

($r=0.887, P<0.05$)。

3 讨 论

RBP 是一种特异性结合蛋白,其可将视黄醇从肝中转移至靶组织,以实现细胞间的转运代谢。血浆中的视黄醇可被肾小球迅速滤过,在肾小管又被快速重吸收。分解供组织利用,仅微量的视黄醇从尿中排出^[3-5]。可见 RBP 是糖尿病肾病肾小管损伤的一个较敏感的指标。检测 UAER 是诊断 DM 早期肾病较经典的项目。健康者尿微量清蛋白甚少,当人体肾小球滤过功能受损,大分子蛋白质将通过肾小球滤过膜造成蛋白尿。可见 UAER 的检测可预示肾小球早期病变。近端肾小管可重吸收肾小球滤过的小分子蛋白质,当肾小管重吸收障碍时尿微量蛋白成分将显著增多。同时检测 RBP 和 UAER 将全面地发现肾脏功能改变是肾小球还是近端肾小管病变所致。

本研究发现在 DM 早期肾病中 RBP 和 UAER 指标有很好的关联性。可见联合检测两个指标将有助于早期发现 DM 有无肾病,且明确病变的严重程度,为杜绝 DM 微血管并发症的发生提供可能。

参考文献:

[1] Niskanen LK, Laaksonen DN, Nyyssönen K, et al. Uric acid level

• 经验交流 •

as a risk factor for cardiovascular and all cause mortality in middle-aged men: a prospective cohort study[J]. Arch Intern Med, 2004, 164(4):1546-1551.

[2] Kohzo T, Mariko S, Sadao W, et al. Retinol binding protein-4 levels and clinical features of type 2 diabetes patients[J]. Clin Endocrinol Metab, 2007, 92(7):2712-2719.

[3] Chang YH, Lin KD, Wang CL, et al. Elevated serum retinol-binding protein 4 concentrations are associated with renal dysfunction and uric acid in type 2 diabetic patients[J]. Diabetes Metab Res Rev, 2008, 24(8):629-634.

[4] 蒋伏松, 成兴波, 李慧娟, 等. 血清视黄醇结合蛋白 4 与 2 型糖尿病颈动脉粥样硬化的关系[J]. 苏州大学学报: 自然科学版, 2009, 29(3):508-510.

[5] Li ZZ, Lu XZ, Liu JB, et al. Serum retinol-binding protein 4 levels in patients with diabetic retinopathy[J]. Int Med Res, 2010, 38(1):95-99.

(收稿日期:2012-01-08)

TCT 联合高危型 HPV DNA 检测在宫颈病变筛查中的诊断价值

李 沛, 许 云, 杭国琴, 曹宪华, 苏大林
(湖北省襄阳市中医医院检验科 441000)

摘要:目的 探讨液基薄层细胞学技术(TCT)联合高危型人乳头瘤病毒(HR-HPV) DNA 检测对宫颈病变的诊断价值。方法 对 948 例患者进行宫颈癌及癌前病变筛查,同时进行 TCT、HR-HPV DNA 检测以及阴道镜下病理活检,以病理检查结果为准,比较前二者之间的关系。结果 经病理诊断为无上皮内病变或恶性病变(NILM)者 901 例,宫颈上皮内瘤样病变(CIN) I 者 16 例, CIN II / III 者 29 例, 宫颈癌 2 例。TCT 检测结果为正常范围(WNL)735 例,意义不明的非典型鳞状上皮细胞(ASC-US)138 例,低度鳞状上皮内病变(LSIL)50 例,高度鳞状上皮内病变(HSIL)[包括鳞癌(SCC)2 例]25 例。HR-HPV DNA 检测阳性 213 例。TCT 用于评价宫颈高度病变($\geq$ CIN II)的敏感度、特异度、阳性预测值和阴性预测值分别为 96.77%、95.09%、40.00%、99.89%。HR-HPV DNA 检测分别为 90.32%、79.83%、13.15%、99.60%。TCT 联合 HR-HPV DNA 检测分别为 100.00%、78.84%、13.78%、100.00%。结论 TCT 联合 HR-HPV DNA 检测可明显提高宫颈癌前病变的阳性检出率,降低漏诊率,是进行宫颈病变筛查的先进、高效方法。

