

【临床研究】

1.3 统计学处理

应用 SPSS 20.0 软件进行数据分析;各年龄段的器质性出血采用 Mann-Whitney 检验进行等级资料的两独立样本比较,子宫内膜的各临床出血类型中的器质性出血率采用 χ^2 检验进行多个样本率的比较;检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 子宫内膜病理诊断分类与分型的关系 年龄 <40 岁的13例患者中,非器质性出血6例,其中增生性改变2例,分泌性改变4例;器质性出血7例,其中紊乱性增生1例,单纯性增生4例,绒毛及蜕膜组织1例,子宫内膜炎1例。40~60岁的72例患者中,非器质性出血21例,其中增生性改变7例,分泌性改变10例,不规则脱卸2例,2例取材不满意者中1例有出血和黏液,1例为破碎腺上皮;器质性出血51例,其中紊乱性增生7例,子宫内膜单纯性增生32例,复杂性增生2例,绒毛及蜕膜组织1例,子宫内膜炎2例,子宫内膜息肉1例,部分性葡萄胎1例,子宫内膜样腺癌1例,癌肉瘤1例,有3例子宫内膜无器质性改变者:1例子宫内膜示月经期改变的黏膜下肌瘤,1例子宫内膜示增生性改变的黏膜下肌瘤,1例子宫内膜示分泌性改变但伴钙化及游离滋养细胞且有流产史的不全流产。 >60 岁的4例患者中,非器质性出血3例,其中萎缩1例,其他原因明确的出血2例:1例示分泌性改变,系尿道扩张术后用己烯雌酚和孕激素后出血,1例示破碎腺上皮,用华法林($2.5\text{ mg}\cdot\text{d}^{-1}$,10 d)后出血;器质性出血1例,即子宫内膜样腺癌1例。各年龄段器质性出血的Mann-Whitney检验结果: $P=0.939(P>0.05)$,按 $\alpha=0.05$ 不拒绝 H_0 ,不能认为器质性出血在各年龄段有差异。

2.2 子宫内膜各临床出血类型与病理出血类型的关系 月经周期正常、经量多、经期长的12例患者中,非器质性出血5例,器质性出血7例,器质性出血率58.3%;周期不规则出血的39例患者中,非器质性出血8例,器质性出血31例,器质性出血率79.5%;无可辨周期淋漓出血22例患者中,非器质性出血9例,器质性出血13例,器质性出血率59.1%;停经后出血的16例患者中,非器质性出血8例,器质性出血8例,器质性出血率50.0%。子宫内膜的各临床出血类型中的器质性出血率的 χ^2 检验结果: $P=0.122(P>0.05)$,按 $\alpha=0.05$ 不拒绝 H_0 ,不能认为各临床出血类型中的器质性出血率有差异。

3 讨论

3.1 器质性出血和非器质性出血 子宫内膜病理出血诊断类型分为器质性出血和非器质性出血2种。器质性出血包括妊娠、子宫内膜炎、子宫内膜息肉、子宫肌瘤、子宫内膜增殖^[2]、子宫内膜癌等;非器质性出血包括功能性出血及其他子宫内膜无器质性改变者,功能性出血如增生性改变、分泌性改变、月经期改变、萎缩、不规则脱卸等。对其中的子宫内

膜增殖所归类型的问题,报道中有不同意见^[5],但鉴于其与子宫内膜癌关系密切,多数子宫内膜样癌在发生之前都要经过增生的阶段;内膜增殖症的谱系一端为紊乱性增生,另一端为子宫内膜不典型增生,如无对抗的雌激素持续的作用,子宫内膜腺体可发生恶性转化导致子宫内膜样腺癌的发生^[6];尤其是绝经后,子宫内膜通常处于萎缩状态,如出现过度增生时,必须要警惕系癌周内膜表现的可能性^[7];人第10号染色体缺失的磷酸酶及张力蛋白同源基因(phosphatase and tensin homolog deleted on chromosome ten, PTEN)是抑癌基因,约40%的内膜腺癌有PTEN突变,20%~30%的典型和不典型增殖中也有其突变^[6];所以本研究把子宫内膜增殖归入器质性出血。89例子宫异常出血标本中,器质性出血和非器质性出血构成为66.3%和33.7%,有报道二者构成为34.26%和65.74%^[8],分析与之不同的原因:本研究把子宫内膜增殖(包括紊乱性增生、单纯性增生、复杂性增生)归为器质性出血,而文献^[8]则将其归为非器质性出血,所以其归属对分类影响较大;发现无子宫内膜器质性改变的黏膜下肌瘤,可提高器质性出血的构成比;减少慢性子宫内膜炎和子宫内膜息肉的漏诊,可降低非器质性出血的构成比。

