可补充单纯的腰麻平面不足或因手术时间过长而麻醉时间不够的缺点,可以最大限度地减少胎儿接触局麻药的机会和孕妇误吸及其呼吸道梗阻的危险。24例妊娠期急腹症患者采用CSEA后,从表1中看出麻醉前后血流动力学都比较稳定,SpO_2都保持在98%以上,术中术后不良反应也很少[4]。

妊娠期急腹症手术使用CSEA要注意:①麻醉前应根据每个患者的病情情况作出充分的术前准备,做好术前评估,并和产科医生术前会诊;②妊娠中晚期的孕妇由于腹主动脉和下腔静脉受压影响子宫血流并导致仰卧位低血压,而CSEA也可引起血流动力学的改变,在积极补充液体量的情况下预防性地静注麻黄素5~10 mg预防低血压,以免胎儿宫内缺氧;③术中严密观察,加强监测,妊娠16周以上者视手术部位进行连续的胎心监测;④术中常规面罩吸氧,其他辅助类用药尽量少用,防止发生呼吸抑制,以免发生低氧血症,减少胎儿流产几率[5]。总之,术中要维持好孕妇的呼吸循环稳定,保证孕妇在安全和无痛中进行完手术。因此,妊娠期急腹症使用CSEA是一种安全可靠,效果确切的麻醉方法。

参考文献:

[1] 胡以则. 妊娠期急腹症[J]. 腹部外科, 2009, 22(1): 14-15.
[2] 任国平, 张彤, 陈娟. 妊娠期急腹症68例诊治分析及妊娠结局[J]. 临床误诊误治, 2010, 23(1): 38-39.
[3] 李彦轩. 剖宫产术腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉的效果比较[J]. 中国医药指南, 2011, 9(8): 198.
[4] 姬世兴. 硬腰联合麻醉在剖宫产手术中的临床观察[J]. 当代医学, 2011, 17(10): 66.
[5] 蔡永江. 腰硬联合麻醉对妊娠高血压综合征患者血液流变学及血流动力学影响的研究[J]. 医学综述, 2012, 18(15): 2490-2493.

(**收稿**:2012-12-10;**修回**:2013-01-27)
(编辑 栾 嘉)

文章编号:1000-5404(2013)09-0915-02

经验交流

宫颈癌术后阴道上皮内瘤变28例临床分析

冯 硕,王武亮,张 梅 (450000 郑州,郑州大学第二附属医院妇产科)

[**关键词**] 宫颈癌术后;阴道上皮内瘤变;治疗
[**中图法分类号**] R737.34 [**文献标志码**] B

阴道上皮内瘤变(vaginal intraepithelial neoplasia, VAIN)是包括阴道鳞状上皮不典型增生和原位癌的一组病变。VAIN发病率低,为$0.2/10^5$~$0.3/10^5$,仅为宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)的0.6%~1%,但是较常见于因CIN或宫颈癌行子宫切除的患者[1]。本研究对2007年1月至2011年5月郑州大学第二附属医院收治的子宫颈癌术后门诊随访时经病理检查发现的28例VAIN患者的临床资料进行回顾性分析,探讨宫颈癌术后VAIN的发生率及临床特点、诊断、治疗及预后。

1 资料与方法

1.1 资料来源

病例选自2007年1月至2011年5月郑州大学第二附属医院收治的子宫颈癌术后门诊随访时经病理检查发现的28例VAIN患者,平均发病年龄50.3(32~78)岁,其中<40岁者2例,40~60岁21例,>60岁者5例,平均发病时间为宫颈癌术后38(3~960)个月。宫颈癌术后发生VAIN 28例,发生率为7.3%(28/382),其中VAIN Ⅰ 3例、VAIN Ⅱ 7例、VAIN Ⅲ 18例。

[**通信作者**] 王武亮,E-mail:wangwuliang888@sina.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130201.1715.008.html(2013-02-01)

