DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.05.018

FasL在转录水平的表达与肿瘤的分期和分化程度相关[17]。NSCLC中FasL在转录水平的表达情况如何？FasL基因有否突变或扩增等改变？等一系列问题值得进一步研究。

参考文献：

[1] Mountain C F, Dresler C M. Revisions in the international system for staging lung cancer[J]. Chest, 1997, 111(6): 1 710—1 717.

[2] Bennett M W, O'Connell J, O'Sullivan G C, *et al*. The Fas counterattack *in vivo*: apoptotic depletion of tumor-infiltrating lymphocytes associated with Fas ligand expression by human esophageal carcinoma[J]. J Immunol, 1998, 160(11): 5 669—5 675.

[3] 郭祖超 主编. 医学统计学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1999. 63—75.

[4] Nagata S, Golstein P. The Fas death factor[J]. Science, 1995, 267(5 203): 1 449—1 456.

[5] Lenardo M, Chan F K, Hornung F, *et al*. Mature T lymphocyte apoptosis-immune regulation in dynamic and unpredictable antigenic environment[J]. Annu Rev Immunol, 1999, 17(1): 221—253.

[6] Berke G. The CTL's kiss of death[J]. Cell, 1995, 81(1): 9—12.

[7] Chen J J, Sun Y, Nabel G J. Regulation of the proinflammatory effects of Fas ligand (CD95L)[J]. Science, 1998, 282(5 394): 1 714—1 717.

[8] Hahne M, Rimoldi D, Schroter M, *et al*. Melanoma cell expression of Fas (Apo-1/CD95) ligand: implications for tumor immune escape[J]. Science, 1996, 274(5 291): 1 363—1 366.

[9] O'Connell J, O'Sullivan G C, Collins J K, *et al*. The Fas counterattack: Fas-mediated T cell killing by colon cancer cells expressing Fas ligand[J]. J Exp Med, 1996, 184(3): 1 075—1 082.

[10] Saas P, Walker P R, Hahne M, *et al*. Fas ligand expression by astrocytoma *in vivo*: maintaining immune privilege in the brain[J]? J Clin Invest, 1997, 99(6): 1 173—1 178.

[11] O'Connell J, Bennett M W, O'Sullivan G C, *et al*. The Fas counterattack: a molecular mechanism of tumor immune privilege[J]. Mol Med, 1997, 3(5): 294—300.

[12] Niehans G A, Brunner T, Frizelle S P, *et al*. Human lung carcinomas express Fas ligand[J]. Cancer Res, 1997, 57(6): 1 007—1 012.

[13] Kawasaki M, Kuwano K, Nakanishi Y, *et al*. Analysis of Fas and Fas ligand expression and function in lung cancer cell lines[J]. Eur J Cancer, 2000, 36(5): 656—663.

[14] Sikora J, Slodkowska J, Radomyski A, *et al*. Immunohistochemical evaluation of tumor angiogenesis in adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of lung[J]. Rocz Akad Med Bialymst, 1997, 42(Suppl 1): 271—279.

[15] Shiraki K, Tsuji N, Shioda T, *et al*. Expression of Fas ligand in liver metastases of human colonic adenocarcinomas[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 1997, 94(12): 6 420—6 425.

[16] Nakamura H, Koji T, Tominaga M, *et al*. Apoptosis in labial salivary glands from Sjogren's syndrome (SS) patients: comparison with human T lymphotropic virus-I (HTLV-I)-seronegative and-seropositive SS patients[J]. Clin Exp Immunol, 1998, 114(1): 106—112.

[17] 魏金星, 武玉东, 刘会凡, 等. Fas配体基因在肾细胞癌中的表达及其意义[J]. 中华实验外科杂志, 2000, 17(3): 215—216.

（编辑 谢义霞）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2001)05-0532-01

宫腔镜对难取性宫内节育器的诊断和治疗分析

Analysis on the diagnosis and treatment of patients undergoing difficult removal of interuterine device by hysteroscope

钟 玲，付杰科，况明英 （重庆医科大学附属二院妇产科，重庆 400010）

难取性宫内节育器（Intrauterine device, IUD）是临床上常见的一种安环术后并发症。如强行盲取，容易造成宫环断裂、扭曲，甚至可以造成宫颈、子宫内膜的损伤，给置IUD妇女带来痛苦及心理障碍。宫腔镜下直视取环，可以避免盲目性，同时可了解宫腔内有无病变，对围绝经期及绝经后妇女的IUD更显示其优越性。现将我院宫腔镜应用于难取性IUD的临床资料报告如下。