关键词:人乳头瘤病毒 16; DNA; 宫颈肿瘤; 宫颈上皮内瘤样病变; 液基薄层细胞学技术

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.09.049

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2012)09-1123-03

宫颈癌是妇科常见恶性肿瘤之一,其发病率在女性恶性肿瘤中仅次于乳腺癌而占第 2 位。在我国每年约有 10 万例新发病例,约占世界宫颈癌新发病例总数的五分之一^[1]。目前世界范围内已公认人乳头瘤病毒(HPV)持续感染是宫颈癌前病变及宫颈癌发生的主要危险因素^[2-3],并且将检测 HPV 感染作为诊断宫颈癌的一种辅助筛查手段。

HPV 是一种环状双链 DNA 病毒,目前已知 120 多种亚型,其中 6、11、42、43、44 等亚型属低危型(LR),一般不诱发癌变;16、18、31、33、35、39、45、51、52、56、58、59、68 等亚型属高危型(HR),常引起上皮组织重度不典型增生甚至癌变;有关研究表明在近 70%宫颈癌中发现 HPV 16、18^[4]。因此,及早发现 HR-HPV 感染,及早发现和治疗宫颈上皮内瘤样病变(CIN)患者以阻断宫颈癌的发生,是当前医学预防和研究的重点之一。本研究利用液基薄层细胞学技术(TCT)联合 HR-HPV DNA 检测方法,对本院妇科就诊患者进行宫颈癌及癌前

病变筛查,并评价筛查效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 3 月至 2010 年 10 月到本院就诊的患者 948 例,包括宫颈炎、宫颈湿疣、阴道不规则流血、或疑宫颈病变者,均为已婚妇女,无子宫切除手术史或宫颈手术史,目前无妊娠,年龄 22~68 岁,平均 36.5 岁。在患者知情同意下同时进行 TCT、HR-HPV DNA 检测以及阴道镜下病理活检。

1.2 方法

1.2.1 TCT 检查 用宫颈毛刷取宫颈外口和颈管脱落细胞,将收集的细胞保存于 Thinprep 液中,经 Thinprep2000 系统程序化处理制成直径 20 mm 薄层细胞片,乙醇固定后 HE 染色,镜检,由有经验的病理医师阅片诊断。细胞学诊断使用 2001 年修订的 TBS 分类系统,即分为正常范围(WNL)、意义不明的非典型鳞状上皮细胞(ASC-US)、低度鳞状上皮内病变

(LSIL)、高度鳞状上皮内病变(HSIL)、鳞癌(SCC)等。

1.2.2 HR-HPV DNA 检测 将剩余的 Thinprep 保存液中标本离心,取沉淀物,采用聚合酶链反应(PCR)检测标本中 HR-HPV DNA。检测所用仪器为 FX2900 荧光定量检测仪;试剂为华泰生物工程有限公司生产的 HR-HPV DNA PCR 检测试剂盒。检测目前已知的 13 种 HR-HPV DNA(即 16、18、31、33、35、39、45、51、52、56、58、59、68)。以标本 DNA>1.0 ng/L 为阳性。

1.2.3 阴道镜活检 在阴道镜下对病变最严重处多点取材活检;若镜下未发现病灶或图像不清晰者则常规在宫颈移行带 3、6、9、12 点等 4 处取材活检。病理活检诊断包括无上皮内病变或恶性病变(NILM)、CIN(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)和宫颈癌。

1.3 统计学处理 数据采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。以

病理检查为“金标准”,计算比较 TCT 与 HR-HPV DNA 检测筛查宫颈上皮内病变的敏感度、特异度、阳性预测值和阴性预测值等。

2 结 果

2.1 病理学、TCT、HR-HPV DNA 检测结果比较 948 名妇女病理检查结果为 NILM 901 例,CIN Ⅰ 16 例,CIN Ⅱ/Ⅲ 29 例,宫颈癌 2 例。TCT 检查结果为 WNL 735 例[77.53%(735/948)],ASC-US 138 例[14.56%(138/948)],LSIL 50 例[5.27%(50/948)],HSIL(包括 SCC 2 例)25 例[2.64%(25/948)]。HR-HPV DNA 检测阳性 213 例,在不同病理学诊断级别下阳性率分别为 NILM 组 19.20%(173/901)、CIN Ⅰ 组 75.00%(12/16)、CIN Ⅱ/Ⅲ 组 89.66%(26/29)、宫颈癌组 100.00%(2/2),见表 1。