1.2 治疗方法

3例VAIN Ⅰ行50%三氯醋酸治疗。2例宫颈癌术后VAIN Ⅱ,呈多部位病变患者行CO2激光治疗。23例VAIN Ⅱ~Ⅲ行手术治疗,1例78岁患者术后病理结果提示病变累及切缘,而术后3个月活检结果仍为VAIN Ⅲ,与患者充分沟通后,行阴道完全切除术。

1.3 随访

382例宫颈癌术后患者,宫颈癌治疗后2年内每3个月检查1次;3~5年每6个月检查1次;此后每年检查1次。随访内容包括妇科检查、盆腔检查、TCT、HPV等。若TCT异常或HPV阳性持续1年以上行阴道镜活检。根据活检结果排除宫颈癌复发,诊断为VAIN 28例。28例VAIN治疗后每3个月随诊1次,共随诊1年。随诊内容与以上相同。

2 结果

2.1 临床特征

2.1.1 症状和体征 25例患者(89.2%)无明显临床症状,2例有阴道分泌物增多,1例有接触性阴道出血;妇科检查发现15例肉眼观察阴道局部无明显异常,8例阴道残端息肉,3例阴道局部为糜烂充血,2例阴道残端息肉并多部位小结节状改变。

2.1.2 好发部位 25例患者病变位于阴道上1/3处,2例多部位病变,1例病变位于阴道下1/3。确定病变范围采用碘染色试验的方法,治疗范围为病灶外0.5~2.0 cm。

2.1.3 人乳头瘤病毒感染情况 28例患者中,全部行HPV

检测,阳性26例(92.9%)。

2.1.4 阴道脱落细胞学检查和阴道镜结果 28例患者均行TCT检测,细胞学异常者22例,其中无明确诊断意义的不典型鳞状细胞(atypical squamous cell of unde-termined significance, ASCUS)6例,低度鳞状上皮内病变(low grade squamous intraepithelial lesion, LSIL)3例,高度鳞状上皮内病变(high grade squamous intraepithelial lesion HSIL)12例,鳞癌1例。28例患者行阴道镜活检,病理学诊断结果:3例VAIN Ⅰ、7例VAIN Ⅱ、18例VAIN Ⅲ。

2.2 随访结果

VAIN患者治疗后3个月HPV阳性2例,TCT结果正常;6个月随诊结果与3个月时相同;9个月HPV阳性4例,TCT结果1例LSIL,余正常;12个月HPV阳性4例,TCT结果1例LSIL,1例HSIL,所有患者均行阴道镜活检,27例患者无复发。

3 讨论

Murta等[2]报道了33例VAIN患者,20例(60.6%)患者曾因CIN或宫颈癌而行子宫切除术。石一复[3]报道70%~90%的VAIN患者有子宫切除术史,且多数患者因宫颈癌或CIN行子宫切除术。本研究中34例VAIN患者中28例(82.3%)患者因宫颈癌行子宫切除术,因宫颈癌或CIN病史行子宫切除术发生VAIN的比率较Murta等[2]的报道有所增高,考虑与近年来宫颈癌发病率的增高以及宫颈癌根治术的广泛开展有关。因此在行宫颈癌手术治疗时,切除到阴道下3~4 cm,若估计不准适当增加阴道壁切除的长度,勿使病变残留,若宫颈病灶较大,则根据病灶大小,适度延长阴道壁的切除长度。

HPV感染是VAIN的主要病因,HPV与85%~94%的VAIN有关。在VAIN的病例中,HPV阳性者分别占VAIN Ⅰ、VAIN Ⅱ、VAIN Ⅲ的百分比分别为为98.5%、65.5%、92.6%[4]。Frega等[5]报道几乎所有的VAIN患者均与HPV感染有关,其HPV阳性率为100%。本组28例VAIN病例均行HPV检测,其中HPV阳性患者20例,阳性率71.4%。考虑HPV感染是VAIN发病高危因素,随诊时HPV检测显得尤为重要。