3.2 器质性出血的分型价值 子宫内膜出血危及妇女身体,并且在临床上对一些出血诊断不清,病理确诊不只是对子宫异常出血原因明确分类诊断,而且对子宫异常出血进行正确的病理分型,使医患双方对器质性出血给予足够重视,指导临床针对病因进行治疗,并对子宫内膜存在增生者增强防癌意识,早期予以干预。但本研究得出的结果之一是器质性出血在各年龄组的发生差异无统计学意义,这导致无法以年龄分群来预防一些器质性病变;而文献^[2]中认为,至少育龄妇女的子宫异常出血往往不是器质性的,与本研究报道结果不同。造成差异的可能原因:二者年龄的划分界限可能有所不同;本研究的观察例数较少、各组例数差别大,使结论的重复性受到了影响;历史对照本身的可比性较差。本研究结果显示,子宫内膜各临床出血类型中的器质性出血率比较差异无统计学意义,其可以用于指导临床,重视任何临床类型的子宫异常出血,提高对出血子宫内膜的病理活检率,减少漏诊。

3.3 病理诊断准确性是病理分类及分型的基础 本研究认为,提高病理诊断准确性的前提条件是诊刮子宫内膜标本中是否能显示病变,首先是子宫内膜诊刮时机、诊刮部位的准确,在诊刮时机方面,应注意月经周期,在月经周期不恰当的时候取材,可能不能分辨出任何异常,如需判断有无排卵时,最好自出血第1天诊刮^[2];疑黄体功能不全时,最好于月经

周期后半周期诊刮^[2];疑不规则脱卸时,合适的诊刮时间是在月经来潮后的 5~6 d,过早诊刮则与正常周期无法区分。在诊刮部位方面,盲视诊刮会造成漏诊,通过宫腔镜检查并在其引导下取材活检^[5-9]可使之避免,有研究报道,盲刮的准确率为 82.1%,宫腔镜+内膜活检的准确率为 100.0%^[10]。其次是诊刮标本所送检组织应全部取材,可避免漏诊早期及微小病变,如本研究中的 1 例游离绒毛,极易漏诊。再者需结合其他诊断措施,如 B 超检查亦可防止漏诊,如本研究中发现的 2 例黏膜下平滑肌瘤,虽子宫内膜无器质性改变,但鉴于 B 超检查结果,将其归入器质性出血。提高病理诊断准确性的根本措施是提高病理观察及鉴别诊断能力,正确地判断子宫内膜上皮及间质细胞有无异型性,间质细胞是否消失,是决定病变为良恶性的根本点;其次是排除伪像的干扰,如子宫内膜的退变、修复性改变、人为的改变,可误诊为子宫内膜癌;再者是想到少见情况,如子宫内膜黏液癌可有微腺性的特征,需谨慎排除宫颈起源的微腺型增生,尤其当诊刮带出有宫颈组织时,诊断更应慎重;最后是重视有黏液的腺体,因为黏液癌可有良性的细胞学改变^[6],最易漏诊。以上均应以细致的观察作为基础,其细致性尤其体现在慢性子宫内膜炎的诊断方面,只要能发现浆细胞

就是确诊依据^[2]。

参考文献:

[1] 张以文. FIGO 关于月经异常相关术语的共识和异常子宫出血病因的新分类系统[J]. 国际妇产科学杂志,2013,40(2):105-107.

[2] 张建民,黄受方. 女性生殖道病理学[M]. 北京:人民军医出版社,2009:296-347.

[3] 高丽霞,吉广庆. 围绝经期子宫异常出血 138 例临床分析[J]. 山西中医学院学报,2012,13(6):54-55.

[4] 郭霞,陈亦成. 绝经后子宫出血患者 223 例诊刮病理分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(31):4980-4982.