表 1 948 例妇女病理学、细胞学、HR-HPV DNA 检查结果比较(n)

病理检查	n	TCT							
		WNL(n=735)		ASC-US(n=138)		LSIL(n=50)		≥HSIL(n=25)	
		HPV(+)	HPV(-)	HPV(+)	HPV(-)	HPV(+)	HPV(-)	HPV(+)	HPV(-)
NILM	901	110	625	39	97	21	5	3	1
CIN Ⅰ	16	0	0	0	1	11	2	1	1
≥CIN Ⅱ	31	0	0	1	0	10	1	17	2
合计	948	110	625	40	98	42	8	21	4

2.2 TCT 和 HR-HPV DNA 检测的敏感度、特异性和准确性比较 以病理检查为“金标准”,计算 HR-HPV DNA、TCT 以及 HR-HPV DNA 联合 TCT 检测筛查宫颈高度病变(≥CIN Ⅱ)的敏感度、特异度、阳性预测值和阴性预测值,见表 2。

表 2 HR-HPV DNA 与 TCT 检测宫颈高度病变(≥CIN Ⅱ)的比较(%)

检测方法	敏感度	特异度	阳性预测值	阴性预测值
HR-HPV DNA	90.32	79.83	13.15	99.60
TCT(≥LSIL)	96.77	95.09	40.00	99.89
二者联合	100.00	78.84	13.78	100.00

3 讨 论

宫颈癌是一个从上皮内瘤变、原位癌、微小浸润癌、浸润癌的漫长连续的过程。有文献报道宫颈浸润癌 5 年生存率仅为 67%,早期浸润癌生存率为 90%,原位癌生存率几乎达到 100%^[5]。近年来宫颈癌的发病率呈年轻化趋势,每年年轻宫颈癌患者发病率以 2%~4% 速度增长^[6]。因此,对已婚或有性生活史妇女进行规范化筛查,及早发现宫颈癌及癌前病变是防治宫颈癌的关键。

宫颈脱落细胞学检查是目前临床上筛查宫颈癌和癌前病变最常用的诊断方法。TCT 相对于传统巴氏涂片技术是一种更高效、准确的宫颈病变筛查手段,其具有制片均匀、细胞结构清晰、易于阅片、不易漏诊等优点^[7-8],且其采用 TBS 报告系统,能够更全面、敏感、准确地反映宫颈细胞变化^[9]。本研究结果显示,TCT 与病理检查有较高的符合率,其中 LISL 符合率为 48%,HSIL 符合率为 84%,宫颈癌符合率为 100%。可见随着宫颈病变程度越严重,TCT 与病理检查越有一致性,TCT 敏感性也越高。

流行病学和生物学资料已证明 HPV 感染是宫颈癌及宫颈上皮内瘤变的主要病因,感染使宫颈癌相对危险性增加 250

倍^[10]。HR-HPV DNA 检测是直接针对病因的检查,能将已患宫颈癌或癌前病变的妇女以及存在发病潜在风险的妇女筛选出来。本研究结果显示,HR-HPV 感染总阳性率高达 22.47%。而 CIN Ⅰ、Ⅱ/Ⅲ,宫颈癌组阳性率更是高达 75.00%、89.66%、100.00%,表明 HR-HPV 检出率随宫颈病变严重程度增加而增加,同时说明 HR-HPV 感染与宫颈癌及 CIN 的发生密切相关,故对于临床检出 HR-HPV 感染的人群应高度警惕宫颈病变的可能。而根据 HR-HPV 检测具有阴性预测值极高(99.60%)的特点,可以推断 HR-HPV 检测阴性的人群患宫颈癌风险较阳性者低。本研究结果显示,单独以 HR-HPV DNA 筛查宫颈高度病变的敏感度达 90.32%,阴性预测值达 99.60%,提示 HR-HPV DNA 检测适合作为筛查宫颈病变的一种简便方法,从而降低宫颈癌的发生。本研究结果还提示 TCT 联合 HR-HPV DNA 检查筛查宫颈病变的敏感度和阴性预测值均高于单独应用 TCT 或 HR-HPV DNA 检测。因此,二者相互结合,可以弥补相互的不足,大大提高宫颈癌及癌前病变的检出率,提高宫颈病变诊断的准确性,降低漏诊率和过度诊断率。