目前对宫颈癌术后存在VAIN的患者还没有明确的治疗原则,根据VAIN病变的程度、部位、范围、患者年龄及患者要求,主要采用药物治疗、物理治疗、手术等方法。

药物治疗的方法主要有3种:50%三氯醋酸、5-氟尿嘧啶和咪喹莫特乳膏。Hao等[1]对11例因CIN行子宫切除术后患VAIN Ⅰ的患者行50%三氯醋酸治疗,治愈率达100%。本组3例VAIN Ⅰ的患者采用50%三氯醋酸治疗(1次/周,持续1月,外用),随诊1年无复发。因此,50%三氯醋酸治疗VAIN Ⅰ有比较好的疗效。

VAIN Ⅱ~Ⅲ最有效的治疗方法为手术治疗,治愈率为68%~88%[6]。本组>55岁的10例VAIN Ⅱ~Ⅲ行阴道顶端病变切除术,术前需阴道镜下仔细检查整个阴道黏膜、阴道残端瘢痕和凹陷角落,用醋酸和卢戈碘液找到病灶边界后,延病灶外5~10 mm划出界线,阴道后壁黏膜与直肠分离,前壁黏膜与膀胱分离,完整切除,锁边缝合。13例<55岁患者行阴道局部切除术。1例78岁患者术后3个月活检结果仍为VAIN Ⅲ,行阴道完全切除术,其余患者均无复发。

对于年轻、多发病灶、病灶位于阴道下1/3、性生活要求高、拒绝手术的VAIN Ⅱ患者,激光治疗为重要的治疗手段。CO_2激光是国外治疗VAIN Ⅱ~Ⅲ的常用方法之一,在阴道镜指导下进行,成功率为70%左右[7]。但是,激光有时难以到达一些隐蔽的部位,病灶可以持续存在或复发,不建议用于VAIN Ⅲ,尤其是宫颈癌术后的VAIN Ⅲ[6]。本组2例多部位病灶VAIN Ⅱ患者,行CO_2激光治疗(阴道镜直视下操作,在病变外3 mm,深度≥1.5 mm),2例患者随访12个月均无复发。

综上所述,子宫颈癌术后VAIN发病率较高。考虑部分VAIN无明显的临床症状和体征,随诊时应重视TCT的检查及HPV的检测,尤其HPV持续感染的患者,应警惕VAIN的发生。不同级别的VAIN采用不同的治疗方法,可以获得较好的治疗效果。

参考文献:

[1] Lin H, Huang E Y, Chang H Y, *et al*. Therapeutic effect of topical applications of trichloroacetic acid for vaginal intraepithelial neoplasia after hysterectomy[J]. Jpn J Clin Oncol, 2005, 35(11):651-654.

[2] Murta E F, Neves-Junior M A, Sempionato L R, *et al*. Vaginal intraepithelial neoplasia: clinical therapeutic analysis of 33 cases[J]. Arch Gynecol Obstet, 2005, 272(4):261-264.

[3] 石一复.外阴阴道疾病[M].北京:人民卫生出版社, 2005:235-237.

[4] Smith J S, Backes D M, Hoots B E, *et al*. Human papillomavirus type-distribution in vulvar and vaginal cancers and their associated precursors[J]. Obstet Gynecol, 2009, 113(4):917-224.

[5] Frega A, French D, Piazze J, *et al*. Prediction of persistent vaginal intraepithelial neoplasia in previously hysterectomized women by high-risk HPV DNA detection[J]. Cancer Lett, 2007, 249(2):235-241.

[6] Atay V, Muhcu M, Caliskan AC. Treatment of vaginal intraepithelial neoplasia[J]. Cancer Ther, 2007, 5:19-28.

[7] Indermaur M D, Martino M A, Fiorica J V, *et al*. Upper vaginectomy for the treatment of vaginal intraepithelial neoplasia[J]. Am J Obstet Gynecol, 2005, 193(2):577-581.

(**收稿**:2013-01-15;**修回**:2013-01-24)

(编辑 吴培红)