

用薄剪电凝后剪开,只要准确,少量多次地剪开,则不会弄破囊壁。一旦发生瘤体破裂,立即用吸管吸除自破裂口溢出的内容物,避免钳夹破口,避免取出破口处的毛发和固体脂肪,否则会造成更多的溢漏,若肿瘤破裂,提前放置于卵巢下方标本袋起很重要作用,可防止溢漏物流入腹腔。本组患者中 20 例发生肿瘤破裂,盆腔冲洗液中只有少量油滴,无块状脂肪和毛发。取出标本方法多种,概括如下:(1)将已剥离的囊肿置入标本袋,把标本袋边缘经穿刺口提出腹腔外,在袋内剪开囊肿,吸除脂肪,再取出其它有形成分。(2)通过扩大腹部切口取出^[5]。(3)在腹腔标本袋内剪开已剥离的囊肿,吸除液体,取出有形成分,再取出标本袋^[6]。(4)穿刺吸除囊液,将缩小的卵巢牵出体外,剥离囊肿^[7]。(5)穿刺囊肿注入热盐水并吸出囊液,剥离囊肿置入乳胶手套内再经穿刺口取出^[8]。我们多采用第一种方法。肿瘤较小且不含骨骼和牙齿的标本可由脐部穿刺口取出。取标本时注意拉紧标本袋,贴紧腹壁防皮下气肿,遇较大骨骼则扩大切口,防止标本袋破裂。腹腔镜手术开展初期,卵巢畸胎瘤被视为腹腔镜手术禁忌证,主要原因是畸胎瘤内容物流入腹腔可引起化学性腹膜炎,近年临床验证表明镜下手术是安全有效的,即使畸胎瘤术中破裂内容物外溢,也可以反复腹腔冲洗并不影响手术效果^[9~11]。预防术后化学性腹膜炎的发生是提高畸胎瘤手术质量关键,应反复冲洗盆腹腔及鞘卡穿刺口,本组无一例发生化学性腹膜炎。

3.2 保护卵巢功能 卵巢手术有诱发卵巢早衰的远期并发症可能,对尚未生育及年轻患者,术中尽量

减少对卵巢电凝,尤其是卵巢门部位,尽量保留肉眼可见卵巢皮质,局部留置防粘连膜或蛋白凝胶。即有利止血又防粘连,最大限度为术后卵巢功能恢复创造条件^[12]。

参考文献

- 1 乐 杰. 妇产科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2008:275,284-285.
- 2 郎景和. 新世纪的妇科腹腔镜手术[J]. 中华妇产科杂志,2004,39(5):289-291.
- 3 刘 彦. 实用妇科腹腔镜手术学[M]. 北京:科学技术文献出版社,2004:7.
- 4 刘晓珊,苏园园,陈汝虹. 腹腔镜下卵巢成熟畸胎瘤剔除手术体会[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2008,24(1):69-70.
- 5 Wang PH, Lee WL, Yuan CC, et al. A prospective randomized study of port wound and culdotomy for extracting mature, terotomal laparoscopically[J]. J Am Assoc Gynecol laparosc, 1999, 6(4):483-486.
- 6 姚书忠,邓 妮,陈玉清,等. 卵巢成熟型畸胎瘤腹腔镜下剔除后肿瘤组织取出方法探讨[J]. 实用医学杂志,2004,20(2):127-128.
- 7 杨 清,王 玉,王永来,等. 经腹腔镜手术(体外法)切除卵巢良性畸胎瘤[J]. 中国内镜杂志,2004,10(3):26-28.
- 8 高树生,刘月旺,段晓琼,等. 电视腹腔镜下卵巢畸胎瘤剔除术的术式改进[J]. 现代妇产科进展,2002,11(3):224-226.
- 9 郎景和,冷金花. 妇科腹腔镜现状和展望[J]. 实用妇产科杂志,2002,18(2):67-70.
- 10 何继林. 腹腔镜下卵巢囊肿剔除术 85 例分析[J]. 中国医药导报,2006,3(27):59-60.
- 11 袁 辉. 16 例妊娠合并卵巢子宫内异位囊肿分析[J]. 中国医药导报,2007,4(20):31-32.
- 12 布 洁. 现代放射治疗新技术在妇科肿瘤治疗中应用. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(8):632-633.