总之,TCT 联合 HR-HPV DNA 检测可更精确筛查出高风险人群,可以明显提高宫颈癌前病变的阳性检出率,降低漏诊率。故其作为筛查宫颈癌的方法是极高效的和值得推荐的。

参考文献:

[1] 曾泽毅.中华妇产科学:下册[M].北京:人民卫生出版社,2003:1746.

[2] 王毅,杨苏庆.16/18 型人乳头瘤病毒与宫颈病变关系的初步研究[J].重庆医学,2004,33(8):1151-1152.

[3] 关婷,张志文,谢燕芳,等.人乳头瘤病毒基因型与宫颈上皮内瘤样病变的关系[J].中国妇幼保健,2006,21(7):960-963.

[4] Bekkers RL, Massuger LF, Bulten J, et al. Epidemiological and

- clinical aspects of human Papilloamvirub detection in the prevention of cervical cancer[J]. Rev Med Virol, 2004, 14(2): 95-105.
- [5] 米贤军, 白宝敏, 熊小英, 等. 宫颈 Thinprep 液基细胞学检测结果的临床细胞学分析[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(2): 3246-3249.
- [6] 洪慧丽, 涂知明. TCT 查验子宫颈涂片中 HPV 感染的研究[J]. 中国优生与遗传杂志, 2006, 14(9): 79-80, 107.
- [7] 蔡兰兰, 樊冰, 张松, 等. TCT 与高危型 HPV DNA 检测在宫颈病变中的诊断价值[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(9): 949-950.

- [8] 朱蕊, 曾爱群. 2 014 例宫颈细胞应用 TCT 检测结果分析[J]. 广州医学院学报, 2010, 38(4): 41-43.
- [9] 陈宁静, 涂干卿. 液基细胞学联合阴道镜诊断宫颈病变[J]. 国际检验医学杂志, 2010, 31(2): 115-116.
- [10] 初霞, 张喜卿, 王巧云. 液基薄层细胞学和 HPV 原位杂交在宫颈疾病诊断中的应用[J]. 实用医药杂志, 2009, 26(5): 15-18.

(收稿日期: 2012-01-08)

• 经验交流 •

42 例不典型肾结核临床分析

陈晓明

(湖北省浠水县人民医院外科 438200)

摘要:目的 探讨肾结核发病特点和诊治方法, 提高肾结核诊治水平。方法 回顾性分析 42 例不典型肾结核患者的临床资料、病史特征、临床表现、尿液及影像学检查结果、治疗方法等。结果 42 例患者中伴尿路刺激征 19 例, 腰痛 28 例, 血尿 16 例, 脓尿 2 例, 低热、乏力、盗汗 4 例, 尿常规均有不同程度蛋白、白细胞、红细胞和脓细胞等。红细胞沉降率升高 16 例, 尿沉渣查抗酸杆菌阳性率为 41.4%。29 例静脉造影结果示肾结核 10 例, 39 例 CT 检查明确提示结核 2 例。经随访治愈 40 例。结论 不典型肾结核早期诊断困难, 需综合分析各种检查结果, 规范的药物治疗是治疗早期肾结核的有效方法, 中、晚期肾结核则必须进行手术治疗。