1 资料与方法

1997年2月至2000年8月在外院及本院常规取环失败，经B超或X线检查，怀疑嵌顿、断裂、残留，而后在我院用宫腔镜取环者43例，其中常规取环失败一次的有26例，失败两次的有11例，失败三次的有6例；生育期妇女10例，围绝经期妇女24例和绝经期妇女9例，绝经年限1～10年。取环原因多为不规则阴道出血。

采用日本奥林巴斯7 mm直径全景式宫腔镜，带电视显示系统，膨宫介质用5%葡萄糖液，膨宫压力15～20 kPa。术前半小时给阿托品0.5 mg肌肉注射，消毒准备同宫腔操作，术时用2%的利多卡因5 ml分3:00、9:00处作宫颈封闭，用宫颈扩张器扩宫颈至7.5号，宫腔镜检查了解IUD的类型，在宫腔的位置、断裂部位、嵌顿情况、宫腔内有无病变等状况，再用取环钩或妇科钳、小卵圆钳取出IUD，取环后再次用宫腔镜视察宫腔有无环残留，同时取宫内膜送病理检查。

2 结果

2.1 宫腔镜检查所见IUD类型与状态

本组病例中非金属环8例，其中T型环3例，硅胶鱼型环5例。金属环35例，其中圆环27例，宫型环8例。金属环在宫腔内形态位置正常的有14例，嵌顿扭曲有9例，断裂9例，部分残

（下转535页）

作者简介：钟 玲（1957－），女，四川省隆昌县人，副主任医师，主要从事妇科内窥镜临床应用方面的研究。电话：(023)63849075-2071

收稿日期：2000-01-15；修回日期：2000-03-17

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

EGFR表达的研究报道。本研究发现正常胸腺组织中EGFR阳性表达率很低, 仅 18.2%, 而胸腺瘤阳性表达率为 75.9%, 提示 EGFR 表达在胸腺瘤的发生中起促进作用。Masaoka 分期Ⅰ期 EGFR 阳性表达率为 54.5%、Ⅱ期为 71.4%, Ⅲ~Ⅳ期为 100%, 呈现增高趋势。Ⅲ~Ⅳ期与Ⅰ期相比差异非常显著。但是Ⅱ期与Ⅰ期, Ⅱ期与 Ⅲ~ Ⅴ期间无统计学差异, 可能与Ⅱ期病例数较少有关。Ⅰ期强阳性表达为 0, Ⅱ期仅 14.3%(1/7), 而Ⅲ、Ⅳ期为 36.4%(4/11)。这一结果表明 EGFR 在胸腺瘤的发展中起一定的作用。而 EGFR 的表达与胸腺瘤是否合并MG 及组织学分型无关。

EGFR 高表达肿瘤病人预后差, 易发生转移, 复发期短。EGFR 在肿瘤转移中的作用已为诸多学者证实, 将转移能力低下和 EGFR 表达缺乏的 MTC(13762NF)大鼠乳腺癌细胞, 通过转基因作用建立的一株能表达 EGFR 的 S+细胞, 其显示出比原 MTC 细胞更强的转移能力[7]。Itakura 等[8] 分别研究了食管癌原发灶和转移灶的 EGFR 表达情况, 发现原发灶中 EGFR 表达率为 71%, 转移灶中为 88%, 与无病理改变的邻近食道上皮组织相比有显著差异。胸腺瘤完整切除术后的复发率仅 8%~18%[9]。本组 5 例 EGFR 强阳性表达中, 有 3 例术后发生局部复发或转移, 表明 EGFR 强表达者易发生复发和转移, 预后差。因此 EGFR 强阳性患者有必要加强治疗和术后随访, 及早发现复发和转移, 采取有效治疗措施, 以提高生存率。

参考文献:

[1] Moyer J D, Barbacci E G, Iwata K K, *et al*. Induction of apoptosis and cell cycle arrest by CP-358 774, an inhibitor of epidermal growth factor receptor tyrosine kinase[J]. Cancer Res, 1997, 57(21): 4 838—4 848.

[2] Castellani R, Visscher D W, Wykes S, *et al*. Interaction of transforming growth factor-alpha and epidermal growth factor receptor in breast carcinoma [J]. Cancer, 1994, 73(2): 344—349.

[3] Moscatello D K, Madruga M H, Godwin A K. Frequent expression of a mutant epidermal growth factor receptor in multiple human tumors[J]. Cancer Res, 1995, 55(23): 5 536—5 539.