[收稿日期 2010-01-14][本文编辑 黄晓红 韦 颖(见习)]

临床研究

老年性尖锐湿疣 121 例临床分析

张 红

作者单位: 529100 广东,江门市新会人民医院,南方医科大学附属新会医院皮肤科

作者简介: 张 红(1965-),女,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:皮肤性病学,E-mail:lilang0215@21cn.com

[摘要] **目的** 总结老年性尖锐湿疣的治疗效果,探讨其临床特点及防治对策。**方法** 2006-06~2008-06 治疗老年尖锐湿疣患者共 121 例,其中综合治疗组(电凝法、心理干预、提高机体免疫力和局部抵抗力)60 例;对照组(单纯电凝法治疗)61 例。**结果** 综合治疗组分别为 88.33%、10.00% 和 8.33%;对照组分别为 68.85%、29.51% 和 26.23%。经统计学处理,两组比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 老年性尖锐

湿疣患者具有病程长、伴发疾病复杂、治愈率低、复发率和并发症发生率高以及心理影响大等临床特点。综合治疗可明显提高临床疗效。

[关键词] 尖锐湿疣; 老年人; 临床特点; 防治对策

[中图分类号] R 752.5 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2010)07-0647-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.07.18

Clinical analysis of 121 elderly patients with condyloma acuminatum ZHANG Hong. Department of Dermatology, Affiliated Xinhui Hospital of Southern Medical University, Jiangmen Guangdong 529100, China

[Abstract] **Objective** To summarize the treatment effect, clinical features and control strategies of the elderly patients with condyloma acuminatum (CA). **Methods** From June 2006 to June 2008, 121 elderly patients with CA were treated, 60 patients in the integrated therapy group were treated by integrated therapy methods (electrocoagulation treatment method, psychological interventions, improving the body immunity and local resistance); 61 patients in the control group were treated by simple electrocoagulation treatment method. **Results** The cure rate, recurrence rate and complication rates in integrated therapy group were 88.33%, 10.00% and 8.33% respectively; The cure rate, recurrence rate and complication rates in electrocoagulation treatment group were 68.85%, 29.51% and 26.23% respectively. There were statistically difference between the two groups ($P < 0.01$). **Conclusion** The elderly patients with CA have the clinical features such as long duration, complex concomitant disease, low cure rate, high recurrence rate and the high complication and greater psychological impact, and so on. Comprehensive treatment can significantly improve the clinical efficacy.

[Key words] Condyloma acuminatum (CA); The elderly; Clinical features; Control measures

尖锐湿疣(CA)是一种常见的性传播疾病,性活跃期的年轻人是高危人群。近年来,老年性尖锐湿疣患者有增多趋势^[1,2]。尽管目前治疗方法较多,但如何提高治疗的有效性、防止复发,仍是临床上较为棘手的问题^[3]。2006-06~2008-06我们治疗老年尖锐湿疣患者121例,取得了较好的临床效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 入选及诊断标准 全部患者年龄均在60岁以上,诊断标准:(1)有性接触史、配偶感染史或间接感染史;(2)在外生殖器或肛周部位,出现乳头状、菜花状及鸡冠状等疣性新生物;(3)多数无明显的自觉症状;(4)5%醋酸白试验阳性或病理检查确诊。

