疗史; (2)有性生活史; (3)未进行过宫颈锥切术或子宫切除术。HPV 检查阳性的患者再进行 TCT 检查; 对于 TCT 阳性且有临床症状者, 进行阴道镜检查或活检病理学检查。

1.2 试剂及仪器 HPV 核酸检测试剂盒(杂交捕获-化学发光法): 杭州德同生物技术有限公司产品, 体外诊断用, 可开展 14 种 HPV 检测, 包括 2 种极度高危型(HPV16、18 型)以及 12 种高危型(HPV31、33、35、39、45、51、52、56、58、59、66、68 型)

HPV 核酸, 试剂均在有效期内使用。杭州德同生物技术有限公司的化学发光分析仪。TCT 检测系统: 美国 HOLOGIC 公司。TCT 细胞保存液: 美国 HOLOGIC 公司 TCT 检测系统配套试剂。

1.3 方法

1.3.1 HPV 分型检查 标本采集: 查前医嘱 3 d 内禁止阴道用药、冲洗、检查、物理治疗, 当日, 在宫颈口位置以宫颈刷顺时针旋转 5 圈, 取出宫颈刷, 放入取样管, 备查。检测: 按照 HPV 检测试剂盒的操作步骤进行检测。

1.3.2 TCT 检查 标本采集: 临床医生于宫颈管和宫颈外口, 用宫颈刷顺时针旋转 4~5 圈, 取出, 将脱落细胞装入 TCT 细胞保存液瓶中, 备查。检测: 将所采标本制薄层液基细胞涂片, 95%乙醇固定, 经巴氏染色后阅片。诊断标准采用伯塞斯达系统(TBS)分级系统: 无上皮内病变或恶性病变(NILM), 不典型腺细胞(AGC), 不典型鳞状细胞(ASC)包括 ASC 不能明确意义(ASC-US)和 ASC 不除外上皮内高度病变(ASC-H), 鳞状上皮内低度病变(LSIL), 鳞状上皮内高度病变(HSIL), 鳞状细胞癌(SCC)和腺癌(AC)。LSIL、HSIL、SCC、AC 为阳性, 其他为阴性, ASC-US、ASC-H 对象 3 个月复查, 分段刮诊。

1.3.3 病理学检查 借助电子阴道镜, 临床医师用活检钳, 于病变处取多点活检, 如电子阴道镜不典型图像者在 3、6、9、12 点位分别取材, 放在 10%福尔马林溶液中固定, 送病理科检查。

1.4 统计学处理 以 Excel 软件收集数据, 以 SPSS17.0 进行统计学处理, 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 HPV 分型检测结果 5 826 例患者中检出高危型 HPV 1 377 例, 感染率为 23.64%(1 377/5 826)。所有 14 种高危