关键词: 结核; 肾; 诊断; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.09.050

文献标识码: B

文章编号: 1673-4130(2012)09-1125-02

近年来因结核病发病率有所升高, 结核杆菌耐药菌株的出现等致不典型肾结核发病率有上升趋势^[1]。本文回顾性分析了 42 例不典型肾结核患者的临床资料, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2003 年 1 月至 2011 年 11 月本院确诊患者 42 例, 其中男 27 例, 女 15 例; 年龄 21~70 岁, 平均 40.8 岁; 病程 5 个月至 12 年, 平均 2.5 年。左肾 23 例, 右肾 19 例, 其中双肾 1 例。既往有肺结核病史 10 例。伴尿路刺激征 19 例(45.2%), 腰痛 28 例(66.7%), 血尿 16 例(38.1%), 脓尿 2 例(4.8%), 低热、乏力、盗汗 4 例(9.5%)。42 例患者尿常规检查均有不同程度异常。红细胞沉降率升高 16 例(38.1%), 尿沉渣查抗酸杆菌 29 例中阳性 12 例。B 超检查示单肾积水 26 例, 双肾积水 2 例, 肾萎缩 2 例。静脉造影检查 29 例中提示肾结核 10 例, 未显影 19 例。CT 检查 39 例均有异常改变, 明确提示结核 2 例。

1.2 治疗方法 药物治疗 12 例, 均采用异烟肼、利福平、乙胺丁醇治疗 9~12 个月, 每隔 3 个月复查尿常规、泌尿系 B 超等, 其中 1 例经抗结核治疗半年后改手术治疗。30 例行手术治疗, 其中肾切术 25 例, 2 例行肾、输尿管全切除术, 3 例同时行附睾切除术。术前 2 周给予抗结核化疗, 术后继续抗结核治疗 9~12 个月。

2 结果

药物治疗的 12 例患者经随访 6 个月至 4 年均治愈。行肾切除手术的 25 例患者中肾萎缩 3 例, 患肾体积增大 19 例; 术后病理检查均确诊为肾结核。1 例双肾结核患者因肾功能衰竭死亡, 1 例患者自行出院后失访。随访 1~4 年治愈 40 例。

3 讨论

近年来对不典型肾结核时有报道, 青壮年患者长期有膀胱刺激症状, 反复发作, 特别是症状不能用一般抗生素控制者, 尤其要怀疑结核的可能^[2]。尿沉渣查抗酸杆菌由于结核杆菌呈

间歇性排出、输尿管梗阻等使阳性率不高, 但特异性较高^[3]。本组 42 例尿常规检查均有不同程度异常, 尿沉渣查抗酸杆菌阳性率不高, 仅为 41.4%。

影像学检查对诊断肾结核具有重要意义, B 超检查因缺乏特异性在肾结核诊断中价值不大^[4]。本组 42 例行 B 超检查, 30 例提示异常, 但准确性不高。鉴于 B 超检查操作简便、快速, 也可作为初期筛查手段之一^[5], 但 CT 检查对早期肾结核的诊断具有一定的临床价值^[6]。静脉造影常显示单个肾盏的破坏, 肾脏轻度积水, 输尿管部分节段变细, 常误诊为输尿管功能性梗阻。对于不显影或显影差的患者, CT 检查实用价值比逆行造影更大, 能清楚显示肾实质损害所形成的空洞、钙化、积脓等表现^[7]。本组 29 例行静脉造影, 10 例提示肾结核, 阳性率为 34.5%。近年来许多以往需手术治疗的肾结核患者现在均给予药物治疗也可以痊愈。本组药物治疗 12 例, 均采用三联疗法, 即异烟肼、利福平加乙胺丁醇, 疗程 6~12 个月, 仅 1 例治疗半年后改手术治疗, 但治疗期间应定期复查尿常规、B 超或静脉造影, 以了解病情变化和肾脏功能^[8]。手术治疗主要为肾、输尿管切除术, 术中尽可能切除有严重病变的输尿管, 残留的输尿管有时是膀胱结核不能逐渐恢复的原因^[8]。本组行肾切除术 25 例, 肾、输尿管全切除术 2 例, 3 例同时行附睾切除术。未发生 1 例严重并发症, 手术效果良好。

综上所述, 肾结核早期诊断困难, 需综合分析临床表现及各种检查结果, 尽可能杜绝误诊、误治, 应进行规范化的诊断和治疗。对早期肾结核完全可通过药物治愈, 但对中、晚期肾结核行肾切除术仍是主要治疗手段。

参考文献:

- [1] 谢军, 陈光耀, 梁健峰. 中晚期肾结核 40 例临床分析[J]. 热带医学杂志, 2008, 8(9): 930-932.
- [2] 金毅斌, 蒋睿, 陈敏, 等. 不典型肾结核 45 例诊治分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(13): 3207-3208.