1.2 一般资料 本组均为门诊病例,共121例,其中男97例,女24例;年龄60~83岁。有性乱史者56例,均为男性。病程3周~2年,其中105例为3~6个月。发生部位:男性多位于冠状沟、尿道口及系带附近;女性以大阴唇四周、尿道口、阴道穹窿及宫颈口居多,少数病例为肛周附近。合并疾病:合并包皮过长或包茎者25例(25.8%),合并非淋、淋病、阴道滴虫、霉菌性阴道炎、念珠菌性龟头炎等感染性疾病者22例(18.18%)。治疗史:未经任何治疗者91例,经局部治疗未愈或治疗后复发者30例。伴发疾病有:糖尿病12例,心脏病或高血压病18例,慢性肾功能不全2例,肝硬化8例,恶性肿瘤3

例,贫血或低蛋白血症21例,其他7例。

1.3 分组 (1)综合治疗组(电凝法辅以心理干预、提高机体免疫力和局部抵抗力等)60例;(2)对照组(单纯电凝法治疗)61例,两组在年龄、性别、病程、症状及皮损等方面,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组一般资料的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄(a)	病程(M)
		男	女		
综合治疗组	60	47	13	68.40 ± 13.31	11.21 ± 6.35
对照组	61	50	11	67.52 ± 14.21	10.72 ± 7.01
χ^2/t	-	0.251		0.352	0.403
P	-	>0.05		>0.05	>0.05

1.4 治疗方法及注意事项

1.4.1 电凝法 局麻后,以棉棒拭干疣体表面,采用GX-3型高频电治疗机,对准疣体直接电灼,使皮损碳化,再用生理盐水擦干创面,反复多次,彻底清除疣体。电灼的深度一般在0.5~1mm,范围在疣体外缘约1~3mm。对病损范围广泛或多部位者,必要时可分2~3次进行。

1.4.2 综合治疗法 在电凝法的基础上,辅与其他措施治疗包括:(1)应提高机体免疫力的干扰素、转移因子等;(2)治疗诱因或其他疾病,如对包皮过长者行包皮环切,有滴虫、霉菌及淋病者行抗滴虫、霉菌及淋球菌等治疗;(3)进行心理干预。

1.5 疗效评价 各组病人首次治疗后4周后进行

随访。(1)痊愈:疣体全部脱落,原位无肉眼或放大镜下可见的增殖性改变,醋酸白试验呈(-);(2)未愈:疣体未完全脱落或者4周内仍有肉眼或放大镜下可见的增殖性改变,醋酸白试验(+)者;(3)复发:经治愈后又在原位重新形成湿疣;(4)并发症:创面继发感染、创面长期不愈、心理障碍、精神症状、其他。

1.6 统计学方法 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗结果见表2。综合治疗组病人的治愈率显著高于对照组,而复发率和并发症发生率也低于对照组($P < 0.01$)。治疗组复发6例,对照组复发18例;治疗组发生并发症5例,对照组发生并发症16例。在总的24例复发者中,复发原因为合并有包皮过长或包茎者13例(54.17%);合并有淋病、非淋、阴道滴虫或霉菌性阴道炎者10例(41.67%),其他1例(4.17%)。在总的并发症21例者中,创面继发感染者11例,感染创面可能与疣体过大、创面过广、过深有关,除2例因创面长期不愈需植皮外(合并糖尿病),余经抗炎、局部处理等治疗后痊愈。心理障碍3例,精神症状1例,心绞痛1例,晕厥2例,其他3例。

表2 两组治疗效果的比较[n(%)]

组别	例数	治愈	复发	并发症
综合治疗组	60	53(88.33)	6(10.00)	5(8.33)
对照组	61	42(68.85)	18(29.51)	16(26.23)
χ^2	-	6.804	7.239	6.754
P	-	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

3.1 老年性尖锐湿疣的临床特点 根据张红^[4]报道一组尖锐湿疣283例与本组的临床资料,老年性尖锐湿疣具有如下特点:(1)感染途径多数为间接感染。以往的病例绝大多数病人有性乱史,本组有性乱史者共有56例(46.28%),均为男性。曾玉琴等^[5]报道28例老年CA患者,仅4例有不洁性生活史,占14.28%,13例近2年内无性生活史。简华慧^[6]报道一组50例中老年女性尖锐湿疣患病情况,结论是中老年女性易感染HPV,家庭内传染及间接传染成为其主要来源,本组24例女性患者均为间接感染,与文献报道一致。(2)病程较长。以往报道的病例病程为5d~1年不等,多数为1周~2个月;本组老年CA患者病程则为3周~2年,多数为3~