[5] 肖存岭,胡旭梅. 子宫异常出血 376 例子宫内膜活检病理诊断分析[J]. 诊断病理学杂志,2012,19(3):239.

[6] 张建民,杨幼萍,朱扬丽. 子宫内膜增殖系列的病理诊断[J]. 临床与实验病理学杂志,2013,29(3):306-312.

[7] 周先荣. 诊断子宫内膜增生过长的影响因素及其与子宫内膜癌的关系[J]. 实用妇产科杂志,2007,23(11):650-651.

[8] 刘筱,韩素新. 子宫异常出血 216 例子宫内膜病理分析[J]. 陕西医学杂志,2011,40(10):1393-1394.

[9] 李富琴. 阴道超声联合宫腔镜检查对诊断绝经后子宫出血的价值[J]. 新乡医学院学报,2013,30(5):409-410.

[10] 郎毓,王玉东,黄亚娟,等. 65 例子宫内膜腺癌临床病例分析[J]. 中国妇幼保健,2011,26(17):2587-2589.

(本文编辑:徐刚珍 英文编辑:孟 月)

(上接第 626 页)

其与血压升高相关的原因可能是:持续升高的血压导致血管内膜纤维组织和弹力纤维增生,管腔变窄,使机体组织缺血缺氧,血红蛋白的水平随之升高^[6];血红蛋白水平对全血黏度增高具有相当的敏感性^[8],血红蛋白升高导致血黏度升高从而促进血压水平升高^[9]。所以血红蛋白水平可能会通过影响血液黏稠度而影响血压。

中西医结合治疗高血压病疗效确切,但联合降压机制尚不明确。本研究应用中成药“降压宝”片为河南省中医药研究院(全国中医高血压病防治中心)研制的系列中成药,分别针对肝火亢盛、气虚血瘀、阴虚阳亢等证型进行治疗,结果显示,治疗后患者外周血中血红蛋白水平显著降低;表明中药“降压宝”有降低外周血中血红蛋白水平的作用。有研究表明中药是通过多途径、多靶点对高血压进行干预^[10],但“降压宝”降低血红蛋白水平是否通过影响患者血液黏稠度或者改善组织缺氧而起到降压作用仍不明确,需要通过增加试验样本量和疗程做进一步研究,从而为高血压及其相关疾病的防治提供新的思路。

参考文献:

[1] Chmiel C, Wang M, Senn O, et al. Uncontrolled arterial hyperten-

sion in primary care-patient characteristics and associated factors [J]. *Swiss Med Wkly*,2012,142:w13693.

[2] 吴绍燕,王小林,罗蓉,等. 成人居民高血压患病情况与特征分析[J]. 重庆医科大学学报,2010,35(11):1734-1737.

[3] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010 [J]. 中华高血压杂志,2011,19(8):701-743.

[4] Carretero O A, Oparil S. Essential hypertension. Part I : definition and etiology [J]. *Circulation*,2000,101(3):329-335.

[5] 张昕,袁晓晨,李爱华,等. 青少年隐性高血压患者的血管内皮功能变化及其相关危险因素[J]. 新乡医学院学报,2013,30(12):981-983,986.

[6] 钟海兰,卢新政,陈秀梅,等. 外周血中血红蛋白含量与血压水平的关系[J]. 中华高血压杂志,2008,16(12):1111-1114.

[7] Heinicke K, Prommer N, Cajigal J, et al. Long-term exposure to intermittent hypoxia results in increased hemoglobin mass, reduced plasma volume, and elevated erythropoietin plasma levels in man [J]. *Eur J Appl Physiol*,2003,88(6):535-543.

[8] 何静脉,谭笑江,李巍. 血液黏度检验中几个参数意义的探讨 [J]. 大连医科大学学报,2000,22(2):139-141.

[9] Narayan P, Papademetriou V, Wahtell K, et al. Association of hemoglobin delivery with left ventricular structure and function in hypertensive patients: losartan intervention for end point reduction in hypertension study [J]. *Hypertension*,2006,47(5):868-873.

[10] 董文彦. 中药降低血压机制浅析[J]. 内蒙古医学杂志,2012,44(16):17-18.

(本文编辑:徐自超 英文编辑:徐自超)