[4] Porschen R, Classen S, Kahle Y, *et al*. *In situ* evaluation of the relationship between epidermal growth factor status and tumors cell proliferation in colon carcinomas[J]. Int J Cancer, 1993, 54(2): 189—193.

[5] Hayashi Y, Ishii N, Obayashi C, *et al*. Thymoma: tumor type related to expression of epidermal growth factor(EGF), EGF-receptor, P53, v-erb B and ras P21[J]. Virchows Arch, 1995, 426(1): 43—50.

[6] Gilhus N E, Jones M, Turley H, *et al*. Oncogene protein and proliferation antigens in thymomas increased expression of epidermal growth factor receptor and Ki67 antigen[J]. J Clin Pathol, 1995, 48(5): 447—455.

[7] Kaufmann A M, Lichtner R B, Schirrmacher V, *et al*. Induction of apoptosis by EGF receptor in rat mammary adenocarcinoma cells coincides with enhanced spontaneous tumor metastasis[J]. Oncogene, 1996, 13(11): 2 349—2 358.

[8] Itakura Y, Sasano H, Schige C, *et al*. Epidermal growth factor receptor overexpression in esophageal carcinoma[J]. Cancer, 1994, 74(3): 795—804.

[9] Ruffini E, Mancuso M, Oliaro A, *et al*. Recurrence of thymoma: analysis of clinicopathologic features, treatment, and outcome[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1997, 113(1): 55—63.

(编辑　王　红)

(上接 532 页)

留 3 例。

2.2　宫腔镜检查特殊发现及宫内膜病理

本组病例在宫腔镜检查中发现粘膜下肌瘤 1 例, 宫内膜息肉 3 例, 宫腔镜下内膜活检病理发现单纯增生过长 6 例, 腺瘤型增生 2 例, 萎缩性内膜 7 例, 增生期和分泌期内膜共 28 例。

3　讨论

3.1　常规取环失败的原因分析

本组常规取环失败中金属圆环和宫形环有 35 例, 根据宫腔镜检查环在宫腔的位置大多数是正常的, 嵌顿及部分残留仅 9 例。就取环失败原因为:①在常规取环时一般不扩张宫颈, 宫颈内口处于紧闭状态, 宫颈内口的环状扩约肌容易阻碍取环钩;②盲取对环在宫腔内的状况不清楚, 钩取时容易发生感觉错误, 将宫颈内口误认为宫环向下牵拉, 造成受术者剧烈疼痛, 不能耐受手术;③钩住宫环后牵拉时环断裂, 取环失败;④钩住宫环后扭转时环扭曲嵌在内口处, 致使取环困难;⑤绝经期妇女, 由于雌激素水平低下, 宫颈萎缩变小变长, 阴道穹窿消失, 牵抓宫颈困难, 宫体萎缩, 环紧嵌于宫腔, 取环更为困难[1]。

T 形环和硅胶鱼形环取环失败是由于尾丝断裂所致, 这两种环在 X 线照片上不显示, B 超明确诊断环的形态及位置也较困难, 宫腔探查感觉也不明显, 即使扩张宫颈后也难以取出。

3.2　宫腔镜下取环的优势

宫腔镜检查前 0.5 h 我们常规给受术者肌肉注射 0.5 mg 阿托品(有青光眼或心动过速病史者除外), 可以降低迷走神经反射, 预防扩张宫颈时出现的心脑综合症。术时用 2% 的利多卡因 5 ml 作宫颈封闭, 降低痛觉, 松驰宫颈, 有利于宫颈扩张和宫腔操作[2]。在上述条件下用宫颈扩张器扩宫颈至 6~7.5 号, 解决了宫颈狭窄造成取环困难的因素。宫腔镜可以直观看清楚宫环的类型、位置、嵌顿和扭曲程度、断裂和残留情况, 并选用合适的器具进行操作[3]。宫腔镜同时还可以了解宫腔内有无病变, 直视下取活检, 排除恶性疾患。因此宫腔镜下取环是一种有效方法, 对常规取环失败者适用, 对围绝经期妇女更为适宜。

关键词: 宫腔镜; 宫内节育器
中图法分类号: R711.74　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 杨梅丽, 韩秀君. 更年期宫内节育器困难取出术探讨[J]. 中国计划生育学杂志, 1998, 33(1): 36—37.

[2] 姜爱丽, 李凤兰, 张　燕. 利多卡因宫颈注射用于绝经期妇女 IUD 取出术[J]. 生殖与避孕, 1997, 17(1): 44—46.

[3] 刘淑文. 常规取环失败后宫腔镜的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1997, 13(3): 53—54.

(编辑　冯崇英)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net