6个月。(3)伴发疾病多而复杂。本组CA患者共伴有其他疾病共71例,其中部分病人有两种或以上。(4)治愈率低,复发率和并发症发生率高。统计以往的病例治愈率、复发率和并发症发生率分别为86.3%、12.4%和0.8%;本组病人则分别为78.51%、19.83%和17.36%。(5)心理影响较大。本组有不同程度的心理障碍3例,精神症状1例;主要表现为情绪低落、消极悲观或烦躁不安、易激动、耐受性差、甚至幻觉、神志错乱等。以上临床特点可能与老年患者的生理特点,特别是生理功能减退、免疫功能低下、不良卫生习惯、健康教育和心理辅导不够重视及治疗方法选择不当等有关。

3.2 老年性尖锐湿疣的防治对策 临床上尖锐湿疣的治疗方法很多,如微波、电切、激光、液氮冷冻、手术治疗及表面局部涂药等,多数疗效是满意^[7],但对于老年CA患者,应根据其临床特点选择恰当的治疗时机和治疗方法。我们的体会是:(1)早发现、早诊断、早治疗。早期的CA主要表现为淡红色小丘疹或者较小的疣性新生物,可采用腐蚀、刮除等方法治疗,因病灶范围小、操作简单、损伤轻等,治疗效果较佳且并发症少。相反,晚期的老年CA,因病灶范围大、操作复杂、损伤重,且伴有其他疾病的患者,治疗效果会明显降低,甚至发生严重的并发症。因此,对有性病接触史者,要随时注意观察外生殖器有无病变发生,一旦发现异常,应及时请专科医生诊治,并进行有关的检查,以便能早期发现、早期诊断、早期治疗。(2)治疗方法的选择。尖锐湿疣的治疗目的是去除局部疣性新生物、防止复发。在实践中应根据患者的具体情况,如疣体的大小、范围、伴发疾病情况、治疗条件、生长部位等选择不同的治疗方法。目前更多的趋向于联合治疗,在利用药物或物理方法去除疣体的同时或去除疣体后应用免疫调节药物,是降低尖锐湿疣复发的最佳选择^[8]。本组结果也显示,综合治疗组明显优于电凝法。值得注意的是,并非每位CA患者都首选联合治疗,而是针对某些合并感染(包括淋病、阴道滴虫等)、体弱多病患者、特别是某些难治性、复发性的尖锐湿疣,才采用此法。(3)治疗要与心理干预相结合。尖锐湿疣患者均存在不同程度的心理障碍^[9],尖锐湿疣属性病范畴,主要通过性接触传染,因其常与卖淫嫖娼或不道德的性行为联系在一起,故使尖锐湿疣患者,尤其是老年患者往往承受较大的心理压力,易产生抑郁情绪,且本病的复发率高及与生殖器癌的发生有一定关系,更加重其心理负担^[10]。多项研究^[11]表

明,不良情绪可以影响人的免疫功能,压抑、紧张都可损伤细胞 DNA 的自然修复,严重的心理应激可导致细胞免疫功能低下。因此,对于老年 CA 患者,应进行积极的心理干预,措施包括让患者了解 CA 的相关知识,明白 CA 是可预防、可治疗的疾病,只要正确面对、积极配合治疗是完全可以治愈的。本组有心理障碍及精神症状者,经治疗后痊愈。(4) 预防对策。与其他传染性疾病一样,尖锐湿疣是可以多通过多方面的努力,采取预防措施来进行预防的。最好的措施就是避免与尖锐湿疣患者进行性接触,养成良好的个人卫生习惯,不要乱用他人物品,对有性伴的尖锐湿疣患者要定期检查性伴有无尖锐湿疣。由于大多数尖锐湿疣患者的再感染与其性伴患尖锐湿疣和 HPV 感染有关,故要避免与其性接触,以减少患者治疗后再感染的机会。

参考文献

- 1 谢秋娟,谢红岩,杨晓辉. 异维 A 酸胶丸治疗老年尖锐湿疣的临床疗效观察[J]. 中国老年学杂志,2006,26(6):840-841.
 - 2 温银蕾,赵咏梅,汪瑞萍. 尖锐湿疣患者治疗过程中的健康教育与心理护理[J]. 宁夏医学杂志,2005,27(10):725-727.
 - 3 叶佩卿,陈 馨,伍岫云. 综合治疗复发性尖锐湿疣 38 例临床观察[J]. 河北医药,2002,24(4):268-269.
 - 4 张 红,覃 俊. 尖锐湿疣 283 例临床分析[J]. 右江民族医学院学报,1999,21(1):44-45.
 - 5 曾玉琴. 老年尖锐湿疣的特点及防治体会[J]. 中国皮肤性病杂志,2006,22(4):231.
 - 6 简华慧. 中老年女性尖锐湿疣 50 例临床分析[J]. 中国皮肤性病杂志,2002,18(3):36-38.
 - 7 吴志华. 现代性病学[M]. 广州:广东人民出版社,1999:158-166.
 - 8 林盛智. 尖锐湿疣治疗新进展[J]. 中外健康文摘(新医学学刊),2007,14(2):166-167.
 - 9 班丽芬. 尖锐湿疣患者的心理障碍分析及护理[J]. 中外健康文摘(新医学学刊),2008,15(4):136-137.
 - 10 胡玉贤,李艳玲,王爱学,等. 尖锐湿疣患者抑郁情绪与复发时间的关系及心理护理研究[J]. 河北医药,2006,28(9):884-885.
 - 11 朱 武,张其亮. 尖锐湿疣患者的抑郁情绪和细胞免疫功能的研究[J]. 中华皮肤科杂志,2004,37(5):266-267.
- [收稿日期 2010-04-06][本文编辑 宋卓孙 韦 颖(见习)]

临床研究

厄贝沙坦联合阿魏酸钠治疗糖尿病肾病的临床观察

李玉霞

作者单位: 743000 甘肃,定西市人民医院内分泌科

作者简介: 李玉霞(1971-),女,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:代谢内分泌及肾脏疾病。E-mail:wwwyx2006@163.com

[摘要] 目的 观察厄贝沙坦联合阿魏酸钠治疗糖尿病肾病Ⅲ~Ⅳ期的临床疗效。方法 将 60 例糖尿病肾病患者随机分为对照组和治疗组,每组各 30 例。对照组给予糖尿病饮食、口服降糖药物或胰岛素控制血糖治疗,并口服厄贝沙坦 150~300 mg,1 次/d;治疗组在以上治疗的基础上加用阿魏酸钠 300 mg/d 静脉滴注,2 周为 1 个疗程,休息 2 d 继续第 2 个疗程,共 2 个疗程后测定治疗前后尿微量白蛋白(24 h U-mAlb)、24 h 尿蛋白定量(U-Pro)、血清尿素氮(BUN)、血清肌酐(SCr)、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)。结果 治疗后两组患者 24 h U-mAlb、U-Pro、BUN、SCr、TG、TC 均下降,但治疗组下降更为明显。结论 厄贝沙坦联合阿魏酸钠对糖尿病肾病Ⅲ~Ⅳ期患者有较好的疗效,是一种临床较为实用的治疗方法,两药联用可增强对肾脏的保护作用。

[关键词] 糖尿病肾病; 厄贝沙坦; 阿魏酸钠

[中图分类号] R 587.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2010)07-0650-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.07.19

Clinical observation on treatment of diabetic nephropathy with irbesartan combined with sodium ferulate LI

Yu-xia. Department of Endocrinology, Dingxi City People's Hospital, Gansu 743000, China